



กรมอนามัย

## การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพ

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

โดย

นางมลิวัลย์ ศรีเม่วง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน” ครั้งนี้ จะสำเร็จลุล่วงเป็นไปได้ด้วยดีไม่ได้เลย หากปราศจากบุคคลเหล่านี้ที่เคยให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาและแนะนำ พร้อมทั้งส่งกำลังใจให้แก่ผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ได้รับความกรุณาจากท่านนายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย ดร.แกรกขวัญ สรवاسي นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ดร.ปราณี วิสุทธิพันธุ์ อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.อดัม นีลส์เพจิตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการให้คำปรึกษาเพื่อการพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มหาวิทยาลัยมหิดล และ พศ.ดร.อังสนา บุญธรรม หัวหน้าภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ให้เกียรติ และสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

ขอขอบพระคุณผู้บริหารกรมอนามัย และผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ พร้อมทั้งขอบพระคุณบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพในการ และจัดทำหนังสือราชการ ในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรประจำมูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ จังหวัดชลบุรี ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ นนทบุรี สมาคมสภาพคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดสอบหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการฯ เพื่อให้ได้หลักสูตรที่ดี มีคุณภาพ เหมาะสมและตรงกับความต้องการของคนพิการมากที่สุด

ขอขอบพระคุณหน่วยงานภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบงานคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ศูนย์บริการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สมาคมสภาพคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด มุลนิธิสภากุศล การดำเนินชีวิตอิสระคนพิการแห่งประเทศไทย มุลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เครือข่ายคนพิการรักษสุขภาพ โรงพยาบาลศรีจันท์ กรมสุขภาพจิต ศูนย์สิรินธร กรมการแพทย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร. จตุพร วิศิษฐ์เชติอังกร นักวิชาการอิสระ ที่เคยให้คำปรึกษา และตรวจแก้ไขข้อมูลในรูปเล่ม

ขอขอบพระคุณคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการฯ ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจ หรือหน่วยงานที่ต้องการนำข้อมูลไปใช้ หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอรับไว้และขอภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้วิจัย

# การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน Development of health promotion curriculum for people with physical or motordisabilities in working age

มกิจวัลย์ ศรีม่วง  
รานินทร์ อ่อนนุชมงคล  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

## หลักการและเหตุผล

จึงต้องสร้างและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการเจ็บป่วยในโรคที่สามารถป้องกันได้ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

## วิธีการศึกษาและระยะเวลาในการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) ข้อมูลของการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่รวบรวมข้อมูลกระบวนการพัฒนาหลักสูตรจากการเก็บรวบรวมจากเอกสาร ตำรา เว็บไซต์ และการสร้างการมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบหลักสูตรฯ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๔๙ ปี โดยทดสอบครั้งที่ ๑ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๓๕ คน ทดสอบครั้งที่ ๒ จังหวัดนทบุรี จำนวน ๓๕ คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า - เกณฑ์การคัดออก ระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัย : ตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ – กันยายน ๒๕๖๗ (รวมระยะเวลา ๑ ปี)

## ผลการศึกษา

๑. การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ตามหลักการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยหลัก ๓ ๐ ๒๘ ๗๖ ๑๙ ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การดูแลสุขภาพซองปากและฟัน และการนอนอย่างมีคุณภาพ โดย ๑). การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็นในการพัฒนา รวมทั้งศึกษาสถานการณ์หลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานจากօกรสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๒). สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร การส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ๓). การทดสอบหลักสูตรกับกลุ่มตัวอย่าง ๒ ครั้ง ๔). การประเมินหลักสูตรและ ๕). การปรับแก้ไขหลักสูตรให้ผลการวิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ก่อน และหลังการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนอบรมโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังอบรม  $\bar{x} = ๘.๖๔$  ( $\bar{x} = ๘.๖๔$ ) และค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนอบรม  $\bar{x} = ๕.๑๑$  ( $\bar{x} = ๕.๑๑$ ) (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) แสดงว่าการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ช่วยส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตนเองเพิ่มมากขึ้น และผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความพึงพอใจในหลักสูตรฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๗๐ มีความสนใจในหลักสูตรอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๑๕ หลักสูตรตรงกับความต้องการในการใช้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕๗ ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๔๓ เวลาที่กำหนดในหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๕ และหลักสูตรเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๙

## สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อันจะส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะพึงพิบ และความสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ ดังนั้น หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบทพื้นที่ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมยิ่งขึ้น

## **ข้อเสนอแนะ**

ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ เพื่อให้ คนพิการทุกประเภทมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และส่งเสริม ให้คนพิการทุกประเภทมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น สู่การมีสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึ่งพิง สามารถ ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ

## **คำสำคัญ (keyword)**

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย, การพัฒนาหลักสูตร ,การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ศธ.๒๘.๑๗๖

## คำนำ

การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน (๓๐ ชั่วโมงสุขภาพดี มี.ไว้.ใช้) โดยเนื้อหาในหลักสูตรประกอบด้วยหลักการส่งเสริมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ๑๙ ๑๗ ๑๕ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพซองปากและฟัน และด้านการนอน หลักสูตรนี้สำหรับผู้รับผิดชอบงานหรือผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นเครื่องมือเพื่อขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน และเพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ตลอดจนผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ลดภาวะพึงพิง สู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ใช้ชีวิตอิสระและสามารถเข้าไป มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

การดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้รับผิดชอบงานคนพิการจากรัฐและเอกชนที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น เพิ่มเติมและปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงทีมงานทุกท่านที่ร่วมดำเนินการศึกษา

สุดท้ายนี้ คงจะมีผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน ใช้เพื่อขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการต่อไป

สารบัญ

## บทที่ ๑

## บทนำ

“การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน”

### ๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

“คนพิการ” เป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวัน อาทิเช่น มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นๆ ได้ ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่งเพื่อให้สามารถปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างบุคคลทั่วไป (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐) จากข้อมูลสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๖ พบว่า มีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๒,๒๐๔,๒๐๗ คน (ร้อยละ ๓.๓๓ ของประชากรทั้งประเทศ) แบ่งเป็นคนพิการเพศชาย จำนวน ๑,๑๙๗,๘๕๔ คน (ร้อยละ ๔๒.๐๗) และเพศหญิง จำนวน ๑,๐๕๖,๓๕๓ คน (ร้อยละ ๕๗.๕๒) เมื่อวิเคราะห์ ตามอายุ พบว่า คนพิการวัยสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มีจำนวนมากที่สุด คือ ๑,๒๖๕,๗๔๖ คน รองลงมาเป็นคนพิการวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๔๙ ปี) มีจำนวน ๘๕๙,๔๕๕ คน (ร้อยละ ๔๗.๔๒ และ ๓๙.๔๙ ของจำนวนคนพิการทั้งหมด ตามลำดับ) จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์ตามประเภทความพิการ พบว่า คนพิการวัยสูงอายุและวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุดร้อยละ ๔๔.๐๕ และร้อยละ ๔๙.๖๐ ของจำนวนคนพิการวัยสูงอายุและวัยทำงาน ตามลำดับ (สถานการณ์คนพิการ ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ทั้งนี้ก่อให้เกิดความรับรู้ ตลอดจนทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง

ตามหลัก ๓๐.๒๙.๑๗.๑. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ (๑) การรับประทานผักอย่างน้อย ๕ ทัพพีต่อวัน ร้อยละ ๖๔.๗๕ (๒) การรับประทานอาหารจำพวก หอด/แแกง กะทิ/ผัด ร้อยละ ๘๕.๕๐ (๓) การดื่มน้ำเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ ๗๖.๗๕ (๔) การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ร้อยละ ๖๗.๗๕ (๕) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันและการไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ ๕๔.๕๐ และ ร้อยละ ๘๘.๗๕ ตามลำดับ (๖) การอนหลับพักผ่อน ร้อยละ ๕๗.๗๕ สอดคล้องกับสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยทุกคนที่สำรวจโดย กรมอนามัย ปี ๒๕๖๐ จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า ประชากรไทยวัยทำงาน (๓๕ – ๕๙ ปี) ร้อยละ ๔๙ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๓ ๐. ๒ ส. ไม่ตี โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเขี่ยวชาญด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ (รู้วิธีการสืบค้นหาข้อมูล และเลือกแหล่งข้อมูล) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (สามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูล) การจัดการเรื่องไขทางสุขภาพของตนเอง (การปฏิรูปด้านสาธารณสุข : ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy (กรมอนามัย, ๒๕๖๐) ดังนั้น ประเด็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสืบเนื่องที่เป็นสาเหตุทำให้คนพิการไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนอกจากสาเหตุทางข้อจำกัดด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวแล้ว ประเด็นที่สำคัญอีกอย่างคือการมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายและ คิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และอาจเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อความพิการทางร่างกายที่เป็นอยู่ บางครั้งคิดว่าพิการแล้วจะออกกำลังกายไปทำไม รวมถึงประสบการณ์ภายในบุคคลพฤติกรรมการปฏิบัติและการเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน หรือสถานการณ์เดียวกันคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดี จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ และการขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคมก็ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายด้วย (กรธิตา พงศ์พนัส และคณะ, ๒๕๖๐) สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ จุดแข็ง (Strengths) - จุดอ่อน (Weakness) ปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการในแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพคนพิการยังมีจุดอ่อน (Weakness) ที่ต้องพัฒนาหลายประการ เช่น คนพิการและผู้ดูแลคนพิการยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการบางประเภท และผู้เกี่ยวข้องเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเนื่องจากไม่มีช่องทางในการสื่อสารในสถานที่ราชการและเอกชน นอกจากนี้ยังพบว่า คนพิการ ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพน้อย ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้ใช้บริการมากกว่าการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพรวมไปถึงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บางพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพคนพิการ ทำให้มีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพคนพิการเท่าที่ควร เป็นต้น ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะมีการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพคนพิการผ่านตัวชี้วัด การตรวจราชการ และการนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข แต่ข้อมูลที่ได้จากการติดตามตัวชี้วัดการตรวจราชการด้านคนพิการขาดความครบถ้วนข้อมูลไม่ตรงกันเนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อยครั้ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ทำให้ไม่เข้าใจในประเด็นตามแบบรายงานตัวชี้วัด (แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ James H Rimmer เรื่อง Health Promotion for People With Disabilities:

The Emerging Paradigm Shift From Disability Prevention to Prevention of Secondary Conditions จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า การส่งเสริมสุขภาพคนพิการมีความสำคัญ เป็นเรื่องที่ควรตระหนักรในการป้องกันภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะยาว ป้องกันความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง แอลกอฮอล์เป็นต้น ดังนั้น คนพิการควรมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควรเน้นการสร้างความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการ มีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี และเรื่อง Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments ที่จากผลการศึกษา ดังกล่าว พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีสุขภาพดีน้อยกว่าคนปกติทั่วไปและมีอัตราพุติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่ำกว่าคนปกติ เช่นการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดี การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการป้องกันภาวะเจ็บป่วยขึ้นทุติยภูมิที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อกันพิการที่จะช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตควรส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนของบุคคล และความรู้เชี่ยวข่ายที่เกี่ยวข้อง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักของประเทศไทยในการอวิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยรวมถึงกลุ่มประจำบ้านให้มีสุขภาพดี จึงเล็งเห็น ความสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในการสร้างและพัฒนาหลักสูตร เพื่อเป็นเครื่องมือ ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกายวัยทำงานให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดการเจ็บป่วยในโรคที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นสุข

## ๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ๗ ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ด้านการไม่สูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพฟัน และด้านการนอน

## ๑.๓ นิยามศัพท์

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน หมายถึง คนที่มีความบกพร่อง หรือสูญเสีย ความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบ การทำงาน มือ เท้า แขน ขา หรือความผิดปกติของศีรษะ ในหน้า ลำตัว และภาพลักษณะภายนอก ของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกรรม ในชีวิตประจำวัน เช่น การแปรรูป การแต่งตัว การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ไม่สามารถพลิกตัวได้

นอนติดเตียง หรือนอนรรถเข็นตลอด เนื่องจากเดินไม่ได้ และนำไปสู่การมีข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมีอายุระหว่าง ๑๕ – ๕๙ ปี

๓๐. ๒๘. ๑๗. หมายถึง การทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐. (อ.ออกกำลังกาย อ.อาหาร อ.ารมณ์) ๒๘. (ส.ไม่สูบบุหรี่ ส.ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) ๑๗. (ฟ.ดูแลสุขภาพฟัน) และ ๑๗. (การอนหลับพักผ่อน)

การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง กระบวนการที่มีระบบเป็นเหตุเป็นผลในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้ดีขึ้น หรือกระบวนการในการจัดทำหลักสูตรเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล และสภาพสังคม รวมทั้งมีการนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินหลักสูตร ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คำนึงถึงกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับเริ่มตั้งแต่การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาหลักสูตร การยกร่างสร้างหลักสูตร การทดลองใช้หลักสูตร และการประเมินหลักสูตร รวมไปถึงการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดีที่สุด

#### ๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

##### ๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็นในการพัฒนา รวมทั้งศึกษาสถานการณ์หลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

โดยศึกษาจาก ๑). ข้อมูลรายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย จากรัฐมนตรีส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๒). ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในพื้นที่ ๕ จังหวัด ในประเทศไทย ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร ๓). ข้อมูลจากเอกสาร ตำรา บทความ เว็บไซต์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### ๑.๔.๒ ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย สัญชาติไทย อายุในช่วงวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๕๙ ปี

##### ๑.๔.๓ ขอบเขตด้านพื้นที่

ประเทศไทย

#### ๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๕.๑ ได้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

๑.๕.๒ สร้างการมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่ายในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

## บทที่ ๒

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา “การสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

#### ๒.๑ คนพิการ

##### ๒.๑.๑ ความหมายของคนพิการ

##### ๒.๑.๒ ประเภทของคนพิการ

##### ๒.๑.๓ สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

##### ๒.๑.๔ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวมถึงสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ

#### ๒.๒ แนวคิดและทฤษฎีการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

##### ๒.๒.๑ ความหมายของสุขภาพ

##### ๒.๒.๒ ความหมาย แนวคิด และหลักการส่งเสริมสุขภาพ

##### ๒.๒.๓ วิัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพ

#### ๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

#### ๒.๔ ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร

#### ๒.๕ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๙.

#### ๒.๖ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### ๒.๗ กรอบแนวคิดการศึกษา

#### ๒.๑. คนพิการ

##### ๒.๑.๑ ความหมายของความพิการ

องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๓) ได้ให้ความหมายของผู้พิการ (Disability) ไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถในการปฏิบัติภาระใดๆ ก็ตาม โดยวิธีการหรือโดยวิสัยของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกิดจาก ความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา หรือแม้กระทั่งจิตใจ ส่งผลให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือ ทำอะไรที่สอดคล้องเหมาะสมกับ วัย เพศ และสิ่งแวดล้อม สังคม (อ้างใน พนิดา ศรีใจ, ๒๕๖๒)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) อธิบายคำนิยามของคำว่า “คนพิการ” (disabled persons) ไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Declaration on the Rights of Disabled Persons) ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนในด้านสิ่งจำเป็นต่อการ ดำรงชีวิตในฐานะปัจเจกบุคคลหรือในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกาย และจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) กล่าวว่า “ความพิการ” เป็นคำที่ ครอบคลุมถึงความทุพพลภาพ หรือการมีข้อจำกัดในการกระทำและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ โดยที่มี ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล มาเป็นตัวกำหนดดุลยรัตน์หรือความคุ้มครองตัวในการทำงาน ของร่างกาย (อ้างใน มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ, ๒๕๖๑)

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้คำจำกัดความว่า คนพิการ (Disabled Persons) คือ “บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสด้านความมั่นคงในชีวิต สถานภาพการจ้างงาน หรือความก้าวหน้าในอาชีพ อย่างเหมาะสมถูกจำกัดหรือลดอย่างเห็นได้ชัด อันเป็นผลจากความบกพร่องร่างกายหรือทางจิตใจ

ปฏิญญาไว้ว่าด้วยสิทธิคนพิการ พุทธศักราช ๒๕๔๑ ให้ความหมาย คนพิการหรือทุพพลภาพ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสมควรที่จะได้รับสิทธิและโอกาสในการพัฒนาให้เต็มศักยภาพ ได้รับการปกป้อง คุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ด้วยความเสมอภาค ได้รับข้อมูลข่าวสารสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับความพิการและได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรี แห่งความเป็นมนุษย์

สำหรับในประเทศไทย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้ให้คำยามศัพท์ของคำว่า “คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติภารกิจกรรม ในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, ๒๕๔๐)

พูนพิศ omaatyakul และคณะ ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง ความบกพร่อง หรือการสูญเสีย สมรรถภาพของร่างกาย และ(หรือ) จิตใจ ทำให้มีข้อจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งในการ เรียนรู้ การสื่อความหมาย (การฟัง พูด อ่าน เขียน) การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และการสร้าง สัมพันธภาพกับคนในสังคม ซึ่งบุคคลหนึ่งฯ อาจจะมีความบกพร่องและข้อจำกัดอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างก็ได้ (พูนพิศ omaatyakul และคณะ, ๒๕๔๙ : ๑๗)

นิธินันท์ โคงคาน ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพ ร่างกาย สติปัญญา จิตใจและสังคม จนเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างโดยย่างหนึ่ง หรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวัน ศึกษาเล่าเรียนหรือประกอบอาชีพได้อย่างคนปกติ อย่างชั่วคราว หรือถาวร (นิธินันท์ โคงคาน, ๒๕๔๗ : ๑๔)

จากการศึกษาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า “คนพิการ” หมายถึง เป็นบุคคลที่มีความบกพร่อง มีข้อจำกัด หรือขาดความสามารถในการปฏิบัติภารกิจใดๆ ใน การปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วม ทางสังคม เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกาย หรือภาวะทางจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม เช่น ความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา รวมทั้งในการ เรียนรู้ การสื่อความหมาย (การฟัง พูด อ่าน เขียน) เป็นต้น ซึ่งบุคคลหนึ่งฯ อาจจะมีความบกพร่องและข้อจำกัด อย่างโดยย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างก็ได้ จนเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างโดยย่างหนึ่ง ทำให้ไม่อาจแสดงบทบาท หรือทำอะไรที่สอดคล้องเหมาะสมกับ วัย เพศ และสิ่งแวดล้อม สังคม จึงมีความจำเป็น พิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่ง ด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันหรือเข้าไป มีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างเท่าบุคคลทั่วไป โดยคนพิการถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสมควรที่จะได้รับสิทธิ และโอกาสในการพัฒนาให้เต็มศักยภาพ รวมทั้งได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้เข้าร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองด้วยความเสมอภาค ได้รับข้อมูลข่าวสารสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับความพิการ และได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันเช่นเดียวกับคนทั่วไป ในสังคม

## ๒.๑.๒ ประเภทของคนพิการ

### สาเหตุของความพิการ

จากการศึกษาของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญขององค์กรอนามัยโลกได้จำแนกสาเหตุและลักษณะของความพิการในทางการแพทย์ไว้ ดังนี้ (ประณี ประไพรพันธ์, ๒๕๕๑ : ๑๖)

#### ๑. ความพิการแต่กำเนิด

๒. โรคติดต่อทำให้เกิดความพิการได้หลายทาง เช่น ไข้สัնหลังอักเสบ

๓. โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคระบบการเคลื่อนไหว เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ ความพิการ จากระดูกกล้ามเนื้อ อัมพาต โรคหัวใจ เป็นต้น

๔. โรคจิตต่าง ๆ เช่น โรคประสาทซึมเศร้า โรคประสาทนิรดิษย์คิดย้ำทำ

๕. โรคพิษสุราเรื้อรังและการติดสารเสพติดต่าง ๆ

๖. ภายนตราย การบาดเจ็บ และอุบัติเหตุต่าง ๆ

๗. ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารเป็นอันตรายที่ก่อให้เกิดความพิการ เช่น ตาบอด สมองพิการตั้งแต่ต่ำงูในครรภ์

๘. สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่

๘.๑ สิ่งแวดล้อม เช่น การได้ยินเสียงอึกทึบเป็นประจำ

๘.๒ การจากตัวตายแต่ไม่ตาย เช่น การผูกคอตาย

๘.๓ คดีอาชญากรรม เช่น การถูกยิงที่ใบประสาทสันหลังทำให้เป็นอัมพาต

๘.๔ จากการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี เช่น กินยาผิด ฉีดยาผิด

### ประเภทของความพิการ

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ กำหนดประเภทความพิการไว้ ๗ ประเภท ดังนี้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, ๒๕๕๐)

#### ๑. ความพิการทางการเห็น หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเห็น ได้แก่

๑.๑ ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดากลับอยู่ในระดับเย่กว่า ๓ ส่วน ๖๐ เมตร ( $3/60$ ) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ พุต ( $20/400$ ) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๑๐ องศา

๑.๒ ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดากลับอยู่ในระดับตั้งแต่ ๓ ส่วน ๓๐ เมตร ( $3/30$ ) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ พุต ( $20/400$ ) ไปจนถึงเย่กว่า ๖ ส่วน ๑๙ เมตร ( $6/19$ ) หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ พุต ( $20/70$ ) หรือ มีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา

#### ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

๒.๑ หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้ค่าลีนความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์, ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง ๙๐ เเดซิเบลขึ้นไป

๒.๒ ญูติง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินโดยใช้คุณลักษณะที่ดีที่สุดที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยิน ที่ความดังของเสียงน้อยกว่า ๘๐ เดซิเบล ลงมาจนถึง ๔๐ เดซิเบล

### ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย หลักเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

๓.๑ ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา อาจมาจากการเหตุอันพาตแข่น ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

๓.๒ ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาคลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ ๑๕ ปี

๕. ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางสมองทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณหรือกระบวนการเรียนรู้ พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

๖. ความพิการทางอหิสติก ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากการมีความผิดปกติของสมองและความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มอหิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

นายจุรินทร์ ลักษณ์วิศิษฐ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ ว่า ได้ลงนามประกาศ กระทรวงศึกษาธิการเรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.๒๕๕๗ และประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ.๒๕๕๗ กำหนดประเภทของคนพิการออกเป็น ๙ ประเภท ได้แก่

๑. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น
๒. การได้ยิน
๓. ทางสติปัญญา
๔. ทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ
๕. ทางการเรียนรู้
๖. ทางการพูด และภาษา
๗. ทางพฤติกรรม หรืออารมณ์
๘. อหิสติก

#### ๙. และพิการซ้อน

ประเทศไทยและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๔๒ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ [พก.], ๒๕๔๖) ได้แบ่งประเทศไทยของคนพิการเป็น ๖ ประเภท ได้แก่

๑. ความพิการทางการมองเห็น
๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
๔. ความพิการทางจิตใจหรืออหิสติก
๕. ความพิการทางสติปัญญา
๖. ความพิการทางการเรียนรู้

ประเทศไทยของคนพิการโดยคณะกรรมการร่วมขององค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติหรือยูนิเซฟ (UNICEF) ได้กำหนดประเภทของเด็กพิการ ดังนี้ (วัลลภา บุญรอด และคณะ, ๒๕๔๘ : ๔)

๑. ตาบอด
๒. มองเห็นได้อย่างเลือนแสงหรือบางส่วน
๓. มีความบกพร่องทางการได้ยิน
๔. ปัญญาอ่อน
๕. มีความพิการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวซึ่งเกิดจากความพิการทางสมอง แขน ขา และลำตัว
๖. มีความบกพร่องทางการพูดและการใช้ภาษา
๗. มีปัญหาทั้งด้านการเรียนรู้เฉพาะด้าน (Learning Disabilities)
๘. มีปัญหาทางพฤติกรรมต่าง ๆ
๙. เรียนหนังสือได้ช้า
๑๐. มีปัญหาความพิการซ้ำซ้อน

โดยได้ให้ความหมายของความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกาย หมายถึง

๑. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของมือ เท้า แขน ขา

๒. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และสภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน

ดังนั้น คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย หมายถึง คนที่มีความบกพร่อง หรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา ทำให้มีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การแปรรูป การแต่งตัว การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ไม่สามารถพลิกตัวได้ นอนติดเตียง หรือนั่งรถเข็นตลอด เนื่องจากเดินไม่ได้ และนำไปสู่การมีข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ทั้งนี้ จากราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๙ ที่กล่าวว่า “เพื่อประโยชน์ในการได้รับสิทธิตามมาตรา ๒๐ คนพิการอาจยื่นคำขอเมืองประจำตัวคนต่อนายทะเบียน กลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงานทะเบียนกลาง สำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตาม ระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด” (พก. ๒๕๕๖) ซึ่งจะทำให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ต่างๆ ตาม กฎหมาย ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ โดยผู้ที่มีข้อมูลประจำตัวคนพิการนั้น จะเป็นต้อง ผ่านเกณฑ์การประเมินความพิการและได้รับใบรับรองความพิการจากแพทย์ก่อน จึงจะนำหลักฐานต่างๆ ไปยื่น คำขอเมืองประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งตั้งอยู่ที่ศาลากลางจังหวัดทุกจังหวัด โดยเกณฑ์การประเมินและวินิจฉัยความพิการด้านการเคลื่อนไหว และร่างกาย มีดังนี้

### ๑. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

๑.๑ แขนหรือขาอ่อนแรงจากสาเหตุต่างๆ เช่น อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ ทางสมอง อุบัติเหตุไขสันหลัง มะเร็ง โรคติดเชื้อที่สมอง หรือไขสันหลัง ภาวะผิดปกติทางสมองหรือไขสันหลัง ตั้งแต่กำเนิด

๑.๒ แขน ขา ขาด จากสาเหตุต่างๆ เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุ มะเร็ง แขน ขา ขาดหายตั้งแต่ กำเนิด

๑.๓ โรคข้อ หรือกลุ่มอาการปวด เช่น รูมาตอยด์ ข้อเข่าเสื่อม

๑.๔ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนื่อยง่าย จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น โรคหัวใจ โรคไตaway โรคปอด

โดยมีหลักการวินิจฉัยเพื่อลดความเห็นว่ามีความบกพร่องหรือความพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

#### ๑. กรณีแขนขาขาด ให้วินิจฉัยได้ทันที

๒. กรณีอ่อนแรงของแขนหรือขา จากโรคหลอดเลือกสมอง โรคของสมอง อุบัติเหตุทางสมอง หรือไข สันหลัง หรือโรคทางระบบประสาท ทั้งหมดต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน หรืออยู่ในดุลพินิจของแพทย์ เช่น ถ้าแพทย์ผู้นั้นมีความมั่นใจ สามารถวิเคราะห์ได้ว่าเป็นความพิการที่ถาวร และก็อาจออกเอกสารรับรองความพิการได้ก่อน

๓. กรณีอ่อนแรงของแขนหรือขา จากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ไตaway โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่อยู่ในระหว่างการรักษาหรือฟื้นฟูให้แพทย์ที่เป็นผู้รักษา และ/หรือ ฟื้นฟูเท่านั้นเป็นผู้พิจารณาออกเอกสาร รับรองความบกพร่อง โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค การทำงานโรค และข้อมูลอื่นๆ ประกอบ ซึ่งใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว

๔. กรณีที่ยังอยู่ระหว่างการฟื้นฟู โดยที่แพทย์ผู้รักษาการฟื้นฟูวินิจฉัยแล้วว่าสามารถรักษาและฟื้นฟู ได้ให้แพทย์ลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนและลงบันทึกในส่วน “ความเห็นอื่นๆ ระบุ” ของเอกสาร รับรองความพิการ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับนายทะเบียนพิจารณาต่อไป

๕. โรคล้มชาที่ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรักษา แต่บางครั้งมีอาการชา จะประเมินว่าเป็นคนพิการได้ ต้องมีภาวะแขนขาอ่อนแรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะพิจารณาว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว

๖. โรคบางโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องที่ผิวนังบริเวณใบหน้า ลำตัว หรือรยางค์ แล้วมีผล ต่อสภาพลักษณะภายนอกที่เห็นด้วยตาเปล่าอย่างเด่นชัด หรือมีผลต่อการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ตามร่างกาย เช่น โรคหนังแข็ง (Scleroderma) โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เด็กดัดแಡ (Epidermolysis) โรคเท้าแส้นปม (Neurofibroma) โรคตุ่มน้ำพองใส (Pempigus, Pempigoid) โรคด่างขาว (Vitiligo) คนเผือก (Albanism) เป็นต้น

ให้ประเมินตามแนวทางการตรวจประเมินความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย หากยังไม่ตรงตามเกณฑ์ การประเมิน แต่ความบกพร่องนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการร่วมกิจกรรมทางสังคมให้ระบุความบกพร่อง ที่ตรวจพบในเอกสารรับรองความพิการ ซึ่งผลการประเมินและสรุปผลการวินิจฉัยว่าไม่มีความพิการ แล้วส่งต่อนายทะเบียน เพื่อประเมินข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมต่อไป

## ๒. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางร่างกาย ประกอบด้วย

๒.๑ ภาพลักษณ์ภายนอกร่างกายที่เห็นชัดเจน เช่น คนแคระที่มีขนาดลำตัวสั้นมาก จนมีผลกระทบต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม

๒.๒ ในหน้า หรือศีรษะที่ผิดรูป เช่น หู ตา จมูก ปาก ที่ผิดรูป ผิดตำแหน่ง ผิดขนาด อาจจากสาเหตุอุบัติเหตุ ไฟไหม้ หรือโคนสารเคมี เช่น น้ำกรด มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ภายนอกอย่างรุนแรง

๒.๓ คอด หลัง ลำตัว ผิดปกติหรือผิดรูป เช่น กรณีหลังคด หรือผิดรูปอย่างรุนแรง (กรณีต้องมีการตรวจประเมินว่าไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วหรือผู้ป่วยไม่ยินยอมผ่าตัด)

ซึ่งหลักเกณฑ์วินิจฉัยทั้งหมด มีแนวทางการตรวจร่างกาย ๓ แนวทาง ดังนี้

๑. ตรวจร่างกายภาพลักษณ์ภายนอก รูปร่าง ในหน้า ศีรษะ ลำตัว

๒. ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ในกรณีมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

๓. ตรวจการเคลื่อนไหวของมือ แขน ขา เท้า

โดยมีวิธีการประเมินการทำงานของมือ เท้า แขน ขา เพื่อช่วยทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่  
(๑) การประเมินการจับแก้วน้ำที่มีน้ำอยู่ ๒ ใน ๓ ของแก้ว เพื่อดื่มน้ำในข้างที่บกพร่อง หากแก้วน้ำตก มือสั่น หรือน้ำหลบร้ายๆ ให้ถือว่ามีความพิการ (๒) การประเมินจากการเดิน โดยให้เดิน ๑๐ ก้าว หรือไม่เกิน ๑๐ เมตร โดยไม่มีเครื่องช่วยเดิน หากเดินไม่ถึง เหนื่อยหอบ ล้มบ่อย สิ่ง เกร็ง ปลายเท้าตก หรือมีข้อเท้าบิดมากในท่าเขย่ง รวมถึงขา ๒ ข้าง ยาวต่างกันมากกว่า ๕ เซนติเมตร ให้ถือว่ามีความพิการ นอกจากนี้ยังมี แนวทางในการประเมินความพิการเชิงประจักษ์ที่นายทะเบียนสามารถพิจารณาอ กบัตรประจำตัวคนพิการ โดยไม่ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินจากแพทย์ ได้แก่ แขนขาดตั้งแต่ข้อมือขึ้นมา หรือขาขาดตั้งแต่ข้อเท้าขึ้นมา ข้างเดียวหรือหลายข้าง

## ๒.๑.๓ สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

### สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย (ณ ๓๑ มิถุนายน ๒๕๖๖)

ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการที่นับจากจำนวนคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ตามข้อมูลสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ณ วันที่ ๓๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ ทั้งหมดจำนวน ๒,๒๐๔,๒๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๓๓ ของประชากรทั้งประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย ๑,๑๗๗,๘๕๔ คน ร้อยละ ๕๒.๐๗ เพศหญิง ๑,๐๒๖,๓๕๓ คน ร้อยละ ๔๗.๙๒ โดยแยกออกเป็นรายภาค ดังนี้

๑. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๘๕๙,๔๕๖ คน ร้อยละ ๓๙.๑๔

๒. ภาคเหนือ จำนวน ๔๙๔,๐๐๐ คน ร้อยละ ๒๒.๓๓

๓. ภาคกลางและภาคตะวันออก จำนวน ๑๖๕,๗๗๑ คน ร้อยละ ๗.๑๒

๔. ภาคใต้ จำนวน ๒๘๐,๐๒๑ คน ร้อยละ ๑๒.๖๖

๕. กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๐๔,๘๕๘ คน ร้อยละ ๔.๗๕

### โดยวิเคราะห์ตามประเภทความพิการ ดังนี้

๑. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน ๑,๓๓๐,๐๖๗ คน ร้อยละ ๕๑.๒๗
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน ๔๑๐,๑๒๖ คน ร้อยละ ๑๙.๖๑
๓. ทางการเห็น จำนวน ๗๘,๖๒๒ คน ร้อยละ ๓.๓๙
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน ๑๖๙,๓๓๔ คน ร้อยละ ๗.๖๗
๕. ทางสติปัญญา จำนวน ๑๗๗,๑๗๗ คน ร้อยละ ๖.๖๘
๖. พิการมากกว่า ๑ ประเภท จำนวน ๑๒๔,๕๙๕ คน ร้อยละ ๕.๖๕
๗. ออทิสติก จำนวน ๒๐,๙๓๙ คน ร้อยละ ๐.๙๕
๘. ทางการเรียนรู้ จำนวน ๑๕,๕๒๔ คน ร้อยละ ๐.๗๐

### วิเคราะห์ตามอายุและประเภทความพิการ

- คนพิการอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวน ๑,๒๖๕,๗๔๖ คน ร้อยละ ๕๗.๔๒
- คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ - ๔๙ ปี มีจำนวน ๘๕๙,๕๕๕ คน ร้อยละ ๓๙.๕๙
- คนพิการที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น อายุระหว่าง ๑๕ - ๒๑ ปี มีจำนวน ๗๓,๑๓๓ คน ร้อยละ ๓.๓๑
- คนพิการที่อยู่ในช่วงวัยเรียน อายุระหว่าง ๖ - ๑๔ ปี มีจำนวน ๑๔,๔๐๑ คน ร้อยละ ๐.๖๕
- คนพิการที่อยู่ในช่วงปฐมวัย อายุระหว่าง ๐ - ๕ ปี มีจำนวน ๑๒,๑๕๒ คน ร้อยละ ๐.๕๕

### วิเคราะห์ตามสาเหตุความพิการ

- อันดับที่ ๑ แพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการ จำนวน ๘๓๓,๒๔๑ คน ร้อยละ ๔๗.๓๔
- อันดับที่ ๒ ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน ๕๘๓,๕๓๙ คน ร้อยละ ๒๖.๔๗
- อันดับที่ ๓ ความเจ็บป่วย/โรคอื่น ๆ จำนวน ๔๘๘,๘๘๐ คน ร้อยละ ๒๒.๑๙
- อันดับที่ ๔ อุบัติเหตุ จำนวน ๑๙๑,๑๐๒ คน ร้อยละ ๘.๒๒
- อันดับที่ ๕ กรรมพันธุ์/พันธุกรรม จำนวน ๑๖,๒๗๔ คน ร้อยละ ๐.๗๔
- อันดับที่ ๖ พิการแต่กำเนิด จำนวน ๑,๑๗๑ คน ร้อยละ ๐.๐๕

### การศึกษาของคนพิการ

๑. คนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน ๗,๐๑๐ คน ร้อยละ ๐.๓๒ (ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ) แบ่งเป็น
  - อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน จำนวน ๗๗๕ คน (ร้อยละ ๐.๐๔ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา)
  - คนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน ๑๐,๐๓๐ คน (ร้อยละ ๐.๔๖ ของคนพิการ ที่ไม่ได้รับการศึกษา)
๒. คนพิการที่ได้รับการศึกษา จำนวน ๑,๗๓๒,๗๖๙ คน ร้อยละ ๗๔.๐๓ (ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ) ได้แก่
  - อันดับ ๑ ประถมศึกษา จำนวน ๑,๔๐๙,๑๖๗ คน ร้อยละ ๖๓.๕๓
  - อันดับ ๒ มัธยมศึกษา จำนวน ๑๒๑๓,๒๖๙ คน ร้อยละ ๕.๖๙
  - อันดับ ๓ ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษา จำนวน ๔๕,๗๘๓ ร้อยละ ๒.๐๓
  - อันดับ ๔ อุดมศึกษา จำนวน ๓๒,๕๐๓ คน ร้อยละ ๑.๔๗
  - อันดับ ๕ ไม่ระบุการศึกษา จำนวน ๙,๑๓๙ คน ร้อยละ ๐.๔๑

## อาชีพของคนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน

คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๔๙ ปี) จำนวน ๘๕๙,๔๔๕ คน

๑. คนพิการประกอบอาชีพ จำนวน ๓๑๒,๓๗๑ คน ร้อยละ ๓๖.๓๑ (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
๒. คนพิการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน ๔๐,๙๗๓ คน ร้อยละ ๔.๙๓ (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
๓. คนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน ๕๐๐๔๑ คน ร้อยละ ๕.๙๓ (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
๔. คนพิการที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล จำนวน ๔๔๕,๓๙๐ คน ร้อยละ ๕๑.๘๑ (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
๕. การประกอบอาชีพของคนพิการ เกษตรกรรม จำนวน ๑๖๖,๖๙๙ คน รับจ้างทั่วไป จำนวน ๗๔,๗๐๗ คน ร้อยละ ๒๓.๙๓ ไม่ระบุ จำนวน ๑๓,๙๑๒ คน ร้อยละ ๔.๔๖ ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพ อิสระ จำนวน ๒๐,๒๗๔ คน ร้อยละ ๖.๗๕ ลูกจ้างภาคเอกชน/พนักงานบริษัท จำนวน ๑๒,๘๐๑ ร้อยละ ๔.๑๐ อื่น ๆ จำนวน ๑๙,๐๒๕ คน ร้อยละ ๖.๑๐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๕,๑๔๔ คน ร้อยละ ๐.๖๙ ตามลำดับ (รายงานข้อมูลสถานการณ์ ประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ)

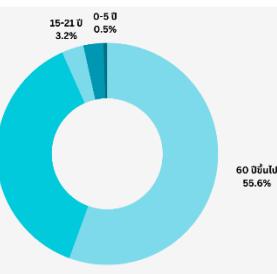
### รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย กรณส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คนพิการทั่วประเทศ



#### จำแนกตามอายุ

ประชุมภาพรวมพิการ	ปัจจุบัน	วัยเด็ก	วัยรุ่น	วัยทำงาน	สูงอายุ	รวม
	๐ - ๖	๖ - ๑๔	๑๕ - ๒๑	๑๕ - ๕๙	๖๐ ปี+	
พิการทางพัฒนา	206	1,545	2,523	53,755	128,607	184,113
พิการทางด้านประสาทหรือความหมาย	912	4,523	5,254	99,711	304,980	410,126
พิการทางเดินหรือทางที่พิการทางร่างกาย	2,772	11,924	14,862	378,677	736,693	1,130,067
พิการทางด้านประสาท	39	518	1,124	121,687	46,890	169,134
พิการทางด้านสายตา	3,267	19,220	23,678	112,176	13,277	147,940
พิการทางด้านหู	60	4,640	5,975	10,064	764	15,528
พิการทางด้านอวัยวะ	2,004	9,978	5,226	8,886	71	20,939
พิการทางด้านสมอง	2,892	14,401	14,438	73,464	33,838	124,595
ไม่ระบุประชุมภาพรวมพิการ	0	4	23	1,135	626	1,765
รวม	12,152	66,753	73,103	859,555	1,265,746	2,204,207



#### จำแนกตามประเภทความพิการ



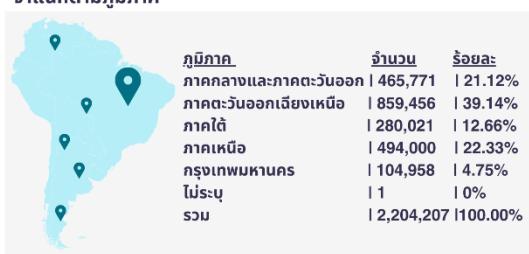
#### จำแนกตามสาเหตุความพิการ

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
พิการด้วยยาเสพติด	933,241	42.34
ไม่ทราบสาเหตุ	263,539	26.47
ภาวะซึมเศร้า	488,880	22.18
ชุมชาติพันธุ์	181,102	8.27
พิษภัยธรรมชาติ	16,274	0.74
พิการทางพัฒนา	1,171	0.05
รวม	2,204,207	100.00

#### จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อาชญากรรมไม่ใช่เกณฑ์	775	0.04
อาชญากรรมที่ไม่ได้เรียน	10,031	0.46
ต่อการประชุมศึกษาตอนต้น	2,223	0.10
ประชุมศึกษา	1,409,167	63.93
นิยมศึกษา	213,269	9.68
อุดมศึกษา	32,503	1.47
ประชุมนิยมบัตรวิชาการศึกษา	44,783	2.03
อนุปริญญา	154	0.01
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	796	0.04
ศูนย์ปริญญาตรี	5,371	0.24
ปริญญาโท หรือเทียบเท่า	1	0.00
อื่น ๆ	24,502	1.11
ไม่ระบุการศึกษา	9,138	0.41
ไม่ได้รับการศึกษา	7,010	0.32
ไม่มีข้อมูล	444,484	20.17
รวม	2,204,207	100.00

#### จำแนกตามภูมิภาค



#### คนพิการ ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕ – ๕๙ ปี) กันหมด 859,555 คน



จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มคนพิการที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๕๙ ปี และคนพิการวัยสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด ร้อยละ ๓๘.๙๙ และร้อยละ ๕๗.๔๒ ของจำนวนคนพิการอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี และ ๖๐ ปีขึ้นไป ตามลำดับ ซึ่งคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย เป็นกลุ่มคนพิการกลุ่มนี้ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการถูกจำกัดความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เช่น การได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ การช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น กล่าวคือความพิการที่เกิดกับร่างกายนั้นมักถูกทำให้รู้และเข้าใจว่า ความพิการ เป็นภาวะที่บุคคลไร้ความสามารถและนำมาซึ่งภาระต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ทุนในมนุษย์หนึ่งคน ที่มีต่อประเทศชาติ ถูกมองข้ามไปอย่างน่าเสียดาย (วีรศักดิ์ จันทร์ส่องแสง, ๒๕๕๐) และลดการจ้างงาน รวมถึงการมีอุปสรรคในการประกอบอาชีพด้วยตนเอง ส่งผลให้คนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการไม่มีงานทำโดยปริยาย คนพิการจึงมีความยากลำบากในการดูแลตนเองทั้งหมดหรือบางส่วนที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต อย่างปกติหรือการใช้ชีวิตในสังคม (เนตรนภา ชุมทอง, ๒๕๔๖) สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา นิลประพันธ์ (๒๕๔๘) เรื่องรูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ปัญหาคนพิการส่วนใหญ่ คือ ปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ ผลกระทบอีกประการได้แก่ การกระทบต่อการศึกษาของคนพิการ กล่าวคือ ปัจจุบัน คนพิการส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการศึกษาเลย อันเนื่องมาจากการความยากจนและความไม่พร้อมของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายในการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการที่มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การจัดสภาพห้องเรียนให้เหมาะสมสมกับคนพิการทางกาย เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการทางการมองเห็น ทางกายและการเคลื่อนไหว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรบริหารส่วนตำบลท่าช้างโดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๕.๓ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๓.๘, ๘๓.๘, ๗๑.๙, ๙๕.๓ และ ๘๗.๕ ตามลำดับ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากการพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพคนพิการที่ศึกษา เป็นคนพิการทางการมองเห็น ทางกายและการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมบางประการ โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองที่ลดลงหรือทำไม่ได้ดังข้อมูล ส่วนบุคคลที่ พบว่า คนพิการส่วนมากไม่ได้ทำงานและไม่มีรายได้ (ร้อยละ ๔๙.๙ และร้อยละ ๕๙.๙ ตามลำดับ) ขณะที่คนพิการที่มีรายได้นั้นพบว่า รายได้ที่ได้รับนั้นไม่เพียงพอ ร้อยละ ๖๗.๕ นอกจาก รายได้ที่ไม่เพียงพอแล้ว คนพิการได้รับเงินสวัสดิการผู้พิการไม่ตรงตามเวลา ทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพร่างกาย ความกังวลในจิตใจ เป็นต้น ดังคำพูดจากการสัมภาษณ์ผู้พิการรายหนึ่งว่า “ไม่ใช่ให้แล้วขาดหายไปเลย เดียวมีมาเดียวไม่มีมา บางครั้งเราไปที่ธนาคารก็อยากรู้ ไปปรับบัญชีแล้วไม่มีเงินเข้าสองหน ก็ไม่เข้าสามหนก็ไม่เข้าไม่รู้จะปรับทำไม่ ไปบ่อยๆ เข้าก็อยากร่านะ เงินไม่เข้าสองเดือนแต่ไปปรับบัญชี” ซึ่งเงินสวัสดิการนี้แม้จะเป็นเงินไม่มาก แต่ก็เป็นเงินที่สามารถช่วยทำให้ผู้พิการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันจะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในระดับหนึ่ง ดังคำพูดของผู้พิการที่ว่า “เรื่องเงิน ๕๐๐ บาทครั้งป้ามีความจำเป็นต้องใช้เงิน มันก็ช่วยได้ตั้งนานนะ อย่างป้ากินอยู่ได้เกือบเดือนนั้น ถ้าขาดเงิน ๕๐๐ ไป

แล้วเดือนนี้ป้าจะกินอะไร จริงอยู่เมื่อก่อนไม่เงินเดือนก็ยังหา กินได้แต่เรามีความหวังของเรารอยู่ตรงนี้ทุกดีอน เงิน ๕๐๐ เนี่ยเราคนเดียวประหดกินประหดใช้มันก็พอ” ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปกรณ์ วชิรคุณ ที่พบว่า คนพิการมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในระดับปานกลาง และการศึกษาของไฟบูลล์ วงศ์ใหญ่ พชนีธรรมวันนา พนินทร วงศ์ใหญ่ และภารนา สถาปอง ที่พบว่า ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ผู้พิการส่วนใหญ่อยากให้องค์กรบริหารส่วนตำบลท่าช้างช่วยแก้ไขมากที่สุดได้แก่ ปัญหาทางสุขภาพ ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ขณะที่คนพิการคือผู้ที่มีรูปร่าง หรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดไปจากปกติผลพวงของความพิการทำให้เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมได้กิจกรรมหนึ่งที่ควรจะทำได้หรือเคยทำได้ในชีวิตประจำวันแล้วกลับกลายเป็นทำไม่ได้ โดยเฉพาะความพิการที่มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยจะยิ่งมีปัญหามากขึ้น คนพิการจึงอยากรู้แก้ปัญหาด้าน สุขภาพดังกล่าวของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวรายหนึ่งที่ว่า “อยากรู้ว่ามีคนมาทำกายภาพให้ เพราะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้” “มาช่วยสอนมาช่วยทำอะไรอย่างนี้” ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจ ข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน (อายุระหว่าง ๒๐ – ๔๙ ปี) ของสำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๐๐ คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๖๕.๗๕ และเพศหญิง ร้อยละ ๓๔.๒๕ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๔๐–๔๙ ปี ร้อยละ ๔๓.๒๕ สำหรับ ข้อมูลด้านสุขภาพและสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีรอบเอวไม่เกิน ๘๐ เซนติเมตร ร้อยละ ๖๑.๔๘ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่รอบเอวเกิน เกณฑ์ปกติ คือ มีรอบเอวเกิน ๘๐ เซนติเมตร ร้อยละ ๖๐.๔๘ ในส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘. ๑๖. ๑๗. พบร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๖.๑๗. อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ ๔๗.๕๐ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๖.๑๗. ในรายข้อ พบร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม ได้แก่ (๑) พฤติกรรมการรับประทานอาหารปรุงสุก ร้อยละ ๗๐.๒๕ (๒) มีความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ ๗๔.๗๕ และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมร้อยละ ๙๕.๔ (๓) มีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๘๑.๕๐ และ ๗๐.๗๕ ตามลำดับ ในส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๖.๑๗. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ (๑) การรับประทานผักอย่างน้อย ๕ ทัพพีต่อวัน ร้อยละ ๖๕.๗๕ (๒) การรับประทานอาหารจำพวก ทอด/แกง กะทิ/ผัด ร้อยละ ๔๕.๕๐ (๓) การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ ๗๖.๗๕ (๔) การมีกิจกรรมทางกายหรือ การออกกำลังกาย ร้อยละ ๖๗.๗๕ (๕) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันและการไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ ๔๔.๕๐ และ ร้อยละ ๔๘.๗๕ ตามลำดับ (๖) การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ ๔๗.๗๕ ) และสอดคล้องกับ งานวิจัยของ James H Rimmer เรื่อง Health Promotion for People With Disabilities: The Emerging Paradigm Shift From Disability Prevention to Prevention of Secondary Conditions. จากผล การศึกษาดังกล่าว พบว่า การส่งเสริมสุขภาพคนพิการมีความสำคัญ เป็นเรื่องที่ควรระหนักรในการป้องกัน

ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะยาว ป้องกันความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง แผลกดทับเป็นต้น ดังนั้น คนพิการควรมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควรเน้นการสร้างความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการ มีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี และเรื่อง Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments ที่จากผลกระทบศึกษาดังกล่าว พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีสุขภาพดีน้อยกว่าคนปกติทั่วไปและมีอัตราพุ่มพุ่มการส่งเสริมสุขภาพ ต่ำกว่าคนปกติ เช่นการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดี การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการป้องกันภาวะเจ็บป่วยขั้นทุติยภูมิที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อคนพิการที่จะช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ควรส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนของชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

#### **๒.๔ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการรวมถึงสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ สถานการณ์และความเป็นมาในการการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

จากรายงานขององค์กรอนามัยโลกปี ค.ศ. ๒๐๑๐ ได้ประมาณการจำนวนคนพิการทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรโลกหรือประมาณ ๗๘๕ ล้านคน ซึ่งสูงกว่าการคาดการณ์ในปีค.ศ. ๑๖๗๐ ซึ่งประมาณการไว้ที่ร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลก โดยในจำนวนดังกล่าวที่มีการสำรวจพบว่าประมาณ ๑๑๐ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๒ มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และยังพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไปถึง ๒ เท่า และถูกเลือกปฏิบัติมากกว่าคนทั่วไปถึง ๔ เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยข้อมูลสถิติคนพิการอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลสำคัญที่ทำการสำรวจและรวบรวมข้อมูลโดยหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ รายงานการสำรวจความพิการ (สพค.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ดำเนินการสำรวจล่าสุดในปีค.ศ. ๒๕๖๕ และฐานข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัว คนพิการจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ พบว่า คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ทั้งหมดจำนวน ๒,๑๐๙,๕๓๖ คน ร้อยละ ๓.๑๙ ของประชากรทั้งประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย ๑,๑๐๑,๘๓๗ คน ร้อยละ ๕๒.๒๓ เพศหญิง ๑,๐๐๖,๖๙๙ คน ร้อยละ ๔๗.๗๕ ซึ่งในการสำรวจความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ยังพบว่า และเมื่อสอบถามถึงความต้องการสวัสดิการจากภาครัฐแต่ยังไม่ได้รับในสวัสดิการ ๔ ประเภท ได้แก่ ๑) ความต้องการการตรวจรักษายาบาล ๒) ความต้องการการพื้นฟูสมรรถภาพ ๓) ความต้องการอุปกรณ์อวัยวะเทียมหรือเครื่องช่วยคนพิการ และ ๔) ความต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการอื่น ๆ พบร่วมกับผู้พิการที่มีความต้องการแต่ยังไม่ได้รับ การตอบสนองในสวัสดิการแต่ละประเภท ดังนี้ ผู้พิการที่มีความต้องการการตรวจรักษายาบาลแต่ยังไม่ได้รับบริการมีร้อยละ ๔.๑ ผู้พิการที่ต้องการการพื้นฟูสมรรถภาพแต่ยังไม่ได้รับมีร้อยละ ๙๒ โดยมีปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่ได้รับบริการ คือ เนื่องจากไม่มีผู้พิการรับบริการ เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ และไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น ส่วนผู้พิการที่มีความต้องการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ แต่ยังไม่ได้รับจากภาครัฐ ในรอบ ๕ ปีก่อนวันสัมภาษณ์ มีร้อยละ ๑๖.๖ ซึ่งอุปกรณ์ฯ ที่ผู้พิการกลุ่มนี้มีความต้องการ ๕ ลำดับแรก คือ เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้า แหวนตาที่ตัดพิเศษ รถนั่งคนพิการ และไม้เท้าแบบสามขา นอกจากนี้ผู้พิการมากกว่า ๑ ใน ๓ (ร้อยละ ๓๗.๒) ยังมีความต้องการแต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือและสวัสดิการอื่น ๆ จากภาครัฐ เช่น ให้เพิ่มเบี้ยคนพิการ ส่งเสริมประกอบอาชีพอิสระ สนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ และการให้คำแนะนำปรึกษา เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานด้านคนพิการ ซึ่งจะเห็นได้จากการดำเนินการตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเฉพาะมาตรา ๒๐ ที่ระบุว่า “คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นๆ จากรัฐ” โดย มาตรา ๒๐ (๑) กล่าวถึงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการเพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดและเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายสู่การปฏิบัติกระ Thornton ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเป็นหน่วยประสานงานด้านวิชาการในการจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยแพทย์สมาคมวิชาชีพ 医药 และนักวิชาชีพเฉพาะทางสมาคมคนพิการเพื่อร่วมจัดทำประกาศฯ แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสาระสำคัญของประกาศกระทรวงฯ กล่าวถึง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ซึ่งระบุกิจกรรมการฟื้นฟูไว้๒๖ รายการ จากเดิมที่ระบุไว้เพียง๓ รายการ ในกฎกระทรวง ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๓๗) ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ พร้อมกันนี้ยังร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ เพื่อให้นำวิถีงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสำหรับคนพิการครอบคลุมทุกประเภท แต่ก็ยังพบว่าสถานพยาบาลของรัฐหลายแห่ง หลายระดับยังไม่สามารถจัดบริการให้ครอบคลุมทุกรายการ ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการบริการต่อไป

บทบาทและทิศทางการดำเนินงานเชิงนโยบายด้านคนพิการในระดับสากลได้ริเริ่มโดยองค์การสหประชาชาตินับตั้งแต่ได้ประกาศ “ปฏิญญาสากระดับโลกว่าด้วยสิทธิมนุษยชน”โดยมุ่งหวังให้ประเทศสมาชิกกำหนดมาตรการ แนวทางการดำเนินงานด้านคนพิการ ในปีพ.ศ. ๒๕๖๐ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากระดับโลกว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” สำหรับคนพิการทางสติปัญญา”ส่งผลให้คนพิการทางสติปัญญา มีสิทธิเท่าเทียมบุคคลอื่น ๆ ในด้านสิทธิทางการศึกษา

การฝึกอบรม การฟื้นฟูและการแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น สิทธิในการทำงาน หรือการประกอบอาชีพอื่นใดที่คนพิการทางสติปัญญาสามารถพัฒนาความสามารถได้เต็มศักยภาพ เป็นต้น ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากระดับโลกว่าด้วยสิทธิคนพิการ” มีสาระสำคัญมุ่งให้คนพิการได้รับสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติซึ่งเป็นสิทธิการเป็นพลเมืองของคนพิการ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ ในปีพ.ศ. ๒๕๒๓ องค์กรอนามัยโลกได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม จำนวนนี้ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็น “ปีคนพิการสากล” เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนักรถึงสิทธิคนพิการ เน้นให้คนพิการสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เช่นเดียวกับคนทั่วไป สร้างความเสมอภาคแห่งโอกาสและเป็นหน้าที่ของสังคมหรือรัฐ ที่จะต้องขัดอุปสรรคเพื่อให้คนพิการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๒๖-๒๕๓๕ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ทศวรรษคนพิการสากล” และประกาศแผนปฏิบัติการว่าด้วยเรื่องคนพิการ (World Program of Action

Concerning Disabled Persons) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ก่อนสิ้นทศวรรษคนพิการ สามสิบในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้วันที่ ๓ ธันวาคมของทุกปี เป็น “วันคนพิการสากล” ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ด้านคนพิการทั่วโลก ต่อมาในปีพ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๔๕ ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีการประชุมคณะกรรมการอิทธิพลเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) และประกาศ “ทศวรรษคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก” พร้อมกำหนดแผนปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมของคนพิการ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐบาลของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก รวมทั้งผู้แทนจากองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการได้ประชุมร่วมกัน ณ เมืองอินชอน สาธารณรัฐเกาหลี ระหว่างวันที่ ๒๙ ตุลาคม-๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อกำหนดทศวรรษใหม่ของคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๕ โดยมีคณะกรรมการอิทธิพลเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) และรัฐบาลของสาธารณรัฐเกาหลีเป็นเจ้าภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปการดำเนินงานทศวรรษที่สองของคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๕ และประกาศทศวรรษใหม่ พร้อมกันนี้ ได้ให้การรับรองปฏิญญารัฐมนตรีว่าด้วยทศวรรษคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๕ ยุทธศาสตร์อินชอนเพื่อ “ทำสิ่งที่ให้เป็นจริง” สำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ทั้งนี้ยุทธศาสตร์อินชอนมีการกำหนดเป้าประสงค์ในการพัฒนาแบบบูรณาการด้านความพิการเป็นครั้งแรกของภูมิภาคและของโลก โดยมีภารกิจจากอนุสัญญาฯด้วยสิทธิคนพิการ และครอบคลุมภูมิภาค ตลอดจนสิทธิสำหรับคนพิการแห่งสหสัมพันธ์จากที่ประเทศบราซิล สิงคโปร์ ปากีสถาน และตั้งเชียงราย ฯลฯ ที่มีภารกิจและสิทธิสำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกสามารถจัดการความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการเติมเต็มสิทธิคนพิการ จำนวน ๖๕๐ ล้านคนในภูมิภาค

ตามที่ประเทศไทยได้รับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นเป้าหมายที่ต่อเนื่องมาจาก Millennium Development Goals (MDGs) คือ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหสัมพันธ์ (Millennium Development Goals-MDGs) ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เกือบทุกประเทศทั่วโลกได้มาร่วมตัวกันในการประชุมสุดยอดแห่งสหสัมพันธ์ขององค์การสหประชาชาติ ที่นครนิวยอร์ก ในการประชุมผู้นำรัฐได้ตกลงตั้งเป้าหมายในการพัฒนาที่ทุกประเทศจะต้องบรรลุให้ได้ภายใน พ.ศ. ๒๕๕๘ ระยะเวลา ๑๕ ปีผ่านมาเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหสัมพันธ์ได้สิ้นสุดลง องค์การสหประชาชาติ จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาขึ้นใหม่ โดยอาศัยครอบความคิดที่มีของการพัฒนาเป็นมิติของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) โดยจะใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายนปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ถึงเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. ๒๕๗๓ ครอบคลุมระยะเวลา ๑๕ ปี การดำเนินการของไทย มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) เมื่อ ๒๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยมีเลขานุการสำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อมเป็นกรรมการและเลขานุการ ร่วมกับการจัดการประชุม Asia-Pacific Ministerial Dialogue: From the Millennium Development Goals to the United Nations Development Agenda beyond ๒๐๑๕ ร่วมกับเอสแคนดิ ในระหว่างวันที่ ๒๖-๒๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ณ กรุงเทพมหานคร โดยที่ประชุมได้รับรอง Bangkok Declaration of the Asia-Pacific region on the United Nations Development Agenda beyond ๒๐๑๕ ประดิษฐ์ไวยากรณ์และสามารถผลักดัน ได้ในเวทีสหประชาชาติที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับคนพิการ คือ การเข้าถึงคนจากทุกภาคส่วนในสังคมสำคัญต่อ นโยบายที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการลดความไม่เท่าเทียมกันทั้งในประเทศและ ระหว่างประเทศ โดยรัฐจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษแก่กลุ่มประชาบาง โดยเฉพาะเด็ก สตรีผู้พิการ และ ผู้สูงอายุซึ่งยังคงถูกละเลยและเพื่อบรรลุการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกภาคส่วนและลดความไม่เสมอภาค ทั้งนี้

ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติได้ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านคนพิการ โดยเริ่มจากมีกฎหมายด้านคนพิการ คือ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ ต่อมา มีการจัดทำแผนการพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔ กำหนดให้คนพิการควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้มีความสามารถในการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า และมีความสุขเน้นการพื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ที่สำคัญ ๔ ด้าน คือ การแพทย์ การศึกษา อาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคม ต่อมา มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙ โดยมีเป้าหมายในการเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคนพิการ มีการพัฒนากลไกทางกฎหมาย เพื่อพัฒนาและคุ้มครองสิทธิคนพิการให้มีความเสมอภาค ตลอดจนการพัฒนาคนพิการในทุกมิติ รวมถึงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ และต่อเนื่องถึงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ซึ่งมีจุดเน้นที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานด้านคนพิการในระดับชาติ โดยเฉพาะคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านคนพิการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป้าหมายที่สำคัญของแผนฉบับนี้ คือ การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านคนพิการทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และบริการสังคม รวมถึงประเด็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรคนพิการ การเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ ตลอดจนการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อคนพิการ ต่อมา มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ ซึ่งมียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ คือ การสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการ และทุกคนในสังคม สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ สร้างพลังอำนาจให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ สร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการอย่างเป็นระบบ และสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ ซึ่งแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ผ่านมาได้ก้าวข้ามการทำงานบนฐานการส่งเคราะห์มุ่งสู่การดำเนินงานบนฐานสิทธิมากยิ่งขึ้น มีการส่งเสริมศักยภาพให้คนพิการและองค์กรคนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้คนพิการได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมาย เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกต่าง ๆ ตลอดจนบริการสาธารณูปโภค

ด้านสุขภาพคนพิการ องค์กรอนามัยโลก ยังได้พัฒนาแนวคิดการพื้นฟูโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-based rehabilitation หรือ CBR) ซึ่งริเริ่มขึ้นหลังจากการประชุม International Conference on Primary Health Care ในปีค.ศ. ๑๙๗๘ ปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) มีการประกาศใช้ CBR เป็นยุทธศาสตร์ที่ช่วยให้คนพิการเข้าถึงในประเทศกำลังพัฒนาให้สามารถเข้าถึงบริการพื้นฟูต่าง ๆ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลา ๓๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีการขยายขอบเขตของ CBR ให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ มากขึ้นจากการประชุม International consultation to review community-based rehabilitation ที่กรุงโซลซิ่งกีในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ มีข้อเสนอแนะที่สำคัญสำหรับ CBR อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนดังที่ระบุไว้ในเอกสารจุดยืนร่วมกันในเรื่อง CBR ระหว่างองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และองค์กรอนามัยโลก (WHO) ว่า CBR เป็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาชุมชนโดยทั่วไปเพื่อการพื้นฟู ก่อให้เกิดโอกาสที่เท่าเทียมกัน ลดความยากจนและทำให้คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติในเรื่องการป้องกันความพิการและการพื้นฟูโดยเชิญให้ประเทศไทยสมาชิก “สนับสนุนและเสริมความแข็งแกร่งให้กับโครงการพื้นฟูที่มีชุมชนเป็นฐาน”

องค์การอนามัยโลกได้นำแนวคิดความพิการด้านชีวะ จิต สังคม (Biopsychosocial model) โดยให้การรับรองรหัส ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) เพื่อใช้เป็นภาษามาตรฐาน สำหรับการสื่อสารข้อมูลด้านสถานะสุขภาพห่างผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม รวมทั้งสามารถใช้เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศได้ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICF ร่วมกับรหัส ICD (International Classification of disease) จะสามารถแสดงภาพรวมของสถานะสุขภาพของประชากรได้เป็นอย่างดี

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขระดับผู้นำของประเทศไทยเป็นตัวแทนเข้าร่วมประชุมสาธารณะสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ มีการนำเสนอร่างแผนปฏิบัติการคนพิการระดับโลกขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. ๒๐๑๔-๒๐๒๑ : เพื่อสุขภาพคนพิการที่ดีกว่า (Draft WHO global disability action plan ๒๐๑๔-๒๐๒๑: Better health for all people with disabilities) ซึ่งเป้าประสงค์สำคัญ คือ การทำให้คนพิการบรรลุการมีสุขภาพ มีความสามารถหรือสมรรถนะ และมีความเป็นอยู่ที่ดีและมีสิทธิในความเป็นมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม โดยใช้ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๓ ประการ คือ

- ๑) ขัดอุปสรรคและปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- ๒) สร้างความเข้มแข็งและขยายระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ความช่วยเหลือ และระบบสนับสนุน รวมทั้งงานฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation; CBR)
- ๓) สร้างความเข้มแข็งระบบรวมข้อมูลความพิการ บริการและงานวิจัย ที่สามารถใช้งานได้ทั้งในระดับชาติ และสำหรับการเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๓๙ (WHO Executive Board ๓๙<sup>th</sup> Session) ระหว่างวันที่ ๓๐-๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลกในกรุงนิว욕 สถาปัตยกรรมสิลิส โดยสาระสำคัญจากการประชุมฯ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการมี ดังนี้

๑) Improving access to assistive technology โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Assistive technology) ที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม ที่ประชุมได้นำเสนอ Global Cooperation on Assistive Technology Initiative ซึ่งมี ๔ องค์ประกอบ คือ

- ด้านนโยบาย จัดให้มี AT Policy Framework
- ด้านผลิตภัณฑ์มีการจัดทำ Priority Assistive Products list
- ด้านบุคลากร ให้มีหลักสูตรอบรมด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
- การจัดบริการ สนับสนุนให้มี Single window service ทั้งนี้อยู่บนหลักการของความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ และต้องมีการพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คนพิการ

๒) การพัฒนาข้อมูลสมัชชาอนามัยโลกใหม่และแผนปฏิบัติการสำหรับการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน และหูหนวก โดยสาระการถึงปัญหาการสูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุการป้องกันและการดูแล สุขภาพประชาชนกลุ่มนี้ซึ่งยังมีข้อจำกัด ทั้งนี้มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานในหลายด้านสำหรับคนพิการ เช่น World report on disability, WHO global disability action plan ๒๐๑๔-๒๐๒๑ แต่ยังไม่มีมติเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างเป็นทางการ

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ(Primary Care) บริการระดับ

ทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพ ที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะยุทธศาสตร์เน้นหนัก) และกำหนดวิสัยทัศน์ “ภายใต้ทุกครั้งต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” ประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

นอกจากนี้ มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๐) เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตertiary Care การพัฒนา ความเขี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายใต้เขต และเป็นเครือข่าย ระดับประเทศ และจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ได้ มอบหมายให้กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการหลักในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในกลุ่มวัยผู้สูงอายุและคนพิการ และบูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาระบบสุขภาพ ร่วมกับกรมสุขภาพจิตและกรมวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ผ่านมา มีการดำเนินงานการกำหนดตัวชี้วัดด้านคนพิการในการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวง สาธารณสุข การจัดทำโครงการของวัณปีใหม่และวันเด็ก แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีการกำหนด Service Plan สาขาพื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการที่ครอบคลุมทั้ง ๗ ประเภทความพิการ ผู้ป่วย และผู้ที่มีเสียงที่อาจเกิดความพิการถาวรสิ่ง Service Plan ในสาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่ามี การพนวก การพื้นฟูสมรรถภาพ Service Plan สาขา เช่น Service Plan สาขาตา มีการกล่าวถึงการคัดกรอง และเฝ้าระวังความพิการทางตาในเด็กที่คลอดก่อนกำหนด การรักษาพื้นฟูในกลุ่มต้อหิน ต้อกระจก เป็นต้น Service Plan สาขารกรแรกเกิด ซึ่งให้สำคัญการให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และดูแลเด็กความเสี่ยง ที่จะเกิดความพิการเพื่อให้รับการรักษาและพื้นฟูที่ทันท่วงที สำหรับด้านสุขภาพจิต มีการจัดทำ Service Plan สาขาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด มีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองในการประเมิน รักษาและพื้นฟู แต่ไม่มีแนวทางมาตรฐานการรักษาพิการ ดังนั้น จึงถือเป็นความท้าทายในอนาคตในการกำหนดนโยบาย Service Plan สาขาพื้นฟูสมรรถภาพ เป็นหนึ่งในสาขาหลัก เพื่อให้ทั้งประเทศไทยมีการกำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานด้านการพื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการกำหนด กรอบ อัตรากำลัง และแผนงาน/โครงการที่สอดรับกับแผนการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ การดำเนินงานที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสิรินธร เพื่อการพื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้นำแนวคิดการพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation หรือ CBR) มาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕ มีการแปลและ เรียนรู้ “Training in the Community for People with Disabilities” เพื่อเผยแพร่และใช้ในการ ดำเนินงาน นอกจากร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ พัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF

(The International Classification of Functioning, Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็นเครื่องมือทางสถิติในการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลได้ในระดับประเทศ

การดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการในประเทศไทยในอดีตมักจะดำเนินการโดยภาคเอกชน เป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนพิการที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน โดยให้ความช่วยเหลือ ในลักษณะของการให้หรือการสงเคราะห์ ที่เป็นรูปธรรม (ชนิษฐา เทวินทรภักติ, ๒๕๔๐) เช่น การให้เงินหรือ เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น เพื่อบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า ทั้งด้านที่อยู่อาศัย อาหารยารักษาโรค ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ ๑ การให้ความช่วยเหลือคนพิการได้ขยายไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ (กิตติยา รัตนกร, ๒๕๓๑) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลจากสงครามโลกจะทำให้การสงเคราะห์คนพิการเปลี่ยนรูปแบบจากการ ช่วยเหลือไปเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์การป้องกัน การ บำบัดรักษา การสงเคราะห์ด้านอาชีพ และสังคมให้แก่คนพิการที่สามารถพัฒนาได้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ เหล่านี้ยังไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่อย่างจริงจังเท่าที่ควร มีคนพิการเพียง ส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมดังกล่าว ส่วนคนพิการอีกจำนวนมากยังต้องพึ่งพาตัวเอง และ ไม่ได้รับ การคุ้มครองจากสังคมเท่าที่ควรแม้แต่ในด้านสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

จากปัญหานี้ กลุ่มคนพิการทางสายตากลุ่มนี้ที่มีโอกาสด้านการศึกษา จึงได้รวมตัวกันก่อตั้งสมาคม คนตาบอดกรุงเทพ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ได้เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ต่อมาภายหลังปีคืนพิการสากล พ.ศ. ๒๕๒๔ (The International Year of Disabled Person ค.ศ. ๑๙๘๑) คนพิการได้ตั้นตัวกันมากขึ้น และทราบกว่า คนพิการเท่านั้นที่จะรู้และเข้าใจถึงปัญหาของคนพิการ จึงมีผลให้เกิดองค์กรของคนพิการขึ้นอีกหลายองค์กร (อ้างถึงในคู่มือมาตรฐานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ ๒๕๖๐)

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ กรมประชาสงเคราะห์ และองค์กรเอกชนด้านคนพิการเล็งเห็นความสำคัญ ในเรื่องสิทธิและโอกาสของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงได้ร่วมกันผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ

ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ รัฐบาลได้ ประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ.๒๕๓๔ พ.ร.บ. ดังกล่าวให้จัดตั้งคณะกรรมการฟนฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยมีเนื้อหารายที่สำคัญบางมาตราได้กำหนดไว้ ดังนี้

**มาตรา ๑๒ ให้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ขึ้นในกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย**

มาตรา ๑๓ ให้สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามมาตรา ๑๒ เป็นสำนักงาน ที่เป็นกลางสำหรับคนพิการในกรุงเทพมหานครและในจังหวัดอื่น โดยมีหัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการเป็นนายทะเบียนกลาง และให้ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัด ทุกจังหวัดเป็นสำนักงาน ที่เป็นสำหรับคนพิการในจังหวัดของตน โดยมีประชาสงเคราะห์จังหวัดเป็นนายทะเบียนจังหวัด

มาตรา ๑๔ ให้คนพิการซึ่งประสงค์จะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการตามพระราชบัญญัตินี้ ยื่นขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนกลาง ณ สำนักงาน คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือต่อนายทะเบียนจังหวัด ณ ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดที่ใน กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพ ความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปจดทะเบียนด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือบุคคลที่ดูแล คนพิการแล้วแต่กรณี จะยื่นขอจดทะเบียนแทนก็ได้ แต่ต้องนำคนพิการหรือหลักฐานว่าเป็นคนพิการไปแสดง ต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด แล้วแต่กรณีด้วย การจดทะเบียน การกำหนดสิทธิหรือ

การเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิโดยคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๕ คนพิการที่ได้จดทะเบียนตามมาตรา ๑๔ ให้ได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพดังต่อไปนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนด ในกฎกระทรวง

(๒) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาภาคบังคับหรือการศึกษาสายอาชีพ หรือ อุดมศึกษา ตามแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมซึ่งให้ได้รับโดยการจัดเป็นสถานศึกษาเฉพาะหรือจัดรวม ในสถานศึกษารัฐบาลได้ โดยให้ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการให้การสนับสนุน ตามความเหมาะสม

(๓) คำแนะนำซึ่งแจงและปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมสมกับสภาพ ของร่างกายและสมรรถภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้

(๔) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสิ่งอำนวยความสะดวกความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(๕) บริการจากรัฐในการเป็นคดีความและในการติดต่อกับทางราชการ

มาตรา ๑๖ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งเรียกว่า “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ในสำนักงาน คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อเน้นหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการทำเนินงานและสงเคราะห์ ช่วยเหลือคนพิการ และสนับสนุนสถาบันบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพ ตลอดจนศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วยเงินและทรัพย์สินอื่น ดังต่อไปนี้

(๑) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล

(๒) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้รับบริจาคจากประชาชน จากนิติบุคคลหรือองค์กรทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ หรือที่ได้มาจากการจัดกิจกรรม

(๓) ดอกผลของเงินกองทุนและการขายหรือหาประโยชน์จากทรัพย์สินที่ได้รับบริจาค

(๔) รายได้อื่น ๆ

เงินและทรัพย์สินอื่นตามวรรคสอง ให้ส่งเข้ากองทุนโดยไม่ต้องส่งคลังเป็นเงินรายได้แผ่นดิน การจัดทำ ผลประโยชน์และการใช้จ่ายเงินกองทุน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด โดยความเห็นชอบ ของกระทรวงการคลัง

มาตรา ๑๗ เพื่อเป็นการคุ้มครองและสงเคราะห์คนพิการ ให้รัฐมนตรีมีอำนาจออกกฎกระทรวง กำหนด

(๑) ลักษณะอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณูปโภคที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวก โดยตรงแก่คนพิการ

(๒) ให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการของเอกชนรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงาน ในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับลูกจ้างอื่น กรณีที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการประสงค์จะไม่รับคนพิการ เข้าทำงานตามสัดส่วนที่กำหนดจะขอส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๑๖ ตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แทนคนพิการเข้าทำงานก็ได้

มาตรา ๑๙ เจ้าของอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณูปโภค อันได้จัดตั้งโดยตน ที่มีอำนาจตามกฎหมาย มาตรา ๑๗ (๑) มีสิทธิหักเงินค่าใช้จ้างเป็นสองเท่าของเงินที่เสียไปเพื่อการนั้นออกจากเงินได้สูตรหรือกำหนดให้สูตรของปีที่คำใช้จ่ายนั้นเกิดขึ้น แล้วแต่กรณีตามประมวลรัชฎากร

นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการของเอกชนซึ่งรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา ๑๗ (๒) มีสิทธินำเงินค่าจ้างที่จ่ายให้แก่คนพิการมาหักเป็นค่าใช้จ่ายตามประมวลรัชฎากรได้เป็นสองเท่าของจำนวนที่จ่ายจริง

มาตรา ๑๙ ในระหว่างที่ยังไม่ได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้นในกรุงเทพฯ ให้กรรมการประจำที่ต้นความในมาตรา ๑๒ ให้กรรมการประจำที่ต้นมาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๓

มาตรา ๒๐ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎหมายเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ในส่วนเกี่ยวกับราชการของกระทรวงนั้นกฎหมายเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

**หมายเหตุ :** เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่คนพิการเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ในการประกอบอาชีพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและโดยที่สมควรสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป ในการนี้สมควรให้คนพิการได้รับการคุ้มครอง การสงเคราะห์ การพัฒนา และการพื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ ตลอดจนแก้ไขปัญหา และขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่คนพิการ รวมทั้งให้สังคมมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลและพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการด้วยการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน สังคม องค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ ขับเคลื่อนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด ๕ ฉบับ โดยสรุปรายละเอียด ดังนี้

### ๑. แผนพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔

กำหนดวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีที่สุดตามสภาพความพิการที่เป็นจริง มีความสามารถเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล รู้สึกดีและหน้าที่ในฐานะพลเมืองที่ดี มีอาชีพ มีงานทำ ดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม ตลอดจนครอบครัวชุมชนและสังคม ให้โอกาสและยอมรับคนพิการเข่นเดียวกับคนทั่วไป โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการให้คนพิการได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพทั้ง ๕ ด้าน ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา อาชีพและการมีงานทำ และบริการสังคมต่าง ๆ ทั้งนี้การดำเนินการในช่วงแผนดังกล่าว พบว่า ระบบการจัดบริการทั้ง ๕ ด้านยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมากนัก ยังขาดข้อมูลในการวางแผนที่ชัดเจน การจัดบริการ ตลอดจนทรัพยากรในการจัดบริการที่ทั่วถึง และรูปแบบการจัดบริการที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงและมีประสิทธิภาพ จึงทำให้คนพิการในช่วงแผนพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างแท้จริง

๒. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙

กำหนดวิสัยทัศน์มุ่งเน้นให้คนพิการมีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิต ในสังคมได้อย่างมีความสุข และสร้างสรรค์มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ โดยทิศทางยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มุ่งเน้นการเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ และสร้างการ มีส่วนร่วมของคนพิการ รวมถึงการพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของคนพิการ ให้ครอบคลุมในทุกมิติ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรด้านคนพิการที่นับว่าเป็นกลไกขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ ให้สามารถดำเนินการคุ้มครองสิทธิของสมาชิก และเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาและกำหนดนโยบายต่าง ๆ ด้านคนพิการ

๓. ແຜນພື້ນາຄຸນພາບສົງລະອຽດທີ່ມີການແຫ່ງຈາຕີ ຂັ້ນທີ່ ๓ ພ.ສ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

มีการพัฒนากลไกเชิงกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ก่อให้เกิดกลไกในรูปแบบคณะกรรมการระดับชาติตามพระราชบัญญัติต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ อาทิ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา และการเรียนรู้ ด้านการศึกษา ในสถานศึกษาเฉพาะ หรือสถานศึกษาทั่วไป การศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยจัดสิ่งอำนวยความสะดวก บริการและความช่วยเหลืออื่นๆ ให้ทางการศึกษา ด้านอาชีพ และการมีงานทำ มีมาตรการเพื่อการมีงานทำ การส่งเสริมอาชีพอิสระด้านสังคม ให้คนพิการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง อย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีสื่อ อำนวยความสะดวก รวมถึงบริการล่ามภาษาเมือง สิทธิสัตว์นำทาง สวัสดิการเบี้ยความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ผู้ช่วยคนพิการ เป็นต้น

๔. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๙

กำหนดดวิสัยทัศน์คนพิการดำรงชีวิตอิสรร ร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาค และทำให้มีภูมิคุณมีคุณภาพในการใช้ชีวิตร่วมกับทุกคน

- (๑) ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและ เท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

(๒) สร้างสภาพแวดล้อมพัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์

(๓) เสริมพลังอำนาจให้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

(๔) ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรต้านคนพิการและเครือข่ายและ

(๕) สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ นอกจากนี้ได้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ให้มีความทันสมัยและครอบคลุม โดยให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีหน้าที่ในการตรวจสอบการได้รับสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด คนพิการที่ไม่มีสถานที่ทางทะเบียนราชภูร์อาจได้รับการอนุญาตให้ใช้ชื่อที่เหมาะสมตามหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ เป็นต้น

จากการประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ ทั้งในเชิงผลลัพธ์ และผลลัพธ์ พบร่วมกันพิจารณาจำนวนกว่า ๔๒๘,๒๐๐ คน ได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการบูรณาการดำเนินงานตาม แผนงานโครงการภายใต้ ๕ ยทธศาสตร์ ทั้งนี้ หากพิจารณาถึงความสำเร็จและความก้าวหน้าของรัฐบาลล่อนแผน

ไปสู่การปฏิบัติเมื่อสินสุดแผน พบว่า มีความก้าวหน้าและความสำเร็จมากกว่า ร้อยละ ๗๐ โดยยุทธศาสตร์ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการ รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์เสริมพลังอำนาจให้กับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งแก่องค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย ยุทธศาสตร์สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ และยุทธศาสตร์สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่ครอบคลุมทุกมิติ ทำให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น อาทิ การเพิ่มสวัสดิการเบี้ยความพิการจาก ๕๐๐ บาท เป็น ๘๐๐ บาท จำนวน ๑,๓๔๔,๗๓๔ คน (ณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙) โดยคนพิการที่มีบัตรประจำตัวแล้วสามารถได้รับเบี้ยความพิการทันที การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านสุขภาพ การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการในทุกระดับ ทั้งนี้ มีโรงเรียนเฉพาะความพิการ จำนวน ๔๖ โรงเรียน มีนักเรียนพิการจำนวน ๑๒,๙๗๕ คน การจัดการศึกษาแบบเรียนร่วมมีนักเรียนพิการจำนวนมาก ๓๘๖,๘๒๓ คน ใน ๒๑,๙๗๒ โรงเรียนทั่วประเทศ และพัฒนาศูนย์การเรียนเฉพาะความพิการเป้าหมาย ๑ อำเภอ ๑ ศูนย์การเรียน เป็นต้น

ด้านการส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำของคนพิการ มีคนพิการทำงานในสถานประกอบการ จำนวนกว่า ๓๒,๕๐๐ คน และทำงานในหน่วยงานของรัฐจำนวนกว่า ๓,๔๕๖ คน ซึ่งนับว่าเป็นพัฒนาการที่ดี ในเชิงของการสร้างโอกาสให้คนพิการได้แสดงศักยภาพ และสังคมได้ตระหนักรถึงความสามารถของคนพิการ ที่เป็นกำลังสำคัญในการร่วมพัฒนาประเทศ รวมถึงการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระให้กับคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการ ให้บริการกู้ยืมเงินคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๖๐,๒๒๔ ราย โดยไม่เสียดอกเบี้ย และได้ปรับเพิ่มวงเงินกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคล จากเดิมรายละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท เป็นไม่เกินรายละ ๖๐,๐๐๐ บาท และให้มีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป โดยไม่เกิน ๑๒๐,๐๐๐ บาทต่อราย ทำให้คนพิการมีงานทำและมีรายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

ด้านสังคมและสวัสดิการของคนพิการ มีการพัฒนาระบบบริการล่ามภาษามือ ส่งเสริมพัฒนาความรู้ กับล่ามภาษามือ จัดทำหลักสูตรพัฒนาล่ามภาษามือในระยะสั้นและระยะยาว และสร้างความตระหนักรู้แก่บุคคลทั่วไป เกี่ยวกับการใช้ภาษาเมืองไทย มีล่ามภาษามือได้รับการจดแจ้ง จำนวน ๖๔๙ คน จัดบริการผู้ช่วยคนพิการ จำนวน ๗๘๐ คน มีการฝึกอบรมให้ความรู้ผู้ช่วยคนพิการตามหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการระดับพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดูแลคนพิการในระดับบุคคลที่มีความประสงค์จะขอรับบริการผู้ช่วยคนพิการ รวมถึงได้มีการส่งเสริมและพัฒนาทักษะคนพิการ โดยให้บริการอุปกรณ์ถือดูด้านปัจจัย ๔ บริการทางสังคมสงเคราะห์ รักษาพยาบาล พื้นฟูปรับสภาพร่างกาย จิตใจ ตามสภาพความพิการ ส่งเสริมพัฒนาการให้บริการด้านการศึกษาและวิชาชีพ ในสถานศึกษาและพัฒนาคนพิการ และศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน ๒๒ แห่ง มีคนพิกรกว่า ๕,๑๙๑ คน

การผลักดันการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและทุกคนในสังคมเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ซึ่งมีหน่วยงานราชการที่จะต้องดำเนินการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการจำนวนทั้งสิ้น ๔๓,๐๒๔ แห่ง และได้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกไปแล้ว จำนวน ๒๒,๒๕๙ แห่ง (ร้อยละ ๕๑.๗๑) รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้อื้อต่อการดำรงชีวิตของคนพิการกว่า ๑๐,๐๐๐ หลัง และได้ดำเนินการพัฒนาและสร้างชุมชนต้นแบบอารยสถาปัตย์ โดยดำเนินการนำร่องกว่า ๓๓ จังหวัด และมีแผนที่จะดำเนินการให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ นอกจากนี้ ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อรองรับระบบคมนาคมขนส่งที่เอื้อต่อคนพิการ โดยได้มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับรถโดยสารปรับอากาศใช้เชื้อเพลิงก๊าซธรรมชาติ (NGV) ขนาดต่ำ ประกอบด้วย

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษา องค์กรคนพิการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการศึกษาและสำรวจเส้นทางเดินรถ NGV ชานต่ำการปรับปรุงทางลาดทางเดินเท้า ป้ายหยุดรถประจำทาง จำนวน ๑,๒๓๔ แห่ง

นอกจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพดังกล่าวข้างต้น ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก อำนวยความสะดวกในหลาย ๆ โครงการ เช่น การให้บริการเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับคนพิการ และความช่วยเหลืออื่นๆ ให้กับผู้ที่ไม่สามารถเดินทางไปสถานที่ต่างๆ ได้ โครงการฯ ได้ดำเนินการพัฒนาข้อเข้าเที่ยมสำหรับคนพิการระดับหนึ่ง เช่น การจัดทำมาตรฐาน สื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ การพัฒนาเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการอ่านกระบวนการคิดและคณิตศาสตร์สำหรับเด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ การจัดตั้งศูนย์บริการถ่ายทอด การสื่อสารแห่งประเทศไทย (TTRS) และการติดตั้งตู้ TTRS กว่า ๒๑๐ ตู้ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการคนหูหนวก การจัดบริการโทรศัพท์ภาพผ่านการถ่ายทอดการสื่อสารสำหรับคนหูหนวก การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฝึกเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I-Walk) พัฒนาอิฐทางเท้า แม่เหล็ก และไม้เท้าสำหรับคนพิการทางสายตา หุ่นยนต์เสริมพลังช่วยพยุงเดินสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างและอัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น

สำหรับผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ ในเชิงของกลไกการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในระดับพื้นที่ คือ การจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการในระดับพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดทุกจังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวมจำนวน ๗๗ แห่ง และจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน ๑,๐๙๖ ศูนย์ จำแนกเป็นองค์กรด้านคนพิการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน จำนวน ๖๔ ศูนย์ และราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐ จำนวน ๑,๐๑๐ ศูนย์ และส่วนราชการอื่นๆ จำนวน ๒๒ ศูนย์ นอกจากการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น การขับเคลื่อนงานด้านคนพิการที่สำคัญอีกประการ คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย ให้สามารถส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์กรด้านคนพิการในแต่ละประเภทความพิการ จำนวน ๘๓๕ องค์กรทั่วประเทศ ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้การดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการดังกล่าวข้างต้น จะสำเร็จไปได้ ถ้าหากสังคมยังขาดเจตคติที่ดีและสร้างสรรค์ต่อลูกหลานพิการและครอบครัว โดยในช่วงของการขับเคลื่อนแผนที่ผ่านมาได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพนักธุรกิจอาชีพของนักเรียนนักศึกษา อาทิ โครงการ From Street to Stars เพื่อยกระดับการประกอบอาชีพของนักเรียนนักศึกษาด้วยการอบรมเล่นดนตรีร้องเพลง และพัฒนาบุคลิกภาพ โดยมีคุณพิการทางการเห็นสมัครเข้าร่วมโครงการ ๘๐๐ คน และผ่านการคัดเลือก ๕๐ คน รวมไปถึงการแสดงศักยภาพ การแสดงในพื้นที่สาธารณะ และเผยแพร่ MV เพลงกำลังใจ และบทเพลง cover อีก ๑ ของศิลปิน SBO ผ่านช่องทางมัลติมีเดีย เช่น YouTube ซึ่งทาง GMM ชื่นชมว่าเป็นการสร้างสื่อสารสังคมให้เห็นถึงศักยภาพของคนพิการที่สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนและสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันต่อไป

จากสรุปผลการประเมินแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๕๘ ข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นในทุกช่วงแผน แต่การดำเนินงานให้บรรลุซึ่งวิสัยทัศน์ของแต่ละแผนนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยสำคัญทั้งในเชิงนโยบายของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ทรัพยากรในการขับเคลื่อนแผน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนกลไกในเชิงกฎหมาย ระบอบสังคม ฯ ที่จะต้องเอื้อต่อการดำเนินงาน รวมถึงเจตคติของสังคมต่อคนพิการและความพิการ อย่างไรก็ตาม จากการผลการประเมินข้างต้นได้สะท้อนให้เห็นว่า ยุทธศาสตร์ของแผนดังกล่าวยังมีความสำคัญและจะต้องมีการขับเคลื่อนต่อในช่วงแผนฉบับต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะกรรมการธุรกิจการสังคม กิจการเด็ก เยาวชนและผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สถาบันบัญญัติแห่งชาติ รวมถึงข้อเสนอสมัชชาคนพิการระดับชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่เห็นควรคงยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘

ไว้ในแผนระยะต่อไป เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมีความต่อเนื่องเกิดผลเป็นรูปธรรมต่อไปอย่างแท้จริง

#### ๕. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ สู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการ คือ ความชัดเจนของสาระสำคัญของแผนการรับรู้ความเข้าใจตลอดจนความตระหนักและเจตคติที่ดี และสร้างสรรค์ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรด้านคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระบบการบริหารจัดการแผนสู่การปฏิบัติที่มีความสอดคล้อง และเชื่อมโยงกับแผนระดับต่าง ๆ อาทิ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ แผนพัฒนาระดับจังหวัด แผนเฉพาะด้านคนพิการของหน่วยงาน และแผนปฏิบัติการด้านคนพิการระดับจังหวัด รวมถึงระบบการจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพที่ตอบสนองต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการ ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ทั้งนี้ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ มุ่งเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการบูรณาการ ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงาน และผนวกประเด็นด้านคนพิการเข้ากับแผนงานโครงการของทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิที่เป็นจริง และมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

#### หลักการ

๑. ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย โดยยึดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ เป็นกรอบและทิศทางหลัก และแปลงແນนไปสู่การปฏิบัติ ในระดับต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานด้านคนพิการและบริบทของการพัฒนาประเทศไทย

๒. ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับจังหวัดโดยใช้กลไกคณะกรรมการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ดำเนินการเชื่อมโยงสู่พื้นที่และคนพิการในพื้นที่อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๓. ใช้กลไกและเครื่องมือการพัฒนาของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรด้านคนพิการ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน อย่างบูรณาการและมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานที่มีประสิทธิภาพ สนองตอบต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการอย่างทั่วถึง

๔. ระบบบริหารจัดการแผนสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับต่าง ๆ รวมถึงระบบการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ สู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๒. เพื่อบูรณาการความร่วมมือทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ สู่การปฏิบัติ

๓. เพื่อให้การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบในทุกระดับ

#### แนวทางในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการ กำกับ ติดตาม การขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนคนพิการ

๒. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการสื่อสารแผน สร้างความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญและเจตนาของแผนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแผนในทุกระดับเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ

๓. หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรเอกชน และองค์กรด้านคนพิการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในแต่ละยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ จะต้องจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีรองรับ รวมถึงจัดส่งข้อมูลแผนปฏิบัติการ ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติทุกปี

๔. คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการด้านคนพิการของจังหวัด ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยให้รายงานผลการดำเนินงานมายังกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกปี เพื่อที่จะได้ประเมินผลภาพรวมต่อไป

๕. สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ และแผนปฏิบัติการด้านคนพิการของจังหวัด รวมถึงสนับสนุนแผนงานด้านคนพิการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ในกรณีที่จำเป็น

#### การติดตามประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

๑. การให้ความสำคัญกับการติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลสำเร็จและผลกระทบของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามประเด็นยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานในภาพรวม โดยใช้การติดตามและประเมินผลเป็นเครื่องมือในการบริหารแผนฯ ตั้งแต่การติดตามความก้าวหน้าของกระบวนการผลักดันแผนไปสู่การปฏิบัติ การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับแผนฯ การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของแต่ละแนวทาง และมาตรการ พร้อมทั้งประเมินผลผลลัพธ์ ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น

๒. กลไกในการติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยการตั้งตัวเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดอันจันหน้าที่ในการขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลแผน นอกจากนี้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ จะทำหน้าที่ในการกำกับติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฯ ในทุกๆ ปี ช่วงครึ่งแผนและสิ้นสุดแผน

๓. การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด โดยกลไกคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด จะทำหน้าที่ในการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติด้านคนพิการระดับจังหวัด ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ และรายงานความก้าวหน้าของแผนฯ มายังคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ในทุกปี

๔. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกภาคประชาชน อ即ิ องค์กรด้านคนพิการ องค์กรภาคประชาสังคม ให้มีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้า ข้อจำกัด ผลผลลัพธ์ และผลกระทบของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงแผนให้มีความสอดคล้องกับบริบท การพัฒนาระยะลักษณะและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของสังคมโลกต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักที่มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการและสนับสนุนด้านสุขภาพคนพิการตามมาตรา ๒๐ (๑) ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๔๐ จกนนโยบายด้านคนพิการระดับสากลที่มุ่งเน้นให้คนพิการได้รับสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิทธิการเป็นพลเมืองของคนพิการ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยเริ่มจาก "ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ" และล่าสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ องค์กรอนามัยโลกได้ประกาศแนวทางดำเนินงานด้านคนพิการ (World Health Assembly: Action Plan on Disability ๒๐๑๔-๒๐๒๑) อย่างชัดเจน มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของระบบดูแลสุขภาพคนพิการภายในประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ๓ ประการ ได้แก่ พัฒนาการเข้าถึงสิทธิ จัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของคนพิการ พัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสำหรับคนพิการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง และการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลและงานวิจัยด้านคนพิการ ประเทศไทยในฐานะสมาชิก องค์กรอนามัยโลกได้ขานรับนโยบายและมุ่งพัฒนางานดูแลสุขภาพคนพิการให้มีคุณภาพ เข้าถึงได้อย่างเหมาะสม และครอบคลุมทุกประเภทความพิการ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ โดยนำแนวคิดของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ มาเป็นกรอบในการจัดทำ เน้นการบูรณาการร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพคนพิการให้เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับความต้องการ และความเหมาะสมของคนพิการแต่ละประเภท โดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้หน่วยงานด้านสุขภาพ มีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันรวมทั้งเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในการพัฒนาด้านสุขภาพคนพิการให้เกิดประสิทธิภาพที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกัน ซึ่งมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ ๕ ยุทธศาสตร์ (ที่มา : แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ ๑) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้ แนวทาง/มาตรการ

๑.๑. จัดทำแผนปฏิบัติการเชิงบูรณาการร่วมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ ให้ครอบคลุมทุกประเภท ความพิการโดยมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดทิศทางการขับเคลื่อน การจัดบริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ

๑.๒. ปรับโครงสร้างหน่วยงานที่สนับสนุนงานด้านคนพิการของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความชัดเจน มีบุคลากร มีงบประมาณ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านสุขภาพ

๑.๓. กำหนดอัตรากำลังและจัดหา บรรจุแต่งตั้งบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ให้เพียงพอต่อความต้องการที่จำเป็นสำหรับคนพิการแต่ละประเภทความพิการ)

๑.๔. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความสามารถ ในด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ

๑.๕. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพสำหรับคนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์อย่างทั่วถึง ตามกฎหมายกำหนดและเพียงพอ กับความต้องการจำเป็นของคนพิการ แต่ละประเภทความพิการ เช่น ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กพิเศษในโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ

๑.๖. จัดทำระบบส่งต่อ การติดตามผลการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลและนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๑.๗. พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพคนพิการที่หลากหลายทั้งในและนอกระบบ รวมถึงหน่วยบริการร่วมให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการทุกประเภท

๑.๘. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรม เผพาทางด้านคนพิการ เช่น หลักสูตรอบรมผู้ดูแลคนพิการ เป็นต้น เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัย การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทุกประเภทความพิการ

๑.๙. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบการจ่ายค่าบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สื่อส่งเสริมพัฒนาการของกรมบัญชีกลาง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม ให้สอดคล้องกับต้นทุนของหน่วยบริการ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ส่งเสริมให้คนพิการและผู้เกี่ยวข้อง เข้าใจสิทธิประโยชน์และเข้าถึงการดูแลสุขภาพ**

แนวทาง/มาตรการ

๒.๑. สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักรเกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ศักยภาพ การดำรงชีวิต อิสระของคนพิการ

๒.๒. ส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน จัดกิจกรรม พัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมเกี่ยวกับคนพิการและความพิการ ใน การสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อกลุ่มคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว

๒.๓. พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพคนพิการที่ครอบคลุมหรือเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) โดยอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๒.๔ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการบริการเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

๒.๕ จัดบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมายและตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรมและข้อมูลข่าวสาร ในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ

แนวทาง/มาตรการ

๓.๑ พัฒนาระบบและจัดทำฐานข้อมูลด้านคนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบ

๓.๒ ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและลงรหัส ICF International Classification of Functioning Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็นเครื่องมือทางสถิติ ด้านการวิจัย การบำบัดรักษา การวางแผนนโยบายทางการแพทย์ สังคม การศึกษา ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ ข้อมูล ประสานและเชื่อมโยงข้อมูลระดับประเทศ

๓.๓. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานสากล (ตาม WCAG ๒.๐)

๓.๔ จัดทำและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการในแต่ละประเภท ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๓.๕ ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ตลอดจนปรับปรุง สภาพแวดล้อมด้านกายภาพที่คนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

๓.๖ ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้างใหม่ที่ ต้องมีการออกแบบอาคาร ห้องน้ำ ทางเดินภายในและภายนอกอาคารให้เป็นไปตามหลัก Universal Design ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านคนพิการ

## แนวทาง/มาตรการ

๔.๑ สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านคนพิการ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ คนพิการและการป้องกันความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้จริง

๔.๒ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และใช้ประโยชน์โดยปราศจากอุปสรรคสำหรับคนพิการ

๔.๓ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยและพัฒนาวัตกรรมเทคโนโลยี ด้านคนพิการแบบบูรณาการและต้นทุนต่ำ เพื่อให้มีราคาที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการได้

๔.๕ ศึกษาวิจัยระบบดิจิทัลและสถานการณ์ด้านสุขภาพคนพิการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของคนพิการ ตลอดจนจัดระบบบริการให้เหมาะสม

๔.๖ ให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเป็นหน่วยประสานงานด้านวิจัยสุขภาพคนพิการนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการ

## แนวทาง/มาตรการ

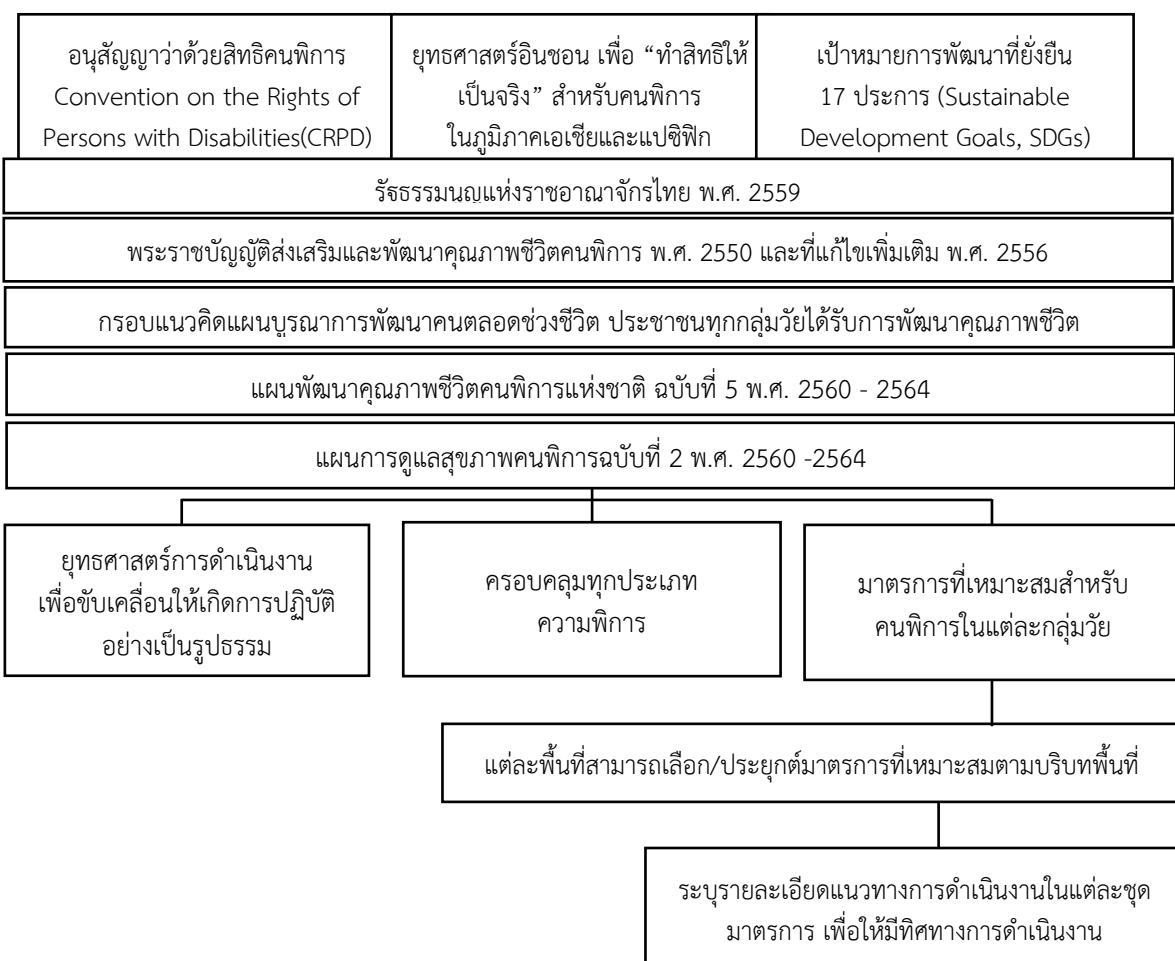
๔.๑ พัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนต้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ

๕.๒ ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพมีการบูรณาการการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการร่วมกับชุมชน โดยใช้แบบประเมินของชุมชน กองทุนระดับตำบลหรือระดับจังหวัด เป็นต้น

๕.๓ ส่งเสริมองค์ความรู้และเจตคติที่ดี ด้านการดูแลและป้องกันความพิการให้กับคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการและเครือข่ายด้านสุขภาพ

๕.๔ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานต้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการในชุมชน

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๙ มาพัฒนาต่ออยอดร่วมกับหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้แทนสมาคมคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการทุกประเภทซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง จึงเกิดการพัฒนาแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ มุ่งเน้นให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในทุกระดับ มีการกำหนดกรอบการดำเนินงาน มีแผนปฏิบัติการและแหล่งงบประมาณเพื่อให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปกำหนดแผนปฏิบัติงานและงบประมาณรองรับครอบคลุมทุกประเภทความพิการ และบูรณาการทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทุกประเภทมีโอกาสเข้ามาร่วมพัฒนาแผน เพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการจำเพาะ รวมทั้งมีระบบการดูแลคนพิการที่ต่อเนื่อง และเข้มข้นอย่างระหว่างหน่วยงานครอบคลุมการเข้าสู่สังคมและการได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ หรือการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของคนพิการ ภายใต้กรอบแนวคิด ดังภาพที่ ๘



### ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการพัฒนา “แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2”

#### แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้

เป้าประสงค์ : มีระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกประเภทความพิการและมีสถานบริการด้านสุขภาพคนพิการครอบคลุมทั่วประเทศ

ตารางที่ ๑ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑. บูรณาการแผนปฏิบัติการด้านคนพิการ ร่วมกับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จัดลำดับ	- มีแผนปฏิบัติกำรบูรณาการร่วมกับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ด้านคนพิการโดยกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในแต่ละระดับ ครอบคลุมการ	กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัด/กำกับ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้

เป้าประสงค์ : มีระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกประเภทความพิการและมีสถานบริการด้านสุขภาพคนพิการครอบคลุมทั่วประเทศ

### ตารางที่ ๑ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ความสำคัญเพื่อกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดบริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ	กำหนดอัตรากำลัง รูปแบบบริการและการประสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ - คนพิการแต่ละประเภทสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ - มีมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมทุกประเภทความพิการ	(รพท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น - สถานพยาบาล/ หน่วยบริการในสังกัด/ กำกับกระทรวงต่างๆ - กระทรวงมหาดไทย อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ห้องนิ่งจังหวัด เป็นต้น - องค์กรภาคประชาชน - องค์กรด้านคนพิการ/ ศูนย์บริการคนพิการ
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านคนพิการ ควรมีการทำงานเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ทั้งระดับกรม หน่วยงานส่วนกลาง ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ		
๓. กำหนดอัตรากำลังและสรรงบประมาณ แต่งตั้งบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู) ให้เพียงพอต่อความต้องการที่จำเป็นสำหรับคนพิการแต่ละประเภทความพิการในทุกระดับหน่วยบริการตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพระดับจังหวัดถึงระดับชุมชน		
๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ		
๕. จัดให้มีบริการต้านสุขภาพสำหรับคนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและวัյภารรักษายาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างทั่วถึงตามกฎหมายกำหนดและเพียงพอ กับความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภทความพิการ เช่น ศูนย์ส่งเสริม พัฒนาการเด็กพิเศษในโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ		

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้

เป้าประสงค์ : มีระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกประเภทความพิการและมีสถานบริการด้านสุขภาพคนพิการครอบคลุมทั่วประเทศ

ตารางที่ ๑ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๖. สร้างความตระหนักและส่งเสริมด้านการช่วยเหลือคนพิการในบุคลากรที่ทำประชาสัมพันธ์/ต้อนรับในสถานพยาบาล (ครอบคลุมทั้ง ๗ ประเภทความพิการ)		

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมให้คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสิทธิประโยชน์

และเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

เป้าประสงค์ : คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสิทธิประโยชน์และเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ

ตารางที่ ๒ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๒

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ศักยภาพ การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ	- มีแนวทาง มาตรการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้คนพิการ ทุกประเภทคนพิการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสาร สิทธิ ประโยชน์ ได้ และเข้าใจง่าย	หน่วยงานในสังกัด/กำกับของ <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- กระทรวงศึกษาธิการ</li> <li>- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</li> <li>- กระทรวงเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร</li> <li>- กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี</li> <li>- กระทรวงแรงงาน</li> <li>- กระทรวงมหาดไทย อธิบดีกรมปศุสัตว์ ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ห้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น</li> <li>- องค์กรภาคประชาชน</li> <li>- องค์กรต้านคนพิการ เทคโนโลยี</li> </ul>
๒. ส่งเสริมการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว โดยให้หน่วยบริการสุขภาพพัฟฟ์ภาครัฐและเอกชนจัดกิจกรรม พัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมเกี่ยวกับคนพิการและความพิการ	- คนพิการทุกประเภทได้รับการดูแลพื้นฟูด้านสุขภาพ และสังคมตามกฎหมาย	
๓. พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพที่คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงหรือเหมาะสม เช่น จัดพื้นที่ หรือห้องแยกอตร�认นิผู้ป่วยจิตเวช หรือเต็กกะอุทิศติด หรือจัดบริการสำหรับเคนพิการในรูปแบบ One stop service		
๔. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการบริการเชิงรุก ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ		

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมให้คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสิทธิประโยชน์ และเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง

เป้าประสงค์ : คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสิทธิประโยชน์และเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ

ตารางที่ ๒ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๒

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๕. จัดบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิ ตามกฎหมายและตอบสนองความจำเป็น ของคนพิการแต่ละประเภท		

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาสุขภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสาร คนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ

เป้าประสงค์ : คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสุขภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสารคนพิการแนวทาง และมาตรการ

ตารางที่ ๓ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๓

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑. พัฒนาระบบและจัดทำฐานข้อมูลด้าน คนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการ วางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คนพิการและการป้องกันความพิการ รวมทั้ง ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยง และใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกัน อย่างเป็นระบบ	- จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก หลากหลายรับคนพิการ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม ทางกายภาพให้คนพิการและ ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ ประโยชน์	- หน่วยงานในสังกัด/ กำกับ ของ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงเทคโนโลยี - สถาบันเทคโนโลยี - กระทรวงวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี - กระทรวงแรงงาน - กระทรวงคมนาคม - สถานพยาบาล/ หน่วยบริการ ในสังกัด/ กำกับกระทรวง ต่าง ๆ
๒. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความสามารถ ตามประเภทความพิการและลงรหัส ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็น เครื่องมือทางสถิติ ด้านการวิจัย การบำบัด รักษา การวางแผนนโยบายทางการแพทย์ สังคม การศึกษา	- จำนวนหน่วยบริการเข้าและใช้ ประโยชน์ได้จากผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความ พิการ รวมถึงเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับคนพิการ ที่มีความสามารถใช้งาน เพื่อการดำรงชีวิต และความ เหมาะสมในการใช้งาน ของคนพิการ	

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสาร  
คนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ

**เป้าประสงค์ :** คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้  
จากสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสารคนพิการแนวทาง  
และการ

#### ตารางที่ ๓ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๓

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<p>ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลประสานและ เชื่อมโยงข้อมูลระดับประเทศ</p> <p>๓. พัฒนาและปรับปรุงเวปไซต์ของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานสากล (ตาม WCAG ๒.๐)</p> <p>๔. จัดทำและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ ในแต่ละประเภทให้คนพิการทุกประเภทเข้าถึง สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้</p> <p>๕. ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการตลอดจน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านการ เข้าถึงข้อมูลที่คนพิการ ทุกคนสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ร่วมกันได้</p> <p>๖. ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้างใหม่ที่ต้อง<sup>†</sup> มีการออกแบบอาคาร ห้องน้ำ ทางเดินภายใน และภายนอกอาคารให้เป็นไปตามหลัก Universal Design</p> <p>๗. สร้างความตระหนักและส่งเสริมต้านการ ช่วยเหลือคนพิการในบุคลากรที่ทำประชาสัมพันธ์ /ต้อนรับในสถานพยาบาล (ทั้ง ๗ ประเภทความ พิการ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางมาตรการบังคับใช้ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้าง ใหม่ในสถานพยาบาลของรัฐ ที่ต้องมีการออกแบบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรภาคประชาชนสังคม</li> <li>- องค์กรด้านคนพิการ</li> </ul>

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนางานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ

เป้าประสงค์ : นำผลการศึกษาวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ ถูกนำไปพัฒนาเชิงนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมแนวทางและมาตรการ

#### ตารางที่ ๔ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๔

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑. สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านคนพิการ ที่ส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกัน ความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถใช้ ประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้จริง	- มีมาตรการ แนวทาง สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยี ด้านคนพิการ ที่ส่งเสริม การดูแลสุขภาพคนพิการ และการป้องกันความพิการ เพื่อให้คนพิการ สามารถใช้ ประโยชน์ในการดำรง ชีวิตประจำวันได้จริง	หน่วยงานในสังกัด/ กำกับของ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงเทคโนโลยี สารสนเทศ และการสื่อสาร
๒. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับ คนพิการทุกประเภทให้คนพิการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารและใช้ประโยชน์โดยปราศจาก อุปสรรคสำหรับคนพิการ	- มีเทคโนโลยีการดูแลคน พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้และ ออทิสติก สำหรับบุคลากร ทางด้านสาธารณสุข สำหรับ ประชาชนเพื่อให้ประชาชน สามารถพึงพาตนาเองและดูแล ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้	- กระทรวงวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี - สำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ (วช.) - องค์กรต้านคนพิการ
๓. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง ทำวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมเทคโนโลยีด้านคนพิการแบบบูรณา การ และต้นทุนต่ำ เพื่อให้มีราคาที่เอื้ออำนวย ต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการได้		
๔. ศึกษาวิจัยระบบวิทยาและสถานการณ์ ด้านสุขภาพคนพิการ เพื่อค้นหาปัญหาและ ความต้องการของคนพิการ ตลอดจนจัดระบบ บริการให้เหมาะสม		
๕. ให้สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาระบบทางการแพทย์แห่งชาติและกรมสุขภาพจิต เป็นที่ปรึกษาและหน่วยประสานงานด้านวิจัย สุขภาพคนพิการ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านคนพิการ		

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกัน ความพิการกับชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ : คนพิการ องค์กรด้านคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาคีองค์กร ส่วนท้องถิ่นและเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนางานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ

เป้าประสงค์ : นำผลการศึกษาวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ ถูกนำไปพัฒนาเชิงนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมแนวทางและมาตรการ

**ตารางที่ ๔ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๔**

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทุกขั้นตอน ทุกระดับ โดยการส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อการดูแลสุขภาพคนพิการ		
<b>ตารางที่ ๕ แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ ๕</b>		
แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑. พัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ	- ร่วมพัฒนาองค์กร ศูนย์ดูแลสุขภาพคนพิการกับเครือข่ายให้เกิดความเข้มแข็ง ตามเกณฑ์มาตรฐาน ขององค์กรคนพิการ	- กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัด/ กำกับได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น
๒. ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพมีการบูรณาการการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการร่วมกับชุมชน โดยใช้งบประมาณของชุมชน กองทุนระดับตำบล หรือระดับจังหวัด เป็นต้น		- กระทรวงมหาดไทย อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ท้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น
๓. ส่งเสริมองค์ความรู้และเจตคติที่ดี ด้านการดูแลและป้องกันความพิการให้กับคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการและเครือข่ายด้านสุขภาพ		- กระทรวงศึกษาธิการ
๔. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการในชุมชน โดยชุมชน มีส่วนร่วม		- กระทรวงแรงงาน - องค์กรภาคประชาสังคม - องค์กรด้านคนพิการ

#### แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ

การพิจารณาไว้เคราะห์ผลกระทบ และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลตั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการนั้น จำเป็นต้องพิจารณาไว้เคราะห์ทึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้รอบด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจ หน้าที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ด้านอาชีพและสังคม การดำรงชีวิต ด้านการศึกษา เป็นต้น อีกทั้งควรพิจารณาบทบาทในระดับผู้กำหนดนโยบาย จนถึงผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้นำนโยบายต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดกิจกรรม โครงการ บริการ หรือระบบงานที่ส่งผลกระทบโดยตรง หรือโดยอ้อมกับคนพิการ และครอบครัวดังแสดงรายละเอียดหน่วยงานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใน (ดังภาพที่ ๕)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ

ด้านสุขภาพ	ด้านอาชีพและสังคม	ด้านการศึกษา
ผู้กำหนดนโยบาย (Policy maker)		
<b>กระทรวงสาธารณสุข :</b> - แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ 1 - พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 มาตรา 20 (1) - เกณฑ์ในการประเมินคนพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 ข้อ 2	<b>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ :</b> - แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับที่ 4 - พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 <b>กระทรวงแรงงาน :</b> กฎกระทรวงการจ้างงานคนพิการ พ.ศ. 2554 <b>กระทรวงมหาดไทย :</b> ระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 <b>กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร :</b> ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาสังคมดิจิทัลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน	<b>กระทรวงศึกษาธิการ</b> - พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 10 และ 60 - พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 <b>สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ :</b> จัดทำ ข้อเสนอนโยบาย และแผนการจัดการศึกษาพิเศษเพื่อคนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประเมินและรายงานผล
ผู้ปฏิบัติงานกำหนดนโยบาย (Policy maker)		
<b>สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู :</b> อุปกรณ์มูลค่าสูงสำหรับคนพิการ, พื้นฟูคนพิการระยะกึ่งเฉียบพลัน <b>รพ.มหาวิทยาลัย :</b> พิการระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน, อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ <b>รพศ. รพท. :</b> สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู: อุปกรณ์มูลค่าสูงสำหรับคนพิการ,พื้นฟูคนพิการระยะกึ่งเฉียบพลัน <b>รพช. :</b> พื้นฟูคนพิการระยะกึ่งเฉียบพลัน <b>รพ.สต และ อสม. :</b> พื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในระยะยาว คณะกรรมการบริหารกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อ <b>สุขภาพประจำจังหวัด และกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อ</b> <b>สุขภาพประจำตำบลพื้นที่ :</b> พื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อ	<b>สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด :</b> จดทะเบียนคนพิการ, เบี้ยปรับบ้าน, เบี้ยกู้ยืม ประกอบอาชีพ, อุปกรณ์ที่ไม่ใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น รถโยก, ศูนย์บริการคนพิการ <b>กรมจัดหางานจังหวัด</b> <b>อบต. อบต. :</b> นักพัฒนาชุมชน : เบี้ยคนพิการ, โครงการอบรมอาชีวศึกษา, รถบริการรับส่งคนพิการ <b>อบจ. :</b> ศูนย์พัฒนาระดับตำบล, โครงการอบรมอาชีวศึกษา	<b>ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด :</b> โรงเรียนเรียนร่วม โรงเรียนเฉพาะความพิการ ศูนย์การเรียนเฉพาะความพิการ พัฒนาและฝึกอบรมผู้ดูแลคนพิการบุคลากรที่จัดการศึกษาสำหรับคนพิการ

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

๑. ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง
๒. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
๓. ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
๔. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคทางสังคม
๕. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
๖. ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

โดยประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ได้กล่าวถึง การลดความเหลือมล้า สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ด้วยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุม และเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทของสังคมสูงวัย รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วม เป็นพลังในสังคมสำหรับคนทุกกลุ่มโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงวัย โดยการเข้มโยงระบบข้อมูลสวัสดิการ รายบุคคล และการพัฒนาระบบการให้บริการสวัสดิการที่เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ธุรกิจหรือองค์กรประชาชนสังคม เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบสวัสดิการถ้วนหน้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เป็นภาระทางการคลังมากเกินไป ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจ ในการออมและการลงทุนระยะยาวเพื่อเพิ่มความสามารถในการพึงตนเองทางเศรษฐกิจของประชาชนทุกกลุ่ม ด้วยมาตรการทางภาษีและอื่น ๆ ตลอดจนส่งเสริมให้แรงงานทั้งในระบบและนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสังคมอย่างทั่วถึง รวมถึงมีการลงทุนทางสังคมแบบมุ่งเป้าเพื่อช่วยเหลือกลุ่มนักยากจน และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสโดยตรง โดยการจัดให้มีมาตรการพิเศษเพื่อให้สามารถระบุตัวกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ความช่วยเหลือเป็นพิเศษ และให้ความคุ้มครองทางสังคมและสวัสดิการอย่างเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีรายได้น้อย ยากจนและผู้ที่ถูกเลือกปฏิบัติชั้นช่อน โดยมีเป้าหมายการตัดขาดวงจรความยากจนไม่ให้ส่งต่อ จากรุ่นพ่อแม่ไปสู่รุ่นลูกหลาน และช่วยเหลือกลุ่มคนที่เดือดร้อนที่สุด สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษา โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยในด้านบริการสาธารณสุข เน้นการกระจายทรัพยากรและเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล ให้กระจายไปยังพื้นที่ อำเภอ ตำบล เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุม ผู้มีรายได้น้อย ให้ได้รับบริการ ที่ไม่มีความเหลือมล้าในด้านคุณภาพ รวมทั้งระบบคุ้มครองการรักษาพยาบาล ต่อการเจ็บป่วยที่สร้างภาระทางการเงินโดยไม่คาดคิดหรือเกินขีดความสามารถของผู้มีรายได้น้อย สนับสนุน ส่งเสริมให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพ และมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐานสากลในทุกพื้นที่ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ใน การให้บริการสาธารณสุข ด้านการศึกษาเน้นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ ที่เป็นมาตรฐานสมอ跟 โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลทุกจังหวัด การใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และนวัตกรรมของคนทุกกลุ่ม รวมถึงระบบการติดตามสนับสนุนและประเมินผลเพื่อสร้างหลักประกันศิทธิการได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพของประชาชนสร้างความเป็นธรรมในการ

เข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่างทั่วถึง เน้นการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงความยุติธรรมอย่างเท่าเทียมกัน การพัฒนากลไกช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยในการต่อสู้ด้วยคุณภาพมาตรฐานและเพียงพอ การให้หลักประกัน สิทธิของผู้เสียหายและผู้ถูกกล่าวหาในการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การกำหนดกรอบเวลาและขั้นตอนในกระบวนการยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด เป็นธรรมและเสมอภาค และการมีมาตรการที่ลับเฉพาะคดีความผิดเกี่ยวกับเพศและการจัดการคดี เกี่ยวกับกลุ่มที่มีความเปราะบาง ตลอดจนการพัฒนาวิธีพิจารณาความแพ่งและคดีปกครองเพื่อเพิ่มโอกาส ของประชาชนในการเข้าถึงความยุติธรรม ปรับปรุงระบบไทยปรับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใส และระบบการช่วยเหลือผู้พ้นโทษในการกลับสู่สังคม อีกทั้งยังกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังทางสังคม สร้างสังคม เข้มแข็งที่แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้งกัน

### **กฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านคนพิการ**

องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “อนุสัญญาฯด้วยสิทธิของคนพิการ” (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่มีความสำคัญและมีผลต่อ การกำหนดนโยบายด้านคนพิการ โดยประเทศไทยได้ลงสัญญาต่อนี้ เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ อนุสัญญាជบันนี้มีวัตถุประสงค์ของรับการใช้ สิทธิของคนพิการ มุ่งส่งเสริมคุ้มครองและประกันให้คนพิการได้ใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานอย่าง เท่าเทียมกัน ตลอดจนส่งเสริมการเคารพในสิทธิของตนเอง มีหลักการสำคัญในการเคารพในศักดิ์ศรี การไม่เลือกปฏิบัติการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมในสังคม การเคารพในความแตกต่างและการยอมรับ ความหลากหลายของมนุษยชน ความเสมอภาคทางโอกาส ความสามารถเข้าถึงสิทธิ โดยรัฐภาคีมีพันธกรณี ที่จะต้องจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในทุกรูปแบบ ทั้งในด้านกฎหมายการปกครอง และปฏิบัติต่าง ๆ รวมถึงการกำหนดมาตรการที่เหมาะสม เพื่อประกันการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเท่าเทียมกันของคนพิการ ทั้งนี้ในอนุสัญญาฯด้วยสิทธิของคนพิการ ได้กล่าวในประเด็นสุขภาพ การส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟู สมรรถภาพ ใจความว่า “รัฐภาคียอมรับว่าคนพิการมีสิทธิในการอุปโภคมาตรฐานสารานุรักษ์ที่สูงสุด เท่าที่จะหาได้ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ เพราะเหตุแห่งความพิการ ให้รัฐภาคีดำเนินมาตรการที่เหมาะสม ทั้งปวงเพื่อประกันให้คนพิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงเพศ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้รัฐภาคี

๑. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือที่สามารถจ่ายได้สำหรับคนพิการในระดับ คุณภาพและมาตรฐานเช่นเดียวกับการที่จัดให้บุคคลอื่นรวมถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญ พันธุ์และโปรแกรมสาธารณสุขที่มีให้กับประชาชนทั่วไป

๒. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับความพิการ รวมทั้งการบ่งชี้และช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มอย่างเหมาะสม และการบริการที่จัดให้เพื่อจำกัดระดับความ พิการให้น้อยที่สุดและป้องกันไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น ทั้งนี้รวมทั้งในเด็กและผู้สูงอายุ

๓. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพเหล่านี้ให้อยู่ใกล้เคียงมากที่สุดกับชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งในพื้นที่ชนบท

๔. กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลคนพิการด้วยคุณภาพเดียวกันกับที่ให้การดูแลแก่คนอื่น รวมถึงบุปผานี้ฐานของความยินยอมโดยสมัครใจและโดยได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้วยการสร้างความตระหนักรด้านสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีการอยู่ได้ด้วยตนเอง และความต้องการจำเป็นของคนพิการโดยวิธีฝึกอบรมและประกาศใช้มาตรฐานจรรยาบรรณสำหรับการดูแลสุขภาพโดยภาครัฐและเอกชน

๕. ห้ามการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในการประกันสุขภาพและการประกันชีวิต ซึ่งต้องจัดให้มีอย่างยุติธรรมและสมเหตุสมผล และในกรณีการประกันชีวิต ให้เป็นไปตามกฎหมายภายในของรัฐนั้นที่กำหนดให้มีการประกันชีวิตได้

๖. ป้องกันการปฏิเสธการดูแลด้านสุขภาพหรือการบริการด้านสุขภาพหรืออาหารและสารเหลวโดยเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ

๗. ให้รัฐภาคีดำเนินมาตรการที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล รวมถึงการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาความเป็นอิสระไว้อย่างสูงสุด เต็มความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและการอาชีพ และการรวมเป็นส่วนหนึ่งและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกด้านของชีวิต เพื่อการนี้ให้รัฐภาคีจัดบริการ และโปรแกรมด้านการส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพการว่าจ้างงาน การศึกษาและบริการสังคม ในลักษณะที่บริการและโปรแกรมเหล่านี้

(ก) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ในระยะแรกสุดเท่าที่จะเป็นไปได้และบนพื้นฐานการประเมินความต้องการจำเป็นและจุดแข็งของแต่ละบุคคลโดยหลักสหวิชาชีพ

(ข) สนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชนและการเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนและทุกด้านของสังคม โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของคนพิการ และจัดไว้ให้ใกล้เคียงกับชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งในพื้นที่ชนบท

๘. ให้รัฐภาคีส่งเสริมการพัฒนาการฝึกอบรมขั้นต้นและต่อเนื่องสำหรับนักวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านบริการส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

๙. ให้รัฐภาคีส่งเสริมการจัดให้มีวิการให้ความรู้และการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ออกแบบสำหรับคนพิการซึ่งต่างล้วนเกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กฎหมายในประเทศไทย ได้ให้สิทธิของคนพิการในการเข้าใช้บริการจากรัฐไว้ตามกฎหมาย รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในปัจจุบันในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ประเทศไทยอยู่ระหว่างการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนทั่วไป และกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อรักษาสิทธิและการเข้าถึงบริการอันเป็นสาธารณะในภาครัฐ เมื่อเปรียบเทียบรัฐธรรมนูญทั้งสองฉบับ พบร่วมกันรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและสุขภาพ ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ เปรียบเทียบ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ กับ ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐	ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
<b>มาตรา ๓๐</b> “บุคคลย่อมเสมอภาคกันในทางกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพระเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องใดนิ่งแนด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางร่างกายหรือสุขภาพ สถานะบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำได้”	รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้กล่าวถึง สิทธิเสรีภาพ และการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมสิทธิระหว่างชายหญิงการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลไม่ว่าด้วยสาเหตุความแตกต่างในเรื่องใดนิ่งแนด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็น ทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใดจะกระทำได้ในมิติด้านสุขภาพ ได้ระบุบทบาทของรัฐที่ต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การส่งเสริมการป้องกันโรค ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญา ด้วยแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุข ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการพื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ มีมาตรฐานสู่ขั้นอย่างต่อเนื่องโดยรัฐต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ
<b>มาตรา ๔๐</b> “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคในการรับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพหรือผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากต้องได้รับสิทธิตามวรรคหนึ่ง”	ของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน นอกจากนี้ได้กล่าวถึง บทบาทรัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็กเยาวชน สารีผู้สูงอายุคุณพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าว ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมรวมตลอดทั้งให้การบำบัด พื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว ทั้งนี้รัฐต้องส่งเสริมการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวรวมถึงการส่งเสริม
<b>มาตรา ๔๕</b> “บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ”	
<b>มาตรา ๔๐</b> “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้	
(๑) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการเลี้ยงดู และให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและ	

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐	ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
พึงพิงตนเองได้	และพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็งและให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สรtri ผู้สูงอายุคนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และได้รับการคุ้มครองจะเห็นได้ว่า (ร่าง) รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ไม่ได้ระบุถึงคนพิการโดยเฉพาะ ซึ่งสะท้อนให้เห็นมุ่งมองของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนไป ที่มองคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลทั่วไปที่ต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิที่เสมอภาค เท่าเทียม

ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง คือ “พระราชบัญญัติพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔” ซึ่งต่อมา มีการยกเลิก และประกาศใช้ “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐” ซึ่งถือเป็นการปรับปรุงกฎหมายให้สอดรับกับ อนุสัญญาฯ ด้วยสิทธิของคนพิการ (Convention on the rights of Persons with Disabilities: CRPD) สาระได้กำหนดมาตรการในการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองคนพิการในเชิงนโยบายไว้เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาส และการคุ้มครองจากรัฐ มุ่งให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่าง ๆ จากสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เป็นสาธารณูปโภคที่ต้องการ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งในด้านการพื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสวัสดิการสังคม สาระสำคัญที่เกี่ยวกับสิทธิทางการแพทย์และสาธารณสุข ไว้ก่อตัวไว้ในมาตรา ๒๐ (๑) ว่า “คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เป็นสาธารณูปโภคที่ต้องการ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ได้รับการบริการพื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สถาปัตยกรรม การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น” ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับนี้

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เวชภัณฑ์ และบริการเพื่อการพื้นฟูสมรรถภาพและประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การบริการพื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๗” บริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และเป็นการลดภาระค่าจ่ายดังกล่าว จำนวน ๒๖ รายการ เช่น ก咽ภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การพื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย การศัลยกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกฎหมายด้านสุขภาพที่สำคัญได้แก่

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๕ กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการที่มีระดับความพิการอยู่ในเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะได้รับ “บัตรทอง ท.๗๔” สิทธิประโยชน์เฉพาะสำหรับคนพิการที่ไม่ออกหนีจากสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้แก่ ก咽ภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การประเมิน/แก้ไขการรูดจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูทางการได้ยิน การรับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ และการพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖ สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศ และสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะซับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว ได้กำหนดบทบาทให้มี “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมไว้ใน มาตรา ๔๐ การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญอันหนึ่งในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการแบบมีส่วนร่วม ที่ผ่านมา มีการเสนอประเด็นนโยบายผ่านกระบวนการนี้ในมติ “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ” ในขณะที่ก็มีอภิหารามติที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๗๐ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ได้แก่ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่ากินอยู่ และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ อาชีพ และค่าบริการอื่นที่จำเป็น ต่อมาก็มีการปรับปรุงเพิ่มเติมสาระอื่นๆ ใน พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ และ พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๔ และมีการปรับเพิ่มสาระอีกครั้งใน พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๔๘ ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ภายใน ๑๒๐ วันนับตั้งแต่วันที่ประกาศหรือเริ่มตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๔๘ โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านสุขภาพผู้ทุพพลภาพ ดังตารางที่ ๗

### ตารางที่ ๗ สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านสุขภาพผู้พิพากษา

สิทธิประโยชน์	สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติ ประกันสังคมฉบับเดิม	สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๘
กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย	มีสิทธิได้รับเฉพาะค่าตัวจนินิจัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่ และ รักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์ ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย	เพิ่มคำสั่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีได้รับความ เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์
ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิพากษา	ไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีเสียชีวิต	เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิตแก่ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง/ผู้พิพากษา แม้ส่งเงินสมบทไม่ครบตามสิทธิ
กรณีพิพากษา	ผู้ประกันตนต้องสูญเสียสมรรถภาพของ ร่างกายร้อยละ ๕๐ ถึงจะมีสิทธิได้รับ ประโยชน์ทดแทนกรณีพิพากษา *ผู้พิพากษาพอยู่ก่อนวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๓๘ ได้รับเงินทดแทนการ ขาดรายได้ ๑๕ ปี	ผู้ประกันตนซึ่งสูญเสียสมรรถภาพ ไม่ถึง ร้อยละ ๕๐ ของร่างกายมีสิทธิได้รับ ประโยชน์ทดแทนกรณีพิพากษา *ผู้พิพากษาพอยู่ก่อนวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๓๘ ได้รับเงินทดแทนการ ขาดรายได้ตลอดชีวิต

พระราชบัญญัติฯ เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๓๘ มาตรา ๔ การรักษาพยาบาลหมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข ซึ่งรวมค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มีบทบัญญัติกำหนดสิทธิของผู้ป่วย โดยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ และได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา ไว้เป็นความลับ เว้นแต่มีกฎหมายบัญญัติไว้ให้เปิดเผยได้ ได้รับการคุ้มครองจากการวิจัย ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมและระบบอื่น ๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ตลอดจนห้ามมิให้มีผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย

#### บทสรุป

จากกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ ทั้งระดับชาติและระดับสากลแสดงให้เห็นว่าทุกภาคส่วนมีความพยายามที่จะพัฒนา ปรับปรุงและขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมายอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้รับประโยชน์จากบริการของรัฐอย่างทั่วถึง แม้ว่าบางมีข้อจำกัดในด้านการบังคับใช้กฎหมาย ความเป็นอุปสรรคของกฎหมาย การผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติและการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ จากงานวิจัยของ รศ.ดร.ทวี เซ็งสุวรรณทวี และคณะ (พ.ศ. ๒๕๕๖) ระบุว่า กฎหมายและนโยบายต่าง ๆ ยังมีความซับซ้อนและไม่เป็นเอกภาพ ซึ่งอาจทำให้คนพิการเข้าถึงสิทธิหรือบริการต่าง ๆ ได้อย่างไม่ทั่วถึง อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจและมาตรการในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับคนพิการ เช่น ทางลาด ลิฟต์ ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น

ในสถานพยาบาลยังไม่เพียงพอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย นอกเหนือนี้ภูมายังและนโยบายขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะการสงเคราะห์ โดยเน้นการจ่ายเบี้ยความพิการเป็นหลัก ซึ่งไม่มีการรุดแลบและบริการคนพิการในเชิงพัฒนาหรือเชิงระบบอย่างยั่งยืน

ตารางที่ ๘ แสดงการวิเคราะห์กฎหมายนโยบาย ยุทธศาสตร์ ประเด็นการดำเนินงานด้านคนพิการในระดับสากล

ประเด็น	CRPD	Incheon strategy	SDGs	WHA ๒๐๑๔	WHO Global Action Plan ๒๐๑๔-๒๐๒๑
สิทธิ公民พิการ	✓	✓	✓	✓	✓
ความเสมอภาค	✓	✓	✓	✓	✓
การเข้าถึง	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ: ✓ ในอนสัญญา นโยบาย ยทธศาสตร์ แผนฯ มีการกล่าวระบุ หรือยกล่าวถึง

ตารางที่ ๙ แสดงกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านคนพิการในระดับประเทศ

หมายเหตุ : ✓ ในกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนฯ มีการกล่าวระบุ หรือกล่าวถึง

ที่มา : แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ (กระทรวงสาธารณสุข)

## สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มาตรา ๑๙ กำหนดให้คณพิการยื่นขอใบอนุญาตประจำตัวคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกต่อไปนี้

## การขอใบอนุญาตประจำตัวคนพิการ

๑. เอกสารประจำตัวอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้
  - (ก) บัตรประจำตัวประชาชน
  - (ข) บัตรประจำตัวข้าราชการ
  - (ค) สูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
  - (ง) หนังสือรับรองการเกิด ตามแบบของกรรมการปกครอง
๒. ทะเบียนบ้านของคนพิการ
  ๓. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
  ๔. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานพยาบาลเอกชนที่ประกาศกำหนด กรณีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอถ่ายสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน
  ๕. กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ต้องเป็นผู้มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกับคนพิการหรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง ซึ่งคนพิการแจ้งว่าได้อุปการะหรืออาศัยอยู่ด้วยเอกสารประกอบด้วย บัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้ดูแล บัตรประจำตัวคนพิการมีอายุ ๘ ปี นับตั้งแต่วันออกบัตร โดยสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ ที่กำหนดไว้ในกฎหมายสิทธิคนพิการ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑) ที่จัดทำโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กล่าวถึงรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

### **๑. ด้านการแพทย์**

คนพิการสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพล้วนหน้าสำหรับคนพิการ หรือ บัตรทองคนพิการ ท.๗๔ ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ และมีสิทธิได้รับบริการขั้นพื้นฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ดังนี้

- การตรวจวินิจฉัย
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การตรวจด้วยวิธีพิเศษอื่นตามสิทธิ
- การแนะนำให้คำปรึกษา
- บริการเป็นรายกรณี เช่น การให้ยา เวชภัณฑ์ การศัลยกรรม กายภาพบำบัด พยาบาลจิตเวช porrakanaband รวมถึงกรณีการจัดหาซ่อมแซม หรือเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็นต้น

คนพิการสามารถติดต่อขอรับบริการทางการแพทย์ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด โดยเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิของคนพิการ ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้

สิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ หมายรวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การคลอดบุตร บริการทันตกรรม การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลโดยสามารถรับบริการได้ที่ สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ สิทธิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการ ได้แก่ กายภาพบำบัดกิจกรรมบำบัด การประเมิน/แก้ไขการพูด จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การฟื้นฟูการเห็น การกระตุนพัฒนาการ การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ การพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่น ๆ เป็นต้น ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.nhso.go.th/>

## ๒. ด้านการศึกษา

คุณพิการสามารถเข้ารับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษตั้งแต่แรกเกิดหรือเมื่อพบความพิการและได้รับบริการสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการ สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นๆ ทางการศึกษาสำหรับคนพิการ ตามความจำเป็นและเหมาะสมอย่างทั่วถึงโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนจนถึงปริญญาตรีรูปแบบ การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ มีทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย ดังนี้

๑. การเรียนร่วม
๒. โรงเรียนศึกษาพิเศษเฉพาะความพิการ
๓. การจัดในครอบครัว
๔. การจัดโดยชุมชน
๕. การจัดในสถานพยาบาล
๖. การจัดในศูนย์การศึกษาพิเศษ
๗. การจัดการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย

**"สถานศึกษาใดปฏิเสธไม่รับคนพิการเข้าศึกษาให้ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามกฎหมาย"**

### รายการเงินอุดหนุนการศึกษาระดับอุดมศึกษา ประจำปีด้วย

ค่าเล่าเรียน ค่าบำรุง ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายอื่นในทุกหลักสูตร ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราบาท/ราย/ปี ดังนี้

๑. สังคมศาสตร์ ศิลปศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ศึกษาศาสตร์

๑.๑ สาขาวิชาที่ขาดแคลนและ หรือเป็นความต้องการของตลาดแรงงาน ได้แก่ บัญชี เศรษฐศาสตร์ สารสนเทศ นิติศาสตร์ ภาษาต่างประเทศ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ครุศาสตร์อุตสาหกรรม โลจิสติกส์ ธุรกิจอุตสาหกรรม อุตสาหกรรมบริการ และธุรกิจการบิน อัตรา ๖๐,๐๐๐ บาท

- ๑.๒ สาขาอื่น ๆ นอกจาก ๑.๑ อัตรา ๕๐,๐๐๐ บาท

๒. ศิลปกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ อัตรา ๗๐,๐๐๐ บาท

๓. วิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อัตรา ๗๐,๐๐๐ บาท

๔. เกษตรศาสตร์ อัตรา ๗๐,๐๐๐ บาท

๕. สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์ อัตรา ๕๐,๐๐๐ บาท

๖. แพทยศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ อัตรา ๒๐๐,๐๐๐ บาท

### ช่องทางการติดต่อสอบถาม

สายด่วนการศึกษา ๑๕๗๙

สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ โทร. ๐ ๒๒๘๘ ๕๕๕๕ โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๗๐๔๔

ทางเว็บไซต์ <http://special.obec.go.th/>

ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง โทร. ๐ ๒๒๔๗ ๔๖๔๕ – ๖ โทรสาร ๐ ๒๒๔๗ ๔๖๔๕

ทางเว็บไซต์ <https://www.csec.ac.th/csec/>

### ๓. ด้านอาชีพคนพิการ

#### ๓.๑ การฝึกอาชีพ

คนพิการสามารถเข้ารับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ดังนี้

๓.๑.๑. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้บริการจัดฝึกอบรมวิชาชีพแก่คนพิการในสาขาต่าง ๆ หลักสูตรระยะสั้น และระยะยาว (๖ เดือน-๑ ปี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้คนพิการได้มีการพื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและพัฒนาทักษะด้านอาชีพ จำนวน ๙ แห่ง ดังนี้

- (๑) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
- (๒) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการจังหวัด
- (๓) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเพ่พนัส จังหวัดอุบลราชธานี
- (๔) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการหยาดฝน จังหวัดเชียงใหม่
- (๕) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช
- (๖) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านครรภานาໄล จังหวัดอุบลราชธานี
- (๗) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดหนองคาย
- (๘) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านโมกุลเฉลิมพระชนม์พระราช ๕ รอบ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ จังหวัดลพบุรี
- (๙) ศูนย์ส่งเสริมอาชีพคนพิการ (โรงงานปีคนพิการสากล) จังหวัดนนทบุรี

๓.๑.๒. กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานนานาชาติสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ภาค ๑ - ๑๒ มีให้บริการการฝึกเตรียมเข้าทำงาน การฝึกยกระดับฝีมือการฝึกเสริมทักษะและให้คำปรึกษา/แนะนำการพัฒนาหลักสูตร ติดต่อสอบถาม : สายด่วน ๑๕๐๖ กด ๔

๓.๑.๓. สำนักงานประกันสังคม ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานด้านอาชีพ โดยการเตรียมเข้าทำงาน (Work Preparation) การฝึกอาชีพ (Vocational Training) ติดต่อสอบถาม : สายด่วน ๑๕๐๖ กด ๑

#### ๓.๒ การจ้างงานคนพิการ

การจ้างงานคนพิการ กรณีสถานประกอบการเอกชน (มาตรฐาน ๓๓)

นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ ๑๐๐ คนขึ้นไป ต้องรับคนพิการเข้าทำงาน ๑ คน (อัตราส่วน ๑๐๐ : ๑) เศษของ ๑๐๐ คน ถ้าเกิน ๕๐ คนรับคนพิการเพิ่มอีก ๑ คน

ตัวอย่างการคำนวณง่ายๆ

- ลูกจ้างที่ไม่พิการ ทั้งบริษัท ๑๐๐ - ๑๕๐ คน ต้องรับลูกจ้างที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย ๑ คน
- ลูกจ้างที่ไม่พิการ ทั้งบริษัท ๑๕๑ - ๒๕๐ คน ต้องรับลูกจ้างที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย ๒ คน
- ลูกจ้างที่ไม่พิการ ทั้งบริษัท ๒๕๑ - ๓๕๐ คน ต้องรับลูกจ้างที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย ๓ คน

\* การนับจำนวนลูกจ้างให้นับทุกวันที่ ๑ ตุลาคมของแต่ละปี

\* กรณีนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการใด มีหน่วยงานหรือสำนักงานสาขาในจังหวัดเดียวกัน ให้นับรวมลูกจ้างทุกแห่งในจังหวัดนั้นเข้าด้วยกัน

## กรณีนายจ้างหรือสถานประกอบการที่ไม่รับลูกจ้างคนพิการ มีทางเลือก ๒ ทาง คือ

### ทางเลือกที่ ๑ : การส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มาตรา ๓๔

เงินสด เช็คชีดคร่อม หรือ ธนาณัติ สั่งจ่ายกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นรายปี ภายในวันที่ ๓๑ มกราคมของแต่ละปี โดยคำนวณจากอัตราต่อสัดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน ที่ใช้บังคับครั้งหลังสุดในปีก่อนที่มีหน้าที่

#### ตัวอย่าง

- บริษัท ABC ต้องจ้างพนักงานคนพิการ ๓ คน แล้วไม่จ้างสักคน เท่ากับ ๓๐๕ บาท \* ๓๖๕ \* ๓ คน ต้องส่งเงินเข้ากองทุนฯ = ๓๓๓,๙๗๕.- บาท

- บริษัท ABC ต้องจ้างพนักงานคนพิการ ๓ คน แล้วจ้างไม่ครบ ยังขาดอีก ๑ คน เท่ากับ ๓๐๕ บาท \* ๓๖๕ \* ๑ คน ต้องส่งเงินเข้ากองทุน = ๑๑๑,๓๙๕.- บาท

### ทางเลือกที่ ๒ : การจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๕

ให้สถานประกอบการแจ้งความจำนงต่อปลัดกระทรวงแรงงาน หรือผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อจัดให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการจัดจ้างเหมาช่วงงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการแทนที่ได้

- การให้สัมปทาน เช่น ให้สัมปทานพื้นที่ทำการเกษตรให้สัมปทานจัดสรรเวลาออกอากาศทางเคเบิล ทีวีให้แก่คนพิการ

- การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ เช่น สถานประกอบการเช่าพื้นที่ให้ผู้ดูแลคนพิการขายสินค้า จัดพื้นที่บริเวณโรงอาหารให้คนพิการดำเนินการจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม เป็นต้น

- การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ เช่น บริษัท ผลิตนาฬิกาข้อมือจ้างเหมาผู้ดูแลคนพิการประกอบขึ้นส่วนนาฬิกาข้อมือ สถานประกอบการจ้างเหมาคนพิการรองรับ ประชาสัมพันธ์โครงการไม่ขึ้นภัยในชุมชนของตนเอง

- การฝึกงาน เช่น การฝึกอบรมหลักสูตรการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้คนพิการ การจัดหลักสูตรการนวดสปาและนวดแผนไทย การฝึกอาชีวศึกษาช่างเครื่องจักรเพียง "เพาะเลี้ยงเห็ดฟางและเห็ดนางฟ้าให้แก่คนพิการ" และมีระยะเวลาการฝึกไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

- การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จัดทำพื้นผิวต่างสัมผัส สร้างห้องน้ำสำหรับคนพิการ

- การจัดให้มีบริการล่ามภาษาเมือง เช่น สถานประกอบการจัดให้มีล่ามภาษาเมืองเพื่อสื่อสารระหว่างพนักงานที่เป็นคนพิการทางการได้ยินกับพนักงานปกติ

- การให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ เช่น สถานประกอบการให้จัดเรียบผ้าแบบอัตโนมัติและอุปกรณ์ให้คนพิการเพื่อประกอบอาชีพรับตัดเย็บเสื้อผ้าสถานประกอบการสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ให้คนพิการ สถานประกอบการซื้อสินค้าจากคนพิการ

### การจ้างงานคนพิการ กรณีหน่วยงานของรัฐ

หน่วยงานของรัฐที่มีผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ ๑๐๐ คนขึ้นไป รับคนพิการที่สามารถทำงานได้ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดในอัตราส่วนทุก ๑๐๐ ต่อคนพิการ ๑ คน (๑๐๐ : ๑) เช่นของ ๑๐๐ คน ถ้าเกิน ๕๐ คนต้องรับคนพิการเพิ่มอีก ๑ คน

"ผู้ปฏิบัติงาน" หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเรียกชื่ออย่างอื่นของหน่วยงานของรัฐ ซึ่งปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานของรัฐนั้น และให้หมายความรวมถึง

ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในต่างประเทศ และผู้ซึ่งอยู่ระหว่างการลาโดยได้รับเงินเดือนด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึงลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานจ้างเหมาที่ปฏิบัติงานโดยกำหนดระยะเวลาตามสัญญาจ้าง

### ตัวอย่างคำนวณง่ายๆ

- ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ ทั้งหน่วยงาน ๑๕๑ - ๒๕๐ คน ต้องรับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย ๒ คน

- ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ ทั้งหน่วยงาน ๒๕๑ - ๓๕๐ คน ต้องรับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย ๓ คน

ในการนับจำนวนผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐให้นับทุกวันที่ ๑ ตุลาคมของแต่ละปี โดยมีวิธีนับ ดังนี้

- กระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเป็นกรม ให้นับรวมทั้งกระทรวง แล้วให้ปลัดกระทรวงจัดสรรให้หน่วยงานในสังกัดพิจารณารับคนพิการเข้าทำงานที่มีลักษณะงานเหมาะสมกับความพิการ

- ราชการส่วนห้องน้ำ (อบจ. อบต. เทศบาล กทม. เมืองพัทยา และ อปท. อื่น ที่มีภูมายให้จัดตั้งให้นับจำนวนของแต่ละแห่งได้เลย

- รัฐวิสาหกิจ ที่ตั้งขึ้นโดย พ.ร.บ. หรือ พ.ร.ภ. ให้นับทั้งหมดของรัฐวิสาหกิจนั้น

- หน่วยงานอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล ให้นับทั้งหมดของหน่วยงานนั้น

หากหน่วยงานไม่สามารถจัดสรรครอบตัวกำลังให้ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนพิการได้ ให้แจ้งความจำนงต่อปลัดกระทรวงแรงงานหรือผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อให้สัมปทาน จัดสถานที่ จำหน่ายสินค้าหรือบริการจัดจ้างเหมา ช่วงงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการแทน

### ๓.๓ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อประกอบอาชีพ

#### ๓.๓.๑ การกู้ยืมเงินแบบรายบุคคล

คนพิการที่บรรลุนิติภาวะ (อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์) และผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมาย สามารถกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพหรือขยายกิจการ จากกองทุนฯ รายละไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท กรณีต้องการกู้ยืมเงินเกินกว่า วงเงินที่กำหนด จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยไม่เกิน ๑๗๐,๐๐๐ บาท ผ่อนชำระภายในระยะเวลาไม่เกิน ๕ ปี โดยไม่คิดดอกเบี้ย

#### คุณสมบัติ

- อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป หรือ ๑๗ ปีขึ้นไปซึ่งสมรสกู้ต้องตามกฎหมาย

- ต้องไม่เป็นผู้หย่อนความสามารถในการดำเนินติกรรมทางกฎหมาย

- สามารถประกอบอาชีพได้

- สามารถชำระหนี้ได้ โดยต้องมีผู้ค้ำประกัน

- มีภูมิลำเนาในประเทศไทยบ้าน หรือมีที่อยู่ถาวร หรืออาศัยอยู่พื้นที่ที่อยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน

- มีความจำเป็นต้องกู้ยืมเงิน

- ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

- ไม่มีประวัติเสียหายในการกู้เงินกองทุนฯ หรือแก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ไม่มีหนี้ค้างกับกองทุนฯ หรือชำระหนี้มาแล้ว หากกว่าร้อยละ ๖๐

- มีบัตรประจำตัวคนพิการ

#### ผู้ดูแลคนพิการ

- มีชื่อในบัตรประจำตัวคนพิการหรือได้การรับรองจากหน่วยงานหรือบุคคลที่กำหนด

- ดูแลคนพิการที่เป็นผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถหรือเป็นคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือทางสติปัญญา หรือทางการเรียนรู้ หรือออทิสติกและคนพิการที่ดูแลต้องไม่มีหนี้กับกองทุนฯ

- ต้องรับดูแลคนพิการไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

### ๓.๓.๒. การกู้ยืมเงินแบบรายกลุ่ม

ไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท ผ่อนชำระรายในระยะเวลาไม่เกิน ๕ ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย  
คุณสมบัติ

- กลุ่มคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ต้องมีสมาชิกไม่น้อยกว่า ๒ คน โดยสมาชิกเป็นคู่ค้ำประกันให้กัน

- มีการอเงินในสถาบันการเงินอย่างสมำเสมอมาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ เดือน
  - ต้องผ่านการฝึกอบรมอาชีพมีหนังสือรับรองการอบรมและต้องเป็นอาชีพเดียวกับที่ขอ กู้
  - ได้รับการรับรองกลุ่มจากหน่วยงานที่กำหนด
  - มีแผนงานชัดเจน
  - ต้องมีคำว่า "กลุ่ม" ประกอบอยู่ในชื่อกลุ่ม
  - มีสถานที่ทำการแน่นอน

## สถานที่ยื่นคำร้องขอ กู้ยืมเงิน

- กรุงเทพมหานคร กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โทร. ๐ ๒๑๐๖ ๘๓๓๗ - ๔๐,  
๐ ๒๓๕๕ ๓๓๙๙ ต่อ ๗๐๓
    - ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

## ๔. สรวสติการเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถลงทะเบียนขอรับสวัสดิการเบี้ยความพิการได้ที่สำนักงานเขตกรุงเทพมหานครหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเมืองพัทยา โดยมีเกณฑ์การจ่ายสวัสดิการเบี้ยความพิการ รายเดือน ๆ ละ ๕๐๐ - ๑,๐๐๐ บาท

## คณสมบัติคณพิการรับเบี้ยความพิการ

๑. มีสัญชาติไทย
  ๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
  ๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่เบียนบ้าน
  ๔. ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานะเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลดกระ妒รงการพัฒนาสังคมและ  
คุณของมนษย์ประกาศ

## เอกสารที่ต้องเตรียม

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ
  ๒. ทะเบียนบ้าน
  ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์)
  ๔. กรณีผู้อื่นดำเนินการแทน
    - หนังสือมอบอำนาจ
    - บัตรประจำตัว และทะเบียนบ้าน

#### ๔. บริการล่ามภาษาเมืองไทย

การให้บริการล่ามภาษามือสำหรับคนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย โดยล่ามภาษามือได้ค่าตอบแทนในอัตราไม่ต่ำกว่าชั่วโมงละ ๓๐๐ บาท และไม่เกินชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท และอัตราชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท กรณีให้บริการในการประชุมสัมมนา หรือฝึกอบรม บริการล่ามภาษามือสำหรับคนพิการทางการได้ยินในกรณีต่าง ๆ ดังนี้

๑. การใช้บริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
๒. การสมัครงานหรือการติดต่อประสานงานการประกอบ
๓. การร้องทุกข์ การกล่าวโทษ หรือเป็นพยาน ในชั้นพนักงานสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายอื่น
๔. การเข้าร่วมประชุม สัมมนา หรือการฝึกอบรม
๕. การติดต่อหน่วยงานภาครัฐหรือรับบริการสาธารณสุขอื่น

เอกสารหลักฐาน

- บัตรประจำตัวคนพิการ
- ทะเบียนบ้าน
- บัตรประจำตัวประชาชน (กรณีผู้ดูแลคนพิการ)

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานครสาขาสายไหม
- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

#### ๖. สวัสดิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการเพื่อความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ปรับปรุงห้องน้ำติดตั้งราวจับปรับพื้นผิวทางเดิน เป็นต้นในอัตราเหมาจ่ายรายละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท

หลักเกณฑ์

๑. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. อยู่อาศัยไม่น้อยกว่า ๖ เดือน (กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย ต้องมีหลักฐานยินยอมจากเจ้าของ/กรณีเป็นบ้านเข้าต้องมีหลักฐานแสดง)
๓. ที่อยู่ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ
๔. มีรายได้น้อยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

เอกสารหลักฐาน

- แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ
- ประมาณการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้าน
- บัตรประจำตัวคนพิการ
- ภาพถ่ายสภาพบ้านของคนพิการ

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร, ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานครสาขาสายไหม อ้อมน้อย มีนบุรี ลาดกระบัง

- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พจ.)

#### ๗. บริการผู้ช่วยคนพิการ

ผู้ช่วยคนพิการ (PA : Personal assistant) คือ บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติภาระที่สำคัญในการดำรงชีวิต โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือคนพิการในการปฏิบัติภารกิจ ในชีวิตประจำวัน ในกรณีคนพิการมีสภาพความพิการมากจนไม่สามารถปฏิบัติภาระที่สำคัญในการดำรงชีวิต ได้ด้วยตนเอง และช่วยเหลือคนพิการในการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน หรืออยู่ร่วมกับคนพิการที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยคนพิการสามารถยืนคำขอเมื่อผู้ช่วยคนพิการได้ที่ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด (พมจ.)

คุณสมบัติ

๑. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ
๓. ไม่ได้รับความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ

หลักเกณฑ์พิจารณา

๑. มีสภาพความพิการมากจนไม่สามารถปฏิบัติภาระที่สำคัญในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง
  ๒. หากไม่ได้ปฏิบัติภาระที่สำคัญจะส่งผลอย่างมากต่อการดำรงชีวิต สุขภาพอนามัย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ผู้ช่วยคนพิการ มีคุณสมบัติ ดังนี้
๑. มีสัญชาติไทย
  ๒. อายุ ๑๘ ปี ขึ้นไป
  ๓. มีความรู้อ่านออกเขียนได้
  ๔. มีประสบการณ์ให้การช่วยเหลือหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ
  ๕. มีเจตคติที่ดีต่อคนพิการ

๖. ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการ ระดับพื้นฐาน พ.ศ. ๒๕๕๕ (ภาคทฤษฎี ๒๔ ชม./ปฏิบัติ ๓๐ ชม.) และมีการยื่นจดแจ้งเป็นผู้ช่วยคนพิการแล้ว

สอบตามเพิ่มเติม

๑. กรุงเทพมหานคร ติดต่อที่กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ โทร. ๐ ๒๓๔๕ ๓๓๘๘ ต่อ ๒๐๙ ๐๒๓๔๕๓๗๕๙
๒. ต่างจังหวัด ติดต่อที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

#### ๙. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ

มติคณะกรรมการรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๒ และเมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ให้หน่วยงานราชการสำรวจและจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการเข้าถึงได้ ดังนี้

- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงมหาดไทย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศาลากลางจังหวัดที่ว่าการอำเภอ
- กระทรวงศึกษาธิการ เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย
- กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล
- สำนักงานตำราจแห่งชาติ เช่น สถานีตำรา

หน่วยงานราชการสามารถเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณไปยังสำนักงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัด สิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการ อย่างน้อย ๕ ประเภท ได้แก่ ทางลาด ห้องน้ำ ที่จอดรถ ป้ายและสัญลักษณ์และบริการข้อมูลข่าวสาร

#### ๙. การช่วยเหลือทางกฎหมายแก่คนพิการ

คนพิการสามารถขอความช่วยเหลือทางกฎหมายและจัดหาหมายความว่าต่างแก้ต่างทางคดีให้ได้รับความเป็นธรรมได้ตามหลักเกณฑ์ข้อกำหนด ดังนี้

ความช่วยเหลือทางกฎหมาย

- การให้คำปรึกษาหารือทางกฎหมาย
- การให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย
- การจัดทำนิติกรรมสัญญา
- การไกล่เกลี่ยหรือการประนีประนอมยอมความ
- การจัดหาหมายความ
- ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี ภายในวงเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- การให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ ในทางคดี

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร
- กลุ่มส่งเสริมความเสมอภาคและงานคดี โทร. ๐ ๒๑๐๖ ๘๓๕๒, ๐ ๒๑๐๖ ๘๓๕๘
- ศูนย์รับคำร้องขอให้จัดการเลือกปฏิบัติ โดยไม่เป็นธรรมต่อลูกค้า หรือศูนย์บริการลูกค้า กรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยให้บริการร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการลูกค้าจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

#### ๑๐. การลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งสาธารณะสำหรับคนพิการ

การลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ และต้องแสดงบัตรประจำตัวคนพิการต่อเจ้าหน้าที่ประจำสถานีแต่ละแห่ง เพื่อเจ้าหน้าที่ประจำสถานีจะได้อำนวยความสะดวกในการเดินทางให้ได้อย่างถูกต้อง

๑. รถไฟฟ้า BTS ฟรีโดยฟ้า ให้ขึ้นฟรีทุกสถานี มีลิฟต์ ให้บริการ ๑๒ สถานี ได้แก่ สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช บางจาก ปุณณวิถี อุดมสุข บางนา แบริ่ง ช่องนนทรี กรุงธนบุรี และวงเวียนใหญ่ จัดลิฟต์เพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกสถานี (กทม. รับผิดชอบ)

๒. การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รฟม.) ยกเว้นค่าโดยสารให้แก่คนพิการ สายเฉลิมรัช  
มงคล (สีน้ำเงิน) และสายฉลองรัชธรรม (สีม่วง)

๓. บริษัท รถไฟฟ้า รฟท. จำกัด (รฟท.) : แอร์พอร์ต ลิงค์ ยกเว้นค่าโดยสารให้แก่คนพิการ  
สำหรับโดยสารรถไฟเชื่อมท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และสถานีรับส่งผู้โดยสารในเมือง (Airport Rail Link)

๔. ขสมก. และรถร่วมบริการของ ขสมก. ลดค่าโดยสารร้อยละ ๕๐ (ไม่รวมค่าธรรมเนียม  
สำหรับรถโดยสารประจำทางของ ขสมก. และรถของผู้ประกอบการที่เดินรถร่วมกับ ขสมก. ในเส้นทางรถ  
โดยสารประจำทาง ๑ และหมวด ๔ ในเขต กทม. และปริมณฑล จังหวัดที่มีเส้นทางต่อเนื่อง ลดให้ทุก  
ประเภท ความพิการ

๕. บขส. ลดค่าโดยสารร้อยละ ๕๐ (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) สำหรับรถโดยสารของ บขส. และรถร่วม  
บริการในเส้นทางรถโดยสารประจำทางหมวด ๒ และหมวด ๓

๖. ยกเว้นค่าบริการเรือโดยสารแก่คนพิการที่ใช้บริการเรือโดยสารประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา  
(เรือด่วนเจ้าพระยา) เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก ดังนี้

#### ๖.๑ เรือด่วนเจ้าพระยา

- รังส้ม จากท่าน้ำนันทบุรี - วัดราชสิงขร
- รังเหลือง จากท่าน้ำนันทบุรี - สาทร
- รังเขียว จากท่าน้ำปากเกร็ด - สาทร

#### ๖.๒ เรือโดยสารคลองแสนแสบ

- ระหว่างท่าผ่านฟ้าลีลาศ - ท่าวัดศรีบุญเรือง

#### ๖.๓ เรือข้ามฟาก จำนวน ๒๑ ท่า

๗. การรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) ลดค่าโดยสารให้แก่คนพิการ ร้อยละ ๕๐ (ไม่รวมค่าธรรมเนียม)  
และลดร้อยละ ๒๕ สำหรับผู้ติดตาม ทุกชั้นตลอดทุกสายทาง ตลอดทั้งปี \*\*โดยต้องแสดงบัตรประจำตัว  
คนพิการทุกครั้ง \*\*

### ๑. การคุ้มครองสวัสดิภาพ

คนพิการที่ประสบปัญหาทางสังคม ไม่มีที่อยู่อาศัยขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู สามารถเข้ารับการคุ้มครองสวัสดิ  
ภาพในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ ดังนี้

๑. หน่วยนำส่ง เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ศูนย์ช่วยเหลือสังคม โรงพยาบาล เรือนจำ  
ประสานกองคุ้มครอง

๒. อบรมดีกรีมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ อนุมัติการรับเข้าสถานคุ้มครองและพัฒนา  
คนพิการ ตรงตามคุณสมบัติแต่ละสถานคุ้มครองฯ

#### ๓. สถานคุ้มครองดำเนินการ

- ให้ห้องแรกรับ (ถ้ามี) สอบประวัติ ตรวจร่างกายตรวจสุขภาพ ตรวจทรัพย์สิน  
โดยทีมสหวิชาชีพและเฝ้าระวังโรค ระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ วัน

- ทีมสหวิชาชีพคัดกรองคนพิการเข้าอาคารเรือนนอน

#### ๔. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการขออนุมัติผู้ว่าราชการจังหวัด รับคนพิการเข้าสถานคุ้มครองฯ

### กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน (ฉุกเฉิน ฉุกเฉิน)

๑. หน่วยนำส่ง เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ๓๐๐ โรงพยาบาล เรือนจำ ประสานกองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนา

๒. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการดำเนินการเบื้องต้น และให้การคุ้มครองฉุกเฉิน

๓. ให้คนพิการรับเข้าไม่เกิน ๑๕ วัน และดำเนินการด้านเอกสารการตรวจร่างกาย สุขภาพ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

๔. สถานคุ้มครองฯ แจ้งอย่างเป็นทางการ และนำเข้าในระบบปกติ

### การคุ้มครองและให้บริการ

#### กระบวนการพัฒนา

๑. ประเมิน และคัดกรองคนพิการโดยทีมสาขาวิชาชีพประเมินความพิการและศักยภาพ

๒. การวางแผนการฟื้นฟูรายบุคคล (IRP/ IEP)

๓. การบำบัด พื้นฟู พัฒนา/คุ้มครองคนพิการด้านต่างๆ โดยทีมสาขาวิชาชีพ ได้แก่

- นักสังคมสงเคราะห์ : ตรวจสอบสิทธิ นำพาเข้าถึง ระบบบริการพื้นฐาน เตรียมครอบครัว
- นักกายภาพบำบัด : ประเมินและฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหว การทรงตัว การจัดปรับท่า ปรับอุปกรณ์เครื่องช่วย

- นักจิตวิทยา : การประเมินสภาพจิต ให้คำปรึกษาจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด

- นักส่งเสริมพัฒนาการ : จัดการศึกษาที่เหมาะสม/จัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาตามโปรแกรมและ

#### ส่งเสริมการศึกษา

- พี่เลี้ยง : ฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL)

- กีฬา นันทนาการตามความสนใจ

๔. การติดตามประเมินผลทุก ๖ เดือน และปรับแผนการฟื้นฟูรายบุคคล IRP/IEP

๕. จัดเตรียมทักษะสังคม ก่อนส่งกลับ

#### การส่งต่อคนพิการออกสถาน

๑. กลับครอบครัวเดิม

๒. เข้าทำงาน

- ทำงานในสถานคุ้มครองฯ

- ทำงานในสถานประกอบการ

๓. อยู่กับครอบครัวทดแทน

#### กระบวนการเตรียมความพร้อมคนพิการ

- ทักษะการทำงาน

- ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

- ทักษะชีวิต : การใช้เงิน กด ATM การเลือกคู่ครอง

#### เตรียมความพร้อมสถานประกอบการ

- การทดลองงาน

- การติดตามเฝ้าระวัง

- การจำหน่ายออก

(เมื่อมีพร้อม : อยู่กับครอบครัวได้ / มีงานทำและอยู่ได้ด้วยตนเอง / แต่งงานสร้างครอบครัวใหม่)

## ๑๒. สิทธิประโยชน์ของผู้ดูแลคนพิการ

ผู้ดูแลคนพิการ หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแล หรืออุปการะคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิต่าง ๆ ได้แก่

- การบริการให้คำปรึกษา แนะนำ
- ฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดูคนพิการให้ได้มาตรฐานตามหลักและวิชาชีพ
- การจัดการศึกษาโดยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- การส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ
- การฝึกอาชีพ
- การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ผู้ดูแล คนพิการที่มีเป็นผู้เยาว์ไว้ความสามารถหรือคนเสมือนไว้ความสามารถ หรือเป็นคนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรมอหิสติก สติปัญญา และคนพิการที่ดูแลต้องไม่มีหนี้สินกับกองทุนฯ และต้องดูแลคนพิการ ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน)
- การได้การจ้างงานตามมาตรา ๓๔ แทนคนพิการในกรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ หรือคนพิการ เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ ๗๐ ปี ขึ้นไป คนพิการเป็นคนไว้ความสามารถหรือเสมือนไว้ความสามารถ หรือเป็นคน พิการซึ่งมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถประกอบอาชีพได้
- การได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมด้า
- การให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เงินสงเคราะห์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล อุปการะ หรือครอบครัวคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ขาดแคลน ส่งผลกระทบต่อการดูแลคนพิการ เอกสารประกอบการขอรับบริการ

### ๑. กรณีคนพิการยืนเงื่อนไขเชิงสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวคนพิการ
- สมุดบัญชีธนาคาร

### ๒. กรณีผู้ดูแล/ผู้ยื่นแทนคนพิการใช้เอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนผู้มายื่นแทน
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารคนพิการ/สมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นแทน

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร, ศูนย์ฯ สาขาสายไหม อ้อมน้อย มีนบุรี ลาดกระบัง
- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

### ๑๓. การสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการ

องค์กร "ของ" คนพิการ หมายถึง องค์กรที่มีคนพิการหรือ ผู้ดูแลคนพิการเป็นสมาชิกและเป็นกรรมการบริหาร องค์กร ไม่น้อยกว่า ๒ ใน ๓ ของกรรมการทั้งหมด ตลอดจนมีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครอง สิทธิคนพิการด้วย

องค์กร "เพื่อ" คนพิการ หมายถึง องค์กรที่มีวัตถุประสงค์หรือกิจการหลักเกี่ยวกับการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และมีใช้งานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน หรือองค์กรอื่นใด ที่ให้บริการแก่คนพิการ หมายถึง หน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน หรือองค์กรอื่นใด ที่ให้บริการแก่คนพิการตามที่คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด

การเสริมสร้างให้องค์กรด้านคนพิการ ซึ่งเป็นองค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ มีการจัด โครงสร้างองค์กรที่เป็นระบบ ชัดเจน เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การให้บริการ และมีกลไกเชื่อมโยง การดำเนินงานด้านคนพิการ มีความยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาองค์กรด้านคนพิการให้มีความเข้มแข็ง มีความสามารถในการส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน มีสิทธิได้รับการส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการ การพัฒนาบุคลากร การยกย่องเชิดชูเกียรติและการสนับสนุนอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติกำหนด

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับรอง

๑. ใบสมัคร
๒. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
๓. แผนที่ตั้งขององค์กรที่ขอ
๔. สำเนาใบสำคัญแสดงการจดตั้งองค์กร
๕. เอกสารการประเมินตนเอง
๖. เอกสารอื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมิน

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร, ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร สาขาสายไหม อ้อมน้อย มีนบุรี ลาดกระบัง

- ต่างจังหวัด สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานพัฒนา

### ๑๔. มาตรการภาษีสำหรับคนพิการ

ประมวลรัชภารก มาตรา ๔๗ (๑) (ภ) เพื่อบรเทาภาระภาษีให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ตามกฎหมายที่มีข้อในบัตรประจำตัวคนพิการในปีภาษี

ผู้มีเงินได้ที่เป็นคนพิการจะได้รับยกเว้นเงินได้พึงประเมินไม่เกิน ๑๕๐,๐๐๐ บาท ไม่ต้องนำไปเสียภาษี และผู้มีเงินได้ที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ หักค่าลดหย่อน ค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการได้สูงสุดไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท \*บัตรประจำตัวคนพิการต้องไม่หมดอายุในปีภาษีนั้น\*\* (ดังตารางที่ ๑๐)

### ตารางที่ ๑๐ มาตรการภาษีสำหรับคนพิการ

ลำดับที่	ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์	สิทธิประโยชน์
๑	คนพิการ	ได้รับการยกเว้นเงินได้เพิ่งประเมิน ไม่เกิน ๓๙๐,๐๐๐ บาท - ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการมีชื่อบัตรในปีภาษี - เป็นผู้อยู่ในประเทศไทย หักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดู กฎหมายระหว่าง ๑๗๖ ข้อ ๒(๘๑)
๒	ผู้ดูแลคนพิการ	หักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการมีชื่อบันบัดรในปีภาษี สูงสุดไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท มาตรา ๔๗(๑)(ภ) ประกาศ ฉบับที่ ๑๘๒
๓	นายจ้าง	- จ้างคนพิการทำงานลงรายจ่ายได้ ๒ เท่า - จ้างคนพิการทำงานเกินกว่าร้อยละ ๖๐ ของลูกจ้างทั้งหมด และจ้างเกิน ๑๕๐ วัน ลงรายจ่ายได้ ๓ เท่า พ.ร.ภ. ๔๙๙ พ.ร.ภ. ๕๑๙ ประกาศฯ ฉบับที่ ๒๑๕
๔	เจ้าของอาคารสถานที่ yan พาหนะบริการชนส่ง หรือผู้ให้บริการ สาธารณณะ	หักรายจ่ายได้ ๒ เท่าของรายจ่ายในการจัดให้มืออุปกรณ์หรือ <sup>สิ่งอำนวยความสะดวก</sup> พ.ร.ภ. ๔๙๙
๕	ผู้จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ	หักลดหย่อนได้เท่าที่จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดให้คนพิการ <sup>เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก</sup> ความต้องการอันเป็น <sup>สาธารณะ</sup> ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นๆ <sup>จากรัฐ</sup> ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ร.ภ. ๕๑๙ ประกาศฯ ฉบับที่ ๒๑๕
๖	ช่วยเหลือโครงการเพื่อ <sup>คนพิการ</sup> ผู้ป่วย	การบริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนส่งเสริมและพัฒนา <sup>คุณภาพชีวิตคนพิการ</sup> - บุคคลธรรมดា : หักลดหย่อนเท่าจำนวนเงินที่บริจาคแต่ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินได้ หลังหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนอื่นแล้ว - บริษัท : หักรายจ่ายเท่าจำนวนเงินหรือมูลค่าทรัพย์สินที่บริจาค <sup>แต่ไม่เกินร้อยละ ๒ ของกำไรสุทธิก่อนหักรายจ่ายกุศลสาธารณณะ</sup> พ.ร.ภ. ๔๙๙ แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.ภ. ๕๑๙

อ้างอิงตาม ประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ ๑๘๒) ตามมาตรา ๔๗(๑)(ภ) แห่งประมวลรัษฎากร

## ๒.๒ แนวคิดและทฤษฎีการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

### ๒.๒.๑ ความหมายของสุขภาพ (Health)

คำว่าสุขภาพ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Health ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า Health ซึ่งมีความหมาย ๓ ประการ คือ ความปลอดภัย (Safe) ไม่มีโรค (Sound) และทั้งหมดโดยรวม (Whole)

เพนเดอร์ (Pender, ๑๙๘๗, ๒๐๑๑) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่าสุขภาพ ๓ ลักษณะ คือ ๑) สุขภาพเป็นความปกติ ความสมดุล และความมั่นคงของร่างกาย ๒) สุขภาพเป็นความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพ จากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งที่สูงขึ้น และ ๓) การให้ความหมายซึ่งมองทั้งสองแง่ข้างต้น กล่าวคือ สุขภาพ เป็นความสมดุลของร่างกายและเป็นการพัฒนาสุขภาพจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง

Shirreffs (๑๙๘๒) ให้คำนิยาม "สุขภาพ" หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วยสังคม สุขภาพจิต และชีววิทยา เกิดขึ้นในระดับบุคคล รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวจากสิ่งแวดล้อม และครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ หรือเรียกว่า "การมีสุขภาพดีแบบองค์รวม" ซึ่งการมีสุขภาพดีนั้นได้จำแนกออก ดังนี้

๑. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติและมี ความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

๒. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้มีจิตใจ เป็นบานแจ่มใส มีให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจาก สุขภาพกายดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า "A Sound mind is in a sound body" คือ "จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์"

๓. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์มีสภาพ ของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถ ปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

๔. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้เท่าทันและ ความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความต้องการชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทธิชีวင์ส์นำไปสู่ความมีจิตอัน ดีงามและเอื้อเพื่อเพื่อแผ่

นอกจากนี้ สุขภาพ ตามแนวความคิดขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization-WHO, ๑๙๘๔) หมายความว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทาง กาย จิตใจ สังคม และทางจิตวิญญาณ โดยคำว่า "สุขภาวะ" คือ ความสุขและคุณค่าของชีวิต ได้แก่ การมีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ สรติปัญญาดี เป็นบาน ร่าเริงแจ่มใสซึ่งก็คือภาวะของการ อยู่เย็นเป็นสุข

Health is complete physical mental social and spiritual well-being

สุขภาพ = สุขภาวะที่สมบูรณ์

ทางกาย

ทางจิต

ทางสังคม

ทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังพิการ มีเชชชูกิจ หรือปัจจัยเพียงพอ ไม่มีอุปทานราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ในที่นี่ หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่วไม่ติดขัด มีความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญารวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภารดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง (Spiritual well-being) สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อกระทำความดี หรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า

องค์กรอนามัยโลก (WHO: World Health Organization) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์กรอนามัยโลกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๘ ไว้ว่า "สุขภาพ"

"สุขภาพ" หมายถึง สรภาระแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างเป็นปกติสุข และมีดีหมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาองค์กรอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า "Spiritual well-being" หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงสุขภาพในปัจจุบันจะต้องครอบคลุมสิ่งที่สำคัญ ๔ ประการ คือ

๑. ภาวะที่ว้าไปของร่างกายและจิตใจจะต้องแข็งแรงสมบูรณ์
๒. มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ
๓. จะต้องปราศจากโรคหรือความทุพพลภาพ
๔. จะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำรงตนและปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในสังคมได้เป็นปกติสุข

วิพุธ พูลเจริญ, ๒๕๔๔ ได้นิยามคำว่า สุขภาพ คือ “สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของความเจ็บป่วยเท่านั้น”

พระเวศ วงศ์, ๒๕๕๐ ได้นิยามคำว่า สุขภาพ คือ “สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา สุขภาวะทั้ง ๔ ด้าน เชื่อมโยงกันเป็นบูรณการเชื่อมโยงถึงกัน และอยู่ในกันและกัน ปัญญา เป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจาก ปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้ การพัฒนาปัญญา ต้องนำไปสู่การพัฒนา กาย จิต และสังคม การพัฒนากาย จิต และสังคม ต้องนำไปสู่การพัฒนาปัญญา ทั้ง ๔ ร่วมกัน จึงเกิดสุข ภาวะที่สมบูรณ์”

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดความหมาย ของ "สุขภาพ" ไว้ว่า "ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล" และยังให้ความหมายของคำว่า "ปัญญา" ไว้ว่า "ความรู้ทั่วทั้งท่าน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม และเอื้อเพื่อแผ่แพร่ ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วงศ์ (๒๕๕๐) ได้ยกตัวอย่าง ดังนี้ (๑) กาย ได้แก่ ความแข็งแรง ปลอดสารพิษ ปลอดภัย มีปัจจัยสี่ (๒) จิต ได้แก่ ความดี ความงาม ความสงบ ความมีสติ (๓) สังคม ได้แก่ สังคมสมัพนธ์ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม และสังคมสันติ และ (๔) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็นอยู่ร่วมกันเป็น บรรลุอิสรภาพ (ที่มา ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒)

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าสุขภาพ คือ “สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา สุขภาวะทั้ง ๔ ด้าน เชื่อมโยงกันเป็นburden การเชื่อมโยงถึงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งมิได้หมายความ เฉพาะการปราศจากโรค และทุพพลภาพเท่านั้น ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ การปรับตัวให้อยู่ในสังคมร่วมกับ คนอื่นได้เป็นอย่างดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลง

### ความสำคัญของสุขภาพ

สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธภาษิตว่า "อรคยา ปรมา ลาภา" ซึ่งแปลว่า "ความไม่มีโรคเป็นลักษณะเสริฐ" ซึ่งพระพุทธภาษิตข้อนี้ แม้แต่ชาวอารยประเทศทางตะวันตกก็ยังยอมรับ นับถือกันและเห็นพ้องต้องกันว่า "สุขภาพ คือ พรอันประเสริฐสุด นอกจาคนี้ ยังมีสุภาษิตของชาวอาหรับ โบราณกล่าวไว้ว่า "คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวังคือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง" ซึ่งนั่น ก็หมายความว่าสุขภาพ คือ วิถีแห่งชีวิต โดยสุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือทางทางซึ่งจะนำบุคคลไปสู่ ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ นานาได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า "สุขภาพชีวิต"

๑.๑ องค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น ๒ องค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ดังนี้

#### ๑. องค์ประกอบด้านตัวบุคคล

๑.๑. ลักษณะทางพันธุกรรม (Genetic makeup)

๑.๒. เชื้อชาติ (Race)

๑.๓. เพศ (Sex) อายุ และระดับพัฒนาการ (Age and development level)

๑.๔. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiological factors)

๑.๕. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

๑.๖. ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ

๑.๗. พฤติกรรมอนามัย (Health behavior) หรือสุขปฏิบัติ (Health practice)

๒. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) แบ่งออกได้เป็น ๔ ด้านใหญ่ คือ

๒.๑. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)

๒.๒. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological environment)

๒.๓. สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical environment)

๒.๔. สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (Social-economic-environment)

๑.๒ องค์ประกอบทางด้านระบบการจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ (Health Service System Factors) หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ของรัฐในการที่จะสนับสนุนต่อการส่งเสริมให้ บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ หรือประเทศนั้น ๆ มีสุขภาพที่ดี และเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิ เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบการบริการทางการแพทย์

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกองค์ประกอบของสุขภาพได้ ดังนี้

๑. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ

๒. การป้องกันโรค ได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค ด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อมิให้เกิดโรคภัย โรคจิต โรคสังคม และโรคจิตวิญญาณ

๓. การรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วเราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร และรีบให้การรักษาด้วยวิธี ที่ได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดเท่าที่มนุษย์จะรู้และสามารถให้การบริการรักษาได้ เพื่อลดความเสียหาย แก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต

๔. การพื้นฟูสุภาพ หลายโรคเนื่องจากความเสียหายต่อการทำงานของระบบอวัยวะหรือทำให้พิการ จึงต้องเริ่มมาตรการพื้นฟูให้กลับมา มีสุภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ การมีสุขภาพดี เป็นเป้าหมายที่ทุกคนปรารถนาสุขภาพดีไม่สามารถหยิบยื่นให้กันได้ และไม่สามารถซื้อด้วยเงิน ถึงแม้จะร้ายแรง มีเงินทอง หากไม่ดูแลตัวเองให้ดี เงินที่มีอยู่เพียงบรรเทาอาการเท่านั้น สุขภาพดีจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องสร้างการมีสุขภาพดี ไม่ได้หมายถึงน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่หมายถึงการที่เราดูแลตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การลดหรือเลิกสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจุบันจะพบเจอโรคและความเจ็บป่วยในคนใกล้ชิดตัวเรา อาทิ เช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดเบหหวาน และอื่น ๆ การจะป้องกันและลดโรค/ความเจ็บป่วยดังกล่าว ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง และการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ต้องอาศัยตัวเราเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

#### **๒.๒.๒ ความหมาย แนวคิดและหลักการส่งเสริมสุขภาพ**

##### **๒.๒.๒.๑ ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ**

“การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้ที่ต้องการปรับปรุงสภาพร่างกายและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (The World Health Organization's:WHO, ๑๙๘๐)

โอลอนเนลล์ (O' Donnell) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงวิทยาศาสตร์และศิลปะในการช่วยให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปสู่สุขภาวะ

ครูเตอร์ และดิวอร์ (Kreuter and Devore) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกระบวนการสนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ร่วมมือปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพดี

นพ. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

ความหมายตามกฎบัตรอตตาวา (๒๕๒๙) ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง “กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ควรที่จะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตรезнักถึงความมุ่งมาดปราการณาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพจึงถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำเนินชีวิตเท่านั้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆ ทางร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณะเท่านั้น หากกินความนอกราชการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวมอันประกอบด้วย สภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ”

##### **๒.๒.๒ แนวคิดและหลักการส่งเสริมสุขภาพ**

การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีมานาน นับตั้งแต่การสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นมาเป็น ศาสตร์หนึ่ง นับจากศตวรรษที่ ๑๗ เป็นต้นมาจนถึงการเปลี่ยนรูปแบบไปของระบบวิทยาในช่วง ศตวรรษที่ ๒๐ ทำให้ส่าเหลุ หลักของการตายและทุพพลภาพที่เกิดจากโรคติดเชื้อ ได้เปลี่ยนมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อแบบเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ โดยที่รูปแบบการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเกิดความเจ็บป่วย ดังกล่าว (Naidoo & Will, ๒๐๐๑) และในแต่ละปี ทุกๆ ประเทศ

ได้ใช้จ่ายเงินจำนวนมหาศาล เพื่อรักษาสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันอันตรายต่าง ๆ รวมทั้ง ป้องกันโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ดีจากการสาธารณสุขได้เริ่มให้ ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพในมิติระดับสังคมที่มีแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับโครงสร้างทางสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละช่วงวัย นับตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึง ตายซึ่งขอบข่ายและแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีมิติของความ สลับซับซ้อน กว้างขวาง ลึกซึ้ง และมี พลวัตแตกต่างไปจากเดิม ทั้งลักษณะปรัชญาและแนวคิดทฤษฎี หลักการ นโยบายในเชิงอุดมการณ์ รวมถึง ยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่กิจกรรมที่สอดคล้องสัมพันธ์กับ ความต้องการและปัญหาอย่างแท้จริงทั้งในปัจจุบันและใน อนาคต และการส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ รับรู้กันในปัจจุบันว่าเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย องค์กรในการปรับปรุงสุขภาพ ไม่สามารถจะทำได้โดยหน่วยงานด้านสุขภาพเพียงลำพัง แต่จะต้องมีการ ประสานการดำเนินการ ในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน เพราะกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้สามารถดูแล สุขภาพตนเองให้เต็มศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาวะ ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของสังคม การส่งเสริมสุขภาพเป็นที่รับรู้กันในปัจจุบันว่าเป็น ภารกิจที่ต้องอาศัยองค์กรหลายองค์กรร่วมมือกัน การปรับปรุงสุขภาพไม่สามารถจะทำได้โดย หน่วยงานด้าน สุขภาพเพียงหน่วยงานเดียว แต่จะต้องมีการประสานการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน เพราะกระบวนการ เพิ่มความสามารถของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้ เต็มศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาวะ ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของสังคม (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ๒๕๕๓)

กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญตั้งแต่ต้นน้ำ หรือวิธีการที่ทำงานเพื่อแก้ไข รากเหง้าของปัญหาทางสุขภาพ โดยการเปลี่ยนเงื่อนไขและสภาพแวดล้อม ในที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน และที่ พักผ่อนหย่อนใจ โดยธรรมชาติแล้วกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพจะมีความสัมพันธ์และเสริมซึ้งกันและกันในแต่ ละแผนงานหรือกิจกรรม นอกจากนี้อาจเป็นการริเริ่มใน แผนกลยุทธ์อื่น ๆ ในโปรแกรมอื่น ๆ ดังนั้นแผนกล ยุทธ์ทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วยความหลากหลายของกิจกรรม และมักจะต้องมี ความร่วมมือกันในหลาย ๆ สาขาหรือหลาย ๆ กลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันมีความเฉพาะเจาะจง มากขึ้น มีการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ และการดำเนินงานที่ครอบคลุมตามยุทธศาสตร์ ๕ ประการของการ สร้างเสริม สุขภาพตามแนวคิด “สร้างนำช่อง” ของกฎบัตรอตตawa (Ottawa Chapter for Health Promotion) (WHO, ๑๙๘๖) ดังนั้น กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นแนวทางในการทำงานของ บุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการกำหนดรูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาบริการสุขภาพที่ บูรณาการเข้ากับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่มี ความชัดเจน สอดคล้องกับการ ลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วม และรูปแบบ การปฏิบัติงานที่มีความเหมาะสมกับบริบท ของแต่ละพื้นที่

แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำไปจัดยังที่กำหนดใน แบบจำลอง ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการประเมิน สำรวจ พฤติกรรมสุขภาพของ บุคคล หรือการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบดังกล่าวมาศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสำรวจ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความ รับผิดชอบสถานีอนามัยเส้าหิน (วิภาพร สีทิธิสาสตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม, ๒๕๕๐) นอกจากนี้ สามารถนำแนวคิดย่อยื่นแบบจำลองเป็นแนวทางในการออกแบบ กิจกรรมการพยายาม เช่น การ จัดระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีพุติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การก าหนดให้ทุกที่ ทุก เวลา สามารถออกก าลังกายได้ เป็นต้น การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพให้บุคคล รับรู้สมรรถนะ แห่งตน และรู้สึกสนุกต่อการมีพุติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ เช่น การอบรม การจัดค่าย

อาหาร ส าหารบป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็กเป็นต้น และจากแนวคิดความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ สามารถนำมาออกแบบกิจกรรมในการสร้างพัฒนาสัญญาในการออก ก าลังกาย เป็นต้น หรือในกรณีอิทธิพล บรรทัดฐาน สังคมสามารถประยุกต์ใช้โดยการจัดรณรงค์เพื่อสร้างบรรทัดฐานเข่นรณรงค์การ รับประทานข้าว ผักผลไม้ อินทรีย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาเพื่อก าหนดปัจจัยในแต่ละ ประเด็น แต่ละกลุ่ม เป็นขั้นตอนประเมิน ที่สำคัญ ในกรณีประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคล มีแนวทางที่เพนเดอร์ให้แนวปฏิบัติ ๓ องค์ประกอบ ในการประเมินได้แก่ (Pender et al., ๒๐๐๒, p.๑๑๙) ๑. การประเมินแบบแผนสุขภาพ ๒. การประเมิน ความพร้อมด้านร่างกาย ๓. การประเมินด้านอาหาร ๔. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ๕. การทบทวน ความเครียดในวิถีชีวิต ๖. การประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ ๗. การทบทวนระบบสนับสนุนทางสังคม ๘. การทบทวนความเชื่อด้านสุขภาพ ๙. การประเมินวิถีชีวิต จากผลการประเมินดังกล่าวซึ่งต้องมีเครื่องมือการ ประเมินที่เหมาะสมในแต่ละวัย สอดคล้องกับวัฒนธรรม นำมาสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริม สุขภาพซึ่งเพนเดอร์ กำหนดไว้ ๙ ขั้นตอนซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการ และพยาบาล(Pender et al., ๒๐๐๒, p.๑๑๙) ดังนี้ ๑. การทบทวนและสรุปข้อมูลจากการประเมิน ๒. การสร้างความเข้มแข็งและ เสริมสมรรถนะของผู้รับบริการ ๓. การระบุเป้าหมายสุขภาพ และพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ๔. การ ระบุผลลัพธ์พุติกรรมและสุขภาพที่ปัจจุบัน ความชอบของผู้รับบริการ ภายใต้ ระยะของการเปลี่ยนแปลง ๕. การ วางแผนการเปลี่ยนแปลงพุติกรรมที่มาจากการประเมินความชอบของผู้รับบริการ ภายใต้ ระยะของการเปลี่ยนแปลง องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และหลักฐานเชิงประจำชีวิตร ะเกี่ยวกับวิธีการที่เลือก ๖. แสดงประโยชน์ของการ เปลี่ยนแปลง และระบุแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงจากมุมมอง ของผู้รับบริการ ๗. ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรค ต่อการ เปลี่ยนแปลงพุติกรรม ๘. กำหนดกรอบช่วงเวลาในการ ปฏิบัติ ๙. ยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ และสนับสนุนสิ่งที่เป็นความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของ ผู้รับบริการ ใน กระบวนการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพสิ่งสำคัญคือต้องเป็นสิ่งที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมทั้ง ผู้รับบริการ และบุคลากร ที่ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนที่ดีมาจากการประเมินที่ดี เพราะหากไม่ สามารถประเมินวิถีชีวิต ความชอบ ไม่ชอบ ความเชื่อ เป้าหมาย มุมมองต่อการ ก าหนดเป้าหมายเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ และการให้ข้อมูล ที่มาจากการวิเคราะห์ จากองค์ความรู้ที่มีการพิสูจน์ ชัดเจนรองรับจะช่วยในการตัดสินใจปฏิบัติของ ผู้รับบริการ และจะต้องมีแผนสนับสนุนที่ สอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนแปลงเป็นความจ าเป็นที่จะต้องมีการ ประเมินข้า าเป็นระยะเพื่อ พิจารณาหาปัจจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ให้ผู้รับบริการยึดมั่นกับแผนปฏิบัติจนบรรลุแผน ที่วางไว้

สรุป ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปี ค.ศ. ๑๙๙๖ เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนา จาก ทฤษฎีทางสังคมและมีการศึกษาวิจัยมาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การ สร้างแบบแผนการดำเนินชีวิต ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มุ่งคนอย่างเป็นองค์รวม ให้ ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง และระบุแนวทางการส่งเสริมสุขภาพไว้ชัดเจน จึงเป็นทฤษฎีทางการพยาบาล ที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

#### ๒.๒.๓ วิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพ

ประวัติศาสตร์หน้าแรกของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เริ่มต้นขึ้นเมื่อองค์กรอนามัยโลกจัดการประชุม นานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น ใน พ.ศ. ๒๕๒๘ ที่กรุงอตตาวา ประเทศแคนาดา สาเหตุที่ประเทศไทย แคนาดาได้เป็นแกนนำในการจัดประชุมครั้งแรกเนื่องจากเป็นประเทศแรกที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๗ และมีการพัฒนาภารกิจอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่เน้น มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

การประชุมโครงการรังนี้ใช้ชื่อว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขใหม่” ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องแนวคิดและกลยุทธ์ทางสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๕๓” ที่ประชุมได้มีการประกาศ “กฎบัตรอุตตaraa เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” และให้นิยามคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็น กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง โดยการพัฒนาสภาวะสุขภาพด้วยการความมั่นคงของปัจจัยพื้นฐาน ที่เป็นเงื่อนไขที่ต้องการมีสุขภาพดี อันได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบเนิเวศน์ ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันของสังคม จากแนวคิดดังกล่าว การสร้างสุขภาพ จึงไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิต เพื่อสุขภาพไปจนถึงเรื่องของสุขภาวะโดยรวม กฎบัตรอุตตaraa ยังได้กล่าวว่า กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ๕ ประการ อันได้แก่

๑. “สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นในภาคสาธารณสุขหรือนอกภาคสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงผลกระทบของนโยบายที่มีต่อสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากการตัดสินใจทางนโยบาย นอกจากนี้ ยังรวมถึงการค้นหาอุปกรณ์ที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกับพยายามที่จะลดและป้องกันอุบัติเหตุ ดังกล่าว

๒. “สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ชุมชนทุกระดับ ตั้งแต่ท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค และโลก จะต้องร่วมกันพิทักษ์ดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกถือเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

๓. เสริมสร้างจิกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล จึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจของชุมชน การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการระดมทรัพยากรภายนอกชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

๔. “พัฒนาทักษะส่วนบุคคล” ซึ่งครอบคลุมถึงการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเพื่อสุขภาพ รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน ให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

๕. “ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ” โดยภาคสาธารณสุขจะต้องดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น 通過การสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคม การปรับเปลี่ยนบริการต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสุขภาพ รวมถึงการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขา เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นสุขภาพแบบองค์รวม

กฎบัตรอุตตaraa เป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขใหม่ (New Public Health) ที่ไม่สนใจแต่เพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพ แต่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งยังได้ความสำคัญจ่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การสาธารณสุขใหม่นี้ เป็นการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นมิติทางสังคม ควบคู่ไปกับมิติทางนิเวศวิทยา และมีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับมิติทางการเมือง ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

## การสร้างเสริมสุขภาพในสตวาระที่ ๒๑

ครั้งที่ ๔ ของการประชุมนานาชาติ เกิดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๑-๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ กรุงจากรัตต้า ประเทศไทยในเดือนเชีย หัวข้อการประชุมคือ “ภาคใหม่สำหรับยุคใหม่: การนำพาการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ ๒๑” ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่มีการจัดประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในประเทศไทย แล้วเป็นครั้งแรกที่มีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อสนับสนุนแนวคิด และการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมประชุมจาก ๗๘ ประเทศทั่วโลก ทั้งภาคสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาทุกระดับ ได้ร่วมกันสะท้อนทิศทางเชิงรุกสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในระยะหลัก ซึ่งไม่เพียงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดังเช่นการ ประชุมสองครั้งที่ผ่านมา แต่ยังได้เสนอวิธีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผล ทบทวนและ ตรวจสอบถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ตลอดจนค้นหาทิศทางและกลยุทธ์ที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในศตวรรษที่ ๒๑ จะเกิดเป็น “คำประกาศจากการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ ๒๑” นับได้ว่า การประชุมครั้งนี้เป็นประวัติศาสตร์สำคัญอีกหนึ่งของการผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพใน ระดับสากล เนื้อหาหลักของการประชุม มีดังนี้

๑. การสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่า สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและสร้างทุนทางสังคม จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและ มีประสิทธิผล

๒. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควรผนวกกลยุทธ์ทั้ง ๕ ประการเข้าด้วยกัน โดยเริ่มด้วย ฐานของชุมชนหรือสถานที่ เช่น ตลาด โรงเรียน เขตเทศบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องสนับสนุนให้เกิด การเรียนรู้ด้านสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อมุ่งสู่ความยั่งยืน

๓. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health - SDH) มีความผันแปรสภาพ ไปตามสถานการณ์แวดล้อม จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันและอนาคต ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาวะ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย รายได้ การศึกษา สันติภาพ ความมั่นคงปลอดภัย ความสัมพันธ์ในสังคม ความเป็นธรรม การเคารพสิทธิ มนุษยชน ระบบอาชญากรรม และการใช้ทรัพยากร ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ แนวโน้มการเพิ่มขึ้น ของประชากรผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหายาเสพติด ความรุนแรง โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และอุบัติชาติ ปัญหาการด้อยโอกาส ตลอดจนปัจจัยข้ามชาติ เช่น ระบบเศรษฐกิจโลก เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

๔. การสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ นอกจากจะต้องการรูปแบบการปฏิบัติใหม่ๆ ใน การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังต้องใช้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริม ความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ การลงทุนด้านการพัฒนาสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย การอนึ่งและ ขยายภาคทางสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพของชุมชนและเสริมสร้างพลังของบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมเรื่องกลไกการลงทุน การใช้ ทรัพยากร การฝึกอบรม รวมไปถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางการเมือง กฎหมาย การศึกษา สังคม เศรษฐกิจที่ เหมาะสมและจำเป็นต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

## พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีอดีตที่ยาวนานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุข “การจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการขับเคลื่อนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน” อันเป็นความหมายโดยสารของ การสร้างเสริมสุขภาพ ปรากฏอยู่ ของการพัฒนาสาธารณสุขไทยมาตลอด โดยแยกเป็นสองช่วงใหญ่คือ ช่วงก่อนหน้าทศวรรษ ๒๕๔๐ และหลัง ทศวรรษ ๒๕๔๐

### การสร้างเสริมสุขภาพก่อนยุคสาธารณสุขมูลฐาน

ก่อนปี พ.ศ. ๒๕๔๐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติดับบบที่ ๑ ประเทศไทย มีการดำเนินการหลายอย่าง ตามนัยยะความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้อีอกับสุขภาพควบคู่กับการจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐ ที่ซัดเจนคือการป้องกันโรคระบาดสำคัญ และ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีโครงการภาครัฐต่อร้ายแรงที่สำคัญ เช่น คุดทะรัต ไข้ทรพิษ และ กาฬโรค มีการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ และงานทันตสาธารณสุข ตลอดทั้งมีการพัฒนา เทคโนโลยีโดยประยุกต์และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่สู่ชุมชน หรือ “โครงการ ปรับปรุงอนามัยชนบท” ที่เน้นการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เพื่อป้องกันและควบคุมโรคทางเดิน อาหารและพยาธิลำไส้ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑-๓ (พ.ศ. ๒๕๐๔ - พ.ศ.๒๕๑๙) งานการส่งเสริมสุขภาพและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีโครงการหลายอย่างที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การผลิต พยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ เพื่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก การจัดแผนพัฒนาโภชนาการแห่งชาติ การวางแผนครอบครัว โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น โครงการชีวอนามัยฯ ฯลฯ

### การสร้างเสริมสุขภาพในการเคลื่อนไหว “สาธารณสุขมูลฐาน” และ “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

ช่วงระหว่าง พ.ศ. ๒๕๒๐ - พ.ศ.๒๕๓๐ อันเป็นทศวรรษที่หนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน ไทย ไม่เพียงแค่งานการสร้างเสริมสุขภาพพื้นฐานต่างๆ ทางด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผน ครอบครัว การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหายาจำเป็น ฯลฯ จะได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น เพราะเป็น องค์ประกอบพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน แต่การฝึกอบรม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม./พสส.) ที่ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ คือการเกิดโครงการสร้างพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ ที่สำคัญยิ่งและมีผลต่อเนื่องยาวนานจนถึงปัจจุบัน มีนวัตกรรมในระดับชุมชนใหม่ๆ เกิดขึ้นที่สำคัญคือกองทุน ยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านและกองทุนชุมชนรูปแบบอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนและการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน

### การประยุกต์ใช้กฎบัตรอtotava

ในช่วงทศวรรษที่ ๒๕๓๐ - ๒๕๔๐ แม้การขับเคลื่อนของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ (Health For All ๒๐๐๐) จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของคนในชนบทผ่านกลไก อสม./พสส และนวัตกรรมต่างๆ แต่สถานการณ์การพัฒนาสาธารณสุขในภาคเมือง โรงพยาบาล หน่วยงาน/องค์กรภาคเอกชนต่างๆ ประชาชน ชุมชน ยังมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพไม่น่าจะน้อย กระนั้นก็ตามในช่วงปลายทศวรรษและ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรากฏในกฎบัตรอtotava จึงเริ่มส่งผลสะท้อนถึงการเคลื่อนไหว ในทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในภาคเมืองด้วย เผพะการเกิดโครงการสำคัญๆ หลายโครงการ อาทิ โครงการเมืองน่าอยู่ โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโครงการ สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

กล่าวไว้ว่า ทศวรรษก่อนปี ๒๕๔๐ เป็นทศวรรษของการฟึกตัวของการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย โดยมีการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทหลายโครงการ เป็นการขยายบบทบาท การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นการสร้างเงื่อนไขแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ระยะเวลาสองทศวรรษของการดำเนินนโยบายและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของชุมชนและห้องถิน ในการดูแลรับผิดชอบการพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยมีกิจกรรมสำคัญคือ การสร้าง おす/ผสส และกองทุนสุขภาพชุมชนรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ได้ ในสองทศวรรษ ยังมีการริเริ่มและการเปลี่ยนแปลงสำคัญอีก ๓ ประการที่ทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีความชัดเจนและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษต่อมา นั่นคือ กรณีการควบคุมการบริโภคยาสูบ การวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการเกิดพระราชบัญญัติสถาบันและองค์กรปกครองส่วนท้องถิน พ.ศ. ๒๕๓๗

สองโครงการแรก นับเป็นตัวอย่างการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อนำไปสู่การสร้างนโยบาย เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ ขณะการเกิดขึ้นขององค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ เป็นผลจาก พระราชบัญญัติดังกล่าว ได้นำมาซึ่งการขยายบบทบาทของห้องถิน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ การสุขภาพบุคลิกภาพสิ่งแวดล้อมทั่วประเทศ

### ทศวรรษที่ ๒๕๔๐ ถนนสายหลักสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ทศวรรษที่ ๒๕๔๐ จนถึงปัจจุบัน นับเป็นช่วงเวลาที่แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ลงหลักปักฐานในประเทศไทยที่ชัดเจนและเข้มข้นที่สุด มีเงื่อนไขเชิงปริบทและกิจกรรมหลายประการที่เกิดขึ้น และเป็นเงื่อนไขเอื้ออำนวยให้กับพัฒนาการเหล่านั้น

การประกาศให้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช ๒๕๔๐ นับเป็นเนื้อนابุญ ของการพัฒนาการของยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยเป็นรัฐธรรมนูญเปิดศักราชใหม่ของการ มีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมคู่กับประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่สนับสนุนและเอื้อต่อตัวการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนต่อการทุกด้าน รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีบทบัญญัติจำนวนมาก ที่ส่งผลต่อเรื่องสุขภาพ และมีผลให้การดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพเข้าลักษณะที่จะต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นงานที่ประชาชนจะต้องเข้ามายึดบบทบาท ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการผนึกกำลังของทุกฝ่ายในสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาพดีถาวรหน้า ได้กลายเป็นรูปธรรมมากขึ้นตามลำดับอันเป็นผลตามเจตนา湿润ของรัฐธรรมนูญ ฉบับนี้

การจัดประชุมวิชาการประจำปี เมื่อวันที่ ๖-๘ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๔๑ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” เป็นรูปธรรมแรกและชัดที่สุด ที่แนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตัวว่า ได้เข้ามายึดบบทบาทต่อการขับเคลื่อนการสร้างกระแสการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยผ่านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการทบทวนแนวคิดและบทเรียนจากกฎบัตรอตตัวว่า เพื่อผลักดันให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นบทบาทของทุกภาคส่วนในสังคม

ผลสรุปสำคัญจากการประชุมดังกล่าวที่ว่า “สังคมไทยจะต้องจินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ และต้องเปลี่ยนยุทธศาสตร์จากการตั้งรับเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับความเป็นประชาสัมคมให้มากที่สุด โดยเคลื่อนไหวสังคมทั้งหมดเข้ามาร่วมกัน สร้างสุขภาพดี ทั้งในระดับปัจเจก บุคคล องค์กร และนโยบาย” ได้กลายเป็นแนวคิดการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพบนเส้นทางใหม่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในเวลาต่อมา

## การปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย มีจุดเริ่มต้นจาก “รายงานสุขภาพประชาชาติ: ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐” ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยคณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา” ที่มี ศ.นพ.ประเสริฐ รัตนารถ เป็นประธาน ติดตามมาด้วยการเกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๔๓ ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้นำมาสู่การขับเคลื่อนเพื่อผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ ด้วยปรัชญาสำคัญคือ “การรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ (สร้างนำซ่อม)”

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อออกแบบบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นเครื่องมือสำคัญ ของการปฏิรูประบบสุขภาพนับเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก การใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขี้ยวแกะ” อันประกอบด้วย การทำงานสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับภาคนโยบายหรือฝ่ายการเมือง ในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ และผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้เกิดปรากฏการณ์อย่างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน นั่นคือ การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนในสังคม จากทุกระดับและต่างพื้นที่ กล้ายเป็นกระเสื่อม เคลื่อนไหว เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพ จากเน้นซ่อม สู่เน้นสร้าง เป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะของการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในประเด็นสำคัญๆ ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประชาชนอย่างขนาดใหญ่

กระบวนการ “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งเป็นบทบัญญัติหนึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี ๒๕๔๐ คือกลไกอันสำคัญและมีประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนการปฏิรูปและทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ แปรเปลี่ยนเป็นรูปธรรมที่มีชีวิต

ในกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ “สมัชชาสุขภาพ” ภายใต้尼ยาม “การบูรณาการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” ได้มีบทบาทสำคัญในการระดมการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ให้กับภาคส่วนต่างๆ และสังคมนับล้านคนในการร่วมกันแก้ไข พัฒนา และสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวาง “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ และสิ่งดีๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดประชาธิรัฐ ทั้งสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในแนวร่วม” ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพปรากฏชัดเป็นรูปธรรมในหลายจังหวัด ก่อเกิดเป็นพื้นที่สาธารณะในการผลักดันการพัฒนาสุขภาพที่มีการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแก่นสำคัญ

กล่าวได้ว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงเกิดผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ยังมีผลให้เกิดการเคลื่อนตัวของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับการปฏิรูปความคิดด้านสุขภาพที่เน้นการสร้างนำซ่อมและมองสุขภาพในความหมายที่กว้าง

## แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

### หลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (๑) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (๓) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGS) (๔) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ (๕) ประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (๖) ธรรมาภูมิว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๗) กรอบแนวทางแผนระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางแผนรากของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปีให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรงสามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

### สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยอันเนื่องมาจาก

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และภาวะการณ์ตายลดลง คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพ ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติและระบบบริการภาคบystate ยังไม่ชัดเจน การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ "ประเทศไทย ๔.๐" กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการปฏิรูปประเทศไทย ด้านสาธารณสุข ประเด็น สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ สุขภาพเหล่านี้ การวางแผนเตรียมพร้อมรองรับและเชิญชวนสภาพปัญหาจะช่วยให้สามารถรับมือกับความเสี่ยงและภัยคุกคามด้านสุขภาพ ที่จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วิสัยทัศน์และพันธกิจ

วิสัยทัศน์: ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศไทยให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

พันธกิจ: เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

### เป้าประสงค์ (Goals)

๑. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

๒. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร

๓. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม

๔. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๕. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นอย่างมาก และตัวชี้วัดภาพรวม

๖. อัตราตายจากโรคที่สำคัญ (มะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) (ลดลงร้อยละ ๕ จากค่าเฉลี่ยของปี ๒๕๔๗, ๒๕๔๘, ๒๕๔๙)

๗. ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

๘. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

๙. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (ไม่เกินร้อยละ ๕)

๑๐. มีกลไกที่สามารถสร้างความเป็นเอกภาพด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

### **ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ**

กำหนดไว้ ยุทธศาสตร์ แต่ละยุทธศาสตร์ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : การเสริมสร้างความมั่งคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและธรรมาภิบาล ในสังคมไทย

ยุทธศาสตร์ที่ ๗ : การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

ยุทธศาสตร์ที่ ๘ : การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๙ : การพัฒนาภาคเมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑๐ : ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

การขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ

๑. ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาชนสามารถสุข องค์กร ภาคี สุขภาพ ทราบนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และพร้อมเข้าร่วมในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

๒. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาฯ ๑๒ และนโยบายรัฐบาล เข้าสู่แผนการบริหารราชการ แผนดินและแผนระดับอื่นๆ

๓. ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญใช้เป็นกรอบแนวทางดำเนินงาน

๔. จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐- ๒๕๖๔) เพื่อกำกับการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลแผนฯ เป็นระยะและต่อเนื่อง

## ๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาระบบสุขภาพ

### ๒.๓.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพัฒนาระบบ

(Emerson, ๑๙๘๑ อ้างใน พันธุ์พิพิธ์ รามสูต, ๒๕๔๐.) เนื่องจากนักทฤษฎีทางพัฒนาระบบ เชื่อว่าวิธีการศึกษาพัฒนาระบบโดยตรงเป็นวิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์เป็นปัจจัย (Objective) เป็นนิรนัย (Deductive) มากกว่าวิธีการศึกษาทฤษฎีทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอัตตนัย (Subjective) และอุปนัย (Inductive) จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้นทฤษฎีที่ใช้ศึกษาทางพัฒนาระบบจึงไม่ใช่ทฤษฎีเดียวหรือมาจากการแนวคิดอันเดียว ต้องอาศัยวิธีการศึกษาหลายอย่างรวมกัน ในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างทฤษฎี ดังนี้

๑) ทฤษฎีสุขนิยม (Hedonism Theory) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เชื่อว่าพัฒนาระบบมุขย์เกิดจากความต้องการ ๒ อย่าง คือ ความต้องการทางกาย เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ และความต้องการทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความกลัว ความรัก ความต้องการประสบความสำเร็จ ความต้องการมีสักดิ์ศรี ซึ่งนักทฤษฎีกลุ่มนี้ที่ชื่อ Sigmund Freud กล่าวว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณในรูปของพลังงานที่ผลักดันให้เกิดพัฒนาระบบ พลังดังกล่าวประกอบด้วยจิตไร้สาเนก (Id) ที่เราไม่รู้สึก จะผลักดันจิตส่วนที่เรารู้ (Ego) ให้ทำสิ่งต่างๆ ที่ประสงค์ และมีจิตสาเนกที่ควบคุม คือ มโนธรรม (Super ego) หรือความรู้สึกผิดชอบชั่วดี อันเป็นผลจากการอบรมสั่งสอนของสังคม ซึ่งโครงสร้างที่รวมทั้ง ๓ สิ่งนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจกล่าวได้ว่า (Id) เป็นความพึงพอใจหรือความต้องการส่วนลึกของบุคคล ส่วน Ego เป็นสิ่งที่เกิดจากการพัฒนา (Id) แล้วจึงแสดงออกมาเป็นลักษณะของบุคคลที่แสดงออกตามความต้องการของสังคมอย่างมีเหตุผล และเพื่อความปลอดภัยของตนเองในการที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคม ส่วน Super ego เป็นตัวประสานงานที่ควบคุมไม่ให้ (Id) แสดงความต้องการส่วนลึกออกม้า และผลักดันให้ Ego อกมาแทนที่ Super ego ได้แก่ ค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรมประเพณี

๒) ทฤษฎีมนุษย์นิยม (Humanism Theory) มีความเชื่อต่างจากทฤษฎีสุขนิยม คือ มนุษย์ไม่ใช่ทาสของแรงผลักดัน แต่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับตักษิณของความเป็นมนุษย์ เช่น ความอยากรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ความต้องการพัฒนาตนเอง นักทฤษฎีในเรื่องนี้ได้แก่ Maslow ที่อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการ ๕ ระดับ คือ

๒.๑) ความต้องการทางสรีระ (Physical Needs) หรือความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ความต้องการทางเพศ

๒.๒) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ได้แก่ ความต้องการความอบอุ่นมั่นคง ความต้องการหนีห่างจากอันตราย ความต้องการหนีจากความเจ็บปวด

๒.๓) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging needs) ได้แก่ ความต้องการเพื่อนบ้าน ความต้องการเพื่อนร่วมงาน ความต้องการมีคนรัก

๒.๔) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Self –Esteem needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นชื่นชม ให้มีค่าเป็นนับถือชื่นชมในความสำเร็จ

๒.๕) ความต้องการบรรลุความสำเร็จแห่งตน (Self -Actualization) คือ ความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการที่จะทำอะไรได้ตามที่ตนปรารถนา เป็นความต้องการที่จะคิดหรือกระทำประโยชน์แก่ส่วนรวมอย่างแท้จริง

๓) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้เน้นที่กระบวนการของ การแลกเปลี่ยนสัมพันธ์ หรือการกระทำระหว่างบุคคล โดยมีข้อสมมุติของบุคคล ดังนี้

๓.๑) การกระทำทางสังคม เป็นวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๓.๒) การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำต้องลงทุนเช่น ลงแรง ลงเวลา และลงทรัพยากร

๓.๓) การกระทำการทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำจะพยายามลดมูลค่าการลงทุนเท่าที่จะกระทำได้ ให้ต่ำกว่ากำไรมากที่สุด

๓.๔) การกระทำการทางสังคม ที่มูลค่าลงทุนต่ำกว่าการเร่านั้น ที่จะยวนานหรือคงทน

ประเด็นสำคัญของความต้องการคือความต้องการขั้นสูงจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความต้องการขั้นต่ำกว่าในทุกระดับ เพราะจะเป็นแรงขับให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้กระทำหันไปลักษณะบุคคลและกลุ่ม พยายามจะเอาประโยชน์บางอย่างจากคู่กระทำของตน ซึ่งก็อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มเช่นกัน ดังนั้นการแลกเปลี่ยนบางอย่างซึ่งกันและกัน การดึงดูดซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้ฝ่ายหนึ่งหรือต่างฝ่ายต่างพอใจที่จะกระทำต่อกันหรือร่วมจุดหมายเดียวกัน ไม่ว่ากรณีใดก็ตามผลของปฏิสัมพันธ์ หรือผลของการกระทำต่อกัน ก็คือกระบวนการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

#### **๒.๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ( Concept about health behavior)**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันเนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น พันธุกรรมที่ต่างกันซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วพันธุกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถและปฏิบัตินให้สอดคล้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้มีความเชื่อ ความรู้ เจตคติ และทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่ แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคล ยอมมีสุขภาพดีและความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

#### **ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)**

จากการศึกษาของคาร์ลและโคบบ์ (Kals and Cobbs, ๑๙๖๖, อ้างในสันติ ธรรมชาติ, ๒๕๔๕ : ๕) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลได้บุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรค หรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วยสุขทร ชุประดิษฐ์ (๒๕๕๔) กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert behavior) และภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ ว่าเกิดขึ้นพฤติกรรมภายใต้เป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปรรรมและนามธรรมที่เป็นรูปรรรม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัส ได้ เช่น การเดินของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น ๒ ลักษณะคือเป็นการกระทำ (action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำคือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ ปฏิจิรา หล่อเลิศวิทย์ ได้ให้ ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่ กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผล สมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด จากความหมายต่างๆ ข้างต้น กล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health

Behavior) หมายถึง การปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ อารมณ์สังคมให้เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันอย่างสมดุลในชีวิตประจำวัน อย่างมีระบบระเบียบ มีรินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

### ขอบข่ายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำ ในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็ก หรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อมๆ กันทั้ง ๓ ด้าน คือ

๑. ด้านความรู้ (cognitive domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้หรือคิดพัฒนา ความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ทางสุขภาพ (health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อ โรค ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม กับสภาวะ ตนเอง เป็นต้น

๒. ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (affective domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การชอบ หรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้หรือในด้านลบ บางคนอาจคิดว่า การออกกำลังกายทำให้ เหนื่อยและเสียเวลา

๓. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือ การกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออกจากห้องน้ำ การ刷卡เข้าขัด นิรภัย การสวมหมวกกันน็อก การพักผ่อนให้เพียงพอการนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น จากพฤติกรรมทั้งสามด้านจะเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อ การดูแลรักษาสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัยหรือเรียกว่า สุนิสัย (Health habit)

### ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

๑.) พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ ([blogspot.com/๒๐๑๑/๐๙/blog-post.html](http://blogspot.com/๒๐๑๑/๐๙/blog-post.html))

๑.๑.) พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออก ของพฤติกรรม ของ บุคคลเพื่อการไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย กระแทกในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็ม ขัดนิรภัยการสวมหมวกกันน็อก การขับรถให้ถูกกฎหมาย การตรวจสอบประจาปีเป็นต้น

๑.๒.) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรม ที่แสดงออกใน ภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือก รับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

๒.) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior)

พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่างกายเจ็บป่วย หรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย จึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาพการณ์ เช่น การพักผ่อน เมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยา กินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยค่อยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

### ๓.) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior)

การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งดูหูหรือสุรา หลีกเลี่ยงอาหารสจัดการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

### พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อปัญหาสาธารณสุข

#### ประกอบด้วย ๒ ลักษณะด้วยกัน คือ

๑) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม แล้วทำให้ตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บ เสียชีวิตหรือมีสุขภาวะที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข

๒) พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นๆ เอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน มีสุขภาวะที่ดีไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้

### พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญเพราะมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ

#### ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

๑) การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ เอง หรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในชุมชนด้วย

๒) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเสียชีวิตได้ เช่น การซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้ணว่าป่วยเป็นโรคอะไร หรือเมื่อแพทย์ให้ยากรากษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย และในบางครั้งหรือในบางโรคก็จะทำให้เกิดการตื้อยาของเชื้อโรคด้วย เป็นต้น

๓) การแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว และแต่ละชุมชน ต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่างๆ เป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน ทุกองค์กร ของประเทศ และมีผลต่อการพัฒนาประเทศให้มั่นคง ดังนั้น ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพดี จะส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาพดีด้วย

### ระดับของพฤติกรรมสุขภาพ

อนุวรรณ์ อิ่มสมบูรณ์ (๒๕๔๖) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากการปฏิริยาการเรียนรู้ภายในตัวบุคคล (Internalization) ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกันไป แล้วแต่กรณี ผลการเรียนรู้ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพมีอยู่ ๓ ระดับด้วยกัน คือ

๑) การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ โดยที่ไม่ได้กล่าว การเรียนรู้ในระดับนี้เป็นระดับต่ำสุดของพฤติกรรม สุขภาพที่จะเป็นผลต่อสุขภาพ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้ อาศัยเพียงองค์ความรู้ที่มีอยู่หรือที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า ตามเนื้อหาสาระที่ต้องการให้เกิดการกระทำการของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

๒) การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำหรือตามทิศทางของการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนอย่างยั่งยืน การที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ได้จำเป็นที่จะต้องทำให้บุคคลนั้นเกิดเจตคติขึ้นเสียก่อน

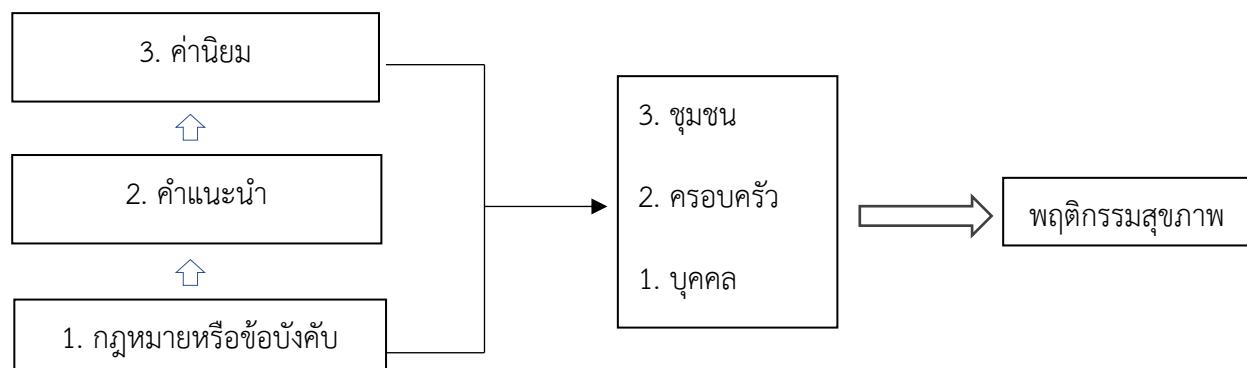
๓) การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับตนเองและครอบครัวซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งจนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว และของชุมชนได้ตลอดไป

#### ตารางที่ ๑ : ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อความ	ระดับของ พฤติกรรมสุขภาพ	เกิดจาก
๑	ระดับต่ำ	กฎหมายและกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ
๒	ปานกลาง	คำแนะนำหรือตามทิศทางของการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน
๓	สูง	ค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับตนเองและครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง

#### ที่มา : กิตติศักดิ์ นามวิชา (๒๕๕๗)

จะสังเกตเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หากทำให้ทุกๆ คน สามารถเกิดการเรียนรู้ได้ในระดับที่ ๓ (การเรียนรู้ในระดับสูง) จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งควรสร้างวัฒนธรรมทางสุขภาพให้เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนตามลำดับต่อไป



#### ภาพประกอบที่ ๕ : แสดงระดับของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

#### ที่มา : กิตติศักดิ์ นามวิชา (๒๕๕๗)

## ขอบเขตของพุทธิกรรมสุขภาพ

โดยทั่วไปแล้วพุทธิกรรมสุขภาพสามารถจำแนกตามลักษณะและขอบเขตของพุทธิกรรม ได้เป็น ๓ ขอบเขต ด้วยกัน คือ (ธนารอรณ์ อิมสมบูรณ์, ๒๕๔๖)

(๑) พุทธิกรรมสุขภาพของบุคคล เป็นสิ่งที่ปัจเจกบุคคล (Individual) แสดงออกได้ถึงความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการกระทำหรือการปฏิบัติของตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ไม่ว่าจะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลตามแบบแผนของพุทธิกรรมสุขภาพ เช่นนี้จะจัดว่าเป็นทักษะชีวิต (Life skill) ของบุคคลนั้นๆ นั่นเอง เช่น การล้างมือฟอกสบู่หลังกินอาหารและหลังการขับถ่าย การออกกำลังกายหลังเลิกงาน การรับประทานปรุงสุกทุกมื้อ การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถ การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

(๒) พุทธิกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นพุทธิกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับพุทธิกรรมสุขภาพของบุคคล ต่างๆ แต่ละบุคคลต่างๆ ในครอบครัวมีการกระทำหรือการปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน และในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ บุคคลแต่ละคนในครอบครัวแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ ที่ทำ และการกระทำ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนๆ กัน

การกระทำของบุคคลๆ ในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพของครอบครัวในลักษณะนี้ จัดเป็นลีลาชีวิต (Life style) ของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากครอบครัวอื่นๆ ในชุมชนก็ได้ พุทธิกรรมสุขภาพของครอบครัวที่เป็นลีลาชีวิตนี้ มีความสำคัญต่อสุขภาพของครอบครัวโดยรวมเป็นอย่างมาก ถ้าครอบครัว ได้มีพุทธิกรรมสุขภาพของครอบครัวที่ถูกต้องจะทำให้ครอบครัวนั้นๆ ไม่เจ็บป่วย และมีสุขภาวะที่ดี เช่น พุทธิกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ พุทธิกรรมความปลอดภัย พุทธิกรรมการพักผ่อน พุทธิกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น

(๓) พุทธิกรรมสุขภาพของชุมชนและสังคม หมายถึง สิ่งที่คนส่วนมากในชุมชนหรือสังคมได้สังคมนั่น ได้แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ที่ทำ ค่านิยม และการกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนหรือในสังคมนั้นๆ

พุทธิกรรมสุขภาพของชุมชนและสังคมในลักษณะนี้ จัดเป็นวิถีชีวิต (Way of life) ทางสุขภาพของแต่ละสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาวะคนส่วนใหญ่ในแต่ละชุมชนและสังคม โดยทั่วไปแล้วในแต่ละชุมชนและสังคมมีวิถีชีวิตที่เป็นของตนเอง ที่คนส่วนใหญ่ได้ประพฤติหรือได้ปฏิบัติกันอยู่ และวิถีชีวิตทางสุขภาพก็เป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งของชุมชนและสังคมได้ปฏิบัติกันอยู่ เช่น ประเพณีทำบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานเลี้ยงฉลอง วันเกิด และงานรื่นเริงสังสรรค์ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งในบรรดาวิถีชีวิตต่างๆ เหล่านี้ ได้มีส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในชุมชนหรือในสังคมเป็นอย่างมาก การพัฒนาวิถีชีวิตทางสุขภาพต้องเป็นไปตามกรอบวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชนและสังคม โดยเน้นการสร้างค่านิยมทางสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในชุมชนหรือในสังคมนั้นๆ

## ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

คาสล และคอบบ์ (Kasl and Cobb, ๑๙๖๖) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น ๓ ประเภท ดังนี้

### ๑. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior)

มนิดา มีต้องปั่น (๒๕๔๐) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำการของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำดังต่อไปนี้

๑.๑ การกระทำการเพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีภูมิต้านทานต่อโรคหรือภัยคุกคามต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ การไปรับวัคซีนป้องกันโรค ตามระยะเวลาที่เหมาะสม หรือเมื่อมีการระบาดของโรค เป็นต้น

๑.๒ การกระทำการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติเพื่อกำจัด ลดหรือหลีกเลี่ยงที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียน โรงงานหรือในชุมชน ให้อยู่ในสภาพที่สะอาดถูกสุขลักษณะ ปราศจากสารพิษหรือมลภาวะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุต่างๆ การดูสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การลดน้ำหนัก และการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน หรือโรคความดันโลหิตสูง การคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับรถ หรือการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นขณะประสบอุบัติเหตุได้ เป็นต้น

๑.๓ การกระทำการเพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค เป็นการปฏิบัติเพื่อค้นหาสาเหตุ หรือค้นหาแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของบุคคล โดยมุ่นเน้นที่การค้นหาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อที่จะทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่สาเหตุหรือความผิดปกติต่างๆ จะพัฒนาต่อไปจนเกิดป่วยเป็นโรค การกระทำการดังกล่าวได้แก่ การเอ็กเรย์ปอดเพื่อตรวจหารอยโรค การตรวจหาเซลล์มะเร็งต้านม การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพในช่องปากเป็น ประจำหรือการไปตรวจร่างกายประจำปีกับแพทย์ เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรค การปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ ถือเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งที่มุ่งหวังจะให้เกิดกับประชาชนในทุกชุมชน

### ๒. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

มนิดา มีต้องปั่น (๒๕๔๐) กล่าวว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำการของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อแสดงอาการตรวจวินิจฉัย และการเยียวยารักษาที่เหมาะสม อาการที่ผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เป็นต้น หรือทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง คิดกลัวในเรื่องที่ไม่ควรกลัวอย่างมาก ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะผิดแปลกไปจากคนปกติ อาจจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติภารกิจ ประจำวันได้ตามปกติ บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น

ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยหรือมีสถานะทางสุขภาพไม่ปกตินั้น อาจจะทำได้หลายประการ เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หรือมีสถานะทางสุขภาพไม่สมบูรณ์ อาจจะไปรับบริการที่ สถานบริการเอกชน เช่น ร้ายชาญยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น

โรงพยาบาลของรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย เป็นต้น และอื่นๆ เช่น หน่วยงานต่างๆ อยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายเอง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าประชาชนจะมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนแตกต่างกันออกไปตามองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรมและองค์ประกอบเฉพาะตัวของบุคคลนั้นๆ

ความคาดหวังของประชาชน การใช้เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค มือทិพลต่อทางเลือก การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยาเกินของน้อยลงและใช้บริการในสถานพยาบาลโดยบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น

ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึง และการใช้บริการของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท ระหว่างประชาชนในภาคภูมิศาสตร์ต่างๆ ก็เป็นสาเหตุในการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะความแตกต่างของรายได้ครัวเรือนระหว่างเขตเมืองกับชนบท และความไม่เสมอภาคของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ระหว่างภาคภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ พแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาล เทคโนโลยีทางการแพทย์ และงบประมาณ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลซึ่งกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย ภาระงานเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีหน้าจากสังคม เป็นต้น

### ๓. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior)

มนิดา มีต้องปืน (๒๕๔๐) กล่าวว่า พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยซึ่งกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น

พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หรือพฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค เป็นบทบาทที่ไม่พึงประนานหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไปจากปกติ ฉะนั้นเมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด หรือวิชาชีพแพทย์ว่าป่วย บุคคลนั้นจะต้องรับบทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด ๔ ประการ คือ

- ๑) ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย หรือการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเข้า
- ๒) ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทำอยู่เป็นการชั่วคราว
- ๓) ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ
- ๔) ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์ เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

สรุปเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแล้ว บุคคลนั้นจะส่วนบทบาทของผู้ป่วยที่อาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้เป็นบางส่วน และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมทั้งแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมุ่งหวังที่จะให้หายจากการเจ็บป่วยโดยไม่มีโรคแทรกซ้อน หรือความพิการ และได้รับการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วต่ออย่างพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจนัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง ๓ ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย คือ บุคคลจะมีสุขภาพหรือจะป่วยเป็นโรค ยอมเข้ารับพฤติกรรมการป้องกันโรคและเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการผิดปกติ พฤติกรรมเจ็บป่วยในการแสวงหาการวินิจฉัย และการเยียวยาที่เหมาะสม จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการหยุดยั้งความเจ็บป่วย หรือเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคได้แล้ว พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลนั้นหายป่วยหรือมีอาการรุนแรง เรื้อรัง พิการ หรือเสียชีวิต ดังนั้นในการแก้ปัญหาสาธารณสุข จึงควรให้ความสำคัญต่อการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน

โดยการวิเคราะห์เหตุผลหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสาธารณสุขเหล่านั้น แล้วหากลิวีซีที่เหมาะสมมาใช้ในการปลูกฝัง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง

### องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมทางสุขภาพจะเกิดมาจากองค์ประกอบต่างๆ ๓ องค์ประกอบด้วยกัน คือ (นวนารณ์ อิ่มสมบูรณ์, ๒๕๔๖)

๑) อิทธิพลของครอบครัว คือ อิทธิพลต่อบรรดาธุรกิจด้านอนามัยของสมาชิกในครอบครัวทั้งในแง่ของการยอมรับอาการของโรค ประเมินผลสภาวะการของการเจ็บป่วย และด้านการรักษาพยาบาล

๒) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนบ้าน เมื่อในครอบครัวได้ครอบครัวหนึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าสภาวะของสมาชิกที่เกิดขึ้นป่วยจริงหรือไม่ จะต้องไปปรึกษากับเพื่อนบ้านว่าอาการของโรคคล้ายกับคนในกลุ่มนั้นที่เคยเป็นมาก่อนหรือเปล่า และเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยจริง ครอบครัวนั้นก็จะยอมรับสภาวะเช่นนั้น

๓) อิทธิพลของวัฒนธรรมทางสุขภาพ ประชาชนในชุมชนใดก็ตาม ได้รับมรดกทางวัฒนธรรมทางสุขภาพ (Health culture) ซึ่งหมายถึงการดำเนินชีวิตในสังคม รวมทั้ง ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม ภูมิภูมิ ความเชื่อทางด้านสุขภาพก็ถูกควบคุม โดยวัฒนธรรม เช่น บางชุมชนเชื่อว่าการรับประทานเนื้อหรือเลือดสัตว์ดิบๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง หรือความเชื่อที่ว่าผู้หญิงหลังคลอดต้องดูดอาหารแสง เช่น อาหารประเภท เนื้อ ไข่ ปลา เป็นต้น ถ้าบุคคลใดไม่ปฏิบัติตามวัฒนธรรมนี้จะทำให้เกิดผิดศาแดง คือ ทำให้อาหารแพ้ และทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้อาจจะไม่มีผลโดยตรงต่อสภาวะร่างกาย แต่ผู้ที่ฝ่าฝืนจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งในที่สุดจะมีผลต่อสภาวะร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

### ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

การที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องหนึ่งเรื่องใดก็ตาม ปกติมิใช่เป็นเรื่องที่เกิดได้ง่ายเมื่อน้อยอย่างที่เข้าใจกันในขณะนี้ การให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องที่ต้องการได้

ตามหลักของพุทธิกรรมศาสตร์ พุทธิกรรมสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่างๆ หลายประการ ด้วยกัน ทั้งนี้ได้ใช้แนวคิดในรูปแบบของ PRECEDE model โดย PRECEDE framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling causes in education diagnosis and evaluation เป็นกระบวนการการวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green ที่มีแนวคิดว่า พุทธิกรรมบุคคล มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพุทธิกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออภินัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากการพุทธิกรรมของบุคคล ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น ๓ ลักษณะด้วยกัน คือ (นันดา มีต่องปัน, ๒๕๔๐)

#### ๑) ปัจจัยในมั่นใจหรือปัจจัยนาให้เกิดพุทธิกรรมสุขภาพ (Predisposing factors)

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใด เกี่ยวข้องกับพุทธิกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้เกิดขึ้นจากการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับ ทั้งในทางตรงและทางอ้อมหรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา (๒๕๕๓) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพุทธิกรรมการเรียนรู้ตามสถานเริงรมย์

ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ส่วนทัศนคติต่อการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

### ๒) ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Enabling factors)

เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต่างๆ ได้รับบริการอุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ และมีโอกาสที่จะใช้บริการ หรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ และจัดทำไว้อย่างทั่วถึง เช่น ปัจจัยสนับสนุนของพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรักษาดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน การที่จะให้คนเกิดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดจะต้องมี ถังขยะ และระบบการเก็บรวบรวมขยะให้ทั่วถึงหรือการที่จะให้ชาวบ้านในชนบทมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยว กับโภชนาการได้อย่างเหมาะสม จะเป็นต้องมีแหล่งอาหารหรือแหล่งผลิตอาหารในท้องถิ่น ให้เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนสิ่งเหล่านี้ เป็นต้น จากการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา (๒๕๕๓) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทาง เวลาที่ใช้ในการเที่ยวสถานเริงรมย์ ค่าใช้จ่ายในการเที่ยวสถานเริงรมย์ และการให้บริการของสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

### ๓) ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Reinforcing factors)

เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในกระบวนการสุขศึกษา นอกเหนือไปจากปัจจัยโน้มน้าวและปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริมในที่นี้ ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการกระทำของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การปลูกฝัง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชน ปัจจัยสร้างเสริมที่สำคัญได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง ครู บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกัน รวมทั้งบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมในสังคมภายนอกบ้าน และโรงเรียนด้วย บุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในแบบของการอบรมสั่งสอน การกระตุ้น การชักจูง การเป็นตัวอย่าง การดูแลกวดขัน รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดการทำหรือปฏิบัติในลักษณะที่เหมาะสม สร้างรากลุ่มเป้าหมายในชุมชนก็เช่นกัน ปัจจัยสร้างเสริมที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 医疗 แพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีบทบาทในการชี้แนะ สนับสนุน กระตุ้นเตือน และจูงใจให้เกิดการกระทำหรือพร้อมที่จะกระทำในสิ่งที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย ซึ่งจากการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา (๒๕๕๓) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน นั้นมี ๓ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนา ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ซึ่งไม่ได้เกิดจากการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวที่จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องที่ต้องการได้ หากแต่ต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นๆ อีก เช่น ทัศนคติ ค่านิยม เป็นต้น

### พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยนั้น จะมีอยู่ ๒ ฝ่าย คือ ผู้ท้าหน้าที่บำบัดรักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการบริการรักษาพยาบาล หรือผู้ใช้บริการสุขภาพ ถ้าหากเราเปรียบการ

ให้บริการรักษาพยาบาลทุกแหล่งที่มีอยู่ในสังคมว่า เป็นตลาดแห่งการรักษาพยาบาลแล้ว การเลือกใช้บริการจากแหล่งใด ก็เปรียบได้กับการเลือกซื้อสินค้าในตลาดนั้นเอง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะตัดสินใจซื้อของสิ่งใด สิ่งหนึ่งนั้น จะมีปัจจัยมากมายหลายประการที่เกี่ยวกับ และมีส่วนเข้ามามากมายในการตัดสินใจของบุคคลนั้นตลอดเวลา การเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ทั้งนี้มีนักวิจัยทางพฤติกรรมสุขภาพหลายท่านได้พยายามศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์นั้น เช้าใช้แนวทางการศึกษาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย ๗ ประการ คือ (อนิดา มีต้องปัน, ๒๕๔๐)

๑) คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส เป็นต้น มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของชีวิตของครอบครัว ซึ่งมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยภายในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกภายในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่น เพศ หญิงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย อาจจะเป็นเพราะว่าเพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนวัยกลางคน เป็นต้น

๒) ปัจจัยทางโครงสร้างทางสังคม สะท้อนให้เห็นสถานภาพของแต่ละบุคคลในสังคมที่ตัวเองอาศัยอยู่ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เขื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บันทึกความสัมพันธ์กับสถานภาพทางสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งรูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้วย ผู้มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าอีกด้วย

๓) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพิจารณาและให้ความสำคัญ เกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ทัศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตและแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นต้น

๔) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของครอบครัว เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้นๆ สามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวในส่วนรวมถือได้ว่าครอบครัวส่วนรวม หรือของหัวหน้าครอบครัวในต่างประเทศเช่นพิจารณารวมถึงเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย ครอบครัวที่มีรายได้อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของบุคคลในครอบครัวนั้นๆ ในแต่ละครอบครัวนั้น อาจจะไม่ใช้บริการสุขภาพ ทั้งๆ ที่บริการนั้นๆ จัดให้พร้อมหรือเสียเงินเพียงเล็กน้อยก็ตาม อัตราการใช้บริการก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

๕) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน โดยมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวกที่ให้บริการหรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในกรณีรวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการและสภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการ และที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่เป็นเรื่องธรรมดា ถ้าสิ่งอำนวยความสะดวกหลากหลายหรือสถานบริการสุขภาพอยู่ไม่ห่างไกลจากชุมชนจนเกินไป ประชาชนจะสะดวกที่จะไปใช้บริการนั้น

๖) ปัจจัยด้านบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องราคาก่อการ หรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพของบริการ และพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย รวมก็จะได้ยินได้ฟังประชาชนบ่นเสมอๆ ว่า สถานบริการของรัฐมีขั้นตอนในการรับบริการมากมายหลายขั้นตอน หรือเสียเวลา คอยนาน หรือการบริการก็ไม่ดีเท่ากับการบริการของสถานบริการเอกชน หรือบางครั้งให้เหตุผล

ของการไม่ไปใช้สถานบริการที่มีอยู่ เพราะว่าไม่ชอบเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้มารับบริการ หรือขาดความเชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

๗) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุข ทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า อันได้แก่ นโยบายสาธารณะด้านการเมือง และงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นต้น กระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ เป็นรูปแบบ และกลวิธีในการจัดบริการ สุดท้าย คือ ผลผลิตสุดท้าย และผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุข

นักพฤติกรรมสุขภาพ ได้พยายามอธิบายศึกษาวิจัย เพื่ออธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ สุขภาพไว้จำนวนมาก แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่สามารถพาณิชย์พฤติกรรมดังกล่าวได้อย่าง แน่ชัดเหตุผลก็เพราะว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีปัจจัยทั้งด้านสังคมและพฤติกรรมศาสตร์เข้าด้วยกัน แต่ก็มีผล ของการวิจัยจำนวนไม่น้อยที่สามารถสรุปได้ตรงกันว่า เศรษฐฐานะ และการรับรู้เรื่องสุขภาพ เป็นตัวกำหนดการ ใช้บริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ดีที่สุด อาจกล่าวได้ว่าความสำเร็จของการใช้บริการสุขภาพแก่ ประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับทั้งระบบของการให้บริการ รวมถึงคุณภาพของการบริการ ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ ค่านิยมหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีวัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม และเศรษฐ ฐานของแต่ละครอบครัว นั่นเอง

### **พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง**

การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการได้รับรู้ข้อมูลป่าวสารทางสุขภาพที่ผิดๆ จากสิ่งต่างๆ เช่น โฆษณา คำบอกเล่าจากเพื่อน ครู และจากบุคคลอื่นๆ เป็นต้น แล้วนำไปสู่การเกิดความเชื่อ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นความเชื่อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีดังนี้ (สุชาติ โสมประยูรและคณะ, ๒๕๔๒)

๑) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการกินอาหาร ตัวอย่างเช่น

๑.๑ รับประทานเมล็ดมะเขือหรือเมล็ดฝรั่งจะทำให้เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ

๑.๒ เป็นผีห้ามรับประทานข้าวเหนียว หรือรับประทานข้าวเหนียวจะทำให้แพลงเป็นหนองและ หายชา

๑.๓ เป็นผีถ้ารับประทานไข่จะทำให้แสงหรือเกิดหนองได้

๑.๔ รับประทานอาหารเผ็ดจัดจะทำให้สายตาสัน

๑.๕ คนเรามีความรู้สึกชอบอาหารบางอย่างและไม่ชอบอาหารบางอย่างมาแต่เกิดแล้ว

๑.๖ รับประทานกับข้าวมากๆ จะทำให้เป็นโรคตามขโนย

๑.๗ รับประทานบะหมี่เพื่อทำให้ปัญญาดี

๑.๘ รับประทานເຟົກ້າທີ່ມີຄຸນຕ່າງໆ ຂະຫາດໃຫຍ່

๑.๙ ไม่ควรรับประทานไข่ขาว เพราะมีประโยชน์น้อยมาก

๑.๑๐ เนื้อดิบมีคุณค่าทางอาหารมากกว่าเนื้อสุก

๒) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับยาและเครื่องสำอาง ตัวอย่างเช่น

๒.๑ การรับประทานยาเม็ดวิตามิน เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ร่างกายของเราจะได้รับวิตามินตามต้องการ

๒.๒ ยาที่โฆษณาขายกันทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือในหนังสือพิมพ์เป็นยาที่เชื่อถือได้

๒.๓ การสูบบุหรี่หลังอาหารเป็นการช่วยย่อยอาหาร

๒.๔ การรับประทานยานอนหลับไม่จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก็ได้

๒.๕ หญิงแม่ลูกอ่อนห้ามกินเนื้อสัตว์ เพราะจะทำให้แสงและอ่อนเพลีย

- ๒.๖ ถ้าเป็นโรคอะไรตามต้องรักษาด้วยยาเท่านั้นจึงจะหาย
- ๒.๗ ความเย็นของน้ำแข็งจะทำให้เขื่องโรคตายได้
- ๒.๘ ยาสีฟันบางชนิดสามารถกำจัดกลิ่นเหม็นจากลมหายใจของคนเราได้
- ๒.๙ เครื่องสำอางบางชนิดสามารถให้อาหารแก่ผิวนางได้
- ๓) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตัวอย่างเช่น
- ๓.๑ เด็กๆ ไม่ควรเล่นกระโดดเชือก เพราะจะทำให้บัตรุด
- ๓.๒ วันโรคและโรคเรื้อรังเป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม
- ๓.๓ เราจะไม่เป็นวันโรค นอกเสียจากมีคืนในบ้านของเราป่วยเป็นวันโรค
- ๓.๔ เราต้องไม่กังวลว่าจะเป็นวันโรค นอกจากมีอาการไอเกิดขึ้นเท่านั้น
- ๓.๕ เด็กทุกคนต้องเป็นโรคหัด ดังนั้นเด็กที่กำลังออกกาฬและมีสุขภาพแข็งแรง จึงไม่จำเป็นที่จะต้องแยกเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัดออกจากคนอื่นๆ
- ๓.๖ ใส่เดือนดินกับพยาธิใส่เดือนในห้องคนเป็นชนิดเดียวกัน
- ๓.๗ จุลินทรีย์ทุกชนิดเป็นอันตรายหรือให้โทษต่อกันเราเสมอ
- ๓.๘ แอบมองคนแก่ผู้ ตาจะเป็นกุ้งยิง
- ๓.๙ การไปเที่ยวสถานท่องเที่ยวกับผู้หญิงที่เป็นโสเกลนเท่านั้นที่ทำให้ป่วยเป็นโรคเอดส์ได้
- ๔) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรืออุบัติภัย ตัวอย่างเช่น
- ๔.๑ อุบัติเหตุเป็นเรื่องเกี่ยวกับเคราะห์กรรมจึงยากที่จะป้องกันได้
- ๔.๒ ก่อนออกจากบ้าน ถ้าจึงจากทักษิณว่าโชคร้าย
- ๔.๓ เลข ๓ ถือว่าเป็นเลขที่นาโชคร้ายมาให้
- ๔.๔ ถ้าฝันว่าท่านหัก จะมีญาติคนใดคนหนึ่งตาย
- ๔.๕ คนกำลังโชคไม่ดี จะทำอะไรๆ ให้มีก้มกล้มเหลวอีก
- ๔.๖ คนเราจะถูกจับกุมแน่ที่กลางหวีถือว่าโชคไม่ดี
- ๔.๗ เวลาฝนตกฟ้าคะนองควรหา庇มาปิดกระจากเพื่อป้องกันฟ้าผ่า
- ๔.๘ คนห่วงหากหวีหักขณะที่กำลังหวีถือว่าโชคไม่ดี
- ๔.๙ ห้ามเย็บผ้าในตัว เพราะถือว่าไม่เป็นมงคล
- ๔.๑๐ ห้ามขี่สูนขี้ เพราะจะทำให้ไฟผ่าได้
- ๕) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น
- ๕.๑ เวทมนตร์คถาสามารถต่อกรระยะที่หักได้
- ๕.๒ เวลาตะปูต้าเท่าไหร่ตะปูกับหัวกระเทียมร้อยเชือกผูกข้อเท้าเพื่อป้องกันโรคบาดทะยัก
- ๕.๓ ถ้าก้างปลาติดคอให้เอานิ่มแมลงลูบที่คอ ๓ ครั้ง แล้วก้างปลาจะหลุดออกมาก
- ๕.๔ เวลาเป็น疮瘡ให้เขียนหนังสือจีนค่าว่า “เสือ” ลงบนที่บวม แล้วจะหายให้疮瘡ที่เป็นอยู่หายได้
- ๕.๕ คนที่ถูกงูแสงอาทิตย์กัด ถ้าเห็นแสงอาทิตย์เมื่อไหร่ก็จะทำให้ผู้นั้นตายทันที
- ๕.๖ การรับประทานน้ำมะนาวจะทำให้ช่วยลดความอ้วนได้
- ๕.๗ รับประทานแกงพัก แกร็งในได้
- ๕.๘ เรากินไปหาแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วยเท่านั้น
- ๕.๙ ถ้าเจ็บป่วยสามารถซื้อยารักษาตัวเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอ
- ๖) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตัวอย่างเช่น
- ๖.๑ คนผอมมักเป็นคนมีอารมณ์ฉุนเฉียบและโกรธง่าย

- ๖.๒ คนอ้วนมักเป็นคนอารมณ์เย็นและใจดี
- ๖.๓ คนศีรษะล้านเป็นคนใจน้อย
- ๖.๔ คนสุขภาพดีจะไม่มีความตึงเครียดทางอารมณ์
- ๖.๕ คนสุขภาพดีจะไม่เคยโกรธหรือโกรธคนไม่เป็น
- ๖.๖ คนวิกฤตถ้าให้รับประทานอาหารหวานจัดจะมีอาการเพิ่มขึ้น
- ๖.๗ คนวิกฤตทุกประเภทควรจะอยู่ในที่คุณชั่งเสมอ
- ๖.๘ ไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะรักษาโรควิกฤตให้หายขาดได้
- ๗) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ตัวอย่างเช่น
- ๗.๑ ถ้าฝันว่าถูกรัดจะได้คู่ครอง
- ๗.๒ ถ้าบิดาเป็นคนเจ้าชู้ บุตรชายมักจะเจ้าชู้เหมือนบิดา
- ๗.๓ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อยๆ จะทำให้เป็นโรคจิตได้
- ๗.๔ รักแรกพบเป็นรักแท้และแน่นอนเสมอ
- ๗.๕ ชายหญิงที่เป็นเนื้อคู่กัน มักจะมีใบหน้าคล้ายกัน
- ๗.๖ ชายหญิงที่แต่งงานกันเป็นเพระบุพเพสันนิวาสมีชาติก่อน
- ๗.๗ หญิงสาวที่เย่อพรหมจารีขาดถือว่าเป็นหญิงที่ไม่บริสุทธิ์
- ๗.๘ การรับประทานไข่ดิบจะทำให้มีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้น
- ๗.๙ ถ้าผู้หญิงรับประทานกล้วยแฟด เมื่อคลอดลูกจะทำให้ลูกแฟด
- ๗.๑๐ ผู้ชายที่ทำมันแล้วมักจะหมดความรู้สึกทางเพศ

ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเหล่านี้อาจให้โทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ที่มีความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดมากบ้างน้อยบ้างแล้วแต่ลักษณะหรือธรรมชาติ จังหวะหรือโอกาส รวมทั้งขนาดหรือความมากน้อยของความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดนั้นๆ ด้วย เพราะเป็นที่ยอมรับกันในทางวิชาการว่าความเชื่อและความเข้าใจต่างๆ ย่อมมีบทบาทสำคัญในการที่จะวางแผนแห่งความคิดเห็นหรือวางแผนหลักแห่งการกระทำในด้านต่างๆ ของคนเรา นอกจากนี้ความเชื่อและความเข้าใจยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการที่จะช่วยให้คนเราสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกมาทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ อย่างถูกต้องและเหมาะสมสมต่อไป

#### **การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ**

ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัญหาที่มีปัจจัยหลายๆ ปัจจัยประกอบกัน ทั้งปัจจัยทางตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ หลายอย่าง ประกอบกัน พฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ง่ายพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงได้ยาก หรือต้องใช้เวลาหรือเทคนิควิชาการที่ละเอียดอ่อนหรือใช้วิชาการขั้นสูง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของบุคคล และสิ่งแวดล้อมในด้านบุคคลนั้น มีปัจจัยแตกต่างกัน บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระดับที่แตกต่างกัน องค์ประกอบด้านความเชื่อ ทัศนคติและค่านิยมแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพเป็นองค์ประกอบ ซึ่งแต่ละบุคคลมีความตระหนักรู้ปัญหา ความสนใจ ความต้องการ ระดับความสามารถแรงจูงใจ เวลาและโอกาสเหล่านี้ เป็นต้น ดังนั้นในฐานะนักวิชาการสุขศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่รับผิดชอบใน แต่ละระดับ จะต้องเข้าใจสภาพที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องมีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของเคลมาน (Kelman)

เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมของบุคคลนั้นเชื่อว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ ๓ ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่จะเปลี่ยนเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงนั้นๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้วิธีการหลายๆ อย่างจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าการใช้วิธีการเพียงอย่างเดียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ประการ ดังนี้ (อนิดา มีต่องปัน, ๒๕๔๐)

### (๑) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยวิธีการทางการศึกษา

วิธีการทางการศึกษา หมายถึง วิธีการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบโดยประยุกต์แนวคิดจากด้านการศึกษา เพื่อดำเนินงานให้ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ วัตถุประสงค์ส่วนใหญ่ของการจัดการศึกษานั้นก็เพื่อจะให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องหนึ่งๆ ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการมีประสบการณ์ของบุคคล

แนวคิดที่นำมาประยุกต์ในการจัดวิธีการทางการศึกษานั้น ส่วนใหญ่จะได้มาจากหลักและทฤษฎีทางด้านวิธีการสอน หลักและทฤษฎีการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น การจัดวิธีการทางการศึกษาในงานทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นคือสุขศึกษานั้นเอง สรุปว่าสุขศึกษา หมายถึง การจัดกิจกรรมทางการศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด เปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติที่ถูกต้อง สมัครใจและลงมือปฏิบัติตามเป็นการสำคัญการสุขศึกษาที่มิได้ก่อให้เกิดปฏิบัติยอมถือว่ายังไม่ได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง

### (๒) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยการบังคับและการออกกฎหมาย

วิธีการบังคับโดยการออกกฎหมาย หรือกฎหมายที่ข้อบังคับเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข และเป็นวิธีสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลนั้นๆ ไม่ต้องใช้เงินมาก แต่ก็มีขอบเขตจำกัด จะนำมาใช้ในทุกปัญหามิได้ ในกรณีปัญหาเรื่องด้วยหรือโครงการระยะสั้น อาจจะได้ผลรวดเร็วทันใจ เช่น เมื่อมีการระบาดของโรคบางชนิด รัฐบาลจะออกกฎหมายให้ประชาชนไปรับภูมิคุ้มกันโรค ถ้าตรวจพบว่าใครไม่ได้ไปรับบริการจะถูกปรับ เป็นต้น

วิธีการนี้จะได้ผลดีสำหรับในบุคคลบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มองเห็นความสำคัญของการไปรับบริการ และที่กลัวความผิด แต่ในประชาชนบางกลุ่มอาจจะไม่เห็นความสำคัญ และไม่กลัวการลงโทษอาจจะไม่ปฏิบัติตาม ในทางทฤษฎีนั้นกล่าวว่า การบังคับหรือออกกฎหมายเพื่อมุ่งหวังที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะเกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติซึ่งคราวเท่านั้น แต่ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนั้นมากจะไม่เปลี่ยนแปลง ทราบได้ที่เข้าใจว่ามาสั่งมาบังคับเขา หรือผลที่เกิดจากการไม่ปฏิบัตินั้นฯ นำความน่ากลัวหรือภัยอันตรายมาให้เขาก็อาจจะปฏิบัติอยู่ แต่ทราบได้ที่ไม่มีสั่งบังคับเขาจะไม่ปฏิบัติ ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะไม่ยืนยาวถาวร การใช้การบังคับหรือออกกฎหมายนี้ ในบางกรณีอาจไม่ได้ผลเลย และอาจจะก่อให้เกิดปฏิกริยาในกลุ่มประชาชนในทางที่ไม่ดีขึ้นได้

การบังคับนี้ นอกจากระบบเป็นการบังคับโดยการออกกฎหมายแล้ว ยังมีการบังคับในลักษณะที่กระทำ พฤติกรรมเนื่องจากความเกรงกลัว เช่น ระหว่างหัวหน้างานกับผู้ใต้บังคับบัญชา พ่อแม่กับลูก พี่กับน้อง หรือแม่แท้ในบุคคลระดับเดียวกัน เช่น เพื่อนกับเพื่อน ซึ่งลักษณะของการบังคับจะอุกมาในลักษณะผลลัพธ์เนื่องที่เกิดขึ้นเนื่องจากทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เช่น ลูกๆ จะต้องแปรงฟันให้สะอาดก่อนถึงดูไห้ทัศนคติได้ ผู้ใต้บังคับบัญชามาทำงานเข้าเมื่อเวลาหัวหน้างานอยู่เพื่อหวังผลทางด้านความดีความชอบ เป็นต้น

ปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่พบในบ้านเรามี 2 ประชานไม่ได้ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามกฎหมายก็ไม่ได้รับโทษแต่อย่างใด เช่น กฎหมายห้ามสูบบุหรี่บนรถเมล์ ห้ามทิ้งขยะบนท้องถนนหลวง ห้ามปลูกสร้างอาคารในลักษณะที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุห้ามข้ามถนนในที่ที่ไม่มีทางม้าลายหรือที่ที่ไม่มีสัญญาณให้ข้ามถนน เป็นต้น

### ๓) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการสร้างแบบอย่างที่ดี

แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยการสร้างแบบอย่างที่ดีนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของเคลเมน ซึ่งเชื่อว่าวิธีหนึ่งที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการเลียนแบบหรือเอาแบบอย่างบุคคลที่เขาชอบยกย่องนับถือ หรือบุคคลที่ยอมรับเข้าเป็นสมาชิกในกลุ่ม หรือเพื่อสร้างสมัพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกัน บุคคลเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางสุขภาพโดยการเลียนแบบบุคคลอื่น ที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขา เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การแสดงออกทางอารมณ์ การพูดจา การรักษาความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การแปร่งฟัน ทัศนคติต่อแพทย์ ทันตแพทย์ ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้น เมื่อบุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการเลียนแบบเช่นนี้ การสร้างแบบอย่างที่ดีจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพนั้น เป็นหน้าที่รับผิดชอบทุกคนตลอดลิงชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวกับบุคคลเริ่มตั้งแต่บ้าน โรงเรียน ชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### ๓.๑ บ้าน แบบอย่างที่ดีควรจะเริ่มต้นตั้งแต่ที่บ้าน บ้านจะเป็นแหล่งปลูกฝังแบบฉบับของ

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุด และเป็นการสร้างจุดเริ่มต้นที่ถูกต้องให้กับเด็ก โดยเด็กในระยะแรกเกิด – ๕ ขวบ จะสร้างแบบฉบับแห่งนิสัยอย่างใดอย่างหนึ่ง และยากที่จะแก้ไขได้อีกด้วย แบบฉบับทางสุขภาพของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจะมีความสำคัญมากสำหรับเด็กในวัยนี้ แบบอย่างที่พ่อแม่จะจัดให้เด็กนั้นเกี่ยวกับกิจวัตรในชีวิตประจำวันทุกอย่าง เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนถึงเข้านอน ได้แก่ การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะทุกส่วน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนนิสัยในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่รับประทานจุบจิบ การออกกำลังกาย การอนหลับพักผ่อน การทำความสะอาดบ้านเรือนที่อยู่อาศัย การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถ้าพ่อแม่ได้ปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกๆ จะช่วยสร้างนิสัยทางสุขภาพที่ถูกต้องให้กับเด็กได้

การสร้างแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่ไม่ใช่สิ่งสุดเมื่อลูกไปโรงเรียน แต่ยังคงมีความสำคัญตลอดช่วงชีวิตของพ่อแม่ เพราะพฤติกรรมสุขภาพนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของเด็ก เช่น ในวัยรุ่น เด็กจะมีความต้องการที่จะเลียนแบบพฤติกรรมบางอย่างจากพ่อแม่ เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างพ่อแม่ เพื่อให้เด็กเข้าใจถึงบทบาทของหญิงชายในการครองเรือนแบบอย่างที่ไม่ดีจากพ่อแม่ อาจจะช่วยให้เด็กเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการแต่งงาน ต่อเพศตรงข้ามซึ่งอาจจะมีผลต่อชีวิตแต่งงานของเด็กเมื่อถึงวัยอันควรก็ได้

พ่อแม่ควรจะได้ศึกษาว่าลูกของตนเมื่อไปโรงเรียนนั้น ได้เรียนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเรื่องใดบ้าง

และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สอดคล้องกับสิ่งที่ครูสอนที่โรงเรียน จะช่วยเป็นการเสริมแรงให้ได้เห็นแบบอย่างที่ดีช้าๆ ครั้ง จะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวรได้

๓.๒ โรงเรียน เป็นสังคมแห่งที่สองรองจากบ้านที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่ที่โรงเรียน โรงเรียนเป็นสถานที่ที่จะปลูกฝังพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพให้กับนักเรียนด้วย แบบอย่างที่ดีทางสุขภาพของครู ตลอดจนบริการที่โรงเรียนจัดให้จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียน เช่น ครูแต่งกายสะอาด ครูมีสุขภาพที่ดี โดยไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ความสะอาดของห้องเรียน บริเวณโรงเรียน ห้องน้ำห้องส้วม มีน้ำและสบู่เพียงพอที่จะให้นักเรียนได้ล้างมือเมื่อใช้ส้วมแล้ว ถังขยะบริการอนามัยโรงเรียน เป็นต้น เหล่านี้จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนได้อีกทางหนึ่ง นอกเหนือจากการสอนในห้องเรียน ครูเป็นบุคคลที่นักเรียนเคารพ เชื่อฟัง ยกย่อง ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพที่ครูหรือโรงเรียนได้จัดให้มีนั้นจะทำให้เด็กเลียนแบบหรือท้ามอย่างได้

อีกประการหนึ่ง ในระยะวัยรุ่นเด็กมักจะมีเพื่อนเป็นกลุ่มๆ และมักจะเลียนแบบการปฏิบัติของ

กลุ่มด้วย ครูควรจะใช้ลักษณะการรวมกลุ่มนี้ให้เป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บางอย่างได้ โดยการศึกษาและเลือกนักเรียนที่มีลักษณะเป็นผู้นำของกลุ่ม และให้นักเรียนคนนี้ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างของกลุ่ม เช่น โครงการผู้นำนักเรียนซึ่งกองอนามัยโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะใช้ผู้นำนักเรียนช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน กลุ่มนี้ฯ ในโรงเรียน

๓.๓ ชุมชน บุคคลสามารถศึกษาเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในสังคมอยู่ตลอดเวลา นอกเหนือจากโรงเรียนชุมชนจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพด้วย การได้เห็นได้ยินสิ่งต่างๆ ช้าๆ บ่อยๆ จากสังคมอาจจะโดยผ่านสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือจากสภาพที่เป็นจริงในสังคม เป็นต้น ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลเช่นกัน ดังนั้นรัฐบาล ควรจะได้ควบคุมในการส่งข่าวต่างๆ ผ่านสื่อมวลชน โดยเฉพาะข่าวเหตุการณ์ต่างๆ การโฆษณาสินค้าที่จะมาชี้งพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่ถูกต้องของประชาชน เพราะประชาชนบางกลุ่มอาจจะตัดสินใจปฏิบัติตามโดยไม่คิดอย่างละเอียดรอบคอบ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ดีพו เช่น นิสัยในการดื่มน้ำอัดลมชนิดต่างๆ การดื่มเหล้า เบียร์ เพื่อความมีบุคลิกสมชายชาตรี เป็นต้น

ในชุมชนนั้น แบบอย่างที่ดีทางสุขภาพที่รัฐบาลหรือสังคมน่าจะจัดให้มีขึ้นได้ เพื่อประชาชนจะได้เลียนแบบตาม ได้แก่ การจัดบ้านเมือง สิ่งแวดล้อมให้สะอาดน่ารื่นรมย์ หรือผู้ที่รับผิดชอบทางด้านสาธารณสุข น่าจะเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบ้านเมือง ที่อยู่อาศัยของตนให้สะอาด ตลอดจนการทำจัดขยะในบ้าน การเป็นผู้นำในการปฏิบัติทางสุขภาพบางอย่าง เช่น การไปปลูกฝี มีดวัคซีน การเลี้ยงดูบุตรของตน ให้มีสุขภาพดี การใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์เหล่านี้ เป็นต้น แบบอย่างที่ดีนี้จะเป็นผลต่อพฤติกรรมของประชาชนได้เช่นกัน

นอกจากนี้ นวนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (๒๕๔๖) ยังได้กล่าวว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นจะต้องดำเนินการทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับองค์กรและระดับชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับนั้นมีกระบวนการที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

### ๑) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข หรือขาดพฤติกรรมสุขภาพที่จะเป็นสาหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข มีสาเหตุ ๒ ประการด้วยกันคือสาเหตุแรก บุคคลอื่นๆ ได้รับการเรียนรู้จนเกิดการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพอย่างผิดๆ หรือไม่ถูกต้องโดยไม่ได้มีการปรับปรุงหรือแก้ไขในภายหลัง ส่วนสาเหตุที่สองได้แก่ การที่บุคคลอื่นๆ ไม่ได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมาก่อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือบางที่เรียกว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะให้กับบุคคลต่างๆ ที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หรือเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการสำหรับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เอง ของครอบครัว หรือของชุมชน แล้วแต่กรณี โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงขึ้นมา มีลักษณะดังต่อไปนี้

๑.๑) บุคคลที่มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่ตนดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย เช่น ไม่รับซื้อและตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

๑.๒) บุคคลที่มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่เสียงต่อการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือสุขภาวะไม่ดี เช่น การกินอาหารที่ทำจากปาน้ำจืดมีเกล็ดที่ปรุงอย่างสุกๆ ติบๆ หรือติบๆ การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การสูบบุหรี่ ฯลฯ

๑.๓) บุคคลขาดการปฏิบัติตามแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอหรือต่อเนื่อง

๑.๔) บุคคลขาดการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคในชุมชน เช่น ไม่มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายที่เป็นพาหนะนำโรคให้เลือดออก การไม่นำสุนัขหรือแมวที่เลี้ยงอยู่ไปฉีดวัคซีน การกำจัดอุจจาระในส้วม ฯลฯ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จึงต้องมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงการการทำหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้อง หรือการทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะเป็นเกิดขึ้น แล้วแต่กรณี เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การกินปลาร้าวต้มสุก กินลาบปลาสุก กินก้อยปลาสุก ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย นำสุนัขหรือแมวไปฉีดวัคซีน ฯลฯ ดังนั้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ จนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

## ๒) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวเป็นลีลาชีวิต ที่บุคคลทุกคนในครอบครัวได้ปฏิบัติหรือได้กระทำอยู่ ซึ่งมีทั้งลีลาชีวิตที่ถูกต้องเป็นผลดีต่อสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของบุคคลต่างๆ ในครอบครัว และลีลาชีวิตที่ไม่ถูกต้องเป็นผลเสียต่อสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของบุคคลต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวต่างๆ ให้ได้ผลดีต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบการเสริมแรง กล่าวคือ ต้องทำให้บุคคลต่างๆ ในครอบครัวเป็นตัวกระตุนเตือนและ โน้มน้าว และจูงใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีการเรียนรู้ได้ การจัดการเรียนรู้เพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ต้องทำกับบุคคลทั้งครอบครัวเป็นร่วมๆ กันโดยให้สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ได้มีปฏิสัมพันธ์กันในทางสร้างสรรค์ให้มากที่สุด ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีการหันมุกประเด็นของสุขภาพมาอภิปรายกันในระหว่างสมาชิกครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งทางสุขภาพบุคคลในครอบครัวได้รับทางอ้อม มาจากเพื่อนๆ หรือบุคคลอื่นๆ ที่นำมาอ้างอิงได้

พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ต่อไปนี้

๒.๑) แบบแผนการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

๒.๒) พฤติกรรมความปลอดภัยในเคหสถานและการจราจร

๒.๓) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ

๒.๔) พฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

๒.๕) พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ

๒.๖) พฤติกรรมความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือน

๒.๗) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมและการดูแลรับผิดชอบปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ ประการ ด้วยกัน คือ การสื่อสารและความสัมพันธ์ในระหว่างสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมที่ครอบครัวกระทำการร่วมกัน และประสบการณ์ และอิทธิพลที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจากสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ดังนั้น การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จึงต้องศึกษา บริบทของครอบครัว และจัดทางที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นในระดับครอบครัวได้ดีที่สุด

### ๓) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กร

องค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนหรือในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางสุขภาพ หรือองค์กรอื่นๆ ก็ตาม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่างๆ ที่อยู่ในองค์กรและครอบครัว รวมทั้งประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก พฤติกรรมสุขภาพขององค์กรจึงเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญต่อการเรียนรู้ของบุคคลต่างๆ ที่ให้การยอมรับองค์กรนั้น เช่น การกระทำขององค์กรที่มีต่อการป้องกันโรค การป้องกันอุบัติเหตุและการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในสังคมถูกโน้มนำไปในทางความคิดเห็น ความเชื่อ และการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพด้วย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เช่น พฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในการขับรถยนต์ของบุคลากรในองค์กรต่างๆ พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของบุคลากรในองค์กรต่างๆ พฤติกรรมการดื่มน้ำสมุนไพรและอาหารสุขภาพของบุคลากรในองค์กรต่างๆ เป็นต้น

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กร จึงเป็นการดำเนินการในลักษณะของการสร้างกระแสในสังคม แล้วโน้มนำเข้าสู่องค์กรในระดับนโยบายและประชาคมขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้เป็นความต้องการของสมาชิกภายในองค์กรนั้นๆ เองในที่สุด

### ๔) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งที่คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้กระทำหรือปฏิบัติกันอยู่ พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมที่ไม่ได้พัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุหะและการเปลี่ยนแปลงในสังคม พฤติกรรมสุขภาพบางก็เป็นการปฏิบัติกันมาอย่างผิดๆ ที่ถ่ายทอดกันมาจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง

พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขของชุมชนในส่วนรวม เช่น การนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การปรับปรุงด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยการสร้างพลังและความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น โดยให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของชุมชนเอง หรือการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาของตนเอง ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนด้วยพลังของชุมชนเอง ดำเนินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดนั้นๆ เป็นระยะๆ ด้วยความพยายามของชุมชนเอง จึงจะได้ผลและมีความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงตลอดไป

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขที่ต้องพัฒนาขึ้นมาให้เป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชน ดังได้กล่าวมาแล้ว การเรียนรู้ของชุมชนจะกระทำการฝึกลงให้เป็นวิถีชีวิต มีหลักการที่สำคัญ ๕ ประการด้วยกัน คือ

๔.๑) ประชาชนในชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ กล่าวคือ ประชาชนเข้าใจว่าการมีสุขภาพดี ไม่ได้หมายถึง การได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่หมายถึง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเจ็บป่วยซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด

๔.๒) ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ต้องเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งสาเหตุของปัญหาซึ่งส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดได้แก่ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวได้ครอบครัวหนึ่ง หรือทั้งชุมชน ทำให้เกิดขึ้นมาแล้วมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของคนทั้งชุมชน การป้องกันหรือแก้ไขปัญหาให้ได้ผลต้องกระทำการหรือดำเนินการที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

๔.๓) ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ยอมรับว่ามีความจำเป็นที่บุคคลต่างๆ ครอบครัวต่างๆ และชุมชนโดยส่วนรวมต้องปรับเปลี่ยนการกระทำการหรือการปฏิบัติของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี

๔.๔) การเรียนรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ฯ ก็ตามต้องอาศัยแรงกระตุ้น และแรงเสริมจากบุคคลอื่นๆ หรือครอบครัวอื่นๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๔.๕) การแก้ไขปัญหาสารารณสุขของชุมชนให้ได้ผลต้องอยู่บนพื้นฐานของการบูรณาการ (Integration) กับการพัฒนาอาชีพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองควบคู่กันไป ซึ่งจะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าของ การมีสุขภาพดี และเห็นผลเสียของการเจ็บป่วย รวมทั้งตระหนักในภาระต่างๆ ที่ชุมชน โดยส่วนรวมแบกรับ ร่วมกันโดยไม่อาจจะเลี่ยงได้

### การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ

การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพประดิษฐ์การเรียนรู้ใน ๓ ประการด้วยกัน คือ (อนวาระรณ อิ่มสมบูรณ์, ๒๕๔๖)

(๑) การปลูกฝังแนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลเกิด พัฒนาการทางความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหานั่น การปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของบุคคลใน เชิงเหตุผล การฝึกฝนให้บุคคลได้พัฒนาความคิดในเชิงวิเคราะห์ เช่น ทำไมคนจึงป่วย จำเป็นหรือไม่ที่คนต้อง ป่วย มีทางเลือกอื่นใดที่ทำให้คนไม่ต้องเจ็บป่วยบ้าง สุขภาพมีความสำคัญอย่างไรต่อบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน ฯลฯ การเรียนรู้ของบุคคลในลักษณะของการพัฒนาความคิด จะทำให้เกิดการปลูกฝังแนวคิดทาง สุขภาพได้ในที่สุด

(๒) การปลูกฝังเจตคติทางสุขภาพ เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลเกิดพัฒนาการของความ คิดเห็นที่มีทิศทางต่อสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ให้อยู่ในทิศทางที่ทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะที่ดี การเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการปลูกฝังเจตคติได้ดี ไม่ใช่การเรียนรู้ในเชิงของ ความเข้าใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการเรียนรู้ในเชิงของการแสดงความคิดเห็นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ และ ความตั้งใจที่จะกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อผลในการพัฒนาสุขภาพด้วย

การปลูกฝังเจตคติทางสุขภาพที่ได้ผลมากที่สุด คือ การฝึกให้บุคคลได้กำหนดความตั้งใจของ ตนเองภายใต้เงื่อนไขทางสุขภาพหรือบริบท (Context) ของปัญหาสุขภาพว่าจะทำอย่างไร และทำไม่จึงคิดว่า ควรทำอย่างนั้น บนพื้นฐานของเหตุและผล เช่น การปลูกฝังเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระ ร่วง บุคคลต้องได้รับการเรียนรู้ว่าต้นເອງหรือบุคคลอื่นควรทำอย่างไรจึงจะไม่เป็นโรค และภายใต้สภาพการณ์ ของปัญหา โรคอุจจาระร่วง บุคคลนั้นๆ ตั้งใจว่าตนเองต้องทำอะไรบ้างและทำอย่างไร จึงจะปลอดภัยจากการ ติดโรค

(๓) การปลูกฝังทักษะทางสุขภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จัดให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้จากการ กระทำของตนเอง มีผลให้ตนเองพึงพอใจและกระทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นปกตินิสัย โดยทั่วไปแล้ว การปลูกฝังทักษะทางสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการปลูกฝัง เจตคติ และการปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพ การ กระทำหรือการปฏิบัติที่มีผลดีต่อสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ได้ในระยะเวลาสั้นๆ จากการสังเกตการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเอง เช่น การบริโภคอาหาร การพักผ่อนและออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติภัย การ ป้องกันโรคติดต่อต่างๆ เป็นต้น

ซึ่งบุคคลจะรับรู้และเห็นผลได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเด็กหรือ ผู้ใหญ่จึงต้องเริ่มจากการปลูกฝังทักษะก่อน จึงจะได้ผลต่อเนื่องไปถึงการปลูกฝังเจตคติ และการปลูกฝังแนวคิด ทางสุขภาพในที่สุด

กล่าวโดยสรุปคือ การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในพิสัยต่างๆ ของการเรียนรู้ต้องจัดให้มีการบูรณาการ ของประสบการณ์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลให้สอดคล้องและต่อเนื่องกันและการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ที่สุด ต้องดำเนินการตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการเรียนรู้ร่วมกันไปกับการพัฒนาในด้านอื่นๆ เพื่อให้บุคคลเกิด พฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานร่วมกันไปกับพฤติกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการตารางชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณค่า ซึ่งจะได้ผลมากกว่าการปล่อยให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องแล้ว จึงเป็นการยากที่จะปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นให้เกิดขึ้นได้ และต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำได้ยากกว่าการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ

### บทสรุป

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดกิจกรรมหรือปฏิกริยาใดๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ พฤติกรรมสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพราะฉะนั้นการที่จะทำให้คนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้นั้น จะต้องแก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรม ไม่ใช่แก้ที่ปลายเหตุ เพราะผลที่เกิดขึ้น เช่น วิธีการแก้ปัญหาสารณสุขโดยใช้กฎหมายบังคับเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ จะได้ผลในช่วงระยะสั้นๆ เท่านั้น การบังคับจะไม่เกิดผลดีในระยะยาว วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลคงทนกว่านั้น ควรที่จะทำให้บุคคลนั้นยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างภาวน์ โดยการทำให้เข้าใจได้เกิดการตระหนักในความสำคัญของสุขภาพ และยอมรับด้วยตัวของเขาว่าเขาควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้อง เป็นต้น ทั้งนี้หากมี พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลทำให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ไม่ถูกต้องต่อไป

### ๒.๔ ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร

การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง กระบวนการที่มีระบบเป็นเหตุเป็นผลในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้ดีขึ้น หรือกระบวนการในการจัดทำหลักสูตรเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล และสภาพสังคม รวมทั้งมีการนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตรควรดำเนินการแบบมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องคำนึงถึงกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ โดยผลที่ได้ในแต่ละขั้นตอนด้วยกระบวนการวิจัยจะนำไปสู่การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เริ่มตั้งแต่การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาหลักสูตร การยกร่างสร้างหลักสูตร การทดลองใช้หลักสูตร และการประเมินหลักสูตร รวมไปถึงการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดีที่สุด

ในการนำหลักสูตรไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน การที่จะพัฒนาหลักสูตรได้ควรมีความรู้เกี่ยวกับปรัชญาแนวคิดทฤษฎีการศึกษา จิตวิทยาการเรียนรู้ ประวัติความเป็นมาและระบบ การจัดการศึกษาไทย วิสัยทัศน์และแผนพัฒนาการศึกษาไทย ทฤษฎีหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตร มาตรฐานและมาตรฐานช่วงขั้นของหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา ปัญหาและแนวโน้มในการพัฒนาหลักสูตร รวมทั้งควรเป็นผู้มีสมรรถนะเกี่ยวกับความสามารถวิเคราะห์หลักสูตร สามารถปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรได้อย่างหลากหลาย สามารถประเมินหลักสูตรได้ทั้งก่อนและหลังการใช้หลักสูตร และสามารถจัดทำหลักสูตรได้ (варีรัตน์ แก้วอุไร, ๒๕๖๖)

หลักสูตรเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการศึกษา การพัฒนาหลักสูตรเป็นงานที่จะต้อง ปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และมีการวางแผนการดำเนินงานเป็นอย่างดีจึงจะทำให้ได้หลักสูตรที่มีคุณค่าสนองตอบต่อการแก้ไขปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้เรียน สังคม และการพัฒนาแบบยั่งยืน หลักสูตรมี ๔ ระดับ คือ หลักสูตรระดับชาติ หลักสูตรระดับท้องถิ่น หลักสูตรระดับโรงเรียน และหลักสูตรระดับห้องเรียน การจัดทำหลักสูตรหรือการสร้างหลักสูตร หมายถึง การจัดหลักสูตรขึ้นมาใหม่ โดยที่ยังไม่เคยมีหลักสูตรนั้นมาก่อน

หรือไม่เคยมีหลักสูตรเดิมเป็นรากฐานมาก่อน และ ต้องดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการและเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผนหลักสูตร โดยทำการ ร่างแผนงานการจัดทำหลักสูตรโดยกำหนดเป้าหมายว่าหลักสูตรที่จะ จัดทำนั้นทำเพื่อใคร จะพัฒนาบุคลากรเหล่านั้นไปในทิศทางใด ใช้ระยะเวลาการดำเนินการตามหลักสูตรเท่าไร จะมีกระบวนการในการพัฒนาบุคคลเหล่านั้นอย่างไร

จากนั้นดำเนินการออกแบบหลักสูตร โดยเป็นการกำหนดลักษณะและรูปแบบของหลักสูตรให้ สอดคล้องกับแผนงานการจัดทำหลักสูตรเพื่อให้หลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ รวมรวมข้อมูลที่มี ผลต่อการจัดหลักสูตร จัดหารูปแบบการจัดหลักสูตรหลาย ๆ รูปแบบ ทดสอบว่ารูปแบบใดเป็นรูปแบบที่ดี ที่สุด ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางแผนไว้ในการออกแบบหลักสูตร ทำการตัดสินใจกำหนดรูปแบบ โครงสร้าง และองค์ประกอบของหลักสูตร ซึ่งรูปแบบของหลักสูตรเป็นอย่างไรนั้นจะแสดงออกให้เห็นชัดเจนใน ขั้นตอนของการจัดเนื้อหาวิชาและประสบการณ์สำหรับผู้เรียน โดยผู้พัฒนาหลักสูตรจะต้องตอบคำถามต่อไปนี้

(๑) จะเลือก เนื้อหาอะไร และอย่างไร ให้บรรลุตามเป้าหมาย

(๒) จะจัดเนื้อหาและเรียงลำดับเนื้อหาอย่างไร

(๓) จะถ่ายทอดเนื้อหาอย่างไร

(๔) จะประเมินผลการเรียนรู้อย่างไร

(๕) จะจัดทำเอกสารหลักสูตรอย่างไร มีการจัดหลักสูตรเป็นการลงมือจัดหลักสูตรตามรูปแบบที่ ตัดสินใจเลือกไว้แล้ว

โดยดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการของการพัฒนาหลักสูตร ถ้าเป็นหลักสูตรระดับท้องถิ่น หรือ ระดับโรงเรียนหรือระดับชั้นเรียนจะต้องวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกรอบวนการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา ให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นได้ สามารถใช้ทฤษฎี หลักการ และรูปแบบ การพัฒนาหลักสูตร พัฒนาหลักสูตร สถานศึกษาให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและผู้เรียนได้ รวมทั้งมีการปรับความเชื่อมโยงตลอดแนว หลักสูตร

## ๒.๕ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๖.๑.

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NCDs (Noncommunicable diseases) ได้กลายเป็นปัญหาที่ สำคัญในระดับโลก เนื่องด้วยกลุ่มโรคตั้งกล่าวคร่าชีวิตและบันthonสุขภาพของผู้คน และส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจและสังคม โดยโรคเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุมาจากการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ (NCDs) ที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้เป็น สาเหตุการตายและการเจ็บป่วย ถึง ๒ ใน ๓ ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO ๒๐๑๔) โดยพบว่า ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมาอัตราการตายด้วยกลุ่มโรค NCDs เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่า โรคมะเร็งมีอัตราการตายสูงสุด โดยเพิ่มจาก ๘๓.๑ ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๔๘ เป็น ๑๑๙.๓ ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๕๘ รองลงมาคือ โรคหัวใจ เพิ่มขึ้นจาก ๒๘.๔ เป็น ๓๒.๓ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โรคหลอดเลือดในสมอง เพิ่มขึ้นจาก ๒๐.๖ เป็น ๔๘.๗ ต่อประชากรหนึ่งแสนคนโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก ๑๒.๐ เป็น ๒๒.๓ ต่อ ประชากรหนึ่งแสนคน โรคความดัน โลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก ๓.๘ เป็น ๑๒.๒ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนัก นโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗) และโรคเหล่านี้ยังก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียปี สุขภาวะ (DALYs) มากถึงร้อยละ ๗๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด (สำนักงานพัฒนาอย่างยั่งยืน กระทรวงประเทศไทย ๒๕๕๗) โดยตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีความพยายามอย่างยิ่งในการ

จัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยได้ดำเนินการผ่านแผนพัฒนาแห่งชาติหลายฯ ฉบับ ทั้งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๘ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๖๓ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพพ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๘ และแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้น ซึ่งแผนเหล่านี้ล้วนมีเป้าหมายที่สำคัญในการจัดการโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวยังไม่ประสบผลสำเร็จโดยอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อความซุกของการป่วย และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งพบจุดอ่อนในการดำเนินการ คือ ประเทศไทยยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของรูปแบบในระดับปฏิบัติการ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ๒๕๔๘) โดยเฉพาะบริบทของการให้การบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความแตกต่างจากการให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน

กรมอนามัยเองในฐานะที่เป็นผู้นำหลักของประเทศไทยในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้มีการดำเนินนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. โดย เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ลดการกินอาหารหวานมัน เครื่องดื่ม การสูบบุหรี่ ดื่มน้ำอัดลม รู้จักจัดการกับอารมณ์ หมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการนอนหลับที่เพียงพอตามกลุ่มวัย ซึ่งหากมาตรวจนี้ได้ผล จะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถช่วยลดการใช้ยาในกลุ่มป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติลงได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยอย่างมหาศาล (คู่มือ กระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC) สำหรับสถานบริการสาธารณสุข)

ในปี ๒๕๖๕ นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย ได้เพิ่มเติมวิธีการดูแลสุขภาพแบบครอบจักรวาล ด้วยพัฒนาระบบ ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. ดังนี้

#### ๓๐. คือ

๑. อ. ที่ ๑ กินอาหารให้ตรงเวลา มีความหลากหลายครบ ๕ หมู่ ในสัดส่วน ๒:๑:๑ คือ ผักผลักสี ๒ ส่วน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ๑ ส่วน ข้าว แป้ง ๑ ส่วน ลดการกินอาหารประเภท หวาน มัน เครื่องชา กาแฟ ขนมเบเกอรี่ ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย ๘ แก้ว หรือ ๒ ลิตรต่อวัน สอดคล้องคำแนะนำของสำนักส่งเสริมสุขภาพ และสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำการดูแลสุขภาพวัยทำงานโภชนาการที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ของคนวัยทำงานที่ทำให้ "หุ่นดี สุขภาพดี" จะแบ่งตามการใช้พลังงานของคนวัยทำงานใน ๓ ระดับ ได้แก่ ๑,๖๐๐ ๒,๐๐๐ และ ๒,๔๐๐ กิโลแคลอรี่ เพื่อให้คนวัยทำงานสามารถเลือกินอาหารได้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะทำให้เกิดความสมดุลของพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน และควรกินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมควบคู่กันไป โดยแบ่งอาหารตามระดับพลังงาน (ดังภาพที่ ๑๐)



\*\* พลังงานกิโลแคลอรี มีหน่วยเป็นต่อ ๑ ครัวเรือน

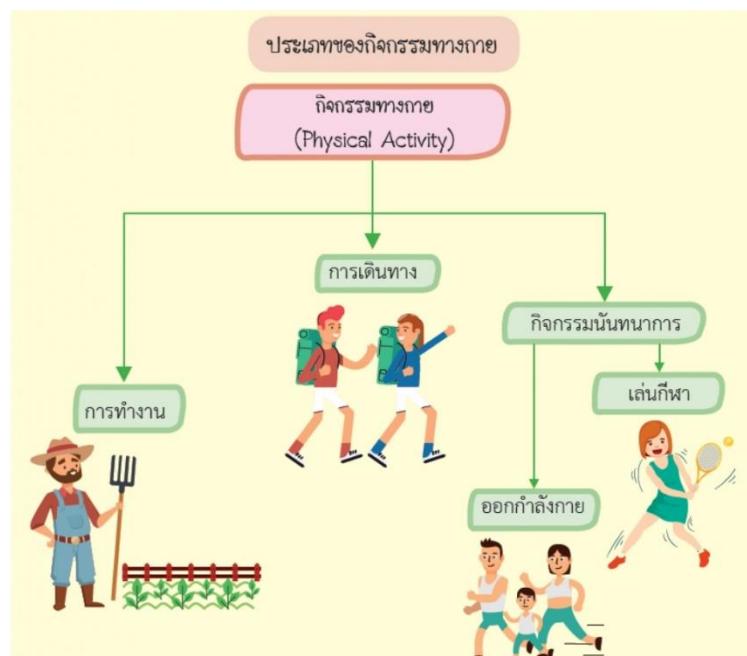
### ภาพที่ ๑๐ ตารางการจัดอาหารตามระดับพลังงานของคนวัยทำงานใน ๑ วัน

ทั้งนี้ยังแนะนำให้ใหม่พัฒนาระบบบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีคุณค่าต่อร่างกาย โดยให้ได้รับสารอาหาร ๖ ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ การรับประทานอาหารครบ ๕ หมู่และมีสัดส่วน เหมาะสม รับประทานผัก และผลไม้สดให้หลากหลายเพิ่มมากขึ้น (ครบ ๕ สี) ใน ๑ วัน และรับประทานผัก มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อคนต่อวัน หรือรับประทานผัก ๔-๖ หัวพืตต่อวัน โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ หัวพืต ควรรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ ที่ไม่ติดมัน ควรลดเว้นอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือให้คุณค่า ต่อร่างกายน้อย เช่น อาหารที่มีไขมันสูง มีรสหวาน รสเค็มมากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และการดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มน้ำแดงมะนาวโซดา กาแฟ ชา เย็น ชามะนาว เป็นต้น และเพื่อสุขภาพที่ดีในอนาคต ควรเลือกอาหารที่ปูรุ่งสุกด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยง อาหารทอด omnium ซึ่งคุณมีองค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพประชากรวันทำงานที่มีมาตรฐาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข “โภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย” ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ และสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้แนะนำเคล็ดลับ “วัยทำงานอายุ ๑๕ – ๔๕ ปี เพื่อสุขภาพที่ดีในอนาคต” โดยมีเคล็ดลับ ๕ ข้อ ดังนี้

๑. เลือกกินเนื้อสัตว์ส่วนที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงส่วนหนัง
  ๒. เลือกอาหารที่ปราศจากไขมัน ต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยงอาหารทอด omn น้ำมัน
  ๓. กินอาหารหลักให้ครบ ๓ มื้อ โดยมีผักและผลไม้ทุกวัน
  ๔. หากดื่มน้ำ ควรเลือกน้ำสมุนไพรร้อนไขมัน หรือไขมัน ๐% หลีกเลี่ยงน้ำมันร้อน เช่น กะทิ กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก และน้ำมันมะพร้าว แต่ห้ามดื่มน้ำผลไม้และน้ำผลไม้เข้มข้นบรรจุกล่อง
  ๕. กินผลไม้สดในปริมาณที่เหมาะสมแทนการดื่มน้ำผลไม้และน้ำผลไม้เข้มข้นบรรจุกล่อง
  ๖. งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มน้ำแคนเมะนาواโซดา กาแฟ ชาเย็น ชามะนาว เป็นต้น
  ๗. หากกินสลัดผักสด ไม่ควรราดน้ำสลัดมากเกินไป เพราะส่วนประกอบหลักของน้ำสลัด คือ น้ำมันพีชโดยเฉพาะน้ำสลัดแบบขันหรือครีม หรือน้ำสลัดใส่ที่มีส่วนผสมของน้ำมันพีชเป็นหลัก ซึ่งมีปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง ควรเลือกน้ำสลัดใส่ที่ทำจากน้ำส้มสายชู น้ำสลัดแบบครีมชนิดไขมันต่ำ เป็นต้น
  ๘. หากเป็นคอกาแฟหรือชาควรเลือกดื่มเครื่องดื่มกาแฟหรือชาดำที่ไม่ใส่น้ำตาล น้ำข้นหวาน น้ำข้นจีด ครีมเตียม และวิปปิ้งครีม ซึ่งให้พลังงานสูง โดยอาจเติมน้ำนม หรือน้ำสตูลร้อนมันเนยได้ และไม่ควรดื่มกาแฟเกิน ๒ แก้วต่อวันเพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับ caffeine มากเกินไป
  ๙. จำกัดปริมาณการกินอาหารที่อุดมด้วยไขมัน น้ำตาล และเกลือ
- ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับคุณภาพบ้านปูรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดเส้นทางสู่...ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐. ๒๙. ในหัวข้อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย กินผักผลไม้และผลไม้สดทุกวันฯ ละอย่างน้อย ๕ ชิ้นต่อคน (ครึ่งกิโลกรัม) (ผัก ๔ - ๖ ทัพพี) ต่อวัน (ผลไม้ ๓ - ๕ ส่วน) โดยแนะนำให้กินอาหาร ปราศจากไขมัน สะอาดทุกครั้ง
๒. อ. ที่ ๒ ออกกำลังกายวันละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๕ วันเช่น การเดินแอโรบิก การออกกำลังกายแบบคาดิโอ กระโดดเชือก การย่าเท้าอยู่กับที่ การเดินวันละ ๑๐,๐๐๐ ก้าว เป็นต้น รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน วันละ ๓๐ นาที สอดคล้องกับ พานพิพิญ แสงประเสริฐ, ๒๕๕๔ ได้ให้ความหมายของ อ.ออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอย่างส่วนตัว ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความเพลิดเพลิน และเพื่อสังคม เช่น การเดิน การวิ่ง โยคะ ซีกง การเดินลีลาศ รำไม้พลอง เป็นต้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย ได้ให้定义 เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย คือ การขับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ในอุริยาบทต่างๆ ทำให้เกิดการใช้และเผาผลาญพลังงาน เคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมด รวมถึงการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน เช่น (การทำงานบ้าน ทำไร่ ทำสวน การยกของ) การเดินทาง เช่น (เดิน และจักรยาน) และกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเดินชุมชน การออกกำลังกายแบบต่าง ๆ และการเล่นกีฬา เป็นต้น

การออกกำลังกายใน ๒ รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายนอกรูปแบบ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activities) คือ การทำกิจกรรมที่มีความเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย การยืดเส้นยืดสายเพื่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินในร่างกายและเป็นการกระตุ้นการใช้กล้ามเนื้อให้แข็งแรง รวมทั้งการทำงานประกอบอาชีพ (Occupational activities) การทำงานบ้าน งานสวน งานสนาม (Household activities) การทำกิจกรรมยามว่าง (Leisure time activities) การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Transportation activities) และการออกกำลังกายตามรูปแบบ (Formal activities) เป็นการทำกิจกรรมในเวลาว่าง ซึ่งมุ่งเน้นเพื่อสุขภาพ สมรรถภาพหรือการพักผ่อนหย่อนใจ โดยการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงที่สามารถรับรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรมกับตนเองของการออกกำลังกาย ความมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยการออกแรงหรือเคลื่อนไหวอย่างส่วนต่างๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่อง อย่างสม่ำเสมอวันละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๕ วัน เป็นอย่างน้อย การออกกำลังกายแบบหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนหา ให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว หรือหอบหืดขณะออกกำลังกาย ไม่สามารถถ่ายทอดคุณภาพคนข้างเคียงได้ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวนวันต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุโดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อของร่างกาย ให้ออกแรงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานพอ จึงจะมีผลต่อการเสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับความหนักของการออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วอย่างน้อยวันละ ๓๐ นาที วิ่งเหยาะๆ อย่างน้อยวันละ ๒๐ นาที ถือจักรยาน อย่างน้อยวันละ ๓๐ นาที กระโดดเชือกอย่างน้อยวันละ ๑๐ นาที ว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ ๒๐ นาที เต้นแอโรบิก อย่างน้อยวันละ ๑๕ นาที การออกกำลังกายแบบปานกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนหา ให้รู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอดี โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หายใจกระชั้นช้าลงกับหอบ หรือขณะออกกำลังกายยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค และรู้เรื่องซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวนวัน เช่น เดินเร็ว ทำงานบ้าน ล้างรถ รำไม้เพลิงการออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ภาคบ้าน ล้างจาน เดินเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ปรุงอาหาร รับประทานอาหาร ฯลฯ ดังภาพที่ ๑๑



ภาพที่ ๑๑ ประเภทของกิจกรรมทางกาย

๓. อ. ที่ ๓ หากิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายจากความเครียด เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ กรรมสุขภาพจิต กระ Thompson ๒๕๔๑ ได้ให้尼ยาม อ.ารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ การปรับตัวและป้องกันแก่ไข ความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งความเครียดเป็นรือของจิตใจที่เกิดการตื่นตัวตลอดเวลา ใน การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจและเป็นรือที่เราคิดว่าหนักเกินกำลังและความสามารถที่จะแก้ไขได้ จึงทำให้รู้สึกหนักใจและเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้น ถ้าหากว่าความเครียดนั้นมีมากและคงอยู่ เป็นเวลานาน ก็จะมีผลต่อความสามารถพิเศษทางด้านจิตใจเป็นผลให้ระบบของร่างกายและจิตใจเริ่มทำงานที่ผิดไป อาจเกิดอาการดังนี้ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด อาสาสมัครสาธารณสุข จึงต้องมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดการจัดการที่แสดงออกให้เห็นโดยไม่มีพฤติกรรมการรับประทาน

อาหารที่น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติและไม่มีพฤติกรรมการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๔๑) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น ๔ ระดับ คือ

๑. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild stress) หมายถึงภาวะเครียดขนาดน้อยและหายไปในระยะอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

๒. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate stress) หมายถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง อาจแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไปไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

๓. ความเครียดในระดับสูง (High stress) เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์อันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคภัยต่างๆ

๔. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ห้อแท้ หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย

โดยคุณมือหมุ่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคงมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดเส้นทางสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐. ๒๖ ในหัวข้อที่ ๓ พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ความเครียด (การจัดการความเครียด) สามารถจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมสมกับสถานการณ์รอบข้างโดยวิธีการจัดการความเครียดให้กับตนเองอย่างน้อย ๑ วิธี ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด เช่น การออกกำลังกายกิจกรรมการพักผ่อน (เช่น กิจกรรมบันเทิง ดูหนัง พิงเพลงการนั่งสมาธิ) การนวดไทยและการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

#### ๒๙. คือ

๑. ส. ที่ ๑ ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิกการและบุหรี่ซิกการ บุหรี่ยาสีน้ำ หรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วยโดยลักษณะของการสูบที่ขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบบุหรี่และความบ่อยครั้งของการสูบบุหรี่ ทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อสุขภาพ ควรหลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่ (กลุ่มไม่เคยสูบ) รวมทั้งลดและเลิกการสูบบุหรี่ (กลุ่มที่สูบเป็นประจำและเป็นครั้งคราว) และไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ ที่ก่อให้เกิดความรำคาญกับบุคคลรอบข้าง

๒. ส. ที่ ๒ ไม่ดื่มเหล้า กรมสุขภาพจิต, ๒๕๔๘ ได้ให้ความหมายของ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่มทุกชนิดที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) ผสมอยู่ไม่เกิน ๖๐ ดีกรี เช่น วิสกี้ บรันดี้ เบียร์ สุราเป็นต้น โดยลักษณะการดื่มเครื่องดื่มมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มต่อวันและความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำให้ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง หลีกเลี่ยงการทดลองดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ในกลุ่มไม่ดื่ม) รวมทั้งลดและเลิกการดื่มสุรา (ในกลุ่มดื่มประจำหรือกลุ่มดื่มเป็นครั้งคราว)

๑๖. พื้น คือ การดูแลรักษาฟันสูตร ๒๖:๒ แปรงฟันอย่างน้อย ๒ ครั้ง นานครั้งละ ๒ นาที ไม่กินหรือไม่ดื่มหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง สอดคล้องกับ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กนmonามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึง การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุด คือ การแปรงฟันแบบ ๒-๒-๒ ได้แก่ ๒ : แปรงฟัน วันละ ๒ ครั้ง ช่วงเช้า และก่อนนอน เพื่อลดเชื้อจุลินทรีย์ หรือคราบ plaque ในช่องปาก ๒ : แปรงฟันด้วย ยาสีฟันผสมฟลูออร์ดานอย่างน้อย ๒ นาที ให้สะอาดทั่วทั้งปาก ทุกซี่ ทุกด้าน และ ๒ : ไม่กินขนม หรืออาหารหวานหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง เพื่อให้ช่องปากสะอาดนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และควรใช้ไหมขัดฟัน ทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน เนื่องจากซอกฟันเป็นบริเวณที่ขับแปรงสีฟันไม่สามารถเข้าไปทำความสะอาดได้อย่างทั่วถึง มักเกิดฟันผุ และเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าบริเวณอื่นๆ แนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง ก่อนหรือหลังการแปรงฟัน พร้อมทั้งแนะนำให้ตรวจช่องปากโดยทันบุคลากร อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อรับคำแนะนำ การดูแลและการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ป้องกันไม่ให้ปัญหาตามไปมากกว่าที่ควร ช่วยให้ฟันและเหงือกอยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ

๑๙. นอนหลับ คือ นอนหลับ ๗-๘ ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับ key message ประเด็นสื่อสารหลัก ๖๖ ข้อ เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนของโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย ๔.๐ เพื่อความรอบรู้สุขภาพของประชาชน : สหรส.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดไว้เกี่ยวกับ การนอนหลับพักผ่อนว่า ประชากรวัยทำงานควรนอนหลับพักผ่อน ๗-๘ ชั่วโมง/คืน ซึ่งสอดคล้องกับที่ นายแพทย์ยน พลด ตรีประทีปศิลป์ และ พญ. ศิริลักษณ์ ผลศิริปฐุม (หน่วยโรคจากการนอนหลับ แผนกโถต นาสิกาาริงซ์) ได้กล่าวถึง ๕ ประโยชน์ของการนอนหลับ ดังนี้

๑. สมองและความจำสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Improve attention, concentration, learning and make memories) การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งผลดีต่อสมองในแง่ของกระบวนการเรียนรู้ และจัดเก็บความจำให้เป็นระบบเบี่ยบ เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมไปถึงการนำความจำเก่ากลับมาใช้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีสมาธิที่เพิ่มมากขึ้น สมองปลอดโปร่ง ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ มีการศึกษาถึงระยะเวลาการนอนนอนที่น้อยกว่าปกติและคุณภาพการนอนที่ลดลง เป็นผลเสียต่อสมองและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม หรือ อัลไซเมอร์ที่มากขึ้น

๒. ช่วยวิพัฒนาสภาวะทางอารมณ์และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (Mood and relationship improvement) ช่วงเวลาที่เราควรได้รับการพักผ่อน และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ คือ ช่วงเวลาของการนอนหลับ การนอนหลับที่ดีจะช่วยทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยลดภาวะทางความเครียด และ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น ส่วนการนอนหลับที่ไม่ดี รวมทั้งภาวะความเครียด ความวิตกกังวลล้วนส่งผลต่อการนอนหลับ มีผลทำให้เราหงุดหงิดง่าย ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง ส่งผลกระทบในด้านลบทั้งต่อตัวเอง เพื่อนร่วมงาน หรือแม้กระทั่งความสัมพันธ์ต่อกัน ชีวิตและครอบครัว และหากเราปล่อยละเลยไว้นานๆ การนอนไม่หลับเรื่อรัง หรือ สภาวะอดนอนเรื้อรัง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลได้

๓. หัวใจที่แข็งแรง (Healthier heart) การอดหลับอดนอน หรือ คุณภาพการนอนที่ไม่ดี (จากการถูกระบกวน) มีผลกระทบท่อการเพิ่มอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หัวใจโต หัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมไปถึงการอักเสบของหลอดเลือด ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยปกติในช่วงเวลาก่อนหลับหัวใจจะเข้าสู่สภาวะการซ่อมแซมและได้รับการพักผ่อน อัตราการเต้นของหัวใจและความดันจึงต่ำกว่าปกติ แต่กรณีที่เรานอนหลับไม่ดี ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเผชิญสภาวะอันตรายหรือภาวะฉุกเฉิน จะถูกกระตุ้นเป็นระยะ ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือ อัตราการเต้นของหัวใจไม่คงที่ตลอดทั้งคืน จนกระตุ้นให้เกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดตามมา

๔. ช่วยควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาล (Maintain healthy weight and regulate blood sugar) การนอนที่ดีจะช่วยลดอาการทิวไಡตีขึ้น รวมไปถึงการมีสุขลักษณะเวลานอนที่ดี จะช่วยให้ไม่อุ่นดึกจนเกินไป ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการกินอาหารช่วงดึกได้ ทั้งนี้เมื่อการนอนหลับที่ไม่ดี ฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการควบคุมความหิว ความอิ่ม และการควบคุมระดับน้ำตาลจะถูกรบกวน ส่งผลให้การควบคุมน้ำหนักเป็นไปได้ยาก ลำบากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน หรือ ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานเพิ่มขึ้นตามมาได้

๕. เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน (Germ fighting and immune enhancement) การนอนที่ดีช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ปรับสภาพร่างกายให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อที่จะพร้อมรับมือกับ สภาวะติดเชื้อใดๆ ที่จะเข้ามายในร่างกายได้อย่างทันท่วงที แต่ในกรณีที่อดนอนเป็นเวลานาน จะสังเกตุได้ว่า เราป่วยง่ายขึ้น หรือ ป่วยขึ้น เนื่องมาจาก การอดนอนนั้นส่งผลต่อเซลล์อักเสบในร่างกาย รวมไปถึงการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแผลก่อภัยที่ซ้ำๆ และมีประสิทธิภาพที่ลดลง

**สรุป** แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. ได้ดังนี้ คือการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. โดยรับประทานอาหารให้ตรงเวลา มีความหลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการ หลีกเลี่ยงการกินอาหารหวานมัน เค็ม และการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งอาหารที่รับประทานจะต้องปรุงสุก สะอาดเสมอ รวมถึงรู้จักจัดการกับอารมณ์เมื่อมีความเครียด และควรเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หมั่นดูแลสุขภาพซ่องปากและฟัน รวมทั้งมีนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

#### ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนพิการ

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในคนพิการจำนวนน้อยมาก ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเดลิ่อนไว้ จึงได้สรุปข้อค้นพบจากการศึกษาในกลุ่มคนพิการรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

#### เพศ

เพศเป็นปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเพศชาย และเพศหญิง มีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย ความคิด ความเชื่อ และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Pender et al., ๒๐๑๑) จากการศึกษาของ ธรรม จตุนาม (๒๕๔๙) ในกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นจังหวัดครปฐม ญาติและผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้พิการทางการมองเห็นเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ร้อยละ ๖๐.๓ และร้อยละ ๓๙.๗ ตามลำดับ เพราะเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่าง มีความกังวล ต่อความสุขในชีวิตสมรส จึงทำให้ต้องแลتنเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๔๖) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชายในเกือบทุกกลุ่ม อายุ

#### อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อายุที่ต่างกันย่อมมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตและการรับรู้ที่แตกต่างกัน อายุจึงมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะมีสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Pender et all., ๒๐๑๑) วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง

ไปสู่สภาพความสื่อมของวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกรรมลدن้อยลง การดูแลช่วยเหลือตนเองบางอย่างกับพร่อง บางคนเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จากการศึกษาของ เสาวภา วิชิตาที (๒๕๓๔) ในผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา พบร้า ผู้พิการ ที่สูญเสียแขนขาที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองได้ดีกว่าผู้ที่สูญเสียแขนขาที่มีอายุมาก

### สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ เนลิม รัตนะ สถา (๒๕๕๓) ในกลุ่มผู้พิการ พบร้า ผู้พิการที่มีคู่สมรสร้อยละ ๕๙.๑๔ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีและ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมากแสดงถึงคู่สมรสและครอบครัวอยู่ช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น การศึกษาของบุษยา สังขชาติ, อรวรรณ จันทร์เมือง และสุรีย์พร ชูแสง (๒๕๕๕) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบร้า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ( $r = -0.34$ )

### การศึกษา

จากการศึกษาของมัทนา อินทร์แพง (๒๕๔๓) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบร้า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประเมินศึกษาขั้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับเดียวกันกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender et al., ๒๐๑๑) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล การศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคล มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวadi (๒๕๕๗) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลตนเอง ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ของ จารุณี จันทร์เปล่ง (๒๕๕๐) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ( $|r = 0.17$ )

### ระดับความพิการ

ระดับความพิการ เป็นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการในการปฏิบัติภารกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีตั้งแต่ระดับที่สามารถประกอบภารกิจวัตรประจำวันหลักได้ไปจนถึงระดับไม่สามารถประกอบภารกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเองต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น คนพิการที่มีระดับความพิการมาก ส่วนใหญ่ต้องอาศัยบุคคลในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยงดู ถูกมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม (อภิรักษ์ พิสุทธิ์ อากรณี, สายลับห์ต์รีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพันผล, ๒๕๕๐) จากการศึกษาของพรนภา จริญสันต์ (๒๕๕๓) ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบร้า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการคนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาของ ปราณี ประไพรชรพันธ์ (๒๕๕๑) พบร้า คนพิการมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความต้องการค้านปัจจัยสี เบี้ยยังชีพ เงิน การประกอบอาชีพและการดูแลสุขภาพอนามัย และจากการศึกษาของ Tokem, Akyol, and Argon (๒๐๐๗) พบร้า ระดับความพิการที่มากกว่ามีผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเอง จะเห็นได้ว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติภารกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันย่อมจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

### ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้หรือความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัย มีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการปฏิบัติ และความตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจังต่อพฤติกรรมสุขภาพภาวะสุขภาพ คือ ความสามารถอย่างแท้จริงของมนุษย์ที่มีมาแต่กำเนิดและเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตนเอง (Pender et al., ๒๐๑๑) จากการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวเด (๒๕๕๙) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว นั่นคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

### การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้ ประโยชน์ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม กล่าวคือ บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองการคาดการณ์ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรง ให้ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นไปอย่างต่อเนื่อง (Pender et al., ๒๐๑๑) จากการศึกษาของ จาเรณี วรหัส และอริสา จิตวิญญาณ (๒๕๕๓) ในผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ( $|r = .๗๐๕$ ) (อ้างอิง)

### การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลรับรู้ หรือคาดคะเนต่ออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลกระทบต่อการตัดสินใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มีอยู่จริง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีการรับรู้ อุปสรรคสูง และขาดความพร้อมในการปฏิบัติกิจยาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ และมีความพร้อมสูงในการปฏิบัติกิจกรรมที่จะมี โอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al, ๒๐๑๑) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะโสภา (๒๕๕๓) ในผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแล สุขภาพคนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Pender et al., ๒๐๑๑) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมี พฤติกรรมเป้าหมาย บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และการมีปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะ โสภาพ (๒๕๕๓) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ

### แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง และ โดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกรุ๊ปตุนการตั้งใจทำงาน ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ (Pender et al., ๒๐๑๑) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะโสภาพ (๒๕๕๓) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม ทั้งทางค้านครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ

## ๒.๖ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การจัดการอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด การรู้สึกบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในส่วนของพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานผักอย่างน้อย ๕ ทัพพีต่อวัน การรับประทานอาหารจำพวก ทอด/แกงกะทิ/ผัด การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การดูและสุขภาพฟัน การไปปรับปรุงทันตกรรม และการอนหลับวันละ ๗-๘ ชั่วโมง

กรธิดา พงศ์พันธ์ (๒๕๖๐ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยองผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูงโดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์และด้านการดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูงส่วนด้านการออกกำลังกายและด้านการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่สูงมากนัก พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_{pb} = .๑๔๔, p < .๐๕$ ) ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .๒๖๐, p < .๐๐๑; r = .๒๖๓, p < .๐๐๑; r = .๔๗๔, p < .๐๐๑$  และ  $r = .๓๙๐, p < .๐๐๑$  ตามลำดับ) ส่วนอายุ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.๑๔๑, p < .๐๕$  และ  $r = -.๒๒๐, p < .๐๑$  ตามลำดับ)

บุญสีบ โลโสม และคณะ(๒๕๕๕) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความพิการ : พระพุทธบาทสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุขภาพ พบรากนพิการมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยญาติผู้ดูแล จึงต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการ และพัฒนาระบบบริการเพื่อลดภาระผู้ดูแล เทียนทอง ตะแก้ว เรื่องการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ความพึงพอใจของคนพิการที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑๖.๖๐ (S.D.= ๒.๔๕, min=๑๔, max=๒๔) อยู่ในระดับปานกลาง รอยละ ๗๕ หลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑๖.๖๐ (S.D.= ๒.๔๐, min=๑๒, max=๒๔) อยู่ในระดับสูง รอยละ ๑๐๐ เมื่อทดสอบ ความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $0.01$  ( $Z = -๓.๔๓, P-value == <0.01$ )

เทียนทอง ตะแก้ว เรื่องการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ความพึงพอใจของคนพิการที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลก่อนการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑๖.๖๐ (S.D.= ๒.๔๕, min=๑๔, max=๒๔) อยู่ในระดับปานกลาง รอยละ ๗๕ หลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑๖.๔๕ (S.D.= ๒.๔๐, min=๑๒, max=๒๔) อยู่ในระดับสูง รอยละ ๑๐๐ เมื่อทดสอบ ความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบรากนพิการที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $0.01$  ( $Z = -๓.๔๓, P-value == <0.01$ )

อนันญา เจียนรัมย์ (๒๕๕๗ : บพคดย่อ) ได้ศึกษาความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ด้านการศึกษา ด้านสิงงานวิถีความ สะดวก อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอาชีพและรายได้ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของสังคม อยู่ในระดับน้อยที่สุด ผลการเปรียบเทียบพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และสาเหตุของความพิการที่แตกต่างกันไม่ทำให้ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคนพิการแตกต่างกัน แต่ลักษณะความพิการที่แตกต่างกัน ทำให้ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนา คุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรดำเนินการดังนี้ จัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอาชีพ และ ด้านรายได้ ควรจัดตั้งกองทุนเพื่อการศึกษาสำหรับคนพิการ และปรับปรุงที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมและ จัดสิ่งจำเป็นใช้ชีวิตให้คนพิการ

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (๒๕๕๘ : บพคดย่อ) ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน มีส่วนร่วม กรณีศึกษาผู้พิการ ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบคือ (๑) ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ประกอบด้วยศักยภาพและความพร้อมของ แกนนำชุมชน ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน และนโยบายเพื่อสุขภาพของ ผู้พิการ(๒) กระบวนการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ(๑) การประเมิน สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงาน(๒) การดำเนินงานโดยการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน ผู้พิการ และครอบครัว การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อ สุขภาพของผู้พิการ (๓) การสรุปผลและขยายเครือข่ายการดำเนินงาน ๓) ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินงาน คือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้พิการและความเข้มแข็งของชุมชน ผลการศึกษาที่ได้นี้สามารถ นำไปใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ใน การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ พิการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญที่ทำให้รูปแบบดังกล่าวเป็นไปได้ จริงและยั่งยืน คือ ความร่วมมือระหว่างผู้พิการและครอบครัว ภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งบุคลากรทางการ สาธารณสุข

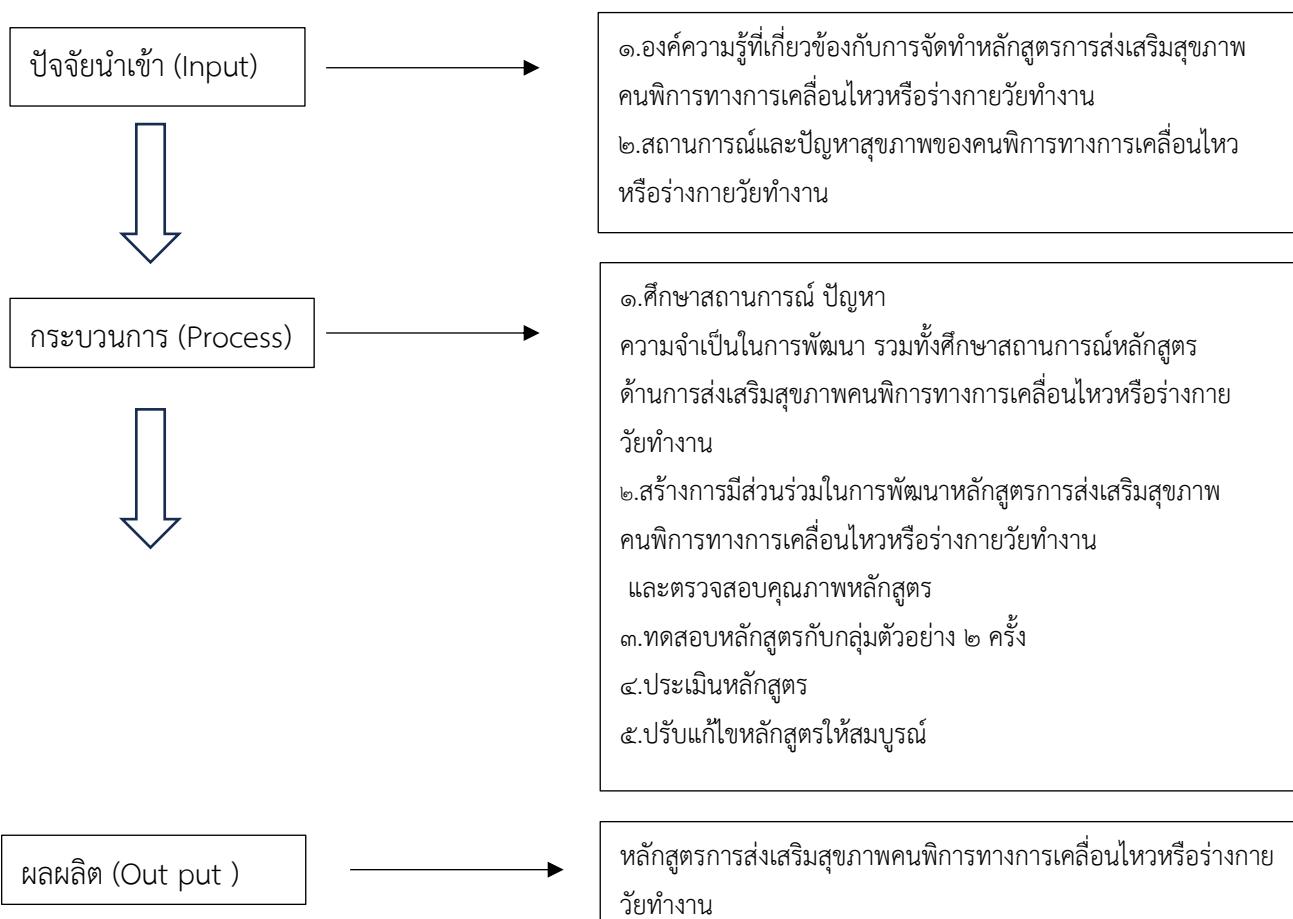
ภาควุฒิ คำเจียรา และ ศิริรักษ์ สิงหเสน (๒๕๖๓ : บพคดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สามัคคี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ผล การศึกษาพบว่า สภาพคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในภาพรวมคนพิการทางการเคลื่อนไหวรู้สึกว่า ตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับพอใช้ สามารถปรับตัวกับความเจ็บปวดและความผิดปกติทางร่างกาย รวมทั้ง พลังกำลังที่ลดลงของตนเอง พยายามช่วยเหลือตัวเอง พึงพาคนรอบข้างให้น้อยที่สุด ขณะเดียวกันก็ยังต้อง พึ่งพาการรักษาสุขภาพจากแพทย์ เช่น การทำความสะอาดบ้าน การพับแพที่เพื่อตรวจรักษาโรคประจำตัวและ รับยา ส่วนใหญ่รู้สึกว่าความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตบ้าง แต่สามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิต การ ทำงาน และการเข้าสังคมได้ตามสภาพร่างกายที่ความพิการของตนเอง แต่ยังมีความวิตกกังวลถึงความพิการ ทางร่างกายที่อาจจะรุนแรงขึ้นต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สุขภาพระดับความเจ็บป่วยจากความพิการ มีผลต่อระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของคน พิการแต่ละบุคคล จะส่งผลต่อเนื่องต่อกัน คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

เช่นกัน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ตำบลบ้านใหม่สามัคคี อำเภอชัยนาดาล จังหวัดพะบุรี ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สามัคคี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สามัคคี อาสาสมัคร และผู้นำชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวแตกต่างกันไปตามภารกิจ ทุกภาคส่วนได้มีการประสานร่วมมือ วางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องเชื่อมโยงกัน ให้การช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูล และเปลี่ยนทรัพยากรในพื้นที่ เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนให้มีประสิทธิภาพร่วมกัน

## ๒.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มุ่งเน้นนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรงอย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และเป็นข้อมูลเชิงคุณการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มุ่งเน้นนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาหลักสูตรตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรฯ และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวมข้อมูลกระบวนการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากเอกสาร ตำรา เว็บไซต์ และการสร้างการมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ ๓

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารังนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) ที่มุ่งเน้น นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยตรงอย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่รวมรวมข้อมูล กระบวนการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากเอกสาร ตำรา เร็บปีชีต และการสร้างการมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

- ๓.๑ วิธีการศึกษา
  - ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - ๓.๓ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) - เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)
  - ๓.๔ เครื่องมือในการศึกษา
  - ๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - ๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- โดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### **๓.๑ วิธีการศึกษา**

ในการดำเนินการศึกษา เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกายวัยทำงาน” โดยภาพรวมของการกำหนดระเบียบวิธีวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษารังนี้ ผู้ศึกษาได้ กำหนดระเบียบวิธีการ การศึกษารังนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) ข้อมูลของการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) มีกรอบและขอบเขตของระเบียบวิธีวิจัย ที่นำมาใช้ในการศึกษา โดยสรุปดังต่อไปนี้

#### **๓.๑.๑ การศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Document Study) ใน การศึกษาเอกสารมีการทบทวน แนวความคิด ทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย**

- ๑ ความหมายของความพิการ
- ๒ ประเภทของคนพิการ
- ๓ สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย
- ๔ การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๕ สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ
- ๖ แนวคิดและทฤษฎีการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
- ๗ ความหมายของสุขภาพ
- ๘ ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ
- ๙ วิัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพ
- ๑๐ ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร
- ๑๑ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๙.๑๗.๑๙.
- ๑๒ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากการเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน (ประการกระวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ) จำนวน ๑,๑๕๕,๓๓๙ คน จากรายงานข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบหลักสูตรฯ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๔๙ ปี โดยทดสอบครั้งที่ ๑ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๓๕ คน ทดสอบครั้งที่ ๒ จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๕ คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการประเมินผู้เรียนตามหลักสูตรทั้ง ๗ ด้าน ประกอบด้วย ๑). การประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) ๒). การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) ๓). การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) ๔). แบบทดสอบ (Pre-Test/Post-Test) ๕). แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

### ๓.๓ เกณฑ์การคัดเข้า – เกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็น ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการและมีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ

๑. เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๔๙ ปี
๒. สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจได้ ไม่มีภาวะทางจิต หรือจิตพั่นเฟื่อง
๓. เต็มใจเข้าร่วมตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการได้ และ

๑. ไม่สะดวก ไม่ประสงค์ ในการร่วมการวิจัย
๒. ไม่สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจได้ อาจเพราะภาวะความเจ็บป่วย
๓. มีภาวะทางจิต จิตพั่นเฟื่อง ไม่สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจได้
๔. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

### ๓.๔ เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิดในประเด็นของแนวทางการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อระดูให้เกิดการอภิปราย โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้ถามคำถามตามประเด็นให้กลุ่มตอบ ซึ่งทำให้คนในกลุ่มจะได้ยินคำตอบของคนอื่นและจะให้คำตอบเพิ่มเติม

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่ เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วก็นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมี การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Categories) และทำดัชนีข้อมูล (Indexing) อธิบายและ วิเคราะห์แบบของความหมาย (Meaning of Pattern) ปรากฏการณ์ที่ค้นพบ วิเคราะห์ลักษณะ โครงสร้าง (Structure Feature) แปลความหมายของปรากฏการณ์ (Interpret) เพื่อนำไปสู่ การเรียบเรียงระบบข้อมูลใหม่อีกรั้ง (Organize the Data) และสรุปข้อค้นพบ (Conclusions) เชื่อมโยง แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาสำหรับการตอบบทปะสังคีนแต่ละข้อ

### ๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### ๑. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็นในการพัฒนา รวมทั้งศึกษาสถานการณ์หลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

โดยดำเนินการศึกษา ค้นคว้า ข้อมูลจาก เอกสาร ตำรา บทความ เว็บไซต์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (๑) ศึกษาข้อมูลรายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย จากรายงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ผ่านเว็บไซต์ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (๒) ศึกษาข้อมูลผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในปีที่ ๕ จังหวัด ในประเทศไทย จากรายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย (Health data survey for people with disabilities in Thailand) ซึ่งการศึกษาข้อมูลนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ คือประเภททางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจาก เป็นประเภทความพิการที่มีจำนวนมากที่สุด และวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่อยู่ในช่วงของการประกอบอาชีพ และ มีความพร้อมในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาเข้าสู่สังคมวัยอย่างมีคุณภาพต่อไป และได้แนวทางในการส่งเสริม สุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานเพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติตามหลัก ๓๐ ๒๘ ๑๗ ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน

#### ขั้นตอนที่ ๒ การพัฒนาหลักสูตร

สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย วัยทำงานและตรวจสอบคุณภาพหลักสูตรการสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตร จำนวน ๒ ครั้ง กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ๑). กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์โดยตรง ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย วัยทำงาน และผู้ดูแลคนพิการ โดยมีคนพิการจำนวน ๕ คน ผู้ดูแลคนพิการ ๓ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการที่อยู่ในสังกัดความรับผิดชอบของศูนย์ดำรงชีวิต อิสระคนพิการ จังหวัดนนทบุรี และสมาคมสภาคณพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี ๒). หน่วยงาน / องค์กร ที่รับผิดชอบงานคนพิการโดยตรง ประกอบด้วย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ นนทบุรี สมาคมสภาคณพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย มูลนิธิ นวัตกรรม มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อพัฒนาคนพิการ หน่วยงานละ ๒-๓ คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการ ส่งเสริมสุขภาพคนพิการหรือเป็นบุคคลที่มีความสนใจในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ๓). คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค

กรมสุขภาพจิต เพื่อร่วมจัดทำหลักสูตรให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ประกอบด้วยหน่วยงานละ ๒ คน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลัก ๓๐ ๒๘ ๑๗ (๔). วิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำ Focus Group Discussion และเชี่ยวชาญในการพัฒนาหลักสูตร ๑ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการ Focus Group Discussion คือแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดในประเด็นของแนวทางการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อระดับให้เกิดการอภิปราย โดยมีผู้ดำเนินการสนทนาระดับผู้ชี้นำ (moderator) (ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำ Focus Group Discussion และเชี่ยวชาญในการพัฒนาหลักสูตร) เป็นผู้ถามคำถามตามประเด็นให้กลุ่มตอบ ซึ่งทำให้คนในกลุ่มจะได้ยินคำตอบของคนอื่นและจะให้คำตอบเพิ่มเติม

ข้อมูลที่ได้จากการ Focus Group Discussion วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการรวบรวมข้อมูลทุกมิติจากเอกสารที่ เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิจากการ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วกันนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมี การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Categories) และทำดัชนีข้อมูล (Indexing) อธิบายและ วิเคราะห์แบบของความหมาย (Meaning of Pattern) ปรากฏการณ์ที่ค้นพบ วิเคราะห์ลักษณะ โครงสร้าง (Structure Feature) แปลความหมายของปรากฏการณ์ (Interpret) เพื่อนำไปสู่ การเรียบเรียงระบบข้อมูลใหม่อีกครั้ง (Organize the Data) และสรุปข้อค้นพบ (Conclusions) เชื่อมโยง แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ

ซึ่งหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด ๗ Module ได้แก่ Module ที่ ๑ การประเมินสภาวะสุขภาพ เป็นองค์ตันด้วยตนเอง MODULE ที่ ๒ กินดี อยู่ดี สุขภาพดี MODULE ที่ ๓ การส่งเสริมสุขภาพด้าน การเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย MODULE ที่ ๔ การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด MODULE ที่ ๕ การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ MODULE ที่ ๖ การส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพพื้น และ MODULE ที่ ๗ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน รวมระยะเวลาในการเรียนการสอน ทั้งสิ้น ๑๓ ชั่วโมง มีรายละเอียด ดังนี้

**Module ที่ ๑ การประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง จำนวน ๑.๓๐ ชั่วโมง (๙๐ นาที)**  
รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

๑. การประเมินตนเอง โดยการซั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคอ้วน ฯลฯ

๒. การประเมินตนเอง โดยการวัดรอบเอว เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคอ้วน ฯลฯ

**ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ**

๑. สามารถประเมินตนเองได้ โดยการซั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย
๒. สามารถประเมินตนเองได้ โดยการวัดรอบเอว

## จุดประสงค์การเรียนรู้

### ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

๑. ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการประเมินตนเอง และสอนการปฏิบัติวิธีการประเมินตนเอง โดยการชี้น้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้อง

๒. ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการประเมินโดยการวัดรอบเอวได้อย่างถูกต้อง

### ด้านทักษะกระบวนการ (P)

๑. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการประเมินตนเอง โดยการชี้น้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้

๒. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการประเมิน โดยการวัดรอบเอว ได้อย่างถูกต้อง

### ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนให้ความสนใจในการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติได้ด้วยความตั้งใจ

## การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	ถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่องการประเมินตนเอง โดยผ่านผู้สอน, คลิปวิดีโอ, ภาพพลิกหุ่นดี สุขภาพดี ด้วย ๔ พฤติกรรม, PowerPoint presentation การนำเสนอ	- คลิปวิดีโอ - ภาพพลิกหุ่นดี สุขภาพดี ด้วย ๔ พฤติกรรม - PowerPoint การนำเสนอ	๖๐
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	ผู้เรียนแบ่งเป็นกลุ่ม ๔ – ๖ คน หรือจับกันเป็นคู่ ๒ คน แต่ละคนมีหน้าที่ต่างกัน และดำเนินกิจกรรมพร้อมกัน๑. ผู้เรียนทำกิจกรรมชี้น้ำหนัก โดยแบ่งเป็นคู่ โดย ๑ คน เป็นผู้เตรียมเครื่องชี้น้ำหนัก และอีก ๑ คนเป็นผู้ยืนชี้น้ำหนัก ๒. ผู้เรียนทำกิจกรรมการวัดส่วนสูง โดยแบ่งเป็นคู่ โดย ๑ คน เป็นผู้ชี้น้ำหนัก และอีก ๑ คนเป็นผู้ถูกชี้น้ำหนัก ๓. ผู้เรียนทำกิจกรรมการวัดรอบเอว โดยแบ่งเป็นคู่ โดย ๑ คน เป็นผู้วัดรอบเอว และอีก ๑ คนเป็นผู้ถูกวัดรอบเอว	- คลิปวิดีโอ - ภาพพลิกหุ่นดี สุขภาพดี ด้วย ๔ พฤติกรรม - PowerPoint การนำเสนอ	๓๐
Explanation (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	๑. ผู้เรียนบันทึกผล และสรุปผลรวมกันภายในกลุ่มเกี่ยวกับการชี้น้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว แล้วบันทึกลงในแบบบันทึก	- แบบทันที กันน้ำหนัก ส่วนสูง	๖๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<p>๒. ผู้เรียนร่วมกันสรุป และอภิปรายผลภายในกลุ่มเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของการซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว แล้วบันทึกลงในแบบบันทึก</p> <p>๓. แต่ละกลุ่มเลือกตัวแทน ๑ คน ออกมานำเสนอผล และอภิปรายผลเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของการซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว</p> <p>๔. ผู้เรียนและครูร่วมกันสรุปเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของการซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว โดยครูใช้แนวทางคำถามแก่ผู้เรียนดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิธีการซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว แบบที่เรียน สามารถใช้ในชีวิตจริงได้หรือไม่ เพราะอะไร</li> <li>- ถ้าคิดว่าวิธีการซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอวเป็นวิธีที่เหมาะสม  เพราะอะไร</li> <li>- ถ้าคิดว่าวิธีการซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอวเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม  เพราะอะไร</li> <li>- จากกิจกรรมคิดว่ามีวิธีใดที่เหมาะสม ในการประเมินตนของ นอกเหนือจากกิจกรรมที่ได้เรียนรู้</li> </ul>	รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	เชื่อมโยงกับโรค/โภชภัยของความอ้วน เป็นต้น	- คลิปวีดีโอ	๑๐
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Evaluation (ขั้นประเมิน)	<p>๑. ครูตรวจแบบบันทึก ๑.๑, ๑.๒</p> <p>๒. สรุปผลกิจกรรมประเมินตนเอง</p>		๑๐
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			....๕๐...นาที

### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการประเมินตนเอง และสอนการปฏิบัติวิธีการประเมินตนเอง โดยการชี้น้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้อง	- ตรวจชิ้นงาน	- แบบบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	- มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป - ทำคะแนน ๘๐ % ขึ้นไป
ด้านทักษะกระบวนการ (P) สามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึกทักษะวิธีการประเมินตนเอง โดยการชี้น้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้อง และร่วมกันอภิปรายและสรุปผล (เจตคติ+ค่านิยม)	- การสังเกต	- การสังเกต - แบบสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรมฝึกทักษะ	- มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนรู้ และสนใจในการทำกิจกรรมในวิธีการประเมินตนเอง โดยการชี้น้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย	- การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม	- มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป

MODULE ที่ ๒ กินดี อยู่ดี สุขภาพดี จำนวน ๒ ชั่วโมง (๑๒๐ นาที)

รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

๑. งดโภชนาการ
๒. โภชนาบัญญัติ ๙ ประการ
๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม

## ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

๑. ผู้เรียนสามารถอธิบายหลักการเรียนรู้ และมีความเข้าใจเรื่องงาชนาการของอาหารในแต่ละกลุ่มอาหาร และสามารถนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือด เป็นต้น

๒. ผู้เรียนสามารถอธิบายหลักการเรียนรู้และมีความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ ๕ ประการของแต่ละข้อ และสามารถนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือด เป็นต้น

๓. ผู้เรียนสามารถอธิบายหลักการเรียนรู้และมีความเข้าใจเรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็มในแต่ละเรื่อง และสามารถนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือด เป็นต้น

### จุดประสงค์การเรียนรู้

#### ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

๑. ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องงาชนาการ
๒. ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ ๕ ประการ
๓. ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็ม

#### ด้านทักษะกระบวนการ (P)

๑. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการเรียนรู้เรื่องงาชนาการ
๒. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการเรียนรู้เรื่องโภชนบัญญัติ ๕ ประการ
๓. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการเรียนรู้เรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็ม

#### ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนให้ความสนใจในการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติได้ด้วยความตั้งใจ

### การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	<b>รู้หรือไม่ ! ต้องกินอย่างไร มีซัยต่อสุขภาพดี</b> ๑. ผู้สอนนำเข้าสู่การเรียนรู้ และสร้างความสนใจ โดยวางแผนตัวอย่าง Model ลงโภชนาการให้ผู้เรียนได้ดูก่อนที่จะเริ่มการเรียนการสอน ๒. โภชนบัญญัติ ๕ ประการ ๓. ผู้สอนนำเข้าสู่การเรียนรู้ และสร้างความสนใจ โดยวางแผนตัวอย่าง Model อาหารลดหวาน มัน เค็ม ให้ผู้เรียนได้ดูก่อนที่จะเริ่มการเรียนการสอน โดยผ่านวิทยากร ,คลิปวีดีโอ, PowerPoint การนำเสนอ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม ด้านโภชนาการ ๕ ข้อ</li> <li>- คลิปวีดีโอ</li> <li>- PowerPoint การนำเสนอ</li> <li>- Model ลงโภชนาการ</li> <li>- Model อาหารหวาน มัน เค็ม</li> <li>- ชุดนิทรรศการกินอย่างไรห่างไกลโรค</li> </ul>	๓๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
<b>Exploration (ขั้นสืบเสาะและหา ข้อมูล)</b>	ผู้เรียนแบ่งเป็นกลุ่ม ๓ คน และดำเนินกิจกรรมพร้อมกัน ผู้เรียนในกลุ่มสำรวจและสังเกต จาก Model ของโภชนาการ , โภชนาบัญญัติ ๔ ประการ และ Model อาหารลดหวาน มัน เค็ม ที่ตั้งใจไว้ และรวบรวมข้อมูลที่สำรวจและข้อสังเกตได้ว่ามีจุดน่าสนใจ จุดสงสัยอย่างไรบ้าง ในแต่ละเรื่อง หรือจะแบ่งสำรวจและสังเกตกันคนละ ๑ เรื่อง	- คลิปวีดีโอ - PowerPoint การนำเสนอ - Model ของ โภชนาการ - Model อาหาร หวาน มัน เค็ม - ชุดนิทรรศการกิน น้อยย่างไรห่างไกล โรค - ใบสรุปการสำรวจ รายบุคคล	๓๐
<b>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้</b>	<b>กิจกรรมการจัดการเรียนรู้</b>	<b>สื่อ</b>	<b>เวลา (นาที)</b>
<b>Explanation (ขั้นอธิบายและ ลงข้อสรุป)</b>	๑. ผู้เรียนร่วมกันสรุป และอภิปรายผลความเข้าใจทั้ง ๓ เรื่อง ๒. ทุกคนในกลุ่มอภิมานำเสนอผล และ อภิปรายผล คนละ ๑ เรื่อง ๓. ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสรุป สิ่งที่ได้เรียนรู้ และปัญหาอุปสรรคของกิจกรรม	- ใบสรุปกิจกรรม ภาพรวมรายกลุ่ม	๒๐
<b>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้</b>	<b>กิจกรรมการจัดการเรียนรู้</b>	<b>สื่อ</b>	<b>เวลา (นาที)</b>
<b>Elaboration (ขั้นขยายความรู้)</b>	- คลิปวีดีโอหลักการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี - คลิปวีดีโอความสำคัญของอาหารต่อสุขภาพ หลังดูคลิปผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสนทนาระบุคลิปที่ได้ดูว่าสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และเกิดประโยชน์อย่างไรในสถานการณ์ปัจจุบัน	- คลิปวีดีโอ	๒๐
<b>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้</b>	<b>กิจกรรมการจัดการเรียนรู้</b>	<b>สื่อ</b>	<b>เวลา (นาที)</b>
<b>Evaluation (ขั้นประเมิน)</b>	๑. ผู้เรียนทำแบบทดสอบ ทั้ง ๓ เรื่อง ๒. ใบสรุปกิจกรรมฝึกทักษะที่ ๑ , ใบสรุป กิจกรรมที่ ๒	- ใบสรุปกิจกรรม ภาพรวมรายกลุ่ม - แบบทดสอบก่อน และหลังการ ฝึกอบรม ด้าน โภชนาการ ๔ ข้อ - แบบทดสอบหลัง เรียน (ผู้เรียน)	๒๐
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๑๒๐ นาที

### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ผู้เรียนสามารถอธิบายทั้ง ๓ เรื่อง คือ <ol style="list-style-type: none"><li>๑. ลงโฆษณาการ</li><li>๒. โภชนาบัญญัติ ๙ ประการ</li><li>๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม</li></ol>	การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรมฝึกทักษะ สำหรับผู้สอน	- มีผลประเมิน คุณภาพระดับดีขึ้นไป
ด้านทักษะกระบวนการ (P) สามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึกทักษะทั้ง ๓ เรื่อง คือ <ol style="list-style-type: none"><li>๑. ลงโฆษณาการ</li><li>๒. โภชนาบัญญัติ ๙ ประการ</li><li>๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม</li></ol>	การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การเรียนสำหรับผู้สอน	- มีผลประเมิน คุณภาพระดับดีขึ้นไป
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนรู้ และสนใจในการทำกิจกรรมทั้ง ๓ เรื่อง คือ <ol style="list-style-type: none"><li>๑. ลงโฆษณาการ</li><li>๒. โภชนาบัญญัติ ๙ ประการ</li><li>๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม</li></ol>	การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การเรียนสำหรับผู้สอน	- มีผลประเมิน คุณภาพระดับดีขึ้นไป

MODULE ที่ ๓ การส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย จำนวน ๓ ชั่วโมง (๑๘๐ นาที)  
รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

๑. เข้าใจหลักการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพของผู้พิการ ในการสร้างความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ รวมทั้งสามารถอธิบายได้อย่างเข้าใจในแต่ละวิธี

๒. ตัวชี้วัด อธิบายลักษณะของการออกกำลังกายในรูปแบบ เพื่อสร้างความแข็งแรง เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ เป็นต้น และสามารถปฏิบัติสาธิตท่าทางการออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการของผู้รับการอบรมได้

## ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถอภิป্রายและอธิบายความหมาย

- อธิบายหลักการออกแบบกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการในแต่ละรูปแบบการสร้างความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ ในผู้พิการแต่ละประเภทได้

- บอกความแตกต่างและหลักการออกแบบกำลังสำหรับผู้พิการได้

- ยกตัวอย่าง ท่าทาง และสาขิตวิธีการออกแบบกำลังกายสำหรับผู้พิการในรูปแบบต่างๆได้

## จุดประสงค์การเรียนรู้

### ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

ผู้เข้าเรียนสามารถอธิบายความหมายและบอกลักษณะการออกแบบกำลังกายสำหรับผู้พิการในรูปแบบต่างๆของการออกแบบกำลังกาย รวมถึงสามารถยกตัวอย่างและสาขิตวิธีท่าทาง การออกแบบกำลังกายในแต่ละประเภทได้

### ด้านทักษะกระบวนการ (P)

ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการออกแบบกำลังกายในแต่ละรูปแบบได้รวมถึงการฝึกทักษะ เพื่อร่วมกันสาขิตและอภิป্রายกลุ่มเกี่ยวกับท่าทางในการฝึกบริหารและการออกแบบกำลังกายแต่ละประเภทสำหรับผู้พิการได้

### ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนมีความตั้งใจ ใส่ใจ และมีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมการอบรม การออกแบบกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสำหรับผู้พิการได้

## การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	-อาจารย์นำเข้าสู่หัวข้อการเรียนรู้ โดยให้ผู้เข้าเรียนชุมนุมวิดีโอการนำเสนอรูปแบบการออกแบบกำลังกายสำหรับผู้พิการในแต่ละรูปแบบ -เล่นเกมส์ถามตอบท่าทางการออกแบบกำลังกาย และการประยุกต์ท่าทางในการบริหารแต่ละประเภท	-วีดีโอรูปแบบการบริหารสำหรับรูปแบบการออกแบบกำลังกายแบบต่างๆ	๒๐ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
<b>Exploration (ขั้นสืบเสาะและหา ข้อมูล)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจารย์สอนบรรยายร่วมสาธิตการออกกำลังกายแต่ละประเภท เพื่อสร้างความเข้าใจและหลักการในการออกกำลังกายแต่ละประเภท</li> <li>- ผู้เรียนแบ่งกลุ่ม เป็น ๓ กลุ่มตามรูปแบบการออกกำลังกาย โดยแต่ละกลุ่มกำหนดหน้าที่ของสมาชิกในกลุ่ม โดยดำเนินการคิดค้น ฝึกซ้อมรูปแบบท่าทางในการออกกำลังกายแต่ละประเภท โดยให้เวลา各กลุ่มละ ๔๕ นาที</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Powerpoint</li> <li>- ในงานกิจกรรมการฝึกทักษะ</li> <li>- กระดาษโน้ต</li> </ul>	๙๐ นาที
<b>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้</b>	<b>กิจกรรมการจัดการเรียนรู้</b>	<b>สื่อ</b>	<b>เวลา (นาที)</b>
<b>Explanation (ข้ออธิบายและ ลงข้อสรุป)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้เรียนร่วมกันอภิปราย และสรุปท่าทางการบริหารร่างกายและเตรียมสาธิตท่าทางการออกกำลังกายและบันทึกในใบกิจกรรมการฝึกทักษะ</li> <li>๒. แต่ละกลุ่มรวมทั้งอาจารย์ สรุปเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้พิการ</li> </ol>	ใบกิจกรรมการฝึกทักษะ สไลด์นำเสนอ	๓๐ นาที
<b>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้</b>	<b>กิจกรรมการจัดการเรียนรู้</b>	<b>สื่อ</b>	<b>เวลา (นาที)</b>
<b>Elaboration (ขั้นขยายความรู้)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้เรียนและอาจารย์ร่วมกันสนทนากิจกรรมออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบ</li> <li>- อาจารย์ยกตัวอย่างท่าทางในการออกกำลังกาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-วีดีโอ</li> <li>-ใบงานฝึกทักษะ</li> </ul>	๒๐ นาที
<b>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้</b>	<b>กิจกรรมการจัดการเรียนรู้</b>	<b>สื่อ</b>	<b>เวลา (นาที)</b>
<b>Evaluation (ขั้นประเมิน)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้เรียนทำแบบทดสอบ ก่อนเรียน และหลังเรียน</li> <li>๒. ผู้เรียนตอบแบบประเมินความพึงพอใจและให้ข้อเสนอแนะในการเรียน</li> </ol>	แบบทดสอบก่อน และหลัง	๓๐ นาที
<b>รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน</b>			<b>๑๘๐ นาที</b>

### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)</b> ผู้เข้าเรียนสามารถอธิบาย ความหมายและบอกลักษณะ การออกกำลังกายสำหรับผู้ พิการในรูปแบบต่างๆของการ ออกกำลังกาย รวมถึงสามารถ ยกตัวอย่างและสาธิตท่าทาง การออกกำลังกายในแต่ละ ประเภทได้	- ตรวจชิ้นงานใบ ฝึกกิจกรรมทักษะ  - ผลการทดสอบ ก่อนหลัง  - การสาธิตท่าทาง	- ใบกิจกรรมการ ฝึกทักษะ  - แบบทดสอบ ก่อนหลัง	มีผลประเมินระดับดี ขึ้นไป ทำคะแนน ๘๐% ขึ้น ไป
<b>ด้านทักษะกระบวนการ (P)</b> ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรม การออกกำลังกายในแต่ละ รูปแบบได้รวมถึงการฝึกทักษะ <sup>เพื่อร่วมกันสาธิตและอภิปราย</sup> กลุ่มเกี่ยวกับท่าทางในการฝึก บริหารและการออกกำลังกาย แต่ละประเภทสำหรับผู้พิการได้	- การสังเกต	แบบประเมินการสังเกต พฤติกรรมการมีส่วนร่วม	มีผลประเมินระดับ คุณภาพดีขึ้นไป
<b>ด้านคุณลักษณะ (A)</b> ผู้เรียนมีความตั้งใจ ใส่ใจ และมี ความกระตือรือร้น ในการเข้า ร่วมการอบรม การออกกำลัง กายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพ สำหรับผู้พิการได้	- การสังเกต	- แบบประเมิน การสังเกต พฤติกรรมการมี ส่วนร่วม	มีผลประเมินระดับ คุณภาพดีขึ้นไป

MODULE ที่ ๔ การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด จำนวน ๒ ชั่วโมง  
(๑๒๐ นาที)

#### รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

๑. ความหมาย องค์ประกอบ กระบวนการเกิดอารมณ์
๒. ความหมายความเครียด
๓. สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด
๔. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการอารมณ์ด้านลบและความเครียด
๕. แนวทางในการการควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียด

## ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

๑. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
๒. ผู้เรียนมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้องเหมาะสม

### จุดประสงค์การเรียนรู้

#### ด้านความรู้ ความเข้าใจ (K)

๑. เพื่อผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
๒. เพื่อผู้เรียนสามารถอธิบายขั้นตอนวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้อง

#### ด้านทักษะกระบวนการ (P)

๑. ผู้เรียนมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้องเหมาะสม

#### ด้านคุณลักษณะ (A)

๑. ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการสำรวจและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
๒. ผู้เรียนสามารถสร้างลักษณะนิสัยการคิดเชิงบวก

### การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	- ทดสอบความรู้ก่อนอบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด - นำเข้าสู่กิจกรรมโดยสร้างสถานการณ์จำลองให้สมาชิกทุกคนนึกถึงเรื่องราวที่เคยถูกดูถูก ตำแหน่ง จากบุคคลอื่น และให้จับคู่แลกเปลี่ยนประสบการณ์	- แบบทดสอบก่อนและหลังอบรม เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ๑๐ ข้อ ๑๐ คะแนน	๑๐
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	- ให้จับคู่เพื่อค้นหาสาเหตุและผลกระทบที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบและความเครียด มีวิธีการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ตามใบกิจกรรมที่ ๑	- ใบกิจกรรมที่ ๑	๑๐
Explanation (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	๑. สำรวจผลการสรุป ลักษณะอารมณ์ เมื่อมีเหตุการณ์มากกระทบสาเหตุและผลกระทบที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบและความเครียด มีวิธีการจัดการกับอารมณ์ และความเครียดตามใบกิจกรรมที่ ๑		๕
	๒. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมาย สาเหตุ กระบวนการลักษณะของอารมณ์ ผลกระทบของอารมณ์ และความเครียด		๓๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<p>๓. ฝึกทักษะการประเมินความเครียด ด้วยแบบประเมิน ST๕</p> <p>๔. เรียนรู้และฝึกทักษะการควบคุม อารมณ์และจัดการกับความเครียดด้วย เทคนิคต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมิน ST๕</li> </ul>	๕
		<p>VDO คลิปดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการหายใจ คลายเครียด จาก <a href="https://www.youtube.com/watch">https://www.youtube.com/watch</a></li> <li>- ฝึกหายใจคลายเครียด จาก <a href="https://www.youtube.com/watch">https://www.youtube.com/watch</a></li> <li>- การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ จาก <a href="https://www.youtube.com/watch">https://www.youtube.com/watch</a></li> <li>- การคลายเครียดด้วย การจินตนาการ จาก <a href="https://www.youtube.com/watch">https://www.youtube.com/watch</a></li> <li>- การนวดคลายเครียด จาก <a href="https://www.youtube.com/watch">https://www.youtube.com/watch</a></li> <li>- การฝึกสมาธิ จาก <a href="https://www.youtube.com/watch">https://www.youtube.com/watch</a></li> </ul>	๒๐
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	<p>๑. แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่ม A และกลุ่ม B</p> <p>๒. ให้สมาชิกฝึกทักษะในการจัดการ กับความโกรธจากการณีศึกษาเรื่องอารมณ์ โกรธของทิว</p> <p>๓. ให้ทั้ง ๒ กลุ่ม วิเคราะห์ กรณีศึกษาเรื่อง อารมณ์โกรธของทิว ตามใบกิจกรรม ๒</p> <p>๔. ให้ตัวแทนกลุ่มรายงานผลการ วิเคราะห์ กรณีศึกษา เรื่อง อารมณ์โกรธ ของทิว</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใบกิจกรรมที่ ๒</li> </ul>	๒๐

เวลา (นาที)	สื่อ	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้
		๕. ผู้นำกลุ่มสรุปทักษะการจัดการกับ อารมณ์ตามใบความรู้	
๑๐		๖. ผู้สอนสุมความผู้เรียนให้สรุปว่าได้ เรียนรู้และได้ประโยชน์อะไรบ้างจากการ เรียน การสอนครั้งนี้	
๑๐	แบบทดสอบก่อนและ หลังอบรม เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพด้านการ จัดการกับอารมณ์และ ความเครียด ๑๐ ข้อ ๑๐ คะแนน	- สังเกตการณ์มีส่วนร่วม - การแสดงความคิดเห็น - ผลการฝึกปฏิบัติ	Evaluation (ขั้นประเมิน)
๑๒๐	รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน		

#### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

เกณฑ์การประเมิน	เครื่องมือวัด	วิธีวัด	ลิ่งที่ต้องวัดผลและ ประเมินผล
ผลของคะแนนแบบทดสอบ หลังอบรมอยู่ในระดับดี ขึ้นไป	๑. แบบประเมินความรู้ ก่อน-หลังเรื่องการส่งเสริม สุขภาพด้านการจัดการกับ อารมณ์และความเครียด จำนวน ๑๐ ข้อ	- การแสดงความ คิดเห็น - ผลการฝึกปฏิบัติ	ด้านความรู้ ความเข้าใจ (K)
๑. ผลของความถูกต้อง เหมาะสมจากใบกิจกรรมต่างๆ อยู่ระดับดีขึ้นไป ๒. ความถูกต้องจากการฝึก ทักษะจาก VDO คลิปต่างๆ	๑. ใบกิจกรรมที่ ๑ ความรู้ที่ว่าไป เกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด ๒. ใบกิจกรรมที่ ๒ เรื่องทักษะ <sup>๓.</sup> การจัดการกับอารมณ์ ๓. VDO คลิปต่างๆเรื่องการ ผ่อนคลายเครียด		
๑. ผลของแบบประเมิน พฤติกรรมของผู้เข้าเรียน ๒. ความถูกต้องจากการฝึก ทักษะจาก VDO คลิปต่างๆ	๑. ใบกิจกรรมที่ ๑ ความรู้ที่ว่าไป เกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด ๒. ใบกิจกรรมที่ ๒ เรื่องทักษะ <sup>๓.</sup> การจัดการกับอารมณ์	- ผลการฝึกปฏิบัติ	ด้านทักษะกระบวนการ (P)

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
		๓. กรณีศึกษาต่างๆ ของ กิจกรรม เรื่อง ทักษะการจัดการ กับอารมณ์ ๔. VDO คลิปต่างๆ เรื่องการ ผ่อนคลายเครียด ๕.แบบประเมินพฤติกรรม ของผู้เข้าเรียน	
ด้านคุณลักษณะ (A)	- สังเกตการณ์ มีส่วนร่วม - การแสดงความ คิดเห็น	๑. ใบกิจกรรมที่ ๑ ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด ๒. ใบกิจกรรมที่ ๒ เรื่องทักษะ การจัดการกับอารมณ์ ๓. กรณีศึกษาต่างๆ ของ กิจกรรม เรื่อง ทักษะการจัดการ กับอารมณ์ ๔. VDO ผ่อนคลายความเครียด ต่าง ๆ	

### MODULE ที่ ๕ การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จำนวน ๑ ชม. ( ๖๐ นาที )

#### รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

ผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบริโภค ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงกลไกการติดบุหรี่ การประเมินพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ (ภาวะติด นิโคติน) และการประเมินพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเข้าสู่ระบบบำบัด เลิกบุหรี่

#### ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

๑. อธิบายถึงโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้
๒. ประเมินระดับการติดนิโคตินและประเมินพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ด้วยตนเองได้

๓. บอกช่องทางการเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

## จุดประสงค์การเรียนรู้

### ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

สามารถอธิบายถึงผลกระทบ โภชพิษจากการบริโภคยาสูบยกตัวอย่างสารพิษ องค์ประกอบในการเสพติดบุหรี่ และโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสามารถบอกถึงผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลกระทบ โภชพิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพ ที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

### ด้านทักษะกระบวนการ (P)

สามารถปฏิบัติภาระผูกพันเพื่อร่วมกันอภิปรายและสรุปผลเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบ โภชพิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

### ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนและการทำกิจกรรมฝึกทักษะ

## การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียนโดยการให้ผู้เรียนทำแบบประเมินการติดนิโคตินและแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าสู่การบรรยายเรื่องผลกระทบ โภชพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงกลไกการติดบุหรี่ การติดสุรา การประเมินพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ (ภาวะติดนิโคติน) การประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่และการลดลงเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบประเมินการติดนิโคติน - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ติดเหล้ายัง.com	๑๐
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็นกลุ่มๆ ละ ๕ คน ร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้ - ให้ผู้เรียนเขียนผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลกระทบ โภชพิษภัยจากการดื่ม	- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อ	๒๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<p>เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของ การเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> </ul>	<p>สุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของ การเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> </ul>	
Explanation (ข้ออธิบายและลงข้อสรุป)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้เรียนร่วมกันอภิปราย และสรุปภายในกลุ่มจากการทำกิจกรรมกลุ่ม</li> <li>- ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ในงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่</li> <li>- ในงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของ การเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> </ul>	๑๕
Elaboration (ข้อขยายความรู้)	<p>ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ โดยให้ผู้เรียนดู VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สอนยกตัวอย่างสารพิษในบุหรี่ที่เกิดให้เกิดโรคต่างๆ</li> <li>- ผู้สอนให้ผู้เรียนยกตัวอย่างโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> </ul>	<p>- VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่</p>	๑๐
Evaluation (ขั้นประเมิน)	ผู้เรียนทำแบบทดสอบ เรื่อง ผลกระทบโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบทดสอบ	๕
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๖๐ นาที

### การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
<b>Engagement</b> (ขั้นสร้างความสนใจ)	<p>ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียนโดยการให้ผู้เรียนทำแบบประเมินการติดนิโคตินและแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าสู่การบรรยายเรื่องผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงกลไกการติดบุหรี่ การติดสุรา การประเมินพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ (ภาวะติดนิโคติน) การประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่และการลดลงเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมินการติดนิโคติน</li> <li>- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> <li>- ติดเหล้ายัง.com</li> </ul>	๑๐
<b>Exploration</b> (ขั้นลึกเสาะและหาข้อมูล)	<p>ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็นกลุ่มๆ ละ ๕ คนร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ผู้เรียนเขียนผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับค่านบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลกระทบ โทษ พิษภัย จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่</li> <li>- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับค่านบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่</li> <li>- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของ การเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม :</li> </ul>	๒๐
<b>Explanation</b> (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้เรียนร่วมกันอภิปราย และสรุปภายนอกลุ่มจากการทำกิจกรรมกลุ่ม</li> <li>- ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับค่านบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม :</li> </ul>	๑๕

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	ทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น หลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	: ผลกระทบ โถง พิษภัย จากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และข้อดีของการ เลิกดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันวิเคราะห์ถึง ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ โดยให้ ผู้เรียนดู VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจาก การสูบบุหรี่ - ผู้สอนยกตัวอย่างสารพิษในบุหรี่ที่เกิดให้ เกิดโรคต่างๆ - ผู้สอนให้ผู้เรียนยกตัวอย่างโรคที่เกิดจาก การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- VDO clip : ความสูญเสีย ที่เกิดจากการสูบบุหรี่	๑๐
Evaluation (ขั้นประเมิน)	ผู้เรียนทำแบบทดสอบ เรื่อง ผลกระทบ โถงและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบทดสอบ	๕
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๖๐

#### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ๑. สามารถอธิบายถึงผลกระทบ โถงพิษจากการบริโภคยาสูบ ยกตัวอย่างสารพิษ และโรคที่เกิด <sup>จากการบริโภคยาสูบ รวมถึง สามารถบอกถึงผลเสียต่อสุขภาพ ที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้ง ทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อ สุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ ๒. สามารถอธิบายถึงผลกระทบ โถง พิษ ภัย จากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และและ ข้อดีของการเลิกดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์</sup>	- ตรวจชื่นงาน	- แบบทดสอบ เรื่อง ผลกระทบ โถงและพิษภัยจากการบริโภค ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อ สุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้ง ทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อ สุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โถง พิษภัย จากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และข้อดีของการเลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ทำคะแนนได้ ๘๐ % ขึ้นไป

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
<b>ด้านทักษะกระบวนการ (P)</b> สามารถปฏิบัติกรรมฝึก ทักษะเพื่อร่วมกันอภิปรายและ สรุปผลเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพ ที่เกิดการได้รับความบุหรี่ทั้ง ทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อ สุภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ รวมถึงผลกระทบ โถสุขภาพ พิษ กัย จากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และและข้อดีของการ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรมฝึกทักษะ	- มีผลประเมินคุณภาพ ระดับดีขึ้นไป
<b>ด้านคุณลักษณะ (A)</b> ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจใน การเรียนและการทำกิจกรรม ฝึกทักษะ	- การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การเรียน	- มีผลประเมินคุณภาพ ระดับดีขึ้นไป

**MODULE ที่ ๖ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพฟัน จำนวน ๒ ชั่วโมง (๑๙๐ นาที)  
รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้**

- (๑) สาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเห็นอกอักเสบ
- (๒) สาขิตและทดลองฝึกปฏิบัติประพันรายบุคคล รวมถึงวิธีการตรวจฟันด้วยตนเอง  
**ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ**
  - (๑) ทราบสาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเห็นอกอักเสบ
  - (๒) ทราบหลักการประพันและวิธีตรวจฟันตนเองอย่างถูกวิธีภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่

**จุดประสงค์การเรียนรู้**

**ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)**

ผู้เรียนสามารถอธิบายสาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเห็นอกอักเสบเบื้องต้นได้ และสามารถอธิบายได้ว่าสูตรลับฟันดี ๒-๒-๒ คืออะไร เหตุใดถึงต้องใช้สูตรนี้ในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง เป็นครั้งแรก

**ด้านทักษะกระบวนการ (P)**

ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกรรมฝึกทักษะการประพันอย่างถูกวิธีที่เหมาะสมกับศักยภาพของกลุ่มได้

**ด้านคุณลักษณะ (A)**

ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนและการทำกิจกรรมฝึกทักษะ

### การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	<p>ทันตบุคลากรนำเข้าสู่บทเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การคัดกรองสภาพสุขภาพช่องปากตนเอง เป้าองตัน โดยใช้ application พันดี →</li> <li>เลือก  PROTODENT ประเมินการมีฟันผุในช่องปากด้วยตนเอง ด้วยการตอบคำถามที่ตรงกับสภาพช่องปากของตนเอง ๗ ข้อ และ อ่านผลการวัดฟันผุตามแบบสีที่วัดได้</li> <li>วัตถุประสงค์: ใช้ประเมินการมีฟันผุในช่องปากเพื่อนำไปสู่การรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสม ทันเวลา ลดการสูญเสียฟันและการติดเชื้อในช่องปาก โดยมีข้อคำถาม ดังนี้           <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. คุณชอบกินขนมหวาน น้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวานเป็นประจำ</li> <li>๒. คุณเห็นร่องฟัน ซอกฟัน เริ่มมีสีดำและขยายขึ้นเรื่อยๆ</li> <li>๓. คุณมีอาการเสียไฟฟันเวลา กินอะไรเย็น ๆ</li> <li>๔. คุณต้องใช้มีจมูกฟันและเศษอาหารที่ติดบนตัวฟัน ซอกฟันบ่อยๆ</li> <li>๕. ฟันของคุณค่อยๆ กร่อนแตกออกໄไป เห็นเป็นรูเป็นโพรงชัดเจน</li> <li>๖. คุณกำลังปวดฟันมากจนแทบเคี้ยวอาหารไม่ได้</li> <li>๗. คุณมีฟันที่หักเหลือแต่ตอฟัน</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มือถือที่โหลด application พันดี</li> </ul>	๑๕ นาที
	<p>ทันตบุคลากรนำเข้าสู่บทเรียน โดยการตั้งคำถามให้ผู้เรียนคิดว่า</p> <p>Q: ฟันของเรามีกี่ชั้น โดยให้เลือก</p> <p>ก. ๒ ชั้น</p> <p>ข. ๓ ชั้น (ข้อที่ถูก)</p> <p>ค. ๔ ชั้น</p> <p>A: ฟันเรามี ๓ ชั้น คือ ชั้นเคลือบฟัน ชั้นเนื้อฟัน และชั้นโพรงประสาทฟัน</p> <p>Q: แล้วเวลาเราปวดฟันแปลว่าฟันผุถึงชั้นไหนแล้ว</p> <p>A: ชั้นโพรงประสาทฟัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infographic</li> <li>• ภาพที่ ๑ เรื่องของฟัน</li> <li>• ภาพที่ ๗ ฟันผุระยะต่างๆ</li> </ul>	๒๕ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<p>Q: ทราบหรือไม่ว่าฟันผุเกิดจากอะไร</p> <p>A: อธิบายองค์ประกอบของการเกิดฟันผุว่ามาจากการปัจจัยหลัก ๔ ปัจจัย คือ ฟันอาหารประเภทน้ำตาล หรืออาหารที่มีรสหวาน แผ่นคราบจุลินทรีย์ที่มีเชื้อแบคทีเรียก่อโรค และเวลา หากไม่ทำความสะอาดโดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี หรือกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟันออกไม่หมด ก็จะทำให้เกิด “กรด” ที่สามารถทำลายผิวเคลือบฟัน หากเราับประทานอาหารประเภทน้ำตาล หรืออาหารที่มีรสหวานบ่อย ๆ ทนนาน ก็จะทำให้เกิดกรดทุกครั้งที่รับประทาน ซึ่งในที่สุดเคลือบฟันก็จะถูกกรดทำลายเกิดเป็นรอยขาวขุ่น จุดดำ เป็นรู เปื่อยยุย หรือเป็นรูลึกได้ ซึ่งอาการของโรคในระยะแรกหากผู้ที่ผิวเคลือบฟันอาจไม่มีอาการใด ๆ ถ้าเริ่มมีรู มีรอยดำเปื่อยยุย ส่วนใหญ่จะผุดถึงขั้นเนื้อฟัน มักจะมีอาการเสียวฟันเมื่อดื่มน้ำเย็น หรือปวดเวลาเศษอาหารมาอุด แต่หากผุลึกถึงขั้นโพรงประสาทฟันมักจะมีอาการปวดขึ้นมาเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น ปวดจนสะตุ้งตื่นกลางคืน การรับประทานยาอาจไม่ดีขึ้น บางรายอาจมีอาการบวม เหื่องอักเสบ มีหนอง และมีอาการฟันโยกร่วมด้วย</p> <p>Q: แล้วรู้จักโรคร้ายแรงนัด กันหรือไม่</p> <p>A: โรคร้ายแรงนัด คือ โรคปริทันต์ ซึ่งเริ่มจากการเกิดเหื่องอักเสบ แล้วราบจุลินทรีย์ที่ทำความสะอาดไม่เกลี้ยง สะสมกันเป็นคราบหินน้ำลาย (หินปูน) และทำลายอวัยวะรอบ ๆ รากฟันจนทำให้สูญเสียฟันจากฟันโยก</p> <p>Q: วิธีป้องกันฟันผุที่ดีที่สุด คืออะไร</p> <p>A: การแปรงฟันที่ถูกวิธี... ด้วยสูตรลับฟันดี ๒-๒-๒ (นำเข้าขั้นตอนต่อไป....)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภาพที่ ๕ องค์ประกอบของการเกิดฟันผุ</li> <li>ภาพที่ ๖ กระบวนการเกิดโรคฟันผุ ระยะต่าง ๆ</li> <li>ภาพที่ ๗ ฟันผุระยะต่าง ๆ</li> <li>ภาพที่ ๘ อันตรายที่เกิดจากการไม่รักษาโรคฟันผุ และวิธีการป้องกันฟันผุ</li> <li>ภาพที่ ๙ ภาพรวม เหื่องอักเสบ และโรคปริทันต์</li> <li>ภาพที่ ๑๐ โรคปริทันต์</li> <li>ภาพที่ ๑๑ โรคปริทันต์</li> <li>ภาพที่ ๑๒ สูตรลับฟันดี ๒-๒-๒</li> </ul>	

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
<b>Exploration</b> (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	แบ่งกลุ่มผู้เรียน กลุ่มละประมาณ ๔-๕ คน สถาิต และสอนการแปรงพื้นด้วยวิธีถูป์ไม้ในกลุ่มย่อย รายกับ Model พื้น โดยขณะสอนแปรงพื้นจะสอบถามความยุ่งยากการแปรงพื้นของผู้เรียนไปด้วย เพื่อแนะนำวิธีการแปรงพื้นให้เหมาะสมกับผู้เรียนมากที่สุด และเปิดคลิปสอนแปรงพื้น <a href="https://www.facebook.com/watch/?v=247474731631312">https://www.facebook.com/watch/?v=247474731631312</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=-BEVcobLNEw">https://www.youtube.com/watch?v=-BEVcobLNEw</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Model พื้น และแปรงสีพื้น</li> <li>● คลิปวิดีโอสอนการแปรงพื้น</li> </ul>	๒๕ นาที
<b>Explanation</b> (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	ให้ผู้เรียนทดลองแปรงพื้นกับ Model พื้น และจับมือสอนรายบุคคล เพื่อทราบปัญหาในการแปรงพื้นรายบุคคล สรุปการคูณและสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงาน สอนการแปรงแห้งและสอนตรวจช่องปากด้วยตัวเอง ผู้สอนสังเกตและบันทึกผลกิจกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Model พื้น และแปรงสีพื้น</li> <li>● Infographic ภาพที่ ๑๔ การตรวจช่องปากด้วยตัวเอง</li> <li>● ภาพที่ ๑๕ การแปรงพื้นแห้ง</li> <li>● ภาพที่ ๑๖ การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงาน</li> <li>● กระจาก</li> </ul>	๓๐ นาที
<b>Elaboration</b> (ขั้นขยายความรู้)	Q: ทราบหรือไม่ว่า เวลาตรวจช่องปาก ต้องดูอะไรบ้าง A: ๑. ชี้พื้นและหินปูน: ในกรณีที่แปรงพื้นไม่สะอาด เราจะพบชี้พื้น (คราบจุลินทรีย์) และหินปูน ที่บริเวณคอพื้น/ขอบเหงือก โดยชี้พื้นจะมีลักษณะเป็นคราบสีเหลืองที่สามารถกำจัดออกได้ด้วยการแปรงพื้นซ้ำ ถ้าไม่แปรงออก ชี้พื้นจะหนาและเหนียวขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นหินปูนสีเหลืองเข้มที่แข็งและไม่สามารถกำจัดออกได้ด้วยตัวเองอีกต่อไป ต้องไปพบแพทย์	-	๑๕ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<p>๒. สภาพเหنجอก: เมื่อตรวจดูชี้ฟันและหินปูนแล้ว ก็ควรดูสภาพเหنجอกด้วยว่ามีการอักเสบ บวมแดง มีเลือดออกง่าย (โดยเฉพาะเวลาแปรงฟัน) รวมถึงมีฟันโยกหรือไม่ด้วย เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนที่บอกว่าเรามีปัญหาเรื่องเหنجอก และกระดูกที่รองรับฟัน</p> <p>๓. พันผุ/รากฟันผุ: ควรลองสังเกตดูว่าฟันรวมถึงรากฟันของเรามีลักษณะผิดปกติ เช่น มีรอยดำ เป็นรู มีเศษอาหารติดหรือไม่</p> <p>๔. รอยขาว/แดง หรือแพล/ก้อนนูน: ควรตรวจดูเนื้อเยื่อในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นเหنجอก เพดานปาก กระพุงแก้ม ด้านบนของลิ้น (แลบลิ้นออกมา) ใต้ลิ้น (ยกลิ้นแตะเพดาน) ด้านข้างลิ้น (ตัวดิ้นไปด้านซ้ายและขวา) รวมถึงริมฝีปากว่ามีรอยขาว/แดง หรือแพล/ก้อนนูนหรือไม่</p> <p>๕. กลิ่นปาก: ข้อนี้เป็นของแฉม ซึ่งเราสามารถเช็คได้ง่ายๆ โดยเอามือปิดปากและจมูก เป่าลมแรงๆ ออกจากปาก แล้วดม ถ้าพบว่ามีกลิ่นเหม็นก็แสดงว่าช่องปากเราเริ่มมีความผิดปกติแล้ว นอกจากนี้ความสามารถใช้ลิ้นของเรางงสำรวจช่องปากหลังแปรงฟัน หากผิวฟันตรงคอฟัน (ส่วนที่ซิดกับเหنجอก) เรียบเหมือนบริเวณปลายฟัน แปลว่าเราแปรงบริเวณนั้นสะอาดแล้ว แต่หากเลียแล้วยังไม่เรียบ ให้แปรงซ้ำๆ สำหรับที่ไม่เรียบจนเรียบ</p>		
Evaluation (ขั้นประเมิน)	ทำแบบทดสอบการดูแลสุขภาพช่องปาก	● แบบทดสอบ ๑๐ ข้อ	๑๐ นาที
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๑๒๐ นาที

### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)</b> ผู้เรียนสามารถอธิบายสาเหตุ การเกิดและวิธีการป้องกันโรค ฟันผุและเหงือกอักเสบเบื้องต้น ได้ และสามารถอธิบายได้ว่า สูตรลับฟันดี ๒-๒-๒ คืออะไร เหตุใดถึงต้องใช้สูตรนี้ในการ ดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง เเบ่งตัน	● ผลคะแนนจาก แบบทดสอบ	● แบบทดสอบ	● ทำคะแนนได้ ร้อยละ ๘๐ ขึ้น ไป
<b>ด้านทักษะกระบวนการ (P)</b> ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกรรม ฝึกทักษะการแปรรูปฟันและ ตรวจช่องปากได้อย่างถูกวิธีที่ เหมาะสมกับศักยภาพ	● การสังเกต	● แบบสังเกต พฤติกรรม	● มีผลประเมิน คุณภาพระดับดี ขึ้นไป
<b>ด้านคุณลักษณะ (A)</b> ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจใน การเรียนและการทำกิจกรรม ฝึกทักษะ	● การสังเกต	● แบบสังเกต พฤติกรรม	● มีผลประเมิน คุณภาพระดับดี ขึ้นไป

### MODULE ที่ ๗ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน จำนวน ๑.๓๐ ชั่วโมง (๙๐ นาที)

#### รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

๑. ความสำคัญของการนอนที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี
  ๒. นอนอย่างไรให้มีคุณภาพ
  ๓. ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการนอน
  ๔. ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว
- ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ
๑. อธิบายความสำคัญของการนอนที่มีคุณภาพได้
  ๒. บอกปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนไม่ดีได้
  ๓. ทราบทางเลือกและนำไปใช้ส่งเสริมคุณภาพการนอนของตนเองได้

## จุดประสงค์การเรียนรู้

### ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

- เพื่อบรรยายความรู้เกี่ยวกับคุณภาพการนอนที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพกายใจที่ดี โดยการอธิบายและยกตัวอย่างคำแนะนำการนอนอย่างมีคุณภาพ
- เพื่อบรรยายความรู้เกี่ยวกับปัญหาการนอนในคนพิการทางการเคลื่อนไหว การป้องกันแลกดหับรวมทั้งทางเลือกในการส่งเสริมคุณภาพการนอน

### ด้านทักษะกระบวนการ (P)

- เพื่อให้ผู้เรียนนำข้อแนะนำวิธีการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน อุปกรณ์ในการส่งเสริมการนอน และวิธีใช้ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### ด้านคุณลักษณะ (A)

- เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการนอนอย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพการนอนที่ดี

### การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	ผู้เรียนทำแบบทดสอบก่อนเรียน	-แบบทดสอบก่อนเรียน	๑๐
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	วิทยากรแนะนำตัว และหัวข้อฝึกอบรม Module ๗ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน “สวัสดีค่ะ ขอแนะนำตัวก่อนนะคะ ....ชื่อ..... สกุล..... วันนี้จะมาบรรยายและชวนทุกท่านมองเห็นคุณค่าของ การนอน กันค่ะ” ๒. ตั้งคำถามกับผู้เรียนว่า “ทุกท่านในที่นี่มีประสบการณ์การนอนทุกคน ถ้าเข่นนั้นลองตอบคำถามว่า เพราะอะไร คนเราต้องนอนคะ” -ผู้สอนบรรยายตามเอกสาร หัวข้อที่ ๑ ความสำคัญของการนอนที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี	- PowerPoint บรรยาย หัวข้อ เหตุผลหลักที่ มนุษย์ต้องนอน ๔ ประการ	๑๐
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	๑. ผู้สอนนำเข้าสู่หัวข้อต่อไป โดยตั้งคำถาม ชวนคิด “ท่านอยากรทราบหรือไม่ค่ะ ว่าท่านนอนหลับอย่างมีคุณภาพหรือไม่ วันนี้ผู้สอนมีคำถามง่ายๆ ให้ทุกท่านลองทำดูค่ะ”	- แบบประเมินคุณภาพ การนอนหลับ (PSQI)	๒๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<p>- เห็นผู้เรียนทำแบบประเมินคุณภาพการสอน หลับ</p> <p>๒. ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมหัวข้อที่ ๒ นอนอย่างไรให้มีคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งคำถามบททวนตนเอง:</li> <li>● ในแต่ละวัน ท่านนอนวันละกี่ชั่วโมง และ คิดว่าท่านมีคุณภาพการสอนที่ดีหรือไม่</li> <li>● คิดว่าเราควรนอนวันละกี่ชั่วโมงและ มีปัญหาการนอนอย่างไรบ้าง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint บรรยาย หัวข้อ นอนอย่างไรให้มี คุณภาพ</li> <li>- ภาพตารางแสดงความ ต้องการการหลับของแต่ ละช่วงอายุ</li> <li>- วีดีโอศูนย์หลัก ๑๐ ประการเพื่อ สุขอนามัยการนอน หลับที่ดี</li> </ul>	
Explanation (ขั้นอธิบายและลง ข้อสรุป)	<p>๑. ผู้เรียนคิดค่าคะแนนประเมินคุณภาพการ นอน</p> <p>“ถ้าเช่นนั้น เราลองมาดูกันว่า ที่ท่านประเมิน คุณภาพการนอนของตนเองไป ผลเป็น อย่างไรบ้าง”</p> <p>๒. ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปคะแนน คุณภาพการนอน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วีดีโอศูนย์หลัก ๑๐ แบบสอบถามคุณภาพ การนอนหลับ (PSQI)</li> </ul>	๑๕
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	<p>๑. ผู้สอนนำเข้าสู่หัวข้อต่อไป “หลังจากที่เราพอทราบเบื้องต้นแล้วว่า คุณภาพการนอนของเราเป็นอย่างไร จากที่ ท่านได้ทบทวนตนเอง ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ รบกวนการนอนของท่านบ้าง”</p> <p>๒. ผู้สอนบรรยายตามเนื้อหา หัวข้อที่ ๓ ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการนอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัญหาการนอนทั่วไป</li> <li>● ปัญหาการนอนที่พบบ่อยในคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint บรรยาย หัวข้อ ปัญหาและปัจจัย เสี่ยงที่ส่งผลต่อการนอน</li> </ul>	๒๕

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สาเหตุของปัญหาการนอนของคนพิการทางการเคลื่อนไหว</li> </ul> <p>๓. ผู้สอนนำเข้าสู่หัวข้อสุดท้าย “ในเมื่อเราพอทราบปัญหาแล้ว เราลองมาดูว่า มีทางเลือกใดบ้างที่จะช่วยให้ท่านนอนหลับได้มีคุณภาพมากขึ้น” จากนั้นบรรยายแบบมีส่วนร่วมหัวข้อที่ ๔ ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอนสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว</p> <p>๔. ผู้สอนลองให้ผู้เรียนทำกิจกรรมสติบำบัดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ขอให้ทุกท่านนั่งในท่าที่สบายวางแผนซึ่งของลง ลงหลับตา หายใจเข้าออกยาวๆ สัก ๕-๖ ลมหายใจ มุ่งความสนใจไปรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก หากเจอแล้วให้สังเกตว่าความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างไหนชัดกว่า และลองสังเกตลมหายใจข้างที่ชัดกว่านั้น เพียงข้างเดียวตรงตำแหน่งที่ชัดที่สุด ดูไปให้ต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ</li> <li>● (เมื่อ ๑ นาทีผ่านไป) ถ้ายังไม่มั่นใจให้เริ่มต้นใหม่ด้วยการหายใจเข้าออกยาวๆ สัก ๕-๖ ลมหายใจ สังเกตสัมผัสของลมหายใจที่ปลายจมูกข้างที่ชัดกว่าตรงตำแหน่งที่ชัดที่สุด ลองทำอีกสัก ๑ นาที ก็จะรู้สึสมผัสเบาๆ ของลมหายใจที่ผ่านเข้าออกบริเวณปลายจมูกได้โดยไม่ยาก (เมื่อครบ ๒ นาที) ค่อยๆลีบตามาขึ้น</li> </ul> <p>๕. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ คำถาม / ข้อคิดเห็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint บรรยายหัวข้อ ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน</li> <li>- ภาพเมนูอาหารสมุนไพรที่มีรสขม เย็น จีด</li> <li>- ใบความรู้ เรื่อง สติบำบัด</li> </ul>	
Evaluation (ขั้นประเมิน)	<p>๑. ผู้สอนให้ทำกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● แจกกระดาษให้ผู้เรียน sticky note คนละ ๑ ใบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบทดสอบหลังเรียน</li> <li>- กระดาษ sticky note</li> <li>- บอร์ด</li> </ul>	๑๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้ผู้เรียนเขียนเป้าหมายว่า “หลังจากวันนี้ ฉันจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนอนตนเองโดย....” ไม่ต้องลงชื่อผู้เขียน</li> <li>● นำคำตอบไปติดที่บริเวณบอร์ด/พื้นที่ห้องเรียนที่สามารถสังเกตได้</li> <li>● เชิญชวนให้ผู้เรียนwareไปอ่านของผู้เรียนท่านอื่นระหว่างช่วงพัก</li> </ul> <p>๒. ทำแบบทดสอบหลังเรียน</p>		
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๙๐

### การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

ลิสท์ที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)</b> - สามารถอธิบายความสำคัญของการนอนที่มีคุณภาพได้ - สามารถบอกปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนไม่ดีได้	ตรวจแบบประเมินความรู้	แบบทดสอบก่อน-หลังเรียน หัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน	ได้คะแนนหลังเรียนมากขึ้นกว่าก่อนเรียน
<b>ด้านทักษะกระบวนการ (P)</b> สามารถนำทางเลือก และข้อแนะนำไปใช้ส่งเสริมคุณภาพการนอนในชีวิตประจำวัน	การสังเกต	กิจกรรมฝึกปฏิบัติการประเมินคุณภาพการนอน และการแสดงความคิดเห็น	มีส่วนร่วมระหว่างทำกิจกรรม
<b>ด้านคุณลักษณะ (A)</b> ผู้เข้าอบรมตระหนักรถึงความสำคัญของการนอนอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพการนอนที่ดี	การตอบคำถามปากเปล่า	- กิจกรรมขั้นประเมินผล “หลังจากวันนี้ ฉันจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนอนตนเองโดย....”	สามารถตอบคำถามได้ สอดคล้องกับเนื้อหารายการ

### การตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร มีวิธีดังนี้

(๑) การตรวจสอบหลักสูตรจากเอกสาร เป็นการพิจารณาองค์ประกอบทุกส่วนของหลักสูตรว่ามีครบ หรือไม่ และกำหนดได้ถูกต้องหรือไม่ เมื่อพบว่าส่วนใดขาดไปหรือไม่ถูกต้องก็บันทึกไว้ เพื่อนำไปปรับปรุง หลักสูตรก่อนนำไปใช้

### (๒) การตรวจสอบโดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของหลักสูตร

(๓) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญทุกคนมาประชุมพร้อมกันเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยหน่วยงาน ดังนี้ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตรจากหน่วยงานเอกชน

### (๔).ตรวจสอบโดยการทดลองใช้หลักสูตร

#### ขั้นตอนที่ ๓ ทดสอบหลักสูตรกับกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ไม่นเน้นการมีกลุ่มควบคุม โดยจะมุ่งเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (Intervention Activities) ที่คาดว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สังเกต และในการทดลองนี้จะไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอก ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สนใจนี้ได้ครบถ้วนจัด รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นแบบ Case Studies เป็นรูปแบบที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสุ่มและไม่มีกลุ่มควบคุมจะใช้ศึกษาใน สถานการณ์ที่ต้องการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่ม คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบหลักสูตรฯ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๔๕ ปี โดยทดสอบครึ่งที่ ๑ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๓๕ คน ทดสอบครึ่งที่ ๒ จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๕ คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการประเมินผู้เรียนตามหลักสูตร ทั้ง ๗ ด้าน ประกอบด้วย ๑). การประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) ๒). การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) ๓). การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) ๔). แบบทดสอบ (Pre-Test/Post-Test) ๕). แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

#### ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินหลักสูตร

กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย สัญชาติไทย อยู่ในช่วงวัยทำงานอายุระหว่าง ๑๕ – ๔๕ ปี ไม่มีภาวะทางจิต สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น ๗๐ คน ซึ่งแบ่งเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๓๕ คน เนื่องจากเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมในการทำการทดสอบหลักสูตรทั้ง ๗ ด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำนวน ๓๐ คนขึ้นไปสามารถประเมินเชิงปริมาณได้ตามค่าสถิติที่กำหนด

#### ซึ่งประเมินหลักสูตรจากการประเมินหลักสูตร ทั้ง ๗ ด้าน ดังนี้

(๑) ใช้เกณฑ์การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนในแต่ละแบบแผนการเรียนรู้ (KPA) ด้วยการประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) ตามจุดประสงค์การเรียนรู้ของแต่ละด้าน (Module) ที่ระบุไว้ในหลักสูตร ซึ่ง KPA เป็นหลักการออกแบบหลักสูตรทั่วไปของกระทรวงศึกษาธิการ

#### (๒) ประเมินผู้เรียนด้วยใบกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม

(๓) แบบสังเกตพฤติกรรมการทำกิจกรรม ได้แก่ การรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การนำเสนอผลงานได้น่าสนใจ การมีความคิดสร้างสรรค์ และการทำงานเสร็จตามเวลาที่กำหนด

(๔) แบบสังเกตพฤติกรรมการเรียน ได้แก่ ให้ความร่วมมือในการจัดการเรียนการสอนการแสดงความกระตือรือร้นในการเรียน การตั้งใจทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ส่งงานที่ได้รับมอบหมายตามเวลาที่กำหนด

(๕) แบบทดสอบก่อน - หลังเรียน ในแต่ละด้าน (Module)

(๖) แบบประเมินหลักสูตรด้วยแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังเรียน (Pre-Test/Post-Test)

(๗) แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ของผู้เรียนหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ก่อนและหลังการเรียนการสอน ซึ่งแบบประเมินมีทั้งหมด ๒ ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ ๑ สถานภาพทั่วไป ตอนที่ ๒ ระดับความพึงพอใจ/ความรู้และการนำไปใช้ ซึ่งใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมสรุปผลการประเมินหลักสูตร คือคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ได้แก่ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ นนทบุรี สมาคมสภากาชาดไทย ประเทศไทย มูลนิธิธรรมชาติเพื่อพัฒนาคนพิการ จังหวัดชลบุรี หน่วยงานละ ๒-๓ คน

#### เกณฑ์การประเมินหลักสูตร

มีประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย ความน่าสนใจของหลักสูตร หลักสูตรตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ระดับความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตร ความเหมาะสมของเวลาที่กำหนดไว้ในหลักสูตร หลักสูตรเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ระดับมากที่สุด =๕ ระดับมาก =๔ ระดับปานกลาง=๓ ระดับน้อย=๒ ระดับน้อยที่สุด=๑ ซึ่งถือว่าระดับ ๒ และ ๑ = ควรปรับปรุงหลักสูตร

#### ขั้นตอนที่ ๕ การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร

โดยการนำผลการประเมินหลักสูตรจากการตรวจสอบคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น มาปรับปรุง แก้ไข เนื้อหาใหม่เนื้อหาที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และมีความเหมาะสมกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ซึ่งหลังการทดสอบจำนวน ๒ ครั้ง ได้ข้อสรุปเพื่อนำมาปรับปรุงหลักสูตรในระดับรายวิชา (Module) จำนวน ๕ MODULE ดังนี้

๑. MODULE ที่ ๒ กินดี อยู่ดี สุขภาพดี ปรับข้อคำถามในใบงานให้เป็นคำถามที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ข้อคำถามไม่มีความซับซ้อน และข้อคำถามไม่ยากเกินไป ปรับคำศัพท์เฉพาะให้เป็นคำศัพท์พื้นฐานที่เป็นที่รู้จักทั่วไป

๒. MODULE ที่ ๓ การส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย ในส่วนของท่าทางในการออกกำลังกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ให้ง่ายต่อการปฏิบัติจริงและปรับเป็นท่าพื้นฐานที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานสามารถปฏิบัติได้จริง และเพิ่มเติมคลิปวิดีโอท่าทางการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อประกอบการเรียนการสอน

๓. MODULE ที่ ๔ การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ปรับข้อคำถาม การจำลองสถานการณ์ ไม่ใช่คำศัพท์ที่กระบวนการจิตใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

๔. MODULE ที่ ๕ การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่ม เพิ่มเติมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้เล่าและแชร์ประสบการณ์ของตัวเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติ

๕. MODULE ที่ ๗ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน เพิ่มเติมแบบวัดการนอนหลับแบบง่าย เพื่อเป็นทางเลือกในการนำไปใช้ และเพิ่มเติมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้เล่าและแชร์ประสบการณ์ของตัวเองให้เพื่อนฟัง เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติ

เมื่อปรับปรุงหลักสูตรเรียบร้อยแล้วเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อร่วมพิจารณาปรับปรุงหลักสูตร

### ๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น ๒ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ วิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๗๐ คน โดยใช้แบบทดสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรทั้ง ๗ MODULE โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตอนที่ ๒ วิเคราะห์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๗๐ คน โดยใช้สถิติร้อยละหรือเปอร์เซนต์ (Percentage or Percent)

## บทที่ ๔

### ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ๗ ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพฟัน และด้านการนอน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย สัญชาติไทย อายุในช่วงวัยทำงานอายุระหว่าง ๑๕ – ๔๙ ปี จำนวน ๗๐ คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) ผลการศึกษาเป็น ๒ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๗๐ คน โดยใช้แบบทดสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร สรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ ๑.๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการทดสอบหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน จำนวน ๗๐ คน

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๒๑	๓๐
หญิง	๔๙	๗๐
รวม	๗๐	๑๐๐

จากตารางที่ ๑.๑ แสดงข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ พบร้า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๗๐ คน แบ่งเป็นเพศหญิง ๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ และเพศชาย ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐

ตารางที่ ๑.๒ ผลคะแนนของผู้เข้ารับการทดสอบหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ก่อนอบรมและหลังอบรม

คนที่	ทดสอบก่อนเรียน (pre-test)	ทดสอบหลังเรียน (post-test)
๑	๕	๙
๒	๔	๗
๓	๔	๙
๔	๕	๑๐
๕	๖	๑๐
๖	๔	๗
๗	๕	๑๐
๘	๔	๗
๙	๓	๙
๑๐	๖	๗
๑๑	๔	๙
๑๒	๖	๑๐
๑๓	๖	๑๐
๑๔	๕	๗
๑๕	๖	๗
๑๖	๔	๙
๑๗	๔	๗
๑๘	๕	๑๐
๑๙	๔	๙
๒๐	๕	๑๐
๒๑	๔	๙
๒๒	๔	๙
๒๓	๕	๗
๒๔	๖	๑๐
๒๕	๖	๗
๒๖	๕	๙
๒๗	๔	๗
๒๘	๕	๑๐

คนที่	ทดสอบก่อนเรียน (pre-test)	ทดสอบหลังเรียน (post-test)
๒๙	๓	๗
๓๐	๖	๙
๓๑	๖	๑๐
๓๒	๔	๘
๓๓	๕	๗
๓๔	๖	๑๐
๓๕	๖	๙
๓๖	๕	๙
๓๗	๕	๙
๓๘	๔	๙
๓๙	๖	๙
๔๐	๖	๙
๔๑	๖	๙
๔๒	๖	๙
๔๓	๙	๙
๔๔	๔	๗
๔๕	๕	๙
๔๖	๖	๙
๔๗	๔	๙
๔๘	๔	๑๐
๔๙	๖	๑๐
๕๐	๖	๑๐
๕๑	๖	๙
๕๒	๖	๙
๕๓	๖	๙
๕๔	๙	๙
๕๕	๔	๙
๕๖	๕	๙
๕๗	๖	๙
๕๘	๔	๙
๕๙	๔	๗

คนที่	ทดสอบก่อนเรียน (pre-test)	ทดสอบหลังเรียน (post-test)
๖๐	๖	๗
๖๑	๖	๑๐
๖๒	๖	๘
๖๓	๖	๙
๖๔	๖	๘
๖๕	๖	๘
๖๖	๕	๗
๖๗	๕	๙
๖๘	๔	๘
๖๙	๕	๑๐
๗๐	๕	๗
<b>Σ</b>	<b>๕๕.๑๑</b>	<b>๙.๖๔</b>
S.D.	๐.๗๑	๑.๐๔

จากตารางที่ ๑.๒ แสดงผลคะแนนจากการทำแบบทดสอบวัดความรู้ ก่อนอบรมและหลังอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน จากแบบทดสอบชุดเดียวกันจำนวน ๑๐ ข้อ ที่ผ่านการประเมินค่าความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จากผลการทดสอบพบว่าหลังการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ผู้เข้ารับการอบรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนอบรมโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังอบรม ๙.๖๔ (**Σ** = ๙.๖๔) และค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนอบรม ๕.๑๑ (**Σ** = ๕.๑๑) แสดงว่าการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ช่วยส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ ๑.๓ ผลการเปรียบเทียบความรู้ของผู้เข้ารับการทดสอบหลักสูตร ก่อนอบรมและหลังอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

การทดสอบ	n	<b>Σ</b>	S.D.
ก่อนเรียน	๗๐	๕๕.๑๑	๐.๗๑
หลังเรียน	๗๐	๙.๖๔	๑.๐๔

ตอนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ จำนวน ๗๐ คน สรุปได้ดังตารางที่ ๒ ดังนี้  
ตารางที่ ๒.๑

ประเด็นความคิดเห็น (N=๗๐)	N (%)
<b>๑.พึงพอใจในหลักสูตร</b>	
- มากที่สุด	๒๑ (๓๐)
- มาก	๔๙ (๗๐)
- ปานกลาง	○
- น้อย	○
- น้อยที่สุด	○
<b>๒.ความน่าสนใจของหลักสูตร</b>	
- มากที่สุด	๒๓ (๓๒.๘๕)
- มาก	๔๗ (๖๗.๑๕)
- ปานกลาง	○
- น้อย	○
- น้อยที่สุด	○
<b>๓.หลักสูตรนี้ตรงกับความต้องการ ของท่านมากน้อยเพียงใด</b>	
- มากที่สุด	๒๐ (๒๘.๕๗)
- มาก	๔๑ (๕๘.๕๗)
- ปานกลาง	๙ (๑๒.๘๖)
- น้อย	○
- น้อยที่สุด	○
<b>๔.ท่านคิดว่าได้รับความรู้ เพิ่มเติม จากหลักสูตรนี้มากน้อยเพียงใด</b>	
- มากที่สุด	๒๓ (๓๒.๘๖)
- มาก	๔๓ (๖๑.๔๓)
- ปานกลาง	๔ (๕.๗๑)
- น้อย	○
- น้อยที่สุด	○
<b>๕.เวลาที่กำหนดในหลักสูตรนี้มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด</b>	
- มากที่สุด	๒๕ (๓๕.๗๑)
- มาก	๔๐ (๕๗.๑๕)
- ปานกลาง	๕ (๗.๑๔)
- น้อย	○
- น้อยที่สุด	○

ประเด็นความคิดเห็น (N=๓๐)	N (%)
๖. หลักสูตรนี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ของท่านมากน้อยเพียงใด	
- มากที่สุด	๔๕ (๖๔.๒๙)
- มาก	๒๓ (๗๗.๓๓)
- ปานกลาง	๒ (๗.๗๘)
- น้อย	๐
- น้อยที่สุด	๐

ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจและการนำไปใช้ พบร่วม

#### ความพึงพอใจในหลักสูตรฯ

อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐ และระดับมาก จำนวน ๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ความน่าสนใจของหลักสูตร

อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๗ ระดับมาก จำนวน ๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๑๕

#### หลักสูตรฯ ตรงกับความต้องการในการใช้

อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน ๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ ระดับมาก จำนวน ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๓๓ และระดับปานกลาง จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘๖

#### การได้รับความรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรฯ

อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๓๓ ระดับมาก จำนวน ๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๔๓ และระดับปานกลาง จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๗

#### ความเหมาะสมของเวลาที่กำหนดในหลักสูตร

อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน ๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๗ ระดับมาก จำนวน ๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๓๓ และระดับปานกลาง จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๗

#### ประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน ๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๙ ระดับมาก จำนวน ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๓๓ และระดับปานกลาง จำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๗ (ตารางที่ ๒.๑)

#### การประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้ของผู้เรียนในแต่ละ MODULE

ข้อคำถามคือ ท่านได้เรียนรู้หรือต้องการเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง (ข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น) โดยส่วนใหญ่ มีการแสดงความคิดเห็นของผู้เรียน ทั้ง ๗ MODULE ดังนี้

“ได้รับรู้การประเมินสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง”

“ได้รู้ว่าตัวเองมีปัญหาอะไร ควร ลด ละ เลิก อะไร จะได้วางแผนชีวิตตัวเองได้อย่างเป็นระบบ”

“ได้รับรู้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แบบไม่ตึงเครียด”

“เป็นวิชาที่ดีมาก ได้มีส่วนร่วมในการแข่งขันมูลกันด้วย”

“เป็นวิชาที่ดีแล้ว อยากให้มีเครื่องซั่งน้ำหนักเฉพาะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย”

“ได้เรียนรู้การคิดคำนวนค่า BMI และการดูแลสุขภาพ”

“ได้เรียนรู้ด้านการรักษาสุขภาพตนเอง”

“ได้รู้วิธีการทำอาหารเพื่อสุขภาพแบบง่ายๆ”

“ดีอยู่แล้วทุกวิชา ได้ความรู้ดี”  
 “ได้รู้วิธีการออกกำลังกายที่ถูกวิธี”  
 “ได้รับประโยชน์ในการแข่งขันมูลจากเพื่อนด้วย”  
 “ได้รู้วิธีการกิน การดื่มน้ำให้อ้วน”  
 “รู้วิธีการเลือกซื้ออาหาร เพื่อลดหวาน มัน เค็ม การอ่านสلاกข้อมูลด้านโภชนาการ”  
 “ได้เรียนรู้การออกกำลังกาย”  
 “สื่อการเรียนเข้าใจง่าย นำเสนอด้วยภาษาที่เหมาะสมกับคนพิการ เวลากระชับ”  
 “ดีมากๆ ได้เรียนรู้ครบถ้วน”  
 “ประทับใจ”  
 “ได้รู้วิธีการจัดการความเครียดโดยฝึกลมหายใจ สมาริบำบัด การควบคุมอารมณ์ โดยคิดถึงผลดี ผลเสีย”  
 “ได้รับความรู้มากๆ ไม่เคยรู้มาก่อน จะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน”  
 “ได้เทคนิคการควบคุมอารมณ์”  
 “ได้รู้ข้อเสียของการมาแล้วขับ”  
 “ได้รู้ว่าการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดโรคอะไรบ้าง”  
 “ได้เรียนรู้เทคนิคการแปรรูปน้อยอย่างถูกวิธี การดูแลรักษาฟันไม่ให้ฟันผุ”  
 “อยากรู้วิธีการเกี่ยวกับยาสีฟันและการเลือกซื้อ”  
 “ได้รู้จักวิธีแปรรูปโดยไม่ใช้น้ำ แปรรูปแห้ง”  
 “ได้รู้จักสูตรการแปรรูปน้ำ ๒-๒-๒”  
 “อยากรู้วิธีการผ่อนคลายเพื่อช่วยให้หลับง่ายโดยไม่ใช้ยา”  
 “ได้รู้จักการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ”  
 “ได้ความรู้ดี มีความรู้มากขึ้น”

**ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่**

๑. เป็นหลักสูตรฯที่ดีมาก น่าสนใจ
๒. อยากรเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้นกับคนพิการทุกคน เป็นหลักสูตรที่ดี
๓. อยากรู้วิธีการลดน้ำหนักในการดูแลสุขภาพของคนพิการ

## บทที่ ๕

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ๗ ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพฟัน และด้านการนอน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบ และแบบประเมินความพึงพอใจ กลุ่มเป้าหมายคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย สัญชาติไทย อยู่ในช่วงวัยทำงานอายุระหว่าง ๑๕ – ๔๕ ปี จำนวน ๗๐ คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ซึ่งผลการวิจัยสามารถสรุป อภิปรายผล และเสนอแนะ ตามลำดับดังต่อไปนี้

#### ๕.๑ สรุปผลของการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ดังนี้

หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน มีความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง สร้างมีสุขภาพดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดภาวะพึงพิง เพื่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคม หลักสูตรประกอบด้วย ๗ Module ได้แก่ ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และความเครียด ด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพฟันและด้านการนอน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรตามกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ ดังต่อไปนี้

**(๑).ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็นในการพัฒนา รวมทั้งศึกษาสถานการณ์หลักสูตร ด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน**

โดยดำเนินการศึกษา ค้นคว้า ข้อมูลจาก เอกสาร ตำรา บทความ เว็บไซต์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (๑) ศึกษาข้อมูลรายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย จากรัฐส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ๗) ศึกษาข้อมูลผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในพื้นที่ ๕ จังหวัด ในประเทศไทย จากงานวิจัยการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย (Health data survey for people with disabilities in Thailand) ซึ่งการศึกษาข้อมูลนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ คือประเภททางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจาก เป็นประเภทความพิการที่มีจำนวนมากที่สุด และวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่อยู่ในช่วงของการประกอบอาชีพ และ มีความพร้อมในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาเข้าสู่สังคมอย่างมีคุณภาพต่อไป และได้แนวทางในการส่งเสริม สุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานเพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติตามหลัก ๓๐ ๒๘ ๑๙ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ด้าน การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน

## ๒).สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานและตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร

การสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตร จำนวน ๒ ครั้ง กลุ่มเป้าหมายได้แก่

(๑).กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์โดยตรง ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน และผู้ดูแลคนพิการ โดยมีคนพิการจำนวน ๕ คน ผู้ดูแลคนพิการ ๓ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการที่อยู่ในสังกัดความรับผิดชอบของศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ จังหวัดนนทบุรี และสมาคมสภាបุคคลทุกประเภทแห่งประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี

(๒).หน่วยงาน / องค์กร ที่รับผิดชอบงานคนพิการโดยตรง ประกอบด้วย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ นนทบุรี สมาคมสภាបุคคลทุกประเภทแห่งประเทศไทย มูลนิธินวัตกรรม มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อพัฒนาคนพิการ หน่วยงานละ ๒-๓ คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการหรือเป็นบุคคลที่มีความสนใจในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

(๓).คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต เพื่อร่วมจัดทำหลักสูตรให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ประกอบด้วยหน่วยงานละ ๒ คน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒๘ ๑๗ ๑๖

เครื่องมือที่ใช้ในการ Focus Group Discussion คือแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดในประเด็นของแนวทางการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อกระตุนให้เกิดการอภิปราย โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้ถามคำถามตามประเด็นให้กลุ่มตอบ ซึ่งทำให้คนในกลุ่มจะได้ยินคำตอบของคนอื่นและจะให้คำตอบเพิ่มเติม

ข้อมูลที่ได้จากการ Focus Group Discussion วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่ เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมนิเทศจากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วก็นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมี การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Categories) และทำดัชนีข้อมูล (Indexing) อธิบายและวิเคราะห์แบบของความหมาย (Meaning of Pattern) ปรากฏการณ์ที่คันพบ วิเคราะห์ลักษณะ โครงสร้าง (Structure Feature) แบล็คความหมายของปรากฏการณ์ (Interpret) เพื่อนำไปสู่การเรียบเรียงระบบข้อมูลใหม่อีกรอบ (Organize the Data) และสรุปข้อค้นพบ (Conclusions) เชื่อมโยง แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร มีวิธีดังนี้

(๑) การตรวจสอบหลักสูตรจากเอกสาร เป็นการพิจารณาองค์ประกอบทุกส่วนของหลักสูตรว่ามีครบหรือไม่ และกำหนดได้ถูกต้องหรือไม่ เมื่อพบว่าส่วนใดขาดไปหรือไม่ถูกต้องก็บันทึกไว เพื่อนำไปปรับปรุงหลักสูตรก่อนนำไปใช้

(๒) การตรวจสอบโดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของหลักสูตร

(๓) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญทุกคนมาประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยหน่วยงาน ดังนี้ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตรจากหน่วยงานเอกชน

## (๔).ตรวจสอบโดยการทดลองใช้หลักสูตร

### ๓).ทดสอบหลักสูตรกับกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ไม่นับการมีกลุ่มควบคุม โดยจะมุ่งเน้นกิจกรรม เชิงปฏิบัติการ (Intervention Activities) ที่คาดว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สังเกต และในการทดลองนี้จะไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอก ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สนใจ นั้นได้ครบถ้วนจัด รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นแบบ Case Studies เป็นรูปแบบที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสุ่มและไม่มีกลุ่มควบคุมจะใช้ศึกษาใน สถานการณ์ที่ต้องการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่ม คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

๓.๑. การทดสอบหลักสูตรครั้งที่ ๑ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้เนื้อหาและลงมือปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานที่มีเนื้อหา ๗ ด้าน ได้แก่ ๑). ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ๒). ด้านโภชนาการ ๓). ด้านการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ๔). ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ๕). ด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๖). ด้านการดูแลสุขภาพซองปากและฟัน ๗). ด้านการนอน

กลุ่มตัวอย่างคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๕๙ ปี จำนวน ๓๕ คน ณ บุณฑิพรหมหาイラ เพื่อพัฒนาคนพิการ จังหวัดชลบุรี คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการประเมินผู้เรียนตามหลักสูตรทั้ง ๗ ด้าน ประกอบด้วย ๑). การประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) ๒). การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) ๓). การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) ๔). แบบประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

๓.๒. ทดสอบหลักสูตรครั้งที่ ๒ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้เนื้อหาและลงมือปฏิบัติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกายวัยทำงานที่มีเนื้อหา ๗ ด้าน ได้แก่ ๑). ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ๒). ด้านโภชนาการ ๓). ด้านการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ๔). ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ๕). ด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๖). ด้านการดูแลสุขภาพซองปากและฟัน ๗). ด้านการนอน

กลุ่มตัวอย่างคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๕๙ ปี จำนวน ๓๕ คน ณ จังหวัดนนทบุรี คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการทดสอบหลักสูตร มีการประเมินผู้เรียนตามหลักสูตรทั้ง ๗ ด้าน ประกอบด้วย ๑). การประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) ๒). การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) ๓). การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) ๔). แบบประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

### ๔).การประเมินหลักสูตร

กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย สัญชาติไทย อยู่ในช่วงวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ – ๕๙ ปี ไม่มีภาวะทางจิต สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น ๗๐ คน ซึ่งแบ่งเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๓๕ คน เนื่องจาก เป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมในการทำการทดสอบหลักสูตรทั้ง ๗ ด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำนวน ๓๐ คนขึ้นไปสามารถประเมิน เชิงปริมาณได้ตามค่าสถิติที่กำหนด ซึ่งประเมินหลักสูตรจากการประชุมสรุปผล การประเมินหลักสูตร ทั้ง ๗ ด้าน ดังนี้

(๑) ใช้เกณฑ์การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนในแต่ละแบบแผนการเรียนรู้ (KPA) ด้วยการประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) ตามจุดประสงค์การเรียนรู้ของแต่ละด้าน (Module) ที่ระบุไว้ในหลักสูตร ซึ่ง KPA เป็นหลักการออกแบบหลักสูตรทั่วไปของกระทรวงศึกษาธิการ

(๒) ประเมินผู้เรียนด้วยใบกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม

(๓) แบบสังเกตพฤติกรรมการทำกิจกรรม ได้แก่ การรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การนำเสนอผลงานได่น่าสนใจ มีความคิดสร้างสรรค์ และการทำงานเสร็จตามเวลาที่กำหนด

(๔) แบบสังเกตพฤติกรรมการเรียน ได้แก่ ให้ความร่วมมือในการจัดการเรียนการสอน การแสดงความกระตือรือร้นในการเรียน การตั้งใจทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ส่งงานที่ได้รับมอบหมายตามเวลาที่กำหนด

(๕) แบบทดสอบก่อน - หลังเรียน ในแต่ละด้าน (Module)

(๖) แบบประเมินหลักสูตรด้วยแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความพึงพอใจของผู้เรียนหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ก่อนและหลังการเรียนการสอน ซึ่งแบบประเมินมีทั้งหมด ๒ ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ ๑ สถานภาพทั่วไป ตอนที่ ๒ ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ และการนำไปใช้ ซึ่งใช้สัดส่วนร้อยละ (Percentage) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมสรุปผลการประเมินหลักสูตร คือคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ได้แก่ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ศูนย์ดำเนินชีวิตอิสระคนพิการ นนทบุรี สมาคมสภากาณพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิพระมหาไถ่ เพื่อพัฒนาคนพิการ จังหวัดชลบุรี หน่วยงานละ ๒-๓ คน

### เกณฑ์การประเมินหลักสูตร

มีประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย ความน่าสนใจของหลักสูตร หลักสูตรตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ระดับความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตร ความเหมาะสมของเวลาที่กำหนดไว้ในหลักสูตร หลักสูตร เป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใดโดยแบ่งเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ระดับ	คะแนน
มากที่สุด	๕
มาก	๔
ปานกลาง	๓
น้อย	๒
น้อยที่สุด	๑

### หมายเหตุ ระดับ ๒ และ ๑ ควรปรับปรุงหลักสูตร

ผลการวิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๗๐ คน โดยใช้แบบทดสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร สรุปได้ ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๗๐ คน แบ่งเป็นเพศหญิง ๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ และเพศชาย ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐

จากการทำแบบทดสอบวัดความรู้ ก่อนอบรมและหลังอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน จากแบบทดสอบชุดเดียวกัน จำนวน ๑๐ ข้อ ที่ผ่านการประเมินค่าความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จากผลการทดสอบพบว่าหลังการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนอบรมโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังอบรม  $\bar{X} = ๔.๖๔$  ( $\bar{X} = ๔.๖๔$ ) และค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนอบรม  $\bar{X} = ๔.๑๑$  (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) แสดงว่าการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ช่วยส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

และผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน มีความพึงพอใจในหลักสูตรฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๗๐ มีความสนใจในหลักสูตรอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๑๕ หลักสูตรตรงกับความต้องการในการใช้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕๗ ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๔๓ เวลาที่กำหนดในหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๕ และหลักสูตรเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๙

การประเมินลิ่งที่ได้เรียนรู้ของผู้เรียนในแต่ละ MODULE

ข้อคำถามคือ ท่านได้เรียนรู้หรือต้องการเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง (ข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น) โดยส่วนใหญ่ มีการแสดงความคิดเห็นของผู้เรียน ทั้ง ๗ MODULE ดังนี้

“ได้รับรู้การประเมินสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง”

“ได้รู้ว่าตัวเองมีปัญหาอะไร ควร ลด ละ เลิก อะไร จะได้วางแผนชีวิตตัวเองได้อย่างเป็นระบบ”

“ได้รับรู้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แบบไม่ตึงเครียด”

“เป็นวิชาที่ดีมาก ได้มีส่วนร่วมในการแขร์ข้อมูลกันด้วย”

“เป็นวิชาที่ดีแล้ว อยากใหม่เครื่องซั่งน้ำหนักเฉพาะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย”

“ได้เรียนรู้การคิดคำนวณค่า BMI และการดูแลสุขภาพ”

“ได้เรียนรู้ด้านการรักษาสุขภาพตนเอง”

“ได้รู้วิธีการทำอาหารเพื่อสุขภาพแบบง่ายๆ”

“ดีอยู่แล้วทุกวิชา ได้ความรู้ดี”

“ได้รู้วิธีการออกกำลังกายที่ถูกวิธี”

“ได้รับประโยชน์ในการแขร์ข้อมูลจากเพื่อนด้วย”

“ได้รู้วิธีการกิน การดื่ม ไม่ให้อ้วน”

“รู้วิธีการเลือกซื้ออาหาร เพื่อลดหวาน มัน เค็ม การอ่านสلاกข้อมูลด้านโภชนาการ”

“ได้เรียนรู้การออกกำลังกาย”

“สื่อการเรียนเข้าใจง่าย นำเสนอด้วยภาษาที่เหมาะสมกับคนพิการ เวลากระชับ”

“ดีมากๆ ได้เรียนรู้ครบถ้วน”

“ประทับใจ”

“ได้รู้วิธีการจัดการความเครียดโดยฝึกลมหายใจ สมาธิบำบัด การควบคุมอารมณ์ โดยคิดถึงผลดี ผลเสีย”

“ได้รับความรู้มากๆ ไม่เคยรู้มาก่อน จะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน”

“ได้เทคนิคการควบคุมอารมณ์”

“ได้รู้ข้อเสียของการมาแล้วขับ”

“ได้รู้ว่าการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดโรคอะไรบ้าง”  
 “ได้เรียนรู้เทคนิคการแปรรูปอย่างถูกวิธี การดูแลรักษาพื้นไม้ให้ฟื้นผุ”  
 “อยากรู้วิธีการเก็บยาสีฟันและการเลือกซื้อ”  
 “ได้รู้จักวิธีการเปลี่ยนโดยไม่ใช้น้ำ แปรรูป”  
 “ได้รู้จักสูตรการแปรรูปพื้น ๒-๒-๒”  
 “อยากรู้วิธีการผ่อนคลายเพื่อช่วยให้หลับง่ายโดยไม่ใช้ยา”  
 “ได้รู้จักการอนหลับอย่างมีคุณภาพ”  
 “ได้ความรู้ดี มีความรู้มากขึ้น”

### ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่

๑. เป็นหลักสูตราที่ดีมาก น่าสนใจ
๒. อยากเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้นกับคนพิการทุกคน เป็นหลักสูตรที่ดี
๓. อยากให้มีหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพของคนพิการ

### ๕) การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร

โดยการนำผลการประเมินหลักสูตรจากการตรวจสอบคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น มาปรับปรุง แก้ไข เนื้อหาให้มีเนื้อหาที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และมีความเหมาะสมกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ซึ่งเป็นการปรับปรุงในระดับรายวิชา (Module) ดังนี้

๑. MODULE ที่ ๒ กินดี อยู่ดี สุขภาพดี ปรับข้อคำถามในใบงานให้เป็นคำถามที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ข้อคำถามไม่มีความซับซ้อน และข้อคำถามไม่ยากเกินไป ปรับคำศัพท์เฉพาะให้เป็นคำศัพท์พื้นฐานที่เป็นที่รู้จักทั่วไป
  ๒. MODULE ที่ ๓ การส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย ในส่วนของท่าทางในการออกกำลังกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ให้ง่ายต่อการปฏิบัติจริงและปรับเป็นท่าพื้นฐานที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานสามารถปฏิบัติได้จริง
  ๓. MODULE ที่ ๔ การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ปรับข้อคำถามการจำลองสถานการณ์โดยให้มีคำพูดที่กระทบجدิจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานจนเกินไป
  ๔. MODULE ที่ ๕ การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่ม เพิ่มเติมช่วงของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้แชร์ประสบการณ์ของตัวเองให้เพื่อนฟัง เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
  ๕. MODULE ที่ ๗ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน เพิ่มเติมแบบวัดการนอนหลับแบบง่าย เพื่อเป็นทางเลือกในการนำไปใช้ และเพิ่มเติมช่วงของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้แชร์ประสบการณ์ของตัวเองให้เพื่อนฟัง เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยไม่กระทบโครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาสาระในแต่ละด้าน
- เมื่อปรับปรุงหลักสูตรเรียบร้อยแล้วเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อร่วมพิจารณาปรองหลักสูตรและจัดพิมพ์หลักสูตรเป็นฉบับสมบูรณ์ต่อไป

## ๔.๒ อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ใช้แบบทดสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร จำนวน ๑๐ ข้อ ที่ผ่านการประเมินค่าความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๗๐ คน แบ่งเป็นเพศหญิง ๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ และเพศชาย ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐ พบร่วมกันหลังการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงขึ้นกว่า ก่อนอบรม โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังอบรม  $\bar{X} = ๘.๖๔$  และค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนอบรม  $\bar{X} = ๕.๑๑$  แสดงว่าการอบรมโดยใช้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย วัยทำงาน ช่วยส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความรู้เพิ่มขึ้นตามหลักการส่งเสริมสุขภาพ ๓ ๐ ๒๘ ๑๗ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านอาหารมูล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการนอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สงกรานต์ กัญญาณา คณะ เรื่องการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย (Health data survey for people with disabilities in Thailand) พบร่วมกับคณะกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. ในภาพรวม พบร่วม คุณพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทยที่ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด่นของที่เหมาะสมตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. อยู่ในระดับน้อยรองลงมา คือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด่นของที่เหมาะสมตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด่นของที่เหมาะสมตามหลัก ๓๐.๒๘.๑๗.๑๖. อยู่ในระดับดี ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อ พบร่วม คุณพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ในประเทศไทยที่ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารปรุงสุก การมีความเครียดในระดับเหมาะสม การจัดการอาหารมูลเมื่อเกิดความเครียด การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในส่วนของพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานผักอย่างน้อย ๕ ทัพพีต่อวันการรับประทานอาหารจำพวก ทอด/แกงกะทิ/ผัดการดีมเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพฟัน การไปรับบริการทันตกรรม และการนอนหลับวันละ ๗-๙ ซึ่งสรุปได้ว่าหลักสูตรสามารถทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพด่นของเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากเนื้อหาในหลักสูตรตรงกับความต้องการและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของคนพิการนั่นเอง

จากการวิเคราะห์ตอนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ จำนวน ๗๐ คน ประกอบด้วย ๕ ประเด็นดังนี้ ๑) ความพึงพอใจในหลักสูตร ๒) ความน่าสนใจของหลักสูตร ๓) ความต้องการใช้หลักสูตร ๔) การได้รับความรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรฯ ๕) ความเหมาะสมของเวลาที่กำหนดในหลักสูตร ๖) ประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยแบ่งระดับ ดังนี้ ๕=มากที่สุด ๔=มาก ๓=ปานกลาง ๒=น้อย ๑=น้อยที่สุด พบร่วม คุณพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานจำนวน ๗๐ คน มีความพึงพอใจในหลักสูตรฯ ในระดับมากที่สุดและระดับมาก จำนวน ๒๑ คน และ ๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐ และร้อยละ ๗๐ ตามลำดับ เนื่องจากเป็นหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันคนพิการ ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวสามารถเรียนรู้ได้ โดยการพัฒนาศักยภาพพัฒนาทักษะ การส่งเสริมสุขภาพตามหลักการส่งเสริมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ๑๗ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองในเบื้องต้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญสีบ โซโนม และคณะ(๒๕๕๕) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความพิการ : พระพุทธบาทสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุขภาพ พบร่วม

คนพิการมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแล จึงต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษยเพื่อดูแลคนพิการ และพัฒนาระบบบริการเพื่อลดภาระผู้ดูแล และสอดคล้องกับงานวิจัยของเทียนทอง ตะแก้ว เรื่องการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ความพึงพอใจของคนพิการที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลก่อนการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเทากับ  $16.60$  ( $S.D.=2.45$ ,  $min=14$ ,  $max=24$ ) อยู่ในระดับปานกลาง รอยละ  $75$  หลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเทากับ  $34.55$  ( $S.D.=2.40$ ,  $min=32$ ,  $max=42$ ) อยู่ในระดับสูง รอยละ  $100$  เมื่อทดสอบ ความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $0.01$  ( $Z = -3.43$ ,  $P-value = <0.01$ )

การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักและเลี้ยงเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อันจะส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะพึงพิง และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ ดังนั้น หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบทพื้นที่ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมยิ่งขึ้น

#### ๔.๓ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

๑. การนำหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานไปทดลองใช้ ผู้สอนควรมีเทคนิคการสอนที่หลากหลาย เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้เรียน และควรมีการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

๒. ควรจัดหาอุปกรณ์การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นให้พร้อม และจัดเตรียมสื่อการเรียนการสอนให้ตรงกับเนื้อหาของหลักสูตร

#### ๔.๔ ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และส่งเสริมให้คนพิการทุกประเภทมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึงพิง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ

ប្រណាន្តកម្ម

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๖). แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙. (ม.บ.).

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔. สถาบันสิรินธร เพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.

กองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย. (๒๕๖๒). กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดี. กระทรวงสาธารณสุข.

<https://dopah.anamai.moph.go.th/web->

upload/ຂໍ້ມູນເອົາໂຈນເບີນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງການເຄີຍໄຫວ້/tinymce/KPIແຜ່ນໄລຍະ/KPIເຮັດວຽກ/ແຜ່ນໄລຍະ  
ແລ້ວ. pdf

กระทรวงแรงงาน. (ม.ป.ป.). ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง. เรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ ๑).

<https://www.mol.go.th/>

กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖, ๑๐ มีนาคม). รายงานความก้าวหน้าการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙.

<https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/pages/>

กรมสุขภาพจิต. (๒๕๔๑). คู่มือคล้ายเครียด. โรงพิมพ์สยามเอ็มแอนด์บีพลับลิชชิ่ง.

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (๒๕๖๕). รายงานสถิติข้อมูลคนพิการประจำเดือนปี ๒๕๖๕.

[https://ecard.dep.go.th/nep\\_all/stat.php](https://ecard.dep.go.th/nep_all/stat.php)

คู่มือการสอนภาษาไทย ภาคเรียนที่ 1 ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ | หน้า ๑๘ จาก ๑๘ | จัดทำโดย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเชียงใหม่ เขต ๑ | ลิขสิทธิ์ © สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเชียงใหม่ เขต ๑

អ្នកចូលរួមនៅ <https://www.dep.gov.tr/images/uploads/ebook-dep-guidebook/DEPguidebook.html>

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (๒๕๖๔, ๒๖ มีนาคม). สถานการณ์คนพิการ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ (รายไตรมาส). <https://dep.go.th/en/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (๒๕๖๐) คู่มือมาตรฐานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.

[https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/๒๐๑๙/๔/๒๖๒๐\\_ແລ້ວດັບ.pdf](https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/๒๐๑๙/๔/๒๖๒๐_ແລ້ວດັບ.pdf)

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.

(๒๕๔๕). ແຜນພັດນາຄຸນກາພຈິວຕານີກາຮແໜ່ງໝາຕີ ຂບ້ນທີ ๔ ພ.ສ. ๒๕๔๕ – ๒๕๔๙. ໂຮງພິມພໍເທິພເພື່ອງວາ  
ນີ້ສົ່ງ

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (๒๕๖๐). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.

เจริญ วาระหส, และอริสา จิตต์วิบูลย์. (๒๕๕๓). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลรามราชนนีสงขลา (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนีสงขลา.

จารุณี จันทร์เปล่ง. (๒๕๕๐) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี . มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/ปทุมธานี. DOI :

[https://doi.nrct.go.th>ListDoi/listDetail?Resolve\\_DOI=๑๐.๑๔๔๕๗/TU.the.๒๐๐๗.๗๖](https://doi.nrct.go.th>ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=๑๐.๑๔๔๕๗/TU.the.๒๐๐๗.๗๖)

จันทร์รา วงศ์พิพัฒน์. (๒๕๖๓). การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิ公民พิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๐ ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. ๓๕(๓), ๗๖๕-๗๗๖.

เจนจิรา เจนจิตรawanich, และนนทิรัตน์ พัฒนภักดี. (๒๕๖๓). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาคเอกชน. วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัย และพัฒนาคนพิการวารสาร, ๑๖(๒), ๔-๑๗.

เฉิมจันทร์ เเดชปัน. (๒๕๕๙). การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการคุณภาพชีวิตและการพัฒนาระบบบริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๓๐(๑), ๑๗-๒๘.

เนลิม รัตนะโสภา. (๒๕๕๓). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอานาจเจริญ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ธีรวัฒน์ ทัศนภิรมย์, วิริศา พานิชเกรียงไกร วุฒิพันธุ์ วงศ์มงคล. (๒๕๖๐). ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพซึ่งปากของประเทศไทย : การวิเคราะห์ผลการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๐. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๓๐(๓), ๒๗๑-๒๘๓.

ธรรม จตุนาม. (๒๕๔๙). สถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการ มองเห็นในสังคมไทยกับการเสริมสร้าง สุขภาพ กรณีศึกษา คนพิการทางการมองเห็น ในจังหวัดนครปฐม. สถาบันสร้างเสริม สุขภาพคนพิการ. <http://www.healthyability.com>

นุชประภา โมกข์ศาสตร์. (๒๕๖๕, ๓ ธันวาคม).นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เนื่องในวันคนพิการสากล ๒๕๖๕. Think Forward Center ศูนย์นโยบายเพื่ออนาคต.

<https://think.moveforwardparty.org/article/welfare/๓๕๔๙/>

นิธินันท์ โคงคาน. (๒๕๔๗). การพึงตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].

[https://doi.nrct.go.th>ListDoi/listDetail?Resolve\\_DOI=๑๐.๑๔๔๕๗/KKU.the.๒๐๐๔.๑๙๔](https://doi.nrct.go.th>ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=๑๐.๑๔๔๕๗/KKU.the.๒๐๐๔.๑๙๔)

นิยม ณอมเสียง. (ม.ป.ป.). ประชากรตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง.

[https://home.kku.ac.th/nikom/population\\_AND\\_sample๒๕๖๐.pdf](https://home.kku.ac.th/nikom/population_AND_sample๒๕๖๐.pdf)

บุษยา สังขชาติ, วรรณรรณ จันทวีเมือง, และสุรีย์พร ชูแสง. (๒๕๕๕). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชุมชน ผู้สูงอายุเทศบาลนครสงขลา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.

ปราณี ประไพวัชรพันธ์. (๒๕๕๑). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลอรพิมพ์ อำเภอครบริจังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

พระราชนูญติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔. (๒๕๓๔, ๒๕ พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๐๘ ตอนที่ ๒๐๕. หน้า ๑๘-๒๔.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐. (๒๕๕๐, ๒๗ กันยายน). เล่ม ๑๙๔ ตอนที่ ๖๑ ก. หน้า ๘-๑๔.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖. (๒๕๕๖, ๒๙ มีนาคม). เล่ม ๓๐ เล่มที่ ๓๐ ก. หน้า ๖-๑๒.

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕. เล่ม ๑๐๙ ตอนที่ ๔๐. หน้า ๒๐-๒๓.

พนิดา ศรีใจ, รังสิยา นารินทร์, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ การปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาร, ปีที่ ๔๗(๔), ๑๒๘-๑๔๑.

เพ็ญประภา ไสวดี, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และพรนภา ห้อมสินธุ. (๒๕๕๙). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๔(๑), ๘๙-๑๐๑.

พloyyapha rarinthr ราวนิจ, และอดิศักดิ์ สัตยธรรม. (๒๕๕๙). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลจะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, ๕(๒), ๓๓-๔๗.

พรนภา เจริญสันต์. (๒๕๕๓). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกาย และการเคลื่อนไหวใน จังหวัดสมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

พูนพิศ อมาตยกุล, สุมาลี ตีจงกิจ, พิมพา ใจธรรม (๒๕๕๕). ความรู้พื้นฐานเรื่องความพิการและคนพิการ (ขั้นแนะนำ) สำหรับผู้ที่ประสงค์จะเรียนรู้เกี่ยวกับงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการพื้นฐาน การศึกษาพิเศษ และการดำเนินชีวิตของคนพิการ. Retrieved from:  
<https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/60277>

พศิษฐ์ ตัณฑวนิช, และพนา จินดาศรี. (๒๕๖๑). ความหมายที่แท้จริงของคำ IOC (The Real Meaning of IOC). วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหสารคาม, ๒๔(๒), ๓-๑๒.

กรธิดา พงศ์พนัส, พรนภา ห้อมสินธุ, และยุวดี ลีลัคนาเวีระ. (๒๕๖๐). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง. วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, ปีที่ ๒๘(๒), ๑-๑๒.

มายรี ผิวสุวรรณ, ดารณี สุวันธ์, วิไลกรณ์ โโคตรบึงแก, ปิยมาส อุมัชธีรี, Karen Heinicke-Motsch, และ Barney McGlade, (๒๕๕๖). CBR Guidelines ขององค์กรอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย. พรีเมี่ยม เอ็กซ์เพรส.

มัทนา อินทร์แพง. (๒๕๕๓). พฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.  
<https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/info/item/dc:๙๗๕๖๔>

เยาวนารถ พลายมาต. (๒๕๖๕, ๒๔ พฤษภาคม). การสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling). <http://www.reo005.mnre.go.th/>

วชิรภิทัย เลิศบำรุงชัย, วิพิตา โอบชิริ. (๒๕๖๖, ๓๑ มกราคม). คนไทยกินหวานแค่ไหน ทำไงต้องกังวล.

ศูนย์สื่อสารวาระทางสังคมและนโยบายสาธารณะ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย. <https://theactive.net/data/sweet-consumed-worried/>

สำนักส่งเสริมสุขภาพ, สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (ม.ป.ป.). องค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่มีมาตรฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข “โภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย”. บริษัท เอ ดิจิทัล จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ, สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (ม.ป.ป.). คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง.  
บริษัท เอ ดีรีม สตูดิโอ จำกัด.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (๒๕๖๑). รายงานผลการสำรวจสภาพสุขภาพของปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (ม.ป.ป.). สำนักงานสถิติฯ เผยผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๖๐.

<http://www.nso.go.th/sites/๒๐๑๔/Pages/News/๒๕๖๑/N๓๑-๐๙-๖๑-๑.aspx>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (๒๕๖๑). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๖๐. บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๖๐). จำนวนประชากร และจำนวนประชากรที่พิการอยู่ด้วยแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีงานทำ  
จำแนกตามรายได้สุทธิที่เป็นตัวเงินและรายได้ที่เป็นสิ่งของเหลวิต่อเดือน เพศ เขตการปกครองและภาค.  
ระบบคลังข้อมูลสถิติ (Statistical Data Warehouse System) ([nso.go.th](http://nso.go.th))

สำนักงานสภาพน้ำการทางเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๑). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐.  
<http://nscr.nesdc.go.th/ns/>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๖๐). สำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. ๒๕๖๐.

<http://www.nso.go.th/sites/๑๐๑๔/DocLib๑๓/>

สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย ๔.๐ เพื่อความรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชน : สหรส. (๒๕๖๑, ๓๑๗๖๘). ประเด็นหลัก ๖๖ ข้อ key message. กรมอนามัย.

<https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/health-literacy-๖๖-key-message/>

สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (๒๕๕๘). คู่มือระบบการพัฒนาสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว. บริษัทสมิตรพริ้นส์ติ๊งแอนด์พับลิสชิ่งจำกัด.

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรหม. (๒๕๕๖). พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ส่วนนิติกร มหาวิทยาลัยลักษณ์. (ม.ป.ป.). กฎหมายลักษณะบุคคล. <https://dla.wu.ac.th/archives/๓๖๒๖>  
สาวภา วิชิตาที. (๒๕๓๔). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. มหาวิทยาลัยมหิดล/กรุงเทพฯ. DOI : [https://doi.nrct.go.th>ListDoi/listDetail?Resolve\\_DOI=๑๐.๑๔๔๕๗/MU.the.๑๙๙.๒๐](https://doi.nrct.go.th>ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=๑๐.๑๔๔๕๗/MU.the.๑๙๙.๒๐)

อนุชา นิลประพันธ์. (๒๕๔๘). เรื่องรูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิรักษ์ พิศุทธ์อกรณ์, สายัณห์ ตรีผล, และพิสิทธิ์ ภูมิพันธ์. (๒๕๕๐). ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. วารสารพยาบาลประจำภาคกลาง จันทบุรี, ๑๙(๒), ๔๓-๕๓.

อัจฉราพร ประที. (๒๕๕๘). ความรู้ความเข้าใจและความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนต่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง[วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Brand Buffet. (๒๕๖๔, ๒๘ กันยายน). สสส. เปิด Insight พฤติกรรมการกินคนไทย ซึ่ง คนทำงาน “ติดหวาน” มาขึ้น ๑๕% เพิ่มความหวานในเครื่องดื่มสูงขึ้น. <https://www.brandbuffet.in.th/๒๐๒๒/๐๙/thai-health-insight-workers-like-more-sweet/>

Health and Trend everyday modern health. (๒๕๖๑, ๑๑ พฤษภาคม). ผลสำรวจความอ้วนกลุ่มวัยทำงาน. <https://www.healthandtrend.com/parental/family/the-results-showed-that-those-in-the-working-age-are-fat/>

HDmall. (ม.ป.ป.). สิทธิค่ารักษาพยาบาลตัวแทนบ้างที่ครอบคลุมการฉีดวัคซีน HPV.  
<https://hdmall.co.th/c/what-is-health-insurance-cover-hpv-vaccine>

Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (๒๕๖๐, ๗ กุมภาพันธ์). วัยทำงานกว่าครึ่งเสี่ยงโรคเรื้อรังคุกคามในอนาคต เหตุเมืองพัฒนามีเสี่ยง. <https://www.hfocus.org/content/๒๐๒๐/๐๒/๑๓๑๐>

SCB Economic Intelligence Center. (๒๕๖๒, ๒๘ มิถุนายน). EIC Data Infographic : #ສົດFeelGood. <https://www.scbeic.com/th/detail/product/๖๑๐๒>

Size Thailand. (ม.ป.ป.). ผลการสำรวจปริมาณทั่วประเทศ. [http://www.sizethailand.org/region\\_all.html](http://www.sizethailand.org/region_all.html)

TrueID. (๒๕๖๔, ๓ กันยายน). อัปเดต ประเทศไทยฉีดวัคซีนต้านโควิด COVID-๑๙ ๓ กันยายน ๒๕๖๔.  
<https://travel.trueid.net/detail/A&GQPQlbYkGX>

Voice Online. (๒๕๕๙, ๔ กุมภาพันธ์). ผลการศึกษาพบ ผู้หญิงลดน้ำหนักยากกว่าผู้ชายเพราะหวร์โมนเมื่อส่วน. <https://www.voicetv.co.th/read/๓๒๑๔๗๖>

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (๑๙๗๐). Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. ๓๐, ๖๐๗-๖๑๐.

## ภาคผนวก

## ใบรับรองโครงการวิจัย

<b>รหัสโครงการวิจัย 669</b> <b>เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายบกพร่องทำงาน</b> <b>Development of health promotion curriculum for people with physical or motor disabilities in working age.</b>									
<b>ผู้วิจัยหลัก นางมลิวรรณ ศรีเม่วง</b> <b>ผู้ช่วยวิจัย นายธนานิทร อ่อนบุญมงคล</b>									
<b>เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเบร์ด</b>	<input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่								
<b>เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบปกติ</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่								
<b>ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาฯ จว.รัฐธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย ครั้งนี้</b>									
<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>รับรอง วันที่พิจารณา_rับรอง 27 กุมภาพันธ์ 2567</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">โครงการวิจัย 669</td> <td style="width: 50%;">ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....</td> </tr> <tr> <td>เอกสารแนบท้ายสำเนา RF09-04-669</td> <td>ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....</td> </tr> <tr> <td>ใบยินยอม RF09-05-669</td> <td>ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-669</td> <td>ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....</td> </tr> </table>		โครงการวิจัย 669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....	เอกสารแนบท้ายสำเนา RF09-04-669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....	ใบยินยอม RF09-05-669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....	เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....
โครงการวิจัย 669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....								
เอกสารแนบท้ายสำเนา RF09-04-669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....								
ใบยินยอม RF09-05-669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....								
เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-669	ฉบับที่.....2..... วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567.....								
 <b>ลงนาม.....</b> <b>นายสมพงษ์ ชัยโภวนนท์</b> <b>กรมอนามัย</b> <b>(นายสมพงษ์ ชัยโภวนนท์)</b> <b>ประธานคณะกรรมการจิรธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย</b>									
<b>รับรองตั้งแต่วันที่ ..... 27 กุมภาพันธ์ 2567..... ถึงวันที่ ..... 26 กุมภาพันธ์ 2568.....</b>									
<b>หมายเหตุ</b> - คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการรับรอง คือ <b>ต้องรายงานความก้าวหน้าของ การวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน (RF13-01) และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่</b> 1) เมื่อมีการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย (RF18-01, RF18-02) 2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลง เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (RF12-01) 3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะกรรมการฯ ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน 4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งสาเหตุ ของการยุติโครงการวิจัยด้วย (RF14-01)									



คณะกรรมการจัดอบรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
สาขาแพทยศาสตร์  
ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า  
**มลิวัลย์ ศรีเม่วง**

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)  
“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569

(นายแพทย์จิตาพร ภานุวัฒน์)

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตาพร ภานุวัฒน์)  
ประธานคณะกรรมการจัดอบรมการวิจัยในคน  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์

(ดร. สิทธิชัย รัตนชาติ)

(รองศาสตราจารย์ แพทย์สิทธิชัย รัตนชาติ)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม



## บันทึกข้อความ

ตัวนักเขียนเสริมสุขภาพ
วันที่ ๑๕๐
วันที่ ๑ มี.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๗.๐๐ - ๗.๓๐

ส่วนราชการ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจัดการวิจัยในมนุษย์ฯ โทร ๐๒๕๕๐ ๔๗๔๗  
ที่ สธ ๐๘๗๖.๑๐/๔๗๔๗ วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจัดการวิจัยในมนุษย์ฯ โครงการร่างการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ตามหนังสือสำนักส่งเสริมสุขภาพ ที่ สธ ๐๙๒๓.๐๖/๔๗๔๕ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖  
เรื่องส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาปรับปรุงจัดการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัยหัสดิ๖๙  
เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน”ผู้วิจัยหลัก<sup>๑</sup>  
นางมลิวรรณ ศรีเมืองส่งmany คณบดีคณะกรรมการจัดการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาและ  
รับรองจัดการวิจัยจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการวิจัยดังกล่าวด้วย นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจัดการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ได้พิจารณาแล้วมีมติ  
เห็นควรรับรอง และขอส่งไปรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยฯ ตั้งแต่ว่า ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องโครงการวิจัยดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายสมพงษ์ ชัยโภวนานนท์)

นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ)

ประธานคณะกรรมการจัดการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย

A.) ผู้เชิญ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ศศิ剽ิรุติ์ สถาปัตย์ วงศ์พันธุ์ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ตำแหน่ง: ผู้อำนวยการ

๑๕.๓.๖๗

b.) ชีวะ

(นายพิรประยุทธ สาบุญถ)

ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

'๑๒ มี.ค. ๒๕๖๗'

๓) วันที่ ๑๕๐๓ ๒๕๖๗

๑๔ ล.๑.๖๑

# สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งกรมอนามัย  
ที่ ๒๔๙ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อมูลและหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ด้วยกรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศไทยในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนสุขภาพดี รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มประชาบาง เช่นกลุ่มคนพิการ ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้คนพิการมีสุขภาพดี มีทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้เหมือนบุคคลทั่วไป

ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของกรมอนามัย จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อมูลและหลักสูตร การส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อจัดทำแบบสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของคนพิการในประเทศไทยที่มีความครอบคลุม ชัดเจน สามารถนำมา ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพคนพิการได้อย่างมีคุณภาพเพื่อใช้วางแผนในการจัดทำหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ วัยทำงานทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## องค์ประกอบ

๑. นายอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์	รองอธิบดีกรมอนามัย	ที่ปรึกษา
๒. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย	ที่ปรึกษา
๓. นางปราณี วิสุทธิพันธุ์	วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษา
๔. รองศาสตราจารย์อดัม นีลุ่มเพจิตร	วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษา
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม	คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษา
๖. นางสาวดวงจิตร สมิทธินราเศรษฐ์	สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาฯ	ที่ปรึกษา
๗. นายสมศักดิ์ ปันนาค	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	ประธาน
๘. นายธนานิทร อ่อนบุญคง	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	รองประธาน
๙. นางแรกชัย สรวาสี	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑๐. ว่าที่ร้อยตรีมนต์ หวานวิจิตร	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวสังกรานต์ กัญญาเสา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑๒. นางนิริยา ตนธราธิคุณ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวกรกมล ปรปักษ์งาม	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑๔. นางปฐมา เขawanเมรา	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวสุทธาศินี จันทร์ใบเล็ก	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	คณะกรรมการ

-๒-

๑๖. นายทัพพนริศร์ ช่องกลิน	กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย	คณะทำงาน
๑๗. นางสาวสุรีย์ บุญเฉย	โรงพยาบาลศรีรัตนญา กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑๘. นางสาวศิริลักษณ์ ลวนะสกอล	โรงพยาบาลศรีรัตนญา กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑๙. นางวันวิภาดา เจริญ	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒๐. นางยศพร ดวงหริรุณอนันต์	กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	คณะทำงาน
๒๑. นายวิเชียร หัสสตาดล	สมาคมสภาคันพิการทุกประเภท แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๒. นางสาวจารุรา บัวคร	สมาคมสภาคันพิการทุกประเภท แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๓. นางอรุณวดี ลิ้มอังกุล	สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๔. นายดุลิต สมานเลา	สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๕. นายวันเสาร์ ไชยกุล	เครือข่ายคนพิการรักสุขภาพ	คณะทำงาน
๒๖. นางสาวสายใจ สกุลวงศ์ธนา	มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ	คณะทำงาน
๒๗. ผู้แทนจากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		คณะทำงาน
๒๘. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขท้องถิ่น	กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	คณะทำงาน
๒๙. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	คณะทำงาน
๓๐. ผู้แทนมูลนิธิสถาบันการดำเนินชีวิตอิสรภาพคนพิการแห่งประเทศไทย		คณะทำงาน
๓๑. ผู้แทนกลุ่มกิฬาคนพิการและคนพิเศษ สำนักการกีฬา กรมพลศึกษา		คณะทำงาน
๓๒. นางมลิวัลย์ ศรีเมือง	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะทำงาน

และเลขานุการ

หน้าที่และอำนาจ

๑. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

๒. พัฒนารูปแบบ จัดทำแบบสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ในประเทศไทยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการสำรวจ

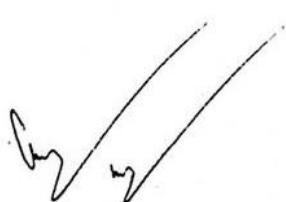
๓. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ เพื่อนำไปสู่หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับคนพิการวัยทำงานทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย

๔. ร่วมจัดทำหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการวัยทำงานทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกายในประเทศไทย

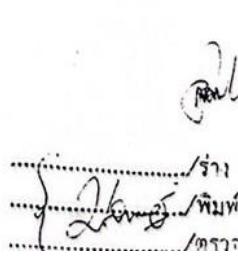
๕. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายอรุณพล แก้วสันติทัศ)  
รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน  
ลงนาม ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕



...../ร่าง  
...../พิมพ์  
...../ตรา

**แบบทดสอบก่อนการฝึกอบรม สำหรับนักส่งเสริมสุขภาพคนพิการ  
หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน**

---

1. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาญญัติ 9 ประการ
  - ก. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย กินผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ
  - ข. กินข้าวเป็นหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ดีมนนให้เหมาะสมตามวัย
  - ค. กินอาหารที่มีไขมัน อาหารหวานจัดและเค็มจัดได้พอสมควร
  - ง. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
2. ข้อใดเป็นตัวอย่างอาหารเพื่อสุขภาพใน 1 มื้อ
  - ก. ข้าวหมูแดงหมูกรอบ น้ำอัดลม ทุเรียน
  - ข. ข้าวต้มปลา น้ำเต้าหู้ไม่หวาน ผักกาดหอม
  - ค. หอยทอด ข้าวเหนียวเปียก calamai chanom ไข่มุก
  - ง. ปลาดุกฟู กาแฟเย็น กล้วยแขก
3. ข้อใดไม่ใช้วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายสำหรับคนพิการ
  - ก. เพื่อป้องกันการยืดติดของข้อหรือเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว
  - ข. เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
  - ค. เพื่อเพิ่มความทนทานและสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนให้กล้ามเนื้อ
  - ง. เพื่อเพิ่มความยืดเหยียวยางจิตใจ
4. การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด
  - ก. นายกงยู ดีมน้ำให้มากๆ ทึ่งก่อนและหลังออกกำลังกาย
  - ข. นายแบบแบบ อบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย
  - ค. นายแจ็คสัน ทานอาหารให้อิ่มจัดทึ่งก่อนและหลังออกกำลังกาย
  - ง. นายจุก กิ ออกกำลังกายอย่างหนักตลอดช่วงของการออกกำลังกาย
5. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของความเครียด
  - ก. สถานการณ์ที่เผชิญอยู่
  - ข. ความเปลี่ยนแปลงในชีวิต
  - ค. ความเจ็บป่วยของร่างกาย
  - ง. ความสุข ความสมหวังในชีวิต
6. บุคคลในข้อใด สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี
  - ก. นายณเดชน์ ค้อยระหว่างคนนินหาว่าร้ายตนเอง
  - ข. นางสาวญาญ่า คิดหาทางแก้ไขปัญหาทุกเรื่องให้ได้
  - ค. นายณภัทร ตั้งใจทำงานอย่างเป็นสุข
  - ง. นางสาวใบเฟิร์น เข้าวัดพึงธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม

7. ข้อใดกล่าวถึงแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน “ส - บ - ม” ได้ถูกต้อง
- ส - สอบดาน / บ - บำบัด / ม - หมั่นติดตาม
  - ส - สอบดาน / บ - บำบัด / ม - หมั่นประเมิน
  - ส - สอบสวน / บ - บำบัด / ม - หมั่นติดตาม
  - ส - สอบดาน / บ - บริการ / ม - หมั่นประเมิน
8. หากมีข้อสองสัย หรือต้องการปรึกษาเรื่องการเลิกสูบ สามารถโทรปรึกษาได้ที่หมายเลขใด
- 1669
  - 191
  - 1413
  - 1478
9. ข้อใดไม่ใช่สูตรลับพื้นดี 2-2-2
- แปรงพื้นอย่างน้อยนาน 2 ชั่วโมง
  - แปรงพื้นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
  - หลังแปรงพื้นแล้วไม่รับประทานอะไรเลยแม้กระทั่งน้ำเปล่า 2 ชั่วโมง
  - แปรงพื้นด้วยยาสีฟันผสมฟลูออร์丹น 2 นาที
10. ข้อใดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อสุขอนามัยที่ดีในการนอน
- ควรออกกำลังกายก่อนนอน 2 ชั่วโมง เพราะจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและหลับง่าย
  - วันเสาร์-อาทิตย์ควรตื่นนอนเวลาเดียวกับวันทำงาน
  - หากตื่นมาแฟเป็นประจำ สามารถดื่มน้ำกาแฟก่อนเข้านอนได้ เพราะร่างกายเคยชิน
  - หากนอนไม่หลับ ไม่ควรลุกออกจาก牀กิจกรรมอื่น ควรพยายามนอนจนกว่าจะหลับ

**แบบทดสอบหลังการฝึกอบรม สำหรับนักส่งเสริมสุขภาพคนพิการ  
หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน**

---

1. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาณัญญาติ 9 ประการ
  - ก. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย กินผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ
  - ข. กินข้าวเป็นหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางเมื้อ ดีมั่นให้เหมาะสมตามวัย
  - ค. กินอาหารที่มีไขมัน อาหารสหวนจัดและเค็มจัดได้พอสมควร
  - ง. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
2. ข้อใดเป็นตัวอย่างอาหารเพื่อสุขภาพใน 1 เมื้อ
  - ก. ข้าวหมูแดงหมูกรอบ น้ำอัดลม ทุเรียน
  - ข. ข้าวต้มปลา น้ำเต้าหู้มีหัวาน ส้มเชียวหวาน
  - ค. หอยทอด ข้าวเหนียวเปียกจำไาย ชานมไข่มุก
  - ง. ปลาดุกฟู กาแฟเย็น กล้วยแขก
3. ข้อใดไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายสำหรับคนพิการ
  - ก. เพื่อป้องกันการยืดติดของข้อหรือเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว
  - ข. เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
  - ค. เพื่อเพิ่มความทนทานและสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนให้กล้ามเนื้อ
  - ง. เพื่อเพิ่มความยืดเหด່ยวทางจิตใจ
4. การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด
  - ก. นายกงยู ดีมน้ำให้มากๆ ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
  - ข. นายแบบแบบ อบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย
  - ค. นายแจ็คสัน ทานอาหารให้อิ่มจัดทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
  - ง. นายจุก กิ ออกกำลังกายอย่างหนักตลอดช่วงของการออกกำลังกาย
5. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของความเครียด
  - ก. สถานการณ์ที่เผชิญอยู่
  - ข. ความเปลี่ยนแปลงในชีวิต
  - ค. ความเจ็บป่วยของร่างกาย
  - ง. ความสุข ความสมหวังในชีวิต
6. บุคคลในข้อใด สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี
  - ก. นายณเดชน์ ค่อยระวังคนนินทาไว้ร้ายตนเอง
  - ข. นางสาวญาณ่า คิดหาทางแก้ไขปัญหา กับทุกเรื่องให้ได้
  - ค. นายณภัทร ตั้งใจทำงานอย่างเป็นสุข
  - ง. นางสาวใบเฟิร์น เข้าวัดพึงธรรมแม่จะไม่อายากเข้ากีดกัน

7. ข้อใดกล่าวถึงแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน “ส - บ - ม” ได้ถูกต้อง
- สอบตาม / บ - บำบัด / ม - หมั่นติดตาม
  - ส - สอบตาม / บ - บำบัด / ม - หมั่นประเมิน
  - ส - สอบสวน / บ - บำบัด / ม - หมั่นติดตาม
  - ส - สอบตาม / บ - บริการ / ม - หมั่นประเมิน
8. หากมีข้อสองดัง หรือต้องการปรึกษาเรื่องการเลิกสูบ สามารถโทรปรึกษาได้ที่หมายเลขใด
- 1669
  - 191
  - 1413
  - 1478
9. ข้อใดไม่ใช่สูตรลับพื้นดี 2-2-2
- แปรงพื้นอย่างน้อยนาน 2 ชั่วโมง
  - แปรงพื้นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
  - หลังแปรงพื้นแล้วไม่รับประทานอะไรเลยแม้กระถั่งน้ำเปล่า 2 ชั่วโมง
  - แปรงพื้นด้วยยาสีฟันผสมฟลูออร์ไดร์นนาน 2 นาที
10. ข้อใดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อสุขอนามัยที่ดีในการนอน
- ควรออกกำลังกายก่อนนอน 2 ชั่วโมง เพราะจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและหลับง่าย
  - วันเสาร์-อาทิตย์ควรตื่นนอนเวลาเดียวกับวันทำงาน
  - หากดื่มกาแฟเป็นประจำ สามารถดื่มกาแฟก่อนเข้านอนได้ เพราะร่างกายเคยชิน
  - หากนอนไม่หลับ ไม่ควรลุกออกจาก牀去做运动 ควรพยายามนอนจนกว่าจะหลับ

แบบประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

คำอธิบาย แบบประเมินฉบับนี้มีทั้งหมด ๒ ตอน ขอให้ผู้ตอบแบบประเมินตอบให้ครบถ้วน ๒ ตอน เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ต่อไป

**ตอนที่ ๑ สถานภาพทั่วไป**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความ หรือเติมข้อมูลให้ครบถ้วน

๑. เพศ

หญิง  ชาย

๒. อายุ ..... ปี

๓. สถานภาพ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> โสด            | <input type="checkbox"/> สมรสอยู่ด้วยกัน            |
| <input type="checkbox"/> สมรสแยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน |
| <input type="checkbox"/> หม้ายหย่าร้าง  | <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....        |

๔. ระดับการศึกษา

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา          | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย | <input type="checkbox"/> ปวช.                | <input type="checkbox"/> ปวส.             |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี         | <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |   |

๕. พักอาศัยอยู่กับใคร

- |  |                                  |                               |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> คนเดียว             | <input type="checkbox"/> พ่อ/แม่ | <input type="checkbox"/> ญาติ |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล (จ้าง)      |                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |                                  |                               |

๖. มีความบกพร่องในอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและทางร่างกายส่วนไหน

(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> อัมพฤกษ์ซึ่งช้ำยอ่อนแรง             | <input type="checkbox"/> อัมพฤกษ์ซึ่งขาวอ่อนแรง               |
| <input type="checkbox"/> อัมพฤกษ์อ่อนแรงตั้งแต่คอลงไปถึงเท้า | <input type="checkbox"/> อัมพฤกษ์อ่อนแรงตั้งแต่ตื้อกไปถึงเท้า |
| <input type="checkbox"/> อัมพฤกษ์อ่อนแรงตั้งแต่เอวไปถึงเท้า  |   |

- สมองพิการ (ซี.พี) กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรงหรือมีทั้งเกร็งและอ่อนแรง มีข้อบิดติด  
 มือ .....  เท้า.....  
 แขน.....  ขา.....  
 อื่น ๆ ลักษณะความพิการที่พบ เช่น การผิดรูป/เตี้ยผิดปกติ โปรดระบุ.....

๗. อุปกรณ์ที่ใช้เพื่อการเคลื่อนไหว

- วอกเกอร์  ไม้ค้ำยัน  ไม้เท้า  
 ขาเทียม  แขนเทียม  อุปกรณ์ช่วยเดินชนิดสีขา  
 อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อหรือรถวีลแชร์ (Wheelchair)  
 รถวีลแชร์แบบขับเคลื่อนด้วยแรงคน (Manual Wheelchair)  
 รถวีลแชร์แบบขับเคลื่อนด้วยเครื่องกล (Electric Wheelchair)  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ตอนที่ ๒ ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ต่อการเข้าร่วมโครงการ  
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ของท่าน  
 เพียงระดับเดียว

ประเด็นความคิดเห็น	ความรู้ความเข้าใจ				
	มากที่สุด ๕	มาก ๔	ปานกลาง ๓	น้อย ๒	น้อยที่สุด ๑
ด้านความพึงพอใจในหลักสูตร					
ก่อนการอบรม					
๑. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมากน้อยเพียงใด					
หลังการอบรม					
๑. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมากน้อยเพียงใด					
๒. หลักสูตรนี้มีความน่าสนใจมากน้อยเพียงใด					
๓. หลักสูตรนี้ตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด					
๔. ท่านคิดว่าได้รับความรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรนี้มากน้อยเพียงใด					
๕. เวลาที่กำหนดในหลักสูตรนี้มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
๖. หลักสูตรนี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ ในชีวิตประจำวันของท่านมากน้อยเพียงใด					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

.....  
.....  
.....  
.....

กลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

## แบบประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้

### หลักสูตร การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน (version 1)

Module ย่ออยู่ที่..... ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาและรายละเอียดอย่างไร?

- ด้านเนื้อหา
- .....

- ด้านกระบวนการเรียนรู้
- .....

- ด้านการประเมินผล
- .....

- ข้อเสนอแนะอื่นๆ
- .....

ขอบคุณสำหรับข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ทางคณะผู้จัดทำหลักสูตรจะได้นำข้อเสนอแนะจากท่านเพื่อไปปรับปรุงหลักสูตรเพื่อสามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายให้มีประสิทธิภาพต่อไป