

(โครงร่าง)

“การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน”

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

คำนำ

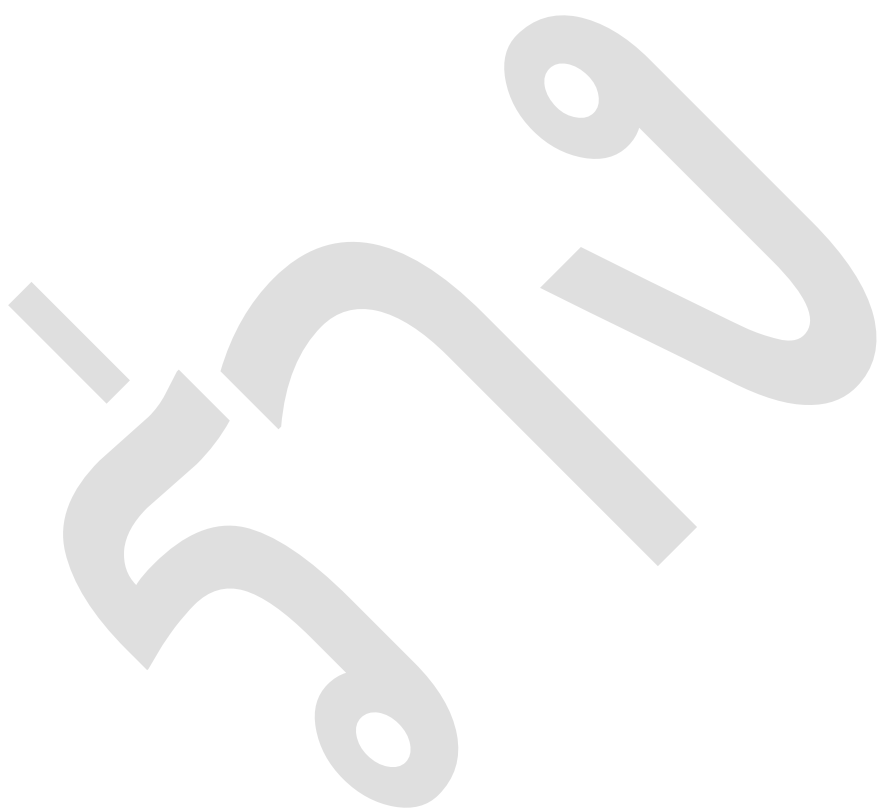
การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน (13 ชั่วโมงสุขภาพดี มีไว้ใช้) โดยเนื้อหาในหลักสูตรประกอบด้วยหลักการส่งเสริมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ 1น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และด้านการนอน หลักสูตรนี้สำหรับผู้รับผิดชอบงานหรือผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นเครื่องมือเพื่อขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน และเพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ตลอดจนผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ใช้ชีวิตอิสระและสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

การดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้รับผิดชอบงานคนพิการจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมอนามัยและภาคีเครือข่ายจากภาครัฐและเอกชนที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น เพิ่มเติมและปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงทีมงานทุกท่านที่ร่วมดำเนินการศึกษา

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน ใช้เพื่อขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการต่อไป

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ 1 บทนำ.....	1 - 4
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
นิยามศัพท์.....	3 - 4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5 - 110
คนพิการ.....	5 - 62
แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ.....	62 - 75
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	75 - 96
ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร.....	96 - 97
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1พ.1น.....	97 - 107
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	107 - 109
กรอบแนวคิดการศึกษา.....	110
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	111 - 144
วิธีการศึกษา.....	111 - 112
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	112
เกณฑ์การคัดเข้า – เกณฑ์การคัดออก.....	112
เครื่องมือในการศึกษา.....	112 - 113
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	113 - 144
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	144



บทที่ 1

บทนำ

“การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน”

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

“คนพิการ” เป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อาทิเช่น มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่งเพื่อให้สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้อย่างบุคคลทั่วไป (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550) จากข้อมูล สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย ในปี 2566 พบว่า มีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2,204,207 คน (ร้อยละ 3.33 ของประชากรทั้งประเทศ) แบ่งเป็นคนพิการเพศชาย จำนวน 1,147,854 คน (ร้อยละ 52.07) และเพศหญิง จำนวน 1,056,353 คน (ร้อยละ 47.92) เมื่อวิเคราะห์ ตามอายุ พบว่า คนพิการวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,265,746 คน รองลงมาเป็นคนพิการวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) มีจำนวน 859,555 คน (ร้อยละ 57.42 และ 38.99 ของจำนวนคนพิการทั้งหมด ตามลำดับ) จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์ตามประเภทความพิการ พบว่า คนพิการวัยสูงอายุและวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุดร้อยละ 44.05 และร้อยละ 58.20 ของจำนวนคนพิการวัยสูงอายุและวัยทำงาน ตามลำดับ (สถานการณ์คนพิการ ณ 30 มิถุนายน 2566 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ทั้งนี้กลุ่มคนพิการที่กล่าวมาข้างต้นยังขาดความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน (อายุระหว่าง 20 – 59 ปี) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.75 และเพศหญิง ร้อยละ 34.25 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50–59 ปี ร้อยละ 43.25 สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 61.98 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ คือ มีรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร ร้อยละ 60.58 ในส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 47.50 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. ในรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม ได้แก่ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารปรุงสุก ร้อยละ 70.25 (2) มีความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 74.75 และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 95.5 (3) มีพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา

หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.50 และ 70.75 ตามลำดับ ในส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1พ.1น. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ (1) การรับประทานผักอย่างน้อย 5 ทับพีต่อวัน ร้อยละ 65.75 (2) การรับประทานอาหารเช้า ทอด/แกงกะทิ/ผัด ร้อยละ 95.50 (3) การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 76.75 (4) การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.75 (5) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันและการไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 54.50 และ ร้อยละ 88.75 ตามลำดับ (6) การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ 57.75 สอดคล้องกับสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยทุกคนที่สำรวจโดย กรมอนามัย ปี 2560 จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า ประชากรไทยวัยทำงาน (15 – 59 ปี) ร้อยละ 49 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ไม่ดี โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ (รู้วิธีการสืบค้นหาข้อมูล และเลือกแหล่งข้อมูล) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (สามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูล) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (การปฏิรูปด้านสาธารณสุข : ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy (กรมอนามัย, 2560) ดังนั้น ประเด็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสี่สิ่งที่เป็นสาเหตุทำให้คนพิการไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนอกจากสาเหตุทางข้อจำกัดด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวแล้ว ประเด็นที่สำคัญอีกอย่างคือการมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายและ คิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และอาจเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อความพิการทางร่างกายที่เป็นอยู่ บางครั้งคิดว่าพิการแล้วจะออกกำลังกายไปทำไม รวมถึงประสบการณ์ภายในบุคคลพฤติกรรมปฏิบัติและการเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน หรือสถานการณ์เดียวกันคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดี จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ และการขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคมก็ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายด้วย (ภรธิดา พงศ์พนัส และคณะ, 2560) สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ จุดแข็ง (Strengths) - จุดอ่อน (Weakness) ปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการในแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพคนพิการยังมีจุดอ่อน (Weakness) ที่ต้องพัฒนาหลายประการ เช่น คนพิการและผู้ดูแลคนพิการยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการบางประเภท และผู้เกี่ยวข้องเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่มีช่องทางในการสื่อสารในสถานที่ราชการและเอกชน นอกจากนี้ยังพบว่า คนพิการ ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพน้อย ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการมากกว่าการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ รวมไปถึงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บางพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพคนพิการ ทำให้ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพคนพิการเท่าที่ควร เป็นต้น ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะมีการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพคนพิการผ่านตัวชี้วัด การตรวจราชการ และการนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข แต่ข้อมูลที่ได้จากการติดตามตัวชี้วัดการตรวจราชการด้านคนพิการขาดความครบถ้วนข้อมูลไม่ตรงกัน เนื่องจากการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อยครั้ง 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 เป็นเรื่องที่ควรตระหนักในการป้องกันภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะยาว ป้องกันความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง แผลกดทับ เป็นต้น ดังนั้น คนพิการควรมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควรเน้นการสร้างความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี และเรื่อง Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments ที่จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีสุขภาพดีน้อยกว่าคนปกติทั่วไปและมีอัตราพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่าคนปกติ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดี การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการป้องกันภาวะเจ็บป่วยขั้นทุติยภูมิที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อคนพิการที่จะช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตควรส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนของชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยรวมถึงกลุ่มเปราะบางให้มีสุขภาพดี จึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเป็นเครื่องมือ ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดการเจ็บป่วยในโรคที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นสุข

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสุขภาวะเบื้องต้นด้วยตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพฟัน และด้านการนอน

1.3 นิยามศัพท์

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน หมายถึง คนที่มีความบกพร่อง หรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบการทำงาน มือ เท้า แขน ขา หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน เช่น การแปรงฟัน

การแต่งตัว การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ไม่สามารถพลิกตัวได้ นอนติดเตียง หรือนั่งรถเข็นตลอด เนื่องจากเดินไม่ได้ และนำไปสู่การมีข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี

3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. หมายถึง การทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. (อ.ออกกำลังกาย อ.อาหาร อ.อารมณ์) 2ส. (ส.ไม่สูบบุหรี่ ส.ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) 1ฟ. (ฟ.ดูแลสุขภาพฟัน) และ 1น. (การนอนหลับพักผ่อน)

การพัฒนาหลักสูตร หมายถึงกระบวนการที่มีระบบเป็นเหตุเป็นผลในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้ดีขึ้น หรือกระบวนการในการจัดทำหลักสูตรเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล และสภาพสังคม รวมทั้งมีการนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินหลักสูตร ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมรับผิชอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คำนึงถึงกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับเริ่มตั้งแต่การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาหลักสูตร การยกร่างสร้างหลักสูตร การทดลองใช้หลักสูตร และการประเมินหลักสูตร รวมไปถึงการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดีที่สุด

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็นในการพัฒนา รวมทั้งศึกษาสถานการณ์หลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

โดยศึกษาจาก 1).ข้อมูลรายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2).ข้อมูลผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในพื้นที่ 5 จังหวัด ในประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร 3).ข้อมูลจาก เอกสาร ตำรา บทความ เว็บไซต์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.4.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย สัญชาติไทย อยู่ในช่วงวัยทำงาน อายุระหว่าง 15 – 59 ปี

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ประเทศไทย

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.5.1 ได้หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน
- 1.5.2 สร้างการมีส่วนร่วม ภาควิชาช่วยในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

ร่าง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา “การสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

2.1 คนพิการ

2.1.1 ความหมายของคนพิการ

2.1.2 ประเภทของคนพิการ

2.1.3 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

2.1.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวมถึงสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

2.2.1 ความหมายของสุขภาพ

2.2.2 ความหมาย แนวคิด และหลักการส่งเสริมสุขภาพ

2.2.3 วิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพ

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร

2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1พ.1น.

2.6 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.7 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1. คนพิการ

2.1.1 ความหมายของความพิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) ได้ให้ความหมายของผู้พิการ (Disability) ไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ก็ตาม โดยวิธีการหรือโดยวิธีของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกิดจากความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา หรือแม้กระทั่งจิตใจ ส่งผลให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือทำอะไรที่สอดคล้องเหมาะสมกับ วัย เพศ และสิ่งแวดล้อม สังคม (อ้างใน พนิดา ศรีใจ, 2562)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) อธิบายคำนิยามของคำว่า "คนพิการ" (disabled persons) ไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Declaration on the Rights of Disabled Persons) ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนในด้านสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในฐานะปัจเจกบุคคลหรือในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเกิดมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) กล่าวว่า “ความพิการ” เป็นคำที่ครอบคลุมถึงความทุพพลภาพ หรือการมีข้อจำกัดในการกระทำและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ โดยมีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล มาเป็นตัวกำหนดอุปสรรคหรือความคล่องตัวในการทำงานของร่างกาย (อ้างใน มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ, 2556)

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

ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ พุทธศักราช 2541 ให้ความหมาย คนพิการหรือทุพพลภาพ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสมควรที่จะได้รับสิทธิและโอกาสในการพัฒนาให้เต็มศักยภาพ ได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ด้วยความเสมอภาค ได้รับข้อมูลข่าวสารสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับความพิการและได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

สำหรับในประเทศไทย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้ให้คำยามศัพท์ของคำว่า “คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550)

พูนพิศ อมาตยกุล และคณะ ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง ความบกพร่อง หรือการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และ(หรือ) จิตใจ ทำให้มีข้อจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งในการเรียนรู้ การสื่อความหมาย (การฟัง พูด อ่าน เขียน) การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และการสร้างสัมพันธภาพกับคนในสังคม ซึ่งบุคคลหนึ่งๆ อาจจะมี ความบกพร่องและข้อจำกัดอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างก็ได้ (พูนพิศ อมาตยกุล และคณะ, 2549 : 14)

นิธินันท์ โคกคาน ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพร่างกาย สติปัญญา จิตใจและสังคม จนเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือไม่สามารถปฏิบัติการกิจประจำวัน ศึกษาเล่าเรียนหรือประกอบอาชีพได้อย่างคนปกติอย่างชั่วคราวหรือถาวร (นิธินันท์ โคกคาน, 2547 : 14)

จากการศึกษาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า “คนพิการ” หมายถึง เป็นบุคคลที่มีความบกพร่อง มีข้อจำกัด หรือขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกาย หรือภาวะทางจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม เช่น ความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา รวมทั้งในการ

เรียนรู้ การสื่อความหมาย (การฟัง พูด อ่าน เขียน) เป็นต้น ซึ่งบุคคลหนึ่งๆ อาจมีความบกพร่องและข้อจำกัดอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างก็ได้ จนเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้ไม่อาจแสดงบทบาท หรือทำอะไรที่สอดคล้องเหมาะสมกับ วัย เพศ และสิ่งแวดล้อม สังคม จึงมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่ง ด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างเช่นบุคคลทั่วไป โดยคนพิการถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสมควรที่จะได้รับสิทธิและโอกาสในการพัฒนาให้เต็มศักยภาพ รวมทั้งได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองด้วยความเสมอภาค ได้รับข้อมูลข่าวสารสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับความพิการ และได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันเช่นเดียวกับคนทั่วไปในสังคม

2.1.1 ประเภทของคนพิการ

สาเหตุของความพิการ

จากการศึกษาของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้จำแนกสาเหตุและลักษณะของความพิการในทางการแพทย์ไว้ ดังนี้ (ปราณี ประไพวัชรพันธ์, 2551: 12)

1. ความพิการแต่กำเนิด
2. โรคติดต่อทำให้เกิดความพิการได้หลายทาง เช่น ไขสันหลังอักเสบ
3. โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคระบบการเคลื่อนไหว เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ ความพิการ จากกระดูกกล้ำเนื้อ อัมพาต โรคหัวใจ เป็นต้น
4. โรคจิตต่าง ๆ เช่น โรคประสาทซึมเศร้า โรคประสาทชนิดย้ำคิดย้ำทำ
5. โรคพิษสุราเรื้อรังและการติดสารเสพติดต่าง ๆ
6. ภัยอันตราย การบาดเจ็บ และอุบัติเหตุต่าง ๆ
7. ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารเป็นอันตรายที่ก่อให้เกิดความพิการ เช่น ตาบอด สมอ
พิการตั้งแต่อยู่ในครรภ์
8. สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่
 - 8.1 สิ่งแวดล้อม เช่น การได้ยินเสียงอึกทึกเป็นประจำ
 - 8.2 การฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย เช่น การผูกคอตาย
 - 8.3 คดีอาชญากรรม เช่น การถูกยิงที่ไขกระดูกสันหลังทำให้เป็นอัมพาต
 - 8.4 จากการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี เช่น กินยาผิด ฉีดยาผิด

ประเภทของความพิการ

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 กำหนดประเภทความพิการไว้ 7 ประเภท ดังนี้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550)

1. ความพิการทางการเห็น หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเห็น ได้แก่

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

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

2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

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

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

3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย หลักเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

3.1 ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

3.2 ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้อารมณ์หรือความคิด

5. ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

6. ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณหรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

7. ความพิการทางออทิสติก ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

นายจรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ ว่า ได้ลงนามประกาศ กระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552 และประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำ แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ.2552 กำหนดประเภทของคณพิการออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น
2. การได้ยิน
3. ทางสติปัญญา
4. ทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ
5. ทางการเรียนรู้
6. ทางการพูด และภาษา
7. ทางพฤติกรรม หรืออารมณ์
8. ออทิสติก
9. และพิการซ้อน

ประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศ กำหนดในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2552 (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คณพิการแห่งชาติ [พก.], 2556) ได้แบ่งประเภทของคณพิการเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. ความพิการทางการมองเห็น
2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
4. ความพิการทางจิตใจหรือออทิสติก
5. ความพิการทางสติปัญญา
6. ความพิการทางการเรียนรู้

ประเภทของคณพิการโดยคณะกรรมการร่วมขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติหรือยูนิเซฟ (UNICEF) ได้กำหนดประเภทของเด็กพิการ ดังนี้ (วัลลภา บุญรอด และคณะ, 2548 : 4)

1. ตาบอด
2. มองเห็นได้อย่างเลื่อนกลางหรือบางส่วน
3. มีความบกพร่องทางการได้ยิน
4. ปัญญาอ่อน
5. มีความพิการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวซึ่งเกิดจากความพิการทางสมอง แขน ขา และลำตัว
6. มีความบกพร่องทางการพูดและการใช้ภาษา
7. มีปัญหาทั้งด้านการเรียนรู้เฉพาะด้าน (Learning Disabilities)
8. มีปัญหาทางพฤติกรรมต่าง ๆ
9. เรียนหนังสือได้ช้า
10. มีปัญหาความพิการซ้ำซ้อน

โดยได้ให้ความหมายของความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกาย หมายถึง

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของมือ เท้า แขน ขา

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน

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

ทั้งนี้ จากพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 19 ที่กล่าวว่า “เพื่อประโยชน์ในการได้รับสิทธิตามมาตรา 20 คนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการที่ทะเบียนกลาง หรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงานทะเบียนกลาง สำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”(พก.,2556) ซึ่งจะ使人พิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ต่างๆ ตามกฎหมายตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐ โดยผู้ที่มีขอมีบัตรประจำตัวคนพิการนั้น จำเป็นต้องผ่านเกณฑ์การประเมินความพิการและได้รับใบรับรองความพิการจากแพทย์ก่อน จึงจะนำหลักฐานต่างๆ ไปยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งตั้งอยู่ที่ศาลากลางจังหวัดทุกจังหวัด โดยเกณฑ์การประเมินและวินิจฉัยความพิการด้านการเคลื่อนไหว และร่างกาย มีดังนี้

1. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

1.1 แขนหรือขาอ่อนแรงจากสาเหตุต่างๆ เช่น อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางสมอง อุบัติเหตุไขสันหลัง มะเร็ง โรคติดเชื้อที่สมอง หรือไขสันหลัง ภาวะผิดปกติทางสมองหรือไขสันหลัง ตั้งแต่กำเนิด

1.2 แขน ขา ขาด จากสาเหตุต่างๆ เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุ มะเร็ง แขน ขา ขาดหายตั้งแต่กำเนิด

1.3 โรคข้อ หรือกลุ่มอาการปวด เช่น รูมาตอยด์ ข้อเข่าเสื่อม

1.4 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนื่อยง่าย จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคปอด

โดยมีหลักการวินิจฉัยเพื่อลงความเห็นว่ามี ความบกพร่องหรือความพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

1. กรณีแขนขาขาด ให้วินิจฉัยได้ทันที

2. กรณีอ่อนแรงของแขนหรือขา จากโรคหลอดเลือดสมอง โรคของสมอง อุบัติเหตุทางสมอง หรือไขสันหลัง หรือโรคทางระบบประสาท ทั้งหมดต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หรืออยู่ในดุลพินิจของแพทย์ เช่น ถ้าแพทย์ผู้นั้นมีความมั่นใจ สามารถวิเคราะห์ได้ว่าเป็นความพิการที่ถาวร แล้วก็อาจออกเอกสารรับรองความพิการได้ก่อน

3. กรณีอ่อนแรงของแขนหรือขา จากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่อยู่ในระหว่างการรักษาหรือฟื้นฟูให้แพทย์ที่เป็นผู้รักษา และ/หรือ ฟื้นฟูเท่านั้นเป็นผู้พิจารณาออกเอกสารรับรองความบกพร่อง โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค การทำนายโรคและข้อมูลอื่นๆ ประกอบ ซึ่งใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว

4. กรณีที่ยังอยู่ระหว่างการฟื้นฟู โดยที่แพทย์ผู้รักษาการฟื้นฟูวินิจฉัยแล้วว่าสามารถรักษาและฟื้นฟูได้ ให้แพทย์ลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนและลงบันทึกในส่วน “ความเห็นอื่นๆ ระบุ” ของเอกสารรับรองความพิการ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับนายทะเบียนพิจารณาต่อไป

5. โรคลมชักที่ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรักษา แต่บางครั้งมีอาการชัก จะประเมินว่าเป็นคนพิการได้ ต้องมีภาวะแขนหรือขาอ่อนแรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะพิจารณาว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว

6. โรคบางโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องที่ผิวหนังบริเวณใบหน้า ลำตัว หรือแขนขา แล้วมีผลต่อสภาพลักษณะภายนอกที่เห็นด้วยตาเปล่าอย่างเด่นชัด หรือมีผลต่อการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ตามร่างกาย เช่น โรคหนังแข็ง (Scleroderma) โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เด็กดัดแต่ (Epidermolysis) โรคเท้าแสบปม (Neurofibroma) โรคตุ่มน้ำพองใส (Pempigus, Pempigoid) โรคต่างขาว (Vitiligo) คนเผือก (Albanism) เป็นต้น ให้ประเมินตามแนวทางการตรวจประเมินความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย หากยังไม่ตรงตามเกณฑ์การประเมิน แต่ความบกพร่องนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการร่วมกิจกรรมทางสังคมให้ระบุความบกพร่องที่ตรวจพบในเอกสารรับรองความพิการ ช่องผลการประเมินและสรุปผลการวินิจฉัยว่าไม่มีความพิการ แล้วส่งต่อนายทะเบียน เพื่อประเมินข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมต่อไป

2. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางร่างกาย ประกอบด้วย

2.1 ภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นชัดเจน เช่น คนแคระที่มีขนาดลำตัวสั้นมากจนมีผลกระทบต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม

2.2 ใบหน้า หรือศีรษะที่ผิดปกติ เช่น หู ตา จมูก ปาก ที่ผิดปกติ ผิดตำแหน่ง ผิดขนาด อาจจากสาเหตุอุบัติเหตุ ไฟไหม้ หรือโดนสารเคมี เช่น น้ำกรด มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ภายนอกอย่างรุนแรง

2.3 คอ หลัง ลำตัว ผิดปกติหรือผิดปกติ เช่น กรณีหลังคด หรือผิดปกติอย่างรุนแรง (กรณีต้องมีการตรวจประเมินว่าไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วหรือผู้ป่วยไม่ยินยอมผ่าตัด)

ซึ่งหลักเกณฑ์วินิจฉัยทั้งหมด มีแนวทางการตรวจร่างกาย 3 แนวทาง ดังนี้

1. ตรวจร่างกายภาพลักษณ์ภายนอก รูปร่าง ใบหน้า ศีรษะ ลำตัว
2. ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ในกรณีมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. ตรวจการเคลื่อนไหวของมือ แขน ขา เท้า

โดยมีวิธีการประเมินการทำงานของมือ เท้า แขน ขา เพื่อช่วยทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ (1) การประเมินการจับแก้วน้ำที่มีน้ำอยู่ 2 ใน 3 ของแก้ว เพื่อตักน้ำในข้างที่บกพร่อง หากแก้วน้ำตก มือสั่น หรือน้ำหกเรี่ยราด ให้ถือว่ามีความพิการ (2) การประเมินจากการเดิน โดยให้เดิน 10 ก้าว หรือไม่เกิน 10 เมตร โดยไม่มีเครื่องช่วยเดิน หากเดินไม่ถึง เหนื่อยหอบ ล้มบ่อย สั่น เกร็ง ปลายเท้าตก หรือมีข้อเท้ายึดติดมากในท่าเขย่ง รวมถึงขา 2 ข้าง ยาวต่างกันมากกว่า 5 เซนติเมตร ให้ถือว่ามีความพิการ นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการประเมินความพิการเชิงประจักษ์ที่นายทะเบียนสามารถพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ โดยไม่ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินจากแพทย์ ได้แก่ แขนขาดตั้งแต่ข้อมือขึ้นมา หรือขาขาดตั้งแต่ข้อเท้าขึ้นมา ข้างเดียว หรือหลายข้าง

2.1.3 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย (ณ 31 มิถุนายน 2566)

ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการที่นับจากจำนวนคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการแล้วตามข้อมูลสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 มิถุนายน 2566 ทั้งหมดจำนวน 2,204,207 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ของประชากรทั้งประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 1,147,854 คน ร้อยละ 52.07 เพศหญิง 1,056,353 คน ร้อยละ 47.92 โดยแยกออกเป็นรายภาค ดังนี้

1. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 859,456 คน ร้อยละ 39.14
2. ภาคเหนือ จำนวน 494,000 คน ร้อยละ 22.33
3. ภาคกลางและภาคตะวันออก จำนวน 465,771 คน ร้อยละ 21.12
4. ภาคใต้ จำนวน 280,021 คน ร้อยละ 12.66
5. กรุงเทพมหานคร จำนวน 104,958 คน ร้อยละ 4.75

โดยวิเคราะห์ตามประเภทความพิการ ดังนี้

1. ทางเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 1,130,067 คน ร้อยละ 51.27
2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 410,126 คน ร้อยละ 18.61
3. ทางการเห็น จำนวน 184,622 คน ร้อยละ 8.38
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 169,134 คน ร้อยละ 7.67
5. ทางสติปัญญา จำนวน 147,137 คน ร้อยละ 6.68
6. พิกการมากกว่า 1 ประเภท จำนวน 124,595 คน ร้อยละ 5.65
7. ออทิสติก จำนวน 20,939 คน ร้อยละ 0.95
8. ทางการเรียนรู้ จำนวน 15,528 คน ร้อยละ 0.70

วิเคราะห์ตามอายุและประเภทความพิการ

- คนพิการอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1,265,746 คน ร้อยละ 57.42
- คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 15 - 59 ปี มีจำนวน 859,555 คน ร้อยละ 38.99
- คนพิการที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15 - 21 ปี มีจำนวน 73,103 คน ร้อยละ 3.31
- คนพิการที่อยู่ในช่วงวัยเรียน อายุระหว่าง 6 - 14 ปี มีจำนวน 14,401 คน ร้อยละ 0.65
- คนพิการที่อยู่ในช่วงปฐมวัย อายุระหว่าง 0 - 5 ปี มีจำนวน 12,152 คน ร้อยละ 0.55

วิเคราะห์ตามสาเหตุความพิการ

- อันดับที่ 1 แพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการ จำนวน 933,241 คน ร้อยละ 42.34
- อันดับที่ 2 ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 583,539 คน ร้อยละ 26.47
- อันดับที่ 3 ความเจ็บป่วย/โรคอื่น ๆ จำนวน 488,880 คน ร้อยละ 22.18
- อันดับที่ 4 อุบัติเหตุ จำนวน 181,102 คน ร้อยละ 8.22
- อันดับที่ 5 กรรมพันธุ์/พันธุกรรม จำนวน 16,274 คน ร้อยละ 0.74
- อันดับที่ 6 พิกการแต่กำเนิด จำนวน 1,171 คน ร้อยละ 0.05

การศึกษาของคนพิการ

1. คนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 7,010 คน ร้อยละ 0.32 (ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ) แบ่งเป็น

- อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน จำนวน 775 คน (ร้อยละ 0.04 ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา)
- คนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 10,031 คน (ร้อยละ 0.46 ของคนพิการ ที่ไม่ได้รับการศึกษา)

2. คนพิการที่ได้รับการศึกษา จำนวน 1,732,769 คน ร้อยละ 79.03 (ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ) ได้แก่

- อันดับ 1 ประถมศึกษา จำนวน 1,409,167 คน ร้อยละ 63.93
- อันดับ 2 มัธยมศึกษา จำนวน 1213,269 คน ร้อยละ 9.68
- อันดับ 3 ประกาศนียบัตรวิชาชีพการศึกษา จำนวน 44,783 ร้อยละ 2.03

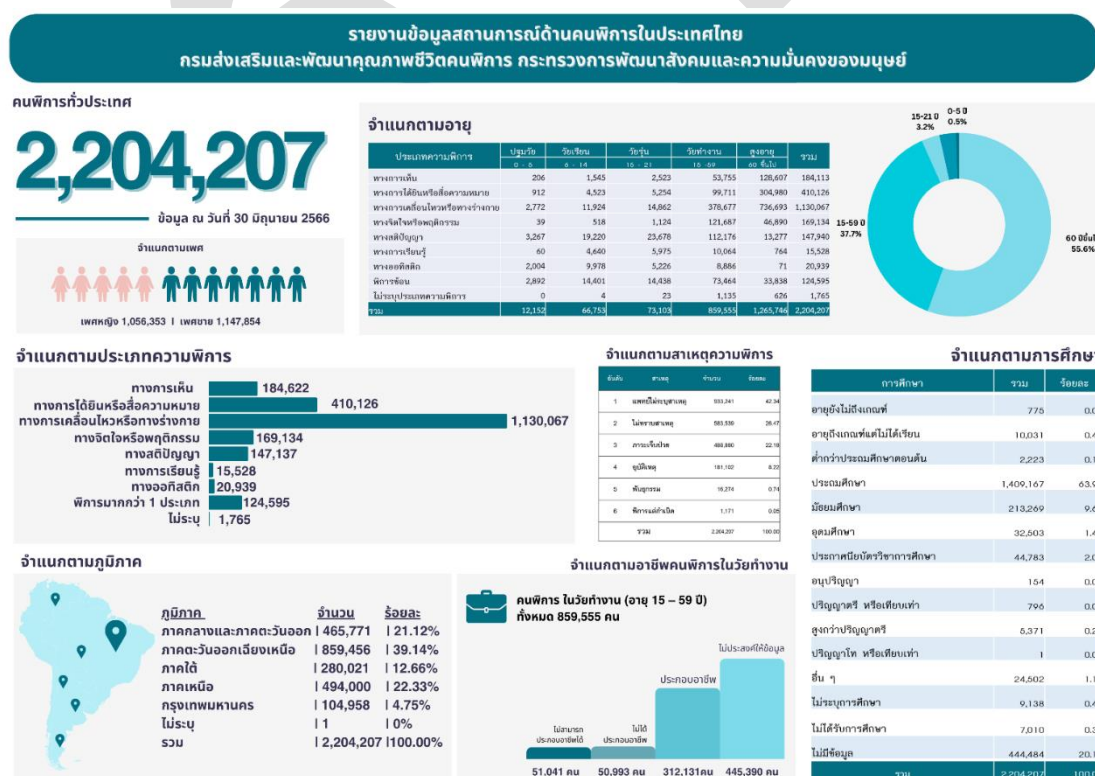
อันดับ 4 อุดมศึกษา จำนวน 32,503 คน ร้อยละ 1.47

อันดับ 5 ไม่ระบุการศึกษา จำนวน 9,138 คน ร้อยละ 0.41

อาชีพของคนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน

คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) จำนวน 859,555 คน

1. คนพิการประกอบอาชีพ จำนวน 312,131 คน ร้อยละ 36.31 (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
2. คนพิการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 50,993 คน ร้อยละ 5.93 (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
3. คนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 51,041 คน ร้อยละ 5.93 (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
4. คนพิการที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล จำนวน 445,390 คน ร้อยละ 51.81 (ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด)
5. การประกอบอาชีพของคนพิการ เกษตรกรรม จำนวน 166,699 คน ร้อยละ 53.41 รับจ้างทั่วไป จำนวน 74,707 คน ร้อยละ 23.93 ไม่ระบุ จำนวน 13,912 คน ร้อยละ 4.46 ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ จำนวน 20,278 คน ร้อยละ 6.75 ลูกจ้างภาคเอกชน/พนักงานบริษัท จำนวน 12,801 ร้อยละ 4.10 อื่น ๆ จำนวน 19,025 คน ร้อยละ 6.10 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 4,144 คน ร้อยละ 1.33 และกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ค้าขาย จำนวน 565 คน ร้อยละ 0.18 ตามลำดับ (รายงานข้อมูลสถานการณ์ประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ)



จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มคนพิการที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี และคนพิการวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 38.99 และร้อยละ 57.42 ของจำนวนคนพิการอายุ 15 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ซึ่งคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นกลุ่มคนพิการกลุ่มหนึ่งที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการถูกจำกัดความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เช่น การได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นต้น กล่าวคือความพิการที่เกิดกับร่างกายนั้นมักถูกทำให้รู้และเข้าใจว่า ความพิการเป็นภาวะที่บุคคลไร้ความสามารถและนำมาซึ่งภาระต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ทุนในมนุษย์หนึ่งคนที่มีต่อประเทศชาติ ถูกมองข้ามไปอย่างน่าเสียดาย (วีรศักดิ์ จันทร์ส่องแสง, 2550) และลดการจ้างงาน รวมถึงการมีอุปสรรคในการประกอบอาชีพด้วยตนเอง ส่งผลให้คนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการไม่มีงานทำโดยปริยาย คนพิการจึงมีความยากลำบากในการดูแลตนเองทั้งหมดหรือบางส่วนที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติหรือการใช้ชีวิตในสังคม (เนตรนภา ขุมทอง, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา นิลประพันธ์ (2548) เรื่องรูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ปัญหาคนพิการส่วนใหญ่คือ ปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ ผลกระทบอีกประการได้แก่ การกระทบต่อการศึกษาของคนพิการ กล่าวคือ ปัจจุบัน คนพิการส่วนใหญ่จะไม่ได้ได้รับการศึกษาเลย อันเนื่องมาจากความยากจนและความไม่พร้อมของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายในการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการที่มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การจัดสภาพห้องเรียนให้เหมาะสมกับคนพิการทางกาย เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการทางการมองเห็นทางกายและการเคลื่อนไหว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างโดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.8, 93.8, 71.9, 95.3 และ 87.5 ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพคนพิการที่ศึกษาเป็นคนพิการทางการมองเห็น ทางกายและการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมบางประการ โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองที่ลดลงหรือทำไม่ได้ดังข้อมูลส่วนบุคคลที่ พบว่า คนพิการส่วนมากไม่ได้ทำงานและไม่มีรายได้ (ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 58.8 ตามลำดับ) ขณะที่คนพิการที่มีรายได้นั้นพบว่า รายได้ที่ได้รับนั้นไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.5 นอกจาก รายได้ที่ไม่เพียงพอแล้ว คนพิการได้รับเงินสวัสดิการผู้พิการไม่ตรงตามเวลา ทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพร่างกาย ความกังวลในจิตใจ เป็นต้น ดังคำพูดจากการสัมภาษณ์ผู้พิการรายหนึ่งว่า “ไม่ใช่ให้แล้วขาดหายไปเลย เดี่ยวมีมาเดี๋ยวไม่มีมา บางครั้งเราไปธนาคารก็เอาเขา ไปปรับบัญชีแล้วไม่มีเงินเข้าสองหนก็ไม่เข้าสามหนก็ไม่เข้าไม่รู้จะปรับทำไม ไปบ่อยๆ เขาก็อายเขานะ เงินไม่เข้าสองเดือนสามเดือนแต่ไปปรับบัญชี” ซึ่งเงินสวัสดิการนี้แม้จะเป็นเงินไม่มาก แต่ก็เงินที่สามารถช่วยทำให้ผู้พิการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันจะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในระดับหนึ่ง ดังคำพูดของผู้พิการที่ว่า “เรื่องเงิน 500 บางครั้งป่ามีความจำเป็นต้องใช้เงิน มันก็ช่วยได้ตั้งนานนะ อย่างป่ากินอยู่ได้เกือบเดือนนะ ถ้าขาดเงิน 500 ไป

แล้วเดือนนี้ป่าจะกินอะไร จริงอยู่เมื่อก่อนไม่มีเงินเดือนก็ยังหากินได้แต่เรามีความหวังของเราอยู่ตรงนี้ทุกเดือนเงิน 500 เนี่ยเราคนเดียวประหยัดกินประหยัดใช้มันก็พอ” ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรกรณ์ วชิรศกุล ที่พบว่า คนพิการมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในระดับปานกลาง และการศึกษาของไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ พัทธนิธธรรมวันนา พนินทร วงษ์ใหญ่ และภาวนา สาป้อม ที่พบว่า ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ผู้พิการส่วนใหญ่อยากให้องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างช่วยแก้ไขมากที่สุดได้แก่ ปัญหาทางสุขภาพที่เป็นอยู่ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ขณะที่คนพิการคือผู้ที่มีรูปร่างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดไปจากปกติผลพวงของความพิการทำให้เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เราควรจะได้หรือเคยทำได้ในชีวิตประจำวันแล้วกลับกลายเป็นทำไม่ได้ โดยเฉพาะความพิการที่มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยจะยิ่งมีปัญหามากขึ้น คนพิการจึงอยากให้แก้ปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวรายหนึ่งที่ว่า “อยากให้มีคนมาทำกายภาพให้ เพราะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้” “มาช่วยสอนมาช่วยทำอะไรอย่างนี้” ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน (อายุระหว่าง 20 – 59 ปี) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.75 และเพศหญิง ร้อยละ 34.25 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50–59 ปี ร้อยละ 43.25 สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 61.98 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ คือ มีรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร ร้อยละ 60.58 ในส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 47.50 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. ในรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม ได้แก่ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารปรุงสุก ร้อยละ 70.25 (2) มีความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 74.75 และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 95.5 (3) มีพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.50 และ 70.75 ตามลำดับ ในส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหารอย่างน้อย 5 ทักพื้ต่อวัน ร้อยละ 65.75 (2) การรับประทานอาหารจำพวก ทอด/แกงกะทิ/ผัด ร้อยละ 95.50 (3) การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 76.75 (4) การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.75 (5) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันและการไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 54.50 และ ร้อยละ 88.75 ตามลำดับ (6) การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ 57.75) 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 เป็นเรื่องที่เราควรตระหนักในการป้องกัน

ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะยาว ป้องกันความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง แผลกดทับ เป็นต้น ดังนั้น คนพิการควรมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควรเน้นการสร้างความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี และเรื่อง Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments ที่จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีสุขภาพดีน้อยกว่าคนปกติทั่วไปและมีอัตราพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่าคนปกติ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดี การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการป้องกันภาวะเจ็บป่วยขั้นทุติยภูมิที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อคนพิการที่จะช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ควรส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนของชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2.1.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการรวมถึงสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ

สถานการณ์และความเป็นมาในการการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2010 ได้ประมาณการจำนวนคนพิการทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลกหรือประมาณ 785 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าการคาดการณ์ในปีค.ศ. 1670 ซึ่งประมาณการไว้ที่ร้อยละ 10 ของประชากรโลก โดยในจำนวนดังกล่าวนี้มีการสำรวจพบว่าประมาณ 110 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และยังพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า และถูกเลือกปฏิบัติมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเทศด้อยพัฒนา และกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยข้อมูลสถิติคนพิการอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลสำคัญที่ทำการสำรวจและรวบรวมข้อมูลโดยหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ รายงานการสำรวจความพิการ (สพค.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ดำเนินการสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2565 และฐานข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัว คนพิการจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 พบว่า คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ทั้งหมดจำนวน 2,108,536 คน ร้อยละ 3.19 ของประชากรทั้งประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 1,101,837 คน ร้อยละ 52.23 เพศหญิง 1,006,699 คน ร้อยละ 47.74 ซึ่งในการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2565 ยังพบว่า และเมื่อสอบถามถึงความต้องการสวัสดิการจากภาครัฐแต่ยังไม่ได้รับในสวัสดิการ 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความต้องการการตรวจรักษาพยาบาล 2) ความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ความต้องการอุปกรณ์อวัยวะเทียมหรือเครื่องช่วยคนพิการ และ 4) ความต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการอื่น ๆ พบว่า ยังมีผู้พิการที่มีความต้องการแต่ยังไม่ได้รับ การตอบสนองในสวัสดิการแต่ละประเภท ดังนี้ ผู้พิการที่มีความต้องการการตรวจรักษาพยาบาลแต่ยังไม่ได้รับบริการมีร้อยละ 4.1 ผู้พิการที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ยังไม่ได้รับมีร้อยละ 92 โดยมีปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่ได้รับบริการ คือ เนื่องจากไม่มีผู้พาไปรับบริการ เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ และไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น ส่วนผู้พิการที่มีความต้องการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ แต่ยังไม่ได้รับจากภาครัฐ (ในรอบ 5 ปีก่อนวันสัมภาษณ์) มีร้อยละ 16.6 ซึ่งอุปสรรคๆ ที่ผู้พิการกลุ่มนี้มีความต้องการ 5 ลำดับแรก คือ

เครื่องช่วยฟัง ไม่เท่า แว่นตาที่ตัดพิเศษ รถนั่งคนพิการ และไม้เท้าแบบสามขา นอกจากนี้ผู้พิการมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.2) ยังมีความต้องการแต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือและสวัสดิการอื่น ๆ จากภาครัฐ เช่น ให้เพิ่มเบี้ยคนพิการ ส่งเสริมประกอบอาชีพอิสระ สนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ และการให้คำแนะนำปรึกษา เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานด้านคนพิการ ซึ่งจะเห็นได้จากการดำเนินการตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยเฉพาะมาตรา 20 ที่ระบุว่า “คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ” โดย มาตรา 20 (1) กล่าวถึงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการเพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดและเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายสู่การปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเป็นหน่วยประสานงานด้านวิชาการในการจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยแพทยสมาคมวิชาชีพ แพทย์และนักวิชาชีพเฉพาะทางสมาคมคนพิการเพื่อร่วมจัดทำประกาศฯ แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสาระสำคัญของประกาศกระทรวงฯ กล่าวถึง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ซึ่งระบุกิจกรรมการฟื้นฟูไว้ ๒๖ รายการ จากเดิมที่ระบุไว้เพียง 13 รายการ ในกฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 พร้อมกันนี้ยังร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสำหรับคนพิการครอบคลุมทุกประเภท แต่ก็ยังพบว่าสถานพยาบาลของรัฐหลายแห่ง หลายระดับยังไม่สามารถจัดบริการให้ครอบคลุมทุกรายการ ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการบริการต่อไป

บทบาทและทิศทางการดำเนินงานเชิงนโยบายด้านคนพิการในระดับสากลได้ริเริ่มโดยองค์การสหประชาชาตินับตั้งแต่ได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” โดยมุ่งหวังให้ประเทศสมาชิกกำหนดมาตรการ แนวทางการดำเนินงานด้านคนพิการ ในปีพ.ศ. 2460 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการทางสติปัญญา” ส่งผลให้คนพิการทางสติปัญญามีสิทธิเท่าเทียมบุคคลอื่น ๆ ในด้านสิทธิทางการศึกษา

การฝึกอบรม การฟื้นฟูและการแนะแนว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น สิทธิในการทำงาน หรือการประกอบอาชีพอื่นใดที่คนพิการทางสติปัญญาสามารถพัฒนาความสามารถได้เต็มศักยภาพ

เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2518 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ” มีสาระสำคัญมุ่งให้คนพิการได้รับสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติซึ่งเป็นสิทธิการเป็นพลเมืองของคนพิการ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ ในปีพ.ศ. 2523 องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์การศึกษา อาชีพ และสังคม จากนั้นต่อมาในปี พ.ศ. 2524 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็น “ปีคนพิการสากล” เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนักถึงสิทธิคนพิการ เน้นให้คนพิการสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เช่นเดียวกับคนทั่วไป สร้างความเสมอภาคแห่งโอกาสและเป็นหน้าที่ของสังคมหรือรัฐ ที่จะต้องขจัดอุปสรรคเพื่อให้คนพิการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2526–2535 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ทศวรรษคนพิการสากล” และประกาศแผนปฏิบัติการว่าด้วยเรื่องคนพิการ (World Program of Action Concerning Disabled Persons) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ก่อนสิ้นทศวรรษคนพิการสากล ในปี พ.ศ. 2535 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้วันที่ 3 ธันวาคมของทุกปี เป็น “วันคนพิการสากล” ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ด้านคนพิการทั่วโลก ต่อมาในปีพ.ศ. 2536–2545 ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีการประชุมคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) และประกาศ “ทศวรรษคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก” พร้อมกำหนดแผนปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมของคนพิการ ในปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลของประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก รวมทั้งผู้แทนจากองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการได้ประชุมร่วมกัน ณ เมืองอินซอน สาธารณรัฐเกาหลี ระหว่างวันที่ 29 ตุลาคม–2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 เพื่อกำหนดทศวรรษใหม่ของคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. 2556–2565 โดยมีคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) และรัฐบาลของสาธารณรัฐเกาหลีเป็นเจ้าภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปการดำเนินงานทศวรรษที่สองของคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. 2546–2555 และประกาศทศวรรษใหม่ พร้อมกันนี้ ได้ให้การรับรองปฏิญญารัฐมนตรีว่าด้วยทศวรรษคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. 2556–2565 ยุทธศาสตร์อินซอนเพื่อ “ทำสิทธิให้เป็นจริง” สำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ทั้งนี้ยุทธศาสตร์อินซอนมีการกำหนดเป้าประสงค์ในการพัฒนาแบบบูรณาการด้านความพิการเป็นครั้งแรกของภูมิภาคและของโลก โดยมีรากฐานมาจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ และกรอบการปฏิบัติงาน และกึ่งกลางของกรอบการปฏิบัติงานแห่งสหประชาชาติจากทะเลสาบบิวกู๋สังคมบูรณาการ ปราศจากอุปสรรคและตั้งอยู่บนฐานสิทธิสำหรับคนพิการ ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ยุทธศาสตร์อินซอนจะเอื้อให้ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกสามารถวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการเติมเต็มสิทธิคนพิการ จำนวน 650 ล้านคนในภูมิภาค

ตามที่ประเทศไทยได้รับรองวาระการพัฒนายั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) เป้าหมายการพัฒนายั่งยืนเป็นเป้าหมายที่ต่อเนื่องมาจาก Millennium Development Goals (MDGs) คือ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (Millennium Development Goals-MDGs) ซึ่งในปี พ.ศ. 2543 เกือบทุกประเทศทั่วโลกได้มารวมตัวกันในการประชุมสุดยอดแห่งสหประชาชาติขององค์การสหประชาชาติ ที่นครนิวยอร์ก ในการประชุมผู้นำรัฐได้ตกลงตั้งเป้าหมายในการพัฒนาที่ทุกประเทศจะต้องบรรลุให้ได้ภายใน พ.ศ. 2558 ระยะเวลา 15 ปีผ่านมาเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติได้สิ้นสุดลง องค์การสหประชาชาติ

จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาขึ้นใหม่ โดยอาศัยกรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) โดยจะใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายนปี พ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2573 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปี การดำเนินการของไทย มีการจัดตั้งคณะกรรมการ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) เมื่อ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 โดยมีเลขาธิการสำนักงานนโยบายและแผน สิ่งแวดล้อมเป็นกรรมการและเลขานุการ ร่วมกับการจัดการประชุม Asia-Pacific Ministerial Dialogue: From the Millennium Development Goals to the United Nations Development Agenda beyond 2015 ร่วมกับเอสแคป ในระหว่างวันที่ 26–28 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ณ กรุงเทพมหานคร โดยที่ประชุม ได้รับรอง Bangkok Declaration of the Asia-Pacific region on the United Nations Development Agenda beyond 2015 ประเด็นที่ไทยมีบทบาทนำและสามารถผลักดันได้ในเวทีสหประชาชาติที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับคนพิการ คือ การเข้าถึงคนจากทุกภาคส่วนในสังคมสำคัญต่อนโยบายที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการลดความไม่เท่าเทียมกันทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ โดยรัฐจะต้อง ให้ความสำคัญเป็นพิเศษแก่กลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะเด็ก สตรีผู้พิการ และผู้สูงอายุซึ่งยังคงถูกละเลย และเพื่อบรรลุการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกภาคส่วนและลดความไม่เสมอภาค ทั้งนี้ประเทศไทยในฐานะประเทศ สมาชิกขององค์การสหประชาชาติได้ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านคนพิการ โดยเริ่มจากมีกฎหมาย ด้านคนพิการ คือ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2534 ต่อมา มีการจัดทำ แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2540–2544 กำหนดให้คนพิการควรได้รับการพัฒนา ศักยภาพ ให้มีความสามารถในการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า และมีความสุขเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ที่สำคัญ 4 ด้าน คือ การแพทย์ การศึกษา อาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคม ต่อมา มีแผนพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545–2549 โดยมีเป้าหมายในการเสริมสร้างเจตคติ เชิงสร้างสรรค์ และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคนพิการ มีการพัฒนากลไกทางกฎหมายเพื่อพัฒนา และคุ้มครองสิทธิคนพิการให้มีความเสมอภาค ตลอดจนการพัฒนาคนพิการในทุกมิติ รวมถึงการส่งเสริม ความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ และต่อเนื่องถึงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550–2554 ซึ่งมีจุดเน้นที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานด้านคนพิการ ในระดับชาติ โดยเฉพาะคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านคนพิการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป้าหมายที่สำคัญของแผนฉบับนี้ คือ การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านคนพิการทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และบริการสังคม รวมถึงประเด็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรคนพิการ การเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ ต่อคนพิการและความพิการ ตลอดจนการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อคนพิการ ต่อมา มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555–2559 ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน ด้านคนพิการ ซึ่งมียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ คือ การสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการ และทุกคนในสังคม สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ สร้างพลังอำนาจให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ สร้างความเข้มแข็งขององค์กร

ด้านคนพิการและเครือข่าย ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการอย่างเป็นระบบ และสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ ซึ่งแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ผ่านมาได้ก้าวข้ามการทำงานบนฐานการสงเคราะห์มุ่งสู่การดำเนินงานบนฐานสิทธิมากยิ่งขึ้น มีการส่งเสริมศักยภาพให้คนพิการและองค์กรคนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้คนพิการได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมาย เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตลอดจนบริการสาธารณะ

ด้านสุขภาพคนพิการ องค์การอนามัยโลก ยังได้พัฒนาแนวคิดการฟื้นฟูโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-based rehabilitation หรือ CBR) ซึ่งริเริ่มขึ้นหลังจากการประชุม International Conference on Primary Health Care ในปีค.ศ. 1978 ปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) มีการประกาศใช้ CBR เป็นยุทธศาสตร์ที่ช่วยให้คนพิการเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูต่าง ๆ อย่างไรก็ดีตามในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ได้มีการขยายขอบเขตของ CBR ให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ มากขึ้นจากการประชุม International consultation to review community-based rehabilitation ที่กรุงเฮลซิงกิในปี ค.ศ. 2003 มีข้อเสนอแนะที่สำคัญสำหรับ CBR อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนดังที่ระบุไว้ในเอกสารจุดยืนร่วมกันในเรื่อง CBR ระหว่างองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่า CBR เป็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาชุมชนโดยทั่วไปเพื่อการฟื้นฟู ก่อให้เกิดโอกาสที่เท่าเทียมกัน ลดความยากจนและทำให้คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและในปี ค.ศ. 2005 การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติในเรื่องการป้องกันความพิการและการฟื้นฟูโดยเชื่อเชิญให้ประเทศสมาชิก “สนับสนุนและเสริมความแข็งแกร่งให้กับโครงการฟื้นฟูที่มีชุมชนเป็นฐาน”

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

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขระดับผู้นำของประเทศสมาชิกเป็นตัวแทนเข้าร่วมประชุมสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ มีการนำเสนอร่างแผนปฏิบัติการคนพิการระดับโลกขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2014–2021 : เพื่อสุขภาพคนพิการที่ดีกว่า (Draft WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disabilities) ซึ่งเป้าประสงค์สำคัญ คือ การทำให้คนพิการบรรลุการมีสุขภาพ มีความสามารถหรือสมรรถนะ และมีความเป็นอยู่ที่ดีและมีสิทธิในความเป็นมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม โดยใช้ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) ขจัดอุปสรรคและปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- 2) สร้างความเข้มแข็งและขยายระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ความช่วยเหลือ และระบบสนับสนุน รวมทั้งงานฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation; CBR)
- 3) สร้างความเข้มแข็งระบบรวบรวมข้อมูลความพิการ บริการและงานวิจัย ที่สามารถใช้งานได้ทั้งในระดับชาติ และสำหรับการเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ในปี พ.ศ. 2559 มีการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 139 (WHO Executive Board 139th Session) ระหว่างวันที่ 30–31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา สหพันธรัฐสวิส โดยสาระสำคัญจากการประชุมฯ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการมี ดังนี้

1) Improving access to assistive technology โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Assistive technology) ที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม ที่ประชุมได้นำเสนอ Global Cooperation on Assistive Technology Initiative ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ

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

2) การพัฒนาข้อติสนิยามโลกใหม่และแผนปฏิบัติการสำหรับการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน และหูหนวก โดยสาระการถึงปัญหาการสูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุการป้องกันและการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มนี้ซึ่งยังมีข้อจำกัด ทั้งนี้มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานในหลายด้านสำหรับคนพิการ เช่น World report on disability, WHO global disability action plan 2014–2021 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างเป็นทางการ

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ ปัจจุบันประมาณ พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะยุทธศาสตร์เน้นหนัก) และกำหนดวิสัยทัศน์ “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบครัว ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

นอกจากนี้ มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (พ.ศ. 2555–2559) เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ และจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการหลักในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในกลุ่มวัยผู้สูงอายุและคนพิการ และบูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาระบบสุขภาพ ร่วมกับกรมสุขภาพจิตและกรมวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานการกำหนดตัวชี้วัดด้านคนพิการในการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำโครงการของขวัญปีใหม่และวันเด็ก แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีกำหนด Service Plan สาขาฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการที่ครอบคลุมทั้ง 7 ประเภทความพิการ ผู้ป่วยและผู้ที่มีเสี่ยงที่อาจเกิดความพิการถาวรที่ Service Plan ในสาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่าการผนวก การฟื้นฟูสมรรถภาพ Service Plan สาขา เช่น Service Plan สาขาทา มีการกล่าวถึงการคัดกรองและเฝ้าระวังความพิการทางตาในเด็กที่คลอดก่อนกำหนด การรักษาฟื้นฟูในกลุ่มต้อหิน ต้อกระจก เป็นต้น Service Plan สาขาทารกแรกเกิด ซึ่งให้ความสำคัญให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และดูแลเด็กความเสี่ยงที่จะเกิดความพิการเพื่อได้รับการรักษาและฟื้นฟูที่ทันท่วงที สำหรับด้านสุขภาพจิต มีการจัดทำ Service Plan สาขาสภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด มีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองในการประเมิน รักษาและฟื้นฟู แต่ไม่มีแนวทางมาตรการในการดูแลคนพิการ ดังนั้น จึงถือเป็นความท้าทายในอนาคตในการกำหนดนโยบาย Service Plan สาขาฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นหนึ่งในสาขาหลัก เพื่อให้ทั้งประเทศมีการกำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการกำหนดกรอบ อัตราค่าจ้าง และแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560–2564 การดำเนินงานที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้นำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation หรือ CBR) มาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2535 มีการแปลและเรียบเรียงหนังสือ “Training in the Community for People with Disabilities” เพื่อเผยแพร่และใช้ในการดำเนินงาน นอกจากนี้ได้ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็นเครื่องมือทางสถิติในการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลได้ในระดับประเทศ

การดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการในประเทศไทยในอดีตมักจะดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนพิการที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน โดยให้ความช่วยเหลือในลักษณะของการให้หรือการสงเคราะห์ ที่เป็นรูปธรรม (ชนิษฐา เทวินทรภักดี, 2540) เช่น การให้เงินหรือเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น เพื่อบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า ทั้งด้านที่อยู่อาศัย อาหารยารักษาโรค ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 การให้ความช่วยเหลือคนพิการได้ขยายไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ (กิตติยา รัตนกร, 2531) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลจากสงครามโลกจะทำให้การสงเคราะห์คนพิการเปลี่ยนรูปแบบจากการช่วยเหลือไปเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์การป้องกัน การบำบัดรักษา การสงเคราะห์ด้านอาชีพ และสังคมให้แก่คนพิการที่สามารถพัฒนาได้ แต่ในความเป็นจริงแล้วการฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ เหล่านี้ยังไม่ได้ได้รับความสนใจและเอาใจใส่อย่างจริงจังเท่าที่ควร มีคนพิการเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมดังกล่าว ส่วนคนพิการอีกจำนวนมากยังต้องพึ่งพาตัวเอง และไม่ได้รับการคุ้มครองจากสังคมเท่าที่ควรแม้แต่ในด้านสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

จากปัญหานี้ กลุ่มคนพิการทางสายตา กลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสด้านการศึกษา จึงได้รวมตัวกันก่อตั้งสมาคมคนตาบอดกรุงเทพ เมื่อปี พ.ศ. 2510 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2524 ต่อมาภายหลังปีคนพิการสากล พ.ศ. 2524 (The International Year of Disabled Person ค.ศ. 1981) คนพิการได้ตื่นตัวกันมากขึ้น และตระหนักว่า คนพิการเท่านั้นที่จะรู้และเข้าใจถึงปัญหาของคนพิการ จึงมีผลให้เกิดองค์กรของคนพิการขึ้นอีกหลายองค์กร (อ้างอิงในคู่มือมาตรฐานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2560)

ในปี พ.ศ. 2524 กรมประชาสงเคราะห์ และองค์กรเอกชนด้านคนพิการเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องสิทธิและโอกาสของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงได้ร่วมกันผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ

ในปี พ.ศ. 2534 รัฐบาลได้ ประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ. 2534 พ.ร.บ. ดังกล่าวให้จัดตั้งคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยมีเนื้อหาสาระที่สำคัญบางมาตราได้กำหนดไว้ดังนี้

มาตรา 12 ให้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ขึ้นในกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย

มาตรา 13 ให้สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามมาตรา 12 เป็นสำนักงานทะเบียนกลางสำหรับคนพิการในกรุงเทพมหานครและในจังหวัดอื่น โดยมีหัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นนายทะเบียนกลาง และให้ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัด ทุกจังหวัดเป็นสำนักงานทะเบียนสำหรับคนพิการในจังหวัดของตน โดยมีประชาสงเคราะห์จังหวัดเป็นนายทะเบียนจังหวัด

มาตรา 14 ให้คนพิการซึ่งประสงค์จะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามพระราชบัญญัตินี้ ยื่นขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนกลาง ณ สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือต่อนายทะเบียนจังหวัด ณ ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดที่อยู่ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพ

ความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปจดทะเบียนด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือบุคคลที่ดูแลคนพิการแล้วแต่กรณี จะยื่นขอจดทะเบียนแทนก็ได้ แต่ต้องนำคนพิการหรือหลักฐานว่าเป็นคนพิการไปแสดงต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด แล้วแต่กรณีด้วย การจดทะเบียน การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิโดยคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 15 คนพิการที่ได้จดทะเบียนตามมาตรา 14 ให้ได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพดังต่อไปนี้

(1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(2) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาภาคบังคับหรือการศึกษาสายอาชีพ หรือ อุดมศึกษาตามแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมซึ่งให้ได้รับโดยการจัดเป็นสถานศึกษาเฉพาะหรือจัดรวมในสถานศึกษาธรรมดาก็ได้ โดยให้ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

(3) คำแนะนำชี้แจงและปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกายและสมรรถภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้

(4) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(5) บริการจากรัฐในการเป็นคดีความและในการติดต่อกับทางราชการ

มาตรา 16 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งเรียกว่า “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ในสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อเงินทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานและสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ และสนับสนุนสถาบันบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพ ตลอดจนศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วยเงินและทรัพย์สินอื่น ดังต่อไปนี้

(1) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล

(2) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้รับบริจาคจากประชาชน จากนิติบุคคลหรือองค์กรทั้งในประเทศและต่างประเทศ หรือที่ได้มาจากการจัดกิจกรรม

(3) ดอกผลของเงินกองทุนและการขายหรือหาประโยชน์จากทรัพย์สินที่ได้รับบริจาค

(4) รายได้อื่น ๆ

เงินและทรัพย์สินอื่นตามวรรคสอง ให้ส่งเข้ากองทุนโดยไม่ต้องส่งคลังเป็นเงินรายได้แผ่นดิน การจัดหาผลประโยชน์และการใช้จ่ายเงินกองทุน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา 17 เพื่อเป็นการคุ้มครองและสงเคราะห์คนพิการ ให้รัฐมนตรีมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนด

(1) ลักษณะอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการ

(2) ให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการของเอกชนรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับลูกจ้างอื่น กรณีที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการประสงค์จะไม่รับคนพิการเข้าทำงานตามสัดส่วนที่กำหนดจะขอส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา 16 ตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงแทนคนพิการเข้าทำงานก็ได้

มาตรา 18 เจ้าของอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ๆ ซึ่งได้จัดอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการตามมาตรา 17 (1) มีสิทธิหักเงินค่าจ้างเป็นสองเท่าของเงินที่เสียไปเพื่อการนั้นออกจากเงินได้สุทธิหรือกำไรสุทธิของปีที่ค่าจ้างนั้นเกิดขึ้น แล้วแต่กรณีตามประมวลรัษฎากร

นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการของเอกชนซึ่งรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 17 (2) มีสิทธินำเงินค่าจ้างที่จ่ายให้แก่คนพิการมาหักเป็นค่าใช้จ่ายตามประมวลรัษฎากรได้เป็นสองเท่าของจำนวนที่จ่ายจริง

มาตรา 19 ในระหว่างที่ยังมิได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้นในกรมประชาสงเคราะห์ตามความในมาตรา 12 ให้กรมประชาสงเคราะห์มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 12 และมาตรา 13

มาตรา 20 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวงเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ในส่วนเกี่ยวกับราชการของกระทรวงนั้นกฎกระทรวงเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

หมายเหตุ : เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่คนพิการเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ในการประกอบอาชีพและในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและโดยที่สมควรสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป ในการนี้สมควรให้คนพิการได้รับการคุ้มครอง การสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ ตลอดจนแก้ไขปัญหา และขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่คนพิการ รวมทั้งให้สังคมมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการด้วยการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ ขับเคลื่อนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด 5 ฉบับ โดยสรุปรายละเอียด ดังนี้

1. แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544

กำหนดวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีที่สุดตามสภาวะความพิการที่เป็นจริง มีความสามารถเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล รู้สิทธิและหน้าที่ในฐานะพลเมืองที่ดี มีอาชีพ มีงานทำ ดำรงชีวิต

อย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม ตลอดจนครอบครัวชุมชนและสังคม ให้โอกาสและยอมรับคนพิการเช่นเดียวกับคนทั่วไป โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา อาชีพและการมีงานทำ และบริการสังคมต่าง ๆ ทั้งนี้การดำเนินการในช่วงแผนดังกล่าวพบว่า ระบบการจัดบริการทั้ง 4 ด้านยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมากนัก ยังขาดข้อมูลในการวางแผนที่ชัดเจน การจัดบริการ ตลอดจนทรัพยากรในการจัดบริการที่ทั่วถึง และรูปแบบการจัดบริการที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงและมีประสิทธิภาพ จึงทำให้คนพิการในช่วงแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างแท้จริง

2. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2549

กำหนดวิสัยทัศน์มุ่งเน้นให้คนพิการมีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และสร้างสรรค์มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ โดยทิศทางยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มุ่งเน้นการเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ และสร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการ รวมถึงการพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของคนพิการ ให้ครอบคลุมในทุกมิติ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรด้านคนพิการที่นับว่าเป็นกลไกขับเคลื่อนงานด้านคนพิการให้สามารถดำเนินการคุ้มครองสิทธิของสมาชิก และเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาและกำหนดนโยบายต่าง ๆ ด้านคนพิการ

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

มีการพัฒนากลไกเชิงกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก่อให้เกิดกลไกในรูปแบบคณะกรรมการระดับชาติตามพระราชบัญญัติต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ อาทิ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา และการเรียนรู้ ด้านการศึกษา ในสถานศึกษาเฉพาะ หรือสถานศึกษาทั่วไป การศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ด้านอาชีพ และการมีงานทำ มีมาตรการเพื่อการมีงานทำ การส่งเสริมอาชีพอิสระด้านสังคม ให้คนพิการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงบริการล่ามภาษามือ สิทธิสัตว์นำทาง สวัสดิการเบี้ยความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ผู้ช่วยคนพิการ เป็นต้น

4. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559

กำหนดวิสัยทัศน์คนพิการดำรงชีวิตอิสระ ร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกันมียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน 5 ด้าน คือ

(1) ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

(2) สร้างสภาพแวดล้อมพัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์

(3) เสริมพลังอำนาจให้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

(4) ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายและ

(5) สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ นอกจากนี้ได้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ให้มีความทันสมัยและครอบคลุม โดยให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีหน้าที่ในการตรวจสอบการได้รับสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด คนพิการที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร อาจได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ เป็นต้น

จากการประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2554-2559 ทั้งในเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่าคนพิการจำนวนกว่า 828,200 คน ได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานตามแผนงานโครงการภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ หากพิจารณาถึงความสำเร็จและความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดแผน พบว่า มีความก้าวหน้าและความสำเร็จมากกว่า ร้อยละ 70 โดยยุทธศาสตร์ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการ รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์เสริมพลังอำนาจให้กับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งแก่องค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย ยุทธศาสตร์สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ และยุทธศาสตร์สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่ครอบคลุมทุกมิติ ทำให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น อาทิ การเพิ่มสวัสดิการเบี้ยความพิการจาก 500 บาท เป็น 800 บาท จำนวน 1,384,734 คน (ณ ปีงบประมาณ 2559) โดยคนพิการที่มีบัตรประจำตัวแล้วสามารถได้รับเบี้ยความพิการทันที การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านสุขภาพ การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการในทุกระดับ ทั้งนี้ มีโรงเรียนเฉพาะความพิการ จำนวน 46 โรงเรียน มีนักเรียนพิการจำนวน 12,975 คน การจัดการศึกษาแบบเรียนร่วมมีนักเรียนพิการรวม 386,823 คน ใน 21,972 โรงเรียนทั่วประเทศ และพัฒนาศูนย์การเรียนเฉพาะความพิการเป้าหมาย 1 อำเภอ 1 ศูนย์การเรียน เป็นต้น

ด้านการส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำของคนพิการ มีคนพิการทำงานในสถานประกอบการจำนวนกว่า 32,500 คน และทำงานในหน่วยงานของรัฐจำนวนกว่า 3,846 คน ซึ่งนับว่าเป็นพัฒนาการที่ดีในเชิงของการสร้างโอกาสให้คนพิการได้แสดงศักยภาพ และสังคมได้ตระหนักถึงความสามารถของคนพิการที่เป็นกำลังสำคัญในการร่วมพัฒนาประเทศ รวมถึงการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระให้กับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ให้บริการกู้ยืมเงินคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 60,228 ราย โดยไม่เสียดอกเบี้ย และได้ปรับเพิ่มวงเงินกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคล จากเดิมรายละไม่เกิน 40,000 บาท เป็นไม่เกิน

รายละเอียด 60,000 บาท และให้มีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป โดยไม่เกิน 120,000 บาทต่อราย ทำให้คนพิการมีงานทำ และมีรายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

ด้านสิทธิและสวัสดิการของคนพิการ มีการพัฒนาระบบบริการล่ามภาษามือ ส่งเสริมพัฒนาความรู้กับล่ามภาษามือ จัดทำหลักสูตรพัฒนาล่ามภาษามือในระยะสั้นและระยะยาว และสร้างความตระหนักรู้แก่บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ภาษามือไทย มีล่ามภาษามือได้รับการจัดจ้าง จำนวน 649 คน จัดบริการผู้ช่วยคนพิการ จำนวน 780 คน มีการฝึกอบรมให้ความรู้ผู้ช่วยคนพิการตามหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการระดับพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดูแลคนพิการในระดับรุนแรงที่มีความประสงค์จะขอรับบริการผู้ช่วยคนพิการ รวมถึงได้มีการส่งเสริมและพัฒนาทักษะคนพิการ โดยให้บริการอุปการะเลี้ยงดูด้านปัจจัย 4 บริการทางสังคมสงเคราะห์ รักษาพยาบาลฟื้นฟูปรับสภาพร่างกาย จิตใจ ตามสภาพความพิการ ส่งเสริมพัฒนาการให้บริการด้านการศึกษาและวิชาชีพ ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ และศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน 22 แห่ง มีคนพิการกว่า 5,191 คน

การผลักดันการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและทุกคนในสังคมเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ซึ่งมีหน่วยงานราชการที่จะต้องดำเนินการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการจำนวนทั้งสิ้น 43,024 แห่งและได้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกไปแล้ว จำนวน 22,259 แห่ง (ร้อยละ 51.74) รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของคนพิการกว่า 10,000 หลัง และได้ดำเนินการพัฒนาและสร้างชุมชนต้นแบบอารยสถาปัตย์ โดยดำเนินการนำร่องกว่า 33 จังหวัด และมีแผนที่จะดำเนินการให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2561 นอกจากนี้ ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อรองรับระบบคมนาคมขนส่งที่เอื้อต่อคนพิการ โดยได้มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับรถโดยสารปรับอากาศใช้เชื้อเพลิงก๊าซธรรมชาติ (NGV) ชานต่ำ ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษา องค์กรคนพิการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการศึกษาและสำรวจเส้นทางเดินรถ NGV ชานต่ำการปรับปรุงทางลาดทางเดินเท้า ป้ายหยุดรถประจำทาง จำนวน 1,234 แห่ง

นอกจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพดังกล่าวข้างต้น ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการในหลาย ๆ โครงการ เช่น การให้บริการเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อบริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการ การพัฒนาข้อเข้าเทียมสำหรับคนพิการระดับเหนือเข่า การจัดทำมาตรฐาน สื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ การพัฒนาเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการอ่านกระบวนการคิดและคณิตศาสตร์สำหรับเด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ การจัดตั้งศูนย์บริการถ่ายทอดการสื่อสารแห่งประเทศไทย (TTRS) และการติดตั้ง TTRS กว่า 210 ตู้ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการคนหูหนวก การจัดการบริการโทรศัพท์ภาพผ่านการถ่ายทอดการสื่อสารสำหรับคนหูหนวก การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฝึกเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I-Walk) พัฒนาอิฐทางเท้า แม่เหล็ก และไม่เท้านำทางคนพิการทางสายตา หุ่นยนต์เสริมพลังช่วยพยุงเดินสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างและอัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น

สำหรับผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2554-2559 ในเชิงของกลไกการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในระดับพื้นที่ คือ การจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ

ในระดับพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดทุกจังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 77 แห่ง และจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 1,096 ศูนย์ จำแนกเป็นองค์กรด้านคนพิการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน จำนวน 64 ศูนย์ และราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 1,010 ศูนย์ และส่วนราชการอื่นอีก จำนวน 22 ศูนย์ นอกจากการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น การขับเคลื่อนงานด้านคนพิการที่สำคัญอีกประการ คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย ให้สามารถส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์กรด้านคนพิการในแต่ละประเภทความพิการ จำนวน 835 องค์กรทั่วประเทศ ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้การดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการดังกล่าวข้างต้น จะสำเร็จไปไม่ได้ ถ้าหากสังคมยังขาดเจตคติที่ดี และสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ โดยในช่วงของการขับเคลื่อนแผนที่ผ่านมามีการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพนักร้องนักดนตรีตาบอดในทิวทัศน์ : จากถนนสู่ดวงดาว (From Street to Stars) เพื่อยกระดับการประกอบอาชีพของนักร้องนักดนตรีตาบอดทั่วประเทศ โดยกิจกรรมประกอบด้วยการอบรมเล่นดนตรีร้องเพลง และพัฒนาบุคลิกภาพ โดยมีคนพิการทางการเห็นสมัครเข้าร่วมโครงการ 800 คน และผ่านการคัดเลือก 50 คน รวมไปถึงการแสดงศักยภาพ การแสดงในพื้นที่สาธารณะ และเผยแพร่ MV เพลงกำลังใจ และบทเพลง cover อื่น ๆ ของศิลปิน S2S ผ่านช่องทางมีเดียเดียว เช่น YouTube ช่องทาง GMM ซึ่งนับว่าเป็นการสร้างสื่อสารสังคมให้เห็นถึงศักยภาพของคนพิการที่สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนและสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันต่อไป

จากสรุปผลการประเมินแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ.2554-2559 ข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นในทุกช่วงแผน แต่การดำเนินงานให้บรรลุซึ่งวิสัยทัศน์ของแต่ละแผนนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยสำคัญทั้งในเชิงนโยบายของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ทรัพยากรในการขับเคลื่อนแผน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนกลไกในเชิงกฎหมายระเบียบต่าง ๆ ที่จะต้องเอื้อต่อการดำเนินงาน รวมถึงเจตคติของสังคมต่อคนพิการและความพิการอย่างไรก็ตามจากการผลการประเมินข้างต้นได้สะท้อนให้เห็นว่า ยุทธศาสตร์ของแผนดังกล่าวยังมีความสำคัญและจะต้องมีการขับเคลื่อนต่อในช่วงแผนฉบับต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชนสตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ รวมถึงข้อเสนอสมัชชาคนพิการระดับชาติปี พ.ศ. 2559 ที่เห็นควรคงยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2554 - 2559 ไว้ในแผนระยะต่อไป เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมีความต่อเนื่องเกิดผลเป็นรูปธรรมต่อไปอย่างแท้จริง

5. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 สู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการ คือ ความชัดเจนของสาระสำคัญของแผนการรับรู้ความเข้าใจ ตลอดจนความตระหนักและเจตคติที่ดี และสร้างสรรค์ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรด้านคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระบบการบริหารจัดการแผนสู่การปฏิบัติที่มีความสอดคล้อง และเชื่อมโยงกับแผนระดับต่าง ๆ อาทิ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ แผนพัฒนาระดับจังหวัด แผนเฉพาะด้านคนพิการของหน่วยงาน

และแผนปฏิบัติการด้านคนพิการระดับจังหวัด รวมถึงระบบการจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพที่ตอบสนองต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการ ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 ทั้งนี้ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 มุ่งเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการบูรณาการความร่วมมือในการขับเคลื่อนงาน และผนวกประเด็นด้านคนพิการเข้ากับแผนงานโครงการของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิที่เป็นจริง และมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

หลักการ

1. ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย โดยยึดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2560-2564 เป็นกรอบและทิศทางหลัก และแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานด้านคนพิการและบริบทของการพัฒนาประเทศไทย
2. ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับจังหวัดโดยใช้กลไกคณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ดำเนินการเชื่อมโยงสู่พื้นที่และคนพิการในพื้นที่อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
3. ใช้กลไกและเครื่องมือการพัฒนาของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรด้านคนพิการ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน อย่างบูรณาการและมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานที่มีประสิทธิภาพ สนองตอบต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการอย่างทั่วถึง
4. ระบบบริหารจัดการแผนสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับต่าง ๆ รวมถึงระบบการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 สู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
2. เพื่อบูรณาการความร่วมมือทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 สู่การปฏิบัติ
3. เพื่อให้การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบในทุกระดับ

แนวทางในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

1. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการ กำกับ ติดตาม การขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนคนพิการ
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการสื่อสารแผน สร้างความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญและเจตนารมณ์ของแผนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแผนในทุกระดับเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ
3. หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรเอกชน และองค์กรด้านคนพิการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในแต่ละยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 จะต้องจัดทำ

แผนปฏิบัติการประจำปีรองรับ รวมถึงจัดส่งข้อมูลแผนปฏิบัติการ ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติทุกปี

4. คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการ ด้านคนพิการของจังหวัด ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 โดยให้รายงานผลการดำเนินงานมายังกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกปี เพื่อที่จะได้ประเมินผล ภาพรวมต่อไป

5. สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในการขับเคลื่อนแผนพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 และแผนปฏิบัติการด้านคนพิการของจังหวัด รวมถึงสนับสนุนแผนงานด้านคนพิการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 ในกรณีที่เป็น

การติดตามประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564

1. การให้ความสำคัญกับการติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลสำเร็จและผลกระทบของการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องตามประเด็นยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานในภาพรวม โดยใช้การติดตามและประเมินผล เป็นเครื่องมือในการบริหารแผนฯ ตั้งแต่การติดตามความก้าวหน้าของกระบวนการผลักดันแผนไปสู่การปฏิบัติ การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับแผนฯ การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ของแต่ละแนวทาง และมาตรการ พร้อมทั้งประเมินผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. กลไกในการติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 โดยการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อน และติดตามประเมินผลแผน นอกจากนี้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ จะทำหน้าที่ ในการกำกับติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฯ ในทุกๆ ปี ช่วงครึ่งแผน และสิ้นสุดแผน

3. การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด โดยกลไกคณะอนุกรรมการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด จะทำหน้าที่ในการกำกับและติดตามผลการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการด้านคนพิการระดับจังหวัด ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 และรายงานความก้าวหน้าของแผนฯ มายังคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ในทุกปี

4. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกภาคประชาชน อาทิ องค์กรด้านคนพิการ องค์กรภาคประชาสังคม ให้มีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564

5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้า ข้อจำกัด ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงแผนให้มีความสอดคล้องกับบริบท การพัฒนากระแสหลักและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของสังคมโลกต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักที่มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการและสนับสนุนด้านสุขภาพคนพิการตามมาตรา 20 (1) ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จากนโยบายด้านคนพิการระดับสากลที่มุ่งเน้นให้คนพิการได้รับสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิทธิการเป็นพลเมืองของคนพิการเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยเริ่มจาก "ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ" และล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศแนวทางดำเนินงานด้านคนพิการ (World Health Assembly: Action Plan on Disability 2014-2021) อย่างชัดเจน มุ่งเน้นการสร้างคามเข้มแข็งของระบบดูแลสุขภาพคนพิการภายใต้ข้อจำกัดของสถานะทางเศรษฐกิจการเงินและการคลังของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่ พัฒนาการเข้าถึงสิทธิ ขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของคนพิการ พัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสำหรับคนพิการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลและงานวิจัยด้านคนพิการ ประเทศไทยในฐานะสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ขานรับนโยบายและมุ่งพัฒนางานดูแลสุขภาพคนพิการให้มีคุณภาพ เข้าถึงได้อย่างเหมาะสม และครอบคลุมทุกประเภทความพิการ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ 1 พ.ศ. 2555-2559 ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ โดยนำแนวคิดของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มาเป็นกรอบในการจัดทำ เน้นการบูรณาการร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพคนพิการให้เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับความต้องการ และความเหมาะสมของคนพิการแต่ละประเภท โดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้หน่วยงานด้านสุขภาพมีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันรวมทั้งเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพคนพิการให้เกิดประสิทธิภาพที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกัน ซึ่งมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ (ที่มา : แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ 1) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้

แนวทาง/มาตรการ

1.1. จัดทำแผนปฏิบัติการเชิงบูรณาการร่วมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ ให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการโดยมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดบริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ

1.2. ปรับโครงสร้างหน่วยงานที่สนับสนุนงานด้านคนพิการของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความชัดเจน มีบุคลากร มีงบประมาณ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านสุขภาพ

1.3. กำหนดอัตรากำลังและจัดหา บรรจุแต่งตั้งบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ให้เพียงพอต่อความต้องการที่จำเป็นสำหรับคนพิการแต่ละประเภทความพิการ)

1.4. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ

1.5. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพสำหรับคนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างทั่วถึง ตามกฎหมายกำหนดและเพียงพอกับความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภทความพิการ เช่น ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กพิเศษในโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ

1.6. จัดทำระบบส่งต่อ การติดตามผลการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลและนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.7. พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพคนพิการที่หลากหลายทั้งในและนอกระบบ รวมถึงหน่วยบริการร่วมให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการทุกประเภท

1.8. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรม เฉพาะทางด้านคนพิการ เช่น หลักสูตรอบรม ผู้ดูแลคนพิการ เป็นต้น เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัย การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทุกประเภทความพิการ

1.9. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สื่อส่งเสริมพัฒนาการของกรมบัญชีกลาง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม ให้สอดคล้องกับต้นทุนของหน่วยบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ส่งเสริมให้คนพิการและผู้เกี่ยวข้อง เข้าใจสิทธิประโยชน์และเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

แนวทาง/มาตรการ

2.1. สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ศักยภาพ การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ

2.2. ส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน จัดกิจกรรม พัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมเกี่ยวกับคนพิการและความพิการ ในการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัว

2.3. พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพคนพิการที่ครอบคลุมหรือเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) โดยอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2.4 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการบริการเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

2.5 จัดบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมายและตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรมและข้อมูลข่าวสารในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ

แนวทาง/มาตรการ

3.1 พัฒนาระบบและจัดทำฐานข้อมูลด้านคนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบ

3.2 ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและลงรหัส ICF International Classification of Functioning Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็นเครื่องมือทางสถิติด้านการวิจัย การบำบัดรักษา การวางนโยบายทางการแพทย์ สังคม การศึกษา ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูล ประสานและเชื่อมโยงข้อมูลระดับประเทศ

3.3 พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานสากล (ตาม WCAG 2.0)

3.4 จัดทำและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการในแต่ละประเภทให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

3.5 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ตลอดจนปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้านกายภาพที่คนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

3.6 ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้างใหม่ที่ต้องมีการออกแบบอาคาร ห้องน้ำ ทางเดินภายในและภายนอกอาคารให้เป็นไปตามหลัก Universal Design ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนางานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านคนพิการ

แนวทาง/มาตรการ

4.1 สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านคนพิการ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้จริง

4.2 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และใช้ประโยชน์โดยปราศจากอุปสรรคสำหรับคนพิการ

4.3 ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยี ด้านคนพิการแบบบูรณาการและต้นทุนต่ำ เพื่อให้มีราคาที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการได้

4.5 ศึกษาวิจัยระดับวิทยาและสถานการณ์ด้านสุขภาพคนพิการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของคนพิการ ตลอดจนจัดระบบบริการให้เหมาะสม

4.6 ให้ศูนย์สิทธิรื้อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเป็นหน่วยประสานงานด้านวิจัยสุขภาพคนพิการนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการ

แนวทาง/มาตรการ

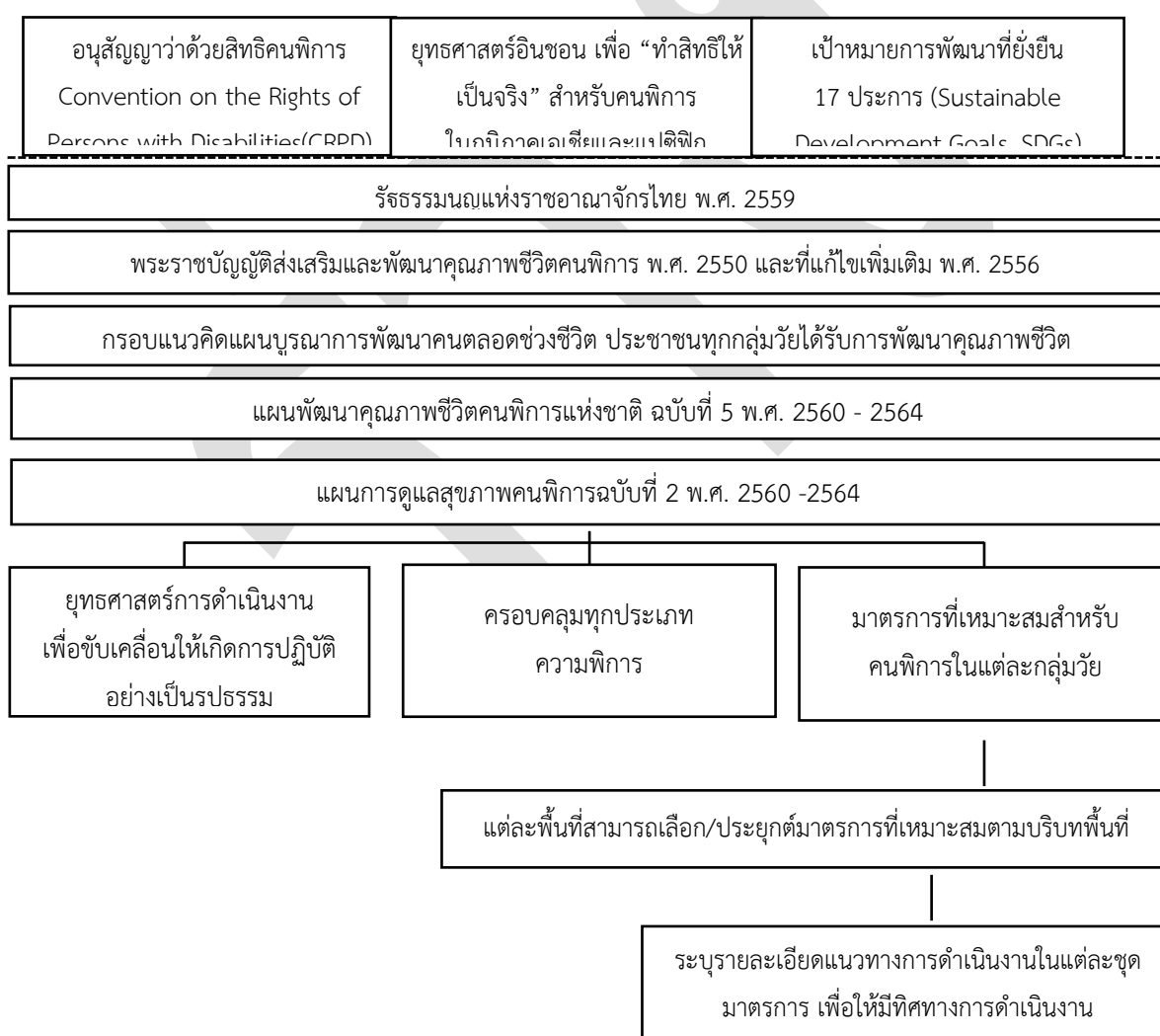
5.1 พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ

5.2 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพมีการบูรณาการการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการร่วมกับชุมชน โดยใช้งบประมาณของชุมชน กองทุนระดับตำบลหรือระดับจังหวัด เป็นต้น

5.3 ส่งเสริมองค์ความรู้และเจตคติที่ดี ด้านการดูแลและป้องกันความพิการให้กับคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการและเครือข่ายด้านสุขภาพ

5.4 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการในชุมชน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2559 มาพัฒนาต่อยอดร่วมกับหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้แทนสมาคมคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการทุกประเภทซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง จึงเกิดการพัฒนาแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564 มุ่งเน้นให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในทุกระดับ มีการกำหนดกรอบการดำเนินงาน มีแผนปฏิบัติการและแหล่งงบประมาณ เพื่อให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปกำหนดแผนปฏิบัติงานและงบประมาณรองรับครอบคลุมทุกประเภท ความพิการ และบูรณาการทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทุกประเภทมีโอกาสเข้ามาร่วมพัฒนาแผน เพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการจำเพาะ รวมทั้งมีระบบการดูแลคนพิการที่ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ครอบคลุมการเข้าสู่สังคมและการได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ หรือการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของคนพิการ ภายใต้กรอบแนวคิด ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการพัฒนา “แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2”

แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 - 2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้

เป้าประสงค์ : มีระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกประเภทความพิการและมีสถานบริการด้านสุขภาพคนพิการครอบคลุมทั่วประเทศ

ตารางที่ 1 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 1

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. บูรณาการแผนปฏิบัติการด้านคนพิการ ร่วมกับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดบริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านคนพิการ ควรมีการทำงานเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ทั้งระดับกรม หน่วยงานส่วนกลาง ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 3. กำหนดอัตรากำลังและสรรหาบรรจุ แต่งตั้งบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู) ให้เพียงพอต่อความต้องการที่จำเป็นสำหรับคนพิการแต่ละประเภทความพิการในทุกระดับหน่วยบริการตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพระดับจังหวัดถึงระดับชุมชน 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะ	- มีแผนปฏิบัติการบูรณาการ ร่วมกับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ด้านคนพิการโดย กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ ในแต่ละระดับ ครอบคลุมการ กำหนดอัตรากำลัง รูปแบบ บริการและการประสาน เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ - คนพิการแต่ละประเภท สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ - มีมาตรฐานบริการฟื้นฟู สมรรถภาพครอบคลุม ทุกประเภทความพิการ	กระทรวงสาธารณสุข และ หน่วยงานในสังกัด/กำกับ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น - สถานพยาบาล/ หน่วยบริการ ในสังกัด/ กำกับกระทรวงต่างๆ - กระทรวงมหาดไทย อาทิจังหวัดปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ท้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น - องค์กรภาคประชาสังคม - องค์กรด้านคนพิการ/ ศูนย์บริการคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้ เป้าประสงค์ : มีระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกประเภทความพิการและมีสถานบริการด้านสุขภาพคนพิการครอบคลุมทั่วประเทศ ตารางที่ 1 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 1		
แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ความสามารถในด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ 5. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพสำหรับคนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างทั่วถึงตามกฎหมายกำหนดและเพียงพอกับความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภทความพิการ เช่น ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กพิเศษในโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ 6. สร้างความตระหนักและส่งเสริมด้านการช่วยเหลือคนพิการในบุคลากรที่ทำประชาสัมพันธ์/ต้อนรับในสถานพยาบาล (ครอบคลุมทั้ง 7 ประเภทความพิการ)		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสิทธิประโยชน์ และเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

เป้าประสงค์ : คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสิทธิประโยชน์และเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ

ตารางที่ 2 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 2

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ศักยภาพ การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ 2. ส่งเสริมการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว โดยให้หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนจัดกิจกรรม พัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมเกี่ยวกับคนพิการและความพิการ 3. พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพที่คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงหรือเหมาะสม เช่น จัดพื้นที่หรือห้องแยกโรคตรวจกรณีผู้ป่วยจิตเวช หรือเด็กออทิสติก หรือจัดบริการสำหรับคนพิการในรูปแบบ One stop service 4. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการบริการเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ 5. จัดบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมายและตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท	- มีแนวทาง มาตรการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้คนพิการทุกประเภทคนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิ ประโยชน์ ได้ และเข้าใจง่าย - คนพิการทุกประเภทได้รับการดูแลฟื้นฟูด้านสุขภาพ และสังคมตามกฎหมาย	หน่วยงานในสังกัด/กำกับของ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร - กระทรวงวิทยาศาสตร์และ - กระทรวงแรงงาน - กระทรวงมหาดไทย อาทิสองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ท้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น - องค์ภาคประชาสังคม - องค์การด้านคนพิการเทคโนโลยี

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสาร
 คนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ

เป้าประสงค์ : คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
 จากสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสารคนพิการแนวทาง
 และมาตรการ

ตารางที่ 3 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 3

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. พัฒนาระบบและจัดทำฐานข้อมูลด้าน คนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการ วางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คนพิการและการป้องกันความพิการ รวมทั้ง ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยง และใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกัน อย่างเป็นระบบ 2. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความสามารถ ตามประเภทความพิการและลงรหัส ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็น เครื่องมือทางสถิติ ด้านการวิจัย การบำบัด รักษา การวางแผนนโยบายทางการแพทย์ สังคม การศึกษา ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลประสานและ เชื่อมโยงข้อมูลระดับประเทศ 3. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์ของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานสากล (ตาม WCAG 2.0) 4. จัดทำและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ	- จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับคนพิการ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม ทางกายภาพให้คนพิการและ ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ ประโยชน์ - จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ จัดให้คนพิการเข้าและใช้ ประโยชน์ได้จากผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความ พิการ รวมถึงเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อการดำรงชีวิต และความ เหมาะสมในการใช้งาน ของคนพิการ - มีแนวทางมาตรการบังคับใช้ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้าง ใหม่ในสถานพยาบาลของรัฐ ที่ต้องมีการออกแบบ	หน่วยงานในสังกัด/ กำกับ ของ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร -กระทรวงวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี - กระทรวงแรงงาน - กระทรวงคมนาคม - สถานพยาบาล/ หน่วยบริการ ในสังกัด/ กำกับกระทรวง ต่าง ๆ - องค์กรภาคประชาสังคม - องค์กรด้านคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสาร
 คนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ

เป้าประสงค์ : คนพิการ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
 จากสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสารคนพิการแนวทาง
 และมาตรการ

ตารางที่ 3 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 3

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ในแต่ละประเภทให้คนพิการทุกประเภทเข้าถึง สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ 5. ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการตลอดจน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านการ เข้าถึงข้อมูลของคนพิการ ทุกคนสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ 6. ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้างใหม่ที่ต้อง มีการออกแบบอาคาร ห้องน้ำ ทางเดินภายใน และภายนอกอาคารให้เป็นไปตามหลัก Universal Design 7. สร้างความตระหนักและส่งเสริมด้านการ ช่วยเหลือคนพิการในบุคลากรที่ทำประชาสัมพันธ์ /ต้อนรับในสถานพยาบาล (ทั้ง 7 ประเภทความ พิการ)		

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนางานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ

เป้าประสงค์ : นำผลการศึกษาวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ ถูกนำไปพัฒนาเชิงนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมแนวทางและมาตรการ

ตารางที่ 4 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 4

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านคนพิการ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้จริง 2. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับคนพิการทุกประเภทให้คนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและใช้ประโยชน์โดยปราศจากอุปสรรคสำหรับคนพิการ 3. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง ทำวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมเทคโนโลยีด้านคนพิการแบบบูรณาการ และต้นทุนต่ำ เพื่อให้มีราคาที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการได้ 4. ศึกษาวิจัยระดับชาติและสถานการณ์ ด้านสุขภาพคนพิการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของคนพิการ ตลอดจนจัดระบบบริการให้เหมาะสม 5. ให้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติและกรมสุขภาพจิต เป็นที่ปรึกษาและหน่วยประสานงานด้านวิจัย สุขภาพคนพิการ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านคนพิการ	- มีมาตรการ แนวทาง สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยี ด้านคนพิการ ที่ส่งเสริม การดูแลสุขภาพคนพิการ และการป้องกันความพิการ เพื่อให้คนพิการ สามารถใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้จริง - มีเทคโนโลยีการดูแลคน พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้และ ออทิสติก สำหรับบุคลากร ทางด้านสาธารณสุข สำหรับ ประชาชนเพื่อให้ประชาชน สามารถพึ่งพาตนเองและดูแล ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้	หน่วยงานในสังกัด/ กำกับของ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงเทคโนโลยี สารสนเทศ และการสื่อสาร - กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี - สำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ (วช.) - องค์กรด้านคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกัน
ความพิการกับชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ : คนพิการ องค์กรด้านคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่าย
ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทุกขั้นตอน ทุกระดับ โดยการส่งเสริมให้มี
ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อการดูแลสุขภาพคนพิการ

ตารางที่ 5 แนวทางและมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์ที่ 5

แนวทางและมาตรการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และ ทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการ ป้องกันความพิการ	- ร่วมพัฒนาองค์กร ศูนย์ดูแล สุขภาพคนพิการกับเครือข่ายให้ เกิดความเข้มแข็ง ตามเกณฑ์มาตรฐาน ขององค์กรคนพิการ	- กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัด/ กำกับ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น
2. ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพมีการ บูรณาการการดูแลสุขภาพคนพิการและการ ป้องกันความพิการร่วมกับชุมชน โดยใช้ งบประมาณของชุมชน กองทุนระดับตำบล หรือระดับจังหวัด เป็นต้น		- กระทรวงมหาดไทย อาทิต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ท้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น
3. ส่งเสริมองค์ความรู้และเจตคติที่ดี ด้านการดูแลและป้องกันความพิการให้กับ คนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการ และเครือข่ายด้านสุขภาพ		- กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงแรงงาน - องค์กรภาคประชาสังคม - องค์กรด้านคนพิการ
4. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและการ ป้องกันความพิการในชุมชน โดยชุมชน มีส่วนร่วม		

แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ

การพิจารณาวิเคราะห์ผลกระทบ และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการ
พัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการนั้น จำเป็นต้องพิจารณาวิเคราะห์ถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้รอบด้าน โดยเฉพาะอย่าง

ยังหน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจ หน้าที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ด้านอาชีพและสังคม การดำรงชีวิต ด้านการศึกษา เป็นต้น อีกทั้งควรพิจารณาบทบาทในระดับผู้กำหนดนโยบาย จนถึงผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้นำนโยบายต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดกิจกรรม โครงการ บริการ หรือระบบงานที่ส่งผลกระทบโดยตรง หรือโดยอ้อมกับคนพิการ และครอบครัวดังแสดงรายละเอียดหน่วยงานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใน (ดังภาพที่ 9)



ผู้ปฏิบัติงานกำหนดนโยบาย (Policy maker)		
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ : อุปกรณ์มูลค่าสูงสำหรับคนพิการ, ฟื้นฟูคนพิการระยะกึ่งเฉียบพลัน รพ.มหาวิทยาลัย : พิการระยะ เฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน, อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ รพศ. รพท. : สถาบันสิรินธรเพื่อการ ฟื้นฟูฯ: อุปกรณ์มูลค่าสูงสำหรับคน พิการ,ฟื้นฟูคนพิการระยะกึ่งเฉียบพลัน รพช. : ฟื้นฟูคนพิการระยะกึ่ง เฉียบพลัน รพ.สต และ อสม. : ฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการโดยชุมชนในระยะยาว คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพที่จำเป็นต่อ สุขภาพประจำจังหวัด และกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อ	สำนักงานพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์จังหวัด : จัดทะเบียน คนพิการ, เบี้ยปรับบ้าน, เบี้ยกู้ยืม ประกอบอาชีพ, อุปกรณ์ที่ไม่ใช่อุปกรณ์ การแพทย์ เช่น รถโยก,ศูนย์บริการ คนพิการ กรมจัดหางานจังหวัด อบต. อบท. : นักพัฒนาชุมชน : เบี้ยคนพิการ, โครงการอบรมอสม. สนับสนุนอาชีพ, รถบริการ รับส่งคนพิการ อบจ. : ศูนย์ฟื้นฟูระดับตำบล, โครงการอบรม อสม.	ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ จังหวัด : โรงเรียนเรียนร่วม โรงเรียน เฉพาะความพิการ ศูนย์การ เรียนเฉพาะความพิการ พัฒนาและฝึกอบรมผู้ดูแลคน พิการบุคลากรที่จัดการศึกษา สำหรับคนพิการ

ภาพที่ 9 การวิเคราะห์ความเชื่อมโยง บูรณาการการดำเนินงานด้านคนพิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง
2. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
4. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคทางสังคม
5. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
6. ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

โดยประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ได้กล่าวถึง การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ด้วยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุม

และเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทของสังคมสูงวัย รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมเป็นพลังในสังคมสำหรับคนทุกกลุ่มโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงวัย โดยการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสวัสดิการรายบุคคล และการพัฒนาระบบการให้บริการสวัสดิการที่เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ธุรกิจหรือองค์กรประชาสังคม เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบสวัสดิการถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เป็นภาระทางการคลังมากเกินไป ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจในการออมและการลงทุนระยะยาวเพื่อเพิ่มความสามารถในการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของประชาชนทุกกลุ่มด้วยมาตรการทางภาษีและอื่น ๆ ตลอดจนส่งเสริมให้แรงงานทั้งในระบบและนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสังคมอย่างทั่วถึง รวมถึงมีการลงทุนทางสังคมแบบมุ่งเป้าเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสโดยตรง โดยการจัดให้มีมาตรการพิเศษเพื่อให้สามารถระบุตัวกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ และให้ความคุ้มครองทางสังคมและสวัสดิการอย่างเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายผู้มีรายได้น้อย ยากจนและผู้ที่ถูกเลือกปฏิบัติซ้ำซ้อน โดยมีเป้าหมายการตัดขาดวงจรความยากจนไม่ให้ส่งต่อจากรุ่นพ่อแม่ไปสู่รุ่นลูกหลาน และช่วยเหลือกลุ่มคนที่เดือดร้อนที่สุด สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษา โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยในด้านบริการสาธารณสุข เน้นการกระจายทรัพยากรและเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล ให้กระจายไปยังพื้นที่อำเภอ ตำบล เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย ให้ได้รับบริการ ที่ไม่มีความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพ รวมทั้งระบบคุ้มครองการรักษายาบาลต่อการเจ็บป่วยที่สร้างภาระทางการเงินโดยไม่คาดคิดหรือเกินขีดความสามารถของผู้มีรายได้น้อย สนับสนุนส่งเสริมให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพและมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐานสากลในทุกพื้นที่ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการสาธารณสุข ด้านการศึกษาเน้นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพที่เป็นมาตรฐานเสมอกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารและยากจนและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ การจัดให้มีมาตรการ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา การสนับสนุนกลไกความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการศึกษาในระดับจังหวัด การใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้และนวัตกรรมของคนทุกกลุ่ม รวมถึงระบบการติดตามสนับสนุนและประเมินผลเพื่อสร้างหลักประกันสิทธิการได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพของประชาชนสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่างทั่วถึง เน้นการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงความยุติธรรมอย่างเท่าเทียมกัน การพัฒนากลไกช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยในการต่อสู้คดีที่มีคุณภาพมาตรฐานและเพียงพอ การให้หลักประกันสิทธิของผู้เสียหายและผู้ถูกกล่าวหาในการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การกำหนดกรอบเวลาและขั้นตอนในกระบวนการยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดเป็นธรรมและเสมอภาค และการมีมาตรการที่ละเอียดอ่อนสำหรับคดีความผิดเกี่ยวกับเพศและการจัดการคดีเกี่ยวกับกลุ่มที่มีความเปราะบาง ตลอดจนการพัฒนาวิธีพิจารณาความแพ่งและคดีปกครองเพื่อเพิ่มโอกาสของประชาชนในการเข้าถึงความยุติธรรม ปรับปรุงระบบโทษปรับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใส

และระบบการช่วยเหลือผู้พิการในการกลับสู่สังคม อีกทั้งยังกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังทางสังคม สร้างสังคมเข้มแข็งที่แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้งกัน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านคนพิการ

องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ” (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่มีความสำคัญและมีผลต่อการกำหนดนโยบายด้านคนพิการ โดยประเทศไทยได้ลงสัตยาบันต่ออนุสัญญาฯ เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2551 อนุสัญญานี้มีวัตถุประสงค์รองรับการใช้สิทธิของคนพิการ มุ่งส่งเสริมคุ้มครองและประกันให้คนพิการได้ใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานอย่างเต็มที่และเท่าเทียม ตลอดจนส่งเสริมการเคารพในสิทธิของตนเอง มีหลักการสำคัญในการเคารพในศักดิ์ศรี การไม่เลือกปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมในสังคม การเคารพในความแตกต่างและการยอมรับความหลากหลายของมนุษยชน ความเสมอภาคทางโอกาส ความสามารถเข้าถึงสิทธิ โดยรัฐภาคีมีพันธกรณีที่จะต้องจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในทุกรูปแบบ ทั้งในด้านกฎหมายการปกครอง และปฏิบัติต่าง ๆ รวมถึงการกำหนดมาตรการที่เหมาะสม เพื่อประกันการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเท่าเทียมกันของคนพิการ ทั้งนี้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ได้กล่าวในประเด็นสุขภาพ การส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใจความว่า “รัฐภาคียอมรับว่าคนพิการมีสิทธิในการอุปโภคมาตรฐานสาธารณสุขที่สูงสุดเท่าที่จะหาได้ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความพิการ ให้รัฐภาคีดำเนินมาตรการที่เหมาะสมทั้งปวงเพื่อประกันให้คนพิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงเพศ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้รัฐภาคี

1. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือที่สามารถจ่ายได้สำหรับคนพิการในระดับคุณภาพและมาตรฐานเช่นเดียวกับการที่จัดให้บุคคลอื่นรวมถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์และโปรแกรมสาธารณสุขที่มีให้กับประชาชนทั่วไป

2. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับความพิการรวมทั้งการบ่งชี้และช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มอย่างเหมาะสม และการบริการที่จัดให้เพื่อจำกัดระดับความพิการให้น้อยที่สุดและป้องกันไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น ทั้งนี้รวมทั้งในเด็กและผู้สูงอายุ

3. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพเหล่านี้ให้อยู่ใกล้เคียงมากที่สุดกับชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งในพื้นที่ชนบท

4. กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลคนพิการด้วยคุณภาพเดียวกันกับที่ให้การดูแลแก่คนอื่น รวมถึงบนพื้นฐานของความยินยอมโดยสมัครใจและโดยได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้วยการสร้างความตระหนักรู้ด้านสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีการอยู่ได้ด้วยตนเอง และความจำเป็นของคนพิการโดยวิธีฝึกอบรมและประกาศใช้มาตรฐานจรรยาบรรณสำหรับการดูแลสุขภาพโดยภาครัฐและเอกชน

5. ห้ามการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในการประกันสุขภาพและการประกันชีวิต ซึ่งต้องจัดให้มียุติธรรม และสมเหตุสมผล และในกรณีการประกันชีวิต ให้เป็นไปตามกฎหมายภายในของรัฐนั้นที่กำหนดให้มีการประกันชีวิตได้

6. ป้องกันการปฏิเสธการดูแลด้านสุขภาพหรือการบริการด้านสุขภาพหรืออาหารและสารเหลว โดยเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ

7. ให้รัฐภาคีดำเนินมาตรการที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล รวมถึงการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาความเป็นอิสระไว้อย่างสูงสุด เพิ่มความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและการอาชีพ และการรวมเป็นส่วนหนึ่งและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกด้านของชีวิต เพื่อการนี้ให้รัฐภาคีจัดบริการ และโปรแกรมด้านการส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพการว่างงาน การศึกษาและบริการสังคม ในลักษณะที่บริการและโปรแกรมเหล่านี้

(ก) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ในระยะแรกสุดเท่าที่จะเป็นไปได้และบนพื้นฐานการประเมินความต้องการจำเป็นและจุดแข็งของแต่ละบุคคลโดยหลักสหวิชาชีพ

(ข) สนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชนและการเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนและทุกด้านของสังคม โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของคนพิการ และจัดไว้ให้ใกล้เคียงกับชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งในพื้นที่ชนบท

8. ให้รัฐภาคีส่งเสริมการพัฒนาการฝึกอบรมขั้นต้นและต่อเนื่องสำหรับนักวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านบริการส่งเสริมสมรรถภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

9. ให้รัฐภาคีส่งเสริมการจัดให้มีไว้การให้ความรู้และการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ออกแบบสำหรับคนพิการซึ่งต่างล้วนเกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กฎหมายในประเทศไทย ได้ให้สิทธิของคนพิการในการเข้าใช้บริการจากรัฐไว้ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ในปัจจุบันในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยอยู่ระหว่างการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนทั่วไป และกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อรักษาสีบทและเข้าถึงบริการอันเป็นสาธารณะในภาครัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับรัฐธรรมนูญทั้งสองฉบับ พบว่ามีสาระรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและสุขภาพ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 กับ ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2559

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550	ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2559
มาตรา 30 “บุคคลย่อมเสมอภาคกันในทางกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ	รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้กล่าวถึง สิทธิเสรีภาพ และการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายความเท่าเทียมสิทธิระหว่างชายหญิงการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลไม่ว่าด้วยสาเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550	ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2559
ความพิการ สภาพทางร่างกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้” <u>มาตรา 40</u> “บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม . (6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาตัวอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ” <u>มาตรา 49</u> “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพหรือผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากต้องได้รับสิทธิตามวรรคหนึ่ง” <u>มาตรา 54</u> “บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” <u>มาตรา 80</u> “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้ (1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการเลี้ยงดู และให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพิงตนเองได้	ทางกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใดจะกระทำมิได้ในมิติด้านสุขภาพ ได้รับบทบาทของรัฐที่ต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การส่งเสริมการป้องกันโรค ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้วยแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุข ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยรัฐต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ ของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงมีจิตใจเข้มแข็งรวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน นอกจากนี้ได้กล่าวถึง บทบาทรัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็กเยาวชน สตรีผู้สูงอายุคนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าว ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมรวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำดังกล่าว ทั้งนี้รัฐต้องส่งเสริมการสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวรวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมี

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550	ร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2559
	สุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็งและให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรีผู้สูงอายุคนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และได้รับการคุ้มครองจะเห็นได้ว่า (ร่าง) รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ไม่ได้ระบุถึงคนพิการ โดยเฉพาะ ซึ่งสะท้อนให้เห็นมุมมองของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนไป ที่มองคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลทั่วไปที่ต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิที่เสมอภาค เท่าเทียม

ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง คือ “พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ” ซึ่งต่อมาได้มีการยกเลิก และประกาศใช้ “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550” ซึ่งถือเป็นการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Convention on the rights of Persons with Disabilities: CRPD) สาระได้กำหนดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองคนพิการในเชิงนโยบายไว้เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาส และการคุ้มครองจากรัฐ มุ่งให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่าง ๆ จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐทั้งในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์การศึกษา อาชีพ และสวัสดิการสังคม สาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิทางการแพทย์และสาธารณสุข ไว้กล่าวไว้ในมาตรา 20 (1) ว่า “คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลือจากรัฐ ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น”ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับนี้

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เวชภัณฑ์และบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552” บริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว จำนวน 26 รายการ เช่น ภาพถ่ายบำบัด กิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน

การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย การคัดลอก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกฎหมายด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการที่มีระดับความพิการอยู่ในเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะได้รับ “บัตรทอง ท.74” สิทธิประโยชน์เฉพาะสำหรับคนพิการที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การประคบ/แก้ไขการปวด จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูทางการได้ยิน การรับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ และการพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศ และสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะซับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว ได้กำหนดบทบาทให้มี “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมไว้ใน มาตรา 40 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญอันหนึ่งในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการแบบมีส่วนร่วม ที่ผ่านมามีการเสนอประเด็นนโยบายผ่านกระบวนการนี้ในมิติ “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ” ในขณะที่ยังมีอีกหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 70 ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ได้แก่ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ อาชีพ และค่าบริการอื่นที่จำเป็น ต่อมาได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมสาระอื่นๆ ใน พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 และมีการปรับเพิ่มสาระอีกครั้งใน พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 ซึ่งได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาแล้ว

เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2558 ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ภายใน 120 วันนับตั้งแต่วันที่ประกาศหรือเริ่มตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558 โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านสุขภาพผู้ทุพพลภาพ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านสุขภาพผู้ทุพพลภาพ

สิทธิประโยชน์	สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติ ประกันสังคมฉบับเดิม	สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2558
กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย	มีสิทธิได้รับเฉพาะค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่ และ รักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์ ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย	เพิ่มค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีได้รับความ เสียหายจากรับบริการทางการแพทย์
ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ทุพพลภาพ	ไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีเสียชีวิต	เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิตแก่ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง/ผู้ทุพพลภาพ แม้ส่งเงินสมทบไม่ครบตามสิทธิ
กรณีทุพพลภาพ	ผู้ประกันตนต้องสูญเสียสมรรถภาพของ ร่างกายร้อยละ 50 ถึงจะมีสิทธิได้รับ ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ *ผู้ทุพพลภาพอยู่ก่อนวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2538 ได้รับเงินทดแทนการ ขาดรายได้ 15 ปี	ผู้ประกันตนซึ่งสูญเสียสมรรถภาพไม่ถึง ร้อยละ 50 ของร่างกายมีสิทธิได้รับ ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ *ผู้ทุพพลภาพอยู่ก่อนวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2538 ได้รับเงินทดแทนการ ขาดรายได้ตลอดชีวิต

พระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการรักษายา พ.ศ. 2553 มาตรา 4 การรักษาพยาบาลหมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข ซึ่งรวมค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีบทบัญญัติกำหนดสิทธิของผู้ป่วย โดยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ และได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ เว้นแต่มีกฎหมายบัญญัติไว้ให้เปิดเผยได้ ได้รับการคุ้มครองจากการวิจัย ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมและระบบอื่น ๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ตลอดจนห้ามมิให้มีผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย

บทสรุป

จากกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ ทั้งระดับชาติและระดับสากลแสดงให้เห็นว่าทุกภาคส่วนมีความพยายามที่จะพัฒนา ปรับปรุงและขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมายอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้รับประโยชน์จากบริการของรัฐอย่างทั่วถึง แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในด้านการบังคับใช้กฎหมาย ความเป็นเอกภาพของกฎหมาย การผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติและการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ จากงานวิจัยของ รศ.ดร.ทวี เชื้อสุวรรณทวี และคณะ (พ.ศ. 2556) ระบุว่า กฎหมายและนโยบายต่าง ๆ ยังมีความซับซ้อนและไม่เป็นเอกภาพ ซึ่งอาจทำให้คนพิการเข้าถึงสิทธิหรือบริการต่าง ๆ ได้อย่างไม่ทั่วถึง อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจและมาตรการในการปรับปรุงแวดล้อมให้เหมาะสมกับคนพิการ เช่น ทางลาด ลิฟต์ ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น ในสถานพยาบาลยังไม่เพียงพอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้กฎหมาย และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะการสงเคราะห์ โดยเน้นการจ่ายเบี้ยความพิการเป็นหลัก ซึ่งไม่มีการดูแลและบริการคนพิการในเชิงพัฒนาหรือเชิงระบบอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 8 แสดงการวิเคราะห์กฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ ประเด็นการดำเนินงานด้านคนพิการในระดับสากล

ประเด็น	CRPD	Incheon strategy	SDGs	WHA 2014	WHO Global Action Plan 2014-2021
สิทธิคนพิการ	✓	✓	✓	✓	✓
ความเสมอภาค	✓	✓	✓	✓	✓
การเข้าถึง	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ: ✓ ในอนุสัญญา นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนฯ มีการกล่าวระบุ หรือกล่าวถึง

ตารางที่ 9 แสดงกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านคนพิการในระดับประเทศ

ประเด็น	พรบ. ส่งเสริม และ พัฒนา คุณภาพ ชีวิตคน พิการ	พรบ. สุขภาพ จิต	พรบ. การศึกษา สำหรับ คนพิการ	พรบ.หลัก ประกัน สุขภาพ	แผน คุณภาพ ชีวิต คน พิการ ฉบับ 4	แผน คุณภาพ ชีวิต คน พิการ ฉบับ 5	แผนพัฒนา การดูแล สุขภาพ คนพิการ	แผนพัฒนา การดูแล สุขภาพ คนพิการ
สิทธิคน พิการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ประเด็น	พรบ. ส่งเสริม และ พัฒนา คุณภาพ ชีวิตคน พิการ	พรบ. สุขภาพ จิต	พรบ. การศึกษา สำหรับ คนพิการ	พรบ.หลัก ประกัน สุขภาพ	แผน คุณภาพ ชีวิต คน พิการ ฉบับ 4	แผน คุณภาพ ชีวิต คน พิการ ฉบับ 5	แผนพัฒนา การดูแล สุขภาพ คนพิการ	แผนพัฒนา การดูแล สุขภาพ คนพิการ
ความ เสมอ ภาค	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การ เข้าถึง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ : ✓ ในกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนฯ มีการกล่าวระบุ หรือกล่าวถึง

ที่มา : แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 – 2564 (กระทรวงสาธารณสุข)

สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 19 กำหนดให้คนพิการยื่นขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

1. เอกสารประจำตัวอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

- (ก) บัตรประจำตัวประชาชน
- (ข) บัตรประจำตัวข้าราชการ
- (ค) สูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่า 15 ปี
- (ง) หนังสือรับรองการเกิด ตามแบบของกรมการปกครอง

2. ทะเบียนบ้านของคนพิการ

3. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป

4. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ประกาศกำหนด กรณีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน

5. กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ต้องเป็นผู้มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกับคนพิการหรือเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง ซึ่งคนพิการแจ้งว่าได้อุปการะหรืออาศัยอยู่ด้วยเอกสารประกอบด้วย บัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้ดูแล บัตรประจำตัวคนพิการมีอายุ 8 ปี นับตั้งแต่วันออกบัตร

โดยสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ ที่กำหนดไว้ในคู่มือสิทธิคนพิการ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1) ที่จัดทำโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กล่าวถึงรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการแพทย์

คนพิการสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนพิการ หรือ บัตรทองคนพิการ ท.74 ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ และมีสิทธิได้รับการขึ้นพื้นฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ดังนี้

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

คนพิการสามารถติดต่อขอรับบริการทางการแพทย์ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด โดยเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิของคนพิการ ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้

สิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขึ้นพื้นฐานทางการแพทย์ หมายรวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การคลอดบุตร บริการทันตกรรม การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลโดยสามารถรับบริการได้ที่ สถานีนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

2. ด้านการศึกษา

คนพิการสามารถเข้ารับการศึกษาระดับพื้นฐานเป็นพิเศษตั้งแต่แรกเกิดหรือเมื่อพบความพิการ และได้รับการสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการ ตามความจำเป็นและเหมาะสมอย่างทั่วถึงโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนจนถึงปริญญาตรีรูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ มีทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย ดังนี้

1. การเรียนร่วม
2. โรงเรียนศึกษาพิเศษเฉพาะความพิการ
3. การจัดในครอบครัว

4. การจัดโดยชุมชน
5. การจัดในสถานพยาบาล
6. การจัดในศูนย์การศึกษาพิเศษ
7. การจัดการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย

"สถานศึกษาใดปฏิเสธไม่รับคนพิการเข้าศึกษาให้ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามกฎหมาย"

รายการเงินอุดหนุนการศึกษาระดับอุดมศึกษา ประกอบด้วย

ค่าเล่าเรียน ค่าบำรุง ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายอื่นในทุกหลักสูตร ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราบาท/ราย/ปี ดังนี้

1. สังคมศาสตร์ ศิลปศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ศึกษาศาสตร์

1.1 สาขาที่ขาดแคลนและ หรือเป็นความต้องการของตลาดแรงงาน ได้แก่ บัญชี เศรษฐศาสตร์ สารสนเทศ นิติศาสตร์ ภาษาต่างประเทศ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ครุศาสตร์อุตสาหกรรม โลจิสติกส์ ธุรกิจอุตสาหกรรม อุตสาหกรรมบริการ และธุรกิจการบิน อัตรา 60,000 บาท

- 1.2 สาขาอื่น ๆ นอกจาก 1.1 อัตรา 50,000 บาท

2. ศิลปกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ อัตรา 70,000 บาท
3. วิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อัตรา 70,000 บาท
4. เกษตรศาสตร์ อัตรา 70,000 บาท
5. สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์ อัตรา 90,000 บาท
6. แพทยศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ อัตรา 200,000 บาท

ช่องทางการติดต่อสอบถาม

สายด่วนการศึกษา 1579

สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ โทร. 0 2288 5555 โทรสาร 0 2280 7045

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

ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง โทร. 0 2247 4685 – 6 โทรสาร 0 2247 4685

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

3. ด้านอาชีพคนพิการ

3.1 การฝึกอาชีพ

คนพิการสามารถเข้ารับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ดังนี้

3.1.1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้บริการจัดฝึกอบรมวิชาชีพแก่คนพิการในสาขาต่าง ๆ หลักสูตรระยะสั้น และระยะยาว (6 เดือน-1 ปี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้คนพิการได้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและพัฒนาทักษะด้านอาชีพ จำนวน 9 แห่ง ดังนี้

- (1) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
- (2) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการจังหวัด
- (3) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ่าพ่นัส จังหวัดอุบลราชธานี

- (4) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการหายาดฝน จังหวัดเชียงใหม่
- (5) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช
- (6) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี
- (7) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดหนองคาย
- (8) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านโมกุลเฉลิมพระชนม์พรรษา 5 รอบ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ จังหวัดลพบุรี

(9) ศูนย์ส่งเสริมอาชีพคนพิการ (โรงงานปีคนพิการสากล) จังหวัดนนทบุรี

3.1.2. กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานนานาชาติ สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ภาค 1 - 12 มีให้บริการการฝึกเตรียมเข้าทำงาน การฝึกยกระดับฝีมือการฝึกเสริมทักษะและให้คำปรึกษา/แนะนำการพัฒนาหลักสูตร ติดต่อสอบถาม : สายด่วน 1506 กด 4

3.1.3. สำนักงานประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานได้จัดทำหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ โดยการเตรียมเข้าทำงาน (Work Preparation) การฝึกอาชีพ (Vocational Training) ติดต่อสอบถาม : สายด่วน 1506 กด 1

3.2 การจ้างงานคนพิการ

การจ้างงานคนพิการ กรณีสถานประกอบการเอกชน (มาตรา 33)

นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป ต้องรับคนพิการเข้าทำงาน 1 คน (อัตราส่วน 100 : 1) เศษของ 100 คน ถ้าเกิน 50 คนรับคนพิการเพิ่มอีก 1 คน ตัวอย่างการคำนวณง่าย ๆ

- ลูกจ้างที่ไม่พิการ ทั้งบริษัท 100 - 150 คน ต้องรับลูกจ้างที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย 1 คน
- ลูกจ้างที่ไม่พิการ ทั้งบริษัท 151 - 250 คน ต้องรับลูกจ้างที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย 2 คน
- ลูกจ้างที่ไม่พิการ ทั้งบริษัท 251 - 350 คน ต้องรับลูกจ้างที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย 3 คน

* การนับจำนวนลูกจ้างให้นับทุกวันที่ 1 ตุลาคมของแต่ละปี

* กรณีนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการใด มีหน่วยงานหรือสำนักงานสาขาในจังหวัดเดียวกัน ให้นับรวมลูกจ้างทุกแห่งในจังหวัดนั้นเข้าด้วยกัน

กรณีนายจ้างหรือสถานประกอบการที่ไม่รับลูกจ้างคนพิการ มีทางเลือก 2 ทาง คือ

ทางเลือกที่ 1 : การส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มาตรา 34

เงินสด เช็กขีดคร่อม หรือ ธนาณัติ ส่งจ่ายกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นรายปี ภายในวันที่ 31 มกราคมของแต่ละปี โดยคำนวณจากอัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน ที่ใช้บังคับครั้งสุดท้ายในปีก่อนที่มีหน้าที่

ตัวอย่าง

- บริษัท ABC ต้องจ้างพนักงานคนพิการ 3 คน แล้วไม่จ้างสักคน เท่ากับ 305 บาท * 365 * 3 คน
ต้องส่งเงินเข้ากองทุนฯ = 333,975.- บาท

- บริษัท ABC ต้องจ้างพนักงานคนพิการ 3 คน แล้วจ้างไม่ครบ ยังขาดอีก 1 คน เท่ากับ 305 บาท * 365 * 1 คน ต้องส่งเงินเข้ากองทุน = 111,325.- บาท

ทางเลือกที่ 2 : การจ้างงานคนพิการตามมาตรา 35

ให้สถานประกอบการแจ้งความจำนงค์ต่อปลัดกระทรวงแรงงาน หรือผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อจัดให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการจัดจ้างเหมาช่วงงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการแทนก็ได้

. - การให้สัมปทาน เช่น ให้สัมปทานพื้นที่ทำการเกษตรให้สัมปทานจัดสรรเวลาออกอากาศทางเคเบิลทีวีให้แก่คนพิการ

. - การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ เช่น สถานประกอบการเช่าพื้นที่ให้ผู้ดูแลคนพิการขายสินค้า จัดพื้นที่บริเวณโรงอาหารให้คนพิการดำเนินการจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม เป็นต้น

- การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ เช่น บริษัท ผลิตนาฬิกาข้อมือจ้างเหมาผู้ดูแลคนพิการประกอบชิ้นส่วนนาฬิกาข้อมือ สถานประกอบการจ้างเหมาคนพิการบรรจุภัณฑ์ บรรจุสินค้าเครื่องดื่มบรรจุขวด

- การฝึกงาน เช่น การฝึกอบรมหลักสูตรการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้คนพิการ การจัดหลักสูตรการนวดสปาและนวดแผนไทย การฝึกอาชีพหลักสูตรเศรษฐกิจพอเพียง "เพาะเลี้ยงเห็ดฟางและเห็ดนางฟ้าให้แก่คนพิการ" และมีระยะเวลาการฝึกไม่น้อยกว่า 6 เดือน

- การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ติดตั้งลิฟต์สำหรับคนพิการ จัดทำพื้นผิวต่างสัมผัส สร้างห้องน้ำสำหรับคนพิการ

- การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ เช่น สถานประกอบการจัดให้มีล่ามภาษามือเพื่อสื่อสารระหว่างพนักงานที่เป็นคนพิการทางการได้ยินกับพนักงานปกติ

- การให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ เช่น สถานประกอบการให้จักรเย็บผ้าแบบอัตโนมัติและอุปกรณ์ให้คนพิการเพื่อประกอบอาชีพรีดตัดเย็บเสื้อผ้าสถานประกอบการสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพเลี้ยงไก่ให้คนพิการ สถานประกอบการซื้อสินค้าจากคนพิการ

การจ้างงานคนพิการ กรณีหน่วยงานของรัฐ

หน่วยงานของรัฐที่มีผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป รับคนพิการที่สามารถทำงานได้ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดในอัตราส่วนทุก 100 ต่อคนพิการ 1 คน (100 : 1) เศษของ 100 คน ถ้าเกิน 50 คนต้องรับคนพิการเพิ่มอีก 1 คน

"ผู้ปฏิบัติงาน" หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเรียกชื่ออย่างอื่นของหน่วยงานของรัฐ ซึ่งปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานของรัฐนั้น และให้หมายความรวมถึงผู้ปฏิบัติงานอยู่ในต่างประเทศ และผู้ซึ่งอยู่ระหว่างการลาโดยได้รับเงินเดือนด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึงลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานจ้างเหมาที่ปฏิบัติงานโดยกำหนดระยะเวลาตามสัญญาจ้าง

ตัวอย่างคำนวณง่าย ๆ

- ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ ทั้งหน่วยงาน 151 - 250 คน ต้องรับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย 2 คน
 - ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ ทั้งหน่วยงาน 251 - 350 คน ต้องรับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนพิการ อย่างน้อย 3 คน
- ในการนับจำนวนผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐให้นับทุกวันที่ 1 ตุลาคมของแต่ละปี โดยมีวิธีนับ ดังนี้
- กระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเป็นกรม ให้นับรวมทั้งกระทรวง แล้วให้ปลัดกระทรวงจัดสรรให้หน่วยงานในสังกัดพิจารณารับคนพิการเข้าทำงานที่มีลักษณะงานเหมาะสมกับความพิการ

- ราชการส่วนท้องถิ่น (อบจ. อบต. เทศบาล กทม. เมืองพัทยา และ อปท. อื่น ที่มีกฎหมายให้จัดตั้ง ให้นับจำนวนของแต่ละแห่งได้เลย

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

- หน่วยงานอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล ให้นับทั้งหมดของหน่วยงานนั้น

หากหน่วยงานไม่สามารถจัดสรรกรอบอัตรากำลังให้ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนพิการได้ ให้แจ้งความจำนงค์ต่อปลัดกระทรวงแรงงานหรือผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อให้สัมปทาน จัดสถานที่ จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมา ช่างงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการแทน

3.3 การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อประกอบอาชีพ

3.3.1 การกู้ยืมเงินแบบรายบุคคล

คนพิการที่บรรลุนิติภาวะ (อายุ 20 ปีบริบูรณ์) และผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมาย สามารถกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพหรือขยายกิจการ จากกองทุนฯ รายละไม่เกิน 60,000 บาท กรณีต้องการกู้ยืมเงินเกินกว่าวงเงินที่กำหนด จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยไม่เกิน 120,000 บาท ผ่อนชำระภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี โดยไม่คิดดอกเบี้ย

คุณสมบัติ

- อายุ 20 ปีขึ้นไป หรือ 17 ปีขึ้นไปซึ่งสมรสถูกต้องตามกฎหมาย
- ต้องไม่ใช่ผู้หย่อนความสามารถในการทำนิติกรรมทางกฎหมาย
- สามารถประกอบอาชีพได้
- สามารถชำระหนี้ได้ โดยต้องมีผู้ค้ำประกัน
- มีภูมิลำเนาในทะเบียนบ้าน หรือมีที่อยู่ถาวร หรืออาศัยอยู่พื้นที่ที่ขอกู้ไม่น้อยกว่า 90 วัน
- มีความจำเป็นต้องกู้ยืมเงิน
- ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- ไม่มีประวัติเสียหายในการกู้เงินกองทุนฯ หรือแก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

ไม่มีหนี้ค้างกับกองทุนฯ หรือชำระหนี้มาแล้ว มากกว่าร้อยละ 60

- มีบัตรประจำตัวคนพิการ

ผู้ดูแลคนพิการ

- มีชื่อในบัตรประจำตัวคนพิการหรือได้รับการรับรองจากหน่วยงานหรือบุคคลที่กำหนด
- ดูแลคนพิการที่เป็นผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถหรือเป็นคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือทางสติปัญญา หรือทางการเรียนรู้ หรือออทิสติกและคนพิการที่ดูแลต้องไม่มีหนี้กับกองทุนฯ
- ต้องรับดูแลคนพิการไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3.3.2. การกู้ยืมเงินแบบรายกลุ่ม

ไม่เกิน 1,000,000 บาท ผ่อนชำระภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย

คุณสมบัติ

- กลุ่มคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ต้องมีสมาชิกไม่น้อยกว่า 2 คน โดยสมาชิกเป็นคู่ค้าประกันให้กัน
- มีการโอนเงินในสถาบันการเงินอย่างสม่ำเสมอแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- ต้องผ่านการฝึกอบรมอาชีพมีหนังสือรับรองการอบรมและต้องเป็นอาชีพเดียวกับที่ขอกู้
- ได้รับการรับรองกลุ่มจากหน่วยงานที่กำหนด
- มีแผนงานชัดเจน
- ต้องมีคำว่า "กลุ่ม" ประกอบอยู่ในชื่อกลุ่ม
- มีสถานที่ทำการแน่นอน

สถานที่ยื่นคำร้องขอกู้ยืมเงิน

- กรุงเทพมหานคร กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โทร. 0 2106 9337 - 40, 0 2354 3388 ต่อ 703
- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

4. สวัสดิการเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถลงทะเบียนขอรับสวัสดิการเบี้ยความพิการได้ที่สำนักงานเขตกรุงเทพมหานครหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเมืองพัทยา โดยมีเกณฑ์การจ่ายสวัสดิการเบี้ยความพิการ รายเดือน ๆ ละ 800 – 1,000 บาท

คุณสมบัติคนพิการรับเบี้ยความพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
4. ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศ

เอกสารที่ต้องเตรียม

1. บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์)
4. กรณีผู้อื่นดำเนินการแทน
 - หนังสือมอบอำนาจ
 - บัตรประชาชน และทะเบียนบ้าน

5. บริการล่ามภาษามือไทย

การให้บริการล่ามภาษามือสำหรับคนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย โดยล่ามภาษามือได้ค่าตอบแทนในอัตราไม่ต่ำกว่าชั่วโมงละ 300 บาท และไม่เกินชั่วโมงละ 500 บาท และอัตราชั่วโมงละ 600 บาท กรณีให้บริการในการประชุมสัมมนา หรือฝึกอบรม บริการล่ามภาษามือสำหรับคนพิการทางการได้ยินในกรณีต่าง ๆ ดังนี้

1. การใช้บริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
2. การสมัครงานหรือการติดต่อประสานงานการประกอบ
3. การร้องทุกข์ การกล่าวโทษ หรือเป็นพยาน ในชั้นพนักงานสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายอื่น
4. การเข้าร่วมประชุม สัมมนา หรือการฝึกอบรม
5. การติดต่อหน่วยงานภาครัฐหรือรับบริการสาธารณะอื่น

เอกสารหลักฐาน

- บัตรประจำตัวคนพิการ
- ทะเบียนบ้าน
- บัตรประจำตัวประชาชน (กรณีผู้ดูแลคนพิการ)

ติดต่อสอบถาม

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

6. สวัสดิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการเพื่อความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ปรับปรุงห้องน้ำ ติดตั้งราวจับปรับพื้นผิวทางเดิน เป็นต้นในอัตราเหมาจ่ายรายละไม่เกิน 40,000 บาท

หลักเกณฑ์

1. มีบัตรประจำตัวคนพิการ

2. อยู่อาศัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน (กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย ต้องมีหลักฐานยินยอมจากเจ้าของ/กรณีเป็นบ้านเช่าต้องมีหลักฐานแสดง)

3. ที่อยู่อาศัยมั่นคง/ไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

4. มีรายได้น้อยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

เอกสารหลักฐาน

- แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ
- ประมาณการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้าน
- บัตรประจำตัวคนพิการ
- ภาพถ่ายสภาพบ้านของคนพิการ

ติดต่อสอบถาม

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

7. บริการผู้ช่วยคนพิการ

ผู้ช่วยคนพิการ (PA : Personal assistant) คือ บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือคนพิการในการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวัน ในกรณีคนพิการมีสภาพความพิการมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง และช่วยเหลือคนพิการในการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน หรืออยู่ร่วมกับคนพิการที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยคนพิการสามารถยื่นคำขอมีผู้ช่วยคนพิการได้ที่ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด (พมจ.)

คุณสมบัติ

1. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
2. มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ
3. ไม่ได้รับความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ

หลักเกณฑ์พิจารณา

1. มีสภาพความพิการมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง
2. หากไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญจะส่งผลอย่างมากต่อการดำรงชีวิต สุขภาพอนามัย จิตใจ อารมณ์

พฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้ช่วยคนพิการ มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. มีความรู้อ่านออกเขียนได้

4. มีประสบการณ์ให้การช่วยเหลือหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ
 5. มีเจตคติที่ดีต่อคนพิการ
 6. ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการ ระดับพื้นฐาน พ.ศ. 2555 (ภาคทฤษฎี 24 ชม./ปฏิบัติ 30 ชม.) และมีการยื่นจดแจ้งเป็นผู้ช่วยคนพิการแล้ว
- สอบถามเพิ่มเติม

1. กรุงเทพมหานคร ติดต่อที่กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ โทร. 0 2354 3388 ต่อ 209 023543759

2. ต่างจังหวัด ติดต่อที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

8. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ

มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2552 และเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2555 ให้นหน่วยงานราชการสำรวจและจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการเข้าถึงได้ ดังนี้

- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงมหาดไทย เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศาลากลางจังหวัดที่ว่าการอำเภอ
- กระทรวงศึกษาธิการ เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย
- กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เช่น สถานีตำรวจ

หน่วยงานราชการสามารถเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณไปยังสำนักงบประมาณ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัด สิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการ อย่างน้อย 5 ประเภท ได้แก่ ทางลาด ห้องน้ำ ที่จอดรถ ป้ายและสัญลักษณ์และบริการข้อมูลข่าวสาร

9. การช่วยเหลือทางกฎหมายแก่คนพิการ

คนพิการสามารถขอความช่วยเหลือทางกฎหมายและจัดหาทนายความว่าต่างแก้ต่างทางคดีให้ได้รับความเป็นธรรมได้ตามหลักเกณฑ์ข้อกำหนด ดังนี้

ความช่วยเหลือทางกฎหมาย

- การให้คำปรึกษาหารือทางกฎหมาย
- การให้ความรู้ทางกฎหมาย
- การจัดทำนิติกรรมสัญญา
- การไกล่เกลี่ยหรือการประนีประนอมยอมความ
- การจัดหาทนายความ
- ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี ภายในวงเงิน 5,000 บาท
- การให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ ในทางคดี

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร
- กลุ่มส่งเสริมความเสมอภาคและงานคดี โทร. 0 2106 9352, 0 2106 9358
- ศูนย์รับคำร้องขอให้จัดการเลือกปฏิบัติ โดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ หรือศูนย์บริการคนพิการ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยให้บริการร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

10. การลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งสาธารณะสำหรับคนพิการ

การลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ และต้องแสดงบัตรประจำตัวคนพิการต่อเจ้าหน้าที่ประจำสถานีแต่ละแห่ง เพื่อเจ้าหน้าที่ประจำสถานีจะได้อำนวยความสะดวกในการเดินทางให้ได้อย่างถูกต้อง

1. รถไฟฟ้า BTS ฟรีลอยฟ้า ให้ขึ้นฟรีทุกสถานี มีลิฟต์ ให้บริการ 12 สถานี ได้แก่ สถานีหมอชิต สยาม โอศิก อ่อนนุช บางจาก ปุณณวิถี อุดมสุข บางนา แบริ่ง ชองนนทรี กรุงธนบุรี และวงเวียนใหญ่ จัดลิฟต์เพิ่มเติมให้ครบทุกสถานี (กทม. รับผิดชอบ)

2. การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รฟม.) ยกเว้นค่าโดยสารให้แก่คนพิการ สายเฉลิมรัชมงคล (สีน้ำเงิน) และสายฉลองรัชธรรม (สีม่วง)

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

4. ขสมก. และรถร่วมบริการของ ขสมก. ลดค่าโดยสารร้อยละ 50 (ไม่รวมค่าธรรมเนียมสำหรับรถโดยสารประจำทางของ ขสมก. และรถของผู้ประกอบการที่เดินรถร่วมกับ ขสมก. ในเส้นทางรถโดยสารประจำทาง 1 และหมวด 4 ในเขต กทม. และปริมณฑล จังหวัดที่มีเส้นทางต่อเนื่อง ลดให้ทุกประเภท ความพิการ

5. บขส. ลดค่าโดยสารร้อยละ 50 (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) สำหรับรถโดยสารของ บขส. และรถร่วมบริการในเส้นทางรถโดยสารประจำทางหมวด 2 และหมวด 3

6. ยกเว้นค่าบริการเรือโดยสารแก่คนพิการที่ใช้บริการเรือโดยสารประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา (เรือด่วนเจ้าพระยา) เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก ดังนี้

6.1 เรือด่วนเจ้าพระยา

- ธงส้ม จากท่าบ้านนนทบุรี - วัดราชสิงขร
- ธงเหลือง จากท่าบ้านนนทบุรี - สาทร
- ธงเขียว จากท่าหน้าปากเกร็ด - สาทร

6.2 เรือโดยสารคลองแสนแสบ

- ระหว่างท่าผ่านฟ้าลีลาศ - ท่าวัดศรีบุญเรือง

6.3 เรือข้ามฟาก จำนวน 21 ท่า

7. การรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) ลดค่าโดยสารให้แก่คนพิการ ร้อยละ 50 (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) และลดร้อยละ 25 สำหรับผู้ติดตาม ทุกชั้นตลอดทุกสายทาง ตลอดทั้งปี **โดยต้องแสดงบัตรประจำตัวคนพิการทุกครั้ง **

11. การคุ้มครองสวัสดิภาพ

คนพิการที่ประสบปัญหาทางสังคม ไม่มีที่อยู่อาศัยขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู สามารถเข้ารับการคุ้มครองสวัสดิภาพในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ ดังนี้

1. หน่วยงานส่ง เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ศูนย์ช่วยเหลือสังคม โรงพยาบาล เรือนจำ ประสานกองคุ้มครอง

2. อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ อนุมัติการรับเข้าสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ ตรงตามคุณสมบัติแต่ละสถานคุ้มครองฯ

3. สถานคุ้มครองดำเนินการ

- ให้ห้องแรกรับ (ถ้ามี) สอบประวัติ ตรวจร่างกายตรวจสุขภาพ ตรวจทรัพย์สิน โดยทีมสหวิชาชีพและเฝ้าระวังโรค ระยะไม่เกิน 14 วัน

- ทีมสหวิชาชีพคัดกรองคนพิการเข้าอาคารเรือนนอน

4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการขออนุมัติผู้ว่าราชการจังหวัด รับคนพิการเข้าสถานคุ้มครองฯ กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน (ถูกละเมิด ถูกทารุณกรรม)

1. หน่วยงานส่ง เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด 1300 โรงพยาบาล เรือนจำ ประสานกองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนา

2. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการดำเนินการเบื้องต้น และให้การคุ้มครองฉุกเฉิน

3. ให้คนพิการรับเข้าไม่เกิน 15 วัน และดำเนินการด้านเอกสารการตรวจร่างกาย สุขภาพ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

4. สถานคุ้มครองฯ แจ้งอย่างเป็นทางการ และนำเข้าในระบบปกติ

การคุ้มครองและให้บริการ

กระบวนการพัฒนา

1. ประเมิน และคัดกรองคนพิการโดยทีมสหวิชาชีพประเมินความพิการและศักยภาพ

2. การวางแผนการฟื้นฟูรายบุคคล (IRP/ IEP)

3. การบำบัด ฟื้นฟู พัฒนา/คุ้มครองคนพิการด้านต่างๆ โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่

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

- นักจิตวิทยา : การประเมินสภาพจิต ให้คำปรึกษาจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด

- นักส่งเสริมพัฒนาการ : จัดการศึกษาที่เหมาะสม/จัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาตามโปรแกรม และส่งเสริมการศึกษา

- พี่เลี้ยง : ฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL)

- กีฬา นันทนาการตามความสนใจ

4. การติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน และปรับแผนการฟื้นฟูรายบุคคล IRP/IEP

5. จัดเตรียมทักษะสังคม ก่อนส่งกลับ

การส่งต่อคนพิการออกนอกสถาน

1. กลับครอบครัวเดิม

2. เข้าทำงาน

- ทำงานในสถานคุ้มครองฯ

- ทำงานในสถานประกอบการ

3. อยู่กับครอบครัวทดแทน

กระบวนการเตรียมความพร้อมคนพิการ

- ทักษะการทำงาน

- ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

- ทักษะชีวิต : การใช้เงิน กด ATM การเลือกคู่ครอง

เตรียมความพร้อมสถานประกอบการ

- การทดลองงาน

- การติดตามเฝ้าระวัง

- การจำหน่ายออก

(เมื่อมีพร้อม : อยู่กับครอบครัวได้ / มีงานทำและอยู่ได้ด้วยตนเอง / แต่งงานสร้างครอบครัวใหม่)

12. สิทธิประโยชน์ของผู้ดูแลคนพิการ

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

- การบริการให้คำปรึกษา แนะนำ

- ฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดูคนพิการให้ได้มาตรฐานตามหลักและวิชาชีพ

- การจัดการศึกษาโดยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- การส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ

- การฝึกอาชีพ

- การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ผู้ดูแลคนพิการที่มีเป็นผู้เยาว์ไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือเป็นคนพิการทางจิตใจ

หรือพฤติกรรมอหิสิก สติปัญญา และคนพิการที่ดูแลต้องไม่มีหนี้สินกับกองทุนฯ และต้องดูแลคนพิการไม่น้อยกว่า 6 เดือน)

- การได้การจ้างงานตามมาตรา 35 แทนคนพิการในกรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ หรือคนพิการเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป คนพิการเป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ หรือเป็นคนพิการซึ่งมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถประกอบอาชีพได้

- การได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

- การให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
เงินสงเคราะห์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแลอุปการะ หรือครอบครัวคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ขาดแคลน ส่งผลกระทบต่อการดูแลคนพิการ เอกสารประกอบการขอรับบริการ

1. กรณีคนพิการยื่นเองใช้เอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวคนพิการ

- สมุดบัญชีธนาคาร

2. กรณีผู้ดูแล/ผู้ยื่นแทนคนพิการใช้เอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนผู้มายื่นแทน

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารคนพิการ/สมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นแทน

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร, ศูนย์ฯ สาขาสายไหม

อ้อมน้อย มินบุรี ลาดกระบัง

- ต่างจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

13. การสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการ

องค์กร "ของ" คนพิการ หมายถึง องค์กรที่มีคนพิการหรือ ผู้ดูแลคนพิการเป็นสมาชิกและเป็นกรรมการบริหาร องค์กร ไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของกรรมการทั้งหมด ตลอดจนมีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการด้วย

องค์กร "เพื่อ" คนพิการ หมายถึง องค์กรที่มีวัตถุประสงค์หรือกิจการหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และมีใช้หน่วยงานภาครัฐ

องค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ หมายถึง หน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน หรือองค์กรอื่นใด ที่ให้บริการแก่คนพิการตามที่คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด

การเสริมสร้างให้องค์กรด้านคนพิการ ซึ่งเป็นองค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่เป็นระบบ ชัดเจน เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การให้บริการ และมีกลไกเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านคนพิการ มีความยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาองค์กรด้านคนพิการให้มีความเข้มแข็ง มีความสามารถในการส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน มีสิทธิได้รับการส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการ การพัฒนาบุคลากร การยกย่องเชิดชูเกียรติและการสนับสนุนอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติกำหนด

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับรอง

1. โบสถ์
2. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
3. แผนที่ตั้งขององค์กรที่ขอ
4. สำเนาใบสำคัญแสดงการจัดตั้งองค์กร
5. เอกสารการประเมินตนเอง
6. เอกสารอื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมิน

ติดต่อสอบถาม

- กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร, ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร สาขาสายไหม อ่อนน้อย มินบุรี ลาดกระบัง
 - ต่างจังหวัด สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ
- ณ สำนักงานพัฒนา

14. มาตรการภาษีสำหรับคนพิการ

ประมวลรัษฎากร มาตรา 47 (1) (ฎ) เพื่อบรรเทาภาระภาษีให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ตามกฎหมายที่มีชื่อโน้ตบัตรประจำตัวคนพิการในปีภาษี

ผู้มีเงินได้ที่เป็นคนพิการจะได้รับยกเว้นเงินได้พึงประเมินไม่เกิน 190,000 บาท ไม่ต้องนำไปเสียภาษี และผู้มีเงินได้ที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ หักค่าลดหย่อน ค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการได้สูงสุดไม่เกิน 60,000 บาท *บัตรประจำตัวคนพิการต้องไม่หมดอายุในปีภาษีนั้น** (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 มาตรการภาษีสำหรับคนพิการ

ลำดับที่	ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์	สิทธิประโยชน์
1	คนพิการ	ได้รับการยกเว้นเงินได้พึงประเมิน ไม่เกิน 190,000 บาท - ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการมีชื่อบัตรในปีภาษี - เป็นผู้อยู่ในประเทศไทย. หักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดู กฎกระทรวง 126 ข้อ 2(81)
2	ผู้ดูแลคนพิการ	หักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการมีชื่อบนบัตรในปีภาษี สูงสุดไม่เกิน 60,000 บาท มาตรา 47(1)(ฎ) ประกาศ ฉบับที่ 182
3	นายจ้าง	- จ้างคนพิการทำงานลงรายจ่ายได้ 2 เท่า - จ้างคนพิการทำงานเกินกว่าร้อยละ 60 ของลูกจ้างทั้งหมด และจ้างเกิน 180 วัน ลงรายจ่ายได้ 3 เท่า พ.ร.ฎ. 499 พ.ร.ฎ. 519 ประกาศฯ ฉบับที่ 215
4	เจ้าของอาคารสถานที่ ยานพาหนะบริการขนส่ง หรือผู้ให้บริการ สาธารณะ	หักรายจ่ายได้ 2 เท่าของรายจ่ายในการจัดให้มีอุปกรณ์หรือ สิ่งอำนวยความสะดวก พ.ร.ฎ. 499
5	ผู้จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ	หักลดหย่อนได้เท่าที่จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดให้คนพิการ เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็น สาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ร.ฎ. 519 ประกาศฯ ฉบับที่ 214
6	ช่วยเหลือโครงการเพื่อ คนพิการผู้บริจาค	การบริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ - บุคคลธรรมดา : หักลดหย่อนเท่าจำนวนเงินที่บริจาคแต่ไม่เกิน ร้อยละ 10 ของเงินได้ หลังหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนอื่นแล้ว

ลำดับที่	ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์	สิทธิประโยชน์
		- บริษัท : หักจ่ายค่าเช่าจำนวนเงินหรือมูลค่าทรัพย์สินที่บริจาค แต่ไม่เกินร้อยละ 2 ของกำไรสุทธิก่อนหักจ่ายกุศลสาธารณะ พ.ร.ฎ. 428 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.ฎ. 498

อ้างอิงตาม ประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 182) ตามมาตรา 47 (1) (ฎ) แห่งประมวลรัษฎากร

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

2.2.1 ความหมายของสุขภาพ (Health)

คำว่าสุขภาพ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Health ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า Health ซึ่งมีความหมาย 3 ประการ คือ ความปลอดภัย (Safe) ไม่มีโรค (Sound) และทั้งหมดโดยรวม (Whole)

เพนเดอร์ (Pender, 1987, 2011) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่าสุขภาพ 3 ลักษณะ คือ 1) สุขภาพเป็นความปกติ ความสมดุล และความมั่นคงของร่างกาย 2) สุขภาพเป็นความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งที่สูงขึ้น และ 3) การให้ความหมายซึ่งมองทั้งสองแง่ข้างต้น กล่าวคือสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกายและเป็นการพัฒนาสุขภาพจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง

Shirreffs (1982) ให้คำนิยาม "สุขภาพ" หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วยสังคม สุขภาพจิต และชีววิทยา เกิดขึ้นในระดับบุคคล รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมและครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ หรือเรียกว่า "การมีสุขภาพดีแบบองค์รวม" ซึ่งการมีสุขภาพดีนั้นได้จำแนกออกดังนี้

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า "A Sound mind is in a sound body" คือ "จิตใจที่แจ่มใสย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์"

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

นอกจากนั้น สุขภาพ ตามแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO, 1989) หมายความว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทาง กาย จิตใจ สังคม และทางจิตวิญญาณ โดยคำว่า "สุขภาวะ" คือ ความสุขและคุณค่าของชีวิต ได้แก่ การมีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ สติปัญญาดี เบิกบาน ร่าเริงแจ่มใสซึ่งก็คือภาวะของการอยู่เย็นเป็นสุข

Health is complete physical mental social and spiritual well-being

สุขภาพ = สุขภาวะที่สมบูรณ์

ทางกาย

ทางจิต

ทางสังคม

ทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังพิการ มีเชษฐกิจหรือปัจจัยเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ในที่นี้ หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่วไม่ติดขัด มีความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญารวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะที่ังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีการศรัทธา มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง (Spiritual well-being) สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อกระทำ ความดี หรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า

องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกเมื่อ ค.ศ. 1948 ไว้ดังนี้

"สุขภาพ " หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า "Spiritual well-being" หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงสุขภาพในปัจจุบันจะต้องครอบคลุมสิ่งที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. ภาวะทั่วไปของร่างกายและจิตใจจะต้องแข็งแรงสมบูรณ์
2. มีสุขภาพทางจิตวิญญาณ
3. จะต้องปราศจากโรคหรือความทุพพลภาพ
4. จะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำรงตนและปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในสังคมได้เป็นปกติสุข

วิพุธ พูลเจริญ, 2544 ได้นิยามคำว่า สุขภาพ คือ “สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของความเจ็บป่วยเท่านั้น”

ประเวศ วะสี, 2550 ได้นิยามคำว่า สุขภาพ คือ “สภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา สุขภาวะทั้ง 4 ด้าน เชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการเชื่อมโยงถึงกัน และอยู่ในกันและกัน ปัญญาเป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจาก ปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้ การพัฒนาปัญญาต้องนำไปสู่การพัฒนา กาย จิต และสังคม การพัฒนากาย จิต และสังคม ต้องนำไปสู่การพัฒนาปัญญาทั้ง 4 ร่วมกัน จึงเกิดสุข ภาวะที่สมบูรณ์”

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดความหมาย ของ "สุขภาพ" ไว้ว่า "ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล" และยังให้ความหมายของคำว่า "ปัญญา" ไว้ว่า "ความรู้ที่รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม และเอื้อเพื่อผู้อื่น" ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสี (2550) ได้ยกตัวอย่าง ดังนี้ (1) กาย ได้แก่ ความแข็งแรง ปลอดภัย ปลอดภัย มีปัจจัยสี่ (2) จิต ได้แก่ ความดี ความงาม ความสงบ ความมีสติ (3) สังคม ได้แก่ สังคมสัมพันธ์ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม และสังคมสันติ และ (4) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็นอยู่ร่วมกันเป็น บรรลุอิสรภาพ (ที่มา ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552)

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าสุขภาพ คือ “สภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา สุขภาวะทั้ง 4 ด้าน เชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการเชื่อมโยงถึงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งมีได้หมายความว่าเฉพาะการปราศจากโรค และทุพพลภาพเท่านั้น ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ การปรับตัวให้อยู่ในสังคมร่วมกับคนอื่นได้เป็นอย่างดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลง

ความสำคัญของสุขภาพ

สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธานุญาตว่า "อโรคยา ปรมา ลาภา" ซึ่งแปลว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" ซึ่งพระพุทธานุญาตข้อนี้ แม้แต่ชาวอารยประเทศทางตะวันตกก็ยังยอมรับนับถือกันและเห็นพ้องต้องกันว่า "สุขภาพ คือ พรอันประเสริฐสุด นอกจากนี้ ยังมีสุขภาพจิตของชาวอาหรับโบราณกล่าวไว้ว่า "คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวังคือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง" ซึ่งนั่นก็หมายความว่าสุขภาพ คือ วิธีแห่งชีวิต โดยสุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางซึ่งจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ นานาได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า "สุขภาพชีวิต"

1.1 องค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านตัวบุคคล

- 1.1. ลักษณะทางพันธุกรรม (Genetic makeup)
- 1.2. เชื้อชาติ (Race)
- 1.3. เพศ (Sex) อายุ และระดับพัฒนาการ (Age and development level)
- 1.4. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiological factors)
- 1.5. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)
- 1.6. ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ
1. 7. พฤติกรรมอนามัย (Health behavior) หรือสุขปฏิบัติ (Health practice)
2. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) แบ่งออกได้เป็น 4 ด้านใหญ่ คือ
 - 2.1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)
 - 2.2. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological environment)
 - 2.3. สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical environment)
 - 2.4. สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (Social-economic-environment)

1.2 องค์ประกอบทางด้านระบบการจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ (Health Service System Factors) หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ของรัฐในการที่จะสนองต่อการส่งเสริมให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ หรือประเทศนั้น ๆ มีสุขภาพที่ดี และเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบการบริการทางการแพทย์

นอกจากนั้นยังสามารถจำแนกองค์ประกอบของสุขภาพได้ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างเสริมเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ
2. การป้องกันโรค ได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อมิให้เกิดโรคร่างกาย โรคจิต โรคสังคม และโรคจิตวิญญาณ
3. การรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วเราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร แล้วรีบให้การรักษาดูแลวิธีที่ได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดเท่าที่มนุษย์จะรู้และสามารถให้การบริการรักษาได้ เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต
4. การฟื้นฟูสุขภาพ หลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหายต่อการทำงานของระบบอวัยวะหรือทำให้พิการ จึงต้องเริ่มมาตรการฟื้นฟูให้กลับมามีสภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้การมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายที่ทุกคนปรารถนาสุขภาพดีไม่สามารถหยีบยื่นให้กันได้และไม่สามารถซื้อได้ด้วยเงิน ถึงแม้จะร่ำรวย มีเงินทอง หากไม่ดูแลตัวเองให้ดี เงินที่มีอยู่เพียงบรรเทาอาการเท่านั้น สุขภาพดีจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องสร้างการมีสุขภาพที่ดี ไม่ได้หมายถึงน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่หมายถึงการที่เราดูแลตัวเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การลดหรือเลิกสิ่งที่เป็นพิษต่อสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจุบันจะพบเจอโรคและความเจ็บป่วยในคนใกล้ชิดตัวเรา อาทิเช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และอื่น ๆ การจะป้องกันและลดโรค/ความเจ็บป่วยดังกล่าว ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ให้ถูกต้อง และการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ต้องอาศัยตัวเราเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนเป็นสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.2 ความหมาย แนวคิดและหลักการส่งเสริมสุขภาพ

2.2.2.1 ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ

“การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้ที่ต้องการปรับปรุงสภาพร่างกาย และความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (The World Health Organization's:WHO, 1990)

โอ ดอนเนลล์ (O' Donnell) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงวิทยาศาสตร์และศิลปะในการช่วยให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปสู่สภาวะ

ครูเตอร์ และดีวอร์ (Kreuter and Devore) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ร่วมมือปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

นพ. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

ความหมายตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพ (2529) ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง "กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บัณฑิตบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ควรที่จะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพจึงถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเท่านั้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆ ทางร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือจากการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสภาวะโดยรวมอันประกอบด้วย สภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ"

2.2.2.2 แนวคิดและหลักการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความยาวนาน นับตั้งแต่การสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นมาเป็น ศาสตร์หนึ่ง นับจากศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมาจนถึงการเปลี่ยนรูปแบบไปของระบาดวิทยาในช่วง ศตวรรษที่ 20 ทำให้สาเหตุหลักของการตายและทุพพลภาพที่เกิดจากโรคติดต่อ ได้เปลี่ยนมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ โดยที่รูปแบบการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ดังกล่าว (Naidoo & Will, 2001) และในแต่ละปี ทุก ๆ ประเทศ ได้ใช้จ่ายเงินจำนวนมหาศาล เพื่อรักษาสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันอันตรายต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ตามการสาธารณสุขได้เริ่มให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพในมิติระดับสังคมที่มีแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

สอดคล้องกับโครงสร้างทางสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละช่วงวัย นับตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงตายซึ่งขอบข่ายและแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มิมีติของความ สลับซับซ้อน กว้างขวาง ลึกซึ้ง และมีพลวัตแตกต่างไปจากเดิม ทั้งลักษณะปรัชญาและแนวคิดทฤษฎี หลักการ นโยบายในเชิงอุดมการณ์ รวมถึงยุทธวิธีที่จะนำไปสู่กิจกรรมที่สอดคล้องสัมพันธ์กับ ความต้องการและปัญหาอย่างแท้จริงทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และการส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ รับรู้กันในปัจจุบันว่าเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายองค์กรในการปรับปรุงสุขภาพ ไม่สามารถจะทำได้โดยหน่วยงานด้านสุขภาพเพียงลำพัง แต่จะต้องมีการประสานการดำเนินการ ในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน เพราะกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้เต็มศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพะ ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของสังคม การส่งเสริมสุขภาพเป็นที่รับรู้กันในปัจจุบันว่าเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยองค์กรหลายองค์กรร่วมมือกัน การปรับปรุงสุขภาพไม่สามารถจะทำได้โดย หน่วยงานด้านสุขภาพเพียงหน่วยงานเดียว แต่จะต้องมีการประสานการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน เพราะกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้ เต็มศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพะ ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของสังคม (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553)

กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญตั้งแต่ต้นน้ำ หรือวิธีการที่ทำงานเพื่อแก้ไขรากเหง้าของปัญหาทางสุขภาพ โดยการเปลี่ยนเงื่อนไขและสภาพแวดล้อม ในที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน และที่พักผ่อนหย่อนใจ โดยธรรมชาติแล้วกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพจะมีความสัมพันธ์และเสริมซึ่งกันและกันในแต่ละแผนงานหรือกิจกรรม นอกจากนี้ยังเป็นการริเริ่มใน แผนกลยุทธ์อื่น ๆ ในโปรแกรมอื่น ๆ ดังนั้นแผนกลยุทธ์ทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วยหลากหลายของกิจกรรม และมักจะต้องมีความร่วมมือกันในหลาย ๆ สาขาหรือหลาย ๆ กลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น มีการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ และการดำเนินงานที่ครอบคลุมตามยุทธศาสตร์ 5 ประการของการสร้างเสริม สุขภาพตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม” ของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Chapter for Health Promotion) (WHO, 1986) ดังนั้น กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการกำหนดรูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาบริการสุขภาพที่บูรณาการเข้ากับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่มี ความชัดเจน สอดคล้องกับการลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วม และรูปแบบ การปฏิบัติงานที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่กำหนดใน แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการประเมิน สสำรวจ พฤติกรรมสุขภาพของ บุคคล หรือการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบดังกล่าวมาศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อ การส่งเสริมสุขภาพ เช่นการสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความ รับผิดชอบสถานีนามัยเสาหิน (วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม, 2550) นอกจากนี้ สามารถนำแนวคิดย่อยในแบบจำลองเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเช่น การ จัดระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น

การกำหนดให้ทุกที่ ทุก เวลา สามารถออกกำลังกายได้ เป็นต้น การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพให้บุคคล รับรู้สมรรถนะ แห่งตน และรู้สึกรับรู้ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ เช่น การอบรม การจัดค่าย อาหาร ส าหรับป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก เป็นต้น และจากแนวคิดความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ สามารถนำมา ออกแบบกิจกรรมในการสร้างพันธะสัญญาในการออกกำลังกาย เป็นต้น หรือในกรณีอิทธิพล บรรทัดฐาน สังคมสามารถประยุกต์ใช้โดยการจูงใจแรงจูงใจเพื่อสร้างบรรทัดฐานเช่นแรงจูงใจการ รับประทานข้าว ผักเกษตร อินทรีย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาเพื่อก าหนดปัจจัยในแต่ละ ประเด็น แต่ละกลุ่ม เป็นขั้นตอนประเมิน ที่ส าคัญ ในกรณีประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคล มีแนวทางที่เพนเดอร์ให้แนวปฏิบัติ 9 องค์ประกอบ ในการประเมินได้แก่ (Pender et al., 2002,p.119) 1. การประเมินแบบแผนสุขภาพ 2. การประเมินความ พร้อมด้านร่างกาย 3. การประเมินด้านอาหาร 4. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง 5. การทบทวนความเครียดใน วิถีชีวิต 6. การประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ 7. การทบทวนระบบสนับสนุนทางสังคม 8. การทบทวน ความเชื่อด้านสุขภาพ 9. การประเมินวิถีชีวิต จากผลการประเมินดังกล่าวซึ่งต้องมีเครื่องมือการประเมินที่ เหมาะสมในแต่ละวัย สอดคล้องกับวัฒนธรรม นำมาสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเพน เดอร์ กำหนดไว้ 9 ขั้นตอนซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการ และพยาบาล(Pender et al., 2002, p.149) ดังนี้ 1. การทบทวนและสรุปข้อมูลจากการประเมิน 2. การสร้างความเข้มแข็งและเสริมสมรรถนะของ ผู้รับบริการ 3. การระบุเป้าหมายสุขภาพ และพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 4. การระบุผลลัพธ์พฤติกรรม และสุขภาพที่บ่งชี้ว่าแผนประสบความสำเร็จตามมุมมองของ ผู้รับบริการ 5. การวางแผนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่มาจากฐานความชอบของผู้รับบริการ ภายใต้ ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลง องค์ความรู้ทาง วิทยาศาสตร์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับวิธีการที่เลือก 6. แสดงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง และ ระบุแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงจากมุมมอง ของผู้รับบริการ 7. ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ ที่ เอื้อหรือเป็นอุปสรรค ต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 8. กำหนดกรอบช่วงเวลาในการปฏิบัติ 9. ยึดมั่นต่อ แผนปฏิบัติ และสนับสนุนสิ่งที่เป็นความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของ ผู้รับบริการ ในการวางแผนการ ส่งเสริมสุขภาพสิ่งสำคัญคือต้องเป็นสิ่งที่จะพัฒนาจากการมีส่วนร่วมทั้ง ผู้รับบริการ และบุคลากรที่ดูแล ซึ่งจะ เห็นได้ว่าการวางแผนที่ดีมาจากการประเมินที่ดีเพราะหากไม่ สามารถประเมินวิถีชีวิต ความชอบ ไม่ชอบ ความเชื่อ เป้าหมาย มุมมองต่อการก าหนดเป้าหมายเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ และการให้ข้อมูลที่มาจากการ วิเคราะห์ จากองค์ความรู้ที่มีการพิสูจน์ ชัดเจนรองรับจะช่วยให้การตัดสินใจปฏิบัติของผู้รับบริการ และ จะต้องมีการสนับสนุนที่ สอดคล้องกับระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงเป็นความจ าเป็นที่จะต้องมีการประเมินซ้ำเป็น ระยะเวลาเพื่อ พิจารณาปัจจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ให้ผู้รับบริการยึดมั่นกับแผนปฏิบัติจนบรรลุแผนที่วางไว้

สรุป ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปี ค.ศ. 1996 เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนา จาก ทฤษฎีทางสังคมและการศึกษาวิจัยมาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การ สร้างแบบแผนการดำเนินชีวิต ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวม ให้ ให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง และระบุแนวทางการส่งเสริมสุขภาพไว้ชัดเจน จึงเป็นทฤษฎีทางการพยาบาล ที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

2.2.3 วิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพ

ประวัติศาสตร์หน้าแรกของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เริ่มต้นขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลกจัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น ใน พ.ศ. 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา สาเหตุที่ประเทศแคนาดาได้เป็นแกนนำในการจัดประชุมครั้งแรกเนื่องจากเป็นประเทศแรกที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2517 และมีการพัฒนากลยุทธ์อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

การประชุมในครั้งนี้ใช้ชื่อว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องแนวคิดและกลยุทธ์ทางสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” ที่ประชุมได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” และให้นิยามคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็น กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง โดยการพัฒนาสภาวะสุขภาพต้องการความมั่นคงของปัจจัยพื้นฐานที่เป็นเงื่อนไขที่ดีต่อการมีสุขภาพดี อันได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันของสังคม จากแนวคิดดังกล่าว การสร้างสุขภาพ จึงไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพไปจนถึงเรื่องของสภาวะโดยรวม กฎบัตรออตตาวา ยังได้กล่าวว่า กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ อันได้แก่

1. “สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นในภาคสาธารณสุขหรือนอกภาคสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงผลกระทบของนโยบายที่มีต่อสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากการตัดสินใจทางนโยบาย นอกจากนี้ ยังรวมถึงการค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกับพยายามที่จะลดและป้องกันอุปสรรคดังกล่าว

2. “สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ชุมชนทุกระดับ ตั้งแต่ท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค และโลกจะต้องร่วมกันพิทักษ์ดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกถือเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล จึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจของชุมชน การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ และการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

4. “พัฒนาทักษะส่วนบุคคล” ซึ่งครอบคลุมถึงการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเพื่อสุขภาพ รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

5. “ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ” โดยภาคสาธารณสุขจะต้องดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นสอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมของชุมชน การปรับเปลี่ยนบริการต้องให้

ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสุขภาพ รวมถึงการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขา เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นสุขภาพแบบองค์รวม

กฎบัตรออตตาวา เป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) ที่ไม่สนใจแต่เพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพ แต่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งยังได้ความสำคัญต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การสาธารณสุขแนวใหม่นี้ เป็นการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นมิติทางสังคม ควบคู่ไปกับมิติทางนิเวศวิทยา และมีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับมิติทางการเมือง ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

การสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21

ครั้งที่ 4 ของการประชุมนานาชาติ เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม 2540 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย หัวข้อการประชุมคือ “ภาคีใหม่สำหรับยุคใหม่: การนำพาการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21” ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่มีการจัดประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นครั้งแรกที่มีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อสนับสนุนแนวคิดและการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมประชุมจาก 78 ประเทศทั่วโลก ทั้งจากภาคสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาทุกระดับ ได้ร่วมกันสะท้อนทิศทางเชิงรุกสำหรับสร้างเสริมสุขภาพในกระแสหลัก ซึ่งไม่เพียงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดังเช่นการประชุมสองครั้งที่ผ่านมา แต่ยังได้เสนอวิธีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทบทุนและตรวจสอบถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ตลอดจนค้นหาทิศทางและกลยุทธ์ที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 จะเกิดเป็น “คำประกาศจาการ์ตาการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21” นับได้ว่าการประชุมครั้งนี้เป็นประวัติศาสตร์สำคัญอีกหน้าหนึ่งของการผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล เนื้อหาหลักของการประชุม มีดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่า สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและสร้างทุนทางสังคม จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

2. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควรผนวกกลยุทธ์ทั้ง 5 ประการเข้าด้วยกัน โดยเริ่มด้วยฐานของชุมชนหรือสถานที่ เช่น ตลาด โรงเรียน เขตเทศบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อมุ่งสู่ความยั่งยืน

3. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health - SDH) มีความผันแปรสภาพไปตามสถานการณ์แวดล้อม จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันและอนาคต ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น อาหาร ที่อยู่ อาศัย รายได้ การศึกษา สันติภาพ ความมั่นคงปลอดภัย ความสัมพันธ์ในสังคม ความเป็นธรรม การเคารพสิทธิ

มนุษย์ชน ระบบนิเวศน์และการใช้ทรัพยากร ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหายาเสพติด ความรุนแรง โรคติดต่ออุบัติใหม่ และอุบัติเหตุ ปัญหาการดื้อยา ตลอดจนปัจจัยข้ามชาติ เช่น ระบบเศรษฐกิจโลก เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

4. การสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 นอกจากจะต้องการรูปแบบการปฏิบัติใหม่ๆ ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ การลงทุนด้านการพัฒนาสุขภาพในภาพรวมของประเทศ การฝึกและขยายภาคทางสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพของชุมชนและเสริมสร้างพลังของบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมเรื่องกลไกการลงทุน การใช้ทรัพยากร การฝึกอบรม รวมไปถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางการเมือง กฎหมาย การศึกษา สังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีอดีตที่ยาวนานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุข “การจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการขับเคลื่อนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน” อันเป็นความหมายโดยสาระของการสร้างเสริมสุขภาพ ปรากฏอยู่ของการพัฒนาสาธารณสุขไทยมาตลอด โดยแยกเป็นสองช่วงใหญ่คือ ช่วงก่อนหน้าทศวรรษ 2540 และหลังทศวรรษ 2540

การสร้างเสริมสุขภาพก่อนยุคสาธารณสุขมูลฐาน

ก่อนปี พ.ศ. 2540 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ประเทศไทย มีการดำเนินการหลายอย่าง ตามนัยยะความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อกับสุขภาพควบคู่กับการจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐ ที่ชัดเจนคือการป้องกันโรคระบาดสำคัญและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีโครงการกวาดล้างโรคติดต่อร้ายแรงที่สำคัญ เช่น คุดทะราด ไข้ทรพิษ และกาฬโรค มีการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ และงานทันตสาธารณสุข ตลอดทั้งมีการพัฒนาเทคโนโลยีโดยประยุกต์และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่สู่ชุมชน ไร มี “โครงการปรับปรุงอนามัยชนบท” ที่เน้นการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เพื่อป้องกันและควบคุมโรคทางเดินอาหารและพยาธิลำไส้ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2504 - พ.ศ.2519) งานการส่งเสริมสุขภาพและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีโครงการหลายอย่างที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การผลิตยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ เพื่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก การจัดแผนพัฒนาโภชนาการแห่งชาติ การวางแผนครอบครัว โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น โครงการชีวอนามัย ฯลฯ

การสร้างเสริมสุขภาพในการเคลื่อนไหว “สาธารณสุขมูลฐาน” และ “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

ช่วงระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ.2530 อันเป็นทศวรรษที่หนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานไทย ไม่เพียงแต่งานการสร้างเสริมสุขภาพพื้นฐานต่างๆ ทางด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหายาจำเป็น ฯลฯ จะได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น เพราะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน แต่การฝึกอบรม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม./ผสส.)

ที่ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ คือการเกิดโครงสร้างพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญยิ่งและมีผลต่อเนื่องยาวนานจนถึงปัจจุบัน มีนวัตกรรมในระดับชุมชนใหม่ๆ เกิดขึ้นที่สำคัญคือกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านและกองทุนชุมชนรูปแบบอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนและการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน

การประยุกต์ใช้กฎบัตรอตตาวา

ในช่วงทศวรรษที่ 2530 - 2540 แม้การขับเคลื่อนของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health For All 2000) จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของคนในชนบทผ่านกลไก อสม/ผสส และนวัตกรรมต่างๆ แต่สถานการณ์การพัฒนาสาธารณสุขในภาคเมือง โรงงานอุตสาหกรรม หน่วยงาน/องค์กรภาคเอกชนต่างๆ ประชาชน ชุมชน ยังมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพไม่มาก กระนั้นก็ตามในช่วงปลายทศวรรษกระแสแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรากฏในกฎบัตรอตตาวา จึงเริ่มส่งผลสะท้อนถึงการเคลื่อนไหว ในทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในภาคเมืองด้วย เฉพาะการเกิดโครงการสำคัญๆ หลายโครงการ อาทิ โครงการเมืองน่าอยู่ โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโครงการสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

กล่าวได้ว่า ทศวรรษก่อนปี 2540 เป็นทศวรรษของการพักตัวของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย นโยบายและโครงการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทหลายโครงการ เป็นการขยายบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นการสร้างเงื่อนไขแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพระยะเวลาสองทศวรรษของการดำเนินนโยบายและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ในการดูแลรับผิดชอบการพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยมีกิจกรรมสำคัญคือการสร้าง อสม/ผสส และกองทุนสุขภาพชุมชนรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตาม ในสองทศวรรษ ยังมีการริเริ่มและการเปลี่ยนแปลงสำคัญอีก 3 ประการที่ทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีความชัดเจนและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษต่อมา นั่นคือ กรณีการควบคุมการบริโภคยาสูบ การวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการเกิดพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2537

สองโครงการแรก นับเป็นตัวอย่างการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อนำไปสู่การสร้างนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ ขณะการเกิดขึ้นขององค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ เป็นผลจากพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้นำมาซึ่งการขยายบทบาทของท้องถิ่น ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการสุขภาพสิ่งแวดล้อมทั่วประเทศ

ทศวรรษที่ 2540 ถนนสายหลักสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ทศวรรษที่ 2540 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นช่วงเวลาที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพลงหลักปักฐานในประเทศไทยที่ชัดเจนและเข้มข้นที่สุดมีเงื่อนไขเชิงบริบทและกิจกรรมหลายประการที่เกิดขึ้นและเป็นเงื่อนไขเอื้ออำนวยให้กับพัฒนาการเหล่านั้น

การประกาศให้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 นับเป็นนัยนาบุญของการพัฒนาการของยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยเป็นรัฐธรรมนูญเปิดศักราชใหม่ของการ

มีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมคู่กับประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่สนับสนุนและเอื้อต่อตัวการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนต่อกิจการทุกด้าน รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีบทบัญญัติจำนวนมากที่ส่งผลต่อเรื่องสุขภาพ และมีผลให้การดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพเข้าลักษณะที่จะต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นงานที่ประชาชนจะต้องเข้ามามีบทบาทร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการผนึกกำลังขงทุกฝ่ายในสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้กลายเป็นรูปธรรมมากขึ้นตามลำดับอันเป็นผลตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับนี้

การจัดประชุมวิชาการประจำปี เมื่อวันที่ 6-8 พฤษภาคม พ.ศ.2541 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” เป็นรูปธรรมแรกและชัดที่สุด ที่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายได้เข้ามามีบทบาทต่อการขับเคลื่อนการสร้างกระแสการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยผ่านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการทบทวนแนวคิดและบทเรียนจากกฎบัตรออตตาวา เพื่อผลักดันให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นบทบาทของทุกภาคส่วนในสังคม

ผลสรุปสำคัญจากการประชุมดังกล่าวที่ว่า “สังคมไทยจะต้องจินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ และต้องเปลี่ยนยุทธศาสตร์จากการตั้งรับเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับความเป็นประชาสังคมให้มากที่สุด โดยเคลื่อนไหวสังคมทั้งหมดเข้ามาร่วมกันสร้างสุขภาพดี ทั้งในระดับปัจเจก บุคคล องค์กร และนโยบาย” ได้กลายเป็นแนวคิดการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพบนเส้นทางใหม่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในเวลาต่อมา

การปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย มีจุดเริ่มต้นจาก “รายงานสุขภาพประชาชาติ: ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540” ในปี พ.ศ. 2543 โดยคณะทำงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่มี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธานติดตามมาด้วยการเกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2543 ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้นำมาสู่การขับเคลื่อนเพื่อผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ ด้วยปรัชญาสำคัญคือ “การรุกรเพื่อสร้างสุขภาพดี นำการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ (สร้างนำซ่อม)”

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพนับเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก การใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” อันประกอบด้วย การทำงานสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับภาคนโยบายหรือฝ่ายการเมือง ในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ และผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้เกิดปรากฏการณ์อย่างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน นั่นคือ การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนในสังคม จากทุกระดับและต่างพื้นที่ กลายเป็นกระแสความเคลื่อนไหว เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพ จากเน้นซ่อม สู่เน้นสร้าง เป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะของการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในประเด็นสำคัญๆ ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประชาชนอย่างขนานใหญ่

กระบวนการ “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งเป็นบทบัญญัติหนึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี 2550 คือกลไกอันสำคัญและมีประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนการปฏิรูปและทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ แปรเปลี่ยนเป็นรูปธรรมที่มีชีวิต

ในกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ “สมัชชาสุขภาพ” ภายใต้นิยาม “การบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้ อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” ได้มีบทบาทสำคัญในการระดมการมีส่วนร่วมและ สร้างการเรียนรู้ให้กับภาคส่วนต่างๆ และสังคมนั้ล้านคนในการร่วมกันแก้ไข พัฒนา และสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวาง “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ และสิ่งดีๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ภายในพื้นที่เครือข่ายองค์กรประชาสังคมภาวะรวม ทั้งสนับสนุน กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในแนวราบ” ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพปรากฏชัดเป็นรูปธรรม ในหลายจังหวัด ก่อเกิดเป็นพื้นที่สาธารณะในการผลักดันการพัฒนาสุขภาพที่มีการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแก่น สำคัญ

กล่าวได้ว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติไม่เพียงเกิดผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ยังมีผลให้เกิดการเคลื่อนตัวของสร้างเสริม สุขภาพ ในระดับการปฏิรูปความคิดด้านสุขภาพที่เน้นการสร้างนำซ่อมและมองสุขภาพในความหมายที่กว้าง

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

หลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (1) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (2) ยึดคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (3) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี 2579 ควบคู่กับกรอบเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGS) (5) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 (6) ประเด็นการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข (7) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (8) กรอบแนวทางแผนระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปีให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยอันเนื่องมาจาก การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และภาวะการตายลดลง คนไทยอายุคาดเฉลี่ย ยืนยาวขึ้นการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเข้าไปเป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังและยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ

และโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพ ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติและระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ "ประเทศไทย4.0 " กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็น สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ สุขภาพเหล่านี้ การวางแผนเตรียมพร้อมรองรับและเผชิญกับสภาพปัญหาจะช่วยให้สามารถรับมือกับความเสี่ยงและภัยคุกคามด้านสุขภาพที่จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์และพันธกิจ

วิสัยทัศน์: ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

พันธกิจ: เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เป้าประสงค์ (Goals)

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง
2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม
4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
5. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป้าหมายและตัวชี้วัดภาพรวม

6. อัตราตายจากโรคที่สำคัญ (มะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) (ลดลงร้อยละ 5 จากค่าเฉลี่ยของปี 2557, 2558, 2559)

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
4. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (ไม่เกินร้อยละ 5)
5. มีกลไกที่สามารถสร้างความเป็นเอกภาพด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

กำหนดไว้ ยุทธศาสตร์ แต่ละยุทธศาสตร์ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติดมิชอบและธรรมาภิบาลในสังคมไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 7 : การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

ยุทธศาสตร์ที่ 8 : การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ 9 : การพัฒนาภาคเมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ 10 : ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

การขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) สู่การปฏิบัติ

1. ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาคมสาธารณสุข องค์กร ภาควิชา สุขภาพ ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) และพร้อมเข้าร่วมในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

2. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาฯ 12 และนโยบายรัฐบาล เข้าสู่แผนการบริหารราชการแผ่นดินและแผนระดับอื่นๆ

3. ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญใช้เป็นกรอบแนวทางดำเนินงาน

4. จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560- 2564) เพื่อกำกับการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลแผนฯ เป็นระยะและต่อเนื่อง

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรม

(Emerson, 1981 อ้างใน พันธุ์ทิพย์ งามสุด, 2540.) เนื่องจากนักทฤษฎีทางพฤติกรรม เชื่อว่าวิธีการศึกษาพฤติกรรมโดยตรงเป็นวิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์เป็นปรนัย (Objective) เป็นนิรนัย (Deductive) มากกว่าวิธีการศึกษาทฤษฎีทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอัตนัย (Subjective) และอุปนัย (Inductive) จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้นทฤษฎีที่ใช้ศึกษาทางพฤติกรรมจึงไม่ใช่ทฤษฎีเดียวหรือมาจากแนวคิดอันเดียว ต้องอาศัยวิธีการศึกษาหลายอย่างรวมกัน ในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีสุขนิยม (Hedonism Theory) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากความต้องการ 2 อย่าง คือ ความต้องการทางกาย เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ และความต้องการทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความกลัว ความรัก ความต้องการประสบความสำเร็จ ความต้องการ

มีศักดิ์ศรี ซึ่งนักทฤษฎีกลุ่มนี้ที่ชื่อ Sigmund Freud กล่าวว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณในรูปของพลังงานที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรม พลังดังกล่าวประกอบด้วยจิตไร้สำนึก (Id) ที่เราไม่รู้สึกรู้หา ส่วนที่เรารู้ (Ego) ให้ทำสิ่งต่างๆ ที่ประสงค์ และมีจิตสำนึกที่ควบคุม คือ มโนธรรม (Super ego) หรือความรู้สึกผิดชอบชั่วดี อันเป็นผลจากการอบรมสั่งสอนของสังคม ซึ่งโครงสร้างที่รวมทั้ง 3 สิ่งนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจกล่าวได้ว่า (Id) เป็นความพึงพอใจหรือความต้องการส่วนลึกของบุคคล ส่วน Ego เป็นสิ่งที่เกิดจากการพัฒนา (Id) แล้วจึงแสดงออกมาเป็นลักษณะของบุคคลที่แสดงออกตามความต้องการของสังคมอย่างมีเหตุผล และเพื่อความปลอดภัยของตนเองในการที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคม ส่วน Super ego เป็นตัวประสานงานที่ควบคุมไม่ให้ (Id) แสดงความต้องการส่วนลึกออกมา และผลักดันให้ Ego ออกมาแทนที่ Super ego ได้แก่ ค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรมประเพณี

2) ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanism Theory) มีความเชื่อต่างจากทฤษฎีสุขนิยม คือ มนุษย์ไม่ใช่ทาสของแรงผลักดัน แต่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับศักยภาพของความเป็นมนุษย์ เช่น ความอยากรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ความต้องการพัฒนาตนเอง นักทฤษฎีในเรื่องนี้ได้แก่ Maslow ที่อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการ 5 ระดับ คือ

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

2.2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ได้แก่ ความต้องการความอบอุ่นมั่นคง ความต้องการหนีห่างจากอันตราย ความต้องการหนีจากความเจ็บปวด

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

2.4) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Self -Esteem needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นชื่นชม ให้มีคนเคารพนับถือชื่นชมในความสำเร็จ

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

3) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้เน้นที่กระบวนการของการแลกเปลี่ยนสัมพันธ์ หรือการกระทำระหว่างบุคคล โดยมีข้อสมมุติของบุคคล ดังนี้

3.1) การกระทำทางสังคม เป็นวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

3.2) การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำต้องลงทุนเช่น ลงแรง ลงเวลา และลงทรัพยากร

3.3) การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำจะพยายามลดมูลค่าการลงทุนเท่าที่จะกระทำได้ ให้ต่ำกว่ากำไรมากที่สุด

3.4) การกระทำทางสังคม ที่มีมูลค่าลงทุนต่ำกว่ากำไรเท่านั้น ที่จะยาวนานหรือคงทน

ประเด็นสำคัญของความต้องการคือความต้องการขั้นสูงจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความต้องการขั้นต่ำกว่าในทุกระดับ เพราะจะเป็นแรงขับให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้กระทำทั้งในลักษณะบุคคลและกลุ่ม พยายามจะเอาประโยชน์บางอย่างจากคู่กระทำของตน ซึ่งก็อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มเช่นกัน ดังนั้นการแลกเปลี่ยนบางอย่างซึ่งกันและกัน การดึงดูดซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้ฝ่ายหนึ่งหรือต่างฝ่ายต่างพอใจที่จะกระทำต่อกันหรือร่วมจุดหมายเดียวกัน ไม่ว่ากรณีใดก็ตามผลของปฏิสัมพันธ์ หรือผลของการกระทำต่อกัน ก็คือกระบวนการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Concept about health behavior)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันเนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น พันธุกรรมที่ต่างกันซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วพันธุกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถดูแลและปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้มีความเชื่อ ความรู้ เจตคติ และทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคล ย่อมมีสุขภาพดีและความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

จากการศึกษาของคาร์ลและคอบบ์ (Kals and Cobbs. 1966, อ้างในสันติ ธรรมชาติ, 2545 : 5) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรค หรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วย สุภัทร ชุประดิษฐ์ (2554) กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการณรงค์ด้านสุขภาพ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert behavior) และภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ ว่าเกิดขึ้นพฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัส ได้ เช่น การเดินของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือเป็นการกระทำ (action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำคือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ (non action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำคือการงดเว้นไม่ กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ ได้ให้ ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่ กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรม นั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผล สมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด จากความหมายต่างๆ ข้างต้น กล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ อารมณ์สังคมให้เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันอย่างสมดุลในชีวิตประจำวัน อย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

ขอบข่ายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่ เป็น ผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็ก หรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อมๆ กันทั้ง 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้ (cognitive domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้หรือคิดพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ทางสุขภาพ (health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อ โรค ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะ ตนเอง เป็นต้น

2. ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (affective domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การชอบ หรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้หรือในด้านลบ บางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้ เหนื่อยและเสียเวลา

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่น การรับประทานอาหารเช้าที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารเช้าและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัด นิรภัย การสวมหมวกกันน็อค การพักผ่อนให้เพียงพอการนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น จากพฤติกรรมทั้งสามด้านจะเห็นว่ามี ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อ การดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัยหรือเรียกว่า สุขนิสัย (Health habit)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

1.) พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ (blogspot.com/2011/09/blog-post.html)

1.1.) พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรม ของ บุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย กระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็มขัดนิรภัยการสวมหมวกกันน็อค การขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

1.2.) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกใน ภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2.) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior)

พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่ากายเจ็บป่วย หรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่จะแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย จึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวะการณ์ เช่น การพักผ่อน เมื่อรู้สึกว่าร่ากายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

3.) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior)

การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อปัญหาสาธารณสุข

ประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

1) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม แล้วทำให้ตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บ เสียชีวิตหรือมีสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข

2) พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นๆ เอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน มีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้

พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญเพราะมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ

ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ เอง หรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในชุมชนด้วย

2) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเสียชีวิตได้ เช่น การซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไร หรือเมื่อแพทย์ให้ยามารักษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย และในบางครั้งหรือในบางโรคก็จะทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อโรคด้วย เป็นต้น

3) การแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว และแต่ละชุมชน ต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่างๆ เป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน ทุกองค์กรของประเทศ และมีผลต่อการพัฒนาประเทศให้มั่นคง ดังนั้น ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและ

ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพดี จะส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาพดีด้วย

ระดับของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากปฏิกิริยาการเรียนรู้ภายในตัวบุคคล (Internalization) ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกันไป แล้วแต่กรณี ผลการเรียนรู้ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพมีอยู่ 3 ระดับด้วยกัน คือ

1) การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ โดยทั่วไปแล้ว การเรียนรู้ในระดับนี้เป็นระดับต่ำสุดของพฤติกรรม สุขภาพที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้ อาศัยเพียงองค์ความรู้ที่มีอยู่หรือที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า ตามเนื้อหาสาระที่ต้องการให้เกิดการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

2) การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำหรือตามทิศทางของการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนอย่างยั่งยืน การที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ได้จำเป็นที่จะต้องทำให้บุคคลนั้นเกิดเจตคติขึ้นเสียก่อน

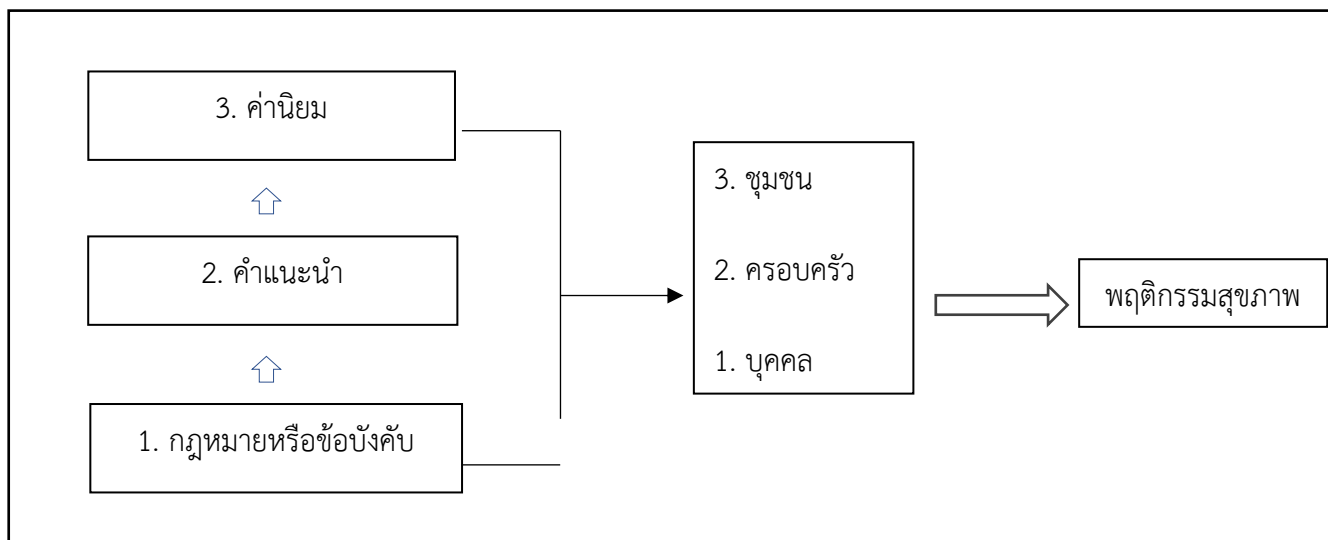
3) การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับตนเองและครอบครัวซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งจนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองของครอบครัว และของชุมชนได้ตลอดไป

ตารางที่ 1 : ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อความ	ระดับของ พฤติกรรมสุขภาพ	เกิดจาก
1	ระดับต่ำ	กฎหมายและกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ
2	ปานกลาง	คำแนะนำหรือตามทิศทางของการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน
3	สูง	ค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับตนเองและครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง

ที่มา : กิตติศักดิ์ นามวิชา (2557)

จะสังเกตเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หากทำให้ทุกๆ คน สามารถเกิดการเรียนรู้ได้ในระดับที่ 3 (การเรียนรู้ในระดับสูง) จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งควรสร้างวัฒนธรรมทางสุขภาพให้เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนตามลำดับต่อไป



ภาพประกอบที่ 5 : แสดงระดับของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : กิตติศักดิ์ นามวิชา (2557)

ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ

โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกตามลักษณะและขอบเขตของพฤติกรรม ได้เป็น 3 ขอบเขต ด้วยกัน คือ (ธนวรรณ อัมสมบูรณ์, 2546)

1) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เป็นสิ่งที่ปัจเจกบุคคล (Individual) แสดงออกได้ถึงความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการกระทำหรือการปฏิบัติของตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

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

2) พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกันพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่างๆ แต่ละบุคคลต่างๆ ในครอบครัวมีการกระทำหรือการปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน และในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ บุคคลแต่ละคนในครอบครัวแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ ที่ทำ และการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกัน

การกระทำของบุคคลๆ ในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพของครอบครัวในลักษณะนี้ จัดเป็นวิถีชีวิต (Life style) ของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากครอบครัวอื่นๆ ในชุมชนก็ได้ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่เป็นวิถีชีวิตนี้มีความสำคัญต่อสุขภาพของครอบครัวโดยรวมเป็นอย่างมาก ถ้าครอบครัว ใดมีพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่ถูกต้องจะทำให้ครอบครัวนั้นๆ ไม่เจ็บป่วย และมีสุขภาพะ

ที่ดี เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ พฤติกรรมความปลอดภัย พฤติกรรมการพักผ่อน พฤติกรรมออกกำลังกาย เป็นต้น

3) พฤติกรรมสุขภาพของชุมชนและสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณส่วนมากในชุมชนหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง ได้แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ที่ทำ ค่านิยม และการกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนหรือในสังคมนั้นๆ

พฤติกรรมสุขภาพของชุมชนและสังคมในลักษณะนี้ จัดเป็นวิถีชีวิต (Way of life) ทางสุขภาพของแต่ละสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในแต่ละชุมชนและสังคม โดยทั่วไปแล้วในแต่ละชุมชนและสังคมมีวิถีชีวิตที่เป็นของตนเอง ที่คนส่วนใหญ่ได้ประพฤติหรือได้ปฏิบัติกันอยู่ และวิถีชีวิตทางสุขภาพก็เป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งของชุมชนและสังคมได้ปฏิบัติกันอยู่ เช่น ประเพณีทาบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานเลี้ยงฉลองวันเกิด และงานรื่นเริงสังสรรค์ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งในบรรดาวิถีชีวิตต่างๆ เหล่านี้ ได้มีส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในชุมชนหรือในสังคมเป็นอย่างมาก การพัฒนาวิถีชีวิตทางสุขภาพต้องเป็นไปตามกรอบวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชนและสังคม โดยเน้นการสร้างค่านิยมทางสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในชุมชนหรือในสังคมนั้นๆ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

คาสล และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior)

ธนิดา มีต้องปัน (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำดังต่อไปนี้

1.1 การกระทำเพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคหรือภัยคุกคามต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ การไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาที่เหมาะสม หรือเมื่อมีการระบาดของโรค เป็นต้น

1.2 การกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติเพื่อกำจัด ลดหรือหลีกเลี่ยงที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียน โรงงานหรือในชุมชน ให้อยู่ในสภาพที่สะอาดถูกสุขลักษณะ ปราศจากสารพิษหรือมลภาวะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุต่างๆ การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การลดน้ำหนัก และการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน หรือโรคความดันโลหิตสูง การคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับรถ หรือการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นขณะประสบอุบัติเหตุได้ เป็นต้น

1.3 การกระทำเพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค เป็นการปฏิบัติเพื่อค้นหาสาเหตุ หรือ ค้นหาแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งเน้นที่การค้นหาดังแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อที่จะทำการ ปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะสาเหตุหรือความผิดปกติต่างๆ จะพัฒนาต่อไปจนเกิดป่วยเป็นโรค การกระทำดังกล่าว ได้แก่ การเอ็กซเรย์ปอดเพื่อตรวจหาโรควัณโรค การตรวจหาเซลล์มะเร็งเต้านม การไปพบแพทย์เพื่อตรวจ สุขภาพในช่องปากเป็น ประจำหรือการไปตรวจร่างกายประจำปีกับแพทย์ เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค การปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ ถือเป็น เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งที่มุ่งหวังจะให้เกิดกับประชาชนในทุกชุมชน

2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

ธนิดา มีต้องปิ่น (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่รู้สึก ไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อแสวงหาการตรวจวินิจฉัย และการเยียวยารักษาที่เหมาะสม อาการที่ผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เป็นต้น หรือทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง คิดกลัวในเรื่องที่ ไม่ควรกลัวอย่างมาก ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะผิดแปลกไปจากคนปกติ อาจจะทำให้บุคคลนั้น ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจ ประจำวันได้ตามปกติ บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ หลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น

ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยหรือมีสถานะทางสุขภาพไม่ปกติ นั้น อาจจะได้หลาย ประการ เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หรือมีสถานะทางสุขภาพไม่สมบูรณ์ อาจจะไปรับบริการที่ สถานบริการ เอกชน เช่น ร้ายขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาลของรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย เป็นต้น และอื่นๆ เช่น หมอเวทมนต์ อยู่เฉยๆ ปล่อย ให้หายเอง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าประชาชนจะมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนแตกต่างกันออกไปตามองค์ประกอบ ทางสังคม วัฒนธรรมและองค์ประกอบเฉพาะตัวของบุคคลนั้นๆ

ความคาดหวังของประชาชน การใช้เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค มีอิทธิพลต่อทางเลือก การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยากินเองน้อยลงและใช้บริการในสถานพยาบาล โดยบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น

ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึง และการใช้บริการของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท ระหว่าง ประชาชนในภาคภูมิศาสตร์ต่างๆ ก็เป็นสาเหตุในการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะความแตกต่างของ รายได้ครัวเรือนระหว่างเขตเมืองกับชนบท และความไม่เสมอภาคของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ระหว่างภาคภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และ สาธารณสุข โรงพยาบาล เทคโนโลยีทางการแพทย์ และงบประมาณ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลซึ่งกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีหน้าจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior)

ธนิดา มีต้องปัน (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยซึ่งกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น

พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หรือพฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค เป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไปจากปกติ ฉะนั้นเมื่อบุคคลใดได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด หรือวิชาชีพแพทย์ว่าป่วย บุคคลนั้นจะต้องรับบทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด 4 ประการ คือ

- 1) ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย หรือการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา
- 2) ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทํายู่เป็นการชั่วคราว
- 3) ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ
- 4) ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์ เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

สรุปเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแล้ว บุคคลนั้นจะสวมบทบาทของผู้ป่วยที่อาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้เป็นบางส่วน และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมุ่งหวังที่จะให้หายจากการเจ็บป่วยโดยไม่มีโรคแทรกซ้อน หรือความพิการ และได้รับการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วตัวอย่างพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย คือ บุคคลจะมีสุขภาพหรือจะป่วยเป็นโรค ย่อมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการผิดปกติ พฤติกรรมเจ็บป่วยในการแสวงหาการวินิจฉัย และการเยียวยาที่เหมาะสม จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการหยุดยั้งความเจ็บป่วยหรือเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใดแล้ว พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลนั้นหายป่วยหรือมีอาการรุนแรง เรื้อรัง พิการ หรือเสียชีวิต ดังนั้นในการแก้ปัญหาสาธารณสุข จึงควรให้ความสำคัญต่อการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน โดยการวิเคราะห์เหตุผลหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสาธารณสุขเหล่านั้น แล้วหากวิธีที่เหมาะสมมาใช้ในการปลูกฝัง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมทางสุขภาพจะเกิดมาจากองค์ประกอบต่างๆ 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ (ธนวรรธณ์ อิมสมบุญ, 2546)

1) อิทธิพลของครอบครัว คือ อิทธิพลต่อบรรทัดฐานด้านอนามัยของสมาชิกในครอบครัวทั้งในแง่ของการยอมรับอาการของโรค ประเมินผลสภาวะการของการเจ็บป่วย และด้านการรักษาพยาบาล

2) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนบ้าน เมื่อในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าสภาวะของสมาชิกที่เกิดขึ้นป่วยจริงหรือไม่ จะต้องไปปรึกษากับเพื่อนบ้านว่าอาการของโรคคล้ายกับคนในกลุ่มนั้นที่เคยเป็นมาก่อนหรือเปล่า และเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยจริง ครอบครัวนั้นก็ยอมรับสภาพเช่นนั้น

3) อิทธิพลของวัฒนธรรมทางสุขภาพ ประชาชนในชุมชนใดก็ตาม ได้รับมรดกทางวัฒนธรรมทางสุขภาพ (Health culture) ซึ่งหมายถึงการดำเนินชีวิตในสังคม รวมทั้ง ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม กฎเกณฑ์ ความเชื่อทางด้านสุขภาพก็ถูกควบคุม โดยวัฒนธรรม เช่น บางชุมชนเชื่อว่าการรับประทานเนื้อหรือเลือดสัตว์ดิบๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง หรือความเชื่อที่ว่าผู้หญิงหลังคลอดต้องงดอาหารแสลง เช่น อาหารประเภท เนื้อ ไข่ ปลา เป็นต้น ถ้าบุคคลใดไม่ปฏิบัติตามวัฒนธรรมนี้จะทำให้เกิดผิสาแดง คือ ทำให้มีอาการแพ้ และทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้อาจจะไม่มีผลโดยตรงต่อสภาวะร่างกาย แต่ผู้ที่ฝ่าฝืนจะได้รับผลทางด้านจิตใจ ซึ่งในที่สุดจะมีผลต่อสภาวะร่างกายทำให้ภูมิต้านทานลดลง และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

การที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องหนึ่งเรื่องใดก็ตาม ปกติมิใช่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่ายเหมือนอย่างที่เราเข้าใจกันในขณะนี้ การให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวไม่อาจจะทำให้เกิดพฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องที่ต้องการได้

ตามหลักของพฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่างๆ หลายประการด้วยกัน ทั้งนี้ได้ใช้แนวคิดในรูปแบบจำลอง PRECEDE model โดย PRECEDE framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling causes in education diagnosis and evaluation เป็นกระบวนการการวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green ที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ (ธนิดา มีต้องปัน, 2540)

1) ปัจจัยโน้มน้าวหรือปัจจัยทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Predisposing factors)

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใด เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้เกิดขึ้นจากการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับ ทั้งในทางตรงและทางอ้อมหรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา (2553) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องตามสถานเริงรมย์

ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ส่วนทัศนคติต่อการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

2) ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Enabling factors)

เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต่างๆ ได้รับบริการอุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ และมีโอกาสที่จะใช้บริการ หรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ และจัดหาไว้อย่างทั่วถึง เช่น ปัจจัยสนับสนุนของพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรักษาดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน การที่จะทำให้คนเกิดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดจะต้องมี ถังขยะ และระบบการเก็บรวบรวมขยะให้ทั่วถึงหรือการที่จะทำให้ชาวบ้านในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยว กับโภชนาการได้อย่างเหมาะสม จะต้องต้องมีแหล่งอาหารหรือแหล่งผลิตอาหารในท้องถิ่นให้เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนสิ่งเหล่านี้ เป็นต้น จากการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา (2553) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทาง เวลาที่ใช้ในการเที่ยวสถานเริงรมย์ ค่าใช้จ่ายในการเที่ยวสถานเริงรมย์ และการให้บริการของสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

3) ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Reinforcing factors)

เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในกระบวนการสุขภาพ นอกเหนือไปจากปัจจัยโน้มน้าวและปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริมในที่นี้ ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการกระทำของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การปลูกฝัง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชน ปัจจัยสร้างเสริมที่สำคัญได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง ครู บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกัน รวมทั้งบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมในสังคมภายนอกบ้าน และโรงเรียนด้วย บุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในแง่ของการอบรมสั่งสอน การกระตุ้น การชักจูง การเป็นตัวอย่าง การดูแลกดดัน รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดการทำหรือปฏิบัติในลักษณะที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนก็เช่นกัน ปัจจัยสร้างเสริมที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จึงจะมีบทบาทในการชี้แนะ สนับสนุน กระตุ้นเตือน และจูงใจให้เกิดการกระทำหรือพร้อมที่จะกระทำในสิ่งที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย ซึ่งจากการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา (2553) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน นั้นมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ซึ่งไม่ได้เกิดจากการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวที่จะทำให้เกิด

พฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องที่ต้องการได้ หากแต่ต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นๆ อีก เช่น ทักษะคน ค่านิยม เป็นต้น

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยนั้น จะมีอยู่ 2 ฝ่าย คือ ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการบริการรักษาพยาบาล หรือผู้ใช้บริการสุขภาพ ถ้าหากเราเปรียบเทียบให้บริการรักษาพยาบาลทุกแห่งที่มีอยู่ในสังคมว่า เป็นตลาดแห่งการรักษายาบาลแล้ว การเลือกใช้บริการจากแหล่งใด ก็เปรียบได้กับการเลือกซื้อสินค้าในตลาดนั่นเอง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะตัดสินใจซื้อของสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น จะมีปัจจัยมากมายหลายประการที่เกี่ยวกับ และมีส่วนเข้ามากำหนดการตัดสินใจของบุคคลนั้นตลอดเวลา การเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ทั้งนี้มีปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพหลายท่านได้พยายามศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์นั้น เข้าใช้แนวทางการศึกษาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 7 ประการ คือ (ธนิดา มีต้องปัน, 2540)

1) คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส เป็นต้น มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะวงจรชีวิตของครอบครัว ซึ่งมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยภายในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกภายในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่น เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย อาจจะเป็นเพราะว่าเพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนวัยกลางคน เป็นต้น

2) ปัจจัยทางโครงสร้างทางสังคม สะท้อนให้เห็นสถานภาพของแต่ละบุคคลในสังคมที่ตัวเองอาศัยอยู่ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับสถานภาพทางสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งรูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้วย ผู้มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าอีกด้วย

3) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ทักษะคน และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตและแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นต้น

4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้นๆ สามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้ยังรวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวมหรือของหัวหน้าครอบครัวในต่างประเทศเขาพิจารณา รวมถึงเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของบางกลุ่มชนหนึ่งก็จริงอยู่ ในแต่บางกลุ่มชน อาจจะไม่ใช้บริการสุขภาพ ทั้งๆ ที่บริการนั้นๆ จัดให้ฟรีหรือเสียเงินเพียงเล็กน้อยก็ตาม อัตราการให้บริการก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

5) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน โดยมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวกหรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการและสภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการ และที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่เป็นเรื่องธรรมดา ถ้าสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสถานบริการสุขภาพอยู่ไม่ห่างไกลจากชุมชนจนเกินไป ประชาชนจะสะดวกที่จะไปใช้บริการนั้น

6) ปัจจัยด้านบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพของบริการ และพฤติกรรมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย เรามักจะได้ยินได้ฟังประชาชนบ่นเสมอๆ ว่า สถานบริการของรัฐมีขั้นตอนในการรับบริการมากมายหลายขั้นตอน หรือเสียเวลา คอยนาน หรือการบริการก็ ไม่ดีเท่ากับการบริการของสถานบริการเอกชน หรือบางครั้งให้เหตุผลของการไม่ไปใช้สถานบริการที่มีอยู่ เพราะว่าไม่ชอบเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้มารับบริการ หรือขาดความเชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

7) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า อันได้แก่ นโยบายสาธารณสุขด้านการเมือง และงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรมาเพื่อให้ใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นต้น กระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ เป็นรูปแบบ และกลวิธีในการจัดบริการ สุดท้าย คือ ผลผลิตสุดท้าย และผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุข

นักพฤติกรรมสุขภาพ ได้พยายามอธิบายศึกษาวิจัย เพื่ออธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพไว้จำนวนมาก แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างแน่ชัดเหตุผลก็เพราะว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีปัจจัยทั้งด้านสังคมและพฤติกรรมศาสตร์เข้าด้วยกัน แต่ก็มีผลของการวิจัยจำนวนไม่น้อยที่สามารถสรุปได้ตรงกันว่า เศรษฐฐานะ และการรับรู้เรื่องสุขภาพ เป็นตัวกำหนดการใช้บริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ดีที่สุด อาจกล่าวได้ว่าความสำเร็จของการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับทั้งระบบของการให้บริการ รวมถึงคุณภาพของการบริการ ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ ค่านิยมหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีวัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม และเศรษฐกิจฐานะของแต่ละครอบครัว นั่นเอง

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ผิดๆ จากสิ่งต่างๆ เช่น โฆษณา คาบอกล่าจากเพื่อน ครู และจากบุคคลอื่นๆ เป็นต้น แล้วนำไปสู่การเกิดความเชื่อ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นความเชื่อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีดังนี้ (สุชาติ โสมิตรประยูรและคณะ, 2542)

1) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการกินอาหาร ตัวอย่างเช่น

1.1 รับประทานเมล็ดมะเขือหรือเมล็ดฝรั่งจะทำให้เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ

1.2 เป็นผีห้ามรับประทานข้าวเหนียว หรือรับประทานข้าวเหนียวจะทำให้ผลเป็นหนองและหายช้า

- 1.3 เป็นผีถ้ารับประทานไข่จะทำให้แสงหรือเกิดหนองได้
- 1.4 รับประทานอาหารเผ็ดจัดจะทำให้สายตาสั้น
- 1.5 คนเรามีความรู้สึกชอบอาหารบางอย่างและไม่ชอบอาหารบางอย่างมาแต่เกิดแล้ว
- 1.6 รับประทานกับข้าวมากๆ จะทำให้เป็นโรคตานขโมย
- 1.7 รับประทานบอระเพ็ดทำให้ปัญญาดี
- 1.8 รับประทานเผือกทำให้เป็นโรคเรื้อน
- 1.9 ไม่ควรรับประทานไข่ขาวเพราะมีประโยชน์น้อยมาก
- 1.10 เนื้อดิบมีคุณค่าทางอาหารมากกว่าเนื้อสุก
- 2) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับยาและเครื่องสำอาง ตัวอย่างเช่น
 - 2.1 การรับประทานยาเม็ดวิตามิน เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ร่างกายของเราจะได้รับวิตามินตามต้องการ
 - 2.2 ยาที่โฆษณาขายกันทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือในหนังสือพิมพ์เป็นยาที่เชื่อถือได้
 - 2.3 การสูบบุหรี่หลังอาหารเป็นการช่วยย่อยอาหาร
 - 2.4 การรับประทานยานอนหลับไม่จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก็ได้
 - 2.5 หมูแม่ลูกอ่อนห้ามกินเนื้อสัตว์ เพราะจะทำให้แสงและอ่อนเพลีย
 - 2.6 ถ้าเป็นโรคอะไรก็ตามต้องรักษาด้วยยาเท่านั้นจึงจะหาย
 - 2.7 ความเย็นของน้ำแข็งจะทำให้เชื้อโรคตายได้
 - 2.8 ยาสีฟันบางชนิดสามารถกำจัดกลิ่นเหม็นจากลมหายใจของคนเราได้
 - 2.9 เครื่องสำอางบางชนิดสามารถให้อาหารแก่ผิวหนังได้
- 3) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตัวอย่างเช่น
 - 3.1 เด็กๆ ไม่ควรเล่นกระโดดเชือก เพราะจะทำให้ตับทรุด
 - 3.2 วัณโรคและโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม
 - 3.3 เราจะไม่เป็นวัณโรค นอกเสียจากมีคนในบ้านของเราป่วยเป็นวัณโรค
 - 3.4 เราต้องไม่กังวลว่าจะเป็นวัณโรค นอกจากมีอาการไอเกิดขึ้นเท่านั้น
 - 3.5 เด็กทุกคนต้องเป็นโรคหัด ดังนั้นเด็กที่กำลังออกกายและมีสุขภาพแข็งแรง จึงไม่จำเป็นที่จะต้องแยกเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัดออกจากคนอื่นๆ
 - 3.6 ไล่เดือนดินกับพยาธิไล่เดือนในท้องคนเป็นชนิดเดียวกัน
 - 3.7 จุลินทรีย์ทุกชนิดเป็นอันตรายหรือให้โทษต่อคนเราเสมอ
 - 3.8 แอบมองคนแก้ผ้า ตาจะเป็นกุ้งยิง
 - 3.9 การไปเที่ยวสาธอนกับผู้หญิงที่เป็นโสเภณีเท่านั้นที่ทำให้ป่วยเป็นโรคเอดส์ได้
- 4) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุ ตัวอย่างเช่น
 - 4.1 อุบัติเหตุเป็นเรื่องเกี่ยวกับเคราะห์กรรมจึงยากที่จะป้องกันได้
 - 4.2 ก่อนออกจากบ้าน ถ้าจิ้งจกตกถือว่าโชคร้าย
 - 4.3 เลข 13 ถือว่าเป็นเลขที่นำโชคร้ายมาให้

- 4.4 ถ้าฝันว่าฟันหัก จะมีญาติคนใดคนหนึ่งตาย
- 4.5 คนกำลังโชคไม่ดี จะทำอะไรๆ ใหม่ก็มักล้มเหลวอีก
- 4.6 คนเราถ้าไม่ถึงที่ตาย ก็คงไม่ตาย
- 4.7 เวลาฝนตกฟ้าคะนองควรหาผ้ามาปิดกระຈกเพื่อป้องกันฟ้าผ่า
- 4.8 คนหิวผมหากหิวห้กขณะที่กำลังหิวถือว่าโชคไม่ดี
- 4.9 ห้ามเย็บผ้าในตัว เพราะถือว่าไม่เป็นมงคล
- 4.10 ห้ามซื้อสุนัข เพราะจะทำให้ฟ้าผ่าได้
- 5) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น
 - 5.1 เวทมนตร์คาถาสามารถต่อกระดูกที่หักได้
 - 5.2 เวลาตะปุดาทำให้เอาตะปูกับหัวกระเทียมร้อยเชือกผู่อเท้าเพื่อป้องกันโรคบาดทะยัก
 - 5.3 ถ้ากำงปลาติดคอให้เอาดินแมวลูบที่คอ 3 ครั้ง แล้วกำงปลาจะหลุดออกมา
 - 5.4 เวลาเป็นคางทูมให้เขียนหนังสือจิ้นคำว่า “เสื่อ” ลงบนที่บวม แล้วจะทำให้คางทูมที่เป็นอยู่หายได้
 - 5.5 คนที่ถูกงูแสงอาทิตย์กัด ถ้าเห็นแสงอาทิตย์เมื่อไหร่ก็จะทำให้ผู้นั้นตายทันที
 - 5.6 การรับประทานน้ำมะนาวจะทำให้ช่วยลดความอ้วนได้
 - 5.7 รับประทานแกงฟัก แก้วร้อนในได้
 - 5.8 เราคนไปหาแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วยเท่านั้น
 - 5.9 ถ้าเจ็บป่วยสามารถซื้อยารักษาตัวเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอ
- 6) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตัวอย่างเช่น
 - 6.1 คนผอมมักเป็นคนมีอารมณ์ฉุนเฉียวและโกรธง่าย
 - 6.2 คนอ้วนมักเป็นคนอารมณ์เย็นและใจดี
 - 6.3 คนศีรษะล้านเป็นคนใจน้อย
 - 6.4 คนสุขภาพจิตดีจะไม่มีความตึงเครียดทางอารมณ์
 - 6.5 คนสุขภาพจิตดีจะไม่เคยโกรธหรือโกรธคนไม่เป็น
 - 6.6 คนวิกลจริตถ้าให้รับประทานอาหารหวานจัดจะมีอาการเพิ่มขึ้น
 - 6.7 คนวิกลจริตทุกประเภทควรจะอยู่ในที่คุมขังเสมอ
 - 6.8 ไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะรักษาโรควิกลจริตให้หายขาดได้
- 7) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ตัวอย่างเช่น
 - 7.1 ถ้าฝันว่าถูกงูรัดจะได้คู่ครอง
 - 7.2 ถ้าบิดาเป็นคนเจ้าชู้ บุตรชายมักจะเจ้าชู้เหมือนบิดา
 - 7.3 การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อยๆ จะทำให้เป็นโรคจิตได้
 - 7.4 รักแรกพบเป็นรักแท้และแน่อนเสมอ
 - 7.5 ชายหญิงที่เป็นเนื้อคู่กัน มักจะมีใบหน้าคล้ายกัน
 - 7.6 ชายหญิงที่แต่งงานกันเป็นเพราะบุพเพสันนิวาสเมื่อชาติก่อน

- 7.7 หญิงสาวที่เยื่อพรหมจารีขาดถือว่าเป็นหญิงที่ไม่บริสุทธิ์
- 7.8 การรับประทานไข่ดิบจะทำให้มีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้น
- 7.9 ถ้าผู้หญิงรับประทานกล้วยแฝด เมื่อคลอดลูกจะทำให้ได้ลูกแฝด
- 7.10 ผู้ชายที่ทำหมันแล้วมักจะหมดความรู้สึกทางเพศ

ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเหล่านี้อาจจะให้โทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ที่มีความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดมากบ้างน้อยบ้างแล้วแต่ลักษณะหรือธรรมชาติ จังหวะหรือโอกาส รวมทั้งขนาดหรือความมากน้อยของความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดนั้นๆ ด้วยเพราะเป็นที่ยอมรับกันในทางวิชาการว่าความเชื่อและความเข้าใจต่างๆ ย่อมมีบทบาทสำคัญในการที่จะวางกรอบแห่งความคิดเห็นหรือวางหลักแห่งการกระทำในด้านต่างๆ ของคนเรา นอกจากนี้ความเชื่อและความเข้าใจยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการที่จะช่วยให้คนเราสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกมาทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัญหาที่มีปัจจัยหลายๆ ปัจจัยประกอบกัน ทั้งปัจจัยทางตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ หลายอย่างประกอบกัน พฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ง่ายพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงได้ยาก หรือต้องใช้เวลาหรือเทคนิควิชาการที่ละเอียดอ่อนหรือใช้วิชาการขั้นสูง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของบุคคล และสิ่งแวดล้อมในด้านบุคลลนั้น มีปัจจัยแตกต่างกัน บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระดับที่แตกต่างกัน องค์ประกอบด้านความเชื่อ ทักษะและค่านิยมแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพเป็นองค์ประกอบ ซึ่งแต่ละบุคคลมีความตระหนักถึงปัญหา ความสนใจ ความต้องการ ระดับความสามารถแรงจูงใจ เวลาและโอกาสเหล่านี้ เป็นต้น ดังนั้นในฐานะนักวิชาการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่รับผิดชอบในแต่ละระดับ จะต้องเข้าใจสภาพที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องมีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของเคลมาน (Kelman) เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมของบุคคลนั้นเชื่อว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่จะเปลี่ยนเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงนั้นๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้วิธีการหลายๆ อย่างจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าการใช้วิธีการเพียงอย่างเดียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประการ ดังนี้ (ธนิดา มีต้องปัน, 2540)

1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยวิธีการทางการศึกษา

วิธีการทางการศึกษา หมายถึง วิธีการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบโดยประยุกต์แนวคิดจากด้านการศึกษาเพื่อดำเนินงานให้ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ วัตถุประสงค์ส่วนใหญ่ของการจัดการศึกษานั้นก็เพื่อให้

ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องหนึ่งๆ ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการมีประสบการณ์ของบุคคล

แนวคิดที่นำมาประยุกต์ในการจัดวิธีการทางการศึกษานั้น ส่วนใหญ่จะได้มาจากหลักและทฤษฎีทางด้านวิธีการสอน หลักและทฤษฎีการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น การจัดวิธีการทางการศึกษาในงานทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นคือสุขศึกษานั้นเอง สรุปว่าสุขศึกษา หมายถึง การจัดกิจกรรมทางการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด เปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติที่ถูกต้อง สมัครงและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นประการสำคัญการสุขศึกษาที่มีได้ก่อให้เกิดปฏิบัติยอมถือว่ายังไม่ได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยการบังคับและการออกกฎหมาย

วิธีการบังคับโดยการออกกฎหมาย หรือกฎเกณฑ์ข้อบังคับเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข และเป็นวิธีสะดวกต่อผู้ดำเนินงาน ไม่ต้องใช้เงินมาก แต่ก็มีขอบเขตจำกัด จะนำมาใช้ในทุกปัญหาไม่ได้ ในกรณีปัญหาเร่งด่วนหรือโครงการระยะสั้น อาจจะได้ผลรวดเร็วทันใจ เช่น เมื่อมีการระบาดของโรคบางชนิด รัฐบาลจะออกกฎหมายให้ประชาชนไปรับภูมิคุ้มกันโรค ถ้าตรวจพบว่าใครไม่ได้ไปรับบริการจะถูกปรับ เป็นต้น

วิธีการนี้จะได้ผลดีสำหรับในบุคคลบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มองเห็นความสำคัญของการไปรับบริการ และที่กลัวความผิด แต่ในประชาชนบางกลุ่มอาจไม่เห็นความสำคัญ และไม่กลัวการลงโทษอาจจะไม่ปฏิบัติตาม ในทางทฤษฎีนั้นกล่าวว่า การบังคับหรือออกกฎหมายเพื่อมุ่งหวังที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะเกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติชั่วคราวเท่านั้น แต่ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนั้นมากจะไม่เปลี่ยนแปลง トラบใดที่เขาคิดว่ามาสั่งมาบังคับเขา หรือผลที่เกิดจากการไม่ปฏิบัตินั้นๆ นำความน่ากลัวหรือภัยอันตรายมาให้เขาก็อาจจะปฏิบัติอยู่ แต่ตราบใดที่ไม่มีสิ่งบังคับเขาจะไม่ปฏิบัติ ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะไม่ยืนยาวถาวร การใช้การบังคับหรือออกกฎหมายนี้ ในบางกรณีอาจไม่ได้ผลเลย และอาจจะก่อให้เกิดปฏิกริยาในกลุ่มประชาชนในทางที่ไม่ดีขึ้นได้

การบังคับนี้ นอกจากจะเป็นการบังคับโดยการออกกฎหมายแล้ว ยังมีการบังคับในลักษณะที่กระทำพฤติกรรมเนื่องจากความเกรงกลัว เช่น ระหว่างหัวหน้างานกับผู้ใต้บังคับบัญชา พ่อแม่กับลูก พี่กับน้อง หรือแม้แต่ในบุคคลระดับเดียวกัน เช่น เพื่อนกับเพื่อน ซึ่งลักษณะของการบังคับจะออกมาในลักษณะผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นเนื่องจากทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เช่น ลูกๆ จะต้องแปรงฟันให้สะอาดก่อนถึงดูโทรทัศน์ได้ ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามาทำงานเข้าเมื่อเวลาหัวหน้างานอยู่เพื่อหวังผลทางด้านความดีความชอบ เป็นต้น

ปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่พบในบ้านเราคือ มีกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและสาธารณสุขหลายอย่าง ที่ประชาชนไม่ได้ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามกฎหมายก็ไม่ได้รับโทษแต่อย่างใด เช่น กฎหมายห้ามสูบบุหรี่บนรถเมล์ ห้ามทิ้งขยะบนท้องถนนหลวง ห้ามปลูกสร้างอาคารในลักษณะที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุห้ามข้ามถนนในที่ที่ไม่มีทางม้าลายหรือที่ไม่มีสัญญาณให้ข้ามถนน เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการสร้างแบบอย่างที่ดี

แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยการสร้างแบบอย่างที่ดีนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของเคลแมน ซึ่งเชื่อว่าวิธีหนึ่งที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการเลียนแบบหรือเอาแบบอย่าง

บุคคลที่เขาชอบยกย่องนับถือ หรือบุคคลที่ยอมรับเขาเข้าเป็นสมาชิกในกลุ่ม หรือเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกัน บุคคลเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางสุขภาพโดยการเลียนแบบบุคคลอื่น ที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขา เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การแสดงออกทางอารมณ์ การพูดจา การรักษาความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การแปรงฟัน ทักษะติดต่อแพทย์ ทันตแพทย์ ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้น เมื่อบุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการเลียนแบบเช่นนี้ การสร้างแบบอย่างที่ดีจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพนั้น เป็นหน้าที่รับผิดชอบทุกคนตลอดถึงชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวกับบุคคลเริ่มตั้งแต่บ้าน โรงเรียน ชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 บ้าน แบบอย่างที่ดีควรจะเริ่มต้นตั้งแต่ที่บ้าน บ้านจะเป็นแหล่งปลูกฝังแบบฉบับของ

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุด และเป็นการสร้างจุดเริ่มต้นที่ถูกต้องให้กับเด็ก โดยเด็กในระยะแรกเกิด – 5 ขวบ จะสร้างแบบฉบับแห่งนี้เสียอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วยากที่จะแก้ไขได้อีกด้วย แบบฉบับทางสุขภาพของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจึงมีความสำคัญมากสำหรับเด็กในวัยนี้ แบบอย่างที่ว่าพ่อแม่จะจัดให้เด็กนั้นเกี่ยวกับกิจวัตรในชีวิตประจำวันทุกอย่าง เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนถึงเข้านอน ได้แก่ การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะทุกส่วน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนนิสัยในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่รับประทานจุบจิบ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำความสะอาดบ้านเรือนที่อยู่อาศัย การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถ้าพ่อแม่ได้ปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกๆ จะช่วยสร้างนิสัยทางสุขภาพที่ถูกต้องให้กับเด็กได้

การสร้างแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่ไม่ใช่สิ้นสุดเมื่อลูกไปโรงเรียน แต่ยังคงมีความสำคัญตลอดช่วงชีวิตของพ่อแม่ เพราะพฤติกรรมสุขภาพนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของเด็ก เช่น ในวัยรุ่น เด็กจะมีความต้องการที่จะเลียนแบบพฤติกรรมบางอย่างจากพ่อแม่ เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างพ่อกับแม่ เพื่อให้เด็กเข้าใจถึงบทบาทของหญิงชายในการครองเรือนแบบอย่างที่ไม่ดีจากพ่อแม่ อาจจะทำให้เด็กเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการแต่งงาน ต่อเพศตรงข้ามซึ่งอาจจะมีผลต่อชีวิตแต่งงานของเด็กเมื่อถึงวัยอันควรก็ได้

พ่อแม่ควรจะได้อธิบายว่าลูกของตนเมื่อไปโรงเรียนนั้น ได้เรียนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเรื่องใดบ้าง

และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สอดคล้องกับสิ่งที่ครูสอนที่โรงเรียน จะช่วยเป็นการเสริมแรงให้ได้เห็นแบบอย่างที่ดีซ้ำหลายๆ ครั้ง จะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวรได้

3.2 โรงเรียน เป็นสังคมแห่งที่สองรองจากบ้านที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน โรงเรียนเป็นสถานที่ที่จะปลูกฝังพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพให้กับนักเรียนด้วย แบบอย่างที่ดีทางสุขภาพของครู ตลอดจนบริการที่โรงเรียนจัดให้จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียน เช่น ครูแต่งกายสะอาด ครูมีสุขภาพที่ดี โดยไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ความสะอาดของห้องเรียน บริเวณโรงเรียน ห้องน้ำห้องส้วม มีน้ำและสบู่เพียงพอที่จะให้นักเรียนได้ล้างมือเมื่อใช้ส้วมแล้ว ถึงขณะบริการอนามัยโรงเรียน เป็นต้น เหล่านี้จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนได้อีกทางหนึ่ง นอกเหนือจากกิจกรรมการสอนในห้องเรียน ครูเป็นบุคคลที่นักเรียนเคารพ เชื่อฟัง ยกย่อง ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพที่ครูหรือโรงเรียนได้จัดให้มันนั้นจะทำให้เด็กเลียนแบบหรือทำตามอย่างได้

อีกประการหนึ่ง ในระยะวัยรุ่นเด็กมักจะมีเพื่อนเป็นกลุ่มๆ และมักจะเลียนแบบการปฏิบัติของ

กลุ่มด้วย ครูควรจะใช้ลักษณะการรวมกลุ่มนี้ให้เป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างได้ โดยการศึกษาและเลือกนักเรียนที่มีลักษณะเป็นผู้นำของกลุ่ม และให้นักเรียนคนนี้ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างของกลุ่ม เช่น โครงการผู้นำนักเรียนซึ่งกองอนามัยโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะใช้ผู้นำนักเรียนช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนกลุ่มอื่นๆ ในโรงเรียน

3.3 ชุมชน บุคคลสามารถศึกษาเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในสังคมอยู่ตลอดเวลา นอกเหนือจากโรงเรียนชุมชนจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพด้วย การได้เห็นได้ยินสิ่งต่างๆ ซ้ำๆ บ่อยๆ จากสังคมอาจจะโดยผ่านสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือจากสภาพที่เป็นจริงในสังคม เป็นต้น ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลเช่นกัน ดังนั้นรัฐบาลควรจะได้ควบคุมในการส่งข่าวต่างๆ ผ่านสื่อมวลชน โดยเฉพาะข่าวเหตุการณ์ต่างๆ การโฆษณาสินค้าที่จะมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่ถูกต้องของประชาชน เพราะประชาชนบางกลุ่มอาจจะตัดสินใจปฏิบัติตามโดยไม่คิดอย่างละเอียดรอบคอบ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ดีพอ เช่น นิสัยในการดื่มน้ำอัดลมชนิดต่างๆ การดื่มเหล้า เปียร์ เพื่อความมีบุคลิกสมชายชาตรี เป็นต้น

ในชุมชนนั้น แบบอย่างที่ดีทางสุขภาพที่รัฐบาลหรือสังคมน่าจะจัดให้มีขึ้นได้ เพื่อประชาชนจะได้

เลียนแบบตาม ได้แก่ การจัดบ้านเมือง สิ่งแวดล้อมให้สะอาดน่ารื่นรมย์ หรือผู้ที่รับผิดชอบทางด้านสาธารณสุข น่าจะเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบ้านเมือง ที่อยู่อาศัยของตนให้สะอาด ตลอดจนการกำจัดขยะในบ้าน การเป็นผู้นำในการปฏิบัติทางสุขภาพบางอย่าง เช่น การไปปลูกฝี ฉีดวัคซีน การเลี้ยงดูบุตรของตนให้มีสุขภาพดี การใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์เหล่านี้ เป็นต้น แบบอย่างที่ดีนี้จะเป็นผลต่อพฤติกรรมของประชาชนได้เช่นกัน

นอกจากนี้ ธนวรรณ อัมสมบุญ (2546) ยังได้กล่าวว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นจะต้องดำเนินการทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับองค์กรและระดับชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับนั้นมีกระบวนการที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข หรือขาดพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข มีสาเหตุ 2 ประการด้วยกันคือสาเหตุแรก บุคคลอื่นๆ ได้รับการเรียนรู้จนเกิดการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพมาอย่างผิดๆ หรือไม่ถูกต้องโดยไม่ได้มีการปรับปรุงหรือแก้ไขในภายหลัง ส่วนสาเหตุที่สองได้แก่ การที่บุคคลอื่นๆ ไม่ได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมาก่อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือบางที่เรียกว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะให้กับบุคคลต่างๆ ที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หรือเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการสำหรับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เอง ของครอบครัว หรือของชุมชน แล้วแต่กรณี

โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงขึ้นมาจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1.1) บุคคลที่มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่ตนดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย เช่น ไม่รับรู้และตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

1.2) บุคคลที่มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือสุขภาพไม่ดี เช่น การกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่ปรุงอย่างสุกๆ ดิบๆ หรือดิบๆ การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การสูบบุหรี่ ฯลฯ

1.3) บุคคลขาดการปฏิบัติตามแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอหรือต่อเนื่อง

1.4) บุคคลขาดการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคในชุมชน เช่น ไม่มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหนะนำโรคไข้เลือดออก การไม่นำสุนัขหรือแมวไปฉีดวัคซีน การกำจัดอุจจาระในสวน ฯลฯ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จึงต้องมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้อง หรือการทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นเกิดขึ้น แล้วแต่กรณี เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การกินปลาร้าต้มสุก กินลาบปลาสุก กินก้อยปลาสุก ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย นำสุนัขหรือแมวไปฉีดวัคซีน ฯลฯ ดังนั้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้จนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวเป็นวิถีชีวิต ที่บุคคลทุกคนในครอบครัวได้ปฏิบัติหรือได้กระทำอยู่ ซึ่งมีทั้งวิถีชีวิตที่ถูกต้องเป็นผลดีต่อสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของบุคคลต่างๆ ในครอบครัว และวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเป็นผลเสียต่อสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของบุคคลต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวต่างๆ ให้ได้ผลดีต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบการเสริมแรง กล่าวคือ ต้องทำให้บุคคลต่างๆ ในครอบครัวเป็นตัวกระตุ้นเตือนและ โน้มน้าว และจูงใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีการเรียนรู้ได้ดี การจัดการเรียนรู้เพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ต้องทำกับบุคคลทั้งครอบครัวไปพร้อมๆ กันโดยให้สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ได้มีปฏิสัมพันธ์กันในทางสร้างสรรค์ให้มากที่สุด ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีการหยิบยกประเด็นของสุขภาพมาอภิปรายกันในระหว่างสมาชิกครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งทางสุขภาพบุคคลในครอบครัวได้รับทางอ้อม มาจากเพื่อนๆ หรือบุคคลอื่นๆ ที่นำมาอ้างอิงได้

พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ต่อไปนี้

2.1) แบบแผนการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

2.2) พฤติกรรมความปลอดภัยในเคหสถานและการจราจร

2.3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ

2.4) พฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

2.5) พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ

2.6) พฤติกรรมความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือน

2.7) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมและการดูแลรับผิดชอบปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการด้วยกัน คือ การสื่อสารและความสัมพันธ์ในระหว่างสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมที่ครอบครัวกระทำร่วมกัน และประสบการณ์ และอิทธิพลที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจากสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ดังนั้น การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จึงต้องศึกษาบริบทของครอบครัว และจัดทางที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นในระดับครอบครัวได้ดีที่สุด

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กร

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

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เช่น พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาในการขั้รยนต์ของบุคลากรในองค์กรต่างๆ พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของบุคลากรในองค์กรต่างๆ พฤติกรรมการดื่มน้ำสมุนไพรและอาหารสุขภาพของบุคลากรในองค์กรต่างๆ เป็นต้น

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กร จึงเป็นการดำเนินการในลักษณะของการสร้างกระแสในสังคม แล้วโน้มนำเข้าสู่องค์กรในระดับนโยบาย และประชาคมขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้เป็นความต้องการของสมาชิกภายในองค์กรนั้นๆ เองในที่สุด

4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งที่คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้กระทำหรือปฏิบัติกันอยู่ พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมที่ไม่ได้พัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในสังคม พฤติกรรมสุขภาพบางก้เป็นการปฏิบัติกันมาอย่างผิดๆ ที่ถ่ายทอดกันมาจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง

พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อการแก้ไขปัญาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขของชุมชนในส่วนรวม เช่น การนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การปรับปรุงด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยการสร้างพลังและความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น โดยให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญาของตนเอง ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนด้วยพลังของชุมชนเอง ดำเนินการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นๆ เป็นระยะๆ ด้วยความพยายามของชุมชนเอง จึงจะได้ผลและมีความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงตลอดไป

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขที่ต้องพัฒนาขึ้นมาให้เป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชน ดังได้กล่าวมาแล้ว การเรียนรู้ของชุมชนจนกระทั่งฝังลึกลงไปเป็นวิถีชีวิต มีหลักการที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน คือ

4.1) ประชาชนในชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ กล่าวคือ ประชาชนเข้าใจว่าการมีสุขภาพดี ไม่ได้หมายถึง การได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่หมายถึง การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเจ็บป่วยซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด

4.2) ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ต้องเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งสาเหตุของปัญหาซึ่งส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดได้แก่ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง หรือทั้งชุมชน ทำให้เกิดขึ้นมาแล้วมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของคนทั้งชุมชน การป้องกันหรือแก้ไขปัญหาก็ได้ผลต้องกระทำหรือดำเนินการที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

4.3) ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ยอมรับว่ามีความจำเป็นที่บุคคลต่างๆ ครอบครัวต่างๆ และชุมชน โดยส่วนรวมต้องปรับเปลี่ยนการกระทำหรือการปฏิบัติของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี

4.4) การเรียนรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ก็ตามต้องอาศัยแรงกระตุ้นและแรงเสริมจากบุคคลอื่นๆ หรือครอบครัวอื่นๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

4.5) การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนให้ได้ผลต้องอยู่บนพื้นฐานของการบูรณาการ (Integration) กับการพัฒนาอาชีพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองควบคู่กันไป ซึ่งจะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี และเห็นผลเสียของการเจ็บป่วย รวมทั้งตระหนักในภาระต่างๆ ที่ชุมชน โดยส่วนรวมแบกรับร่วมกันโดยไม่อาจจะเลี่ยงได้

การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ

การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพประด้วยการเรียนรู้ใน 3 ประการด้วยกัน คือ (ธนวรรธน์ อัมสมบุญ, 2546)

1) การปลูกฝังแนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลเกิดพัฒนาการทางความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง การปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของบุคคลในเชิงเหตุผล การฝึกฝนให้บุคคลได้พัฒนาความคิดในเชิงวิเคราะห์ เช่น ทำไมคนจึงป่วย จำเป็นหรือไม่ที่คนต้องป่วย มีทางเลือกอื่นใดที่ทำให้คนไม่ต้องเจ็บป่วยบ้าง สุขภาพมีความสำคัญอย่างไรต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ฯลฯ การเรียนรู้ของบุคคลในลักษณะของการพัฒนาความคิด จะทำให้เกิดการปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพได้ในที่สุด

2) การปลูกฝังเจตคติทางสุขภาพ เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลเกิดพัฒนาการของความคิดเห็นที่มีทิศทางต่อสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ให้อยู่ในทิศทางที่ทำให้บุคคล

ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะที่ดี การเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการปลูกฝังเจตคติได้ดี ไม่ใช่การเรียนรู้ในเชิงของความเข้าใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการเรียนรู้ในเชิงของการแสดงความคิดเห็นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ และความตั้งใจที่จะกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อผลในการพัฒนาสุขภาพด้วย

การปลูกฝังเจตคติทางสุขภาพที่ได้ผลมากที่สุด คือ การฝึกให้บุคคลได้กำหนดความตั้งใจของตนเองภายใต้เงื่อนไขทางสุขภาพหรือบริบท (Context) ของปัญหาสุขภาพว่าจะทำอย่างไร และทำไมจึงคิดว่าควรทำอย่างนั้น บนพื้นฐานของเหตุและผล เช่น การปลูกฝังเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง บุคคลต้องได้รับการเรียนรู้ว่าตนเองหรือบุคคลอื่นควรทำอย่างไรจึงจะไม่เป็นโรค และภายใต้สภาพการณ์ของปัญหา โรคอุจจาระร่วง บุคคลนั้นๆ ตั้งใจว่าตนเองต้องทำอะไรบ้างและทำอย่างไร จึงจะปลอดภัยจากการติดโรค

3) การปลูกฝังทักษะทางสุขภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จัดให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้จากการกระทำของตนเอง มีผลให้ตนเองพึงพอใจและกระทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นปกตินิสัย โดยทั่วไปแล้ว การปลูกฝังทักษะทางสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการปลูกฝัง เจตคติ และการปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพ การกระทำหรือการปฏิบัติที่มีผลดีต่อสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ได้ในระยะเวลาสั้นๆ จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเอง เช่น การบริโภคอาหาร การพักผ่อนและออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันโรคติดต่อต่างๆ เป็นต้น

ซึ่งบุคคลจะรับรู้และเห็นผลได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่จึงต้องเริ่มจากการปลูกฝังทักษะก่อน จึงจะได้ผลต่อเนื่องไปถึงการปลูกฝังเจตคติ และการปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพในที่สุด

กล่าวโดยสรุปคือ การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในพิสัยต่างๆ ของการเรียนรู้ต้องจัดให้มีการบูรณาการของประสบการณ์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลให้สอดคล้องและต่อเนื่องกันและการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุด ต้องดำเนินการตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการเรียนรู้ร่วมกันไปกับการพัฒนาในด้านอื่นๆ เพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานร่วมกันไปกับพฤติกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณค่า ซึ่งจะได้ผลมากกว่าการปล่อยให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องแล้ว จึงเป็นการยากที่จะปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นให้เกิดขึ้นได้ และต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำได้ยากกว่าการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ

บทสรุป

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดกิจกรรมหรือปฏิบัติใดๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ พฤติกรรมสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพราะฉะนั้นการที่จะทำให้เกิดคนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้นั้น จะต้องแก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรม ไม่ใช่แก้ที่ปลายเหตุ เพราะผลที่เกิดขึ้น เช่น วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยใช้กฎหมายบังคับเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ จะได้ผลในช่วงระยะสั้นๆ เท่านั้น การบังคับจะไม่เกิดผลดีในระยะยาว วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลคงทนถาวรนั้น ควรที่จะทำให้บุคคลนั้นยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร

โดยควรทำให้เขาได้เกิดการตระหนักในความสำคัญของสุขภาพ และยอมรับด้วยตัวของเขาว่าเขาควรปฏิบัติอย่างไรวินิจฉัยจะถูกต้อง เป็นต้น ทั้งนี้หากมี พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลทำให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ไม่ถูกต้องต่อไป

2.4 ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร

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

ในการนำหลักสูตรไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน การที่จะพัฒนาหลักสูตรได้ควรมีความรู้เกี่ยวกับปรัชญาแนวคิดทฤษฎีการศึกษา จิตวิทยาการเรียนรู้ ประวัติความเป็นมาและระบบ การจัดการศึกษาไทย วิสัยทัศน์และแผนพัฒนาการศึกษาไทย ทฤษฎีหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตร มาตรฐานและมาตรฐานช่วงชั้นของหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา ปัญหาและแนวโน้มในการพัฒนาหลักสูตร รวมทั้งควรเป็นผู้มีสมรรถนะเกี่ยวกับความสามารถวิเคราะห์หลักสูตร สามารถปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรได้อย่างหลากหลาย สามารถประเมินหลักสูตรได้ทั้งก่อนและหลังการใช้หลักสูตร และสามารถจัดทำหลักสูตรได้ (วาริรัตน์ แก้วอุไร, 2566)

หลักสูตรเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการศึกษา การพัฒนาหลักสูตรเป็นงานที่จะต้อง ปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และมีการวางแผนการดำเนินงานเป็นอย่างดีจึงจะทำให้ได้หลักสูตรที่มีคุณค่าสนองต่อการแก้ไข ปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้เรียน สังคม และการพัฒนาแบบยั่งยืน หลักสูตรมี 4 ระดับ คือ หลักสูตรระดับชาติ หลักสูตรระดับท้องถิ่น หลักสูตรระดับโรงเรียน และหลักสูตรระดับห้องเรียน การจัดทำหลักสูตรหรือการสร้างหลักสูตร หมายถึง การจัดหลักสูตรขึ้นมาใหม่ โดยที่ยังไม่เคยมีหลักสูตรนั้นมาก่อน หรือไม่เคยมีหลักสูตรเดิมเป็นรากฐานมาก่อน และ ต้องดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการและเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผนหลักสูตร โดยทำการ ร่างแผนงานการจัดทำหลักสูตรโดยกำหนดเป้าหมายว่าหลักสูตรที่จะจัดทำนั้นทำเพื่อใคร จะพัฒนาบุคลากรเหล่านั้นไปในทิศทางใด ใช้ระยะเวลาการดำเนินการตามหลักสูตรเท่าไร จะมีกระบวนการในการพัฒนาบุคคลเหล่านั้นอย่างไร

จากนั้นดำเนินการออกแบบหลักสูตร โดยเป็นการกำหนดลักษณะและรูปแบบของหลักสูตรให้ สอดคล้องกับแผนงานการจัดทำหลักสูตรเพื่อให้หลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ รวบรวมข้อมูลที่มี ผลต่อการจัดหลักสูตร จัดหารูปแบบการจัดหลักสูตรหลาย ๆ รูปแบบ ทดสอบว่ารูปแบบใดเป็นรูปแบบที่ดีที่สุด ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางแผนไว้ในการออกแบบหลักสูตร ทำการตัดสินใจกำหนดรูปแบบ

โครงสร้าง และองค์ประกอบของหลักสูตร ซึ่งรูปแบบของหลักสูตรเป็นอย่างไรนั้นจะแสดงออกให้เห็นชัดเจนในขั้นตอนของการจัดเนื้อหาวิชาและประสบการณ์สำหรับผู้เรียน โดยผู้พัฒนาหลักสูตรจะต้องตอบคำถามต่อไปนี้

- 1) จะเลือก เนื้อหาอะไร และอย่างไร ให้บรรลุตามเป้าหมาย
- 2) จะจัดเนื้อหาและเรียงลำดับเนื้อหาอย่างไร
- 3) จะถ่ายทอดเนื้อหาอย่างไร
- 4) จะประเมินผลการเรียนรู้อย่างไร
- 5) จะจัดทำเอกสารหลักสูตรอย่างไร มีการจัดหลักสูตรเป็นการลงมือจัดหลักสูตรตามรูปแบบที่ตัดสินใจเลือกไว้แล้ว

โดยดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการของการพัฒนาหลักสูตร ถ้าเป็นหลักสูตรระดับท้องถิ่น หรือระดับโรงเรียนหรือระดับชั้นเรียนจะต้องวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกกระบวนการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษาให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นได้ สามารถใช้ทฤษฎี หลักการ และรูปแบบ การพัฒนาหลักสูตร พัฒนาหลักสูตรสถานศึกษาให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและผู้เรียนได้ รวมทั้งมีการปรับความเชื่อมโยงตลอดแนวหลักสูตร

2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น.

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NCDs (Noncommunicable diseases) ได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก เนื่องด้วยกลุ่มโรคดังกล่าวคร่าชีวิตและบั่นทอนสุขภาพของผู้คน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยโรคเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ (NCDs) ที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วย ถึง 2 ใน 3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO 2014) โดยพบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการตายด้วยกลุ่มโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่า โรคมะเร็งมีอัตราการตายสูงสุด โดยเพิ่มจาก 83.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี 2549 เป็น 119.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี 2559 รองลงมาคือ โรคหัวใจ เพิ่มขึ้นจาก 28.4 เป็น 32.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โรคหลอดเลือดในสมอง เพิ่มขึ้นจาก 20.6 เป็น 48.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 12.0 เป็น 22.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 3.8 เป็น 12.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2557) โดยตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีความพยายามอย่างยิ่งในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยได้ดำเนินการผ่านแผนพัฒนาแห่งชาติหลายๆ ฉบับ ทั้งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพพ.ศ. 2555-2559 และแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริม สุขภาพ และป้องกันโรค พ.ศ. 2556 เป็นต้น ซึ่งแผนเหล่านี้ล้วนมีเป้าหมายที่สำคัญในการจัดการโรคสำคัญ 5 โรค

ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวยังไม่ประสบผลสำเร็จโดยอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ ความชุกของการป่วย และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งพบจุดอ่อนในการดำเนินการ คือ ประเทศไทยยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของรูปแบบในระดับปฏิบัติการ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2558) โดยเฉพาะบริบทของการให้บริการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความแตกต่างจากการให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน

กรมอนามัยเองในฐานะที่เป็นผู้นำหลักของประเทศในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้มีการดำเนินนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. โดย เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ลดการกินอาหารหวานมัน เค็ม ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รู้จักจัดการกับอารมณ์ หมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการนอนหลับที่เพียงพอตามกลุ่มวัย ซึ่งหากมาตรการนี้ได้ผล จะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถช่วยลดการใช้จ่ายในกลุ่มป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติลงได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมหาศาล (คู่มือ กระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC) สำหรับสถานบริการสาธารณสุข)

ในปี 2565 นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย ได้เพิ่มเติมวิธีการดูแลสุขภาพแบบครอบจักรวาล ด้วยพฤติกรรม 3อ.2ส.1ฟ.1น. ดังนี้

3อ. คือ

1. อ. ที่ 1 กินอาหารให้ตรงเวลามีความหลากหลายครบ 5 หมู่ ในสัดส่วน 2:1:1 คือ ผักหลากสี 2 ส่วน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน ข้าว แป้ง 1 ส่วน ลดการกินอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม ชา กาแฟ ขนมเบเกอรี่ ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 8 แก้ว หรือ 2 ลิตรต่อวัน สอดคล้องคำแนะนำของสำนักส่งเสริมสุขภาพ และสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำการดูแลสุขภาพวัยทำงาน โภชนาการที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัยของคนวัยทำงานที่ทำให้ "หุ่นดี สุขภาพดี" จะแบ่งตามการใช้พลังงานของคนวัยทำงานใน 3 ระดับ ได้แก่ 1,600 2,000 และ 2,400 กิโลแคลอรี เพื่อให้คนวัยทำงานสามารถเลือกกินอาหารได้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะทำให้เกิดความสมดุลของพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน และควรกินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมควบคู่กันไป โดยแบ่งอาหารตามระดับพลังงาน (ดังภาพที่ 10)

ตารางที่ 1 : การจัดอาหารตามระดับพลังงานของคนวัยทำงานใน 1 วัน

กลุ่มอาหาร	หน่วย ครัวเรือน	พลังงาน**	1,200 กิโลแคลอรี	1,600 กิโลแคลอรี	2,000 กิโลแคลอรี	2,400 กิโลแคลอรี
ข้าว-แป้ง		80	6	8	10	12
ผัก		11	6	6	5	6
ผลไม้		70	3	4	4	6
เนื้อสัตว์		25	5	6	9	12
นม		125	1	1	1	1
น้ำมัน	กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น หรือตามคำแนะนำ หวาน มัน เค็ม 6:6:1					
น้ำตาล						
เกลือ						

กัมพี : 
 ช้อนกินข้าว : 
 แก้ว : 
 ผลไม้ :  1 ส่วน

** พลังงานกิโลแคลอรี มีหน่วยเป็นต่อ 1 ครัวเรือน

ภาพที่ 10 ตารางการจัดอาหารตามระดับพลังงานของคนวัยทำงานใน 1 วัน

ทั้งนี้ยังแนะนำให้ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีคุณค่าต่อร่างกาย โดยให้ได้รับสารอาหาร 6 ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และมีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานผัก และผลไม้สดให้หลากหลายเพิ่มมากขึ้น (ครบ 5 สี) ใน 1 วัน และรับประทานผัก มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อคนต่อวัน หรือรับประทานผัก 4-6 ทัพพีต่อวัน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ทัพพี ควรรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ ที่ไม่ติดมัน ควรดื่มน้ำที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือให้คุณค่า ต่อร่างกายน้อย เช่น อาหารที่มีไขมันสูง มีรสหวาน รสเค็มมากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่ม น้ำแดงมะนาวโซดา กาแฟ ชา เย็น ชามะนาว เป็นต้น และเพื่อสุขภาพที่ดีในอนาคต ควรเลือกอาหารที่ปรุงสุกด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยง อาหารทอดอมน้ำมัน ซึ่งคู่มือองค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานที่มีมาตรฐาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข “โภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย” ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ และสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้แนะนำเคล็ดลับ “วัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี เพื่อสุขภาพที่ดีในอนาคต” โดยมีเคล็ดลับ 9 ข้อ ดังนี้

1. เลือกกินเนื้อสัตว์ส่วนที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงส่วนหนัง
2. เลือกอาหารที่ปรุงสุกโดยการ ต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยงอาหารทอดหรือน้ำมัน
3. กินอาหารหลักให้ครบ 3 มื้อ โดยมีผักและผลไม้ทุกวัน
4. หากดื่มนม ควรเลือกนมรสธรรมชาติ สูตรพร่องไขมัน หรือไขมัน 0% หลีกเลี่ยงนมรสหวาน รสช็อกโกแลต และนมเปรี้ยวพร้อมดื่มรสผลไม้ (มีรสหวาน น้ำตาลเกิน 10 กรัม)
5. กินผลไม้สดในปริมาณที่เหมาะสมแทนการดื่มน้ำผลไม้และน้ำผลไม้เข้มข้นบรรจุกล่อง
6. งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มน้ำแคงมะนาวโซดา กาแฟ ชาเย็น ชามะนาว เป็นต้น

7. หากกินสลัดผักสด ไม่ควรราดน้ำสลัดมากเกินไป เพราะส่วนประกอบหลักของน้ำสลัด คือ น้ำมันพืชโดยเฉพาะน้ำสลัดแบบข้นหรือครีม หรือน้ำสลัดใสที่มีส่วนผสมของน้ำมันพืชเป็นหลัก ซึ่งมีปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง ควรเลือกน้ำสลัดใสที่ทำจากน้ำส้มสายชู น้ำสลัดแบบครีมชนิดไขมันต่ำ เป็นต้น

8. หากเป็นคอกาแฟหรือชาควรเลือกดื่มเครื่องดื่มกาแฟหรือชาดำที่ไม่ใส่น้ำตาล นมข้นหวาน นมข้นจืด ครีมเทียม และวิปครีม ซึ่งให้พลังงานสูง โดยอาจเติมนมสด หรือนมสดพร่องมันเนยได้ และไม่ควรมีกาแฟเกิน 2 แก้วต่อวันเพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับคาเฟอีนมากเกินไป

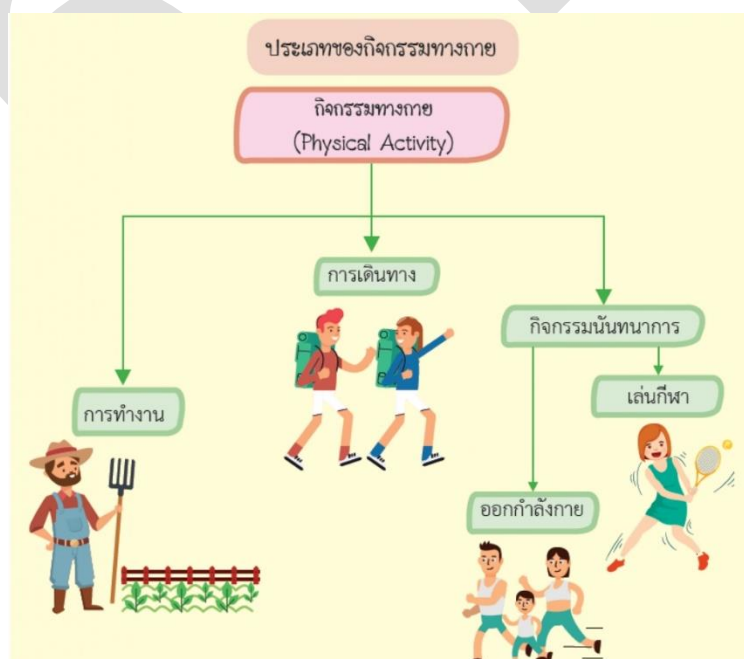
9. จำกัดปริมาณการกินอาหารที่อุดมด้วยไขมัน น้ำตาล และเกลือ

ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับคู่มือหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดเส้นทางสู่...ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในหัวข้อพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย กินผักหลากหลายสีและผลไม้สดทุกวันๆ ละอย่างน้อย 5 ชีดต่อคน (ครึ่งกิโลกรัม) (ผัก 4 – 6 ทัพพี) ต่อวัน (ผลไม้ 3 - 5 ส่วน) โดยแนะนำให้กินอาหาร ปรุงสุก สะอาดทุกครั้ง

2. อ. ที่ 2 ออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วันเช่น การเดินแอโรบิก การออกกำลังกายแบบคาดิโอ กระโดดเชือก การย่ำเท้าอยู่กับที่ การเดินวันละ 10,000 ก้าว เป็นต้น รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที สอดคล้องกับ พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554 ได้ให้ความหมายของ อ.ออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมกรออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความพลัดพลิน และเพื่อสังคม เช่น การเดิน การวิ่ง โยคะ ซิ่ง การเต้นลีลาศ รำมวยปล้ำ เป็นต้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับกองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัย ได้ให้นิยามเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย คือ การขยับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ในอิริยาบถต่างๆ ทำให้เกิดการใช้และเผาผลาญพลังงาน เคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมด รวมถึงการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน เช่น (การทำงานบ้าน ทำไร่ ทำสวน การยกของ) การเดินทาง เช่น (เดิน และขี่จักรยาน) และกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเดินชมสวน การออกกำลังกายแบบต่าง ๆ และการเล่นกีฬา เป็นต้น

การออกกำลังกายใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายนอกกรอบแบบ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activities) คือ การทำกิจกรรมที่มีความเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย การยืดเส้นยืดสายเพื่อให้

เกิดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินในร่างกายและเป็นการกระตุ้นการใช้กล้ามเนื้อให้แข็งแรง รวมทั้งการทำงานประกอบอาชีพ (Occupational activities) การทำงานบ้าน งานสวน งานสนาม (Household activities) การทำกิจกรรมยามว่าง (Leisure time activities) การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Transportation activities) และการออกกำลังกายตามรูปแบบ (Formal activities) เป็นการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ซึ่งมุ่งเน้นเพื่อสุขภาพ สมรรถภาพหรือการพักผ่อนหย่อนใจ โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สามารถรับรู้ได้เป็นรูปธรรมกับตนเองการออกกำลังกาย ควรมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยการออกแรงหรือเคลื่อนไหววัยละส่วน ต่างๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่อง อย่างสม่ำเสมอวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นอย่างน้อย การออกกำลังกายแบบหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว หรือหอบขณะออกกำลังกายไม่สามารถคุยกับคนข้างเคียงได้จบ ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวนวันต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุโดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อของร่างกาย ให้ออกแรงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานพอ จึงจะมีผลต่อการเสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับความหนักของการออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที วิ่งเหยาะๆ อย่างน้อยวันละ 20 นาที ถีบจักรยาน อย่างน้อยวันละ 30 นาที กระโดดเชือกอย่างน้อยวันละ 10 นาที ว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 20 นาที เต้นแอโรบิก อย่างน้อยวันละ 15 นาที การออกกำลังกายแบบปานกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้รู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอสมควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หายใจกระชั้นขึ้นไม่ถึงกับหอบ หรือขณะออกกำลังกายยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค และรู้เรื่องซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวนวัน เช่น เดินเร็ว ทำงานบ้าน ล้างรถ ไร่ไม่พลองการออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน เดินเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ปรงอาหาร รับประทานอาหาร ฯลฯ ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 ประเภทของกิจกรรมทางกาย

3. อ. ที่ 3 หากิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายจากความเครียด เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541 ได้ให้นิยาม อ.อารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ การปรับตัว และป้องกันแก้ไข ความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดการตื่นตัวตลอดเวลา ในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจและเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักเกินกำลังและความสามารถที่จะแก้ไขได้ จึงทำให้รู้สึกหนักใจและเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้น ถ้าหากว่าความเครียดนั้นมีมากและคงอยู่ เป็นเวลานาน ก็จะมีผลต่อความผิดปกติทางด้านจิตใจเป็นผลให้ระบบของร่างกายและจิตใจเริ่มทำหน้าที่ผิดปกติ อาจเกิดอาการดังนี้ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด อาสาสมัครสาธารณสุข จึงต้องมีพฤติกรรมจัดการความเครียดการจัดการที่แสดงออกให้เห็นโดยไม่มีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารที่น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติและไม่มีพฤติกรรมการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ

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

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate stress) หมายถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง อาจแสดงออกมา ในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไปไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตราย แก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (High stress) เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลได้รับเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์อันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคภัยต่างๆ

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมา อย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแง ควบคุม ตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย

โดยคู่มือหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เส้นทางสู่ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส ในหัวข้อที่ 3 พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ความเครียด (การจัดการความเครียด) สามารถจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้างโดยวิธีการจัดการความเครียด ให้กับตนเองอย่างน้อย 1 วิธี ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมการพักผ่อน (เช่น กิจกรรมบันเทิง ดูหนัง ฟังเพลงการนั่งสมาธิ) การนวดไทยและการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

2ส. คือ

1. ส. ที่ 1 ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์และบุหรี่ซิการ์ บุหรี่ยาเส้น หรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วย โดยลักษณะของการสูบที่ขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบบุหรี่และความบ่อยครั้งของการสูบบุหรี่ ทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อสุขภาพ ควรหลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่ (กลุ่มไม่เคยสูบ) รวมทั้งลดและเลิกการสูบบุหรี่ (กลุ่มที่สูบเป็นประจำและเป็นครั้งคราว) และไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ ที่ก่อให้เกิดความรำคาญกับบุคคลรอบข้าง

2. ส. ที่ 2 ไม่ดื่มเหล้า กรมสุขภาพจิต, 2548 ได้ให้ความหมายของ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่มทุกชนิดที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) ผสมอยู่ไม่เกิน 60 ดีกรี เช่น วิสกี้ บรั่นดี เบียร์ สุรา เป็นต้น โดยลักษณะการดื่มเครื่องดื่มมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มต่อวันและความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำให้ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง หลีกเลี่ยงการทดลองดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ในกลุ่มไม่ดื่ม) รวมทั้งลดและเลิกการดื่มสุรา (ในกลุ่มดื่มประจำหรือกลุ่มดื่มเป็นครั้งคราว)

1พ. ฟัน คือ การดูแลรักษาฟันสูตร 2:2:2 แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้ง นานครั้งละ 2 นาที ไม่กินหรือไม่ดื่มหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง สอดคล้องกับ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุด คือ การแปรงฟันแบบ 2-2-2 ได้แก่ 2 : แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าและก่อนนอน เพื่อลดเชื้อจุลินทรีย์ หรือคราบ plaque ในช่องปาก 2 : แปรงฟันด้วย ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานอย่างน้อย 2 นาที ให้สะอาดทั่วทั้งปาก ทุกซี่ ทุกด้าน และ 2 : ไม่กินขนม หรืออาหารหวานหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อให้ช่องปากสะอาดนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และควรใช้ไหมขัดฟัน ทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน เนื่องจากซอกฟันเป็นบริเวณที่ขนแปรงสีฟันไม่สามารถเข้าไปทำความสะอาดได้อย่างทั่วถึง มักเกิดฟันผุ และเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าบริเวณอื่นๆ แนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ก่อนหรือหลังการแปรงฟัน พร้อมทั้งแนะนำให้ตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อรับคำแนะนำ การดูแล และการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ป้องกันไม่ให้อาการลุกลามไปกว่าที่ควร ช่วยให้ฟันและเหงือกอยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ

1น. นอนหลับ คือ นอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับ key message ประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนของโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้สุขภาพของประชาชน : สขร.ส.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดไว้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนว่า ประชากรวัยทำงานควรนอนหลับพักผ่อน 7-9 ชั่วโมง/คืน ซึ่งสอดคล้องกับที่นายแพทย์ นพดล ตรีประทีปศิลป์ และ พญ. ศิริลักษณ์ ผลศิริปฐม (หน่วยโรคจากการนอนหลับ แผนกโสตศอนาสิกการังษ) ได้กล่าวถึง 5 ประโยชน์ของการนอนหลับ ดังนี้

1. สมองและความจำสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Improve attention, concentration, learning and make memories) การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งผลดีต่อสมองในแง่ของขบวนการเรียนรู้ และจัดเก็บความจำให้เป็นระบบระเบียบ เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมไปถึงการนำความจำเก่า

กลับมาใช้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีสมาธิที่เพิ่มมากขึ้น สมองปลอดโปร่ง ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์มีการศึกษาถึงระยะเวลาการนอนที่น้อยกว่าปกติและคุณภาพการนอนที่ลดลง เป็นผลเสียต่อสมองและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม หรือ อัลไซเมอร์ที่มากขึ้น

2. ช่วยพัฒนาสภาวะทางอารมณ์และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (Mood and relationship improvement) ช่วงเวลาที่เรารู้สึกได้รับการพักผ่อน และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ คือ ช่วงเวลาของการนอนหลับ การนอนหลับที่ดีจะช่วยให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยลดภาวะทางความเครียด และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น ส่วนการนอนหลับที่ไม่ดี รวมทั้งภาวะความเครียด ความวิตกกังวลล้วนส่งผลต่อการนอนหลับ มีผลทำให้เราหงุดหงิดง่าย ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง ส่งผลกระทบในด้านลบทั้งต่อตัวเอง เพื่อนร่วมงาน หรือแม้กระทั่งความสัมพันธ์ต่อคู่ชีวิตและครอบครัว และหากเราปล่อยปะละเลยไว้นานๆ การนอนไม่หลับเรื้อรัง หรือ สภาวะอดนอนเรื้อรัง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลได้

3. หัวใจที่แข็งแรง (Healthier heart) การอดหลับอดนอน หรือ คุณภาพการนอนที่ไม่ดี (จากการถูกรบกวน) มีผลกระทบต่อการเพิ่มอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หัวใจโต หัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมไปถึงการอักเสบของหลอดเลือด ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยปกติในช่วงเวลานอนหลับหัวใจจะเข้าสู่สภาวะการซ่อมแซมและได้รับการพักผ่อน อัตราการเต้นของหัวใจและความดันจึงต่ำกว่าปกติ แต่กรณีที่เรานอนหลับไม่ดี ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเผชิญสภาวะอันตรายหรือภาวะฉุกเฉิน จะถูกกระตุ้นเป็นระยะ ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือ อัตราการเต้นของหัวใจไม่คงที่ตลอดทั้งคืน จนกระทั่งก่อให้เกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดตามมา

4. ช่วยควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาล (Maintain healthy weight and regulate blood sugar) การนอนที่ดีจะช่วยลดอาการหิวได้ดีขึ้น รวมไปถึงการมีสุขลักษณะเวลานอนที่ดี จะช่วยให้ไม่อยู่ตึกจนเกินไป ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการกินอาหารช่วงดึกได้ ทั้งนี้เมื่อมีการนอนหลับที่ไม่ดี ฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการควบคุมความหิว ความอิ่ม และการควบคุมระดับน้ำตาลจะถูกรบกวน ส่งผลให้การควบคุมน้ำหนักเป็นไปได้ยากลำบากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน หรือ ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานเพิ่มขึ้นตามมาได้

5. เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน (Germ fighting and immune enhancement) การนอนที่ดีช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ปรับสภาพร่างกายให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อที่จะพร้อมรับมือกับ สภาวะติดเชื้อใดๆ ที่จะเข้ามาในร่างกายได้อย่างทันท่วงที แต่ในกรณีที่อดนอนเป็นเวลานาน จะสังเกตได้ว่า เราป่วยง่ายขึ้น หรือ บ่อยขึ้น เนื่องมาจาก การอดนอนนั้นส่งผลต่อเซลล์อักเสบในร่างกาย รวมไปถึงการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอมที่เข้าลงและมีประสิทธิภาพที่ลดลง

สรุป แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. ได้ดังนี้ คือการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. โดยรับประทานอาหารให้ตรงเวลา มีความหลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการ หลีกเลี่ยงการกินอาหารหวานมัน เค็ม และงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งอาหารที่รับประทานจะต้องปรุงสุก สะอาดเสมอ รวมถึงรู้จัก

จัดการกับอารมณ์เมื่อมีความเครียด และควรเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน รวมทั้งมีนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนพิการ

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

เพศ

เพศเป็นปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากเพศชาย และเพศหญิง มีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย ความคิด ความเชื่อ และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ ธรรม จตุณาม (2548) ในกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นจังหวัดนครปฐม ญาติและผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้พิการทางการมองเห็นเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 60.3 และร้อยละ 39.7 ตามลำดับ เพราะเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่าง มีความกังวล ต่อความสุขในชีวิตสมรส จึงทำให้ต้องดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ

อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อายุที่ต่างกันย่อมมีประสบการณ์ ในการดำเนินชีวิตและการรับรู้ที่แตกต่างกัน อายุจึงมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะมีสูงที่สุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Pender et al., 2011) วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ไปสู่สภาพความเสื่อมของวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดน้อยลง การดูแลช่วยเหลือตนเองบางอย่างบกพร่อง บางคนเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ และจำเป็นต้อง ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จากการศึกษาของ เสาวภา วิจิตวาที (2534) ในผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา พบว่า ผู้ พิการ ที่สูญเสียแขนขาที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองได้ดีกว่าผู้สูญเสียแขนขาที่มีอายุมาก

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ เฉลิมา รัตนะ โสภา (2553) ในกลุ่มผู้พิการ พบว่า ผู้พิการที่มีคู่สมสร้อยละ 59.14 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีและ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมากแสดงถึงคู่สมรสและครอบครัวคอย ช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น การศึกษา ของบุษยา สังขชาติ, อรรพรรณ จันทวิเมือง และสุรีย์พร ชูแสง (2555) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.341$)

การศึกษา

จากการศึกษาของมัทนา อินทร์แพง (2543) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล การศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคล มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี (2559) ที่พบว่า การศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นของ จารุณี จันทรเปล่ง (2550) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.117$)

ระดับความพิการ

ระดับความพิการ เป็นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีตั้งแต่ระดับที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ไปจนถึงระดับไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น คนพิการที่มีระดับความพิการมาก ส่วนใหญ่ต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยงดู ถูกมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม (อภิรักษ์ พิสุทธ์ อารณ, สายพันธ์ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพันธ์ผล, 2550) จากการศึกษาของพรนภา จริยสันต์ (2553) ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการคนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาของ ปราณี ประไพวัชรพันธ์ (2551) พบว่า คนพิการมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านคือ ร่างกาย จิตใจ และสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความต้องการค้ำปึงจยสี่ เบี้ยยังชีพ เงิน การประกอบอาชีพและการดูแลสุขภาพอนามัย และจากการศึกษาของ Tokem, Akyol, and Argon (2007) พบว่าระดับความพิการที่มากกว่ามีผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเอง จะเห็นได้ว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันย่อมจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้หรือความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการปฏิบัติ และความตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจังต่อพฤติกรรมสุขภาพภาวะสุขภาพ คือ ความสามารถอย่างแท้จริงของมนุษย์ที่มีมาแต่กำเนิดและเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี (2559) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว นั่นคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม กล่าวคือ บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรง ให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไปอย่างต่อเนื่อง (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ จารุณี วารหัส และอริสา จิตวิบูลย์ (2553) ในผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = .705$) (อ้างอิง)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลรับรู้ หรือคาดคะเนต่ออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลกระทบต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มียุจริง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคสูง และขาดความพร้อมในการปฏิบัติก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ และมีความพร้อมสูงในการปฏิบัติก็จะมี โอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al, 2011) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนโสภา (2553) ในผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Pender et al., 2011) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมาย บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนโสภา (2553) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง และ โดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนง ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนโสภา (2553) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางค่านครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ

สรุป คนพิการ เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย และ/ หรือจิตใจ ซึ่งอาจจะเป็นชั่วคราวหรือถาวร ทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติเกิดการเสียเปรียบบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ในการกระทำบทบาทต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการมองเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหว 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5) ความพิการทางสติปัญญา และ 6) ความพิการทางการเรียนรู้ในจำนวนนี้ พบว่า จำนวนคนพิการ

ทางการเคลื่อนไหวมีมากที่สุด ความพิการดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน เช่น ด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการ และคุณภาพชีวิตของคนพิการต่อไป ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยตามแนวคิดแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al, 2011) ได้ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ
- 2) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

2.7.การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สงกรานต์ กัญญาสา และคณะ เรื่องการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย พบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทยที่ตอบแบบสำรวจที่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน 90 เซนติเมตร) โดยมีค่าเฉลี่ยรอบเอวอยู่ที่ 88.41 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ (เกิน 80 เซนติเมตร) โดยมีค่าเฉลี่ยรอบเอวของเพศหญิงอยู่ที่ 85.76 เซนติเมตร และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ และสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ ในส่วนของการวางแผนครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะโสดจึงไม่ได้มีการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้เมื่อพิจารณา ด้านการได้รับวัคซีนต่างๆ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน จำนวน 2 เข็ม ในส่วนของการได้รับวัคซีน HPV (วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับผู้หญิง) และรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับทั้งวัคซีน HPV และวัคซีนไขหวัดใหญ่ ทั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทยที่ตอบแบบสำรวจมีความต้องการข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. ในภาพรวม พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทยที่ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. อยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.1น. อยู่ในระดับดี ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ในประเทศไทยที่ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารปรุงสุก การมีความเครียดในระดับเหมาะสม การจัดการอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในส่วนของพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานอาหารอย่างน้อย 5 ทักพื้ต่อวัน

การรับประทานอาหารจำพวก ทอด/แกงกะทิ/ผัด การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพฟัน การไปรับบริการทันตกรรม และการนอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมง

ภริดา พงศ์พนัส (2560 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยองผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูงโดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารด้านการจัดการอารมณ์และด้านการดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูงส่วนด้านการออกกำลังกายและด้านการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่สูงมากนัก พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r_{pb} = .144, p < .05$) ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .260, p < .001$; $r = .263, p < .001$; $r = .478, p < .001$ และ $r = .390, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = -.151, p < .05$ และ $r = -.220, p < .01$ ตามลำดับ)

บุญสืบ โสโสม และคณะ(2555) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความพิการ : พระพุทธบาทสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุขภาพ พบว่าคนพิการมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแล จึงต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการ และพัฒนาระบบบริการเพื่อลดภาระผู้ดูแล เทียนทอง ตะแก้ว เรื่องการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านในอำเภอมือ จังหวัดพะเยา พบว่า ความพึงพอใจของคนพิการที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลก่อนการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.60 (S.D.=2.85, min=14, max=24) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75 หลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.95 (S.D.=2.80, min=32, max=42) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เมื่อทดสอบ ความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($Z = -3.93, P\text{-value} == <0.01$)

เทียนทอง ตะแก้ว เรื่องการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านในอำเภอมือ จังหวัดพะเยา พบว่า ความพึงพอใจของคนพิการที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลก่อนการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.60 (S.D.=2.85, min=14, max=24) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75 หลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.95 (S.D.=2.80, min=32, max=42) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เมื่อทดสอบ ความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($Z = -3.93, P\text{-value} == <0.01$)

อนัญญา เจียนรัมย์ (2557 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ด้านการศึกษา ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอาชีพและรายได้ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม อยู่ในระดับน้อยที่สุด ผลการเปรียบเทียบพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และสาเหตุของความพิการที่แตกต่างกันไม่ทำให้ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการแตกต่างกัน แต่ลักษณะความพิการที่แตกต่างกัน ทำให้ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรดำเนินการดังนี้ จัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอาชีพ และด้านรายได้ ควรจัดตั้งกองทุนเพื่อการศึกษาสำหรับคนพิการ และปรับปรุงที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมและจัดสิ่งจำเป็นในชีวิตให้คนพิการ

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2559 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษาผู้พิการ ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ประกอบด้วยศักยภาพและความพร้อมของแกนนำชุมชน ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน และนโยบายเพื่อสุขภาพของ ผู้พิการ 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินสถานการณ์และวางแผนการดำเนินงาน (2) การดำเนินงานโดยการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน ผู้พิการ และครอบครัว การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพของผู้พิการ (3) การสรุปผลและขยายเครือข่ายการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการและความเข้มแข็งของชุมชน ผลการศึกษาที่ได้นี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญที่ทำให้รูปแบบดังกล่าวเป็นไปได้จริงและยั่งยืน คือ ความร่วมมือระหว่างผู้พิการและครอบครัว ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข

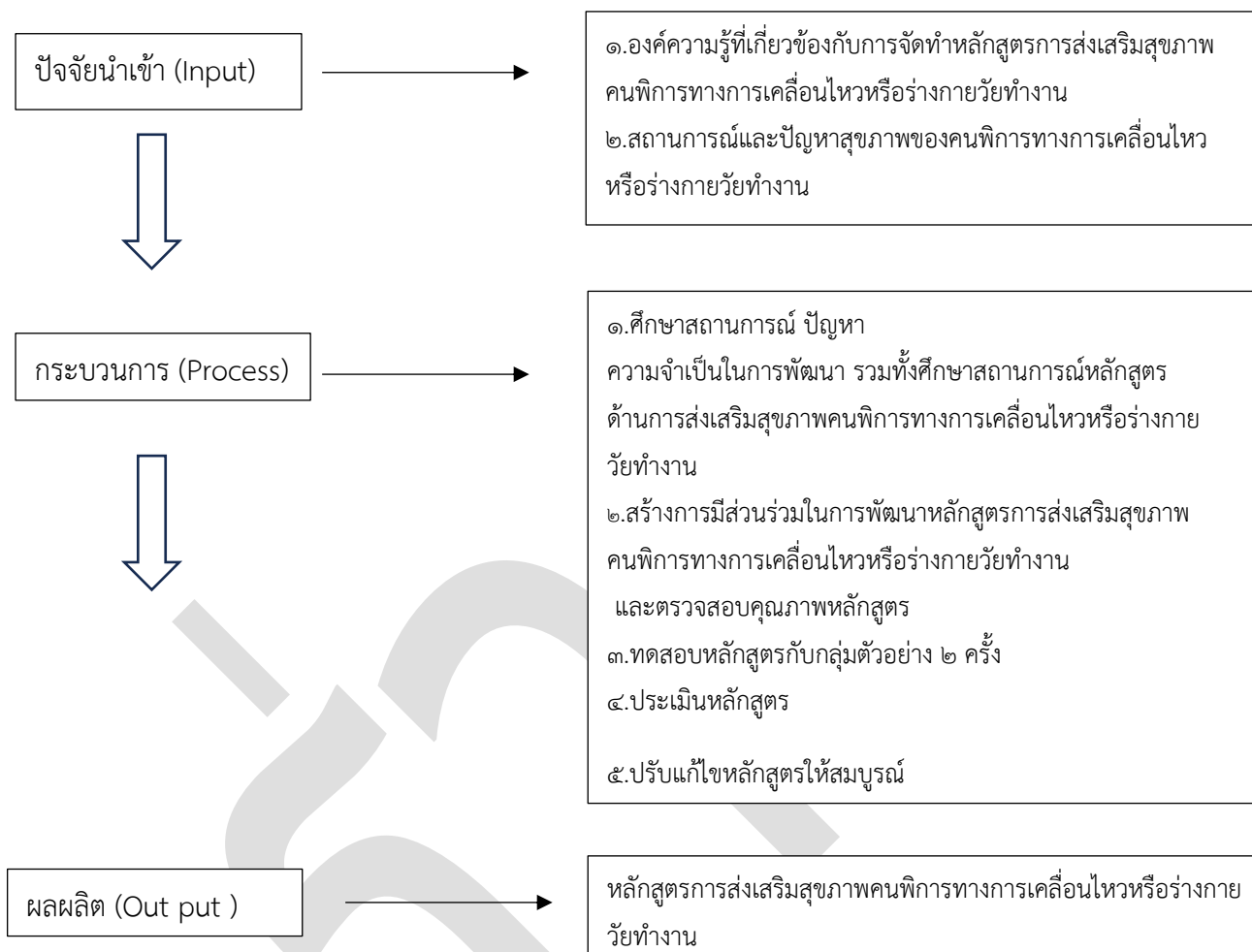
ภาคภูมิ คำเขียว และ ศิริรักษ์ สิงหเสม (2563 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สามัคคี อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า สภาพคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในภาพรวมคนพิการทางการเคลื่อนไหวรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในระดับพอใช้ สามารถปรับตัวกับความเจ็บปวดและความผิดปกติทางร่างกาย รวมทั้งพลกำลังที่ลดลงของตนเอง พยายามช่วยเหลือตัวเอง พึ่งพาคนรอบข้างให้น้อยที่สุด ขณะเดียวกันก็ยังต้องพึ่งพาการรักษาสุขภาพจากแพทย์ เช่น การทำกายภาพบำบัด การพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคประจำตัวและรับยา ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณภาพการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตบ้าง แต่สามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิต การ

ทำงาน และการเข้าสังคมได้ตามสภาพร่างกายที่ความพิการของตนเอง แต่ยังมีความวิตกกังวลถึงความพิการทางร่างกายที่อาจจะรุนแรงขึ้นต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สุขภาพระดับความเจ็บป่วยจากความพิการ มีผลต่อระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของคนพิการแต่ละบุคคล จะส่งผลต่อเนื่องต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่นกัน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ตำบลบ้านใหม่สามัคคี อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สามัคคี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สามัคคี อาสาสมัคร และผู้นำชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวแตกต่างกันไปตามภารกิจ ทุกภาคส่วนได้มีการประสานร่วมมือ วางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องเชื่อมโยงกัน ให้การช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูล แลกเปลี่ยนทรัพยากรในพื้นที่ เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนให้มีประสิทธิภาพร่วมกัน

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มุ่งเน้นนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรงอย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มุ่งเน้นนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาหลักสูตรตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรฯ และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมข้อมูลกระบวนการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากเอกสาร ตำรา เว็บไซต์ และการสร้างการมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) ที่มุ่งเน้นนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรงอย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มุ่งเน้นนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลที่ชัดเจนในการพัฒนาหลักสูตรตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านการทดลองและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมข้อมูลกระบวนการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทาง การเคลื่อนไหวหรือร่างกายทำงาน ที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากเอกสาร ตำรา เว็บไซต์ และการสร้างการมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3.1 วิธีการศึกษา

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) - เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

3.4 เครื่องมือในการศึกษา

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

3.1 วิธีการศึกษา

ในการดำเนินการศึกษา เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายทำงาน” โดยภาพรวมของการกำหนดระเบียบวิธีวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดระเบียบวิธีการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) ข้อมูลของการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) มีกรอบและขอบเขตของระเบียบวิธีวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษา โดยสรุปดังต่อไปนี้

3.1.1 การศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Document Study) ในการศึกษาเอกสารมีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย

- 1 ความหมายของความพิการ
- 2 ประเภทของคนพิการ
- 3 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย
- 4 การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- 5 สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ
- 6 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
- 7 ความหมายของสุขภาพ
- 8 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ
- 9 วิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพ
- 10 ความหมายและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร
- 11 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1พ.1น.
- 12 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวีทำงานในประเทศไทย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน (ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ) จำนวน 1,155,339 คน จากรายงานข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลาง คนพิการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบหลักสูตร ฯ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวีทำงาน อายุระหว่าง 15 – 59 ปี โดยทดสอบครั้งที่ 1 จังหวัดชลบุรี จำนวน 35 คน ทดสอบครั้งที่ 2 จังหวัดนนทบุรี จำนวน 35 คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการประเมินผู้เรียนตามหลักสูตรทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย 1).การประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) 2).การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) 3).การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) 4).แบบทดสอบ (Pre-Test/Post-Test) 5).แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวีทำงาน

3.3 เกณฑ์การคัดเข้า – เกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็น ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการและมีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ

- 1.เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวีทำงาน อายุระหว่าง 15 – 59 ปี
- 2.สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจได้ ไม่มีมีภาวะทางจิต หรือจิตฟั่นเฟือน
- 3.เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการได้ และ

1. ไม่สะดวก ไม่ประสงค์ ในการร่วมทดสอบหลักสูตร
2. ไม่สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจได้ อาจเพราะภาวะความเจ็บป่วย
3. มีภาวะทางจิต จิตฟั่นเฟือน ไม่สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจได้
4. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

3.4 เครื่องมือในการศึกษา

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

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วก็นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมี การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Categories) และทำดัชนีข้อมูล (Indexing) อธิบายและ วิเคราะห์แบบของความหมาย (Meaning of Pattern) ปรากฏการณ์ที่ค้นพบ วิเคราะห์ลักษณะ โครงสร้าง (Structure Feature) แปลความหมายของปรากฏการณ์ (Interpret) เพื่อนำไปสู่การเรียบเรียงระบบข้อมูลใหม่อีกครั้ง (Organize the Data) และสรุปข้อค้นพบ (Conclusions) เชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็นในการพัฒนา รวมทั้งศึกษาสถานการณ์หลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

โดยดำเนินการศึกษา ค้นคว้า ข้อมูลจาก เอกสาร ตำรา บทความ เว็บไซต์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) ศึกษาข้อมูลรายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ผ่านเว็บไซต์ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2) ศึกษาข้อมูลผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในพื้นที่ 5 จังหวัด ในประเทศไทย จากงานวิจัยการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในประเทศไทย (Health data survey for people with disabilities in Thailand) ซึ่งการศึกษาข้อมูลนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ คือประเภททางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากเป็นประเภทความพิการที่มีจำนวนมากที่สุด และวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่อยู่ในช่วงของการประกอบอาชีพ และ

มีความพร้อมในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาเข้าสู่สูงวัยอย่างมีคุณภาพต่อไป และได้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานเพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติตามหลัก 3อ 2ส 1พ 1น ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร

สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานและตรวจสอบคุณภาพหลักสูตรการสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตร จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มเป้าหมายได้แก่ 1).กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์โดยตรง ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน และผู้ดูแลคนพิการ โดยมีคนพิการจำนวน 5 คน ผู้ดูแลคนพิการ 3 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการที่อยู่ในสังกัดความรับผิดชอบของศูนย์ดำรงชีวิต อีสระคนพิการ จังหวัดนนทบุรี และสมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี 2).หน่วยงาน / องค์กร ที่รับผิดชอบงานคนพิการโดยตรง ประกอบด้วย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ศูนย์ดำรงชีวิตอีสระคนพิการ นนทบุรี สมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย มูลนิธินวัตกรรม มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อพัฒนาคนพิการ หน่วยงานละ 2-3 คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการหรือเป็นบุคคลที่มีความสนใจในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการ 3). คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต เพื่อร่วมจัดทำหลักสูตรให้สอดคล้องกับความเป็นจริงและความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ประกอบด้วยหน่วยงานละ 2 คน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1พ 1น

เครื่องมือที่ใช้ในการ Focus Group Discussion คือแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดในประเด็นของแนวทางการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการอภิปราย โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เปนผู้ถามคำถามตามประเด็นให้กลุ่มตอบ ซึ่งทำให้คนในกลุ่มจะได้ยินคำตอบของคนอื่นและจะให้คำตอบเพิ่มเติม

ข้อมูลที่ได้จากการ Focus Group Discussion วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการรวบรวมข้อมูลหัตถ์จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วก็นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมี การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Categories) และทำดัชนีข้อมูล (Indexing) อธิบายและ วิเคราะห์แบบของความหมาย (Meaning of Pattern) ปรากฏการณ์ที่ค้นพบ วิเคราะห์ลักษณะ โครงสร้าง (Structure Feature) แปลความหมายของปรากฏการณ์ (Interpret) เพื่อนำไปสู่การเรียบเรียงระบบข้อมูลใหม่อีกครั้ง (Organize the Data) และสรุปข้อค้นพบ (Conclusions) เชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ

ซึ่งหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 7 Module ได้แก่ Module ที่ 1 การประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง MODULE ที่ 2 กินดี อยู่ดี สุขภาพดี MODULE ที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย MODULE ที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด MODULE ที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ MODULE ที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพฟัน และ MODULE ที่ 7 การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอนรวมระยะเวลาในการเรียนการสอนทั้งสิ้น 13 ชั่วโมง มีรายละเอียด ดังนี้

Module ที่ 1 การประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง จำนวน 1.30 ชั่วโมง (90 นาที)

รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

1. การประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคอ้วน ฯลฯ
2. การประเมินตนเอง โดยการวัดรอบเอว เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคอ้วน ฯลฯ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

1. สามารถประเมินตนเองได้ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย
2. สามารถประเมินตนเองได้ โดยการวัดรอบเอว

จุดประสงค์การเรียนรู้

ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

1. ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการประเมินตนเอง และสอนการปฏิบัติวิธีการประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการประเมินโดยการวัดรอบเอวได้อย่างถูกต้อง

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

1. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้
2. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการประเมิน โดยการวัดรอบเอว ได้อย่างถูกต้อง

ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนให้ความสนใจในการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติได้ด้วยความตั้งใจ

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	ถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่องการประเมินตนเอง โดยผ่านผู้สอน,คลิปวิดีโอ, ภาพพลิกหุ่นดี สุขภาพดี ด้วย 4 พฤติกรรม ,PowerPoint presentation การนำเสนอ	- คลิปวิดีโอ - ภาพพลิกหุ่นดี สุขภาพดี ด้วย 4 พฤติกรรม - PowerPoint การนำเสนอ	20
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	ผู้เรียนแบ่งเป็นกลุ่ม 4 – 6 คน หรือจับกันเป็นคู่ 2 คน แต่ละคนมีหน้าที่ต่างกัน และดำเนินกิจกรรมพร้อมกัน 1. ผู้เรียนทำกิจกรรมชั่งน้ำหนัก โดยแบ่งเป็นคู่ โดย 1 คน เป็นผู้เตรียมเครื่องชั่งน้ำหนัก และอีก 1 คนเป็นผู้ยืนชั่งน้ำหนัก 2. ผู้เรียนทำกิจกรรมการวัดส่วนสูง โดยแบ่งเป็นคู่ โดย 1 คน เป็นผู้ชั่งน้ำหนัก และอีก 1 คนเป็นผู้ถูกชั่งน้ำหนัก 3. ผู้เรียนทำกิจกรรมการการวัดรอบเอว โดยแบ่งเป็นคู่ โดย 1 คน เป็นผู้วัดรอบเอว และอีก 1 คนเป็นผู้ถูกวัดรอบเอว	- คลิปวิดีโอ - ภาพพลิกหุ่นดี สุขภาพดี ด้วย 4 พฤติกรรม - PowerPoint การนำเสนอ	30
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Explanation (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	1. ผู้เรียนบันทึกผล และสรุปผลร่วมกันภายในกลุ่มเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว แล้วบันทึกลงในแบบบันทึก 2. ผู้เรียนร่วมกันสรุป และอภิปรายผลภายในกลุ่มเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว แล้วบันทึกลงในแบบบันทึก 3. แต่ละกลุ่มเลือกตัวแทน 1 คน ออกมานำเสนอผล และอภิปรายผลเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว	- แบบบันทึก ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	20

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	4. ผู้เรียนและครูร่วมกันสรุปเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง และวัดรอบเอว โดยครูใช้แนวทางคำถามแก่ผู้เรียนดังนี้ - วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว แบบที่เรียน สามารถใช้ในชีวิตจริงได้หรือไม่ เพราะอะไร - ถ้าคิดว่าวิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอวเป็นวิธีที่เหมาะสม เพราะอะไร - ถ้าคิดว่าวิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอวเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม เพราะอะไร - จากกิจกรรมคิดว่ามีวิธีใดที่เหมาะสม ในการประเมินตนเอง นอกเหนือจากกิจกรรมที่ได้เรียนรู้		
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	เชื่อมโยงกับโรค/โทษภัยของความอ้วน เป็นต้น	- คลิปวิดีโอ	10
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Evaluation (ขั้นประเมิน)	1. ครูตรวจแบบบันทึก 1.1, 1.2 2. สรุปผลกิจกรรมประเมินตนเอง		10
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			90...นาที

การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการประเมินตนเอง และสอนการปฏิบัติวิธีการประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้อง	- ตรวจชิ้นงาน	- แบบบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	- มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป - ทำคะแนน 80 % ขึ้นไป
ด้านทักษะกระบวนการ (P) สามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึกทักษะวิธีการประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้อง และร่วมกันอภิปรายและสรุปผล (เจตคติ+ค่านิยม)	- การสังเกต	- การสังเกต - แบบสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรมฝึกทักษะ	- มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนรู้ และสนใจในการทำกิจกรรมในวิธีการประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย	- การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม	- มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป

MODULE ที่ 2 กินดี อยู่ดี สุขภาพดี จำนวน 2 ชั่วโมง (120 นาที)

รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

1. ธงโภชนาการ
2. โภชนบัญญัติ 9 ประการ
3. อาหารลดหวาน มัน เค็ม

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

1. ผู้เรียนสามารถอธิบายหลักการเรียนรู้ และมีความเข้าใจเรื่องธงโภชนาการของอาหารในแต่ละกลุ่มอาหาร และสามารถนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือด เป็นต้น
2. ผู้เรียนสามารถอธิบายหลักการเรียนรู้และมีความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการของแต่ละข้อ และสามารถนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือด เป็นต้น
3. ผู้เรียนสามารถอธิบายหลักการเรียนรู้และมีความเข้าใจเรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็มในแต่ละเรื่อง และสามารถนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือด เป็นต้น

จุดประสงค์การเรียนรู้

ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

1. ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องธงโภชนาการ
2. ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ
3. ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็ม

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

1. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการเรียนรู้เรื่องธงโภชนาการ
2. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการเรียนรู้เรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ
3. ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดและฝึกการปฏิบัติวิธีการเรียนรู้เรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็ม

ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนให้ความสนใจในการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติได้ด้วยความตั้งใจ

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	รู้หรือไม่ ! ต้องกินอย่างไร มีชัยต่อสุขภาพดี ๑. ผู้สอนนำเข้าสู่การเรียนรู้ และสร้างความสนใจ โดยวางตัวอย่าง Model ชงโภชนาการให้ผู้เรียนได้ดูก่อนที่จะเริ่มการเรียนการสอน ๒. โภชนบัญญัติ ๙ ประการ ๓. ผู้สอนนำเข้าสู่การเรียนรู้ และสร้างความสนใจ โดยวางตัวอย่าง Model อาหารลดหวาน มัน เค็ม ให้ผู้เรียนได้ดูก่อนที่จะเริ่มการเรียนการสอน โดยผ่านวิทยากร ,คลิปวีดีโอ, PowerPoint การนำเสนอ	- แบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม ด้านโภชนาการ ๔ ข้อ - คลิปวีดีโอ - PowerPoint การนำเสนอ - Model ชงโภชนาการ - Model อาหารหวาน มัน เค็ม - ชุดนิทรรศการกินอย่างไรห่างไกลโรค	๓๐
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	ผู้เรียนแบ่งเป็นกลุ่ม ๓ คน และดำเนินกิจกรรมพร้อมกัน ผู้เรียนในกลุ่มสำรวจและสังเกต จาก Model ชงโภชนาการ ,โภชนบัญญัติ ๙ ประการ และ Model อาหารลดหวาน มัน เค็ม ที่ตั้งโชว์ไว้ และรวบรวมข้อมูลที่สำรวจและข้อสังเกตได้ว่ามีจุดน่าสนใจ จุดสงสัยอย่างไรบ้าง ในแต่ละเรื่อง หรือจะแบ่งสำรวจและสังเกตกันคนละ ๑ เรื่อง	- คลิปวีดีโอ - PowerPoint การนำเสนอ - Model ชงโภชนาการ - Model อาหารหวาน มัน เค็ม - ชุดนิทรรศการกินอย่างไรห่างไกลโรค - ใบสรุปการสำรวจรายบุคคล	๓๐
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Explanation	๑. ผู้เรียนร่วมกันสรุป และอภิปรายผลความเข้าใจทั้ง ๓ เรื่อง	- ใบสรุปกิจกรรมภาพรวมรายกลุ่ม	๒๐

(ขั้นอธิบายและ ลงข้อสรุป)	๒. ทุกคนในกลุ่มออกมานำเสนอผล และ อภิปรายผล คนละ ๑ เรื่อง ๓. ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสรุป สิ่งที่ได้ เรียนรู้ และปัญหาอุปสรรคของกิจกรรม		
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	- คลิปวิดีโอหลักการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี - คลิปวิดีโอความสำคัญของอาหารต่อสุขภาพ หลังดูคลิปผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสนทนา สรุปคลิปที่ได้ดูว่าสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน และเกิดประโยชน์อย่างไรใน สถานการณ์ปัจจุบัน	- คลิปวิดีโอ	๒๐
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Evaluation (ขั้นประเมิน)	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 ๑. ธงโภชนาการ ๒. โภชนบัญญัติ ๙ ประการ ๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม	การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรมฝึกทักษะ สำหรับผู้สอน	- มีผลประเมิน คุณภาพระดับดีขึ้นไป
ด้านทักษะกระบวนการ (P) สามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึก ทักษะทั้ง ๓ เรื่อง คือ ๑. ธงโภชนาการ ๒. โภชนบัญญัติ ๙ ประการ ๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม	การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การเรียนรู้สำหรับผู้สอน	- มีผลประเมิน คุณภาพระดับดีขึ้นไป

ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนรู้ และสนใจในการทำกิจกรรมทั้ง ๓ เรื่อง คือ ๑. จงโภชนาการ ๒. โภชนบัญญัติ ๙ ประการ ๓. อาหารลดหวาน มัน เค็ม	การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การเรียนรู้สำหรับผู้สอน	- มีผลประเมิน คุณภาพระดับดีขึ้น
---	-----------	--	------------------------------------

MODULE ที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย จำนวน 3 ชั่วโมง (180 นาที)

รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

1. เข้าใจหลักการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการ ในการสร้างความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ รวมทั้งสามารถอธิบายได้อย่างเข้าใจในแต่ละวิธี

2. ตัวชี้วัด อธิบายลักษณะของการออกกำลังกายในรูปแบบ เพื่อสร้างความแข็งแรง เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ เบื้องต้น และสามารถปฏิบัติสาธิตท่าทางการออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการของผู้รับการอบรมได้

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถอธิบายและอธิบายความหมาย

- อธิบายหลักการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการในแต่ละรูปแบบการสร้างความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ ในผู้พิการแต่ละประเภทได้
- บอกความแตกต่างและหลักการออกกำลังกายสำหรับผู้พิการได้
- ยกตัวอย่าง ท่าทาง และสาธิตวิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้พิการในรูปแบบต่างๆได้

จุดประสงค์การเรียนรู้

ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

ผู้เข้าเรียนสามารถอธิบายความหมายและบอกลักษณะการออกกำลังกายสำหรับผู้พิการในรูปแบบต่างๆของการออกกำลังกาย รวมถึงสามารถยกตัวอย่างและสาธิตท่าทาง การออกกำลังกายในแต่ละประเภทได้

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบได้รวมถึงการฝึกทักษะ เพื่อร่วมกันสาธิตและอธิบายกลุ่มเกี่ยวกับการท่าทางในการฝึกบริหารและการออกกำลังกายแต่ละประเภทสำหรับผู้พิการได้

ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนมีความตั้งใจ ใส่ใจ และมีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมการอบรม การออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสำหรับผู้พิการได้

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	-อาจารย์นำเข้าสู่หัวข้อการเรียนรู้ โดยให้ผู้เข้าเรียนชมวิดีโอการนำเสนอรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้พิการในแต่ละรูปแบบ -เล่นเกมส้อมตอบท่าทางการออกกำลังกาย และการประยุกต์ท่าทางในการบริหารแต่ละประเภท	-วิดีโอรูปแบบการบริหารสำหรับรูปแบบการออกกำลังกายแบบต่างๆ	๒๐ นาที
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	- อาจารย์สอนบรรยายร่วมสาธิตการออกกำลังกายแต่ละประเภท เพื่อสร้างความเข้าใจ และหลักการในการออกกำลังกายแต่ละประเภท - ผู้เรียนแบ่งกลุ่ม เป็น ๓ กลุ่มตามรูปแบบการออกกำลังกาย โดยแต่ละกลุ่มกำหนดหน้าที่ของสมาชิกในกลุ่ม โดยดำเนินการคิดค้น ฝึกซ้อมรูปแบบท่าทางในการออกกำลังกายแต่ละประเภท โดยให้เวลากลุ่มละ ๔๕ นาที	- Powerpoint - ใบงานกิจกรรมการฝึกทักษะ - กระดาษโน้ตปากกา	๘๐ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Explanation (ขั้นอธิบายและ ลงข้อสรุป)	๑. ผู้เรียนร่วมกันอภิปราย และสรุปทำทาง การบริหารร่างกายและเตรียมสาคิตทำทาง การออกกำลังกายและบันทึกในใบกิจกรรม การฝึกทักษะ ๒. แต่ละกลุ่มรวมทั้งอาจารย์ สรุปเกี่ยวกับ หลักการออกกำลังกายและการส่งเสริม สุขภาพสำหรับผู้พิการ	ใบกิจกรรมการฝึก ทักษะ สไลด์นำเสนอ	๓๐ นาที
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	- ผู้เรียนและอาจารย์ร่วมกันสนทนาถึงการ ออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบ - อาจารย์ยกตัวอย่างทำทางในการ ออกกำลังกาย	- วีดีโอ - ใบงานฝึกทักษะ	๒๐ นาที
ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Evaluation (ขั้นประเมิน)	๑. ผู้เรียนทำแบบทดสอบ ก่อนเรียน และ หลังเรียน ๒. ผู้เรียนตอบแบบประเมินความพึงพอใจ และให้ข้อเสนอแนะในการเรียน	แบบทดสอบก่อน และหลัง	๓๐ นาที
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๑๘๐ นาที

การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ผู้เข้าเรียนสามารถอธิบาย ความหมายและบอกลักษณะ การออกกำลังกายสำหรับผู้ พิการในรูปแบบต่างๆของการ ออกกำลังกาย รวมถึงสามารถ ยกตัวอย่างและสาคิตทำทาง การออกกำลังกายในแต่ละ ประเภทได้	- ตรวจชิ้นงานใบ ฝึกกิจกรรมทักษะ - ผลการทดสอบ ก่อนหลัง - การสาคิตทำทาง	- ใบกิจกรรมการ ฝึกทักษะ - แบบทดสอบ ก่อนหลัง	มีผลประเมินระดับดี ขึ้นไป ทำคะแนน ๘๐% ขึ้น ไป

ด้านทักษะกระบวนการ (P) ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบได้รวมถึงการฝึกทักษะเพื่อร่วมกันสาธิตและอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับท่าทางในการฝึกบริหารและการออกกำลังกายแต่ละเกณฑ์สำหรับผู้พิการได้	- การสังเกต	แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม	มีผลประเมินระดับคุณภาพดีขึ้น
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความตั้งใจ ใส่ใจ และมีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมการอบรม การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสำหรับผู้พิการได้	- การสังเกต	- แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม	มีผลประเมินระดับคุณภาพดีขึ้น

MODULE ที่ ๔ การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด จำนวน 2 ชั่วโมง (120 นาที)

รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

- 1.ความหมาย องค์ประกอบ กระบวนการเกิดอารมณ์
- 2.ความหมายความเครียด
- 3.สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด
- 4.ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอารมณ์ด้านลบและความเครียด
- 5.แนวทางในการควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียด

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

- 1.ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
- 2.ผู้เรียนมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้องเหมาะสม

จุดประสงค์การเรียนรู้

ด้านความรู้ ความเข้าใจ (K)

- 1.เพื่อผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
- 2.เพื่อผู้เรียนสามารถอธิบายขั้นตอนวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้อง

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

- 1.ผู้เรียนมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้องเหมาะสม

ด้านคุณลักษณะ (A)

- 1.ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการสำรวจและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
- 2.ผู้เรียนสามารถสร้างลักษณะนิสัยการคิดเชิงบวก

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	- ทดสอบความรู้ก่อนอบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด - นำเข้าสู่กิจกรรมโดยสร้างสถานการณ์จำลองให้สมาชิกทุกคนนึกถึงเรื่องราวที่เคยถูกดูถูก ต่ำหนิ จากบุคคลอื่น และให้จับคู่แลกเปลี่ยนประสบการณ์	- แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม เรื่องส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ๑๐ ข้อ ๑๐ คะแนน	๑๐
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	- ให้จับคู่เพื่อค้นหาสาเหตุและผลกระทบที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบและความเครียด มีวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ตามใบกิจกรรมที่ ๑	- ใบกิจกรรมที่ ๑	๑๐
Explanation (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	๑. สสำรวจผลการสรุป ลักษณะอารมณ์เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบสาเหตุและผลกระทบที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบและความเครียด มีวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดตามใบกิจกรรมที่ ๑		๕
	๒. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมายสาเหตุ กระบวนการลักษณะของอารมณ์ ผลกระทบของอารมณ์และความเครียด		๓๐
	๓. ฝึกทักษะการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST๕	- แบบประเมิน ST๕	๕
	๔. เรียนรู้และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียดด้วยเทคนิคต่างๆ	VDO คลิปดังนี้ - เทคนิคการหายใจคลายเครียด จาก https://www.youtube.com/watch - ฝึกหายใจคลายเครียด จาก https://www.youtube.com/watch - การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จาก https://www.youtube.com/watch	๒๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
		- การคลายเครียดด้วยการจินตนาการ จาก https://www.youtube.com/watch - การนวดคลายเครียด จาก https://www.youtube.com/watch - การฝึกสมาธิ จาก https://www.youtube.com/watch	
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	๑. แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่ม A และกลุ่ม B ๒. ให้สมาชิกฝึกทักษะในการจัดการกับความโกรธจากกรณีศึกษาเรื่องอารมณ์โกรธของทิว ๓. ให้ทั้ง ๒ กลุ่ม วิเคราะห์ กรณีศึกษาเรื่องอารมณ์โกรธของทิว ตามใบกิจกรรม ๒ ๔. ให้ตัวแทนกลุ่มรายงานผลการวิเคราะห์ กรณีศึกษา เรื่อง อารมณ์โกรธของทิว ๕. ผู้นำกลุ่มสรุปทักษะการจัดการกับอารมณ์ตามใบความรู้	- ใบกิจกรรมที่ ๒	๒๐
	๖. ผู้สอนสุ่มถามผู้เรียนให้สรุปว่าได้เรียนรู้และได้ประโยชน์อะไรบ้างจากการเรียน การสอนครั้งนี้		๑๐
Evaluation (ขั้นประเมิน)	- สังเกตการณ์มีส่วนร่วม - การแสดงความคิดเห็น - ผลการฝึกปฏิบัติ - ทดสอบความรู้หลังอบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด - แบบประเมินพฤติกรรมของผู้เข้าเรียน	แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม เรื่องส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ๑๐ ข้อ ๑๐ คะแนน	๑๐
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๑๒๐

การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ ความเข้าใจ (K)	- การแสดงความคิดเห็น - ผลการฝึกปฏิบัติ	๑. แบบประเมินความรู้ก่อน-หลังเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด จำนวน ๑๐ ข้อ	ผลของคะแนนแบบทดสอบหลังอบรมอยู่ในระดับดีขึ้นไป
		๑. ใบกิจกรรมที่ ๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด ๒. ใบกิจกรรมที่ ๒ เรื่องทักษะการจัดการกับอารมณ์ ๓. VDO คลิปต่างๆ เรื่องการผ่อนคลายเครียด	๑. ผลของความถูกต้องเหมาะสมจากใบกิจกรรมต่างๆ อยู่ระดับดีขึ้นไป ๒. ความถูกต้องจากการฝึกทักษะจาก VDO คลิปต่างๆ
ด้านทักษะกระบวนการ (P)	- ผลการฝึกปฏิบัติ	๑. ใบกิจกรรมที่ ๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด ๒. ใบกิจกรรมที่ ๒ เรื่องทักษะการจัดการกับอารมณ์ ๓. กรณีศึกษาต่างๆ ของกิจกรรม เรื่อง ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ๔. VDO คลิปต่างๆ เรื่องการผ่อนคลายเครียด ๕. แบบประเมินพฤติกรรมของผู้เข้าเรียน	๑. ผลของแบบประเมินพฤติกรรมของผู้เข้าเรียน ๒. ความถูกต้องจากการฝึกทักษะจาก VDO คลิปต่างๆ
ด้านคุณลักษณะ (A)	- สังเกตการณ์มีส่วนร่วม - การแสดงความคิดเห็น	๑. ใบกิจกรรมที่ ๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด ๒. ใบกิจกรรมที่ ๒ เรื่องทักษะการจัดการกับอารมณ์ ๓. กรณีศึกษาต่างๆ ของกิจกรรม เรื่อง ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ๔. VDO ผ่อนคลายความเครียดต่าง ๆ	

MODULE ที่ ๕ การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จำนวน ๑ ชม. (๖๐ นาที)

รายละเอียดหัวข้อการเรียนรู้

ผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงกลไกการติดบุหรี่ การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ (ภาวะติดนิโคติน) และการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

- ๑.อธิบายถึงโทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้
- ๒.ประเมินระดับการติดนิโคตินและประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเองได้
- ๓.บอกช่องทางการเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

จุดประสงค์การเรียนรู้

ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

สามารถอธิบายถึงผลกระทบ โทษพิษภัยจากการบริโภคยาสูบยกตัวอย่างสารพิษ องค์ประกอบในการเสพติดบุหรี่ และโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสามารถบอกถึงผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลกระทบ โทษ พิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพ ที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

สามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อร่วมกันอภิปรายและสรุปผลเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบ โทษ พิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนและการทำกิจกรรมฝึกทักษะ

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียนโดยการให้ผู้เรียนทำแบบประเมินการติดนิโคตินและแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าสู่การบรรยายเรื่องผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงกลไกการติดบุหรี่ การติดสุรา การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ (ภาวะติดนิโคติน) การประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่และการลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบประเมินการติดนิโคติน - แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ติดเหล้ายัง.com	๑๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็นกลุ่มๆ ละ ๕ คน ร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้ - ให้ผู้เรียนเขียนผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลกระทบ โทษ พิษภัย จากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ผู้สอนสังเกตและบันทึกผลกิจกรรม	- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัย จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๒๐
Explanation (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	- ผู้เรียนร่วมกันอภิปราย และสรุปภายในกลุ่มจากการทำกิจกรรมกลุ่ม - ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัย จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๑๕
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ โดยให้ผู้เรียนดู VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ - ผู้สอนยกตัวอย่างสารพิษในบุหรี่ที่เกิดทำให้เกิดโรคต่างๆ - ผู้สอนให้ผู้เรียนยกตัวอย่างโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่	๑๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Evaluation (ขั้นประเมิน)	ผู้เรียนทำแบบทดสอบ เรื่อง ผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบทดสอบ	๕
	รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน		๖๐ นาที

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียนโดยการให้ผู้เรียนทำ แบบประเมินการติดนิโคตินและแบบ ประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ก่อนเข้าสู่การบรรยายเรื่อง ผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภค ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อ ที่ผิดเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ รวมถึงกลไกการติดบุหรี่ การ ติดสุรา การประเมินพฤติกรรมการบริโภค ยาสูบ (ภาวะติดนิโคติน) การประเมิน พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ การเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่และการลดละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบประเมินการติด นิโคติน - แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ - ติดเหล้ายัง.com	๑๐
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหา ข้อมูล)	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็นกลุ่มๆ ละ ๕ คน ร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้ - ให้ผู้เรียนเขียนผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการ ได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และ ผลกระทบ โทษ พิษภัย จากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลดีต่อสุขภาพที่ เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ - ผู้สอนสังเกตและบันทึกผลกิจกรรม	- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการ ได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรง และทางอ้อม และผลดีต่อ สุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจาก หยุดบุหรี่ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัย จากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และข้อดีของ การเลิกดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	๒๐
Explanation (ขั้นอธิบายและ)	- ผู้เรียนร่วมกันอภิปราย และสรุปภายใน กลุ่มจากการทำกิจกรรมกลุ่ม	- ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการ	๑๕

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
ลงข้อสรุป)	- ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อดีของการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ โดยให้ผู้เรียนดู VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ - ผู้สอนยกตัวอย่างสารพิษในบุหรี่ที่เกิดให้เกิดโรคต่างๆ - ผู้สอนให้ผู้เรียนยกตัวอย่างโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- VDO clip : ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่	๑๐
Evaluation (ขั้นประเมิน)	ผู้เรียนทำแบบทดสอบ เรื่อง ผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- แบบทดสอบ	๕
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๖๐

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ๑. สามารถอธิบายถึงผลกระทบ โทษพิษจากการบริโภคยาสูบ ยกตัวอย่างสารพิษ และโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ รวมถึงสามารถบอกถึงผลเสียต่อสุขภาพ ที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ ๒. สามารถอธิบายถึงผลกระทบ โทษ พิษ ภัย จากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และและ ข้อดีของการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ตรวจชิ้นงาน	- แบบทดสอบ เรื่อง ผลกระทบ โทษและพิษภัยจากการบริโภค ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลเสียต่อสุขภาพที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ - ใบงานกิจกรรมกลุ่ม : ผลกระทบ โทษ พิษ ภัย จากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และข้อดีของการเลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- ทำคะแนนได้ ๘๐ % ขึ้นไป
ด้านทักษะกระบวนการ (P) สามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึก ทักษะเพื่อร่วมกันอภิปรายและสรุปผลเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพ ที่เกิดการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดบุหรี่ รวมถึงผลกระทบ โทษ พิษ ภัย จากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และและข้อดีของการ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรมฝึกทักษะ	- มีผลประเมินคุณภาพ ระดับดีขึ้นไป
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจใน การเรียนและการทำกิจกรรม ฝึกทักษะ	- การสังเกต	- แบบสังเกตพฤติกรรม การเรียน	- มีผลประเมินคุณภาพ ระดับดีขึ้นไป

- ๑) สาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
- ๒) สาธิตและทดลองฝึกปฏิบัติแปรงฟันรายบุคคล รวมถึงวิธีการตรวจฟันด้วยตนเอง

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) ผู้เรียนสามารถ

- ๑) ทราบสาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
- ๒) ทราบหลักการแปรงฟันและวิธีตรวจฟันตนเองอย่างถูกวิธีภายใต้ศัลยกรรมที่มีอยู่

จุดประสงค์การเรียนรู้

ด้านความรู้ความเข้าใจ (K)

ผู้เรียนสามารถอธิบายสาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเบื้องต้นได้ และสามารถอธิบายได้ว่าสูตรลับฟันดี ๒-๒-๒ คืออะไร เหตุใดถึงต้องใช้สูตรนี้ในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองเบื้องต้น

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธีที่เหมาะสมกับศัลยกรรมของกลุ่มได้

ด้านคุณลักษณะ (A)

ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนและการทำกิจกรรมฝึกทักษะ

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	ทันตบุคลากรนำเข้าสู่บทเรียน - การคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากตนเองเบื้องต้น โดยใช้ application ฟันดี → - เลือก ปรอทวดฟันผุ ประเมินการมีฟันผุในช่องปากด้วยตนเอง ด้วยการตอบคำถามที่ตรงกับสภาพช่องปากของตนเอง ๗ ข้อ และอ่านผลการวัดฟันผุตามแถบสีที่วัดได้ - วัตถุประสงค์: ใช้ประเมินการมีฟันผุในช่องปากเพื่อนำไปสู่การรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสม ทันเวลา ลดการสูญเสียฟันและการติดเชื้อในช่องปาก โดยมีข้อคำถาม ดังนี้ - คุณชอบกินขนมหวาน น้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวานเป็นประจำ - คุณเห็นร่องฟัน ซอกฟัน เริ่มมีสีดำและขยายขึ้นเรื่อย ๆ - คุณมีอาการเสียวฟันเวลากินอะไรเย็น ๆ - คุณต้องใช้ไหมจิ้มฟันและเศษอาหารที่ติดบนตัวฟัน ซอกฟันบ่อย ๆ - ฟันของคุณค่อยๆ กร่อนแตกออกไป เห็นเป็นรูเป็นโพรงชัดเจน	มือถือที่โหลด application ฟันดี	๑๕ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	๖. คุณกำลังปวดฟันมากจนแทบเคี้ยวอาหารไม่ได้ ๗. คุณมีฟันที่หักเหลือแต่ตอฟัน		
	ทันตบุคลากรนำเข้าสู่บทเรียน โดยการตั้งคำถามให้ผู้เรียนคิดว่า Q: ฟันของเรามีกี่ชั้น โดยให้เลือก ก. ๒ ชั้น ข. ๓ ชั้น (ข้อที่ถูก) ค. ๔ ชั้น A: ฟันเรามี ๓ ชั้น คือ ชั้นเคลือบฟัน ชั้นเนื้อฟัน และชั้นโพรงประสาทฟัน Q: แล้วเวลาเราปวดฟันแปลว่าฟันผุถึงขั้นไหนแล้ว A: ชั้นโพรงประสาทฟัน Q: ทราบหรือไม่ว่าฟันผุเกิดจากอะไร A: อธิบายองค์ประกอบของการเกิดฟันผุว่ามาจากปัจจัยหลัก ๔ ปัจจัย คือ ฟัน อาหารประเภทน้ำตาล หรืออาหารที่มีรสหวาน แผ่นคราบจุลินทรีย์ที่มีเชื้อแบคทีเรียก่อโรค และเวลา หากไม่ทำความสะอาดโดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี หรือกินอาหารบริเวณซอกฟันออกไม่หมด ก็จะทำให้เกิด “กรด” ที่สามารถทำลายผิวเคลือบฟัน หากเรารับประทานอาหารประเภทน้ำตาล หรืออาหารที่มีรสหวานบ่อย ๆ ทานนอกมื้ออาหารถี่ ๆ จะทำให้เกิดกรดทุกครั้งที่ได้รับประทาน ซึ่งในที่สุดเคลือบฟันก็จะถูกกรดทำลายเกิดเป็นรอยขาวขุ่น จุดดำ เป็นรู เปื่อยยุ่ย หรือเป็นรูลึกได้ ซึ่งอาการของโรคในระยะแรก หากผู้ที่ผิวเคลือบฟันอาจไม่มีอาการใด ๆ ถ้าเริ่มมีรู มีรอยดำเปื่อยยุ่ยส่วนใหญ่มักจะลุถึงชั้นเนื้อฟัน มักจะมีอาการเสียวฟันเมื่อดื่มน้ำเย็น หรือปวดเวลาเสวยอาหารมาอุด แต่หากลุถึงชั้นโพรงประสาทฟันมักจะมีอาการปวดขึ้นมาเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น ปวดจนสะดุ้งตื่นกลางคืน การรับประทานยาอาจไม่ดีขึ้น บางรายอาจมีอาการ	Infographic • ภาพที่ ๑ เรื่องของฟัน • ภาพที่ ๗ ฟันผุระยะต่าง ๆ • ภาพที่ ๕ องค์ประกอบของการเกิดฟันผุ • ภาพที่ ๖ กระบวนการเกิดโรคฟันผุ ระยะต่าง ๆ • ภาพที่ ๗ ฟันผุระยะต่าง ๆ • ภาพที่ ๘ อันตรายที่เกิดจากการไม่รักษาโรคฟันผุ และวิธี การป้องกันฟันผุ	๒๕ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	บวม เหงือกอักเสบ มีหนอง และมีอาการฟันโยกร่วมด้วย Q: แล้วรู้จักโรครำมะนาด กันหรือไม่ A: โรครำมะนาด คือ โรคปริทันต์ ซึ่งเริ่มจากการเกิดเหงือกอักเสบ แล้วคราบจุลินทรีย์ที่ทำความสะอาดไม่เกลี้ยง สะสมกันเป็นคราบหินน้ำลาย (หินปูน) และทำลายอวัยวะรอบ ๆ รากฟันจนทำให้สูญเสียฟันจากฟันโยก Q: วิธีป้องกันฟันผุที่ดีที่สุดคืออะไร A: การแปรงฟันที่ถูกวิธี... ด้วยสูตรลับฟันดี ๒-๒-๒ (นำเข้าขั้นตอนต่อไป.....)	• ภาพที่ ๙สภาวะเหงือกสุขภาพดี เหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ • ภาพที่ ๑๐ โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ • ภาพที่ ๑๑ โรคปริทันต์ • ภาพที่ ๑๓ สูตรลับฟันดี ๒-๒-๒	
Exploration (ขั้นสืบเสาะและหาข้อมูล)	แบ่งกลุ่มผู้เรียน กลุ่มละประมาณ ๔-๕ คน สาธิตและสอนการแปรงฟันด้วยวิธีถูไปมาในกลุ่มย่อย ระบายกับ Model ฟัน โดยขณะสอนแปรงฟันจะสอบถามความยุ่งยากการแปรงฟันของผู้เรียนไปด้วย เพื่อแนะนำวิธีการแปรงฟันให้เหมาะสมกับผู้เรียนมากที่สุด และเปิดคลิปสอนแปรงฟัน https://www.facebook.com/watch/?v=๒๔๔๘๔๘๓๒๖๓๗๓๒๓๒๗ https://www.youtube.com/watch?v=-BEVcobLNEw	• Model ฟัน และแปรงสีฟัน • คลิปวิดีโอสอนการแปรงฟัน	๒๕ นาที
Explanation (ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป)	ให้ผู้เรียนทดลองแปรงฟันกับ Model ฟัน และจับมือสอนรายบุคคล เพื่อทราบปัญหาในการแปรงฟันรายบุคคล สรุปการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงาน สอนการแปรงเหงือกและสอนตรวจช่องปากด้วยตัวเอง ผู้สอนสังเกตและบันทึกผลกิจกรรม	• Model ฟัน และแปรงสีฟัน • Infographic ภาพที่ ๑๔ การตรวจช่องปากด้วยตัวเอง • ภาพที่ ๑๕ การแปรงฟันเหงือก	๓๐ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
		• ภาพที่ ๑๖ การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงาน • กระจก	
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	Q: ทราบหรือไม่ว่า เวลาตรวจช่องปาก ต้องดูอะไรบ้าง A: ๑. ขี้ฟันและหินปูน: ในกรณีที่แปรงฟันไม่สะอาด เราจะพบขี้ฟัน (คราบจุลินทรีย์) และหินปูน ที่บริเวณคอฟัน/ขอบเหงือก โดยขี้ฟันจะมีลักษณะเป็นคราบสีเหลืองที่สามารถกำจัดออกได้ด้วยการแปรงฟันซ้ำ ถ้าไม่แปรงออก ขี้ฟันจะหนาและเหนียวขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นหินปูนสีเหลืองเข้มที่แข็งและไม่สามารถกำจัดออกได้ด้วยตัวเองอีกต่อไป ต้องไปพบทันตแพทย์ ๒. สภาพเหงือก: เมื่อตรวจดูขี้ฟันและหินปูนแล้ว ก็ควรดูสภาพเหงือกด้วยว่ามีการอักเสบ บวมแดง มีเลือดออกง่าย (โดยเฉพาะเวลาแปรงฟัน) รวมถึงมีฟันโยกหรือไม่ด้วย เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนที่บอกว่าเรามีปัญหาเรื่องเหงือกและกระดูกที่รองรับฟัน ๓. ฟันผุ/รากฟันผุ: ควรลองสังเกตดูว่าฟันรวมถึงรากฟันของเรามีลักษณะผิดปกติ เช่น มีรอยดำ เป็นรู มีเศษอาหารติดหรือไม่ ๔. รอยขาว/แดง หรือแผล/ก้อนนูน: ควรแหวกดูเนื้อเยื่อในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นเหงือก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม ด้านบนของลิ้น (แลบลิ้นออกมา) ใต้ลิ้น (ยกลิ้นแตะเพดาน) ด้านข้างลิ้น (ตัวลิ้นไปด้านซ้ายและขวา) รวมถึงริมฝีปากว่ามีรอยขาว/แดง หรือแผล/ก้อนนูนหรือไม่ ๕. กลืนปาก: ข้อนี้นี้เป็นของแถม ซึ่งเราสามารถเช็คได้ง่ายๆ โดยเอามือปิดปากและจมูก เป่าลมแรงๆ ออกจากปาก แล้วดม ถ้าพบว่ามึกลิ่นเหม็นก็แสดงว่าช่องปากเราเริ่มมีความผิดปกติแล้ว	-	๑๕ นาที

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	นอกจากนี้เราสามารถใช้นิ้วของเราเองสำรวจช่องปากหลังแปรงฟัน หากผิวฟันตรงคอฟัน (ส่วนที่ชิดกับเหงือก) เรียบเหมือนบริเวณปลายฟัน แปลว่าเราแปรงบริเวณนั้นสะอาดแล้ว แต่หากเลียแล้วยังไม่เรียบ ให้แปรงซ้ำตำแหน่งที่ไม่เรียบจนเรียบ		
Evaluation (ขั้นประเมิน)	ทำแบบทดสอบการดูแลสุขภาพช่องปาก	• แบบทดสอบ ๑๐ ข้อ	๑๐ นาที
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๑๒๐ นาที

การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) ผู้เรียนสามารถอธิบายสาเหตุการเกิดและวิธีการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเบื้องต้นได้ และสามารถอธิบายได้ว่าสูตรลับฟันดี ๒-๒-๒ คืออะไร เหตุใดถึงต้องใช้สูตรนี้ในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองเบื้องต้น	• ผลคะแนนจากแบบทดสอบ	• แบบทดสอบ	• ทำคะแนนได้ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
ด้านทักษะกระบวนการ (P) ผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟันและตรวจช่องปากได้อย่างถูกวิธีที่เหมาะสมกับศักยภาพ	• การสังเกต	• แบบสังเกตพฤติกรรม	• มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจในการเรียนและการทำกิจกรรมฝึกทักษะ	• การสังเกต	• แบบสังเกตพฤติกรรม	• มีผลประเมินคุณภาพระดับดีขึ้นไป

MODULE ที่ 7 การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน จำนวน 1.30 ชั่วโมง (90 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 การป้องกันและลดทาบรวมทั้งทางเลือกในการส่งเสริมคุณภาพการนอน

ด้านทักษะกระบวนการ (P)

- เพื่อให้ผู้เรียนนำข้อแนะนำวิธีการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน อุปกรณ์ในการส่งเสริมการนอน และวิธีใช้ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ด้านคุณลักษณะ (A)

- เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการนอนอย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติตนตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพการนอนที่ดี

การจัดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	ผู้เรียนทำแบบทดสอบก่อนเรียน	-แบบทดสอบก่อนเรียน	๑๐
Engagement (ขั้นสร้างความสนใจ)	วิทยากรแนะนำตัว และหัวข้อฝึกอบรม Module ๗ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน “สวัสดีค่ะ ขอแนะนำตัวก่อนนะคะชื่อ.....สกุล..... วันนี้จะมาบรรยายและชวนทุกท่านมองเห็นคุณค่าของการนอนกันค่ะ” ๒. ตั้งคำถามกับผู้เรียนว่า “ทุกท่านในที่นี้มีประสบการณ์การนอนทุกคน ถ้าเช่นนั้นลองตอบคำถามว่า เพราะอะไรคนเราต้องนอนคะ” -ผู้สอนบรรยายตามเอกสาร หัวข้อที่ ๑ ความสำคัญของการนอนที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี	- PowerPoint บรรยายหัวข้อ เหตุผลหลักที่มนุษย์ต้องนอน ๔ ประการ	๑๐
Exploration	๑. ผู้สอนนำเข้าสู่หัวข้อต่อไป โดยตั้งคำถามชวนคิด	- แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)	๒๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
(ขั้นสืบเสาะและหา ข้อมูล)	“ท่านอยากทราบหรือไม่คะ ว่าท่านนอนหลับอย่างมีคุณภาพหรือไม่ วันนี้ผู้สอนมีคำถามง่ายๆ ให้ทุกท่านลองทำดูค่ะ” -ให้ผู้เรียนทำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ๒. ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมหัวข้อที่ ๒ นอนอย่างไรให้มีคุณภาพ - ตั้งคำถามทบทวนตนเอง: ● ในแต่ละวัน ท่านนอนวันละกี่ชั่วโมง และคิดว่าท่านมีคุณภาพการนอนที่ดีหรือไม่ ● คิดว่าเราควรนอนวันละกี่ชั่วโมงและมีปัญหาการนอนอย่างไรบ้าง	- PowerPoint บรรยายหัวข้อ นอนอย่างไรให้มีคุณภาพ - ภาพตารางแสดงความต้องการการหลับของแต่ละช่วงอายุ - วิดีทัศน์หลัก ๑๐ ประการเพื่อสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี	
Explanation (ขั้นอธิบายและลง ข้อสรุป)	๑. ผู้เรียนคิดค่าคะแนนประเมินคุณภาพการนอน “ถ้าเช่นนั้น เรลองมาดูกันว่า ที่ท่านประเมินคุณภาพการนอนของตนเองไป ผลเป็นอย่างไรบ้าง” ๒. ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปคะแนนคุณภาพการนอน	- วิธีคิดค่าคะแนนแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)	๑๕
Elaboration (ขั้นขยายความรู้)	๑. ผู้สอนนำเข้าสู่หัวข้อต่อไป “หลังจากที่เราพอทราบเบื้องต้นแล้วว่า คุณภาพการนอนของเราเป็นอย่างไร จากที่ท่านได้ทบทวนตนเอง ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่รบกวนการนอนของท่านบ้าง” ๒. ผู้สอนบรรยายตามเนื้อหา หัวข้อที่ ๓ ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการนอน ● ปัญหาการนอนทั่วไป ● ปัญหาการนอนที่พบบ่อยในคนพิการทางการเคลื่อนไหว	- PowerPoint บรรยายหัวข้อ ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการนอน	๒๕

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	- สาเหตุของปัญหาการนอนของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ๓. ผู้สอนนำเข้าสู่หัวข้อสุดท้าย “ในเมื่อเราพอทราบปัญหาแล้ว เราลองมาดูว่ามีทางเลือกใดบ้างที่จะช่วยให้ท่านนอนหลับได้มีคุณภาพมากขึ้น” จากนั้นบรรยายแบบมีส่วนร่วมหัวข้อที่ ๔ ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอนสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ๔. ผู้สอนลองให้ผู้เรียนทำกิจกรรมสติบำบัดดังนี้ - ขอให้ทุกท่านนั่งในท่าที่สบายวางสิ่งของลง ลองหลับตา หายใจเข้าออกยาวๆ สัก ๕-๖ ลมหายใจ มุ่งความสนใจไปรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก หากเจอแล้วให้สังเกตว่าความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างไหนชัดกว่า แล้วลองสังเกตลมหายใจข้างที่ชัดกว่านั้นเพียงข้างเดียวตรงตำแหน่งที่ชัดที่สุด ดูไปให้ต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ (เมื่อ ๑ นาทีผ่านไป) ถ้ายังไม่มั่นใจให้เริ่มต้นใหม่ด้วยการหายใจเข้าออกยาวๆ สัก ๕-๖ ลมหายใจ สังเกตสัมผัสของลมหายใจที่ปลายจมูกข้างที่ชัดกว่าตรงตำแหน่งที่ชัดที่สุด ลองทำอีกสัก ๑ นาที ก็จะรู้สัมผัสเบาๆ ของลมหายใจที่ผ่านเข้าออกบริเวณปลายจมูกได้โดยไมยาก (เมื่อครบ ๒ นาที) ค่อยๆ สิ้นตาคืน ๕. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ คำถาม / ข้อคิดเห็น	- PowerPoint บรรยายหัวข้อ ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน - ภาพเมนูอาหารสมุนไพรที่มีรสขม เย็น จืด - ใบความรู้ เรื่อง สติบำบัด	
Evaluation (ขั้นประเมิน)	๑. ผู้สอนให้ทำกิจกรรม ดังนี้ - แจกกระดาษให้ผู้เรียน sticky note คนละ ๑ ใบ - ให้ผู้เรียนเขียนเป้าหมายว่า	- แบบทดสอบหลังเรียน - กระดาษ sticky note - บอร์ด	๑๐

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	สื่อ	เวลา (นาที)
	“หลังจากวันนี้ ฉันจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนอนตนเองโดย....” ไม่ต้องลงชื่อผู้เขียน ● นำคำตอบไปติดที่บริเวณบอร์ด/พื้นที่ ห้องเรียนที่สามารถสังเกตได้ ● เชิญชวนให้ผู้เรียนแวะไปอ่านของผู้เรียนท่านอื่นระหว่างช่วงพัก ๒. ทำแบบทดสอบหลังเรียน		
รวมเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ในทุกขั้นตอน			๙๐

การวัดและการประเมินผลการเรียนรู้

สิ่งที่ต้องวัดผลและประเมินผล	วิธีวัด	เครื่องมือวัด	เกณฑ์การประเมิน
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K) -สามารถอธิบายความสำคัญของการนอนที่มีคุณภาพได้ -สามารถบอกปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนไม่ดีได้	ตรวจแบบประเมินความรู้	แบบทดสอบก่อน-หลังเรียน หัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน	ได้คะแนนหลังเรียนมากขึ้นกว่าก่อนเรียน
ด้านทักษะกระบวนการ (P) สามารถนำทางเลือกและข้อเสนอแนะไปใช้ส่งเสริมคุณภาพการนอนในชีวิตประจำวัน	การสังเกต	กิจกรรมฝึกปฏิบัติการประเมินคุณภาพการนอน และการแสดงความคิดเห็น	มีส่วนร่วมระหว่างทำกิจกรรม
ด้านคุณลักษณะ (A) ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการนอนอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพการนอนที่ดี	การตอบคำถามปากเปล่า	-กิจกรรมขั้นประเมินผล “หลังจากวันนี้ ฉันจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนอนตนเองโดย....”	สามารถตอบคำถามได้ สอดคล้องกับเนื้อหาบรรยาย

การตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร มีวิธีดังนี้

(1) การตรวจสอบหลักสูตรจากเอกสาร เป็นการพิจารณาองค์ประกอบทุกส่วนของหลักสูตรว่ามีครบหรือไม่และกำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่ เมื่อพบว่าส่วนใดขาดไปหรือไม่ถูกต้องก็บันทึกไว้ เพื่อนำไปปรับปรุงหลักสูตรก่อนนำไปใช้

(2) การตรวจสอบโดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของหลักสูตร

(3) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญทุกคนมาประชุมพร้อมกันเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยหน่วยงาน ดังนี้ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตรจากหน่วยงานเอกชน

(4) ตรวจสอบโดยการทดลองใช้หลักสูตร

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบหลักสูตรกับกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ไม่เน้นการมีกลุ่มควบคุม โดยจะมุ่งเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (Intervention Activities) ที่คาดว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สังเกต และในการทดลองนี้จะไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอก ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สนใจนั้นได้ครบทุกปัจจัย รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นแบบ Case Studies เป็นรูปแบบที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสุ่มและไม่มีการควบคุมจะใช้ศึกษาใน สถานการณ์ที่ต้องการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบหลักสูตร ฯ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน อายุระหว่าง 15 – 59 ปี โดยทดสอบครั้งที่ 1 จังหวัดชลบุรี จำนวน 35 คน ทดสอบครั้งที่ 2 จังหวัดนนทบุรี จำนวน 35 คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) และมีการประเมินผู้เรียนตามหลักสูตรทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย 1).การประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) 2).การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) 3). การประเมินด้านคุณลักษณะ (Attitude) 4).แบบทดสอบ (Pre-Test/Post-Test) 5).แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินหลักสูตร

กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานในประเทศไทย สัญชาติไทย อยู่ในช่วงวัยทำงานอายุระหว่าง 15 – 59 ปี ไม่มีภาวะทางจิต สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น 70 คน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 35 คน เนื่องจากเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมในการทำการทดสอบหลักสูตรทั้ง 7 ด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำนวน 30 คนขึ้นไปสามารถประเมิน เชิงปริมาณได้ตามค่าสถิติที่กำหนด

ซึ่งประเมินหลักสูตรจากการประชุมสรุปผลการประเมินหลักสูตร ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

(1) ใช้เกณฑ์การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนในแต่ละแบบแผนการเรียนรู้ (KPA) ด้วยการประเมินความรู้ความเข้าใจ (Knowledge) การประเมินทักษะกระบวนการ (Practice) การประเมินด้านคุณลักษณะ

(Attitude) ตามจุดประสงค์การเรียนรู้ของแต่ละด้าน (Module) ที่ระบุไว้ในหลักสูตร ซึ่ง KPA เป็นหลักการออกแบบหลักสูตรทั่วไปของกระทรวงศึกษาธิการ

(2) ประเมินผู้เรียนด้วยใบกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม

(3) แบบสังเกตพฤติกรรมการทำกิจกรรม ได้แก่ การรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การนำเสนอผลงานได้น่าสนใจ การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการทำงานเสร็จตามเวลาที่กำหนด

(4) แบบสังเกตพฤติกรรมการเรียน ได้แก่ ให้ความร่วมมือในการจัดการเรียนการสอนการแสดงความกระตือรือร้นในการเรียน การตั้งใจทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายส่งงานที่ได้รับมอบหมายตามเวลาที่กำหนด

(5) แบบทดสอบก่อน - หลังเรียน ในแต่ละด้าน (Module)

(6) แบบประเมินหลักสูตรด้วยแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังเรียน (Pre-Test/Post-Test) แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ของผู้เรียนหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายพิการ ก่อนและหลังการเรียนการสอน ซึ่งแบบประเมินมีทั้งหมด 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ/ความรู้และการนำไปใช้ ซึ่งใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมสรุปผลการประเมินหลักสูตร คือคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ได้แก่ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ ถนนพหลโยธิน สมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิพระมหาไถ่ เพื่อพัฒนาคนพิการ จังหวัดชลบุรี หน่วยงานละ 2-3 คน

เกณฑ์การประเมินหลักสูตร

มีประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย ความน่าสนใจของหลักสูตร หลักสูตรตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ระดับความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตร ความเหมาะสมของเวลาที่กำหนดไว้ในหลักสูตร หลักสูตรเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใดโดยแบ่งเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ระดับมากที่สุด = 5 ระดับมาก = 4 ระดับปานกลาง = 3 ระดับน้อย = 2 ระดับน้อยที่สุด = 1 ซึ่งถือว่าระดับ 2 และ 1 ควรปรับปรุงหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 5 การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร

โดยการนำผลการประเมินหลักสูตรจากการตรวจสอบคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น มาปรับปรุง แก้ไขเนื้อหาให้มีเนื้อหาที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และมีความเหมาะสมกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายพิการ ซึ่งหลังการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง ได้ข้อสรุปเพื่อนำมาปรับปรุงหลักสูตรในระดับรายวิชา (Module) จำนวน 5 MODULE ดังนี้

1. MODULE ที่ 2 กินดี อยู่ดี สุขภาพดี ปรับข้อความในใบงานให้เป็นคำถามที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ข้อคำถามไม่มีความซับซ้อน และข้อคำถามไม่ยากเกินไป ปรับคำศัพท์เฉพาะให้เป็นคำศัพท์พื้นฐานที่เป็นที่รู้จักทั่วไป

2. MODULE ที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย ในส่วนของท่าทางในการออกกำลังกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน ให้ง่ายต่อการปฏิบัติจริงและปรับเป็นท่าพื้นฐานที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงานสามารถปฏิบัติได้จริงและเพิ่มเติมคลิปวิดีโอท่าทางการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อประกอบการเรียนการสอน

3. MODULE ที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ปรับข้อความการจำลองสถานการณ์ ไม่ใช้คำศัพท์ที่กระทบจิตใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายวัยทำงาน

4. MODULE ที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่ม เพิ่มเติมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้เล่าและแชร์ประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

5. MODULE ที่ 7 การส่งเสริมสุขภาพด้านการนอน เพิ่มเติมแบบวัดการนอนหลับแบบง่าย เพื่อเป็นทางเลือกในการนำไปใช้ และเพิ่มเติมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้เล่าและแชร์ประสบการณ์ของตนเองให้เพื่อนฟัง เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

เมื่อปรับปรุงหลักสูตรเรียบร้อยแล้วเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อร่วมพิจารณารับรองหลักสูตร

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน โดยใช้แบบทดสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรทั้ง 7 MODULE โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน โดยใช้สถิติร้อยละหรือเปอร์เซ็นต์ (Percentage or Percent)