



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและพัฒนาสังคม)

ปริญญา

การบริหารและพัฒนาสังคม

สังคมศาสตร์

สาขา

คณะ

เรื่อง คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น
อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Quality of Life of People With Disabilities Who Use Mobility Devices Utilized to
the Local Adaptation in Amphoe Nong Han, Udon Thani Province

นามผู้วิจัย นายคุณกร ศรีสุนทร

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ พันตรีหญิงพนมพร พุ่มจันทร์, ปร.ด.)

ประธานสาขาวิชา

(รองศาสตราจารย์สิริกร กาญจนสุนทร, วท.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

สืบสถิติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น
อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Quality of Life of People with Disabilities Who Use Mobility Devices Utilized to
the Local Adaptation in Amphoe Nong Han, Udon Thani Province

โดย

นายคุณกร ศรีสุนทร

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและพัฒนาสังคม)

พ.ศ. 2557

คุณกร ศรีสุนทร 2557: คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี ปรัญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและพัฒนาสังคม) สาขาการบริหารและพัฒนาสังคม คณะสังคมศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก: อาจารย์ พันตรีหญิง พนมพร พุ่มจันทร์, ปร.ด. 134 หน้า

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น ก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ ในมุมมองของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกบิดา มารดา และผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 8 คน อายุระหว่าง 14-20 ปี ทั้งหมดมีความพิการมาตั้งแต่กำเนิด

คุณภาพชีวิตหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น) ด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายดีขึ้น ระบบและอวัยวะร่างกายทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิมสามารถช่วยเหลือตัวเอง และช่วยแบ่งเบางานบ้านเล็กน้อยๆ ของครอบครัวได้ 2) ด้านจิตใจมีสุขภาพจิตและอารมณ์ดีขึ้นอารมณ์แจ่มใสและร่าเริงไม่เอาแต่ใจตนเอง มีเหตุผลมากขึ้น มีความอดทนและรอคอยได้มากกว่าเดิมมีความมั่นใจ และมีความกระตือรือร้นในการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง 3) ด้านสังคม มีความกล้าที่พบเจอและพูดคุยกับคนอื่น ไม่อายและไม่กลัวคนที่เดินผ่านไปมา มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถออกไปเล่นนอกบ้านได้ และ 4) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการซื้ออุปกรณ์ที่ราคาแพงลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปทำกายภาพบำบัด และการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลในตัวเมือง ลดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และทำให้บิดาและมารดามีเวลาเพื่อทำงานหารายได้เพิ่มมากขึ้น

อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นสามารถช่วยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นได้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้พัฒนาการของร่างกายดีขึ้น มีความเหมาะสมผู้พิการ บุคคลในครอบครัวสามารถประคอง ใช้งานได้อย่างง่ายดาย การฝึกใช้อุปกรณ์เป็นการบำบัดร่างกายและยังช่วยลดการพึ่งพาผู้ดูแล ตลอดจนช่วยลดรายจ่ายในครัวเรือนซึ่งคุณสมบัติสำคัญของอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ทำจากวัสดุหาง่ายในครัวเรือน และชุมชน แต่สามารถส่งเสริมให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Khunakorn Srisoontorn 2014: Quality of Life of People with Disabilities Who Use Mobility Devices Utilized to the Local Adaptation in Amphoe Nong Han, Udon Thani Province. Master of Arts (Social Development and Administration), Major Field: Social Administration and Development, Faculty of Social Sciences. Thesis Advisor: Major Panomporn Phoomchan, Ph.D. 134 pages.

The research was to examine the quality of life of disabled adolescents before and after utilized the local adaptive mobility device from Amphoe Nong Han, Udon Thani province. The research design was qualitative research methodology. The participants were purposely recruited consists of 8 disabled adolescents (aged between 14-20 years). And the technique was conducted by in depth interview. The cause of disability was congenital amoralities.

The quality of life after utilized the local adaptive equipment were addressed in term of 1) Physical analysis, the overall physical ability of the participants had been improving dramatically as well as the practical development in participant's physiology. As a result of this, the participants were able to help themselves more effective than before. Moreover, they had been involved in small routine chores. 2) Mental analysis, the participants indicated the positive effect of sanity, mentality, rationality and patience. Furthermore they had shown the empowerment to adopt physical therapy independently. 3) Social analysis, the strengthening of family support and acceptance encouraged the participants to interact in their community and perform daily activity with confidence. And 4) Economics analysis, the participants were economically save on medical supplies budget, overall transportation expenses for each visit to physical therapist and local medical hospital. As a result of reducing in family expenditure, parent of disabled adolescents could exert in allocation of time to employment and income provider.

The outlook of the research result reveals that the local adaptive equipments for disabled adolescents can gradually enhance their physical development and rehabilitation. In addition, the family member can advocate their supportive by finding material and inventing the non-complex disabled aid device. The benefits in practicing the equipment can sustain the disabled independent living while minimizing family expenditure effectively. Above all, for mobility disabled adolescents, the equipment can encourage quality of life, well-being and able to live happily with their family.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี จากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ พันตรีหญิงดร.พนมพร พุ่มจันทร์อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา คำชี้แนะแนวทางในการค้นคว้า วิทยานิพนธ์เชิงคุณภาพที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งเสียสละเวลา อันมีค่าในการช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้การค้นคว้าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่าง สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณมูลนิธิธิดาเมตตาธรรม ในโครงการฟื้นฟูผู้พิการชุมชนอุดรธานี ขอนแก่น และจังหวัดเลย ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลคนพิการ และมีส่วนช่วยอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ตลอดจนผู้ปกครองและคนพิการทุกท่านที่ช่วยตอบคำถาม ทำให้การเก็บ ข้อมูลดำเนินการ ไปอย่างเรียบร้อยและขอกราบขอบพระคุณมูลนิธิการศึกษาเอเชีย ในพระอุปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์กรประเมินงานและดูแลการให้ทุน ในประเทศไทย โดยมีการมอบทุน Ford Foundation International Fellowships Program (IFP) สนับสนุนให้ข้าพเจ้าได้ศึกษาต่อระดับปริญญาโทในครั้งนี้

และสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน ให้เป็นคนดี ให้โอกาสในการศึกษา และช่วยเหลือสังคม รวมทั้งคุณครู พระอุปัชฌาย์ อาจารย์ และ ผู้มีพระคุณที่มีส่วนช่วยเหลือมาตลอดชีวิต

สุดท้ายหวังว่า องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ จะนำไปเป็นแนวทาง ส่งเสริมให้ผู้สนใจในชุมชน องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางเคลื่อนไหวเรียนรู้ได้ เห็นประโยชน์ของอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยเหลือคนพิการตามต้นแบบที่มีอยู่ เป็นการฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกายคนพิการทางการให้มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจดีขึ้น เพื่อการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น หากมีสิ่งขาดตกบกพร่องประการใด ผู้ศึกษาวิงวอนขออภัย น้อมรับไว้เป็นอย่างสูง

คุณกร ศรีสุนทร

พฤษภาคม 2557

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(4)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	7
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคนพิการ	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	25
แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	66
ผลการวิจัย	66
ข้อวิจารณ์	111
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	117
บทสรุป	117
ข้อเสนอแนะ	122

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

125

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

134



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค	3
2	ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	78
3	สรุปการใช้อุปกรณ์ตัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง	92

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	บาร์ฝึกยืนเดี่ยว	44
2	บาร์ฝึกเดินคู่	44
3	เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม	45
4	เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยม	45
5	เก้าอี้ฝึกยืนสี่เหลี่ยม	46
6	ไม้ฝึกนั่งทรงตัว	46
7	อุปกรณ์ฝึกยืนทรงตัวและเดินแบบมีที่นั้งบนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ	47
8	รถไส 4 ล้อฝึกเดิน	47
9	เตียงนอนไม้ปรับระดับ	48
10	แก้วนํ้าพลาสติกคว้านปากสำหรับดื่มนํ้า	48
11	ช้อนกินข้าวต่อด้าม	49
12	แปรงสีฟันต่อด้าม	49
13	หวีต่อด้ามหวีผม	50
14	เก้าอี้นั่งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	50

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
15	ลวดลายสำหรับออกกำลังกายมือ แขนและไหล่	51
16	ถุงทรายถ่วงที่เท้า	51
17	ที่รอนั่งหุ้มด้วยพลาสติกทำให้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น	52
18	ลวดลายสำหรับออกกำลังกายขาและสะโพกคนพิการท่อนล่าง	52
19	อุปกรณ์ฝึกกล้ามเนื้อเล็ก	53
20	อุปกรณ์ดัดข้อมือ	53
21	ภูมิหลังของคนพิการทางการเคลื่อนไหวรุนแรง	81
22	เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม	86
23	เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยม	87
24	บาร์ฝึกยืนเดี่ยว	88
25	อุปกรณ์แบบมีที่นั่งบนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ	88
26	บาร์ฝึกเดินคู่	89
27	รถไส 4 ล้อฝึกเดินที่ทำจากเหล็ก	89
28	ลวดลาย	90

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
29	ที่ร่อนนั่งหุ้มด้วยพลาสติกเพื่อการเคลื่อนไหว	90
30	อุปกรณ์ดัดแปลงสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน	91
31	การดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น	95
32	วิเคราะห์การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง	96
33	กลุ่มตัวอย่างสามารถเขียนหนังสือได้เช่นเดียวกันคนปกติทั่วไป	102
34	กลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติเช่นคนทั่วไป เช่น ปั่นจักรยานดัดแปลงใส่ล้อ 2 ล้อ ด้านหลัง	107
35	สรุปความเชื่อมโยงของภูมิหลัง การใช้อุปกรณ์ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	110

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกได้ให้ความสำคัญกับคุณค่าและความมั่นคงของมนุษย์อย่างยิ่ง โดยมองว่ามนุษย์มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ การมีทรัพยากรมนุษย์ที่พร้อมด้วยศักยภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ถือได้ว่าประเทศนั้นประสบผลสำเร็จในการพัฒนาประเทศ แต่ในความเป็นจริง ประเทศที่พัฒนาและเจริญก้าวหน้าทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว อาจยังมีประชากรที่ยังคงมีความพิการหรือความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจอยู่ด้วย และในหลากหลายของประชากรที่เกิดขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นร่างกายปกติหรือผิดปกติ มักมีปัญหาและความต้องการที่ไม่เหมือนกัน องค์การสหประชาชาติได้ตระหนักถึงปัญหาความพิการและการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการของคนพิการ สมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติจึงได้ประกาศปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ พ.ศ. 2518 ขึ้นมา และต่อมาได้ประกาศให้ พ.ศ. 2524 เป็นปี “คนพิการสากล” สาเหตุสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปีคนพิการสากล เพราะเห็นว่าสภาพความเป็นอยู่ของคนพิการทางกาย สมองและจิตใจกว่า 500 ล้านคนทั่วโลกยังไม่เหมาะสมและยังขาดโอกาสที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น ทุกประเทศจึงควรมีข้อผูกพันที่จะลงทุนในระยะยาว เพื่อยกระดับความเป็นอยู่และให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเหล่านี้ รวมทั้งป้องกันความพิการแก่ประชาชนทั่วไปจากความพิการที่มีมาแต่กำเนิดและความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง ทั้งจากอุบัติเหตุและโรคต่างๆ (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548)

ปัจจุบันสังคมส่วนใหญ่ตระหนักว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้หากได้รับโอกาสอย่างเสมอภาค เพราะคนพิการมีศักยภาพที่สามารถพึ่งตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เช่นกัน (กิตติยา ดิดไชย, 2552) ความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่าของคนพิการนั้นสมควรได้รับสิทธิและโอกาสในสังคมที่เท่าเทียมกัน ตลอดจนได้รับบทบาทที่เหมาะสมในสังคม เป็นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเทียบเท่ากับบุคคลทั่วไปในสังคมด้วย พรเทพ โตแจ้ง (2555) จึงกล่าวว่า คนพิการหรือบุคคลทุพพลภาพเป็นบุคคลที่มีความสามารถถูกจำกัดให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการ

มองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสารจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้นิยามคนพิการโดยตั้งอยู่บนฐานคติในเชิงกระทบท้าวว่า “ความพิการเป็นปัญหา” องค์การอนามัยโลกมองว่าการที่คนพิการไม่สามารถมองเห็นหรือเคลื่อนไหว อวัยวะได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยวิธีการที่คนทั่วไปสามารถทำได้นั้น เป็นความบกพร่องที่ส่งผลให้คนพิการต้องกลายเป็นคนชายขอบของสังคม ซึ่งเป็นปัญหาของคนพิการที่ทำให้คนพิการไม่สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ แต่เมื่อมีการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนพิการ เช่น การเคลื่อนไหวจากสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย หรือการเคลื่อนไหวจากผู้ปกครองของคนพิการต่อประเด็นปัญหาเหล่านี้ ประกอบกับกระแสแนวคิดเรื่องความเท่าเทียมจากตะวันตกที่เข้ามาในสังคมไทยมากขึ้น ทำให้เกิดกระแสแนวคิดทางสังคมขึ้นมาใหม่ว่า “ความพิการไม่ใช่ปัญหา” เพราะการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงความพิการอาจทำได้ยากกว่าการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม และหรือเป็นเรื่องยากที่จะบังคับให้คนพิการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้ การเคลื่อนไหวดังกล่าวของกลุ่มคนพิการยังส่งผลให้ภาครัฐเกิดการทบทวนและปรับเปลี่ยนแนวคิด การดูแลรักษาผู้พิการ โดยการหันกลับมาองปัญหาทางสังคม การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและสังคม และตระหนักว่าคนพิการสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข หากมีการจัดอุปสรรคต่างๆ ที่เป็นอยู่ในสังคม และเพิ่มทางเลือกสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

สำหรับประเทศไทยมีคนพิการอยู่เป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นในชนบทหรือในเมืองใหญ่ และนับวันจะทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ มีสาเหตุมาจากโรคภัยไข้เจ็บ กรรมพันธุ์ อุบัติเหตุ อุบัติภัย มลภาวะจากสิ่งแวดล้อม ความยากจน และการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี เป็นต้น (จณิสสา เทวินทรภักดี, 2539) มีผู้ประมาณการว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากร ที่มีความพิการอยู่ประมาณ ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (สมพร เทพสิทธิ, 2542) ซึ่งในจำนวนคนพิการทั้งหมดนี้ สามารถจำแนกตามประเภทความพิการ โดยคิดเป็นร้อยละได้ดังนี้ คนพิการทางกาย ร้อยละ 48.39 คนพิการทางการได้ยิน ร้อยละ 13.70 คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 12.90 คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 10.44 คนพิการเข้าซ้อน ร้อยละ 9.36 คนพิการทางจิตใจ ร้อยละ 4.47 และไม่ระบุความพิการอีก ร้อยละ 0.74 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550) และข้อมูลสถิติ คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ พบว่า จำนวนคนพิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ถึง 311,177 คน ซึ่งมากกว่ากรุงเทพมหานครถึง 10 เท่า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค

ภาค	จำนวน (ราย)		
	ชาย	หญิง	รวม
1. กรุงเทพมหานคร	33,377	26,287	59,664
2. ภูมิภาค	786,329	663,120	1,449,449
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	172,922	142,229	315,151
ภาคใต้	93,746	73,778	167,523
ภาคเหนือ	188,812	161,572	350,384
ภาคตะวันออกและภาคกลาง	311,177	273,311	584,488

ที่มา: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (2556)

เมื่อมีคนพิการเพิ่มจำนวนมากขึ้น ปัญหาความต้องการต่างๆ ของคนพิการก็เพิ่มมากขึ้น โดยคนพิการส่วนใหญ่มีความต้องการเพียงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม การดูแลสุขภาพที่ดี มีเพียงบางส่วนที่มีความต้องการมากกว่านั้น ได้แก่ สวัสดิการจากภาครัฐ รวมถึงความต้องการอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม ความต้องการของคนพิการย่อมแตกต่างจากบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะความต้องการทางการแพทย์และอุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากคนพิการจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพจากแพทย์เฉพาะด้าน ดังนั้น อาการหรือโรคที่ควรจะรักษาให้หายหรือป้องกันได้จึงกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการซ้ำซ้อนขึ้น และเมื่อผู้พิการทางการเคลื่อนไหวไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพราะอุปกรณ์ช่วยการฟื้นฟูสมรรถภาพมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของ คนพิการ จึงเป็นสาเหตุให้คนพิการไม่มีการพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ และไม่สะดวกในการทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง คนพิการจึงรู้สึกท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย อับอาย เครียด ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลก และผู้อื่นในแง่ร้าย เสรีใจ วิตกกังวลที่ไม่สามารถดูแลตนเอง และตกเป็นภาระของครอบครัว

ฉะนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกัน แก้ไขปัญหา โดยเฉพาะความร่วมมือจากคนในครอบครัว บิดามารดาจะต้องพาลูกพิการไปทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเป็นประจำ และต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมอุปกรณ์ที่

เหมาะสมกับสภาพความพิการ จึงจะทำให้ร่างกายและจิตใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีพัฒนาการดีขึ้นจนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตได้

ปัจจุบันยังมีคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อยู่ห่างไกลจากตัวจังหวัดมากๆ การเข้าถึง การให้บริการด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากบ้านอยู่ไกลและลำบากในการเดินทาง ประกอบกับมีฐานะยากจน จึงเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก การซื้ออุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเอง จึงกลายเป็นเรื่องยาก เพราะราคาแพงเกินกว่าที่จะซื้อได้ คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่จึงขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอุปกรณ์ที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ทันสมัย และมีราคาแพง ส่วนใหญ่มีอยู่ในสถาบันของรัฐและโรงพยาบาลจังหวัดขนาดใหญ่ จะเห็นได้ว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อยู่ในท้องถิ่นห่างไกลจะไม่มีอุปกรณ์ที่ทันสมัยใช้

เมื่อเป็นเช่นนี้ อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังที่วิสุทธิ ตันรัตนวงศ์ (2540) กล่าวว่า ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น จำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือนานาอย่าง เพื่อช่วยในการฝึกหัดร่างกายหรือกระตุ้นพัฒนาการของเด็กพิการ ซึ่งหลายคนมักคิดว่าต้องเป็นอุปกรณ์ เครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญควบคุมการใช้งาน แต่ในความเป็นจริงหลายกรณี ในหลายพื้นที่กลับแสดงให้เห็นว่า ภูมิปัญญาของครอบครัวและชุมชนก็สามารถมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้ เนื่องจากอุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุในท้องถิ่นราคาไม่แพง ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง แต่ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลเช่นเดียวกัน

อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการทำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นให้คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแทนอุปกรณ์ที่มีราคาแพง และบิดามารดามีความพึงพอใจกับอุปกรณ์ดัดแปลงที่สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้จึงเหมาะสมสำหรับการศึกษาเป็นอุปกรณ์ดัดแปลงต้นแบบ สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวในท้องถิ่น เพื่อลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและลดงบประมาณ บิดามารดาสามารถสร้างอุปกรณ์ดัดแปลงตามต้นแบบที่มีอยู่ให้กับลูกที่พิการของตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้านได้ เนื่องจากผู้พิการที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ที่มีผลต่อตนเอง ดังศรีเรือน แก้วกังวาน (2545) กล่าวว่า สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนว่าช่วงวัยรุ่นเริ่มต้นแล้วก็คือ การเปลี่ยนแปลงทางกายภายนอกที่เห็นได้ เช่น ความสูง ผิวหนัง รูปร่างหน้าตา การมีหน้าอก และการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เช่น การพัฒนาของสมองและฮอร์โมนเพศเริ่มทำงานพร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกาย ซึ่งก็มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ทางสังคมทางจิตใจ อารมณ์ ค่านิยม

ความสนใจและมีความสนใจเพศตรงข้าม การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้านซึ่งใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้พิการมีการพัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกายดีขึ้น ซึ่งผู้พิการที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นนี้จะคุ้นเคยและไว้วางใจต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดาหรือพี่น้องมากกว่า เมื่ออยู่กับคนอื่นแล้วจะเสียความเชื่อมั่นในตนเองและวิตกกังวล

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาความต้องการของคนพิการที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่ดัดแปลงในท้องถิ่นมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตคนพิการที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเมื่อเริ่มต้นชีวิตของคนพิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตั้งแต่แรกทีวี่ว่าร่างกายพิการ เพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจที่ดี และมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคมที่อบอุ่นทั้งร่างกายและจิตใจ การใช้อุปกรณ์ ฝึกลองอยู่กับบ้าน เป็นการลดรายจ่าย ไม่ต้องพาลูกพิการไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล ลดเวลาแรงงาน เมื่อบิดามารดาไปทำงานนอกบ้าน คนพิการสามารถอยู่กับตายายหรือญาติได้ด้วยความสะดวกใจของทุกคนในครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นกลไกสำคัญต่อการดูแลคนพิการที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนพิการได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สนใจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาคนพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภูมิหลังของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ
2. เพื่อศึกษาการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายระยะก่อน ระหว่าง และหลัง ของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น ก่อนและหลังใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ในมุมมองของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่มีความเหมาะสมกับสภาพของความพิการ
2. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ที่สนใจในชุมชนองค์กรรัฐและเอกชนในท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นได้เห็นประโยชน์ของอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยความพิการตามต้นแบบที่มีอยู่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ คือ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. ขอบเขตด้านอายุ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14 - 20 ปี จำนวน 8 คน และใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป
3. ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย
 - 3.1 ประวัติและภูมิหลังของคนพิการ ตั้งแต่ช่วงที่มารดาตั้งครรภ์ ช่วงเวลาคลอด ช่วงเวลาหลังคลอด จนถึงปัจจุบัน
 - 3.2 อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นและการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ
 - 3.3 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น ก่อนและหลังใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ ในมุมมองของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

คนพิการทางการเคลื่อนไหวขั้นรุนแรง หมายถึง คนพิการที่มีลักษณะทั่วไปของร่างกายเช่น มือ แขน ขา หรือลำตัวมีความผิดปกติอย่างเห็นได้อย่างชัดเจน ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และหืออวัยวะและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนคนปกติทั่วไป

อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น หมายถึง อุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุในครัวเรือน ในธรรมชาติของท้องถิ่น เช่น ไม้ไผ่ ไม้ พลาสติก เหล็กเก่า ท่อ PVC เก้า หรือสิ่งของที่ไม่ได้แล้ว นำมาดัดแปลงประกอบเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย อุปกรณ์สำหรับฝึกการนั่ง อุปกรณ์สำหรับฝึกการยืน อุปกรณ์สำหรับฝึกเดิน อุปกรณ์สำหรับฝึกแขนและมือ อุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนไหว และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวขั้นรุนแรง หมายถึง ความผาสุก การมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมอย่างมีความหมาย มีสิทธิเสรีภาพ และไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคนพิการ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคนพิการ

ความหมายของคนพิการ

ความหมายของคนพิการในทางวิชาการและในทางกฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อยุติที่แน่นอนเพียงแต่มีคำจำกัดความอย่างกว้างๆ ว่า “คนพิการ” หมายถึง ผู้ซึ่งมีความบกพร่อง และ/หรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายหรือจิตใจ ทำให้ไม่สามารถช่วยตัวเองในการกระทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ การประกอบอาชีพ และมีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เหมือนอย่างคนปกติ นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของคนพิการไว้ในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนี้

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) (2008) ให้ความหมายคนพิการว่า หมายถึง บุคคลซึ่งเสื่อมสมรรถภาพและโอกาสที่จะทำงานประกอบอาชีพอันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ

สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (2534) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “คนพิการ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคใน

ด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

ราชบัณฑิตยสถาน (2538) ให้ความหมายคำว่า พิการ คือ เสียอวัยวะ เสียสภาพไปจากสภาพเดิม มีแขน ขา เป็นต้น

อมรรัตน์ รัตนศิริ (2539) ให้ความหมายว่า คนพิการหมายถึง เด็กที่ต้องการการศึกษาเป็นพิเศษทั้งทางร่างกายและจิตใจเกี่ยวกับสภาวะทางกายของเด็กไปจนถึงผู้ใหญ่เพราะความผิดปกติทางจิตใจนี้ ไปรบกวนความสามารถในการทำงานของพวกเขา ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ และได้ให้คำจำกัดความของคนพิการ ดังนี้

1. การสูญเสีย การสูญเสียซึ่งผิดปกติ อาการทางจิตใจ ความรู้สึกทางกายวิภาค ทั้งโครงสร้างและหน้าที่ การสูญเสียจะแสดงถึงพยาธิสภาพที่มองเห็นได้ ทำให้รู้ถึงการพัฒนาของความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกาย บุคลิกลักษณะ หน้าที่ของระบบของอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติกรณีต่างๆ ในระยะแรกๆ แล้ว การแสดงออกนี้จะไปรบกวนที่ระบบอวัยวะ การแสดงออกมามากๆ มักจะไปรบกวนทางด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ การได้ยิน การมองเห็น อวัยวะภายใน โครงกระดูก สัตว์ส่วนและประสาทสัมผัส

2. ความพิการ หมายถึง ความจำกัดของความสามารถที่จะทำงานตามอย่างที่เคยปฏิบัติทั่วไปทำได้ ความพิการเป็นผลต่อเนื่องจากการสูญเสียในด้านความสามารถและหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้น จะบ่งชี้ถึงความเจ็บป่วยได้โดยการมองเห็นความพิการ โดยมีรายละเอียดแยกย่อยออกไปเป็นเกี่ยวกับร่างกาย พฤติกรรมการติดต่อการดูแลในเรื่องของตัวเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย ผิดตำแหน่ง ความชำนาญทักษะบางด้านและสถานภาพบางอย่างเป็นความเสียเปรียบที่เป็นผลมาจากการสูญเสีย หรือความพิการ ทำให้เกิดงานหรือทำหน้าที่แบบคนปกติไม่ได้ ขึ้นกับอายุ เพศ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม การฟื้นฟูสภาพอาจกระทบกระเทือนความรู้ตัวตัวเอง ภาวะทางสรีระของการเคลื่อนไหว อาชีพการอยู่ร่วมกันในสังคม การพึ่งพาตนเองในด้านเศรษฐกิจ

องค์การอนามัยโลก(World Health Organization: WHO) (1994อ้างใน ขนิษฐา เทวินทรภักดี 2540) ได้ให้ความหมายของคนพิการโดยสรุปว่า เป็นความเสียเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกิดจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถเป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือกระทำ

การใดให้ถึงเกณฑ์หรือสอดคล้องกับวัย เพศ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังได้กำหนดคำที่มีความหมายใกล้เคียงกับคนพิการ ได้แก่

1. การไร้ความสามารถหรือไร้สมรรถภาพ (Disability) หมายถึง ผลที่เกิดจากการชำรุดทำให้เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งถือว่าเป็นปกติวิสัยของมนุษย์ทั่วไปที่ควรทำได้ เช่น เด็กที่มีอาการตาพร่ามัวไม่สามารถเรียนหนังสือได้ตามปกติ ช่างไม้ที่ต้องปีนป่ายที่สูง ถ้าขาขาดจะไม่สามารถประกอบอาชีพช่างไม้ต่อไปได้ เป็นต้น

2. ความเสียเปรียบหรือความบกพร่อง (Handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตหรือแสดงบทบาทได้เหมาะสมสอดคล้องตามวัย เพศ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตลำบากกว่าคนทั่วไป

3. ความบกพร่องหรือชำรุด (Impairment) หมายถึง การสูญเสีย หรือมีความผิดปกติในโครงสร้างด้านหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ หรือสรีรวิทยา จะเป็นลักษณะชั่วคราวหรือถาวร รวมถึงความพิการของอวัยวะ ความสูญเสียหรือขาดหายของอวัยวะ กลไกการทำงานของร่างกาย และระบบการทำงานของจิตใจ เช่น สายตาข้างใดข้างหนึ่งเกิดการมัว พร่า หรือมองไม่เห็น แขนขาเป็นอัมพาต หูสูญเสียการได้ยิน อาการทางจิตประสาท เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในทัศนะของบุคคลทั่วไปในสังคม เมื่อเอ่ยถึงคนพิการก็มักจะคิดถึงคนตาบอด คนง่อยเปลี้ยเสียแขนเสียขา คนมือกุดเท้ากุดที่นั่งขอทานตามสถานที่สาธารณะต่างๆ และปฏิกิริยาที่แสดงออกของบุคคลต่างๆ ก็จะแตกต่างกันไปตามพื้นฐานของจิตใจ การอบรม สั่งสอนและการศึกษา บ้างก็แสดงออกซึ่งความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจ ความสมเพชเวทนา โดยการให้ทาน บ้างก็แสดงอาการรังเกียจ และมีไม่น้อยที่รู้สึกเฉยๆ ปราศจากการสนใจ แต่ในความเป็นจริงแล้วคนพิการเหล่านี้สามารถที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าให้โอกาสกับพวกเขาโดยที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันให้การช่วยเหลือพวกเขา เพราะว่า คนพิการที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายนั้น ไม่ได้หมายความว่าเขาเหล่านั้นจะทำอะไรไม่ได้เลย แต่ความพิการร่างกายของเขาเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น ในบางส่วนของร่างกายยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นกัน

ดังนั้นสรุปได้ว่าคนพิการหมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมซึ่งเกิดจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถทางร่างกายหรือจิตใจ

ความหมายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สุกัญญา ศรีปรัชญานันต์ และคณะ (2535) ให้ความหมายของความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวว่า หมายถึง ผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆ ของร่างกายนั้นคือ ศีรษะ ลำตัว แขน ขา และมือได้ อันเนื่องมาจาก

1. มีอาการอ่อนแรงของลำตัว แขนและขา
2. ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของลำตัว แขนและขา
3. มีสภาพยึดติดของข้อต่อกระดูก แขน ขา และลำตัว
4. มีความผิดปกติของข้อต่อหรืออวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหว

ความผิดปกติเหล่านี้จะมีผลให้เขาเหล่านั้นเคลื่อนไหวลำบาก และยากแก่การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ชนิสฐา เทวินทรภักดี (2540) ให้ความหมายคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คือ คนที่มีความผิดปกติลักษณะทั่วไปของร่างกาย การเคลื่อนไหวมือหรือแขน การเคลื่อนไหวขาหรือลำตัว คือ ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ความผิดปกติของศีรษะใบหน้าคอ หลัง ลำตัว มือ ขา เท้า หรือคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือหรือลำตัว เช่น แขน-ขาขาดเหนือศอก/ใต้ศอก เหนือขา/ใต้ขา ขาขาด มือขาด นิ้วขาด เป็นต้น หรืออาการอัมพาต/อ่อนแรง เช่น อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตของแขนและขา รวมทั้งโรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง และโรคระบบเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ โรคหัวใจ โรคปอดเป็นต้น ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้ โดยแบ่งระดับความผิดปกติของคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความผิดปกติระดับที่ 1 ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้

ความผิดปกติระดับที่ 2 ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้

ความผิดปกติระดับที่ 3 สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา น้อยกว่าสองข้าง

ความผิดปกติระดับที่ 4 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ความผิดปกติระดับที่ 5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

สรุป คนพิการทางการเคลื่อนไหวหมายถึงคนที่มีลักษณะทั่วไปของร่างกายการเคลื่อนไหวของมือ แขน ขาหรือลำตัวที่มีความผิดปกติเห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนคนปกติทั่วไป

ประเภทของความพิการ

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้แบ่งประเภทของความพิการออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. พิการทางการมองเห็น (ตาบอดทั้งสองข้าง)
2. พิการทางการได้ยิน (ใบ้หรือหูหนวกทั้งสองข้างพูดไม่ได้)
3. พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว (แขน/ขาขาดหรือเป็นอัมพาตเดินไม่ได้)
4. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (โรคประสาท ทำร้ายตนเองและผู้อื่น)
5. พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ (มีปัญหาด้านความจำสั้น เรียนรู้ช้ากว่าคนปกติ)

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้ออกกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2537) โดยแบ่งประเภทและหลักเกณฑ์ของความพิการไว้ 5 ประเภท ดังนี้

1. พิการทางการมองเห็นคือ ผู้ที่มีสายตาข้างที่ต่ำกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือผู้ที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา
2. พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย คือ ผู้ที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิร์ตซ์ 1000 เฮิร์ตซ์ หรือ 2000 เฮิร์ตซ์ ในหูข้างที่ต่ำกว่าที่มีความดังเฉลี่ย ดังนี้ 1) เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี เกิน 40 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง 2) คนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียงหรือ เป็นผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับผู้อื่นได้
3. พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คือ ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้หรือผู้ที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาต อ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้
4. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม คือ ผู้ที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น
5. พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ คือ ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางเขาว์ปัญญาจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาแบบคนปกติได้

อย่างไรก็ตาม กระทรวงศึกษาธิการได้พิจารณาเห็นว่าการจำแนกประเภทคนพิการตามกฎหมายกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวไม่ค่อยจะสอดคล้องกับการจัดการศึกษาพิเศษให้คนพิการตามแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล จึงได้จำแนกคนพิการตามความต้องการจำเป็นทางการจัดการศึกษาเป็น 9 ประเภท ดังนี้

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงตาบอดสนิท แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1.1 คนตาบอด หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็นมากจนต้องสอนให้อ่านอักษรเบรลล์ หรือใช้วิธีการฟังเทปหรือแผ่นเสียง หากตรวจวัดความชัดของสายตาข้างดีเมื่อแก้ไขแล้วอยู่ใน

ระดับ 6 ส่วน 60 หรือ 20 ส่วน 200 (20/200) ลงมาจนถึงบอดสนิท (หมายถึง คนตาบอดสามารถมองเห็นวัตถุได้ในระยะห่างน้อยกว่า 6 เมตร หรือ 20 ฟุต ในขณะที่คนปกติสามารถมองเห็นวัตถุเดียวกันได้ในระยะ 60 เมตร หรือ 200 ฟุต) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 20 องศา (หมายถึง สามารถมองเห็นได้กว้างน้อยกว่า 20 องศา)

1.2 คนเห็นเลือนลาง หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็น แต่ยังสามารถอ่านอักษรตัวพิมพ์ที่ขยายใหญ่ได้ หรือต้องใช้แว่นขยายอ่าน หากตรวจวัดความชัดของสายตาข้างดีเมื่อแก้ไขแล้ว อยู่ในระดับระหว่าง 6 ส่วน 18 (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 (20/70) ถึง 6 ส่วน 60 (6/60) หรือ 20 ส่วน 200 (20/200) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินในระดับรุนแรง

2.1 คนหูหนวก หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน ไม่ว่าจะใส่หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟังก็ตาม โดยทั่วไปหากตรวจการได้ยินจะสูญเสียการได้ยิน ประมาณ 90 เดซิเบลขึ้นไป (เดซิเบลเป็นหน่วยวัดความดังของเสียง หมายถึง เมื่อเปรียบเทียบระดับ เริ่มได้ยินเสียงของเด็กปกติ เมื่อเสียงดังไม่เกิน 25 เดซิเบล คนหูหนวกจะเริ่มได้ยินเสียงดังมากกว่า 90 เดซิเบล)

2.2 คนหูตึง หมายถึง คนที่มีการได้ยินเหลืออยู่พอเพียงที่จะรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน โดยทั่วไปจะใส่เครื่องช่วยฟังและหากตรวจการได้ยินจะพบว่ามีการสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 26 เดซิเบล คือ เมื่อเปรียบเทียบระดับเริ่มได้ยินเสียงของเด็กปกติ เมื่อเสียงดัง ไม่เกิน 25 เดซิเบล เด็กหูตึงจะเริ่มได้ยินเสียงที่ดังมากกว่า 26 เดซิเบลขึ้นไปจนถึง 90 เดซิเบล

3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง คนที่มีพัฒนาการช้ากว่าคนปกติทั่วไป เมื่อวัดสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานแล้วมีสติปัญญาดำกว่าบุคคลปกติ และความสามารถ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างน้อย 2 ทักษะหรือมากกว่า เช่น ทักษะการสื่อ ความหมาย ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้สารานุกรมสมบัติ การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในบ้าน การควบคุมตนเอง สุขอนามัยและความปลอดภัย การเรียนวิชาการเพื่อชีวิตประจำวันการใช้เวลาว่าง และการทำงาน ซึ่งลักษณะความบกพร่องทางสติปัญญา จะแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี

4. บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพ หมายถึง คนที่มีอวัยวะไม่สมส่วน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป กระดูกและกล้ามเนื้อพิการ เจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง มีความพิการของระบบประสาท มีความลำบากในการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาศึกษาในสภาพปกติ ทั้งนี้ไม่รวมคนที่มีความบกพร่องทางประสาทสัมผัส ได้แก่ ตาบอด หูหนวก อาจแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

4.1 โรคของระบบประสาท เช่น ซีรีบรัล พัลซี (Cerebral palsy) หรือโรคอัมพาต เนื่องจากสมองพิการ โรคลมชัก มัลติเพิล สเคลอโรซิส (Multiple sclerosis)

4.2 โรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ข้ออักเสบเท้าปุก โรคกระดูกอ่อน โรคอัมพาตกล้ามเนื้อลีบ หรือมัสคิวลาร์ ดิสโทรฟี (Muscular dystrophy) กระดูกสันหลังคด

4.3 การไม่สมประกอบมาแต่กำเนิด เช่น โรคศีรษะโต สไปนา บีฟิดา (Spina bifida) แขนขาดแต่กำเนิด เตี้ยแคระ

4.4 สภาพความพิการและความบกพร่องทางสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ สภาพความพิการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุและโรคติดต่อ เช่น ไฟไหม้ แขนขาขาด โรคโปลิโอ โรคเยื่อสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส และอันตรายจากการคลอด ความบกพร่องทางสุขภาพ เช่น หอบ หืด โรคหัวใจ วัณโรคปอด ปอดอักเสบ

5. บุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หมายถึง คนที่มีความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างในกระบวนการพื้นฐานทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับความเข้าใจหรือการใช้ภาษาอาจเป็นภาษาพูด และ/หรือภาษาเขียน ซึ่งจะมีผลทำให้มีปัญหาในการฟัง การพูด การคิด การอ่าน การเขียน การสะกด หรือการคิดคำนวณ รวมทั้งสภาพความบกพร่องในการรับรู้ สมองได้รับบาดเจ็บ การปฏิบัติงานของสมองสูญเสียไป ซึ่งทำให้มีปัญหาในการอ่าน และมีปัญหาในการเข้าใจภาษา ทั้งนี้ไม่รวมคนที่มีปัญหาทางการเรียนเนื่องจากสภาพบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ปัญญาอ่อน ปัญหาทางอารมณ์ หรือความด้อยโอกาสเนื่องจากสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมหรือเศรษฐกิจ

6. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา หมายถึง คนที่มีความบกพร่องในเรื่องของการออกเสียงพูด เช่น เสียงผิดปกติ อัตราความเร็วและจังหวะการพูดผิดปกติหรือคนที่มีความ

บกพร่องในเรื่องความเข้าใจและหรือการใช้ภาษาพูดารเขียนและหรือระบบสัญลักษณ์อื่นที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งอาจเกี่ยวกับรูปแบบของภาษาเนื้อหาของภาษาและหน้าที่ของภาษา

7. บุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ หมายถึง คนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมาก และปัญหาทางพฤติกรรมนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคมหรือวัฒนธรรม

8. บุคคลออทิสติก หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมอารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองที่ผิดปกติไป และความผิดปกตินี้พบได้ก่อนวัย 30 เดือน และมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความบกพร่องทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร พฤติกรรมและอารมณ์ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้า การใช้วัยยะต่างๆ อย่างประสานสัมพันธ์ การจินตนาการ และมีความสนใจที่สั้น เป็นต้น

9. บุคคลพิการซ้อน หมายถึง คนที่มีสภาพความบกพร่องหรือความพิการมากกว่าหนึ่งประเภทในบุคคลเดียวกัน เช่น คนปัญญาอ่อนที่สูญเสียการได้ยิน เป็นต้น

กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ (2552) ได้กำหนดประเภทความพิการไว้เป็น 6 ประเภท ดังนี้

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงตาบอดสนิท แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ คนตาบอด และคนเห็นเลือนราง

2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ คนหูหนวก คนหูตึง และบุคคลที่บกพร่องทางการสื่อสาร

3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย หมายถึง คนที่มีอวัยวะไม่สมส่วน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป กระดูกและกล้ามเนื้อพิการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง มีความพิการของระบบประสาท มีความลำบากในการเคลื่อนไหว

4. บุคคลที่มีปัญหาทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

4.1 บุคคลที่มีปัญหาทางจิตใจหรือพฤติกรรมหมายถึง ลักษณะความพิการความผิดปกติ ความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

4.2 บุคคลออทิสติก หมายถึง คนที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานของสมองบางส่วนที่ผิดปกติไป

5. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึงบุคคลที่มีพัฒนาการช้ากว่าปกติ ระดับเชาว์สติปัญญาดำกว่าบุคคลทั่วไป

6. บุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องทางสมอง การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

จากการศึกษาประเภทของคนพิการ ผู้วิจัยเห็นว่าการจำแนกประเภทคนพิการของกระทรวงศึกษาธิการซึ่งมีถึง 9 ประเภทนั้น มีความชัดเจนและละเอียดกว่าการจำแนกประเภท คนพิการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเพียง 5 ประเภท และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีเพียง 6 ประเภท การจำแนกประเภทความพิการตามประกาศกระทรวงต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษามุ่งศึกษาวิจัยเฉพาะคนพิการประเภทที่ 3 ซึ่งหมายถึง คนพิการทางด้านร่างกาย หรือคนพิการทางการเคลื่อนไหว เท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ศึกษาจะนำเสนอถึงความหมาย ลักษณะ สาเหตุ และปัญหาที่เกี่ยวข้องในส่วนต่อไป

สาเหตุของความพิการ

อมรรัตน์ รัตนศิริ (2539) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความพิการไว้ดังนี้

1. ความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่

1.1 ปัญญาอ่อน

1.2 ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับเนื้อเยื่อ

1.3 ความผิดปกติที่ไม่ใช่พันธุกรรม เช่น กล้ามเนื้อลีบ

2. โรคติดต่อ ได้แก่

2.1 โปลิโอ

2.2 ต้อกระจก

2.3 โรคเรื้อน

2.4 โรคติดต่ออื่นๆ เช่น วัณโรค

3. โรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ ได้แก่

3.1 อัมพาตที่หลัง

3.2 ข้ออักเสบ

3.3 ความผิดปกติทางประสาทชนิดเรื้อรัง

4. การบาดเจ็บ ได้แก่

4.1 การบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.2 อัมพาตช่วงล่าง หรือช่วงขา กระดูกสันหลัง

4.3 กระดูกแตกหรือหัก

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับหน้าที่จิตใจ

5.1 โรคจิตเภท

5.2 โรคประสาท ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล

6. พิษสุราเรื้อรังและสารเสพติด

7. ขาดสารอาหาร เช่น เป็นโรคตาบอดกลางคืน เพราะขาดวิตามินเอ เป็นต้น

8. ความผิดปกติเนื่องจากวัยชรา

8.1 โรคก่อนวัยชรา และโรคความจำเสื่อม

8.2 อาการผิดปกติทางประสาทเรื้อรัง

8.3 โรคไข้วมาติกเรื้อรัง

นอกจากนี้ กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2542) ยังได้กล่าวถึงสาเหตุของความพิการแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงระยะเวลา คือ

1. ระยะระหว่างตั้งครรภ์ (Prenatal period) คือ ระยะเวลาที่ทารกยังอยู่ในครรภ์มารดา 3 - 6 เดือนแรก สาเหตุความพิการในเด็กมักมีสาเหตุทั้งจากตัวมารดาหรือจากทารกเอง

1.1 สาเหตุจากมารดา โดยเฉพาะเมื่อมารดากำลังตั้งครรภ์ในระยะ 3 - 6 เดือนแรก เนื่องจากในระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงสำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารกเป็นอย่างมาก เพราะเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์กำลังมีการพัฒนาโครงสร้างต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงอวัยวะของร่างกายอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลง หากมีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ในระยะนี้ อาจทำให้ทารกที่คลอดออกมา มีความพิการได้ เช่น มารดามีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด เช่น โรคหัดเยอรมัน โสติดาง ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีภาวะเลือดออกทาง ช่องคลอด เกิดอุบัติเหตุหกล้มตกบันได มีประวัติการใช้ยา สูบบุหรี่ หรือดื่มสุราเป็นประจำ มารดาได้รับสารกัมมันตภาพรังสี หรือสารพิษ จากเหตุผลที่กล่าวมาล้วนเป็นสาเหตุของทารกที่คลอดออกมาแล้วพิการได้

1.2 สาเหตุจากทารก เช่น ทารกได้รับการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรมบางชนิด เช่น โรคกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Muscular dystrophy) โรคกล้ามเนื้อเสื่อมที่พบมากในเด็ก (Duchene muscular dystrophy) โรคเซลล์ประสาทเสื่อม (Werdnig-hoffmann disease Kugelberg-welander syndrome) ภาวะสมองเล็กกว่าปกติ (Microcephaly) มีน้ำคั่งในสมอง (Hydrocephalus) ความเข้ากันไม่ได้ของกลุ่เลือดมารดาและทารก (Blood group incompatibility) ภาวะไขสันหลังฝ่อ (Spinal muscular atrophy) และ โรคข้อยึดติด (Arthrogryposis)

2. ระยะคลอด (Perinatal period) คือ ระยะที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาช่วงระยะระหว่างคลอด จนถึงเมื่อทารกอายุ 1 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งสาเหตุที่พบส่วนใหญ่ คือ การคลอดยากทำให้เด็กขาด

ออกซิเจน คลอดผิดปกติ คลอดก่อนกำหนด รกพันคอ มีไข้สูงหลังคลอดติดเชื้อ ได้รับสารพิษ
อุบัติเหตุ ตัวเหลืองหลังคลอด เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการในเด็กที่พบบ่อย เช่น
โรคสมองพิการ (Cerebral palsy) และเบรเคียลเพลกซ์ซัส (Brachial plexus)

3. ระยะหลังคลอด(Postnatal period) ระยะที่เด็กเจริญเติบโตตั้งแต่อายุ 1 สัปดาห์ เป็นต้นไป
ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนี้อาจมีสาเหตุที่ทำให้เด็กมีความพิการที่แตกต่างกันออกไปหลาย
ประการ เช่น

3.1 การติดเชื้อ เช่น สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อไขสันหลัง โปลิโอ

3.2 การได้รับอุบัติเหตุ เช่น ทางรถยนต์จักรยานยนต์ตกจากที่สูง ไฟไหม้ ถูกสารพิษ
อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายไปหรือใช้การไม่ได้อุบัติเหตุ
ที่ทำให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน เกิดเลือดออกและคั่งในสมอง

3.3 การขาดสารอาหาร เช่น มีฐานะยากจน ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวขาดแคลน
ปัจจัยในการซื้อของให้บุตร

3.4 เนื้องอก เช่น เนื้องอกในสมองหรือเนื้องอกของกล้ามเนื้อหรือกระดูกของแขนขา
ซึ่งเนื้องอกดังกล่าวอาจจะไปทำลายเนื้อสมอง กล้ามเนื้อและหรือกระดูกทำให้เกิด ความผิดปกติ
การมีเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่กระดูก และหรือกล้ามเนื้อ อาจทำให้ร่างกายส่วนนั้นต้องถูกตัดออกไป
เกิดความพิการแขนขาด้าน เนื้องอกชนิดที่ไม่ร้ายแรง แต่มีก้อนขนาดใหญ่ อาจกดทับเส้นประสาท
หรือเบียดกล้ามเนื้อ ทำให้การทำหน้าที่เสื่อมไป เป็นต้น

3.5 การได้รับสารพิษ เช่น สารหนู สารตะกั่ว และยาฆ่าแมลง ทำให้เกิดความผิดปกติ
เช่น โรคพิษตะกั่วที่มีผลต่อระบบประสาทและสมอง(Lead polyneuropathy หรือ Lead encephalopathy)

จะเห็นว่าเด็กพิการทางกายและทางการเคลื่อนไหวมีหลายประเภทและหลายระดับ ตั้งแต่
ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้รวมทั้งมีลักษณะความพิการในอวัยวะที่แตกต่าง
กันและมีสาเหตุความพิการที่แตกต่างกันไปอย่างไรก็ตามแม้เด็กพิการเหล่านี้ไม่สามารถเคลื่อนไหว
หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้เท่ากับเด็กปกติ แต่เด็กพิการก็ควรจะได้รับเลี้ยงดู การดูแลรักษา การ
ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามศักยภาพและตามวัย เนื่องจากเด็ก

พิจารณาได้ว่า เป็นทรัพยากรบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญ หากเด็กกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และทัดเทียมกับเด็กปกติในด้านต่างๆ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมความสามารถตามศักยภาพ ที่เหลืออยู่ก็จะส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตัวเด็กและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเด็ก จะสามารถมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย มีโอกาสศึกษาเล่าเรียน และนำความรู้ที่ได้มาหาเลี้ยงชีพตนเอง โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในสังคม

สาเหตุของความพิการทางการเคลื่อนไหว

สุกัญญา ศรีปรัชญานันต์ และคณะ (2535) กล่าวถึง ความพิการทางด้านร่างกายเกิดจาก หลายสาเหตุ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. โรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ รวมไปถึงการเจ็บป่วยอื่นๆ ได้แก่ โรคโปลิโอ ความพิการแต่กำเนิด โรคของระบบประสาท เป็นต้น
2. อุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะและโครงสร้างของร่างกายผิดปกติไป เช่น แขน ขา ขาด หลังโกง คอเอียง ข้อแขนหรือขา มีความผิดปกติทางรูปร่างและยึดติด เป็นต้น
3. การขาดสารอาหารหมู่ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและการสร้างพลังงานของ ร่างกายทำให้เกิดโรคขาดอาหาร โดยมีผลทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตตามปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สดผิดปกติ และเข่ามีปัญหาต่ำลง
4. การได้รับสารพิษทางอาหาร อากาศ น้ำ และยาที่มารดารับประทานในระยะตั้งครรภ์ มีผลทำให้ทารกที่เกิดมามีความผิดปกติทางสมองหรือทางโครงสร้างของร่างกาย มีผลทำให้เกิด ความผิดปกติเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย
5. ความชราของผู้สูงอายุ หรืออาจเกิดจากโรคและความเสื่อมของข้อเข่า ข้อสะโพกกระดูก สันหลังจึงมีผลทำให้การเคลื่อนไหวได้ลำบาก หรือเกิดการเจ็บปวดทรมาน

ความพิการทางร่างกายหรือสุขภาพมีสาเหตุที่พบได้บ่อย ดังนี้ (พวงแก้ว กิจธรรม, 2548)

1. โรคทางพันธุกรรม เช่น ภาวะโรคไขสันหลังฝ่อ กล้ามเนื้อพิการ โรคกระดูกอ่อนหักง่าย โรคข้อติดยึด เป็นต้น

2. ความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์เช่น ขณะตั้งครรภ์มารดาได้รับอุบัติเหตุเจ็บป่วย เกิดภาวะทุโภชนาการ ได้รับยา แสงกัมมันตภาพรังสี หรือสารพิษที่ทำให้การเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของทารกผิดปกติ

3. ความผิดปกติระหว่างคลอด เช่น คลอดยาก ใช้เครื่องช่วยคลอดคลอดทำผิดปกติคลอดก่อนหรือหลังกำหนด ผ่าตัดคลอด ได้รับบาดเจ็บระหว่างคลอด เป็นต้น

4. อุบัติเหตุ การบาดเจ็บที่เกิดกับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งจากไขสันหลัง หรือสมอง

5. การเจ็บป่วย อักเสบ หรือติดเชื้อ เช่น โรคข้ออักเสบ โรคโปลิโอ โรคสมองอักเสบ โรคหัวใจ โรคเนื้องอกในสมอง โรคไต โรคหอบ โรคเลือด โรคเอดส์ เป็นต้น

ทั้งนี้ ความพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวมีอาการแสดงออกดังนี้ (สุกัญญา ศรีปรัชญานันต์ และคณะ, 2535) ดังนี้

1. ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือมีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ลำบากของแขน ขา และลำตัว
2. ลักษณะการเคลื่อนไหวต่างจากบุคคลทั่วไป โดยอาจเกิดจากความพิการบางส่วนจากร่างกายรวมถึงพิสัยของการเคลื่อนไหวของแขนและขาต่างจากคนปกติ
3. มีการขาดหายไปของแขนหรือขาซึ่งอาจจะขาดบางส่วนหรือทั้งหมดทำให้การเคลื่อนไหวทำได้ลำบาก
4. กล้ามเนื้อของลำตัว แขน ขา บางแห่งหรือหลายแห่ง ลิบเล็กและไม่มีกำลังอย่างคนปกติ รวมทั้งอาจมีการสูญเสียความรู้สึกสัมผัสร่วมอยู่ด้วย
5. ข้อต่อกระดูกของส่วนต่างๆ ในร่างกาย มีอาการเจ็บปวดหรือยึดติด จึงทำให้เคลื่อนไหวลำบาก
6. ในเด็กเล็กจะมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ เช่น เด็กอายุ 1 ปี แต่ไม่สามารถนั่งและทรงตัวได้

7. ไม่สามารถนั่ง ยืน เดินได้ด้วยตนเอง

8. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว รวมไปถึงการดูแลควบคุมการขับถ่าย

ผลกระทบจากความพิการ

ผลกระทบต่างๆ ในการดำรงชีวิตของคนพิการนั้นมีหลายด้านด้วยกัน ทั้งด้านครอบครัว จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความพิการ การได้รับบริการด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและประสิทธิภาพของการให้บริการ จะส่งผลกระทบต่อคนพิการดังที่หลายคนกล่าวไว้ดังนี้

กิตติยา รัตนกร (2531) กล่าวว่า คนพิการไม่ว่าจะเกิดในลักษณะใดก็ตาม ทั้งที่พิการแต่กำเนิด พิการภายหลัง พิการเพียงเล็กน้อย พิการมาก ฯลฯ ผลที่เกิดขึ้นจากความพิการนั้นไม่เพียงแต่จะส่งผลให้เฉพาะคนพิการเท่านั้น แต่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติย่อมได้รับผลกระทบเหล่านั้นด้วย ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ทำให้เสียบุคลิกภาพ และข้อจำกัดทางร่างกายยังเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ ผลทางด้านจิตใจจะปรากฏให้เห็นได้หลายประการ ทั้งนี้ เกี่ยวเนื่องจากสภาพความพิการทางกาย หรือเกี่ยวเนื่องจากทัศนคติของสังคมที่มีต่อคนพิการ เช่น

2.1 ผลของความพิการส่งผลต่อจิตใจ เช่น ท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย อับอาย เครียด คิดมาก หวาดระแวง ขาดความเชื่อมั่น มองผู้อื่นในแง่ร้าย อ่อนแอ เรียกร้อง ปวดร้าว เศร้าใจ น้อยใจ ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้คนพิการมีพฤติกรรมผิดไปจากปกติ เช่น แยกตัว หลีกเลียงหลบหนี ขณะเดียวกันปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากความเครียดยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร ลำไส้ใหญ่อักเสบ

2.2 ผลเกี่ยวเนื่องจากทัศนคติของสังคมที่มีต่อคนพิการ ทั้งนี้จากการศึกษาทัศนคติของสังคมต่อคนพิการพบว่า มีผลต่อการปรับตัวของคนพิการไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกหรือท่าทีที่คนปกติแสดงต่อคนพิการ

3. ด้านสังคม คนพิการนอกจากปรับตัวให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลง ความสูญเสียของร่างกายแล้วยังต้องปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคม แต่ข้อจำกัดทางร่างกายและทัศนคติที่คนพิการมีต่อตนเอง และทัศนคติของสังคมที่มีต่อคนพิการ ย่อมมีผลทำให้คนพิการแยกตัวออกจากสังคมไปดำเนินชีวิตอีกแบบหนึ่ง มีฐานะทางสังคมที่แปลกออกไปเหมือนชนกลุ่มน้อย

4. ด้านเศรษฐกิจ มีการเพิ่มรายจ่ายในการรักษาพยาบาล และมีรายได้ที่ลดลง เพราะความพิการทำให้ต้องออกจากที่ทำงาน ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เต็มที่

5. ด้านครอบครัว เป็นการเพิ่มภาระให้ครอบครัว เพิ่มภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลครอบครัว ที่จะต้องดูแลช่วยเหลือ และความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ราบรื่น

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2549) กล่าวว่า ผลกระทบต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น คือ อายุ 12-20 ปี ร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ สังคมเพื่อนมีอิทธิพลต่อคนพิการที่จะค้นหาตัวเอง กรอบความคิดกว้างและลึก ทั้งเชิงนามธรรมและเชิงวิทยาศาสตร์ ช่วงนี้อาจเกิดช่องว่างระหว่างวัยกับผู้ปกครอง

วราภรณ์ ชันธิ์เขียว (2551) กล่าวว่า ผลกระทบต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น คือ สภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือตนเอง การพบปะพูดคุยสื่อสารหรือแม้แต่การเดินทาง จึงอาจมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน เนื่องจากคนพิการ วัยนี้เป็นวัยที่ต้องอยู่ในโรงเรียนและในสังคมที่กว้างขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือโรงเรียนไม่ทันเพื่อนหรือพี่น้อง เนื่องจากข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวอาจทำให้เขาเผชิญกับความเครียดที่สามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและบุคลิกภาพทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลงได้

จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีรายได้น้อย ฐานะยากจน อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีปัญหาในการ

เดินทางไปรับบริการ เนื่องจากขาดแคลนปัจจัยด้านการเงิน บางรายอยู่ในพื้นที่ห่างไกลการไปรับบริการไม่สะดวก นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ไม่มีบุคลากรเฉพาะทางจึงมีความจำเป็นต้องเดินทางไปพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่โรงพยาบาลจังหวัด ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดปัญหาต่อเด็กพิการและครอบครัว เพราะนอกจากครอบครัวจะขาดแคลนปัจจัยด้านการเงินแล้ว บิดามารดาหรือผู้ปกครองยังเห็นว่าเป็นการเสียเวลาหาเลี้ยงชีพและขาดแรงงานในครอบครัวการเดินทางระยะไกลเพื่อไปพบแพทย์เฉพาะทางหลายครั้งทำให้ครอบครัวซึ่งมีฐานะยากจน รายได้น้อยเกิดความเบื่อหน่าย จึงปล่อยความพิการให้เป็นไปตามยถากรรม แม้ว่าเด็กจะได้รับการรักษาฟรีโดยการใช้สิทธิบัตรคนพิการหรือบัตรทองก็ตาม บ้างมีความเห็นว่าการบำบัดฟื้นฟูหรือการมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการไม่ได้ช่วยให้คนพิการดีขึ้นแต่อย่างใด จึงทำให้ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเฉพาะทาง บิดามารดาหรือผู้ปกครองคนพิการวัยรุ่นและวัยรุ่นที่พิการทางการเคลื่อนไหวบางรายได้รับการแนะนำจากทีมฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาบำบัดเองที่บ้าน แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีเวลา และบางรายก็ไม่ได้รับคำแนะนำใดๆ แต่หากคนพิการมีความเจ็บป่วย บิดามารดาหรือผู้ปกครองจะพาคนพิการไปรักษาที่สถานีนอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชนเป็นครั้งคราวไปเท่านั้น

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ทุกด้านนั้นมีผลกระทบต่อจิตใจคนพิการและครอบครัวโดยตรงและมีผลต่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอีกด้วย เนื่องจากคนพิการที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจนขาดทั้งอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพราะว่าสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานหาเงิน ไม่มีเวลา คุณภาพชีวิตในครอบครัวของคนพิการจึงลดต่ำลง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นเป้าหมายของทุกคนที่ต้องการซึ่งแต่ละคนมีการตัดสินใจเลือกที่เหมือนหรือแตกต่างกัน บางคนอาจเน้นเรื่องสภาพความเป็นอยู่ ฐานะทางสังคม ฐานะทางการเงิน แต่บางคนเน้นชีวิตที่เป็นสุขมีการตอบสนองด้านจิตใจชีวิตที่เรียบง่าย คุณภาพชีวิตจึงไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัวคุณภาพชีวิตจึงมีผู้ให้ความหมายหลากหลาย ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมาย คำว่า คุณภาพชีวิต โดยแยกความหมายและประกอบคำว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

ส่วน ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตายโดยมิได้กล่าวความหมายโดยรวม กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

ปกรณ วชิรกุล (2541) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อันเกิดจากการที่ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยมของสังคม

วสุธร ต้นวัฒนกุล (2542) ได้กล่าวถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตว่าเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เนื่องจากสุขภาพอนามัยจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญอันดับแรกของปัจเจกบุคคล และได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมนั้นๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ โดยมีเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่ต้องบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

พิงพิศ ศรีสืบ (2543) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในเด็กพิการว่าหมายถึงความสามารถของการกระทำกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การเคลื่อนไหว การสื่อความหมาย การแสดงออกทางอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเรียนรู้

คณะกรรมการบริหารวิชาบูรณาการ (2545) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตของมนุษย์ว่า จะคงอยู่ได้ยาวนาน จำเป็นต้องดูแลสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสังคมให้อยู่ในสภาพดีตลอดเวลา “มนุษย์” และ “สิ่งแวดล้อม” มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก

สุชาติ โสมประยูร และคณะ (2546) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่ามีความเกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ ถือได้ว่าสุขภาพคือคุณภาพอย่างหนึ่งของชีวิต หรือรวมเรียกว่า สุขภาพชีวิต สุขภาพเป็นองค์รวมหนึ่งเดียว แต่สามารถพิจารณาแยกได้เป็น สุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยที่สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความเจริญเติบโตและการสมกับวัยสะอาด แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคหรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี ในส่วน

สุขภาพจิต หมายถึงความสามารถในการปรับตัวของคนเราให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งสถานการณ์ในอดีตและอนาคตด้วย

ครุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2549) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ การให้คุณค่า หรือความหมายของบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจหรือความผาสุกต่อความต้องการของตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย และสังคมบนสภาวะที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

Slotte *et al.* (1991) กล่าวถึง ความหมายของคุณภาพชีวิตว่ามีความหมายในด้ำนนามธรรม หรือการวัดในเชิงจิตวิสัยของบุคคลในด้ำนประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งในความหมายที่กว้างออกไปนั้น ความคิดด้ำนคุณภาพชีวิตสามารถกำหนดขอบเขตและวัดคุณลักษณะต่างๆ ออกมาได้ซึ่งสามารถให้คะแนนจากแนวคิดหลักของคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดไว้ซึ่งสามารถวัดได้จากสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลาหนึ่ง ส่วนแนวคิดอื่นที่แตกต่างออกไปในการที่มี การวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ตามแนวคิดของแต่ละบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ยากในการวัดคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลเนื่องจากมีแนวความคิดที่แตกต่างกันออกไปและเชื่อว่า คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีหรือสวัสดิการทางด้านสังคมมีมุมมองมิติทั้งในด้ำนจิตวิสัยและวัตถุวิสัย

WHO (1994) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตว่า (Quality of life) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการด้ำนต่างๆ

Devinsky (1995) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ความรู้สึกต่อคุณค่าของตนเอง สัมพันธภาพของตนเองกับครอบครัว และการทำกิจวัตรประจำวัน

Bloom, Craig, and Malaney (2001) ได้พยายามให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตแต่นับว่าเป็นสิ่งที่ยากในการให้คำจำกัดความบางครั้งมีการใช้คำอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกันเช่น ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินชีวิตที่ดี (Living well) และการปฏิบัติในทางที่ดี (Doing well) แต่การนิยามความหมายนี้ไม่ตรงกับความต้องการที่คือ ความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้ มีความหมายมากกว่ารายได้เพียงอย่างเดียว ยังรวมถึงสุขภาพ การศึกษา ความมีอิสระในระบอบการเมือง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสถานภาพของผู้หญิงในสังคม

Orem (2001) กล่าวว่าไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความสุข (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

Power, Bullinger, and the WHOQOL Group (2002) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การบรรลุศักยภาพที่แท้จริงแห่งตน (Self actualization) ความมีอิสระจากความต้องการ โดยมีเป้าหมายหน้าที่การทำงานที่สมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเป็นอยู่ที่ดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บและความเจ็บป่วย

กล่าวโดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ถึงความผาสุก มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมอย่างมีความหมาย มีสิทธิเสรีภาพ และไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงชีวิตโดยรวมเกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมในด้านต่างๆ การวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างทั้งระดับมหภาค ระดับปัจเจกบุคคล และการวัดในลักษณะวัดตัวชี้หรือในเชิงจิตวิสัย การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้มีผู้ศึกษาไว้หลากหลายดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1996) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านร่างกาย เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย พลังงาน ความอ่อนล้าและการนอนหลับพักผ่อน
2. ด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ความคิด การเรียนรู้ ความทรงจำ ความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกลักษณะ และภาพลักษณ์
3. ด้านระดับการพึ่งพา เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันการพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์กับสังคม เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ การสนับสนุนจากสังคม และกิจกรรมทางเพศ

5. ด้านสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสุขภาพกายสิ่งแวดล้อมของครอบครัว แหล่งการเงิน การดูแลด้านสุขภาพและสังคม โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและทักษะต่างๆ การพักผ่อนหย่อนใจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการคมนาคม

6. ด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับการนับถือศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล

คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (2549) ได้ทำการศึกษา โดยวัดผ่านคุณภาพชีวิตประชาชนชาวไทยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 -2554) เรียกว่า ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การมีสุขภาพดี เกี่ยวข้องกับการอนามัยแม่และเด็ก การรับประทานอาหารเหมาะสม การไ้ชยา การออกกำลังกายและการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. การมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเหมาะสม เกี่ยวข้องกับการมีบ้านที่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำดื่ม น้ำใช้เพียงพอ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

3. การได้รับการศึกษา เกี่ยวข้องกับการได้รับการเลี้ยงดู การส่งเสริมการเรียนรู้ได้รับการศึกษาภาคบังคับ การได้รับข่าวสารที่มีประโยชน์

4. การมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ การมีรายได้สม่ำเสมอ และการมีเงินออมในครัวเรือน

5. การปลูกฝังค่านิยมในไทย เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย การนับถือศาสนา ครอบครัวอบอุ่นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

6. การมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวม การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง และการอนุรักษ์ทรัพยากรเพื่อชุมชน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(2549) ได้กำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐาน การให้บริการคนพิการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ปัจจัยขั้นพื้นฐานการดำรงชีวิต
2. สุขภาพอนามัย
3. การเข้าถึงบริการการฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสวัสดิการ
4. การศึกษา
5. อาชีพ
6. นันทนาการและกีฬา
7. วัฒนธรรม
8. การมีสิทธิและใช้สิทธิ
9. การเมือง
10. การมีส่วนร่วม

สุภางค์ จันทวานิชและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและสังคมโดยแบ่งออกเป็น 9 มิติ คือ ด้านเศรษฐกิจด้านสังคมด้านการศึกษาด้านสาธารณสุขด้านการเมืองการปกครองด้านประชากร ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านคุณธรรมจริยธรรม และด้านการพึ่งตนเอง

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง ผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผล ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถ ในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ ถึงความสามารถในการทำงานการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพบ้านเรือน มลพิษทางอากาศ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

วันเพ็ญ วรวิทธา (2544) ได้จำแนกไว้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านความเครียด และด้านสิ่งแวดล้อม

ศุมาลี สันติพลวุฒิ และคณะ (2545) ได้สรุปคุณภาพชีวิตว่า มีองค์ประกอบ 4 ด้าน และในองค์ประกอบแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านความจำเป็นพื้นฐาน คือ สิ่งที่สนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันให้แก่ประชาชน ได้แก่ รายได้ ที่อยู่อาศัย และสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ เป็นต้น

2. คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ คือ สิ่งที่สนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนที่นอกเหนือจากความจำเป็นพื้นฐานในข้อที่หนึ่ง ได้แก่ การมีงานทำ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี และมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เป็นต้น

3. คุณภาพชีวิตด้านโอกาสในการดำรงชีวิต คือ สิ่งที่สนับสนุนให้มีการปรับปรุงการดำรงชีวิตประจำวัน และชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การศึกษา การคมนาคมขนส่ง การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น

4. คุณภาพชีวิตด้านความสะดวกสบายของชีวิต คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ มีการนันทนาการ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีส่วนร่วมทางด้านประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน เป็นต้น

วันเพ็ญ วอกลาง (2546) ได้กำหนดการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในเมืองประกอบด้วย 13 มิติ ได้แก่

1. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน
2. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของชุมชน
3. คุณภาพชีวิตด้านสาธารณูปโภค
4. คุณภาพชีวิตด้านการรับข่าวสารข้อมูล
5. คุณภาพชีวิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจ
6. คุณภาพชีวิตด้านสังคม
7. คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน
8. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว
9. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
10. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต
11. คุณภาพชีวิตด้านสติปัญญา
12. คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัย
13. คุณภาพชีวิตโดยรวม

สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตความสัมพันธ์แต่ละด้านได้ ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวคือ การดำรงชีวิตของคนพิการเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีรักใคร่ผูกพันช่วยเหลือกันในครอบครัว ได้รับความอบอุ่นจากบิดามารดา ก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้อย่างมีความสุข เมื่อพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การให้ความรักความอบอุ่นแก่คนพิกาก็จะทำให้คนพิการมีความมั่นคงในจิตใจ มี

สุขภาพจิตดี ไม่ว่าเขาจะเผชิญอยู่ในสถานการณ์หรือพบปัญหาอุปสรรคอะไร เขาก็รู้จักปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นได้

คุณภาพชีวิตด้านสังคม คือ การที่คนพิการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องและสื่อสารกันในสังคมชีวิตประจำวัน เพื่อให้เข้าถึงทรัพยากรต่างๆ รับรู้ถึงการเป็นผู้รับและผู้ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ คือ คนพิการที่เกิดมาในครอบครัวที่ยากจน บิดาและมารดาสามารถทำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นตามต้นแบบที่มีอยู่ เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้กับลูกที่พิการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับอุปกรณ์ที่มีราคาแพง

ทฤษฎีคุณภาพชีวิต

การศึกษาคุณภาพชีวิต สามารถศึกษาได้หลายด้าน ทั้งในด้านของสิ่งแวดล้อม การศึกษาอนามัย และเศรษฐกิจ ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยคุณภาพชีวิตนั้นส่วนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในแหล่งทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์นั้น คาดว่าประชากรน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าประชากรที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อม นอกจากด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพแล้วคุณภาพชีวิตยังมีมุมมองด้านความรู้สึภายในตัวบุคคลที่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลอีกด้วย

คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน นับเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในประชากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมนับเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นความปรารถนาของประชากรในทุกกลุ่มเช่นกันที่ต้องการมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี คุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องทำความเข้าใจและส่งเสริมพัฒนาให้เกิดขึ้นแก่ประชากรทุกคนอย่างเท่าเทียม ถึงแม้เป้าหมายการพัฒนานี้จะชัดเจนแต่แนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างชัดเจนนับเป็นเรื่องยาก เพราะการกำหนดนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องยาก มีหลากหลายมุมมองทั้งในด้านรูปธรรม เช่น ระบบสาธารณสุข โภค สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านนามธรรมหรือด้านจิตใจ เช่น ความพึงพอใจของบุคคลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ถึงความผาสุก และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

เกลิมขวัญ สิงห์วี (2548) กล่าวว่า แนวคิดของ Aristotle ที่สำคัญหลายอย่างตรงกับแนวคิดในเรื่องคุณภาพชีวิตสมัยใหม่ สิ่งที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งก็คือความแตกต่างระหว่างเงื่อนไขสำหรับ Eudaimonia กับตัว Eudaimonia เอง ในยุคใหม่นั้นเราต้องแยกออกให้ชัดเจนในเรื่องความสุข (Happiness) กับเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความสุข (Conditions for happiness) และระหว่างคุณภาพชีวิตกับเงื่อนไขของคุณภาพชีวิต (Conditions for quality of life) Aristotle ยังแบ่งความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างเงื่อนไขภายในและภายนอกสำหรับ Eudaimonia ความสุขของความเป็นมนุษย์ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยภายในและปัจจัยด้านสุขภาพทางหนึ่งกับสภาพแวดล้อมภายนอกและปัจจัยด้านวัฒนธรรมอีกทางหนึ่ง การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีเหตุมีผลและมีศีลธรรมเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่ความสุข

การดำรงอยู่ของมนุษย์นั้นต้องมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของความเป็นมนุษย์ ชีวิตที่ดี (Good life) คือ การปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ชีวิตที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่สุดตามแนวทางที่เป็นไปได้ ดังนั้น Eudaimonia คือ ความสุขในความรู้สึกรักของ Aristotle นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อคนได้ปฏิบัติหน้าที่ที่เจาะจงตามบทบาทหน้าที่ของตัวเองได้ดีที่สุดตามแนวทางที่เป็นไปได้

แนวคิดทฤษฎีเรื่องความต้องการของมนุษย์ของมาส โลว์ (1954) อ้างถึงใน สุชาติ โสมประยูร และ สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2546) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 มนุษย์มีความต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางร่างกายของมนุษย์เช่น มีที่อยู่อาศัย อาหารรับประทาน มียารักษาโรคมีเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น ถ้าความต้องการในระดับนี้ยังได้รับการตอบสนองไม่พอเพียง ลำดับอื่นก็จะเกิดได้ยาก

ระดับที่ 2 ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง ส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่เป็นนามธรรม การรักษาทรัพย์สิน ความปลอดภัยในชีวิต ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความกลัวจนถึงขั้นหวาดวิตก

ระดับที่ 3 ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ เช่น การได้รับห่วงใย ความรักจากครอบครัว ผู้คนในสังคม ความรู้สึกว่าตนมีชาติตระกูล ขณะเดียวกันก็ยอมรับ ห่วงใย เกื้อกูลคนอื่นตอบเช่นกัน

ระดับที่ 4 ความต้องการความยกย่องนับถือและความสุนทรีย์ในชีวิต ความต้องการมีศักดิ์ศรี
เกียรติยศ การยกย่องเชิดชู

ระดับที่ 5 ความต้องการพัฒนาศักยภาพแห่งตน เพื่อตระหนักรู้ความสามารถของตนกับ
การประพุดติ ปฏิบัติตนตามความสามารถโดยมุ่งประโยชน์ของบุคคลอื่นและสังคมส่วนรวมเป็น
สำคัญ

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว สรุปได้ว่า มนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นทุนที่สำคัญ
อย่างหนึ่งในการพัฒนาประเทศ ความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์ได้เริ่มตั้งแต่
ปฏิสนธิ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่ามนุษย์มีความต้องการ นอกจากนี้ การมุ่งเน้นให้มนุษย์มีการปฏิบัติตาม
บทบาทหน้าที่ของความเป็นมนุษย์ก็เพื่อการมีชีวิตที่ดีหรือการมีความสุข นั่นเอง จากที่กล่าวมา
ข้างต้น การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีเหตุมีผล และมีศีลธรรมเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่
ความสุข คือ การมีคุณภาพชีวิตของมนุษย์โดยสมบูรณ์

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและฟื้นฟู เพื่อให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายสามารถ
กลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นการให้บริการด้าน
การฟื้นฟูแก่คนพิการหรือผู้ป่วยที่สูญเสียสมรรถภาพนั้นๆ ซึ่งอาจจะผ่านทางกายหรือทางจิตใจตาม
ความเหมาะสมกับสภาพของคนพิการหรือผู้ป่วย เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคม
อย่างมีความสุขพอสมควรตามอัธยาศัยทั้งร่างกายและจิตใจ ดังมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1994 อ้างใน กองวิชาการและแผนงาน กรมประชาสัมพันธ์, 2538)
ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่าเป็นกระบวนการช่วยคนพิการให้สามารถ
ป้องกันเพื่อมิให้ความพิการกลายเป็นสิ่งถาวรและเป็นการช่วยให้คนพิการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ
ที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความพิการของตนเอง

เบญญา ชลธารันนท์ (2542 อ้างใน สภาสงเคราะห์แห่งประเทศไทย 2542) ได้ให้ความหมาย
การฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ รูปแบบหรือโปรแกรมที่เป็นผลรวม และผสมผสานวิธีการช่วยเหลือทั้ง

ทางด้านการแพทย์ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอาชีพ เพื่อที่จะทำให้คนพิการบรรลุผลสำเร็จในชีวิตของตนเองอยู่ในสังคมได้อย่างมีความหมายและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจิตรา พุนพิพิธธรรม(2547) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพว่าหมายถึง การแก้ไขข้อบกพร่องที่ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ การทำงาน การดำรงชีวิตในสังคมที่เสียไปกลับคืนสู่สภาวะปกติหรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (2550) ให้ความหมาย “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

ทวี เชื้อสุวรรณทวี (2551) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง แบบแผนการบริการคนพิการที่เป็นองค์รวมและบูรณาการทางด้านการแพทย์ กายภาพ จิตสังคมและอาชีพ ที่ช่วยเสริมพลังอำนาจแก่คนพิการให้เต็มเต็มความเป็นบุคคล มีคุณค่าทางสังคมและสามารถดำรงอยู่มีปฏิสัมพันธ์อย่างเต็มศักยภาพในสังคมโลก

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (1973 อ้างถึงใน สุพัตรา เหลี่ยมวรารุณ, 2540) ให้คำนิยามการฟื้นฟูสมรรถภาพว่ามี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือ การใช้มาตรการทางการแพทย์ทุกอย่าง เพื่อให้คนพิการกลับคืนสู่สภาพโดยเร็วที่สุด
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในแง่สังคมสงเคราะห์ คือ การปรับสภาพคนพิการให้กลับคืนไปสู่การใช้ประโยชน์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม ทางเศรษฐกิจและอาชีพอย่างสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้

องค์การสหประชาชาติ(1977 อ้างใน สุพัตรา เหลี่ยมวรารุณ, 2540) ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพว่า เป็นกระบวนการเกี่ยวกับความจริงซึ่งคนพิการปรับอารมณ์ สังคม และสภาพร่างกายเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง

Randall M., Parker, *et al.*, (1981 อ้างใน สุพัตรา เหลี่ยมวรางกูร, 2540) ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพว่า การสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถด้านต่าง ๆ ของคนพิการทั้งทางร่างกาย จิตใจ การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการปรับตัวด้านสังคมให้กลับคืนสู่สภาพที่ดีขึ้น เพื่อสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึงการเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถด้านต่าง ๆ ของผู้ที่มีสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายหรือจิตใจ ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับคนปกติได้ด้วยกระบวนการหรือวิธีต่างๆ ป้องกันมิให้ความพิการกลายเป็นสิ่งถาวรเท่าที่จะทำได้ การสนับสนุนการให้บริการทางด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านจิตใจ และสังคมและสภาวะทางเศรษฐกิจให้กลับคืนสู่ปกติ หรือใกล้เคียงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้พิการเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตเทียบเท่าคนปกติ

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ได้นำแนวคิดหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (Community - Based – Rehabilitation: CBR) มาเป็นข้อมูลในการสร้างคู่มือโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์โดยมีระบบงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้วย องค์ประกอบดังนี้ (เดชวัน ผาติสุวัน และคณะ, 2534)

องค์ประกอบที่ 1 คือ มีเทคโนโลยีในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกประเภท เพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างทั่วถึง เช่น ในประเทศไทยมีการแปลและเรียบเรียงจากหนังสือคู่มือ “การฝึกคนพิการในชุมชน ขององค์การอนามัยโลกโดยมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกในครอบครัวรู้ถึงวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

องค์ประกอบที่ 2 คือ มีระบบการให้บริการซึ่งเป็นการกำหนดตัวบุคคลและกิจกรรมที่จะต้องทำในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน โดยให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและตามความเหมาะสม เช่น การกำหนดบุคคลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้นิเทศงานบุคลากร

องค์ประกอบที่ 3 คือ ควรมีระบบที่ชุมชนมีส่วนร่วม และการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น เพื่อให้งานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสามารถคงอยู่และขยายได้ต่อไป

องค์ประกอบที่ 4 คือ ความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อให้งานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนสามารถดำเนินต่อไปได้โดยผู้ที่เหมาะสม

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้กำหนดมาตรฐาน โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (กลุ่มการส่งเสริมศักยภาพคนพิการ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2549)

1. การสนับสนุนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคมเพื่อให้คนพิการเกิดการพึ่งตนเอง
2. การสนับสนุนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอนโดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการและการติดตามประเมินผล
3. การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. การดำเนินการโดยคนในชุมชน หน่วยงานภายนอกเป็นผู้ให้องค์ความรู้ให้การสนับสนุนและประสานงานให้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
5. การดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนโดยอยู่บนพื้นฐานของสิทธิ โอกาส ความเสมอภาคแก่คนพิการ
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนโดยการสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเน้นที่ผู้ดูแลหลักและคนพิการ

ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวคือการช่วยเหลือและเสริมสร้างสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวหรือเสริมสร้างความสามารถคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้สามารถ

ทำกิจวัตรหลักประจำวันได้ด้วยตนเองและมีความสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยอาศัยวิถีทางการแพทย์ทางการศึกษาทางอาชีพและทางสังคมโดยให้มีความเท่าเทียมกันในสังคม อีกทั้งคนพิการ ครอบครัวและชุมชนควรมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในการระดับวางแผน การดำเนินงาน โดยการร่วมคิดร่วมทำและมีการประสานงานกัน เพื่อให้คนพิการสามารถทำกิจวัตรด้วยตนเองและมีความสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข (WHO, 2004)

ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความสำคัญ คือ

1. คนพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคม จึงทำให้มีผลต่อเศรษฐกิจของชาติ
2. เป็นการรักษาพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ที่สมบูรณ์ และมีคุณค่าที่จะเป็นกำลังของประเทศชาติต่อไป
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพช่วยป้องกันการพิการ ลดความพิการและความรุนแรงของโรคลง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติเร็วขึ้น เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและประหยัดทรัพยากรของชาติที่สูญเสียไป

ลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ลักษณะของการฟื้นฟูสมรรถภาพแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แบ่งตามลักษณะการบริการออกเป็น 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

1.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการ (Institution based rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการที่มีบุคลากรที่ผ่านการศึกษา หรืออบรมเกี่ยวกับงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมเช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหวในโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยกลุ่มเวชกรรมฟื้นฟูการศึกษาพิเศษเฉพาะคนหูหนวก ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการตามศูนย์ต่างๆ การให้บริการในสถานบริการนี้มีข้อจำกัดที่ว่าคนพิการถูก

แยกจากครอบครัวและสังคมซึ่งเกิดผลกระทบต่อจิตใจของคนพิการ ขณะเดียวกันครอบครัวและสังคมขาดการเตรียมรับคนพิการกลับมาอยู่ร่วมด้วย และยังใช้งบประมาณในการจัดตั้งดำเนินการสูง ทำให้มีบริการด้านนี้ เฉพาะในส่วนกลางระดับภาคหรือระดับจังหวัดเท่านั้น

1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพนอกสถานบริการ (Outreach extended rehabilitation) คือ การจัดบริการออกไปนอกสถานบริการ อาจเป็นโครงการพิเศษ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปทำขาเทียมที่ชายแดน บุคลากรในโรงพยาบาลจัดทีมออกติดตามและให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและคนพิการที่บ้าน เพื่อให้ได้รับบริการต่อเนื่อง อีกทั้งให้คำแนะนำต่อเจ้าหน้าที่ชุมชน การบริการลักษณะนี้อาจใช้บุคลากรและเครื่องมือน้อยลง บางส่วนอาจใช้ในสถานบริการที่อยู่ในท้องถิ่น

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community based rehabilitation) คือ การช่วยเหลือพัฒนา ฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้านให้แก่คนพิการที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนพิการเองและญาติ ระดมทรัพยากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ เครื่องมือ ทุน วัสดุ สถานที่รวมทั้งเทคโนโลยีเหมาะสมสำหรับชุมชนนั้นเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติ

2. การฟื้นฟูด้านจิตใจ เป็นการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยคนที่พิการกลุ่มนี้มักคิดว่าความพิการทำให้สูญเสียสมรรถภาพและไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพได้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ การฟื้นฟูด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา กีฬา/นันทนาการ จริยธรรม/ศาสนา สงเคราะห์ครอบครัว จะช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมและอารมณ์ให้มีขวัญกำลังใจ ทำให้ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดลดความเครียดจากสภาพที่ต้องรองรับอารมณ์ สามารถอยู่ในสังคมและไม่เป็นภาระต่อสังคม

วิระมล กาสิวงศ์(2542) กล่าวว่า คนพิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะนำไปสู่การยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับความพิการได้ทำให้คนพิการมีพัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์รู้จักตนเองมีความมั่นใจในตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้จักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็นและทำให้คนพิการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้

อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไว้ในลักษณะที่แตกต่างกันดังนี้ (พวงแก้ว กิจธรรม, 2548)

1. อุปกรณ์และเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1.1 กายอุปกรณ์ หมายถึง อุปกรณ์ที่ใส่ติดกับตัว เช่น แขนเทียม เหล็กประคองขาเพื่อลดคามมือ และรองเท้าพิเศษ เป็นต้น

1.2 เครื่องช่วยคนพิการ หมายถึง เครื่องที่ช่วยให้สามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น เครื่องช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน และเก้าอี้รถเข็นคนพิการ เป็นต้น

2. สิ่งอำนวยความสะดวก แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

2.1 สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อม สิ่งก่อสร้างหรืออุปกรณ์ทั้งภายในและภายนอก อาคารที่ช่วยคนซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพให้สามารถเดินทางได้ เช่น ราวจับทางลาด ลิฟต์ในอาคาร หรือเครื่องยกเก้าอี้รถเข็นของรถโดยสาร เป็นต้น

2.2 สิ่งอำนวยความสะดวกในการสื่อสารหมายถึง อุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีที่ช่วยให้คนที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพสามารถสื่อสารได้ เช่น บัตรภาพ บัตรคำ กระดานสื่อสาร อุปกรณ์สื่อสารแบบพกพา สวิตช์พิเศษ พิมพ์ดีด คอมพิวเตอร์อุปกรณ์ดัดแปลงเพื่อใช้กับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เครื่องช่วยพูด บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นต้น

2.3 สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง อุปกรณ์เครื่องมือ และเทคโนโลยีที่ช่วยให้คนที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ราวจับ ห้องน้ำที่มีอุปกรณ์สำหรับคนพิการ แปรงสีพื้นไฟฟ้า อุปกรณ์ดัดแปลงเพื่อใช้อาบน้ำ แปรงสีพื้นดัดแปลง ซ้อนด้ามยาว จาน ซ้อน และส้อมแบบพิเศษ ที่ดัดเลียบดัดแปลง แผ่นกันลื่น เบาะรองนั่ง โต๊ะและเก้าอี้แบบพิเศษที่ปรับระดับ หรือความลาดเอียงได้ ดินสอด้ามใหญ่ ที่วางหนังสือ ที่เปิดหนังสือ เป็นต้น

2.4 สิ่งอำนวยความสะดวกในการประกอบอาชีพ หมายถึง อุปกรณ์ เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ช่วยให้คนที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพสามารถประกอบอาชีพได้ เช่น คอมพิวเตอร์แบบพิเศษ อุปกรณ์ดัดแปลงเพื่อใช้กับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์โต๊ะและเก้าอี้แบบพิเศษที่ปรับระดับหรือความลาดเอียงได้ เครื่องคำนวณที่แสดงผลเป็นอักษรตัวใหญ่ เป็นต้น

ศิริพร สุขสงวน (2545) ได้ให้ความหมายและแบ่งประเภทกายอุปกรณ์ไว้ 2 ชนิด ดังนี้

1. กายอุปกรณ์เสริม (Orthosis) หมายถึง เครื่องมือเครื่องใช้ทุกชนิดที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้เป็นส่วนใหญ่นี้อาจจะนั้นทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่บกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพอาจมีสาเหตุมาจากระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบกล้ามเนื้อ และระบบกระดูก กายอุปกรณ์อาจทำด้วยเหล็ก อลูมิเนียม พลาสติก ยาง หนัง ผ้า หรือไม้ กายอุปกรณ์เสริมมีหลายชนิด ได้แก่ กายอุปกรณ์เสริมสำหรับลำตัว กายอุปกรณ์เสริมของแขน ข้อมือและมือ และ กายอุปกรณ์เสริมสำหรับขา รองเท้าพิเศษ เป็นต้น
2. กายอุปกรณ์เทียม(Prosthesis) หมายถึง อุปกรณ์ที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้ทดแทนอวัยวะส่วนที่ขาดหายไป เพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดังเดิม กายอุปกรณ์มีหลายประเภท ได้แก่ มือเทียม แขนเทียม ขาเทียม เป็นต้น

อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น คือการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบ้าน ในชุมชนหรือในท้องถิ่นที่มี เช่น ไม้ เหล็ก ลอก เชือก พลาสติกหรือของเดิมที่มีอยู่ เช่น ช้อน แก้วพลาสติก นำมาดัดแปลงทำอุปกรณ์เพื่อให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้อย่างเหมาะสมกับความพิการของร่างกายรวดเร็วและทั่วถึง โดยลดการพึ่งพาอุปกรณ์จากทางภาครัฐหรืออุปกรณ์ที่มีราคาแพง ที่กว่าจะได้มาก็ยาก เพราะมีปัญหาในเรื่องงบประมาณ ซึ่งคนพิการที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจนไม่สามารถซื้ออุปกรณ์ที่มีราคาแพงได้ ดังนั้นครอบครัวและชุมชนสามารถประยุกต์ทำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นตามต้นแบบที่มีอยู่ด้วยความร่วมมือของบิดามารดาครอบครัวชุมชน องค์กรคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและสามารถดำเนินชีวิต ทำกิจกรรมเทียบเท่าคนปกติได้ดังที่นักวิจัยหลายคนกล่าวไว้

จักรกริช กล้าผจญ (2549) กล่าวถึง อุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์เสริมสำหรับทำกิจวัตรประจำวัน ที่ช่วยให้คนพิการสามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างอิสระ เช่น ช้อน/ส้อมด้ามใหญ่ ปดอกแขนสำหรับใส่ช้อนหรือแปรงสีฟัน หวีหรือแปรงด้ามยาว การดัดแปลงเสื้อผ้าสำหรับคนพิการ เป็นต้น

นอกจากนี้ นัคดา รีชีวะ (2551) กล่าวถึง อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนที่ของคนพิการสำหรับผู้ที่มีปัญหาในการเดินลำบาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้เดินหรือเคลื่อนที่ได้สะดวกขึ้นเพิ่มฐานการรับน้ำหนัก ทำให้การทรงตัวดีและปลอดภัย อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนที่ เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เครื่องช่วยเดินสี่ขา รถนั่งคนพิการ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อการดำรงชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวนั้นมีหลากหลาย นอกจากกายอุปกรณ์เสริมกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนที่ช่วยให้คนพิการสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิตได้ดีขึ้นแล้ว ยังรวมถึงอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่จะกล่าวถึงต่อไป นับเป็นอีกทางเลือกสำหรับคนพิการที่อยู่ตามชนบทห่างไกล ที่ไม่สามารถเดินทางไปฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามโรงพยาบาลที่อยู่ในเมือง แต่อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้อย่างเหมาะสมกับความพิการของแต่ละคนได้ดี และยังส่งผลให้คนพิการมีความสุข ทั้งด้านสัมพันธภาพทางด้านการครอบครัว จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของตนเอง มีดังนี้

1. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว

ลักษณะ ใช้ไม้ทำเสา 2 เสาฝังดินแล้วมีไม้พาดจำนวน 3 อัน ตอกให้ยึดติดแน่นกับเสา 2 เสา ใน 3 ระดับ ปรับระดับสูงหรือต่ำ ให้เหมาะสมกับคนพิการ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับฝึกคนพิการที่นั่งได้แต่ยังยืนไม่ได้ เอาไว้จับลุกขึ้นยืนลงน้ำหนักที่เท้า

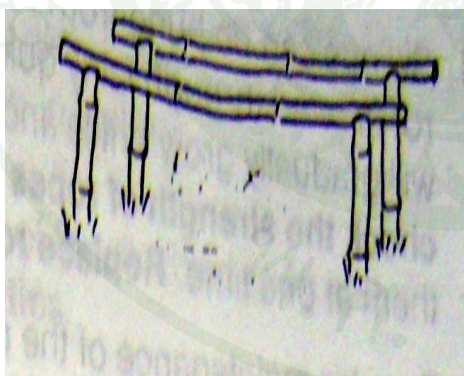


ภาพที่ 1 บาร์ฝึกยืนเดียว

2. บาร์ฝึกเดินคู่

ลักษณะ ใช้ไม้ทำเสา 4 เสาฝังดินวัดความกว้างให้มีระยะพอดีตัวคนฝึกการ แล้วมีไม้พาดตอกยึดให้ติดแน่นกับหัวเสา 2 เสาตามยาว 2 อัน สูงระดับอกของคนฝึกการ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับฝึกคนฝึกการที่ยืนได้แล้วเอาไว้จับฝึกเดินออกก้มตัวจากล้ามเนื้อมัดใหญ่



ภาพที่ 2 บาร์ฝึกเดินคู่

3. เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม

ลักษณะ ทำจากไม้อัด วัดขนาดให้มีความกว้างกว่าตัวผู้ฝึกการ มีลักษณะ ดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการที่ตัวเล็ก ฝึกทำนั่งบังคับกระดูกหลัง และเท้าวางบนพื้น



ภาพที่ 3 เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม

4. เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยม

ลักษณะ ทำจากไม้อัด วัสดุนาคให้มีความกว้างกว่าตัวผู้พิการ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการที่ตัวใหญ่ ฝึกทำนั่งบังคับกระดูกหลัง และเท้าวางบนพื้น



ภาพที่ 4 เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยม

5. เก้าอี้ฝึกยืนสี่เหลี่ยม

ลักษณะ ทำจากไม้อัด วัสดุนาคให้มีความกว้างและความสูงกว่าตัวผู้พิการมีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการ ฝึกทำยืนลงน้ำหนักที่เท้าทั้งสองข้าง



ภาพที่ 5 เก้าอี้ฝึกยืนสี่เหลี่ยม

6. ไม้ฝึกนั่งทรงตัว

ลักษณะ ทำจากไม้และยางรถยนต์ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการ ฝึกนั่งหรือยืนทรงตัว



ภาพที่ 6 ไม้ฝึกนั่งทรงตัว

7. อุปกรณ์ฝึกยืนทรงตัวและเดินแบบมีที่นั้งบนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ

ลักษณะ ทำจากเหล็ก หรือท่อ PVC เชื่อมต่อกันมีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการยืนไม่ได้ด้วยตัวเอง ฝึกเดินไถไปข้างหน้าและด้านข้าง



ภาพที่ 7 อุปกรณ์ฝึกยืนทรงตัวและเดินแบบมีที่นั่งบนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ

8. รถไถ 4 ล้อฝึกเดิน

ลักษณะ ทำจากเหล็กหรือไม้ เชื่อมต่อกัน และใส่ล้อ 4 ล้อ เพื่อให้เคลื่อนตัวไปได้ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการที่เดินทรงตัวได้แล้ว ฝึกเดินไถไปข้างหน้า



ภาพที่ 8 รถไถ 4 ล้อฝึกเดิน

9. เียงนอนไม้ปรับระดับ

ลักษณะ ทำจากไม้ ขนาดและความกว้างให้เหมาะสมกับตัว และสามารถปรับระดับความเอียงได้ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการนอนและปรับระดับนั่งเอนจากเอนถึงหัวทำกิจวัตรประจำวันได้



ภาพที่ 9 เียงนอนไม้ปรับระดับ

10. แก้วน้ำพลาสติกคว่ำปากสำหรับดื่มน้ำ

ลักษณะ นำแก้วพลาสติกมีที่จับ นำนาค้วนที่ปากแก้วให้เว้าลงไป ทำให้เหมาะสมกับปากคนพิการใช้ มีลักษณะดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการใช้ดื่มน้ำได้สะดวก และไม่สำลักน้ำ



ภาพที่ 10 แก้วน้ำพลาสติกคว่ำปากสำหรับดื่มน้ำ

11. ช้อนกินข้าวต่อด้าม

ลักษณะ นำช้อน Stainless มาดัดที่ด้ามช้อนแล้ว ใช้ท่อพลาสติกหรือไม้ไผ่สวมที่ด้ามช้อนให้ผู้พิการจับพอเหมาะกับมือ

วิธีใช้ สำหรับคนพิการดัดอาหารรับประทานด้วยตนเอง



ภาพที่ 11 ช้อนกินข้าวต่อด้าม

12. แปรงสีฟันต่อด้าม

ลักษณะ นำแปรงสีฟันมาแล้วใช้ท่อพลาสติกหรือไม้ไผ่สวมที่ด้ามแปรงสีฟันให้ผู้พิการจับพอเหมาะกับมือ

วิธีใช้ สำหรับคนพิการแปลงทำความสะอาดฟันด้วยตนเอง



ภาพที่ 12 แปรงสีฟันต่อด้าม

13. หวีต่อด้ามหวีผม

ลักษณะ นำหวี หวีผมที่มีด้ามแล้วใช้ไม้ต่อตามหวีพอเหมาะกับมือผู้พิการ

วิธีใช้ สำหรับผู้พิการใช้หวีผมด้วยตนเอง



ภาพที่ 13 หวีต่อด้ามหวีผม

14. เก้าอี้นั่งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

ลักษณะ ทำจากไม้หรือเก้าอี้พลาสติก ตรงที่นั่งเจาะรูตรงกลางพอเหมาะกับคนพิการ

วิธีใช้ สำหรับคนพิการสำหรับนั่งถ่ายและอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย

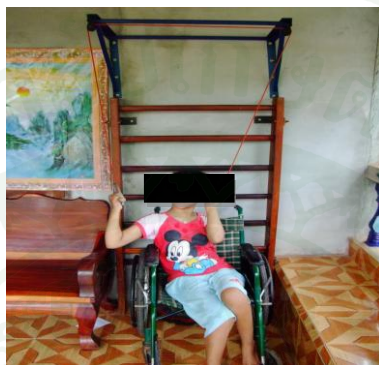


ภาพที่ 14 เก้าอี้นั่งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

15. ลอกแขนสำหรับออกกำลังกายมือ แขนและไหล่

ลักษณะ ลอกยึดติดที่สูงใช้เชือกคล้องกับล็อกทั้ง 2 ข้างผูกติดกับที่สำหรับมือจับดังรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการที่มีมือมีกำลังใช้ดึงลอกออกกำลังที่แขน



ภาพที่ 15 ลอกแขนสำหรับออกกำลังกายมือ แขนและไหล่

16. ถุงทรายถ่วงที่เท้า

ลักษณะ ใช้ถุงพลาสติกใส่ทรายตามขนาดที่ต้องการ ผูกปากถุงให้แน่นแล้วใช้เศษผ้าเย็บครอบอีกหนึ่งชั้น

วิธีใช้ สำหรับวางทับที่เท้าคนพิการในกรณีที่มีผู้พิการลงน้ำหนักที่เท้าไม่เต็มที่จะทำให้เท้าคนพิการสัมผัสจึงใช้ถุงทรายวางทับบนหลังเท้า



ภาพที่ 16 ถุงทรายถ่วงที่เท้า

17. ที่รองนั่งหุ้มด้วยพลาสติกทำให้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น

ลักษณะ ใช้ผ้าทำเป็นพื้นสี่เหลี่ยมสำหรับรองนั่งหนาครึ่งเซนติเมตรแล้วใช้ถุงพลาสติกหุ้มผ้าที่ใช้รองนั่งอีกหนึ่งชั้น

วิธีใช้ สำหรับคนพิการนั่งแล้วใช้มือกดไปพร้อมกับการเคลื่อนย้ายกันตาม



ภาพที่ 17 ที่รองนั่งหุ้มด้วยพลาสติกทำให้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น

18. ลอกแขนสำหรับออกกำลังกายขาและสะโพกคนพิการท่อนล่าง

ลักษณะ ลอกยึดติดที่สูงใช้เชือกคล้องกับล็อกผูกติดกับที่สำหรับคล้องขา ดังรูป

วิธีใช้ เอาขา 2 ข้างคล้องที่ห่วง แล้วชักขึ้น-ชักลง/ลดแรงผู้ช่วย ไม่ปวดหลัง

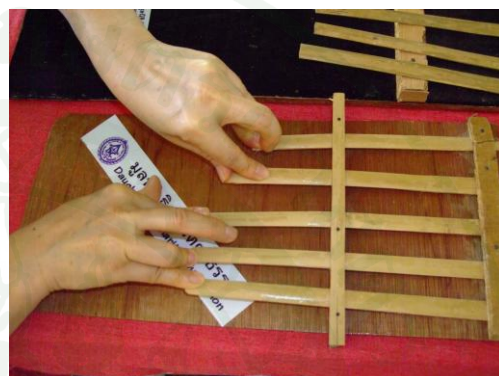


ภาพที่ 18 ลอกแขนสำหรับออกกำลังกายขาและสะโพกคนพิการท่อนล่าง

19. อุปกรณ์ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก

ลักษณะ ดังในรูป

วิธีใช้ สำหรับคนพิการฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ในการฝึก มือกับตาประสานกัน



ภาพที่ 19 อุปกรณ์ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก

20. อุปกรณ์ดัดข้อมือ

ลักษณะ ทำจากไม้อัดตัดให้พอดีกับมือและสายรัดยึด ดังในรูป

วิธีใช้ สำหรับบังคับข้อมือของคนพิการไม่ให้ตกและป้องกันเอ็นข้อมือยึด



ภาพที่ 20 อุปกรณ์ดัดข้อมือ

สรุป อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมีความสำคัญต่อคนพิการหลายด้าน ทั้งด้านคุณภาพชีวิต การฟื้นฟูร่างกายและอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจบุคคลในครอบครัว สามารถทำเองได้ และสามารถปรับใช้ตามสภาพความพิการของคนพิการแต่ละคนได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สินีนาฏ บุญต่อเติม (2530) ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจ ของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจราจรทางบก ศึกษาเฉพาะ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจราจรทางบก ขณะรับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประสบปัญหา ด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจ และมักจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยต้องทิ้ง สถานภาพเดิม ทั้งด้านอาชีพและสังคม ส่วนปัญหาด้านจิตใจนั้น พบว่า ผู้ป่วยจะมีความกลัว และความวิตกกังวลในเรื่องกลัวความเจ็บป่วยของตนเองและกลัวว่าจะเป็นคนไร้ความสามารถ วิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายต่างๆ ขณะรับการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์ หงุดหงิด เบื่อหน่ายต่อสภาพของตนเอง จนไม่อยากจะรับรู้ต่อเหตุการณ์ รอบตัว จนบางครั้งผู้ป่วย ไม่สามารถปรับสภาพทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ได้ทัน และแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา

สุจิตา กาญจนรังสี (2533) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย จากผู้รับบริการหน่วยกายอุปกรณ์ของสถานพยาบาล 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ จำนวน 223 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความพึงพอใจและอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดีด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียมีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่สูญเสีย และคนพิการที่มีโรคประจำตัว

กวี ทังสุบุตร (2533) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพคนพิการในครอบครัวภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคเหนือ พื้นที่ 5 จังหวัด อุตรดิตถ์ สกลนคร ขอนแก่น นครพนม และเลยพบว่า ทักษะคติ พื้นฐานที่สะท้อนให้เห็นศักยภาพในการพัฒนาตนเองของคนพิการ คือ คนพิการยังมีความรู้สึก ในด้านลบต่อตนเอง เช่น มีความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ เป็นปมด้อย และยังขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้โอกาสในการพัฒนาศักยภาพลดลงและคนพิการส่วนใหญ่ ต้องอยู่ในการดูแลของสมาชิก ในครอบครัว ทำให้คนพิการและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ

การบำบัดรักษาทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา เป็นต้นแต่ ไม่พบว่าได้รับความช่วยเหลือจากใคร
 ในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน พบว่า คนพิการมี การพึ่งพาตนเองได้ในระดับไม่ดี

สุกัญญา วิบูลย์พานิช (2536) ศึกษาเรื่อง อัตมโนทัศน์และการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของ
 คนพิการ พบว่า คนพิการที่มีความรู้สึกลึกซึ้งคิดต่อตนเองโดยส่วนรวมจะมีการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจ
 ที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย กล่าวคือ เมื่อคนพิการยอมรับสภาพ
 ร่างกายและสุขภาพของตน มีอารมณ์และจิตใจที่ดี มีความพึงพอใจในตนเองและชีวิต อันจะนำไปสู่
 การพึ่งตนเองได้ต่อไป และไม่รู้สึกลดคุณค่าหรือถูกทอดทิ้ง กล้าที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับปัญหา
 อุปสรรคต่างๆ การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้คนพิการรู้สึกว่ามีคุณค่าต่อ
 ครอบครัวและสังคม และยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในด้านบวกกับการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจ
 ของคนพิการ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่ม
 ตัวอย่างที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในด้านบวกกับการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของ
 คนพิการ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี
 การศึกษาน้อย และระยะเวลาที่พิการมีความสัมพันธ์ในด้านบวกกับการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของ
 คนพิการ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาพิการสูงจะมีการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่าง
 ที่มีระยะเวลาพิการต่ำ

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล (2538) ศึกษาการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ
 เฉพาะกรณี อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาคุณลักษณะของคนพิการ การปรับตัวของ
 ครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการดูแลคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็น
 คนพิการทางการเคลื่อนไหวและพิการตั้งแต่กำเนิด ได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย ครอบครัว
 มีการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการปรับตัวของ
 ครอบครัวด้านบวก คือ รายได้ของคนพิการ ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
 ปัจจัยด้านลบ คือ การศึกษาของคนพิการ การฝึกอาชีพของคนพิการ ประเภทและลักษณะของความ
 พิการ ปัญหาของครอบครัวคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความต้องการของครอบครัวใน
 การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ คือ ปัญหา
 ของครอบครัว การศึกษาของคนพิการ ประเภทความพิการ ลักษณะของความพิการ รายได้ของคน
 พิการ ความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสิทธิภาพการฟื้นฟูการศึกษาและการฝึกอาชีพ โดย
 ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ

อังคณา สาลาด (2541) ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของคนพิการทางกายและ/หรือการเคลื่อนไหว จากการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้ง 4 ด้านในชุมชน คือ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านสังคม และด้านอาชีพ พบว่า

1. คนพิการมีความคาดหวังในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระดับมากที่สุดที่ได้รับโดยเฉพาะในการตรวจรักษาและฟื้นฟูในชุมชนอยู่ในระดับน้อย
2. คนพิการมีความคาดหวังในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาในระดับปานกลาง สิ่งที่ได้รับเกี่ยวกับความรู้และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความเข้าใจและสนใจจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและคนในชุมชนเกี่ยวกับการศึกษาของคนพิการอยู่ในระดับน้อย
3. คนพิการมีความคาดหวังในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสังคมในระดับมากที่สุดที่ได้รับ คือ การมีบัตรอยู่ในระดับปานกลาง และการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากเจ้าหน้าที่และคนในชุมชนอยู่ในระดับน้อย
4. คนพิการมีความคาดหวังในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพในระดับปานกลาง สิ่งที่ได้รับอยู่ในระดับน้อยในเรื่องการสอบถามความสมัครใจและความถนัดก่อนได้รับคำแนะนำในการประกอบอาชีพรวมทั้งการได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษาในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ

ปกรณ วชิรกุล (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า คนพิการมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล รายได้ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่มีความพิการ ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนพิการคือ สัมพันธภาพในชุมชน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเขตที่อยู่อาศัย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ สัมพันธภาพในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย ประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประเภทของความพิการ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่มีความพิการ อายุของคนพิการ

วิระมล กาสีวงศ์ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทุกคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในอำเภอท่าอุเทน

จังหวัดนครพนม พบว่าคนพิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จะนำไปสู่การยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับความพิการได้ ทำให้คนพิการมีพัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น รู้จักตนเอง มีความมั่นใจในตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้จักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เมื่อจำเป็นและทำให้คนพิการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้

สมัย ศิริทองถาวร (2545) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของคนพิการทำให้คนพิการทุกข์ใจมากที่สุดอันดับแรก คือ การไปไหนมาไหนไม่สะดวก รองลงมา คือ ความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น แต่เมื่อนำสาเหตุที่ทำให้ทุกข์ใจสามลำดับมารวมกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์จากการไม่มีเงินพอใช้จ่ายมากที่สุด ส่วนปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสามอันดับ คือ การมีเงินเพียงพอใช้จ่าย มีอุปกรณ์ช่วยให้ไปไหนมาไหนสะดวก และมีงานทำตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิตของคนพิการส่วนมากมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 74.64 สุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 18.9 สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 6.3

สิริวิทย์ สวัสดิ์ (2546) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางร่างกายในกลุ่มคนพิการทางร่างกายของศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดง พบว่า ประสพการณ์จากการฝึกอาชีพตามหลักสูตรและประสพการณ์จากการเข้าร่วมโครงการสำหรับคนพิการที่ได้รับการฝึกอาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

เขมิกา พันธุ์ไธ (2546) ทำการศึกษาเรื่อง “แนวโน้มการรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการจังหวัดเชียงใหม่ โดยแยกเป็น 3 ประเด็น คือ ความต้องการในการรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการ คุณลักษณะแรงงานคนพิการที่พึงประสงค์สำหรับสถานประกอบการและแนวโน้มการรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการ ผลการศึกษาพบว่า

1. ความต้องการในการรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการ พบว่า ต้องการรับคนพิการ โดยคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีโอกาสที่จะรับเข้าทำงานมากที่สุด รองลงมาคือคนพิการทางการได้ยินและคนพิการทางการมองเห็นตามลำดับ

2. คุณลักษณะของแรงงานคนพิการ ควรมีการศึกษาอย่างน้อยในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ส่วนในงานประเภทธุรการนั้น ควรมีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นอย่างน้อยในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพและมีความสามารถทางด้านภาษาและคอมพิวเตอร์

3. การรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการ พบว่า สถานประกอบการบางแห่งอาจให้ค่าจ้างแก่คนพิการน้อยกว่าคนปกติทำให้คนพิการบางคนเปลี่ยนไปประกอบอาชีพขายสลากกินแบ่งรัฐบาลที่นับว่าเป็นอาชีพที่เหมาะสมกับคนพิการ และงานประเภทปฏิบัติการที่ต้องใช้ฝีมือเป็นสถานประกอบการที่ให้การยอมรับคนพิการเข้าทำงานมากที่สุด

กิติวัลลย์ ฉัตรมณีฤกษ์ (2547) ศึกษาการมองเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการ: ศึกษากรณีศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ กรมพัฒนาสังคม พบว่า คนพิการมองเห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง จากตัวชี้วัด 11 รายการ กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตนเองในด้านการมีสมาธิสูง รองลงมาเป็นการไม่หวาดหวั่นต่อความยากลำบาก และต่ำสุดคือความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ส่วนการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจากตัวชี้วัด 9 รายการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตนเองในด้านความต้องการความเอาใจใส่ และการยอมรับสูงสุดรองลงมาคือ การไม่ชอบตัดสินใจและการผัดวันประกันพรุ่ง ส่วนการประเมินที่ต่ำที่สุด คือ การชอบเอาชนะ

สุมล เจนอักษรกุล (2547) ศึกษาบทบาทของกลุ่มคนพิการและครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนพบว่าครอบครัวคนพิการได้ช่วยเหลือดูแลอบรม สั่งสอนคนพิการ สนับสนุนให้คนพิการ หาความรู้จากการเรียนภายในโรงเรียนและการอบรมหาความรู้เพิ่มเติม แต่คนพิการไม่สามารถไปเรียนในสถานศึกษาเฉพาะสำหรับคนพิการได้ เนื่องจากสภาพร่างกายและลักษณะความพิการ อีกทั้งคนพิการไม่สามารถเข้าเรียนในโรงเรียนปกติได้ เนื่องจากโรงเรียนในระบบส่วนใหญ่ไม่รับคนพิการเข้าเรียนจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะ ทำให้คนพิการต้องเข้าเรียนยังสถานศึกษาพิเศษที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางในขณะที่ครอบครัวของคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคในการขอโดยสารรถประจำทางของหมู่บ้าน เนื่องจากคนขับรถไม่ยอมรับคนพิการให้โดยสารด้วย โดยอ้างว่าต้องดูแลคนพิการมากกว่าเด็กทั่วไป

เกรียงศิริ วิเจริญ (2547) ได้ศึกษาแนวทางการดำเนินการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ในกลุ่มคนพิการทุกประเภท ที่อยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี พบว่า คนพิการมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการดำเนินการดังกล่าวทั้ง ด้านโดยครอบครัวมีส่วนช่วยฟื้นฟูให้คนพิการมีขวัญกำลังใจ รวมถึงการยอมรับและให้สิทธิแก่คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมของรัฐ เช่น การจัดงานวันคนพิการ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนจะทำให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดี

เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของWHO มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยทำการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจความสัมพันธทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า คนพิการทางกายมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำเมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้านจิตใจด้านความสัมพันธในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำเช่นกัน แต่คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธในศูนย์ฟื้นฟูฯ อยู่ในระดับสูง

จารุวัฒน์ บุญมาลี (2548) ทำการศึกษาเรื่อง “ความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติของเด็กพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวในโครงการของมูลนิธิกองทุนการศึกษาเพื่อการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองเด็กพิการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคู่สมรส/อยู่ด้วยกัน ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 700 – 5,000 บาท มีบุตรในความดูแล 2 คน ด้านความสัมพันธเกี่ยวข้องกับเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กพิการ

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กพิการในภาพรวมพบว่า ผู้ปกครองมีส่วนร่วมทั้งกับโรงเรียนอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 67.9 เมื่อศึกษาเป็นรายด้านพบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผลมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการเรียนการสอนและด้านที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนด้านการศึกษา

ปัญหาและอุปสรรคในการเรียนร่วมของเด็กพิการในภาพรวม พบว่า ผู้ปกครองเด็กพิการมีความคิดเห็นเรื่องปัญหาอุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.2 เมื่อศึกษาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสื่อการสอนและอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกเป็นด้านที่มีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านครูผู้สอนส่วน ด้านผู้ปกครอง/ครอบครัวมีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติของเด็กพิการพบว่า ผู้ปกครองของเด็กพิการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.8 และเห็นด้วยในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 13.2

แพรว เอี่ยมน้อย (2550) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของคนพิการทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางร่างกาย

ที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการ พ.ศ. 2545 - 2547 จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลจากคนพิการตัวอย่างได้จำนวน 103 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางร่างกาย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า 1) การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกตามการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า การสนับสนุนด้านการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการศึกษา การอาชีพ และด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย 2) คนพิการทางร่างกายได้รับการสนับสนุนในรูปแบบของจิตใจมากกว่ารูปแบบอื่นๆ คนพิการทางกายได้รับการสนับสนุนจากแหล่งกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการมากกว่าเป็นทางการ และ 4) จากการใช้สถิติทดสอบที (t-test) พบว่า คนพิการทางร่างกายที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและนอกเขตเมืองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วรารักษ์ ชันธิ์เขียว (2551) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่พิการทางกาย และการเคลื่อนไหวในจังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กทั่วไป ฉบับที่ 4 ของวานีและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวตามความเห็นของเด็กและผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำ เด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านต่ำกว่าเด็กปกติเช่นเดียวกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านต่ำกว่าผู้ปกครองเด็กปกติ ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตตามความเห็นของเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำทุกด้านเมื่อเทียบกับเด็กปกติ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนจึงควรวางแผนให้การช่วยเหลือเด็กและครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ให้มีอาชีพเสริม และให้เด็กได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม ด้านการศึกษา การส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม โรงเรียน และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ต่อไป

ดาริน เจริญศิลป์ (2552) ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้กฎหมายและบทบาทของกฎหมายในการดำรงชีวิตของคนพิการ ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้ กฎหมายเพื่อคนพิการที่รัฐบัญญัติขึ้นทำให้คนพิการมีความเข้าใจสิทธิและโอกาสที่กฎหมายรับรองให้มากพอสมควร อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่ายังไม่มีมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ทำให้คนพิการไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายอย่างแท้จริง การรับรู้กฎหมายของคนพิการทำให้คนพิการเกิดความเข้าใจว่าตนมีสิทธิตามกฎหมายเช่นเดียวกับ

คนปกติทั่วไป แต่พวกเขารู้สึกว่าไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานนี้ตามที่ควรจะเป็น คนพิการมักจะถูกกีดกันออกไปจากการใช้สิทธิของตนเอง และมักจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสมและด้อยกว่าคนปกติทั่วไปเสมอ การรับรู้สิทธิตามกฎหมายของคนพิการมีบทบาทสำคัญในการสร้างอัตลักษณ์หรือความเข้าใจตนเองของคนพิการ ทำให้คนพิการมีความเข้าใจว่าตนเองก็เป็นประชาชนคนหนึ่งที่ได้รับสิทธิในด้านต่างๆ เช่นเดียวกับคนอื่นๆ และสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เท่าเทียมกับคนปกติ จึงมีความต้องการให้สังคมยอมรับว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิตติยา ติดไชย (2552) ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในตำบลหน้ากระแสม อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ผลการศึกษา พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถพัฒนาให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทั้งด้านการศึกษา ด้านสังคม และด้านอาชีพ โดยเกือบทุกกิจกรรมผู้รับผิดชอบหลักควรเป็นสมาชิกครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีบางกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าผู้รับผิดชอบควรเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำจากชมรมคนพิการ และเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดร้านค้าหรือตลาดรองรับสินค้าของคนพิการฯ และจัดการฝึกอาชีพที่เหมาะสมให้แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว

Munns (1981, อ้างใน Raab, Agree, McAdam and Smith, 1988) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-89 ปี ในโปรแกรมการออกกำลังกายเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้ Leighton flexometer พบว่า ค่าความยืดหยุ่นของข้อไหล่ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อมือ คอและข้อเท้า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Raab, Agree, McAdam and Smith (1988) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการยืดกล้ามเนื้อ Hamstring ทั้งแบบ Active and Passive ในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 65- 68 ปี ทำการยืดค้างไว้เป็นเวลา 20 วินาที ร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกาย (Exercise program) โดยใช้การวัดในท่า Straight leg raising พบว่า ช่วงการเคลื่อนไหว (Range of motion) ของข้อสะโพกมีค่าเพิ่มขึ้น

Aiken *et al.* (1993) มีการศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้ Moderate resisted exercise program ในกลุ่มผู้ป่วย Slow progressive neuromuscular dystrophy 27 คน กลุ่มควบคุม 14 คน ใช้ระยะเวลาการฝึก 12 สัปดาห์ มีการวัด Isokinetic and Isometric strength ที่ช่วงก่อนการฝึกและสัปดาห์ที่ 4 และ 12 มีการฝึก 3 วัน/สัปดาห์ โดยทำในลักษณะการให้โปรแกรมการฝึกที่บ้าน (Home program) ใช้การฝึกยกน้ำหนัก โดยน้ำหนักเริ่มต้นอ้างอิงจากค่า Maximum isometric contraction ผลการทดลอง

พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ฝึกเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง และมีการเกิดอันตรายหรือผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง

Fabio Salinas Duran (2001) ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วย Spinal cord injury ระดับ Thoracic 13 ราย ในเรื่อง Mobility, strength, co-ordination, aerobic resistance, โดยเน้นความแข็งแรงในกลุ่มกล้ามเนื้อ Neck extensor, biceps, triceps, Shoulder abductors และ Abdominal และวัดผลจากทักษะการใช้ Wheel chair ในการเคลื่อนที่ไปทิศทางต่างๆ การเลี้ยวเปลี่ยนทิศทาง การก้มหยิบของขึ้นลงทางต่างระดับที่ความสูงต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ Wheel chair ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลัง การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ความพิการ ในมุมมองของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คนพิการที่ใช้อุปกรณ์มาแล้ว 5 ปีขึ้นไป และมีอายุระหว่าง 14 - 20 ปี จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์

1.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติผู้ให้ข้อมูล ประวัติกลุ่มตัวอย่าง และภูมิหลัง

1.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้และรายจ่าย ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

1.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับความพิการ ได้แก่ สาเหตุที่พิการ ระยะเวลาที่พิการ และลักษณะของความพิการ

1.4 ข้อคำถามเกี่ยวกับอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ใช้ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ

1.5 ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

1.5.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของคนพิการ มีอะไรบ้าง

1.5.2 คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น เป็นอย่างไร

2. การสังเกต ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไป สัมภาษณ์และทำการจดบันทึกเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น รวมถึงผู้ดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย และพี่น้องของคนพิการ เพื่อให้ทราบข้อมูลละเอียดยิ่งขึ้น อาจมีการบันทึกเสียงด้วย

3. บันทึกเสียงหรือถ่ายรูปการปฏิบัติของคนพิการเพื่อนำไปประกอบข้อมูลในการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าและเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยค้นคว้าจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้แก่ เอกสาร สิ่งพิมพ์ งานวิจัย ผลงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มูลนิธิ ศูนย์ผู้พิการ และเครือข่ายคนพิการและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการสังเกตคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตัวเองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม สมบูรณ์ ถูกต้องและเที่ยงตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูล รวมทั้งสัมภาษณ์
 ซ้ำในประเด็นสำคัญเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างแท้จริง เมื่อรวบรวมข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์แล้ว
 ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาอธิบายหาข้อสรุปและตอบวัตถุประสงค์
 ของการศึกษา ในประเด็น ภูมิหลัง การใช้อุปกรณ์คัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง และคุณภาพ
 ชีวิตก่อนและหลัง ในมุมมองทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภูมิหลังของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ความพิการ ในมุมมองของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากการศึกษาผู้วิจัยได้นำทฤษฎีคุณภาพชีวิต ของ Aristotle และแนวคิดความต้องการพื้นฐานของ Maslow มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ในมุมมองของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ความพิการ ที่มีอายุระหว่าง 14-20 ปี แบ่งเป็นเพศชาย 4 คน และเพศหญิง 4 คน รวมทั้งหมด 8 คน

ส่วนเหตุของความพิการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีสาเหตุความพิการมาตั้งแต่กำเนิด อันเนื่องมาจากโรคทางกรรมพันธุ์ จำนวน 1 คน จากอุบัติเหตุก่อนคลอด เช่น ขณะตั้งครรภ์มารดาเกิดอุบัติเหตุหกล้ม จำนวน 2 คน จากอุบัติเหตุระหว่างคลอด เช่น เด็กคลอดผิดท่า จำนวน 3 คน และอุบัติเหตุหลังคลอด เช่น เด็กได้รับอุบัติเหตุขณะนำตัวเข้าตู้อบ จำนวน 1 คน และมารดาทานยาขับเด็กออก อีก 1 คน รายละเอียดเป็นกรณีศึกษาของแต่ละคน ดังนี้

กรณีศึกษา 1: นายอ้วน (นามสมมุติ)

นายอ้วน(นามสมมุติ) อายุ 20 ปี เกิดมาในครอบครัวชาวนา มีน้องชาย 1 คน เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และไม่ได้มีความพิการเหมือนนายอ้วน ปัจจุบันนายอ้วนพักอาศัยอยู่กับมารดาและน้องชาย รวม 3 คน ส่วนบิดาทำงานเป็นลูกจ้างเลี้ยงปลาอยู่ที่จังหวัดระยองและส่งเงินมาให้ครอบครัวใช้จ่ายทุกเดือน โดยจะกลับมาเยี่ยมบ้านและครอบครัว ปีละ 1-2 ครั้ง

ที่อยู่อาศัยของนายอ้วน เป็นบ้านสองชั้นซึ่งลักษณะของบ้านเป็นบ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ และครอบครัวมีที่นาประมาณ 20 ไร่ มีน้องชายของนายอ้วนที่เป็นกำลังสำคัญ ช่วยมารดาทำนาและหาเงินเพื่อมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว นอกเหนือจากเงินที่บิดาส่งมาให้ใช้โดยรวมแล้วสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมารดาได้เล่าถึงภูมิหลังก่อนตั้งครรภ์นายอ้วนให้ฟังว่า

“แต่ก่อนพ่อเขาเป็นคนไม่เอาการเอางาน มีแต่เที่ยวกินเหล้าเมายาและ ไม่ได้ชอบพอกันมาก่อน พ่อแต่งงานกับแม่ทำให้การปรับตัวการอยู่กันด้วยกันลำบาก แต่ก็สามารถอยู่ด้วยกันได้จนตั้งครรภ์นายอ้วนได้ 3 เดือน แม่ก็คุยกับพ่อว่าเรามีลูกแล้วพ่อควรเลิกกินเหล้าเลิกคบเพื่อน พ่อกับแม่คุยกัน ตกลงกันได้ พ่อจึงตัดสินใจเลิกเหล้า และให้ความสนใจลูกและแม่มากขึ้น และยังได้รู้ว่าได้ลูกชายก็ดีใจมาก เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ พ่อตาและแม่ยายก็รัก มีอะไรก็หาให้...” (มารดานายอ้วน, สัมภาษณ์: 2556)

ต่อมา เมื่อมารดาของนายอ้วนอายุครรภ์ครบ 9 เดือน และกำหนดคลอด มารดาจึงเดินทางไปโรงพยาบาล แต่ด้วยระยะทางของหมู่บ้านที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ห่างไกลความเจริญมาก ถนนก็ไม่สะดวกสบาย ทำให้การเดินทางจากหมู่บ้านมาถึงโรงพยาบาลเพื่อทำการคลอดนั้นล่าช้า และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็พบว่าถุงน้ำคร่ำในท้องได้แตกก่อนแล้ว (ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด การที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดอาจจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน คือ เด็กไม่แข็งแรง ทารกติดเชื้อ มีการลอกของรกก่อนกำหนด หรืออาจจะรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิต) ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล มารดาได้ยินแพทย์พูดว่า “น้ำคร่ำแตกตั้งนานแล้วป้านี้เพิ่งมาถึง” ทำให้รู้สึกใจเสีย แต่เมื่อได้เห็นความพยายามของพยาบาลและแพทย์ที่ทำการคลอดจนสำเร็จ เมื่อมารดาได้พบทารกเพศชายที่มีน้ำหนัก 3,400 กรัม บิดากับมารดารู้สึกดีใจมาก จนกระทั่งเมื่อเวลาผ่านไปได้ 2 วัน ทารกมีอาการตัวเหลืองแพทย์จึงสั่งให้พยาบาลนำทารกเข้าตู้อบเป็นเวลา 2 วัน มารดาพักฟื้นและรอดูอาการของเด็กทารกอยู่ที่โรงพยาบาลรวม 4 วัน จากนั้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยไม่ได้แจ้งหรืออธิบายสาเหตุของการนำเด็กทารกเข้าตู้อบแต่อย่างใด และเมื่อกลับมาถึงบ้าน

มารดาที่เตรียมการอยู่ไฟ (เป็นกระบวนการดูแลมารดาหลังคลอด ด้วยการประคบยาสมุนไพรกับหม้อนึ่งน้ำร้อนตั้งไฟเพื่อให้อมดลูกเข้าอู่ พื้นฟูสุขภาพให้สดชื่น แข็งแรงกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น ลดภาวะความรู้สึกละอายใจ และบรรเทาอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ) และในช่วงนั้นมารดาก็เลี้ยงดูทารกด้วยการให้ดื่มนมมารดาตามปกติ และดูแลเหมือนเด็กปกติทั่วไป

เมื่อนายอ้วน อายุได้ 9 เดือน มารดาสั่งเกตว่า เมื่อมารดาร้องเรียก ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือหันไปตามเสียง แต่มีการมองเมื่อมารดาเดินผ่านไปทางไหนก็มองตาม และเมื่อมีคนไปสัมผัสร่างกายก็จะมีอาการสะดุ้งและตัวสั่นๆ ความรู้สึกของมารดาในตอนนั้นคืออยู่คนเดียวว่าลูกคงพิการแน่ แต่ก็ได้พูดให้ใครฟังพยายามให้กำลังใจตัวเองว่าในหมู่บ้านก็มีเด็กหญิงที่เริ่มพูดขณะอายุ 4 ปี มารดาจึงคิดว่าลูกก็เกียจพูดและไม่เข้าใจถูกผิดมาก จนกระทั่งนายอ้วน อายุ 4 ปี ยังไม่สามารถยืนด้วยตัวเองได้ ลงน้ำหนักที่ทำได้ ต่อมาเมื่อนายอ้วน อายุ 6 ปี มารดาจึงรู้แน่ชัดว่าลูกพิการการที่ลูกไม่สามารถเดินไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามวัยนั้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาและครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะเมื่อมารดาต้องทำงาน ทำกิจวัตร ทำธุระ หรือแม้กระทั่งการเดินทางไปบ้านญาติต้องอุ้มนายอ้วนไปด้วยตลอด และประกอบกับนายอ้วนโตขึ้นน้ำหนักตัวก็เพิ่มมากขึ้น ยิ่งส่งผลให้มารดาลำบากมากขึ้น เพราะนายอ้วนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย แต่อย่างไรก็ตามนายอ้วนก็สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้โดยการใช้กำลังแขนดันให้ตัวถลกลิ้งที่ไปได้ แต่ไม่เรวนัก ส่วนการดำเนินกิจวัตรประจำวันนั้น มารดาจะเป็นคนคอยช่วยเหลือการอาบน้ำและแต่งตัว จากนั้นจะปล่อยให้ให้นายอ้วนนั่งดูโทรทัศน์ ซึ่งนายอ้วนสามารถนั่งดูโทรทัศน์ได้ โดยนายอ้วนจะมีความสุข และหัวเราะเสียงดัง เมื่อได้เห็นภาพและได้ยินเสียงจากโทรทัศน์ และสามารถหันมองเมื่อได้ยินเสียงดัง นอกจากนี้ยังสามารถสื่อสารกับมารดาเพื่อบอกหรือสื่อให้รู้ว่าต้องการอะไร เช่น หิว เจ็บปวด เป็นต้น

กรณีศึกษาที่ 2: นายฟอง (นามสมมุติ)

นายฟอง (นามสมมุติ) อายุ 20 ปี คลอดที่โรงพยาบาลในอำเภอภายหลังคลอดมีน้ำหนักตัว 2,200 กิโลกรัม ร่างกายสมบูรณ์และอวัยวะครบทุกอย่างไม่มีความผิดปกติเหมือนเด็กพิการซึ่งมารดาได้เล่าถึงภูมิหลังก่อนตั้งครรภ์นายฟองให้ฟังว่า

“ตอนที่ตั้งท้องอายุครรภ์ได้ประมาณ 5 เดือน แม่เคยล้มล้มกับพื้นดิน และเมื่อถึงเดือนที่ 7 แม่มีอาการปวดท้องมาก จึงรีบไปที่โรงพยาบาลในอำเภอ และเมื่อไปถึงโรงพยาบาล คุณหมอก็ทำการคลอด (คลอดก่อนกำหนด) ภายหลังจากคลอดออกมาแล้วนั้น แม่ก็มีการ

เลือดออกมาก คงตกเลือด คิดว่าเด็กทารกคงจะไม่มีชีวิตรอดแล้ว...” (มารดาอายุ 18 ปี, สัมภาษณ์: 2556)

ภายหลังจากการคลอดเสร็จเรียบร้อย เป็นเวลาที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ แพทย์สั่งให้นำเด็กเข้าตู้อบ เนื่องจากเด็กคลอดก่อนกำหนดและตัวเล็กมาก แต่ในขณะที่พยาบาลกำลังนำเด็กเข้าตู้อบ เกิดอุบัติเหตุหัวเด็กกระแทกกับเหล็กของตู้อบ “เด็กหัวแตก” ด้วยเหตุนี้ทำให้นายฟองพิการก็ว่าได้ มารดาและนายฟองอยู่ที่โรงพยาบาลประมาณ 10-18 วัน จนครบกำหนดและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และเลี้ยงดูเหมือนเด็กทั่วไป ซึ่งนายฟองมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดี แต่จะมีความผิดปกติตรงศีรษะด้านซ้าย เป็นรอยจุดสีขาวแดง (คล้ายปาน)

ขณะที่นายฟองอายุ 4 เดือน ได้ป่วยเป็นไข้ขึ้นสูง มารดาจึงพาไปรักษาที่คลินิก แพทย์รักษาอาการป่วยโดยฉีดยาและให้น้ำให้ดื่บตามทีแพทย์กำหนด มารดาก็ได้พาไปฉีดครบทุกครั้ง เวลานั้นไปอีกหนึ่งเดือนนายฟองก็เริ่มมีอาการตัวซิด ไม่ยกคอและมีภาวะโภชนาการผิดปกติมารดาพบถึงปัญหาพัฒนาการทางร่างกายของนายฟองผิดปกติ คือไม่คว้า ไม่พลิกตะแคง และไม่ยกคอ จนกระทั่งอายุ 1 ขวบครึ่ง มารดาสังเกตถึงพัฒนาการที่ผิดปกติเพิ่มเติมที่ไม่เหมือนกับเด็กปกติทั่วไป คือ แขน ขา อ่อนแรงและเด็กไม่คลาน จึงพาไปพบแพทย์เพื่อรักษา จึงรู้ว่ามีภาวะผิดปกติของร่างกายหรือมีความพิการ

เมื่อบิดาและมารดาทราบว่าบุตรพิการทางการเคลื่อนไหว จึงพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์ได้ให้คำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด และนัดให้ไปทำกายภาพบำบัดเป็นประจำทุกสัปดาห์ แต่เนื่องจากระยะทางจากหมู่บ้านมาถึงโรงพยาบาลค่อนข้างไกล โดยมีระยะทางประมาณ 55 กิโลเมตร ประกอบกับความลำบากในการขึ้น-ลงรถ 3 ต่อ รวมแล้วต้องใช้เวลาทั้งวัน ในการพาไปทำกายภาพบำบัด มารดาประสบกับความเหนื่อย และลำบากมาก ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจที่ถูกสายตาของคนรอบข้างมองและถามตลอดการนั่งรถไปถึงโรงพยาบาล มารดานำไปทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูร่างกายที่โรงพยาบาลได้แค่ 2 ครั้ง หลังจากนั้นก็ไม่ไปตามนัด แต่ตัดสินใจทำกายภาพบำบัดให้นายฟองที่บ้านตนเองตามทำที่นักกายภาพสอนให้ โดยทำกายภาพที่ข้อต่อของมือ แขน ข้อศอก ไหล่ ตามข้อต่างๆ หมั่นทำเป็นประจำ ทำให้ข้อต่อต่างๆ ของนายฟองไม่ยึดติด แต่ยังคงมีอาการเกร็งที่กล้ามเนื้ออยู่

ขณะที่นายฟองอายุ 5 ปี สามารถลุกขึ้นเกาะและยืนเองได้ แต่เมื่อเกิดอาการเกร็งที่กล้ามเนื้อ นายฟองไม่สามารถทำอย่างอื่นต่อไปได้ และเมื่อพบว่ามีอาการเกร็งมารดาจะให้ทานยาลดอาการ

เกร็งของกล้ามเนื้อที่แพทย์จัดมาให้ ผลจากการทานยาลดอาการเกร็งบ่อยๆในปริมาณมากซึ่งสะสมหลายปี อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นายฟองกล้ามเนื้ออ่อนแรงและมีอาการ่วงนอน จึงไม่ได้พัฒนาฝึกการเดินและพัฒนาด้านอื่นๆของร่างกาย มารดาอธิบายถึงอาการเกร็งตามร่างกายของนายฟองในแต่ละวันที่เปลี่ยนไปตามอารมณ์ เช่น ดีใจ เสียใจ ตกใจ และเมื่อเห็นคนแปลกหน้าจะมีอาการตื่นเต้น หากเห็นใครเดินผ่านไปมา นายฟองจะมีปฏิกิริยาร้อง แสดงออกถึงความต้องการอยากพูดด้วย แต่เสียงจะอยู่ในลำคอ และลิ้นแข็ง ความพยายามในการออกเสียงทำให้หน้าบิดเบี้ยว และมีอาการเกร็งเพิ่มขึ้นกว่าเดิมจนตัวสั่น ในส่วนของการหยิบจับสิ่งของ หรืออาหารมารับประทาน มือ แขน เท้า ขา และหน้าจะหันไปคนละทิศทาง

ก่อนหน้าการฝึกใช้อุปกรณ์ นายฟองเดินไม่ได้ แต่สามารถนั่งได้โดยที่ยังมีอาการเกร็งตามกล้ามเนื้อแขนและขา และสามารถใช้มือ ขาและเท้าดันตัวเองให้เคลื่อนที่ไปได้ จนทำให้ช่วงไหล่และหน้าอกมีกล้ามเนื้อใหญ่เป็นมัด เหมือน “นักเล่นกล้าม” แม้ว่าร่างกายจะมีความพิการแต่ครอบครัวก็ให้ความรักและความอบอุ่น นายฟองจึง เป็นคนอารมณ์ดี มีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอ ใครเดินผ่านไปมานายฟองก็จะยิ้มทักทายตลอด และครอบครัวยังคงดูแลเรื่องเสื้อผ้า การแต่งกายและความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ นายฟองจึงดูสะอาดสะอ้าน และมีความสุข

กรณีศึกษาที่ 3: เด็กชายยิ้ม (นามสมมุติ)

เด็กชายยิ้ม (นามสมมุติ) อายุ 14 ปี เกิดมาในครอบครัวที่บิดามารดาเลิกรากัน มารดาเล่าว่าเคยแต่งงานมาแล้ว 1 ครั้ง เมื่ออายุ 14 ปี และมีลูกสาวคนแรกชื่อไบเตย ซึ่งเป็นพี่สาวของเด็กชายยิ้ม ต่อมาได้เลิกกับสามีคนแรกและย้ายไปทำงานที่โรงงานยางพาราประมาณ 2 ปี ได้พบกับสามีคนที่ 2 ซึ่งเป็นคนดื่มเหล้า เทียวเตร่ แต่ต้องทนอยู่ด้วยกันเพราะอายุชาวบ้าน ถ้าหากจะเลิกกันไปอีกครั้ง ต่อมาเมื่อรู้ว่าตัวเองตั้งครรภ์ จึงตัดสินใจบอกสามี เมื่อสามีรู้ก็ดีใจและบอกว่าจะเลิกเที่ยวและเลิกดื่มเหล้า แต่เมื่อสามีหยุดดื่มเหล้าได้ประมาณ 2 เดือน ก็มีอาการกระวนกระวาย ทะเลาะกันบ่อยครั้ง มารดาสังเกตเห็นว่าสามีไม่มีความสุขกับครอบครัว จนสุดท้ายก็เลิกรากันไป ในขณะที่อายุครรภ์ได้ 4-5 เดือน จึงตัดสินใจอุ้มท้องกลับมาอยู่บ้านกับตายาย ซึ่งทั้งสองบอกให้กินยาฆ่าลูก เพราะไม่อยากได้ลูกที่มีเลือดเนื้อเชื้อไขของบิดาแท้ๆ ของเด็กชายยิ้ม ตากับยายคิดว่าเป็นคนไม่ดี รวมถึงญาติหลายคนก็พูดกันมาก มารดาจึงตัดสินใจไปจีตากับหมอมหาบ้านเพื่อที่จะเอาทารกออก โดยให้เหตุผลว่ามีปัญหาเกี่ยวกับบิดาของเด็กชายยิ้มและถูกทิ้งมา หลังจากจีตยาได้ 3 วัน มารดารู้สึกปวดท้องมากจนเกิดความกลัวว่าตัวเองจะตาย แต่ผลปรากฏว่าทารกในครรภ์ไม่ออก มารดาเลยกลับตัวกลับใจ และคิดว่าเขาคงอยากอยู่กับเราเพราะมีร่างกายแข็งแรงจึงไม่อยากตาย

หลังจากนั้น มารดาก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อบำรุงร่างกายและครรภ์ นอกจากนั้นยังดูแลร่างกายเป็นอย่างดี จนเมื่ออายุครรภ์ได้ 8-9 เดือน สังเกตว่าทารกในครรภ์คืบ น้อยลงและมีอาการปวดท้องบ่อย จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก แพทย์แจ้งว่าทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่า ปกติ แต่ร่างกายครบ 32 ประการ เมื่อได้ฟังผลเช่นนั้นมารดาจึงภาวนาสวดมนต์ให้ทารกในครรภ์ แข็งแรง และไม่ป่วยอะไร

ต่อมาเมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว และมีอาการตัวเขียว ตัวเหลือง และซิด แพทย์จึงนำเด็ก เข้าอบตัวเป็นระยะๆ 7 วัน ผลปรากฏว่า ตัวยังคงซิดเหลืองอยู่แพทย์จึงสั่งอบตัวต่ออีก 15 วัน แล้ว อนุญาตให้พาลูกกลับบ้านได้ หลังจากนั้นมารดาเลี้ยงดูเด็กชายยิ้มเหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่เมื่อให้นม ก็ไม่ยอมดูดนม และเมื่ออายุได้ 8-9 เดือน ก็สังเกตพบพัฒนาการที่มีอาการผิดปกติต่างจากเด็กทั่วไป คือ ไม่ชันคอ ไม่คว้าตัว ไม่พลิกตัว จนกระทั่งเวลาผ่านไป 1 ปี เด็กชายยิ้มก็ไม่มีพัฒนาการในการหยิบ หรือคลาน มือทั้ง 2 ข้างไม่สามารถกำและหุบของเข้าปากได้ รวมถึงไม่มีอาการตอบสนอง มอง ตามหรือหันคอเมื่อมีเสียงร้องเรียกชื่อ มารดาได้พยายามสังเกตจนเด็กอายุได้ 1 ขวบครึ่ง จึงพาไป พบแพทย์ และแพทย์แจ้งว่าเด็กมีความผิดปกติทางสมอง ส่งผลให้ร่างกายมีอาการเกร็งตลอดเวลา และเด็กไม่มีการโต้ตอบจากเสียงเรียกของมารดา

แม้ว่าเวลาผ่านไป 3 ปี เด็กชายยิ้มไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ ยังคงนอนอยู่ในเปลและที่นอน เพียงอย่างเดียว มารดาจึงทำได้เพียงดูแลอย่างใกล้ชิดและให้นมเป็นเวลา ซึ่งในระหว่างที่มารดา ทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมอย่างอื่นในบ้านก็จะคอยฟังเสียงร้องเมื่อได้ยินจึงจะมาให้นม จนอายุได้ 5 ปี ก็ยังไม่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น มารดาจึงเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยสนใจดูแลมากนัก แต่ยังคงคอยช่วยเหลือใน การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนอาหาร ซึ่งเมื่อเสร็จภารกิจนี้แล้วก็จะเด็กชายยิ้ม มานั่งเล่นที่เปลนอน ซึ่งเป็นที่สำหรับเด็กชายยิ้ม หรือวิวแชร์ เพื่อให้เด็กชายยิ้มนั่งเล่น และมารดา ก็ไปทำงานบ้าน

กรณีศึกษาที่ 4: เด็กชายแดง (นามสมมุติ)

เด็กชายแดง (นามสมมุติ) อายุ 14 ปี เกิดในครอบครัวชาวนา แต่ไม่ได้ทำนาเองให้คนอื่นเช่า ที่นาโดยผู้เช่าจะแบ่งข้าวมาให้ทาน ปัจจุบันอยู่กับยายและมารดาที่ไม่ได้ทำงานโรงงานแล้วกลับมา อยู่ด้วย 2 ปีแล้ว มารดาเล่าว่า ก่อนหน้านั้น บิดาและมารดาประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานทาสีไม้ ที่กรุงเทพมหานคร เมื่อเด็กชายแดงเกิดมาได้ 1 ขวบ พบว่ามีลักษณะของความผิดปกติของร่างกาย คือ ขาทั้ง 2 ข้างยึดติด ตั้งแต่สะโพกลงมาถึงเท้า บิดาและมารดาก็เลิกงาน มารดาจึงนำเด็กชายแดง มาฝากให้ยายกับป้าเลี้ยง จากนั้นก็กลับไปทำงานรับจ้างทาสีที่กรุงเทพมหานครตามเดิม และส่งเงิน

มาให้ขายไว้สำหรับซื้อนมและอาหารเลี้ยงดูเด็กชายแดง รวมถึงเป็นค่าใช้จ่ายภายในบ้านเป็นประจำ ทุกเดือนเดือนละ 3 พันบาท ส่วนมารดาเมื่อเลิกกับสามีเก่า 3 ปี หลังจากนั้นได้แต่งงานใหม่ ซึ่งสามีใหม่ไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน และส่งเงินมาช่วยเหลือเลี้ยงดูครอบครัวเด็กชายแดง ซึ่งบิดาใหม่ก็รักเด็กชายแดงเหมือนลูกและเด็กชายแดงก็รักบิดาใหม่เช่นกัน

เด็กชายแดงเป็นเด็กที่มีอารมณ์ดี จิตใจสดชื่น เบิกบาน และกระปรี้กระเปร่า เด็กชายแดงจะมีความสุขตลอด มีความสุขกับทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนเองทำได้ รู้สึกสนุก เพลิดเพลิน และร่าเริงแจ่มใส ซึ่งกิจกรรมพิเศษที่เด็กชายแดงชอบมาก คือ การนั่งรถวีลแชร์ไปรอบๆ หมู่บ้าน เพื่อหาเก็บของเก่า และขวดพลาสติกแล้วนำไปขาย โดยนำเงินที่ขายได้มาหยอดกระปุกออมสินด้วยตนเองโดยเด็กชายแดงขายขวดพลาสติกแต่ละครั้งได้เงิน 30 บาท ซึ่งขายก็ไม่ได้เอาเงินจากหลาน แต่ให้หลานเก็บออมเองเพราะคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีไม่เสียหายเด็กจะได้ฝึกเก็บเงิน

กรณีศึกษาที่ 5: นางสาวตอง (นามสมมุติ)

นางสาวตอง (นามสมมุติ) อายุ 17 ปี มีน้องชายหนึ่งคน ชื่อหนึ่ง มารดาเล่าว่า เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์มารดารู้สึกดีใจมาก ดูแลตัวเองและระมัดระวังตลอดจนเมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน ก็มีอาการปวดท้องมาก จึงรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลและแพทย์บอกว่าอาจจะมีการคลอดก่อนกำหนด ให้ดูแลและสังเกตอาการ ถึงแม้ครอบครัวจะไม่ได้ร่ำรวย แต่ด้วยความรักลูกและอยากให้ลูกอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด มารดาก็พยายามไปพบแพทย์อยู่บ่อยๆ เพื่อตรวจเช็คอาการให้แน่ใจ

เมื่ออายุครรภ์ได้ 8 เดือนครึ่ง มารดาก็ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในอำเภอ แพทย์บอกว่าทารกในครรภ์ไม่เอาหัวลง แพทย์สั่งให้มารดาหยุดทำงานชั่วคราว มารดาจึงได้แต่ภาวนาขอให้ทารกเกิดมามีร่างกายสมบูรณ์ ครบ 32 ประการ หลังจากนั้น ก็ได้ฝากครรภ์กับแพทย์พิเศษเพื่อไม่ให้ทารกที่อยู่ในครรภ์เกิดมามีปัญหาเรื่องความพิการ

ในวันที่คลอดนางสาวตอง ช่วงเวลาที่ทำคลอดเกิดไฟดับ แต่เมื่อคลอดออกมาปกติ เป็นเพศหญิง มีน้ำหนัก 3,200 กรัม บิดาและมารดาดีใจมากเมื่อรู้ว่าลูกเกิดมาปกติครบ 32 ประการ และพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนครบกำหนดที่แพทย์สั่ง จึงกลับไปพักฟื้นที่บ้านมารดาเลี้ยงดูตามปกติ จนกระทั่งระยะเวลาผ่านไป 4 เดือน จึงสังเกตเห็นว่าลูกไม่มีการชันคอเหมือนเด็กคนอื่นๆ แต่คิดว่าเนื่องจากลูกอ่อนน่ารักก็ไม่คิดว่าเป็นอะไรมากนักแล้วบ้านและเพื่อนบ้านก็บอกว่าเด็กน่ารักดีไม่น่าจะเป็นอะไรถ้าอายุ 1 ขวบ เด็กก็จะแข็งแรงขึ้นเองแต่เมื่อนางสาวตองอายุได้ 1 ขวบ ก็ยังไม่สามารถนั่ง

เองได้ มารดาไปปรึกษาแพทย์ โดยแพทย์บอกว่าเด็กมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มารดาก็ไม่รู้และไม่เข้าใจว่าโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงคืออะไร จึงไปหาหมอยาตามบ้านมารักษาหมอยาใช้วิธีการรักษาทั้งน้ำมัน น้ำหมอก ยาต้ม ยาสมุนไพร รักษาเท่าไรก็ไม่หาย เมื่อชาวบ้านมาคุยก็พากันบอกว่าครอบครัวเราคนบาปหนัก เกิดมาไม่เหมือนชาวบ้าน มารดาจึงกลัวใจจึงหันไปพึ่งวัด พึ่งเทศน์ พึ่งธรรม และกลับมาฝึกลูก แต่สุดท้ายลูกก็ยังนั่งเองไม่ได้

จากนั้นมารดาก็ตัดสินใจพานางสาวตองกับน้องชายไปอยู่ที่บ้านพักปลายนา (ที่พักสำหรับทำนา) ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 1.5 กิโลเมตร และไม่เข้ามาในหมู่บ้านอีกเลย เพราะไม่อยากจะตอบคำถามของ ชาวบ้านที่คอยถามถึงนางสาวตองว่าเป็นอย่างไร การถามถึงอาการของลูกสาวนั้นทำให้มารดาเกิดความไม่สบายใจ อย่างมาก มารดานางสาวตอง เล่าว่า

“เพราะต้องการปกปิดไม่อยากให้ใครรู้ ไม่อยากให้ใครเห็นลูกของตัวเองที่มีสภาพแบบนี้กลัวคนอื่นรับลูกตัวเองไม่ได้ และอายุที่มีลูกพิการจึงพาลูกมูนี้...” (มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

นางสาวตอง เป็นสาวที่มีร่างกายและมีทรวดทรง น้ำเสียงที่พูดเสียงใหญ่ และมีความกล้าที่จะพูดได้ตอบ โดยสามารถอธิบายสามล้อได้เองและเป็นพี่ของครอบครัว นางสาวตองมีความต้องการเรียนฝึกอาชีพ แต่ยังไม่สามารถไปเรียนได้ เนื่องจากระบบกล้ามเนื้อมัดเล็กยังไม่สัมพันธ์กัน เช่น การหันหน้าเข้าหาสิ่งของยังไม่สัมพันธ์กับมือและการหยิบจับสิ่งของต่างๆ จึงอยู่กับมารดาที่บ้าน ส่วนบิดาออกไปหารับจ้างทำงานทั่วไปนอกบ้านตอนเย็นถึงจะกลับบ้าน

กรณีศึกษาที่ 6: นางสาวแว (นามสมมุติ)

นางสาวแว (นามสมมุติ) อายุ 17 ปี มีพี่สาวอีก 1 คน อายุห่างกัน 3 ปี พี่สาวมีสภาพร่างกายแข็งแรงปกติดี จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 4 คน บิดาและมารดามีอาชีพทำนา รายได้ครอบครัวต่อปี 6-7 หมื่นบาท ขายนางสาวแวเล่าให้ฟังว่า

ขณะที่มารดาตั้งครรภ์ได้ 3 เดือน มารดามีอาการแพ้ท้องมากกินอาหารไม่ค่อยได้ และเมื่อตอนอายุครรภ์ได้ 6 เดือน มารดาก็ตกจากเก้าอี้ และได้ไปพบแพทย์ที่สถานีอนามัยของตำบลที่อยู่ใกล้บ้านแพทย์รักษาเหมือนบุคคลทั่วไปให้ยามารับประทาน และขณะที่อายุครรภ์ 7 เดือน มารดามีอาการปวดท้องมากเหมือนจะคลอดจึงรีบเดินทางไปโรงพยาบาลที่อำเภอ และคลอดก่อนกำหนด และเด็กมีน้ำหนัก 2,500 กรัม เมื่อคลอดออกมาใหม่ๆ นางสาวแวมีอาการตัวเขียว แพทย์จึงต้องเอา

เข้าตู้อบอีก 15 วัน หลังจากครบกำหนดเข้าตู้อบ แพทย์ก็สั่งให้กลับบ้าน มารดาพานางสาวแวกลับบ้านมาเลี้ยงตามปกติ แต่มารดายังมีอาการเลือดออก ภายหลังจากคลอด และนางสาวแวก็ไม่สบายบ่อยครั้งเช่นกัน

เมื่อนางสาวแว อายุได้ 4 เดือน ต้องเข้าไปรับรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ เนื่องจากเป็นไข้ขึ้นสูงมาก และร่างกายอ่อนแอมาก อยู่โรงพยาบาล 4-5 วัน และหลังจากออกจากโรงพยาบาลก็กลับมาอยู่บ้าน แต่ก็ต้องเข้าและออกโรงพยาบาลบ่อยๆ เนื่องจากเป็นไข้บ่อยๆ และเมื่ออายุได้ประมาณ 9 เดือน นางสาวแวก็เกิดอุบัติเหตุตกเตียงที่บ้านแต่ก็ไม่เป็นอะไรมากนักเมื่อถึงกำหนดฉีดวัคซีน มารดาก็ได้พาไปรับการฉีดวัคซีนตามปกติ จนกระทั่งอายุได้ 1 ปี มารดาจึงรู้ว่านางสาวแวพิการ เนื่องจากไม่มีพัฒนาการทางร่างกายเพิ่มขึ้น จึงตัดสินใจพาไปรักษาที่ตัวจังหวัด ในตอนแรกแพทย์บอกว่าเด็กมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจึงแนะนำให้ไปที่แผนกกายภาพบำบัด และนัดให้มาทำกายภาพบำบัดเดือนละ 4 ครั้ง มารดาจำทำกายภาพที่โรงพยาบาลทำให้กับนางสาวแวและกลับมาทดลองทำเองที่บ้าน จากนั้นก็ไม่ไปตามที่แพทย์นัด แต่ทำกายภาพเองเพื่อไม่ให้ข้อต่อที่มือ แขน ขา เท้า และเส้นเอ็นติด ส่วนในเรื่องของอาหารในช่วงอายุประมาณ 2-3 ปี มารดาป้อนข้าวบด แลก็พบปัญหา คือ ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ และกลืนอาหารก็ลำบากมาก จึงเปลี่ยนเป็นข้าวต้มและๆ และน้ำข้าวแทน สลับกับกินนมผง โดยใช้ช้อนค่อยๆ ป้อนใส่ปากทีละนิด

ขณะที่นางสาวแวอายุ 4 ปี บิดากับมารดาได้หย่าร้างกัน มารดาไปทำงานที่ประเทศฮ่องกง เป็นแม่บ้านทำความสะอาด และส่งเงินมาให้ตาและยาย เลี้ยงดูและเป็นค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว และต่อมามารดาก็มีสามีใหม่อยู่ที่ประเทศฮ่องกงซึ่งเป็นคนไทยด้วยกัน และมีลูกด้วยกันอีก 1 คน มารดาจะกลับมาเยี่ยมครอบครัวที่เมืองไทยปีละครั้ง ซึ่งนางสาวแวเข้าใจเหตุผลที่มารดาต้องไปทำงานต่างประเทศ รวมถึงการที่มารดามีสามีใหม่และมีน้องสาว ซึ่งเข้ากันได้ดีกับน้องต่างบิดา และได้รับความรักจากตาและยายที่คอยดูแลเป็นอย่างดีมีความอบอุ่นทั้งร่างกายและจิตใจ ตาและยายเป็นคนใจดีตามใจนางสาวแวทุกอย่างและตาก็ช่วยฝึกและทำอุปกรณ์ตัดแปลงในท้องถิ่นให้อีกด้วย

นางสาวแว เริ่มเป็นสาวแล้ว ด้วยสรีระร่างกายที่บ่งบอกถึงการมีทรวงทรง แม้ว่าตัวจะเล็กไม่สมวัย แต่นางสาวแวเริ่มมีความอายเมื่อถามพูดคุยเรื่องเพศตรงข้าม ก็จะมีการขมับแบบอายๆ เรื่องอารมณ์ที่เอาแต่ใจตัวเองก็ลดลงกว่าตอนที่มียาเป็นเด็ก และมีการรับฟังความคิดเห็นของตากับยายมากขึ้น ไม่หุนหันุนใจ รับฟังคำสั่งดีขึ้นและปฏิบัติตาม เวลามิ่ประจำเดือนยายต้องคอยช่วยติดผ้าอนามัยให้ และนอกเหนือจากนั้นนางสาวแวสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเข้าห้องน้ำเอง การอาบน้ำเอง อาจเพราะเริ่มโตเป็นสาวจึงรู้สึกมีความเขินอายจึงไม่ให้ยายช่วย เพราะนางสาวแวสามารถดูแลตัวเองได้

กรณีศึกษาที่ 7: นางสาวก้อย (นามสมมุติ)

นางสาวก้อย (นามสมมุติ) อายุ 16 ปี บิดาและมารดามีอาชีพค้าขาย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับตาและยาย ยายเล่าให้ฟังว่า เมื่อมารดาของนางสาวก้อยเรียนจบชั้นประถมปีที่ 6 แล้วก็ไปทำงานที่ร้านอาหารในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นร้านขายอาหารอีสาน ด้วยครอบครัวยากจนจึงต้องยอมให้ลูกไปทำงานเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว ซึ่งมารดานางสาวก้อยเองก็มีร่างกายไม่ปกติที่ข้อเท้าซ้าย (โรคเท้าปุก เป็นความผิดปกติของเท้าที่เป็นตั้งแต่กำเนิดประเภทหนึ่ง โดยมีลักษณะความผิดปกติแบบข้อเท้าจิกกลาง บิดเข้าใน และฝ่าเท้าหงายขึ้น ทำให้มีรูปร่างเหมือนไม้กอล์ฟ อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้เวลาเดินขาจะเป็นคื่น) หลังจากที่มารดาไปทำงานที่กรุงเทพมหานครได้ 2 ปี ก็พบกับบิดาของนางสาวก้อยที่ทำงานที่เดียวกันและได้กลับมาแต่งงานที่บ้านแบบผูกข้อมือไม่มีพิธีมาก หลังจากนั้นก็กลับไปทำงานต่อที่กรุงเทพมหานครจนถึง 2 ปี ก็ได้ตั้งครรภ์นางสาวก้อย ในระหว่างที่อายุครรภ์ได้ 4-7 เดือน มีอาการแพ้ท้องมาก บิดาจึงให้ออกจากงานที่ทำอยู่ และให้พักอยู่ที่บ้าน (บ้านเช่า) ทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เพราะอายุครรภ์มากแล้ว ส่วนบิดาทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว ซึ่งก็ไม่มีปัญหาใด

มารดาคลอดนางสาวก้อยด้วยน้ำหนัก 2,800 กรัม หน้าตาน่ารักเหมือนเด็กปกติทั่วไป และเลี้ยงดูด้วยตัวเองอยู่ที่บ้านพัก และต่อมาพากลับไปเลี้ยงและพักพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อนางสาวก้อยอายุได้ 2 เดือน มารดาก็กลับไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร และส่งเงินให้ตากับยายเพื่อเลี้ยงดูและเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไป แต่เงินที่ส่งมาให้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในบ้าน เพราะนอกจากนางสาวก้อยแล้วตากับยายยังต้องดูแลหลานอีกหนึ่งคนชื่อ กีบ ซึ่งมีอายุไม่ห่างกับนางสาวก้อยมากนัก สามารถเลี้ยงดูกันเป็นเพื่อนกันได้ แต่ค่าใช้จ่ายก็ไม่เพียงพอ ตาจึงหารายได้เพิ่มด้วยการรับจ้างทั่วไปเพื่อหารายเพิ่มมาเลี้ยงดูหลาน 2 คน ตากับยายเลี้ยงดูเป็นอย่างดี และสังเกตว่าหลานทั้ง 2 คน ที่เลี้ยงดูกันนั้นมีอายุไล่เลี่ยกัน แต่พัฒนาการต่างๆ ของร่างกายทั้งสองคนต่างกัน คือ พัฒนาการทางร่างกาย กีบปกติดี ส่วนพัฒนาการทางร่างกายของนางสาวก้อยนั้น พบว่าผิดปกติ คือ ไม่พูด ลื่นแข็งเมื่ออายุประมาณ 2 ปี ข้อแข็งเกร็งไม่สามารถย่นได้ ลักษณะการนั่ง นั่งท่าเบาะขาทั้ง 2 ข้างออก จนกระทั่งเมื่ออายุประมาณ 2 ปี ก็ยังนั่งทรงตัวไม่ได้ และถ้าให้เด็กนั่งอยู่คนเดียวไม่ถึง 2 นาที ก็จะหงายหลัง

เมื่อนางสาวก้อย อายุได้ 9 ปี ได้เข้าเรียนที่โรงเรียนศูนย์เด็กเล็กที่วัดใกล้บ้าน แต่ก็มีปัญหาที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ทันเพื่อนๆ และอีกปัญหาสำคัญคือ เด็กนักเรียนและเพื่อนๆ จะล้อเลียนเรื่องความพิการ จึงทำให้น้องคิดมาก เมื่อกลับมาจากโรงเรียนจะเอาไม้ดัดขาตัวเองทิ้งพุดแล้วก็ร้องไห้ ตาและยายก็รู้สึกหดหู่ไปกับหลานด้วย ตาเป็นคนรักหลานมากแต่หากจะพาไปผ่าตัดแต่ก็ไม่

มีเงินพอในการผ่าตัด จึงได้พาไปเข้าร่วมอบรมตามที่ต่างๆ ที่หน่วยงานจะมีหนังสือเชิญให้ไปเข้าร่วมในการฟื้นฟูและกลับมาฝึกกับอุปกรณ์ที่บ้าน และเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูและตาได้เข้าไปคุยกับครูประจำชั้นและผู้บริหารให้ช่วยกันปรับแก้ปัญหา ไม่ให้เพื่อนล้อเลียน จึงกลับมาใช้ชีวิตจิตใจที่ดีสามารถเข้ากับเพื่อนๆ ในโรงเรียนได้ ปั่นจักรยานไปเล่นกับเพื่อนๆ ได้เหมือนคนปกติ ชีวิตจึงเรียนหนังสือร่วมกันได้อย่างมีความสุข

กรณีศึกษาที่ 8: เด็กหญิงอร (นามสมมุติ)

เด็กหญิงอร (นามสมมุติ) อายุ 14 ปี อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง และอาศัยอยู่บ้านกับยายที่สภาพบ้านเป็นบ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ หลังจากที่ยายกับมารดาแต่งงานกันแล้ว ยายก็เดินทางไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน และมารดาได้ตั้งครุฑ และการคลอดนั้นคลอดผิดท่า(เอาขาออกก่อนหัว) จึงทำให้การทำคลอดใช้เวลานานแต่แพทย์ก็ทำการคลอดได้สำเร็จ ด้วยน้ำหนักตัว 3,000 กรัม และมารดาเลี้ยงดูตามปกติ

จนกระทั่งเมื่ออายุได้ 4 เดือน มารดาเริ่มเห็นความผิดปกติ คือไม่กลาน ไม่นั่ง ไม่ยืน ไม่เดิน ตามที่พัฒนาการของเด็กปกติ มารดาซึ่งรักบุตรมากก็ได้พาไปพบแพทย์ที่อำเภอและที่จังหวัด แพทย์ให้การรักษาตามอาการ และมารดาก็คอยป้อนข้าวป้อนน้ำให้ และก็คอยนวดให้ลูกตามข้อต่อของมือ แขน ขา เพื่อให้เส้นเอ็นคลาย

ต่อมาเมื่ออายุ 3 ปี ยายก็กลับจากประเทศไต้หวัน เมื่อเห็นสภาพของลูกที่เกิดมาไม่เหมือนคนอื่นเขาจึงทำให้รู้สึกสงสารและรักบุตรมาก จึงได้พาไปตรวจวัดระดับเขาวนปัญญาอยู่ในระดับ 3 ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น แพทย์ได้ตรวจพัฒนาการ และทำการประเมินพัฒนาการ แพทย์บอกว่า เนื่องจากระหว่างคลอดนั้น ขาดอากาศหายใจ จึงทำให้สมองบางส่วนที่มีหน้าที่สั่งกล้ามเนื้อเสียไป จึงมีผลทำให้มีอาการเกร็งของร่างกายและตามแขน มือ ขา ข้อเท้าและเส้นเอ็น หลังจากนั้นแพทย์ก็แนะนำให้บิดามารดาทำกายภาพบำบัด เพื่อที่จะลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นลงไปได้

ปัจจุบัน เด็กหญิงอรรถิระร่างกายเริ่มเป็นสาววัยรุ่น มีทรวงอก มีเสียงพูดใหญ่ขึ้น และช่วงที่มีประจำเดือน มารดาจะช่วยเอาผ้าอนามัยติดกับกางเกงในให้ เพราะว่ามือยังหยิบจับยังไม่ค่อยจะสัมพันธ์กัน ส่วนสมองเกือบจะเทียบเท่าคนปกติที่มีอายุเท่ากัน สามารถนับเลขได้ 1-100 ท่องอักษรภาษาไทย และภาษาอังกฤษได้ครบ และยังสามารถท่องศัพท์ภาษาอังกฤษได้เกิน 50 คำ ส่วน

ทางด้านครอบครัวบิดา มารดารักกันดีให้ความรักและความอบอุ่นดี และปัจจุบันมารดามีบุตรเพิ่มอีก 2 คน เพศหญิงทั้งคู่ มีอายุได้ 3 ปี และคนที่ 3 มีอายุได้ 2 เดือน จึงทำให้มีความสุขมากขึ้นมีน้องเป็นเพื่อนเล่นไม่เหงา

จากการศึกษาภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความพิการของกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งได้ตามช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงเวลาที่สามารถทำให้เกิดความพิการ

1. ช่วงเวลาที่มารดาตั้งครรภ์ คือ มารดาประสบอุบัติเหตุ เช่น ตกเก้าอี้ และมารดากินยาจากหมอยาเถื่อนเพื่อขับเอาทารกออก
2. ช่วงเวลาใกล้คลอด คือ มารดา น้ำเดิน ก่อนที่จะไปถึงโรงพยาบาลหรือมารดาคลอดก่อนกำหนด
3. ช่วงเวลาระหว่างคลอด คือ ทารกคลอดผิดปกติ เช่น ทารกเอาขาออกจากช่องคลอดก่อนหรือมารดาคลอดในรถ
4. ช่วงเวลาหลังคลอด คือ ผู้ดูแลทำเด็กทารกหล่น หรือทารกตกโต๊ะ ตกเตียง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ

1. โรคทางพันธุกรรม ในกรณีนี้ คือ โรคเท้าปุก โรคข้อติดยึด
2. ความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ขณะตั้งครรภ์มารดาได้รับอุบัติเหตุ เจ็บป่วย เกิดภาวะทุโภชนาการ ได้รับสารพิษที่ทำให้การเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของทารกผิดปกติ
3. ความผิดปกติระหว่างคลอด เช่น คลอดยาก คลอดทำผิดปกติ คลอดก่อนหรือหลังกำหนด
4. อุบัติเหตุ/ การบาดเจ็บ ที่เกิดกับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของเด็ก เช่น เมื่อนำทารกเข้าตู้อบ แพทย์หรือพยาบาลอุ้มทารกหัวกระแทกกับเหล็กขอบตู้อบ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

นามสมมุติ	สาเหตุที่พิการ	ระยะเวลาที่พิการ	ลักษณะของความพิการ
นายอ้วน	ถูกน้ำคร่ำแตก	ตั้งแต่กำเนิด	ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง
นายฟอง	มารดาหกล้มขณะตั้งครรภ์	ตั้งแต่กำเนิด	มีอากาเร้งทั้งตัว
	เด็กประสบอุบัติเหตุหลังคลอด		
เด็กชายอิม	มารดาทานยาขับเด็กออก	ตั้งแต่กำเนิด	มีอากาเร้งทั้งตัว
เด็กชายแดง	มารดาคลอดก่อนกำหนด	ตั้งแต่กำเนิด	สะโพกถึงเท้าทั้งสองข้างตึงยึด
นางสาวตอง	มารดาคลอดก่อนกำหนด	ตั้งแต่กำเนิด	แขนและขาทั้งสองข้างมีอากาเร้ง
นางสาวแวว	มารดาตกเก้าอี้ขณะตั้งครรภ์	ตั้งแต่กำเนิด	แขนและขาทั้งสองข้างมีอากาเร้ง
นางสาวก้อย	กรรมพันธุ์	ตั้งแต่กำเนิด	สะโพกถึงเท้าทั้งสองข้างตึงยึด
เด็กหญิงอร	คลอดผิดปกติ	ตั้งแต่กำเนิด	แขนและขาทั้งสองข้างมีอากาเร้ง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความพิการตั้งแต่กำเนิดและมีลักษณะความพิการทางการเคลื่อนไหวเหมือนกัน แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน วิธีการดำเนินชีวิตและการดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างได้ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย คือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เดินไม่ได้ ลูกขึ้นยืนหรือนั่งไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ หรือหยิบจับสิ่งของไม่ได้เลย วิธีชีวิตของกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีคนอื่นดูแลอย่างใกล้ชิด คอยช่วยเหลือทุกอย่าง ผู้พิการทำได้เพียงนอนอย่างเดียว เมื่อถึงเวลาผู้ที่เป็นคนคอยดูแลจะอาบน้ำ แต่งตัว หรือป้อนอาหารให้จากนั้นก็ปล่อยให้นอนเล่นอยู่เพียงลำพัง เมื่อได้ยินเสียงร้องเรียกจึงมาดูแลเป็นช่วงเวลา เช่น กรณีต่อไปนี้

“ปัจจุบันนี้ นายอ้วนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยแม่ต้องช่วยล้างหน้าแปรงฟัน และอาบน้ำให้ เพราะถ้าอาบน้ำเองจะเล่นน้ำจนหมดโอ่ง จากนั้นก็จะหาข้าวให้กิน อาหารกินได้ปกติทั่วไป แกง ผัด ทอด และชอบขนมขบเคี้ยวที่หวาน แต่จะไม่ชอบกินผลไม้ทุกชนิด และหากวันไหนที่แม่ต้องออกไปนอกบ้าน ต้องใช้เชือกผูกที่ขา ไว้เพราะจะออกไปนอก

บ้าน และส่วนใหญ่จะเปิดโทรทัศน์ให้ดู เขาจะชอบดูมาก แม่ต้องอาศัยเวลานี้ทำงานบ้าน ทุกวันจะดำเนินไปแบบนี้ จนมีด็กพาเข้านอน...” (มารดานายอ้วน, สัมภาษณ์: 2556)

2. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เดิน ลูกนั่ง ยืน หรือหยิบจับสิ่งของได้แต่อาจจะไม่สัมพันธ์กัน เช่น เดินไม่ตรง จึงจัดอยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ วิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้จะมีคนคอยดูแล และคอยช่วยเหลือในสิ่งที่ยากเกินกว่าจะสามารถทำเองได้ แต่ส่วนใหญ่มารดาจะฝึกให้ทดลองทำเองก่อน หากทำไม่ได้จริงๆ จึงค่อยช่วยเหลือ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ นอกเหนือจากที่นั่งเล่นและนอนในเปลที่นอนแล้วก็ยังสามารถช่วยให้ตัวเองเคลื่อนไหวไปในบริเวณบ้าน และบริเวณรอบบ้านได้แต่จะมีคนคอยดูแลอยู่ไม่ห่าง เช่น กรณีต่อไปนี้

“ นายฟอง ปัจจุบันสามารถพูดได้นิดหน่อยแต่ช้ามาก และมารดาต้องเป็นคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรส่วนตัว เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น จากนั้นก็นั่งจะดูโทรทัศน์ ใช้เวลาส่วนใหญ่ อยู่กับโทรทัศน์ ชอบดูกีฬา โดยเฉพาะฟุตบอล จะชอบดูมากเป็นพิเศษ ...” (มารดานายฟอง, สัมภาษณ์:2556)

“ นางสาวตอง ปัจจุบันเดินได้ แต่ไม่ตรงทาง สามารถถีบรถสามล้อไปมาไหนได้ และช่วยเหลือตัวเองโดยการหยิบของกินเองได้ เข้าห้องน้ำได้ อาบน้ำเองได้ ขึ้น-ลงโตะได้เอง ขึ้น-ลง รถวีลแชร์ได้...” (มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

“ นางสาวแหว ปัจจุบันเดินได้แต่ไม่ตรงทาง และสามารถเดินโดยการจับรถวีลแชร์ไปหรือก็จะนั่งและใช้เท้าช่วยถีบพื้นไป และช่วยเหลือตัวเองโดยการหยิบของกินเองได้ เข้าห้องน้ำได้เอง อาบน้ำเองได้ ขึ้น-ลงโตะได้เอง ขึ้น-ลงรถวีลแชร์ได้...” (มารดานางสาวแหว, สัมภาษณ์: 2556)

“ เด็กหญิงอร ปัจจุบันช่วยเหลือตัวเองโดยการหยิบของกินเองได้ เข้าห้องน้ำได้เอง อาบน้ำ ขึ้น-ลงโตะ ได้เอง ขึ้น-ลง รถวีลแชร์ได้...” (บิดาเด็กหญิงอร, สัมภาษณ์: 2556)

3. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือครอบครัวได้

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือครอบครัวได้ คือ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เดิน ลุก นั่ง ยืน หรือหยิบจับสิ่งของได้แต่อาจจะไม่สัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ เช่น กวาดบ้าน ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น จึงจัดอยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ วิถีชีวิตของกลุ่มนี้ จะดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป แต่ลักษณะการเคลื่อนไหวอาจไม่ปกติ โดยจะมีคนคอยช่วยเหลือในสิ่งที่ยากเกินกว่าจะสามารถทำได้ และผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้ว่าทำอะไรได้ ทำอะไรไม่ได้ก็จะบอกให้ทำเฉพาะในสิ่งที่ทำได้ ดังนั้น กลุ่มนี้จึงมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมือนคนปกติทั่วไป สามารถออกไปนอกบ้าน ในชุมชนได้โดยอาจจะไม่มีคนคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

“เด็กชายแดง ปัจจุบันสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เกือบทุกอย่าง เช่น การหยิบของกินเองได้ เข้าห้องน้ำได้เอง อาบน้ำเองได้ ขึ้น-ลงโตะ ได้เอง ขึ้น-ลง รถวีลแชร์ได้ นอกจากนี้ยังช่วยเหลืองานบ้าน เช่น กรอกน้ำ กวาดบ้าน เช็ดทำความสะอาดบ้าน...” (ยายเด็กชายแดง, สัมภาษณ์: 2556)

“นางสาวก้อย ปัจจุบันช่วยยายทำงานบ้านได้ทุกอย่าง นั่งข้าว ทำกับข้าว ถูบ้าน ซักผ้า และช่วยเหลือตัวเองโดยการหยิบของกินเองได้ เข้าห้องน้ำได้เอง อาบน้ำเองได้ ขึ้น-ลงโตะ ได้เอง ขึ้น-ลงรถวีลแชร์ได้...” (ยายนางสาวก้อย, สัมภาษณ์: 2556)

จากการศึกษา ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพิการมาตั้งแต่กำเนิด โดยส่วนใหญ่สาเหตุของความพิการมาจากการคลอดก่อนกำหนด แลหารคลอดผิดท่า นอกจากนั้น มารดาและบิดาที่เลี้ยงดูเด็กทารกแรกเกิดละเลยถึงความผิดปกติของเด็ก ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการดูแล รักษา หรือทำกายภาพบำบัดร่างกายที่ผิดปกติอย่างถูกวิธี และถึงแม้บางคนจะใส่ใจในความผิดปกติของบุตร และมีความพยายามในการนำเด็กไปรักษา และทำกายภาพบำบัดยังโรงพยาบาล แต่ก็ไม่มีความต่อเนื่อง เนื่องมาจาก ครอบครัวมีฐานะยากจนและมารดามีความลำบากในการเดินทางพาบุตรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในตัวเมือง ซึ่งมีระยะทางห่างไกลจากชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการดูแล รักษา และทำกายภาพบำบัดเท่าที่ควร และสามารถสรุปภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพที่ 21 ภูมิหลังของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น

ส่วนที่ 2 การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

จากภูมิหลังของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ที่ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน รายได้ไม่เพียงพอ กับรายจ่าย เมื่อบุตรมีความพิการทางการเคลื่อนไหวบิดาและมารดาจึงไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการรักษาและทำกายภาพบำบัดบุตรที่พิการ กอปรกับบิดา มารดาขาดความรู้และความเข้าใจถึง ความผิดปกติของบุตร จึงไม่ได้ดูแล รักษาอาการผิดปกตินั้นตั้งแต่วัยเด็กอย่างจริงจัง จึงส่งผลให้เด็ก เติบโตขึ้นตามวัยแต่ร่างกาย สติปัญญา และจิตใจขาดการพัฒนาไปด้วย อีกประเด็นสำคัญ คือ บิดา และมารดาประสบกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตรที่มีความบกพร่องทางร่างกาย เช่น สภาพ ร่างกายไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ เคลื่อนไหวช้าหรือเคลื่อนไหวลำบากพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดซ้ำ

สมาชิสนั้น และบางคนมีปัญหาในการได้ยินด้วย รวมถึงมีความบกพร่องทางการเรียนรู้และทางสติปัญญาด้วย ความยากลำบากดังกล่าวส่งผลให้บิดาและมารดาเกิดความเหนื่อยล้าทางกาย และเหนื่อยล้าทางใจเป็นอย่างมาก ทั้งความรู้สึกอับอาย หดหู่ และความรู้สึกสงสาร แต่กระนั้นก็ตาม ครอบครัวได้สร้างกำลังใจและเปลี่ยนความคิดว่าสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นภาระก็แปรเปลี่ยนเป็นพลัง จากความสงสารก็เปลี่ยนเป็นแรงผลักดันให้บุคคลในครอบครัวต้องการที่จะช่วยเหลือให้กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข

สำหรับการเริ่มต้นฝึกทำกายภาพบำบัดของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี เริ่มจากการที่มูลนิธิธิดาเมตตาธรรมฯ ได้เข้ามาทำการสำรวจคนพิการในชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมฝึกกายภาพบำบัด และส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเข้าร่วมด้วย เพื่อจะได้รับการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับความพิการทางการเคลื่อนไหว การดูแล การรักษา การทำกายภาพบำบัด ตลอดจนการทำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมาใช้สำหรับการฝึกทำกายภาพบำบัดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปรายละเอียดการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ได้ดังนี้

1. ระยะก่อนใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิด และภายหลังจากที่มารดาทราบว่ามีการผิดปกติก็ได้นำลูกไปทำกายภาพบำบัดแต่ไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและจริงจัง จึงทำให้สมรรถภาพร่างกายไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควรซึ่งสาเหตุที่ครอบครัวไม่ได้ฝึกทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องมาจาก

1.1 ความลำบากในการเดินทางพาบุตรไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล เนื่องจากระยะทางจากหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างไปยังโรงพยาบาลมีความห่างไกลมาก และทุกครั้งที่พาบุตรไปโรงพยาบาลจะมีชาวบ้านซักถามและจ้องมองถึงความผิดปกติของบุตร ทำให้มารดาอับอาย ดังที่มารดาของนายฟองกล่าวว่า

“เมื่อพ่อกับแม่รู้ว่าลูกพิการทางการเคลื่อนไหว จึงพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์ได้ให้คำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด และเน้นให้แม่พาฟองมาทำกายภาพบำบัดเป็นประจำทุกสัปดาห์ แต่เนื่องจากระยะทางจากหมู่บ้านมาถึงโรงพยาบาลค่อนข้างไกล โดยมีระยะทางประมาณ 55 กิโลเมตร ประกอบกับความลำบากในการอุ้มขึ้น-ลงรถ 3 ต่อ

รวมแล้วต้องใช้เวลาทั้งวัน แม่ต้องเหนื่อยและลำบากมาก ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจที่ถูก
สายตาของคนรอบข้างมองและถามตลอดการนั่งรถไปถึงโรงพยาบาล จึงทำกายภาพบำบัด
และฟื้นฟูร่างกาย ได้แค่ 2 ครั้ง หลังจากนั้นก็ไม่ไปตามนัดอีกเลย...” (มารดานายฟอง,
สัมภาษณ์: 2556)

1.2 การขาดความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาความผิดปกติ จึงละเลยบุตร ดังกรณีของ นางสาวตองและกรณีของนายอ้วน

“เมื่อลูกอายุ 4 เดือน สังเกตเห็นว่าลูกไม่มีการชันคอเหมือนเด็กคนอื่น ๆ คิดว่าลูกอ้วนน่ารัก
ไม่น่าจะเป็นอะไรมาก คนแถวบ้านก็บอกว่าเด็กน่ารักดีไม่น่าจะเป็นอะไร ถ้าอายุ 1 ขวบ
เด็กก็จะแข็งแรงขึ้นเอง แต่เมื่อนางสาวตองอายุได้ 1 ขวบ ก็ยังไม่สามารถนั่งเองได้ จึงไป
ปรึกษาแพทย์ พบว่าเด็กมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง แม่ก็ไม่วินิจฉัยและไม่เข้าใจว่าโรคกล้ามเนื้อ
อ่อนแรงคืออะไร จึงไปหาหมอตามบ้านมารักษา หมอใช้วิธีการรักษาทั้งน้ำมันดัด
ยาต้ม ยาสมุนไพร รักษาเท่าไรก็ไม่หาย สุดท้ายลูกก็ยังนั่งเองไม่ได้...” (มารดานางสาว
ตอง, สัมภาษณ์: 2556)

“เมื่อนายอ้วน อายุได้ 9 เดือน แม่สังเกตว่าลูกไม่ได้ยืนเมื่อร้องเรียก ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบ
หรือหันไปตามเสียง แต่สายตามีการมองเมื่อเดินผ่านไปทางไหนก็มองตาม และเมื่อมีคน
ไปสัมผัสร่างกายก็จะมีอาการสะดุ้งและตัวสั่นๆ ความรู้สึกในตอนนั้นก็อยู่คนเดียวว่าลูก
คงพิการแน่ แต่ก็ไม่ได้พูดให้ใครฟัง พยายามให้กำลังใจตัวเองว่าในหมู่บ้านก็มีเด็กผู้หญิงที่
เริ่มพูดขณะ อายุ 4 ปี แม่คิดว่าลูกก็เกียจพูดและก็ไม่เข้าใจว่าลูกผิดปกติมาก จนกระทั่งนาย
อ้วนอายุ 4 ปี ก็ยังไม่สามารถยืนด้วยตัวเองได้ ลงน้ำหนักที่เท้าไม่ได้ และอายุ 6 ปี แม่จึงรู้
แน่ชัดว่าลูกพิการ...” (มารดานายอ้วน, สัมภาษณ์: 2556)

1.3 การขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ดังกรณีของนางสาวแววที่มารดา นางสาวแวว กล่าวว่า

“แม่รู้ว่าแววพิการตอนอายุ 1 ปี เนื่องจากไม่มีการพัฒนาทางร่างกายเพิ่มขึ้น จึงตัดสินใจพา
ไปรักษาที่ตัวจังหวัด ในตอนแรกแพทย์บอกว่าเด็กมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงแนะนำให้
ไปที่แผนกกายภาพบำบัด และนัดให้มาทำกายภาพบำบัดเดือนละ 4 ครั้ง แม่เรียนรู้และจำ
ทำกายภาพที่โรงพยาบาลสอนให้แล้วกลับมาฝึกทำให้กับแวว จากนั้นก็ไม่ไปตามที่แพทย์
นัดอีกเลย และการฝึกทำก็ไม่ต่อเนื่อง...” (มารดานางสาวแวว, สัมภาษณ์: 2556)

และอีกส่วนหนึ่ง พบว่า การขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีผลอันเนื่องมาจากความยากจน ไม่มีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้การเลี้ยงดูและดูแลบุตรจึงเป็นไปตามสภาพ ดังกรณีตัวอย่างของเด็กชายยิ้มที่มารดาเล่าว่า

“แม่ฝึกทำกายภาพให้จนเวลาผ่านไป 3 ปี ยิ้มไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ ยังคงนอนอยู่ในเปลและที่นอนเพียงอย่างเดียว นานๆ เข้าแม่จึงทำได้เพียงดูแลอย่างใกล้ชิดและให้นมเป็นเวลาทีลุกร้อง ซึ่งตัวแม่เองก็ต้องทำงานบ้านและทำงานอื่นๆ จะคอยฟังเสียงร้องเมื่อได้ยินจึงจะมาดู จนอายุได้ 4 ปี ก็ยังไม่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น ก็เลยไม่ค่อยสนใจดูแลมากนัก...”

(มารดาเด็กชายยิ้ม, สัมภาษณ์: 2556)

ช่วงระยะเวลาก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะใช้อุปกรณ์คัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายนั้น กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งปัญหาส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเอง ปัญหาส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีความรู้สึกท้อถอย หดหู่และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการดูแล และในการเริ่มฝึกให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกายภาพบำบัดนั้นนอกเหนือจากบุคคลในครอบครัวแล้วโครงการฟื้นฟูผู้พิการชุมชนที่เข้ามาแนะนำให้ความรู้กับครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการให้ฝึกทำกายภาพบำบัด และให้เข้าร่วมอบรมการให้ความรู้ในการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการทางกายก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่คอยช่วยเหลือครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและช่วยดูแลกลุ่มตัวอย่างให้มีร่างกายแข็งแรงขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเริ่มแรกมีการกิจกรรมการตรวจพัฒนาการ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก 3) ด้านสติปัญญา 4) ด้านการเข้าใจภาษา 5) ด้านการช่วยเหลือตนเอง เพื่อประเมินพัฒนาร่างกายของผู้พิการ และทำการฟื้นฟูในรูปแบบของแผนการฟื้นฟูรายบุคคล โดยร่วมมือกับบิดาและมารดา หรือผู้ดูแลหลัก ให้มีกระบวนการที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพของความสามารถ โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. การเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปพบปะเยี่ยมเยียน และดูแลผู้พิการและครอบครัว
2. การส่งเสริมการฝึกอาชีพ โดยประสานส่งต่อไปยังโรงเรียนเฉพาะทางของหน่วยงานภาครัฐ ในจังหวัดหรือต่างจังหวัดที่ให้บริการแก่ผู้พิการ
3. การส่งต่อไปรักษาทางการแพทย์ โดยประสานกับสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้พิการโดยโครงการมีส่วนร่วมในการช่วยออกค่าใช้จ่ายให้

4. การส่งต่อไปเรียนนอกสถานที่ โดยประสานกับโรงเรียนที่สอนผู้พิการ โดยเฉพาะทั้งโรงเรียนของภาครัฐและเอกชน และทางโครงการมีส่วนร่วมในการช่วยออกค่าใช้จ่ายให้

5. การฟื้นฟูผู้พิการ โดยให้คำแนะนำหรือให้ความรู้เทคนิคทำการกายภาพบำบัดร่างกาย กับบิดา มารดาหรือผู้ช่วยอยู่กับบ้านตนเอง

2. ระหว่างการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

ระยะเริ่มแรกของการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่ได้ง่ายเสมอไป เพราะกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนไม่เคยฝึก และไม่คุ้นชินกับการฝึกทำกายภาพบำบัด ทำให้ร่างกายเจ็บปวดจึงไม่อยากฝึกทำ ดังที่มารดาของนายฟองกล่าวว่า

“ในระหว่างการฝึกนายฟองจะกลัวเพราะไม่คุ้นเคยในสิ่งที่แปลก เจ็บและรู้สึกไม่สบายตัว ในระยะแรกๆ ร้องไห้แงแง แม้ที่ใช้เวลาไม่นานในการฝึกกับการใช้อุปกรณ์ และก็ค่อยๆ เพิ่มเวลามากขึ้น เพื่อนบ้านก็ช่วยพูดเสริมให้กำลังใจ บางครั้งเจ้าหน้าที่ที่มาทำกายภาพบำบัด พร้อมกับกระตุ้นพูดคุยให้คนพิการ ได้ใช้อุปกรณ์ด้วย.” (มารดานายฟอง สัมภาษณ์: 2556)

นอกเหนือจากนั้น ยังมีกรณีของนายฟองที่ไม่ต้องการฝึกทำกายภาพบำบัดเลย เนื่องจากไม่รู้ถึงประโยชน์ของการทำกายภาพบำบัดว่าจะช่วยอะไร อาจเนื่องมาจากสมาธิสั้น ดังกรณีที่มารดาของนายฟองกล่าวว่า

“แม่ต้องพูดกล่อมให้กำลังใจ แล้วบังคับให้ใช้อุปกรณ์ในระยะเริ่มต้น จากตอนแรกใช้เวลาฝึกไม่นาน ต่อมาก็ค่อยๆ เพิ่มเวลาจนเกิดความคุ้นเคย บางครั้งเพื่อนบ้านผ่านไป-มา ช่วยพูดเสริมให้กำลังใจ และบางครั้งเจ้าหน้าที่โครงการฯ มาเยี่ยมบ้านอาทิตย์ละครั้ง ก็มาช่วยทำกายภาพบำบัดให้ด้วย พร้อมกับกระตุ้นพูดคุยให้ลูกได้ใช้อุปกรณ์ นับเป็นแรงเสริมอีกทางหนึ่งที่ช่วยให้ลูกมีความรู้สึก อยากใช้อุปกรณ์มากขึ้น...” (มารดานายฟอง, สัมภาษณ์: 2556)

“การเกลี้ยกล่อมให้ฝึกใช้อุปกรณ์ โดยบอกว่าถ้าทำตามจะซื้อขนมให้กิน และระหว่างฝึกก็ต้องเปิดโทรทัศน์ให้ดู เพราะว่ามันสาวตองสามารถดูหนังรู้เรื่องและดูรายการตลก ก็จะหัวเราะและเพลิดเพลินไปกับการฝึกใช้อุปกรณ์...” มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

“ตาและยายต้องพูดกล่อมให้กำลังใจให้ใช้อุปกรณ์อยู่นาน จากเริ่มฝึก 10 นาที และเพิ่มเป็น 20 นาที จนเกิดความคุ้นเคย...” (ยายนางสาวก้อย, สัมภาษณ์: 2556)

จากสาเหตุความยากลำบากของครอบครัว การขาดความรู้และความเข้าใจการไม่เอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตรทำที่ควร จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดการได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างถูกต้อง ถูกวิธี และเหมาะสม ทำให้เมื่อร่างกายเจริญเติบโตขึ้นส่งผลให้มีความยากลำบากในการฝึกกายภาพบำบัด เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคย และมีความรู้สึกลังเลเมื่อทำกายภาพบำบัดครั้งแรก แต่ด้วยความต้องการอยากเห็นพัฒนาการที่ดีขึ้น ครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น และฝึกฝนให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องทุกวัน

จากการศึกษา พบว่าอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่บุคคลในครอบครัวนำมาดัดแปลงเพื่อเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ฝึกทักษะทำกายภาพบำบัดนั้น มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมกับอายุ สภาพร่างกาย และสภาพความพิการของกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียด ดังนี้

1. อุปกรณ์สำหรับฝึกการนั่ง

1.1 เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม เป็นการนำไม้อัดที่ไม่ได้ใช้แล้วมาดัดแปลงเป็นเก้าอี้รูปสามเหลี่ยมใช้สำหรับการฝึกนั่ง โดยมีแผ่นที่พิงหลังบังคับกระดูกหลังยึดให้หลังตรง และสามารถวางเท้าบนพื้นได้ เก้าอี้สามเหลี่ยมนี้เหมาะสำหรับผู้พิการที่ตัวเล็ก



ภาพที่ 22 เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม

1.2 แก้อัฟกนังสี่เหลี่ยม เป็นการนำไม้อัดที่ไม่ได้ใช้แล้วมาดัดแปลงทำเป็นแก้อัฟรูปร่างสี่เหลี่ยม ใช้สำหรับการฝึกทำนั่ง โดยมีแผ่นพืงหลังบังคับกระดูกหลังยึดให้หลังตรง และสามารถวางเท้าบนพื้นได้ เหมาะสำหรับผู้พิการที่ตัวใหญ่



ภาพที่ 23 แก้อัฟกนังสี่เหลี่ยม

2. อุปกรณ์สำหรับฝึกการยืน

2.1 บาร์ฝึกยืนเดี่ยว เป็นการนำเอาเสาวัสดุสแตนเลส เช่น ไม้ไผ่ ที่มีอยู่ในชุมชนมาทำบาร์เดี่ยว โดยนำไม้มาทำเป็นเสาจำนวน 2 เสา ขุดหลุมแล้วฝังลงพื้นดิน ใช้ไม้พาดยึดติดแน่นกับเสา 2 เสา 3 ระดับ 3 อัน ปรับระดับสูงและต่ำให้เหมาะสมกับผู้พิการ อุปกรณ์บาร์ฝึกยืนเดี่ยวนี้ใช้ฝึกการยืน โดยเหมาะสำหรับผู้พิการที่สามารถนั่งได้ แต่ยังยืนไม่ได้ไว้ฝึกการยืน โดยวิธีการฝึก คือ ใช้มือจับราวบาร์ฝึกแล้วพุงตัวลุกขึ้นยืน โดยค่อยๆลงน้ำหนักที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ข้อดีของการติดตั้งอุปกรณ์ที่พื้นดิน ก็คือในการลงน้ำหนักของเท้าทั้ง 2 ข้าง พื้นที่ดินได้มีความยืดหยุ่น ไม่แข็งเหมือนพื้นปูน รับน้ำหนักได้ดี และผู้พิการจะไม่เจ็บเท้า



ภาพที่ 24 บาร์ฝึกยืนเดี่ยว

2.2 อุปกรณ์ฝึกยืนทรงตัวและเดินแบบมีที่นั่งบนสายติดกับอุปกรณ์ล้อ เป็นการดัดแปลงเหล็กเก่าที่ใช้แล้วมาทำเป็นอุปกรณ์ฝึกการยืน การทรงตัว และการเดิน โดยมีที่นั่งด้วยอุปกรณ์นี้เหมาะสำหรับผู้พิการที่ยืนไม่ได้ด้วยตัวเอง เพราะลักษณะเด่นของอุปกรณ์ที่เป็นราวรูปสี่เหลี่ยมให้ผู้พิการได้ประคองยืนทรงตัวได้ และล้อ 4 ล้อ ทำให้ฝึกการเดินไปข้างหน้าและด้านข้าง



ภาพที่ 25 อุปกรณ์แบบมีที่นั่งบนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ

3. อุปกรณ์สำหรับฝึกเดิน ประกอบด้วย บาร์ฝึกเดินคู่ และรถไส 4 ล้อฝึกเดิน

3.1 บาร์ฝึกเดินคู่ เป็นการนำ เอาวัสดุไม้ในชุมชนมาทำ เป็นเสา 4 เสา แล้งฝังลงพื้นดิน โดยคำนวณขนาดของความกว้างของบาร์ให้พอดีกับขนาดตัวของผู้พิการ แล้วใช้ไม้อีกชิ้นมาพาดยึดติดให้แน่นกับหัวเสาทั้ง 2 เสา ตามยาว 2 อัน โดยให้มีความสูงที่ระดับหน้าอกของผู้พิการ เพื่อความ

เหมาะสมในการจับราวบาร์แล้วฝึกเดินจะได้ไม่สูงหรือไม่ต่ำเกินไป ระดับหน้าอกนี้ถือว่ามีความพอดีและเหมาะสมมากที่สุด ในการใช้อุปกรณ์บาร์ฝึกเดินคู่เหมาะสำหรับฝึกให้ผู้พิการที่ยืนได้แล้ว ใช้จับฝึกเดินออกกำลังแขน ขา และกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 26 บาร์ฝึกเดินคู่

3.2 รถไถ 4 ล้อฝึกเดิน เป็นการนำวัสดุที่ใช้แล้วหรือที่มีอยู่ในชุมชน เช่น เหล็ก ไม้ และท่อพีวีซีมาทำเป็นอุปกรณ์ฝึกการเดินโดยติดล้อ 4 ล้อ เพื่อให้อุปกรณ์เคลื่อนที่ได้ อุปกรณ์ชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้พิการที่เดินทรงตัวได้แล้ว ใช้เพื่อฝึกเดินไปข้างหน้า



ภาพที่ 27 รถไถ 4 ล้อฝึกเดินที่ทำจากเหล็ก

4. อุปกรณ์สำหรับฝึกแขน และมือ เช่น ลอกแขวนเป็นการนำวัสดุในท้องถิ่น เช่น เชือก ไม้ เหล็ก อลูมิเนียม หรือพลาสติกมัดแปลงทำ เป็นอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย แขน ไหล่ และมือ โดยสามารถดัดแปลงเกี่ยวลอกแขวน จากระนาดผ้า รวบันได หรือบางคนจะทำราวไม้ ราวเหล็ก ขึ้นมาใหม่ โดยลอกแขวนนี้เหมาะสำหรับผู้พิการที่มีมือยังมีกำลังใช้ฝึกดึงลอกจากกำลังที่แขน



ภาพที่ 28 ลอกแขวน

5. อุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนไหว เช่น ที่รองนั่งหุ้มด้วยพลาสติกเพื่อการเคลื่อนไหว เป็นการนำผ้าเก่าที่ใช้แล้ว หรือไม่ได้ใช้ประโยชน์มาดัดให้เป็นแผ่นสี่เหลี่ยม หนาครึ่งเซนติเมตร แล้วใช้ถุงพลาสติกเย็บหุ้มผ้าที่ใช้รองนั่งอีกหนึ่งชั้น ใช้สำหรับรองนั่งเหมาะสำหรับผู้พิการที่ยืนและเดินไม่ได้ สำหรับนั่งแล้วใช้มือดันเพื่อให้อวัยวะเคลื่อนไหว



ภาพที่ 29 ที่รองนั่งหุ้มด้วยพลาสติกเพื่อการเคลื่อนไหว

6. อุปกรณ์ดัดแปลงสำหรับช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

นอกเหนือจากอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ใช้เพื่อการฝึกทักษะกายบำบัดแล้ว ยังมีการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น แก้วน้ำ ไว้สำหรับดื่มน้ำเอง ใช้แปรงสีฟันในการแปรงฟันเอง และใช้ช้อนในการทานอาหารเองแล้ว ผู้ปกครองที่ดูแลยังใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมาเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้นและอุปกรณ์ยังสามารถช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกมากขึ้น เช่น สามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง รวมถึงยังส่งผลถึงให้ครอบครัวลดความลำบากในการดูแลอีกด้วย



ภาพที่ 30 อุปกรณ์ดัดแปลงสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษา การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 8 คน ได้ฝึกทำกายภาพบำบัดโดยใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเป็นเครื่องมือในการฝึก เช่น ฝึกการขึ้น การเดิน การนั่ง ฝึกกำลังข้อ แขนและมือ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงกระตุ้นให้ฝึกทำกายภาพบำบัดจากผู้ปกครอง และบุคคลในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้ชัด ซึ่งสามารถสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 3 สรุปการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม ตัวอย่าง	ที่มา/ความคิดริเริ่ม ในการทำอุปกรณ์ดัดแปลง	อุปกรณ์ดัดแปลงที่ใช้	การปรับเปลี่ยน รูปแบบอุปกรณ์ดัดแปลง
นายอ้วน	1. มูลนิธิเมตตาธรรมฯ เข้ามาส่งเสริมและสนับสนุน 2. บิดา/มารดาได้เข้าร่วมอบรม ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลคนพิการ 3. บิดา/มารดาได้รับความ ลำบากในการเลี้ยงดู และดูแล บุตร	1. แก้อัฟฟักนั่งสี่เหลี่ยม 2. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว 3. บาร์ฝึกเดินคู่ 4. ที่รองนั่ง	บิดา/มารดาทำและปรับ อุปกรณ์ให้มีความแข็งแรง และปรับขนาดให้ใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีความเหมาะสม กับตัวนายอ้วนที่มีน้ำหนัก ตัวเพิ่มขึ้น เช่น ที่รองนั่งก็ เปลี่ยนให้มีขนาดใหญ่และ หนาขึ้นเพื่อรองรับน้ำหนัก ตัวที่เพิ่มมากขึ้น
นายฟอง	1. ความสงสารและต้องการ เห็นบุตรสามารถ ลุก นั่ง ยืน และเดินได้ 2. มูลนิธิฯ เข้ามาส่งเสริมและ สนับสนุนให้เข้าร่วมอบรม ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลคนพิการ	1. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว 2. แก้อัฟฟักนั่งสามเหลี่ยม 3. ไม้อัฟฟักนั่งทรงตัว	บิดา/มารดาได้ทำและปรับ อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ตามสภาพร่างกายและ พัฒนาการของบุตร เช่น ปรับอุปกรณ์ให้มีความ แข็งแรงขึ้น และมีความสูง เพิ่มขึ้นตามความสูงของบุตร
เด็กชายยิ้ม	1. ความสงสารและต้องการ เห็นบุตรสามารถ ลุก นั่ง ยืน และเดินได้ 2. มูลนิธิฯ เข้ามาส่งเสริมและ สนับสนุนให้เข้าร่วมอบรม ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลคนพิการ	1. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว 2. บาร์ฝึกยืนคู่ 3. แก้อัฟฟักนั่งสามเหลี่ยม 4. ไม้อัฟฟักนั่งทรงตัว	บิดา/มารดาได้ทำและปรับ อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ตามสภาพร่างกายและ พัฒนาการของบุตร เช่น ปรับขนาดความสูงและ ความแข็งแรงของบาร์ฝึก ยืนเดี่ยวและบาร์ฝึกยืนคู่
เด็กชาย แดง	1. ความสงสารและต้องการ เห็นหลานสามคน ลุก นั่ง ยืน และเดินได้	1. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว 2. บาร์ฝึกยืนคู่ 3. แก้อัฟฟักนั่งสามเหลี่ยม	ตาและยายทำอุปกรณ์เพื่อ ฝึกกายบำบัดและส่งเสริม พัฒนาการร่างกายของ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่ม ตัวอย่าง	ที่มา/ความคิดริเริ่ม ในการทำอุปกรณ์ดัดแปลง	อุปกรณ์ดัดแปลงที่ใช้	การปรับเปลี่ยน รูปแบบอุปกรณ์ดัดแปลง
	2. ตาเริ่มทำอุปกรณ์ดัดแปลง เพื่อช่วยเหลือหลานให้ได้ฝึก กล้ามเนื้อและมีพัฒนาการที่ดี	4. ไม้ฝึกนั่งทรงตัว	หลานเพื่อให้หลาน สามารถทำกิจวัตรประจำ ได้ด้วยตัวเอง และสามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ อายเพื่อนๆ
น.ส.ตอง	3. มูลนิธิฯ เข้ามาส่งเสริมและ สนับสนุน 1. ความสงสารและความ ต้องการที่จะเห็นบุตรสามารถ ลุก นั่ง ยืน และเดินได้เอง 2. พาบุตรไปตรวจสุขภาพ และสมรรถภาพร่างกายและ สอบถามเกี่ยวกับการฝึก พัฒนาการร่างกายที่เหมาะสม 3. เข้าร่วมอบรมความรู้ เกี่ยวกับการฝึกกายภาพบำบัด เด็กพิการ 4. มูลนิธิเข้ามาส่งเสริมและ สนับสนุน	1. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว 2. บาร์ฝึกยืนคู่ 3. เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยม 4. ไม้ฝึกนั่งทรงตัว 5. รถไส 4 ล้อฝึกเดิน	บิดาทำอุปกรณ์ เพื่อฝึก กำลังขาและแขนให้แข็งแรง ก่อนเป็นอันดับแรก จากนั้น ค่อยฝึกการใช้ กล้ามเนื้อมัดเล็ก โดยเน้น พัฒนาการร่างกายและ ความเหมาะสมที่ให้ผู้ สามารถฝึกเองได้ด้วย เช่น ปรับรูปแบบของรถไสล้อ ให้สามารถเคลื่อนตัวได้ โดยง่าย ไม่หนัก และ ขนาดไม่ใหญ่เกินไป
น.ส.แวว	1. หลานถูกเพื่อนๆที่โรงเรียน ล้อเลียนและรังแก 2. ความสงสารและต้องการ เห็นหลานสามารถ ลุก นั่ง ยืน และเดินได้ 3. การเข้าร่วมอบรมความรู้ 4. เริ่มทำอุปกรณ์ดัดแปลง ตามความเข้าใจของตนเอง 5. มูลนิธิเข้ามาส่งเสริม	1. บาร์ฝึกยืนเดี่ยว 2. เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม 3. ไม้ฝึกนั่งทรงตัว 4. รถไส 4 ล้อฝึกเดิน	ตาและยายอุปกรณ์ ตาม พัฒนาการและเหมาะสม กับหลานอย่างง่ายๆ จาก การฝึกเก้าอี้สามเหลี่ยมที่ ฝึกการนั่งทรงตัว ดัดหลัง และปรับเปลี่ยนมาฝึกการ ยืนและการเดินเพื่อให้ หลานได้ฝึกพัฒนาการ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่ม ตัวอย่าง	ที่มา/ความคิดริเริ่ม ในการทำอุปกรณ์ดัดแปลง	อุปกรณ์ดัดแปลงที่ใช้	การปรับเปลี่ยน รูปแบบอุปกรณ์ดัดแปลง
น.ส.ก้อย	1. หลานลูกเพื่อนๆที่โรงเรียน ล้อเลียนและรังแก 2. ความสงสารและต้องการ เห็นหลานสามารถลุก นั่ง ยืน และเดินได้ 3. เริ่มทำอุปกรณ์ดัดแปลง ตามความเข้าใจของตนเอง 4. การเข้าร่วมอบรมความรู้ 5. มูลนิธิเข้ามาส่งเสริมและ สนับสนุน	1. บาร์ฟีกยืนเดี่ยว 2. อุปกรณ์ที่ฟีกยืนทรง ตัวและเดินแบบมีที่นั่ง บนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ 3. รถไฮ 4 ล้อฟีกเดิน 4. จักรยานดัดแปลง ใส่ล้อ 2 ล้อด้านหลัง	ตาและยายอุปกรณ์ ตาม พัฒนาการและเหมาะสม กับหลานอย่างง่ายๆ จาก การฟีกนั่ง การยืนและการ ฟีกเดิน และฟีกปั่นจักรยาน การฟีกกายภาพบำบัดทำ ให้หลานมีพัฒนาการ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
ค.ญ.อร	1. ความสงสารและความ ต้องการที่จะเห็นบุตรสามารถ ลุก นั่ง ยืน และเดินได้เอง 2. เข้าร่วมอบรมความรู้ เกี่ยวกับการฟีกกายภาพบำบัด เด็กพิการ 3. มูลนิธิเข้ามาส่งเสริมและ สนับสนุน	1. บาร์ฟีกยืนเดี่ยว 3. ไม่ฟีกนั่งทรงตัว 2. อุปกรณ์ที่ฟีกยืนทรง ตัวและเดินแบบมีที่นั่ง บนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ 4. รอกแขวน 5. เก้าอี้ฟีกนั่งสี่ล้อ 6. เก้าอี้ฟีกยืนสี่ล้อ	บิดาทำอุปกรณ์บาร์เดี่ยว ฟีกยืนให้ขาแข็งแรง และใช้ เก้าอี้ฟีกนั่งสี่ล้อช่วยฟีกการ นั่งสำหรับคนพิการที่ตัว ใหญ่ระหว่างนั่งบนเก้าอี้ ด้านหลังเป็นที่วางของเล่น ฟีกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ที่มีความเหมาะสมกับบุตร และบุตรได้รับความ สนุกสนานเพลิดเพลิน

3. ระยะเวลาหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากจะเป็นอุปกรณ์เสริมร่างกายที่ช่วยในการเคลื่อนไหว ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิตได้ดีขึ้นแล้ว ที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งนั่นก็คือช่วยให้สภาพร่างกาย

แข็งแรงขึ้น โดยผลการศึกษา พบว่า เมื่อหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการดีขึ้นตามลำดับ ดังนี้

1. แขนและมือ มีแรงเกาะเสาบ้านสามารถลุกขึ้นยืนด้วยตัวเองได้ การหยิบ จับสิ่งของเครื่องใช้ดีขึ้นกว่าเดิม และสามารถตักน้ำกินเอง รวมถึงการหยิบและจับของที่มีน้ำหนักไม่มากดีขึ้น โดยสามารถจับเครื่องโทรศัพท์และใช้นิ้วกดฟังเพลงได้
2. ขา แม้จะยังมีอาการเกร็งอยู่ แต่การขึ้นทรงตัวดีกว่าก่อนใช้อุปกรณ์ และขายืดไม่ตรง แต่สามารถเดินไป-มา ด้วยตัวเองได้โดยที่มิคนใช้มือช่วยจับนิ้วงูเล็กน้อย และสามารถยืนโดยไม่ได้อุปกรณ์ช่วยจับเป็นเวลานานก้าวเดินไปได้ทีละก้าว และเร็วกว่าเดิม ปัจจุบันสามารถถีบรถ ล้อได้
3. คอ แข็งแรงขึ้นมากกว่าเดิมจากการที่ผู้ฝึกการนั่งเก้าอี้พิเศษที่ด้านหลังเก้าอี้จะมีที่ใส่อุปกรณ์ของเล่นที่มีเสียง การชันคอแข็งแรงมากขึ้นกว่าเดิม คอตั้งตรงสามารถหันไปทางซ้ายและทางขวาได้
4. ข้อและเอ็น ไม่ติดยึด ดีกว่าช่วงก่อนใช้อุปกรณ์
5. อื่นๆ เช่น นั่งได้เองนานกว่าเดิม การเคลื่อนไหวโดยการลุกขึ้นยืนจับที่ยึดเดินไปได้ และเร็วกว่าเดิม สามารถเปิดฝาและตักน้ำ ในกระติกดื่มด้วยตัวเองได้โดยที่น้ำไม่หกจากแก้วพลาสติกที่มีหูจับ



ภาพที่ 31 การดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น

จากการวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการใช้ ขณะใช้ และหลังการใช้ อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น เห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้หวัดบ่อยเหมือนแต่ก่อน และสภาพกล้ามเนื้อแขน ขา แข็งแรงขึ้น เห็นได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเคลื่อนที่ไปสถานที่ต่างๆ ได้อย่างคล่องแคล่วมากกว่าเดิม โดยไม่เป็นภาระของบิดามารดาเหมือนแต่ก่อน ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีความง่ายขึ้น สะดวกขึ้น นอกจากนี้ ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันอื่นได้เอง เช่น การอาบน้ำ เข้าห้องน้ำ การแปรงฟัน การทานอาหาร การหิวผม เป็นต้น ในการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตัวเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เป็นการลดภาระความลำบากในการดูแลและส่งผลให้ครอบครัวมีความสุขขึ้น สามารถสรุปการใช้ อุปกรณ์ดัดแปลงของกลุ่มตัวอย่างเป็นแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 32 วิเคราะห์การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพชีวิตของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่ผู้พิการดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติ เหมาะสมตามสภาพความจำเป็นพื้นฐาน และมีสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งการที่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เหมาะสมตามสภาพความจำเป็นพื้นฐาน นั้นเชื่อมโยงถึงสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ และการดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัวในวิถีชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่างก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยภายในตัวของกลุ่มตัวอย่างเอง ผู้ที่ดูแลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คนในชุมชน และกิจกรรมหรือโครงการที่หน่วยงานต่างๆ จัดให้มีขึ้น รวมถึงจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น มีดังนี้

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการใช้อุปกรณ์มีการดำรงชีวิตตามวิถีของครอบครัว ชาวอีสานที่มีความคล้ายคลึงกันทั้ง 8 ราย คือ เมื่อตื่นเช้ามาผู้ดูแล ซึ่งก็คือมารดา หรือยายจะช่วยเหลือในการทำกิจวัตรส่วนตัว คือ อาบน้ำ แปรงฟัน และแต่งตัว จากนั้น จะพามานั่งเล่นยังสถานที่ประจำที่จัดทำไว้โดยเฉพาะ เช่น เก้าอี้หรือเปลนอนส่วนผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะเดินมาเองโดยใช้วีลแชร์ช่วยด้วย จากนั้น ผู้ดูแลก็จะทำความสะอาด ทำอาหารหรือกิจกรรมอื่นๆ ตามปกติ แต่ก็จะต้องคอยหมั่นมาดูแล สังเกตการณ์การอยู่เป็นระยะเพื่อไม่ให้เกิดอันตราย และในช่วงรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างหลายคนสามารถรับประทานอาหารเองได้ แต่บางคนผู้ดูแลเป็นคนช่วยชีวิตจะดำเนินไปอย่างนี้ ทุกๆ วัน ยกเว้น วันที่มีกิจกรรมพิเศษที่กลุ่มตัวอย่างจะได้ออกจากบ้านไปร่วมกิจกรรมที่ชุมชน หรือสถานที่อื่นๆ ที่จัดกิจกรรม

1. ด้านร่างกาย

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงลุกขึ้นและทรงตัวไม่ได้ เดินไม่ได้ เพราะผู้ดูแลไม่ได้ฝึกทำกายภาพบำบัดให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมาตั้งแต่ทราบว่ามีความพิการ หากแต่ปล่อยปะละเลยและเลี้ยงดูตามขนานมาจนปัจจุบัน แต่บางคนก็

สามารถเคลื่อนไหวได้โดยการใช้มือและแขนดันตัวให้เคลื่อนที่ไป และบางคนที่มีประสบปัญหาใน ส่วนของกล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงนั้น ก็ทำให้ไม่มีแรงหยิบจับสิ่งของหรือทานอาหารได้ด้วยตัว บางคนมีอาการเกร็งบริเวณกล้ามเนื้อคอและหน้า พูดไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ หรือเวลาพุดจะมีอาการสั่น และเกร็ง

“ การที่ถูกไม่สามารถเดินและช่วยเหลือตัวเองได้ตามวัยนั้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของมารดาและครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะเมื่อมารดาต้องทำงาน ทำธุระ หรือเดินทางไป บ้านญาติต้องอุ้มนายอ้วนไปด้วยตลอด ประกอบกับนายอ้วนโตขึ้นน้ำหนักตัวก็เพิ่มมากขึ้น ยิ่งส่งผลให้มารดาลำบากมากขึ้นด้วย...” (มารดานายอ้วน, สัมภาษณ์: 2556)

อย่างไรก็ตามการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก็ไม่เหมือนกับคนปกติทั่วไป ไม่สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป เช่น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พุดคุยหรือสื่อสารไม่ได้ เป็นต้น แม้บางคนจะเคลื่อนไหวได้แต่ก็ไม่สมบูรณ์และส่วนใหญ่การดำเนินชีวิตประจำวันของ คนพิการทางการเคลื่อนไหวจะต้องมีคนคอยดูแลและคอยช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิด

2. ด้านจิตใจ

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนมีสภาพจิตใจไม่สดชื่น หม่อลอย เอาแต่ใจ ตัวเองเมื่อไม่ได้ตามที่ต้องการบางครั้ง จะแสดงออกทางสีหน้า เช่น ทำหน้าเกร็ง กรีดร้อง ฟาดมือฟาด อารมณ์ไม่คงที่ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการฝึกพัฒนาจิตใจและอารมณ์อย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือจากบุคคลในครอบครัวและบางคนก็มีความพิการทางสมอง จึงไม่รับรู้ และเข้าใจสิ่งที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาสภาพจิตใจได้ ได้นั่งยืมืออย่างเดียว

“ แต่ก่อนนายฟองพุดไม่ได้ สื่อสารกับคนในครอบครัวก็รู้เรื่อง เมื่อไม่อะไรจะแสดง กริยาเกี่ยวกับ ร้องเสียงดัง...” (มารดานายฟอง, สัมภาษณ์: 2556)

“ บางทีเวลาฝึกใช้อุปกรณ์ นางต้องไม่ชอบฝึกโดยแสดงกริยาหน้าบึ้ง แม่ต้องต้องเปิด โทรทัศน์ให้ดู เพราะนางสาวต้องสามารถดูหนังรู้เรื่อง และชอบดูรายการตลก เมื่อจึงเปิด โทรทัศน์ขณะฝึก เพื่อให้เพลิดเพลินไปกับการโทรทัศน์ พร้อมกับฝึกการใช้อุปกรณ์...”
มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

“เด็กชายยิ้มเป็นคนเหม่อลอย พุดไม่ได้ ทำกิจวัตรส่วนตัว เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ด้วยตนเอง ไม่ได้ ปัจจุบันแม่ต้องคอยช่วยเหลือเด็กชายยิ้มในการทำกิจวัตรส่วนตัว จากนั้นก็พามาฟังจะดูโทรทัศน์ เขาชอบดูรายการเพลง และสามารถกดโทรศัพท์ฟังเพลงด้วยตนเอง เมื่อ กดได้ก็จะยิ้ม ตอนนี้แม่พยายามฝึกให้หิยาอาหารทานเองอยู่...” (มารดาเด็กชายยิ้ม, สัมภาษณ์: 2556)

อีกประเด็นสำคัญ จากกรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นคนไม่มีเหตุผล และไม่เข้าใจถึงสภาพของครอบครัวที่มารดาต้องแต่งงานใหม่ ดังกรณีของนางสาวแวว ที่มารดาแต่งงานมีสามีใหม่และทำงานอยู่ที่ประเทศฮ่องกงและมีบุตรด้วยกันอีก 1 คน และมารดาจะกลับมาเยี่ยมครอบครัวที่ประเทศไทยเพียงปีละครั้ง

“นางสาวแววไม่เข้าใจเหตุผลที่มารดาต้องไปทำงานต่างประเทศ รวมถึงการที่มารดามีสามีใหม่และมีน้อง และนางสาวแววก็นำไม่สามารถปรับตัวเข้ากับน้องต่างบิดาได้ ” (ยายนางสาวแวว, สัมภาษณ์: 2556)

นอกเหนือจากนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีอาการซึมเศร้า ไม่สดชื่น คิดมากกว่าตัวเอง ผิดปกติถึงขั้นทำร้ายร่างกายตัวเอง ดังกรณีของนางสาวก้อยที่ยายกล่าวว่า

“เมื่อนางสาวก้อยได้เข้าเรียนที่โรงเรียนศูนย์เด็กเล็กที่วัดใกล้บ้าน มีปัญหาที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ทันเพื่อนๆ และเพื่อนๆ จะล้อเลียนเรื่องความพิการ จึงทำให้น้องคิดมาก เมื่อกลับมาจากโรงเรียนนางสาวก้อยจะเอาไม้คัดขาตัวเองทิ้งพุดแล้วก็ร้องไห้ ตาและยายก็รู้สึกหดหู่ไปกับหลานด้วย...” (ยายนางสาวก้อย, สัมภาษณ์: 2556)

3. ด้านสังคม

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับความสัมพันธ์ที่ดี ที่อบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว และชุมชน ดังกรณีของนายฟอง

“สมาชิกในครอบครัวบางคนให้ความรักและความอบอุ่น แต่บางคนก็ไม่สนใจบางครั้งยังกลั่นแกล้ง ทำให้นายฟอง อารมณ์ไม่ดี มีหน้าตาบูดบึ้ง แสดงกิริยาโกรธ และเมื่อนายฟองเห็นคนแปลกหน้าจะมีการหวาดกลัว หากเห็นใครเดินผ่านไปมานายฟองจะมีปฏิกิริยาร้องกลัว แสดงออกถึงความไม่ต้องการอยากพุดด้วย...” (มารดานายฟอง, สัมภาษณ์: 2556)

นอกจากนี้ การยอมรับจากคนในชุมชนก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักเก็บตัวอยู่ในบ้านเพราะความกลัว และอายุที่ตัวเองผิดปกติไม่เหมือนคนอื่น ซึ่งมารดาที่อายุน้อยที่มีบุตรเป็นคนพิการผิดปกติ ด้วยเช่นกัน ดังกรณีของนางสาวตองจากที่มารดากล่าวว่า

“เมื่อชาวบ้านมาคุยก็พากันบอกว่าครอบครัวเราคนบาปหนัก เกิดมาไม่เหมือนชาวบ้าน มารดาจึงกลัวใจจึงหันไปพึ่งวัดพึ่งเทศน์ ฟังธรรม แต่สุดท้ายลูกก็ยังนั่งเองไม่ได้ จากนั้นจึงตัดสินใจพานางสาวตองกับน้องชายไปอยู่บ้านพักปลายนาและไม่เข้ามาในหมู่บ้านอีกเลย เพราะไม่อยากตอบคำถามของชาวบ้านที่คอยถามถึงนางสาวตองว่าเป็นอย่างไร การถามถึงอาการของลูกสาวนั้นทำให้มารดาเกิดความไม่สบายใจ เพราะต้องการปกปิดไม่อยากให้ใครรู้ ไม่อยากให้ใครเห็นลูกของตัวเองที่มีสภาพแบบนี้ กลัวคนอื่นรับลูกตัวเองไม่ได้ และอายุที่มีลูกพิการจึงพาลูกมาอยู่ที่นี่...” (มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

ในส่วนของสภาพแวดล้อมในชุมชนยังถูกละเลย พบว่า บริเวณโดยรอบชุมชนยังไม่ให้ความสนใจและไม่เห็นความสำคัญของคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากเท่าที่ควร ไม่มีสถานที่เฉพาะที่เอื้ออำนวยให้คนพิการสามารถไปใช้บริการได้เอง เช่น สวนสาธารณะ สนามเด็กเล่น ศาลาประชาคม และโรงเรียน เป็นต้น ทำให้คนพิการไม่มีโอกาสได้ออกสู่สังคมมากนัก ทำได้เพียงเล่นอยู่ในบริเวณบ้านและโดยรอบเท่านั้น

4. ด้านเศรษฐกิจ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวยากจน มีรายได้มาจากการทำนาประจำปี และรายได้จากการรับจ้างของพ่อแม่ที่ส่งมาให้ทางครอบครัวไว้ใช้ซื้ออาหารและของใช้ประจำวันที่เป็นประจำวัน แต่การดูแลกลุ่มตัวอย่างก็ต้องใช้เงินจำนวนไม่น้อยในการเลี้ยงดูในชีวิตประจำวัน หรือดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ในระยะทางไกลๆ ดังได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อก่อนหน้านี้ถึงสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการฝึกกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางจะส่งเสริมให้บุตรได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี แต่การดูแลกลุ่มตัวอย่างต้องใช้เงินจำนวนมาก ดังเช่นกรณีของน้องอรที่บิดากล่าวว่า

“เมื่อกลับมาจากประเทศไต้หวันและเห็นสภาพของลูกที่เกิดมาไม่เหมือนคนอื่นเขา จึงทำให้รู้สึกสงสารและรักลูกมากได้พาไปตรวจวัดระดับเขาวนปัญญาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นและทำทุกวิถีทางเพื่อให้ลูกเหมือนคนปกติที่สุด แต่ต้องใช้เงินจำนวนมาก

จึงทำการสร้างอุปกรณ์ช่วยเหลือลูกโดยดูรูปแบบจากอุปกรณ์ที่มีตามโรงพยาบาลและที่ได้รับการอบรมมา จึงนำมาดัดแปลงทำเป็นอุปกรณ์เพื่อกายภาพบำบัด ..." (บิดานางสาวอร, สัมภาษณ์: 2556)

นอกจากนี้ ด้วยสถานะทางครอบครัวที่ยากจน ประกอบกับความสงสารหลานก็เป็นแรงผลักดันให้ต้องการช่วยเหลือหลายมากยิ่งขึ้น และด้วยการที่ตาเป็นคนรักหลานมากแต่ไม่มีเงินพอในการผ่าตัด จึงมีคิยามคิดที่จะพาไปเข้าร่วมอบรมตามที่ต่างๆ ที่หน่วยงานจะมีหนังสือเชิญให้ไปเข้าร่วมในการฟื้นฟูและจะกลับมาฝึกกับอุปกรณ์ที่บ้าน ดังกรณีของนางสาวก้อย

“เมื่อนางสาวก้อยได้เข้าเรียนที่โรงเรียนศูนย์เด็กเล็กที่วัดใกล้บ้าน มีเด็กนักเรียนล้อเลียนเรื่องความพิการ เมื่อกลับมาถึงบ้านก็จะเอามัดดัดขาตัวเองทิ้งพูดแล้วก็ร้องไห้ ตาและยายก็รู้สึกหดหู่ไปกับหลานด้วย จึงได้พาไปเข้าร่วมอบรมตามที่ต่างๆ ที่หน่วยงานมีหนังสือเชิญให้ไปเข้าร่วมในการฟื้นฟูและกลับมาฝึกกับอุปกรณ์ที่บ้าน...” (ยายนางสาวก้อย, สัมภาษณ์: 2556)

จากคำกล่าวของบิดานางสาวอร อาจพิจารณาได้ว่าหากฐานะของครอบครัวที่ดีสามารถส่งเสริมให้บุตรได้รับการรักษาและการดูแลอย่างถูกวิธี จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะที่แตกต่างกันก็สามารถฝึกทักษะสมรรถภาพด้านร่างกายได้เหมือนกัน โดยแต่ละครอบครัว อาจไม่ได้มีฐานะดี บางครอบครัวมีฐานะปานกลาง พออยู่พอกิน แต่ความรัก ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้มีการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องและจริงจัง

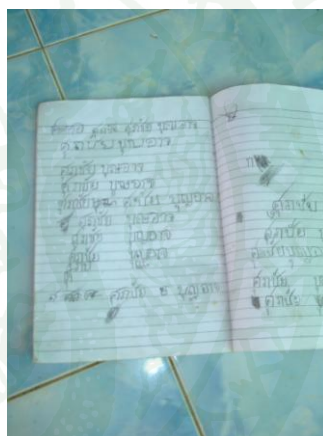
คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น มีดังนี้

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ทั้งผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ผู้พิการที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และผู้พิการที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือครอบครัวได้ ก็ล้วนแต่มีวิถีชีวิตที่ผูกพันใกล้ชิดกับบิดามารดา ญาติพี่น้อง และคนในชุมชน รวมถึงสภาพแวดล้อมในบริบทชุมชนอีสานที่คอยดูแลผู้พิการในทุกๆ วันของการดำรงชีวิตแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจและคอยช่วยเหลือเกื้อกูล และส่งเสริมให้ผู้พิการได้พัฒนาตัวเองตามความสามารถและขีดสมรรถนะของแต่ละคน ซึ่งปรากฏผลด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

จากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในห้องถื่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น ไม่มีโรคภัยแทรกซ้อน มีการพัฒนาที่เหมาะสมกับวัย ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง ระบบและอวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม ดังนี้

1.1 แขนและมือมีแรงเกาะเสาบ้านสามารถลุกขึ้นยืนด้วยตัวเองได้ การหยิบ จับสิ่งของเครื่องใช้ดีขึ้นกว่าเดิม และสามารถดัดน้ำกินเอง รวมถึงการหยิบและจับของที่มีน้ำหนักไม่มากดีขึ้น โดยสามารถจับเครื่องโทรศัพท์และใช้นิ้วกดฟังเพลงได้และบางคนสามารถเขียนหนังสือได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป



ภาพที่ 33 กลุ่มตัวอย่างสามารถเขียนหนังสือได้เช่นเดียวกันคนปกติทั่วไป

1.2 ขา แม้จะยังมีอาการเกร็งอยู่ แต่การยืนทรงตัวดีกว่าก่อนใช้อุปกรณ์ และขายืดไม่ตรง แต่สามารถเดินไป-มา ด้วยตัวเองได้โดยที่มีคนใช้มือช่วยจับนิ้วงูเล็กน้อย และสามารถยืนโดยไม่ได้อุปกรณ์ช่วยจับเป็นเวลานาน ก้าวเดินไปได้ทีละก้าว และเร็วกว่าเดิม ปัจจุบันสามารถถีบรถ 3 ล้อได้

1.3 คอ แข็งแรงขึ้นมากกว่าเดิมจากการที่ผู้ฝึกการนั่งเก้าอี้พิเศษที่ด้านหน้าเก้าอี้จะมีที่ใส่อุปกรณ์ของเล่นที่มีเสียง การชันคอแข็งแรงมากขึ้นกว่าเดิม คอตั้งตรงสามารถหันไปทางซ้ายและทางขวาได้

1.4 ข้อและเอ็น ไม่ตึงตื่อ ดีกว่าช่วงก่อนใช้อุปกรณ์

1.5 สามารถนั่งได้เอนนานกว่าเดิม การเคลื่อนไหวและลุกขึ้นยืนจับที่ขัดและเดินได้เร็วกว่าเดิม สามารถเปิดฝาและตักน้ำในกระติกดื่มด้วยตัวเองได้โดยที่น้ำไม่หกจากแก้วพลาสติกที่มีหูจับ

1.6 การรับประทานอาหารและการเคี้ยวอาหารละเอียดขึ้น ดื่มน้ำไม่สำลักบ่อยน้ำลายก็ไม่ไหลมากเหมือนก่อน สืบเนื่องมาจากการฝึกกับอุปกรณ์ทุกวันทำให้ระบบกลืนเนื้อมิกำลัง

2. ด้านจิตใจ

จากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจจากบุคคลในครอบครัวทั้งการเข้ามาช่วยฝึกใช้อุปกรณ์ ให้กำลังใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงความรัก ความห่วงใย ความสงสาร และความเข้าใจซึ่งกันและกันของบุคคลในครอบครัว รวมถึงการที่ได้พักผ่อนหย่อนใจตามความชื่นชอบภายหลังการฝึกใช้อุปกรณ์ในแต่ละวัน ก็ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ดังนี้

2.1 สุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่เหมาะสมกับสภาพของความสามารถและสมรรถนะของร่างกาย เช่น บาร์เดี่ยว บาร์คู่ รถฝึกเดิน และนั่งเก้าอี้สี่เหลี่ยม แล้วทำให้เกิดความมั่นใจว่าตัวเองสามารถลุกขึ้นเกาะ ยืน ก้าวเดิน และจับสิ่งของได้เองมากขึ้นกว่าเดิม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงออกถึงความร่าเริง แจ่มใส ยิ้มง่าย ไม่เอาแต่ใจตนเองเหมือนก่อน สุขุม มีเหตุผลมากขึ้น รวมทั้งมีความอดทนมากกว่าเดิม

“ปัจจุบัน เด็กชายแดงมีความสุข และเป็นคนร่าเริง มีกิจกรรมพิเศษคือนั่งรถวีลแชร์ไปรอบๆ หมู่บ้านเพื่อหาเก็บขวดพลาสติกไปขายแล้วเก็บออมด้วยตนเองโดยขายขวดพลาสติกแต่ละครั้งได้เงิน 30 บาท ซึ่งยายก็ไม่ได้เอาเงินจากหลาน แต่ให้หลานเก็บออมเอง เพราะคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีไม่เสียหายเด็กจะได้ฝึกเก็บเงิน...” (ยายเด็กชายแดง, สัมภาษณ์: 2556)

2.2 มีกำลังใจมากขึ้น เนื่องจากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นบาร์เดี่ยว บาร์คู่ รถฝึกเดิน และนั่งเก้าอี้สี่เหลี่ยมส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง มีพัฒนาการที่ดีขึ้นเรื่อยๆ เช่น สามารถลุกขึ้นยืนเกาะที่โต๊ะ เดินเกาะรถไถเดินด้วยตัวเองได้อีกทั้ง ได้รับการดูแลเอาใจจากบุคคลในครอบครัวที่เข้ามาช่วยฝึกใช้อุปกรณ์ทุกวัน ให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อเห็นพัฒนาการที่ดีขึ้นและสามารถทำอะไรเองได้ และคอยช่วยเหลืออยู่ห่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการฝึกใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง

“จากการที่ได้ฝึกใช้อุปกรณ์ทั้งเก้าอี้นั่งสี่เหลี่ยม บาร์ฝึกยืนและเดิน และรด์ฝึกเดิน ทำให้นางสาวก้อยกลับมามีสภาพจิตใจที่ดี สามารถเรียนหนังสือ ทำกิจกรรมต่างๆ และเข้ากับเพื่อนๆ ได้ดี...” (ตานางสาวก้อย, สัมภาษณ์: 2556)

2.3 มีความสุข มองโลกในแง่ดี มีความมั่นใจมากในการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น และมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การออกไปนอกบ้านหรือบริเวณรอบชุมชนด้วยตนเอง เนื่องจากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่เหมาะสมตามสภาพความพิการและสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาด้านร่างกายในทางที่ดีขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข และเมื่อสามารถเคลื่อนที่ไปไหนได้ด้วยตัวเองก็มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ทั้งการออกไปนอกบ้าน และออกไปนอกชุมชน

“ปัจจุบันนางสาวตองโตเป็นสาวแล้ว จากการฝึกใช้อุปกรณ์มานานแล้ว ทำให้มีความกล้าที่จะพูดได้ตอบ และยังสามารถถือเบรดสามล้อได้เองและเป็นที่รักของครอบครัวและเพื่อนบ้านทำให้นางสาวตองมีความสุขที่ทุกคนยอมรับได้ นอกจากนั้นยังสามารถปั่นจักรยานไปเล่นกับเพื่อนๆ ได้เหมือนคนปกติ ชีวิตจึงมีความสุขมากขึ้น...” (มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

2.4 มีสภาพจิตใจร่าเริง มีความกระตือรือร้นในการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองโดยบิดามารดาไม่ต้องบอก

“จนถึงปัจจุบันนี้ น้องออร์กียังต้องใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่บิดาทำให้อยู่ เพราะฝึกใช้มาตลอดจนเป็นความเคยชินติดเป็นนิสัยไปแล้ว ประโยชน์ที่แท้จริงก็ช่วยให้การกินอาหารและการเคี้ยวอาหารละเอียดขึ้นและการดื่มน้ำไม่ลำบากป้อนน้ำลายก็ไม่ไหลมากเหมือนก่อน ร่างกายมีการพัฒนาขึ้นตลอด เมื่อน้องออร์กียารู้ได้เองว่าอาการดีขึ้น จึงมีความกระตือรือร้นในการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองโดยบิดามารดาไม่ต้องบอก และส่งผลให้จิตใจร่าเริงมากขึ้น...” (บิดานางสาวอร, สัมภาษณ์: 2556)

3. ด้านสังคม

จากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น พบว่าครอบครัวมีความอบอุ่น ความมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น และการยอมรับจากคนในชุมชน ดังกรณีของนางสาวแหวเมื่อฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใน

ครอบครัวมากขึ้น ในการให้ความช่วยเหลือและฝึกทักษะการถ่ายภาพบำบัดให้เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังคอยฝึกฝนและอำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่างจนสามารถทำกิจกรรมหลักประจำวันได้ด้วยตนเอง

“เมื่อเราทำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ประกอบด้วย อุปกรณ์บาร์คู๋ รถฝึกเดิน และเก้าอี้สี่เหลี่ยม และคอยช่วยฝึกการใช้อุปกรณ์ก็ทำให้นางสาวแวมีความสุขมากขึ้น อีกทั้งน้องสาวต่างบิดาที่ไม่ได้มีความพิการก็รักและคอยช่วยเหลือนางสาวแว ทำให้นางสาวแวเข้ากันได้ดีกับน้อง การช่วยเหลือเกื้อกูลกันของบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่อความอบอุ่นทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้อครอบครัวมีความอบอุ่นและความสุข...” (ขยายนางสาวแว, สัมภาษณ์: 2556)

และกรณีของนางสาวอัฐิก็มีความอบอุ่นได้รับความรักจากพ่อแม่ และบุคคลในครอบครัว ที่ให้ความสนใจทำอุปกรณ์ และฝึกฝนตลอด ซึ่งในปัจจุบันมารดามีบุตรเพิ่มอีก 2 คน เพศหญิงทั้งคู่มีอายุได้ 3 ปี และคนที่ 3 มีอายุได้ 2 เดือน จึงทำให้มีความสุขมากขึ้นมีน้องเป็นเพื่อนเล่นไม่เหงา

อย่างไรก็ตาม ในส่วนนี้ พบว่า การดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นมารดาและบิดานั้นจะส่งผลให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างมีความต่อเนื่อง เพราะเป็นผู้ให้กำเนิดซึ่งมีความรักความเมตตาต่อบุตรอยู่แล้ว และกลุ่มตัวอย่างเองก็จะให้ความร่วมมือในการฝึกถ่ายภาพบำบัดเป็นอย่างดี ซึ่งการมีมารดาและบิดาเป็นผู้ดูแลหลักนั้น ก็อาจหมายความว่าครอบครัวนั้น เป็นครอบครัวที่อบอุ่นอยู่ด้วยกันพร้อมหน้าพร้อมตา จะส่งผลให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างดีกว่าครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างอยู่กับตาและยาย ซึ่งการดูแลเอาใจใส่อาจไม่สมบูรณ์มากนัก กลุ่มตัวอย่างจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือคือเอาแต่ใจ แต่บางคนก็มีความเข้าใจว่าตาและยายนั้นรักและเป็นห่วงหลานเช่นกันและให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่บิดา มารดา กลุ่มตัวอย่าง และญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยกัน บิดาหรือมารดาจะเป็นผู้ดูแลหลัก แม้สถานะทางเศรษฐกิจจะไม่ร่ำรวยแต่ก็มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต โดยการทำอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือให้กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือ และดูแลตัวเองได้ รวมถึงฝึกทักษะและพัฒนาร่างกายให้แข็งแรงขึ้น ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นอกจากจะเป็นการแบ่งเบาภาระครอบครัวที่คอยดูแลแล้ว ยังส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความสุขมาก และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย เนื่องจากบิดามารดาของ คนพิการแยกทางกัน และต่างฝ่ายก็แต่งงานมีครอบครัวใหม่ แต่ก็ยังส่งเงินมาให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู และดูแลผู้พิการอยู่เป็นประจำ และสม่ำเสมอ ซึ่งบิดามารดาของผู้พิการที่ไม่เลี้ยงดูผู้พิการเองก็มี ความคาดหวังอยากให้ผู้พิการได้เรียนหนังสือ ช่วยเหลือตัวเองได้ และมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น และ คาดหวังถึงอนาคตที่ให้ผู้พิการมีอาชีพมีรายได้มาจุนเจือครอบครัว

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตนี้ พบว่าแม้มกลุ่ม ตัวอย่างจะรู้สึกโกรธตัวเองที่พิการ และพ่อแม่ไม่รักปล่อยให้อยู่กับปู่ย่าตายาย แต่เมื่อผู้พิการโตขึ้น และเข้าใจว่าพ่อแม่รักและคอยส่งเงินมาให้อยู่เสมอ และบางครั้งก็กลับมาเยี่ยมบ้านหรือพาไปเที่ยว ผู้พิการปรับตัวดีขึ้น

“นางสาวแวเข้าใจเหตุผลที่มารดาต้องไปทำงานต่างประเทศ รวมถึงการที่มารดามีสามี ใหม่และมีน้อง แต่นางสาวแวเข้ากันได้ดีกับน้องต่างบิดา และได้รับความรักจากตาและ ยายที่คอยดูแลเป็นอย่างดีมีความอบอุ่นทั้งร่างกายและจิตใจ ตาและยายเป็นคนใจดีตามใจ นางสาวแวทุกอย่างและตาก็ช่วยฝึกและทำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นให้อีกด้วย...” (ตา นางสาวแว, สัมภาษณ์: 2556)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง จากเดิมจะเก็บตัว อยู่คนเดียว อยู่ภายในบ้าน มีความกลัว กังวล และมีความอายไม่กล้าออกไปนอกบ้าน เมื่อใช้อุปกรณ์ ดัดแปลงในท้องถิ่นแล้ว ก็สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น กล้าออกมาเล่นหรือทำกิจกรรม นอกตัวบ้าน ดังกรณีของนางสาวตองที่ได้ออกมาเล่นอยู่นอกตัวบ้าน ได้สูดอากาศภายนอกบ้าน ทำให้ลดความกลัว หรือความอายไปได้ เมื่อออกมาบ่อยๆ ก็เกิดความเคยชิน และสามารถใช้รถไส 4 ล้อฝึกเดินบริเวณรอบบ้าน

“ตอนนี้นางสาวตองอยากไปนอกบ้าน ไปคุยกับเพื่อนในหมู่บ้าน ไม่อายที่จะออกไปเล่น กับเพื่อนบ้าน มีความกล้าที่จะพูดได้ตอบ เป็นที่รักของครอบครัวและเพื่อนบ้านทำให้นางสาวตองมีความสุขที่ทุกคนยอมรับ โดยสามารถนั่งรถวีลแชร์ไปทำบุญที่วัดและอยาก ไปดูหมอลำเวลาถึงงานประจำทุกครั้งด้วย...” (มารดานางสาวตอง, สัมภาษณ์: 2556)

เช่นเดียวกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกล้า ไม่กลัวไม่อาย และคุ้นเคยกับการออกมานั่งเล่นนอก บ้าน และเมื่อรู้สึกสนุกและมีความสุขก็อยากจะออกไปโดยรอบชุมชน รวมทั้งออกไปนอกชุมชนที่ ไม่เคยไปมาก่อน โดยเริ่มแรกก็ฝึกเดินบริเวณรอบบ้าน รอบชุมชน และต่อมาก็สามารถออกนอก ชุมชนได้โดยไม่กลัว

“นายแดงใช้อุปกรณ์มา 7 ปีแล้ว ปัจจุบันสามารถพุงตัวนั่งวีลแชร์ออกไปหาของขวดพลาสติกตามหมู่บ้านมาขาย ซึ่งชาวบ้านก็รู้จักและจะให้สิ่งของมา กว่าขายให้ แต่ครอบครัวไม่อยากให้ไปหาเก็บของ เพราะว่ากลัวจะถูกรถชนตามซอยในหมู่บ้าน...”
(ยายนายแดง: 2556)



ภาพที่ 34 กลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติเช่นคนทั่วไป เช่น ปั่นจักรยาน
ดัดแปลงใส่ล้อ 2 ล้อด้านหลัง

4. ด้านเศรษฐกิจ

จากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นทำให้ครอบครัวไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการใช้อุปกรณ์ราคาแพง แต่เป็นการดัดแปลงวัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ครอบครัวของผู้พิการสามารถลดรายจ่ายในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ทำให้ผู้พิการมีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และช่วยเหลือครอบครัวได้ในการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้

“แม่ของนางสาวก้อยจะคอยส่งเงินให้ตากับยายเลี้ยงดูและเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไป แต่เงินที่ส่งมาให้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในบ้าน เพราะนอกจากนางสาวก้อยแล้วตากับยายยังต้องดูแลหลานอีกหนึ่งคน สามารถเลี้ยงดูกันเป็นเพื่อนกันได้ แต่ค่าใช้จ่ายก็ไม่เพียงพอ ตากับยายจึงพาน้องก้อยไปเข้าร่วมอบรมตามที่ต่างๆ ที่หน่วยงานจะมีหนังสือเชิญให้ไปเข้าร่วมในการฟื้นฟูและกลับมาฝึกกับอุปกรณ์ที่บ้าน ทำให้น้องก้อยมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น สามารถเข้ากับเพื่อนๆ ในโรงเรียนได้ ปั่นจักรยานไปเล่นกับเพื่อนๆ ได้เหมือนคนปกติ จึงเรียนหนังสือร่วมกันได้อย่างมีความสุข...” (ตานางสาวก้อย, สัมภาษณ์: 2556)

และในส่วนนี้ ขอรวบรวมประเด็นเรื่องสภาพที่อยู่อาศัยอาศัยที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีฐานทางเศรษฐกิจแตกต่างกันจึงมีการดัดแปลงที่อยู่อาศัยตามกำลังทรัพย์ของตนเองให้อำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. บ้านไม้ใต้ถุนโล่ง เป็นบ้านแบบอดีตของคนอีสาน เนื่องจากอดีตชาวบ้านสามารถหาไม้ในป่าได้ง่าย โดยที่ไม่ต้องเสียเงินซื้อ ตัวบ้านและสภาพบ้านก็ไม่ได้มีการพัฒนาหรือดัดแปลงแต่อย่างใด ยังคงสภาพบ้านไม้ยกสูงมีใต้ถุนบ้านไว้สำหรับการใช้สอยในการดำรงชีวิตประจำวันของคนอีสาน

2. บ้านไม้ 2 ชั้นแต่ไม่มีใต้ถุน เดิมเป็นบ้านใต้ถุนโล่งต่อมาพัฒนา ดัดแปลงต่อเติมบ้าน โดยใช้ปูนก่อปิดชั้นล่าง จึงมีลักษณะชั้นบนเป็นไม้และชั้นล่างจะเป็นปูน ซึ่งสาเหตุการดัดแปลงบ้านส่วนหนึ่งมาจากการปิดกั้นเพื่อให้คนเฒ่าคนแก่ได้อยู่อาศัยได้โดยสะดวก ไม่ต้องขึ้น-ลงบันไดที่อาจจะเสี่ยงอันตราย และรวมถึงสามารถใช้สอยพื้นที่นี้ให้เป็นประโยชน์มากขึ้นกรณีของนายอ้วน

“สภาพบ้าน เป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูนติดพื้นดิน นายอ้วนจะนอนชั้นล่างซึ่งไม่เป็นอุปสรรค ไม่ต้องกลัวตกบ้าน แต่ชั้นล่างบริเวณที่นอนของนายอ้วนจะอยู่ใกล้ห้องครัว ซึ่งเขาจะชอบเล่นของแข็ง เช่น ไม้ เครื่องมือช่างโดยเฉพาะถังแก๊ส ต่อมาจึงทำประตูปิดห้องครัว และใส่กุญแจห้องครัวไว้ เป็นการป้องกันไม่ให้เข้าไปเล่นในที่ที่อาจจะเกิดอันตรายได้ สภาพบริเวณรอบบ้านก็ไม่มีบ่อน้ำ แต่จะทำรั้วไม้ล้อมรอบบ้านไว้เพื่อป้องกันไม่ให้ออกนอกบ้าน...” (มารดานายอ้วน, สัมภาษณ์: 2556)

“บ้านมีลักษณะเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นล่างติดพื้นดิน นายฟองนั่งวีวแชร์ก็สามารถเข้าออกได้สะดวก...” (มารดานายฟอง, สัมภาษณ์: 2556)

1.3 บ้านปูนชั้นเดียว เป็นบ้านที่มีการก่อสร้างขึ้นใหม่ ใช้วัสดุปูน ที่หาซื้อได้และตัวบ้านคงทนถาวร โดยอาจมีสาเหตุมาจากปัจจุบันไม้หาได้ยากกว่าอดีต จะไปตัดถางในป่าก็ผิดกฎหมายชาวบ้านจึงเปลี่ยนวิธีการสร้างบ้านมาสร้างแบบปูน เช่น กรณีของนายแดงและนางสาวแวว ที่กล่าวว่า

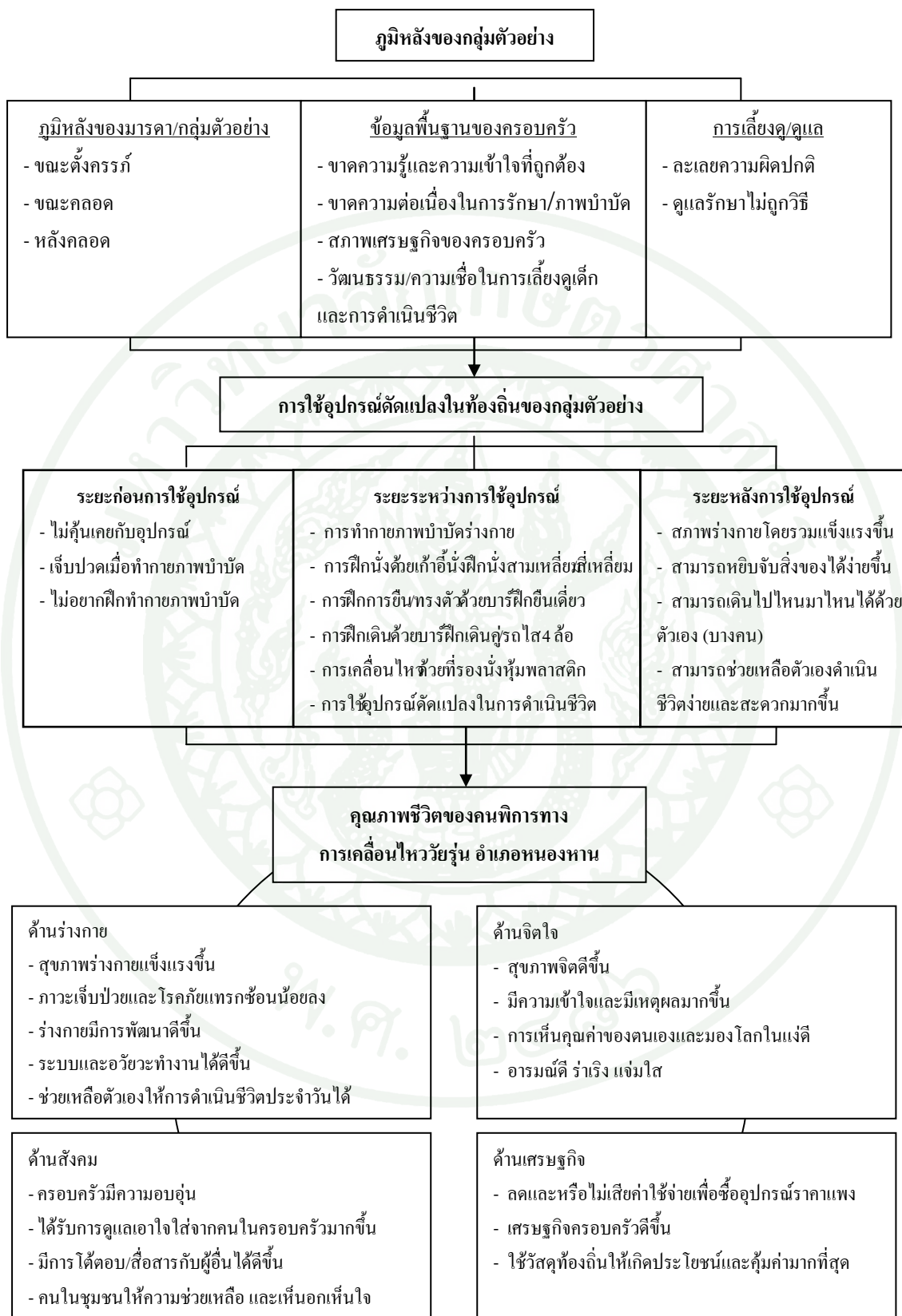
“บ้านมีลักษณะเป็นปูนชั้นเดียว ติดพื้นดิน ปรับสภาพพื้นให้เรียบและกว้าง เพื่อให้คนพิการมีความสะดวกในการใช้รถวีวแชร์...” (มารดานายแดง, สัมภาษณ์: 2556)

“ในบริเวณบ้านมีการตัดแปลงโต๊ะไม้ที่ตากับขายต่อให้และทำหลังคามุงแฝกไว้สำหรับนางสาวแวฟีกเดิน และนั่งนอนเล่น เพราะว่าในบ้านมีมมมมิด จะทำให้ยุ่งกีดได้ ข้างนอกอากาศดีกว่าในบ้าน...” (ยายนางสาวแว, สัมภาษณ์: 2556)

จากการศึกษา พบว่า สภาพที่อยู่อาศัย และสภาพความเป็นอยู่แบบมีรูปแบบเฉพาะที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน และเชื่อมโยงกับสภาพเศรษฐกิจ หากครอบครัวไหนมีฐานะปานกลางก็จะมี การตัดแปลงบ้านให้มีลักษณะเอื้อแก่กลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัย เช่น บ้านไม่มีได้ถูกรื้อก็ก่ออิฐฉาบปูนขึ้นล่างเพื่อให้เป็นที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างจะได้สะดวกสบาย และมีการติดประตูหรือหน้าต่างเพื่อความปลอดภัยอีกด้วย และจากสภาพความเป็นอยู่เช่นนี้ก็มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 ราย โดยพบว่า สภาพบ้านหรือที่พักอาศัยที่มีความเหมาะสม และปลอดภัย เอื้ออำนวยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้โดยง่าย มีความเป็นอยู่ที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กล่าวโดยสรุป จากการใช้อุปกรณ์ตัดแปลงในท้องถิ่นมาช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง นอกเหนือจากจะทำให้ร่างกายได้รับการทำกายภาพบำบัดและแข็งแรงขึ้นนั้น ก็ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนพิการเคลื่อนไหวว่องไวทั้งร่างกาย จิตใจสังคม และเศรษฐกิจดีขึ้น ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ภาวะเจ็บป่วยและโรคแทรกซ้อนน้อยลง ร่างกายมีการพัฒนาที่ดีขึ้นและเหมาะสมกับวัย ด้านจิตใจและอารมณ์ มีสุขภาพจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ไม่ซึมเศร้า ไม่เก็บตัว อยู่คนเดียว มีความเข้าใจและมีเหตุผลมากขึ้น ตลอดจนมองโลกในแง่ดี และไม่รู้สึกลัวตัวเอง แตกต่างจากคนอื่นและเป็นปมด้วยหากแต่เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ในด้านสังคม ครอบครัวมีความอบอุ่นมากขึ้น มีความรักและเข้าใจซึ่งกันและกัน ได้รับการยอมรับ ความเห็นอกเห็นใจและการช่วยเหลือจากคนในชุมชน และในด้านเศรษฐกิจจากการใช้อุปกรณ์ตัดแปลงในท้องถิ่นทำให้ครอบครัวไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย ในการซื้ออุปกรณ์ราคาแพง ทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น และที่กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถช่วยครอบครัวในการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ นั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าของตนเอง มีภูมิต้านทานในตัวเองไม่สร้างปัญหาให้ครอบครัวและสังคมซึ่งสามารถสรุปเป็นภาพดังนี้



ภาพที่ 35 สรุปความเชื่อมโยงของภูมิหลัง การใช้อุปกรณ์ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อวิจารณ์

ผลจากการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานีเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ พบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาวิจารณ์ได้ดังนี้

1. ภูมิหลังของกรณีศึกษา

ประวัติความเป็นมา ภูมิหลังของมารดา ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว และการเลี้ยงดู เป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพิการทางการเคลื่อนไหว โดยสามารถแบ่งช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความพิการออกเป็น ช่วงเวลาที่มารดาดังครรภ์ คือ มารดาประสบอุบัติเหตุ เช่น ตกเก้าอี้ และมารดา กินยาจากหมอมือเถื่อน เพื่อขับเอาทารกออก ช่วงเวลาใกล้คลอด คือ มารดาน้ำเดินก่อนที่จะไปถึงโรงพยาบาล หรือมารดาคลอดก่อนกำหนดช่วงเวลาระหว่างคลอดคือ ทารกคลอดผิดท่าเช่น ทารกเอาขาออกจากช่องคลอดก่อน หรือมารดาคลอดในรถ และช่วงเวลาหลังคลอด คือ ผู้ดูแลทำเด็กทารก หล่น หรือทารกตกโต๊ะ ตกเตียง ใกล้เคียงกับกิ่งแก้ว ปาจริย์ (2542) กล่าวถึงสาเหตุของความพิการ แบ่งเป็นช่วงระยะระหว่างตั้งครรภ์เกิดอุบัติเหตุหลัก ช่วงระยะคลอด การคลอดผิดปกติ คลอดก่อนกำหนด ช่วงระยะทารกอายุ 1 สัปดาห์หลังคลอดเด็กมีไข้สูงหลังคลอดอุบัติเหตุ ตัวเหลือง และช่วงระยะหลังคลอด เด็กได้รับอุบัติเหตุ เช่น ตกจากที่สูง เป็นต้น

ภายหลังจากมารดาคลอดบุตร และออกจากโรงพยาบาลมาเลี้ยงดูบุตรที่บ้านนั้นได้เริ่มมีความผิดปกติกับเด็กทารก แต่มารดาและบุคคลในครอบครัวไม่ได้ให้ความสนใจต่อความผิดปกติ นั้นอย่างจริงจัง อาจเนื่องด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และเชื่อเพื่อนบ้านที่บอกว่าเคยมีเด็กในชุมชน ที่มีพัฒนาการช้ากว่าปกติ เช่น เริ่มพูดได้ช้ากว่าคนอื่น แต่ไม่ได้พิการ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมารดาหรือผู้ดูแลหลักเลี้ยงดูเด็กมาจนกระทั่งรู้แน่ชัดแล้วว่าเด็กมีความพิการ นั้นก็สายเกินไปที่จะรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นเทียบเท่าเด็กปกติ บิดามารดาจึงทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นและไม่พาเด็กไปรักษา หากแต่เลี้ยงดูตามกำลังของครอบครัว แต่บางส่วนเมื่อรู้ว่าบุตรมีความพิการ ได้พาบุตรไปพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและหาวิธีการรักษา ภายภาพบำบัด แต่ส่วนใหญ่ พบว่า มารดาพาบุตรไปรักษาและทำ ภายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลในตัวเมืองเพียงไม่กี่ครั้งก็ไม่พาไปอีกเลย กรณีนี้ เนื่องมาจากระยะทาง ระหว่างชุมชนกับตัวเมืองค่อนข้างไกลและไม่สะดวกและการที่พาบุตรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยการนั่งรถรับจ้างสาธารณะจากชุมชนไปยังโรงพยาบาล จะมีสายตาคคนที่นั่งในรถมองดูเด็ก

มารดาจึงเกิดความอับอายและไม่พาเด็กไปโรงพยาบาลอีกเลยรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการรักษาแพงเกินไป เพราะส่วนใหญ่ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป การที่มีฐานะยากจนทำให้บิดามารดา ตัดสินใจยกเลิกการรักษาและกายภาพบำบัดสอดคล้องกับ วราภรณ์ ชันเขียว(2551) ที่กล่าวว่า ครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้น้อย ฐานะยากจน อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และมีปัญหาในการเดินทางไปรับบริการไม่สะดวก

นอกจากนี้ วิธีการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่ต้องดูแลและเด็กที่พิการทางการเคลื่อนไหว จะมีความยากลำบากในการเลี้ยงดูและดูแลมากกว่าเด็กทารกปกติทั่วไป และบิดา มารดา และบุคคลในครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบ และความลำบากแตกต่างกันไป สอดคล้องกับกิตติยา รัตนกร (2531) ที่กล่าวว่า คนพิการไม่ว่าจะเกิดในลักษณะใดก็ตาม ทั้งที่พิการแต่กำเนิดหรือพิการภายหลังพิการมากหรือพินัยน้อย ผลที่เกิดขึ้นจากความพิการไม่เพียงแต่ส่งผลถึงคนพิการเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ด้วยเช่นกัน ทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

2. การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะยากจน แต่ครอบครัวก็ให้ความสนใจในการดูแลและเลี้ยงดูบุตรที่มีความพิการเทียบเท่ากับบุตรคนอื่นๆ หากแต่ด้วยสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีฐานะยากจน ส่งผลให้ต้องดูแลและเลี้ยงดูเด็กพิการตามอัตภาพ มารดาของกลุ่มตัวอย่างบางรายเมื่อรู้ว่าบุตรพิการ เกิดความอับอายชาวบ้าน กลัวและวิตกกังวลว่าคนในชุมชนจะไม่ยอมรับความพิการ จึงแอบไปอาศัยอยู่กระท่อมปลายนาไม่พบปะกับผู้คน แต่ส่วนหนึ่งเมื่อเริ่มมีมูลนิธิเข้ามาสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชน จึงทำให้เกิดความสนใจในการศึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และสนับสนุนให้คนพิการได้ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น โดยการนำวัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาดัดแปลงเป็นอุปกรณ์ตามต้นแบบที่มีอยู่ และใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้ร่างกายมีการพัฒนาการดีขึ้นตามลำดับในด้านการนั่ง การยืน การเดิน และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ สามารถทำได้ดีขึ้นกว่าเดิม รวมไปถึงการยอมรับตัวเองมีความกล้าและมีความมั่นใจในการออกจากบ้านไปพบปะคนอื่นในชุมชน โดยที่บุคคลในครอบครัวไม่ได้มีความรู้สึกอับอายถึงสภาพความพิการของบุตรหลานเหมือนแต่ก่อน เนื่องจากคนในชุมชนให้ยอมรับ แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ และให้ความช่วยเหลือต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างบุคคลทั่วไปและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกเหนือจากนี้ การที่ครอบครัวให้ความสำคัญในการนำอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมาใช้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของคนพิการ โดยในช่วงแรกของการฝึกใช้ พบว่าคนพิการปฏิเสธ ไม่ต้องการฝึกใช้อุปกรณ์เนื่องจากไม่คุ้นชิน แต่ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามหาวิธีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้คนพิการได้ฝึกใช้ และฝึกใช้อย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง จนทำให้ปัจจุบันคนพิการมีสุขภาพร่างกายดีขึ้น และให้ความสำคัญที่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข คือ คนพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคมสอดคล้องกับ WHO (2004) ที่กล่าวถึงลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการฟื้นฟูด้านจิตใจ เป็นการปรับสภาพจิตใจ

ในส่วนของการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเช่น ไม้ เหล็ก รอก เชือก พลาสติกและดัดแปลงสิ่งของที่มีอยู่แล้วเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้แก่ เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยม เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยม บาร์ฝึกยืนเดี่ยว บาร์ฝึกเดินคู่ รถไส 4 ล้อฝึกเดิน ลอกแขน และที่ร่อนนั่งหุ้มด้วยพลาสติก เป็นต้น นั้นพบว่า เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบ้านและใช้วัสดุในท้องถิ่นที่คนอาจมองข้ามให้เกิดประโยชน์ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นั่นก็เป็นการลดค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และส่งเสริมความผูกพันในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ WHO (2004) ที่กล่าวว่า อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบ้านและในชุมชน โดยลดการพึ่งพาอุปกรณ์จากทางภาครัฐหรืออุปกรณ์ที่มีราคาแพงและยังสอดคล้องกับนัคดา ริชีวะ (2551) ที่กล่าวถึงอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนที่ของคนพิการสำหรับผู้ที่มีปัญหาในการเดินลำบาก เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เครื่องช่วยเดินสี่ขา จะช่วยให้เดินหรือเคลื่อนที่ได้สะดวกขึ้น ทำให้การทรงตัวดีและปลอดภัย

ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น พบว่า คนพิการมีสุขภาพร่างกายดีและแข็งแรงขึ้น เช่น ข้อไม่ยึดติด กล้ามเนื้อแข็งแรง เช่น กล้ามเนื้อแขนและมือสามารถจับยึดเกาะราวหรือเสาบันเพื่อพยุงตัวให้ยืนขึ้นได้เอง ขาแข็งแรงขึ้นสามารถทรงตัวได้ดีขึ้น ตลอดจนการนั่ง การเคลื่อนไหวสามารถทำได้คล่องแคล่วกว่าเดิม สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของจักรกริช กล้าผจญ (2549) ที่อธิบายว่า อุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์เสริมสำหรับทำกิจวัตรประจำวันจะช่วยให้คนพิการสามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างอิสระ นอกจากนั้น พบว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้นก็ทำให้จิตใจดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น เคลื่อนไหว เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของ

กลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น ใกล้เคียงกับ Fabio SalinasDuran (2001) ที่กล่าวว่า การใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วย โดยเน้นการฝึกกายภาพเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในกลุ่มกล้ามเนื้อ และวัดผลการฝึกใช้ Wheel chair ในการเคลื่อนที่ พบว่า ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขึ้น และมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น นอกจากนี้ อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นยังมีความเหมาะสมกับความพิการของร่างกายของแต่ละคนได้ดี นั่นอาจเพราะ บิดา หรือ ปู่ ตา เป็นคนทำอุปกรณ์ในด้วยตนเองซึ่งเป็นผู้ที่เลี้ยงดู และดูแลคนพิการมาโดยตลอดจึงรู้ถึงสภาพร่างกายและข้อจำกัดต่างๆของบุตรหลาน ทำให้สามารถผลิตอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับคนพิการได้

3. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย พบว่า ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการด้านร่างกายที่ดีขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรงและยืดหยุ่นขึ้น ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น ไม่เจ็บป่วยบ่อย และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ในการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูร่างกายด้วยการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงนั้น พบว่า มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการอาจเนื่องมาจากอุปกรณ์ดัดแปลงที่สร้างขึ้นเป็นการใช้วัสดุในท้องถิ่นทำขึ้นเองโดยบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา ปู่ หรือ ตา ที่เลี้ยงดูมาจึงรู้ถึงลักษณะของความพิการ และขนาดของร่างกายกลุ่มตัวอย่างเมื่อทำอุปกรณ์ดัดแปลงได้มีการวัดขนาดตัวจึงทำให้อุปกรณ์มีขนาดที่พอดีและมีความเหมาะสมกับความพิการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคุ้นชินกับอุปกรณ์ได้เร็วและฝึกใช้อุปกรณ์ได้อย่างต่อเนื่องจนสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้หลายอย่าง เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เช็ดตัว การแสดงออกเมื่อมีความต้องการ จากเดิมที่ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตัวเองก็สามารถไปได้ ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ดีขึ้นโดยมีบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นผสมผสานกับารดูแลเอาใจใส่คอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ไม่คิดว่าตัวเองผิดปกติหรือแตกต่างจากคนอื่น และไม่คิดว่าตนเองเป็นปัญหาของครอบครัว สอดคล้องกับ สุกัญญา วิทยุสพานิช (2536) ที่พบว่า คนพิการที่มีความรู้สึกรู้สึกผิดต่อตนเองโดยส่วนรวมดีจะมีการพึ่งตนเองดีด้วย เมื่อคนพิการยอมรับสภาพร่างกายและสุขภาพของตนมีอารมณ์และจิตใจที่ดี มีความพึงพอใจในตนเองและชีวิต อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองได้ต่อไป และไม่รู้สึกละอายหรือถูกทอดทิ้งกลัวที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้คนพิการ

รู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม และอีกส่วนหนึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขมากขึ้น อาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายดีขึ้น สามารถเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง และสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองมากขึ้น รวมถึงการที่บุคคลในครอบครัวลดความตึงเครียดรักและเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีเหตุผลมากขึ้นสอดคล้องกับสมัย ศิริทองถาวร(2545) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของคนพิการทำให้คนพิการทุกข์ใจมากที่สุดอันดับแรก คือ การไปไหนมาไหนไม่สะดวก และความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่น ส่วนปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขคือ มีอุปกรณ์ช่วยให้ไปไหนมาไหนสะดวก

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิต ด้านสังคม พบว่า ทั้งครอบครัวที่อยู่กันพร้อมมีบิดา มารดา ลูก และครอบครัวที่บิดามารดาแยกทางกันทำให้ผู้พิการมีปมด้อย กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวบิดามารดาอยู่ด้วยกันมีการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่บิดามารดาแยกทางกันอยู่ในความดูแลของปู่ย่า ตายายนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านจิตใจ มีความรู้สึกตัวเองเป็นตัวปัญหา มีปมด้อย มักทำร้ายตัวเองและทำให้ตัวเองไม่มีความสุข แต่ผู้ดูแลซึ่งก็คือ ปู่ย่า ตายาย และบุคคลอื่นในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความรัก ความห่วงใย คอยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชนที่คอยหยิบยื่นน้ำใจทั้งเงิน สิ่งของ เช่น ในสำคัญวันขึ้นปีใหม่ วันคนพิการซึ่งตรงกับวันเสาร์สัปดาห์ที่ 2 พฤศจิกายน ของทุกปี ผู้นำในชุมชนจะมีของขวัญ มาแจกให้กลุ่มคนพิการ ซึ่งเป็นแรงกายแรงใจในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขอยู่ในสังคมสอดคล้องกับ สุกัญญา วิบูลย์พานิช (2536) ที่พบว่า คนพิการที่มีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองโดยรวมดีจะมีการพึงตนเองดีด้วย มีความพึงพอใจในตนเองและชีวิต อันจะนำไปสู่การพึงตนเองได้ต่อไป ในส่วนของการยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้คนพิการรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัวและสังคมและสอดคล้องกับการศึกษาของกวี ทั้งสุบุตร (2533) ที่ว่า ทักษะคิดพื้นฐานที่สะท้อนให้เห็นศักยภาพในการพัฒนาตนเองของคนพิการ คือ คนพิการยังมีความรู้สึกในด้านลบต่อตนเอง เมื่อมีความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ เป็นปมด้อย และส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะร่วมกิจกรรมกับคนอื่นในชุมชน หรือสังคม และทำให้โอกาสในการพัฒนาศักยภาพลดลง

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิต ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป และมีฐานะยากจน สอดคล้องกับหมั่น เชนอักษรกุล (2547) ที่กล่าวว่า ครอบครัวของคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้น้อยซึ่งเมื่อพิจารณาแต่ละครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันมาจากครอบครัวมีสถานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน

ซึ่งพบว่าในครอบครัวที่มีฐานะดีหรือมีฐานะปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าครอบครัวที่มีฐานะยากจน สอดคล้องกับสุมาลี สันติพลวุฒิและคณะ(2545) ที่กล่าวว่าหากมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องประกอบด้วย การมีรายได้ การมีที่อยู่อาศัย และเข้าถึงสาธารณสุขไปทั่ว จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายาย นั้น บิดาและมารดาจะเป็นเสาหลักในการทำงานหารายได้เพื่อส่งเงินกลับมาให้เลี้ยงดูบุตร และเป็นคนค่าใช้จ่ายในครอบครัวด้วย ส่งผลให้ผู้พิการ และจะกลับมาเยี่ยมเยียนบ้านในช่วงเทศกาลและวันหยุดสำคัญ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีความสุขมากเมื่อพบเจอบิดามารดาและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย และอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งร่างกายที่แข็งแรง จิตใจและอารมณ์ดีแจ่มใส สังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูล และเศรษฐกิจดีขึ้น สอดคล้องกับเฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) ที่กล่าวถึงแนวคิดในเรื่องคุณภาพชีวิตสมัยใหม่ว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งก็คือ ความสุขของความเป็นมนุษย์ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยภายในปัจจัยด้านสุขภาพสภาพแวดล้อมปัจจัยด้านวัฒนธรรมอีกการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีเหตุผล และมีศีลธรรมเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่ความสุข

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลง ในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานีเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายความพิการ วิธีการวิจัย คือ การสัมภาษณ์ผู้ดูแลใกล้ชิด ประกอบด้วยบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย พี่น้อง โดยสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1. ภูมิหลัง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เป็น เพศชาย 4 คน เป็นเพศหญิง 4 คน อายุระหว่าง 14-20 ปี ทั้งหมดมีความพิการตั้งแต่กำเนิด โดยพบสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพิการตั้งแต่กำเนิดนั้นมาจากหลายสาเหตุ โดยสามารถแบ่งความพิการออกตามช่วงเวลา คือ 1) ช่วงเวลาที่มารดาตั้งครรภ์ คือ มารดาประสบอุบัติเหตุ และมารดากินยาจากหมอมือเถื่อนเพื่อขับเอาทารกออก 2) ช่วงเวลาใกล้คลอด คือ มารดาคลอดก่อนกำหนด 3) ช่วงเวลาระหว่างคลอด คือ ทารกคลอดผิดปกติ และ 4) ช่วงเวลาหลังคลอด คือ ผู้ดูแลทำเด็กหัวชนตู้บ หรือทารกหล่นตกโต๊ะ/เตียง ในส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการประกอบด้วย 1) โรคทางพันธุกรรม 2) ความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ที่มารดาได้รับอุบัติเหตุ 3) ความผิดปกติระหว่างคลอด เด็กคลอดทำผิดปกติ คลอดก่อนหรือหลังกำหนด และ 4) อุบัติเหตุ/ การบาดเจ็บที่เกิดกับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของเด็ก

จากการศึกษา สามารถสรุปกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไม่สามารถลุกขึ้น ยืน ทรงตัว หรือนั่งได้รับประทานอาหารเองไม่ได้ หรือหยิบจับสิ่งของไม่ได้ทำได้เพียงนอนอยู่ที่นอน จึงต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิดคอยช่วยเหลือทุกอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เดิน ลุก นั่ง ยืน หรือหยิบจับสิ่งของได้แต่อาจจะไม่สัมพันธ์กัน สามารถช่วยให้ตัวเองเคลื่อนไหวไปในบริเวณบ้าน และบริเวณรอบบ้านได้แต่จะมีคนคอยดูแลอยู่ไม่ห่าง

3. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือครอบครัวได้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เดิน ลุก นั่ง ยืน หรือหยิบจับสิ่งของได้แต่อาจจะไม่สัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ สามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป แต่ลักษณะการเคลื่อนไหวอาจไม่ปกติ โดยจะมีคนคอยช่วยเหลือในสิ่งที่ยากเกินกว่าจะสามารถทำได้

โดยสรุป ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงภูมิหลังของมารดาขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด ตลอดจนการดูแลและเลี้ยงดูกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันนั้น เป็นเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว และขาดการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเมื่อพบเห็นความผิดปกติของเด็กทารกแล้วนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่บิดามารดา หรือผู้ดูแลจะต้องให้ความสนใจ สังเกตพฤติกรรมและสิ่งผิดปกติ แล้วรีบพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติและรักษาพยาบาลอาการผิดปกติให้หายดี หรือเมื่อพบว่าไม่สามารถรักษาให้หาย ก็ควรบำบัดให้ดีขึ้น โดยให้มีพัฒนาการของร่างกายอย่างเหมาะสมให้เคียงกับคนปกติมากที่สุดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว

2. การใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะก่อนใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลตั้งแต่เด็ก และภายหลังจากที่มารดาเริ่มมีอาการผิดปกติได้ฝึกกายภาพบำบัดแต่ไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและจริงจังจึงทำให้สมรรถภาพร่างกายไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ซึ่งสาเหตุมาจากความลำบากในการเดินทางบุตรไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลที่มีความห่างไกล ความอับอายชาวบ้านที่จ้องมองและซักถามถึงความผิดปกติของบุตรทำให้ไม่กล้าออกจากบ้าน การขาดความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาความผิดปกติ จึงปล่อยปะละเลยบุตรและการขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ซึ่งสาเหตุมาจากความยากจนไม่มีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้การเลี้ยงดูและดูแลบุตรจึงเป็นไปตามสภาพ

ระยะระหว่างการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายพบว่า ในระยะเริ่มแรกของการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย พบปัญหา คือ กลุ่มตัวอย่างไม่ยอมฝึกใช้อุปกรณ์ เนื่องจาก ไม่เคยฝึกใช้มาก่อนไม่คุ้นเคยกับการฝึกทำกายภาพบำบัดสมาธิสั้น และเมื่อฝึกใช้แล้วร่างกายเจ็บปวด รวมถึงไม่รู้ถึงประโยชน์ของการทำกายภาพบำบัดว่าจะช่วยอะไรจึงไม่ยอมฝึกทำ ในระยะการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คน นั้น พบว่า อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมีความเหมาะสมกับของอายุสภาพร่างกายและสภาพความพิการ โดยใช้วัสดุ เช่น ไม้ เหล็ก รอก เชือก พลาสติกและสิ่งของที่มิได้อยู่แล้ว มาเป็นอุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย อุปกรณ์ต่างๆมีดังนี้

1. อุปกรณ์ดัดแปลงสำหรับฝึกการนั่ง ประกอบด้วย 1) เก้าอี้ฝึกนั่งสามเหลี่ยมเหมาะสำหรับผู้พิการที่ตัวเล็ก และ 2) เก้าอี้ฝึกนั่งสี่เหลี่ยมเหมาะสำหรับผู้พิการที่ตัวใหญ่
2. อุปกรณ์สำหรับฝึกการยืน ประกอบด้วย 1) บาร์ฝึกยืนเดี่ยวเหมาะสำหรับทุกเพศทุกวัย สามารถปรับระดับสูงและต่ำได้ อุปกรณ์บาร์ฝึกยืนเดี่ยว ใช้ฝึกการยืนโดยเฉพาะเหมาะสำหรับผู้พิการที่สามารถนั่งได้แล้วแต่ยังยืนไม่ได้ และ 2) อุปกรณ์ฝึกยืนทรงตัวและเดินแบบมีที่นั้งบนสายติดกับอุปกรณ์ 4 ล้อ เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยืนไม่ได้ด้วยตัวเอง ฝึกการยืน การทรงตัว และการเดิน
3. อุปกรณ์สำหรับฝึกเดิน ประกอบด้วย 1) บาร์ฝึกเดินคู่เหมาะสำหรับฝึกให้ผู้พิการที่ยืนได้และใช้ฝึกเดินออกกำลังแขน ขา และกล้ามเนื้อและ 2) รถไส 4 ล้อฝึกเดิน เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เดินทรงตัวได้แล้ว ใช้เพื่อฝึกเดินไปข้างหน้า
4. อุปกรณ์สำหรับฝึกแขน และมือ เช่น ลอกแขวนเหมาะสำหรับผู้พิการที่กล้ามเนื้อมีกำลัง ใช้ฝึกดึงลอกออกกำลังที่แขน
5. อุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนไหว เช่น ที่รอนั่งหุ้มด้วยพลาสติก เพื่อช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เหมาะสำหรับผู้พิการที่ยืนและเดินไม่ได้ ใช้นั่งแล้วใช้มือดันให้ตัวเคลื่อนไป
6. อุปกรณ์ดัดแปลงสำหรับช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น แก้วน้ำ แปรงสีพื้น หวีซ้อน เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกมากขึ้น

ระยะหลังใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ดี และร่างกายมีพัฒนาการดีขึ้นตามลำดับในด้านการนั่ง การยืน การทรงตัว การเดิน และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ได้ดีขึ้น รวมถึงการทากิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

3. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยภายในตัวของกลุ่มตัวอย่างเอง ผู้ที่ดูแลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คนในชุมชน และกิจกรรมหรือโครงการที่หน่วยงานต่างๆ ทั้งราชการและเอกชนจัดให้มีขึ้น รวมถึงจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ผลการศึกษามีปรากฏ ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ก่อนการใช้อุปกรณ์ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ลุกขึ้นและทรงตัวไม่ได้ เดินไม่ได้ แต่บางคนก็สามารถเคลื่อนไหวได้แต่ช้า โดยการใช้มือและแขนดันตัวให้เคลื่อนที่ไป และในส่วนของกล้ามเนื้อแขนที่ก่อนใช้อุปกรณ์มีอาการอ่อนแรง ไม่มีแรงหยิบจับสิ่งของหรือทานอาหารได้ด้วยตัวเองนั้น บางคนมีอาการเกร็งบริเวณกล้ามเนื้อคอและหน้าพุงไม่ได้สื่อสารไม่ได้ หรือเวลาพูดจะมีอาการสั่น ซึ่งภาวะความผิดปกติของร่างกายนี้ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเป็นอย่างมาก ส่วนหลังจากการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น พบว่า จากการฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น ไม่มีโรคภัยแทรกซ้อน มีการพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย กล้ามเนื้อมีความสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น ระบบและอวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ก่อนการใช้อุปกรณ์ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตและอารมณ์ไม่ดี อารมณ์หงุดหงิด บูดบึ้ง บางครั้งเหม่อลอย ไม่มีเหตุผล ไม่เข้าใจถึงเหตุและผลในเรื่องต่างๆ เอาแต่ใจตัวเอง เมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการจะเกรี้ยวกราดดองแวง บางคนมีอาการซึมเศร้า ไม่สดชื่น คิดมากกว่าตัวเองผิดปกติถึงขั้นทำร้ายร่างกายตัวเอง ส่วนหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตใจ

และอารมณ์ดีขึ้น โดยแสดงออกถึงความร่าเริง ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่เอาแต่ใจตนเอง รู้จักใช้เหตุและผลมากขึ้น มีความอดทนและสามารถรอคอยสิ่งที่ต้องการได้มากกว่าเดิม มีความมั่นใจและมีความกระตือรือร้นในการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเพื่อทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง เห็นได้ชัดเจนจากพัฒนาการด้านร่างกายที่ดีขึ้นเรื่อยๆ เช่น สามารถลุกขึ้นยืนเกาะที่โต๊ะ เดินเกาะรถไสเดินด้วยตัวเองได้ และมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การออกไปนอกบ้านหรือบริเวณชุมชนด้วยตนเอง

คุณภาพชีวิตด้านสังคม

ก่อนการใช้อุปกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน ไม่กล้าออกไปเล่นกับเพื่อนนอกบ้าน เพราะความกลัว และบางคนเก็บตัวอยู่ในบ้านเพราะความกลัวและอายุที่ตัวเองคิดปกติไม่เหมือนคนอื่น ส่วนคนในชุมชนก็ไม่ได้เห็นความสำคัญของคนพิการและครอบครัวของคนพิการมากเท่าที่ควร ส่วนหลังการใช้อุปกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง จากเดิมจะเก็บตัวอยู่คนเดียวอยู่ภายในบ้าน ไม่กล้าปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เปลี่ยนเป็นกล้าออกไปนอกบ้าน กล้าออกมานั่งเล่นหรือทำกิจกรรมนอกตัวบ้าน ไม่กลัว ไม่อาย และคุ้นชินกับการออกมานั่งเล่นนอกบ้าน และเล่นกับเพื่อนคนอื่นๆ รวมถึงออกนอกชุมชนและคนในชุมชนก็ให้ความสำคัญ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ

ก่อนการใช้อุปกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวยากจน มีรายได้จากการทำนาประจำปี และรายได้จากการรับจ้างของบิดาและมารดาบางคนที่ไม่ทำงานที่ต่างจังหวัดส่งมาให้ทางครอบครัวไว้สำหรับซื้ออาหารและของใช้ประจำวันที่เป็น จาฐานะที่ยากจนส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการฝึกกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่มีความพยายามหาวิธีการบำบัดและรักษาอื่นๆ เช่น การเข้าร่วมอบรมความรู้เกี่ยวกับฟื้นฟูร่างกายและมาทดลองฝึกทำเองที่บ้าน เป็นต้น ส่วนหลังการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นพบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ฝึกใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการซื้ออุปกรณ์ราคาแพง แต่ดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ครอบครัวของผู้พิการสามารถลดรายจ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์

กล่าวโดยสรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสที่จะได้ใช้อุปกรณ์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการอำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายทางการเคลื่อนไหวได้ เพราะมีราคาแพง และบางคนไม่สามารถใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ดังกล่าวได้อย่างคุ้มค่า แต่อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้พัฒนาการของร่างกายดีขึ้นตามลำดับ หากฝึกใช้อย่างต่อเนื่อง และไม่ทำให้เกิดการซ้ำซ้อนและเมื่อร่างกายแข็งแรงขึ้นภาวะการเจ็บป่วยก็น้อยลง และอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นที่ผู้ดูแลหลักประดิษฐ์ขึ้นเองนั้นจะมีความเหมาะสมกับขนาดของร่างกายและความพิการเพศและวัย ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น ซึ่งถ้าอุปกรณ์มีความเหมาะสม สามารถใช้ได้ง่ายและสะดวกแล้วก็ย่อมส่งผลให้คนพิการทางด้านการเคลื่อนไหวที่ใช้ฝึกได้อย่างต่อเนื่อง จึงเกิดพัฒนาการที่ดีขึ้นกว่าก่อนใช้อุปกรณ์สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และลดการพึ่งพาของบิดามารดา นอกจากนี้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นเป็นอุปกรณ์ที่บุคคลในครอบครัวสามารถประดิษฐ์ได้โดยใช้วัสดุที่หาง่ายในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดรายจ่ายในครัวเรือนและยังปรับใช้กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

เมื่อศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลบริบทชุมชน และข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการในแง่มุมต่างๆ แล้วผู้วิจัยเห็นว่าการประยุกต์ใช้วัสดุดัดแปลงในท้องถิ่นมาพัฒนา ปรับเปลี่ยนเป็นอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวนั้น เป็นนวัตกรรมชุมชนที่น่าจะมีแนวทางในการพัฒนาให้เกิดเป็นสวัสดิการการดูแลผู้พิการที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมของชุมชน อันส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่น และเกิดการพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขและในเบื้องต้นการดูแลคนพิการด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และสังคมขั้นนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง เพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วย บิดามารดา พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักจะต้องมีความรัก และความเข้าใจต่อผู้พิการ เสียสละ และไม่ย่อท้อต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของคนพิการ ต้องหาวิธีการแปลกใหม่มาเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้พิการ ให้มีความต้องการฝึกใช้อุปกรณ์ แม้จะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน เพราะสมาชิกในครอบครัวอยู่ใกล้ชิดกับคนพิการ

หากให้ความรัก ความอบอุ่น และความตั้งใจในการใช้อุปกรณ์ดัดแปลง เพื่อทำกายภาพบำบัดให้คนพิการอย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้มีพัฒนาการดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

2. คนในชุมชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้พิการ คอยเป็นหูเป็นตา และไม่เพิกเฉยเมื่อพบเห็นผู้พิการได้รับความเดือดร้อน ไม่พุดจาล้อเลียนให้เกิดความอับอายรวมถึงสนับสนุนและส่งเสริมให้กำลังใจผู้พิการเมื่อออกมาดำเนินชีวิตประจำวันในชุมชน หรือเข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้คนพิการไม่กลัว ไม่อับอาย มีความปลอดภัย และมีความสุขในการดำเนินชีวิตในชุมชน

3. ผู้นำชุมชนจะต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมชุมชนให้เป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับคนพิการในชุมชน และเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้เพิ่มพูนความรู้ และอยู่ร่วมกับผู้พิการอย่างเข้าใจ เห็นใจ และใส่ใจ และในชุมชนควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย เมื่อคนพิการมาเข้าร่วมกิจกรรม และมีความกล้าแสดงออก ก็ควรจะมีขอบของรางวัลให้

4. หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอ หรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี จะต้องเป็นกลไกหนุนเสริมให้ชุมชนได้เห็นความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ดัดแปลง ส่งเสริมผ่านโครงการและกิจกรรมต่างๆ อันเป็นกิจกรรมที่ทำให้คนในชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และเห็นความสำคัญของผู้พิการ เช่น โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความพิการ ต้นเหตุและการหลีกเลี่ยงความพิการ โครงการอบรมสิทธิพื้นฐานและการเข้าถึงบริการพื้นฐานของรัฐ เป็นต้น นอกเหนือจากนี้ หน่วยงานภาครัฐจะต้องสนับสนุนงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความพิการของผู้พิการแต่ละคน และสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อช่วยเหลือผู้พิการให้มีศักยภาพในการฟื้นฟูตัวเองได้และมีความพร้อมที่จะใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นของตัวเองด้วย

5. หน่วยงานเอกชนเช่น มูลนิธิต่างที่ทำงานด้านคนพิการในชุมชนจะต้องเป็นส่วนสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐและเติมเต็มช่องว่างให้การพัฒนาการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงจากวัสดุท้องถิ่นได้รับความสนใจ และเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่มีผู้พิการ โดยหน่วยงานเอกชนต้องทำงานโดยไม่หวังผลตอบแทน หากแต่หวังเพียงให้ผู้พิการ ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการถอดบทเรียนรู้จากชุมชนต้นแบบที่มีการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงจากวัสดุในท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำมาช่วยเหลือผู้พิการในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถสะท้อนถึงกลไกการช่วยเหลือกันเองภายในชุมชนในการดูแลผู้พิการที่มีการบูรณาการชาวบ้านทุกคนในชุมชน ที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดสวัสดิการการดูแลผู้พิการอันจะเป็นประโยชน์ในการเผยแพร่และสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับชุมชนอื่นๆ
2. ควรมีการศึกษาแนวทางการยกระดับ หรือการพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ดัดแปลงจากวัสดุในท้องถิ่น โดยใช้องค์ความรู้จากหลากหลายศาสตร์ เช่น วิทยาศาสตร์การกีฬา กายภาพบำบัดและการฟื้นฟู และศาสตร์ทางเทคโนโลยีอื่นๆ มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อให้รับรู้ถึงข้อดี ข้อเสีย และความเหมาะสมของอุปกรณ์ดัดแปลงจากวัสดุท้องถิ่นเพื่อพัฒนาและต่อยอดให้อุปกรณ์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต่อไป
3. การศึกษาอุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่นมาช่วยผู้พิการในด้านอื่นๆ เช่น พิการทางตา พิการทางหู และพิการทางสมอง เป็นต้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2550. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อบริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา พ.ศ. 2545 โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (อัคราเนนา).

กวี ทั้งสุบุตร. 2533. การพัฒนาศักยภาพคนพิการในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือพื้นที่ 5 จังหวัดอุดรธานี สกลนคร ขอนแก่น นครพนม และเลย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กองวิชาการและแผนงาน กรมประชาสงเคราะห์. 2538. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพคนพิการ ศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ จังหวัดสมุทรปราการและศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.

กิตติยา คัดไชย. 2552. ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูคนพิการทางด้านร่างกายหรือการเคลื่อนไหวในตำบลหนองหาร อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กิตติยา รัตนกร. 2531. คนพิการ: การสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กิ่งแก้ว ปาจริย์. 2542. การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กรีนพรีนท์.

กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร. 2538. การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เกรียงศิริ วิเจริญ. 2547. แนวทางการดำเนินงานการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534: กรณีศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. การค้นคว้าแบบอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขนิษฐา เทวินทรภักดี. 2539. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ: ทางสู่ความสุขความสำเร็จของคนพิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

ขนิษฐา เทวินทรภักดี. 2540. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ: ทางสู่ความสุขความสำเร็จของคนพิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

เขมิกาน พันธ์วิไล. 2546. แนวโน้มการรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวศึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คณะกรรมการบริหารวิชาบูรณาการ. 2545. สิ่งแวดล้อมเทคโนโลยีและชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

จักรกริช กล้าผจญ. 2549. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.

จารุวัฒน์ บุญมาลี. 2548. ความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติของเด็กพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวในโครงการของมูลนิธิกองทุนการศึกษาเพื่อการพัฒนา. การศึกษาค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เฉลิมขวัญ สิงห์วี, สุภาณี สนธิรัตน์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา. 2548. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ครุณี รุจกรกานต์, ประภาพร มีนา, เกศมุกดา จันทร์ศิริ, อำไพ ภูมิภู และระพีพรรณ พันธุ์รัตน์.

2549. สถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย
กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

คาริน เจริญศิลป์. 2552. การรับรู้กฎหมายและบทบาทของกฎหมายในการดำรงชีวิตของคนพิการ.
วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เดชวัน ผาติสุวัน. 2534. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน. กรุงเทพมหานคร:
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ทวี เชื้อสุวรรณศรี. 2551. มองความพิการผ่านแนวคิดและทฤษฎี. กรุงเทพมหานคร: บริษัท
ธนาเพรส จำกัด.

นัคดา ริชีวะ. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำเอาเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกไปใช้
ให้เกิดประโยชน์ของผู้ป่วยภายหลังจากการฟื้นฟูสภาพจากสถาบันตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมหาวิทยาลัยมหิดล

เบญจา ชลธารันนท์. 2542. แนวทางการจัดทำแผนการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย.

ปกรณ์ วชิรกุล. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรเทพ โตแจ้ง. 2555. ความคิดเห็นของผู้พิการทางด้านร่างกายหรือการเคลื่อนไหวในเขต
กรุงเทพมหานครที่มีต่อพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
พ.ศ. 2550. การศึกษาค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนสังคม,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พวงแก้ว กิจธรรม. 2548. การศึกษาสำหรับคนที่บกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพสำหรับนักศึกษา
ประกาศนียบัตรบัณฑิต และปริญญาโท สาขาการศึกษาพิเศษ. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.

พิงพิศ ศรีสืบ. 2543. คุณภาพชีวิตเด็กสมองพิการ. การค้นคว้าแบบอิสระสาขารณสุขศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แพรว เอี่ยมน้อย. 2550. การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริหารและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิลิวัดย์ นัตรมณีฤกษ์. 2547. การมองเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการ: ศึกษากรณีศูนย์ฟื้นฟู
อาชีพคนพิการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2538. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525. กรุงเทพมหานคร:
อักษรเจริญทัศน์.

_____. 2546. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.

วราภรณ์ ชันซ์เขียว. 2551. คุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว
จังหวัดแม่ฮ่องสอน: การค้นคว้าอิสระสาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วสุธร ต้นวัฒนกุล. 2542. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต: เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา. ชลบุรี:
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วันเพ็ญ วรสิทธิ์. 2544. “คุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในเขตเมืองของไทย.” วารสารพัฒนบริหาร
ศาสตร์ 38(4): 25-41.

วันเพ็ญ วอกลาง. 2546. “คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองจังหวัดระยอง.” วารสารรามคำแหง.
ฉบับมนุษยศาสตร์ พ.ศ. 2546.

วิจิตรา พุนทวีธรรม. 2547. การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่พึงปรารถนา: ศึกษากรณี
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน สำนักงานประกันสังคม จังหวัดปทุมธานี. ภาคนิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วิระมล กาสิวงค์. 2542. องค์ประกอบในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ
ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบ้านฉาง จังหวัดนครพนม. การค้นคว้าอิสระ
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น – วัยสูงอายุ.
พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ป.

ศิริพร สุขสงวน. 2545. ศึกษาความคิดเห็นของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับปัญหาการ
เดินทางในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมัย ศิริทองถาวร. 2545. ภาวะสุขภาพจิตของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.

สมพร เทพสิทธิ์า. 2542. ศักยภาพ สิทธิ และโอกาสของคนพิการ. กรุงเทพมหานคร:
สมชายการพิมพ์.

สินีนานู บุญต่อเติม. 2530. การศึกษาทางเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจ ของผู้ป่วยที่ประสบ
อุบัติเหตุจากรถทางบก: ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สิริวิทย์ สวัสดิ์. 2546. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางร่างกาย: กรณีศึกษาคนพิการทางร่างกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดงกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.

สุกัญญา วิบูลย์พาณิชย์. 2536. อัตมโนทัศน์และการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์, ศุภณี อัสวานันท์ และรุ่งอรุณ อินทร. 2535. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนเรื่องการฝึกผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สุชาติ ไสมประยูร และ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2546. สุขภาพเพื่อชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุจิตา กาญจนรังสี. 2533. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมล เจนอักษรกุล. 2547. บทบาทของกลุ่มคนพิการและครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษานอกระบบ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาลี สันติพลวุฒิ. 2545. แนวทางในการวางแผนระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลพัฒนานิคม และองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกล้วย. กรุงเทพมหานคร: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. อ้างใน เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. 2545. การศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลบางกะปิ. กรุงเทพมหานคร: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2541. “เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด.” วารสารกรมสุขภาพจิต 5(3).

สุนทรี ภาณุทัต. 2529. การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาโมโนมิติและกระบวนการการพยาบาลมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ป. สัมพันธ์พาณิชย์.

สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2537. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2550. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: ดีสุวรรณ ชัยพลาย เซอร์วิส.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2550. ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Online). <http://nep.go.th/law/>, 1 สิงหาคม 2555.

_____. 2554. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554 (Online). <http://nep.go.th/>, 1 สิงหาคม 2555.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. 2550. สถิติจดทะเบียนคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการ เพศ และภูมิภาค (Online). <http://www.oppd.go.th/>, 10 ตุลาคม 2555.

อมรรัตน์ รัตนศิริ. 2539. ตำราเวชศาสตร์ชุมชนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พี.บี.ฟอเรน บুকส์ เซ็นเตอร์. แปลจาก W.O. Phoon, P.C.Y. Chen. The textbook of community medicine in South-East Asia.

อังคณา สาลาด. 2541. ความคาดหวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว: ศึกษาเฉพาะอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bloom, D.E., P.H. Craig, and P.N. Malaney. 2001. **The Quality of life in Rural Asia**. Oxford: Oxford University Press.

Devinsky, O. 1995. "Outcom research in neurology: incorporating health-related quality of Life." **Annals of Neurology** 37(2): 141-142.

Fabio, S. D. And R. Lina. 2001. "Effect of an exercise program on the rehabilitation of patients with spinal cord injury." **Arch Phys Med Rehabil** 82: 792-799.

International Labour Organization. 1975. **Vocational Rehabilitation and Employment of the Disabled. Geneva. International Labour Organization, 2008** (Online).
http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/lang--en/index.htm,. 28, 2012.

Munns, K. 1981. **Effect of exercise on the range of joint motion in elderly subject**. NJ: Enslow Publishers.

Nordenfelt, N. 1993. **Quality of Life, Health and Happiness**. England: Averbury.

Orem, D. E. 2001. **Nursing concepts of practice**. New York: Mc.Graw-Hill Book.

Paluangrit, S., F. V. Griensven, and K. Wongboonsin. 2006. "Improvement of the quality of life of the elderly through individual empowerment, family care and community support: the case of Phra Nakhon Si Ayutthaya province, Thailand." **Journal of Population and Social Studies** 14(2): 133-152.

Power, M. J., M. Bullinger, and the WHOQOL Group. 2002. **The Universality of Quality of Life: an Empirical Approach Using the WHOQOL**. Netherland: Kluwer Academic Publishers.

Raab D.M, J.C. Agre., M. McAdam, and E.L. Smith. 1988. "Light resistance and stretching exercise in elderly women: effect upon flexibility." **Arch Phys Med Rehabil** 69(4): 268-72.

Slottje, D. J., G. W. Sully, J.G. Hirschberg, and J. K. Hayes, 1991. **Measuring the Quality of Life Across Countries a Multidimensional Analysis**. San Francisco: West View Press.

United Nation. 1983. **World Programme of Action Concerning Disabled Persons: U.N. Decade of Disabled Persons 1983-1992**. New York.

World Health Organization. 1994. **Community- based- rehabilitation and the health care referral services**. A guide for program mangers.

WHOQOL Group. 1996. "Study protocol for the World Health Organization project to develop A quality of life assessment instrument (WHOQOL)." **Quality of Life Research** 2: 153-159.

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นายคุณกร ศรีสุนทร
วัน เดือน ปี ที่เกิด	วันที่ 28 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดสิงห์บุรี
ประวัติการศึกษา	ครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา เทคโนโลยีและ นวัตกรรมการศึกษา วิทยาลัยครูพระนคร บางเขน กรุงเทพมหานคร ครูพี่เลี้ยงเด็กพิการที่บกพร่องทางการเรียนรู้ โรงเรียนบ้านหนองบัวแดง ตำบลหนองไผ่ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	