



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก*
DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION MODEL OF PEOPLE WITH VISUAL
DISABILITY IN WESTERN THAILAND

บุญญาวีร์ อาราม, นรินทร์ สังข์รักษา และ วรณวีร์ บุญคุ้ม

Punyawee Arame, Narin Sungrugsa and Wannawee Boonkum

มหาวิทยาลัยศิลปากร

Silpakorn University

E-mail: ARAME_P@SU.AC.TH

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ความต้องการและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกโดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 2 แหล่ง คือการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ซึ่งระบุว่าเป็นคนพิการทางการเห็นรายใหม่จำนวน 154 ราย และคนพิการทางการเห็นที่มาใช้บริการทั่วไปจำนวน 30 ราย ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 3 การทดลอง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้พิการทางการมองเห็นจำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการอบรม และแบบสอบถามความคิดเห็น สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที และขั้นตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการเห็นจำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบ และแนวทางการถอดบทเรียน สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มคนพิการทางการเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ รองลงมาได้แก่ ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง และ
2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็น ได้รูปแบบชื่อว่า “MIND Model” ประกอบด้วย M: mind จิตใจความรู้สึกรู้จักตนเองและสังคม I: Intervention การจัดกิจกรรมหรือวิธีการรักษาฟื้นฟู N: Network เครือข่ายการทำงานคนพิการ และ D: Disability ความพิการหรือโรคที่เป็น โดยผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นกับกลุ่มทดลอง ในภาพรวมอยู่ใน

* Received August 19, 2023; Revised September 4, 2023; Accepted September 18, 2023



ระดับปานกลาง การเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรม คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: คนพิการทางการเห็น; การสร้างเสริมสุขภาพ; ความพิการ

ABSTRACT

This research aimed to study situation, need and develop health promotion model of people with visual disability in Western Thailand. Both quantitative and qualitative data was collected. The research implementation included 4 steps as follows. Step 1: This step was to study basic data by collecting data from the 2 target groups, i.e., the review of outpatients' medical records at Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing), specified as 154 new patients with visual disability and 30 regular patients with visual disability obtained by purposive sampling. The instrument was a questionnaire. The data was analyzed by statistics, i.e., frequency, percentage, mean, and SD. Step 2: This step was research instrument design and development by 5 experts obtained by purposive sampling. The instrument was a questionnaire. The statistics used included mean and SD. Step 3: This was the experimental step. The target included 30 patients with visual disability obtained by purposive sampling. The instrument was pretest-posttest and the opinion survey. The statistics used included percentage, mean, SD, and t-test. And Step 4: This step was model evaluation and improvement. The targets included 30 patients with visual disability obtained by purposive sampling. The instruments were the satisfaction survey and lessons learned guidelines. The statistics used included percentage, mean, SD, and content analysis.

The results revealed as follows:

1. For basic data of the implementation for health promotion of people with visual disability, the overall opinions of the targets were high. When considering each item, the highest one was the social and environment factors that supported health, followed by attitudes and self-empowerment. And the lowest one was self-health management.

2. For the development of health promotion model of people with visual disability, the model obtained was called "MIND Model," consisting of M: Mind (Mind and feelings toward themselves and the society), I: Intervention (Activities or rehabilitation methods), N: Network (Disability operation network), and D: Disability (Certified disability or diseases). The overall experiment results of using health promotion model of people with visual disability in the treatment group were moderate. For the comparison between pretest and posttest, the means were significantly different ($p < .05$).

Keywords; Visual impairment; Health Promotion; Disabilit



บทนำ

องค์การอนามัยโลก นั้นได้กล่าวถึง คำว่า“สุขภาพดี” ว่าความหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวม และสมดุล การวางระบบเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนจึงมิใช่การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องให้ประชาชนรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพ และระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรที่ตั้งอยู่ในชุมชนจะเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างศักยภาพให้กับประชาชนในกลุ่มคนพิการเองแม้จะมีภาวะบกพร่องของการทำงานของอวัยวะบางอย่างในร่างกายบ้าง ทำให้ความสมดุลปรวนแปรไประยะหนึ่ง ซึ่งต้องการการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะต้นจากสถานพยาบาล หลังจากนั้น คนพิการยังสามารถสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพกายในส่วนที่เหลือ กับ จิต ปัญญาและสังคม ให้กลับมาได้อีกครั้งหากมีระบบการดูแลที่ดีจากชุมชน องค์การอนามัยโลกประกาศให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนนั้นเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคนพิการมาตั้งแต่พ.ศ. 2523 ซึ่งมีหลักการสำคัญอันหนึ่ง คือ การผสมผสานการพัฒนาคนพิการเข้าไปกับงานพัฒนาสังคม สอดคล้องกับในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานในชุมชนหลายแห่งเพื่อมุ่งให้คนพิการมีสุขภาพดี อย่างไรก็ตามกระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจจากบุคคลในชุมชนทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชน จากกฎหมาย นโยบายที่สนับสนุนการทำงานคนพิการทั้งระดับสากล ระดับประเทศ และระดับกระทรวง ที่มีเจตจำนงในการเสริมพลังให้คนพิการให้มีความสามารถในการจัดการ และดูแลสุขภาพของตนเองได้ และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างคนพิการ ครอบครัว และชุมชน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายว่าคนพิการทางการเห็นจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และจะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนให้เกิดความรู้ความเข้าใจใน และสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการ และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก” ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Methods) โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ หรือความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก 3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก 4. เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ดำเนินงานวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 2 แหล่ง คือการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ซึ่งระบุว่าเป็นคนพิการทางการเห็นรายใหม่ จำนวน 154 ราย และผู้พิการทางการเห็น จำนวน 30 ราย ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจงใช้เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ขั้นตอนที่ 3 การทดลอง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้พิการทางการมองเห็น จำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการอบรม และแบบสอบถามความคิดเห็นซึ่งสถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการเห็น จำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบ และแนวทางการถอดบทเรียน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 จากการศึกษา สภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) ของคนพิการทางการเห็น ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและทำบัตรคนพิการครั้งแรก ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่า คนพิการทางการเห็น รายใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 154 คน มีเพศชาย = 80 คน (ร้อยละ 52) เพศหญิง = 74 ราย (ร้อยละ 48) กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป = (ร้อยละ 51) ส่วนใหญ่มีสถานะภาพ สมรส-อยู่กับคู่สมรส = คน (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว = 140 คน (ร้อยละ 91) เช่น ความดันโลหิตสูง = 82 (ร้อยละ 59) เบาหวาน = 74 (ร้อยละ 53) ไขมันในเลือดสูง = 45 (ร้อยละ 32) โดยโรคตาที่เป็นสาเหตุของความพิการส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวกับจอตา ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา = 47 คน (ร้อยละ 31) จุดภาพชัดเสื่อมตามวัย = 26 คน (ร้อยละ 17) และต้อหิน = 24 คน (ร้อยละ 16) ระดับการมองเห็นในตาข้างที่ดีที่สุด ตั้งแต่ 20/20 – PL (เห็นแค่แสง) ส่วนใหญ่มองเห็นที่ระดับ finger count at 3 feet = 38 คน (ร้อยละ 16) มองเห็นที่ระดับ 20/200 = 20 คน (ร้อยละ 13) มองเห็นที่ระดับ 20/70 = 19 คน (ร้อยละ 12)

2. การสอบถามกลุ่มคนพิการทางการเห็นที่มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด- 19 ณ โรงพยาบาลเมตตาฯ จำนวน 30 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = .03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = .44) รองลงมา ได้แก่ ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .07) และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = .99)

3. ข้อมูลพื้นที่ที่มีการปฏิบัติเป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพรานของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ / สมาคมคนสายตาลี้นราง (ประเทศไทย) / โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยสรุปข้อมูลพื้นที่ Best Practices จำนวน 3 แห่ง ทั้งหมดมีจุดประสงค์ที่จะช่วยเหลือกลุ่มคนพิการทางการเห็นได้มีพื้นที่เรียนรู้ การศึกษา การฝึกอาชีพ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม เช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความร่วมมือของภาคเอกชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ช่วยสนับสนุนต่อยอดจากมิติด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์สร้างรูปแบบ และตรวจสอบรูปแบบ โดยการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก ซึ่งจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและความต้องการของคนพิการทางการเห็น ที่มาของรูปแบบได้จากการทบทวนนโยบายสุขภาพรวมถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องการสอบถามความต้องการ และการศึกษา Best Practice ได้



องค์ประกอบของ (ร่าง) รูปแบบ 4 องค์ประกอบ MIND ประกอบด้วย M: mind จิตใจความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม I: intervention การจัดกิจกรรมหรือวิธีการรักษาฟื้นฟู N: network เครือข่ายการทำงานคนพิการ และ D: disability ความพิการหรือโรคที่เป็น จากนั้นนำ (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก หรือ MIND Model ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ นักทัศนมาตร และนักวิชาการด้านการวิจัยและพัฒนา ตรวจสอบความถูกต้อง เที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Analysis) พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกในภาพรวมนั้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = .78) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม) ($\bar{x} = 4.44$, S.D. = .21) รองลงมาด้าน Disability (ความพิการและโรค) ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .35) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้าน Intervention (วิธีการ แผนการรักษาฟื้นฟู) ($\bar{x} = 3.18$, S.D. = .44)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

(n = 5)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ระดับความคิดเห็น			
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1. M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม)				
1.1 ท่านสามารถดูแลจัดการปัญหาต่างๆในชีวิตได้	4.60	.58	มากที่สุด	2
1.2 ท่านมีวิธีการผ่อนคลาย ต่อความเครียดความไม่สบายใจ	4.62	.68	มากที่สุด	1
1.3 ความยินดีที่จะบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของท่าน	4.00	.70	มาก	4
1.4 ท่านรู้สึกว่าครอบครัว คนใกล้ชิดมีส่วนในการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่เป็นอิสระ แม้ว่าจะพิการทางการเห็น	4.60	.54	มากที่สุด	2
1.5 ท่านคิดว่ามีพลังความรู้ ทักษะที่สามารถนำไปช่วยเหลือสังคมหรือถ่ายทอดแก่คนอื่น	4.40	.58	มาก	3
รวม	4.44	.21	มาก	1
2. I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู				
2.1 ท่านให้ความสำคัญในการไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี	4.40	.54	มาก	2
2.2 ท่านได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย	5.00	.00	มากที่สุด	1
2.3 ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง universal design	4.20	.44	มาก	3
2.4 ท่านได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ	5.00	.00	มากที่สุด	1
2.5 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ	4.20	.44	มาก	3
รวม	3.18	.44	ปานกลาง	4



ว3. N = Network (เครือข่าย)				
3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่างๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ	4.40	.54	มาก	2
3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี	5.00	.00	มากที่สุด	1
3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน	4.20	.44	มาก	3
3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทั้งคนทั่วไปและคนพิการ	5.00	.00	มากที่สุด	1
3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media	4.40	.54	มาก	2
รวม	4.19	.45	มาก	3
4. D : Disability ความพิการ				
4.1 ท่านรู้ว่าโรคตาของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร ไม่ได้คิดว่า เป็นเวรกรรม	4.40	.54	มาก	2
4.2 ท่านรับทราบแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ และปฏิบัติตามแผน	5.00	.00	มากที่สุด	1
4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย	4.20	.44	มาก	3
4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว	5.00	.00	มากที่สุด	1
4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์ โควิด	4.20	.44	มาก	3
รวม	4.20	.35	มาก	2
รวมทั้งหมด	3.92	.78	มาก	

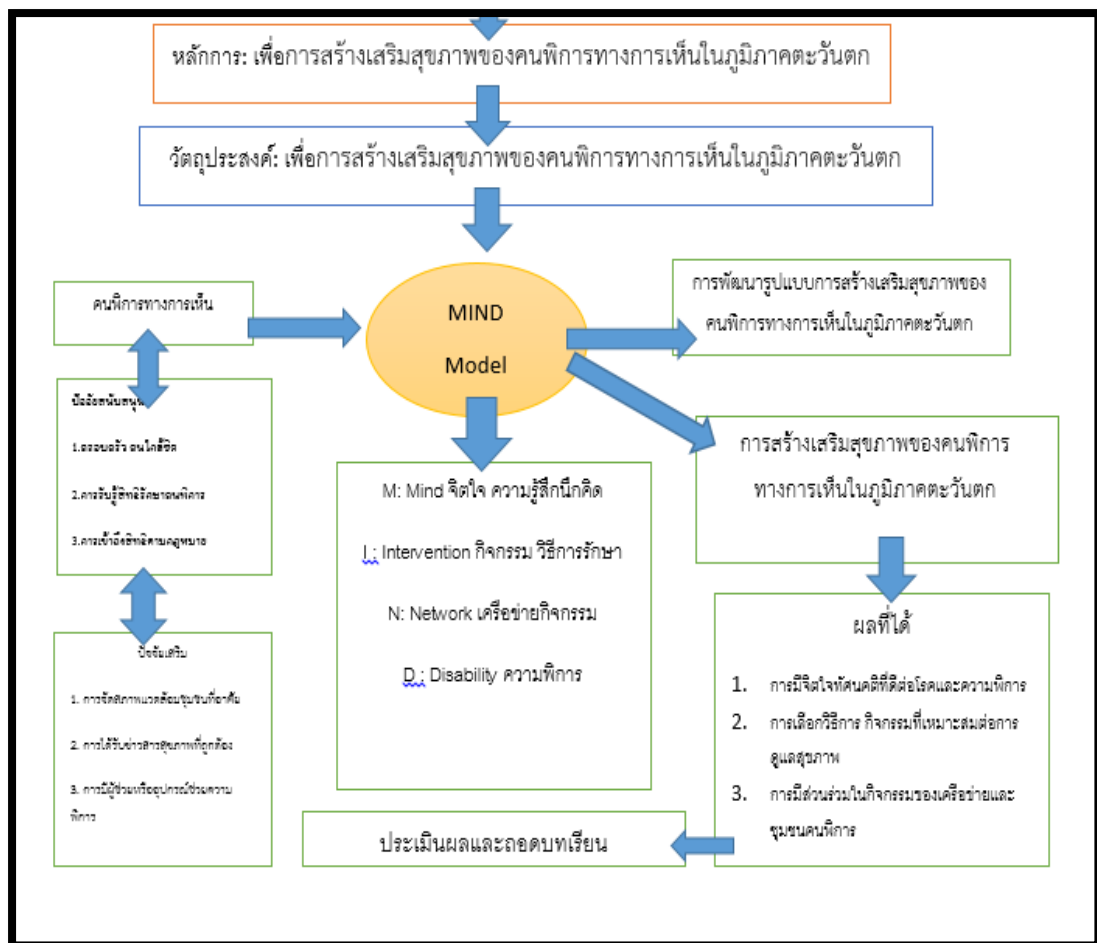
ตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกผู้วิจัยได้วิเคราะห์ส่วนขาดและนำผลมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อขับเคลื่อน การจัดเวทีอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ผู้เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดหัวข้อและจัดทำเอกสารการอบรม เพื่อพัฒนารูปแบบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกในวันอังคารที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เวลา 9.00-15.00 น. ณ สำนักงานสมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 67.00 มีอายุช่วง 40-50 ปีมากที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 ในส่วนความคิดเห็นของผู้รับการอบรมการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.33$, S.D. = .07) ด้านความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = .87) ด้านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = .64) ด้านเครือข่ายและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = .57) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, S.D. = .66)



จากการเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก พบว่า คะแนนก่อนการอบรม (Pre-test) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.72$, S.D. = 1.002) (71.47 %) และหลังการอบรมได้ทดสอบหลังการอบรม (Post-test) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 13.14$, S.D. = .765) (87.60 %) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรมและหลังการอบรมด้วย t-test แบบ Dependent ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า เมื่อทดสอบสถิติที่ พบว่า $t = 18.246$, $Sig = 0.00$ แสดงให้เห็นว่า คะแนนก่อนการและหลังการอบรมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก จากการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่าความพึงพอใจของผู้เข้าประชุมและประเมินผลรูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$, S.D. .85)

ผลจากการถอดบทเรียนการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรของมูลนิธิธรรมมิกชนเพื่อคนตาบอด ศิษย์เก่าของศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน และคนพิการทางการเห็นโดยผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์รูปแบบ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก ดังแผนภาพที่ 1





อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสภาพการณ์ และความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก งานวิจัยครั้งนี้ พบว่าสาเหตุของความพิการส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวกับจอตา ได้แก่ เบาหวานขึ้นตาร้อยละ 31 จุดภาพชัดเสื่อมตามวัย ร้อยละ 17 และต้อหินร้อยละ 16 ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานความชุกของภาวะตาบอดระดับโลก ของ Rupert R A Bourne ที่พบว่าสาเหตุตาบอดส่วนใหญ่คือต้อกระจกตามมาด้วยต้อหินซึ่งภาวะสายตาสั้นผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไข และจุดภาพชัดเสื่อมตามวัย และเบาหวานขึ้นจอตา ในขณะที่สาเหตุของภาวะสายตาสั้นผิดปกติส่วนใหญ่คือ ภาวะสายตาสั้นผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไข และต้อกระจกและ Matthew J Burton รายงานว่าสาเหตุการตาบอดทั่วโลกประมาณร้อยละ 37 ขึ้นกับเงื่อนไขและหลายปัจจัย เช่น แนวโน้มของรายงานทางระบาดวิทยา มักรายงานจากสาเหตุเบื้องต้น (Primary Cause) ในบางภูมิภาค สาเหตุตาบอดจากต้อกระจกจะค่อนข้างสูง เช่น South Asia, Oceania, And Southeast Asia แต่ในประเทศที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่สาเหตุตาบอดจะมากจากต้อหินจุดภาพชัดเสื่อมตามวัย แต่ในทุกภูมิภาคมีภาวะสายตาสั้นผิดปกติรุนแรงถึงปานกลาง มาจากต้อกระจก และสายตาสั้นผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขสูงถึงร้อยละ 77.3 ทั้งสองโรคนี้ที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 77.3 นอกจากนี้ Zhen Ling Teo รายงานว่าแนวโน้มของภาวะตาบอดที่เกิดจากเบาหวานขึ้นจอตาที่สูงขึ้นในช่วง 20 ปี โดยรายงานปี 2019 ประมาณการถึงร้อยละ 9.3 ในกลุ่มประชากร อายุ 20-79 ปี การเพิ่มขึ้นของเบาหวานชนิดที่สองมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป สัมพันธ์กับการพัฒนาชนบทหรือเขตอุตสาหกรรมขยายตัวของประชากรในเขตเมือง และอายุขัยเฉลี่ยประชากรที่มากขึ้น

การสอบถามความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มคนพิการทางการเห็น พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อนั้นพบว่า ด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ **ด้านปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ** มีค่าอยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ อัมพล จินดาวัฒน์ ที่กล่าวว่าเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม มุ่งที่สุขภาพของประชากร/ชุมชน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตร ออตตาวา ที่ว่าคือ สร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินงาน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ เอกชน และการเสริมสร้าง อำนาจ/ศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน

ส่วนข้อมูลพื้นที่ Best Practice จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพรานของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ / สมาคมคนสายตาสั้นนราง(ประเทศไทย) / โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่าทั้งหมดมีจุดประสงค์ที่จะช่วยเหลือกลุ่มคนพิการทางการเห็นได้มีพื้นที่เรียนรู้ การศึกษา การฝึกอาชีพ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม เช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความร่วมมือของภาคเอกชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ช่วยสนับสนุนต่อยอดจากมิติด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ World Health Organization ระบบสาธารณสุขที่มีกลยุทธ์และประสิทธิภาพจะครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู (Promotion, Prevention, Treatment And Rehabilitation) ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานนี้คือ เพิ่มปริมาณความจำเป็นของการให้บริการสุขภาพตาไปทั่วถึงในทุกภูมิภาคให้สอดคล้องกับลักษณะภูมิประเทศ พฤติกรรมและวิถีชีวิต รวมถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะโรคในเขตเมืองหรือชนบท หรือในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต้นทุนการดูแลรักษา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผลการวิจัยนี้



จึงสนับสนุนข้อมูลของคนพิการทางการเห็นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มคนพิการใน Best Practice ทั้งสามแห่งซึ่งเป็นศูนย์บริการคนพิการเฉพาะด้าน ได้ปฏิบัติตามภารกิจองค์กรทำให้คนพิการที่เป็นสมาชิกได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตตามสิทธิคนพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการมาแล้ว

การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือ สร้างรูปแบบและรับรองรูปแบบ โดยการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับการอบรมการพัฒนาแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากการถอดบทเรียนการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเห็น เกิดจากการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในพื้นที่ และนักวิชาการที่สนใจพัฒนางานคนพิการจนทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน พบว่า

1. M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม) ในสังคมไทยส่วนใหญ่นั้นมีทัศนคติและความรู้สึกต่อความพิการว่าเป็นเรื่องบุญบาป ถ้ามีกระบวนการที่สื่อสารกับสังคม หรือคนรุ่นใหม่ให้เข้าใจเรื่องแนวคิดนี้ หรือว่าด้วยเรื่องของมุมมองความพิการที่ไม่ได้มองเรื่องความพิการเป็นการสงเคราะห์ให้มองเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนว่าคนพิการเป็นมนุษย์คนหนึ่งควรมีสื่อได้อิสระภาพ โดยเฉพาะ **แนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ** ซึ่งเป็นปรัชญาในการดำรงชีวิตอย่างหนึ่งว่ามนุษย์ทุกคนต้องการมีวิถีชีวิตและอิสระภาพ ที่จะเลือกการมีชีวิตเป็นตัวเองได้ไม่ว่าจะเป็นคนพิการหรือไม่มีความพิการก็ล้วนต้องการอิสระภาพ แต่เมื่อมีความพิการขึ้นมาบนพื้นฐานโครงสร้างที่จำกัดก็ทำให้เขาไม่สามารถมีอิสระภาพได้โดยแนวคิดนี้จะช่วยสนับสนุนในด้านจิตใจ ทำให้เพื่อนคนพิการได้ทบทวนและเห็นความต้องการในชีวิตของเขาเองได้สอดคล้องกับ กมลพรรณ พันพื้ง ที่การส่งเสริมคุณภาพคนพิการมีควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ (การบำบัดทางกาย) และการสงเคราะห์ หากเน้นวิธีคิด การสร้างความรู้ ความหมายและคุณค่าของความพิการให้เป็นเชิงบวกโดยสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่เข้มแข็งและจัดการโดยคนพิการด้วยตนเอง

2. I: Intervention (วิธีการ หรือแผนการฟื้นฟู) เมื่อผู้ป่วยโรคตาที่สิ้นสุดการรักษาเกิดความบกพร่องทางการเห็นอย่างถาวร โดยโรงพยาบาลที่มีทีมสหวิชาชีพเฉพาะทางจะแนะนำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพการเห็น โดยพิจารณาจากระดับการมองเห็นที่ยังเหลืออยู่ เช่นคนสายตาลือนราง จะได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยการมองเห็น (Visual Aids) เพื่อช่วยสายตาให้เป็นประโยชน์มากที่สุดในแต่ละกิจกรรมสำหรับคนตาบอดจะได้รับการฝึกฝนทักษะการสร้างควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว ทักษะ O&M หรือ Orientation and Mobility เช่น การฝึกใช้ไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย การเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ ด้วยตนเองซึ่งในบางโรงพยาบาลจะมีผู้เชี่ยวชาญแนะนำการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการได้คำนึงถึง Universal Design รวมไปถึงการจัดระบบบริการที่อำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ หรือมีผู้ช่วยคนพิการสอดคล้องกับ ภาวิณี ลาโยธี พบว่า ผลของการฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความภาคภูมิใจแห่งตนของคนพิการทางการเห็นโดยใช้หลักสูตร 80 ชั่วโมงและออกแบบให้มีลักษณะสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของคนพิการทางการเห็น (ในจังหวัดกาฬสินธุ์) นอกจากการให้วิธีการ หรือ Intervention ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แล้วการจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ในชุมชน หรือสังคมยังช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของคนพิการทางการเห็นด้วย มีรายงานวิจัยที่สอดคล้องในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดย Ruth MA van Nispen ที่ทำการทบทวน



อย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) จำนวน 44 เรื่อง นั้นพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นมีสี่ประเภทกิจกรรมหลัก คือ 1. การบำบัดหรือฟื้นฟูสภาพจิตใจ 2. วิธีการที่ช่วยปรับปรุงคุณภาพการมองเห็น เช่น การฝึกทักษะการใช้สายตาที่เหลืออยู่ หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยการมองเห็น เช่น แว่นขยาย 3. การฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น การให้บริการเยี่ยมบ้าน และ 4. โปรแกรมอื่น ๆ การให้สุศึกษา การปรับสภาพบ้าน การส่งพบแพทย์ทั่วไป พบว่ามีข้อจำกัดในการให้บริการและการบริการที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ขึ้นกับทรัพยากร และ ไม่พบหลักฐานของประโยชน์ของวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพสายตาเลื่อนรางประเภทต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานวิจัยที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันของ Karima S. Khimani ว่าวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการทางการเห็นในระบบบริการ ค่อนข้างมีอุปสรรคเข้าถึงยาก แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ขาดแรงจูงใจ และการยอมรับการมีส่วนร่วมที่จำเป็น ระบบสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสาร และประสานงานระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์และคนไข้ที่สูญเสียการมองเห็น

3. N = Network (เครือข่าย) การพัฒนาเครือข่ายคนพิการนั้นมีความสำคัญอย่างมากองค์กรคนพิการจะมีการจัดกิจกรรมโครงการที่คนพิการสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น การประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปีมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพ การประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทั้งคนทั่วไปและคนพิการซึ่งคนพิการสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอผ่านช่องทาง Social Media หรือมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่น การได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน เครือข่ายที่สำคัญในการส่งต่อและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนตาเลื่อนราง และคนตาบอด เช่น 1. สมาคมคนสายตาเลื่อนราง (ประเทศไทย) ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านการฝึกอาชีพ กีฬา สันทนาการต่าง ๆ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Facebook และ Line 2. มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ มีการบริหารและดำเนินงานด้านต่าง ๆ 5 ส่วน คือโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาเพื่อคนตาบอด ศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอดและศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน 3. มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีสำนักงานและโรงเรียนสอนคนตาบอดในระดับอาชีวศึกษา ศูนย์บริการเทคโนโลยีสารสนเทศรวมถึงศูนย์ฝึกอาชีพกระจายในทั่วไปในกรุงเทพมหานคร และแต่ละภูมิภาค 4. ศูนย์บริการคนพิการประจำจังหวัดทุกแห่ง ให้บริการข้อมูลข่าวสาร บริการผู้ช่วยคนพิการ บริการล่ามภาษามือ การซ่อมแซมและพัฒนาที่อยู่อาศัย และศูนย์บริการทั่วไปที่จัดตั้งในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโรงพยาบาลจังหวัดที่ให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่งตามบทบาทหน้าที่ความเชี่ยวชาญ การสร้างภาคีเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ(Network) ไม่ควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ (การบำบัดทางกาย) และการสงเคราะห์แต่ควรใช้แนวคิดของ Community Based Rehabilitation: CBR ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน สังคม และการเสริมพลัง ในการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทางสังคมร่วมกันสอดคล้องกับ Tanui ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเพื่อสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการทำงานของเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาในประเทศเคนยา ทำให้ความเข้าใจอุปสรรคในการเข้าถึงสังคมและการมีส่วนร่วมในการทำงานสำหรับเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตา และสนับสนุนแนวคิดของ CBR ว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทำให้เยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาได้รับสนับสนุนการร่วมกิจกรรมในชุมชนและการมีส่วนร่วมในการทำงาน อย่างไรก็ตามการสร้างองค์กร หรือเครือข่ายฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน อาจไม่ใช่เรื่องที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพในบางพื้นที่หรือบางองค์กรดังที่ Lina Magnusson พบว่าอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่ ความคิดเรื่องของตราบาบที่ยังคงอยู่ตลอด



ชีวิตของคนพิการระยะทางไกลและการเดินทางที่ยากลำบากในการเข้าถึงระบบสุขภาพและการฟื้นฟู
งบประมาณสนับสนุนรวมถึงการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และทัศนคติของบุคลากรที่ให้บริการ

4. D : Disability ความพิการและโรคที่เป็น คนพิการทุกคน ต้องเข้าใจความพิการและ
ความเสี่ยงของโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ จะต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย เพื่อให้ใช้ชีวิตอย่างสมดุลเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงตามวัย และทราบวิธีในการ
ดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด หรือภาวะวิกฤตสุขภาพอื่น ๆ เช่น มลพิษอากาศฝุ่นละออง PM 2.5
การสูญเสียการมองเห็นยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่น สอดคล้องกับรายงานของ Rupert R A Bourne
พบว่าเพิ่มความเครียดและเกิดภาวะรุนแรงโรคต่าง ๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเชิงสาเหตุ 3 อย่าง คือ
1. เหตุของความบกพร่องทางการเห็นทั้งโดยตรงอันเกิดจากการบาดเจ็บ และโดยอ้อมจนทำให้เกิดข้อจำกัดใน
การเข้าถึงบริการสุขภาพข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มการแยกตัวออกอย่างโดดเดี่ยว 2. การ
บกพร่องทางการเห็นและสภาพปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น เช่น การสูบบุหรี่ ความยากจน อายุมากขึ้น และการบริโภค
ที่ไม่เหมาะสมลดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 3. ปัญหาสุขภาพซึ่งนำไปสู่การบกพร่องทางการเห็น
เช่น เบาหวานและเบาหวานขึ้นจอตา มะเร็ง การแพร่กระจายของโรคทางตา และภาวะสมองเสื่อม ทำให้มี
ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับ Ratanasukon M ที่ศึกษาผลกระทบของการบกพร่อง
ทางการเห็นต่อคุณภาพชีวิตในชุมชนไทย พบว่า มี 3 ด้านคือ 1. ด้านการเคลื่อนไหวและความเป็นอิสระ
2. การอ่านและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ 3. อารมณ์ความรู้สึกอยู่ดีเป็นปกติ โดยที่ผลกระทบ ด้านที่ 2
และ 3 จะส่งผลกระทบอย่างสูงกับคนบกพร่องทางการเห็นจากโรคจุดภาพชัดเสื่อมตามวัย ส่วนโรคต้อกระจก
และเบาหวานขึ้นจอตาจะมีผลกระทบสูงต่อด้านที่ 1

จากการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการใช้รูปแบบ พบว่า คนพิการทางการเห็น มีศักยภาพ
และความพร้อมในการการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกทั้งในด้าน
สถานพยาบาลที่ดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การมีโรงเรียนเฉพาะทางสอนคนตาบอด การมีมูลนิธิ
เอกชนช่วยฝึกอบรมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมแก่คนพิการทางการเห็น รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายการ
จ้างงานคนพิการมาตรา 33, 35 กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน และ Workability Thailand ที่ศึกษา
สถานการณ์การจ้างงานคนพิการปี 2560 และทิศทางการปรับกลยุทธ์ปี 2561 พบว่า 1.นายจ้างมีความ
ต้องการรูปแบบการจ้างงาน 75% และการซื้อสินค้า 15% ตามลำดับโดยตำแหน่งงานที่เป็นที่ต้องการมาก
คืองานธุรการ/สนับสนุนทั่วไปโดยต้องการความพิการประเภทเคลื่อนไหว 56% เป็นอันดับแรกทางการได้ยิน
/สื่อความ 35% และทางการมองเห็น 16% 2.ทิศทางการจ้างงานคนพิการในปี พ.ศ. 2561 ดีขึ้นโดยรูปแบบ
การจ่ายเงินเข้ากองทุน (มาตรา 34) ลดลงถึง 13% และมีการขยายผลสู่การจ้างงานตามมาตรา 33 เพิ่มขึ้นถึง
17% อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาเล็กน้อยในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนจากภาครัฐ
และการปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการส่งเสริมและสนับสนุน ในบางปัจจัย เช่น การจัดบ้าน สภาพแวดล้อม
ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิต (Universal Design) และในส่วนของคนพิการทางการเห็นที่สูงอายุที่ไม่สามารถเข้า
ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ด้วยข้อจำกัดความพิการที่รุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนของระบบอื่นเช่น
ตาบอด และมีความพิการเคลื่อนไหวร่วมด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัทร ชูประดิษฐ์ ที่ว่า สภาพการ
บังคับทางกฎหมายในปัจจุบันเป็นเพียงการพยายามสร้างความเท่าเทียมผ่านกลไกภาครัฐ ในมิติโอกาสในการ
ทำงานของคนพิการ การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อคนพิการจึง
เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการจัดการสมรรถนะคนพิการในปัจจุบัน ที่จะช่วยให้คนพิการเกิดสมรรถนะ
ในการดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพซึ่งจะส่งผลเชิงบวกต่อการดำรงชีวิตอิสระและการเข้าไปมีส่วนร่วม
ร่วม ทางสังคมของคนพิการได้อย่างยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ส่วนใหญ่องค์กรคนพิการจะมีการจัดตั้งขึ้น



ตามความเชี่ยวชาญและความสนใจของกลุ่มคนพิการนั้น มีการจัดกิจกรรมเสริมพลังที่หลากหลายรูปแบบทั้ง การฝึกอาชีพอิสระ เช่นการนวดแผนโบราณ การทำงานประดิษฐ์ หรือมีการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับคนตาบอด ซึ่งในโรงเรียนจะมีการฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆในชีวิตประจำวัน การเรียนพื้นฐานด้วยอักษรเบรลล์ การฝึกทักษะไม้เท้าขาว การใช้คอมพิวเตอร์ โดยสังเกตพบว่าโรงเรียนเฉพาะทางจะเหมาะสมกับคนที่มีความพิการตั้งแต่เกิด ในขณะที่คนที่มีความพิการภายหลัง อาจจะตาเลือนรางหรือตาบอด ค่อนข้างใช้เวลาปรับตัวปรับสภาพจิตใจ และทักษะต่าง ๆ ก่อนที่จะออกมาใช้ชีวิตแบบอิสระ ต้องผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษาเฉพาะ การเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ และคนพิการทางการเห็นส่วนใหญ่มักจะหาเห็นกับวงการฟื้นฟูทางการแพทย์ หรือไม่ได้ไปโรงพยาบาล ด้วยความคิดว่าแพทย์ไม่สามารถช่วยเรื่องการมองเห็นให้กลับมาได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องไปพบแพทย์อีกแต่คนพิการที่เข้าใจโรคและผ่านการปรับสภาพจิตใจมาพอสมควรแล้วจะเข้าใจว่าทำไมยังต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอต้องการความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และพบว่าสื่อสังคมส่วนใหญ่ ที่คนพิการทางการเห็นเข้าถึง เช่น Line, Facebook จะเผยแพร่ข่าวสารแบบส่งต่อกันในกลุ่มเพื่อน หรือให้ข้อมูลที่ไม่ต้องดู ดังนั้นทักษะการเลือกใช้อินเทอร์เน็ต หรือความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นอีกประเด็นที่ต้องฝึกฝน ซึ่งควรเป็นบทบาทของนักวิชาการหรือองค์กรด้านสุขภาพ ควรปรับปรุงมาตรฐานการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสมสำหรับคนพิการแต่ละประเภท เช่น วิดีโอที่มีคำบรรยายเสียง หรือการติดตั้งโปรแกรม อ่านจอภาพในโทรศัพท์สำหรับคนตาบอด เป็นต้น สอดคล้องกับ ญัตติกา สงวนวงศ์ ที่หน่วยงานซึ่งรับผิดชอบในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่นวิทยาลัยราชสุดา ได้ปรับปรุงรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็นคือ 1. บริการฟื้นฟูทักษะการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility: O&M) ปรับจากเดิมที่เป็นสอนแบบกลุ่มนอกสถานที่ เป็นการสอนแบบตัวต่อตัวผ่านโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์โดยให้ฝึกปฏิบัติที่บ้านและนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยน 2. บริการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ จากการให้คำปรึกษาแบบพบหน้า ปรับเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์รวมทั้งให้พบ Role Model ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทดแทนการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพบหน้า 3. บริการด้านการใช้เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกและคอมพิวเตอร์ โดยเพิ่มทางเลือกในการเรียนคอมพิวเตอร์พื้นฐานแบบออนไลน์ผ่าน Google Meet สำหรับผู้ที่มีความพร้อมด้านทักษะและอุปกรณ์โดยมีการบันทึกวิดีโอลงยูทูบให้ผู้เรียนทบทวนได้วัน นอกจากนี้กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ อารยา เชียงของ ที่ศึกษาอนาคตภาพของแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและความคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์ วรรณด้วยเทคนิคเดลฟาย (Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR) พบว่าอุปสรรคการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมี 4 ประการ คือ 1. ความรู้ทางสุขภาพ 2. สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ 3. การเจรจาต่อรองเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4. ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 5 แนวทาง คือ 1. การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง 2. การสนับสนุนการเข้าถึง และการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3. การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4. การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา และ 5. พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ

ตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยการจัดการอบรม การขับเคลื่อนเวทีสาธารณะ และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตกโดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด



ได้แก่ คนตาบอดที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้วจำนวน 30 คน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางในส่วนการเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก พบว่า คะแนนก่อนการและหลังการอบรมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ญัฐกา สงวนวงษ์ ที่ประเมินความพึงพอใจและการเรียนรู้หลังการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการ และมีการเปลี่ยนแปลงในประเด็นสำคัญคือ 1. ด้านเจตคติ มีการยอมรับตัวเองเชื่อว่าตัวเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้มีความมั่นใจในการเดินทางด้วยตัวเอง 2. ด้านทักษะความรู้ ได้รับความรู้และทักษะใหม่ที่จะช่วยในการเดินทางและการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและสะดวกมากขึ้น ทั้งการป้องกันตัว การใช้ประสาทสัมผัส การใช้ไม้เท้า และการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน 3. ด้านการนำไปใช้ สามารถเดินทางนอกบ้านได้ด้วยตนเอง ใช้ไม้เท้าในการเดินทางทุกครั้ง เดินทางไปต่างจังหวัดคนเดียวได้ และสามารถใช้อุปกรณ์พื้นฐานในชีวิตประจำวัน และการปรับรูปแบบการฝึกอบรมคนพิการ ยังส่งผลดีต่อผู้ให้บริการ นั่นคือได้สำรวจปัจจัยสำคัญในการจัดบริการรูปแบบใหม่ เช่น การจัดบริการแบบออนไลน์ หรือแบบผสม (Online + Onsite) คือ ผู้ให้บริการต้องมีความพร้อมด้านทักษะและอุปกรณ์ การสอนกลุ่มเล็กไม่เกิน 5 คน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การผลิตสื่อวีดิโอสำหรับการเรียนรู้ และมีการใช้ภาษาในการอธิบายที่ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน และงานวิจัยของ ชุติมา ปฏีรูปา ที่ทำการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการดำเนินโครงการพบว่าแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน นอกจากนี้การพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจะให้ผลลัพธ์ที่ได้ขึ้นอย่างเห็น ได้ชัดเจน และต่อเนื่อง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อุบลรัตน์ วิเชียร ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ 1. เมนูดูแลสุขภาพ 2. ยืดเหยียดวันละนิด 3. รวมพลังความคิดบวก 4. หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานของรัฐ พบว่า ก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก จากการดำเนินการวิจัย “MIND Model” ผู้วิจัยได้ประเมินผลและปรับปรุงด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็นในภูมิภาคตะวันตก พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับการอบรมการพัฒนาแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริเนตร สุขดี ที่วิจัยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา คือ "MA-3S Bangklua Program" ที่ประกอบด้วย กิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริงจำนวน 6 ครั้ง และระยะติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2 ครั้ง การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ศึกษาบริบทของชุมชน 2. กระตุ้นบุคคลใน ชุมชนให้ตระหนักและมีศักยภาพในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน 3. ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพ ตนเอง จากผู้สูงอายุในชุมชน 4. พัฒนารูปแบบฯ ของชุมชน 5. จัดกิจกรรมการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติจริง 6. ประเมินพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากการถอดบทเรียน การดูแลตนเอง สอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ ที่อธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจิตใจให้บุคคลปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแบบจำลองนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่



1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล 2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และ 3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งในสองมโนทัศน์แรกมีความสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนจำเป็นต้องค้นหา และประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่เหมาะสม ประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขกำหนดพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดปัญหา และออกแบบกำหนดกิจกรรมหรือโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. การสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่เข้มแข็งและจัดการโดยคนพิการด้วยกันเอง ควรขยายผลกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยหนุนเสริมพลังคนพิการ ไปในสื่อทุกช่องทาง เพื่อให้สมาชิกคนพิการได้เข้าถึงข่าวสารและสิทธิคนพิการที่พึงได้ ในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

2. ทุกโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด ต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการและผู้ดูแลเริ่มตั้งแต่การปรับสภาพจิตใจเมื่อเกิดความพิการในระยะแรก การฝึกอุปกรณ์ช่วยในการมองเห็นสำหรับคนตาเลือนราง และการฝึกไม้เท้าขาวสำหรับคนตาบอด ทั้งการติดตามผลการดูแลรักษาโรคทางกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม รวมถึงส่งต่อแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนหรือสังคม ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ส่งต่อศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ หรือส่งต่อศูนย์การศึกษาพิเศษ

3. การสร้างภาคีเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไม่ควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ แต่ควรใช้แนวคิดของ Community Based Rehabilitation: CBR ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน สังคม และการเสริมพลัง ในการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทางสังคมร่วมกัน ดังนั้น ทั้งองค์กรรัฐและเอกชน ที่ดูแลคนพิการจึงควรจัดโครงการที่คนพิการสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม มีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพ การประกอบอาชีพ หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social Media เช่น Official line, Facebook ซึ่งคนพิการทางการเห็นได้เข้าถึงสื่ออย่างสะดวก

4. คนพิการและผู้ดูแล รวมถึงผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญในการทำการสื่อสารอธิบายความจำเป็นและต้องมีแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ รวมถึงมีการติดตามผลเป็นระยะเพื่อลดความเสี่ยงของความพิการซ้อน และความรุนแรงของโรค โดยทีมสหวิชาชีพอาจสร้างตารางตรวจเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. หรือจิตอาสาในชุมชน หรือตารางนัดหมายแพทย์ ผ่านสื่อสังคม หรือ Telemedicine หรือ Tele consultation เพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการในการเดินทาง และจัดเป็นช่องทางบริการพิเศษในการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหรือขยายผลการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเห็น ไปในพื้นที่อื่น บริบทอื่น หรือในชุมชนคนพิการ เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ เรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอทั้งคนพิการ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการทั้งในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ

2. ควรจัดการวิจัยรูปแบบการสร้างเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ เช่น รูปแบบการประกอบอาชีพอิสระ (ที่ไม่ใช่การขายล็อตเตอรี่) การขายสินค้าออนไลน์ สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินทางสะดวก หรือมีความพิการซ้อน



บรรณานุกรม

- กมลพรรณ พันพื้ง (2553). อัตลักษณ์การเสริมพลังอำนาจ และการกำหนดวิถีชีวิตตนเอง: การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในสังคมไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเศรษฐศาสตร์ดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมการจัดหางาน (2561). รายงานสรุปสถานการณ์การจ้างงานคนพิการปี 2560 และทิศทางการปรับกลยุทธ์ปี 2561. กระทรวงแรงงาน และ Workability Thailand.
- ชุติมา ปฏิรูปา และคณะ. (2565). การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 7(3), 100-113.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 132-141.
- ณัฐกา สงวนวงษ์ และคณะ (2564). การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นแบบออนไลน์ในช่วงโควิด-19: ด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว การให้คำปรึกษาทางจิตใจ และคอมพิวเตอร์พื้นฐาน. *วารสารวิจัยและพัฒนาศึกษาพิเศษ*, 10(1), 16-30.
- ภาวินี ลาโยธี และ น้อมจิตต์ นวลเนตร. (2563). ผลของการฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความภาคภูมิใจแห่งตนของคนพิการทางการเห็น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2563; 35(5) *Srinagarind Med J* 2020; 35(5) หน้า 591-597.
- ศิริเนตร สุขดี และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ ของชุมชนในตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 40(1), 38-52.
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2560). แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564. บริษัท เอช.เอ็น.กรุ๊ป จำกัด
- สุภัทร ชูประดิษฐ์. (2561). คนพิการในที่ทำงาน: ความหลากหลายและระบบสนับสนุน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 12(1), 45-64.
- องค์การอนามัยโลก (2556). CBR Guideline ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ: พรีเมียม เอ็กซ์เพรส.
- อุบลรัตน์ วิเชียร ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง เจษฎา บุญราศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3).
- อารยา เชิงของ และคณะ (2564). อนาคตภาพ: แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 217-232.
- อำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อาษานุกาภ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2550). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดหลักการ และบทเรียนของไทย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช).
- Karima S. Khimani, et al. (2021). Barriers to Low-Vision Rehabilitation Services for Visually Impaired Patients in a Multidisciplinary Ophthalmology Outpatient Practice. *Hindawi Journal of Ophthalmology* Volume 2021, Article ID 6122246, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2021/6122246>



- Lina Magnusson, et al. (2022). Access to health and rehabilitation services for persons with disabilities in Sierra Leone-focus group discussions with stakeholders .BMC Health Services Research (2022) 22:1003 <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08366-8>
- Matthew J Burton, et al. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health 2021; 9: e489–551
- Ratanasukon M, Tongsomboon J, Bhurayanontachai P, Jirattanasopa P (2016) The Impact of Vision Impairment (IVI) Questionnaire; Validation of the Thai-Version and the Implementation on Vision-Related Quality of Life in Thai Rural Community. PLoS ONE 11(5): e0155509. doi:10.1371/journal.pone.0155509
- Rupert R A Bourne., et al. (2020). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION
- Ruth MA van Nispen and Cochrane Eyes and Vision Group. (2020). Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 2020(1): CD006543.
- Tanui, Philomena Jepkemboi. (2015. Community-Based Rehabilitation Supports for Social Inclusion and Work Participation of Young Adults with Visual Impairment in Kenya: A Case Study. Doctoral thesis in Rehabilitation, Human Resources and Communication Disorders, The University of Arkansas.
- World Health Organization. (2022). Eye care in health systems: guide for action. 20 May 2022 | Publication.
- Zhen Ling Teo, et al. (2021) Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. Ophthalmology. Volume 128, Issue 11, November 2021, Pages 1580-1591.