ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

6.96795

คนพิการขาขาดไทย: กระบวนการตีตราและการปรับตัว

THAI AMPUTEES: STIGMA AND THE ADAPTATION

ทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์

ดุษฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์

สำนักวิชาศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2555

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ชื่อเรื่องดุษฎีนิพนธ์	คนพิการขาขาดไทย: กระบวนการตีตราและการปรับตัว
ชื่อผู้เขียน	ทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์
หลักสูตร	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สังคมศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา อุปโยคิน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. เทอดชัย ชีวะเกตุ

บทคัดย่อ

การศึกษาคนพิการขาขาด: กระบวนการตีตราและปรับตัว มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังพิการขาขาด (2) เพื่อศึกษาถึงกระบวนการตีตราและผลกระทบจากกระบวนการตีตราที่มีต่อคนพิการขาขาดและ (3) เพื่อศึกษาวิถีชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผลการศึกษา พบว่า

การดำเนินชีวิตคนพิการขาขาดก่อนพิการขาขาดมีวิถีชีวิตดังเช่นคนปกติทั่วไป ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและเป็นผู้มีบทบาทหลักในการหารายได้เลี้ยงครอบครัวส่วนสาเหตุที่ทำให้พิการขาขาดมากที่สุดทั้ง 4 ภาคคือ อุบัติเหตุ รองลงมาคือการเหยียบกับระเบิดและโรคประจำตัว เมื่อกลายเป็นคนพิการขาขาดส่วนใหญ่มองว่าตนเองเป็นคนมีปมด้อยเป็นภาระต่อสังคม เกิดความอับอายและน้อยเนื้อต่ำใจเนื่องจากข้อจำกัดด้านร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอาชีพรายได้ และบทบาทในครอบครัวถูกลดลง

กระบวนการตีตราและผลกระทบที่มีต่อคนพิการขาขาด ทันทีที่ถูกตัดขากลายเป็น “คนพิการขาขาด” การตีตราก็เกิดขึ้นทันที ซึ่งการตีตราจากสังคมเป็นไปใน 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) การตั้งชื่อเล่นใหม่เพิ่มหลังชื่อเดิม (2) การขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการและ (3) การมองอย่างสงสาร คนพิการขาขาดต้องใช้กำลังใจกำลังกาย กำลังวิริยะอุตสหะในการปรับตัวโดยเฉพาะการปรับตัวเพื่อคงวิถีการดำเนินชีวิต คนพิการขาขาดพยายามปรับตัวให้วิถีชีวิตไม่ให้แตกต่างจากประชากรอื่นในสังคม และพยายาม

พัฒนาตนให้ได้รับการยอมรับจากประชากรอื่นโดยเฉพาะผู้ที่ไม่พิการผ่านการหาเลี้ยงครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรม การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

การปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด กำลังใจจากครอบครัวทำให้สามารถยอมรับความเป็นคนพิการขาขาดได้ในระยะเวลา 1-2 ปี การยอมรับความพิการขาขาดและการจัดการกับเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ความพิการขาขาดก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในระดับความรุนแรงแตกต่างในแต่ละบุคคลขึ้นกับสาเหตุ ระยะเวลา บุคลิกเฉพาะตนและลักษณะทางจิตวิทยาของครอบครัว ปฏิกิริยาดังกล่าวแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงคือ ช่วงปฏิเสธความพิการ ช่วงปรับตัว และช่วงยอมรับความเป็นคนพิการซึ่งคนพิการจะพัฒนาบทบาทตนต่อครอบครัวและสังคม

การใส่ขาเทียมถือว่าเป็นการสร้างเอกลักษณ์ใหม่และชีวิตใหม่ที่ทำให้คนพิการขาขาดสามารถเดินได้ทำงานได้ มีครอบครัว มีอาชีพและรายได้เช่นกับปกติทั่วไป มีการพัฒนาเชิงบวกขึ้นหลังระดับความพิการลดลงเพราะสวมใส่ขาเทียม แต่ความพิการขาขาดก็ไม่ได้หายไปสังคมยังคงตีตราว่าเป็นคนพิการ แต่คนพิการขาขาดเหล่านี้พยายามปรับตัวและพัฒนาเพื่อให้ได้การยอมรับจากประชากรอื่น ซึ่งทำให้ระดับความภาคภูมิใจในตนสูงขึ้นเนื่องจากสังคมให้การยอมรับและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาครั้งนี้ได้พบว่าการที่คนพิการถูกตีตราจากสังคมนั้น สำหรับคนพิการแล้ว การตีตราไม่ได้อยู่กับคนพิการตลอดไป และการที่จะลบรอยตีตราออกไปนั้น คนพิการจะต้องยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นให้ได้เสียก่อน และเมื่อได้รับขาเทียมสวมใส่แล้ว ต้องสามารถพาตัวเองทำกิจกรรมและทำงานร่วมกับสังคมได้ การตีตราจะหายไปจากความรู้สึกของคนพิการ คนพิการบางรายยังมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า ได้ทำงานที่มีเกียรติจนได้รับการยกย่อง เชิดชูจากคนรอบข้างอยู่เสมอ “ขาเทียม” เสมือนเป็นอุปกรณ์นำพาให้คนพิการขาขาดได้พบกับชีวิตใหม่ทำให้ขั้นตอนของ “กระบวนการตีตรา” จากสังคมสิ้นสุดลงด้วย ประเด็นสำคัญคือ การขยายการยอมรับคนพิการขาขาดที่เข้าสู่ชีวิตปกติให้สังคมรับรู้มากขึ้น เพื่อให้คนในสังคมเปลี่ยนมุมมองและยอมรับคนพิการขาขาดให้มีโอกาสในการสร้างประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติเช่นเดียวกับคนปกติต่อไป

คำสำคัญ: คนพิการขาขาด/กระบวนการตีตรา

Dissertation Title	Thai amputees: Stigma and the Adaptation
Author	Tipaporn Yesuwarn
Degree	Doctor of Philosophy (Social Sciences)
Advisor	Assoc. Prof. Ph. D. Preecha Uppayothin
Co-Advisor (*if any*)	Assoc. Prof. Ph. D. Therdchai Jivacate

ABSTRACT

This study has three objectives are: (1) To explore daily lives of amputees before and after amputation; (2) To study stigma concerning amputees and the impacts of that stigma; (3) To study the daily lives, daily activities and adjustments to society after amputation. The study is performed by both quantitative research methods and qualitative research methods. The results of study are.

The lifestyles of the amputees before amputation were normal; most were working in agriculture, and most amputees were the main provider of income for their families. The main causes of disability in all four regions of Thailand consisted of accidents, stepping on landmines, and illnesses. Most amputees feel ashamed and disappointed and perceive themselves as being weak and a burden to society due to their physical limitations and decreased role in the family.

The stigma and impact of the stigma associated with amputees is instantly acquired after amputation. The social stigma comes with three main features: (1) a new nickname or addition of a label after the amputees' real name; (2) registration as a person with disabilities; (3) pitiful and depressed looks from society. Amputees need to use a lot of persistence, effort, and both physical and psychological strength to adjust themselves to their lifestyles. Amputees try to adjust their lifestyles to lessen the difference between themselves and non-disabled members of society.

Amputees constantly attempt to improve themselves through self-development to achieve acceptance from the non-disabled and attempt to acquire income for their families through new methods, such as participating in activities and communications.

Lifestyle adjustment of amputees usually takes 1-2 years; dealing with identity change and self-acceptance is heavily dependent on encouragement and support from family members and friends. The severity of reactions is different for every individual amputee, depending on cause, time, personality, and family psychology. Self-acceptance can be divided into three reaction sets: (1) Denial; (2) Adjustment and (3) Acceptance. After self-acceptance is achieved, the amputee is then able to enter self-development to increase their family and social role.

The use of prosthetic limbs allows amputees to attain a new identity. The prosthesis allows the amputee to walk, work, have careers and look after their families as they did prior to amputation. Positivity and development increases as disability decreases after the usage of artificial limbs. However, society still perceives the amputees as disabled persons and the stigma remains. Even so, the amputees continue to adapt themselves and develop themselves to receive acceptance from society, leading to increased self-esteem and better quality of life.

This study shows that the stigma of the amputees is not permanent. To remove stigma, the amputee must first accept their disability, then proceed to the use of prosthesis. Once the amputee starts using prosthetic limbs, they start depending on themselves, working, and being able to interact with the community, all of which leads to abolishing of the amputees' self-placed stigma. Many working amputees are recognized and receive praise and honor from society. Prosthesis act as a tool for amputees to obtain a new lifestyle and leave behind any stereotypes and stigma concerning their conditions. The key issue is to increase society's acceptance of amputees lifestyles so that amputees can regain opportunities to benefit both the society and the nation.

Keywords: limb amputee/stigma

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**(3)**
บทคัดย่อภาษาไทย	**(4)**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**(6)**
สารบัญตาราง	**(11)**
สารบัญภาพ	**(13)**
บทที่	
1 บทนำ	**1**
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	6
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
1.6 นิยามศัพท์	8
2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	**9**
2.1 แนวคิดการตีตราทางสังคม (social stigma)	9
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว	18
2.3 แนวคิดสิทธิคนพิการและสิทธิมนุษยชนเพื่อคนพิการ	32
2.4 ความรู้เกี่ยวกับการตัดขาและขาเทียม	38
2.5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 ระเบียบวิธีวิจัย	**55**
3.1 ขอบเขตการวิจัย	55
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
3.5 การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล	61
4 ผลการศึกษา	**63**
4.1 วิถีการดำเนินชีวิตก่อนและหลังพิการขาดขาด	64
4.2 กระบวนการตีตราและผลกระทบจากกระบวนการตีตราของคนพิการขาขาด	92
4.3 วิถีชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด	121
5 สรุป อภิปรายผลของการศึกษา และข้อเสนอแนะ	**136**
5.1 สรุปผลการศึกษา	136
5.2 อภิปรายผลของการศึกษา	156
5.3 แนวโน้มของการให้บริการแก่คนพิการขาขาด ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขปัญหา	162
5.4 ข้อเสนอแนะของการทำวิจัยครั้งต่อไป	164
5.5 สรุป	165

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง	**167**
ภาคผนวก	**178**
ภาคผนวก ก มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี	179
ภาคผนวก ข การทำเบ้าขาเทียมด้วยทราย	211
ภาคผนวก ค การปฏิบัติวิธีการทำเบ้าขาเทียมใต้เข่าด้วยวิธี Sand Casting	232
ภาคผนวก ง แบบสอบถามและรายชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม	246
ประวัติผู้เขียน	**275**

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1.1 จำนวนประชากรพิการที่มีลักษณะความบกพร่อง จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง เพศ และเขตการปกครอง ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2550	1
4.1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาด จำแกนกตามภาค	65
4.2 จำนวนและร้อยละสาเหตุของความพิการขาขาดจำแนกตามภาค	71
4.3 จำนวนและร้อยละ ด้านอาชีพ รายได้และบทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวและมุมมองสังคมของคนพิการขาขาด ก่อนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	79
4.4 จำนวนและร้อยละด้านอาชีพ รายได้และบทบาทในครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัว ทัศนคติจากสังคมต่อคนพิการขาขาด หลังพิการขาขาด จำแนกตามภาค	83
4.5 จำนวนและร้อยละของความรู้สึกต่อการเป็นคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	94
4.6 จำนวนและร้อยละความรู้สึกครั้งแรกเมื่อต้องสูญเสียขาของคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	95
4.7 จำนวนและร้อยละวิธีผ่อนคลายทางจิตใจหลังการสูญเสียขา จำแนกตามภาค	97
4.8 จำนวนและร้อยละของบุคคลต่าง ๆ ที่เป็นผู้ดูแลภายหลังการสูญเสียขาจำแนกตามภาค	98
4.9 จำนวนและร้อยละบุคคลที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจภายหลังสูญเสียขา จำแนกตามภาค	99
4.10 จำนวนและร้อยละการยอมรับตนเองเป็นคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	105
4.11 จำนวนและร้อยละระยะเวลาการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	106
4.12 จำนวนและร้อยละการจัดการต่อภาพลักษณ์การถูกตีตราพิการขาขาด จำแนกตามภาค	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.13 จำนวนและร้อยละการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการ จำแนกตามภาค	122
4.14 จำนวนและร้อยละการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	124
4.15 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังการได้รับขาเทียมของคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค	129

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 ข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ	2
5.1 บทบาทการสนับสนุน	144
5.2 กระบวนการตีตราและการปรับตัว	147
5.3 สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรไฟฟ้าช็อต ถูกยิงขาตกต้นไม้ขาหักงูกัด	149
5.4 สาเหตุจากการเหยียบกับระเบิด	151
5.5 สาเหตุจากโรคประจำตัว หรือภาวะความเจ็บป่วย	153

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

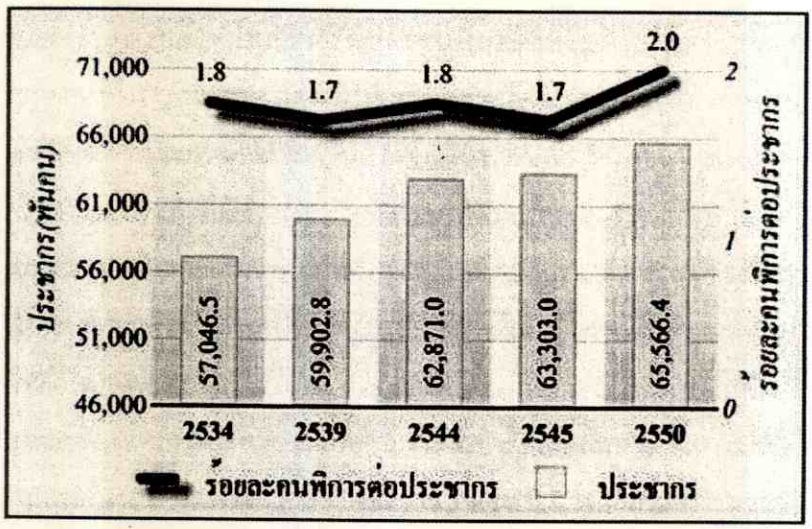
สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจคนพิการเมื่อปี 2550 พบว่า ประเทศไทยมีคนพิการจำนวนประมาณ 1, 871,860 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด จำนวน 65,566,359 คน โดยเพศหญิงมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ ร้อยละ 3.0 และร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.0) และจำแนกเป็นรายภาคได้ดังนี้ภาคเหนือ มีประชากรที่พิการสูงกว่าภาคอื่น ร้อยละ 4.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ภาคใต้และภาคกลางมีอัตราใกล้เคียงกันร้อยละ 2.3 และ 2.2 กรุงเทพมหานคร มีประชากรที่พิการต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 0.5 และในจำนวนนี้ พบว่า มีคนพิการขาขาดที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจำนวน 19,344 คนและในเขตเทศบาลจำนวน 4,433 คน รวมทั้งสิ้น 23,777 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ตารางที่ 1.1 จำนวนประชากรพิการที่มีลักษณะความบกพร่อง จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง เพศ และเขตการปกครอง ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2550

ลักษณะความบกพร่อง	ในเขตเทศบาล (คน)			นอกเขตเทศบาล (คน)			รวม
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	(คน)
ขาขาด/ด้วน	3,210	1,223	4,433	15,355	3,989	19,344	23,777
ขาลีบเหยียด/งอไม่ได้	7,991	5,584	13,575	55,854	36,110	91,964	105,539
ขาลีบกระตุก สั่น งอ เกร็ง	6,306	7,895	14,201	39,655	43,794	83,449	97,650
นิ้วเท้าขาด/ด้วน	616	571	1,187	2,773	2,360	5,133	6,320
รวม	**18,123**	**15,273**	**33,396**	**113,637**	**86,253**	**199,890**	**233,286**

จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **สรุปผลจำนวนคนพิการจากการสำรวจ 2550**. กรุงเทพฯ: สำนักฯ.

สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.)ได้จดทะเบียนคนพิการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการจดทะเบียนคนพิการ เป็นการออกบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ทั้งนี้คนพิการมีบัตรประจำตัวคนพิการแล้วจำนวน 855, 973ราย (ณ เดือน กันยายน 2552) เป็นชาย จำนวน 502,113 ราย หญิง จำนวน 353,860 ราย และจากสถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามเพศและภูมิภาคตั้งแต่วันที่ 1 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2537 ถึงวันที่ 31 เดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ทั้งประเทศรวมทั้งหมด 1,174,471คน



ภาพที่ 1.1 ข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

จาก สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (กุมภาพันธ์ 2555). ข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2555, จาก http://nep.go.th/index.php?mod=tmpstat

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน

หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

ปัจจุบันมูลนิธิขาเทียมและเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชนได้ให้บริการเทียมแก่คนพิการขาขาดไปแล้วทั้งสิ้น 27,938 คน สาเหตุส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 45 ของคนพิการขาขาด เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร ร้อยละ 25 เกิดจากการเหยียบกับระเบิด อีกร้อยละ 20 เกิดจากแผลเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ส่วนที่เหลืออีกประมาณ ร้อยละ 10 เป็นความผิดปกติมาแต่กำเนิดและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาทิ ขาเป็นแผลติดเชื้อ เป็นมะเร็งที่ขา เส้นเลือดที่ส่งไปยังเท้าอุดตัน เป็นต้น ซึ่งคนพิการโดยส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลและมีฐานะยากจน เมื่อสูญเสียขาก็ไม่มีเงินแม้กระทั่งค่าโดยสารที่จะเข้ารับบริการทำขาเทียมจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดจำเป็น ต้องใช้ไม้ค้ำยัน ส่งผลให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ บางรายจึงต้องทำขาเทียมจากไม้หรือไม้ไผ่เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถทำงานประกอบเลี้ยงชีพตนเองได้ (มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2555)

คนพิการขาขาด เป็นคำที่มีความหมายถึงบุคคลที่มีลักษณะความผิดปกติของร่างกาย อันเนื่องมาจากการสูญเสียขา ซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ การเหยียบกับระเบิด โรคประจำตัวหรืออื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานหรือเกิดขึ้นจากสภาวะเงื่อนไขต่างๆที่แตกต่างกัน ความพิการเป็นสภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัยในสังคม ซึ่งความผิดปกตินี้ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากทำให้เอกลักษณ์และการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างไปจากบุคคลอื่นหรือมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากคนในสังคม (พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2534, หน้า 1)

เมื่อบุคคลเกิดการสูญเสียอวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหวและรับสัมผัส แม้จะเป็นการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย แต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการสูญเสียอวัยวะแขน ขาที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว เนื่องจากอวัยวะดังกล่าว นอกจากมีความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีพแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับการทำงาน หาเลี้ยงชีพ หารายได้เลี้ยงครอบครัว ผู้ที่ต้องสูญเสียอวัยวะแขนหรือขา นอกจากจะทำให้เกิดความลำบากในการดำรงชีวิต การทำมาหาเลี้ยงชีพแล้ว บุคคลผู้นั้นยังได้รับการตีตราว่า “คนพิการ” เพราะถูกมองว่าร่างกายไม่สมประกอบช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งสังคมและคนรอบข้างมากขึ้นสังคมสร้างการตีตราขึ้นโดยพิจารณาจากลักษณะทางกายภาพของร่างกายเพียงอย่างเดียว สร้างมายาคติว่าคนพิการเป็นผู้ที่น่าสงสาร ไร้ความสามารถ สังคมต้องให้ความช่วยเหลือ จะต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคมตลอดไป ด้วยเหตุนี้เมื่อความพิการเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้วจึงเป็นตราบาปที่อยู่เช่นนั้นตลอดชั่วชีวิตของบุคคล คนพิการเองก็มองตัวเองว่าความพิการที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก

ทั้งเรื่องการทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดความเสียเปรียบในการประกอบอาชีพ มีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ หลายคนต้องเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบต่อครอบครัวและตำแหน่งแห่งที่ของสถานะทางสังคม (Lambert & Lambert, 1985, p. 60-61) รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบตัวและในสังคม (Huber, Medhat & Carter, 1998 p. 326) สิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นเหตุทำให้คนพิการต้องปรับตัวต่อวิถีการดำเนินชีวิตใหม่มิให้มีผลกระทบต่อครอบครัว ลดการพึ่งพาผู้อื่นและคนพิการเองต้องสร้าง กำลังใจในการดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลทั่วไปหลายเท่า เพื่อให้คนในสังคมยอมรับคนพิการเหมือนคนปกติ เนื่องจากสังคมเป็นผู้นิยามเอกลักษณ์ กำหนดบทบาท ตลอดจนสร้างกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ให้คนพิการได้ปฏิบัติแต่เพียงด้านเดียว Murray & Zentner (1975, อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพาณิช, 2532, หน้า 1-2)

คนพิการเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่ได้รับการยอมรับจากคนในสังคมว่าสามารถดำเนินชีวิต มีความสามารถได้เช่นเดียวกับคนปกติ ซึ่งการการยอมรับนั้นก็ยังตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ของอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันแฝงอยู่อีกทั้งภาพลักษณ์ที่สังคมสร้างขึ้นต่อคนพิการนั้นก็เป็นภาพลักษณ์ที่มีเพียงมิติเดียว ที่ถูกสร้างความหมายและให้คุณค่าในเชิงลบหรือ จนเบียดขับให้คนพิการกลายเป็นคนชายขอบและต้องกลายเป็นกลุ่มคนที่ไร้พื้นที่ในสังคม โดยปราศจากการพยายามทำความเข้าใจว่าคนพิการ ควรจะอยู่ในสังคมในฐานะที่เป็นคนกลุ่มหนึ่งซึ่งไม่ได้มีความแตกต่าง (จิตติมา เจือไทย, 2551) ดังนั้น สังคมจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนพิการมีมลทิน (Stigma) เกิดขึ้นในจิตใจ ความพิการถูกมองว่าเป็นเครื่องหมายแห่งตราบาปหรือความอัปยศ ที่สังคมตีตราให้แก่บุคคลอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม (พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย, 2549, หน้า 228 -229)

สถานการณ์คนพิการ ปัจจุบันมีหน่วยงานที่รับผิดชอบกลุ่ม งานมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ ปัจจุบันอยู่ภายใต้สำนักส่งเสริมศักยภาพและสิทธิ เกิดขึ้นจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 5 กำหนดให้เป็นภารกิจหนึ่งของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่ง ชาติ ที่จะกำหนดมาตรฐานให้การรับรองหรือ เพิกถอนการรับรององค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และพัฒนามาตรฐานการให้บริการสวัสดิการสังคมแก่คนพิการของหน่วยงานที่ให้บริการช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานของคนพิการอย่างทั่วถึง เหมาะสม รวดเร็ว ครอบคลุม และเป็นธรรม อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่คนพิการจะต้องได้รับและการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเท่าเทียม ซึ่งการดำเนินงานกลุ่มงานมาตรฐานด้านคนพิการ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย รูปแบบ วิธีการ แนวทางการจัดทำและพัฒนามาตรฐานงานด้านคนพิการทั้งตามที่กฎหมายที่สมควรกำหนด หรือจัดทำ เพื่อให้มีการดำเนิน

งานหรือจัดบริการ อย่างได้มาตรฐาน มีคุณภาพเหมาะสมกับความพิการ แต่ละประเภทและแต่ละช่วงวัย รวมทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ในอดีต การทำขาเทียมได้สร้างขึ้น ตามภูมิปัญญาของมนุษย์ กว่า 500 ปี ในประเทศแถบตะวันออกกลาง เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปัจจุบันสามารถผลิตขาเทียมมาให้คนพิการได้ใช้อย่างกว้างขวางแล้วก็ตาม แต่ยังขาดการรับรู้ว่า คนพิการขาขาดในสังคมไทยได้รับผลกระทบอย่างไร แม้ว่าจะสามารถให้บริการแก่คนพิการได้ แต่ไม่ทราบว่าคนพิการขาขาดทั้งหลายมีความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างไร ที่ได้รับขาเทียม และไม่ทราบว่าการเป็นคนพิการขาขาดส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ การมีมลทินหรือการถูกตีตรา อันเนื่องมาจากความพิการขาขาดอย่างไร ที่คนพิการต้องตกอยู่ในความด้อยโอกาสทางสังคม การได้รับการบำบัดทางกายอาจทำให้คนพิการขาขาดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้แบบใด ต้องทนทุกข์ทรมานจากความสูญเสียขา ที่ไม่อาจเรียกกลับคืนมาได้ และประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุดก็คือ ขาเทียมได้มีส่วนในการเพิ่มความเชื่อมั่น ได้หรือไม่ โดยเฉพาะคนพิการขาขาดสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุข และความรู้สึกผูกพันต่ออวัยวะที่มาทดแทนขาที่ขาด ทำให้คนพิการ มีขวัญกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับคนดีทั่วไปในสังคม

ด้วยเหตุที่ผู้วิจัยมีโอกาสทำงานให้กับมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีมาเกือบ 20 ปี ได้เห็นสภาพวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของคนพิการขาขาดที่ได้รับบริการขาเทียมจากมูลนิธิฯ จึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการ ขั้นตอนของความพิการวิถีการดำเนินชีวิตก่อนและหลังความพิการขาขาด ผลกระทบที่เกิดขึ้น จุดเริ่มและผลกระทบที่เกิดการตีตราจากสังคม จนกระทั่งเกิดสภาวะของการปรับตัวและทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากการได้รับขาเทียมจากมูลนิธิฯ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทราบและความเข้าใจในจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของคนพิการขาขาดเมื่อผ่านกระบวนการตีตราและการปรับตัวเข้าสู่สังคมจนสามารถดำเนินชีวิตปกติสามารถใช้ศักยภาพในตัวเองสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กลับคืนมาอีกครั้งหนึ่ง นอกจากนั้นผลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการให้การบริการขาเทียมแก่คนพิการในอนาคตรวมทั้งให้สังคมรับทราบความรู้สึกของคนพิการเพื่อลดภาวะความเครียดของคนพิการจากการตีตราจากสังคม จนกระทั่งสร้างความร่วมมือกันเพื่อให้คนพิการเข้าสู่กระบวนการปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติโดยเร็วที่สุดไม่ว่าในขณะนั้นจะมีขาเทียมหรือไม่ก็ตาม นอกจากจะมีผลทำให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักต่อการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ การมีวินัยจราจรเพื่อลดจำนวนคนพิการในอนาคตอีกทางหนึ่งด้วย

1.2 คำถามของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทราบถึงวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังการถูกตัดขาว่าเป็นอย่างไร กระบวนการตีตราเกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อคนพิการขาขาดอย่างไร คนพิการขาขาดมีการปรับตัวเข้าสู่สังคมอย่างไร และขาเทียมมีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการตีตราและการปรับตัวของคนพิการขาขาดหรือไม่

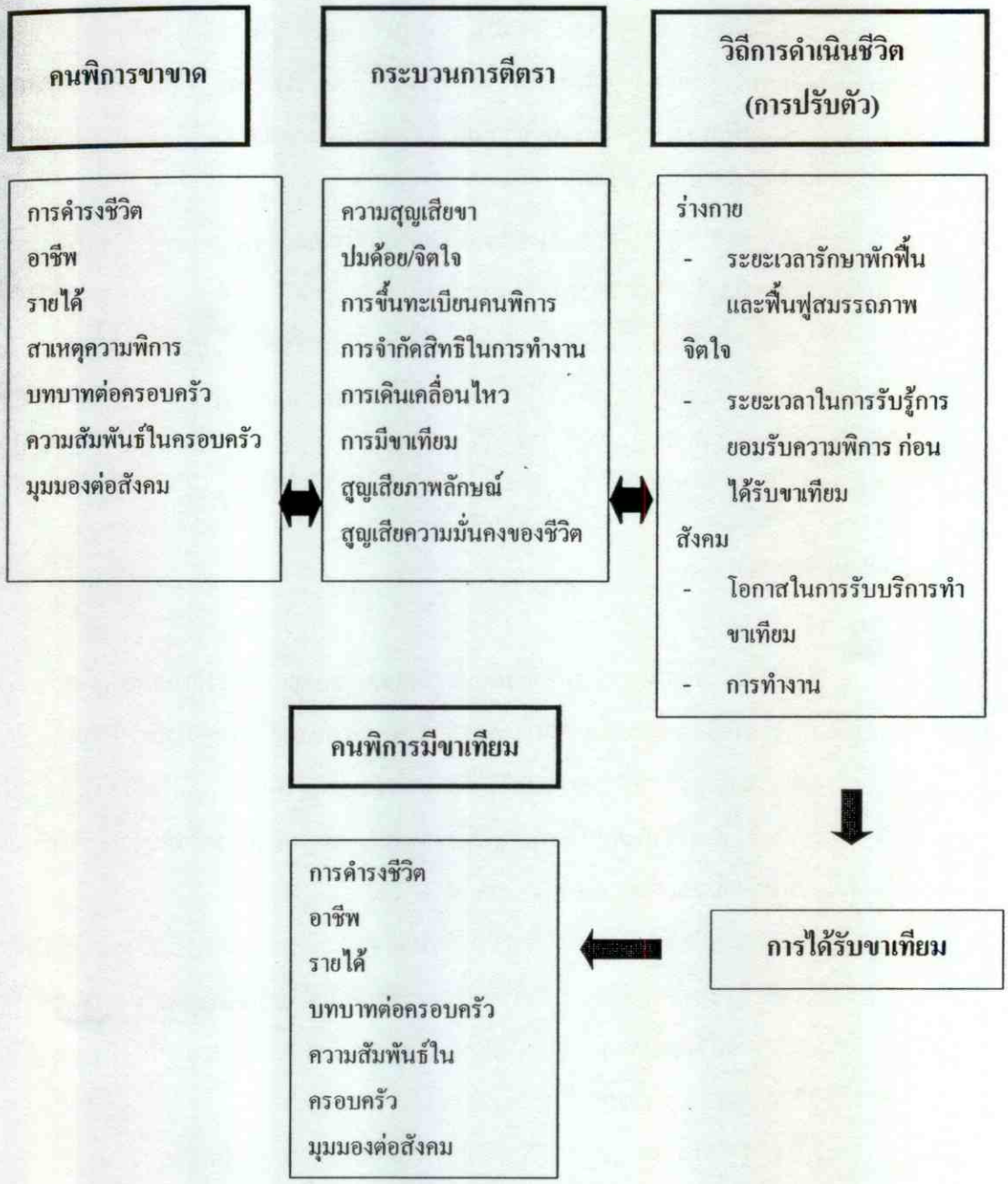
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ

1.3.2 เพื่อศึกษาถึงกระบวนการตีตราและผลกระทบจากกระบวนการตีตราที่มีต่อคนพิการขาขาด

1.3.3 เพื่อศึกษาวิถีชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการขาขาด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชน

1.5.2 เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของคนพิการขาขาดให้สามารถปรับตัวและกลับสู่สังคมโดยปกติเมื่อได้รับขาเทียม

1.5.3 เพื่อเป็นรากฐานเบื้องต้นต่อการศึกษาในทางสังคมศาสตร์ เกี่ยวกับประเด็นความพิการขาขาด ควบคู่ไปกับการบริการทางการแพทย์

1.5.4 การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะนำผลของการวิจัยไปกำหนดแผนงานและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคตลอดจนข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหา

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 คนพิการขาขาด หมายถึงคนที่ถูกตัดขา (Amputee) จากความผิดปกติหรือจากอุบัติเหตุจากโรค ที่มารับบริการทำขาเทียมจากจากมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

1.6.2 การตีตรา หมายถึง การให้นิยามความหมายให้แก่บุคคลในสังคมที่สูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือบุคคลที่มีร่างกายไม่สมประกอบหรือมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ในการวิจัยนี้หมายถึงการตีตราคนพิการขาขาด

1.6.3 มูลนิธิขาเทียม หมายถึง มูลนิธิที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าจัดตั้งขึ้นโดยมีสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นองค์ประธานได้รับการจดทะเบียนเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2535 และในปัจจุบันมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีทรงดำรงตำแหน่งองค์ประธาน

1.6.4 ขาเทียม หมายถึง อุปกรณ์เทียมที่ใช้ทดแทนขาที่สูญเสียไป

1.6.5 การปรับตัว หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับสถานการณ์นั้น ในการวิจัยนี้หมายถึงการปรับตัวของคนพิการขาขาด

1.6.6 คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างพึงพอใจสามารพช่วยเหลือตนเองได้

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาด: กระบวนการตีตราและการปรับตัวเข้าสู่สังคม ในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำราเอกสาร วารสารงานวิจัยหรือสื่อต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดการตีตราทางสังคม (social stigma)

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิคนพิการและสิทธิมนุษยชน

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการตัดขาและขาเทียม

2.5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการตีตราทางสังคม (Social Stigma)

2.1.1 ความหมาย: การตีตราทางสังคม

การตีตราทางสังคม เป็นแนวคิดของ Goffman (1961) ซึ่งได้อธิบายถึงตีตรา (stigma) คือ คุณลักษณะทางร่างกายหรือสังคมที่ลดทอนคุณค่าของอัตลักษณ์ทางสังคมของบุคคล ทำให้ไม่ได้ รับการยอมรับอย่างเต็มที่จากสังคม ประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ ประการแรก ได้แก่ ความผิดปกติทางร่างกาย เช่น บุคคลที่เป็นง่อย แคระแกรน มีสภาพหูหนวกหรือตาเหล่ แขนและขาพิการ ไม่สมประกอบ เป็นต้น ประการที่สอง บุคคลที่มีความเสื่อมเสียในอดีตจากการกระทำของตน เช่น เคยติดคุก หรือ ถูกให้ออกจากงานและประการที่สาม ได้แก่ตีตราทางสังคม อันเนื่องมาจากการเป็นสมาชิกของกลุ่ม เชื้อชาติ ศาสนา เช่น กลุ่มชาติพันธุ์หรือชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

จากพจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย (2549, หน้า 228-229) การตีตรา หมายถึง เครื่องหมาย แห่งตราบาปหรือความอัปยศที่สังคมตีตราให้แก่บุคคล อันเนื่องมาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันของบุคนรตคลที่มีคุณลักษณะของตนแตกต่างไปจากคุณลักษณะที่สังคมคาดหวัง ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีการตีตราไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ดังนั้นผู้ที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างออกไป จึงมักจะปิดบังคุณลักษณะเหล่านี้ เช่น กลุ่มคนรักร่วมเพศ คนศีรษะล้านและคนพิการในด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในสังคม ทำให้บุคคลอื่น ๆ ได้นิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ ให้กับบุคคลที่มีคุณลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ความรู้สึก ความเจ็บปวดทางจิตใจ และเกิดจากความละอายหรือการปฏิเสธตนเองในที่สุด

นอกจากนี้ Goffman (1963) ยังได้กล่าวถึง บุคคลที่มีปมด้อย ที่มองเห็นได้ชัดเจนจากการสูญเสียเอกลักษณ์ (spoil identity) ซึ่งอธิบายถึงคนพิการที่มีระดับความพิการน้อยว่า มีการรับรู้ทักษะ การจำกัดการร่วมกิจกรรมทางสังคม และการปฏิสังสรรค์กับสภาพแวดล้อมในสังคมมากกว่าคนพิการที่มีระดับความพิการที่สูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีลักษณะความพิการน้อยกว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้มากกว่า รวมทั้งการสูญเสียเอกลักษณ์ก็จะมีต่ำกว่า จะสามารถปรับตัวทางสังคมได้ดีกว่าอีกด้วย ขณะเดียวกันยังให้ความสนใจถึงกลยุทธ์ด้านต่าง ๆ ที่บุคคลใช้เพื่อโต้ตอบหรือป้องกันจากการตีตราที่สังคมมอบให้ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ง่าย ๆ ได้แก่การปิดบังอำพรางตนเอง โดยพยายามทำให้กลมกลืนไปกับสังคมของคน " ปกติ " สำหรับบางคนก็มักเก็บตัวหลีกหนีสังคม หรือไม่บางคนก็ใช้กลยุทธ์ต่อสู้เพื่อให้การตีตรากลายเป็นแรงกดดันให้เกิดการยอมรับในสังคม เช่นกลุ่มคนรักร่วมเพศ ผู้ที่มีภาพลักษณ์ของตนเองแตกต่างออกไป

ในทางตรงกันข้าม "การตีตรา" กลับสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานของความปกติของสังคม คือ ที่กำหนดว่าการกระทำแบบใดปกติ และการกระทำแบบใดเบี่ยงเบนออกไป สังคมจึงเป็นอีกด้านหนึ่งของเหรียญทั้งสองด้าน ที่ด้านหนึ่งปกติ และอีกหนึ่งสร้างความเบี่ยงเบน (deviance) โดยที่สังคมนิยามการกระทำที่สังคมไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จากความเบี่ยงเบนในระดับพื้นฐาน จนผู้ถูกกล่าวหาให้การยอมรับการกระทำดังกล่าว ความเบี่ยงเบนก็จะถูกยกระดับเพิ่มสูงขึ้นเป็นระดับที่สอง จนนำไปสู่การลดอัตลักษณ์ของตนในที่สุด ยิ่งเมื่อสังคมตราหน้าบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสังคมว่ามีการตีตรามากเท่าใด บุคคลก็จะยิ่งต่อต้านการกระทำที่สังคมไม่ต้องการให้เกิดขึ้นหรือไม่ยอมรับจากสังคมเพิ่มสูงขึ้น ในทางกลับกัน ถ้าบุคคลยอมรับความเบี่ยงเบนที่ตนเองเป็นอยู่ และยอมรับความพิการหรือไม่ก็เข้ารับการบำบัดรักษา (ในกรณีผู้ป่วยทางจิต) ก็จะมีโอกาสที่จะหลุดพ้นจากการตีตรานั้นได้

จากแนวคิดดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการประทับตรา (labeling) หรือปฏิกริยาทางสังคม (societal reaction) ที่กล่าวว่า ความเบี่ยงเบนมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์นิยม (symbolic interaction) ซึ่งระบุว่า การเกิดขึ้นของพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือผู้เบี่ยงเบนนั้น คุณสมบัติเหล่านี้ไม่ได้มาจากตัวของผู้ถูกกล่าวหา แต่สถานภาพเหล่านี้มาจากการที่สังคมเป็นผู้มอบให้ ซึ่งพฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่ใช่พฤติกรรมที่ได้รับการสืบทอดมาแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่สังคมเป็นผู้มอบให้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก, 2524, หน้า 10-12)

นอกจากนี้ ฮาเวิร์ด (Howard, 1992) ยังได้แสดงความคิดเห็นทำนองเดียวกันว่า พฤติกรรมการเบี่ยงเบนไม่ได้เกิดขึ้นมาจากการฝ่าฝืนกฎของสังคม แต่เป็นสิ่งเกิดขึ้นจากการโต้ตอบของคน ๆ หนึ่งว่าสิ่งที่เห็นนั้นถือว่าเป็นความผิดหรือไม่ ซึ่งส่วนหนึ่งคน ๆ นั้นจะนำไปเปรียบเทียบกับกฎเกณฑ์ของสังคมและอีกส่วนหนึ่งคน ๆ นั้นจะเป็นคนตัดสินว่าควรจะทำอย่างไรกับการกระทำเหล่านั้น ความเบี่ยงเบนทางสังคมที่ฝ่าฝืนกฎเหล่านี้ว่าเป็นผู้ที่เบี่ยงเบน กล่าวอีกนัยหนึ่งผู้ที่มีความเบี่ยงเบนคือ ผู้ที่ถูกประทับตราเป็นผลสำเร็จ ส่วนพฤติกรรมเบี่ยงเบนคือพฤติกรรมที่บุคคลประทับตราว่าเบี่ยงเบน ดังนั้นตัวแปรที่สำคัญในการเกิดการเบี่ยงเบนและเกิดการประทับตราก็คือสังคมนั่นเอง แม้กระทั่งการพัฒนาการของมนุษย์ไม่ว่าจะในด้านจิตใจ ร่างกาย หรือระดับสมอง สังคมก็จะต้องเข้ามามีบทบาทในการแบ่งแยกสร้างภาพหรือตีตราให้กับบุคคลนั้น ๆ เช่นเดียวกันกับความคิดเห็นของ แกร์ฮาร์ด ฟอล์ด (Falk, 2001) ได้กล่าวว่า ไม่ว่าใครในสังคมก็สามารถตกเป็นผู้มีตราบาปในสังคมได้ ถึงแม้ว่าเขาจะเป็นคนที่ฉลาด หรือประสบความสำเร็จในชีวิตแล้วก็ตามจะเห็นว่าการตีตราจากสังคมเป็นความยิ่งใหญ่และบั่นทอนความเป็นมนุษย์ทุกชนชั้นไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ที่ได้รับการศึกษาที่ดีอยู่แล้วเพียงแต่แยกด้านในการศึกษา ตามที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นบุคคลที่มีอวัยวะของร่างกาย สมอง ที่ครบถ้วน ดังนั้นหากจะกล่าวถึงคนพิการในด้านร่างกายเป็นเรื่องปกติที่สังคมจะตัดสินหรือตีตราหรือสร้างตราบาปให้อย่างรุนแรงได้

สำหรับผู้ป่วยทางกายภาพหรือคนพิการนั้น ระดับความรุนแรงของความพิการที่ได้รับย่อมมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาต่อภาวะเครียดของจิตใจร่วมกับภาวะเครียดทางด้านร่างกายด้วย ระดับความรุนแรงเหล่านี้ สามารถพิจารณาได้จากพยาธิสภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่พิการที่ถูกจำกัดในการเคลื่อนไหว ระดับความสามารถในการเดินได้ การทำหน้าที่ของอวัยวะและภาวะของโรคที่เป็นอยู่ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2531, หน้า 134) เช่นเดียวกันกับคนพิการที่มีรูปร่างอวัยวะไม่สมประกอบและการที่ต้องมีอวัยวะเทียมสวมใส่ หรือมีเครื่องช่วยการทำหน้าที่แทนอวัยวะเพิ่มเติมเป็นอุปกรณ์ประจำกาย ก่อให้เกิดการมองภาพลักษณ์ของบุคคลนั้นไปในทางลบ เป็นเสมือนตราบาปก่อให้เกิดความอับอาย น่าเกลียด วิตกกังวล ดูตนเองไร้ค่า เนื่องจากสังคมให้คุณค่าสูงต่อการที่บุคคลมีอวัยวะสมประกอบ ค่านิยมนี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดอัตมโนทัศน์ ในอุดมคติของคน

ทั่วไปไว้สูง ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Perkins (1996, หน้า 136-137) ที่กล่าวว่าการที่บุคคลต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตกลายเป็นคนพิการก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจอย่างมาก ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการในการปรับตัวเกี่ยวพันไปถึงกระบวนการทางความคิดและอารมณ์ ความรู้ บางครั้งจำเป็นที่จะต้องมีผู้อื่น หรือสังคมเข้ามาช่วยเหลือเพื่อที่จะให้คนพิการมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพปัญหาให้ได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน แต่ในระยะเวลานี้อาจต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในด้าน การแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคมเข้าร่วมด้วย

จากนิยามหรือความหมายอันหลากหลายของสังคมและการตีตราสามารถสรุปได้ว่าเป็นคุณลักษณะทางร่างกายหรือสังคมที่ลดทอนคุณค่าของอัตลักษณ์ทางสังคมของบุคคล เป็นเครื่องหมายแห่งตราบาปหรือความอัปยศที่สังคมตีตราให้แก่บุคคล อันเนื่องมาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม อันเป็นผลมาจากการสูญเสียเอกลักษณ์ การเกิดขึ้นของพฤติกรรมเบี่ยงเบน คุณสมบัติเหล่านี้ไม่ได้มาจากตัวของผู้ถูกกล่าวหา แต่สถานภาพเหล่านี้มาจากการที่สังคมเป็นผู้มอบให้ สังคมได้สร้างเครื่องหมายหรือตราบาปหรือความเสื่อมเสียให้แก่บุคคลจากความผิดปกติของร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากบรรทัดฐานทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการขาขาด เป็นบุคคลที่ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต ถูกตีตราว่าเป็นคนพิการก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการในการปรับตัวเกี่ยวพันไปถึงกระบวนการทางความคิดและอารมณ์ ระยะเวลา บางครั้งจำเป็นที่จะต้องมีผู้อื่น หรือสังคม เข้ามาช่วยเหลือในการที่จะช่วยให้คนพิการมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพปัญหาให้ได้

2.1.2 กระบวนการถูกตีตรา

กระบวนการถูกตีตรา เกิดจากวิถีปฏิบัติการกีดกันทางสังคม มาร์ค (Mark, 2001, p. 187)ได้กล่าวถึง การสร้างกรอบแนวคิดใหม่ของการตีตราในเรื่อง Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion ว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการลดค่าในอัตลักษณ์ของบุคคล ซึ่งมีกลุ่มคนจำนวนหนึ่งที่พอใจในบรรทัดฐานนั้นทำให้แยกตัวออกไปจากการปฏิบัติต่อสังคมซึ่งแตกต่างกันหลากหลาย และเห็นว่ามนุษย์มีกระบวนการรับรู้มีความสามารถในการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงกับสังคม การเข้าร่วมกลุ่มและการหลีกเลี่ยงการติดต่อกับกลุ่มคนที่เป็นพาหะนำโรค มุมมองของการวิวัฒนาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มีส่วนทำให้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการตีตราปัจจุบันภายใต้เงื่อนไขที่พิจารณาจากพื้นฐานบทบาทของการถูกตีตรา ช่วยอธิบายสิ่งที่เห็นร่วมกันตามกฎของธรรมชาติ บุคคลที่รู้สึกว่าถูกสังคมหมางเมินหรือไม่ยอมรับให้เข้ากลุ่มก็จะมีจิตใจที่อ่อนไหวง่าย จะมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เก็บกด มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและมีปัญหายากที่

จะแก้ไข เพราะมนุษย์มีความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม แต่เมื่อไม่ได้รับการยอมรับก็เป็นสิ่งที่แน่นอนว่าจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดตีตราขึ้นกับตนเอง

จากความคิดเห็นของ Goffman (1993) ได้กล่าวถึงการถูกตีตราว่า เป็นกระบวนการของการลดค่าทั่วไปของบุคคลซึ่งมีคุณลักษณะที่แปลกแยก การตีตรานี้เกิดขึ้นระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมเมื่อบุคคลหนึ่งแสดงลักษณะทางสังคมของตนเองที่ไม่ตรงกับกฎเกณฑ์มาตรฐานซึ่งคนหนึ่ง ๆ ควรจะมี จึงทำให้เอกลักษณ์ของสังคมเสียหาย แล้วในที่สุดบุคคลนั้นก็จะถูกสันนิษฐานว่าเป็นคนที่ไม่มีความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คนทุกคนมีโอกาสเผชิญปัญหาดังกล่าว ไม่เวลาใดก็เวลาหนึ่ง ไม่สถานที่ใดก็สถานที่หนึ่ง เช่น คนอ้วนที่เข้าไปอยู่ท่ามกลางคนที่มีน้ำหนักปกติ อาจพยายามแต่งกายกลบเกลื่อนความอ้วน หรือคนที่เคยพูดปดเกี่ยวกับอดีตของตนเอง อาจจะพยายามปกปิดไม่ให้คนอื่นล่วงรู้ตลอดเวลาการเปรียบเทียบจะเปิดเผยให้เห็นความเหมือนที่สำคัญคือ การถูกตีตราเกิดขึ้นเมื่อคนคนหนึ่งถูกประเมินค่าในทางลบ มันจะเป็นกรอบแนวคิดในแนวของความอับยศ ความเป็นไปทางด้านลบ การทำผิดกฎหมาย หรือมีคุณลักษณะเอกลักษณ์ที่ต่ำกว่าในสังคม อย่างไรก็ตามการประเมินความหมายในทางลบ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากส่วนหนึ่งของชีวิตในสังคม อะไรที่หลังจากทำให้เปลี่ยนแปลงการประเมินผลในทางลบทำให้ยิ่งเป็นผลร้ายต่อคนที่ถูกตีตรามากยิ่งขึ้น

เช่นเดียวกันกับความเห็นของ อีไมล์ เดอร์ไคลม์ (Durkheim, 1982, p. 275-300) กล่าวว่า ตราบาปเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนที่ก่อให้เกิดการตัดสินกลุ่มคน เช่นคนทำผิดกฎหมาย ผิดทำนองคลองธรรมสำหรับการมีส่วนร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์กัน จากพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำนายได้หรือไม่สอดคล้องกัน เป็นภัยที่คุกคามต่อคนอื่นหรือตัวเอง คนทั่วไปจึงมองว่ากลุ่มคนเหล่านี้ไม่มีความสามารถหรือทักษะในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะถูกกันออกไปจากสังคม หรือไม่ก็จะถูกละเลย เป็นที่ทราบกันว่าความยุ่งยากในการระบุให้ลักษณะเฉพาะที่ถ่ายทอดไปยังเอกลักษณ์ของสังคมที่ถูกลดคุณค่าโดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมของสังคม ตราบาปเกิดขึ้นจากสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีคุณค่าในเชิงลบในสถานการณ์เฉพาะในสังคม

นอกจากนี้ แลรี่ มาร์ค (Mark, 2001, p. 191)ได้กล่าวว่า คนที่ถูกตีตราไม่ใช่เพราะพวกเขาถูกประเมินทางด้านลบหรือมีลักษณะที่น่าเสียหาย แต่ว่าพวกเขามีลักษณะที่สังคมมองว่าเป็นกลุ่มย่อยที่ควรหลีกเลี่ยงหรือกีดกันให้ออกจากคนอื่น ๆ ในสังคม ดังนั้นการถูกตีตราจึงอยู่บนพื้นฐานของการมีมูลค่าร่วมกันและความพึงพอใจของกลุ่มโดยเฉพาะการปฏิเสธเฉพาะบุคคล คนที่ตีตราผู้อื่นเพื่อเพิ่มความเคารพนับถือตนเอง อัตลักษณ์ทางสังคม หรือแสดงให้เห็นความพิเศษในสังคม เศรษฐกิจหรือโครงสร้างทางการเมือง ความเคารพนับถือตนเองและอัตลักษณ์ทางสังคม ทั้งสองอย่างนี้เน้นถึงผลประโยชน์ของการตีตราเพื่อสร้างอัตลักษณ์และความเคารพตนเองของผู้ถูกตีตรา ซึ่งการตีตรา

คือกระบวนการของการทำให้ผู้อื่นเสียชื่อเสียงเพื่อทำให้ตนเองเหนือกว่าผู้อื่น การยอมรับนับถือตนเองบนพื้นฐานของการตีตรามีผลที่ตามมาอีกสองอย่างคือ การแบ่งพวก ปรับปรุงการนับถือตนเองดุกดามการนับถือตนเอง กระตุ้นให้มีการแบ่งพวก การยอมรับนับถือตนเองแสดงถึงมูลเหตุตัวแปรในการแบ่งพวก การนับถือตนเองดูเหมือนจะมีบทบาทในการถูกตีตราจากมุมมองทั้งสองด้านของผู้ที่ถูกตีตราและการตีตราแก่บุคคลในสังคม

สำหรับในทัศนของ เทอเนอร์ (Turner, 1983) ได้กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดของการตีตราหมายถึง การดำเนินต่อการเคารพตนเอง หรืออัตลักษณ์ของตน ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะอธิบาย ว่าทำไมสมาชิกของสังคมบางกลุ่มถูกตีตรา ในทางตรงกันข้ามกับบางกลุ่มกลับไม่ถูกตีตรา ซึ่งรูปแบบการเปรียบเทียบทางสังคมไม่ตอบให้ชัดเจนว่าทำไม มุมมองของบุคคลนั้นถึงแม้ว่าความเคารพตนเองและตราบาปต่างก็ผสานเข้าด้วยกันในบางประเด็น ทฤษฎีต่าง ๆ ไม่มีคำตอบที่น่าพอใจว่าทำไมแต่ละบุคคลมีความแตกต่าง มีลักษณะต่อต้านกับเฉพาะกับบุคคลอื่น ๆ การให้เหตุผลเกี่ยวกับโครงสร้างของสังคม เริ่มจากต่างกลุ่มก็มีแรงกระตุ้นเพื่อพิสูจน์ให้สังคมเห็นว่า เศรษฐกิจ และระบบการเมืองในสิ่งที่พวกเขาใช้ชีวิตในสังคมนั้น บทบาทของสมาชิกจากกลุ่มที่แตกต่างจะถูกจัดบรรทัดฐานจากพื้นฐานลักษณะนิสัยที่แตกต่างของสมาชิกกลุ่ม ที่แต่ละกลุ่มต่างก็สร้างบทบาทที่แตกต่างที่สมเหตุสมผล ระบบการให้เหตุผลดึงดูดความสนใจเพราะสามารถอธิบายถึงสิ่งที่ค้นพบว่ามีความขัดแย้งและลำเอียงของคนนอกกลุ่ม โดยกลุ่มที่มีความเสียเปรียบ การยอมรับในทัศนคติทั่วไปในด้านลบของสังคม โดยสมาชิกกลุ่มที่ถูกเอาเปรียบและการรับรองแนวคิดอันเป็นรากฐานของสังคมที่ดูเหมือนจะโต้แย้งต่อความสนใจของคนที่นำมาใช้

ถึงกระนั้นก็ตาม เงื่อนไขที่ไม่สามารถควบคุมได้ของกลุ่มเป้าหมายก็ยังคงสามารถนำไปสู่การตีตราที่ไม่สามารถทำได้ ข้อมูลบางอย่างชี้ให้เห็นว่าการยอมรับการควบคุมไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อกลุ่มคนที่ป่วยทางจิต หรือพิการทางกาย แม้กระทั่งผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ติดเชื้อผ่านการถ่ายเททางเลือดซึ่งเป็นสิ่งที่เขาควบคุมไม่ได้แต่ถึงกระนั้นก็ตามก็ยังถูกตีตรา ทั้ง ๆ ที่มีน้อยกว่ากลุ่มที่เข้าใจในความรับผิดชอบต่อการติดเชื้อผ่านการใช้เข็มฉีดยา หรือการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันเช่นเดียวกันกับการถูกตีตราอย่างเต็มที่จากสมาชิกของกลุ่มเหยียดสีผิว และกลุ่มชาติพันธ์ และได้รับการจัดอันดับต่ำ ๆ ในกลุ่มสมาชิกที่ได้รับกรรมพันธุ์ในระบบชนชั้นที่ไม่สามารถควบคุมการเป็นสมาชิกในสังคมของตนเอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ความสามารถในการควบคุมอาจจะเป็นสิ่งที่สำคัญในบางกรณีของตราบาป แต่ก็ไม่ได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กันเสมอไป

ดังจะเห็นได้ว่านิยามความหมายของการตีตรานั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการเห็นชอบด้วยกันทั้งสองฝ่าย ทั้งที่ได้ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ไม่เพียงแต่สมาชิกในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามี การแบ่งแยกว่าใครเป็นคนที่มีตราบาปและใครเป็นคนปกติ การตีตราที่มีอยู่ส่วนใหญ่มักไม่

อธิบายถึงธรรมชาติของการกระทำร่วมกันทั้งสองฝ่าย แต่การเข้าถึงกระบวนการจะช่วยทำให้เห็นว่าทำไมสมาชิกในกลุ่มนั้น ๆ มีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับการที่คนหนึ่ง ๆ ควรจะถูกตีตรา และทำไมตราบาปถึงปรากฏเด่นชัดออกมาด้วยตัวของมันเอง ถ้าไม่ใช่ทั้งหมด มันเป็นค่านิยมและความเชื่อหรือว่า ในขอบเขตที่หากสมาชิกในกลุ่มเฉพาะหรือสังคมทั้งหมด มีการแบ่งปันเป้าหมายและผลประโยชน์เดียวกัน พวกเขาก็มีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับคนที่ควรถูกหลีกเลี่ยง เพราะพวกเขาเป็นคนที่ไม่ทัดเทียมกัน เพื่อน สมาชิกร่วมของกลุ่มนั้น หรือความเสี่ยงในด้านสุขภาพ เป็นที่แน่นอนว่าการรับมือของการขัดเกลาทางสังคมต้องเกี่ยวข้องกับการส่งต่อค่านิยมของตราบาป โดยเฉพาะหากเป็นสิ่งที่ได้มาจากการที่สังคมสร้างขึ้น แต่การขัดเกลาทางสังคมก็จะช่วยให้รูปแบบการปรับตัวมีอยู่เพื่อเหลือช่วยคนที่ถูกกีดกันการมีปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ การถูกตีตราในทุกวัฒนธรรมและค่านิยมอย่างแท้จริง และผ่านทางประวัติศาสตร์ คือคนที่มีรูปร่างผิดเพี้ยน เสียโฉม น่าเกลียดน่ากลัว และเป็นโรคร้ายที่สังคมรังเกียจ เหล่านักต้มตุ๋นที่ถูกตำหนิจากข้อบัญญัติในพระคัมภีร์ไบเบิลยกเว้นขโมยข้ามวัฒนธรรมยุคใหม่ที่มีอยู่ทั่วไปของการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางสังคมและความหยั่งรู้ในด้านศีลธรรมโดยคำนึงถึงบทลงโทษผู้ที่ไม่ทำตามบริบทของกลุ่ม สุดท้ายคือการหาประโยชน์จากคนนอกกลุ่มจากกลุ่มที่มีอำนาจมากกว่า

2.1.3 การตีตราคนพิการจากสังคม

การตีตรานั้นมีวิวัฒนาการความเป็นมาตั้งแต่อดีต กล่าวคือในสังคมสมัยกรีกโบราณ เช่น ในนครรัฐสปาร์ตา (Sparta) เมื่อมีทารกเกิดมาแล้วมีร่างกายไม่สมประกอบหรือมีความพิการจะถูกนำไปทิ้งที่กลางแจ้งจนตายไปเอง ความเชื่อของกรีกได้ตกทอดต่อไปยังอาณาจักรโรมัน ชาวโรมันจึงนำทารกพิการไปโยนทิ้งที่แม่น้ำไทเบอร์ (Tiber) หรือบังคับให้คนพิการอย่างเช่น คนแคระ คนตาบอด คนหูหนวก ต้องต่อสู้กับผู้หญิงหรือสัตว์ร้ายเพื่อสร้างความเพลิดเพลินให้แก่ประชาชนชาวโรมัน กาแลนด์ (Garland, 1995, p.41) แม้แต่เปลโต นักปรัชญาผู้ยิ่งใหญ่ก็ยังเสนอให้รัฐกำจัดทารกที่คลอดออกมาแล้วพิการทิ้งเสีย ทั้งนี้ก็เพื่อให้พลเมืองมีแต่คนที่สมบูรณ์และเพื่อความมั่นคงของรัฐชาติ (สมภาร พรมทา, 2535, หน้า 47) เมื่อสิ้นสุดความรุ่งโรจน์ของสังคมในสมัยกรีกโรมัน ก็เข้าสู่ยุคการครอบงำทางศาสนา ภาพของความโหดร้ายป่าเถื่อนที่สังคมกระทำต่อคนพิการก็ได้เปลี่ยนรูปไปเป็นความ รังเกียจ ดูถูก หลีกเลี่ยง สาปแช่ง นอกจากนี้แล้วยังมีทัศนคติแบบสมเพช สงสาร เห็นใจ (กิตติยา รัตนากร, 2531,หน้า 46)

บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับคนพิการในยุคนี้จึงเกิดขึ้นจากความเชื่อทางศาสนาที่ปรากฏอยู่ตามคำสั่งสอนของศาสนาต่าง ๆ อย่างเช่นศาสนาพุทธ ที่อธิบายความพิการว่า เกิดจากกฎแห่งกรรมของปัจเจกบุคคล หากบุคคลใดกระทำอกุศลกรรม คือ กรรมชั่วหรือกรรมไม่ดีในอดีตชาติปางก่อนจะต้องมารับกรรมในชาตินี้ (มูลนิธิอภิธรรม, 2542, หน้า 12) เช่นเดียวกันกับศาสนายูดายที่มอง

ว่าความพิการเกิดจากการทำบาปและถือว่าไม่บริสุทธิ์ มีตีตรา และเป็นสิ่งสกปรกทางศาสนา คนพิการจึงไม่มีสิทธิเข้าร่วมประกอบพิธีทางศาสนาหรือไม่มีแม้กระทั่งเหยียบย่างเข้าไปในสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนาของชนชาติยิว เช่น วิหาร ธรรมศาสนา เป็นต้น (Stiker, 1997, p. 14) อีกทั้งความเชื่อของบุคคลชาวยิว ยังได้ถ่ายทอดมายังคริสต์ศาสนาแม้ว่าจะมีการชำระพระคัมภีร์ใหม่จากพระคัมภีร์เดิมของศาสนายูดายก็ตาม หากแต่พระคัมภีร์ใหม่ก็ยังคงตอกย้ำว่าคนพิการเป็นบาปที่กระทำผิดต่อพระผู้เป็นเจ้าอยู่เช่นเดิม ผลของความเชื่อทางด้านศาสนาได้ส่งผลให้คนพิการเป็นคนผิดที่เกิดมาพิการจึงถูกลงโทษและถูกมองว่าเป็นคนไม่ดีจึงต้องเกิดมาเป็นคนพิการ และสมควรที่จะต้องชดใช้กรรมของตนเอง

ยิ่งไปกว่านั้นในยุคสมัยใหม่ยังมีการสร้างคำว่า disability ขึ้นมา เพื่ออธิบายและให้ความหมายแก่คนพิการที่เป็นสากล อันนำไปสู่การรับรู้และเข้าใจที่ตรงกันของสังคม เนื่องจากในอดีตไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับคนพิการที่เป็นสากล การกล่าวถึงคนพิการในอดีตจึงเป็นการกล่าวถึงตามลักษณะที่ปรากฏ เช่น คนตาบอด คนหูหนวก คนเป็นใบ้ คนแขนด้วน คนขาด้วน เป็นต้น (Depoy & Gilson, 2004, p. 21) การสร้างคำอธิบายที่เป็นสากลดังกล่าว ส่งผลให้การปฏิบัติต่อคนพิการมีความแตกต่างไปตามความเชื่อของศาสนา กลายเป็นความเชื่อและความหมายเพียงหนึ่งเดียวคือคนไร้ความสามารถทำให้คนพิการเกิดตีตราขึ้นมาในจิตใจตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา เป็นการสร้างความหมายที่เป็นสากลและมีคุณค่าในเชิงลบแก่คนพิการในสมัยใหม่ ผ่านองค์ความรู้มากมาย เช่น สาขาชีววิทยาซึ่งมีจุดกำเนิดจากทฤษฎีของ Charles Darwin ได้สร้างคำอธิบายเกี่ยวกับที่มาและวิวัฒนาการของมนุษย์ โดยชี้ให้เห็นว่ามนุษย์ที่เข้มแข็งเท่านั้นคือผู้ที่จะอยู่รอด ส่วนคนที่อ่อนแอหรือด้อยคุณสมบัติต้องตายสาบสูญไป สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้สร้างองค์ความรู้ทางกายวิภาค และสรีระวิทยา เพื่อจัดแยกประเภทและประโยชน์ใช้สอยของร่างกายมนุษย์ โดยทำให้เห็นว่ามนุษย์ควรจะประกอบไปด้วยอวัยวะใดบ้าง จำนวนเท่าใด และอวัยวะที่ประกอบขึ้นมานั้นมีหน้าที่ทำให้มนุษย์เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้อย่างไร สาขาจิตวิทยา ได้สร้างความหมายให้คนพิการกลายเป็นความผิดปกติหรือคนมีปมด้อย ส่วนสาขาสังคมสงเคราะห์ ตอกย้ำให้คนพิการเป็นคนด้อยโอกาสและเป็นภาระต่อสังคม ส่วนสาขาสังคมวิทยาก็ให้คนพิการกลายเป็นผู้เบี่ยงเบนเป็นต้น

จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์ของคนพิการที่สังคมตีตรานั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาและดำรงอยู่มาเป็นเวลายาวนานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมที่มีต่อคนพิการตั้งแต่การฆ่าทิ้งหรือการทรมานหรือการที่ปล่อยให้พวกเขาเหล่านั้นเข้ามาอยู่ในสังคมและเรียก ไอ้ด้วน ไอ้บอด ไอ้หนวก เหล่านี้เป็นการตีตรา ตอกย้ำ ความเป็นคนพิการ และที่สุดก็คือตีตราที่ตราตรึงอยู่ในจิตใจของคนพิการ ที่สุดแล้วคนพิการก็ต้องยอมรับในสิ่งที่สังคมตีตราหรือยัดเยียดให้โดยปริยาย ทั้งที่จริงแล้วมีคนพิการอีกมากมายที่ยังมีความสามารถมีสติปัญญา มีความคิด ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น

แต่เมื่อสังคมตัดสินในคุณค่าและยัดเยียดความไร้ประสิทธิภาพให้แล้วพวกเขาจึงไม่เคยได้รับโอกาส ที่จะแสดงความสามารถสติปัญญาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ ในทางตรงกันข้ามต้องกลับกลายไปเป็นภาระต่อสังคมและประเทศชาติ ด้วยเหตุนี้ยังมีผู้คนในสังคมอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถยอมรับและให้โอกาสอีกทั้งหากต้องรับรู้ว่าตนเองจะต้องกลายเป็นคนพิการ ภาพที่สังคมชินตาอยู่เสมอเมื่อนึกถึงคนพิการ เช่น คนตาบอดที่ขายล็อตเตอร์รี่ หรือเล่นดนตรีอยู่ข้างถนน ภาพคนแขนขาด้วนที่นั่งขอทานอยู่ตามสะพานลอย นอนป่วยเป็นอัมพาตต้องให้คนอื่นมาคอยดูแลรักษา หรือนั่งล้อเขนไปตามสถานที่ต่าง ๆ ด้วยความยากลำบาก เป็นต้น

นอกจากนี้ความพิการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นลักษณะความพิการทางด้านร่างกาย ได้แก่ คนตาบอด คนหูหนวก (ใบ้) คนพิการแขนขาลำตัว ความพิการทางสมองและสติปัญญา ได้แก่ คนปัญญาอ่อน สมองพิการ ความพิการทางสังคมได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจและไม่ยอมรับ เช่น โสเภณี ขอทาน เกย์ และผู้ที่อยู่ในลักษณะของความเสียเปรียบในสังคม เช่น คนเร่ร่อน ผู้ยากไร้ (จุรีรัตน์ ผ่องแผ้ว, หน้า 21) หรือกระทั่งสาเหตุของความพิการที่เกิดจากกรรมพันธุ์ของพ่อและแม่ เช่น มีความผิดปกติของโครโมโซมเพศ ภาวะผิดปกติของระบบฮอร์โมน เกิดจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อม และที่เกิดกับมารดาขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดเช่น การใช้ยา การถูกรังสี การขาดสารอาหาร โรคติดต่อและอุบัติเหตุ (กิตติยา รัตนากร, 2531, หน้า 23) ความพิการที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นลักษณะใดหรือสาเหตุใด ย่อมมีผลกระทบต่อคนพิการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพิการทางร่างกายที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว เช่นการสูญเสียอวัยวะขา ทั้งที่เห็นได้ชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ตามก่อให้เกิดความสูญเสียอัตลักษณ์ของตนเอง ไม่สามารถเดินได้เหมือนคนปกติทั่วไป หากไม่ใช้ไม้ค้ำยันหรือขาเทียมช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย มีเอกลักษณ์ที่เบี่ยงเบนไป สังคมเริ่มให้นิยามใหม่จากเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนไปว่า "คนพิการขาขาด" บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ถูกสร้างเอกลักษณ์ใหม่จากลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นจุดเปลี่ยนที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตีตราได้เริ่มขึ้นแล้วคนพิการขาขาดไม่ได้นิยามตนเองแต่สังคมได้นิยามให้แล้ว

บทสรุปสาระสำคัญของแนวคิดสังคมและตีตรา คือการยอมรับความจริงที่ว่าปัญหาและปรากฏการณ์ด้านสังคมและการตีตราในสังคมปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ไม่สามารถศึกษา ทำความเข้าใจได้ในระดับบุคคลได้ทั้งหมด หากแต่ต้องทำความเข้าใจในมุมมองของกระบวนการที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันทั้งหมด นอกจากนี้การศึกษาบริบทของสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางแนวคิดและทฤษฎีอันนำมาสู่การเรียนรู้และลำดับความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของมนุษย์กับสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจถึงภาวะเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาดและแบบแผนการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาด

ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานก่อนและหลังพิการขาขาดและการจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหาของคนพิการขาขาด

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยนี้จะใช้แนวคิดสังคมและการตีตรา ในการศึกษาใน 2 ประเด็น คือ

1. สังคมและการตีตรานำไปสู่ กระบวนการตีตราของคนพิการขาขาดในประเทศไทยจากลักษณะบุคคลปกติโดยทั่วไปที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคม นำไปสู่ภาวะเงื่อนไขสำคัญที่เกิดขึ้นในลำดับชีวิต ถูกตัดขา สูญเสียเอกลักษณ์ ชุมชนและสังคมนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ตีตราว่าเป็น"คนพิการขาขาด" ส่งผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

2. ความสัมพันธ์กับการตีตราของคนพิการขาขาด และการจัดการกับเอกลักษณ์ใหม่ หลังจากได้รับขาเทียม เป็นกระบวนการเชื่อมโยงได้อย่างไรบ้าง

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว

2.2.1 ความหมายการปรับตัว

การปรับตัว (adaptation) ในทฤษฎีว่าด้วยการวิวัฒนาการ ซึ่งดาวิน (Charles Darwin) เป็นผู้เริ่มใช้ใน ปี ค.ศ.1859 โดยได้สรุปความคิดที่ว่า สิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วยภยันตรายได้เท่านั้นจึงจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ต่อมามีนักจิตวิทยาได้นำคำว่าการปรับตัว มาใช้กับในความหมายทางจิตวิทยา โดยได้เปลี่ยนมาใช้คำว่า adjustment ในการศึกษาและเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ จำเป็นต้องศึกษาทั้งในแง่ชีววิทยาและจิตวิทยา ในแง่จิตวิทยาได้แก่การปรับตัวให้เป็นไปตามความต้องการของร่างกาย ส่วนในแง่ของจิตวิทยา หมายถึงการปรับตัวให้เป็นไปตามความต้องการของจิตใจ ซึ่งทั้งร่างกายและจิตใจจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังเช่นว่าถึงแม้จะมีร่างกายที่สมบูรณ์แต่ภาวะจิตใจตรึงเครียด ความสุขในชีวิตก็ไม่เกิด เช่นเดียวกันหากร่างกายไม่สมบูรณ์แต่ภาวะจิตใจดี ก็สามารถดำเนินชีวิตที่เกิดแก่ความสุขได้ แต่ทั้งนี้ไม่ว่าจะด้านจิตใจหรือร่างกาย ล้วนแล้วแต่ต้องมีเวลาในการปรับตัวให้สภาวะจิตใจและร่างกายยอมรับกับปัญหาทุก ๆ ด้านได้ อย่างไรก็ตามแนวคิดทฤษฎีในด้านการปรับตัวพบว่ามีความสัมพันธ์กับสังคมและบุคคลโดยไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่ต้องพบกับจุดเปลี่ยนในชีวิต พบกับความสูญเสียที่ไม่สามารถจะเรียกร้องกลับมาให้เหมือนเดิมได้ ต้องใช้เวลาและผ่านขั้นตอนกระบวนการปรับตัวไปให้ได้ จากการศึกษาการปรับตัวของนักวิชาการได้สรุปของการให้ความหมายที่สอดคล้องกันดังนี้

นิภา นิธยายน (2530, หน้า 7-9) ได้รวบรวมความหมายของการปรับตัวจากนักจิตวิทยาพอสรุปได้ดังนี้

การปรับตัว หมายถึง วิธีการที่คนเราปรับตัวให้เป็นไปตามความต้องการของตัวเอง ในสภาพแวดล้อม ซึ่งบางครั้งส่งเสริม บางครั้งขัดขวาง และบางครั้งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ตนเอง กระบวนการปรับตัวนี้ เกิดขึ้นจากความจริงที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการและเราสามารถใช้วิธีการแบบต่าง ๆ ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการนั้น ๆ ในสภาวะแวดล้อมที่ปกติธรรมดา หรือมีอุปสรรคขัดขวางต่าง ๆ กันไป

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย (2532, หน้า 334) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ในการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งจะต้องมีการติดต่อสัมพันธ์หรือแข่งขันกัน คนในสังคมจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้โดยการปรับปรุงไม่ให้เกิดความขัดแย้งจนถึงต้องแตกกลุ่มกัน แม้ว่าแต่ละคนเคยอาจจะมีนิสัยใจคอหรือผลประโยชน์แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม

การปรับตัวหมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลที่พยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเองไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการหรือด้านอารมณ์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสถานการณ์ที่มีบุคคลนั้นสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ได้แต่อย่างไรก็ตามการปรับตัวไม่ว่าจากสภาพร่างกายหรือจิตใจจะต้องใช้เวลาและขั้นตอนเป็นสภาวะอันสำคัญที่จะนำพาไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ จะเห็นได้ว่าสภาวะของการปรับตัวสามารถเกิดได้กับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ บุคคลเมื่อเกิดความคิดที่แปลกแยกไปจากสังคมหรือคนหมู่มากหรือบุคคลที่มีบุคลิกภาพไม่เหมือนกลุ่มคนในสังคม หรือบุคคลที่มีอวัยวะไม่ครบตามที่สังคมกำหนด ก็จะเกิดตีตราหรือการตีตราจากสังคมบุคคลจะต้องต่อสู้อย่างรุนแรงมากกว่าบุคคลปกติที่ต้องปรับตัวเข้าสู่สังคมโดยทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการทางกาย เพราะกลุ่มคนพิการทางกายนั้นเป็นการสูญเสียเอกลักษณ์ในด้านร่างกายซึ่งเป็นการมองเห็นอย่างชัดเจน อีกทั้งความพิการในด้านร่างกายนั้น เป็นการสูญเสียที่ไม่สามารถเรียกกลับคืนมาได้เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ใดแล้วก็จะติดตัวไปจนตลอดชีวิตดังเช่น คนพิการขาขาด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องยอมรับและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สภาพแวดล้อมให้ได้ โดยต้องใช้เวลาและกระบวนการในการปรับตัว โคลแมน และแฮมแมน (Coleman & Hamman, 1974)

เมื่อเกิดความพิการ จึงจำเป็นต้องปรับตัว เมื่อกล่าวถึง "ความพิการ" คงจะปฏิเสธไม่ได้ถึงเรื่อง "การปรับตัว" อันเนื่องมาจากสังคมได้นิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ ส่งผลทำให้คนพิการต้องปรับตัวและยอมรับความพิการของตนเองในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "คนพิการขาขาด" ที่ภายหลังประสบภาวะเงื่อนไขสำคัญนำไปสู่การเป็นคนพิการ จำเป็นต้องยอมรับและปรับตัวจากความพิการของตนหรือบทบาทจากความพิการ วิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนพฤติกรรมจากความพิการที่แสดงออกเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่ต้องใช้ "กระบวนการปรับตัว" มาอธิบายและให้ความหมาย

กับการสร้างความเป็นเหตุเป็นผลให้กับภาวะเงื่อนไขที่เกิดขึ้นในลำดับชีวิตและด้วยผลผลิตที่เกิดจากการอธิบายและสร้างความหมายจากความพิการในสังคม

นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มนุษย์มีพื้นฐานของกลไกทางจิตที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และในขณะเดียวกัน มนุษย์จำเป็นต้องปรับตัว เพื่อหลีกเลี่ยงแนวโน้มของการตกหลุมพรางจากการคบหาสมาคมกันในสังคม ปรากฏการณ์ของการปรับตัว อาจเกิดขึ้นได้ดังที่คู่มือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ปี 2529 (กรมแรงงาน, 2529) เชษฐา แก้วพรม (2551) กล่าวว่า ประการที่หนึ่ง เกิดจากทั้งสองฝ่ายซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมของการปรับตัว เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ทัดเทียมกันในการแลกเปลี่ยนในสังคม โดยมีต้นทุนทางสังคมมากยิ่งกว่าผลประโยชน์ทางสังคม ประการที่สอง เป็นการร่วมกันแสวงหาผลประโยชน์ให้กับตนเอง ด้วยรูปแบบการปรับตัวที่เป็นสาเหตุที่บุคคลถูกแยกออกจากกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์ จากสมาชิกกลุ่มใด โดยเฉพาะถ้ามีอำนาจเหนือกว่า เพื่อเอาเปรียบกลุ่มบุคคลที่ถูกขับออกจากกลุ่ม ประการที่สาม เป็นลักษณะการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อปรสิต ด้วยรูปแบบการปรับตัวเพื่อป้องกันตนเองในการติดต่อกับกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกันและน่าที่จะเป็นตัวพาหะนำโรค และประการที่สี่ ด้วยความพิการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะลักษณะใดก็ตาม ย่อมเกิดปัญหาทางด้านจิตใจทั้งต่อตัวคนพิการ ญาติและครอบครัวทำให้ต้องปรับตัวต่อกันทั้งสองฝ่าย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตสู่ภาวะปกติในสังคมให้ได้ เพราะคนพิการต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ กายภาพและทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจากอัตลักษณ์ที่แตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม

ด้วยภายใต้แนวคิดนี้เอง ที่ส่งผลทำให้สังคมแบ่งการมองมนุษย์ออกเป็น 2 แบบ คือ “คนปกติ ”และ “คนผิดปกติ” โดยพิจารณาจากลักษณะทางกายภาพของร่างกายและการเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไปของบุคคล ทั้งที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดการสูญเสียในภายหลัง รวมถึงลักษณะความผิดปกติจากพันธุกรรม กลายเป็นคน “ เบี่ยงเบน” ในสังคม มีลักษณะที่แตกต่างไปจากบุคคลโดยทั่วไปในสังคม และถูกสังคมสร้างอัตลักษณ์ใหม่ “ ถูกตีตรา” ว่าเป็นคนผิดปกติ จนต้องนำไปสู่การปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ในสังคม

นอกจากนี้การปรับตัวยังเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ในการเผชิญปัญหาโดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งจากบุคคล สังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น (Lazarus & Flokman, 1984) เป็นความพยายามที่จะทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความคิดของตนเองหรือแรงกระตุ้นสิ่งเร้าและการเรียกร้องสิ่งแวดล้อมรวมทั้งโอกาสต่าง ๆ ที่อำนวยให้เกิดการปรับตัว ประกอบกับความพยายามที่จะตอบสนอง โดยเอาชนะอุปสรรคทั้งภายในและภายนอก โดยเข้าไปอยู่ร่วมในสิ่งแวดล้อมนั้น (บัวทอง สว่างโสภากุล, 2541)

อย่างไรก็ดีจะเห็นได้ว่า ความหมายของการปรับตัวจะเป็นผลของความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งในระดับทางกายภาพ จิตใจและอารมณ์ เป็นความพยายามที่จะแก้ไขผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ แสวงหาวิธีที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นความต้องการทางกายและทางจิตใจ (โยธิน ศันสนยุทธ, 2533) เช่นเดียวกันกับราตรี พัฒนรังสรรค์ (2524) ได้กล่าวว่าเป็นลักษณะของบุคคลที่พยายามจะเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือตอบสนองของคนที่จะระบายความคับข้องใจเมื่อหาทางสนองความต้องการไม่ได้จากสังคม อีกทั้ง สุภัททา ปุณฑะแพทย์ (2532) ยังให้ทัศนะอีกว่าการปรับตัวดังกล่าวสภาพทางจิตจะต้องคล้อยตามและยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่ให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตในอนาคต

ดังนั้นจากนิยามความหมายอันหลากหลายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การปรับตัวเป็นการตอบสนองของบุคคลเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ปัญหา สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น หรือปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อรักษาดุลยภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปรกติให้มากที่สุด

2.2.2 ผู้สูญเสียอัตลักษณ์กับการปรับตัว

ผู้ที่สูญเสียขามักจะพบความบกพร่องทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยเสมอ แต่การดูแลรักษาระหว่างการฟื้นฟูสภาพ ส่วนมากจะมุ่งเน้นทางด้านร่างกายมากกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตสังคม จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองถูกคุกคาม จึงต้องการปรับตัวให้เข้ากับสังคมอีกครั้งหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในรูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ช่วยให้สุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย (Turner, 1983 quoted in McNett, 1987, p. 99) เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวโดยยึดหลักทางวิทยาศาสตร์ของเบอร์ทาเลนฟี (Bertalenffy) โดยใช้ทฤษฎีระบบ (system theory) ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลซัน (Helson's adaptation level theory, 1964) และปรัชญาที่ว่าด้วยการเป็นมนุษย์ (humanistic value) และความเป็นจริง (veritivity) เป็นพื้นฐานของ รอย (Roy ,1983 p.258-260) พบว่าโดยปกติบุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ทุกสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคล และเนื่องจากบุคคลเป็นระบบปรับตัวระบบหนึ่ง สิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นตัวป้อนเข้า (input) ที่ส่งไปยังระบบดังกล่าว ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัวแบ่งออกได้ 3 ชนิดด้วยกัน คือ

2.2.2.1 สิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบกับบุคคลโดยตรง และทำให้ต้องมีการตอบสนองโดยทันที เช่น ความพิการที่เกิดขึ้นแบบฉับพลัน

2.2.2.2 สิ่งเร้าร่วม คือ สิ่งเร้าร่วมอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรงซึ่งมีผลกระทบกับระบบบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

2.2.2.3 สิ่งเร้าแฝง เช่น เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ อุปนิสัย และบุคลิกภาพ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่า มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลหรือไม่ กล่าวคือผลกระทบของสิ่งเร้าแฝงต่อการปรับตัวของบุคคลนั้นตรวจสอบได้ยาก หรือตรวจสอบไม่ได้เลย (Roy & Andrew, 1991)

รอย และแอนดริว (Roy & Andrews, 1991, อ้างถึงใน ปาณิศา อุดทาโท, 2552, หน้า 12) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการปรับตัวซึ่งก็คือทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วย จิตสังคมเป็นหน่วยเดียวกันไม่อาจแยกจากกันทั้งนี้คนเป็นระบบเปิดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอธิบายระบบการปรับตัวของบุคคลว่าประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการควบคุม (control process) ผลลัพธ์ (output) และกระบวนการย้อนกลับ (feedback process) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สิ่งนำเข้า (input) หมายถึงสิ่งเร้าและระดับของการปรับตัวสิ่งเร้า (stimulus) เป็นสิ่งแวดล้อม ภายนอกและภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวโดยสิ่งเร้าภายนอกมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกส่วนสิ่งเร้าภายในจะมาจากภายในสถานการณ์ใหม่จะกว้างขึ้นถ้าหากบุคคลเคยมีประสบการณ์ ในการปรับตัวที่ผ่านมาก็จะสามารถปรับตัวได้เหมาะสมเมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบทำให้ระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงบุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่ระบบสมดุลโดยใช้กระบวนการควบคุม (control process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติการปรับตัวนั้นมีการปรับตัวทั้งระบบภายในได้แก่การใช้กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้และระบบภายนอกเป็นการกระทำเพื่อรักษาระดับการปรับตัวของบุคคล

2. กระบวนการควบคุม (control process) เมื่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นจะผ่านเข้าสู่ระบบบุคคลจะมีกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าที่เรียกว่า กระบวนการปรับแก้ (coping process) ซึ่งมีทั้งที่ได้มาแต่กำเนิดและได้มาภายหลัง (acquired) โดยกระบวนการปรับแก้ที่มีมาแต่กำเนิดเฉพาะของบุคคลในการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นการเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติโดยบุคคลไม่ได้คาดคิดมาก่อนส่วนกระบวนการปรับแก้ที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นผลมาจากการเรียนรู้และพัฒนาการของบุคคล

1) กระบวนการปรับแก้ประกอบด้วย 2 ระบบย่อย คือ

ก. กลไกการควบคุม (regulator subsystem) เป็นการทำงานเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวทางร่างกายเพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นไปตามปกติโดยผ่านการทำงานร่วมกันของระบบประสาทสารเคมีและต่อมไร้ท่อ (neuro-chemical-endocrine) โดยมีปัจจัยนำเข้าที่เป็นสิ่งเร้าจากภายนอกและจากการเปลี่ยนแปลงภายในของภาวะสมดุลสิ่งเร้านี้มีคุณสมบัติทางเคมีหรือเป็นสิ่งที่จะแปรเปลี่ยนเป็นข้อมูลของระบบประสาทได้แก่แสงการสัมผัสความเจ็บปวดและกลิ่นสิ่งเร้าเหล่านี้จะถูกเปลี่ยนเป็นกระแสไฟฟ้าและเดินทางผ่านเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางและถูกนำไปยังอวัยวะเป้าหมาย (effector) ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง อัตโนมัติ (autonomic reflex response) สิ่งเร้าอื่น ๆ เช่นสารในโลหิตอาจกระตุ้นต่อมไร้ท่อทำให้ผลิตฮอร์โมนไปกระตุ้น อวัยวะหรือเนื้อเยื่อเป้าหมายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองตามมา ทั้งนี้เพื่อที่ จะควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุล

ข. กลไกการรับรู้ (cognitive subsystem) เป็นกลไกการตอบสนองจากประสบการณ์ และการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการทางอารมณ์และความคิด (cognitive-emotive channels) ส่วนใหญ่ เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม

2) สิ่งเร้าที่เข้าสู่ระบบควบคุมจะผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ

ก. กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (perceptual-information process) หมายถึงการพิจารณาเลือกรวบรวมและจดจำในสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ

ข. กระบวนการเรียนรู้ (learning) หมายถึง การเลียนแบบการเสริมสร้างความรู้และ ความรู้สึกและความเข้าใจที่ลึกซึ้ง

ค. กระบวนการตัดสินใจ (judgment) หมายถึงกิจกรรมของการตัดสินใจแก้ปัญหาของบุคคล

ง. กระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion) หมายถึงการใช้กลไกการป้องกัน หรือกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้การลดความวิตกกังวลและประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งกระบวน การทั้งหมดนี้จะมีปฏิสัมพันธ์กันทำหน้าที่เสมือนหน่วยเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้ โดยมีกระบวนการ รับรู้หรือรับข้อมูลเป็นสื่อกลางสิ่งเร้าของกลไกการรับรู้ได้แก่ปัจจัยทางด้านจิตใจด้านสังคมด้านกายภาพและด้านสรีระวิทยารวมทั้งผลลัพธ์จากกลไกการควบคุมระบบย่อยทั้งสองนี้จะทำงานควบคู่ กันเสมอและไม่สามารถสังเกตได้แต่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่สามารถสังเกตและประเมินได้อันเป็นผลมาจากการทำงานของระบบย่อยทั้ง 2 ชนิดซึ่งการแสดงออกมานั้นจะมีแบบแผนการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 4 ด้านพร้อมกันพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะแสดงออก ตามวิถีของการปรับตัว (adaptive model) ซึ่งมี 4 วิถีคือการปรับตัวด้านร่างกาย

(physiologic model) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept model) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function model) และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน (interdependence model) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก) การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological model) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบ สนองความต้องการความมั่นคงทางร่างกาย (physiological integrity) เป็นการตอบสนองของบุคคลที่จะแสดงออกทางร่างกายในระดับเซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายในการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐาน 5 ประการได้แก่ (1) การได้รับอ๊อกซิเจน (2) อาหาร (3) การขับถ่าย (4) การมี กิจกรรมและการพักผ่อน (5) การป้องกันอันตรายของร่างกายและกระบวนการที่ซับซ้อนอีก 4 กระบวน การ ได้แก่ (1) การรับรู้ความรู้สึก (2) สารน้ำอิเลคโตรไลทสมดุลของกรดและด่าง (3) การทำหน้าที่ของระบบประสาท (4) การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ

ข) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept model) เป็นการปรับตัวที่มุ่งรักษา ความมั่นคง ทางจิตใจ (psychic integrity) ที่เน้นในด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดเหนี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่งโดยเป็นการรับรู้ทั้งที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และการรับรู้ปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองความเชื่อและความรู้สึกนี้มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบดังนี้ (1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกของตนเองต่อรูปร่างการทำหน้าที่ความรู้สึกภาวะสุขภาพและสมรรถนะ ทางเพศประกอบด้วยการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) และภาพลักษณ์ (body image) การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถนะของร่างกาย ที่ตนเองเป็นอยู่ เช่นการรับรู้ความเจ็บปวดอาการอ่อนเพลียเป็นต้นส่วนภาพลักษณ์จะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับขนาดรูปร่าง หน้าตาและท่าทางของตนเอง เช่น การมองว่าตนเองอ้วนหนักเกินมาตรฐานเป็นต้น 2 อัตมโนทัศน์ ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองด้านความเชื่อความคาดหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

(1) ด้านศีลธรรมจรรยา (moral ethical self) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยาบุคคลจะใช้คุณธรรมจรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติและพิจารณาตัดสินสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นสิ่งถูกหรือผิดดีหรือเลวร่วมกับความเชื่อที่ตนเองยึดถืออยู่ สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้ละเมิดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยาที่เรียนรู้และสะสมไว้จะเกิดความรู้สึกผิดมีบาปติเตียนตนเองทำให้เกิดความทุกข์ใจและมีความตึงเครียดทางจิตใจเกิดขึ้นดังนั้นความรู้สึกผิดเป็นภาวะที่บุคคลประเมินตัดสินการกระทำของตนเองที่ทำผิดไปและลงโทษตัวเองในการกระทำนั้น ๆ

(2) ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (consistency self) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองในการคงไว้ซึ่งความมั่นคงหรือความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์

ต่าง ๆ หรือมีความสม่ำเสมอในชีวิตหากบุคคลรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามเกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงของตนเองจะแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นเป็นความวิตกกังวลความไม่สบายใจหรือความเจ็บปวดด้านจิตใจด้านอุดมคติแห่งตน (ideal self) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังที่จะเป็นและความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตน บุคคลจะตั้งปณิธานเป้าหมายในชีวิตและอุดมคติต่าง ๆ ไว้แล้วพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นไปอย่างที่ตั้งไว้ถ้าบุคคลไม่ประสมความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังและไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (powerlessness) อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเบื่อหน่ายชีวิต

(3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function model) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม (social integrity) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรกระทำเมื่ออยู่ในบทบาทหนึ่ง ๆ การกระทำนี้เป็นการกระทำของบุคคลในส่วนที่สัมพันธ์กับบุคคลอื่นบทบาทของบุคคลในแต่ละสังคมจะแตกต่างกันออกไปทั้งนี้จะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนและสังคมกำหนดไว้อย่างเหมาะสมโดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมตามบทบาท (instrumental behavior) คือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการปฏิบัติหน้าที่ที่สังคมกำหนดและพฤติกรรมแสดงเจตคติ (expressive behavior) คือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกจากทัศนคติและความรู้สึกนึกคิดของตนซึ่ง รอยและแอนดริว แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 บทบาทคือ

(ก) บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่วนใหญ่ ของบุคคลในช่วงเวลาต่าง ๆ ของชีวิตบทบาทนี้จะถูกกำหนดด้วยอายุเพศและพัฒนาการตัวอย่างเช่น บทบาทของเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่เป็นต้น

(ข) บทบาททุติยภูมิ (secondary role) คือบทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานที่ต้องกระทำซึ่งสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการและบทบาทปฐมภูมิบทบาททุติยภูมิเป็นบทบาทที่ได้รับเข้ามาและทำให้เกิดงานขึ้นเป็นบทบาทที่คงที่ในช่วงเวลาหนึ่งเช่นบทบาทการเป็นบุตรนักเรียนเป็นต้น

(ค) บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาททุติยภูมิและ เกี่ยวข้องกับเป้าหมายบางอย่างในชีวิตโดยทั่วไปจะเป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลเลือกและอาจรวมถึงกิจกรรมบางอย่างที่เป็นงานอดิเรก เช่น บทบาทการเป็นประธานชมรมนักกีฬา เป็นต้น

(ง) การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence model) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคมเช่นกันการพึ่งพาระหว่างกันเป็นการดำรงรักษาความสมดุลระหว่างการที่เป็นอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่น (independence) กับการพึ่งพาผู้อื่น (dependence) การปรับตัวด้านนี้จะเกี่ยวข้องกับความเต็มใจและความสามารถที่จะรักนับถือ และยกย่องผู้อื่น

ตลอดจนการยอมรับและการตอบสนองความรักนับถือและการยกย่องจากผู้อื่น ผู้อื่นที่กล่าวในที่นี้หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นโดยเฉพาะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือผู้ที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น (significant others) เช่นบิดามารดาและผู้ที่อยู่ในระบบสนับสนุน (support systems) ของบุคคลนั้นซึ่งอาจเป็นบุคคลเดียวหรือเป็นกลุ่มก็ได้และอาจรวมถึงสัตว์เลี้ยงด้วย เช่นเพื่อนญาติสมาชิกชมรมเดียวกันถ้าบุคคลมีปัญหาในการปรับตัวอาจจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินความจำเป็น (dysfunction dependence) ก่อให้เกิดอันตรายจากการพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะได้หรือมีพฤติกรรมการพึ่งตนเองอย่างไม่เหมาะสม (dysfunction independence) ไม่สามารถมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองตามที่ต้องการได้เกิดปัญหาการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้แก่ การแยกตัวเองรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวเกิดภาวะเครียดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายได้

3. ผลลัพธ์ (output) สิ่งที่นำออกมาจากระบบการปรับตัวของบุคคลคือปฏิกิริยา การสนองตอบของระบบ (response) ซึ่งถือเป็นพฤติกรรม (behavior) สามารถสังเกตได้ตรวจสอบได้หรือบอกได้ถ้าบุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม (adaptive behavior) แสดงว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรม ที่สามารถตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายของการปรับตัวแต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (ineffective behavior) ผลจากการปรับตัวไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมหรือพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจะเข้าสู่กระบวนการย้อนกลับ (feedback process) เป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

4. กระบวนการย้อนกลับ (feedback process) ผลลัพธ์ของการปรับตัวที่เกิดขึ้นจะทำหน้าที่เป็นตัวป้อนกลับเป็นสิ่งเร้านำเข้าสู่ระบบการปรับตัวอีกเพื่อเป็นการปรับตัวต่อไป ลาซารัส (Lazarus, 1969) ได้กล่าวถึงลักษณะผู้ที่มีการปรับตัวได้ว่ามีองค์ประกอบที่แสดงว่าบุคคลมีการปรับตัวได้ดังนี้

1) มีการวิเคราะห์ (analytical thinking) คือเป็นผู้ที่มีการแก้ปัญหาโดยการวางแผนอย่าง รอบคอบระมัดระวังละเอียดถี่ถ้วนและจริงจัง

2) มีทักษะทางสังคม (social ability) คือเป็นผู้ที่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้อย่างง่ายดายมีความสุขและมี ชีวิตชีวาไม่รู้สึกลำบากใจในการเข้าสังคม

3) ความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) คือเป็นผู้ที่ไม่ปล่อยอารมณ์ไปกับความกลัวหรือ ความวิตกกังวลจนเกินไปสามารถผ่อนคลายและรู้จักหลีกเลี่ยงความตึงเครียดมองชีวิตในสภาพความเป็นจริงไม่เพ้อฝัน

4) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) คือเป็นผู้ที่เห็นคุณค่าในการตัดสินใจของตนเองปรับตัวได้อย่างง่ายดายในสถานการณ์ใหม่หรือสถานการณ์ที่ยากลำบากพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือสิ่ง ต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตไม่รู้สึกด้อยค่าพึงพอใจในรูปร่างลักษณะท่าทางของตน

5) มีความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (personal relation) เป็นผู้ที่มีความอดทนไม่โกรธง่ายควบคุมอารมณ์ได้มองโลกในแง่ดีไม่วิพากษ์วิจารณ์คนอื่นมากเกินไป

6) มีความพึงพอใจในครอบครัว (home satisfaction) คือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีพึงพอใจในสภาพของครอบครัวได้รับการยกย่องและความเข้าใจจากครอบครัว

2.2.3 คนพิการกับการปรับตัว

เมื่อคนพิการขาขาดจำเป็นต้องปรับตัว เปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตของตนแล้วนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะการดำเนินชีวิต ก็เป็นอีกรูปแบบความช่วยเหลืออีกทางเลือกหนึ่ง โดยมุ่งเน้นทางจิตวิทยาเพื่อให้คนพิการได้สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ต้องการภายใต้บรรยากาศที่เอื้ออาทรและอยู่ได้ กาสดา (Gazda, 1989, p. 14) ซึ่งการเรียนรู้ด้วยการฝึกทักษะนั้น สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ภายใต้เงื่อนไขแบบต่าง ๆ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ แทนที่ความรู้เดิมที่มีอยู่และมนุษย์ก็มีความสามารถ ที่ควบคุมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ แม้จะต้องตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมก็ตาม (อาภา จันทรสกุล, 2535)

ถึงแม้ว่าการที่จะต้องประสบกับการที่ต้องเป็นคนพิการขาขาดไปตลอดชีวิตก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิมเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองนั้น ทอมสัน (Thompson, 1987) กล่าวว่าปัจจัยหลักที่จะทำให้คนพิการขาขาดสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตนั้น บุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจกับคนพิการขาขาด อีกทั้งภาวะของจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญที่จะต้องยอมรับความพิการของตนเองให้ได้ จึงจะสามารถเปิดใจของตนให้สามารถยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เข้ามาได้ ซึ่ง รอยและแอนดริว (Roy & Andrew, 1991) ได้กล่าวในกระบวนการปรับตัวที่สำคัญของคนพิการในสังคมไว้ว่า ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบไปด้วยสิ่งนำเข้านำเข้า (Input) การควบคุม (control) ผลลัพธ์ (output) และการย้อนกลับ (feedback) ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลประกอบด้วยจิตกับสังคมเป็นหน่วยเดียวกัน ไม่อาจจะแยกออกจากกันได้ ทั้งนี้คนเป็นระบบเปิด ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

เช่นเดียวกันกับความเห็นของ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530) ที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของการปรับตัวว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ ประการที่หนึ่ง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงขับ ประการที่สอง พฤติกรรมในการค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ประการที่สาม การบรรลุเป้าหมายและประการที่สี่ ความตึงเครียดที่ลดลง จากลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถแบ่งลักษณะกระบวนการปรับตัวออกได้เป็น 2 รูปแบบ กล่าวคือ

1. การปรับตัวที่สมบูรณ์ (integrative adjustment) เป็นลักษณะเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคแล้ว สามารถแก้ไขปัญหาหรือขจัดอุปสรรคนั้นได้โดยที่ตนเองเกิดความสุขกายสบายใจบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขจนเสร็จสิ้นแต่สามารถยอมรับสภาพได้ว่าพยายามแก้ไขแล้วไม่สำเร็จและปรับสภาพความคิดความรู้สึกได้ก็ถือว่าเป็นการปรับตัวที่สมบูรณ์เช่นกัน

2. การปรับตัวแบบไม่สมบูรณ์ (non - integrative adjustment) เป็นลักษณะที่บุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหาได้และไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้พอจะมีวิธีคลายความตึงเครียดลงได้บ้างแต่ยังคงมีความเครียดความไม่สบายใจเหลืออยู่เป็นการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์แบบจำเป็นต้องมีกลไกการป้องกันตนเองเพื่อช่วยผ่อนคลายหรือลดความเครียดลง

นอกจากนี้จากผลการศึกษาเรื่อง วิธีการปรับตัวของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคมของ มอร์ริส (Morris, 1990, p.142) ยังได้กล่าวถึง วิธีการปรับตัวของบุคคลในสังคม สามารถแบ่งออกได้ 2 วิธีการ ได้แก่

1. การปรับตัวโดยการจัดการกับปัญหาโดยตรง (direct coping) เป็นวิธีการที่จะกระทำเพื่อให้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาหมดไปสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้โดยการพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองสิ่งแวดล้อมหรือเป้าหมายใหม่วิธีการกำจัดปัญหาโดยตรงแบ่งเป็น

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontation) เป็นการเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันโดยตรงเพื่อหาทางลดหรือขจัดปัญหาความยุ่งยากและตอบสนองความต้องการของตนเองซึ่งอาจใช้วิธีฝึกฝนทักษะเรียนรู้สิ่งที่จำเป็นขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มความอดทนมานะพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) การประนีประนอม (compromise) เป็นการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้โดยการประนีประนอมหรือออมชอมกันระหว่างความต้องการของตนเองกับสิ่งแวดล้อมโดยเลือกเป้าหมายที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ในระดับหนึ่ง

3) การถอนตัวจากปัญหาความยุ่งยาก (withdrawal) เป็นการปรับตัวโดยการหลีกเลี่ยง จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกินความสามารถที่จะจัดได้หรือไม่มีวิธีอื่นที่ดีกว่า

2. การปรับตัวโดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง (defensive coping) เป็นการบิดเบือนการรับรู้การคิดเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาไปจากสภาพความเป็นจริงเพื่อให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดความกดดันความสับสนความขัดแย้งภายในจิตใจและความวิตกกังวลเป็นการปรับตัวที่กระทำไปโดยบุคคลไม่รู้สึกตัวและเป็นการปรับตัวที่บุคคลไม่ได้จัดการกับปัญหาหรือสาเหตุของปัญหาโดยตรง

อย่างไรก็ตามสังคมเป็นภาพใหญ่ เป็นการยากที่จะบอกให้สังคมเปลี่ยนความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับคนพิการ ดีพอยและกิลสัน Depoy & Gilson (2004, อ้างถึงใน จิตติมา เจือไทย, 2551, หน้า 4) กล่าวว่า ในยุคสมัยใหม่มีการสร้างคำว่า "Disability" ขึ้นมาเพื่ออธิบายและให้ความหมายแก่คนพิการที่เป็นสากลอันนำไปสู่การรับรู้และเข้าใจที่ตรงกันของสังคม ส่งผลให้กลายเป็นความเชื่อและความหมายเพียงหนึ่งเดียว คือ คนไร้ความสามารถ ในความเป็นจริงมีคนพิการมากมายที่ประสบความสำเร็จในชีวิต หากสังคมได้รับรู้ผลงานหรือความสำเร็จในชีวิตของคนพิการคนหนึ่งอาจจะทำให้สังคมได้หยุดคิดและทบทวนอีกครั้งหนึ่ง แต่หากสังคมได้รับการกระตุ้นให้ทราบถึงความสำเร็จในชีวิตของคนพิการหลาย ๆ คน ก็อาจจะทำให้สังคมส่วนใหญ่ ได้หยุดคิดและทบทวนทัศนคติเกี่ยว กับคนพิการอย่างจริงจังก็ได้

เมื่อคนพิการจำเป็นต้องปรับตัว เปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตของตนเองแล้วนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะการดำเนินชีวิต ก็เป็นรูปแบบการช่วยเหลือด้านหนึ่งโดยเน้นทางจิตวิทยาเพื่อให้คนพิการสามารถดำเนินไปสู่จุดหมายที่ต้องการภายใต้บรรยากาศที่เอื้ออาทร และอบอุ่น กาสดา Gazda (1989, p. 14) ซึ่งการเรียนรู้ในการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตนั้น สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขแบบต่าง ๆ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ แทนที่ความรู้เดิมที่มีได้ และมนุษย์มีความ สามารถที่จะควบคุมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้แม้จะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ก็ตาม อาภา จันทรสกุล (2535)

ปัจจัยหลักที่ทำให้คนพิการสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้นั้น จิตใจเป็นสิ่งสำคัญซึ่งคนพิการขาขาดนั้นจะต้องยอมรับในความพิการของตนเอง ยอมรับว่านั่นเป็นรูปร่างที่แท้จริงปัจจุบันของตัวเองให้ได้จึงจะสามารถเปิดใจของตนรับสิ่งใหม่เข้ามา Meninger (1987) กล่าวว่าการยอมรับสภาพความพิการที่ถูกคนอื่นมองนั้น เป็นทางที่ลาดยาวและทรมาน สอดคล้องกับนายแพทย์อูเอดะ ซึ่งกล่าวว่า ความพยายามที่จะยอมรับความพิการให้ได้นั้นเป็นประสบการณ์ที่ทารุณต่อคนพิการอย่างมาก แต่เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลบหลีกได้ เขายังได้ลำดับขั้นตอนในการยอมรับความพิการไว้ 5 ขั้น คือ

1. ช่วงช็อค หรือปฏิกิริยาคุ้มครองตัวเองทางด้านชีวะกลศาสตร์

2. ช่วงปฏิเสธ เมื่อสภาพร่างกายมีความมั่นคงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็จะเรียนรู้ว่าความพิการที่เกิดขึ้นไม่อาจรักษาให้หายได้ ซึ่งจะเกิดปฏิกิริยาทางด้านการป้องกันตัวเอง คือปฏิเสธความพิการที่เกิดขึ้น

3. ช่วงสับสน เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถปฏิเสธสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏชัดออกมาว่าไม่สามารถรักษาสภาพของร่างกายให้หายเป็นปกติเหมือนเดิมได้ ซึ่งในขั้นนี้ คนพิการจะก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

4. ช่วงพยายามแก้ไข ช่วงนี้เป็นช่วงที่เกิดความพยายามในทางสร้างสรรค์ ผู้ป่วยจะรู้ว่าการโจมตีสิ่งภายนอกไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ถูกต้อง ความรับผิดชอบในตัวเองจะถูกสร้างขึ้นกลายเป็นความรู้สึกรับผิดชอบว่าตัวเองต้องพยายามไม่พึ่งคนอื่น ในช่วงนี้เขาจะรู้สึกด้อยถ้าต้องมีมนุษย์สัมพันธ์กับคนทั่วไปแต่ถ้าเป็นคนพิการด้วยกัน จะเกิดความรู้สึกสนิทสนมต้องการสร้างความสัมพันธ์ ช่วงนี้เป็นช่วงที่ระบบค่านิยมของคนพิการจะถูกสร้างขึ้นมาใหม่ การเพิ่มคุณค่าของคนพิการจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก จะทำให้ขบวนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามช่วงต่างๆ รุดหน้าต่อไป

5. ช่วงยอมรับ ช่วงนี้ค่านิยมจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างสมบูรณ์ จนสามารถยอมรับความพิการว่าเป็นส่วนหนึ่งของตัวเองได้ คนพิการสามารถทำงาน หรือมีหน้าที่ใหม่ในสังคม (ครอบครัว) เริ่มทำกิจกรรมใหม่ และมีความสุขต่อการดำรงชีวิตได้

อย่างไรก็ตาม กรมแรงงาน (2529, หน้า 75) กล่าวว่าคนพิการควรเกิดการยอมรับความพิการทั้ง 3 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไปพร้อมกัน ซึ่งทั้งสามด้านจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และประสบการณ์ที่คนพิการเคยได้รับในชีวิต เพราะความไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทที่คาดหวังไว้มีผลทำให้สูญเสียความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง บรันเดส (Brundage, 1986) ซึ่งในผลการศึกษาของ เอสซี แมคเนต (Mcnett 1987, p. 98-1030) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้คนพิการสามารถควบคุมตนเองและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด แต่ถ้าการสนับสนุนทางสังคมน้อย หรือไม่ได้รับเลยจะทำให้เกิดความเครียดและมีปัญหาสุขภาพตามมา

ชีปเปอร์ และล็อค (Scheper & Lock, 1981) กล่าวว่าความสำคัญในการใช้ร่างกายเป็นหน่วยในการวิเคราะห์อวัยวะของมนุษย์และผลผลิตของอวัยวะ ได้แก่ เลือด น้ำนม น้ำตา น้ำอสุจิ สามารถใช้เป็นแผนที่แห่งความเข้าใจโดยใช้เป็นตัวแทนของธรรมชาติ สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ตลอดจนความสัมพันธ์ ทางสังคมและกายภาพ

แมรี่ ดักลาส (Douglas, 1973, p. 93) กล่าวว่าร่างกายเป็นสัญลักษณ์ทางธรรมชาติที่บรรจุไว้ด้วยแหล่งที่มาของอุปมาอุปไมยมากมาย การก่อร่างทางวัฒนธรรม และของที่เกี่ยวกับร่างกาย เป็นประโยชน์ต่อการคงอยู่ของทัศนะต่าง ๆ ของสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นการมองว่าร่างกายทางกายภาพของผู้ป่วยเปรียบเสมือนร่างกายทางสังคม สะท้อนให้เห็นกระบวนการใช้สัญลักษณ์โดยร่างกายเป็นสื่อในการแสดงออกและเป็นหน่วยในการวิเคราะห์

ประเสริฐ ตันสกุล (2538) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า หมายถึง ความสามารถและความชำนาญในการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาทางพฤติกรรมและสังคมที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการถูกหล่อหลอมโดยการปรับตัวจากภาวะเงื่อนไขต่างๆที่เกิดขึ้นในลำดับชีวิตการเป็นคนพิการขาขาดนั้น ได้สร้างกรอบแนวคิดภายใต้เงื่อนไขของ "ความสัมพันธ์ทางสังคม" ที่มีหน้าที่เป็นผู้กำกับบทบาทต่างๆ จึงทำให้ถูกกีดกันความรู้และความหมายในความเป็นอื่นออกไป ทำให้หลายสิ่งหลายอย่างมีความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลทำให้ "คนพิการขาขาด" ถูกกำหนดเส้นทางในการดำเนินชีวิตทั้งในด้าน "ความสัมพันธ์ทางสังคมทั่วไป" และ"ความสัมพันธ์ทางกายภาพ" สิ่งเหล่านี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า แม้แต่ความเป็นคนพิการก็ไม่ใช่สิ่งที่จะสามารถเข้าใจในพื้นฐานของความกลมกลืนที่ปรับตัวเหมือนกันทั้งหมด แต่จำเป็นจะต้องเข้าใจความเป็นคนพิการขาขาดผ่าน "การยอมรับ" ความแตกต่างที่ดำรงอยู่ในกลุ่มคนพิการขาขาดด้วยกัน ในขณะเดียวกันก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าสถานะทางสังคมที่แตกต่างกันทั้งหลายเหล่านี้คือ "ส่วนหนึ่งของสังคม"

2.2.4 ความสัมพันธ์ของแนวคิดการปรับตัวกับการศึกษาวิจัย

บทสรุปสาระสำคัญของแนวคิดการปรับตัวในส่วนของคนพิการ คือการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิตหรือมีพฤติกรรม บุคลิกภาพ เอกลักษณ์ เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่สังคมกำหนด ย่อมเกิดความรู้สึกผิดแปลกไปจากบุคคลอื่นในสังคม โดยเฉพาะเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดเอกลักษณ์ใหม่ซึ่งผิดแปลกไปจากบุคคลอื่น ทำให้สังคมสร้างนิยามใหม่ว่า คนพิการขาขาด ทำให้ได้รับการตีตราจากสังคม แม้ว่าจะรู้สึกเจ็บปวดกับการตีตรานั้น ๆ แต่ต้องจำใจให้เกิดการยอมรับและตามมาด้วยการปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ใหม่ของตน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจถึงการยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ใหม่ที่ต้องกลายเป็นคนพิการ อีกทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งใหม่ที่จำเป็น (ขาเทียม) ซึ่งมีบทบาทอันสำคัญยิ่งแก่ชีวิตประจำวันของตนเอง

สำหรับในส่วนของสังคมการปรับตัวก็คือ การให้ " พื้นที่กับคนพิการขาขาด" โดยการเปิดพื้นที่ของความรู้และความเข้าใจให้คนพิการขาขาดได้แสดงตัวตนจากประสบการณ์ผ่าน "ผู้พูดหรือผู้เล่า" ซึ่งเป็น "หัวใจ" ของการสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการปรับตัวในสังคม

ของตนออกมา การจัดการกับ "ประสบการณ์" ที่เป็นผู้สร้างให้คนพิการขาขาดได้แสดงความคิดเห็น จะช่วยคลี่คลายปัญหาและเงื่อนไขที่แท้จริงของการปรับตัวจากทัศนะที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากโลกทัศน์ของคนพิการขาขาดที่ถูก "ซุกซ่อน" อยู่ท่ามกลางพื้นที่ในสังคมที่มีการนิยามความหมายให้และจัดระบบบนฐานความคิดของบุคคลในสังคมจากความเป็น "ปกติ " และ"ผิดปกติ " อันก่อให้เกิดความแปลกแยกและมีผลทำให้คนพิการขาขาดต้องปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่เป็นบุคคลที่มีศักดิ์ศรีคนหนึ่งให้ได้ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในสังคม

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยนี้จะใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัว ในการศึกษาใน 2 ประเด็นคือ

1. เมื่อกล่าวถึงคนพิการขาขาดกับกระบวนการปรับตัว จำเป็นต้องศึกษาผ่าน "เรื่องราวของชีวิต" ที่ต้องการนำเสนอหัวใจสำคัญของลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล เป็นเรื่องราวชีวิตโดยภาพรวมตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและอนาคต เพื่อเข้าให้ถึงความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากประสบสภาวะเงื่อนไขที่สำคัญในลำดับชีวิตกลายเป็น "คนพิการขาขาด" ที่มีอยู่ในระบบของความหมาย และนัยสำคัญที่ "ถูกสร้างโดยสังคม" ผ่านการสะท้อนเหตุการณ์ ประสบการณ์และความรู้สึก ไปสู่การแสดงออกผ่านเรื่องเล่าจากคำพูดของคนพิการขาขาดว่า ในช่วงพัฒนาการแห่งชีวิต ได้สะท้อนเรื่องราวของชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของ "ความสัมพันธ์ของการปรับตัว"ทั้งก่อน และหลังพิการขาขาดว่ามีลักษณะอย่างไรบ้าง

2. จากภาวะเงื่อนไขทางสังคม อันเป็นแนวทางที่สอดรับกับการ"ลื่นไหล" ของความหมายของการปรับตัวจากประสบการณ์ของคนพิการขาขาด ให้ปรากฏออกมาเป็น "ภาพ" ที่คนพิการขาขาด ต้องการให้บุคคลอื่น ๆ ในสังคมได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ที่ถูกสร้างขึ้นจากวิธีการทางสังคมและการปรับตัวที่แตกต่างจากบุคคลโดยปกติในสังคมได้อย่างไร

2.3 แนวคิดสิทธิคนพิการและสิทธิมนุษยชนเพื่อคนพิการ

แนวคิดด้านสิทธิของคนพิการนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานว่า คนพิการเป็นสมาชิกของสังคมเช่นเดียวกับบุคคลอื่น และสิทธิที่จะอยู่อาศัยในชุมชนหรือท้องถิ่นของตนเองและควรได้รับการสนับสนุนตามความต้องการที่จำเป็นภายใต้โครงสร้างปกติของสังคมในด้านการศึกษา สาธารณสุข การจ้างงานและบริการสังคม เมื่อคนพิการได้รับสิทธิอันเท่าเทียมกับบุคคลอื่นในสังคมแล้ว คนพิการควรจะมีบทบาทหน้าที่ที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่นด้วย เพราะเมื่อคนพิการได้รับสิทธิต่าง ๆ สังคมควรเพิ่มความคาดหวังที่มีต่อคนพิการไว้สูงขึ้นจากเดิม (คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษย์ชน, 2540 หน้า 11) ในทางปฏิบัติ สำหรับเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เช่น กระบวนการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลและ

คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกที่เหมาะสม จากผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพอย่างครบถ้วนชัดเจนแล้ว ส่วนเรื่องอื่น ๆ แม้ไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง แต่จะส่งผลกระทบต่อคนพิการในฐานะประชากรกลุ่มหนึ่งของสังคม ซึ่งจะต้อง ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผลที่เกิดขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ควรรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคนพิการด้วย

การร่วมมือกันของประเทศต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาในระดับนานาชาติ จึงเน้นไปที่การกำหนดแนวนโยบาย แผนงานมาตรการและกติกาต่าง ๆ สำหรับสร้างความเสมอภาคด้านโอกาสและสนับสนุนให้คนพิการได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ตลอดจนรณรงค์ ให้สาธารณชนได้รับความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติที่ถูกต้องต่อคนพิการและสภาพความพิการ อีกทั้งให้ตระหนักถึงสิทธิความเท่าเทียมและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของคนพิการ การดำเนินการครั้งสำคัญในระดับนานาชาติได้แก่

พ.ศ. 2498 องค์การแรงงานระหว่างประเทศให้การรับรองข้อเสนอแนะ ฉบับที่ 99 ว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพสำหรับคนพิการ

พ.ศ. 2514 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้

พ.ศ. 2518 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

พ.ศ. 2524 องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปีคนพิการสากล

พ.ศ.2526 องค์การแรงงานระหว่างประเทศให้การรับรองอนุสัญญา ฉบับที่ 159 ว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพและการจ้างงานคนพิการ และข้อเสนอแนะ ฉบับที่ 168 ในเรื่องเดียวกัน

พ.ศ.2526 ถึง 2535 องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นทศวรรษคนพิการพร้อมทั้งประกาศใช้แผนปฏิบัติการระดับโลก ว่าด้วยเรื่องคนพิการ

พ.ศ. 2536 ถึง 2545 คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิกแห่งองค์การสหประชาชาติ ประกาศให้เป็นทศวรรษคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก

พ.ศ. 2537 องค์การสหประชาชาติประกาศใช้กฎมาตรฐาน ว่าด้วยการสร้างความเสมอภาคทางโอกาสให้แก่คนพิการ

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกขององค์กรระหว่างประเทศ ได้มีส่วนร่วมผลักดันและรับเอานโยบาย กติกา แผนงาน รวมทั้งมาตรการต่างๆ มาประยุกต์ใช้ทั้งทางตรงและทางอ้อม จุดสำคัญในประวัติศาสตร์การดำเนินงานด้านคนพิการของประเทศไทยได้แก่ ประเทศไทยได้เริ่มมีการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการขึ้นเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2491 ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อช่วยเหลือคนพิการจากสงครามโลกและช่วยเด็กที่พิการจากการเป็นโปลิโอ ในปี พ.ศ. 2505 สภาสังคมสงเคราะห์ได้จัดตั้งคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในปี พ.ศ.2509

มีโครงการศรัทธาอุตสาหกรรมรับบริจาคของเหลือใช้จากผู้ที่มีจิตศรัทธานำมาให้คนพิการดัดแปลงแล้วขายในราคาถูก ต่อมารัฐบาลเห็นความจำเป็นและความสำคัญในเรื่องคนพิการมากขึ้น จึงตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมสวัสดิการคนพิการ ตามมติคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 1 พ.ค. 2516 เมื่อถึงวันที่ 14 ต.ค. 2516 ก็ต้องล้มเลิกไป เมื่อมีรัฐบาลใหม่ก็ตั้งคณะกรรมการนี้อีก ตั้งแต่วันที่ 21 มี.ค. 2517 จนถึงวันที่ 6 ต.ค. 2519 ก็ต้องล้มเลิกอีก เพราะเมื่อมีการปฏิรูปการปกครองได้มีการปรับปรุงและเปลี่ยนชื่อเป็นคณะกรรมการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เมื่อวันที่ 3 พ.ย. 2519 ต่อมาวันที่ 7 ธ.ค. 2519 มีการตั้งคณะกรรมการปรับปรุงการสงเคราะห์คนพิการทางร่างกายและจิตใจ และคนไร้ที่พึ่ง ของกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นอีกด้วย (อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ, 2537, หน้า 4) ประเทศไทยได้ก็ได้มีความพยายามออกพระราชบัญญัติเพื่อคนพิการจนได้ฉบับแรกของประเทศไทยโดยคณะกรรมการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเมื่อปี พ.ศ. 2521 จนกระทั้งปี 2534 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจึงได้รับการพิจารณาและมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายได้เป็นผลสำเร็จ และได้แบ่งประเภทของคนพิการตามกฎของกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 แบ่งออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. คนพิการทางการมองเห็น
2. คนพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย
3. คนพิการทางกาย หรือทางการเคลื่อนไหว
4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
5. คนพิการทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้

การที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผ่านความเห็นชอบพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2534 ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 โดยประกาศในราชกิจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 108 ตอนที่ 205 เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2534 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2535 สำหรับเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ระบุว่า โดยที่คนพิการเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตในการประกอบอาชีพ และในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และโดยสมควรสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมเท่าเทียมกับคนปกติ และควรให้คนพิการได้รับการคุ้มครอง การสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ ตลอดจนแก้ไขปัญหาและขจัดอุปสรรคต่างๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่คนพิการ รวมทั้งให้สังคมมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534, 2534, หน้า 8)

ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ตรา ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพที่จะนำไปสู่การจ้างงาน หรือการมีงานทำที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ ตลอด จนแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้กับคนพิการ รวมทั้งการให้สังคมได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเกื้อกูล และการให้โอกาสแก่คนพิการที่จะพัฒนาความสามารถเพื่อใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพต่อไป

2.3.1 แนวคิดสิทธิมนุษยชนเพื่อคนพิการ

สิทธิมนุษยชนคืออะไร?

สิทธิ คือ อำนาจอันชอบธรรมหรือความชอบธรรมที่บุคคลสามารถใช้ยันกับบุคคลอื่นเพื่อรักษาประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของบุคคลสิทธิสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทโดยพิจารณาจากผู้ทรงสิทธิตามรัฐธรรมนูญ คือสิทธิพลเมืองและสิทธิมนุษยชน

สิทธิพลเมืองเป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญมุ่งที่จะให้ความคุ้มครองเฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติของรัฐนั้นเท่านั้นส่วนใหญ่จะเป็นสิทธิเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในทางการเมืองอาทิเช่นสิทธิเลือกตั้งสิทธิรับสมัครรับเลือกตั้งสิทธิออกเสียงประชามติสิทธิในการจัดตั้งพรรคการเมือง

สิทธิมนุษยชนความหมายเชิงปรัชญาสมัยกรีก-สมัยกลางเป็นความหมายที่เน้นการให้คุณค่าของมนุษย์เป็นสิทธิที่มีตามธรรมชาติ (natural right) คือเป็นสิทธิบางประการที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิดอาทิเช่นสิทธิในการป้องกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นสิทธิที่เกิดแก่บุคคลทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในฐานะที่บุคคลมีความเป็นมนุษย์มิใช่เป็นสิทธิที่ผู้ปกครองหรือผู้มีอำนาจประทานให้ดังนั้นสิทธิมนุษยชนจึงเกิดมีขึ้นก่อนการเกิดของรัฐรัฐเพียงแค่รับรองและคุ้มครองให้บุคคลใช้สิทธิตามที่บุคคลพึงมีเท่านั้นจะไปจำกัดสิทธิมนุษยชนมิได้ต่อมาในสมัยใหม่เมื่อสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้นมนุษย์มีการป้องกันอย่างเป็นระเบียบมากขึ้นทั้งด้านดินแดนบุคคลและการกำหนดขอบเขตอำนาจที่ผู้ปกครองมีต่อผู้อยู่ใต้ปกครองหรืออำนาจอธิปไตยอาจให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนในเชิงกฎหมายระหว่างประเทศว่าเป็นสิทธิของมนุษย์ (right of man) คือเป็นสิทธิของผู้อยู่ใต้ปกครองที่ได้รับการคุ้มครองโดยผู้ปกครองเน้นความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของปัจเจกบุคคลโดยมีการรับรองของสิทธิเหล่านี้ในรัฐธรรมนูญในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เหตุการณ์การละเมิดสิทธิมนุษยชนของพวกนาซีที่มีต่อพวกชาวยิว ต่อมารัฐบาลเยอรมันได้มีการรับรองสิทธิมนุษยชนไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญของเยอรมันฉบับ 1949 สิทธิมนุษยชนได้มีการรับรองอย่างเป็นทางการเมื่อมีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติ (UN) ขึ้นถึงแม้ว่าการเริ่มต้นการกำหนดสิทธิมนุษยชนจะมิใช่กฎหมายโดยแท้แต่ก็เป็นแนวทางที่รัฐต้องกำหนดในเชิงศีลธรรมในการใช้อำนาจ

หรือการวางกฎเกณฑ์ในรัฐของตนให้ใกล้เคียงกับมาตรฐานที่องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้กำหนดขึ้น

อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์ (2548) ให้ความหมาย "สิทธิมนุษยชน" ว่า หมายถึงสิทธิขั้นพื้นฐานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนต้องมีและเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตหากผู้ใดมาล่วงละเมิดสิทธิดังกล่าว มนุษย์ผู้ถูกละเมิดย่อมได้รับการรับรองและคุ้มครองป้องกันโดยกฎหมาย เช่นสิทธิในชีวิตร่างกาย สิทธิในการถือครองทรัพย์สิน เป็นต้นดังนั้นอาจจะกล่าวโดยสรุปได้ว่า สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิอันประกอบไปด้วยบรรดาสิทธิขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อ การดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย

อลัน แครนส์ตัน (Cranston, 2004) อธิบายว่า คำว่า "สิทธิ" มี 2 ความหมายกล่าวคือ (1) ความชอบธรรมในทางกฎหมาย (lawful entitlement) และ (2) ความชอบธรรม ในฐานะสิ่งที่ถูกต้อง (just entitlement) เมื่อเราต้องการกล่าวถึงความถูกต้องสอดคล้องกับสิ่งที่เป็นอยู่ (being) เราจะใช้คำว่าสิทธิที่เป็นอยู่ (positive right) และเมื่อเราต้องการกล่าวถึงความถูกต้องสอดคล้อง กับสิ่งที่ควรจะเป็น (ought to be) เราก็จะใช้คำว่า สิทธิทางศีลธรรม (moral right)

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2543) ให้นิยาม "สิทธิมนุษยชน" ว่าเกิดขึ้นโดยสามัญสำนึกของมนุษย์เองและโดยศัพท์คำนี้มีความหมายเพียง "สิทธิที่จำเป็นสำหรับความเป็นมนุษย์" ดังนั้นสิทธิมนุษยชนจึงได้แก่สิทธิทุกสิทธิที่หากขาดหายไปความเป็นมนุษย์ก็จะสิ้นสุดลงไปด้วย ดังนั้น คำว่า "สิทธิ จึงอาจหมายถึงสิทธิตามธรรมชาติได้เพราะว่าแม้สิทธิตามธรรมชาติจะไม่มี "ความชอบธรรมในทางกฎหมาย"แต่ก็อาจมี"ความชอบธรรมในฐานะสิ่งที่ถูกต้อง" นอกจากนั้น คำว่า "สิทธิ" ในแนว ความคิดสิทธิมนุษยชนจึงมิได้หมายถึงแต่เพียงความชอบธรรมที่จะได้รับสถานภาพหนึ่งหรือวัตถุหนึ่งหรือกระทำการการหนึ่งเท่านั้นคำว่า"สิทธิ" นี้จึงมีลักษณะที่หลากหลายมากนักนิติศาสตร์พยายามจำแนกลักษณะของสิทธิในแนวความคิดสิทธิมนุษยชนออกเป็น 3 ลักษณะ กล่าวคือ

1. สิทธิที่จะมีเสรีภาพ
2. สิทธิที่จะได้รับความคุ้มกัน
3. สิทธิที่จะได้ประโยชน์

แม้ว่าความผิดปกติของร่างกายจะทำให้สังคมตีความหมายว่าเป็น "คนพิการ" ที่ไร้ความสามารถและทำให้ "คนพิการ" เหล่านั้นพลาดโอกาสในการใช้ชีวิตอย่างคนปกติหากแต่ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ก็ยังมีอยู่อย่างสมบูรณ์มิได้พิการตามร่างกายไป และรวมถึง "สิทธิ"ที่จะดำรงชีวิตดังเช่นคนปกติทั่วไป

ไม่ว่าสาเหตุของความพิการจะเกิดขึ้นด้วยสาเหตุใด หรือมีความพิการในลักษณะใด ก็ตาม คนในสังคมส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติในการมองคนพิการว่าเป็นผู้ที่ด้อยกว่าในทุก ๆ ด้าน ไร้การศึกษา ถูกกีดกันในด้านการประกอบอาชีพและการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเท่าเทียมกับคนปกติโดยทั่วไป นอกจากนี้แล้วคนพิการยังถูกมองว่าเป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลในการดูแล เสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูยังผลให้คนพิการถูกสังคมทอดทิ้ง ไม่ได้รับสิทธิทางสังคมอย่างที่ควรจะเป็น ประกอบกับคนพิการส่วนมากเป็นกลุ่มคนที่มีฐานะไม่ดีนัก ทำให้ขาดการศึกษาตลอดจนไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ของรัฐได้และในการช่วยเหลือคนพิการจากภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือไปในรูปของการให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ในความเป็นจริงแล้วมีคนพิการเป็นจำนวนมากที่สามารถประกอบอาชีพ รวมถึงการดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเยี่ยงคนปกติทั่วไป เพียงแต่สังคมยังไม่เปิดโอกาสให้กับคนเหล่านี้ เพราะในสังคมไทยทั่วไป คนพิการถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่มีความสามารถ เป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าสมเพชเวทนา เป็นภาระทั้งของสังคมและครอบครัวในการดูแลรับผิดชอบ ประกอบกับการขาดการยอมรับบทบาทความสามารถและตัวตนของคนพิการในสังคม จึงทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องถูกละเลยหรือทอดทิ้งให้อยู่ในสถานสงเคราะห์คนพิการต่าง ๆ รวมถึงไม่ได้รับการการแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุด (พลธรรม พลการ 2542, หน้า 5)

กล่าวโดยสรุปสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิที่เกิดแก่บุคคลทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิตามธรรมชาติของบุคคลที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดในฐานะที่บุคคลมีความเป็นมนุษย์ดังนั้นมนุษย์ทุกคนจึงมีสิทธิมนุษยชนอยู่แล้วก่อนการเกิดของรัฐรัฐมีเพียงหน้าที่ในการรับรองและคุ้มครองให้เป็นไปตามสิทธิเหล่านั้นเท่านั้นสิทธิมนุษยชนมีลักษณะเป็นสากลไม่มีข้อจำกัดในทางลักษณะตัวบุคคลคือไม่มีการแบ่งแยกบุคคลโดยใช้เกณฑ์ใด ๆ ทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็น เพศวัย สีผิว ภาษาเชื้อชาติเผ่าพันธุ์การนับถือศาสนาแม้กระทั่งความสามารถทางสติปัญญาในการรับรู้สิ่งต่างๆก็ตามสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลที่ไม่อาจจำหน่ายจ่ายโอนหรือยินยอมให้ผู้ใดมาล่วงละเมิดไปได้ประการสำคัญก็คือสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิที่ยืนยันว่า "มนุษย์มีค่าในตัวเอง"ดังที่ได้รับการรับรองในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนข้อ 1 ที่ระบุว่า "มนุษย์ทั้งหลายเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในเกียรติศักดิ์ศรีและสิทธิต่างมีเหตุผลและมโนธรรมและควรปฏิบัติต่อกันด้วยเจตนารมณ์แห่งภารดรภาพ"

สิทธิมนุษยชน แม้ไม่มีกฎหมายใดบัญญัติถึงผลการละเมิดสิทธิมนุษยชนหรือการคุ้มครองผู้ที่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนแต่สิทธิมนุษยชนก็ได้รับรองในฐานะเป็นกฎหมายธรรมชาติ

มนุษย์ทุกคนมีสิทธิ์ของความเป็นมนุษย์อยู่ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมิได้นำเอาเชื้อชาติ ศาสนา วรรณะ หรือความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจมาแบ่งแยก เพราะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จำเป็นใน

การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และเป็นสิทธิที่มีการคุ้มครองป้องกันในทางกฎหมายเป็นพิเศษสมกับความสำคัญของสิทธิดังกล่าว"

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการตัดขาและขาเทียม

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เทอดชัย ชีวะเกตุ (2549) กล่าวว่า การตัดขาเป็นศัลยกรรมที่เก่าแก่ที่สุดอันหนึ่ง เป็นการตัดเพื่อหนีภัยและจะเอาชีวิตให้รอด ซึ่งส่วนใหญ่ก็คงจะเสียชีวิตจากการเสียเลือดและการติดเชื้อ ต่อมามีการห้ามเลือดโดยการจุ่มปลายตอขาที่ถูกตัดลงไปในน้ำมันเดือดจนกระทั่งเลือดหยุดไหล ในปี ค.ศ. 1564 ศัลยแพทย์ทหารชาวฝรั่งเศสชื่อ Ambroise Pare ได้นำวิธีการห้ามเลือดโดยการผูกปลายเส้นเลือดที่ถูกตัดด้วยด้ายทำให้ ผู้ถูกตัดขารอดชีวิตมากขึ้นและตอขามีรูปร่างดีขึ้นทำให้การทำขาเทียมใส่ง่ายขึ้น การทำขาเทียมจึงมีการพัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตาม การตัดขาเป็นวิธีการสุดท้ายที่แพทย์จำเป็นต้องทำทั้งนี้เพื่อการรักษาชีวิตของผู้ป่วย ตามสาเหตุดังนี้

1. ขาได้รับอันตรายจนกระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเลือดถูกทำลาย เช่น
   1) อุบัติเหตุ ถูกรถชน รถทับ
   2) เหยียบกับระเบิด
   3) ถูกยิง
   4) ถูกเครื่องจักรการเกษตรบดบี้
   5) ไฟฟ้าดูด ช็อต
2. ขาเป็นแผลเรื้อรังและอักเสบเป็นหนอง ให้ยาก็ไม่ดีขึ้น เชื้อโรคจะลุกลามไปยังส่วนอื่นของร่างกาย เช่น หัวใจ ปอด ตับ ไต สมอง ทำให้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงจำเป็นต้องตัดขาที่อักเสบเป็นหนองทิ้งไป ที่พบได้บ่อยคือจากโรคเบาหวาน หรือจากโรคเรื้อรัง
3. การเป็นมะเร็งของกระดูก กล้ามเนื้อหรือผิวหนังที่บริเวณขา หมอต้องรีบตัดออกเพื่อไม่ให้เซลมะเร็งกระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย
4. โรคของเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงส่วนปลายไม่ได้ ทำให้เนื้อเยื่อของนิ้วเท้า หรือเท้า หรือหน้าแข้งตายและเน่า ซึ่งจะเจ็บปวดมากและเป็นอันตรายถึงชีวิต
5. ความพิการผิดปกติแต่กำเนิด

เมื่อตัดไปแล้วส่วนที่เหลือมีลักษณะเหมือนตอ เราจึงเรียกว่า ตอขาหรือ (stump) ตอขา ที่ยาว ก็จะดีกว่าตอขาที่สั้นเพราะมีพื้นที่สัมผัสระหว่างตอขา กับเบ้ามาก ทำให้เบ้ารับน้ำหนักตัวได้ดีขึ้น และการควบคุมการเดินดีกว่าตอขาสั้น แต่ถ้าตอขายาวเกินไปก็จะได้ขาเทียมที่ไม่สวยและการทำขาเทียมยากกว่าตอขาที่มีความยาวมาตรฐาน

2.4.1 การตัดขาจะเรียกตามส่วนของขาที่ถูกตัด เช่น

2.4.1.1 การตัดบริเวณข้อเท้า บางทีเรียกว่า ไซม (syme)

2.4.1.2 การตัดบริเวณใต้เข่า บิโลนี (below knee)

2.4.1.3 การตัดบริเวณข้อเข่า ทรูนี (through knee)

2.4.1.4 การตัดบริเวณเหนือเข่า อะเบิบนี (above knee)

2.4.1.5 การตัดบริเวณข้อตะโพก ฮิบดีสอาติคูเลชั่น (hip disarticulation)

เนื่องจากการตัดขาทำกันหลายระดับตามความจำเป็นและความเห็นของแพทย์ รูปร่างของขาเทียมแต่ละระดับก็จะแตกต่างกันตามรูปร่างของตอขาที่เหลือ ส่วนประกอบหรือชิ้นส่วนของขาเทียมก็จะแตกต่างกัน จึงจำเป็นที่ผู้ทำขาเทียมจะต้องทราบ ดังนี้

1. ขาเทียมระดับข้อเท้าหรือขาเทียมแบบไซม การตัดแบบนี้เป็นการตัดเอาเท้าซึ่งเป็นส่วนที่ยันพื้นรับน้ำหนักตัวออกไป จึงต้องมีเท้าเทียม ดังนั้นส่วนประกอบของขาเทียมที่ตัดผ่านข้อเท้าหรือขาเทียมแบบไซมมีดังนี้

1) เท้าเทียม เป็นเท้าชนิดพิเศษ ออกแบบเพื่อรองรับเบ้าตอขาที่ยาว

2) เบ้าที่สวมบนตอขาคือส่วนหน้าแข้งทั้งหมด เบ้านี้จะยาวมากคือยาวเท่ากับ หน้าแข้ง

2. ขาเทียมระดับใต้ข้อเข่า (below knee) การตัดขาแบบนี้คือการตัดเอาหน้าแข้ง ข้อเท้า และเท้าออกไป ดังนั้นขาเทียมก็จะต้องประกอบไปด้วย

1) เท้าเทียม ซึ่งส่วนใหญ่เราจะใช้เท้าเทียมแบบแซ็ช (SACH) ถ้าขาเทียมแบบเกษตรก็ใช้เท้าเกษตร

2) แกนหน้าแข้ง คือส่วนที่เท้าเทียมมายึดอยู่

3) ชุดปรับแนว เพื่อปรับแนวระหว่างเท้าเทียมกับเบ้า

4) ถ้วยปรับความเอียงของเบ้า ทำด้วยอลูมิเนียม

เบ้า คือส่วนที่สวมบนตอขา เบ้าที่ใช้มี 2 ชนิด คือเบ้าแบบรับน้ำหนักที่เอ็นพาเต็ลล่าที่เรียกว่า เบ้าพี.ที.บี. เบ้าชนิดนี้ต้องใช้สายยึดคล้องเหนือเข่า เบ้าบางชนิดอาจไม่ต้องใช้สายยึดเหนือเข่าแต่แต่งให้ปากเบ้าล็อกยึดติดกับปุ่มกระดูกเหนือตอขา หลายแห่งใช้เบ้าแบบนี้ตัดปัญหาเรื่องสายยึดเหนือเข่าขาด

สายยึดเหนือเข่า (ซูปราคอนไดลล่าแสตรป) ใช้ในเบ้าทั่วไป สายนี้มักจะขาดง่าย เมื่อขาดก็จะต้องหาสายมาทดแทน ถ้าหาไม่ได้ก็จะใช้ขาเทียมไม่ได้

3. ขาเทียมระดับข้อเข่า (through knee) เป็นขาเทียมสำหรับการตัดขาที่ระดับข้อเข่า กระดูกฟีเมอร์ (กระดูกต้นขา) ไม่ถูกตัด กระดูกทิเบีย (กระดูกหน้าแข้ง) และกระดูกฟีบิวล่าพร้อมทั้งเท้าถูกตัดออกไปหมด

4. ขาเทียมระดับเหนือเข่า (above knee) และขาเทียมระดับข้อตะโพก เป็นขาเทียมสำหรับคนพิการที่ถูกตัดขาที่ระดับต้นขา กระดูกฟีเมอร์บางส่วน พร้อมทั้งข้อเข่าถูกตัดออกไปหมด ขาเทียมแบบนี้จึงประกอบไปด้วย

1) เท้าเทียมแบบแซ็ช (SACH)

2) แกนหน้าแข้ง

3) ชุดข้อเข่า

4) เบ้า ซึ่งมีอยู่ 2 แบบ คือแบบปากเบ้ารูปสี่เหลี่ยม ซึ่งเรียกว่า ควาดริแล็ทเทอรรัลช็อกเก็ต และแบบหุ้มข้อตะโพกที่เรียกว่า เบ้า ICS สายรัดไซเลเซียนช่วยยึดเบ้าให้ติดกับตอขา

2.4.2 การรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสีย

การถูกตัดอวัยวะย่อมถือได้ว่าเป็นความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ความรู้สึกของความสูญเสียนี้ไม่มีทางที่จะอธิบายให้เข้าใจอย่างแจ่มแจ้งได้ เว้นเสียแต่เขาผู้นั้นจะประสบด้วยตนเอง ความรู้สึกนึกคิดและปฏิกิริยาที่แสดงออกของผู้ที่ต้องสูญเสียขาแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมากมาย

ลินเดอร์แมน (Lindemann, 1944, p. 101) กล่าวถึงความทุกข์ในช่วงวิกฤตนี้ว่า เป็นปฏิกิริยาที่แบ่งออกได้เป็น 3 อย่างคือ

1. ปฏิกิริยาทางกาย (somatic reaction)
2. ปฏิกิริยาทางอารมณ์ (emotional reaction)
3. ปฏิกิริยาทางพฤติกรรม (behavioral reaction)

ฮิวจ์สและไวท์ (Hughes & White, 1946, p. 25) ได้ศึกษาผู้ที่เสียแขนขาจากสงครามโลกครั้งที่ 2 จำนวน 350 คน พบว่าส่วนมากจะยังคงรักษาบุคลิกที่ผิดปกติ (normal personality) อยู่ได้ มีร้อยละ 83 ที่สามารถปรับตัวปรับใจได้ ส่วนกลุ่มน้อยที่ปรับตัวไม่ได้ดีนั้น มักเป็นผู้ที่มีอารมณ์เป็นเด็กและวู่วาม

Kessler (1951, p. 20) เปรียบเทียบความทุกข์โศกของการเสียแขนเสียขาว่า "เหมือนกับการที่เราต้องสูญเสียคนที่เรารัก" (grief of death of a love one) ช่วงของความทุกข์โศกที่สำคัญที่สุดคือช่วงแรก หรือที่เรียกว่า acute grief เป็นช่วงความทุกข์โศกในช่วงวิกฤต

ปาร์คเกอร์ (Parkes, 1975, p. 11) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปฏิกิริยาของความทุกข์โศกในช่วงวิกฤตของผู้ที่ต้องสูญเสียแขนเสียขากับผู้ที่ต้องเสียคู่ชีวิต พบว่าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนั้นเหมือน ๆ กัน คือจะเกิดความรู้สึกช็อค (shock) ชาหรือตื้อ (numbness) ไม่ยอมเชื่อ (disbelief) โกรธ (angry) และ

ความรู้สึกผิด (guilt) และจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป บ่อยครั้งที่จะเกิดความรู้สึกอิจฉาคนอื่น ๆที่ไม่ต้องเป็นอย่างตน

รอย (Roy, 1984) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวโดยยึดหลักทางวิทยาศาสตร์ของเบอร์ทาเลนฟี (Bertalenffy) ทฤษฎีระบบ (System Theory) ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลลัน (Helson's adaptation level theory, 1964) และปรัชญาที่ว่าด้วยการเป็นมนุษย์ (humanistic value) และความเป็นจริง (veritivity) เป็นพื้นฐาน (Roy, 1983, p. 258-260) โดยทฤษฎีมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของรอย ได้แก่ ทุกสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคล (Roy, 1984, p. 22) และเนื่องจากบุคคลเป็นระบบปรับตัวระบบหนึ่ง สิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นตัวป้อนเข้า (input) ที่ส่งไปยังระบบดังกล่าว ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัวออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าจากภายในหรือภายนอกที่บุคคลเผชิญอยู่โดยตรง และมีความสำคัญมากที่สุด ทำให้บุคคลต้องปรับตัว เช่น การถูกตัดขา

2. สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมนอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง ซึ่งมีผลต่อสิ่งเร้าตรงและความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล อาจเป็นปัจจัยทางบวกหรือทางลบ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่พิการ สาเหตุที่พิการ เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในอดีต และมีผลต่อสภาวการณ์นั้นแต่ไม่ชัดเจน บุคคลอาจจะไม่ตระหนักถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากเป็นอิทธิพลที่สังเกตได้ยาก เช่น เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ อุปนิสัยและบุคลิกภาพของคนพิการ

ในผู้ป่วยสูญเสียแขนขา มักพบความบกพร่องทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยเสมอ แต่การดูแลรักษาระหว่างการฟื้นฟูสภาพ ส่วนมากจะมุ่งเน้นทางด้านร่างกายมากกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตสังคม จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองถูกคุกคาม จึงต้องการปรับตัวให้เข้ากับสังคมอีกครั้งหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในรูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้องที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และลดอัตราการตาย (Turner, 1983 quoted in McNett, 1987, p. 99)

2.4.3 ประวัติและวิวัฒนาการของแขนขาเทียม (Historical Development of Artificial Limbs)

มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่มีการต่อสู้เพื่อการทำมาหากินและการอยู่รอด ต้องเผชิญกับภัยธรรมชาติที่ร้ายแรง โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือสูญเสียอวัยวะส่วนต่าง ๆ ไป มนุษย์ก็ไม่ได้ย่อท้อ พยายามหาหนทางที่จะดัดแปลงเอาสิ่งรอบตัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของวิวัฒนาการของการทำแขนขาเทียม หรือกายอุปกรณ์เสริม

แขนขาเทียมมีวิวัฒนาการ 2,000 ปี ภายหลังกายอุปกรณ์เสริม แขนขาเทียมที่สามารถอ้างอิงได้อันดับแรกทำขึ้นเมื่อ 484 ปีก่อนคริสตศักราช ซึ่งบันทึกโดย Herodotus ว่า มีนักโทษชาวเปอร์เซียคนหนึ่งชื่อ Hegesistratus ถูกจองจำโดยการล่ามโซ่เท้าไว้กับเสา นักโทษผู้นี้ได้ตัดข้อเท้าตัวเองหนีไป ทำเท้าเทียมใส่แล้วกลับเข้ามารบอีก จนในที่สุดก็ถูกชาว Spartan จับได้และฆ่าตายในที่สุด ขาเทียมในสมัยก่อนนิยมใช้แบบ peg leg (มีลักษณะเป็นแท่งไม้มาต่อกับเบ้าตอขา สามารถเดินยืนรับน้ำหนักตัวได้แต่เหยียดงอไม่ได้)ทำด้วยไม้ จนกระทั่งศตวรรษที่ 16 จึงมีการนำเอาวัสดุอย่างอื่นมาใช้ สำหรับขาเทียมที่เก่าแก่ที่สุดที่มีตัวตนนั้นอยู่ใน Royal College of Surgeon ในลอนดอน ขาเทียมนี้ขุดได้จากหลุมฝังศพเมือง Capua ประเทศอิตาลี ในปี ค.ศ. 1858 จากการศึกษาพบว่าขานี้อยู่ในช่วงสงคราม Samnite War II 300 ปีก่อนคริสตศักราช ซึ่งเป็นช่วงการสร้างอาณาจักรโรมัน (Roman Empire)

สำหรับมือเทียมนั้น ก็มีการบันทึกว่า นายพล Marcus Sergius ชาวโรมันซึ่งสูญเสียมือขวาในสงคราม Punic War (218-201 ก่อนคริสตศักราช) ได้ทำมือเหล็กมาใส่และใช้ในการรบได้ดี จากช่วงก่อนคริสตศักราช จนกระทั่งถึงศตวรรษที่ 15 นอกจากที่กล่าวมาแล้วนี้ไม่มีการบันทึกถึงเรื่องแขนขาเทียมอีกเลย จนกระทั่งถึงยุคกลาง (middle age) ซึ่งเป็นประวัติศาสตร์ของยุโรปในช่วง ค.ศ. 1476-1450 เริ่มมีการนำปืนใหญ่มาใช้ (Crecy ในค.ศ. 1346) มีสูญเสียแขนขา ก็ดีมีผู้พยายามทำขาเทียมอย่างหยาบ ๆ หรือมิฉะนั้นก็ใช้ล้อเข็น

ช่วงศตวรรษที่ 15-18 ซึ่งเป็นช่วงที่ยังมีสงครามรบพุ่งกันในยุโรปมาก แขนขาเทียมก็ได้รับการกล่าวถึงอีก โดยที่บรรดานักรบหรืออัศวินทั้งหลายต้องการจะปิดบังความพิการของตัว จึงให้ช่างทำอาวุธ (armorer) ดัดแปลงทำแบบขาเทียมให้ ซึ่งประวัติศาสตร์และนวนิยายได้มีเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้อวัยวะเทียมเหล่านี้มากมาย อัศวิน Goetg ของ Berlichingen ชาวเยอรมัน ที่ใช้มือเหล็กในการรบ มือเทียมแบบ Alt Ruppin ที่ขุดค้นพบจากริมฝั่งแม่น้ำไรน์ (Rhine) ในปี ค.ศ. 1863 เชื่อว่าถูกประดิษฐ์ขึ้นและนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1400 จากการศึกษาแขนขาเทียมโบราณในพิพิธภัณฑ์ Stibbert แห่งเมืองมิลาน อิตาลี พบว่าแขนเทียมเหล่านี้มีทั้งแบบใช้งานได้และแบบเพื่อความสวยงาม

ในช่วงนี้ได้มีแพทย์ชาวฝรั่งเศส Ambroise Pare (1510-1590) ได้นำวิธีการห้ามเลือดโดยใช้เชือกผูกเส้นเลือดที่ถูกตัดแทนวิธีการเดิมที่เอาส่วนแขนขาที่เหลือจากการตัดจุ่มลงไปในน้ำมันเดือดๆเพื่อห้ามเลือด หรือการขยี้ปลายให้แหลกเพื่อให้เลือดหยุดไหล

เมื่อสามารถควบคุมการหลั่งเลือดได้แล้วจึงทำให้สามารถเลือกการตัดขาในระดับต่าง ๆ ได้ ซึ่ง Ambroise Pare ได้ทำการตัดบริเวณข้อศอก (elbow disarticulation) เป็นครั้งแรกในปี 1564 และยังได้กำหนดบริเวณการตัดแขนขาอีกหลายอย่าง ซึ่งตรงกับที่ใช้ในปัจจุบันนอกจากนี้ยังประดิษฐ์ขาเทียมและมือเทียมชนิดที่มีข้อเพื่อให้ขาเทียมและแขนเทียมใช้งานได้ดี ขาเทียมและมือเทียมที่มีข้อสำหรับการงอเหยียด ประดิษฐ์โดย Ambroise Pare (รูปภาพจากเอกสาร Arned for a medical library)

ในปี ค.ศ. 1696 Verduin ศัลยแพทย์ชาวฮอลันดาได้ประดิษฐ์ขาเทียมใต้เข่าซึ่งเท้าทำด้วยไม้และ socket ทำด้วยทองแดงบุภายในด้วยหนัง ซึ่งในสมัยนั้นไม่ได้รับความนิยม แต่อีก 100 ปีต่อมาก็กลับมาได้รับความนิยมอีกครั้งหนึ่ง

ในปี ค.ศ. 1674 Morel ได้นำวิธีการห้ามเลือดในขณะผ่าตัดโดยการรัดเส้นเลือดใหญ่ (tourniquet) ทำให้การผ่าตัดแขนขาเพื่อช่วยชีวิตได้รับความนิยมมากขึ้น ทำให้วิธีการทำแขนขาเทียมมีความก้าวหน้าตามไปด้วย จึงมีการทำขาเทียมแบบใต้เข่าซึ่งทำเท้าด้วยหนัง อัดภายในด้วยขนม้าและมีข้อเท้าด้วย Charles White เป็นศัลยแพทย์คนแรกที่ทำ elective below knee amputation และยังประดิษฐ์ขาเทียมใต้เข่าซึ่งประกอบด้วยเท้าที่มีข้อ, ส่วนของหน้าแข้ง (shin) ทำด้วยท่อดีบุกหุ้มด้วยหนัง และมีสายหนังยึดติดกับโครงเหนือเข่า ในปี ค.ศ. 1796 Professor J.H. Brunninghausen ได้ทำขาเทียมสำหรับผู้ป่วยถูกตัดเหนือเข่า, ใต้เข่า โดยให้ข้อเท้าแข็ง แต่ mid tarsal joint ขยับได้โดยใช้ spring ควบคุมการเคลื่อนไหวของเท้า และ Gavin Wilson แห่ง Edinburg ได้ประดิษฐ์มือเทียมที่สามารถจับมีด, ช้อน, ส้อมได้ และยังทำขาเทียมเหนือเข่าที่เข่าขยับงอเหยียดได้ด้วย

ในศตวรรษที่ 19 เมื่อ โจเซฟ ลิสเตอร์ (Lister, 1827-1912) ได้พัฒนาวิธีการผ่าตัดปราศจากเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขารอดตายมากขึ้น ทำให้การทำแขนขาเทียมได้รับการพัฒนาออกไปเช่นกัน จนกระทั่งมีผู้ที่ทำแขนขาเทียมที่ไม่ใช่แพทย์ได้แสดงฝีมือความสามารถได้อย่างเต็มที่มากขึ้น โดยแพทย์จะมุ่งอยู่กับเทคนิคการผ่าตัดที่ทำอย่างไรจึงจะให้แผลผ่าตัดหายดีและหายเร็วขึ้น โดยมีเอกชนเข้ามาทำแขนขาเทียมให้ในเชิงการค้าต่อไป

ในปี ค.ศ. 1800 James Potts ได้จดทะเบียนขาเทียมเหนือเข่า ชื่อ Anglesea ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นไม้กลวง 2 ชิ้น คือชิ้นเหนือเข่าและใต้เข่า มีข้อเข่าทำด้วยโลหะ ข้อเท้าทำด้วยไม้ และมีสายควบคุมการเคลื่อนไหวของข้อเท้าโยงมาที่ข้อเข่า ทำให้เดินได้ดีขึ้น

Serre ในปี 1826 ได้ใช้ thigh corset มาช่วยรับน้ำหนักในผู้ป่วยตัดใต้เข่า และ Goyrand ในปี 1831 ใช้ isheal tuberosity มาช่วยรับน้ำหนักในการทำขาเทียมให้ผู้ถูกตัดขาเหนือเข่า

Benjamin F.Palmerในปี ค.ศ. 1846 ได้จดทะเบียนขาเทียมเหนือเข่าที่ทำด้วยไม้ โดยส่วนเหนือเข่าและส่วนหน้าแข้งจะกลวง ส่วนข้อเข่าและข้อเท้ามีแกนทำด้วยโลหะ ข้อเข่ามี friction ด้วย ในช่วงศตวรรษที่ 19 นี้ มีขาเทียมแบบต่าง ๆ ได้รับการจดทะเบียนลิขสิทธิ์ถึง 250 แบบ

ในปี 1863 Dubois D.Parmelee ได้จดทะเบียนลิขสิทธิ์ suction socket แต่ว่าอีก 90 ปีต่อมาจึงได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง

ในสงครามระหว่างอิตาลีและ อบิซีเนีย (Italian – Abyssinian War) ช่วงปี ค.ศ. 1897-1898 เชลยศึกชาวอิตาลีถูกชาวอบิซีเนียตัดมือไปมาก นายแพทย์ Vanghettiจึงได้คิดวิธีนำเอากล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มาใช้ประโยชน์ในการควบคุมการเคลื่อนไหวของมือและนิ้วมือ จึงมีศัพท์ใหม่ขึ้นมา คือ Cineplasty โดยการทำผ่าตัดครั้งแรกที่เมืองปีซ่า (Pisa) ในปี ค.ศ. 1900

ในช่วงศตวรรษที่ 20 แขนขาเทียมได้รับการพัฒนาขึ้นมากที่สุด เพราะเป็นศตวรรษที่มีสงครามใหญ่ ๆ เช่น สงครามโลกครั้งที่ 1, สงครามโลกครั้งที่ 2, สงครามเกาหลี และสงครามเวียดนาม

ในสงครามโลกครั้งที่ 1 มีทหารพลเรือนในยุโรปและอเมริกาถูกตัดแขนขาถึง 300,000 ราย โดยเป็นชาวอเมริกัน 4,403 ราย ชาวอังกฤษ 42,000 ราย ที่เหลือเป็นชาติอื่นๆ การที่ชาวอเมริกันถูกตัดแขนขาน้อยกว่าชนชาติอื่นก็เนื่องจากว่าประเทศอเมริกาเข้าสงครามภายหลังชาติอื่น อังกฤษเป็นชาติแรกที่ก่อตั้งศูนย์ผู้ถูกตัดขา (amputee center) ที่เมือง Rhoehamptonในปี ค.ศ. 1915 มีหน้าที่ทำขาและซ่อมแซมขาเทียมให้แก่ทหารพลเรือนที่ถูกตัดขา โดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ ในปี ค.ศ. 1917 เมื่ออเมริกาเข้าร่วมสงครามโลกครั้งที่ 2 รัฐบาลอเมริกันได้กระจายความรับผิดชอบในการทำแขนขาเทียมให้แก่บริษัทเอกชนทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังใช้โรงพยาบาล Walter Reed เป็นศูนย์ฝึกอบรมศัลยแพทย์จากทั่วประเทศ ถึงเทคนิควิธีทำการผ่าตัด โดยนายแพทย์ Philip D.Wilson และเทคนิคเหล่านี้ก็กระจายไปทั่วสหรัฐอเมริกา Cineplasty ก็ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในช่วงหลังสงคราม รัฐบาลได้ให้ทุนในการค้นคว้าพัฒนาหาวัสดุและเทคนิคต่างๆมาทำให้แขนขาเทียมมีคุณภาพดีขึ้น ใช้งานได้มากขึ้น

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 มีชาวอเมริกันถูกตัดแขนขาถึง 17, 130 ราย ซึ่งก็เป็นการกระตุ้นให้มีการจัดตั้งศูนย์วิจัยการพัฒนาแขนขาเทียม การออกกำหนดมาตรฐานสำหรับชิ้นส่วนอุปกรณ์ต่าง ๆ ในปี ค.ศ. 1943 ทางกองทัพสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวนโยบายอย่างชัดเจน การผลิตแบบที่เป็นมาตรฐานที่สามารถใช้ได้อย่างสะดวกและดัดแปลงได้ง่าย รัฐบาล ยังได้ให้ห้องทดลองมาตรฐาน ของเอกชนร่วมมือกับศูนย์การแพทย์ของกองทัพและองค์การทหารผ่านศึกค้นคว้าวิจัย และรัฐสภายังผ่านกฎหมาย (public law 729) ในปี ค.ศ. 1948 ให้เงินอุดหนุนองค์การทหารผ่านศึกปีละ $1,000,000 เพื่อวิจัยและพัฒนาแขนขาเทียม รวมทั้ง orthopedic appliances และ sensory aid ซึ่งเงินส่วนใหญ่จะ

นำมาใช้ในการพัฒนาแขนขาเทียม โดยผ่านทางศูนย์การแพทย์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ หรือบริษัทต่าง ๆ เช่น บริษัทสร้างเครื่องบิน Northrop ผลิต elbow unit ที่ lock และ unlock ได้โดยไม่ต้องใช้มืออีกข้างมาช่วยเหลือเป็นต้น ในปี ค.ศ. 1946 ประเทศทางภาคพื้นยุโรปก็ได้เริ่มมาสนใจและพัฒนาแขนขาเทียมอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศเยอรมนีได้พัฒนา suction socket จนสามารถใช้ได้สะดวกและใช้ได้ดี และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้จัดตั้ง prosthetic center เพื่อการค้นคว้าพัฒนาแขนขาเทียมให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

ในอนาคตการทำแขนขาเทียมนั้นคงจะมุ่งไปถึงจุดที่จะมีแขนขาเทียมที่มีขนาดเบา, แข็งแรง, ใช้ได้สะดวกทุกสภาพและได้ดังใจ เช่น การนำเอากระแสไฟฟ้าจากกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่ที่แขนหรือขามาควบคุมการทำงานของมือ, นิ้วมือ หรือข้อเท้า ถึงแม้ว่าเราจะทำให้แขนที่เทียมมีรูปร่างลักษณะเหมือนของจริงมากที่สุด ใช้การได้ดีที่สุดเท่าใด สิ่งที่แขนขาเทียมจะไม่มีวันจะเหมือนแขนขาธรรมชาติได้ก็คือ ขาดความรู้สึก

สำหรับประเทศไทยมีคนพิการที่ขาขาดจำนวนมาก ก่อนต้นปี พ.ศ.2503 นั้น คนพิการที่ขาขาด หากต้องการจะใส่ขาเทียมจะทำได้ 4 วิธี คือ

1. เดินทางไปใส่ขาเทียมในต่างประเทศ แต่มีคนนิยมทำกันน้อย เพราะเป็นการสิ้นเปลืองมาก และการเดินทางในสมัยก่อนไม่มีความสะดวก

2. ขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ส่วนมากแพทย์ผู้ที่ทำการผ่าตัดเป็นผู้ช่วยสั่งขาเทียมจากต่างประเทศให้

3. ให้แพทย์ที่มีความสนใจทางด้านนี้ช่วยหาช่างทำให้ ซึ่งสมัยนั้นมีแพทย์บางท่านมีช่างฝีมือดี สามารถทำขาเทียมภายใต้การควบคุมของตน

4. ทำขาเทียมใช้กันเอง ซึ่งอาจทำโดยตัวคนพิการเอง หรือญาติพี่น้องทำให้ เป็นวิธีที่คนพิการใช้กันมากที่สุด และขาเทียมที่ชาวบ้านทำใช้กันเอง มีมากมายนับร้อยชนิด ซึ่งทำได้ดีมาก วัสดุที่นำมาใช้มีหลายชนิด เช่น หวาย ไม้ ผ้าใบ เหล็ก ทองเหลือง ทองแดง สังกะสี อลูมิเนียม เป็นต้น

2.4.4 การพัฒนาขาเทียมในประเทศไทย

ขาเทียมเป็นอวัยวะเทียมที่สร้างขึ้นเพื่อทดแทนขาที่สูญเสียไปจากสาเหตุต่าง ๆ มนุษย์เริ่มทำขาเทียมใช้ตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์คงจะเห็นได้จากภาพวาดตามผนังถ้ำแสดงถึงการนำเอากิ่งไม้มาประกบกับตอขาปลายอีกข้างหนึ่งยันบนพื้น ขาเทียมที่มีบันทึกในประวัติศาสตร์ Herodotus เมื่อ 500 ปีก่อนคริสตศักราชเกี่ยวกับนักโทษชาว Spartan ชื่อ Hegesistratus ถูกทหารเปอร์เซียจับได้และถูกตีตรวนที่ข้อเท้าเขาตัดเท้าตัวเองแล้วหนีไป เมื่อเขาหายดีเขาก็ทำเท้าเทียมด้วยไม้ขึ้นใช้เอง และกลับมาทำหน้าที่เป็นอนุสนาจารย์ในกองทัพแล้วถูกทหารเปอร์เซียจับอีกครั้งคราว

นี้เขาถูกประหารชีวิตทันที ในประเทศไทยไม่มีการบันทึกการทำขาเทียมมาก่อนแต่ก็เชื่อว่าได้มีการนำเอาไม้ที่มีอยู่มากมาย เช่น ไม้ หรือไม้ไผ่ปลายหนึ่งทำให้เป็นเบ้าอีกปลายหนึ่งเป็นแกนไม้มาใช้สวมใส่เดิน ตลอดจนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่สองที่มีแพทย์ไทยไปศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา แล้วจึงนำความรู้วิธีการทำขาเทียมมาใช้ให้บริการแก่คนพิการขาขาด

ดำรง กิจกุศล (2526) ในปี พ.ศ.2507 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จัดทำขาเทียมแบบไซม (Syme) เป็นขาแรก โดยทำเบ้าขาด้วยไม้ ซึ่งขุดยากมาก ต้องใช้ความชำนาญในการขุดเบ้า และต่อมาได้เปลี่ยนมาใช้พลาสติกทำเบ้าตามวิธีของประเทศแคนาดา

พล.ท.ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์ (2539) ในปี พ.ศ.2513 ได้เปิดให้หน่วยบริการขาเทียมสำหรับทหารที่ถูกตัดขาจากการสู้รบ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี (2529) ในปี พ.ศ.2522 ได้เปิดโรงเรียนกายอุปกรณ์โดย นพ.เอกชัย จุลจาริต เป็นผู้รับผิดชอบผลิตบุคลากรให้มีความสามารถบริการด้านกายอุปกรณ์เสริมและเทียม ให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ณ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เทอดชัย ชีวะเกตุ (2542) ในปี 2539 มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ศึกษาวิธีการทำขาเทียมจากพลาสติก polypropylene ด้วยเห็นว่าเทคโนโลยีการทำขาเทียมของสภากาชาดสากล (International Committee Red Cross) ซึ่งนำมาทำเพื่อช่วยเหลือคนพิการขาขาดในประเทศกัมพูชา ลาว เวียดนาม พม่า เป็นเทคโนโลยีที่สามารถนำมาใช้ในประเทศไทยได้ ไม่ต้องใช้เครื่องจักรในการผลิตและต้นทุนในการผลิตก็ถูก ประมาณ 1,000 – 1,500 บาทต่อขา และได้รับอนุมัติจาก ICRC ให้นำเทคโนโลยีการผลิตนี้มาเผยแพร่โดยการฝึกอบรมวิธีการทำขาเทียมใต้เข่าด้วย polypropylene ให้แก่เจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการผลิตขาเทียมให้ทัดเทียมกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการทำขาเทียมและเพื่อประหยัดเงินตราต่างประเทศและลดการเสียเปรียบดุลการค้า

2.4.5 การประเมินและการเลือกขาเทียมที่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกขาเทียมที่เหมาะสมสำหรับคนพิการโดยการพิจารณาจากลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

2.4.5.1 อายุ ขนาดของร่างกาย และลักษณะทางด้านกายภาพของผู้ใช้

2.4.5.2 ความพิการและการพยากรณ์โรค

2.4.5.3 ทักษะเกี่ยวกับการใช้งาน

2.4.5.4 สถานที่ที่ต้องใช้งาน

2.4.5.5 ระดับการยอมรับการใช้ขาเทียม

2.4.5.6 ความสวยงาม

2.4.5.7 ความมั่นคงแข็งแรงและความทนทานในการใช้งาน

2.4.5.8 ราคา

2.4.6 เกณฑ์การประเมินเพื่อพิจารณาเลือกขาเทียม

2.4.6.1 ลักษณะของผู้ใช้ ได้แก่ ลักษณะความพิการ ระยะเวลาที่เกิดความพิการ การวินิจฉัยโรค ขนาดและน้ำหนักตัว

2.4.6.2 ความต้องการของผู้ใช้ โดยพิจารณาจากกิจกรรมที่ใช้งาน ความชอบ/ความพอใจ ของผู้ใช้ ความแข็งแรงทนทาน และความมั่นคงของขาเทียม

2.4.6.3 ทักษะทางด้านร่างกาย และประสาทรับความรู้สึกช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความสามารถในการใช้งานของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง การมองเห็นและการรับรู้

2.4.6.4 ทักษะในการใช้งาน ได้แก่ ความสามารถในการเดิน และ การฝึกการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.4.6.5 น้ำหนักของขาเทียม โดยทั่วไปน้ำหนักของขาเทียมระดับใต้เข่าจะอยู่ในช่วง 2-3 กิโลกรัม แต่ในระดับเหนือเข่า และระดับสะโพกจะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากการมีข้อเข่าเทียมและข้อสะโพกเทียม ทำให้ขาเทียมมีน้ำหนักมากขึ้นตามระดับการตัดของขา

2.4.7 ปัญหาที่เกิดขึ้นในการใส่ขาเทียม

เทอดชัย ชีวะเกตุ (2543) กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาอันเกิดจากการใช้ขาเทียมนั้นมีมากเพราะขาเทียมจะต้องรับน้ำหนักตัวตลอดเวลาที่ยืนและเดิน ซึ่งนอกจากจะก่อปัญหาให้แก่ตอขาโดยตรงแล้วยังมีปัญหาในเรื่องของการซ่อมบำรุง และสาเหตุดังนี้

2.4.7.1 ความเจ็บปวด ถ้ามีความเจ็บปวดเมื่อสวมใส่ขาเทียมยืนแสดงว่ามีการกดที่ปุ่มกระดูกในตอขา มีสาเหตุจากการพอกปูนบนหุ่นไม่ถูกต้อง หรือเพียงพอในการจัดที่จะไม่ให้เบ้า

ส่วนนั้นรับน้ำหนักตัว หรือการขูดเอาปูนออกน้อยไปในจุดที่ต้องการจะให้รับน้ำหนักตัว จึงรับน้ำหนักได้ไม่ดีไม่กระชับตอขา จึงเลื่อนลงไปทำให้ปุ่มกระดูกเลื่อนลงไปกดตรงผิวของเบ้าที่ไม่ได้เตรียมให้เว้นจุดกดดังนั้นจึงเกิดการกดและเจ็บปวด วิธีแก้ปัญหาเฉพาะหน้าคือ ใช้ความร้อนช่วยเป่าดันผนังเบ้าตรงจุดกดเจ็บออกมาและดันจุดรับน้ำหนักเข้าไป ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ถูกต้อง

2.4.7.2 ความเจ็บปวดในขณะเดิน แสดงว่าการจัดแนวระหว่างเบ้าและรวมทั้งการจัดเอียงเบ้าไม่ถูกต้อง

2.4.7.3 เบ้าหลวม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมาก ในผู้ที่ถูกตัดขาใต้เข่าใหม่ตอขาบวม ซึ่งจะค่อยๆเล็กลงดการกดและเจ็บปวด วิธีแก้ปัญหาเฉพาะ การเล็กลงของตอขานี้ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ปกติ เพราะกล้ามเนื้อที่มาประกอบเป็นตอขานั้น มีหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวของเท้า เมื่อเท้าถูกตัดออกไป กล้ามเนื้อเหล่านี้จึงไม่มีงานทำจึงจะลีบเล็กลงเสมอทำให้เบ้าขาเทียมที่ทำไว้แล้วจะหลวมมากขึ้นจนต้องทำใหม่

2.4.7.4 การซ่อมบำรุง ขาเทียมก็เช่นเดียวกับเครื่องใช้ทุกชนิด ซึ่งเมื่อใช้แล้วก็จะต้องมีการชำรุด และต้องมีการซ่อมหรือเปลี่ยนชิ้นส่วนเสมอ ความคงทนของขาเทียมนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับวัสดุที่ใช้ และเทคนิคในการทำแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการระวังรักษาของผู้ใช้ด้วย

2.4.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิด M P T (Milieu, Personal, Technology) ของเชียเรอร์และฟริสซิน่า (Scherer & Frisina, 1994) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการของคนพิการกับการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ โดยการศึกษาจากด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะของตัวบุคคล ลักษณะของเทคโนโลยี เพื่อหาสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้ จึงนำรูปแบบแนวคิด M P T มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยด้านบุคคล ตามแนวคิดของ ของเชียเรอร์ และฟริสซิน่า (Scherer & Frisina, 1994) ความต้องการพึ่งตนเอง แรงจูงใจ หรือความกลัวเทคโนโลยี ความรู้สึกว่าเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก หรืออุปกรณ์ที่เอามาใช้จะทำให้อวัยวะส่วนนั้นมีสภาพแย่ลงไปอีก จึงไม่มีความต้องการใช้เทคโนโลยีหรือเห็นประโยชน์ ความคุ้มค่าของอุปกรณ์ นอกจากนั้นการสวมใส่ และเลือกใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกก็มีผลต่อการใช้อุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง ในการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียมได้ศึกษาตัวแปรดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่พิการ สาเหตุของความพิการ ระดับของการตัดขา

2.4.8.1 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียม เพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย เพศชายต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง คอตเต้ (1982, Kottke, p. 60-62) และมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการผ่อนคลายและการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย มูห์เลนแคมป์ และเซย์เลย์ (Muhlenkamp & Sayles, 1986, p. 334-338)

2.4.8.2 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียม ซึ่งจากผลการศึกษาของวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ และสุดาพรรณ ธัญจิรา (2535, หน้า 39-45) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา ดุรงค์พิศิษฎ์กุล (2525, หน้า 114) และสุจิตรา นิลเลิศ (2539 หน้า ข) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์

2.4.8.3 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองเป็นข้อบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม คู่สมรสจะมีส่วนช่วยลดการใช้พลังงาน เพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ เอื้ออำนวยต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวล ห่วงใย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ฮิลเบอร์ท (Hilbert, 1985, p. 217-220) นอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรง ให้บุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล 2531, p. 22)

2.4.8.4 ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2532, หน้า 36) กล่าวว่าผู้มีการศึกษา ระดับต่ำ พบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความพิการ และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้มีการศึกษาระดับสูงจะสามารถ รับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่จะเรียนรู้มากกว่า ตลอดจนสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับตน ได้อย่างถูกต้อง จาโลวีซและเพาเวอร์ (Jalowice Powers, 1981, p. 10-15) กล่าวว่าการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการนำความรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ให้เกิดประโยชน์ การศึกษาสูง จะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัย หรือ ไม่เข้าใจตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ มูห์แลนแคมป์ และเซย์เลส์ (Muhlenkamp & Sayles, 1968, p. 336)

2.4.8.5 อาชีพ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง

ของบุคคล รวมทั้งเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่และการดูแลตนเองของบุคคลดีขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล 2531, หน้า 21-27) จากการศึกษาของวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช (2532, หน้า 67) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเอง คือ ผู้มีอาชีพจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองน้อยลง

2.4.8.6 ระยะเวลาที่พิการ จากผลการศึกษาของ ดำรง กิจกุศล (2526, หน้า 152) กล่าวว่า "เวลาเป็นยาวิเศษที่สุด" สำหรับผู้สูญเสียแขนขา เพราะค่อย ๆ ช่วยให้เขาได้เรียนรู้ได้ปรับตัว ปรับใจทำให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเข้าไปมีกิจกรรมร่วมกับสังคมได้ดียิ่ง

2.4.8.7 สาเหตุของความพิการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียม เนื่องจากการสูญเสียก่อให้เกิดความเศร้าและความวิตกกังวล ทำให้เจตคติของสังคมต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของถาวร บุตรโสมตา (2525) สาเหตุของความพิการแต่ละประเภทจะทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแต่ละคนมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

2.4.8.8 ระดับของการตัดขา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียม ความพิการมากน้อยแตกต่างกันทำให้ความสามารถในการปรับตัวแตกต่างกัน จากการศึกษาของถาวร บุตรโสมตา (2525) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับความพิการจากการสู้รบ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับของความพิการมากจะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย

2.5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สุธิดา กาญจนรังสี (2538) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา พบว่าผู้ที่สูญเสียขาจะมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นผลทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อภาวะสมดุลของตนเอง สอดคล้องกับความเชื่อของ รอยที่เชื่อว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ ซึ่งสิ่งกระทบโดยตรงทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่เข้ามานั้น ล้วนส่งผลให้คนพิการจำต้องมีการปรับตัว การตอบสนองต้องความต้องการร่วมกันทั้งร่างกายและจิตใจเสมอ ซึ่ง นายแพทย์ประเวศ วะสี (2541) ได้ยกตัวอย่างคนไข้รายหนึ่งซึ่งหมอวินิจฉัยว่าเขาจะอยู่ได้อีกไม่เกินสองสัปดาห์ หลังจากที่ป่วยเป็นมะเร็งที่ขาและถูกตัดขาไปแล้วข้างหนึ่ง แต่คนไข้ปฏิเสธที่จะเชื่อหมอ และได้พยายามหาทางรักษาตัวเองด้วยวิธีอื่น เช่นการ ทานอาหารแมโครไบโอติคบ้าง การทำสมาธิบ้าง ปรากฏว่าก้อนที่ขาของเขาอีกข้างค่อย ๆ ยุบตัวลงและหายไปกลับมามีสุขภาพดีเป็นปกติ และยังสามารถตั้งชมรมเพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อีก ตัวอย่างของคนไข้รายนี้ชี้ให้เห็นว่ากายกับจิตนั้นทำงาน

สอดคล้องกันอย่างไร การที่เป็นคนที่มีทั้งโรคภัยทางกายคุกคามและอีกด้านหนึ่งที่มีภาพลักษณ์เป็นคนพิการนั้นไม่ได้เป็นอุปสรรคในการที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเช่นที่ศาสตราจารย์ ระพี สาคริก ได้เคยกล่าวไว้ว่า "ศาสตร์ทุกศาสตร์มีรากเหง้าเป็นหนึ่งเดียวกัน คือ เงื่อนไขที่อยู่ในรากฐานจิตใจของมนุษย์.. จิตใจเป็นศูนย์รวมของทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นขุมคลังของสติปัญญา.. อิสรภาพอยู่ที่ใจ เมื่อจิตอิสระก็เกิดปัญญา"

นิวแมน (Newman, 1995) ได้ศึกษาความสำคัญของเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการทางด้านสายตา ถึงคนที่มีปัญหาด้านสายตาว่าเทคโนโลยีสามารถช่วยให้คนที่มีปัญหาด้านสายตาดีขึ้น โดยทดลองในกลุ่มคนพิการผู้หญิงและชายจำนวน 13 คน ที่มีปัญหา ด้านสายตาที่น่าจะใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก กลุ่มที่ทดลองมีความแตกต่างกันที่อายุ และระดับการสูญเสีย การศึกษาถึงการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกแล้วดีขึ้นหรือไม่ ชอบเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือไม่ พบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ชอบเนื่องจากเสียใจกับความพิการที่เกิดขึ้น จึงควรจะได้มีการแก้ไขโดยการให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการให้มีความเข้าใจมากขึ้น

ซิดนีย์ ฮาเวิร์ด (Howard, 1992) ศึกษาการใช้ความต้องการกลไกของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการในการศึกษาเฉพาะของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกโดยมีจุดเด่นและการให้คำแนะนำถึงสิ่งที่ต้องการโดยใช้วิธีการส่ง E-mail ถึงคนที่มีปัญหาเกี่ยวกับความพิการประเภท ต่าง ๆ ประมาณ 288 คน จากคนพิการ 388 คน โดยที่ ร้อยละ 95% ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกและมีความต้องการกลไกเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกหลายชนิดระหว่างที่ศึกษาที่ใช้กลไกกับคนที่คิดว่าน่าจะใช้กลไกมีอัตราสูง ซึ่งเงินเป็นปัญหาในเรื่องการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งการบริการสำคัญ คือ การจัดอุปกรณ์ให้กับคนพิการใช้มี 4 วิธี

1. จัดอุปกรณ์ที่ใช้ให้มีจำนวนเท่ากับคนที่ต้องการใช้เทคโนโลยี
2. ควรที่จะมีการกระจายเงินทดแทนให้คนที่ต้องใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก
3. จัดบริการให้คนพิการยืมใช้
4. มีการฝึกการใช้เทคโนโลยี

คิทเบนเด (Kimbuende, 1994) ได้ศึกษาวิเคราะห์ถึงกระบวนการของกองทุนกลไก สิ่งอำนวยความสะดวกของเด็กพิการ เป็นความต้องการที่ช่วยคนมีปัญหาเกี่ยวกับ ตา และ หู ทุกปีจะมีกลไกลใหม่ ๆ เข้ามาที่ตลาดแต่กลไกพวกนั้นไม่สามารถเข้าถึงผู้ใช้ได้ มีการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับความสับสนในพ่อแม่ของคนพิการพบว่าขาดความรู้เทคโนโลยีทางด้านการบริการที่จะสามารถช่วยเหลือ

เด็กพิการ และผู้ที่ให้บริการทางด้านนี้พูดถึงผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ขณะนี้จึงได้มีการศึกษาเพื่อทำให้กลไกมีความต้องการใช้เฉพาะบุคคล กลุ่มประชากรที่นำมาศึกษามี 2 กลุ่ม

1. กลุ่มเด็กที่มีปัญหา
2. กลุ่มพ่อแม่ที่มีลูกพิการ

การศึกษานี้ใช้การออกแบบคำถามต้องการศึกษารูปแบบข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิดในการสอบถามแล้วนำมารวบรวมเพื่อนำมาปรับปรุงการบริการดังนี้

1. ความรู้ทางด้านการบริการ
2. ระดับของความชอบ
3. ความพึงพอใจของการบริการ

การวิเคราะห์ใช้ อัตรา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคสแควร์ T-test ในการวิเคราะห์ระดับความชอบและความพึงพอใจของการบริการกับกลไก และปัญหาที่พบจากการศึกษาคือ

1. ไม่มีเงิน
2. ไม่มีโอกาส
3. ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกลไก
4. การขาดบริการให้คำแนะนำกลไกบริการจากผู้เชี่ยวชาญ

เชียเรอร์และฟริสซิน่า (Scherer & Frisina, 1994) ได้ศึกษาถึงการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกมีการละทิ้งหรือไม่ใช้ต่ำถึงร้อยละ 8 สูงถึงร้อยละ 75 ที่เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกถูกละทิ้งในช่วง 1-3 เดือนแรก

จากการศึกษาพบว่า ชนิดหนึ่งของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ถูกละทิ้งในอัตราที่สูงสุด คือเครื่องช่วยฟัง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการไม่ใช้เครื่องช่วยฟังคือ ค่าใช้จ่ายและการไม่เห็นประโยชน์ รวมทั้งผิดหวังที่การได้ยินไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างสมบูรณ์ คนใช้เครื่องช่วยฟังบ่อยครั้งที่ถูกรบกวนจากเสียงอื่น ๆ

เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกพัฒนาการทำงานเพื่อช่วยให้คนคนนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ การพัฒนาเครื่องช่วยฟังไม่ได้ให้ความมั่นใจคนที่ใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกต้องใช้หลักจิตวิทยาเข้าช่วย เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นเพียงตัวช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทัศนคติของคนจะช่วยให้การเลือกใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ไม่ใช่การพัฒนาทางด้านปัจจัยหรือการทำงานของเครื่องช่วยฟัง

มิตเชล (Mitchell, 1994) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้ที่ชอบเทคโนโลยีและผู้ที่กลัวเทคโนโลยีในอเมริกา บันทึกไว้ว่ามีผู้ที่กลัวเทคโนโลยีมีมากกว่ามีผู้ที่ชอบเทคโนโลยีใน จำนวนมากกว่า 2 ต่อ 1 ผู้ที่ชอบเทคโนโลยีจะรักเทคโนโลยี ในขณะที่ผู้ที่กลัวเทคโนโลยีพยายามหลีกเลี่ยงมัน มันเป็นการท้าทายที่

จะทำให้ผู้ที่กลัวเทคโนโลยีหันมาใช้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้เทคโนโลยี และจะใกล้เคียงกับการที่พยายามหยุดผู้ที่ชอบเทคโนโลยีไม่ให้คว้าผลิตภัณฑ์ใหม่ที่ผ่านตา ผู้ที่กลัวเทคโนโลยีคือคนที่หลีกเลี่ยงหรือกลัวเทคโนโลยี เช่น วี.ซี.อาร์. และคอมพิวเตอร์ แต่ละคนที่กลัวเทคโนโลยีจะเป็นคนขนานแท้ดั้งเดิมที่ไม่เคยสัมผัสเทคโนโลยีเลย สำหรับพวกเขาศักยภาพที่ได้รับในการใช้ เอ.ที. (assistive technology) ไม่คุ้มค่ากับความกระวนกระวาย และไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการใช้มัน

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒุพานิช (2532, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาหาความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูญเสียขา พร้อมทั้งศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาที่สูญเสียขาจนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย เป็นผู้ป่วยนอกเพศชายได้รับการตัดขาและมาติดตามการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลเลิดสิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูญเสียขา วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่ามีความบกพร่องน้อยในการดูแลตนเองของผู้สูญเสียขา เรียงลำดับค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการดูแลตนเอง อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=-0.3609)

ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม เชียเรอร์ และฟริสซิน่า (Scherer & Frisina, 1994) ได้ศึกษาถึงสภาพแวดล้อม (milieu) ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน ที่บ้าน ที่มีความเหมาะสม สามารถรองรับการใช้เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกได้หรือไม่ มีการปรับเปลี่ยนอะไรบ้าง นอกจากนั้นสภาพแวดล้อมยังรวมไปถึงสภาพแวดล้อมทางสังคม จิตใจ วัฒนธรรม โดยเฉพาะครอบครัวว่ามีสภาพที่สนับสนุนต่อการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือไม่ เช่น ครอบครัวหรือ เพื่อน มีส่วนกระตุ้นและช่วยเหลือที่เอื้อต่อการใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก หรือมีส่วนทำให้คนพิการเกิดความรู้สึกว่าตนต้องการ หรือควรจะพึ่งพาคนอื่นโดยผู้อื่นจะต้องคอยให้ความช่วยเหลือหรือทำอะไรให้ตลอดจนคนพิการมีรู้สึกว่ามีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดภาวะไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (independent)

พูนพิศ อมาตยกุล (2542) กล่าวว่าสภาพแวดล้อมเป็นเรื่องกว้างใหญ่ไพศาลมีทั้งในบ้านและนอกบ้าน โดยเฉพาะนอกบ้านนั้นจะเกี่ยวข้องผูกพันกับคนทั่วไปทั้งในเรื่องความเป็นอยู่ เรื่องการงาน เรื่องเกี่ยวกับกฎหมาย และ สิทธิ

เรื่องของสภาพแวดล้อมในบ้านเป็นเรื่องของการช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนกลับเข้านอนในตอนกลางคืนควรจะ มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวภายในบ้านและบริเวณบ้าน รวมทั้งการปรับปรุงภูมิสถาปัตย์รอบบ้าน

เรื่องของสภาพแวดล้อมนอกบ้านยังแบ่งออกเป็นหลายส่วน เช่น ส่วนของเครื่องใช้อำนวยความสะดวกในสถานทำงาน อุปกรณ์โทรคมนาคมการสื่อสารที่เป็นของใช้ส่วนรวม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมตั้งแต่การเดินทางระยะใกล้ไกล และเรื่องภูมิสถาปัตย์ ในการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการใช้ขาเทียมได้ศึกษาตัวแปรดังนี้

1. สภาพแวดล้อมที่ทำงาน
2. สภาพแวดล้อมที่บ้าน
3. สภาพแวดล้อมทางสังคม
4. สภาพแวดล้อมทางจิตใจและอารมณ์

ปัจจัยด้านกายอุปกรณ์ เชียเรอร์ และฟริสซิน่า (Scherer & Frisina, 1994) ได้ศึกษาถึงลักษณะของเทคโนโลยี อำนวยความสะดวกที่มีความปลอดภัย ความสะดวกสบาย เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีความปลอดภัย ความสะดวกสบาย เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกทำงานได้ดีระดับใด อายุการใช้งาน และการบำรุงรักษา ซึ่งในการศึกษาปัจจัยด้านกายอุปกรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขาเทียมได้ศึกษา ตัวแปร ดังนี้

1. ความปลอดภัย
2. ความสะดวกสบายต่อการใช้ขาเทียม
3. การบำรุงรักษา

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องคนพิการขาขาด: กระบวนการตีตราและการปรับตัวในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักอยู่ 3 ประการ คือ (1) ศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ (2) ศึกษาผลกระทบจากกระบวนการตีตราที่มีต่อคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ (3) ศึกษาวิถีการชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative method) ผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative method) โดยมีรายละเอียดของวิธีวิจัย ดังนี้

3.1 ขอบเขตการวิจัย

3.1.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยในครั้งนี้ กำหนดขอบเขตพื้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่ทั้ง 4 ภาค ของประเทศไทยที่มีหน่วยบริการทำขาเทียมภายในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับมูลนิธิฯ ประกอบไปด้วย (1) ภาคเหนือ ณ ที่ทำการมูลนิธิขาเทียมในจังหวัดเชียงใหม่และโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย (2) ภาคกลางเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล โรงพยาบาลดอนตูมจังหวัดนครปฐม (3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้วและ (4) ภาคใต้ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถนาทวีโรงพยาบาลหาดใหญ่จังหวัดสงขลาและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรีจังหวัดปัตตานี

3.1.2 ขอบเขตของเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขอบเขตของเนื้อหาที่ครอบคลุมในประเด็นสำคัญต่าง ๆ โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งในเชิงคุณภาพผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณครอบคลุมในประเด็นสำคัญต่าง ๆ ดังนี้

3.1.2.1 **วิถีการดำเนินชีวิตก่อนและหลังพิการขาขาดเกี่ยวกับ**

1. **เพศ**
2. **อายุ**
3. **การศึกษา**
4. **อาชีพ**
5. **รายได้**
6. **สถานภาพ**
7. **การนับถือศาสนา**
8. **ลักษณะความพิการสูญเสียขา**
9. **ระยะเวลาความพิการ**
10. **ทัศนคติต่อตนเองและสังคม**

3.1.2.2 **สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาด**

3.1.2.3 **วิถีการดำเนินชีวิตและผลกระทบภายหลังพิการขาขาด**

1. **รายได้**
2. **อาชีพ**
3. **บทบาทต่อครอบครัว**
4. **ความสัมพันธ์ในครอบครัว**
5. **ทัศนคติต่อตนเองและสังคม**

3.1.2.4 **กระบวนการตีตราที่ได้รับจากสังคม**

3.1.2.5 **วิธีการจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหา**

3.1.2.6 **กระบวนการปรับตัวและยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาด**

3.1.2.7 **จุดเริ่มของการรับบริการขาเทียม**

3.1.2.8 **การปรับตัวเข้าสู่สังคมและการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดหลังได้รับขาเทียม**

1. **รายได้**
2. **อาชีพ**

3. บทบาทต่อครอบครัว

4. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

5. ทัศนคติต่อตนเองและสังคม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรของการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลประชากรของมูลนิธิขาเทียมที่ได้ให้บริการทำขาเทียมแก่คนพิการขาขาดทั่วประเทศไทย (www.prostheses.or.th มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี) จำนวน20, 334คน และผู้วิจัยเลือกได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลจากการใช้สูตรของ Taro Yamane (สถาบันวิจัยสังคม, 2543) ณ ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 คือ

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

หากกำหนดให้ประชากรตั้งแต่ 200,000 คนขึ้นไป

$$n = \frac{20,334}{1+ 20,334(0.05)^2}$$

$$= 392.28 \text{ คน}$$

ณ ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 392.28 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 400 คนในพื้นที่ทั้ง 4 ภาค ของประเทศไทย

3.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคออกเป็น 2 กลุ่มหลักจากข้อมูลที่มาใช้บริการทำขาเทียมของมูลนิธิขาเทียม ฯ ดังนี้

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มคนพิการขาขาดที่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ปฏิบัติเป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 ภาค โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน จากจำนวนทั้งหมด 32 คนโดยพิจารณาจากจำนวนการให้บริการทำขาเทียมแก่คนพิการขาขาดที่มากกว่าในแต่ละโรงพยาบาล แบ่งเป็น (1) ภาคเหนือ

ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลตาคลีจังหวัดนครสวรรค์และโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย รวม 5 คน (2) ภาคกลาง โรงพยาบาลดอนตูมจังหวัดนครปฐม และโรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 5 คน (3) ภาคอีสาน โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และโรงพยาบาลปางช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5คน (4) ภาคใต้ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถนาทวี จังหวัดสงขลาและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำนวน 3 คน และคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมจำนวน 17 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลเชิงลึก

3.2.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มคนพิการขาขาด ที่เข้ารับบริการขาเทียมภายในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกับมูลนิธิขาเทียม โดยเลือกในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนทั้ง 4 ภาค โรงพยาบาลที่เลือกเป็น โรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายของมูลนิธิขาเทียม และได้ให้บริการทำขาเทียมแก่คนพิการขาขาดมากกว่าโรงพยาบาลอื่นที่อยู่ในภาคเดียวกัน ได้แก่ (1) ภาคเหนือ ได้แก่มูลนิธิขาเทียมสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงรายรวม 100 คน (2) ภาคกลาง โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 91 คน (3) ภาคอีสาน โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้วจำนวน 110 คน (4) ภาคใต้ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถนาทวี จังหวัดสงขลาและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำนวน 99 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนนี้ผู้วิจัยเลือกให้เป็นกลุ่มวิจัยที่ศึกษาข้อมูลในเชิงปริมาณโดยการตอบแบบสอบถามผสมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกระจายอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อจากทะเบียนประวัติของผู้มารับบริการให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทั้งแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามรวมถึงการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 เครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.3.1.1 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เป็นแนวทางของการตั้งคำถามแบบเชิงลึกลักษณะตัวต่อตัว (face to face) ประกอบด้วยคำถามเพื่อสอบถามติดตามประเด็นตามหัวข้อวิจัยหลัก (key topic) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างนี้กับกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มคนพิการขาขาดที่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากมูลนิธิขาเทียม ซึ่งได้กลับไปเป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับตัวของคนพิการขาขาดและสถานการณ์การให้ บริการคนพิการขาขาดเป็นแบบเติมบันทึกข้อความ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเติมบันทึกข้อความ

3.3.1.2 แบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูลของคนพิการขาขาดทั่วไปที่เข้ามารับบริการ ขาเทียมจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับมูลนิธิขาเทียมให้ได้แสดงความคิดเห็นซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบ แบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 คิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลด้านผลกระทบและปัจจัยพื้นฐานก่อนและหลังพิการขาขาด เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับและการปรับตัวเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ

ส่วนที่4 การแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เป็นลักษณะเติมบันทึกข้อความ

3.3.2 การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบความตรงด้วยวิธีการนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ไปทดสอบความเที่ยงกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ จำนวนแบบทดสอบ 20 ชุด เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงของประเด็นที่ศึกษา อีกทั้งเพื่อให้ทราบถึงความบกพร่องของเครื่องมือที่สร้างขึ้น จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามต่อไป

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 การศึกษาข้อมูลเชิงเอกสาร ผู้วิจัยได้ค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ครอบคลุมทั้งรายงานการศึกษาทางวิชาการเอกสารสัมมนา

ประชุมทางวิชาการรายงานการวิจัยหนังสือ บทความวารสาร การค้นคว้าข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต (internet) ตลอดจนและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ อันเป็นข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้น

3.4.2 การเก็บข้อมูลภาคสนามซึ่งเป็นข้อมูลปฐมภูมิจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กับกลุ่มตัวอย่างคนพิการขาขาดที่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากมูลนิขาเทียม เป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และแบบสอบถามกลุ่มคนพิการขาขาดทั่วไปที่เข้ามารับบริการขาเทียมจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกับมูลนิธิขาเทียมซึ่งการเก็บข้อมูลในส่วนนี้ ผู้วิจัยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.4.2.1 การสังเกตแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) ผู้วิจัยเข้าไปร่วมกิจกรรมให้บริการทำขาเทียมร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน และการออกหน่วยทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่ในโอกาสต่างๆ โดยเข้าไปช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และคนพิการขาขาดที่เป็นช่างทำขาเทียมบริการแก่ประชาชน

2. การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เป็นการนั่งสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ท่าทาง ความรู้สึกของทั้งคนพิการขาขาดที่มารับบริการ สังเกตการณ์ให้บริการของ เจ้าหน้าที่ รวมถึงคนพิการที่เป็นช่างทำขาเทียมในการปฏิบัติงาน ทั้งในโรงพยาบาลหรือหน่วยการบริการขาเทียมเคลื่อนที่

3.4.2.2 การสัมภาษณ์มี 2 ลักษณะคือ การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวด้วยตนเอง ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้วิจัยไม่ยึดหลักการสัมภาษณ์ทีละหัวข้อตามแบบสัมภาษณ์แต่เน้นการพูดคุยที่มีความเป็นกันเอง ภายใต้บรรยากาศสบาย ๆ เป็นการใช้วิธีการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ (informal interview) เพื่อให้คนพิการเกิดความไว้วางใจและให้ข้อมูลเชิงลึกได้โดยไม่รู้สึกหวาดกลัว ซึ่งผู้วิจัยต้องใช้วิธีการพูดคุยที่ต้องพลิกแพลงตามสถานการณ์และสภาพแวดล้อม ณ ขณะนั้นประกอบด้วย โดยมีโครงสร้างคำถามใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guide) ซึ่งในระหว่างการสนทนา หากมีประเด็นใดที่น่าสนใจและคาดว่าอาจเชื่อมโยงกับหัวข้อในประเด็นการวิจัยผู้วิจัยจะใช้เทคนิควิธีการพูดคุยตั้งคำถามอย่างละเอียดเจาะลึกในประเด็นนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง สำหรับการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลนัดหมายคนพิการและนำแบบสอบถามให้คนพิการกรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม

3.4.2.3 การจดบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยเลือกวิธีการจดบันทึกที่เหมาะสมตามสถานการณ์ซึ่งมีทั้งการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้เทปบันทึกเสียงหากผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้บันทึกเทปได้ รวมถึงใช้วิธีการจดจำข้อมูลแล้วรีบนำไปจดบันทึกไว้เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นลง

3.4.3 การเรียบเรียงข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 35 คน ผู้วิจัยได้นำมาเรียบเรียง โดยเขียนรายละเอียดของแต่ละกรณีศึกษาอย่างละเอียดที่สุด โดยมีหัวข้อตามโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์เป็นประเด็นหลัก หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลของแต่ละกรณีมาจัดเข้าหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งประเด็นหลักและประเด็นรอง ส่วนแบบสอบถามทั้ง 400 ชุดนั้นเมื่อเก็บรวบรวมได้ครบ ผู้วิจัยได้แบบสอบถามรายจังหวัดเพื่อนำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณต่อไป

3.5 การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบและวิเคราะห์ดังนี้

3.5.1 การตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บข้อมูลภาคสนามผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำไปซ้ำมา (cross check) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 รายที่ได้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างนั้น หากผู้วิจัยพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกัน หรือขาดประเด็นใดประเด็นหนึ่งไปผู้วิจัยได้โทรศัพท์ไปสอบถามเพิ่มเติม และหากประเด็นนั้นไม่ชัดเจนหรือยังคลุมเครือ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลในประเด็นดังกล่าวกับคำตอบที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลบุคคลอื่น ๆ หรือสอบถามจากผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คนเพื่อหาข้อสรุปร่วมให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

ส่วนกรณีแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ชุด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบทันทีภายหลังการตอบแบบสอบถามว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบทุกประเด็นหรือไม่ หากพบประเด็นที่ขาดไป ผู้วิจัยก็จะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างช่วยเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดไปให้ครบด้วยตนเอง หรือไม่ผู้วิจัยก็จะเป็นผู้ถามประเด็นนั้นๆให้กลุ่มตัวอย่างตอบและผู้วิจัยก็นำมากรอกในแบบสอบถาม การตรวจสอบแบบสอบถามทันทีทำให้ผู้วิจัยได้แบบสอบถามและข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์โดยไม่เสียเวลาไปเก็บแบบสอบถามเพิ่มเติม

3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.5.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้จากแบบสอบถามจำนวน 400 ชุดนั้นในส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผลกระทบและปัจจัยพื้นฐานก่อนและหลังพิการขาขาดการยอมรับและการปรับตัว ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสถิติสังคมศาสตร์ด้วย SPSS (Statistics Package for the Social Sciences) ในการหา ร้อยละ และผลรวม ส่วนข้อมูลการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยนำข้อมูลไปจัดลำดับจากอันดับที่มากที่สุดจนถึงอันดับที่สาม

3.5.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมถึงประเด็นที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทป การจดบันทึกมาเรียบเรียงจัดเป็นรายกรณี เพื่อหาประเด็นหลักและประเด็นย่อยของแต่ละกรณี

2. ผู้วิจัยเลือกเอาข้อมูลของแต่ละกรณีที่เป็นส่วนหลักและส่วนย่อยที่เหมือนกันไปจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งในระหว่างการเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่ข้อมูลของแต่ละกรณีนั้นผู้วิจัยก็ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยว่าข้อมูลที่ปรากฏมีความสอดคล้องหรือความต่างกับทฤษฎีหรือแนวคิดใดบ้าง

3. นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์การวิจัยและเรียบเรียงให้เป็นเนื้อหางานวิจัยที่เชื่อมโยงกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพร้อมกับอภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลที่ปรากฏถึงความเชื่อมโยง/เกี่ยวข้องกับทฤษฎีที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ต่อไป

3.5.3 การนำเสนอผลการวิจัยในขั้นสุดท้ายของการนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลและผลการวิเคราะห์ทั้งหมด มาเรียบเรียงนำเสนอด้วยวิธีการเขียนเชิงพรรณนา (descriptive approach) โดยสรุปบรรยาย แยกเป็นประเด็นให้มีความชัดเจนในการตอบคำถามการวิจัยและเขียนรายงานผลการศึกษาวิจัยตามรูปแบบของดุษฎีนิพนธ์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการรวบรวมข้อมูลจากภาคสนามเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยเรื่อง การดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาด: กระบวนการตีตราและการปรับตัวเข้าสู่สังคม โดยใช้แบบสอบถามและการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามโครงสร้างของคำถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพิการขาขาดที่เป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลชุมชน และคนพิการขาขาดที่เข้ามารับบริการทำขาเทียม ตลอดจนการสังเกตการณ์ สำหรับข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารทางวิชาการ ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากห้องสมุดต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลจากมูลนิธิขาเทียมฯ ตลอดจนระบบออนไลน์ต่าง ๆ ในการสัมภาษณ์กลุ่มประชากรตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจาก คนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมของมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จากโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยได้ตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ อันประกอบด้วย เนื้อหา ตามกรอบแนวคิด ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขณะที่กลุ่มประชากรตัวอย่างได้เดินทางมารับการบริการจากโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของมูลนิธิขาเทียม ตามโอกาสต่าง ๆ โดยผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่วิจัย ที่มีโรงงานทำขาเทียมภายในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกับมูลนิธิขาเทียม ในแต่ละภาค ได้แก่ (1) ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย (2) ภาคกลาง ได้แก่ เขตกรุงเทพฯและปริมณฑล (3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว และ (4) ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสงขลาและปัตตานี

ผลการศึกษาที่ได้เพื่อตอบประเด็นสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่

1. วิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ
2. กระบวนการตีตราและผลกระทบจากกระบวนการตีตราที่มีต่อคนพิการขาขาด
3. วิถีชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามทั้ง 4 ภาค ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาลและได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับมูลนิธิขาเทียมและกลุ่มประชากรที่เป็นคนพิการขาขาดเป็นอย่างดี คือ ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงรายจำนวน 100 คนภาคกลาง ได้แก่ เขตกรุงเทพฯและปริมณฑล จำนวน 91 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่จังหวัดสระแก้ว จำนวน 110 คน และภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสงขลาและจังหวัดปัตตานี จำนวน 99 คน รวมทั้งสิ้น 400 คน ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

4.1 วิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาด

ในการนำเสนอในส่วนนี้ เป็นการศึกษาลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาดในประเทศไทยทั้ง 4 ภาค โดยผู้วิจัยได้ตั้งคำถามใน 7 ประเด็นด้วยกันประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพศาสนา การสูญเสียขาและระยะเวลาที่เกิดความพิการ โดยมีผลการศึกษาที่แสดงในตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

ลักษณะทั่วไป	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ										
ชาย	74	74.00	69	75.82	72	72.73	99	90.00	314	78.50
หญิง	26	26.00	22	24.18	27	27.27	11	10.00	86	21.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
อายุเฉลี่ย										
ต่ำกว่า 20 ปี	6	6.00	5	5.49	3	3.03	1	0.91	15	3.75
21 - 30 ปี	16	16.00	7	7.69	11	11.11	1	0.91	35	8.75
31 - 40 ปี	17	17.00	18	19.78	11	11.11	12	10.91	58	14.50
41 - 50 ปี	20	20.00	20	21.98	23	23.23	39	35.44	102	25.50
51 - 60 ปี	21	21.00	18	19.78	23	23.23	32	29.10	94	23.50
60 ปีขึ้นไป	20	20.00	23	25.28	28	28.29	25	22.73	96	24.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา										
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	1.00	2	2.20	-	-	3	2.73	6	1.50
ประถมศึกษา	63	63.00	50	54.94	61	61.62	97	88.18	271	67.75
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	15.00	19	20.89	16	16.16	3	2.73	53	13.25
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	9.00	12	13.18	14	14.14	7	6.36	42	10.50
ปริญญาตรี	12	12.00	7	7.69	7	7.07	-	-	26	6.50
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	1.10	1	1.01	-	-	2	0.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ										
โสด	39	39.00	27	29.67	20	20.20	15	13.64	99	25.25
สมรส	55	55.00	48	52.75	54	54.55	79	71.81	236	59.00
หย่า	4	4.00	2	2.20	1	1.01	4	3.64	11	2.75
แยกกัน	-	-	5	5.49	5	5.05	8	7.27	18	4.50
หม้าย	2	2.00	9	9.89	19	19.19	4	3.64	34	8.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
ศาสนา										
พุทธ	91	91.00	91	100.00	80	80.81	110	100.00	372	93.00
คริสต์	8	8.00	-	-	-	-	-	-	8	2.00
อิสลาม	1	1.00	-	-	19	19.19	-	-	20	5.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพิการเสียขา										
ข้างซ้าย	50	50.00	34	37.36	41	41.41	54	49.10	179	44.75
ข้างขวา	46	46.00	57	62.64	56	56.57	56	50.90	215	53.75
ทั้งสองข้าง	4	4.00	-	-	2	2.02	-	-	6	1.50
ระยะเวลาที่พิการ										
ต่ำกว่า 1 ปี	3	3.00	13	14.29	3	3.03	-	-	19	4.75
2-3 ปี	16	16.00	11	12.09	8	8.08	3	2.73	38	9.50
4-5 ปี	21	21.00	6	6.59	10	10.10	2	1.82	39	9.75
6-10 ปี	23	23.00	14	15.38	34	34.35	8	7.27	79	19.75
11-20 ปี	23	23.00	21	23.08	29	29.29	36	32.73	109	27.25
20 ปีขึ้นไป	14	14.00	26	28.57	15	15.15	61	55.45	116	29.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

จากตารางที่ 4.1 ผลการศึกษาพบว่าจำนวนคนพิการขาขาดรวมทุกภาค ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 78.50 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคต่าง ๆ พบว่าคนพิการขาขาด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคนพิการที่เป็นชายมากที่สุดถึงร้อยละ 90 รองลงมาคือภาคเหนือภาคกลางและภาคใต้ มีจำนวนที่ใกล้เคียงกันกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป โดยคนพิการส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 41ถึง 60 ปีขึ้นไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผู้มีอายุระหว่าง 41 ถึง 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35.44 ขณะที่ภาคใต้มีคนพิการขาขาดที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 28.29 ส่วนภาคเหนือและภาคกลางมีคนพิการขาขาดอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปใกล้เคียงกัน คนพิการขาขาด มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 67.75 โดยพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนสูงที่สุดที่จบการศึกษาระดับนี้ และมีภาคเหนือที่มีคนพิการขาขาด จบระดับปริญญาตรีร้อยละ 12.00 ในด้านสถานภาพสมรสของคนพิการ ที่อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน ร้อยละ 59.00 คนพิการทุกภาคเป็นผู้ที่อยู่ร่วมกันเป็นสามีภรรยามากที่สุดคือ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมากถึงร้อยละ 71.81 ในขณะที่ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้มีสถานะภาพสมรสที่เป็นสามีภรรยาอยู่ด้วยกันมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 55.00 และร้อยละ 54.55

ในด้านการนับถือศาสนา พบว่า คนพิการขาขาดเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ โดยมีสัดส่วนถึงร้อยละ 93.00 โดย กลุ่มตัวอย่างในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมดเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนภาคใต้มีผู้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 19.19 และภาคเหนือมีผู้นับถือศาสนาคริสต์ร้อยละ 8.00 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง สูญเสียขาขวามากกว่าขาซ้าย คือ ขาขวาร้อยละ 53.75 และขาซ้ายร้อยละ 44.0 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า การสูญเสียขา ของคนพิการขาขาดทั้ง 4 ภาค มีการสูญเสียขาข้างขวามากกว่าข้างซ้าย เช่นเดียวกันทั้งหมดโดยในภาคกลางมีสูงสุดถึง ร้อยละ 62.64 และยังพบว่ามีคนพิการขาขาดทั้ง 2 ข้างที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือร้อยละ 4.00 สำหรับระยะเวลาของความพิการ พบว่า ในทุกภาค มีระยะเวลาความพิการขาขาดตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 29.00 และพิการในช่วงเวลา 11 ถึง 20 ปี ร้อยละ 27.25 คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ขาขาดมาแล้วมากกว่า 20 ปีสูงสุด ถึงร้อยละ 55.45 ส่วนภาคเหนือภาคกลางและภาคใต้โดยภาพรวมแล้วมีระยะเวลาที่ขาขาดมาแล้วก่อนได้รับขาเทียมจากโครงการนี้ไม่แตกต่างกันมากนัก

เมื่อเปรียบเทียบจากลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาดระหว่างภาค พบว่า โดยส่วนใหญ่มีลักษณะ ไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เพศ อายุ ตลอดจนช่วงอายุที่เป็นคนพิการและระดับการศึกษา การนับถือ ศาสนา แต่ที่แตกต่างกันเล็กน้อยคือ ระยะเวลาของความพิการ ขาขาดโดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระยะเวลาในความพิการมากกว่า 20 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อย 55.45

4.1.2 สาเหตุของความพิการขาขาด

จากตารางที่ 4.2 ที่แสดงผลจากการสอบถามถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คนพิการขาขาดจากทุกภาคของประเทศไทย พบข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า มีคนพิการขาขาดระหว่างขาซ้ายและขาขวาค่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้สอบถามต่อไปเพื่อต้องการทราบถึงสาเหตุของความพิการที่เกิดขึ้น จึงกำหนดเป็นคำถามเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบุถึงสาเหตุของความพิการของตน ผลจากการศึกษาพบว่า คนพิการขาขาดในภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้กว่าครึ่งระบุว่าเกิด อุบัติเหตุจากการจราจร เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละภาค พบว่ามี จำนวนที่ใกล้เคียงกันทั้งสามภาคคือร้อยละ 69.43 อยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 66.00 อยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 57.58 อยู่ในภาคใต้ มีเพียงภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในจังหวัดสระแก้ว ระบุถึงสาเหตุความพิการว่าเกิดจากการเหยียบกับระเบิดซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 87.27 ทั้งนี้เพราะจังหวัดสระแก้ว เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่บริเวณชายแดนของประเทศไทยที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศกัมพูชาคนพิการขาขาดได้ให้ข้อมูลว่าได้เดินทางเข้าไปในพื้นที่เคยเป็นเขตพื้นที่สู้รบมาก่อน จึงเดินเหยียบกับระเบิดที่ฝังไว้ทั่วไปในพื้นดิน ชาวบ้านที่เดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีกับระเบิดฝังอยู่ไม่สามารถทราบได้ว่า จุดใดที่มีการฝังกับระเบิด จึงประสบปัญหาเหยียบกับระเบิดจนทำให้ต้องสูญเสียขา

สำหรับกลุ่มคนพิการขาขาดอันเนื่องมาจากภาวะความเจ็บป่วยนั้น พบว่าที่อาศัยอยู่ในทุกภาคของประเทศ ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ โรคที่เป็นสาเหตุของการถูกตัดขา คือ โรคเบาหวานแผลติดเชื้อและโรคมะเร็ง ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกตัดขาเพื่อป้องกันมิให้ลุกลามต่อไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายและคนพิการขาขาดบางคนพบว่าเกิดจากความพิการมาตั้งแต่กำเนิด

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละสาเหตุของความพิการขาขาดจำแนกตามภาค

สาเหตุของความพิการ	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติเหตุ										
จราจร	66	66.00	63	69.43	57	57.58	11	10.00	197	49.25
ไฟฟ้าดูด	1	1.00	-	-	2	2.02	-	-	3	0.75
ถูกยิงขา	-	-	1	1.10	-	-	1	0.91	2	0.50
ตกต้นไม้ขาหัก	-	-	1	1.10	-	-	-	-	1	0.25
งูกัด	-	-	-	-	5	5.05	-	-	5	1.25
เหยียบกับระเบิด	2	2.00	1	1.10	5	5.05	96	87.27	104	26.00
สุขภาพ										
โรคเบาหวาน	8	8.00	15	16.48	25	25.25	2	1.82	50	12.50
แผลติดเชื้อ	9	9.00	3	3.30	2	2.02	-	-	14	3.50
มะเร็ง	7	7.00	2	2.20	1	1.01	-	-	10	2.50
พิการแต่กำเนิด	7	7.00	5	5.49	2	2.02	-	-	14	3.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างคนพิการขาขาดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้ง 4 ภาค เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงประเด็นสาเหตุของความพิการขาขาด โดยได้คัดเลือกประเด็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความพิการอยู่ 3 ประเภท คือประเภทแรก กลุ่มตัวอย่างที่มีสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 197 คน ประเภทที่สองกลุ่มตัวอย่างที่มีสาเหตุที่เกิดจากการเหยียบกับระเบิดจำนวน 104 คน และประเภทที่สามกลุ่มตัวอย่างที่มีสาเหตุที่เกิดจากปัญหาด้านสุขภาพจำนวน 74 คน

4.1.2.1 กลุ่มคนพิการขาขาดที่มีสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร

อุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นอุบัติเหตุแบบเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายในทันทีทันใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียขาจากแรงกระแทกอย่างรุนแรง ทำให้โครงสร้างของกระดูกแตกหักจนไม่สามารถรักษาได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรนี้ ส่วนใหญ่ แล้วเกิดมาจากความประมาทเลินเล่อ คนพิการขาขาดเสพของมึนเมา หรือหากเป็นวัยรุ่นจะเกิดจากความคึกคะนอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเรียน ถึงแม้พ่อแม่ญาติพี่น้องจะให้คำแนะนำ สั่งสอน ตักเตือนก็ไม่ใส่ใจและเชื่อฟัง จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องสูญเสียขา และยังพบว่า นอกจากตัวเองจะเป็นผู้ก่อเหตุเองแล้ว ยังอาจเกิดจากบุคคลอื่นที่เป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจนทำให้คนดีต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดไปตลอดชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อทราบรายละเอียดมากยิ่งขึ้นผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบประเด็นต่างๆ และได้ประมวลนำเสนอให้เห็นลำดับความเป็นมาถึงเรื่องราวที่ได้เกิดขึ้นเพื่อได้ทราบรายละเอียดและข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการขาขาดมากยิ่งขึ้น จะนำเสนอผลการศึกษาเชิงลึกซึ่งได้จากการสัมภาษณ์คนพิการขาขาดจำนวน 4 ราย ได้แก่คนพิการจังหวัดเชียงราย 2 รายและจังหวัดนครปฐม 2 ราย ดังนี้

รายที่ 1 นายพินิจ (นามสมมุติ) อายุ 28 ปีชาวจังหวัดเชียงราย เป็นคนพิการขาขาดที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร จากการขับขี่รถโดยประมาทและเสพของมึนเมา โดยเหตุการณ์ในครั้งนั้นเกิดขึ้นเมื่อเขามีอายุ 19ปีขณะที่เป็นนักศึกษาอยู่ วันหนึ่งภายหลังจากเลิกเรียน ได้นัดแนะเพื่อสังสรรค์กับเพื่อนร่วมชั้นเรียนเดียวกันเพื่อสังสรรค์ด้วยการดื่มสุราจากเย็นจนดึกประมาณ 24.00 น.นายพินิจและเพื่อน ๆ ต่างมีอาการมึนเมาจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ได้ขับรถจักรยานยนต์ออกจากหอพักทั้ง ๆ ที่ทราบว่าตนเอง มีอาการมึนเมาอยู่แต่ก็พยายามที่จะขับต่อไปเพื่อกลับบ้าน ระหว่างที่ขับรถมาด้วยความเร็วสูง และเนื่องจากฤทธิ์ของสุราทำให้เขามองไม่เห็นรถบรรทุก 10 ล้อ ซึ่งจอดพักอยู่ข้างทาง ทำให้รถจักรยานยนต์ของเขาเฉี่ยวชนกับรถที่จอดอยู่ข้างทางอย่างแรง ทำให้รถจักรยานยนต์และตัวเองกระเด็นลงไปอีกด้านหนึ่งของถนน ผู้เห็นเหตุการณ์เล่าว่าเขาได้รับบาดเจ็บสาหัสมากและได้ถูกนำส่งโรงพยาบาลเข้าห้องฉุกเฉินทันที แพทย์ที่ให้การรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าสมควรให้ตัดขา

ข้างซ้ายออก เพราะกระดูกแตกหักละเอียดไม่สามารถรักษาให้เหมือนเดิมได้เขาแอบได้ยินการสนทนาระหว่างของแพทย์กับพ่อและแม่ภายหลังจากที่ออกจากห้องฉุกเฉินไปยังห้องผ่าตัดโดยแพทย์ได้อธิบายถึงความจำเป็นที่จะต้องตัดขาเขารู้สึกตกใจ เสียใจ น้ำตาไหลตลอดเวลาด้วยความเสียใจและด้วยความเจ็บปวดซึ่งจะทำให้เขาต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดไปตลอดชีวิตทั้งที่ขณะนั้นยังเป็นวัยรุ่นอยู่ เขาได้เล่าถึงความเจ็บปวดครั้งนั้นอีกว่า เป็นเพราะเขาที่คบเพื่อนไม่ดี ชวนกันกินเหล้าเที่ยวเตร่ และที่สำคัญคือไม่เชื่อฟังในคำตักเตือนของพ่อและแม่ อาจจะเป็นเพราะเขาอายุยังน้อยเข้าสู่วัยรุ่น ในเวลานั้นจึงไม่ได้คิดอะไรอย่างอื่น นอกจากความคึกคะนอง จึงอยากจะฝากไปยังน้อง ๆ วัยรุ่นทั้งหลาย อย่าได้ประมาทกับชีวิต เพราะเมื่อเกิดขึ้นมาแล้วไม่สามารถที่จะเรียกกลับคืนมาได้อีกตลอดชีวิต และปัจจุบันกว่าชีวิตจะผ่านไปในแต่ละวัน มีแต่ความทรมานเป็นอย่างมาก เขาต้องใช้เวลาที่ยาวนานกว่าจะยอมรับการสูญเสียนั้นได้ (สัมภาษณ์: 15 มิถุนายน 2554)

รายที่ 2 นายนุกูล (นามสมมุติ) อายุ 41 ปี ชาวจังหวัดนครปฐมเป็นคนพิการขาขาดโดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร เนื่องจากการขับขี่ยวดยานโดยความประมาท เขาเล่าย้อนไปในอดีต เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมาว่ายังจดจำเหตุการณ์ดังกล่าวตลอดมาว่าเขาได้นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ซึ่งเพื่อนเป็นผู้ขับ และยังมีเพื่อน ๆ ร่วมก๊วนอีกหลายคนขับแข่งกันมาบนถนน ด้วยความเร็ว และได้ขับแหกโค้งเสียหลัก แฉลบลงข้างทางกระเด็นไปถึงท้องนาทั้งรถและคน ขาของเขาหักทันที เพื่อน ๆ ได้นำส่งโรงพยาบาล ตอนตูมและถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลนครปฐม หมอบอกว่ากระดูกขาหักและกล้ามเนื้อแหลกละเอียด โดยเบื้องต้นได้เข้าเฝือกให้ก่อน แต่ไม่นานเนื้อขาข้างในเน่าทั้งๆ ที่บริเวณภายนอกไม่มีบาดแผลอะไร เขามีความรู้สึกเจ็บปวด ทรมานอย่างแสนสาหัส แพทย์ได้แจ้งว่าเนื้อขาของเขาใช้ไม่ได้อีกแล้ว จำเป็นต้องตัดขาทิ้ง เพราะหากไม่ตัดทิ้งไปอาจจะต้องถึงกับเสียชีวิต ในเวลานั้นเขาได้บอกกับหมอ จะทำอย่างไรก็ได้ขอให้หายจากความเจ็บปวดก็พอ โดยไม่ได้คิดแม้แต่น้อยว่าเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วสิ่งที่เหลืออยู่กับตัวเขาเองไปตลอดชีวิตคือความพิการ ภายหลังจากนั้นเมื่อเขาฟื้นขึ้นอีกครั้งจากนั้นถึงได้เริ่มคิดถึงสาเหตุของความพิการของเขาที่เกิด จากความประมาทนั่นเอง (สัมภาษณ์: 27 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 3 นายขวัญชัย (นามสมมุติ) อายุ 19 ปี ชาวจังหวัดนครปฐม คนพิการขาขาดจากอุบัติเหตุเช่นกันได้กล่าวถึงสาเหตุที่ต้องตัดขาว่า ในวันเกิดเหตุเขา พี่เขยและน้องสาวอีก 2 คน ได้ไปดูภาพยนตร์กลางแปลงในหมู่บ้าน เขาและน้อง ๆ ได้นั่งอยู่บนรถจักรยานยนต์ที่จอดอยู่ข้างทางเพื่อชมภาพยนตร์ ในขณะนั้นได้มีรถกระบะแหกโค้งพุ่งเข้าชนรถจักรยานยนต์ที่เขาและน้อง ๆ ทำให้ทั้งเขาและน้อง ๆ กระเด็นไปตามแรงชน ชาวบ้านได้นำเขาส่งโรงพยาบาล เหตุการณ์ในครั้งนั้นจึงทำให้เขาและน้องคนหนึ่ง ต้องกลายเป็นคนพิการขาขาด ส่วนน้องอีกคนก็ต้องใส่เหล็กดามกระดูกข้างในขา เนื่องจากความประมาทที่เขาไม่สมควรจอดรถข้างทางเพื่อชมภาพยนตร์กลางแปลง ซึ่งไม่มีความ

ปลอดภัย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงที่มีบุคคลอื่นที่ไม่มีความระมัดระวัง ขับรถแหกโค้งมาชน การมีถนนที่ดีทำให้มีความสะดวกแต่ผู้ใช้ถนนต้องมีความคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งของตนเองและผู้อื่นด้วย (สัมภาษณ์: 30 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 4 นายสมพงษ์ (นามสมมุติ) อายุ 45 ปี ชาวจังหวัดเชียงราย ได้เล่าถึงสาเหตุที่ทำให้พิการขาขาดว่า วันหนึ่งเขาขับรถจักรยานยนต์มาตามถนนซุปเปอร์ไฮเวย์สายเชียงราย ในอดีตถนนสายนี้ยังเป็นถนนที่วิ่งได้ทางเดียวไม่ได้มี สองช่องทาง เหมือนปัจจุบันนี้ เขาได้ขับไปตามทางโดยไม่ทราบเลยว่าจะเกิดเหตุร้ายขึ้นกับตัวเอง พอขับมาถึงตำบลป่าก่อดำ ได้มีรถยนต์วิ่งตามหลังมา 2 คัน ด้วยความเร็วสูงเขาเหลือบดูที่กระจกส่องหลัง เห็นคันหนึ่งกำลังจะแซงเบียดขึ้นมา ระหว่าง ที่กำลังจะแซงกันนั้น รถผู้ก่อเหตุแฉลบมาเฉี่ยวชนรถของเขาอย่างแรง จากนั้นก็ไม่รู้สึกตัวอีกเลย พอรู้สึกตัวอีกครั้งก็ถูกตัดทั้งแขนทั้งขาไปแล้วทำให้ต้องกลายเป็นคนพิการไปตลอดชีวิต ผู้ที่นำเขาส่งโรงพยาบาลเล่าให้ฟังว่าเห็นขาข้างที่ขาดของเขายังติดอยู่ใต้รถจักรยานยนต์อยู่ จึงคิดว่ารถที่ขับตามมาไม่คันใดก็คันหนึ่งเป็นคันที่เฉี่ยวชน และคงลากทั้งตัวเขาและรถไปด้วยกัน จึงทำให้ทั้งแขนและขาของเขาแหลกละเอียดอย่างไม่มีชิ้นดี (สัมภาษณ์ 15 มิถุนายน 2554)

จากความพิการขาขาดที่มีสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจรที่ได้กล่าวมาสี่รายข้างต้นเป็นตัวอย่าง และยังมีผู้ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรอีกจำนวนมากที่ต้องกลายมาเป็นคนพิการขาขาดตลอดชีวิต ส่วนใหญ่เกิดจากการขับขี่รถโดยประมาทและเสพของมึนเมา นำไปสู่การสูญเสียอวัยวะแขนและขา ทั้งของตนเองและของผู้อื่น

4.1.2.2 กลุ่มคนพิการขาขาดที่มีสาเหตุที่เกิดจากการเหยียบกับระเบิด

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่พบว่าคนพิการขาขาดที่อยู่ในภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งแตกต่างกันกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่คนพิการขาขาดส่วนใหญ่ที่มารับการรักษา ต่างอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน เพราะพื้นที่ดังกล่าวในอดีตเคยเกิดภาวะภัยสงครามจึงเต็มไปด้วยกับระเบิดที่ถูกฝังเอาไว้ ถึงแม้ว่าบางพื้นที่จะได้เก็บกู้กับระเบิดไปบางส่วนบ้างแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถทำลายให้หมดไปได้ โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน ของจังหวัดสระแก้ว ที่ชาวบ้านมักจะเหยียบกับระเบิดอยู่เสมอ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงสาเหตุที่สำคัญนำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาดของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสระแก้ว โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเหยียบกับระเบิด ตัวอย่างจากคนพิการขาขาดที่ได้สัมภาษณ์จำนวน 3 ราย ดังนี้

รายที่ 1 นายสมเกียรติ (นามสมมุติ) อายุ 36 ปี ชาวอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่ได้รับอุบัติเหตุ จนกลายมาเป็นคนพิการขาขาดทุกวันนี้ดังต่อไปนี้ เขาอยู่ในหมู่บ้านนี้มาตั้งแต่เกิด จนกระทั่งเมื่อย่างเข้าวัยหนุ่มจึงได้ตัดสินใจไปทำงานที่กรุงเทพฯ ในช่วงวันหยุด

เทศกาลเขา มักจะกลับมาเยี่ยมบ้านอยู่เสมอ พ่อแม่และญาติ ทุกคนต่างก็ดีใจที่กลับมาได้พบปะกัน วันหนึ่งญาติได้ชักชวนออกไปเที่ยวหาปลา หากบ เพื่อจะนำมาประกอบเป็นอาหารที่เขาชื่นชอบ โดยไม่ได้คาดคิดว่าจะมีเหตุเกิดขึ้นกับตนเองที่เหยียบกับระเบิดในคืนวันหนึ่งที่ญาติ ๆ ชวน ไปด้วย เพราะพื้นที่ที่เขาและญาติ ๆ ไปนั้น เป็นพื้นที่ที่ชาวบ้านใช้อยู่เป็นประจำ จึงคิดไม่ถึงว่าตัวเองจะโชคร้ายที่ไปเหยียบกับระเบิดจนต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดตลอดชีวิต (สัมภาษณ์ 1 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 2 นายสะอาด (นามสมมุติ) อายุ 46 ปี ชาวจังหวัดสระแก้ว ได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่ตนเองต้องกลายมาเป็นคนพิการขาขาดว่า เขามีอาชีพทำนา เมื่อเสร็จจากการทำนาก็มักจะออกจากบ้านไปหาของป่าต่าง ๆ เช่น เห็ด หน่อไม้ ปู ปลาและ เขียด เพื่อนำมาเป็นอาหารให้กับครอบครัว ซึ่งเป็นวิถีชีวิตท้องถิ่นที่ดำเนินมาโดยตลอด ในวันเกิดเหตุ เขาออกเดินทางไปหาปลาที่ลำห้วย จากนั้นได้เดินทางเข้าป่าและคิดว่าจะไปหักหน่อไม้เพื่อนำไปแกงกับปลาที่หาได้ เมื่อเดินเข้าไปอีกเล็กน้อยไม่ไกลจากท้องนามากนัก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เขาและชาวบ้านเคยเดินอยู่เป็นประจำ แต่วันนั้นเขาโชคร้ายที่เหยียบกับระเบิด เขาเล่าว่าได้ก้าวเดินอย่างปกติแต่พอยกขาขึ้นมาด้วยแรงของระเบิด ทำให้เขากระเด็นออกไป ขาถูกแรงระเบิดห้อยร่องแร่ง กระดูกแตกละเอียดไม่มีชิ้นดี เขาถูกหามส่งโรงพยาบาลอรัญประเทศและถูกตัดขา (สัมภาษณ์ 3 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 3 นางศรีไพ (นามสมมุติ) อายุ 45 ปี ชาวจังหวัดสระแก้ว เป็นคนพิการอีกคนที่อาศัยอยู่ติดชายแดนได้เล่าถึงสาเหตุที่ทำให้เธอต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดว่า สาเหตุที่ต้องถูกตัดขาเนื่องจากถูกแรงระเบิดจากการที่ประเทศเพื่อนบ้านยิงปืนใหญ่เข้ามาในพื้นที่เขตประเทศไทย ซึ่งตกมาลงที่บ้านของเธอพอดี ในวันที่เกิดเหตุนั้นเธอได้ออกไปซื้อผงชักฟอกที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ขณะที่เดินเข้าในบริเวณบ้านได้ยินเสียงดังสนั่น จากนั้นถึงมารู้สึกตัวว่าตนเองขาขาดร่องแร่ง นางศรีไพยังเล่าอีกว่าในบริเวณบ้านของเธอมีระเบิดตกลงมาถึง 5 ลูก ซึ่งก่อนหน้านั้น พ่อของเธอก็เหยียบกับระเบิดทำให้ต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดเช่นกัน และระหว่างที่พ่อรักษาตัวอยู่ในบ้านเพื่อให้แผลหายเพื่อจะได้ไปรับบริการใส่ขาเทียม ก็มีระเบิดตกลงมากลางบ้านอีก ทำให้พ่อของเธอเสียชีวิต เหตุการณ์ในครั้งนั้นสร้างความเศร้าสะเทือนใจเกินกว่าจะทำใจได้ แต่ก็ไม่คิดที่จะจากพื้นดินที่เป็นบ้านเกิดไปไหน ปัจจุบันนี้ก็ยังต้องอยู่อย่างระมัดระวัง (สัมภาษณ์ 5 พฤษภาคม 2554)

จากข้อมูลในตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่า ยังมีคนพิการขาขาดอีกจำนวนมากในจังหวัดชายแดนรวมทั้งจังหวัดสระแก้ว ที่ต้องกลายเป็นคนพิการขาขาด อันเนื่องมาจากการเหยียบกับระเบิด จากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์แบบเชิงลึก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเดินทางเข้าไปทำไร่ ตัดไม้ เก็บหาของป่าทั้งในบริเวณสวนไร่นาของตนเองหรือตามชายแดน เพื่อการบริโภคและจำหน่ายเป็นรายได้ของครอบครัวเนื่องจากประชาชนในพื้นที่โดยส่วนใหญ่มี ฐานะยากจน มีอาชีพทำไร่ทำนาและรับจ้างทั่วไป หลังจากเสร็จสิ้นจากฤดูทำนาก็เข้าไปหาของป่าต่าง ๆ เพื่อประทังชีวิต

4.1.2.3 กลุ่มคนพิการขาขาดที่มีสาเหตุที่เกิดจากปัญหาด้านสุขภาพ

สำหรับปัญหาด้านสุขภาพนับเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำประชาชนบางส่วนกลายเป็นคนพิการขาขาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน ซึ่งได้สัมภาษณ์คนพิการขาขาดบางคนที่ถูกตัดขาอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยดังนี้

รายที่ 1 นายมนตรี (นามสมมุติ) อายุ 46 ปี ชาวจังหวัดเชียงใหม่ได้เล่าถึงสาเหตุที่ต้องกลายมาเป็นคนพิการขาขาด เพราะไม่เคยทราบมาก่อนเลยว่าเป็นโรคเบาหวาน จึงได้ใช้ชีวิตแบบไม่ได้ระมัดระวัง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2545 เดินไปเหยียบตะปู เริ่มแรกของการรักษาได้ไปซื้อแอลกอฮอล์มาล้างแผล และซื้อยามารับประทานเอง เพราะคิดว่าคงไม่มีอะไรมาก ไม่นานก็คงหายเหมือนกับชาวบ้านทั่ว ๆ ไป แต่ยิ่งนานวันความเจ็บปวดก็มากขึ้นและเจ็บป่วยเรื้อรังมาตลอดทั้งๆที่แผลที่เหยียบตะปูก็ปิดสนิทไม่มีบาดแผลอะไร จึงได้ไปพบแพทย์ที่สถานีอนามัย แพทย์ได้ฉีดยาป้องกันบาดทะยักพร้อมทั้งให้รับประทานยาแก้ปวดอีก เขาใช้ชีวิตอยู่ด้วยความทรมานมานานร่วมปี เมื่อทนความเจ็บปวดไม่ไหว จึงไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้เจาะเอาหนองออก เมื่อแพทย์ประจำโรงพยาบาลอำเภอใช้มีดกรีดแผล เพื่อระบายหนองให้ปรากฏว่าเศษเนื้อหลุดออกมาด้วย เขามองเห็นเนื้อหลุดลุ่ยและเห็นกระดูกชัดเจน ในเวลานั้นเริ่มคิดแล้วว่าขาของตนเองคงจะกลับมาเป็นปกติต่อไปอีกไม่ได้แล้ว เขาถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลประจำจังหวัด ด้วยความเจ็บปวดจึงได้ขอร้องให้หมอตัดกระดูกและเนื้อส่วนที่เหลือทิ้งไป จากนั้นจึงได้ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งนายมนตรีกล่าวว่า หากทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานและทราบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรจะปฏิบัติตนอย่างไร ต้องระมัดระวังอย่าให้มีบาดแผลหรือแม้กระทั่งระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารตนอาจไม่ต้องกลายมาเป็นคนพิการขาขาดชั่วชีวิตแบบนี้ (สัมภาษณ์ 20 สิงหาคม 2554)

การที่ภาคใต้ ที่มีฝนตกชุกตลอดทั้งปีก็นับเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ถูกตัดขาได้ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ต้องออกไปกรีดยางถางหญ้าในสวนยางพาราซึ่งมีงูกะปะชุมจึงถูกงูกัดถ้าไม่ระมัดระวังและพิษงูทำให้เนื้อตายจึงต้องถูกตัดขาซึ่งคนพิการบางรายได้เล่าถึงความเป็นมาของความพิการของตนเองดังนี้

รายที่ 2 นายมะดาโฮะ (นามสมมุติ) อายุ 37 ปี ชาวจังหวัดสงขลาได้เล่าถึงสาเหตุที่ต้องถูกตัดขา วันหนึ่งเขาออกไปถางหญ้าในสวนยางตามปกติ ระหว่างที่ถางหญ้าอยู่ก็รู้สึกเจ็บปวดที่เท้าพอมองลงไปก็เห็นงูเลื้อยไปแล้ว จึงรู้ทันทีว่าตนเองถูกงูกัดจึงช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นโดยการฉีกเสื้อที่ใส่แล้วพันอย่างแน่นที่ตรงบริเวณน่อง แต่ตอนนั้นรู้สึกเจ็บปวดอย่างมากและแน่นหน้าอก รีบออกมาจากสวนยางและกลับเข้าไปบ้าน พอถึงบ้านหน้ามืดจะเป็นลม ญาติจึงส่งตัวไปยังโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถนาทวี และรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถนาทวีได้ 2 วัน

โรงพยาบาลนาทวีได้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ขาของเขาบวมมากจนน่ากลัว แพทย์ประจำโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทำการรักษาประมาณ 2 วัน จึงเรียกญาติมาพบและแจ้งให้เขาและญาติทราบว่า จำเป็นจะต้องตัดขาของเขาทิ้ง เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายทำให้กล้ามเนื้อไม่มีแรงและเกิดความเจ็บปวดอยู่ตลอดเวลาหาก ด้วยความเจ็บปวดเขาจึงยอมให้แพทย์ตัดขาและในที่สุดก็ต้องตัดขากลายเป็นคนพิการขาขาดไปตลอดชีวิต(สัมภาษณ์ 8 มิถุนายน 2554)

รายที่ 3 นางสุนีย์ (นามสมมุติ) อายุ 42 ปี ชาวจังหวัดสงขลา ได้เล่าว่าตนเองถูกตัดขาตั้งแต่อายุ 12 ปี สาเหตุเนื่องจากถูกงูกัด เมื่อเดินทางไปในสวนยางกับพ่อและแม่ระหว่างวันหยุดเรียน นางสุนีย์ เล่าว่า ครอบครัวของตนมีอาชีพหลักทำสวน มีสวนเงาะ สวนทุเรียน และสวนยาง ชีวิตในวัยเด็กเมื่อถึงวันหยุดเรียน ตนเองก็ต้องช่วยพ่อแม่ทำสวน ในวันเกิดเหตุนั้น เป็นวันเสาร์ตนได้ติดตามพ่อและแม่ไปสวนยางด้วย ตอนช่วงเช้าระหว่างเดินทางไปสวนยาง มีงูมากัดที่เท้า ซึ่งตนเองไม่ได้เห็นตัวงูแต่พ่อของตนเห็นงูเลื้อยออกไปจากตน และตนเองรู้สึกปวดที่เท้า พ่อรีบมาดูที่เท้าของตนจึงทราบว่าถูกงูกัดพ่อได้เอาผ้าผูกที่น่องไว้และพาไปที่สถานีอนามัย ตัวเองจำได้ดีในเวลานั้นพ่อและพยาบาลที่สถานีอนามัยจะคอยพูดคุยกับตน และคอยบอกตลอดว่าอย่านอนหลับ และทางสถานีอนามัยได้ส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำได้ว่าพักอยู่ในโรงพยาบาลได้ประมาณ 1 อาทิตย์ หลังจากนั้นแพทย์จึงได้ตัดขาของตน จึงต้องกลายเป็นคนพิการขาขาด(สัมภาษณ์: 9 มิถุนายน 2554)

รายที่ 4 นายดุลรอมาล (นามสมมุติ) อายุ 40 ปี เป็นชาวอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ได้เล่าถึงสาเหตุที่ถูกตัดขาว่า เขาถูกงูกัดเท้าในปี 2547 ระหว่างที่เขาไปกรีดยางในสวนของตนเอง ซึ่งตอนแรกเขาก็ได้ปฐมพยาบาลเบื้องต้นตามที่ได้เรียนรู้มา คือ รัดแผลและคอยสังเกตอาการตนเอง ในเวลานั้นเขาไม่มีความรู้สึกเหมือนผู้ที่ถูกงูพิษกัดเลย จึงคิดว่าคงไม่เป็นอะไรแล้ว จึงใช้ชีวิตตามปกติมาเป็นระยะเวลา 3 ปี แต่หลังจากนั้นเขามีอาการปวดขามากจนทนไม่ไหว เขาไปหาแพทย์ในโรงพยาบาลประจำอำเภอ ทางโรงพยาบาลก็ให้ยาแก้ปวดมา เขาใช้ยาแก้ปวดมาได้ประมาณ 2 เดือน อาการปวดก็ไม่เคยดีขึ้นเลย แต่ขาของเขากลับบวมและอ่อนแรงในที่สุด แพทย์บอกว่า เนื้อเยื่อข้างในเสียและเน่าแล้ว เขากล่าวว่า เขาเป็นคนขอให้แพทย์ตัดขาให้ตัวเอง เพราะทนความเจ็บปวดต่อไปไม่ไหวแล้ว แพทย์จึงได้ตัดขาเขาทิ้งในกลางปี พ.ศ. 2550 ที่โรงพยาบาลสงขลา (สัมภาษณ์ 8 มิถุนายน 2554)

กล่าวโดยสรุป สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาด ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร การเหยียบกับระเบิด รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจากโรคภัยต่าง ๆ กลายเป็นจุดเปลี่ยนจากคนดี (well being) มาเป็นคนพิการ (handicap) สังคมเริ่มให้คำนิยามความหมายจากร่างกายที่เปลี่ยนไปว่าเป็น "คนพิการขาขาด" บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ถูกสร้างอัตลักษณ์ใหม่จากลักษณะที่อวัยวะของร่างกายถูกตัดออกไป กลายเป็นจุดเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีวันหวนคืนกลับมาได้อีก อีกทั้งยังพบว่าจากสาเหตุความพิการที่กล่าวมานี้ สามารถแยกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (1) ประเภท

ความพิการที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เช่น ความพิการที่เกิดจากสาเหตุอุบัติเหตุจราจร ความพิการที่เกิดจากสาเหตุของการเหยียบกับระเบิด และ (2) ประเภทความพิการที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น ความพิการที่มีสาเหตุจากโรคภัย อาทิ เบาหวาน แผลเรื้อรัง งูกัด เป็นต้น ซึ่งความพิการทั้ง 2 ประเภทนี้จะมีความแตกต่างในด้านความรู้สึกอย่างเห็นได้ชัด คือ ความพิการที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันย่อมจะมีความรู้สึกเสียใจอย่างสุดซึ้ง มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอที่สุด ใช้เวลาในการยอมรับตนเองที่ยาวนาน เนื่องจากเป็นการเกิดเหตุแบบเฉียบพลันอย่างไม่คาดคิดมาก่อนจึงไม่มีเวลาตั้งตัวหรือทำใจยอมรับ สำหรับความพิการที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งมีเวลาที่รักษาความเจ็บป่วยนั้น ๆ มาช่วงเวลาหนึ่ง จึงมีการรับรู้เรื่องราวของตนมาตลอด อีกทั้งในช่วงรักษาจะมีความเจ็บปวดทรมาน จนในที่สุดจึงตัดสินใจยอมให้แพทย์ตัดขาเพื่อให้ตนหายจากความเจ็บปวดและให้ตนมีชีวิตรอด ดังนั้นแล้วสภาพจิตใจจึงมีความเข้มแข็งกว่าคนพิการที่เกิดเหตุโดยเฉียบพลัน และใช้เวลาในการยอมรับความพิการได้สั้นกว่าคนพิการที่เกิดความพิการโดยเฉียบพลัน

4.1.3 วิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพิการขาขาด

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคนพิการขาขาดที่ได้ใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณครั้งนี้ ได้แก่ อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนมุมมองคนพิการขาขาดต่อสังคม ด้านความรู้สึก ด้านจิตใจ อารมณ์ และทัศนคติของสังคมต่อคนพิการขาขาดว่าทั้งก่อนและหลังจากพิการขาขาขาดเป็นอย่างไร โดยมีผลการศึกษาดังที่แสดงในตารางที่ 4.3 เป็นคำถามก่อนการพิการ และ ตารางที่ 4.4 เป็นคำถามหลังจากการพิการขาขาดแล้ว ดังนี้

4.1.3.1 วิถีการดำเนินชีวิตก่อนพิการขาขาด

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ด้านอาชีพ รายได้และบทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวและมุมมองสังคมของคนพิการขาขาด ก่อนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

ก่อนพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ										
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	7.00	5	5.49	9	9.10	5	4.55	26	6.50
ค้าขาย	16	16.00	15	16.48	15	15.15	3	2.73	49	12.25
เกษตรกรรม	42	42.00	31	34.08	45	45.45	86	78.17	204	51.00
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.00	5	5.49	10	10.10	1	0.91	20	5.00
ลูกจ้าง	16	16.00	26	28.57	12	12.12	3	2.73	57	14.25
รับจ้างทั่วไป	5	5.00	3	3.30	6	6.06	10	9.09	24	6.00
พระสงฆ์	5	5.00	1	1.10	1	1.01	-	-	7	1.75
ว่างงาน	5	5.00	5	5.49	1	1.01	2	1.82	13	3.25
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ก่อนพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน										
ต่ำกว่า 2,000 บาท	34	34.00	20	21.98	17	17.17	54	49.09	125	31.25
2,001–5,000 บาท	38	38.00	41	45.05	24	24.24	47	42.73	150	37.50
5,001–8,000 บาท	14	14.00	18	19.78	30	30.30	5	4.55	67	16.75
8,001–10,00 บาท	6	6.00	5	5.50	13	13.13	3	2.73	27	6.75
10,001–15,000 บาท	5	5.00	1	1.10	10	10.10	1	0.90	17	4.25
15,000 บาท ขึ้นไป	3	3.00	6	6.59	5	5.06	-	-	14	3.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
บทบาทในครอบครัว										
-เป็นผู้หาเลี้ยง ครอบครัว	65	65.00	53	58.24	73	73.74	97	88.18	288	72.00
-เป็นผู้อาศัย	35	35.00	38	41.76	26	26.26	13	11.82	112	28.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ก่อนพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว										
- รักใคร่กลมเกลียว	82	82.00	66	72.53	74	74.75	50	45.45	272	68.00
-พูดคุยกันสม่ำเสมอ	13	13.00	24	26.37	22	22.22	59	53.64	118	29.50
-พูดคุยกันน้อยลง	5	4.00	1	1.10	4	3.03	1	0.91	10	2.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
มุมมองสังคมของคนพิการขาขาด										
-ปกติ	100	100.00	91	100.00	99	100.00	110	100.00	400	100.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ผลจากการสอบถามดังที่ได้แสดงในตารางที่ 4.3 โดยภาพรวมทั้ง 4 ภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างคนพิการขาขาดทุกภาค ส่วนใหญ่ก่อนที่จะเป็นคนพิการขาขาด มีอาชีพทางด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 51.00 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001 ถึง 5,000 บาท ร้อยละ 37.50 และ ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 31.25 มีหน้าที่บทบาทในครอบครัว โดยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ร้อยละ 72.00 โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68.00 ตอบว่ามีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่รักใคร่กลมเกลียวกันดี และคิดว่าทัศนคติจากสังคมมองคนพิการขาขาดเป็นปกติ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค พบว่ากลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 78.17 ส่วนภาคอื่น ๆ ที่จะมีปริมาณน้อยกว่าใกล้เคียงกันส่วนอาชีพอื่น ๆ รองลงมามีจำนวนใกล้เคียงกันแทบทุกภาคคืออาชีพค้าขายและเป็นลูกจ้างส่วนรายได้ต่อเดือน พบว่าคนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทสูงถึง ร้อยละ 49.09 และ 34.00 ในขณะที่ภาคกลางและภาคใต้มีจำนวนน้อยกว่าที่ใกล้เคียงกัน สำหรับบทบาทในครอบครัว พบว่า กลุ่มคนพิการขาขาดที่เป็นประชากรตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมากที่สุดสูงถึงร้อยละ 88.18 ภาคอื่นมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่ากลุ่มคนพิการขาขาดในภาคเหนือ ส่วนใหญ่ได้ตอบว่า ปัจจุบันยังมีความรักใคร่กลมเกลียวกันมากที่สุดถึง ร้อยละ 82.00 ส่วนภาคอื่น ๆ มีจำนวนน้อยกว่าที่ใกล้เคียงกัน

จากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนพิการขาขาดทั้งหมดในทุกภาค พบว่าคนพิการขาขาดมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ด้านอาชีพ รายได้ต่อเดือนและบทบาทในครอบครัวของคนพิการขาขาด แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนคนพิการขาขาดรายได้ต่ำสูงกว่าภาคอื่น ๆ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำนาทำไร่ ทำให้มีรายได้ต่อเดือนไม่สูงมากนัก จึงต้องหาของป่าเพื่อบริโภคและจำหน่ายเป็นรายได้เสริม

4.1.3.2 วิถีชีวิตทั่วไปหลังพิการขาขาด

จากลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาด ก่อนที่จะพิการขาขาดพบว่าส่วนใหญ่มีการทำงานและมีรายได้ทุกเดือนอีกทั้งส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ที่หาเลี้ยงครอบครัว จากการสอบถามต่อไป เพื่อต้องการทราบว่าหลังจากเกิดความพิการขึ้นแล้วจะมีลักษณะทั่วไปเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบุลักษณะทั่วไปหลังเกิดความพิการของตน ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละด้านอาชีพ รายได้และบทบาทในครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัว ทัศนคติจากสังคมต่อคนพิการขาขาด หลังพิการขาขาด จำแนกตามภาค

หลังพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ										
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	9.00	6	6.60	7	7.07	6	5.45	28	7.00
ค้าขาย	23	23.00	12	13.19	10	10.10	10	9.09	55	13.75
เกษตรกรรม	31	31.00	23	25.27	40	40.41	63	57.27	157	39.25
ธุรกิจส่วนตัว	6	6.00	10	10.99	10	10.10	3	2.73	29	7.25
ลูกจ้าง	13	13.00	19	20.88	9	9.09	5	4.55	46	11.50
รับจ้างทั่วไป	10	10.00	13	14.29	16	6.16	19	17.27	58	14.50
พระภิกษุ	2	2.00	1	1.10	1	1.01	-	-	4	1.00
ว่างงาน	6	6.00	7	7.68	6	6.06	4	3.63	23	5.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

หลังพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน										
ต่ำกว่า 2,000 บาท	48	48.00	19	20.88	41	41.41	63	57.27	171	42.75
2,001–5,000 บาท	25	25.00	34	37.36	22	22.22	37	33.64	118	29.50
5,001–8,000 บาท	14	14.00	25	27.47	19	19.20	9	8.18	67	16.75
8,001–10,000 บาท	5	5.00	8	8.79	11	11.11	1	0.91	25	6.25
10,001–15,00 บาท	6	6.00	1	1.10	4	4.04	-	-	11	2.75
15,000 บาท ขึ้นไป	2	2.00	4	4.40	2	2.02	-	-	8	2.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
บทบาทครอบครัว										
เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว	31	31.00	34	37.36	36	36.36	48	43.64	149	37.25
เป็นผู้อาศัย	69	69.00	57	62.64	63	63.64	62	56.36	251	62.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

หลังพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว										
รักใคร่กลมเกลียว	77	77.00	69	75.82	76	76.77	52	47.27	274	68.50
พูดคุยกันสม่ำเสมอ	18	18.00	21	23.08	19	19.19	54	49.09	112	28.00
พูดคุยกันน้อยลง	5	5.00	1	1.10	4	2.04	4	3.14	14	3.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
ทัศนคติจากสังคมต่อคนพิการขาขาด										
ปกติ	2	2.00	2	2.20	1	1.01	-	-	5	1.25
น่าสงสาร	57	57.00	53	58.24	48	48.49	72	65.45	230	57.50
น่าเวทนา	14	14.00	18	19.78	20	20.20	14	12.73	66	16.5
เป็นภาระครอบครัว	19	19.00	15	16.48	23	23.23	18	16.37	75	18.75
เป็นภาระของสังคม	8	8.00	3	3.30	7	7.07	6	5.45	24	6.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

จากตารางที่ 4.4 พบว่า คนพิการขาขาดทุกภาคส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 39.25มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท มีบทบาทในครอบครัว โดยเป็นผู้อาศัย ร้อยละ 62.75 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่รักใคร่กลมเกลียวกัน ร้อยละ 68.50 มีทัศนคติจากสังคมต่อคนพิการขาขาดแบบน่าสงสาร ร้อยละ 57.50

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.27 เช่นเดียวกับภาคอื่น ๆ ที่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรรมหลังพิการขาขาด ส่วนอาชีพอื่นๆรองลงมาแทบทุกภาคมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คืออาชีพรับจ้างทั่วไป ค้าขายและเป็นลูกจ้างส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทสูงถึง ร้อยละ 57.27 ภาคเหนือและภาคใต้มีจำนวนลักษณะน้อยกว่าใกล้เคียงกัน สำหรับบทบาทในครอบครัว พบว่า ภาคเหนือเป็นผู้อาศัยมากที่สุดสูงถึงร้อยละ 69 สำหรับอีกสามภาคมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ภาคเหนือมีความรักใคร่กลมเกลียวกันมากที่สุด ร้อยละ 77 ภาคอื่นมีจำนวนน้อยกว่าที่ใกล้เคียงกัน สำหรับทัศนคติที่สังคมมองคนพิการขาขาด พบว่า แทบทุกภาคมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนักคือมองแบบน่าสงสาร

4.1.3.3 เปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพิการขาขาด

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังพิการขาขาดในประเด็นด้านอาชีพ รายได้ต่อเดือน บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนทัศนคติจากสังคมมองคนพิการขาขาด ทั้งก่อนและหลังความพิการว่ามีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงหรือมีความสัมพันธ์ในลักษณะใดบ้าง โดยมีผลการศึกษาดังนี้

1. การประกอบอาชีพก่อนและหลังพิการขาขาด

จากตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบกับ ตารางที่ 4.4 ด้านการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังความพิการ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม โดยก่อนพิการมีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดสูงถึงร้อยละ 51 แต่เมื่อพิการแล้วการเป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมลดลงเหลือ ร้อยละ 39.25 เมื่อเปรียบเทียบอาชีพเกษตรกรรมระหว่างภาคทั้งก่อนและหลังพิการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก่อนพิการ มีอาชีพเกษตรกรรมสูงที่สุดถึง ร้อยละ 78.17 แต่เมื่อเป็นคนพิการแล้วมีจำนวนลดลง เหลือ 57.27 ส่วนอาชีพอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่มีจำนวนที่ว่างงานมากขึ้นในทุกภาค จาก ร้อยละ 3.25 เป็น ร้อยละ 5.75 สำหรับอาชีพลูกจ้างทั้งสี่ภาค พบว่าลดลง จาก ร้อยละ 14.25 เหลือเพียง ร้อยละ 11.50 แต่คนพิการขาขาดที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและค้าขายพบมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย

เมื่อเปรียบเทียบอาชีพลูกจ้างระหว่างภาคของคนพิการทั้งก่อนและหลังพิการขาขาด พบว่าคนพิการขาขาดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ มีอาชีพเป็นลูกจ้างก่อนพิการขาขาดมีจำนวน

ไม่แตกต่างกันมากนัก ร้อยละ 28.57, 16.00 และ 12.12 แต่หลังจากพิการขาขาด จำนวนคนพิการขาขาดที่เป็นลูกจ้างกลับลดต่ำลง โดยเฉพาะภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้เหลือเพียงร้อยละ 20.88, 13.00 และ 9.09 ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับมีจำนวนคนพิการขาขาดที่เป็นลูกจ้างหลังพิการเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนพิการ ร้อยละ 2.73 เป็น ร้อยละ 4.55สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย เปรียบเทียบ ระหว่างภาคต่างๆ ของคนพิการทั้งก่อนและหลังพิการ พบว่าคนพิการขาขาดในภาคกลางและภาคใต้ มีอาชีพค้าขายลดลงเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยก่อนพิการร้อยละ 16.48 และ 15.15 แต่หลังพิการ ลดลงร้อยละ 13.19 และ 10.10 ในทางตรงกันข้ามคนพิการขาขาดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอาชีพค้าขาย เดิมร้อยละ 16.00 และ 2.73 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 23.00 และ 9.09

อาชีพรับจ้างทั่วไประหว่างภาคของคนพิการทั้งก่อนและหลังพิการขาขาด พบว่าก่อนพิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน ร้อยละ 9.09 ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง มีจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 6.06, 5.00 และ3.30 แต่หลังจากพิการ พบว่า ทุกภาคคนพิการมีอาชีพรับจ้างทั่วไปเพิ่มสูงขึ้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคเหนือ ที่สูงถึงร้อยละ 17.27, 16.16,14.29 และ 10.10

เมื่อสอบถามถึงการไม่ทำงานหรือการว่างงานของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างภาค ภายหลังที่เกิดความพิการพบว่า มีจำนวนคนพิการที่ว่างงานเพิ่มสูงขึ้นโดยในช่วงก่อนพิการในภาคกลางและภาคเหนือมีจำนวน ร้อยละ 5.49 และ 5.00 สำหรับภาคใต้กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนคนพิการขาขาดที่ว่างงานที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 1.51 และร้อยละ 1.82 แต่หลังจากพิการ พบว่าจำนวนคนพิการขาขาดที่ว่างงานเพิ่มสูงขึ้นทุกภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคกลางที่เพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 7.068 ในขณะที่ภาคอื่น ๆ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 6.00 ถึง ร้อยละ 6.06

2. รายได้ก่อนและหลังพิการขาขาด

จากการศึกษารายได้ต่อเดือนของคนพิการขาขาดในช่วงทั้งก่อนและหลังพิการขาขาด พบว่า โดยภาพรวมส่วนใหญ่ตอบว่า มีรายได้ต่อเดือนลดต่ำลงหลังพิการ โดยก่อนพิการมีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 2,001 ถึง 5,000 บาท มีจำนวนมากถึง ร้อยละ 37.50 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนต่ำ 2,000 บาท ร้อยละ 31.25 สำหรับคนพิการขาขาดที่ระบุว่า มีรายได้ ต่อเดือน ในช่วง 5,001 ถึง 8,000 บาท ร้อยละ 16.75แต่หลังจากพิการขาขาด พบว่า คนพิการขาขาดมีรายได้ต่อเดือนลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 6.25 กลุ่มตัวอย่างระบุว่า มีรายได้ต่อเดือน ที่ต่ำกว่า 2,000 บาท จำนวนมากขึ้น จากร้อยละ 31.25 เป็น ร้อยละ 42.75

เมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างภาคต่างๆ ที่ระบุว่ามีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท พบว่า ก่อนพิการขาขาด คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายได้ต่อ

เดือนต่ำกว่า 2,000 บาทสูงที่สุด ร้อยละ 49.09 รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ร้อยละ 34.00 ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 21.98 และ 17.17 แต่หลังจากพิการพบว่าคนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ลดต่ำลงสูงถึง ร้อยละ 57.27 ภาคเหนือและภาคใต้ ร้อยละ 48.00 และ 41.41 โดยเฉพาะในภาคใต้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนลดต่ำลงค่อนข้างมาก นอกจากภาคกลางที่คนพิการขาขาดกลับมีรายได้เฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนักทั้งก่อนและหลังพิการขาขาด

เมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 2,001 ถึง 5,000บาท ในภาคต่าง ๆ ก่อนและหลังพิการขาขาด พบว่า คนพิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือระบุว่า มีรายได้ต่อเดือน 2,001 ถึง 5,000 บาท ร้อยละ 42.73 และร้อยละ 38.0 แต่หลังจากพิการ พบว่า คนพิการขาขาดในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนลดต่ำลง ร้อยละ 8.18 และร้อยละ 14.00 ส่วนภาคใต้ที่มีรายได้ต่อเดือน ทั้งก่อนและหลังพิการขาขาดไม่แตกต่างกันมากนัก

เปรียบเทียบรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 5,001 ถึง 8,000 บาทระหว่างภาคก่อนและหลังพิการ พบว่าก่อนพิการ คนพิการขาขาดในภาคใต้มีรายได้ต่อเดือน 5,001 ถึง 8,000 บาท สูงถึง ร้อยละ 30.30 รองลงมาได้แก่ภาคกลางและภาคเหนือ ร้อยละ 19.78 และ 14.00 แต่หลังจากพิการขาขาด พบว่า คนพิการในภาคกลางมีรายต่อเดือน5,001ถึง 8,000 บาท ลดลงร้อยละ 8.79 คนพิการขาขาดในภาคใต้มีรายได้ต่อเดือนลดต่ำลง ร้อยละ 11.11 ส่วนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

3. บทบาทในครอบครัวก่อนและหลังพิการขาขาด

จากการสอบถามถึงบทบาทของคนพิการขาขาดในครอบครัว ทั้งก่อนและหลังพิการ พบว่า ส่วนใหญ่ก่อนพิการขาขาดมีบทบาทในการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมากถึงร้อยละ 72.00 แต่หลังจากพิการขาขาดแล้ว พบว่า เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเพียง ร้อยละ 37.25

เมื่อเปรียบเทียบบทบาทในครอบครัวในการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวระหว่างภาคก่อนและหลังพิการขาขาด พบว่าก่อนพิการขาขาด คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีบทบาทเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวสูงที่สุดถึงร้อยละ 88.18 รองลงมาได้แก่ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคกลาง ร้อยละ 73.74, 65.00 และ 58.24 แต่หลังจากพิการ พบว่า แทบทุกภาคบทบาทเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมีจำนวนลดต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เหลือเพียงร้อยละ 43.64 ส่วนภาคใต้ ภาคกลางและภาคเหนือมีจำนวนที่ลดลงเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 36.36 และร้อยละ 37.36 และร้อยละ 31.00 สำหรับการเป็นผู้อาศัยในครอบครัวโดยเปรียบเทียบกันระหว่างภาคต่าง ๆ พบว่า ภายหลังเป็นคนพิการขาขาด กลายเป็นผู้อาศัยสูงมาก

4. ความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อนและหลังพิการขาขาด

จากการสอบถามถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวทั้งก่อนและหลังพิการขาขาด โดยตั้งคำถามให้ตอบในสี่ประเด็น คือรักใคร่กลมเกลียวพูดคุยกันสม่ำเสมอพูดคุยกันน้อยลงไม่ค่อยได้พูดคุยกันเลยพบว่า มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กลมเกลียวสูงถึง ร้อยละ 68.00 รองลงมาได้แก่ การพูดคุยกันในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 29.50 เปรียบเทียบภายหลังพิการขาขาดแล้วพบว่า คนพิการขาขาดยังมีความรักใคร่กลมเกลียวกันไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างก่อนและหลังความพิการ

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างภาคต่าง ๆ ก่อนและหลังพิการขาขาด พบว่าคนพิการขาขาดในภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กลมเกลียว เป็นจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ร้อยละ 82.00, 74.75 และ 72.53 เช่นเดียวกับช่วงหลังพิการขาขาด คนพิการแทบทุกภาคยังมีความสัมพันธ์ในครอบครัว เหมือนเดิมแต่พูดคุยกันน้อยลง

5. ทัศนคติจากสังคมของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงทัศนคติจากสังคมต่อคนพิการขาขาด โดยการมองจากตัวคนพิการที่คิดว่าสังคมมีทัศนคติต่อคนพิการอย่างไร พบว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่คิดว่า สังคมมีทัศนคติต่อคนพิการว่าเป็นผู้ที่น่าสงสาร ถึงร้อยละ 57.50 รองลงมา คิดว่าคนพิการทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว และร้อยละ 18.75 มองเห็นว่าคนพิการเป็นคนน่าเวทนา ร้อยละ 16.5 มีเพียงร้อยละ 1.25 เท่านั้น ที่คิดว่าเป็นคนปกติ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคต่าง ๆ พบว่า ทัศนคติจากบุคคลทั่วไปในสังคมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีต่อคนพิการว่าเป็นผู้ที่น่าสงสารมากที่สุด ถึงร้อยละ 65.45 และคนพิการขาขาดในภาคใต้ คิดว่าสังคมมองว่าเป็นภาระแก่ครอบครัว ร้อยละ 23.23 จากตารางที่ 4.3กับ ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังที่มีความพิการนั้น จะเห็นได้ว่าก่อนพิการสังคมยอมรับว่าทุกคนเป็นคนปกติ ไม่มีความคิดเห็นใด ๆ แต่หลังจากพิการขาขาดแล้ว พบว่า คนพิการขาขาดเกือบทุกภาคคิดว่าสังคมมองคนพิการในลักษณะที่เป็นความเห็นใจ น่าสงสาร และน่าเวทนา

ในระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์คนพิการขาขาดในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับอาชีพ รายได้ต่อเดือน บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงทัศนคติจากสังคมต่อคนพิการขาขาด เพื่อนำบทสัมภาษณ์มาประกอบกับผลการศึกษาที่ได้ พบว่าคนพิการส่วนใหญ่ทำงานและช่วยงานในครอบครัวตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนพิการได้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว ต่อมาภายหลังจากพิการมีการปรับเปลี่ยนการประกอบ อาชีพแต่ยังมีบทบาทเป็นทั้งคนหาเลี้ยงครอบครัวและผู้อาศัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรมเนื่องจากยังคงสามารถทำงานทั่วไปได้บ้างอีกทั้งความสัมพันธ์ใน

ครอบครัวส่วนใหญ่แล้วก็ยังคงสภาพเดิม ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์คนพิการขาขาดในด้านลักษณะทั่วไปของคนพิการขาขาด ทั้งก่อนและหลังที่เกิดความพิการเพื่อนำเสนอข้อมูลเชิงลึกจำนวน 3 ราย ดังนี้

รายที่ 1 นายสมบูรณ์ (นามสมมุติ) อายุ 56 ปี ชาวจังหวัดเชียงรายได้กล่าวถึงอาชีพก่อนที่จะเป็นคนพิการขาขาดว่า ก่อนถูกตัดขามีอาชีพเป็นพนักงานร้านอาหารคาราโอเกะที่กรุงเทพฯ เมื่อประสบอุบัติเหตุรถชนและถูกตัดขา เขาจะต้องใช้เวลาทำใจในการยอมรับสภาพว่าเป็นคนพิการนานถึง 6 เดือน โดยมีภรรยาและลูกคอยดูแลและให้กำลังใจมาโดยตลอด จึงทำให้คิดอยู่เสมอว่าจะต้องกลับมาเดินให้ได้อีกครั้งหนึ่งและจะไม่ยอมให้ตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว เขาพยายามหางานทำแต่สังคมไม่ให้โอกาสเลย จึงตัดสินใจไปขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ทั้งๆที่ไม่อยากจะทำอาชีพนี้เลย เพราะมีความรู้สึกว่าการที่ผู้คนต้องซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาลจากเขาก็เพราะความสงสาร เหมือนกับว่าเม็ดเงินที่ได้มานั้นไม่ได้เกิดจากแรงงานของเรา แต่มาจากความสงสาร และก็รู้สึกเขินอายทุกครั้งเมื่อต้องยืนขายสลากกินแบ่งรัฐบาล แต่ก็ยอมรับว่าการจำหน่ายสลากกินแบ่งมีรายได้ที่ดีเป็นอาชีพและงานที่สุจริต แต่ไม่ได้สร้างความภาคภูมิใจ (สัมภาษณ์ 16 มิถุนายน 2554)

รายที่ 2 นายบุญโฮม (นามสมมุติ) อายุ 43 ปี ชาวจังหวัดสระแก้ว กล่าวว่าก่อนพิการขาขาดอันเนื่องมาจากการเหยียบกับระเบิดนั้นประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยทำนาบนที่นาของตนเองวันที่เกิดเหตุนั้น เขาและภรรยาพร้อมทั้งสุนัขคู่ใจเดินเข้าไปที่นาเพื่อไปถางหญ้า ขณะที่กำลังเดินเข้าไปในพื้นนานั้น สุนัขของเขาเดินไปเกี่ยวสายที่เชื่อมติดกับระเบิดใกล้กับที่ตนยืนอยู่ ด้วยแรงของระเบิดทำให้ขาของเขาขาดร่องแร่ง ส่วนภรรยาของเขาก็ถูกสะเก็ดระเบิดที่ขาเช่นกันแต่ไม่ได้ขาดเหมือนของเขาและปัจจุบันนี้ก็ยังไม่ได้เอาสะเก็ดออก ทำให้ภรรยาเขามีความเจ็บปวดอยู่ระหว่างนั้นเป็นช่วงที่ สับสนและเสียใจมากกว่าจะทำใจให้ยอมรับสภาพความพิการได้ประมาณ 1 ปี เพราะทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม แต่ครอบครัวก็คอยให้กำลังใจดูแลอยู่ตลอดไม่ทอดทิ้ง แต่ตัวเองก็ไม่กล้าที่จะออกไปพบปะผู้คนในสังคม ไม่อยากให้ผู้คนได้รู้เห็นว่าเขาเป็นคนพิการ (สัมภาษณ์ 3 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 3นายสมนึก (นามสมมุติ) อายุ 44 ปี ชาวอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีอาชีพทำนา สาเหตุที่สูญเสียขาเพราะไปเก็บผักหวานกับพี่ๆ ในเขตชายแดนฝั่งไทย และบังเอิญไปเหยียบกับระเบิด ทำให้เขาสูญเสียทั้งขาและดวงตาทั้งสองข้าง ภายหลังที่ถูกตัดขาใหม่ ๆ เป็นช่วงเวลาที่เศร้าสะเทือนใจอย่างที่สุดของชีวิตยากที่ไม่อาจจะลืมได้ แต่เมื่อผ่านช่วงเวลานั้นมาแล้วเขาเริ่มมีกำลังใจ ไม่ได้ย่อท้อ รับจ้างนวดทั่วไปอยู่ที่บ้าน มีรายได้ครั้งละ 60 บาท ก็พอมีคนเขามารับบริการบ้างซึ่งเขาคิดว่าเพราะความที่คนในชุมชนสงสารที่เขาเป็นคนพิการจึงให้ความช่วยเหลือ (สัมภาษณ์ 17 พฤษภาคม 2554)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกคนพิการขาขาด โดยเฉพาะคนพิการในจังหวัดสระแก้ว นั้น ก่อนที่จะเหยียบกับระเบิดส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คือทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์และเก็บหาของป่ามาจำหน่ายเป็นรายได้เสริม ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและเพื่อนบ้านในชุมชน ภายหลังจากที่พิการขาขาดก็ยังเดินทางไปทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์และบางคนก็ยังเก็บหาของป่าอย่างที่เคยทำมาก่อนได้มากหรือน้อยขึ้นกับความขยันของแต่ละบุคคล

ผลการศึกษาคนพิการขาขาดด้านอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวและ ทัศนคติจากสังคมของคนพิการ สรุปได้ว่า คนพิการขาขาดโดยส่วนใหญ่ก่อนพิการขาขาดประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 2,001 ถึง 5,000 บาท ส่วนใหญ่มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวและมีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กลมเกลียวกันอยู่ ภายหลังความพิการมีจำนวนลดต่ำลง มีการปรับตัวไปประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและค้าขายเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสามารถทำงานได้ทั่วไป ไม่มีขั้นตอนในการรับสมัครหรือกระบวนการสอบให้ยุ่งยาก เพียงแต่เข้ารับการเรียนรู้เพิ่มเติมหรือฝึกทักษะก็สามารถทำงานได้ บทบาทในการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวลดลง กลายเป็นผู้อาศัยเพิ่มสูงขึ้นเพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3-6 เดือน แรกที่ต้องใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นก่อนที่จะปรับตัวและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ อีกทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัว ยังมีความรักใคร่กลมเกลียวกันดังเดิม เนื่องจากได้มีระยะเวลาดูแลและเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากขึ้น ก่อนพิการขาขาดสังคมมองพวกเขาแบบปกติทั่วไป ภายหลังพิการพวกเขารู้สึกว่าสังคมมองในลักษณะน่าสงสาร น่าเวทนา

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาความสัมพันธ์ด้านปัจจัยพื้นฐานก่อนและหลังพิการขาขาด (ตารางที่ 4.3และ 4.4) ที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างสามารถสรุป ได้ดังนี้

1. อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นการสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานและแสดงถึงศักยภาพ สถานะทางสังคมและความมั่นคงของตนเองและครอบครัว จากการศึกษาพบว่าภายหลังจากพิการขาขาดพบว่าคนพิการขาขาดมีการเปลี่ยนจากอาชีพเกษตรกรรมไปประกอบอาชีพอื่น ๆ ในจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาชีพรับจ้างทั่วไปและค้าขาย

2. รายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญของครอบครัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตและสถานะทางสังคม จากการศึกษาพบว่า คนพิการขาขาดมีรายได้ลดต่ำลงโดยก่อนพิการขาขาดมีระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 2,001 – 5,000 บาท แต่ภายหลังจากพิการขาขาด ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนลดต่ำลงแต่จำนวนคนพิการที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทเพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากการประกอบอาชีพที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รายได้ที่ได้รับลดลงเช่นเดิมคนพิการขาขาดมีอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างสามารถใช้สมรรถภาพร่างกายได้เต็มที่ อีกทั้งยังสามารถ

ประกอบอาชีพได้ตลอดทั้งวัน เมื่อเกิดความพิการขาขาดขึ้นสมรรถภาพของร่างกายลดลงทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตลอดทั้งวันหรือทำงานได้เพียงอย่างเดียว จึงส่งผลให้รายได้ลดต่ำลง

3. บทบาทในครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทว่ามีศักยภาพและความสามารถเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนสถาบันครอบครัว ให้สามารถสนองตอบกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้มากน้อยเพียงใด จากการศึกษา พบว่าบทบาทของคนพิการขาขาดในครอบครัวลดลงภายหลังจากพิการขาขาด ทั้งนี้เนื่องจากก่อนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีบทบาทในสถานะเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวแต่ภายหลังพิการขาขาดบทบาทถูกเปลี่ยนเป็นผู้อาศัยในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น

4. ความสัมพันธ์ในครอบครัว การที่จะสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยต้องอาศัยความเข้าใจและเอื้อเฟื้อดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในครอบครัว จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ที่ไม่แตกต่างกันมากนักทั้งก่อนและหลังพิการขาขาด

จากปัจจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการกลายเป็นคนพิการขาขาดไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพ รายได้ต่อเดือน รวมถึงบทบาทในครอบครัวซึ่งส่งผลกระทบต่อคนพิการขาขาดอย่างมากในมิติสภาพอารมณ์ที่รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้วยศักยภาพของร่างกายที่ถูกใช้ได้ไม่เต็มที่แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของครอบครัวคนพิการขาขาดก็ยังคงไว้ซึ่งความอบอุ่นความเข้าใจและไม่ถูกทอดทิ้ง สิ่งเหล่านี้เองเป็นสิ่งที่ช่วยพยุงสภาพจิตใจของคนพิการขาขาดให้กลับมีความสุข รู้จักคุณค่าของตัวเอง เกิดความมานะอดทน ขยันหมั่นเพียรและมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติได้อีกครั้ง

4.2 กระบวนการตีตราและผลกระทบจากกระบวนการตีตราของคนพิการขาขาด

4.2.1 ทัศนคติต่อการเป็นคนพิการขาขาด

บุคคลที่เคยมีอวัยวะครบทุกอย่างและคุ้นเคยกับความสะดวกในการเคลื่อนไหวไปมา เมื่อเวลาหนึ่งต้องกลายเป็นคนพิการย่อมมีผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องใช้เวลาในการที่จะยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นช่วงที่มีภาวะเครียด เจ็บปวด โศกเศร้า หรือเป็นจุดรวมสูงสุดของผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเมื่อคนพิการใช้เวลาในช่วงนี้มากเท่าใด ก็หมายถึงว่า เวลาแห่งความทุกข์ทรมานจะอยู่กับคนพิการยาวนานมากเท่านั้น อย่างไรก็ตามการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาดย่อมแตกต่างกันตามลักษณะของภาวะเงื่อนไขที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาด อีกทั้งสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล รวมถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วย การดูแลจากบุคคลในครอบครัว ความรับผิดชอบ

ต่อครอบครัว ความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชน รวมถึงสิทธิ์สวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานและการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม

การศึกษาทัศนคติจากการเป็นคนพิการขาขาดในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอื่น ๆ ได้แก่ความรู้สึกต่อภาวะความพิการ ความรู้สึกครั้งแรกต่อการสูญเสียขา แนวทางการผ่อนคลายหลังสูญเสียขา บุคคลผู้ดูแลหลังสูญเสียขาและบุคคลที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจของคนพิการขาขาดโดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณเพื่อทราบจำนวนและความถี่ถึงประเด็นดังกล่าวว่าส่งผลกระทบต่อคนพิการขาขาดและการยอมรับและปรับตัวอย่างไรบ้าง โดยมีผลการศึกษาที่ได้ดังนี้

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของความรู้สึกต่อการเป็นคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

ความรู้สึกต่อการเป็นคนพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เวรกรรม	39	39.00	45	49.45	48	48.49	50	45.45	182	45.50
โชคชะตาลิขิต	24	24.00	15	16.49	18	18.18	40	36.36	97	24.25
เสียใจต่อความประมาท	16	16.00	13	14.29	15	15.15	5	4.55	49	12.25
สิ้นหวังท้อแท้	13	13.00	12	13.19	5	5.05	11	10.00	41	10.25
หมดกำลังใจ	8	8.00	6	6.58	13	13.13	4	3.64	31	7.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

จากแบบสอบถามความรู้สึกต่อความพิการขาขาด (ในตารางที่ 4.5) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าเป็นเวรกรรมที่กลายมาเป็นคนพิการ ที่สุดถึงร้อยละ 45.50 รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกว่าเป็นโชคชะตาลิขิต ร้อยละ 24.25 ส่วนความรู้สึกเสียใจอันเนื่องมาจากความประมาททำให้มีความสิ้นหวังท้อแท้และหมดกำลังใจ มีจำนวนร้อยละ 12.25 ร้อยละ 10.25 และร้อยละ 7.75 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกต่อภาวะความพิการของคนพิการขาขาดระหว่างภาคต่าง ๆ พบว่าคนพิการในภาคกลาง ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความรู้สึกต่อภาวะความพิการขาขาดว่าเป็นเวรหรือกรรม มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 49.54, 48.49 และ 45.45 ส่วนภาคเหนือมีเพียงร้อยละ 39 ส่วนความรู้สึกว่าเป็นเพราะโชคชะตาลิขิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด ร้อยละ 36.36 ส่วนภาคเหนือร้อยละ 24.00 ภาคกลางร้อยละ 16.49 ภาคใต้ร้อยละ

18.18 ส่วนความรู้สึกเสียใจต่อความประมาท ทั้งภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนต่ำที่สุด สำหรับความรู้สึกถึงความสิ้นหวังและความท้อแท้นั้น ปรากฏทุกภาคมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยที่ภาคใต้ที่มีจำนวนต่ำที่สุด

จากข้อมูลความรู้สึกต่อภาวะความพิการในประเทศไทย กล่าวโดยสรุปได้ว่า คนพิการโดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นเวรกรรมมากที่สุดรองลงมาได้แก่ เป็นความรู้สึกว่าเป็นโชคชะตาลิขิต ส่วนความรู้สึกเสียใจต่อความประมาทของตนเอง หมดหวังท้อแท้และหมดกำลังใจ มีจำนวนน้อย

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละความรู้สึกครั้งแรกเมื่อต้องสูญเสียขาของคนพิการขาขาดจำแนกตามภาค

ความรู้สึกครั้งแรกเมื่อต้องสูญเสียขา	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความเสียใจ	61	61.00	48	52.74	50	50.51	77	70.00	236	59.00
คิดว่าคงไม่มีโอกาสได้เดินอีก	14	14.00	13	14.28	28	28.28	20	18.18	75	18.75
ต้องการอยู่คนเดียว	12	12.00	10	10.99	11	11.11	2	1.82	35	8.75
คิดว่าเป็นเวรกรรม	6	6.00	10	10.99	6	6.06	5	4.55	27	6.75
อยากฆ่าตัวตาย	4	4.00	6	6.60	2	2.02	2	1.82	14	3.50
คิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีค่า	3	3.00	4	4.40	2	2.02	4	3.64	13	3.25
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกครั้งแรกที่สูญเสียขา (ในตารางที่ 4.6) พบว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีความรู้สึกเสียใจมากที่สุดถึงร้อยละ 59.00 รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกคิดว่าคงไม่มีโอกาสได้เดินอีกแล้ว ร้อยละ 18.75 ส่วนความรู้สึกด้านอื่น ๆ คือ อยากฆ่าตัวตาย และคิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีค่า มีจำนวนร้อยละ 3.50 และร้อยละ 3.25

มื่อเปรียบเทียบความรู้สึกที่ต้องสูญเสียขา ระหว่างภาคต่างๆ พบว่าคนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความรู้สึกเสียใจมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ส่วนภาคอื่น ๆ ร้อยละ 60 ในภาคเหนือ ร้อยละ 52.74 ในภาคกลาง และร้อยละ 50.51 ในภาคใต้ ส่วนความรู้สึกว่าคงไม่มีโอกาสได้เดินอีกแล้ว พบว่าภาคใต้สูงที่สุด ร้อยละ 28.28 ในภาคเหนือร้อยละ 14.00 ภาคกลางร้อยละ 14.28 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 18.18 สรุปได้ว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีความรู้สึกเสียใจมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกคิดว่าคงไม่มีโอกาสได้เดินอีก

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละวิธีผ่อนคลายทางจิตใจหลังการสูญเสียขา จำแนกตามภาค

วิธีผ่อนคลายทางจิตใจหลังสูญเสียขา	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สนทนากับญาติหรือเพื่อน	46	46.00	41	45.05	62	62.63	81	73.63	130	57.50
ขอคำปรึกษาจากผู้อื่น	44	44.00	30	32.97	20	20.20	20	18.18	114	28.50
ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	4	4.00	8	8.79	7	7.07	2	1.82	5	5.25
พยายามข่มจิตใจให้สงบ	2	2.00	9	9.89	6	6.06	3	2.73	20	5.00
แสดงอารมณ์ด้านความรุนแรง	4	4.00	3	3.30	4	4.04	4	3.64	15	3.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสภาพปัญหาทางจิตใจจำนวนมาก ผู้วิจัยได้สอบถามถึงวิธีการผ่อนคลายทางจิตใจหลังสูญเสียขา (ในตารางที่ 4.7) พบว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีแนวทางการผ่อนคลายหลังสูญเสียขาด้วยการสนทนากับญาติหรือเพื่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 57.50 รองลงมาได้แก่ ขอคำปรึกษาจากผู้อื่น ร้อยละ 28.50 คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเลือกวิธีการผ่อนคลาย โดยสนทนากับญาติหรือเพื่อนมากกว่าภาคอื่นๆ ที่สุดถึงร้อยละ 73.63 ภาคใต้ ร้อยละ 62.63ส่วนภาคเหนือร้อยละ 44.00 ภาคกลางร้อยละ 32.97 มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนการขอคำปรึกษาจากผู้อื่น พบว่า ภาคเหนือสูงที่สุด ร้อยละ 44 ในภาคกลางร้อยละ 32.97 ภาคใต้ 20.20 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 18.18

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของบุคคลต่าง ๆ ที่เป็นผู้ดูแลภายหลังการสูญเสียขาจำแนกตามภาค

บุคคลผู้ดูแลภายหลังสูญเสียขา	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สามีหรือภรรยา	37	37.00	35	38.46	40	40.41	62	56.36	174	43.50
บิดา มารดา	43	43.00	39	42.86	36	36.36	33	30.00	151	37.75
บุตร ธิดา	13	13.00	9	9.88	19	19.19	8	7.27	49	12.25
ญาติ	3	3.00	3	330	1	1.01	4	3.64	11	2.75
พยาบาล	2	2.00	3	3.30	1	1.01	2	1.82	8	2.00
เพื่อน	2	2.00	2	2.20	2	2.02	1	0.91	7	1.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลภายหลังสูญเสียขา (ในตารางที่ 4.8) พบว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสามีหรือภรรยามากที่สุดถึงร้อยละ 43.50 รองลงมาได้แก่ บิดา มารดา และบุตร ธิดาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 37.75 และ 12.25

เมื่อเปรียบเทียบบุคคลผู้ดูแลภายหลังสูญเสียของคนพิการขาขาดระหว่างภาค พบว่าคนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลมากที่สุดถึงร้อยละ 56.36 ส่วนภาคใต้ร้อยละ 40.41 ภาคกลางร้อยละ 38.46 และภาคเหนือร้อยละ 37.00 สำหรับคนพิการขาขาดที่มีบิดา มารดา เป็นผู้ดูแลหลังสูญเสียขา พบว่า ภาคเหนือร้อยละ 43.00 และภาคกลางมีจำนวนร้อยละ 42.86 ส่วนภาคใต้ร้อยละ 36.36 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 30.00 สำหรับคน

พิการขาขาดที่มีบุตร ธิดาเป็นผู้ดูแลหลังสูญเสียขา พบว่า ภาคใต้สูงที่สุด ร้อยละ 19.19 ภาคเหนือร้อยละ 13.00 ภาคกลางร้อยละ 9.88 ภาคตะวันออกเฉียงหนือ ร้อยละ 7.27

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละบุคคลที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจภายหลังสูญเสียขา จำแนกตามภาค

บุคคลที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจหลังสูญเสียขา	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บิดา มารดา	43	43.00	37	40.66	42	42.43	40	36.37	162	40.50
สามี ภรรยา	25	25.00	22	24.17	27	27.27	25	22.73	99	24.75
บุตร ธิดา	19	19.00	17	18.68	10	10.10	18	16.36	64	16.00
ญาติ	10	10.00	9	9.89	15	15.15	18	16.36	52	13.00
เพื่อน	2	2.00	3	3.30	4	4.04	7	6.36	16	4.00
พระภิกษุ	1	1.00	3	3.30	1	1.01	2	1.82	7	1.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

เมื่อสอบถามถึงบุคคลที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจหลังสูญเสียขา (ในตารางที่ 4.9) พบว่า ผู้ที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจหลังสูญเสียขาส่วนใหญ่ ได้แก่ บิดา มารดา มากที่สุดถึงร้อยละ 40.50 รองลงมาได้แก่ สามีหรือภรรยา บุตร ธิดาและญาติ ร้อยละ 24.75, 16.00 และ 13.00 ส่วนบุคคลอื่น ๆ มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างภาค พบว่าคนพิการขาขาดแทบทุกภาค มีบิดา มารดา เป็นบุคคลที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจหลังสูญเสียขา มีจำนวนใกล้เคียงกันเฉลี่ยร้อยละ 40.5 ส่วนสามีหรือภรรยา เฉลี่ย 24.25 บุตร ธิดา เฉลี่ยร้อยละ 16.00 ญาติ เฉลี่ยร้อยละ 13.00

เพื่อให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับคนพิการขาขาดมากขึ้นในด้าน ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์คนพิการเพิ่มเติม เพื่อจะทราบว่า คนพิการต้องเผชิญกับปัญหาอย่างไร ได้มีการต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายคือการสูญเสียขา และต้องการทราบความรู้สึกว่าเมื่อจะต้องเป็นคนพิการ รวมทั้งมีวิธีการผ่อนคลายปัญหาต่าง ๆ ผู้ใดเป็นผู้ดูและใครเป็นที่พึ่งทางจิตใจเมื่อหลังสูญเสียขา จึงขอนำผลการศึกษามาประกอบ ดังนี้

รายที่ 1 นายอิบรอเฮง (นามสมมุติ) อายุ 36 ปี ชาวจังหวัดปัตตานี ได้ให้สัมภาษณ์ว่า ภายหลังที่เขาประสบอุบัติเหตุนั้น เพราะความกลัวและรู้สึกใจและเสียดายขา จึงไม่ต้องการให้แพทย์ผ่าตัดขาได้พยายามที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวดอยู่ประมาณ 6 เดือน และสุดท้ายก็สู้กับความเจ็บปวดและทรมานไม่ไหว จึงต้องยอมให้แพทย์ผ่าตัดขาออกไป เขากล่าวว่า หลังจากการผ่าตัดเขาฟื้นขึ้นมาเห็นภรรยาและลูกทั้งสามคน เขาไม่ได้พูดกับใครเลยมีแต่น้ำตาความซึมเศร้า ภรรยาและลูกคนกลางได้คอยดูแลเขาระหว่างรักษาตัวที่โรงพยาบาลตลอด สำหรับลูกคนโตและลูกคนเล็กจะมาเยี่ยมทุกวัน แต่ตอนเย็นจะกลับไปนอนที่บ้าน ประมาณ 3 วัน เขาจึงตัดสินใจพูดกับลูก ๆ ระหว่างที่ลูกกำลังเช็ดตัวให้ว่าลูกคงไม่ได้เรียนหนังสือแล้วเขาไม่มีเงินที่จะส่งเสียให้เรียนอีกแล้วและไม่รู้ว่าชาตินี้จะเดินได้และจะได้ทำงานอีกหรือเปล่า เขาเห็นลูกร้องไห้ ตอนนั้นรู้สึกเศร้าเสียใจท้อแท้หมดหวังไปหมดไม่รู้จะทำอย่างไรดี เคยคิดอยากตายมาครั้งหนึ่งแต่ก็ไม่ทำเพราะเป็นอิสลามทำไม่ได้ เพราะจะเป็นบาปอย่างมาก ญาติพี่น้องรวมทั้งลูกภรรยาให้กำลังใจเสมอ แต่ก็ไม่ทำให้รู้สึกดีขึ้น คิดตลอดเวลาว่าต่อไปจะต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว เพราะในช่วง 1 เดือนแรกนั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย กิจวัตรประจำวันของตนเองก็ต้องเป็นภาระกับครอบครัว แต่ในเมื่อพระเจ้าตัดสินมาแล้วก็ต้องทำใจยอมรับ อยู่โรงพยาบาลปัตตานีได้ประมาณ 1 เดือนก็ออกมาพักที่บ้าน ระหว่างนี้ก็พยายามช่วยเหลือตนเองไปห้องน้ำ ขึ้นบ้านลงบ้านก็ใช้ไม้ค้ำยันพยายามปรับตัวและช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด แต่ก็ไม่ยอมออกไปไหนที่อยู่ของเขาก็มีแต่บ้านและท้องทะเล หลังบ้านของเขาติดทะเล เขาจะไปนั่งซึมเศร้าอยู่ที่นั่นครั้งละนาน ๆ มองดูคลื่นและคิดอะไรไปเรื่อย ๆ เป็นเวลานานประมาณ 4 เดือนที่อยู่บ้านทำให้แผลที่ถูกตัดขาออกไปดีขึ้น (สัมภาษณ์ 10 มิถุนายน 2554)

รายที่ 2 นายจักรวัฒน์ (นามสมมุติ) อายุ 32 ปี ชาวอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ขาขาดใต้เข่าทั้งสองข้าง และมือขวาขาดอีกด้วย เขาเล่าเรื่องในอดีตว่า เคยเป็นทหารเกณฑ์เมื่อปี 2542 เมื่อตอนเกิดเหตุเขาเพิ่งปลดประจำการจากการเป็นทหารได้ประมาณ 2 สัปดาห์ ต่อมาเจ้านายจะให้เขาทำงานประจำที่กองทหารด้วย แต่มาเกิดเหตุเสียก่อน เขาเล่าว่า วันที่เกิดเหตุนั้นเขาและพวกทหารอีกจำนวน 4 คน ได้พักบ้านพักในหลังเดียวกัน ส่วนเจ้านายเขาได้พักอีกหลังหนึ่ง ขณะที่พวกเขาได้นั่งคุยกันอยู่ชานบ้าน ก็มีเหตุการณ์ไฟฟ้าลัดวงจรในบ้าน ทุกคนโดนไฟช๊อตโดยที่ไม่ทันรู้ตัว ทำให้เพื่อน ๆ ทั้ง 3 คนเสียชีวิตทั้งหมด เหลือแต่เขาแต่ก็ต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดทั้งสองข้าง และ

แขนอีกหนึ่งข้าง แพทย์ได้แจ้งให้ทราบว่า "เนื้อเซลล์ตายหมดแล้วจำเป็นที่จะต้องตัดทั้งแขนและขา" เขาเล่าต่อว่า ในเวลานั้นเขามีครอบครัวแล้วและมีบุตรชาย 1 คน ภรรยาเป็นคนศรีสะเกษ ระหว่างที่รักษาตัวและพักฟื้นก็มีพ่อแม่คอยเฝ้าให้กำลังใจอยู่ตลอด เจ้านายที่เป็นทหารก็ได้เดินเรื่องฟ้องร้องต่อศาลขอความเป็นธรรมให้กับเขา และเมื่อพักฟื้นได้ประมาณ 3 เดือนก็ได้ออกมาสู้คดี และก็ชนะคดีในที่สุด และได้รับเงินชดเชยมาจำนวนหนึ่ง

อยู่มาประมาณ 6 เดือน ภรรยาก็มาขอเลิกและพาลูกหนีไปอยู่ศรีสะเกษ เขาเล่าว่า ในเวลานั้นเขาหมดกำลังใจ ซึมเศร้า และในที่สุดก็พยายามฆ่าตัวตาย โชคดีที่พ่อมาพบเสียก่อน แต่ถึงกระนั้นเขาพยายามจะฆ่าตัวตายทุกครั้งเมื่อมีโอกาส จนพ่อและแม่จะต้องเปลี่ยนเวรกันคอยเฝ้าดูแลและไม่เคยให้อยู่คนเดียวอีกเลย ตอนนั้นเขาโกธรพ่อและแม่มากที่คอยเฝ้าอยู่ตลอด ไม่พูดด้วยและไม่มองหน้าเลย เขาเห็นแม่ร้องไห้แต่ก็ไม่ได้สนใจในความรู้สึกของพ่อแม่เลยในเวลานั้น เขาคิดถึงแต่ภรรยาและลูก ไม่เคยคิดถึงพ่อแม่ที่คอยเฝ้าดูแลทุกวันคืนด้วยความรัก เขาได้ขอร้องให้พ่อของเขาไปหารถในหมู่บ้านเพื่อจะเหมาไปตามหาภรรยาและลูกที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยคิดว่าก่อนตายขอได้เห็นหน้าลูกสักครั้ง เขาได้เอาเงินที่เหลือจากการชนะคดีมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปศรีสะเกษ ไปโดย ที่ไม่มีทั้งขาและแขน เมื่อไปถึงบ้านภรรยาก็พบว่าภรรยาของเขามีผู้ชายใหม่แล้ว แม่ภรรยาได้แต่ปลอบใจและถามเขาว่าอยากได้ลูกชายไปอยู่เป็นเพื่อนไหมถ้าอยากได้จะช่วยคุยให้ เขาจึงหันไปถามลูกชายเขาว่า อยากไปอยู่กับพ่อไหม ลูกชายตอบว่า จะไปอยู่กับพ่อ เขารู้สึกตื้นตันใจกอดลูกและร้องไห้ออกมาดัง ๆ เขากล่าวต่อไปว่า ดีใจมากที่ได้ลูกชายกลับมาด้วย นับจากนั้นก็ไม่เคยคิดฆ่าตัวตายอีกเลย เขาจะดูแลลูกและสอนการบ้านให้ลูกทุกวัน และลูกก็รักเขามาก พ่อและแม่ก็คอยช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจไม่เคยเปลี่ยน ปัจจุบันนี้เขาได้ใส่ขาเทียมทั้ง 2 ข้าง ถึงแม้ในช่วงแรกจะลำบากมากในการต้องหัดเดินด้วยขาเทียมทั้ง 2 ข้าง แต่ด้วยความอดทนและกำลังใจจากลูกจึงผ่านช่วงนั้นมาได้ ตอนนี้เขาสามารถที่จะขี่จักรยานได้ และได้ประกอบอาชีพทำสวนเลี้ยงไก่และปลูกผักขาย ต่อมาได้แต่งงานใหม่ในที่สุด (สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 3 นายใหม่ (นามสมมุติ) อายุ 36 ปี ชาวอำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี คนพิการอีกคนที่ต้องใช้เวลาแห่งความเจ็บปวดทุกข์ทรมานกว่าจะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เขาเล่าถึงสาเหตุที่ถูกตัดขา เนื่องจากถูกคลื่นยักษ์สึนามิ โถมกระหน่ำอย่างแรงจนพัดตัวเขาและขาข้างหนึ่งเข้าไปติดอยู่ใต้ซอกหิน เขาพยายามดึงขาออกแต่ไม่สามารถที่จะดึงออกมาได้ เขาพยายามเอามือข้างหนึ่งผลักหินออกจากขาของเขา ในขณะที่อีกมือหนึ่งอุ้มลูกชายตัวน้อยไว้ ในขณะนั้นกระแสน้ำที่พัดมาแรงมาก เขาพยามเอาทั้งสองมือของเขาโอบกอดลูกน้อยไว้ แต่ไม่ได้ผลกระแสน้ำพัดลูกชายไหลออกไปต่อหน้าต่อตาโดยที่เขาไม่สามารถจะช่วยเหลือได้เลย เขารู้สึกสะเทือนใจทุกครั้งเมื่อคิดถึงเหตุการณ์ ไม่อยากจะคิดและพูดถึงอีก แต่ก็ไม่สามารถที่จะลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ ถึงแม้ในเวลานี้เขากับภรรยา และลูกสาวได้

กลับมาอยู่บ้านแล้วก็ตาม เพราะเหตุการณ์ในครั้งนั้น นอกจากจะทำให้เขาต้องกลาย เป็นคนพิการขาขาดแล้ว ยังต้องเสียลูกชายที่น่ารักไปกับกระแสน้ำ ความเศร้าโศกเสียใจ หมดหวังในชีวิต ติดอยู่ในใจเขามาตลอด บ่อยครั้งที่เขาร้องไห้โดยไม่มีใครรู้และเห็นมีแต่ตัวเองเท่านั้นที่รู้สึกแน่นหน้าอก นับเป็นครั้งแรกที่เขาเล่าความในใจซึ่งติดตัวเขามาตลอดตั้งแต่เกิดเหตุ ระหว่างที่เขารักษาตัวและพักฟื้นอยู่บ้านภรรยาและลูกสาวได้ดูแลตลอด แต่ช่วงแรกเขาไม่คิดที่จะทำอะไรอยู่ไปวัน ๆ ใช้เวลาเกือบสองปีจึงกลับมาสู้ชีวิตอีกครั้ง สาเหตุเนื่องจากความสงสารภรรยาและลูกสาว เกือบสองปีภรรยาเขาต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวด้วยการไปรับจ้างกรีดยาง เมื่อเขาเห็นภรรยาทำงานก็เกิดความสงสาร ทำให้เขามีกำลังใจที่จะลุกขึ้นมาสู้เพื่อภรรยาและลูกสาวอีกครั้งและเมื่อได้ใส่ขาเทียมแล้ว ได้ขอติดตามภรรยาไปรับจ้างกรีดยางบ้าง ซึ่งก็สามารถที่จะทำงานหาเงินมาช่วยเหลือ ครอบครัวได้อีกครั้งหนึ่ง (สัมภาษณ์ 11 มิถุนายน 2554)

จากการสัมภาษณ์คนพิการบางคนด้านผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่าตนเองจะต้องถูกตัดขาและบางคนเมื่อฟื้นขึ้นมาจากการผ่าตัด และพบว่าตนเองไม่มีจะรู้สึกเสียใจอย่างสุดซึ้ง จนไม่สามารถที่จะกล่าวคำใด ๆ ออกมาได้ และไม่มีผู้ใดที่จะเข้าใจยกเว้นบุคคลนั้นจะเผชิญเหตุการณ์ด้วยตนเอง มีความรู้สึกหมดหวังในชีวิตและมักจะปลีกตัวอยู่เงียบ ๆ ซึ่งต้องใช้เวลาในการเยียวยาจิตใจและจำเป็นจะต้องผู้ดูแลในระหว่างพักฟื้น

จากความเสียใจอย่างสุดซึ้งต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บทบาทของครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา และบุตร เข้ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของคนพิการขาขาด ในช่วงระยะเวลาในการพักฟื้น ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้างใกล้ชิด รวมทั้งการได้รับคำคำปรึกษาพูดคุยจากเพื่อนสนิทและญาติ นับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญยิ่งในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วยเช่นกันการให้กำลังใจและการปรับตัวซึ่งกันและกันของบุคคลภายในครอบครัว มีผลทำให้คนพิการขาขาดสามารถปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ใหม่ได้เร็วขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากคนพิการขาดการดูแลเอาใจใส่ จะส่งผลต่อการยอมรับหรือการปรับตัวให้เข้ากับสังคมช้าลง อีกทั้งคนพิการที่เกิดความพิการจากอุบัติเหตุต้องถูกตัดขาโดยเฉียบพลันจะใช้เวลาในการปรับตัวมากกว่าคนพิการที่เกิดความพิการแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือโรคภัย

4.2.2 กระบวนการยอมรับการตีตราในการเป็นคนพิการขาขาด

เมื่อเกิดความพิการ จะส่งกระทบต่อคนพิการทันที คนพิการจะต้องเผชิญกับความเศร้าโศกเสียใจ เก็บตัว ไม่อยากจะพบหน้าผู้คนในสังคม ต้องใช้ระยะเวลาในการยอมรับปรับตัว อาจจะต้องมีผู้ดูแล มีวิธีผ่อนคลาย และสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จนกว่าจะผ่านช่วงเวลาดังกล่าวมาได้ หลังจากนั้นต้องการทราบถึงกระบวนการต่อไป คือการยอมรับตนเองว่าเป็นคนพิการขาขาด ของแต่ละคนว่าจะมีการยอมรับว่าตนเองเป็นคนพิการขาขาดในรูปแบบใด เช่นการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว รับความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละการยอมรับตนเองเป็นคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

การยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาด	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สร้างกำลังใจให้กับ ตนเอง	31	31.00	42	46.15	17	17.17	51	46.36	141	35.25
2. ความรับผิดชอบต่อครอบครัว	50	50.00	27	29.67	14	14.14	45	40.91	136	34.00
3. ความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชน	10	10.00	9	9.89	37	37.38	5	4.55	61	15.25
4. สิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคม	5	5.00	7	7.69	29	29.29	6	5.45	47	11.75
5. การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม	2	2.00	5	5.50	1	1.01	3	2.73	11	2.75
6. อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	2	2.00	1	1.10	1	1.01	0	0	4	1.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

การยอมรับตนเองเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาดในภาพรวมส่วนใหญ่ คือ การสร้างกำลังใจให้กับตนเองและความรับผิดชอบต่อครอบครัวโดยมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน หรือร้อยละ 35.25 และ 34.00 รองลงมาได้แก่ความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนตลอดจนสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคม หรือร้อยละ 15.25 และ 11.75 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค ในด้านการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาดโดยการการสร้างกำลังให้กับตนเองพบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 46.36 และ 46.15 สำหรับภาคใต้พบว่ามีจำนวนที่น้อยที่สุดร้อยละ 17.17 ที่ยอมรับว่าตนเองเป็นคนพิการเนื่องความรับผิดชอบต่อครอบครัว ซึ่งหมายถึงคนพิการขาขาดยอมรับตนเองไม่ได้เคยคิดฆ่าตัวตาย แต่ก็กลับใจเพราะไม่อยากให้ลูกเป็นกำพร้าเมียเป็นหม้ายต้องหาเลี้ยงลูกตามลำพังหรือต้องทิ้งให้พ่อแม่เลี้ยงเป็นต้นแต่พบว่า ภาคเหนือมากสุดร้อยละ 50.00 รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 40.91 ภาคกลางร้อยละ 29.69 และภาคใต้ร้อยละ 14.14 นอกจากนั้นเป็นการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการโดยการรับความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชน รวมถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคมในภาคใต้พบว่ามีจำนวนสูงที่สุด ร้อยละ 66.67 เมื่อเปรียบเทียบกับภาคเหนือ ร้อยละ 15 ภาคกลาง ร้อยละ 17.58 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 10.00

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละระยะเวลาการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

ระยะเวลาในการยอมรับความพิการ	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3 เดือน	10	10.00	23	25.27	10	10.10	29	26.45	72	18.00
6 เดือน	11	11.00	30	32.97	32	32.32	45	40.91	118	29.50
1 ปี	46	46.00	10	10.99	34	34.34	9	8.18	99	24.75
2 ปี	18	18.00	20	21.98	5	5.06	9	8.10	52	13.00
มากกว่า 2 ปี	15	18.00	8	8.79	18	18.18	18	16.36	59	14.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ระยะเวลาในการยอมรับความพิการขาขาดในภาพรวมพบว่า คนพิการมีระยะเวลาในการยอมรับความพิการของตนมากสุดในระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 29.50 รองลงมา ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 24.75 และ ยอมรับในเวลา 3 เดือนร้อยละ 18 ในเวลา 2 ปี และมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13 และ 14.75

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคในระยะเวลาการยอมรับความพิการขาขาดของคนพิการขาขาด พบว่า ระยะเวลา 1 ปีมากสุดในภาคเหนือ ร้อยละ 46 รองลงมาภาคใต้ ร้อยละ 34.34 ภาคกลาง ร้อยละ 10.99 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.18 และระยะเวลาในการยอมรับความพิการรองลงมา ได้แก่ ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากสุดร้อยละ 40.91 รองลงมาภาคใต้ และภาคกลางมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 32.32 และ 32.97 และภาคเหนือน้อยสุดร้อยละ 11

ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์คนพิการขาขาดเพื่อทราบถึงการยอมรับตนเองว่าเป็นคนพิการขาขาด ว่ามีรูปแบบใดที่เป็นแรงจูงใจที่ทำให้ตนเองยอมรับในการเป็นคนพิการดังเช่น การสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว หรือรับการช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนในสิทธิขั้นพื้นฐานและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์มีดังนี้

รายที่ 1 นายสุพัน (นามสมมุติ) อายุ 52 ปี ชาวจังหวัดสระแก้ว ที่พิการจากสาเหตุเหยียบกับระเบิด เนื่องจากบ้านเขาอยู่ติดชายแดน เขาจึงประกอบอาชีพค้าขายตามชายแดน เขาเล่าว่า วันที่เกิดเหตุเขาได้เดินทางไปค้าขายที่ชายแดนเป็นปกติดังเช่นทุกครั้ง วันหนึ่งขณะที่เดินบริเวณใกล้ร้านค้าเล็กๆที่เขาวางของขายอยู่นั้นเอง เขาได้ไปเหยียบระเบิด ซึ่งตัวเขาเองก็รู้ตัวดีว่ากำลังเหยียบระเบิดอยู่ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไรดีในเวลานั้น จนสักพักเสียงระเบิดก็ดังขึ้นๆพร้อมๆกับเท้าของเขากระเด็นหลุดออกขาทันที เพื่อนๆที่อยู่ใกล้สถานที่เกิดเหตุได้พาเขาไปส่งโรงพยาบาลอรัญประเทศ เมื่อสำรวจตัวเองพบว่าขาของเขาขาดเหนือข้อเท้าเท่านั้น แต่แพทย์ต้องผ่าตัดออกอีกประมาณ 3-4 นิ้ว เพราะต้องตกแต่งแผล เขาพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลประมาณ 7 วัน จากนั้นก็ออกมารักษาและพักฟื้นอยู่ที่บ้านต่อ ในช่วงปีแรกเป็นช่วงที่รับตัวเองไม่ได้กลายเป็นคนซึมเศร้า ไม่อยากพบปะหรือพูดคุยกับผู้ใด คิดมากและวิตกกังวลใจในการที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร คิดเสมอว่าเมื่อตอนที่ตัวเองยังไม่พิการต้องทำงานหาเงินเพื่อนำรายได้มาดูแลครอบครัวและส่งเสียให้ลูก ๆ ได้เรียน รายได้ยังไม่ค่อยเพียงพอ แต่ขณะนี้ต้องกลายเป็นคนพิการจะค้าขายอีกได้หรือไม่ และหากไม่ได้แล้วจะประกอบอาชีพอะไรได้อีก หลังจากนั้นประมาณ 5 เดือนแผลค่อย ๆ หาย ครอบครัวได้พาไปรับบริการทำขาเทียมขององค์กรแฮนดิแคปอินเตอร์เนชั่นแนล ที่มาตั้งศูนย์เปิดให้บริการทำขาเทียมที่เขาอีด่าง ศูนย์อพยพเขมร ซึ่งมีคนพิการมารับบริการจำนวนมาก หลังจากสวมใส่แล้วต้องหัดเดินประมาณ 10 วัน ถึงจะสามารถเดินได้ ช่วงแรกมีอาการเจ็บปลายตอขามาก จึงทำให้อารมณ์หงุดหงิด เครียด โมโหกับบุคคลรอบ ๆ ข้าง โดยเฉพาะครอบครัวของตนเอง กว่าจะทำใจยอมรับได้ต้องใช้เวลาหลายเดือน

พยายามหัดเดินจนกระทั่งคุ้นเคยกับขาเทียมแล้ว เขาเริ่มคิดที่จะต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือครอบครัว แต่ยังไม่คิดว่าจะกลับไปค้าขายตามเดิมแล้ว ซึ่งเขาเองก็ไม่เข้าใจตนเองเช่นกันว่าทำไม เขาไม่คิดที่จะกลับไปประกอบอาชีพเดิมอีก เขาทำอาชีพเผาถ่านขาย ในแต่ละวันเขาต้องเข้าไปหาไม้ในป่าเพื่อมาเผาเป็นถ่านขายในราคากระสอบละ 40-50 บาท รู้สึกลำบากมาก ๆ แต่ก็ต้องทำเพื่อความอยู่รอดของครอบครัวและเขาต้องการให้ลูกได้เรียนหนังสือ เขากล่าวต่อไปว่า เขาไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นปมด้อยและแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคมแต่อย่างใด เพราะคิดว่าตนเองยังสามารถทำงานได้อยู่ ไม่ได้เป็นภาระต่อครอบครัว และปัจจุบันนี้เขายังได้รับโอกาสจากโรงพยาบาลอรัญประเทศได้รับเข้าทำงานในตำแหน่งช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลมีรายได้เดือนละประมาณ 8,000 บาท เวลานี้รู้สึกมั่นใจเขาสามารถที่จะไปไหนมาไหนหรือร่วมกิจกรรมกับสังคมอย่างไม่เคอะเขิน และรู้สึกภาคภูมิใจเป็นที่สุด (สัมภาษณ์ 4 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 2 นายธวัช (นามสมมุติ) อายุ 42 ปี ชาวจังหวัดนครปฐม เขากล่าวถึงสาเหตุที่ต้องกลายเป็นคนพิการว่า เขามีอาชีพรับจ้างขับรถขนปูนของบริษัทแห่งหนึ่ง และยังมีอาชีพเสริมคือแอบขายยาบ้า ด้วยอาชีพเสริมของเขานั้นทำให้เขามีเรื่องบาดหมางกับเพื่อนร่วมงานกัน ด้วยสาเหตุที่เขาขายในราคาที่ถูกกว่า จนอีกฝ่ายไม่พอใจคิดว่าตนเองขายตัดหน้า ในวันเกิดเหตุเขากำลังขับรถอยู่บนถนนสายสระบุรีโดยที่ไม่สังเกตว่ามีรถอีกคันได้ขับตามมาตลอด และรถคันที่ขับตามมาได้ขับเข้ามาเฉี่ยวและตัดหน้าจนรถของเขาเสียหลักและพุ่งชนท้ายรถคันดังกล่าว และรถก็หยุด หลังจากนั้นรถคู่กรณีก็ขับรถยนต์เดินหน้าออกไปเล็กน้อย และถอยมาชนด้านหน้ารถของเขาอย่างความแรงอีก 2 ครั้ง คนขับคงคิดจะฆ่าเขาให้ตาย แต่ดวงของเขายังไม่ถึงคาด เขาติดอยู่ในหน้ารถโดยไม่สามารถที่จะขยับพาตนเองออกมาได้แต่ก็ รู้สึกตัวตลอด และโชคดีที่มีทหารเห็นเหตุการณ์เดินเข้ามาดู เขาพยามส่งเสียงร้องขอความช่วยเหลือและต้องการให้ทหารทราบว่าเขายังไม่ตาย ทหารจึงช่วยกันงัดประตูรถออกเพื่อที่จะนำตัวออกมาจากรถ จากนั้นก็มีรถกู้ภัยมารับไปส่งยังโรงพยาบาลสระบุรี และแพทย์ได้ทำการผ่าตัดขาด้านซ้ายออก รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลได้ประมาณ 1 เดือน ก็ออกมาพักฟื้นอยู่ที่บ้านตลอดเวลาที่รักษาตัว พ่อแม่และภรรยาจะคอยดูแลและให้กำลังใจตลอด แต่เขาเองรับไม่ได้กับการที่ต้องสูญเสียขา คิดตลอดว่าชีวิตไม่น่าจะมาเป็นแบบนี้ เคยคิดฆ่าตัวตาย แต่แม่จะเฝ้าดูแลตลอด แม่จะคอยปลอบใจ ให้กำลังใจ และคอยบอกเสมอว่าแม่ยังสามารถเลี้ยงเขาได้ แต่ถ้าเขาตายแม่จะรับไม่ได้ และลูกเมียเขาจะอยู่อย่างไร แม่ขอร้องให้คิดถึงลูกของเขาที่กำลังน่ารักและต้องการที่จะมีพ่อแม่พร้อมหน้า จึงคิดได้และรู้สึกมีกำลังใจที่จะต่อสู้ขึ้นมา แต่กว่าจะผ่านมาและตัดใจยอมรับได้ต้องใช้เวลาเป็นปี และได้ไปรับบริการทำขาเทียมที่โรงพยาบาลแต่ไม่สามารถสวมใส่ได้ เนื่องจากเจ็บตอขามากจนทนไม่ได้ จึงตัดสินใจไม่ใส่ขาเทียม แต่ใช้ไม้ค้ำยันเดินขาเดียวอยู่บ้านแต่ก็ไม่ได้ย่อท้อ เพราะได้รับความรักและกำลังใจจากครอบครัว เขารับจ้างทั่วไปในหมู่บ้าน ถอน

ศักรี หักข้าวโพดบ้าง จึงพอมีรายได้ แต่ไม่ได้ทำทุกวัน ต่อมาเขาไปรับการบริการทำขาเทียมอีกครั้งจากมูลนิธิขาเทียมของสมเด็จย่า ซึ่งสามารถสวมใส่และเดินได้อย่างคล่องแคล่ว จึงทำให้เขามีคุณภาพชีวิต และมีบุคลิกภาพดีขึ้น มีความมั่นใจในการที่จะไปไหนหรืออยู่ร่วมกับสังคมต่อไป (สัมภาษณ์ 7 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 3 นายอนันต์ (นามสมมุติ) อายุ 47 ปี เป็นชาวจังหวัดเชียงราย เขาได้เล่าถึงเหตุการณ์วันที่เกิดเหตุเขาและเพื่อนร่วมงานทำงานเสร็จขณะที่นั่งรถกระบะเพื่อกลับที่พัก พอมาถึงที่สะพานใหญ่จังหวัดนครสวรรค์ คนขับรถหลับในรถจึงชนสะพาน คนนั่งกระบะหลังกระเด็นออกนอกรถไปคนละทิศละทาง ตัวเขาเองก็กระเด็นตกน้ำ แต่ยังรู้ตัวอยู่และยังคิดที่จะไปช่วยอีก 4 คน แต่ไม่สามารถขยับตัวได้เลย รู้สึกว่าขาท่อนล่างไม่มีแรง แต่ก็พยายามช่วยเหลือตนเอง พอดีมีเสาทีวีมัดไว้ในน้ำ เขาจึงยันตัวเองและเกาะนอนบนเสาทีวี ในเวลานั้นใจก็นึกถึงคนอื่น ๆ แต่ก็ไปช่วยไม่ไหว อีกสักพักใหญ่ ๆ ก็มีรถของกรมทางหลวงมาช่วยและนำตัวเขาไปส่งโรงพยาบาล ตลอดเวลานั้นเขามีสติและรู้สึกตัวทุกอย่าง จึงคิดว่าถ้าหากถึงมือแพทย์แล้วคงไม่เป็นไร แต่ก็ไม่ได้เป็นอย่างที่คิด เมื่อแพทย์ตรวจเช็คร่างกายแล้วได้บอกเขาว่า จะต้องตัดขาของเขาทิ้งเพราะกระดูกข้างในแตกหมดแล้วไม่สามารถที่จะรักษาได้นอกจากตัดทิ้งอย่างเดียวเขาตกใจมาก เมื่อแพทย์อธิบายถึงความจำเป็นต้องตัดขาแล้ว ด้วยเหตุผลของแพทย์เขาจึงได้ลงนามให้แพทย์ตัดขาด้วยตนเอง หลังจากที่ถูกตัดขาได้พักรักษาอยู่โรงพยาบาลนครสวรรค์ประมาณ 1 สัปดาห์ ก็กลับไปรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเชียงรายอีกประมาณ 1 เดือนกว่า

ในช่วงเวลานั้นคิดมาก ทั้งเสียใจ น้อยใจ คิดถึงว่าไม่เคยทำบาปทำกรรมอะไรเลยแต่ทำไมจึงต้องมาเป็นอย่างนี้ อีกซ้ำขาที่ถูกตัดมีปัญหามาก เพราะมีการอักเสบอยู่ตลอด ในช่วงแรก ๆ ก็ทนเจ็บจากบาดแผลทั้งแดงและบวม ซึ่งเขาเองก็คิดอยู่แล้วว่าข้างในจะต้องมีหนองแน่ ๆ เพราะอาการมันเจ็บแบบบีบตัวอยู่ตลอด จนทนไม่ไหวไปหาแพทย์อนามัยในหมู่บ้าน โดยใช้เข็มแทงให้ หนองออกมาจำนวนมาก เขาเล่าว่า ในคืนนั้นทำให้เขานอนหลับสบายทั้งคืน หลังจากที่ต้องนอนทนความเจ็บปวดมาหลายสัปดาห์ และหนองในขาก็ยังมีอยู่ตลอด บางครั้งเขาต้องทำการเจาะเอาหนองออกด้วยตนเองตลอดเวลา 2 ปี หนองก็หายไปเอง หลังจากนั้นประมาณเกือบปี ก็เดินทางไปทำขาเทียมที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และต้องเดินทางกลับไปมา ระหว่างเชียงรายกับ เชียงใหม่ ถึง 3 ครั้งกว่าจะได้ขาเทียมเพราะต้องใช้เวลาทดลองใส่ให้พอดีกับตอขาเป็นเวลาหลายเดือนเมื่อได้ขาเทียมแล้วก็ดำเนินชีวิตโดยการทำไร่นาและได้แต่งงาน เขากล่าวต่อไปว่า เขายังเป็นคนโชคดีอยู่ที่ภรรยาที่รักใคร่ชอบพอกันตั้งแต่วัยรุ่น ตั้งแต่ขายังไม่ขาด ที่เขาต้องไปทำงานต่างจังหวัดก็หวังและตั้งใจว่าจะไปเก็บเงินมาสู่ขอภรรยา แต่ไปเกิดอุบัติเหตุเสียก่อน ช่วงขาขาดก็คิดว่าเธอคงไม่สนใจและก็คงจะลืมสัญญาและทอดทิ้งเขาไปแล้ว แต่เธอก็ไม่รังเกียจ ไม่ทอดทิ้ง คอยให้กำลังใจตลอด

ทำให้เขามีพลังที่จะต่อสู้ เขากล่าวว่า เขาอยู่ด้วยกำลังใจที่ได้รับจากคนรัก เมื่อเขาได้ขาเทียม และตั้งใจหัดเดินจนคล่องแคล่ว เขาก็สามารถทำไร่ทำนาได้ เขาไม่เคยขี้เกียจ ทำทุกอย่างจนพ่อแม่ของเธอและคนทั้งหมู่บ้านยอมรับ พ่อแม่เธอจึงยอมและยกลูกสาวให้แต่งงาน เขาและภรรยาจึงได้อยู่ด้วยกันมาจนถึงปัจจุบันนี้ ปัจจุบัน มีลูก 2 คน เวลานี้เขาได้เปลี่ยนอาชีพมารับเหมาก่อสร้างตามหมู่บ้าน โดยมีลูกน้องที่เป็นคนปกติในหมู่บ้านอยู่หลายคน เขากล่าวด้วยความภาคภูมิใจ (สัมภาษณ์ 18 มิถุนายน 2554)

ข้อมูลเกี่ยวกับการยอมรับตนเองเป็นคนพิการขาขาดข้างต้น สรุปได้ว่าความพิการขาขาดก่อให้เกิดเอกลักษณ์ใหม่กับบุคคล คือการไม่มีร่างกายครบสมบูรณ์ เป็นคนไม่ปกติ ทำให้สภาพจิตใจของคนพิการได้รับความกระทบกระเทือน เกิดความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต เกิดความกลัววิตกกังวล เพราะก่อนพิการขาขาดโดยส่วนใหญ่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ปกติ (ตารางที่4.3)ไม่ได้คิดว่าตนเองแตกต่างหรือแปลกแยกไปจากบุคคลอื่นในสังคมแต่อย่างใด แต่ภายหลังจากพิการขาขาดทำให้มุมมองต่อสังคมนั้นเปลี่ยนไป (ตารางที่ 4.4) ส่งผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป เช่น ความซึมเศร้า ความเครียดอย่างรุนแรง จนนำไปสู่การคิดอยากฆ่าตัวตายดังเช่นความคิดของจักรวัฒน์และพินิจ (นามสมมุติ) ที่มีความรู้สึกปฏิเสธความพิการของตน ท้อแท้และสิ้นหวังหมดกำลังใจหลายครั้ง พยายามที่จะฆ่าตัวตายหากอยู่คนเดียว จนกระทั่งพ่อกับแม่ต้องคอยเฝ้าและดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ระยะเวลาควบคู่ไปกับความรักจากครอบครัว ค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง จากความคิดที่ท้อแท้สิ้นหวัง มาเป็นความรับผิดชอบต่อครอบครัว สร้างกำลังใจให้กับตนเอง และยอมรับความพิการในที่สุด ดังนั้นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้คนพิการยอมรับตนเองว่าเป็นคนพิการขาขาดได้ คือ ความรับผิดชอบในครอบครัว ความรักความห่วงใยที่ พ่อแม่ สามี ภรรยา และลูก ได้มอบให้ทำให้คนพิการจะต้องแสดงความรับผิดชอบ

นอกจากการสร้างกำลังใจให้กับตนเองและความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนก็มีส่วนที่ทำให้คนพิการตัดสินใจและการยอมรับการเป็นคนพิการขาขาดด้วยเช่นกัน อีกทั้งสาเหตุของความพิการที่มีส่วนทำให้คนพิการาตัดสินใจและยอมรับความพการขาขาดของตนเองที่แตกต่างกัน เช่น คนพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุต้องถูกตัดขาโดยฉับพลันจะใช้เวลาในการยอมรับปรับตัวมากกว่าคนพิการที่เกิดความพิการแบบค่อยเป็นค่อยไป รวมถึงสภาพแวดล้อมด จะเห็นได้ว่าเมื่อคนพิการอยู่ในสภาพครอบครัวและสังคมที่มีการดูแลเป็นห่วงเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในสังคมชนบท ก็จะทำให้คนพิการรู้สึกไม่อยากจะเป็นภาระของสังคม จึงทำให้มีพลังและกำลังใจที่จะต่อสู้เพื่อแสดงความรับผิดชอบ เป็นผลทำให้การยอมรับความพิการใช้เวลารวดเร็ว ความทุกข์ทรมานก็สั้น แต่ในทางกลับกันหากอยู่ในสภาพสังคมที่ขาดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการดูถูกเหยียดหยาม ของคนในสังคมโดยเฉพาะในสังคมเมืองที่มีแต่ความวุ่นวาย ก็จะส่งผลกระทบต่อ

ความรู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากสังคมเป็นผลทำให้ไม่มีกำลังใจ ดังนั้นจะต้องใช้ระยะเวลาในการยอมรับตนเองที่ยาวนานขึ้นจากการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ว่า ขั้นตอนการยอมรับและการปรับตัวนั้น แบ่งเป็น3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง จะมีระดับความรุนแรงของภาวะจิตใจและอารมณ์สูง อยู่ในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปี ช่วงนี้คนพิการขาขาดจะรู้สึกสับสนและปฏิเสธความพิการของตนเอง แม้ว่าจะผ่านช่วงระยะเวลาความเสียใจจากการถูกตัดขามาแล้วก็ตามแต่กลับเพิ่มความสูญเสียทางด้านจิตใจมากขึ้น เกิดความรู้สึกเจ็บปวดที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจ สูญเสียความเชื่อมั่นและความมั่นใจในตนเอง ตอกย้ำความรู้สึกที่ผู้คนรอบข้างมองจากภาพลักษณ์ใหม่ ถึงแม้ว่าในความเป็นจริงผู้คนในสังคมอาจจะไม่ได้คิดอะไร แต่คนพิการที่อยู่ในช่วงนี้ไม่อาจรับรู้ได้ กลับคิดว่าสังคมกำลังมองภาพลักษณ์ที่มีปัญหา ตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาดช่วงนี้จึงเป็นช่วงปฏิเสธความพิการ

ระยะที่ 2 เป็นช่วงที่คนพิการขาขาดเริ่มมองเห็นคุณค่าของตนเอง ที่คนรอบข้างได้ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัว (ตารางที่ 4.6) จนเริ่มให้ความสนใจกับบุคคลรอบข้างมากขึ้น เริ่มมีรอยยิ้มและพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ชุมชนและครอบครัวต่างมีบทบาทอย่างมากต่อแนวคิดในการยอมรับสภาพความพิการของตนเองมากขึ้น ระดับความรุนแรงทางด้านอารมณ์และการแสดงออกเริ่มลดต่ำลง เริ่มมองหาเพื่อนคนพิการขาขาดด้วยกันเพื่อหาโอกาสพูดคุยกัน สะท้อนบทบาทของตนเองผ่านการแสดงความคิดเห็นกับครอบครัวและคนรอบข้าง โดยที่ช่วงนี้จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 ปี ช่วงนี้จึงเป็นช่วงปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 3 หลังจากเข้าสู่ปีที่ 2 ที่คนพิการขาขาดเริ่มปรับตัวให้เข้ากับสังคมและยอมรับความเป็นคนพิการจึงมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พยายามที่จะสร้างบทบาทของตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ให้สังคมยอมรับและเข้าใจในด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น สภาพความรู้สึกทางด้านจิตใจเริ่มปรับสู่ภาวะปกติ ระดับความรุนแรงทางด้านอารมณ์และการสนองต่อสังคมเริ่มปรับตัวดีขึ้น ทำให้เกิดการยอมรับสภาพการเป็นคนพิการ สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมได้อย่างเป็นปกติ ช่วงนี้จึงเป็นช่วงยอมรับความเป็นคนพิการขาขาด

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า แบบแผนการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการมีความแตกต่างกันตามลักษณะของภาวะเงื่อนไขที่นำไปสู่การเป็นคนพิการ ด้วยการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง รับผิดชอบต่อครอบครัวแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะได้แก่ (1) ระยะการปฏิเสธความพิการ (2) ระยะการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน และ (3) ระยะการยอมรับความเป็นคนพิการขาขาด

4.2.3 วิธีการจัดการภาพลักษณ์จากกระบวนการตีตรา

การจัดการกับภาพลักษณ์ที่มีปัญหาจากการถูกตีตราที่เกิดจากความพิการ เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในชีวิตประจำวันของบุคคลที่มี ความพิการเนื่องจากความบกพร่องไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ส่งผลต่อความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ร่างกายไม่สมประกอบ จึงเป็นการมองตนเองว่าถูก "ตีตรา" และถูกเบียดให้เป็นคนชายขอบ ไม่ได้รับการยอมรับจากคนปกติจึงพยายามหาทางจัดการกับภาพลักษณ์ที่มีปัญหาของตนเพื่อต้องการให้สังคมยอมรับตนเองมากขึ้น เพื่อใช้ป้องกันตัวจากการถูกตีตราว่าพิการขาขาด ด้วยการพยายามสร้างภาพลักษณ์ของตนให้กลมกลืนไปกับคนปกติทั่วไปในสังคม การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าคนพิการขาขาดมีการจัดการกับประเด็นดังกล่าวอย่างไร จึงส่งผลต่อการยอมรับและปรับตัวในสังคมได้ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละการจัดการต่อภาพลักษณ์การถูกตีตราพิการขาขาด จำแนกตามภาค

การจัดการกับภาพลักษณ์ของตนเอง	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการจัดการกับภาพลักษณ์	35	35.00	30	32.97	32	32.32	34	30.91	131	32.75
มีการจัดการกับภาพลักษณ์										
เดินให้เหมือนคนปกติทั่วไป	31	31.00	33	36.27	28	28.29	30	27.27	122	30.50
สวมกางเกงขายาวตลอดเวลา	18	18.00	14	15.38	22	22.22	26	23.64	80	20.00
พัฒนาบุคลิกภาพของตนเอง	10	10.00	9	9.89	14	14.14	12	10.91	45	11.25
สร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง	6	6.00	5	5.49	3	3.03	8	7.27	22	5.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

จากตารางที่ 4.12 พบว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีการจัดการต่อภาพลักษณ์ของตนเองมากร้อยละ 67.25 โดยแสดงพฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่พยายามเดินให้เหมือนคนปกติทั่วไป ร้อยละ 30.50 โดยการสวมกางเกงขายาวตลอดเวลาเพื่อปกปิดความพิการจากสายตาของผู้อื่น ร้อยละ 11.25 พัฒนาบุคลิกภาพของตนเองและสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองร้อยละ 5.50

เมื่อเปรียบเทียบการจัดการกับภาพลักษณ์ของคนพิการขาขาดระหว่างภาค พบว่า คนพิการขาขาดในภาคกลาง มีการจัดการต่อภาพลักษณ์ในลักษณะเดินให้เหมือนคนปกติทั่วไปสูงที่สุด ร้อยละ 36.27 คนพิการขาขาดที่สวมใส่กางเกงขายาวตลอดเวลาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนสูงที่สุด ร้อยละ 23.64 ส่วนในภาคใต้ ร้อยละ 22.22 ภาคกลาง ร้อยละ 15.38 และภาคเหนือร้อยละ 18.00 การพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองและสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองพบว่า ทุกภาคมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีการจัดการกับภาพลักษณ์ของตนเองมากกว่าไม่ทำอะไรเลย

การที่บุคคลต้องสูญเสียอวัยวะ ที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างเห็นได้ชัดจากภายนอกส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียบุคลิกภาพขาดความสวยงามสมบูรณ์ ท่าทางการเดินที่ผิดปกติไปจากบุคคลทั่วไปในสังคมจึงถูกสังคมมองด้วยความเวทนาสงสารว่าเป็นคนพิการขาขาด ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวเป็นภาระแก่สังคม จึงทำให้คนพิการขาขาดต้องใช้กำลังกาย กำลังใจ ที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และยอมรับความจริงในการเผชิญกับปัญหาความพิการของตนให้สามารถอยู่ในสังคม เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์คนพิการในด้านการจัดการกับเอกลักษณ์ที่ถูกตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาด เพื่อต้องการทราบว่า คนพิการมีวิธีการจัดการกับเอกลักษณ์ที่ถูกตีตราว่าเป็นคนพิการอย่างไร เพื่อเสริมข้อมูลจากการสอบถามจากแบบสอบถาม ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นจำนวน 6 ราย ประกอบด้วยคนพิการจังหวัด สระแก้ว 1 จังหวัดเชียงราย 2 และจังหวัดนครปฐม 3 คน ดังนี้

กรณีรายที่ 1 นายพินัย (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดเชียงราย ที่ได้เล่าว่า หลังจากที่เขาได้รับขาเทียมแล้ว ทำให้เขาสามารถเดินไปไหนมาไหนได้ แต่ต้องสวมใส่แต่กางเกงขายาวเพื่อปกปิดความพิการไม่อยากให้ผู้คนเห็นขาเทียม และเมื่อเขาทดลองสมัครงานโดยใช้วุฒิการศึกษาที่ให้เรียนจบ ก็ได้รับการตอบรับทันที เขาจึงตัดสินใจไปทำงานโดยเป็นผู้คุมงานก่อสร้าง แต่ระหว่างที่ทำงานเขาต้องอยู่อย่างระมัดระวังตัว เพราะไม่ต้องการให้ผู้ใดทราบว่าเป็นคนพิการ จะต้องใส่กางเกงขายาวสวมถุงเท้า รองเท้าผ้าใบทุกครั้งเมื่อต้องออกนอกห้อง แม้อากาศจะร้อนขนาดไหนก็ต้องอดทนเพื่อปกปิดความพิการ และแม้แต่การเดินก็จะต้องคำนึงถึงท่าเดินเสมอ จึงทำให้ชีวิตเขาเครียดไม่มีความสุขเลยในช่วงเวลานั้น เขาทำงานในสถานที่แห่งนี้ได้ 1 ปี และมีเรื่องกับผู้คุมงานอีกคน จึงทำให้เขาตัดสินใจหนีปัญหากลับมาอยู่บ้าน เขาใช้เวลาอยู่บ้านกับพ่อแม่ที่บ้าน โดยขับรถไถนา ทำงานในครอบครัว ไม่ออกงานสังคม เพื่อนๆที่เคยเรียนด้วยกันก็ไม่เคยมาเยี่ยมหรือติดต่อมา วันๆ เขาใช้ชีวิตอยู่กับไร่นาและครอบครัว จนกระทั่งวันหนึ่งซึ่งเป็นวันที่ทำให้ชีวิตเขาได้พลิกผัน มีชมรมคนพิการในจังหวัดเชียงรายมาพบที่บ้าน และแจ้งว่ามีคณะจากในเมืองมาสำรวจคนพิการขาขาดเพื่อแจ้งให้ทราบว่ามูลนิธิสมเด็จย่ามีโครงการฝึกอาชีพให้คนพิการขาขาดที่ยังแข็งแรงทางมูลนิธิฯ จะ

อบรมเทคนิควิธีการทำขาเทียมให้ และเมื่อผ่านการอบรมแล้วก็จะได้มาประจำโรงพยาบาลในชุมชนอำเภอแม่ลาวเพื่อช่วยเหลือในการทำขาเทียมให้แก่คนพิการขาขาดต่อไป แต่ในเวลานั้นเขาได้ปฏิเสธเพราะไม่อยากไปไหนอีกแล้ว ไม่อยากจะมีความรู้สึกอายและต้องอยู่อย่างระมัดระวังตัวกลัวผู้คนจะรู้ว่าพิการ ไม่อยากพบปะใครอีก แต่พ่อและแม่ทั้งปลอบและขอร้องให้สมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการ จึงได้สมัครตามความพอใจของพ่อแม่ และนับเป็นโชคดีที่เขาได้รับการคัดเลือก หลังจากที่เก็บตัวอยู่แต่กับครอบครัวมานาน ก็เริ่มกลับเข้าสังคมอีกครั้ง เขาได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ไปพร้อมกับเพื่อน ๆ คนพิการขาขาดอีกหลายคนในแต่ละภาค จากการที่เขาได้อยู่ร่วมกันกับคนพิการด้วยกันทำให้ความรู้สึกต่างๆที่เคยเป็น เช่น รู้สึกอาย ไม่มีความเชื่อมั่น ไม่อยากพบเห็นผู้ใด ต้องการจะหลบหลีกผู้คน ก็ค่อย ๆ เปลี่ยนไป เขาเล่าต่อไปว่า ตั้งแต่เป็นคนพิการขาขาดมาหลายปี ต้องอยู่อย่างอดทน หวาดระแวงถึงแม้จะมีขาเทียมมาสวมใส่ทดแทนให้เดินได้แต่ต้องปกปิดความพิการเกรงสังคมรังเกียจไม่ยอมรับ แต่ในช่วงเวลาที่เขาได้มาอยู่ร่วมกันกับคนพิการด้วยกันเป็นช่วงที่เขามีความสุข มีรอยยิ้มและพูดคุยโต้ตอบกับเพื่อนๆอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ต้องใช้ความรู้สึกอดทนไม่เป็นตัวของตัวเอง เขายอมรับตนเองว่าเป็นคนพิการขาขาดอย่างเต็มใจ ไม่เหมือนที่ผ่านมาเขาต้องจำใจยอมรับกับความพิการของตนเอง เป็นช่วงเวลาที่เขามีความสุข มีความพร้อมที่จะต่อสู้และอยู่ในสังคมต่อไป เขาและเพื่อน ๆ ต้องเรียนในวันจันทร์ – ศุกร์ แต่บางครั้งเสาร์ - อาทิตย์ ที่เป็นวันหยุด แต่เขาก็จะชวนกันมาทดลองทำขาเทียมกัน บางเวลาเขายื่นขาให้เพื่อนทดลองทำ และบางครั้งเพื่อนก็ยื่นขาให้เขาทดลองทำบ้าง จะผลัดกันอย่างนี้ จนเกิดความชำนาญและได้ทำกับของจริง เขากล่าวต่อไปว่า เมื่อเขาถูกส่งตัวกลับมาอยู่ประจำที่โรงพยาบาลแม่ลาว เขาเริ่มทำขาจริงขาแรกด้วยความเกร็งและตื่นเต้น ก่อนที่จะทำเขาได้ยกมือไหว้ขาของคุณลุงที่มารับบริการเป็นคนแรก และในที่สุดเขาก็ทำสำเร็จ ปัจจุบันนี้ได้เป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลแม่ลาวและสามารถให้บริการทำขาเทียมไปแล้วประมาณ 200 กว่าขาแล้ว และยังมีคนพิการมารอคิวขอรับบริการอีก ความสุขและความเชื่อมั่นในตนเองเกิดขึ้นได้ในครั้งนี้ เนื่องจากเขาได้รับโอกาสจากมูลนิธิขาเทียมของสมเด็จย่า และครอบครัวที่คอยสนับสนุน และแรงใจอันสำคัญคือเพื่อนคนพิการด้วยกัน ดังนั้นเวลาเขาให้บริการทำขาเทียมเขาจะบอกกับเพื่อนคนพิการเสมอ ว่าเขาเองก็เป็นคนพิการเหมือนกัน ขอให้สู้ไม่ต้องท้อแท้ ชีวิตยังมีค่า อย่างน้อยที่สุดเมื่อมีขาเทียมและสามารถเดินได้แล้ว ก็สามารถดูแลตนเองได้ สามารถช่วยทำงานในครอบครัว จึงไม่เป็นภาระต่อครอบครัว (สัมภาษณ์ 15 มิถุนายน 2554)

รายที่ 2 นาย กีรติ (นามสมมุติ) อายุ 36 ปี ชาวจังหวัดสระแก้ว ได้กล่าวถึงการจัดการกับภาพลักษณ์ของตนเองว่า ในช่วงแรกหลังจากที่ถูกตัดขาว่า มีความวิตก กังวลเป็นอย่างมากต่อการเดินขาเดียวที่ต้องประคองด้วยไม้ค้ำยัน และยังนึกไม่ออกว่าเมื่อได้รับขาเทียมแล้วจะสามารถเดินได้

ดังปกติเหมือนเดิมหรือไม่ เขาไม่ต้องการพบปะหรือพูดคุยกับผู้ใดในเวลานั้นไม่อยากให้ผู้คนมองขาที่ขาดหายไปของเขาด้วยความสงสาร และก็เป็นอย่างที่คิด เมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้คนในหมู่บ้านได้มาเยี่ยมเพื่อแสดงความห่วงใยและสงสาร ผู้เฒ่าชราบางคนขอให้เขาเปิดผ้าพันแผลให้เพื่อต้องการดูตอขา และพูดปลอบใจว่าไม่ต้องคิดมากให้คิดเสียว่าเป็นเคราะห์กรรมแต่ปางก่อน แม้กระทั่งครอบครัวที่พยายามปลอบใจด้วยคำพูดที่ว่า ไม่เป็นไรถึงแม้ว่าขาขาดครอบครัวก็จะรักและดูแลจะไม่ทอดทิ้ง คำว่า พิการขาขาดรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจอย่างแรง เขายังรับตัวเองไม่ได้ในเวลานั้น ถึงแม้จะทราบดีว่าสิ่งที่ผู้คนพูดนั้น เพื่อต้องการให้กำลังใจ แต่เขาไม่ต้องการที่จะฟัง เขารู้สึกว่าตนเองเป็นคนด้อยค่า และจะต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เป็นสิ่งที่เขายอมรับไม่ได้ แต่เขาก็พยายามอดทนต่อคำพูดและความหมายที่สังคมนิยามให้คือ คนพิการขาขาด หลังจากที่ได้รับขาเทียมแล้ว เขาก็พยายามที่จะหัดเดินให้ถูกจังหวะ และก็สามารถเดินได้แต่ก็ต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควรที่จะคุ้นเคยและชินกับการสวมใส่และรู้สึกได้ว่าการเดินด้วยขาเทียมก็สามารถเดินได้ตามปกติ เพียงแต่ไม่สามารถที่จะปกปิดความเป็นคนพิการขาขาดได้ หากไม่สวมใส่กางเกงขายาว และสวมถุงเท้าและรองเท้าผ้าใบ รวมถึงต้องฝึกหัดเดินให้ได้เหมือนธรรมชาติที่สุด เพราะการเดินหากมีความผิดปกติแม้สวมใส่กางเกงขายาวก็จะช่วยอะไรไม่ได้ เนื่องจากบุคคลทั่วไปมองดูท่าทางการเดินและช่วยเหลือตนเองมากกว่าที่จะมองว่าพิการหรือไม่อย่างไร เขากล่าวต่อไปว่า เขาได้รับโอกาสจากมูลนิธิขาเทียมของสมเด็จย่า ให้การอบรมวิธีการทำขาเทียมร่วมกับเพื่อนคนพิการอีกหลาย ๆ คน ในวันหนึ่งเมื่อเขาได้รับการอบรมในภาคทฤษฎี มีคำกล่าวคำหนึ่งจากท่านอาจารย์หมอเทอดชัย ท่านกล่าวว่าเมื่อไหร่ก็ตามถ้าหากเราคิดว่า การเป็นคนขาขาดทำให้เราแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม ก็จะยิ่งทำให้เราไม่มีความสุข และการทำขาเทียมที่ดีต้องอาศัยทักษะความอดทนและความมั่นใจในตนเอง การทำขาเทียมก็เพื่อทดแทนขาที่ขาดหายไป เพื่อคนพิการขาขาดสามารถกลับมาเดินได้อีกครั้งและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สังคมจะยอมรับคนพิการได้อย่างไร หากคนพิการขาขาดไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง หรือพัฒนาบุคลิกภาพและยอมรับความพิการของตนเองให้ได้เสียก่อนเขากล่าวว่า นับจากนั้นเป็นต้นมา ทำให้วิธีคิดของตนเปลี่ยนไป เขาหันมาให้ความสนใจกับเพื่อนที่ร่วมอบรมด้วยกัน รวมถึงอาจารย์ผู้สอน ทำให้ความกลัวและต้องการปกปิดนั้นหายไป เขาเริ่มพูดคุยกับผู้คนที่ได้พบเห็นและมีรอยยิ้มที่ออกมาจากใจ เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเขามีกำลังใจและมีความเชื่อมั่นในตนอีกครั้ง มีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น พัฒนาการเดินให้เหมือนคนปกติทั่วไป เขาสามารถทำงานและทำขาเทียมเพื่อช่วยเหลือและส่งมอบความรู้สึกและกำลังใจให้เพื่อนคนพิการและบุคคลในสังคมให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้

ปัจจุบันชีวิตเขาได้เปลี่ยนแปลงไปจากหน้ามือเป็นหลังมือ เขาสามารถให้บริการทำขาเทียมให้แก่เพื่อนคนพิการไปแล้วทั้งสิ้นกว่า 200 ขา คนพิการบางคนเมื่อมารับบริการ จะเรียกเขาว่าคุณ

หมอจนเขารู้สึกเขิน และได้บอกพวกเขาไปว่าเขาไม่ได้เป็นหมอ เขาแค่เป็นช่างทำขาเทียมที่มูลนิธิขาเทียมสมเด็จย่าได้ให้โอกาสเท่านั้น ตอนนี้เขาได้อยู่ในสังคมที่ดี มีคนรู้จักเขามาก ด้านชีวิตครอบครัวตั้งแต่ขาขาดและไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่ง ชีวิตก็โสดสนิท แต่พอมาเป็นช่างทำขาเทียมได้ประมาณ 4 เดือน เขาก็ได้แต่งงานมีครอบครัว ปัจจุบันนี้เขาได้เงินเดือนๆ ละ 6,200 บาท สิ่งที่รู้สึกภาคภูมิใจที่สุดก็คือ นอกจากเขาสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระต่อสังคมเขายังมีโอกาสช่วยเหลือสังคมได้ ขอขอบคุณมูลนิธิขาเทียม ท่านอาจารย์เทอดชัย ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ ผู้อำนวยการมูลนิธิขาเทียมและอาจารย์ทุกท่านที่ได้ช่วยให้ชีวิตได้อยู่อย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในสายตาของสังคม (สัมภาษณ์ 30 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 3 นายธวัชชัย (นามสมมุติ) อายุ17 ปี คนพิการชาวจังหวัดนครปฐม จากอุบัติเหตุในช่วงเวลาปิดเทอม ระหว่างที่เรียนอยู่ ปวช.ชั้นปีที่ 2 ในช่วงแรก เขาทำใจไม่ได้ เขาเสียใจถึงขั้นขอร้องให้แม่เอายามาให้กินให้ตาย ระหว่างนั้นพ่อและป้าจะผลัดกันคอยเฝ้าดูแลเขา ส่วนแม่ทำงานที่โรงพยาบาล ต้องทำงานตอนกลางวัน แต่ตอนเย็นแม่ก็จะมาและนอนด้วยทุกคืน เขาร้องไห้และตะโกนเสียงดังทุกวัน วันละหลายๆ ครั้ง จนแม่ต้องไปขอให้ช่างทำขาเทียมที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นคนพิการขาขาดเหมือนกันมาช่วยพูดและปลอบใจ เมื่อเห็นคนพิการขาขาดเหมือนกันก็รู้สึกลดความเครียดไปบ้าง เมื่อแผลหายแม่ได้พาไปรับบริการสวมใส่ขาเทียมที่โรงพยาบาลนครปฐม แต่ทางโรงพยาบาลแนะนำให้ไปขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการก่อน เพราะจะได้รับบริการทำขาเทียมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามพระราชบัญญัติ เขารู้สึกเจ็บปวดกับนิยามใหม่ คือความพิการ ที่พึ่งได้รับจากสมุดพกคนพิการของเขาหลังจากได้ไปจดทะเบียนเป็นคนพิการ เขาต้องใช้ความอดทนกว่าจะปรับตัวยอมรับและฝึกหัดเดินด้วยขาเทียม เมื่อพ่อแม่ขอร้องให้กลับไปเรียนต่อให้จบ ปวช. แต่เขาไม่ต้องการที่จะไปเรียนอีก เพราะอายเพื่อน อายผู้คนที่รู้ว่าเป็นคนพิการขาขาด แม่ได้ขอให้ช่างทำขาเทียมที่ขาขาดในโรงพยาบาลมาช่วยพูดจนเขารู้สึกเชื่อมั่น พี่ช่างทำขาเทียมบอกว่าคนพิการขาขาดไม่ได้หมายความว่าจะต้องมานอนอยู่กับบ้าน ต้องให้พ่อแม่มาคอยดูแลเอาใจใส่จนตาย ไม่ลุกขึ้นมาสู้ก็จะมีสภาพความเป็นอยู่อย่างนี้ตลอดชีวิต พี่เขาก็พิการขาขาดเหมือนกัน แต่ทำไมถึงเดินมาหาเขาได้ เดินไปทำงานและให้บริการทำขาเทียมแก่คนพิการขาขาดคนอื่นได้ และพี่ช่างได้กล่าวว่า หากอายและกลัวผู้คนเห็นขาเทียม ก็ต้องพยายามฝึกหัดเดินให้ได้เหมือนคนปกติ และสวมใส่กางเกงขายาวก็จะไม่มีผู้ใดรู้แล้ว เขารู้สึกมั่นใจขึ้นมาอีกครั้งและขอตามแม่ไปโรงพยาบาลด้วยทุกวันในช่วงนั้น เพื่อไปฝึกหัดเดินและอยู่กับพี่ช่าง และในที่สุดเขาก็ยอมกลับไปเรียนอีกครั้ง เขากล่าวถึงวันแรกที่เขาสวมใส่ขาเทียมและเดินไปเรียน แม้เขาจะสวมใส่กางเกงขายาวเพื่อปกปิดและพยายามเดินให้เหมือนปกติ แต่เพื่อน ๆ ที่รู้อยู่แล้วว่าเกิดอะไรขึ้นกับเขาก็พากันมามุงและขอดูขาเทียมของเขาอย่างสงสัยและอยากรู้อยากเห็นและมองอย่างเป็นของประหลาด พร้อมทั้งพากันซักถามอย่างสนุกสนานตาม

ประสาของเพื่อนที่เคยสนิท ถึงแม้ว่าเพื่อนๆไม่ได้คิดอะไรมากไปกว่าความอยากรู้อยากเห็น แต่สำหรับเขาแล้วมันคือความเจ็บปวดอายเก็บกด และทุกครั้งที่ถูกเพื่อนเรียกว่า ไอ้เดียว (เดียว คือความหมายของการมีขาเดียว) ในตอนแรก ๆ จะมีผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก เขาทั้งเจ็บทั้งอาย แต่เมื่อเวลาผ่านไปและรับรู้สึกได้ว่าเพื่อน ๆ ให้ความรักความสนิทสนมเสมอต้นเสมอปลายและไม่ได้รังเกียจความพิการของเขา ทำให้เขามีความเชื่อมั่น จนบางครั้งทำให้เขาลืมความพิการของตนเองในบางเวลา (สัมภาษณ์ 27 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 4 นายจันทร์ (นามสมมุติ) อายุ 50 เป็นชาวจังหวัดเชียงราย ที่ให้สัมภาษณ์ว่า ตั้งแต่เกิดความพิการ เขาต้องอยู่อย่างอดทน และยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นคิดว่าเป็นเวรกรรมแต่ชาติที่แล้ว แต่เขาไม่ได้ย่อท้อและไม่ขี้เกียจแต่อย่างใด เมื่อเขาได้รับการสวมใส่ขาเทียม เขาพยายามฝึกหัดเดินและใช้ขาเทียมจนชิน เขาต่อสู้และสร้างกำลังใจให้กับตนเองโดยการกลับมาทำนาเหมือนเดิม และเมื่อเสร็จจากการทำนาก็รับจ้างทั่วไปทำทุกอย่างที่จะทำได้ขอให้เป็นงานสุจริต จนผู้คนในหมู่บ้านยอมรับในความขยันและจ้างเขาทำงานไม่เคยขาด เขากล่าวต่อไปว่า ในครั้งแรกที่ได้ยินผู้คนในชุมชนเรียกเขาว่า จันทร์ก๊อด (คำว่าก๊อด เป็นภาษาพื้นเมือง แปลว่าด้วน) เขารู้สึกโกรธแต่ไม่ได้แสดงออกแต่อย่างใด ก้มหน้าก้มตายอมรับและทำเป็นไม่สนใจ จนปัจจุบันนี้ยอมรับชื่อพร้อมสร้อยที่ผู้คนเติมให้โดยไม่รู้สึกอะไรอีก ปัจจุบันนี้เขามีครอบครัวและมีบุตร 2 คน เขาได้แต่งงานกับภรรยา ซึ่งเป็นอนบ้านเดียวกันหลังจากที่ขาขาดแล้ว เขาเชื่อว่าด้วยความขยันและเป็นตัวของตนเองจึงทำให้ภรรยาเลือกเขามาเป็นคู่ชีวิต โดยที่พ่อแม่ของภรรยาไม่ได้ขัดข้องแต่อย่างใด (สัมภาษณ์ 18 มิถุนายน 2554)

รายที่ 5 นายสมหมาย (นามสมมุติ) อายุ 56 ปี ชาวจังหวัดเชียงรายได้กล่าวถึงว่าต้องใช้เวลาในการยอมรับความเป็นคนพิการขาขาดนานถึง 6 เดือนจนกระทั่งได้มีโอกาสจากชมรมคนพิการเชียงรายได้คัดเลือกตนให้ไปเข้ารับการฝึกอบรมจากมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีและในปัจจุบันนี้ได้ประกอบอาชีพเป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงงานทำขาเทียมโรงพยาบาลแม่ลาว โอกาสที่ได้รับในครั้งนี้ นอกจากจะทำให้มีรายได้ดูแลครอบครัวแล้วยังมีโอกาสให้ความช่วยเหลือสังคมและเพื่อนคนพิการขาขาด ให้อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและภาคภูมิใจ (สัมภาษณ์ 16 มิถุนายน 2554)

และรายที่ 6 นายชนะศักดิ์ (นามสมมุติ) อายุ 45 ปี ชาวจังหวัดสระแก้ว ถูกตัดขาเพราะเข้าไปทำไร่ ตัดไม้และเหยียบกับระเบิด เมื่อปี 2545 เขากล่าวว่า ตอนครั้งแรกที่ถูกตัดขา ก็ทำใจไม่ได้ไม่อยากพบปะกับผู้คนในสังคมเลย แม้กระทั่งคนในครอบครัวก็ไม่อยากจะพูดด้วย ทั้ง ๆ ที่ทุกคนในครอบครัวก็คอยดูแลเอาใจเป็นอย่างดี แต่ความรู้สึกในตอนนั้นมองไม่เห็นความดีของผู้ใด นึกถึงแต่เรื่องที่ตนเองสูญเสียขา กลายเป็นคนเก็บตัว พูดน้อย ทุกครั้งที่คนในครอบครัวมาพูดคุยด้วยก็เกิด

ความโมโหโดยไม่มีเหตุผล กลายเป็นคนที่เอาแต่ใจตนเอง จวบจนเวลาผ่านไปประมาณ 5 เดือน ครอบครัวของเขาได้พาไปรับบริการทำขาเทียมที่หน่วยพระราชทานเคลื่อนที่ของมูลนิธิขาเทียมสมเด็จย่า เขาได้เห็นคนพิการมากมายที่มารับการใส่ขาเทียม และแต่ละคนก็มีสถานภาพไม่แตกต่างกันกับตนเองมากนัก แต่คนพิการส่วนใหญ่ก็จะพูดคุยสอบถามเรื่องขาที่สูญเสียไปพร้อมทั้งขาเทียมใหม่ที่ต้องใส่ทดแทน พร้อมทั้งแนะนำเพื่อนคนพิการที่พึ่งจะใส่ขาเทียมว่าจะต้องพบกับประสบการณ์อะไรบ้าง พอเห็นคนพิการคนอื่นก็ทำใจและคิดที่จะต่อสู้กับชีวิตของตนเองต่อไป อีกทั้งครอบครัวก็คอยให้กำลังใจไม่เคยเปลี่ยน เขาจึงได้ใส่ขาเทียมและทดลองเดินและพยายามที่จะปรับตัวเองในการเดินด้วยขาเทียมให้ได้เหมือนเพื่อนคนพิการอื่น ตอนแรกที่สวมใส่และทดลองเดิน ทั้งเจ็บทั้งคันเพราะเนื้อขาไม่เคยชินกับยอุปกรณ์ที่มาสวมใส่แทนขาที่ขาดหาย แต่ในที่สุดขาของเขาก็ยอมรับขาเทียม และทุกวันนี้ก็กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของเขาที่จะขาดไปไม่ได้ จากนั้นเขาก็ได้พยายามกลับมาช่วยครอบครัวทำนาเหมือนเดิม ซึ่งก็ทำได้ ดังนั้นรายได้ของเขาก็มาจากการทำนา ก่อนและหลังตัดขามีอาชีพทำนาเหมือนเดิม จึงมีรายได้ทั้งก่อนและหลังเกิดความพิการเหมือนเดิม (สัมภาษณ์ 30 พฤษภาคม 2554)

จากภาพรวมการจัดการกับภาพลักษณ์ที่มีปัญหาของคนพิการขาขาด พบว่า โดยส่วนใหญ่มีการจัดการกับภาพลักษณ์ของตนเองด้วยการพยายามเดินให้เหมือนคนปกติทั่วไปมากที่สุดสวมกางเกงขายาวเพื่อปกปิดความพิการตลอดเวลา พัฒนาบุคลิกภาพของตนเอง และสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองโดยผ่านการทำงาน ยอมรับความพิการของตนเอง และมีความเชื่อและรู้สึกว่าการที่จะได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคมนั้น จะต้องสามารถกลับมาทำงานได้อย่างปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมดังเช่นนายสมเกียรติ และนายพินิจ ที่มีความภาคภูมิใจกับการทำงานและได้รับการยอมรับจากสังคม โดยเฉพาะความรู้สึกที่มีค่าที่ได้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้ช่วยเหลือสังคม จากที่เคยคิดว่าตนจะต้องเป็นภาระต่อสังคม แต่ในขณะนี้ได้เปลี่ยนเป็นผู้ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ได้ช่วยเหลือสังคมโดยเฉพาะสังคมคนพิการ

อย่างไรก็ตามมีคนพิการขาขาดจำนวนไม่น้อยที่ปฏิเสธความพิการขาขาดของตนเอง ไม่ว่าสังคมจะตีตราหรือคิดอย่างไรก็ตาม แต่ในความรู้สึกก็ยังคิดว่าตนเองเป็นปกติไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยอะไร เพียงแต่ประสบอุบัติเหตุและสูญเสียขาไปเท่านั้น ยังคงดำเนินชีวิตตามปกติโดยใช้ขาเทียมทดแทน อีกทั้งยังสร้างอัตลักษณ์ทางสังคมคนพิการใหม่ ผ่านการทำงานดังเช่น จันทร์ก๊อด นามสมมุติ (สัมภาษณ์ 18 มิถุนายน 2554)

จากการนิยามคนพิการขาขาดที่เป็นการสร้างมลทินให้กับคนพิการขาขาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการสัมภาษณ์คนพิการส่วนใหญ่ พบว่าลักษณะการสร้างมลทินหรือการตีตรานั้น แบ่งเป็น 3 ลักษณะได้แก่

1. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เกิดจากการที่สังคมได้นิยามความหมายใหม่ของคนปกติมาเป็น คนพิการขาขาด เนื่องจากถูก "ตัดขา"สูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง กลายเป็นคนพิการขาขาด ปฏิกิริยาสังคมที่มีต่อบุคคลที่เกิดการสูญเสียขาย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความรู้สึกที่ถูกสังคมมองว่าผิดปกติย่อมเกิดขึ้นในความคิดของบุคคลที่สูญเสียขา แต่ความรู้สึกถูกตีตราไม่ได้เกิดขึ้นทันที แต่เกิดขึ้นภายหลังจากที่บุคคลได้มี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เกิดความรู้สึกถึงความแตกต่างจากมุมมองของสังคมส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์อย่างมาก ในบางครั้งจะต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาจากครอบครัวและสังคม บางครั้งจำเป็นต้องมีผู้ที่ประสบปัญหาคล้ายกันเข้าไปให้ความช่วยเหลือหรือสร้างกำลังใจเพื่อสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพปัญหาให้ได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง จะขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้

นอกจากนี้จากการที่สังคมได้สร้างสัญลักษณ์ด้วยการ "ตีตรา"ให้กับบุคคลที่สูญเสียขานั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อสังคมมอบให้คนพิการก็จำเป็นต้องยอมรับและปรับตัวให้ได้ อย่างเช่น การตั้งชื่อเล่นใหม่เพิ่มเติมหลังชื่อเดิมหรือสร้อย เช่น เดิมก่อนพิการชื่อ จันทร์แต่ภายหลังจากพิการขาขาดผู้คนในชุมชนเรียกชื่อใหม่ว่า จันทร์ก็อดเป็นการเรียกชื่อของจันทร์ให้แตกต่างจากบุคคลทั่วไปเช่นเดียวกันกับภาคกลางและภาคใต้ที่นิยามบุคคลที่มีลักษณะที่แตกต่างออกไปที่เหมือนกัน เช่น ทิดด้วน หรือ หนึ่งเดียวเป็นการตั้งชื่อให้ใหม่จากเดิมชื่อทิด ก็เติมคำว่าด้วน เพิ่มเติมไปจึงกลายเป็น ทิดด้วน เช่นเดียวกับหนึ่งซึ่งเป็นชื่อเรียกแต่ภายหลังจากพิการขาขาดถูกเพิ่มเติมคำว่าเดียวที่แปลว่ามีขาอยู่ข้างเดียว เป็นต้น ในช่วงแรกหลังจากพักฟื้นจะเป็นช่วงที่เจ็บปวดมากที่สุดที่บุคคลในสังคมมองขาที่ขาดหายไปว่ามีอะไรเกิดขึ้นจริงอยู่ว่าบุคคลในสังคมก็นิยามบุคคลที่มีลักษณะผิดปกติอื่น ๆ เช่นเดียวกัน แต่สำหรับคนพิการขาขาดแล้วการตั้งชื่อเช่นนั้นคือการสร้างมลทินหรือการตีตราที่สังคมมอบให้โดยที่ไม่มีโอกาสปฏิเสธได้

2. การเป็นคนพิการขึ้นทะเบียน ทันทีที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ จะเป็นการแบ่งแยกประเภทของการเป็นคนพิการ โดยผู้ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้วจะได้รับเบี้ยคนพิการ ได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ แต่ในส่วนลึกของความรู้สึกของคนพิการขาขาดนับได้ว่าเป็นการตีตรารูปแบบหนึ่งที่สังคมมอบให้เช่นกัน ดังเช่น การสัมภาษณ์นายธวัชชัย (นามสมมุติ) และคนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ในบางหมู่บ้านมีจำนวนคนพิการขาขาดหลายคน ผู้ใหญ่บ้านประกาศเสียงตามสายประจำหมู่บ้านให้เดินทางไปรับเบี้ยพิการหรือรับข่าวสารเกี่ยวกับคนพิการขาขาด ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความแตกต่างจากบุคคลอื่นและความอับอายต่อเพื่อนบ้านเป็นอย่างมาก

3. การมองอย่างสงสาร ปกติในสังคมจะมีมุมมองต่อบุคคลทั่วไปในระดับที่ปกติหรือไม่แตกต่างมากนัก แต่ภายหลังจากบุคคลเกิดการสูญเสียขา มุมมองของสังคมและความคิดเห็นย่อม

เปลี่ยนแปลงไป โดยส่วนใหญ่มองดูแบบน่าสงสาร (ตารางที่ 4.6) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในทางบวก ไม่ได้สร้างความเสียหายแต่อย่างใด หากแต่สำหรับคนพิการขาขาดแล้วนับได้ว่าเป็นมลทินหรือการตีตราด้วยสายตาที่มองคนพิการขาขาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (สัมภาษณ์ สมเกียรติ 30 พฤษภาคม 2554) จึงพยามยามหลีกเลี่ยงสายตาที่มองแบบน่าสงสาร แต่ภายหลังจากสวมใส่ขาเทียม ดำเนินชีวิตตามปกติในสังคมจึงสามารถเปลี่ยนทัศนคติได้เนื่องจากเมื่อสวมใส่กางเกงขายาว ทำให้ไม่สามารถมองเห็นขาเทียมได้ ดังนั้นเมื่อพวกเขาได้รับโอกาสและมีพื้นที่ในสังคมด้วยการทำงาน พวกเขาจะต่อสู้กับความรู้สึกเหล่านั้นและผ่านกระบวนการต่าง ๆ ไปได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อได้รับการยอมรับจากสังคม พวกเขาก็จะเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองจากเดิมและกลับมาอยู่ในสังคมได้อย่างคนปกติต่อไป

กล่าวสรุปได้ว่า คนพิการไม่ว่าจะพิการด้วยสาเหตุใดก็ตามจะมีวิธีการจัดการกับภาพลักษณ์จากกระบวนการตีตราที่ไม่แตกต่างกัน โดยมีการจัดการภาพลักษณ์ที่มีปัญหาด้วยการพยายามเดินให้เหมือนคนปกติมากที่สุด สวมกางเกงขายาวตลอดเวลา พัฒนาบุคลิกภาพของตนเองและสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง การได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคมที่สามารถกลับมาทำงานได้อย่างปกติ ทำให้คนพิการยอมรับความพิการของตนเอง การถูกตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาด นั้น เป็นการสร้างมลทินให้กับคนพิการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

4.3 วิถีชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด

4.3.1 การปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด

นอกจากที่คนพิการขาขาดจะต้องปรับตัวให้ยอมรับสภาพความพิการของตนเองแล้ว ยังต้องปรับตัวให้เข้ากับภาพลักษณ์ใหม่ สภาพแวดล้อมและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมให้ได้ พร้อมทั้งจะต้องพัฒนาทักษะใหม่เพื่อทดแทนสิ่งที่ขาดหายไปโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะการเดินให้ได้ เพราะท่าเดินที่ผิดปกติ จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของคนพิการขาขาด สังคมจะมองอย่างสงสัยและพยายามค้นหาคำตอบจากการผิดปกตินั้น การศึกษากระบวนการปรับตัวเข้าสู่สังคมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงวิธีการปรับตัวเข้าสู่สังคมในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิต และการปรับตัวเพื่อเข้าสังคม ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการจำแนกตามภาค

การปรับตัวกับวิถีการดำเนินชีวิต	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการปรับตัวกับวิถีการดำเนินชีวิต	32	32.00	47	51.65	49	49.50	27	4.55	155	38.75
มีปรับตัวกับวิถีการดำเนินชีวิต										
- ปรับตัวให้ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป	37	37.00	28	30.76	27	27.27	38	34.55	130	32.50
- ปรับตัวไม่ให้เป็นภาระครอบครัว	7	7.00	6	6.59	3	3.03	24	21.82	40	10.00
- ปรับตัวเรียนรู้เพื่อประกอบอาชีพ	9	9.00	3	3.30	9	9.09	11	10.00	32	8.00
- ปรับตัวยอมรับกับการเดินด้วยขาเทียม	15	15.00	7	7.7.0	11	11.11	10	9.08	43	10.75
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

จากข้อมูลการปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาด (ในตารางที่ 4.13) พบว่า คนพิการมีการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตมากมากกว่าไม่มีการปรับตัว ร้อยละ 61.25 โดยใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปสูงที่สุด ร้อยละ 32.50 ไม่ทำตัวให้เป็นภาระแก่ครอบครัว ร้อยละ 10 พยายามเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพร้อยละ 8 และปรับตัวยอมรับกับการเดินด้วยขาเทียมร้อยละ 10.75

เมื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดระหว่างภาค พบว่า คนพิการขาขาดในภาคเหนือมีการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิต ด้วยการ ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปสูงที่สุด ร้อยละ 37 รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 34.55 ภาคกลาง ร้อยละ 30.76 ภาคใต้ ร้อยละ 27.27 ส่วนการไม่ให้เป็นภาระครอบครัว พบว่า คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนสูงที่สุดถึงร้อยละ 21.84 ภาคเหนือร้อยละ 7.70 ภาคกลาง ร้อยละ 6.59 ภาคใต้ ร้อยละ 3.03 ส่วนการปรับตัวเรียนรู้เพื่อประกอบอาชีพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 10.00 ภาคเหนือ ร้อยละ 9.50 ภาคกลาง ร้อยละ 3.30 ภาคใต้ ร้อยละ 9.09 และการปรับตัวยอมรับกับการเดินด้วยขาเทียม ภาคเหนือ ร้อยละ 15.00 ภาคกลาง ร้อยละ 7.70 ภาคใต้ ร้อยละ 11.11 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 9.08

จากลักษณะการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตสรุปได้ว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตมากกว่าไม่มีการปรับตัว เคยมีการปรับตัวให้ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปสูงที่สุดรองลงมาได้แก่ การปรับตัวไม่ให้เป็นภาระครอบครัว ส่วนการปรับตัวเรียนรู้เพื่อประกอบอาชีพ ปรับตัวให้เข้ากับการทำงานและปรับตัวรับผิดชอบครอบครัว มีจำนวนน้อย

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

การปรับตัวเข้าสู่สังคม	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
ไม่มีการปรับตัวเข้าสู่สังคม	41	41.00	43	47.25	35	35.36	49	44.55	168	42.00
มีการปรับตัวเข้าสู่สังคม										
ปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน	25	25.00	24	26.37	26	26.26	32	29.09	107	26.75
ทำใจยอมรับความพิการของตนเอง	29	29.00	22	24.17	31	31.31	22	20.00	87	21.75
ปรับตัวกับเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน	5	5.00	2	2.20	6	6.06	7	6.36	20	5.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

การปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาด ในตารางที่ 4.14 พบว่า คนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีการปรับตัวเข้าสู่สังคมมากกว่าไม่มีการปรับตัวเข้าสู่สังคม โดยมีการปรับตัวเข้าสู่สังคม ร้อยละ 58.00 ไม่มีการปรับตัวเข้าสู่สังคมรวม ร้อยละ 42.00 โดยมีการปรับตัวเข้าสู่สังคมด้วยการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนสูงที่สุดถึงร้อยละ 26.75 รองลงมาได้แก่ การปรับตัวด้วยการยอมรับความพิการของตน ร้อยละ 21.75 และมีการปรับตัวเข้ากับเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน ร้อยละ 5

เมื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาดระหว่างภาค พบว่า คนพิการขาขาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการปรับตัวเข้าสู่สังคม ด้วยการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนสูงที่สุด ร้อยละ 29.09 ภาคกลาง ร้อยละ 26.37 ภาคใต้ ร้อยละ 26.26 ภาคเหนือ ร้อยละ 25.00 ส่วนการปรับตัวทำใจยอมรับความพิการของตนเอง พบว่า คนพิการขาขาดในภาคใต้ มีจำนวนสูงที่สุดร้อยละ 31.31 รองลงมาภาคเหนือ ร้อยละ 29.00 ภาคกลาง ร้อยละ 24.17 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 20.00 ส่วนการปรับตัวเข้ากับเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน มีจำนวนน้อยและใกล้เคียงกันทุกภาคจะเห็นได้ว่า คนพิการขาขาดมีการปรับตัวเข้าสู่สังคมมากกว่าไม่มีการปรับตัวเข้าสู่สังคม ด้วยการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนสูงที่สุดรองลงมาได้แก่ การปรับตัวเข้าสู่สังคมด้วยการยอมรับความพิการของตนเอง

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อต้องการทราบว่า คนพิการขาขาดมีการปรับตัวเข้าสู่สังคมอย่างไร ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ มีดังนี้

รายที่ 1 นางมะลิ (นามสมมุติ) คนพิการชาวจังหวัดสระแก้ว ได้กล่าวว่า หลังจากที่ถูกตัดขาก็แต่ในบ้านไม่กล้าออกไปพบปะผู้คนนานถึง 6 เดือน เพราะความอายกลัวจะถูกล้อเลียน ช่วงนั้นเป็นช่วงที่สับสน เศร้าเสียใจอย่างมาก เมื่อครอบครัวพาไปรับบริการทำขาเทียมที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ เมื่อได้พบเห็นคนพิการขาขาดที่มารับบริการการใส่ขาเทียมเหมือนกับตน ก็รู้สึกทำใจได้และยอมรับความพิการของตนเอง เพราะได้เห็นบางคนที่เกิดความพิการขาดมากกว่าตนอีก เมื่อได้รับขาเทียมก็พยายามหัดเดินให้ได้ตามที่แพทย์แนะนำ แต่ครั้งแรกรู้สึกทั้งเจ็บทั้งคันที่ตอขา ต้องใช้ระยะเวลาและความอดทนในการปรับตัวพอสมควรกว่าจะชินกับการเดินด้วยขาเทียม เมื่อสามารถเดินได้แล้วก็ออกไปทำนาช่วยครอบครัว เพราะไม่ต้องการเป็นภาระให้กับครอบครัว แต่แม่ต้องการให้ไปเรียนเย็บผ้าในอำเภอ ตอนแรกก็ไม่อยากจะไปเรียน แต่สุดท้ายก็เชื่อแม่ตัดสินใจไปเรียน จึงทำให้ปัจจุบันนี้ได้ทำงานเป็นช่างเย็บผ้าโหล เดินทางไปเช้าเย็นกลับทุกวัน เวลาผ่านไปประมาณ 3 ปี แม่ก็มาบอกว่าต้องการให้เธอแต่งงานมีครอบครัวจะได้มีคนดูแล ซึ่งเธอไม่กล้าที่จะแต่งงานเกรงว่าจะถูกรังเกียจ แต่แม่ได้บอกว่าแม่กับเพื่อนของแม่ได้คุยกันไว้แล้ว แม่ต้องการให้แต่งงานกับลูกชายของเพื่อน ซึ่งปัจจุบันนี้เป็นสามีของเธอ และปัจจุบันนี้เธอได้มีลูกสาวที่น่ารัก 2 คน ชีวิตครอบครัวมีความสุขดี การแต่งงานสำหรับคนพิการไม่ใช่ปัญหาแต่อย่างใด นางมะลิกล่าว (สัมภาษณ์ 3 พฤษภาคม 2554)

รายที่ 2 นายเสมา (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดเชียงราย ได้เล่าว่า ก่อนพิการขาขาดเขามีอาชีพเย็บผ้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุทำให้ทั้งแขนและเขาขาด เขารู้สึกเสียใจแทบตายในการสูญเสียในครั้งนี้ เนื่องจากเขามีอาชีพเย็บผ้าที่ต้องใช้มือและเท้าในการเย็บจักร หากเขาไม่มีทั้งแขนและขาเขาจะทำอาชีพเย็บผ้าได้อย่างไร แล้วจะประกอบอาชีพอะไรได้อีก คิดอยู่ตลอดเวลาที่พักฟื้น ตลอดเวลาที่พัก

ฟื้นก็มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมอยู่ตลอดเวลา แต่ไม่ได้ให้เขารู้สึกดีเลย บ่อยครั้งที่เขาเกิดอาการเบื่อหน่าย และแสดงอาการออกมาจนน่าเกลียด เว้นแต่ครูที่สอนในโรงเรียนที่อยู่ใกล้บ้านเท่านั้น ที่เวลาได้พูดคุยกับครูคนนี้แล้วทำให้เขารู้สึกสบายใจทุกครั้ง ครูบอกว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ต้องสู้ให้ถึงที่สุด มีคนอีกมากมายในสังคมที่พวกเขามีความทุกข์มีปัญหาชีวิต และบางคนยังต่ำต้อยถึงขั้นไม่มีที่อยู่ที่นอนและที่กิน ถึงขนาดต้องขอทานก็มี คนเราที่มีเหมือนกันก็คือเกิดหนเดียวและก็ตายแค่หนเดียว เมื่อยังไม่ตายก็ต้องต่อสู้และทำดีที่สุด เขากล่าวว่า เขาชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคุณครูคนนี้ เพราะทำให้เขามีกำลังใจที่จะต่อสู้ขึ้นมา เมื่อได้รับการสวมใส่ขาเทียมแล้วทำให้เขาสามารถเดินได้อีกครั้งหนึ่ง เขาพยายามทำใจยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นจนได้ พร้อมทั้งปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน จากความรู้สึกที่ไม่อยากพูดด้วยกับผู้ที่มาเยี่ยม มาให้กำลังใจ เขาก็พยายามห้ามใจปรับตนเองให้ยิ้มแย้มต้อนรับไม่ทำตัวให้น่าเกลียด และเขาพยายามที่จะประกอบอาชีพเย็บผ้าเช่นเดิมและได้เปิดร้านเย็บผ้าในบ้านตนเองอีกครั้งหนึ่ง เขาพยายามใช้มือข้างเดียวที่ยังเหลืออยู่กับขาเทียมที่สวมใส่เหยียบจักรเย็บผ้า เขากล่าวต่อไปว่า ตอนแรกก็ลำบากมากเขาต้องใช้กำลังกายกำลังใจ กำลังสติปัญญา และความอดทนเป็นอย่างมาก ความอดทนและเวลาที่ผ่านไปในแต่ละวัน ทำให้เขา เกิดความชินและชำนาญในการตัดเย็บ ในที่สุดเขาก็สามารถกลับมาเย็บผ้าได้อีกครั้ง แต่ต้องใช้เวลาในการตัดเย็บนานเป็น 1 เท่าตัว ซึ่งแรก ๆ ก็เกิดความรำคาญ แต่เวลานี้ก็รู้สึกชินแล้ว เพียงแต่เวลาสอยเขาจะให้ภรรยาสอยให้ ทุกวันนี้เขาก็ใช้ชีวิตเป็นปกติทั่วไป นายเสมากล่าว (สัมภาษณ์15 มิถุนายน 2554)

รายที่ 3 นายศิริชัย (นามสมมุติ) อายุ 36 ปี เป็นชาวจังหวัดสระแก้ว ได้เล่าว่าในช่วงเวลาที่พักฟื้นภายหลังขาขาด ไม่อยากให้คนอื่น มองเขาอย่างสงสารหรือเวทนา หลังจากนั้นประมาณ 4 เดือน จึงได้ไปทำขาเทียมที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ เมื่อได้รับขาเทียมสวมใส่แล้วก็ต้องมาฝึกหัดเดิน และต้องใช้เวลานานพอสมควรจนกว่าที่จะสามารถเดินได้ ถึงกระนั้นก็ตาม ภาวะทางจิตใจยังไม่ปกติ เกิดความหงุดหงิดและโมโหทุกครั้งในเวลาทำอะไรไม่ได้ดังใจ ทั้งนี้เพราะขาเทียมที่ใส่ครั้งแรกนั้น เวลาจะเดินหรือเคลื่อนไหวจะต้องอาศัยจังหวะ ไม่เหมือนขาจริง ๆ ที่เคยใช้มาตลอด ดังนั้นจึงต้องใช้เวลานานจนกว่าจะเคยชินและปรับตัวให้ยอมรับขาเทียมมาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อสามารถปรับตัวยอมรับขาเทียมและเดินได้แล้ว เขาได้เปลี่ยนจากอาชีพผู้รับเหมาปูกระเบื้องไปทำนากับครอบครัว จากเคยได้รับค่าจ้างเดือนประมาณ 10,000 บาท มาทำนากับครอบครัวกว่าจะขายข้าวได้ ต้องใช้เวลาเป็นปี ปีหนึ่ง ๆ ก็ได้ประมาณ 20,000 ถึง30,000 บาท เท่านั้น ที่จริงแล้วญาติที่รับเหมางานอยู่กรุงเทพก็เรียกตัวให้กลับไปช่วยงานแต่เขาไม่กล้าที่จะออกไปทำงานที่อื่น เพราะในเวลานั้นมีความรู้สึกอับอายว่าเป็นคนพิการจนไม่กล้าออกสังคม จึงตัดสินใจที่จะมีอาชีพทำนาและอาศัยอยู่บ้านเกิดอย่างถาวร (สัมภาษณ์ 23 พฤษภาคม 2555)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกคนพิการขาขาดโดยส่วนใหญ่ พบว่า มีการปรับตัวเข้าวิถีการดำเนินชีวิต ปรับตัวเข้ากับภาวะความพิการและปรับตัวเข้าสู่สังคมผ่านครอบครัว ชุมชน เนื่องจากอยู่ใกล้ตัวมากที่สุดโดยเริ่มปรับตัวกับพ่อ แม่ สามีหรือภรรยา บุตร ญาติ เพื่อน ชุมชนและท้ายสุดสังคม ให้เหมือนกับคนปกติทั่วไป สำหรับคนพิการขาขาดที่สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้แล้ว ก็สามารถที่จะมีครอบครัวหรือแต่งงานกับคนปกติได้โดยความพิการไม่ได้เป็นอุปสรรคในชีวิตครอบครัวแต่อย่างใดดังเช่นประไพศรี (นามสมมุติ) ที่ตัดสินใจแต่งงานมีครอบครัวอย่างอบอุ่น ภายหลังจากพิการขาขาดจากโดนสะเก็ดลูกปืนใหญ่จนต้องพิการขาขาดในที่สุด ถึงแม้ว่าในช่วงแรกที่จำเป็นต้องตัดขาจะปฏิเสธทำใจไม่ได้ และไม่กล้าออกไปพบปะเพื่อนบ้านภายในชุมชนยาวนานถึง 6 เดือน เพราะอายและกลัวถูกล้อเลียน แต่พอหลังจากได้พบกับเพื่อนบ้านและชุมชน ก็เริ่มยอมรับและปรับตัวเอง โดยคิดถึงคนอื่นที่เขาลำบากทางกายมากกว่า จึงสามารถทำงานและใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป

การปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่นั้นต้องปรับตัวให้เหมือนคนปกติทั่วไปให้มากที่สุดเนื่องจากต้องพัฒนาทักษะใหม่ เพื่อทดแทนสิ่งที่ขาดหายไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการเดินให้เหมือนปกติ นอกจากนี้ปฏิกิริยาตอบสนองของคนพิการขาขาดที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการปรับตัวด้วยเช่นกัน โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์เทอดชัย ชีวะเกตุ เลขาธิการมูลนิธิ ขาเทียม ได้แสดงความคิดเห็นว่า การปรับตัว คนพิการขาขาดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. สาเหตุของความพิการขาขาดที่เกิดขึ้น สภาพของความถูกตัดขา หากคนพิการที่ถูกตัดขาเหนือเข่า ตัดขาใต้สะโพก หรือถูกตัดทั้งสองข้าง จะมีปฏิกิริยาในการปรับตัวที่รุนแรงมากกว่าคนพิการที่ถูกตัดขาใต้เข่า เพราะการถูกตัดเหนือเข่า หรือใต้สะโพก หรือถูกตัดทั้ง 2 ข้าง นอกจากจะต้องใช้กำลังใจในการปรับตัวแล้ว จะต้องใช้กำลังกายมากกว่าคนพิการที่ถูกตัดขาใต้เข่าเป็น 2 เท่า เพราะผู้ที่ถูกตัดขาเหนือเข่าหรือใต้สะโพก จะต้องออกกำลังควบคุมข้อเข่าเทียมที่เพิ่มขึ้นมา หรือแม้เวลาที่จะนั่งหรือลุกจากเก้าอี้ก็รู้สึกลำบากเพราะจะต้องรอจังหวะข้อเข่าเทียมให้พับงอหรือเหยียด จะนั่งหรือลุกทันทีไม่ได้

2. ระยะเวลาของการเกิดความพิการขาขาด หากคนพิการที่มีระยะเวลาความพิการตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ปฏิกิริยาของความสูญเสียย่อมน้อยกว่าคนพิการที่มีระยะเวลาที่พึ่งเกิดความพิการหรือเกิดความพิการยังไม่ถึงปี พบว่าระยะเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์คู่กับการปรับตัวยอมรับความพิการแต่หากเป็นความพิการแต่กำเนิด ปฏิกิริยาของความสูญเสียย่อมน้อย การสูญเสียขาอย่างฉับพลัน เพราะเกิดมาก็ไม่มีขา จึงมีประสบการณ์ในการไม่เคยมีขามาก่อน ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีชีวิตอย่างปกติมาก่อน ต่อมาเกิดความสูญเสียขาในภายหลัง ย่อมมีปฏิกิริยาต่อความ

สูญเสียได้รุนแรงมากกว่าคนพิการที่ไม่มีขามาแต่กำเนิด หรือคนที่พิการขาขาดที่ถูกตัดขามาตั้งแต่ในวัยเด็ก

3. บุคลิกลักษณะเฉพาะตัวของคนพิการขาขาด สำหรับคนพิการขาขาดที่มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งอดทน ย่อมสามารถยอมรับและปรับตัวกับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นนั้น ๆ ภายในระยะเวลาสั้น ทั้งนี้ปฏิกิริยาของความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะจิตใจที่เข้มแข็ง มักจะไม่มีความรุนแรงมากนัก อีกทั้งยังไม่เกิดความรู้สึกยาวนานเหมือนผู้มีสภาพจิตใจอ่อนแอกว่า

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปรับตัวของคนพิการขาขาด เช่นสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว ถ้าอยู่ในครอบครัวที่ปกป้องเอาอกเอาใจ ตามใจช่วยเหลือทุกอย่าง ไม่พยายามให้คนพิการขาขาดได้มีโอกาสช่วยเหลือตัวเองหรือปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการที่เกิดขึ้น ปฏิกิริยาก็จะรุนแรงและความอ่อนแอออกมา เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติและตอบสนองในสิ่งที่เขาต้องการ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลงได้ (สัมภาษณ์ นายแพทย์เทอดชัย ชีวะเกตุ 27 มิถุนายน 2554)

คนพิการขาขาดมีการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตด้วยการปรับตัวให้ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปให้มากที่สุดอีกทั้งมีการปรับตัวเข้ากับภาวะความพิการ การปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ ปรับตัวยอมรับความพิการของตนเอง รวมทั้งปรับตัวเข้าสู่สังคมเริ่มด้วยการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน โดยเริ่มจากบิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตร ญาติ เพื่อน ชุมชนและสังคม และปฏิกิริยาตอบสนองของคนพิการขาขาดที่แตกต่างกันมีผลต่อการปรับตัวด้วยเช่นกัน

4.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติต่อตนเองของคนพิการขาขาด

อัตลักษณ์คือคุณลักษณะอันเด่นชัดที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่บ่งบอกถึงความแตกต่างกับบุคคลอื่น โดยความแตกต่างนี้เกิดจากการปรับตัวและจากประสบการณ์ทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบัน สำหรับขาเทียม หมายถึง อุปกรณ์เทียมที่ใช้ทดแทนขาที่สูญเสียไปของคนพิการขาขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติต่อตนเองของคนพิการขาขาดในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังได้รับขาเทียมของคนพิการขาขาด ใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) คุณภาพชีวิต (2) ความมั่นใจตนเอง (3) การยอมรับจากสังคม (4) ความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนและ (5) มีความพร้อมที่จะทำงานในสังคมว่ามีลักษณะใดบ้าง โดยมีผลการศึกษาดังตารางที่ 4.14 ดังนี้

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังการได้รับขาเทียมของคนพิการขาขาด จำแนกตามภาค

ความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังการได้รับขาเทียม	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
1. มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	59	59.00	46	50.55	48	48.49	59	53.64	212	53.00
2. มีความมั่นใจตนเองสูงขึ้น	29	29.00	27	29.67	28	28.28	30	27.27	114	28.50
3. ได้รับความช่วยเหลือจาก ภาครัฐและเอกชนมากขึ้น	7	7.00	10	10.99	14	14.14	14	12.73	45	11.25
4. มีสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคมที่ดีขึ้น	5	5.00	8	8.79	9	9.09	7	6.36	29	7.25
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**
5. มีการยอมรับในสังคม										
5.1 ทำงานช่วยเหลือตนเองได้	52	52.00	54	59.34	54	54.55	62	56.36	222	55.50
5.2 ทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้	19	19.00	14	15.38	10	10.10	26	23.64	69	17.25
5.3 ไม่เป็นภาระของครอบครัว	15	15.00	10	10.99	19	19.19	9	8.18	53	13.25
5.4 ไม่ระบุ	14	14.00	13	14.29	16	16.16	13	11.82	56	14.00
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังการได้รับขาเทียม	ภาค								รวม	
	เหนือ		กลาง		ใต้		ตะวันออกเฉียงเหนือ			
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
6. พร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคม										
6.1 ไม่มี	5	5.00	25	27.47	28	28.28	24	21.82	82	20.50
6.2 มี	95	95.00	66	72.53	71	71.72	86	78.18	318	79.50
รวม	**100**	**100.00**	**91**	**100.00**	**99**	**100.00**	**110**	**100.00**	**400**	**100.00**

จากภาพรวม ความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังได้รับขาเทียมของ พบว่า โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นร้อยละ 53.00 รองลงมาได้แก่ มีความมั่นใจตนเองสูงขึ้นและสังคมให้การยอมรับมากขึ้น ร้อยละ 28.50 และ 20.25 ส่วนการได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐร้อยละ 11.25 และเอกชนและสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคมร้อยละ 7.25

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังได้รับขาเทียมระหว่างภาค พบว่าแทบทุกภาคมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 59.00, 53.64, 50.55 และ 48.49 ตามลำดับ ส่วนคนพิการขาขาดมีความมั่นใจต่นเองสูงขึ้นและสังคมให้การยอมรับมากขึ้น ได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชน ร้อยละ 14.14, 12.73, 11.25 และ 7.00 และสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคม ร้อยละ 9.09, 8.79, 6.36 และ 5.00 ตามลำดับ

จากภาพความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังการได้รับขาเทียมในด้านการยอมรับจากสังคม พบว่า มีการยอมรับในสังคมในการที่สามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 55.50 รองมาทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ร้อยละ 17.25 และไม่เป็นภาระต่อครอบครัวร้อยละ 13.25

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อตนเองในแต่ละภาค พบว่า ทั้ง 4 ภาคมีการยอมรับในสังคม โดยการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 59.34 , 56.36 , 54.55 และ 52.00 สามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ ร้อยละ 23.64, 19.00, 15.38 และ 10.10 และไม่เป็นภาระของครัวครัว ร้อยละ 19.19, 15.00, 10.99 และ 8.18 ตามลำดับ

จากภาพความเห็นต่อตนเองภายหลังได้รับขาเทียมจากคนพิการขาขาด ในด้านความพร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคม พบว่า คนพิการมีความพร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคมร้อยละ 79.50 และไม่มีความพร้อมร้อยละ 20.50

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อตนเองภายหลังที่ได้รับขาเทียมในแต่ละภาคพบว่า ในภาคเหนือมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมที่จะทำงานในสังคมสูงถึงร้อยละ 95.00 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 78.18 ภาคกลางร้อยละ 72.53 และภาคใต้ร้อยละ 71.72

สรุปแล้วคนพิการขาขาดส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมีความมั่นใจตนเองสูงขึ้น สังคมให้การยอมรับมากขึ้น ได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนและสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคมมากขึ้นภายหลังจากได้รับขาเทียมทั้งนี้เนื่องจากขาเทียมมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อคนพิการภายหลังจากสวมใส่ขาเทียมก็สามารถทำงานได้ตามปกติ เดินได้ช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและยังทำงานมีรายได้จุนเจือครอบครัว พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือสังคมและเพื่อนคนพิการด้วยกัน แสดงให้เห็นถึงจุดยืนของคนพิการขาขาดต่อการสร้างอัตลักษณ์ใหม่โดยใช้ขาเทียม อุปกรณ์ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทดแทนขาที่สูญเสียไป และเมื่อสังคมให้โอกาสคนพิการขาขาดก็ได้พิสูจน์ว่า พวกเขาสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติ ไม่ได้เป็นคนไร้ซึ่งความสามารถและเป็นภาระของครอบครัวและสังคมอย่างที่บุคคลปกติทั่วไปนิยามและคิด ร่องรอยแห่งความเจ็บปวดจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในลำดับชีวิต ถูกทดแทนด้วย “ขาเทียม” อุปกรณ์ที่มีค่ายิ่งกว่าสิ่งอื่นใด มันจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเติมเต็มให้คนพิการขาขาดได้มีพื้นที่ในสังคมอย่างภาคภูมิใจ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีตัวอย่าง นายไชยศรี (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้เล่าถึง ครั้งแรกเมื่อได้รับขาเทียมและนำกลับมาทดลองเดินที่บ้าน โดยมีครอบครัวเป็นกำลังใจ ต้องใช้เวลาในการปรับตัวอีกระยะหนึ่ง หลังจากนั้นจะรู้สึกยอมรับขาเทียม และเมื่อผ่านมาอีกประมาณ 6 เดือน ความรู้สึกก็จะเปลี่ยนไปนอกจากจะรู้สึกไม่อึดอัดไม่คัน ตัวเขาเองก็จะต้องพยายามดูแลในท่าเดินของตนเองให้ได้ดีที่สุดเพื่อรักษาภาพลักษณ์ของตัวเอง ไม่ต้องการให้ผู้ที่พบเห็นทราบว่าเขาเป็นคนพิการขาขาด และท้ายสุดแล้วขาเทียมก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไปโดยอัตโนมัติ ทุกวันนี้จะขาดขาเทียมไม่ได้ แต่ขาดภรรยาได้ นายไชยศรี ยศประเสริฐ กล่าวด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม (สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2554)

กรณีนาย กนกพล นามสมมุติ อายุ 44 ปี คนพิการชาวจังหวัดสงขลา และปัจจุบันอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่ เขากล่าวว่า ชีวิตของคนพิการนั้นแม้จะผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาอย่างยากลำบากก็จริง แต่ก็ในช่วงหนึ่งเท่านั้น ช่วงระยะเวลาแห่งความเศร้าและเจ็บปวดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และยอมรับว่าสังคมจะเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งในการเป็นผู้นำให้ข้ามผ่านเวลาแห่งความเจ็บปวดนั้นไปได้ แต่อย่างไรก็ตามเขากล่าวว่าสำหรับเขาแล้วจะใช้หลักตนเป็นที่พึ่งของตน เขากล่าวถึงเรื่องราวชีวิตของเขาให้ฟังว่า อดีตเขาเป็นทหารพราน ในวันที่เกิดเหตุเขาได้ติดตามเจ้านายไปในตรวจตะเข็บชายแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศพม่า ในการดูแลเขตพื้นที่ของทั้งสองประเทศนั้นในช่วงเวลาก่อนตะวันตกดิน แต่ละ

ประเทศก็จะนำระเบิดมาเรียงใกล้กับตะเข็บชายแดนในพื้นที่ของตัวเอง พอรุ่งเช้าก็จะช่วยกันนำเอาระเบิดไปเก็บ ในวันที่เกิดเหตุการณ์กับเขาขณะนั้นเป็นเวลาเลยหกโมงเย็น เขาได้เหยียบกับระเบิดในเขตพื้นที่ของประเทศพม่า ด้วยแรงของระเบิดทำให้เท้าของเขาหลุดออกจากขาทันที เขาไม่ได้สลบ เมื่อยกขาขึ้นเห็นมีสภาพร่องแร่งมีแต่กระดูก เพื่อนทหารรีบนำส่งโรงพยาบาลจังหวัดแม่ฮ่องสอน และตัดกระดูกขาที่เหลือออก จากนั้นมาชีวิตตนก็ได้เปลี่ยนไปกลายเป็นคนพิการขาขาด กลับมาอยู่บ้านกับภรรยาที่มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเชียงราย ได้ประมาณ 6 เดือนก็ไปรับบริการสวมใส่ขาเทียมที่มูลนิธิขาเทียมที่จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากที่ได้สวมใส่ขาเทียมแล้วก็ต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกหัดเดินให้เข้ากับขาเทียมประมาณ 1 เดือน เขากล่าวว่าระหว่างที่เขาพักฟื้นเขาได้คิดอยู่ตลอดว่าเมื่อแผลหายจะต้องสวมใส่ขาเทียมและจะต้องกลับมาเดินให้ได้อีกครั้ง และเขาก็ทำได้จริง ๆ จากนั้นมาเขาก็เดินด้วยขาเทียมตลอดมา เขาพยายามทำงานทุกอย่างเท่าที่จะทำได้ แต่อยู่ได้ไม่นาน ภรรยาของเขาก็มาขอเลิก แต่เขาก็ไม่ได้ท้อแท้แต่อย่างใด เขาตัดสินใจมาหางานทำที่เชียงใหม่โดยการรับจ้างทั่วไป ยกของแบกของเขาทำหมดทุกอย่าง จนผู้จ้างงานติดใจ อาจเป็นเพราะสงสารในความพิการของเขาก็อาจเป็นได้ แต่เขาเองไม่สนใจหรือน้อยใจแต่อย่างใด มีครั้งหนึ่งบริษัทนำเที่ยวได้ให้เขาขับรถพาลูกค้าไปเที่ยวบนดอย เขาก็สามารถขับรถพาลูกค้าไปเที่ยวทั้งไปและกลับได้อย่างปลอดภัย แต่เมื่อลูกค้าทราบว่าเขาเป็นคนพิการก็ได้มาต่อว่าเจ้าของบริษัทและหลังจากนั้นทางบริษัทก็ไม่จ้างเขาอีกต่อไป ในเวลาว่างจากงานตอนเย็นเขาก็มักจะเล่นกีฬา เขาชอบเล่นตะกร้อเป็นชีวิตจิตใจ เขาเล่นทุกวันจนชำนาญ จึงทำให้ปัจจุบันนี้เขาได้เป็นนักกีฬาของทีมพาราลิมปิกส์เขาได้แข่งขันร่วมกับคนปกติ และเล่นแต่ละครั้งส่วนใหญ่ทีมของเขาจะเป็นผู้ชนะ นั่นก็หมายถึงว่าทีมของเขาใช้ขาเล่น 5 ขา ในขณะที่อีกทีมมี 6 ขาเขาจึงกลายเป็นผู้ที่มีชื่อเสียง เขาได้ออกทีวี มีนักข่าวให้ความสนใจมาสัมภาษณ์ และเวลาที่เขาลงสนามผู้ชมก็จะส่งเสียงเชียร์เขาดัง ๆ ว่า สู้ ๆ ดำขาเดียว หรือบางทีก็ได้ยินว่า สู้ ๆ ดำขาเหล็ก ซึ่งเขาไม่ได้รู้สึกมีปมด้อยแต่อย่างใด แต่ในขณะเดียวกันรู้สึกมีความเด่นในตัวของตัวเอง เพราะบ่อยครั้งที่เขาแอบนึกถึงว่า หากเขาไม่เป็นคนพิการขาขาดและมาเล่นตะกร้อ แม้เขาจะเล่นได้ดีขนาดไหน นักข่าวก็คงจะไม่ให้ความสนใจมากมายนัก สังเกตว่าเพื่อนๆในทีมบางคนก็เล่นได้ดีกว่าเขาด้วยซ้ำ แต่ก็ไม่ได้รับความสนใจเพราะอาจถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ด้วยเขาเป็นคนพิการพวกเขาถึงได้สนใจติดตาม เขากล่าวต่อไปว่า รู้สึกสำนึกในมหากรุณาธิคุณในสมเด็จย่า ที่ได้ก่อตั้งมูลนิธิฯ ขึ้นมาเพื่อดูแลคนพิการขาขาดให้กลับมาเดินได้อีกครั้ง ปัจจุบันนี้ได้มารับบริการสวมใส่ขาเทียมเป็นขาที่ 3 แล้วโดยไม่เคยเสียเงินแม้แต่บาทเดียว เมื่อสวมใส่ขาเทียมแล้วเขาสามารถเล่นกีฬาได้ และยังกล้าที่จะมีภรรยาใหม่ ไม่ได้รู้สึกอายดังเช่นแรกๆ และเมื่อทราบว่าสังคมยอมรับความพิการและชื่นชมในความสามารถ จึงทำให้เขามีความรู้สึกมั่นใจในตัวเองสูงดังนั้นสำหรับเขาแล้วขาเทียมไม่ใช่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเขา แต่ขาเทียมคือชีวิตของเขาทั้งชีวิต เพราะถ้าไม่มีขาเทียมสวม

ใส่เท่ากับว่าชีวิตของเขาดับสนิท ไม่สามารถจะทำงานหรือไปที่ไหนๆได้ นอกจากนั่งและนอนรอให้บุคคลอื่นมาช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาและตลอดชีวิต (สัมภาษณ์ 7 กุมภาพันธ์ 2555)

กรณีนายสะอาด (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดสระแก้วที่กล่าวว่า ครั้งแรกเมื่อทราบว่าสูญเสียขานั้น ความเศร้าเสียใจหมดหวังในชีวิตจะเข้ามาอยู่ในชีวิตของเขาระยะหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีคนใกล้ชิดหรือครอบครัวปลอบใจว่า ไม่ต้องท้อแท้หรือหมดหวัง เพราะยังมีขาเทียมให้สวมใส่แทนอยู่ แต่ในเวลานั้นไม่ได้คิดอยากจะได้ขาเทียมเลย เพราะทราบดีว่าขาเทียมยังไงก็ไม่เหมือนขาจริง หลังจากนั้นก็ไปรับบริการทำขาเทียมทั้งที่ไม่ต้องการ แต่ไม่มีทางเลือกอื่น เมื่อสวมใส่ครั้งแรกก็ยังต่อต้านเพราะทั้งอึดอัดทั้งคัน ไม่เคยชิน แต่เมื่อนำขาเทียมกลับมาทดลองเดินที่บ้าน โดยมีครอบครัวเป็นกำลังใจในการต่อสู้กับความรู้สึกต่าง ๆ ต้องใช้เวลาในการปรับตัวกับความรู้สึกต่าง ๆ อีกระยะหนึ่งหลังจากนั้นก็รู้สึกชินและยอมรับและปัจจุบันนี้ขาเทียมกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ขาดไม่ได้ของเขา (สัมภาษณ์ 30 พฤษภาคม 2554)

กรณีนายวิรัช (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดนครปฐมคนพิการอีกคนที่ได้กล่าวว่า ขาเทียมในปัจจุบันนี้ เป็นเสมือนชีวิตของเขา เพราะหากไม่มีขาเทียมสวมใส่ก็เหมือนคนไร้ค่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แม้แต่น้อย แม้แต่ของใช้ที่มองเห็นอยู่แค่เอื้อมยังไม่สามารถที่จะไปหยิบจับมาได้ หรือเมื่อต้องการจะเอามาให้ได้ ก็ต้องใช้วิธีคลานไปหยิบมาเหมือนดังไม่ใช่มนุษย์ หรือแม้แต่นายสมชาย (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดปทุมธานีที่เล่าว่า บ่อยครั้งที่ตนเองต้องมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับภรรยา เนื่องจาก ภรรยาของเขาชอบนำเอาขาเทียมของเขาไปซ่อนเวลาตอนเย็น เพราะเขาชอบติดต่อสังสรรค์กับเพื่อน ๆ บางเวลาก็นัดกันไปดื่มกินข้างนอกบ้าง ร้องคาราโอเกะบ้าง แต่ภรรยาไม่ชอบให้ออกไปสังสรรค์ข้างนอก เมื่อรู้ว่าจะออกไปข้างนอกในค่ำคืนไหนก็มักจะนำขาเทียมของเขาไปซ่อน แต่เขาก็แก้เกมส์โดยหากค่ำคืนไหนเขามีนัดสังสรรค์กับเพื่อน เมื่อยามอาบน้ำช่วงเย็นเขานำขาเทียมเข้าไปถอดในห้องอาบน้ำ (สัมภาษณ์ 5 พฤศจิกายน 2554)

เมื่อมีความพิการเกิดขึ้นต่อร่างกายของคนพิการแล้ว ต้องได้รับการบำบัดรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วยเสียก่อน จนเมื่ออาการเจ็บปวดหายแล้วจะต้องรับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้อวัยวะส่วนที่สูญเสียไปนั้นสามารถทำงานได้เต็มสภาพ หรือพัฒนาอวัยวะส่วนอื่นเพื่อทดแทน ดังเช่นคนพิการขาขาด เมื่อได้รับการบำบัดรักษาให้อาการเจ็บปวดหายแล้ว ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการใช้ขาเทียมและฝึกหัดเดินให้คุ้นเคยกับอุปกรณ์ที่ใช้ทดแทน และฝึกเดินให้ได้ดังคนปกติหรือใกล้เคียงกับคนปกติ เพื่อจะได้ไม่เป็นอุปสรรค์กับการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เนื่องจากสังคมให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ของบุคคลและใช้ในการตัดสินใจเพื่อยอมรับบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการรับเข้าทำงาน การปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ดังนั้นแล้วคนพิการขาขาดจึงต้องใช้ความพยามที่สวมใส่ขาเทียมและฝึกหัดเดินให้ได้ดังเช่นคนปกติ เพื่อรักษาเอกลักษณ์ของตนเอง และเพื่อต้องการที่จะให้สังคม

ยอมรับและจ้างงานดังเช่นคนปกติ เพราะโดยธรรมชาติแล้ว คนพิการส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะทำตัวให้เป็นภาระของคนอื่น ของครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ คนพิการต้องการที่จะพึ่งพาตนเองโดยมีรายได้พอเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งรายได้เหล่านี้ย่อมมาจากการประกอบอาชีพสุจริต และทำให้คนพิการอยู่ในสังคมได้อย่างราบรื่น มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความสุข ขาเทียมจึงช่วยในการสร้างเอกลักษณ์ใหม่ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวก ภายหลังจากการใช้ขาเทียมเพิ่มความมั่นใจตนเอง สังคมให้การยอมรับ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคมได้

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษา การดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาด: กระบวนการตีตราและการปรับตัวเข้าสู่สังคมโดยผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มจังหวัดตัวอย่างที่มีโรงงานทำขาเทียมภายในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกับมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในแต่ละภาคได้แก่ (1) ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย (2) ภาคกลาง เขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล (3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสระแก้ว และ (4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลาและปัตตานี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก เอกสาร ครอบคลุมทั้งรายงานการศึกษาทางวิชาการรายงานการวิจัยหนังสือบทความวารสารข้อมูลทางระบบออนไลน์ฐานข้อมูลงานวิจัยตำราสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆและการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก จากกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีโรงงานทำขาเทียมร่วมกับมูลนิธิขาเทียมฯ ตลอดจนการสังเกตการณ์ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมและการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมของมูลนิธิขาเทียมฯ ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขณะเข้าร่วมกิจกรรมของมูลนิธิขาเทียมฯตามโอกาสต่าง ๆ สามารถสรุปผลการศึกษาตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิจัยภาคสนามทั้ง 4 ภาค มีคนพิการขาขาดให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 400 คน ส่วนใหญ่เพศชาย สามารถอธิบายภาพรวมวิถีชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังพิการขาขาดได้ดังนี้

1. ก่อนพิการขาขาด

ก่อนพิการขาขาดคนพิการขาขาดมีวิถีชีวิตดังเช่นคนปกติทั่วไป โดยดำเนินชีวิตตามวิถีท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและหาของป่าเนื่องจากจบเพียงชั้นประถมศึกษา เกินกว่าครึ่งของคนพิการขาขาดแต่งงานมีครอบครัว มีบทบาทหลักในการเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัวโดยมีรายได้อยู่ที่ประมาณ 2,001 – 5,000 บาทต่อเดือน เกือบทั้งหมดมีครอบครัว

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษา การดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาด: กระบวนการตีตราและการปรับตัวเข้าสู่สังคมโดยผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มจังหวัดตัวอย่างที่มีโรงงานทำขาเทียมภายในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกับมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในแต่ละภาคได้แก่ (1) ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย (2) ภาคกลาง เขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล (3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสระแก้ว และ (4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลาและปัตตานี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก เอกสาร ครอบคลุมทั้งรายงานการศึกษาทางวิชาการรายงานการวิจัยหนังสือบทความวารสารข้อมูลทางระบบออนไลน์ฐานข้อมูลงานวิจัยตำราสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆและการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก จากกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โรงพยาบาลที่มีโรงงานทำขาเทียมร่วมกับมูลนิธิขาเทียมฯ ตลอดจนการสังเกตการณ์ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมและการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมของมูลนิธิขาเทียมฯ ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขณะเข้าร่วมกิจกรรมของมูลนิธิขาเทียมฯตามโอกาสต่าง ๆ สามารถสรุปผลการศึกษาตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังความพิการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิจัยภาคสนามทั้ง 4 ภาค มีคนพิการขาขาดให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 400 คน ส่วนใหญ่เพศชาย สามารถอธิบายภาพรวมวิถีชีวิตของคนพิการขาขาดก่อนและหลังพิการขาขาดได้ดังนี้

1. ก่อนพิการขาขาด

ก่อนพิการขาขาดคนพิการขาขาดมีวิถีชีวิตดังเช่นคนปกติทั่วไป โดยดำเนินชีวิตตามวิถีท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและหาของป่าเนื่องจากจบเพียงชั้นประถมศึกษา เกินกว่าครึ่งของคนพิการขาขาดแต่งงานมีครอบครัว มีบทบาทหลักในการเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัวโดยมีรายได้อยู่ที่ประมาณ 2,001 – 5,000 บาทต่อเดือน เกือบทั้งหมดมีครอบครัว

ที่อบอุ่น รักใคร่กลมเกลียวกัน สาเหตุที่ทำให้พิการขาขาดคือ อุบัติเหตุ เหยียบกับระเบิดและโรคประจำตัว สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการขาขาดมากที่สุดก็คือการประสบอุบัติเหตุจราจรอันเนื่องมาจากความประมาทซึ่งลักษณะของความพิการขาขาดนั้นมี 2 ลักษณะ คือ ขาขาดเหนือเข่าหรือใต้สะโพก ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง และขาขาดใต้เข่าข้างเดียวและทั้งสองข้าง

2. หลังพิการขาขาด

คนพิการขาขาดส่วนใหญ่บทบาทภายในครอบครัวลดลงจากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักกลายมาเป็นผู้อาศัยมีส่วนน้อยที่ยังคงมีบทบาทหลักหาเลี้ยงครอบครัวเช่นเดิม แต่เกิดขึ้นภายหลังจากคนพิการขาขาดผ่านกระบวนการปรับตัว ได้รับขาเทียมและสามารถใช้ชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติซึ่งใช้เวลาอย่างน้อย 1- 2 ปี และคนพิการขาขาดส่วนใหญ่มีงานทำเพื่อเลี้ยงชีพแต่เป็นอาชีพที่เหมาะสำหรับคนพิการขาขาดเมื่อสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยเช่นเดิม คนพิการขาขาดบางส่วนจำเป็นต้องเปลี่ยนอาชีพจากที่เคยทำการเกษตรมาทำงานรับจ้างหรือค้าขาย ซึ่งส่งผลให้รายได้ของคนพิการขาขาดบางส่วนลดลงจากที่เคยมีรายได้ 2,001 – 5,000 บาท ก็ลดลงไม่ถึง 2,000 บาท ส่วนด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้น ก่อนและหลังพิการขาขาดไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่ยังมีครอบครัวที่อบอุ่นรักใคร่กลมเกลียวกันเช่นเดิมหรือบางครอบครัวรักใคร่กันมากกว่าเดิมเพราะการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและสภาพจิตใจอย่างใกล้ชิดก่อเกิดความรักความผูกพันในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

สำหรับการดำรงอยู่ในสังคมนั้นคนพิการขาขาดส่วนใหญ่ได้รับความเห็นใจจากชุมชนและสังคมมากขึ้นเนื่องจากทัศนคติของสังคมที่มีต่อคนพิการขาขาดคือเป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเวทนาอยากช่วยเหลือแบ่งปันน้ำใจ แต่คนพิการขาขาดนั้นกลับมองความรู้สึกเหล่านั้นด้วยทัศนคติเชิงลบเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองเป็นปมด้อย เป็นภาระต่อสังคม ร่างกายไม่สมประกอบ ก่อให้เกิดความอับอายและน้อยเนื้อต่ำใจ ทำให้คนพิการขาขาดมีพฤติกรรมไม่กล้าเผชิญหน้ากับคนหมู่มาก พยายามปลีกตัวไม่พบปะสังสรรค์ผู้คน แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งเมื่อคนพิการขาขาดสามารถปรับตัวและทำใจยอมรับสภาพความพิการได้ ก็จะค่อย ๆ พาตัวเองออกมารวมกลุ่มกับคนในชุมชนและสังคม และสามารถแสดงความเป็นตัวเองออกมาได้อย่างเป็นธรรมชาติเมื่ออยู่ในกลุ่มคนพิการขาขาดด้วยกันซึ่งส่งผลดีให้คนพิการขาขาดมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและช่วยเหลือกันในเรื่องการประกอบอาชีพสิ่งเหล่านี้ค่อย ๆ เกิดขึ้นจนทำให้คนพิการขาขาดสามารถปรับตัว ยอมรับความแตกต่างที่เกิดขึ้นจนในที่สุดก็สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับคนปกติได้

ความสัมพันธ์พื้นฐานในการดำรงชีวิตก่อนและหลังพิการขาขาดของแต่ละบุคคล ย่อมขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ครอบครัว สิ่งแวดล้อมรวมถึงสังคมและวัฒนธรรม ที่มีส่วนอย่างมากต่อการปรับตัวเข้าสู่สังคม ซึ่งส่วนใหญ่เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงลบมากกว่าเชิงบวก 5 ประการ

ประการแรก ได้แก่ อาชีพ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต เพราะการมีอาชีพแสดงถึงศักยภาพในตนที่มีอยู่ สามารถสร้างความความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัวและยังแสดงถึงสถานภาพทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย การที่คนดี ๆ กลายเป็นคนพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ส่งผลให้รายได้ที่เคยได้ประจำลดต่ำลง อันเนื่องจาก สมรรถภาพทางกายลดประสิทธิภาพลง ไม่สามารถเคลื่อนไหว เดินทางไปไหนมาไหนได้เหมือนเดิม คนพิการขาขาดจึงต้องเปลี่ยนงาน เช่น เคยมีรายได้สูงจากการทำการเกษตรต้องกลับมาเป็นคนงานรับจ้าง รายวันที่ต้องหาเช้ากินค่ำ เพราะสาเหตุมาจากความพิการขาขาด

ประการที่สอง รายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการครองชีพของครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและสถานะทางสังคม คนพิการขาขาดที่เป็นประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นหลักในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว มีระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 2,001 – 5,000 บาท เมื่อต้องกลายเป็นคนพิการขาขาดทำให้ครอบครัวขาดรายได้หลัก จึงทำให้รายได้ต่อเดือนของครอบครัวลดลงอย่างมากซึ่งส่งผลกระทบให้ครอบครัวของคนพิการขาขาดเกิดความเดือดร้อน แม้ภายหลังจากที่คนพิการขาขาดสามารถปรับตัวและกลับมาประกอบอาชีพได้แต่ก็ไม่ได้ส่งผลให้รายได้ต่อเดือนเพิ่มมากขึ้นเท่าใด จากข้อมูลงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ยังมีรายได้อยู่ที่ระดับต่ำกว่า 2,000 บาท

ประการที่สาม บทบาทต่อครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความอยู่รอดของคนพิการ และเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคคลว่ามีศักยภาพและความสามารถเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนสถาบันครอบครัว ให้สามารถสนองตอบกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้มากน้อยเพียงใด ผลสรุปจากการวิจัยพบว่าความเป็นผู้นำในครอบครัวของคนพิการขาขาดถูกลดบทบาทลงภายหลังจากพิการขาขาด ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ก่อนพิการขาขาด มีบทบาทในการเป็นผู้นำหาเลี้ยงครอบครัวอย่างชัดเจน แต่ภายหลังพิการขาขาดบทบาทต่อครอบครัวนั้นเปลี่ยนแปลงไป จากผู้นำกลายเป็นผู้ตามหรือผู้อาศัยเพิ่มสูงขึ้น

ประการที่สี่ มุมมองของสังคมที่มีต่อคนพิการขาขาด เป็นปัจจัยที่สะท้อนการแสดงออกของสังคมที่มีต่อบุคคลทั้งในทางบวกและทางลบ สามารถให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการยอมรับและการปรับตัวในสังคมนั้น ๆ ซึ่งมุมมองของสังคมที่มีต่อคนพิการขาขาดส่วนใหญ่คือความรู้สึกสงสาร เห็นใจมากกว่าการรังเกียจเดียดฉันท์ ถึงแม้ว่าจะมีการล้อเลียนบ้างแต่ก็เป็นการล้อเลียนโดยไม่มีเจตนามุ่งร้าย แต่คนพิการขาขาดไม่สามารถยอมรับมุมมองเหล่านี้ได้อย่างเต็มใจ

ประการที่ห้า มุมมองคนพิการขาขาดต่อสังคม คนพิการขาขาดยังไม่เกิดความไว้ใจต่อสังคม ต่อการมองความพิการของตนในเชิงบวกมากเท่าใด มักจะเข้าใจและน้อยเนื้อต่ำใจว่าสังคมสงสารและเวทนาตัวเอง ต้องเป็นบุคคลที่สร้างภาระให้สังคมและคนรอบข้างต้องให้ความช่วยเหลือ

อยู่เสมอ ดังนั้น คนพิการขาขาดจึงมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับคนหมู่มาก เนื่องด้วยกลัวทั้งสายตาที่มองอย่างเวทนาสงสารและคำพูดล้อเลียน ยกเว้นการอยู่ในกลุ่มคนพิการขาขาดด้วยกันที่จะมีการแสดงความเป็นตัวตนอย่างเต็มที่เนื่องจากไม่เกิดความรู้สึกที่แปลกแยกและสามารถไว้วางใจเพื่อนในกลุ่มได้

จากปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญทั้ง 5 ประการ แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงลบ ที่ส่งผลกระทบต่อคนพิการขาขาดที่ตอกย้ำความเสียใจและความสูญเสียที่ไม่อาจเรียกคืนกลับมาได้ ส่งผลต่อการยอมรับการเป็นคนพิการขาขาดของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันตามลักษณะของภาวะเงื่อนไขที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการตัดสินใจเพื่อกลับเข้าไปสู่สังคมอันเนื่องมาจากความพิการขาขาดก่อให้เกิดเอกลักษณ์ใหม่กับบุคคล ทำให้สภาพจิตใจของคนพิการได้รับความกระทบกระเทือน มีความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต เกิดความกลัว วิตกกังวล ซึ่งก่อนพิการขาขาดโดยส่วนใหญ่มีวิถีการดำเนินชีวิตและมุมมองต่อสังคมที่ปกติ ไม่ได้คิดว่าตนเองแตกต่างหรือแปลกแยกไปจากบุคคลอื่นในสังคมแต่อย่างใด แต่ภายหลังจากพิการขาขาดทำให้มุมมองต่อสังคมนั้นเปลี่ยนไป มีผลต่อแบบแผนการยอมรับสภาพการเป็นคนพิการขาขาดในที่สุด

นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมของชุมชนหรือบุคคลในสังคม ต่างมีส่วนสำคัญในการสร้างกระบวนการการตัดสินใจและการยอมรับการเป็นคนพิการขาขาดด้วย เมื่อคนพิการอยู่ในสภาพสังคมที่มีการดูแลเป็นห่วงเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในสังคมชนบท ก็จะทำให้ความรู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากสังคมน้อย แต่ในทางกลับกันหากอยู่ในสภาพสังคมที่ขาดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการดูถูก เหยียดหยาม โดยเฉพาะในสังคมเมืองที่มีแต่ความวุ่นวาย ก็จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากสังคมเพิ่มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาผลกระทบจากกระบวนการตีตราที่มีต่อคนพิการขาขาด

จากการศึกษา พบว่า จากลักษณะบุคคลปกติที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคม นำไปสู่ "จุดเปลี่ยน" จากเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในลำดับชีวิตทำให้ ถูกตัดขา สูญเสียเอกลักษณ์ ชุมชนและสังคมนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ตีตราว่าเป็น "คนพิการขาขาด"ส่งผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปสู่ "เอกลักษณ์ใหม่" ทำให้ต้องปรับตัวเข้ากับครอบครัว และเอกลักษณ์ใหม่ที่มีปัญหา มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ ยอมรับความพิการขาขาด จัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหา สร้างเอกลักษณ์ใหม่ในสังคม ซึ่งกระบวนการตีตราจากสังคมที่เกิดขึ้นจนบุคคลกลายเป็นคนพิการได้รับผลกระทบนั้น พบว่ามีกระบวนการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 จุดเปลี่ยนจากบุคคลที่มีร่างกายปกติ เป็น "คนพิการขาขาด"

ขั้นตอนนี้จะแสดงให้เห็นถึงภาวะเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเป็น " คนพิการขาขาด" สูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุรถชน เหยียบกับระเบิดและ

โรคประจำตัว เกิดความผิดปกติทางร่างกายกลายเป็นจุดเปลี่ยนจากบุคคลที่มีร่างกายปกติกลายเป็นคนพิการ สังคมเริ่มให้นิยามความหมายจากเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนไปว่า "คนพิการขาขาด" บุคคลที่มีความบกพร่องทางอวัยวะขาปฏิกิริยาตอบสนองจากความหมายใหม่ของแต่ละบุคคลมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน การตีตราได้เริ่มขึ้นด้วยนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ และยอมรับว่าการถูกตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาดนั้น เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้การสร้างมลทินหรือการตีตราในชุมชนและสังคม จะเป็นไปใน 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) การตั้งชื่อเล่นใหม่ หรือเพิ่มเติมสร้อยหลังชื่อเดิม (2) การถูกกำหนดให้เป็นคนพิการตามกฎหมายโดยการขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการและ (3) การมองอย่างสงสาร ทั้งหมดเป็นจุดสำคัญต่อกระบวนการยอมรับ ความพิการขาขาด

เมื่อพิจารณาประวัติของคนพิการแต่ละคนที่เป็นประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สาเหตุโดยส่วนใหญ่เริ่มต้นมาจากการเสพของมึนเมาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนไม่สามารถควบคุมสติได้ในขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ อีกทั้งการขับรถด้วยความเร็วสูงและ ด้วยความประมาท จนเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจากแรงกระแทกอย่างรุนแรง ทำให้โครงสร้างกระดูกแตกหักจนไม่สามารถจะรักษาได้ และมีคนพิการขาขาดอีกจำนวนไม่น้อยที่เกิดจากสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ เช่น เกิดอาการแผลติดเชื้อจนแพทย์ผู้ทำการรักษาต้องตัดสินใจตัดขาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งอาจจะทำให้เสียชีวิต สำหรับโรคประจำตัวก็นับเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน ซึ่งไม่ได้เป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์หรือโรคติดต่อเสมอไป หากแต่เกิดจากสภาวะในการบริโภคอาหารประเภทที่มีปริมาณน้ำตาลสูงเกินไป รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ชีวิตอย่างไม่ระมัดระวังทำให้เกิดบาดแผลที่ขา เมื่อขาดการเอาใจใส่ก็อาจเกิดเป็นแผลเรื้อรังและติดเชื้อนำไปสู่การตัดขากลายเป็นคนพิการขาขาด

นอกจากนี้ ลักษณะสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ส่งผลกระทบต่อสภาวะเงื่อนไขที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาดที่แตกต่างกันไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา ซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้านของไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวในอดีตเคยเป็นสนามรบจึงเต็มไปด้วยกับระเบิดที่ถูกวางเอาไว้โดยไม่ได้เก็บกู้ทำลายให้หมดไป ถึงแม้ว่าบางพื้นที่ได้มีการเก็บกู้กับระเบิดไปแล้วก็ตาม หากแต่ในบางพื้นที่โดยเฉพาะในจังหวัดสระแก้ว การเก็บกู้กับระเบิดทำได้ไม่หมดจึงมีเหตุการณ์ ที่ประชาชนในท้องที่เหยียบกับระเบิดอยู่เป็นประจำ เนื่องมาจากการเดินทางเข้าไปทำไร่ ตัดไม้ เก็บหาของป่าทั้งในบริเวณเทือกสวนไร่นาของตนเองหรือตามชายแดน ทั้งเพื่อการบริโภคและจำหน่ายเป็นรายได้ของครอบครัวเนื่องจากประชาชนในพื้นที่โดยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป หลังจากเสร็จสิ้นจากฤดูทำนาจึงนิยมเข้าไปหาของป่าเช่น เห็ดหน่อไม้ ปู ปลา กบและเขียดเพื่อเป็นอาหารและจำหน่ายเป็นรายได้เสริม

อย่างไรก็ตามความพิการขาขาดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นลักษณะใดหรือมาจากสาเหตุใดย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทันทีที่ถูกตัดขา ก่อให้เกิดความสูญเสียอัตลักษณ์ของตนเอง ไม่สามารถเดินได้เหมือนคนปกติทั่วไปหากไม่ใช้ไม้ค้ำยันหรือขาเทียมช่วยเหลือทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย มีเอกลักษณ์ที่เบี่ยงเบนไป สังคมเริ่มให้นิยามจากเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนไปว่า "คนพิการขาขาด" กลายเป็นจุดเปลี่ยนที่เกิดขึ้นในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตีตราได้เริ่มขึ้นคนพิการขาขาดไม่ได้นิยามตนเองแต่สังคมได้นิยามให้ได้แก่ (1) การตั้งชื่อเล่นใหม่หรือเพิ่มเติมสร้อยหลังชื่อเดิม (2) การขึ้นทะเบียนคนพิการ และ (3) การมองอย่างสงสาร เป็นต้น

ผลจากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการพบว่า การตั้งชื่อเล่นใหม่หรือเพิ่มเติมสร้อยหลังชื่อเดิม(สร้อยเป็นลักษณะการเรียกชื่อหรือให้นิยามความหมายแก่บุคคลให้แตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไปในสังคม เป็นภาษาพื้นบ้านของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เช่น เดิมก่อนพิการชื่อ นายจันทร์ แต่ภายหลังจากพิการขาขาดผู้คนในชุมชนเรียกชื่อใหม่ว่า จันทร์ก๊อด คำว่า ก๊อดแปลว่าขาดหรือหายไปเป็นภาษาท้องถิ่นภาคเหนือ เป็นการเรียกชื่อของ นายจันทร์ให้แตกต่างจากบุคคลทั่วไปในชุมชนหรือสังคม เนื่องจากขาข้างซ้ายหายไป เช่นเดียวกันกับภาคกลางและภาคใต้ที่นิยามบุคคลที่มีลักษณะที่แตกต่างออกไปที่เหมือนกัน เช่น ทิดด้วน หรือ หนึ่งเดียวเป็นการตั้งชื่อให้ใหม่จากเดิมชื่อทิด ก็เติมคำว่าด้วน เพิ่มเติมไปจึงกลายเป็น ทิดด้วน เช่นเดียวกับนายหนึ่ง ซึ่งเป็นชื่อเรียกแต่ภายหลังจากพิการขาขาดถูกเพิ่มเติมคำว่า เดียว ที่แปลว่ามีขาอยู่ข้างเดียวเป็นต้น ในช่วงแรกระหว่างพักฟื้นจะเป็นช่วงที่เจ็บปวดมากที่สุดเพราะบุคคลในสังคมมองขาที่ขาดหายไปว่ามีอะไรเกิดขึ้น ปกติบุคคลในสังคมก็นิยามบุคคลอื่น ๆ ที่แตกต่างไปเช่นเดียวกันและความหมายส่อไปในทางล้อเลียนมากกว่าที่จะใส่ร้ายอย่างรุนแรง แต่สำหรับคนพิการขาขาดแล้วการกระทำแบบนั้นคือการสร้างมลทินหรือการตีตราที่สังคมมอบให้โดยที่ไม่มีโอกาสปฏิเสธได้เลย

สำหรับการขึ้นทะเบียนคนพิการนั้น ทันทีที่คนพิการขาขาดขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการความรู้สึกของคนพิการขาขาดรู้สึกว่านั่นคือเป็นการยอมรับการตีตราจากสังคมว่าเป็นคนพิการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระที่รัฐและสังคมต้องมาให้การดูแลช่วยเหลือโดยการให้เบี้ยคนพิการ ซึ่งก็ต้องยอมรับสถานภาพใหม่นี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความแตกต่างจากบุคคลอื่นและเกิดความอับอายต่อความแตกต่างนั้น มีคนพิการขาขาดส่วนน้อยที่มองเรื่องนี้ด้วยความเข้าใจว่าการขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการเป็นการมอบโอกาสและประโยชน์โดยรัฐและสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสที่มีความผิดปกติของร่างกาย รัฐมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและจัดสวัสดิการอย่างเหมาะสม และไม่เฉพาะแต่คนพิการขาขาดเท่านั้น เด็ก คนชรา คนยากจน ก็ถืออยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่รัฐจะต้องให้ดูแลเช่นเดียวกัน ต่อเนื่องกับการขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการความรู้สึกว่าตนเองถูกมองอย่างสงสารน่าเวทนาที่สูญเสียขาก็เกิดตามมา ถึงแม้ว่าการมองอย่าง

งสารจากบุคคลอื่นจะเป็นการมองที่แสดงความรู้สึกเชิงบวกที่ไม่ได้สร้างความเสียหาย แต่สำหรับ นพิการขาขาดก็เสมือนเป็นการตีตราที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นในใจทุกครั้งจากสายตาทุกคู่ที่ องมา

ขั้นที่ 2 การยอมรับ ความ "พิการขาขาด" และการจัดการกับเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อสังคมให้นิยามความหมายใหม่เป็น "คนพิการขาขาด" นอกเหนือจากเอกลักษณ์ทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลงที่จะต้องยอมรับให้ได้แล้ว การกลายเป็นคนพิการขาขาดยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ คือ อาชีพ รายได้ต่อเดือน บทบาทต่อครอบครัวรวมถึงมุมมองจากสังคมที่คนพิการขาขาดจำเป็นต้องยอมรับและปรับตัว ปรับวิธีคิดให้สามารถดำรงอยู่ในวิถีชีวิตปกติให้ได้ ซึ่งกระบวนการในขั้นที่ 2 นี้ แบ่งออกเป็น3 ช่วงได้แก่ (1) ช่วงปฏิเสธความพิการ (2) ช่วงปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนและ (3) ช่วงยอมรับความเป็นคนพิการขาขาด อันจะนำไปสู่การจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหาโดยเริ่มต้นด้วยการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง รับผิดชอบต่อครอบครัว ปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ใหม่ สร้างการยอมรับจากบุคคลทั่วไปรวมถึงสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มคนพิการด้วยกันจนในที่สุดคนพิการขาขาดก็สามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติ

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาวิถีชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด

ระยะเวลาของการได้รับเอกลักษณ์ซึ่งจะมีผลต่อแบบแผนการยอมรับสภาพการเป็นคนพิการขาขาด สามารถแบ่งได้ 3 ช่วง ได้แก่

ช่วงแรก ของการสูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง จะมีระดับความรุนแรงของภาวะจิตใจและอารมณ์สูง อยู่ในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปี ช่วงนี้คนพิการขาขาดจะรู้สึกสับสนและปฏิเสธความพิการของตนเอง แม้ว่าจะผ่านช่วงระยะเวลาความเสียใจมาแล้วก็ตาม แต่กลับเพิ่มความสูญเสียทางด้านจิตใจมากขึ้น เกิดความรู้สึกเจ็บปวดที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจ สูญเสียความเชื่อมั่นและความมั่นใจในตนเอง ตอกย้ำความรู้สึกที่ผู้คนรอบข้างมองจากเอกลักษณ์ใหม่ ถึงแม้ว่าผู้คนในสังคมอาจจะไม่ได้คิดอะไรมาก หากแต่คนพิการขาขาดไม่อาจจะรับรู้ได้ กลับคิดว่าสังคมกำลังมองเอกลักษณ์ที่มีปัญหา ตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาดของตนเองมากกว่า จึงเรียกว่าเป็นช่วงปฏิเสธความพิการในระยะนี้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ใกล้ชิดคนพิการขาขาดจะมีบทบาทอย่างมากในการให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด คอยปลอบใจเพื่อให้คนพิการรู้สึกว่ายังมีคุณค่ากับครอบครัวอยู่เสมอกำลังใจที่สำคัญที่สุดก็คือ พ่อ แม่ ภรรยา/สามีและลูก ที่แสดงความรักและเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้คนพิการขาขาดผ่านช่วงปฏิเสธความพิการช่วงนี้ไปได้ ดังเช่น นายอิบรอเฮง (นามสมมุติ) ที่กล่าวว่าภายหลังฟื้นจากการที่ถูกตัดขาภายหลังจากเกิดอุบัติเหตุ เขาเห็นภรรยาและลูกทั้งสามคนคอยเฝ้าอยู่ไม่ห่างกายและดูแลระหว่างที่เขาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตลอดเวลา ภรรยาก็พูดให้ความหวังและคอยให้กำลังใจอยู่เสมอทำให้เขารู้สึกว่าต้องสู้และอดทนกับสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อภรรยา

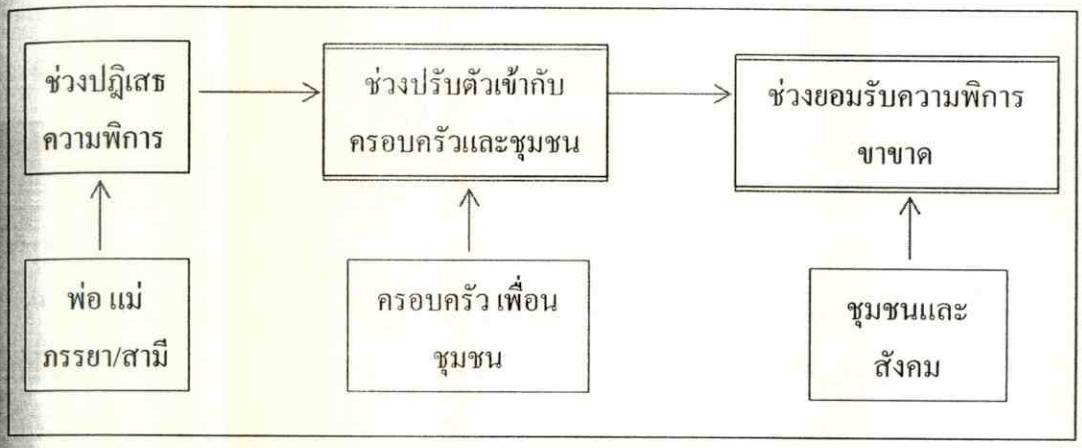
และลูกที่เขารัก หรือแม้กรณี นายจักรวัฒน์ (นามสมมุติ) ที่พิการขาขาดใต้เข่าทั้งสองข้างและยังพิการมือขวาขาดอีกข้างหนึ่งซึ่งพิการจากเหตุไฟฟ้าลัดวงจร ช่วงระยะเวลารักษาตัวเป็นช่วงที่ทรมานและเจ็บปวดมากภรรยาก็ขอเลิกและพาลูกหนีไปอยู่ต่างจังหวัด จนเขาคิดอยากฆ่าตัวตายแต่ก็มีพ่อและแม่คอยผลัดเวรเฝ้าดูแลและไม่เคยให้อยู่คนเดียว เฝ้าดูแลเขาทุกวันคืนด้วยความรัก จึงทำให้เขาซาบซึ้งและมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อจนในที่สุดลูกก็กลับมาอยู่ด้วย ความสุขของครอบครัวจึงกลับมาอีกครั้ง

ช่วงที่สอง เป็นช่วงที่คนพิการขาขาดเริ่มมองเห็นคุณค่าของคนรอบข้างที่ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัว จนเริ่มปรับเปลี่ยนแบบแผนทางความคิดหันมาให้ความสนใจกับบุคคลรอบข้างมากขึ้น เริ่มมีรอยยิ้มและพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ชุมชนและครอบครัวมีบทบาทเป็นอย่างมากในการสนับสนุนการยอมรับสภาพความพิการของตนเองมากขึ้น ระดับความรุนแรงทางด้านอารมณ์และการแสดงออกเริ่มลดต่ำลง เป็นช่วงที่คนพิการขาขาดยอมเข้ารับบริการการใส่ขาเทียมด้วยได้แรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง แม้ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวเข้ากับขาเทียมอย่างมากแต่คนพิการก็มีความหวังที่จะกลับมาเดินได้อีกครั้งทำให้คนพิการขาขาดเริ่มมองหาเพื่อนคนพิการขาขาดด้วยกันหาโอกาสพูดคุยกันเพิ่มมากขึ้น เริ่มมีการแสดงบทบาทของตนเองผ่านการแสดงความคิดเห็นกับครอบครัวคนรอบข้างและเพื่อน ช่วงนี้จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 ปี จึงเรียกว่าเป็นช่วงปรับตัวเข้ากับครอบครัวและ (ชุมชน) คนพิการ

ช่วงที่สาม หลังจากเข้าสู่ปีที่ 2 คนพิการขาขาดเริ่มปรับตัวให้เข้ากับสังคมและยอมรับความเป็นคนพิการขาขาด มีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรค พยายามที่จะสร้างบทบาทของตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ มีการเปิดพื้นที่ให้สังคมให้การยอมรับและเข้าใจในด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น สภาพความรู้สึกทางด้านจิตใจเริ่มปรับสู่ภาวะปกติ ระดับความรุนแรงด้านอารมณ์และการสนองต่อสังคมเริ่มปรับตัวดีขึ้น ทำให้เกิดการยอมรับสภาพการเป็นคนพิการขาขาด สามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนเองดำเนินชีวิตอยู่ ได้อย่างเป็นปกติ จึงเรียกช่วงนี้ว่าช่วงยอมรับความเป็นคนพิการขาขาดสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวและยอมรับให้ตนเองกลับสู่สังคม คือการที่คนพิการขาขาดเริ่มประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว โดยไม่แคร์สายตาคนรอบข้างว่าจะมองเขาว่าเป็นคนพิการหรือไม่เนื่องจากความมุ่งมั่นของคนพิการขาขาดอยู่ที่การแสดงศักยภาพของตนเองต่อบทบาทหลักคือการหาเลี้ยงครอบครัว สร้างรายได้ให้กลับมาใกล้เคียงกับช่วงก่อนพิการในช่วงนี้คนพิการก็เสมือนเป็นบุคคลปกติในมุมมองของชุมชนและสังคมแล้วเห็นตัวอย่างได้จากนายอนันต์ (นามสมมุติ) อายุ 47 ปี ชาวจังหวัดเชียงราย เมื่อได้รับขาเทียม เขาก็ประกอบอาชีพเกษตรกรรมด้วยความขยันหมั่นเพียร จนในที่สุดพ่อแม่ของผู้หญิงที่เคยชอบพอกันตั้งแต่วัยรุ่น

ยอมรับความเป็นคนดีของเขาจึงยกลูกสาวให้แต่งงานด้วย จนปัจจุบันมีลูกด้วยกัน 2 คน และเปลี่ยนอาชีพมาเป็นผู้รับเหมาก่อสร้างโดยมีลูกน้องเป็นคนปกติหลายคน เป็นต้น

ซึ่งกระบวนการปรับตัวของคนพิการขาขาดผ่านกระบวนการยอมรับโดยได้แรงสนับสนุน สามารถเขียนเป็นแผนผังได้ ดังนี้



ภาพที่ 5.1 บทบาทการสนับสนุน

อย่างไรก็ตามแบบแผนการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาดย่อมมีความแตกต่างกันตามลักษณะของภาวะเงื่อนไขที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาด การสร้างกำลังใจให้กับตนเอง หรือความรับผิดชอบต่อครอบครัว แต่ถึงกระนั้นก็ตามก็ต้องยอมรับว่าการถูกตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาดนั้น เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่มาโดยตลอดในสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ไม่สามารถหยุดยั้งวิธีคิดของบุคคลในสังคมที่มีทัศนคติไปในทางลบได้ทั้งหมด แน่นอนที่สุดความหมายในการตีตราอาจจะเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลทำให้คนพิการขาขาดจำเป็นต้องจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหาถูกตีตราว่าพิการขาขาด ผ่านการยอมรับจากบุคคลทั่วไปและกลุ่มคนพิการขาขาดด้วยกัน ด้วยการทำงานได้อย่างปกติและสร้างความเข้าใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ทั้งนี้ เนื่องจากการทำงานยังเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถในการสร้างรายได้ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของสังคม สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้โดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ส่วนการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ยังเป็นเสมือนการสร้างกำแพงทางความคิดของสังคมที่พยายามจะตีตราคนพิการขาขาดว่าเป็นปัญหาและเป็นภาระแก่สังคม สะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการทางความคิดและการปรับตัวต่อการสร้างเจตคติที่ดีต่อสังคม ลดทอนความรู้สึกถึงการสูญเสีย อีกทั้งการทำงานของคนพิการขาขาดยังหมายถึงความอยู่รอด แสดงถึงความสามารถพึ่งพาตนเอง มีความ

สัมพันธ์ในทางบวก ส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่บนสังคมได้อย่างปกติ เช่นเดียวกับการยอมรับจากกลุ่มคนพิการขาขาดด้วยกัน ที่สามารถสร้างความเข้าใจระหว่างกันได้ดีกว่าบุคคลทั่วไป เพราะพูดภาษาเดียวกัน เป็นลักษณะของการนำเสนอเอกลักษณ์ใหม่ให้สังคมได้รับรู้ถึงบทบาทและการมีส่วนร่วมของคนพิการขาขาด เปลี่ยนแปลงวาทกรรมที่ว่าคนพิการขาขาดเป็นภาระของสังคม นำไปสู่การสร้างอำนาจต่อรองเชิงพื้นที่ภายใต้บริบทของสังคม ไม่ว่าบุคคล ใดก็ตามสามารถแสดงออกทางความคิดและการกระทำได้อย่างเสรี มีสิทธิ์และอำนาจในการต่อรองเชิงผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วยกัน มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการปรับตัว

ขั้นที่ 3 วิถีการดำเนินชีวิตภายหลังการปรับตัวของ "คนพิการขาขาด"

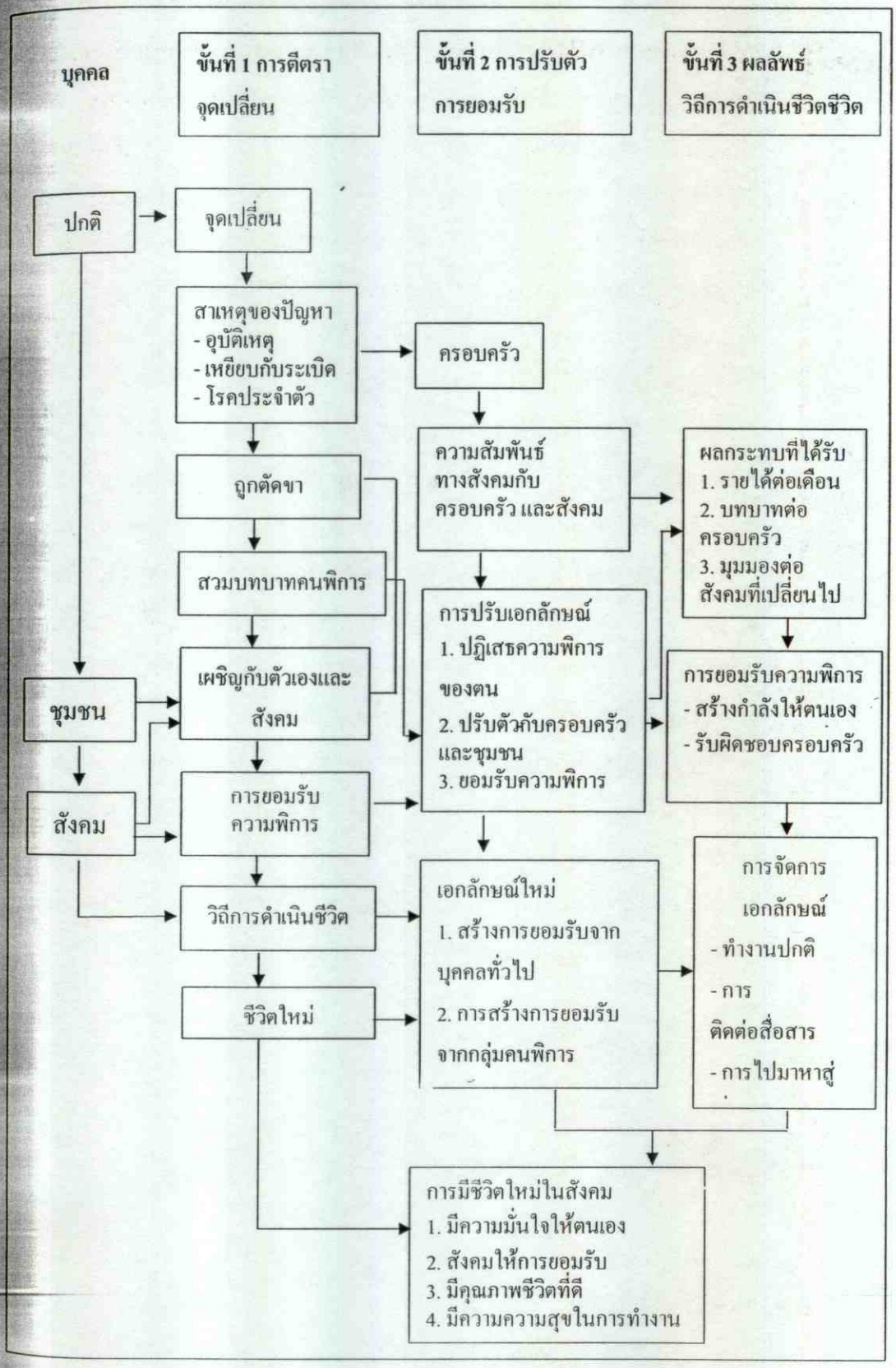
วิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดย่อมแตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไปแต่ไม่มากนัก เนื่องจากไม่ได้พิการมาแต่กำเนิด มีการทำงาน การติดต่อสื่อสารการไปมาหาสู่ระหว่างครอบครัวและเพื่อนตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างปกติมีการปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตที่สะท้อนให้เห็นเป็นรูปธรรม โดยเริ่มจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากอยู่ใกล้ตัวมากที่สุด ท้ายสุดก็คือต้องปรับตัวเข้าสู่สังคมและสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ

หากพิจารณารายละเอียด พบว่า คนพิการขาขาดโดยส่วนใหญ่ยังทำงานและช่วยงานในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ก่อนพิการขาขาดประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีบทบาทหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ต่อมาภายหลังจากพิการขาขาดถึงแม้จะมีการปรับตัวเปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่นๆเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานรับจ้างทั่วไปแต่ก็ยังมีบทบาทเป็นทั้งคนหาเลี้ยงครอบครัวและผู้อาศัย ทั้งนี้เนื่องจากคนพิการขาขาดยังสามารถทำงานได้หลากหลายเพียงแค่เปิดโอกาสให้เข้ารับการเรียนรู้หรือการฝึกทักษะในอาชีพนั้น ๆ เพิ่มเติมก็สามารถทำงานหารายได้ดูแลครอบครัวได้อย่างคนปกติทั่วไป

การติดต่อสื่อสารของคนพิการขาขาด มีการติดต่อสื่อสารตามปกติ กับเพื่อนสนิทและญาติเพื่อพูดคุยปรึกษาหารือต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการการติดต่อสื่อสารมีความสะดวกมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การบริการจากภาครัฐ เพื่อนคนพิการด้วยกันและบุคคลในครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันในกรณีประสบปัญหาฉุกเฉินต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนพิการขาขาดสูงอายุที่บุตรหลานไปทำงานต่างจังหวัดที่ต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ในการสอบถามถึงความเป็นอยู่ต่างๆของครอบครัว นอกจากนี้การเดินทางไปมาหาสู่ระหว่างครอบครัวกับเพื่อนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังพิการขาขาดก็ยังคงเป็นไปในลักษณะปกติ ถึงแม้ว่าจะไม่สะดวกในการเดินทางไกลเพื่อที่จะไปเยี่ยมญาติเหมือนดังเช่นเดิมก็ตาม หากแต่บุตรและญาติต่างก็เดินทางมาเยี่ยมเยือนและคอยให้กำลังใจสม่ำเสมอโดยเฉพาะช่วงวันหยุดหรือเทศกาลสงกรานต์และประเพณีสำคัญต่าง

การดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดยังมีความแตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไป เนื่องจากไม่ได้พิการมาแต่กำเนิด ไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นคนพิการแบบช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงพยายามดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ โดยได้รับความช่วยเหลือและดูแลเอาใจใส่ภายในครอบครัว ที่มีบทบาทอย่างมากต่อการยอมรับและปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาดมีการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ในครอบครัวและชุมชน โดยเริ่มปรับตัวกับพ่อ แม่ สามีหรือภรรยา บุตร ญาติ เพื่อน ชุมชนและท้ายสุดก็คือสังคม ให้เหมือนกับคนปกติ เพื่อแสดงจุดยืนต่อความแตกต่างจากคนปกติกับความพิการขาขาดที่ตนเองเป็นอยู่เนื่องจากคนพิการขาขาดจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องพัฒนาทักษะใหม่ เพื่อทดแทนสิ่งที่ขาดหายไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการเดินให้เหมือนปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะการเดินอย่างผิดปกติแม้แต่เพียงน้อยนิด จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของคนพิการขาขาด สังคมจะมองอย่างสงสัยในความผิดปกติและพยายามหาคำตอบจากสิ่งนั้น

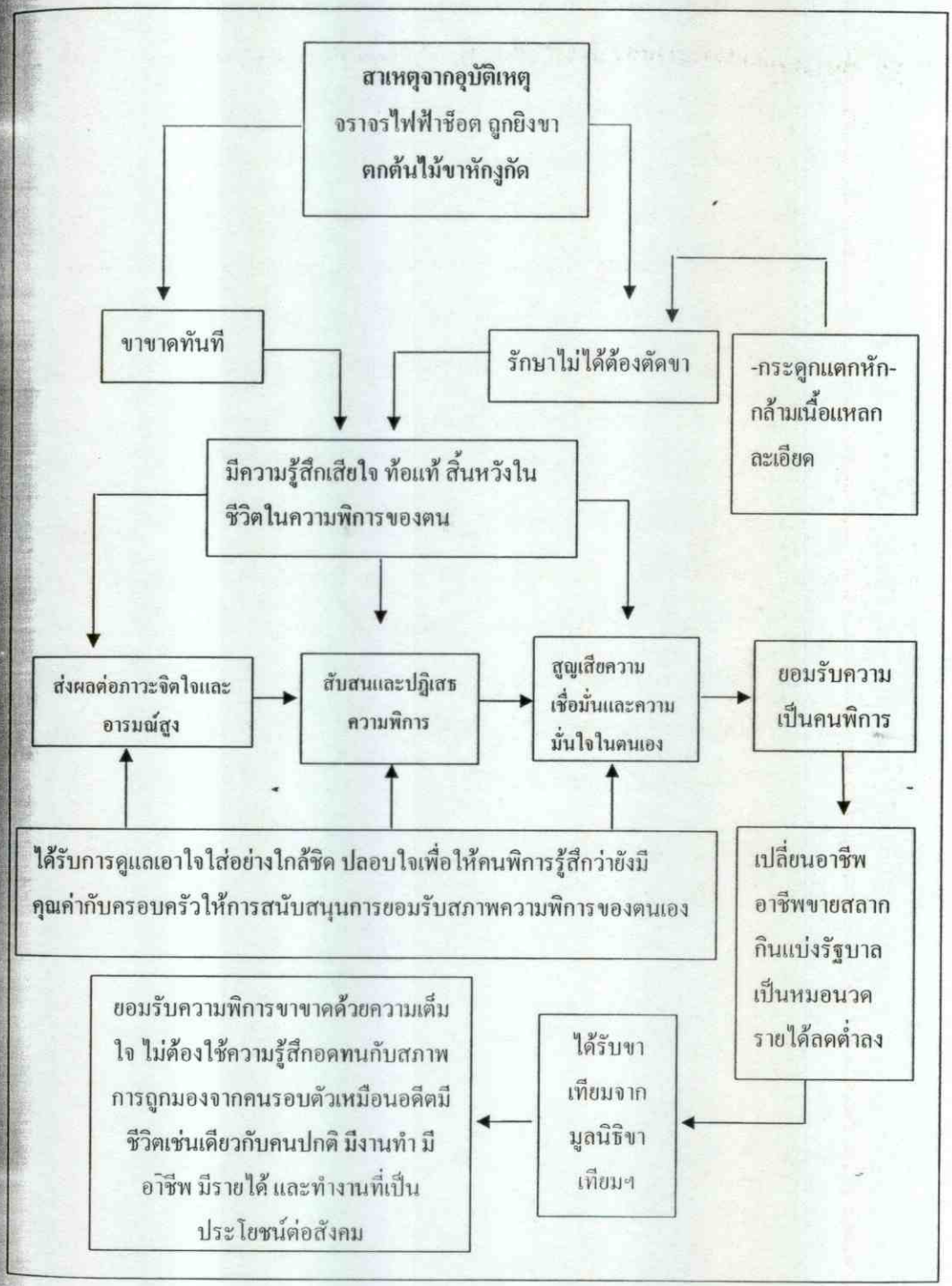
ซึ่งขั้นตอนนับตั้งแต่จุดเปลี่ยนที่ทำให้เกิดความพิการเข้าสู่กระบวนการตีตราจากสังคมจนกระทั่งผู้พิการขาขาดสามารถยอมรับและปรับตัวให้ดำรงชีวิตในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติหลังจากได้สวมใส่ขาเทียมนั้น กระบวนการทั้งหมดสรุปได้เป็นแผนภาพ ดังแผนภาพที่ 5.2 ดังนี้



ภาพที่ 5.2 กระบวนการตีตราและการปรับตัว

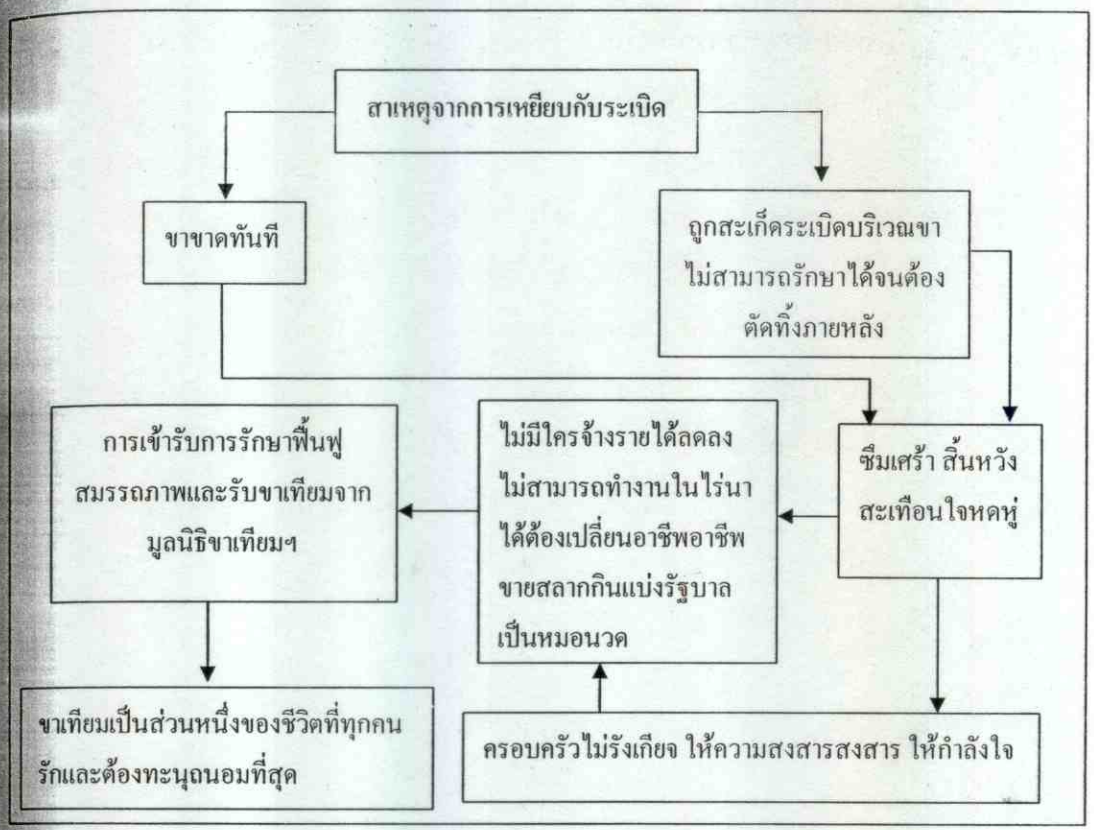
ทั้งหมดจะเห็นได้ว่ากระบวนการตีตราและการปรับตัวของคนพิการขาขาดนับตั้งแต่เป็นคนปกติธรรมดาและประสบกับ "เหตุ" ที่เป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้กลายเป็นคนพิการขาขาด เข้าสู่ขั้นตอนของกระบวนการตีตราจากสังคมหลากหลายรูปแบบ คนพิการขาขาดเกิดการปรับตัวตลอดเวลา จนกระทั่งมีโอกาสได้รับขาเทียม และยังต้องปรับจัดการกับเอกลักษณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น จนสังคมให้การยอมรับ คนพิการขาขาดเกิดความมั่นใจในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข หากพิจารณาโดยยึดสาเหตุของความพิการเป็นหลักเพื่อให้เห็นความเหมือนหรือความแตกต่างของกระบวนการตีตราและระยะเวลาการการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาด พบว่า

คนพิการขาขาดที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ คือ การจราจร ไฟฟ้าช็อต การถูกยิงขา ตกต้นไม้ขาหัก หรือถูกงูกัด กลุ่มหนึ่งจะขาขาดทันทีขณะเกิดอุบัติเหตุ อีกส่วนหนึ่ง ขาไม่ขาดทันทีที่เกิดอุบัติเหตุ แต่ต้องตัดขาภายหลัง เพราะความพยายามที่แพทย์จะรักษาขาไว้ไม่สำเร็จ คนพิการทั้งสองกลุ่มมีความรู้สึกเหมือนกัน คือ ท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังในชีวิตที่จะต้องอยู่กับความพิการตลอดไป ซึ่งการสูญเสียขาโดยฉับพลันเช่นนี้ส่งผลต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของคนพิการสูงมาก เกิดภาวะความสับสน ปฏิเสธความพิการ สูญเสียความเชื่อมั่นและความมั่นใจในตัวเอง ครอบครัวจึงต้องเอาใจใส่ดูแลคนพิการกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด คอยปลอบใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าครอบครัวยังอยู่เคียงข้างและยอมรับสภาพความพิการได้ กำลังใจของครอบครัวเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้คนพิการขาขาดกลุ่มนี้ค่อย ๆ เปิดใจยอมรับความพิการ ปรับตัวให้เข้ากับบุคลิกใหม่มากขึ้น ปรับเปลี่ยนอาชีพมาขายสลากกินแบ่งรัฐบาล หรือเป็นหมอนวด แม้รายได้จะลดต่ำลงแต่ก็อยู่อย่างมีความหวัง จนกระทั่งได้รับขาเทียมจากมูลนิธิขาเทียมฯสามารถปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ได้มากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดยอมรับความพิการด้วยความเต็มใจ ไม่ต้องใช้ความรู้สึกอดทนกับสภาพการถูกมองจากคนรอบข้างอีกต่อไป มีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ให้ครอบครัว และส่วนหนึ่งก็ยังสามารถทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมมากกว่าคนปกติทั่วไป ดังแผนภาพที่ 5.3 นี้



ภาพที่ 5.3 สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรไฟฟ้าช็อต ถูกยิงขาตกต้นไม้ขาหักงูกัด

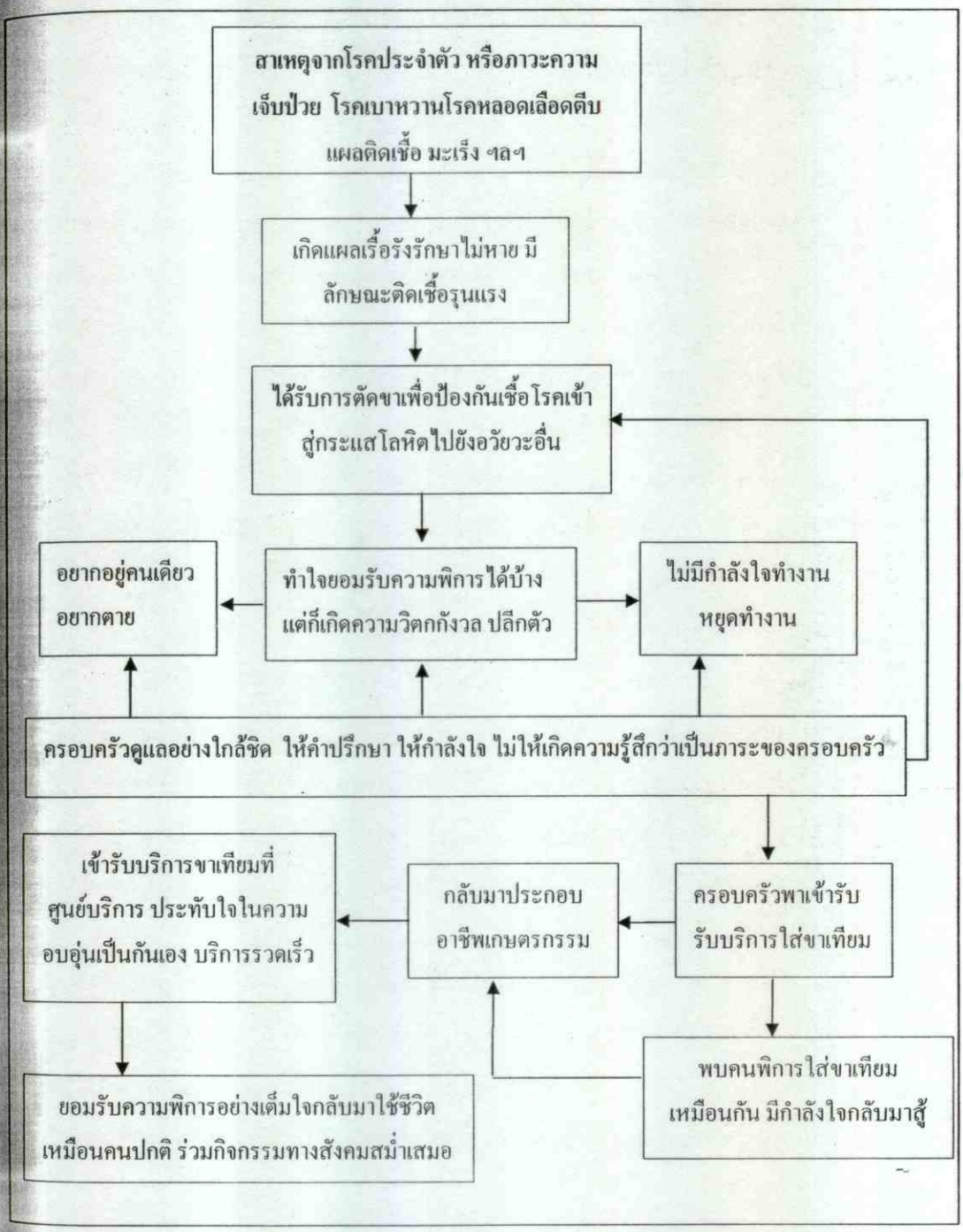
คนพิการขาดที่เกิดจากสาเหตุจากการเหยียบกับระเบิดนั้น ก็มีลักษณะการพิการ 2 แบบ เช่นเดียวกับสาเหตุจากอุบัติเหตุ คือ เมื่อเหยียบกับระเบิดแล้วขาขาดทันทีและกลุ่มที่ถูกสะเก็ดระเบิดบริเวณขาแพทย์ไม่สามารถรักษาขาไว้ได้ทั้ง ๆ ที่พยายามแล้ว ต้องตัดขาทิ้งในที่สุด อารมณ์ของคนพิการกลุ่มนี้อยู่ในภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่กับตนเองเช่นเดียวกับคนพิการกลุ่มแรก แต่ระดับความรุนแรงทางอารมณ์อาจจะไม่รุนแรงเท่า เป็นเพราะคนพิการกลุ่มนี้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยที่มีระเบิดฝังอยู่ มักจะเห็นคนรอบตัวเจอกับการเหยียบกับระเบิดบ่อย ๆ เพียงแต่ไม่นึกว่าจะโดนกับตนเอง สามารถทำใจยอมรับได้ ภาวะซึมเศร้าและสิ้นหวังต่อมาเกิดขึ้นเนื่องจากการกลายเป็นคนพิการทำให้รายได้ลดลงไม่ค่อยมีใครจ้างงาน มีคนรังเกียจ ทำให้หลายคนต้องเปลี่ยนอาชีพจากการทำงานในไร่นามาขายสลากกินแบ่งรัฐบาล หรือเป็นหมอนวด ซึ่งเป็นอาชีพเดียวกับกลุ่มคนพิการกลุ่มแรกทำอยู่ ในภาวะของการสูญเสียทั้งขาและสูญเสียทั้งรายได้ หน้าที่การงาน คนพิการกลุ่มนี้ได้รับกำลังใจจากครอบครัวมาตลอด คนในครอบครัวไม่ตั้งข้อรังเกียจ กลับให้ความสงสารให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา และยังพาคนพิการเข้ารับการบำบัดรักษาจนได้รับขาเทียมจากมูลนิธิขาเทียมฯ การได้รับขาเทียมนี่เองส่งผลให้คนพิการมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต กลายเป็นคนขยันหมั่นเพียร ทำงานมีรายได้มากขึ้นจนคนในสังคมยอมรับนับถือ ขาเทียมจึงเสมือนเป็นส่วนหนึ่งที่ได้เปลี่ยนชีวิตของคนพิการกลายเป็นคนใหม่ คนพิการจึงรักและทะนุถนอมขาเทียมเหมือนกลายเป็นสิ่งล้ำค่าไม่แตกต่างจากอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ดังแผนภาพที่ 5.4



ภาพที่ 5.4 สาเหตุจากการเหยียบกับระเบิด

สำหรับคนพิการขาขาดกลุ่มสุดท้ายที่มีเหตุมาจากโรคประจำตัว หรือภาวะความเจ็บป่วย คือ โรคเบาหวาน แผลติดเชื้อและมะเร็ง ซึ่งคนพิการส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคนี้เลย ใช้ชีวิตอย่างไม่ระวังจนเกิดการลุกลามของบาดแผลที่รักษาไม่หายโดยเฉพาะบริเวณเท้าที่มีโอกาสเกิดบาดแผลมากที่สุด คนพิการบางคนไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เกิดบาดแผล มาตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน เมื่อเชื้อลุกลามทำให้เกิดอาการเจ็บปวดอย่างมาก จนผู้ป่วยไม่สามารถทนความเจ็บปวดนั้นได้อีกต่อไป จึงขอรับการตัดขาเพื่อขจัดความเจ็บปวดแพทย์ทำการตัดขาให้เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคลุกลามไปยังอวัยวะอื่น คนพิการกลุ่มนี้แตกต่างจากคนพิการขาขาดอีก 2 กลุ่มที่ได้รู้ล่วงหน้าสามารถทำใจเมื่อจะต้องถูกตัดขา ซึ่งระหว่างการตัดสินใจขอรับการตัดขา หรือยินยอมให้แพทย์ตัดขา คนพิการและครอบครัวได้ปรึกษาหารือและพิจารณาถึงความจำเป็นร่วมกันแล้ว จึงเกิดการตัดสินใจร่วมกันในการรับสภาพความพิการ เพื่อรักษาชีวิตของบุคคลที่รักไว้ แม้จะทำใจยอมรับความพิการมาได้ระดับหนึ่ง แต่เมื่อขาถูกตัดขาด คนพิการกลับมีอาการเหมือนกับคนพิการขาขาดทั้งสองกลุ่มแรก นั่นคือ เกิดความวิตกกังวล ปลีกตัวอยู่คนเดียว บางคนถึงขั้นไม่สามารถ

ยอมรับได้ อยากฆ่าตัวตาย ไม่มีกำลังใจที่จะทำงานต้องอยู่บ้านนานแรมปี แต่ครอบครัวของคนพิการกลุ่มนี้ก็ดูแลคนพิการอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจ ไม่ให้คนพิการเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวเช่นเดียวกับครอบครัวของคนพิการสองกลุ่มแรก และยังสนับสนุนพาคนพิการเข้ารับบริการใส่ขาเทียมที่มูลนิธิขาเทียมฯ เมื่อคนพิการขาขาดมีโอกาสพบกับคนพิการขาขาดมากขึ้นก็เกิดกำลังใจ อยากสุกขึ้นกลับมาสู้ชีวิตไม่ให้น้อยหน้าคนพิการอื่นที่สามารถดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติได้โดยการกลับมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม อีกทั้งการเข้ารับบริการการดูแลขาเทียมใกล้บ้าน ยิ่งทำให้คนพิการขาขาดเกิดความอุ่นใจว่าสามารถขอคำปรึกษาและขอกำลังใจจากคนพิการเหมือนกันได้ตลอดเวลา จนในที่สุดการใส่ขาเทียมก็ทำให้คนพิการขาขาดที่เกิดจากโรคประจำตัวสามารถปรับตัวเองให้กลับมาดำเนินชีวิตในวิถีปกติเหมือนกับคนพิการขาขาดอีกสองกลุ่มที่สามารถทำงาน มีรายได้เลี้ยงครอบครัว และร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ดังแผนภาพที่ 5.5 ดังนี้



ภาพที่ 5.5 สาเหตุจากโรคประจำตัว หรือภาวะความเจ็บป่วย

นอกจากนั้นยังมีปัจจัยที่สำคัญอีก 3 ประการที่ส่งผลให้กระบวนการตีตราและระยะเวลาในการปรับตัวเข้าสู่สังคมของคนพิการขาขาดแต่ละบุคคลมีความเร็ว ช้า แตกต่างกัน ได้แก่

1. ลักษณะของความพิการที่เกิดขึ้น หากคนพิการที่ถูกตัดขาเหนือเข่าหรือถูกตัดขาข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง จะมีระยะเวลาในการปรับตัวที่ยาวนานกว่า คนพิการที่ถูกตัดขาใต้เข่า เนื่องจากการสวมใส่ขาเทียมเหนือเข่า หรือ สวมใส่ขาเทียมทั้งสองข้าง นอกจากต้องใช้กำลังใจแล้วจะต้องใช้กำลังกายมากกว่าคนพิการที่สวมใส่ขาเทียมข้างเดียวใต้เข่ามากถึง 2 เท่า ในการที่จะต้องปรับตัวควบคุมข้อเข่าในจังหวะการเดิน เพราะผู้ที่สวมใส่ขาเทียมเหนือเข่า หรือใต้สะโพก จะมีข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้นมา แม้เวลาที่จะต้องลุกหรือนั่งบนเก้าอี้ก็จะรู้สึกลำบากเพราะจะต้องปรับข้อเข่าให้พับงอเหมือนขาจริง อีกทั้งผู้ที่สวมใส่ขาเทียมทั้งสองข้างจะต้องใช้กำลังกายในการออกแรงยกขาเทียมเดิน ส่วนสาเหตุของการสูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอุบัติเหตุ เหยียบกับระเบิดจะมีปฏิกิริยาต่อความพิการรุนแรงมากกว่าคนพิการ โดยสาเหตุโรคเบาหวาน แผลเรื้อรัง เพราะความพิการจากอุบัติเหตุและพิการจากการเหยียบกับระเบิด เป็นการสูญเสียขาแบบฉับพลัน แต่การตัดขาจากสาเหตุโรคเบาหวานหรือแผลเรื้อรัง ยังมีระยะเวลาทำใจ

2. ระยะเวลาของการเกิดความพิการขาขาด หากเป็นความพิการที่เกิดจากโรคภัย เช่น โรคเบาหวาน แผลติดเชื้อ ปฏิกิริยาต่อความสูญเสียน้อยกว่าคนพิการขาขาด ที่สูญเสียขาอย่างฉับพลันเมื่อประสบอุบัติเหตุ หรือเหยียบกับระเบิด เพราะการสูญเสียขาที่เกิดจากโรคเบาหวาน แผลติดเชื้อหรือมะเร็ง ยังมีช่วงเวลาที่รักษา หรือมีระยะเวลาที่ทำใจและตัดสินใจในการตัดขา ดังนั้นการสูญเสียขาจากการเหยียบกับระเบิด และอุบัติเหตุ ย่อมมีปฏิกิริยาต่อความสูญเสียรุนแรงมากกว่าคนพิการที่สูญเสียขาจากโรค

3. ความเข้มแข็งของสภาพจิตใจคนพิการขาขาดที่มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งอดทน ไม่ว่าจะมีสาเหตุความพิการจากสาเหตุก็ตาม ย่อมสามารถยอมรับและปรับตัวกับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาสั้น ทั้งนี้ปฏิกิริยาการแสดงความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะจิตใจที่เข้มแข็งมักจะไม่รุนแรง อีกทั้งยังไม่เกิดความรู้สึกเป็นความทุกข์ทรมานนานซึ่งแตกต่างกับผู้ที่มีสภาพจิตใจอ่อนแอกว่า

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปรับตัวของคนพิการขาขาด เช่นสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว สังคมของคนพิการขาขาด ถ้าอยู่ในครอบครัวที่ปกป้องเอาอกเอาใจ ตามใจช่วยเหลือทุกอย่าง ไม่พยายามให้คนพิการขาขาดได้มีโอกาสช่วยเหลือตัวเองหรือปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการที่เกิดขึ้น การแสดงพฤติกรรมเพื่อสนองตอบอารมณ์ก็จะรุนแรงและความอ่อนแอก็จะแสดงออกมาพร้อมกันเพื่อให้ได้รับการปฏิบัติและตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลงได้

ขั้นที่ 4 การแสดงจุดยืนของ "คนพิการขาขาด"

แสดงให้เห็นถึงการยอมรับความพิการว่าไม่ใช่ความผิดที่เกิดขึ้นจากตนเอง เป็นเรื่องที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเวรกรรม บางรายมีการพยายามทำขาเทียมขึ้นมาใช้เอง สร้างอัตลักษณ์ใหม่ ในเชิงบวกภายหลังจากการใช้ขาเทียมเพิ่มความมั่นใจในตนเองและสังคมให้การยอมรับ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคมได้

ผลการศึกษาพบว่าการแสดงชีวิตใหม่ของคนพิการขาขาดเกิดขึ้นได้ ภายหลังจากที่ทุกคนได้สวมใส่ "ขาเทียม" ซึ่งการมีขาเทียมมีความสำคัญต่อการเกิดอัตลักษณ์ของความเป็นคนพิการขาขาดในเชิงบวกอย่างมากคนพิการขาขาดรู้สึกถึง"ชีวิตใหม่" ได้เกิดขึ้นแล้วภายหลังจากที่ได้ผ่านช่วงเวลาอันโหดร้ายที่บั่นทอนความรู้สึกอยู่ตลอดเวลา ขาเทียมได้สร้างชีวิตที่มีคุณภาพกลับคืนมาอีกครั้ง ความมั่นใจในตนเองเพิ่มสูงขึ้น สามารถทำงานได้ตามปกติ เดินได้คล่องแคล่วและที่สำคัญคนในชุมชน สังคมให้การยอมรับ เนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และยังสามารถทำงานมีรายได้จุนเจือครอบครัว และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือสังคมและเพื่อนคนพิการด้วยกัน เช่นเดียวกับ นายพินัย (นามสมมุติ) ชาวจังหวัดเชียงราย ที่ได้กล่าวถึงชีวิตหลังจากได้รับขาเทียมแล้วว่าตัวเขาเองยอมรับความพิการขาขาดด้วยความเต็มใจ ไม่ต้องใช้ความรู้สึกอดทนกับสภาพการถูกมองจากคนรอบตัวเหมือนแต่ก่อน เขารู้สึกว่าเขามีชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติ มีงานทำ มีอาชีพ มีรายได้ และงานที่เขาทำก็ยังเป็นประโยชน์กับสังคมและเพื่อนคนพิการด้วยกัน เขาได้รับการยอมรับว่าทำงานเก่ง ได้รับการยกย่องจากคนรอบข้าง เขารู้สึกมีความสุข รู้สึกว่าชีวิตมีค่าขึ้นมาก เช่นเดียวกับ นายจันทร์ (นามสมมุติ) ที่บอกว่าถึงแม้คนในชุมชนจะเรียกเขาว่า จันทร์ก็อดเขาก็ไม่ได้รู้สึกโกรธหรือน้อยใจแต่อย่างไร เพราะตั้งแต่เขามีขาเทียม เขาก็ทำงานได้ตามปกติ เสร็จจากทำนาก็ไปรับจ้าง ได้แต่งงานมีลูก 2 คน เพราะพ่อแม่ภรรยายอมรับในความเป็นคนดีและขยันของเขาซึ่งไม่เกี่ยวกับความเป็นคนพิการขาขาดเลยแม้แต่น้อย

ข้อมูลข้างต้นได้สะท้อนให้เห็นถึงจุดยืนของคนพิการขาขาดต่อการสร้างเอกลักษณ์ใหม่โดยใช้ขาเทียม อุปกรณ์ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทดแทนขาที่สูญเสียไป แสดงให้เห็นถึงพื้นที่ใหม่ในสังคมที่เปิดให้คนพิการขาขาดได้พิสูจน์ว่า สามารถมีชีวิตได้อย่างปกติ ไม่ได้เป็นคนไร้ซึ่งความสามารถและเป็นภาระของครอบครัวและสังคมอย่างที่บุคคลปกติทั่วไปนิยามและคิด ซึ่งนั่นหมายความถึงกระบวนการตีตราสำหรับคนพิการขาขาดได้สิ้นสุดลงแล้วร่องรอยแห่งความเจ็บปวดจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นถูกทดแทนด้วย"ขาเทียม" อุปกรณ์ที่มีค่ายิ่งกว่าสิ่งอื่นใด ซึ่งจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเติมเต็มให้คนพิการขาขาดได้กลับมาเป็นส่วนหนึ่งในสังคมอย่างภาคภูมิใจยังคงเหลือแต่การสร้างคุณค่าและพัฒนาศักยภาพของคนพิการขาขาดเพิ่มขึ้นให้สังคมได้มองเห็นและเปิด

โอกาสให้กับคนพิการขาขาดได้แสดงความสามารถอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

5.2 อภิปรายผลของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการตีตราและการปรับตัวของคนพิการขาขาดในประเทศไทยจากลักษณะบุคคลปกติโดยทั่วไปที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคม เข้าไปสู่"จุดเปลี่ยน" คือ ถูกตัดขา สูญเสียเอกลักษณ์ ชุมชนและสังคมนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ตีตราว่าเป็น"คนพิการขาขาด"ส่งผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปสู่"จุดยืน" ซึ่งต้องมีกระบวนการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและเอกลักษณ์ใหม่ที่มีปัญหา มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ ด้วยการยอมรับความพิการขาขาด จัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหา สร้างเอกลักษณ์ใหม่ในสังคมปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากอยู่ใกล้ตัวมากที่สุดโดยเริ่มปรับตัวกับพ่อ แม่ สามีหรือภรรยา บุตร ญาติ เพื่อน ชุมชนและท้ายสุดสังคม ให้เหมือนกับคนปกติทั่วไป เพื่อแสดงจุดยืนความพิการขาขาดที่ตนเองเป็นอยู่ ยังคงดำเนินชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตตามปกติ มีการทำงาน การติดต่อสื่อสาร การไปมาหาสู่ระหว่างครอบครัวและเพื่อนตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างปกติ

อย่างไรก็ตามการที่สังคมได้สร้างทัศนคติทางลบ หรือตราบาปที่สังคมตีตราให้แก่บุคคลอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากบรรทัดฐานทางสังคมของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อคนพิการขาขาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยังผลให้เกิดการยอมรับความพิการของตนเองว่าไม่ใช่ความผิดที่เกิดขึ้นจากตนเองเสียทั้งหมด เป็นเรื่องที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเวรกรรมของตน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสังคมและมลทินของ Goffman (1963) ที่ว่าคนทุกคนมีโอกาสเผชิญปัญหา ไม่เวลาใดก็เวลาหนึ่ง ไม่สถานที่ใดก็สถานที่หนึ่ง เช่น คนอ้วนที่เข้าไปอยู่ท่ามกลางคนที่มีน้ำหนักปกติ อาจพยายามแต่งกายกลบเกลื่อนความอ้วน การเปรียบเทียบจะเปิดเผยให้เห็นความเหมือนที่สำคัญคือ การตีตราจะเกิดขึ้นเมื่อคนคนหนึ่งถูกประเมินค่าในทางลบ เป็นกรอบแนวคิดของความอัปยศ ความสัมพันธ์ทางด้านลบ หรือมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไปในสังคม การประเมินความหมายในทางลบเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากส่วนหนึ่งของชีวิตในสังคม ยังผลร้ายต่อคนที่ถูกตีตรา เช่นเดียวกันกับแนวคิดของ (Erik H. Erikson อ้างใน ดวงเดือน พันธุนาวิน และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก 2524, หน้า 10-12)ที่กล่าวว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่ใช่พฤติกรรมที่ได้รับการสืบทอดมาแต่กำเนิด แต่มันคือสิ่งที่สังคมเป็นผู้มอบให้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก (2524, หน้า 10-12) ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการประทับตรา (labeling theory) หรือปฏิกิริยาทางสังคม (societal reaction) โดยใช้แนวคิดของ George H.Mead ได้กล่าวว่าความเบี่ยงเบน เป็นผลมาจากกระบวนการปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์นิยม (symbolic interactionism) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์นิยม (symbolic interactionism) การเกิดขึ้นของพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนนั้นคุณสมบัติเหล่านี้ไม่ได้มาจากตัวของผู้ถูกกล่าวหา แต่สถานภาพนี้มาจากการที่สังคมเป็นผู้มอบให้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้ว่าจุดเปลี่ยน เป็น"คนพิการขาขาด"จากภาวะเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาดสูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุรถชนและเหยียบกับระเบิด เกิดความผิดปกติทางร่างกายกลายเป็นจุดเปลี่ยนเนื่องจากเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สังคมเริ่มให้นิยามความหมายจากเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนไปว่า "คนพิการขาขาด" ส่งผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงจากความหมายใหม่ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน การตีตราได้เริ่มขึ้นแล้วด้วยนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ และยอมรับว่าการถูกตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาดนั้น เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้การสร้างมลทินหรือการตีตราในชุมชนและสังคม จะเป็นไปใน3 ลักษณะ ได้แก่ (1) การตั้งชื่อเล่นใหม่หรือเพิ่มสร้อยเติมหลังชื่อเดิม (2) การขึ้นทะเบียนคนพิการและ (3) การมองอย่างสงสาร ซึ่งมีผลต่อแบบแผนการยอมรับความพิการขาขาด

ผลจากการศึกษาของ เพอร์กินส์ (Perkins, 1996) ในงานวิจัยเรื่อง Working Alongside People with Long Term Mental Health Problems. ที่กล่าวว่าการที่บุคคลต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตกลายเป็นคนพิการก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจอย่างมาก ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัว กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการในการปรับตัวเกี่ยวพันไปถึงกระบวนการทางความคิดและอารมณ์ ความรู้ บางครั้งจำเป็นที่จะต้องมีผู้อื่น หรือสังคม เข้ามาช่วยเหลือในการที่จะช่วยให้คนพิการมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพปัญหาให้ได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน แต่ในระยะเวลานี้อาจต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในด้าน การแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคมเข้าร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธิดา กาญจนรังสี (2538, หน้า 72) ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา ในสถานพยาบาล 5 แห่ง ของกรุงเทพมหานคร ได้กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสูญเสียขา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญโดยกลุ่มตัวอย่างที่ระดับขาที่มีการสูญเสียตั้งแต่ข้อเข่าลงมา มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า กลุ่มที่สูญเสียขาระดับข้อสะโพกจะเห็นว่าคนพิการที่ต้องสูญเสียขาก็ยังมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันตามสภาพของการสูญเสีย แต่อย่างไรก็ตามการสูญเสียอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายไปแล้วนั้น จำเป็นต้องดำรงชีวิตอยู่ในบทบาทของคนพิการไปตลอดชีวิต และจะต้องมีการปรับตัวใน

การดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะพอใจหรือไม่ก็ตาม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เอกลักษณ์และภาพลักษณ์ของตนในมุมมองของคนในสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลอย่างมากมาย จนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต

เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของ ชาร์ล และไวน์สไตน์ (Charles & Weinstein, 1985) ในงานวิจัยเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา พบว่า จะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะแขนขาจะต้องพบกับความไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงและความปลอดภัยของคนพิการเอง เพราะการต้องเป็นคนพิการทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น คนพิการบางรายจะรู้สึกว่าตนเองมีความผิดและคิดว่าที่ตนเองเป็นเช่นนั้นเพราะบาปกรรมที่ตนเคยทำไว้ หรือคิดว่าการที่ตนเองสูญเสียขานั้นเป็นการถูกลงโทษ บางรายจะโกรธโชคชะตาของตนที่ต้องกลายมาเป็นคนพิการ หรือตำหนิผู้อื่น เช่น ครอบครัว หรือโทษสิ่งอื่นแทน ส่งผลต่อการยอมรับความพิการและการจัดการเอกลักษณ์ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้ว่า การยอมรับความ "พิการขาขาด" และการจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหา (ขาขาด) เมื่อสังคมนิยามความหมายใหม่ให้เป็น"คนพิการขาขาด"จากเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จุดเปลี่ยนซึ่งเป็นรอยต่อที่สำคัญของชีวิต มีความลักษณะในเชิงลบต่อปัจจัยพื้นฐานด้านอาชีพ รายได้ บทบาทต่อครอบครัวและมุมมองต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องยอมรับสภาพความพิการขาขาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง มีรับผิดชอบต่อครอบครัว เพื่อปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ใหม่ แบ่งได้ 3 ช่วงได้แก่ (1) ช่วงปฏิเสธความพิการ (2) ช่วงปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนและ (3) ช่วงยอมรับความเป็นคนพิการขาขาด นำไปสู่จัดการกับความพิการของตน ให้ได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไปและกลุ่มคนพิการในสังคม ให้สามารถทำงานได้อย่างปกติและสร้างความเข้าใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการปรับตัวในที่สุด

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Meninger (1987) ในการศึกษาเรื่อง Man Against Himself ที่ได้กล่าวถึงการยอมรับสภาพความพิการที่ถูกคนอื่นมองนั้น เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้คนพิการสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้นั้น จิตใจเป็นสิ่งสำคัญซึ่งคนพิการขาขาดนั้นจะต้องยอมรับในความพิการของตนต้องยอมรับว่าเป็นรูปร่างที่แท้จริงปัจจุบันของตนให้ได้จึงจะสามารถเปิดใจของตนรับสิ่งใหม่เข้ามา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้แสดงถึงกระบวนการยอมรับความพิการที่มีผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของนายแพทย์ Uaeda (1989) ที่ได้กล่าวถึงความพยายามที่จะยอมรับความพิการให้ได้นั้นเป็นประสบการณ์ที่ทารุณต่อคนพิการอย่างมาก แต่เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลบหลีกได้ โดยแบ่งขั้นตอนในการยอมรับความพิการไว้ 5 ขั้น ตอนได้แก่ (1) ช่วงช็อคหรือปฏิกิริยาคุ้มครองตัวเองทางด้านชีวะจิต (2) ช่วงปฏิเสธ เมื่อสภาพร่างกายมีความมั่นคงขึ้น แต่

ในขณะเดียวกันก็จะเรียนรู้ว่าความพิการที่เกิดขึ้นไม่อาจรักษาให้หายได้ ซึ่งจะเกิดปฏิกิริยาทางด้านการป้องกันตัวเอง คือปฏิเสธความพิการที่เกิดขึ้น (3) ช่วงสับสน เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถปฏิเสธสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏชัดออกมาว่าไม่สามารถรักษาสภาพของร่างกายให้หายเป็นปกติเหมือนเดิมได้ ซึ่งในขั้นนี้คนพิการจะก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (4) ช่วงพยายามแก้ไข ช่วงนี้เป็นช่วงที่เกิดความพยายามในทางสร้างสรรค์ ผู้ป่วยจะรู้ว่าการโจมตีสิ่งภายนอกไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ถูกต้อง ความรับผิดชอบในตัวเองจะถูกสร้างขึ้นกลายเป็นความรู้สึกรับผิดชอบว่าตัวเองต้องพยายามไม่พึ่งคนอื่น ในช่วงนี้คนพิการจะรู้สึกด้อยถ้าต้องมีมนุษย์สัมพันธ์กับคนทั่วไปแต่ถ้าเป็นคนพิการด้วยกัน จะเกิดความรู้สึกสนิทสนมต้องการสร้างความสัมพันธ์ ช่วงนี้เป็นช่วงที่ระบบค่านิยมของคนพิการจะถูกสร้างขึ้นมาใหม่ การเพิ่มคุณค่าของคนพิการจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก จะทำให้ขบวนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามช่วงต่าง ๆ รุดหน้าต่อไปและ (5) ช่วงยอมรับ ช่วงนี้ค่านิยมจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างสมบูรณ์ จนสามารถยอมรับความพิการว่าเป็นส่วนหนึ่งของตัวเองได้ คนพิการสามารถทำงาน หรือมีหน้าที่ใหม่ในสังคม (ครอบครัว) เริ่มทำกิจกรรมใหม่ และมีความสุขต่อการดำรงชีวิตได้

กอล์ฟแมน (Goffman, 1963) ได้กล่าวว่าบุคคลที่มีปมด้อย ที่มองเห็นได้ชัดเจนจะสูญเสียเอกลักษณ์ (spoiled identity) ที่มีระดับการรับรู้ ทักษะ การจำกัดจำนวนกิจกรรมทางร่างกาย และการปฏิสังสรรค์กับสภาพแวดล้อมจะมีมากกว่าคนพิการที่มีระดับความพิการน้อยกว่า การปฏิสังสรรค์ในชีวิตประจำวันระหว่างบุคคลผู้มีความแตกต่างในลักษณะดังกล่าวกับบุคคลปกติ ลักษณะของการปฏิสังสรรค์ขึ้นอยู่กับว่าความแตกต่างเป็นที่รับรู้หรือประจักษ์ชัดของคนอื่น เช่น คนแขน ขาด้วน หรือคนเป็นง่อย ต้องลดแรงกดดันจากการที่คนอื่นรับรู้ ให้สามารถยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ให้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ว่า วิถีการดำเนินชีวิตและการปรับตัวของ "คนพิการขาขาด" แสดงให้เห็นถึงวิถีการดำเนินชีวิตของคนพิการขาขาดย่อมแตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไปแต่ไม่มากนัก เนื่องจากไม่ได้พิการมาแต่กำเนิด มีการทำงาน การติดต่อสื่อสารการไปมาหาสู่ระหว่างครอบครัวและเพื่อนตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างปกติมีการปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิต ที่สะท้อนให้เห็นเป็นรูปธรรม โดยเริ่มจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากอยู่ใกล้ตัวมากที่สุด ท้ายสุดจำเป็นต้องปรับตัวเข้าสู่สังคม ปฏิกิริยาตอบสนองของคนพิการขาขาดที่แตกต่างกันมีผลต่อการปรับตัว ด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ (1) ลักษณะของความพิการขาขาด (2) ระยะเวลาของการเกิดความพิการขาขาดและ (3) ความเข้มแข็งของสภาพจิตใจ มีผลต่อจุดยืนของคนพิการขาขาด

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสาวภา วิชิตวาที (2534) ในงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขน ขา ได้กล่าวว่าผู้ที่สูญเสียแขนขาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่ค่อยได้รับการดูแลจากครอบครัวจะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่าแยกตัวเองและถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นคนพิการจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคมและหน้าที่การงานเช่นเดียวกับแนวคิดของ Thompson (1987) ได้กล่าวไว้ว่า ถึงแม้ว่าการที่ต้องเป็นคนพิการขาขาดไปตลอดชีวิต จะก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิมเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพเมื่อ บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองก็ตาม แต่คนพิการจำเป็นต้องยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ในสังคมให้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่ว่า จุดยืน ของ "คนพิการขาขาด" คือการยอมรับความพิการของตนเอง สร้างเอกลักษณ์ในทางบวกภายหลังจากการใช้ขาเทียมเพิ่มความมั่นใจในตนเองและสังคมให้การยอมรับ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคมได้

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่า กระบวนการตีตราและการปรับตัวของคนพิการขาขาดนั้นแสดงให้เห็นถึงกระบวนการและเงื่อนไขที่สำคัญต่าง ๆ ในบางประเด็นก็จะสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ได้ตั้งสมมติฐานไว้ แต่สำหรับในบางประเด็นก็จะเป็นข้อค้นพบที่ได้จากผลของการศึกษาที่มีความแตกต่างจากสมมติฐานเดิมอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผลมาจากกระบวนการทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สังคมไม่เพียงจำกัดขอบเขตเพียงแค่นิยามจากเอกลักษณ์ใหม่เท่านั้น ยังคงจำกัดบทบาทและข้อโต้แย้งที่ว่าไม่สามารถกลับไปเป็น "คนปกติ" ได้อีกตลอดชีวิต นับตั้งแต่ "จุดเปลี่ยน" จากภาวะเงื่อนไขที่สำคัญในลำดับชีวิตถูก"ตัดขา" สูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง สังคมนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนไปว่า "คนพิการขาขาด" นำไปสู่แบบแผนการยอมรับความพิการขาขาด การจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหา การปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ผ่าน "จุดยืน" ว่าสามารถสร้างเอกลักษณ์ในทางบวกภายหลังจากการใช้ขาเทียมให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสังคม สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่สังคมมีบทบาทและสร้างขึ้นมาโดยไม่ได้ย้อนถามถึงความรู้สึกของคนพิการขาขาดว่าเป็นอย่างไร ไม่ว่าคนพิการขาขาดจะแกร่งกล้า สามารถและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างไรก็ตาม สังคมก็ไม่เคย "ลบ" คำตีตราที่ว่า"พิการขาขาด"ออกจากชีวิตพวกเขาได้ ไม่ว่าสังคมจะบอกถึงความรู้สึกที่ดีและให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการขาขาดมากน้อยเพียงใด แต่ "กระบวนการตีตรา"จะยังคงดำเนินอยู่ในสังคมตลอดไป บุคคลที่ตอบได้ดีที่สุดถึงความรู้สึกสูญเสียนั้นก็คือ "คนพิการขาขาด" เท่านั้น

ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายในระดับชาติ เพื่อหามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหา

เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การกู้เก็บกับระเบิด และการให้ความรู้ในโรคประจำตัว ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญนำไปสู่การเป็นคนพิการขาขาด ส่งผลต่อการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีคุณค่าของประเทศต่อไปในอนาคตได้

และการศึกษาครั้งนี้ได้พิสูจน์ว่าการถูกตีตรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและคงอยู่กับตัวคนพิการตลอดไป แต่จะอยู่ในช่วงขณะเวลาเท่านั้น และการที่จะลบรอยตีตราออกจากคนพิการนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล นั่นคือ คนพิการจะต้องยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นให้ได้เสียก่อน และพยายามหาทางตัดคำว่าพิการออกไปจากใจตน และเมื่อได้รับขาเทียมสวมใส่แล้ว สามารถที่จะทำกิจกรรมและทำงานร่วมกับสังคมได้ การตีตราจะหายไปจากความรู้สึกของคนพิการ อีกทั้งคนพิการบางรายยังมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าและโดดเด่นกว่าคนปกติด้วยซ้ำ ดังเช่น คำขาเดียวหรือ คำขาเหล็ก ที่สังคม ตีตรา ใช้เรียกนามเขาเมื่อเขาลงสนามแข่งตระก้อ แต่เขาไม่ได้รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจแต่อย่างใด ตรงกันข้าม เขากล่าวว่า เขารู้สึกว่าตัวเขามีค่า มีความโดดเด่น เกิดความภาคภูมิใจถึงกับกล่าวอีกว่า การที่เขาต้องขาขาดนั้นมีทั้งปมด้อยและปมเด่น ปมด้อยคือเขาต้องถูกตัดขา สำหรับปมเด่นของเขา เมื่อเขาใส่ขาเทียมแล้วเขาสามารถเล่นกีฬาได้ ทุกครั้งเมื่อเขาลงสนามแข่ง เขาจะได้รับความสนใจและแรงเชียร์จากคนรอบข้าง เขารู้สึกว่ามีค่าขึ้นมาทันที ซึ่งเมื่อตอนที่เขาไม่ได้พิการ สังคมไม่ได้ให้ความสนใจอะไรกับเขา เขาเล่นตะกร้อแต่ก็ไม่ได้รับแรงเชียร์อย่างท่วมท้นดังเช่นตอนนี้ ในเวลานี้เขาเป็นพระเอกทุกครั้งเมื่อลงสนามแข่ง เขาได้เป็นผู้ที่สังคมนำเอาไปเปรียบเทียบในด้านดีกับคนปกติ ซึ่งคนปกติบางคนใช้ชีวิตอย่างไม่เกิดประโยชน์อยู่ไปวันๆ เกียจคร้าน เอาเปรียบเพื่อนๆบนโลกใบนี้ แต่เขาเป็นผู้สู้ชีวิต บางเวลาเขาได้ยินคนข้างบ้านสั่งสอนลูกของตัวเองว่า วัน ๆ เอาแต่ดื่มเหล้า ไม่ทำการทำงาน ทำไมไม่ดูเจ้าคำขาเดียวมันบ้าง ขนาดที่เขามีแค่ขาเดียว เขายังไม่ขี้เกียจทำตัวมีประโยชน์ต่อครอบครัวและประเทศชาติด้วย และได้ขอร้องให้ลูกเขาเอาตนเป็นเยี่ยงอย่าง อีกประการหนึ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญยิ่งในบทบาทที่จะทำให้รอยแห่งความเจ็บปวด เสร้าโศกเสียใจ รวมถึงรอยมลทินหรือตราบาปนั้น หายไปจากใจของคนพิการขาขาด การที่สังคมให้ความสำคัญ ส่งเสริมให้พวกเขาได้รู้สึกว่าตนเองมีค่ามีความสามารถ และหรือการให้โอกาสแก่พวกเขา ดังเช่น ฮิบรอเฮง คนพิการที่ได้รับโอกาสในการทำงาน ที่ได้กล่าวว่า "เราขอขอบคุณพระเจ้าที่ทำให้เราขาขาด เพราะหากว่าเรามิได้ขาขาด เราก็คงไม่ได้ยืนอยู่ตรงจุดนี้"

5.3 แนวโน้มของการให้บริการแก่คนพิการขาขาด ปัญหาและอุปสรรคตลอดจนข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สรุปประเด็นสำคัญจากอันดับที่ 1-5 จากการแสดงความคิดเห็นคนพิการขาดทั้งหมดทั้ง 4 ภาค (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก) พบว่า

5.3.1 แนวโน้มของการพัฒนาคนพิการขาขาดในอนาคต

5.3.1.1 ภาครัฐและเอกชนควรส่งเสริมและพัฒนาอาชีพให้คนพิการขาขาดได้มีงานทำ

5.3.1.2 ภาครัฐและเอกชนควรให้ความสนใจคนพิการขาขาดเพิ่มมากขึ้น

5.3.1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาขาเทียมที่ดีมีคุณภาพสำหรับบริการคนพิการขาขาด

5.3.1.4 ภาครัฐและเอกชนควรเข้าถึงคนพิการขาขาดให้มากขึ้น

5.3.1.5 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความช่วยเหลืออุปกรณ์ขาเทียมให้ทั่วถึง

5.3.1.6 บทบาทของชุมชน ภาครัฐและเอกชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดช่องทางการสนับสนุน ช่วยเหลือคนพิการขาขาดโดยการ สร้างอาชีพที่หลากหลายเหมาะสมกับลักษณะความพิการเพิ่มเบี้ยยังชีพและสวัสดิการ ตลอดจนร่วมกันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและจิตที่ดีแก่คนพิการขาขาด

5.3.2 ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของคนพิการขาขาด

5.3.2.1 ไม่มีความสะดวกในการเดินทาง

5.3.2.2 บริการขาเทียมมีไม่เพียงพอ

5.3.2.3 ไม่มีงานทำที่เหมาะสม

5.3.2.4 ภาครัฐให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการขาขาดยังไม่ทั่วถึง

5.3.2.5 ความสามารถในการปรับตัวใช้เวลานาน คือ นอกจากจะต้องปรับตัวให้ยอมรับสภาพความพิการของตนเองแล้ว ยังต้องสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมด้วย ได้แก่ การปรับให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น สถานที่ทำงาน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน ปัญหานี้ทำให้คนพิการเกิดแรงกดดันเป็นอย่างมาก

5.3.2.6 คนพิการเกิดความอายในความพิการของตนเองไม่ต้องการให้ผู้คนทราบว่าตนเองได้เป็นคนพิการ ดังนี้จึงมีความเป็นอยู่อย่างระมัดระวัง จะต้องสวมกางขายาวหรือสวมถุงเท้า

ตลอดเวลาที่ต้องออกจากนอกบ้าน เพราะต้องการปกปิดความพิการของตนเอง จึงทำให้ความเป็นอยู่ในแต่ละวันมีความกดดัน

5.3.2.7 ค่าตอบแทนสำหรับคนพิการในการจ้างงานไม่เหมาะสม สังคมนอกจากจะไม่ประสงค์ที่จะจ้างคนพิการทำงานแล้ว แต่หากจำเป็นต้องจ้างก็ให้ค่าแรงที่ต่ำกว่าคนปกติหลายเท่า เพราะมีมุมมองว่าคนพิการมีศักยภาพหรือความสามารถต่ำกว่าคนปกติ

5.3.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมุมมองและการดูแลคนพิการขาขาด

5.3.3.1 คนในสังคม ชุมชน ครอบครัวควรให้กำลังใจแก่คนพิการขาขาดให้เกิดกำลังใจในการอยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติอย่างสม่ำเสมอ

5.3.3.2 คนในสังคมควรปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อคนพิการขาขาดจากการเป็นภาระต่อสังคมเป็นทุกคนมีศักยภาพในตัวเองที่สามารถช่วยเหลือตนเอง ชุมชน สังคมและประเทศชาติได้อย่างเท่าเทียมกัน

5.3.3.3 คนพิการขาขาดที่สูงอายุ ควรได้รับการดูแลจากภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

5.3.3.4 คนพิการขาขาดทุกคนควรได้รับขาเทียมจากรัฐ

5.3.3.5 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงชุมชนร่วมกันสนับสนุนการสร้างอาชีพให้แก่คนพิการขาขาดให้มีรายได้โดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว

5.3.3.6 รัฐบาลควรเพิ่มเบี้ยเลี้ยงชีพสำหรับคนพิการขาขาดที่ไม่สามารถจะใช้ขาเทียมเนื่องจากสุขภาพไม่อำนวย

5.3.4 แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับคนพิการขาขาด

5.3.4.1 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนรวมถึงชุมชนร่วมกันรณรงค์การดำเนินชีวิตไม่ประมาท

5.3.4.2 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนรวมถึงชุมชนรณรงค์ให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะภัยจากโรคเบาหวาน

5.3.4.3 ภาครัฐ สังคมและชุมชนควรร่วมกันหามาตรการเพื่อลดอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่อย่างเข้มงวดอย่างต่อเนื่อง

5.3.4.4 ภาครัฐควรเร่งเก็บกู้ระเบิดตามแนวชายแดนให้หมดไป

5.3.4.5 รัฐบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคนพิการเพื่อให้คนพิการพึ่งพาตนเองได้เพราะมนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกันแม้ว่ามีความหลากหลายทางกายภาพ และด้วยแนวคิดนี้ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องควรลดอุปสรรคการเข้าถึงของคนพิการ (accessibility) และ

ส่งเสริมให้คนพิการมีโอกาสได้แสดงศักยภาพของตนเองออกมาด้วยวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งรัฐบาลควรมีแผนในระยะยาวลดการสงเคราะห์คนพิการแต่เพิ่มการพึ่งพาตนเองของคนพิการให้มากขึ้น

สรุปแนวโน้มของการพัฒนาคนพิการขาขาดในอนาคตนั้นทั้งภาครัฐและเอกชนควรส่งเสริมและพัฒนาอาชีพให้คนพิการขาขาดได้มีงานทำ ให้ความสนใจและพัฒนาขาเทียมที่ดีมีคุณภาพสำหรับคนพิการและเข้าถึงคนพิการขาขาดให้มากขึ้นขณะเดียวกันบทบาทของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อกับคนพิการขาขาด ควรให้ความช่วยเหลือพัฒนาและให้โอกาสคนพิการขาขาดได้มีงานทำเพิ่มรายได้ให้สูงขึ้น เพิ่มเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ไม่สามารถประกอบอาชีพตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีแก่คนพิการขาขาดให้ทั่วถึง ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของคนพิการขาขาดก็คือไม่มีความสะดวกในการเดินทาง มีขาเทียมบริการไม่เพียงพอ ไม่สามารถหางานทำที่เหมาะสม ขาดความสะดวกในการทำงาน และภาครัฐให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการขาขาดยังไม่ทั่วถึง

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลคนพิการขาขาดควรให้กำลังใจแก่คนพิการขาขาดให้อยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการขาขาดที่สูงอายุ ควรได้รับการดูแลจากภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือสำหรับคนพิการที่อายุไม่มากและแข็งแรงควรให้ความช่วยเหลือด้วยการสร้างอาชีพให้มีรายได้โดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และในระยะแรกควรได้รับการดูแลและฟื้นฟูทางด้านจิตใจรวมทั้งเพิ่มเบี้ยเลี้ยงชีพสำหรับคนพิการขาขาดที่ไม่สามารถประกอบอาชีพ สำหรับแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับคนพิการขาขาดควรเริ่มจากการแนะนำให้ดำเนินชีวิตไม่ประมาท ให้ความรู้และดูแลสุขภาพให้ดีจะได้ไม่เป็นโรคเบาหวานภาครัฐควรหามาตรการเพื่อลดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องและควรเร่งเก็บกู้ระเบิดตามแนวชายแดนให้หมดไป

5.4 ข้อเสนอแนะของการทำวิจัยในครั้งต่อไป

5.4.1 บทบาทของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขาเทียมในประเทศไทย

5.4.2 การพัฒนาและส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมสำหรับคนพิการขาขาด

5.4.3 แนวทางการสร้างความร่วมมือระหว่างบ้าน วัด ชุมชนองค์กร หน่วยงานในพื้นที่ในการดูแลคนพิการอย่างเป็นองค์รวม

5.4.4 แนวทางการพัฒนาองค์ความรู้ในการปรับตัวของคนพิการขาขาดเพื่อยอมรับกระบวนการตีตราจากสังคม

5.4.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการยอมรับและปรับตัวต่อเอกลักษณ์ใหม่ของคนพิการขาขาด

5.4.6 กระบวนการสร้างการยอมรับด้านการจัดสวัสดิการของคนพิการขาขาดกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มอื่น ๆ อย่างเท่าเทียม

5.4.7 แนวทางการมีส่วนร่วมของคนพิการขาขาดในการกระจายบริการทำขาเทียมสู่สถานพยาบาลระดับอำเภอหรือตำบลเพื่อการบริการอย่างยั่งยืน

5.5 สรุป

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นกระบวนการตีตราและการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างคนพิการขาขาดในประเทศไทยว่า จากบุคคลปกติและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เมื่อพบจุดเปลี่ยนของชีวิตจากภาวะเงื่อนไขสำคัญคือการถูกตัดขาทำให้สูญเสียเอกลักษณ์ทางด้านร่างกาย ทำให้สังคมนิยามความหมายจากเอกลักษณ์ ใหม่และตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาด ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดปฏิกิริยาทางจิตต่อเอกลักษณ์ใหม่และรับผลกระทบเชิงลบต่อปัจจัยพื้นฐานทางสังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น คนพิการขาขาดต้องเรียนรู้และปรับตัวตนโดยสร้างเอกลักษณ์ใหม่ทั้งทางกาย จิตใจและอารมณ์ให้เข้ากับครอบครัวและสังคมด้วยวิธีการต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยเริ่มจากคนที่ใกล้ตัวที่สุด เพื่อลดการตีตราและเพิ่มการยอมรับจากสังคม ให้เกิดจุดยืนใหม่ในสภาพความเป็นคนพิการขาขาดอย่างภาคภูมิใจที่สามารถพึ่งพิงตนเองและแสดงออกมาให้สังคมรับรู้ได้

กระบวนการตีตราและการปรับตัวของคนพิการขาขาดนั้น ชี้ให้เห็นถึงกระบวนการและเงื่อนไขสำคัญต่าง ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผลมาจากกระบวนการทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าคนพิการขาขาดสามารถจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหาและปรับตัวได้ดีจนมีจุดยืนใหม่ภายหลังจากการใช้ขาเทียมจนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่สังคมก็ยังคงจำกัดขอบเขตนิยามจากเอกลักษณ์ใหม่และยังคงมีมายาคติต่อความพิการ สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่สังคมมีบทบาทและสร้างมุมมองของตนขึ้นโดยไม่ได้ให้ความสำคัญของมุมมองและความรู้สึกของคนพิการขาขาดแต่อย่างใด เมื่อกระบวนการตีตราได้เกิดขึ้นแล้วในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นการสร้างรอยมลทินให้กับบุคคลที่ไม่สามารถลบคำที่ตีตราที่ว่า “พิการขาขาด” ออกไปจากชีวิตคนพิการขาขาดได้

แม้ในสังคมปัจจุบันจะกล่าวถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการปฏิบัติต่อคนพิการขาขาดชัดเจนเฉพาะในระดับนโยบายที่เน้นในเรื่องของการประกอบอาชีพ การสร้างรายได้ การให้ขาเทียม การจัดพื้นที่สำหรับคนพิการ ฯลฯ แต่ในเชิงปฏิบัติแล้ว ความรู้สึกรวมถึงการปฏิบัติต่อคนพิการขาขาดของคนในสังคมหรือแม้แต่รายละเอียดของนโยบายเองก็ยังสร้าง

ความรู้สึกแยก “เขา” แยก “เรา” ให้เห็นอย่างเด่นชัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็ยิ่งย้ำการตีตรา ตอกย้ำรอยมลทินในจิตใจของคนพิการขาขาดให้เป็นร่องลึกลงไปอีก ทั้งที่จริงแล้วยังมีคนพิการขาขาดอีกมากมายที่ยังมีความสามารถ มีสติปัญญา มีความคิดดี ๆ ที่จะเข้ามาช่วยแก้ไขและพัฒนาสังคมนี้อยู่เป็นจำนวนมาก แต่ผลลัพธ์จากกระบวนการตีตรานี้เองจึงทำให้คนพิการขาขาดมีกระบวนการหยุดแค่เพียงกระบวนการปรับตัวเพียงเพื่อให้ตัวเองฟื้นจากความทุกข์ทั้งกายและใจ ประคับประคองความรู้สึกให้เพียงดำรงชีวิตอยู่ในสังคมกับ“ตรา” ที่ถูกประทับได้เท่านั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่ภาวะของ “ความพิการ” นอกจากจะต้องต่อสู้กับภาวะความทุกข์แสนสาหัสทางด้านร่างกายแล้ว บุคคลผู้นั้นก็จะต้องต่อสู้อย่างทรมานเพื่อดำรงชีวิตอยู่ให้ได้กับ “ตรา” ที่ถูกประทับทั้งในใจและจากสายตาของผู้คนรอบตัวตลอดเวลา

และจากการศึกษาครั้งนี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าเมื่อคนพิการขาขาดสามารถพาตัวเองพ้นช่วงปฏิเสธความพิการจนได้รับ “ขาเทียม” แล้ว คนพิการขาขาดเสมือนมีชีวิตใหม่อีกครั้งเพราะสามารถเดินไปไหนมาไหนได้อีกครั้ง ทำงานสร้างรายได้ แต่งงานมีครอบครัว มีลูก ได้เช่นเดียวกับคนปกติโดยทั่วไป คนพิการขาขาดบางคนยังได้ทำงานที่รู้สึกมีเกียรติ มีคุณค่า ได้รับการยกย่อง เชิดชูจากคนรอบข้างอยู่เสมอ “ขาเทียม” เสมือนเป็นอุปกรณ์นำพาให้คนพิการขาขาดได้พบกับชีวิตใหม่หลังจากต้องฟันฝ่ามรสุมก้อนใหญ่ของชีวิตมาแล้ว เมื่อคนพิการขาขาดพาชีวิตมาถึงจุดนี้ทำให้ขั้นตอนของ“กระบวนการตีตรา”จากสังคมถึงจุดสิ้นสุดลงด้วย เพราะคนพิการขาขาดไม่มีอะไรที่ด้อยกว่าคนปกติอีกต่อไป สิ่งที่ยังคงเหลืออยู่ก็คือ การขยายการยอมรับคนพิการขาขาดที่เข้าสู่ชีวิตปกติให้สังคมวงกว้างได้รับรู้มากขึ้น เพื่อให้คนในสังคมเปลี่ยนมุมมองและยอมรับคนพิการขาขาด ให้มีโอกาสในการสร้างประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติดังเช่นคนปกติต่อไป

รายการอ้างอิง

รายการอ้างอิง

การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย. (2542, 20 มีนาคม). **การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2554, จาก http://www.anandpanyarachun.in.th/th_speech/t020401.html

กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. (2531). ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม. ใน **การประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 1 เรื่องมโนมติในการพยาบาลแบบองค์รวม** (หน้า 1-3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติยา รัตนากร. (2531). **คนพิการ: การสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมแรงงาน. (2529). **คู่มือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ปี 2529**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน.

ชนิษฐา เทวินทรภักติ. (2539). **การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทางสู่ความสำเร็จของคนพิการ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ.

คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษย์ชน (ก.ป.ส.). (2540). **สิทธิมนุษย์ชน.** กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

จิตติมา เจือไทย. (2551). **การสร้างอัตตลักษณ์แห่งตัวตนของคนพิการ.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จิตติมา เจือไทย. (2551). การสร้างอัตตลักษณ์แห่งตัวตนของคนพิการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อ้างถึงใน Depoy, E. & Gilson, S. F. (2004). **Rethinking disability: Principle for professional and social change.** Canada: Thomson Learning Academic Resource Center.

จุรีรัตน์ ผ่องแผ้ว. (2535). คนพิการในสังคมไทย สถานภาพ-ปัญหาและความต้องการ. **นิตยสารการประชาสงเคราะห์, 35**(6), 5-11.

เชษฐา แก้วพรม. (2551). **การค้นหาความหมายของงาน ความเชื่อมั่นในการเผชิญเหตุการณ์และการเสริมสร้างอำนาจในงาน ที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์.** เชียงใหม่: สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงกมล ช่างเขียน (บรรณาธิการ). (2530). **รายงานการฝึกอบรมสัมมนาหลักสูตรเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 27-29 กรกฎาคม 2530.** กรุงเทพฯ: เจริญผล.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจนปัญจนึก. (2524). **ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2540). **ความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาของคนไทย: การปลูกฝังอบรมและคุณภาพชีวิต.** กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ดำรง กิจกุศล. (2526). **การตัดแขนขาและแขนขาเทียม.** กรุงเทพฯ: ยูนิตี้พับลิเคชั่น.

ถาวร บุตรโสมตา. (2525). **สุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

เทอดชัย ชีวะเกตุ. (2542). สถานการณ์กายอุปกรณ์เทียมของประเทศไทย. **จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, 8**(1), 6-9..

เทอดชัย ชีวะเกตุ. (2549). **ตำรากายอุปกรณ์ LIMB PROSTHTICS** (เล่ม 1). กรุงเทพฯ: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.

ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์. (2539). **ค่าของความพิการต่อร่างกายทั้งหมดของผู้ป่วยทหารใน รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพ** (อัดสำเนา). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลฯ.

ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์. (2535). **ความพิการทางร่างกายของประชาชนกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

นิภา นิธยายน. (2530). **การปรับตัวและบุคลิคภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

บัวทอง สว่างโสภากุล. (2541). **เอกสารคำสอนการแนะแนวจิตวิทยา.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี และคณะ. (2529). **กายอุปกรณ์เทียม** (เล่ม 1) กรุงเทพฯ: หอรัตนชัยการพิมพ์.

ประเวศ วะสี. (2541). **บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ: อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม.** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ประเสริฐ ตันสกุล. (2538). ยุทธศาสตร์ทักษะชีวิตเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพเยาวชน. **เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อหาแนวทางการนำยุทธศาสตร์ทักษะชีวิตมาใช้ในการป้องกันยาเสพติด วันที่ 15-16 สิงหาคม 2538.** กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. **จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล.** กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. (2534, 25 พฤศจิกายน). **ราชกิจจานุเบกษา,** เล่มที่ 108. ตอนที่ 205, หน้า 1 - 7.

ปาณิศา อุดทาโท. (2552). **ความเข้มแข็งในการมองโลกและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด.** เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). **การปรับพฤติกรรมเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทราวิโรฒประสานมิตร.

พูนพิศ อมาตยกุล. (2542). **เอกสารประกอบการสอนเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อม.** กรุงเทพฯ: วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2543, 1 มีนาคม). ชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย. ใน **รายงานการศึกษาของคณะกรรมาธิการวิสามัญศึกษาปัญหาสิทธิมนุษยชน ซึ่งแต่งตั้งโดยมติของที่ประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ 10 (สมัยสามัญทั่วไป).** กรุงเทพฯ: วุฒิสภา.

พจนาจนุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตสถาน. (2532). กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้ง กรุ๊ป.

พลธรรม พลการ. (2542). **การศึกษานโยบายการส่งเสริมการประกอบอาชีพและปัจจัยในการกำหนดรายได้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มูลนิธิอภิธรรม. (2542). **คุณป่วยเพราะคุณบาป.** กรุงเทพฯ: บริษัทเฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง จำกัด.

โยธิน ศันสนยุทธ. (2533). **จิตวิทยา**. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์. และสุดาพรรณ ธัญจิรา. (2535). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการรักษาพยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก รพ. รามาธิบดี.** กรุงเทพฯ: รามาธิบดีพยาบาล.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2532). **สำรวจความบกพร่องการดูแลตนเองของผู้สูญเสียขา.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2532). **สำรวจความบกพร่องการดูแลตนเองของผู้สูญเสียขา.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ. อ้างถึงใน Murray, R. & Zentner, J. (1975). **Nursing Assessment and Health Promotion through the Life span**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

วิภา ดำรงพิศิษฎ์กุล. (2525). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดี.** วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2551). **วิสัยทัศน์การศึกษา.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2531). **ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.** กรุงเทพฯ: บริษัทสิศิฏสินการพิมพ์.

สุธิดา กาญจนรังษี. (2538). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **สรุปผลจำนวนคนพิการจากการสำรวจ 2550**. กรุงเทพฯ: สำนักฯ.

เสาวภา วิชิตเวที. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขน ขา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สุภัททา ปุณฑะแพทย์. (2532). **จิตวิทยาทั่วไป: แนวคิดและทฤษฎีขั้นมูลฐาน.** กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

สุจิตรา นิลเลิศ. (2539). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี.** สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.

สมภาร พรมทา. (2535). **พุทธศาสนากับปัญหาจริยศาสตร์: ทัศนของพุทธศาสนาเกี่ยวกับปัญหาโสเภณี ทำแท้งและการทารุณยฆาต.** กรุงเทพฯ: พุทธชาด.

อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ. (2537). **ปัญหาการเข้าสู่แรงงานของคนพิการที่เคยได้รับการฟื้นฟูอาชีพจากศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. (2548). **สิทธิมนุษยชน.** กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

อาภา จันทรสกุล. (2535). **ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ พเยาว์ พูลเจริญ, และเพียรดี เยี่ยมมงคล. (2530). ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา. **รามาเวชสาร, 10**(2), 67-70.

Brundage, D. J. (1986). **Nursing management of renal problems**. Saint Louise: The C.V. Mosby.

Buck, B. & Lee, A. D. (1976). Amputation: two views. **Nursing clinics of Nnorth america, 11**(4),.641-657.

Charles, L. & Weinstein, M. (1985). Assertive, Anxiety and interpersonal discomfort among amputee ; implication for assertiveness training. **Archive physical medical and rehabilitation, 10**(2), 687-689.

Carland. (1915). **The eye of the beholder: Deformity and disability in the graeco – roman world**. Ithaca NY: Cornell University Press.

Coleman, J. C. & Hamman, C. L. (1974). **Contemporary psychology and effective behavior**. Glenview, Illinois: Scott, Foreman and Co.

Douglas, M. (1973). **Purity and danger: An analysis of the concepts of pollution and taboo.** Federick A. Praeger, New York.

Durkheim, E. (1982). **Rules of sociological method** (1895). New York: The Free Press.

Falk, G. 2001. **Stigma: How we treat outsiders**. New York: Prometheus Books.

Faweet, J. T. (1989). **Networks linkage and migration systems.** International Migration Review: Special Silver Anniversary Issue.

Gazda, G. M. (1989). **Group counseling**. Needham: Allyn and Bacon A Division of Simon & Schuster.

Garland, R. R. J. (1995). **The Eye of the Beholder: Deformity and Disability in the Graeco-Roman world.** Ithaca NY: Cornell University.

Goffman, E. (1961). **Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates.** Garden city, NY: Anchor.

Goffman, E. (1963). **Stigma: Notes on the management of spoiled identity,** New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Hilbert, G. A. (1985). Spouse support and myocardial infarction patient compliance. **Nursing Research, 34**(4), 217-220.

Howard, S. W. (1992). **A descriptive study of the use of and need for assistive technology devices in Kansas special education**. Kansas, Special Education.

Huber, P. M., Medhat, A. & Carter, M. C. (1988). Prosthetic problem inventory scale. **Rehabilitation Nusing, 13**(6), 326-329.

Hurlock, E. B. (1984). **Child Development** (6th ed.). Auckland: McGraw-Hill.

Hughes, J. & White W. L. (1946). **Emotional reactions and adjustments of amputees to their injury.** US Naval Med Bull, suppl, March, 157.

Infanie, M. C. & Mooney, N. E. (1987). Interactive aspects of pain assessment. **Orthopedic Nursing, 6**(1), 31-34.

Jalowiec, A. & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. **Nursing Research. 10**, 10-15.

Kessler, R. C. (1951). **Nursing concepts of practice** (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book Co.

Kimbuende, N. J. (1994). **Analysis of the process for funding assistive devices for disabled children in Flagstaff, Arizona**. Arizona: Northern Arizona University.

Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (1985). **Psychosocial care of Physically Ill : What every nurse should know** (2nd ed.). New Jersey: Prentice - Hall.

Lister J. (1827-1912). **Antiseptic Principle Of The Practice Of Surgery**, 1867". New York: Fordham University.

Luther, K., Pais, M. B. & Silberblatt, G. (1997). Promoting positive outcome from patient complaints. **Orthopedic Nursing, 15**(5), 39-42.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping.** New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. (1969). **Pattern of adjustment and human effectiveness.** New York: McGraw-Hill.

Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief' American. **Journal of Psychiatry, 101**, 141-148.

Mark, R. L. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The Functions of Social Exclusion. **Psychological Bulletin 2001, 127**(2), 187-208.

Mcnett, S. (1987). Social support, threat & coping responses & effectiveness in the functionally disabled. **Nursing Research, 36**(2), 98-103.

Meninger, K. (1987). **Man against himself**. New York: Harcount Brace.

Mitchell, S. (1994). Technophobes. **American demographics, 16,** 35-42.

Morris C.G. (1990). **Psychology: An Introduction.** New Jersey: Prentice-Hall.

Muhlenkamp, A. F. & Sayles, J. A. (1986). Self esteem, social support and positive health practice. **Nursing Research, 35**(6), 334-338.

Newman, L. L. (1995). **Assistive Technology for clients with visual impairments of the Alaska Division of Vocational Rehabilitation**. California: University of Southern California.

Kottke, F. J. (1982). Philosophic Consideration of Quality of Life for the Disabled. **Arch Phys Med Rehabil, 63**(2), 60-62.

Parkes, C. M. (1976). The psychological reaction to loss of a limb: the first year after amputation. **In Modern perspectives in psychiatric aspects of surgery.** New York: Brunner-Mazel.

Parkes, C. M. (1975). Reaction to the loss of a limb. **Nurse mirror and midwives J, 140**, 36-40.

Perkins, R. (1996). **Working alongside people with long term mental health problems**. London: Chapman; Hall.

Roy, S. C. & Andrews, H. A. (1991). **The Roy Adaptation Model** (2nd ed.). Connecticut: Appleton and Lange.

Roy, C. (1983). Roy adaptation model. **In I.W. Clements and F.B. Roberts (Eds.) Family health: A theoretical approach to nursing care**. New York: John Wiley & sons.

Roy, C. (1984). **Introduction to nursing: An adaptation model** (2nd ed.). News Jersey: Prentice Hall.

Satir, V. (1991). **The satir model family therapy and beyond**. CA: Science and Behavior.

Scheper, H, N & Lock, M. (1981). Speaking truth to illness: Metaphors, reification, and a pedagogy for patients. **Medical Anthropology Quarterly, 17**(5), p. 137-139.

Scherer, M. J., & Frisina, D. R. (1994). **Applying the matching people with technology model to individuals with hearing loss: Encyclopedia of disability and rehabilitation**. Washington, DC: American Psychological Association Books.

Soken, K. L. & Carson, V. J. (1982). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. **Nursing clinics of North America, 22**(2), 603-611.

Stiker, H. J. (1997). **A history of disability** Translate by William Sayers, (1999). Michigan: The university of michigan press.

Thompson, B. E. (1987). When caring is the only cure: Managing the chronically ill patient. **Nursing 87, 17**(1), 58-59.

Turner, B. S. (1983). Social Support, Threat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled (quoted in Mcnett, SC. 1987). **Nursing Research** 36 (March-April), 98-103.

Turner, B. S. & Samson, C. (1995). **Medicine power and social knowledge** (2nd Ed). London: SAQE Publications.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

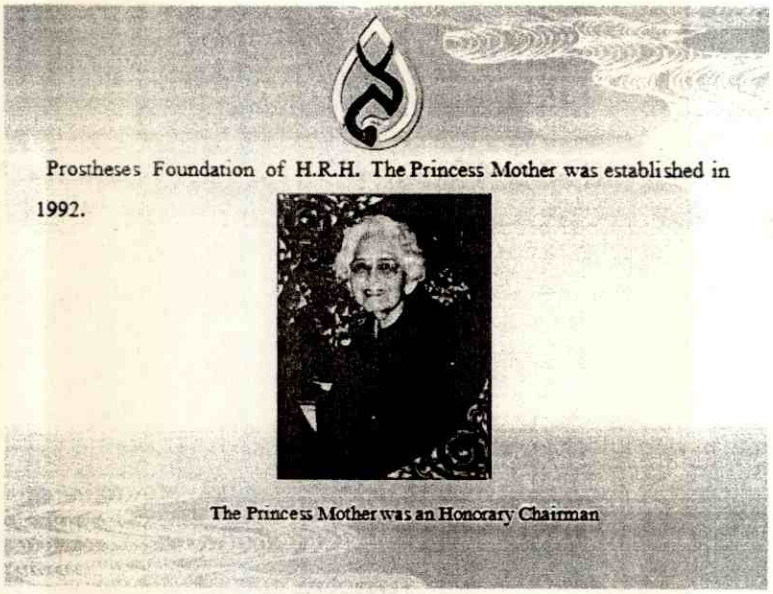
ภาคผนวก ก

มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

เนื้อหามูลนิธิ ขาเทียม ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระราชทานกำเนิดโดยสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เมื่อปีพ.ศ.2535 เมื่อทรงทราบว่า รศ.นพ.เทอดชัย ชีวะเกตุ สามารถประดิษฐ์ขาเทียมที่มีน้ำหนักเบา สวมใส่ สบาย จากขยะพลาสติกและมีราคาถูกกว่าขาเทียมต่างประเทศที่ผลิตในประเทศไทยถึง 10 เท่า ทรงมีพระราชดำริ ให้จัดตั้งมูลนิธิขาเทียมฯ ขึ้นเพื่อทำขาเทียมให้แก่คนพิการขาขาดที่ยากไร้ ด้อยโอกาส ไม่คิดมูลค่า และไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนา

มูลนิธิขาเทียม ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้รับการจดทะเบียนเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2535 โดยสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์ ทรงลงพระนามยื่นขอการจดทะเบียนด้วยลายพระหัตถ์ของพระองค์เอง สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงดำรงตำแหน่งองค์ประธานกิตติมศักดิ์ และทรงโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้า กัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นองค์ประธาน ทั้งสองพระองค์พระราชทานทุนทรัพย์ประเดิมในการจัดตั้งมูลนิธิขาเทียมฯ จำนวนหนึ่งทำให้มูลนิธิขาเทียมฯ สามารถให้การบริการจัดทำขาเทียม ให้แก่คนพิการขาขาด ตั้งแต่ ปีพ.ศ 2535 เป็นต้นมา

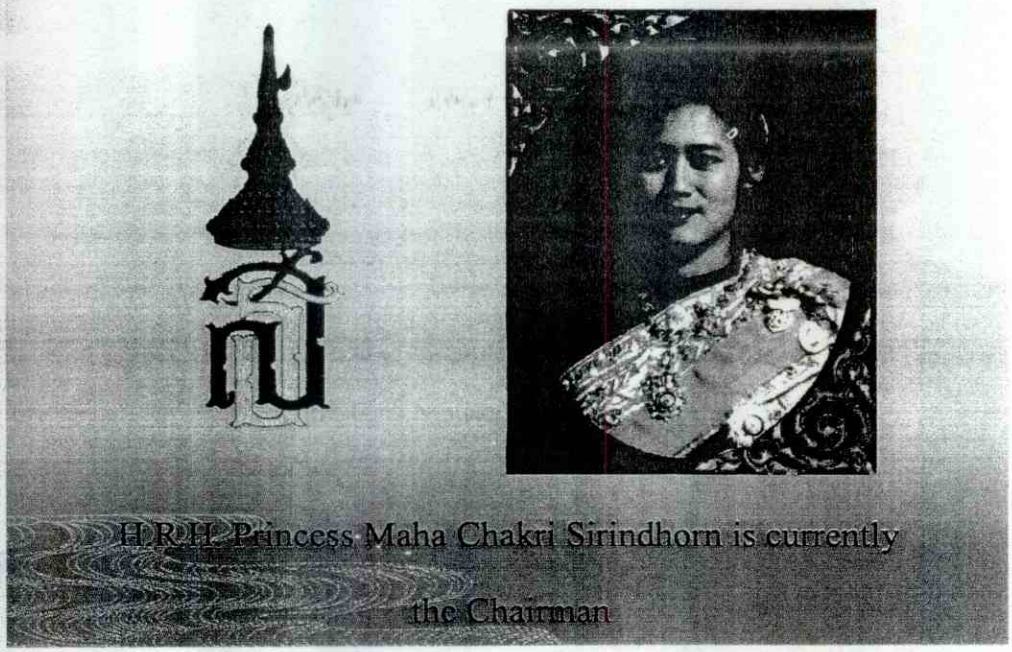
ปัจจุบัน สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงดำรงค์ตำแหน่งองค์ประธาน ของมูลนิธิขาเทียมฯ เพื่อสืบทอดพระราชกรณียกิจต่อจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้า กัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ตั้งแต่ 26 มกราคม พ.ศ.2552 เป็นต้นมา



ภาพที่ ก1 พระศรีนครินทราบรมราชชนนี



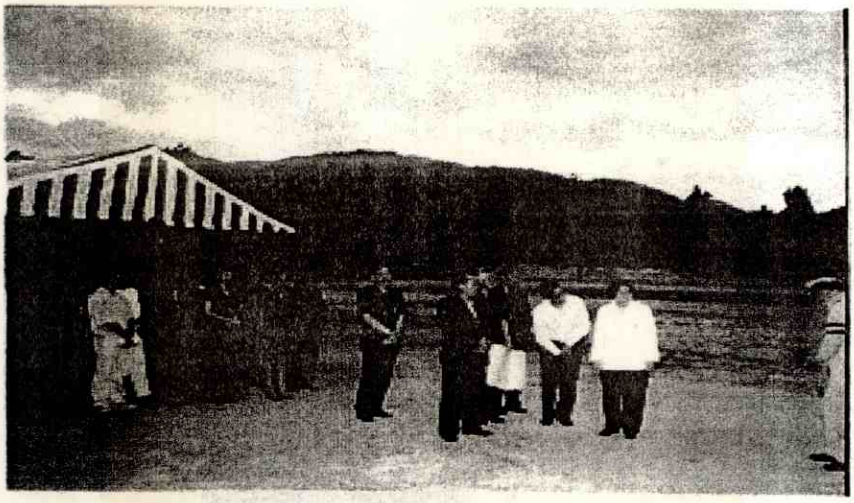
ภาพที่ ก2 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ

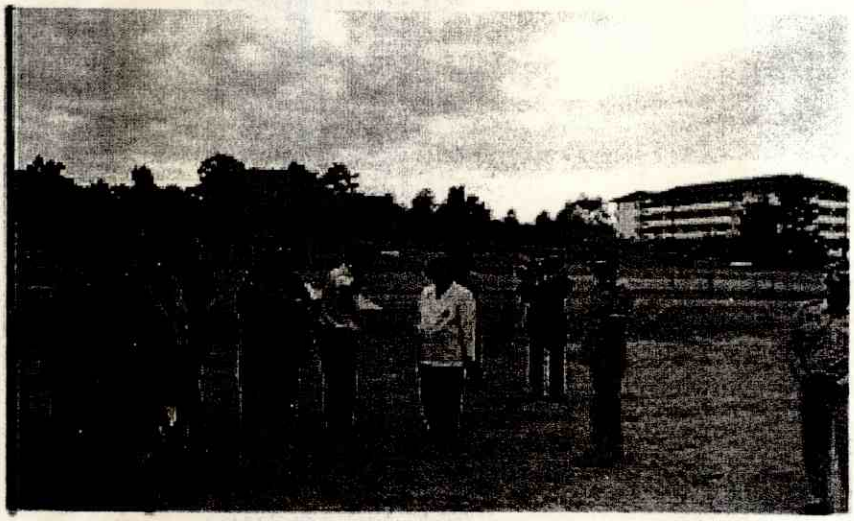


ภาพที่ ก3 สมเด็จพระเทพพระรัตนราชสุดาสยามบรมราชชกุมารี องค์ประธานปัจจุบัน

ในระยะแรกมูลนิธิขาเทียมฯ ได้อาศัยสถานที่ของคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสถานที่ของเอกชน สำหรับดำเนินการ ต่อมาภารกิจการบริการ การค้นคว้าประดิษฐ์ การผลิตอุปกรณ์การทำขาเทียม และชิ้นส่วนขาเทียมมีมากขึ้น มูลนิธิขาเทียมฯ จึงต้องจัดหาพื้นที่การก่อสร้างที่ทำการเพื่อตอบสนองภาระงาน

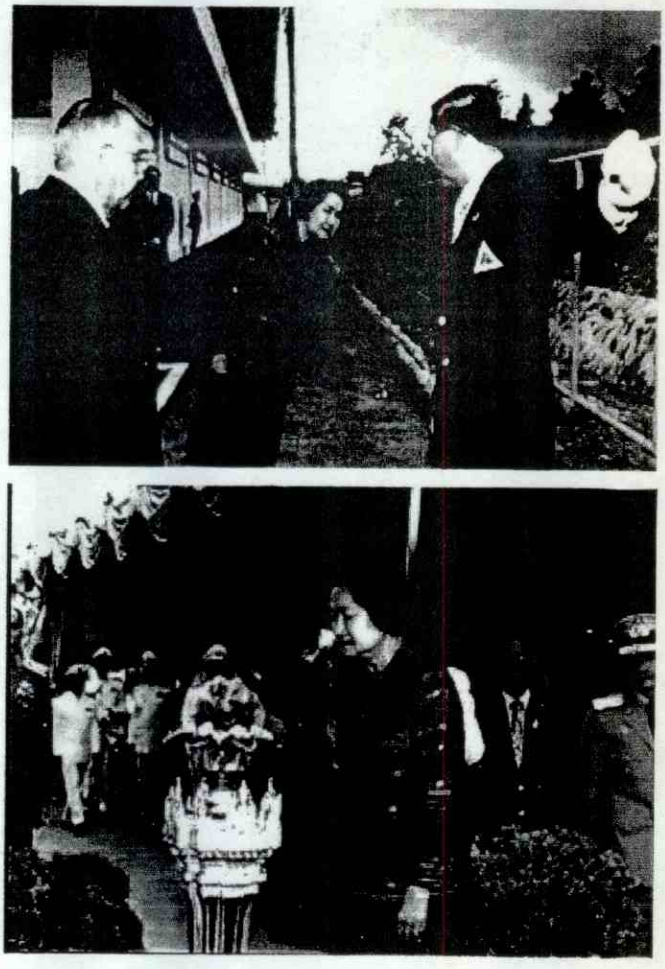
สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยานิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ นอกจากพระองค์จะลงพระนามยื่นคำขอจดทะเบียนเป็นมูลนิธิขาเทียมด้วยพระองค์เองแล้ว พระองค์ยังได้ทรงสำรวจเสด็จทอดพระเนตรพื้นที่ที่จะทำการก่อสร้างอาคารที่ทำการเพื่อใช้เป็นที่ให้บริการ ค้นคว้าวิจัย ผลิตชิ้นส่วนอุปกรณ์ วัสดุในการทำขาเทียม ให้ประเทศไทยมีกายอุปกรณ์ใช้เป็นของตนเอง ไม่ต้องพึ่งของนำเข้าจากต่างประเทศ และเสด็จมาเปิดที่ทำการของมูลนิธิขาเทียมฯ ในวันจันทร์ที่ 6 ตุลาคม 2546 และปัจจุบันที่ทำการการนี้ได้เป็นที่ให้การบริการขาเทียม ค้นคว้าวิจัย อบรมช่างกายอุปกรณ์ และผลิตชิ้นส่วนต่าง ๆ ได้ตามวัตถุประสงค์







ภาพที่ ก4 ดูพื้นที่เพื่อก่อสร้างอาคาร



ภาพที่ ก5 ทรงเปิดอาคารสำนักงานมูลนิธิฯ ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2546

มูลนิธิขาเทียม ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
Prostheses Foundation of H.R.H. The Princess Mother



ภาพที่ ก6 มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

1.1 พันธ์กิจของมูลนิธิ

1.1.1 ดำเนินการค้นคว้าหาวิธีการทำขาเทียมระดับต่าง ๆ ที่ใช้การได้ดีและช่างทุกคนสามารถทำได้

1.1.2 ค้นคว้าทดลองประดิษฐ์ชิ้นส่วนขาเทียมจากทรัพยากรในประเทศที่ทนทานและใช้งานได้เหมาะสม กับ ภูมิประเทศประดิษฐ์อุปกรณ์การทำขาเทียมเพื่อช่วยให้ช่างสามารถทำขาเทียมที่ดีถูกต้องตามมาตรฐานให้เสร็จ รวดเร็ว

1.1.3 ดำเนินการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้แก่ช่างกายอุปกรณ์ทั้ง ในประเทศและภูมิภาค

1.1.4 จัดการศึกษาเพื่อเผยแพร่ความรู้งานกายอุปกรณ์แก่ผู้ปฏิบัติงานระบบโครงสร้างของร่างกาย

1.2 วิสัยทัศน์

เป็นศูนย์กลางการพัฒนาขาเทียมที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจภูมิประเทศของภูมิภาค

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 จัดทำขาเทียมให้คนพิการขาขาดทุกเชื้อชาติศาสนา โดยไม่คิดมูลค่า

1.3.2 ผลิตชิ้นส่วนขาเทียมให้แก่หน่วยงานที่สามารถทำขาเทียม ตามแบบของมูลนิธิขาเทียมฯ เพื่อหน่วยงาน นั้นจะทำขาเทียมให้คนพิการ ขาขาดหรือซ่อมแซมขาเทียมที่ชำรุดโดยไม่คิดมูลค่า

1.3.3 จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเพื่อให้ผู้ใช้ขาเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถ ประกอบอาชีพได้ เช่น ไม้ค้ำยัน เครื่องช่วยพยุงตัว เป็นต้น

1.3.4 จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ช่างขาเทียมที่ปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ หรือศูนย์การแพทย์ ให้สามารถทำขาเทียมตามแบบมูลนิธิขาเทียมฯ และมีความรู้ความชำนาญมากขึ้น

1.3.5 ค้นคว้า วิจัย พัฒนาคุณภาพของขาเทียมตามแบบมูลนิธิขาเทียมฯ

1.3.6 ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์ หรือร่วมมือกับองค์กรการกุศลอื่นเพื่อสาธารณประโยชน์



ภาพที่ ก7 องค์ประธานคณะกรรมการมูลนิธิขาเทียมในปัจจุบัน

1) สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	ประธานกรรมการ
2) พล.ท.นพ.ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์	รองประธานกรรมการ
3) นายอภิลาศ โอสถานนท์	กรรมการ
4) ม.ร.ว.ดิศนัดดา ดิศกุล	กรรมการ
5) นายปีย์ มาลากุล ณ อยุธยา	กรรมการ
6) ศ.เกียรติคุณ นพ.ดิเรก อิศรางกูร ณ อยุธยา	กรรมการ
7) พล.ต.ต.นพ.เฉลิมพงศ์ โกมารกุล ณ นคร	กรรมการ
8) นายเกรียงฤทธิ์ สุขเจริญสิน	กรรมการ
9) รศ.นิยะดา ชุณหวงศ์	กรรมการ
10) นายธารินทร์ นิมมานเหมินทร์	กรรมการและเหรัญญิก
11) รศ.นพ.เทอดชัย ชีวะเกตุ	กรรมการและเลขาธิการ
12) นางทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์	เลขานุการคณะกรรมการ

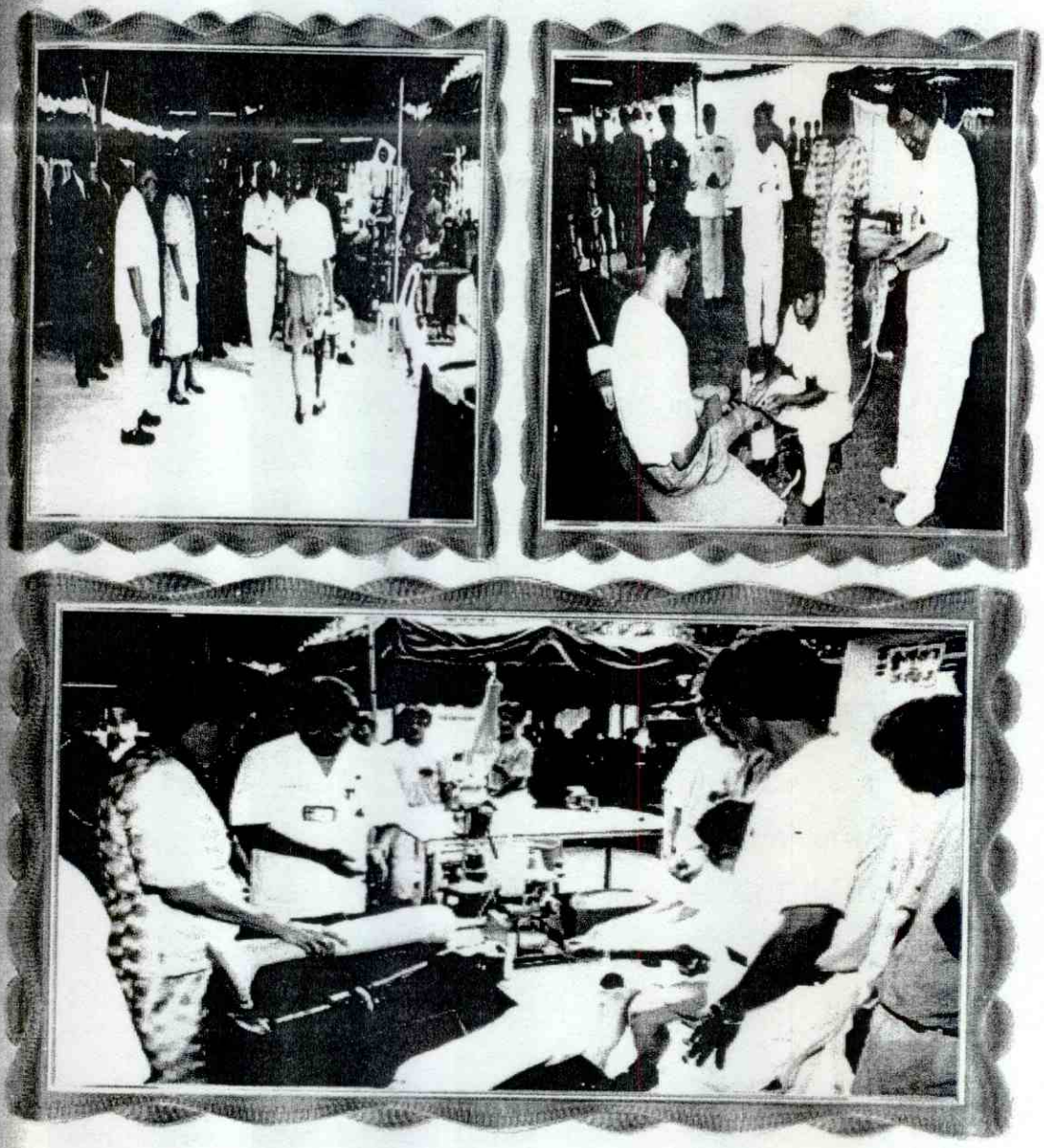


ภาพที่ ก8 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี องค์ประธานมูลนิธิตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน ทรงพระกรุณาเสด็จเยี่ยมการปฏิบัติงานในหน่วยทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่





ภาพที่ ก9 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลป์ยาณิวัฒนาฯ



ภาพที่ ก10 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี

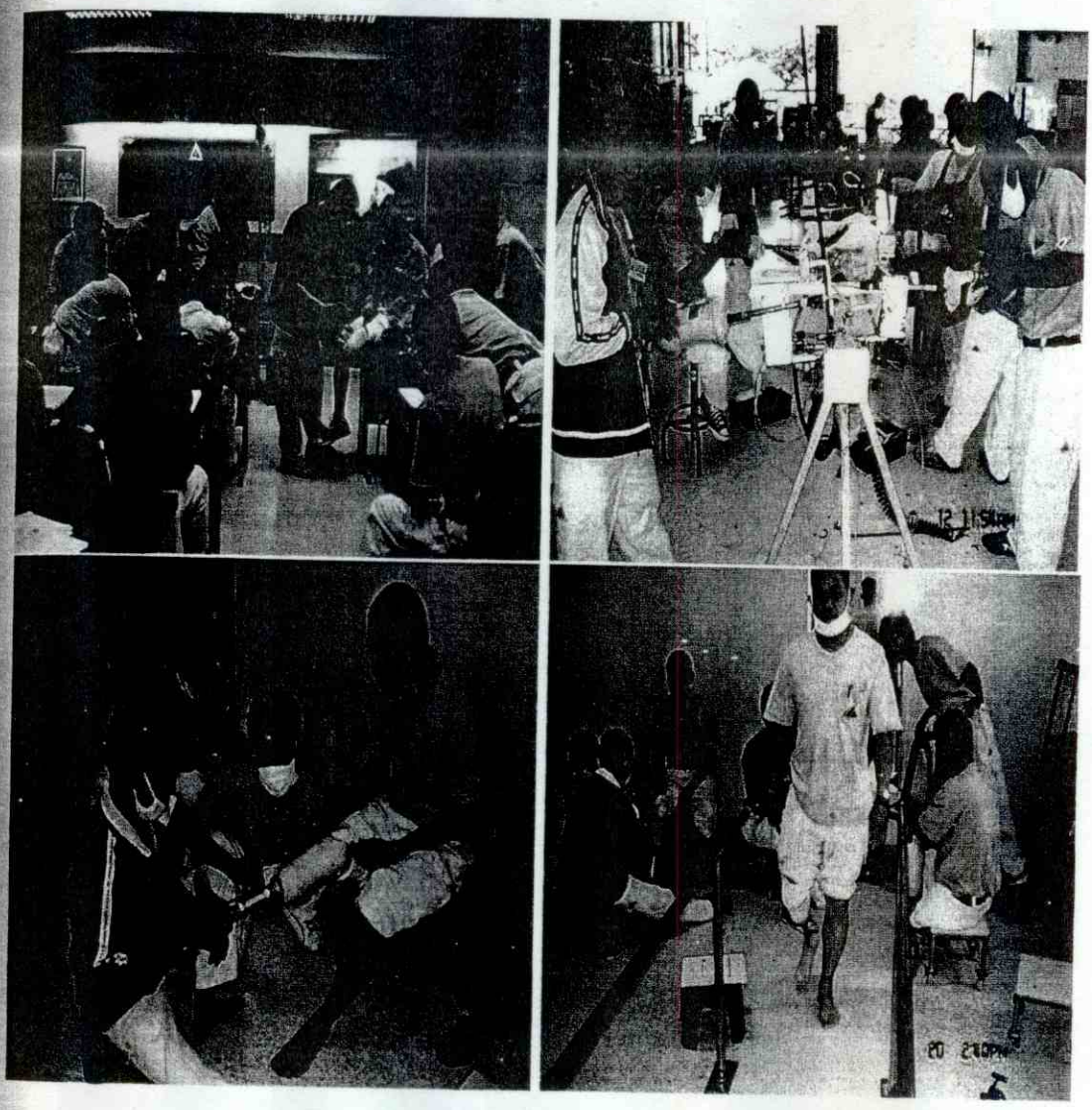
1.4 การอบรม

นอกจากมูลนิธิฯ จะบริการทำขาเทียมให้แก่คนพิการขาขาดที่ยากไร้ ด้อยโอกาส โดยการจัดหน่วยทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่และบริการ ณ สำนักงานทำการของมูลนิธิฯ แล้ว มูลนิธิฯ ยังมีงานหลักตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การฝึกอบรมการทำขาเทียมตามวิธีการและเทคโนโลยี ที่มูลนิธิขาเทียมฯ คิดค้นขึ้น เพื่อให้ช่างสามารถทำขาเทียมแบบของมูลนิธิฯ ในท้องถิ่นได้โดยไม่ต้องรอคอยหน่วยทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่ออกไปให้บริการ ผลลัพธ์คือ คนพิการขาขาดจำนวนมากได้รับขาเทียมที่ดีในเวลาอันรวดเร็ว และยั่งยืน

มูลนิธิขาเทียมฯ จึงได้จัดการฝึกอบรมการทำเบ้าขาเทียมจากหุ่นทรายด้วยเทคนิค CIR Sand Casting ซึ่งเป็นนวัตกรรมการทำเบ้าขาเทียมแบบใหม่ที่ทันสมัย ช่วยประหยัดต้นทุนในการผลิต สะดวก รวดเร็ว สถานที่ไม่เปรอะไปด้วยปูนพลาสเตอร์เหมือนวิธีการดั้งเดิม และคนพิการขาขาดที่มารับบริการไม่ต้องรอนาน ให้แก่ช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจัดตั้งโรงงานทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับมูลนิธิขาเทียมฯ มูลนิธิฯดำเนินการฝึกอบรมการทำเบ้าขาเทียมจากหุ่นทราย 4 ระดับคือ ขาเทียมใต้เข่า (BK) ขาเทียมระดับข้อเท้า (Syme) ขาเทียมเหนือเข่า (AK) และขาเทียมระดับข้อเข่า (TK) ใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมทั้งสิ้น 4 เดือน หลังเสร็จการฝึกอบรมแล้วช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาลชุมชน สามารถให้บริการทำขาเทียมที่ดี และเหมาะสม ให้แก่คนพิการขาขาดในท้องถิ่นในเวลารวดเร็ว

1.5 การทำเบ้าขาเทียมใต้เข่าจากหุ่นทราย

ขาเทียมที่ดีคือ ขาเทียมที่คนพิการสวมใส่แล้วกระชับพอดีไปกับทุกส่วนของตอขา ใส่แล้วรู้สึกสบาย ไม่เจ็บ เดินด้วยท่าเดินที่เป็นธรรมชาติ การที่จะได้ขาเทียมที่ดีเบ้าจะต้องมีขนาดพอดีกับตอขา และสามารถถ่ายทอดน้ำหนักตัวผ่านเบ้า แกนหน้าแข้ง ลงสู่เท้าเทียมและพื้นได้อย่างถูกต้องตามหลักชีวะกลศาสตร์ การทำเบ้าขาเทียมใต้เข่าจากหุ่นทราย ใช้หลักการ Dilatancy คือ เมื่ออากาศระหว่างเม็ดทรายในถุงถูกดูดออกไป เม็ดทรายจะเกาะกันแน่น จากหลักการนี้นำมาสร้างหุ่นตอขาจากทรายทดแทนปูนพลาสเตอร์ และนำมาแต่งหุ่นตามกระบวนการทำขาเทียมใต้เข่า



ภาพที่ ก11 การอบรมวิธีการทำขาเทียมให้แก่คนพิการขาขาดประจำโรงพยาบาลชุมชนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ (บรรยากาศการอบรม คนพิการฝึกปฏิบัติกับคนพิการด้วยกัน)

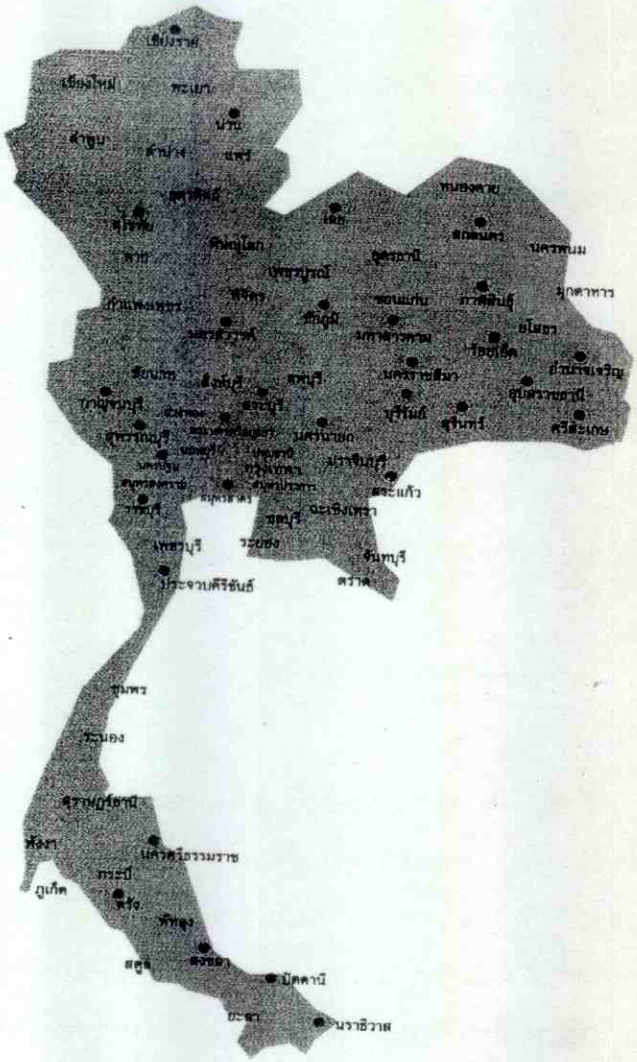
1.6 ที่มาของการจัดตั้งโรงงานทำขาเทียมให้แก่โรงพยาบาลชุมชน

จากการที่มูลนิธิขาเทียมฯ ได้จัดหน่วยทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่ไปยังท้องถิ่นต่าง ๆ ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 เพื่อจะให้คนพิการขาขาดที่ยากไร้ด้อยโอกาสได้รับขาเทียมอย่างรวดเร็วและทั่วถึง ตามพระราชประสงค์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เนื่องจากคนพิการที่ยากไร้ด้อยโอกาส ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกล ทุรกันดาร เมื่อสูญเสียขาก็ไม่สามารถจะไปขอรับบริการทำขาเทียมจากหน่วยงานของรัฐเพราะ มีทุนทรัพย์ไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันการไปรับบริการทำขาเทียม ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัด คนพิการต้องรอคิวเป็นเวลานานและต้องเดินทางไปติดต่อที่โรงพยาบาลหลายครั้งจึงจะได้รับขาเทียม และในบางพื้นที่ถึงแม้มูลนิธิขาเทียมฯ จะจัดออกหน่วยเคลื่อนที่ออกให้บริการหลายครั้งคนพิการก็ยังไม่สามารถจะมารับบริการได้ และอีกประการหนึ่งขาเทียมเมื่อใช้ระยะหนึ่งอาจชำรุดซึ่งต้องได้รับการซ่อมแซม เพื่อจะสามารถใช้งานได้สมบูรณ์ต่อไป

จากปัญหาดังกล่าว รศ.นพ.เทอดชัย ชีวะเกตุ เลขาธิการมูลนิธิขาเทียมฯ จึงได้ทำโครงการจัดตั้งโรงงานทำขาเทียมร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้คนพิการในท้องถิ่นชนบทได้รับขาเทียมโดยเร็ว อีกทั้งจะเป็นการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตามที่ได้กล่าวข้างต้น และจะเป็นการให้บริการที่ยั่งยืน คนพิการสามารถเข้าถึงจุดบริการได้อย่างรวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไปโรงงานขาเทียมหลายครั้งทำให้ประหยัดทั้งเวลาและค่าเดินทาง

สิ่งสำคัญในโครงการนี้ รศ.นพ.เทอดชัย ชีวะเกตุ ได้ให้แนวคิดในการดำเนินงานคือ ให้ชุมชนคัดเลือกคนพิการขาขาดที่ร่างกายแข็งแรง สามารถรับการเรียนรู้ แห่งละ 2-3 คน ส่งมายังมูลนิธิขาเทียมฯ เพื่อรับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ด้วยวัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ที่มูลนิธิขาเทียมฯ ได้คิดค้น ประดิษฐ์ เพื่อให้คนพิการที่ได้รับการอบรมสามารถทำขาเทียมที่ดีและมีคุณภาพ คนพิการที่ผ่านการอบรมจากมูลนิธิขาเทียมฯ จะสามารถกลับไปให้บริการทำขาเทียมที่ดี ให้แก่คนพิการขาขาดในชุมชนอย่างรวดเร็ว ทั่วถึงและยั่งยืนภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ของมูลนิธิขาเทียมฯ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันนี้มูลนิธิขาเทียมฯ ได้จัดตั้งโรงงานทำขาเทียมร่วมกับชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนไปแล้ว 35 แห่งโดยมูลนิธิขาเทียมฯให้การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ให้แก่โรงงานทำขาเทียมโดยไม่คิดมูลค่าในอนาคตมูลนิธิขาเทียมฯ มีเป้าหมายจะขยายการจัดตั้งโรงงานทำขาเทียมร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดละ 1 แห่งทั่วประเทศต่อไป ซึ่งจะทำให้คนพิการที่อยู่ในชนบทได้รับขาเทียมอย่างรวดเร็ว ทั่วถึง ยั่งยืน เพื่อให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองและประกอบ

อาชีพได้ และที่สำคัญก็เพื่อให้สังคมได้ทราบว่าคนพิการยังมีสมอง มีความสามารถที่จะช่วยพัฒนาประเทศชาติเพียงแต่ถ้าพวกเขาได้รับโอกาสจากสังคมให้เท่าเทียมกับบุคคลอื่น



ภาพที่ ก12 จังหวัดที่มีโรงงานขาเทียมประจำโรงพยาบาลชุมชน

1.7 ความรู้เรื่องการตัดขา

ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ แล้วแพทย์จะไม่ตัดขาหรือแขนผู้ป่วยเพราะ แขน-ขาเทียมถึงแม้จะทำให้มีรูปร่างคล้ายของจริง แต่ก็ทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนของจริงและที่สำคัญคือ มีความรู้สึกสัมผัส ศัลยแพทย์จึงหลีกเลี่ยงการตัดแขน-ขา ความจำเป็นที่ต้องตัดแขน-ขาคือ การรักษาชีวิตของผู้ป่วย สาเหตุของการตัดแขน-ขา มีดังนี้

1.7.1 แขน-ขาขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เนื้อเยื่อที่ปลายแขน-ขา เน่าตาย ซึ่งนอกจากจะเจ็บปวดรุนแรงแล้วยังเป็นแหล่งอาศัยของเชื้อโรคที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.7.2 ภยันตรายที่ทำลายเนื้อเยื่อของแขนขา อันได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก เส้นเลือด เส้นประสาท

1.7.3 การอักเสบติดเชื้อรุนแรงของแขนขาไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาต้านจุลชีพที่มีอยู่ และถ้าเชื้อนี้เข้าสู่กระแสโลหิตจะทำให้เสียชีวิต

1.7.4 แผลเรื้อรังที่รักษาไม่หายและอาจจะกลายไปเป็นเนื้อร้ายทำให้เสียชีวิต

1.7.5 มะเร็งของกล้ามเนื้อและกระดูก

1.8 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อใส่ขาเทียม

เพื่อจะให้คนพิการเดินได้ดี ตอขาก็จะต้องมีรูปร่างสภาพที่ดี กล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของตอขาและลำตัวจะต้องแข็งแรง ข้อต่อที่อยู่เหนือระดับตอขาจะต้องเคลื่อนไหวได้เต็มพิสัย การจะได้ตอขาที่มีรูปร่างสภาพดีก็ต้องมีเทคนิคการผ่าตัดที่ถูกต้อง การจะเดินได้ดีข้อต่อและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของตอขาจะต้องปกติและแข็งแรง ดังนั้นจึงต้องมี

1.8.1 การบริหารเพื่อเตรียมร่างกายก่อนใส่ขาเทียม การบริหารร่างกายทั่ว ๆ ไป เคลื่อนไหวข้อของแขนขาทุกข้อให้เต็มพิสัยการเคลื่อนไหว วันละ 2 เวลา คือ เช้าและเย็น เวลาละ 20-30 นาที และเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อลำตัว แขน-ขา ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด

1.8.2 การบริหารตอขา ได้แก่ การใช้ตอขาออกกำลังยกน้ำหนักหรือออกแรงต้านกับนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ตอขาแข็งแรงเพื่อจะให้ คนพิการเดินได้ด้วยท่าเดินที่ดีและมีความปลอดภัย

1.9 การฝึกก่อนได้รับขาเทียม

1.9.1 การฝึกการทรงตัว (alancing exercise) ควรเริ่มทันทีที่สามารถลุกนั่งได้ ได้แก่ การนั่งทรงตัวที่เตียงการยืนตัวตรงโดยเกาะเก้าอี้ข้างเตียง

1.9.2 การหัดเดินด้วยไม้ค้ำยัน (crutch walking) ควรเริ่มเร็วที่สุดเพื่อป้องกันการใช้เก้าอี้ล้อเข็นมากเกินไปโดยเริ่มจากการฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนให้แข็งแรงสามารถยกน้ำหนักตัวได้การหัดเดินนี้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยฟื้นจากการผ่าตัดโดยนักกายภาพบำบัด

1.9.3 การกระโดดขาเดียว (hopping) เริ่มจากผู้ป่วยสามารถยืนได้มั่นคงดีแล้วทำให้สามารถไปไหนมาไหน ในระยะใกล้ได้โดยไม่ต้องใช้ไม้ค้ำยันหรือเก้าอี้ล้อเข็น เพิ่มความมั่นคงในการทรงตัวและลดความกลัวที่จะล้ม

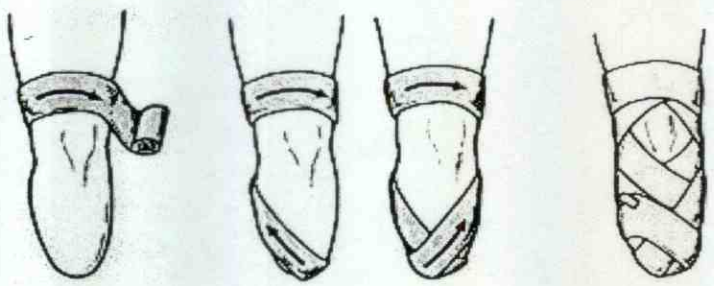
1.9.4 การออกกำลังของตอขา (stump exercise)

1.9.5 การฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้ค้ำยัน (crutch) หรือ walker

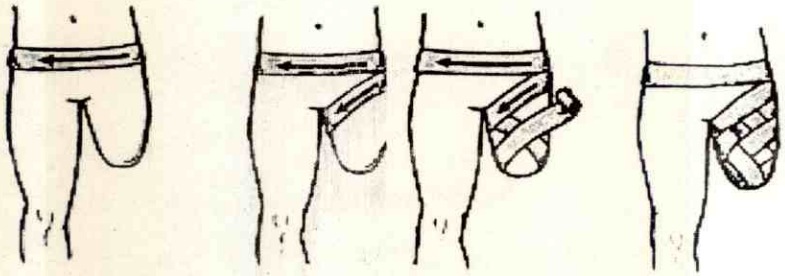
1.10 ปัญหาตอขาก่อนใส่ขาเทียม

1.10.1 การบวม (edema) ภายหลังการผ่าตัดตอขาจะบวมทุกราย เพื่อลดการบวมที่จะเป็นอุปสรรคต่อการใส่ ขาเทียม ผู้ป่วยจึงควรได้รับการสอนการพันตอขาตนเอง ดังรูป บางครั้งเมื่อคนพิการ มาพบแพทย์ อาจจะไม่ได้รับการสั่งทำขาเทียมให้ทันทีเพราะตอขาบวม

1.10.2 ตอขา (stump) ที่ดีและเหมาะสมที่จะใส่ขาเทียมนอกจากจะต้องอาศัยเทคนิคการผ่าตัดที่ดีแล้ว แผลผ่าตัด จะต้องติดสนิทและแข็งแรง มีความยาวตอขาที่เหมาะสม



ภาพที่ ก13 ตอขาระดับใต้เข่า ควรใช้ผ้ายืด (elastic bandage) ขนาด 4 นิ้ว 1-2 ม้วนเย็บต่อกัน



ภาพที่ ก14 ตอขาระดับเหนือเข่า ควรใช้ผ้ายืดขนาด 6 นิ้ว 2 ม้วนเย็บต่อกัน

1. ถอดพันใหม่อย่างน้อยทุก 6 ชั่วโมงเพื่อให้มีความกระชับตลอดเวลา
2. ระยะเวลาที่คลายออกไม่ควรเกิน 30 นาที

การพันตอขาจะพันจนกว่าตอขาจะยุบตัวดีวิธีง่าย ๆ ในการตรวจดูว่าตอขา ยุบตัวดีคือ ใช้ปลายนิ้วหยิบผิวหนังบริเวณตอขา ถ้าหยิบขึ้นแสดงว่า ตอขายุบตัวได้พอเหมาะแล้วถ้าหยิบไม่ขึ้นแสดงว่าตอขายังยุบตัวไม่พอต้องพันขา ต่อไป

1.11 การยึดติดงอ (flexion contracture)

เรามักจะพบตอขาติดยึดงอเนื่องจากการอยู่ในท่าที่ผิด ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงท่าต่อไปนี้



ภาพที่ ก15 สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

1.12 ปัญหาตอขาก่อนใส่ขาเทียม

1.12.1 การติดเชื้อ (infection) ที่ตอขา ซึ่งควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมจากแพทย์

1.12.2 รอยแตกของตอขา (fissure) เกิดจากตอขาแห้งเกินไป ควรใช้ครีมทา

1.12.3 ปลายกระดูกงอก (bone overgrowth) ซึ่งเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดไม่ดี ถ้าแก้ไขที่ตัวเบ้าขาเทียมไม่ได้ ต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดเอาปลายกระดูกงอกออก

1.12.4 ปมปลายประสาท (neuroma) ปลายเส้นประสาทที่ถูกตัดทุกเส้นจะหดเป็นปมซึ่งถ้าอยู่บริเวณใต้ผิวหนัง จะถูกกระทบและถูกกดได้ง่ายทำให้เจ็บปวดการแก้ไขควรจะให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดฝังให้ ปมอยู่ในกล้ามเนื้อ

1.12.5 ตอขาบวม (stump edema) หลังผ่าตัดตอขาจะบวม ถ้าได้รับการดูแลที่ดีรู้จักพันตอขาด้วยวิธีที่ได้กล่าว ไปแล้ว อาการบวมจะยุบลงในเวลาไม่ช้า

1.12.6 การติดยึดของตอขา (contracture) มักเกิดในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งถ้าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำรวมทั้ง ได้ใช้ขาเทียมเดินแล้ว จะลดการเกิดข้อติดได้มากถ้าแก้ไขไม่ได้ต้องใช้วิธีการผ่าตัด ควรคำนึงเสมอว่าการป้องกันนั้นง่ายกว่าการรักษา

1.12.7 ความรู้สึกหลอน (phantom sensation) เป็นปรากฏการณ์ปกติในผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขาไปโดยรู้สึกว่าส่วน ของแขนขาที่ถูกตัดไปยังคงอยู่และมีความรู้สึกแปลก ๆ แต่ไม่เจ็บต่อมาความ รู้สึกนี้จะค่อย ๆ หายไป

1.12.8 ความรู้สึกปวดปลายต่อตอขา (phantom pain) ผู้ป่วยรู้สึกปวดในส่วนของตอขาที่ถูกตัดไปแล้วเช่น ปวดที่เท้าการรักษาที่ดีที่สุด คือ ก่อนผ่าตัดเราควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง phantom sensation และ phantom pain ว่าอาจเกิดขึ้นได้เป็นสิ่งปกติเพื่อลดความตกใจและความกลัว ส่วนหลังผ่าตัดควรดูแลตอขาโดยการตรวจ และพันตอขาและให้ใช้ขาเทียมให้เร็วที่สุดเมื่อตอขาพร้อม เมื่อใส่ขาเทียมอาการ phantom sensation และ phantom pain จะหายไป

1.13 ปัญหาตอขาหลังใส่ขาเทียม

1.13.1 ปัญหาของผิวหนัง เหงื่อที่ออกมากบริเวณตอขากับแรงเสียดสีกับเบ้าขาเทียม อาจทำให้เกิดปัญหาของผิวหนังที่พบได้มี

1.13.1.1 ต่อมเหงื่ออักเสบ ต่อมไขมันอักเสบ ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (contact dermatitis) สารที่ใช้ ทำความสะอาดตอขา เช่น สบู่ หรือสารที่ใช้ทำความสะอาดเบ้าตอขา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นควรงดการใช้ขาเทียมและปรึกษาแพทย์

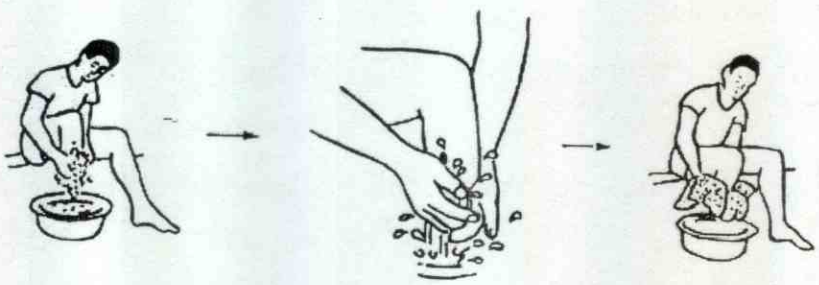
1.13.1.2 การติดเชื้อราซึ่งทำให้ตอขามีกลิ่นเหม็น จะต้องได้รับการรักษา

1.13.2 Choking effect คือ การรัดของขอบของเบ้าที่โคนตอขาทำให้มีการบวมของปลายตอขาและมีแผลตามมาได้ง่าย

1.13.3 กระดูกสันหลังคด (scoliosis) ผู้ป่วยที่มีขาสองข้างยาวไม่เท่ากันจากการใส่ขาเทียมที่สั้นหรือยาวเกินไป จะทำให้กระดูกสันหลังคดถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรัง การ แก้ไขจะต้องแก้ที่ตัวขาเทียมโดยแก้ให้ได้ความยาว ที่ถูกต้องร่วมกับการทำกายบริหารยืดกล้ามเนื้อลำตัวทุกวัน โดยเฉพาะในเด็กที่กำลังเจริญเติบโตจะช่วยป้องกันกระดูกสันหลังคดถาวรได้

1.13.3.1 ข้อควรปฏิบัติหลังจากที่ได้รับขาเทียมแล้ว

1. ขอให้ถือว่าตอขาเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายจะต้องดูแลรักษาความสะอาดเวลา อาบน้ำจะต้องถูสบู่ ฟอกขัดขี้ไคลเมื่ออาบน้ำเสร็จต้องเช็ดให้แห้ง ทาโลชั่นและแป้งเพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังส่วนปลายของตอขาแตกง่าย และป้องกันการหมักหมมก่อให้เกิดเชื้อราและกินเหม็น



ภาพที่ ก16 การทำความสะอาดขาเทียม

2. หลังจากถอดขาเทียมแล้ว ต้องสังเกตดูว่าตอขามีการเปลี่ยนไปหรือไม่ หรือมีรอยช้ำ เกิดขึ้นตรงบริเวณใด

3. หากมีแผลเกิดขึ้นควรงดการใส่ขาเทียมชั่วคราว ล้างแผลให้สะอาดใส่ยาฆ่าเชื้อโรค ถ้าแผลหายจึงทดลองใส่ขาเทียมอีกครั้ง ถ้ายังเกิดแผลอีกต้องไปปรึกษาแพทย์หรือช่างกายอุปกรณ์เพื่อทำการแก้ไขต่อไป

4. ควรเช็ดทำความสะอาดตัวขาเทียมและเบ้าด้วยน้ำสบู่ เช็ดด้วยผ้าสะอาดพึ่งลมให้แห้ง ไม่ต้องตากแดด



ภาพที่ ก17 การทำความสะอาดผ้ายืดที่พันตอขา

5. ต้องพันตอขาไว้ตลอดเวลาด้วยผ้ายืด ถึงแม้ตอขาจะยุบตัวแล้วก็ตาม คลายผ้าทุก 6 ชั่วโมงทิ้งไว้สักพัก แล้วพันใหม่ วันหนึ่งควรพันไว้ 23 ชั่วโมง ถอดผ้าพันเมื่อเวลาอาบน้ำ

6. ผ้ายืดที่พันตอขาจะต้องนำไปซักด้วยผงซักฟอกธรรมดา ห้ามนำไปต้มเพราะจะทำให้ความยืดเสียไปเมื่อซักเสร็จจึงนำไปตากบนราวตากผ้า 2 เส้นที่ขนานกันโดยพาดทับบนราวลวด 2 เส้นไปมาเพื่อป้องกันการยืดตัวและไม่ควรตากในแดดที่จ้าเกินไป

1.13.3.2 การออกกำลังตอขาในผู้ป่วยที่ตัดขาระดับเหนือเข่าและใต้เข่า

1. การออกกำลังกาย นอกจากวิธีการผ่าตัดที่ดีแล้วการออกกำลังตอขาเป็นสิ่งที่มีความ จำเป็นมากเพื่อที่จะได้ตอขาที่แข็งแรง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการติดงอของข้อต่อ ทำให้การไหลเวียนโลหิตของตอขาดี ทำให้เกิดความสมดุลของกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มกำลังเพิ่มความทนทาน และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อและป้องกันการฝ่อลีบ ของกล้ามเนื้อ บริเวณตอขา การออกกำลังกายทั่วๆ ไปมีดังนี้กำลังแขนทั้งสองข้างมีความจำเป็นเพราะผู้ป่วยต้องหัดเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันและการใช้ไม้ค้ำยันต้องใช้กำลังแขนซึ่งทำน้าที่ในการเหยียดข้อศอก

2. กำลังกล้ามเนื้อบริเวณลำตัวต้องแข็งแรงเพื่อใช้ในการทรงตัว กำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ดีซึ่งต้องรับน้ำหนักแทน ขาเสีย เราต้องออกกำลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานให้มากยิ่งขึ้น ส่วนขาข้างที่ตัดก็ไม่ใช้จะปล่อยไว้เฉย ๆ ต้องออกกำลังด้วยเช่นกัน

3. การออกกำลังตอขาในผู้ป่วยตัดขาระดับเหนือเข่า การตัดขาระดับเหนือเข่า ข้อเข่าธรรมชาติของผู้ป่วยก็จะถูกตัดออกไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อ สะโพกและลำตัว ที่เพียงพอที่จะมาช่วยควบคุมการทำงานของขาเทียมให้เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยท่าทางการออกกำลังดังนี้

1) การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณก้น ในการออกกำลังท่าดังกล่าวสามารถจะทำได้ไม่ว่าจะอยู่ในอริยาบทใดก็ตามโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณก้นค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ต่อ 1 ครั้ง วันหนึ่งให้ทำบ่อยๆ ครั้งเท่าที่จะทำได้

2) การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดของข้อสะโพก ให้คนพิการนอนหงาย ใช้หมอนขนาดเล็กรองตรงบริเวณส่วนปลายของตอขา ออกแรงเหยียดตอขากดหมอนลง ยกสะโพกให้ลอยพ้นพื้น หรือออกกำลังกายในท่านอนคว่ำ โดยการเหยียดตอขาด้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง การออกกำลังเหยียดสะโพกของขาด้านดี ให้คนพิการ นอนหงาย ชันเข่าของขาด้านดีแล้วยกก้นขึ้นให้สะโพก เหยียดตรง 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง ทำวันละ2-3ครั้ง

3) การบริหารกล้ามเนื้องอของข้อตะโพก ให้คนพิการนอนคว่ำรองหมอนขนาดเล็กบริเวณปลายตอขางอข้อตะโพกกดปลายตอขาลงยกกระดูกเชิงกรานให้สูงขึ้น 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้งทำวันละ 2-3 ครั้ง

4) การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกางขา ให้คนพิการนอนตะแคงทับขาข้างที่ถูกตัด รองหมอนขนาดเล็กบริเวณปลายของตอขา รองขาด้านดีด้วยกล่อง หรือเก้าอี้ขนาดเล็ก ออกแรงกดปลายตอขาลง ยกกระดูกเชิงกรานให้สูงขึ้น 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง1ครั้งทำวันละ 2-3 ครั้ง

5) การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหุบขา ให้คนพิการนอนตะแคงทับขาด้านดี วางตอขาไว้บนหมอนและเก้าอี้ขนาดเล็ก ออกแรงกดบริเวณปลายตอขาลงยกกระดูกเชิงกรานให้สูงขึ้น 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้งทำวันละ 2 -3 ครั้ง

6) การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องด้านหน้า ให้คนพิการนอนหงาย ตั้งขาและเข่าขึ้นทำมุม 45 องศาวางเท้าด้านดีราบไปกับพื้นยกลำตัวส่วนบนขึ้น เหยียดแขนให้มือแตะที่บริเวณเข่าประมาณ 15-20 ครั้งต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง

1.13.3.3 การออกกำลังตอขาในผู้ป่วยตัดขาระดับใต้เข่าการตัดขาระดับใต้เข่า

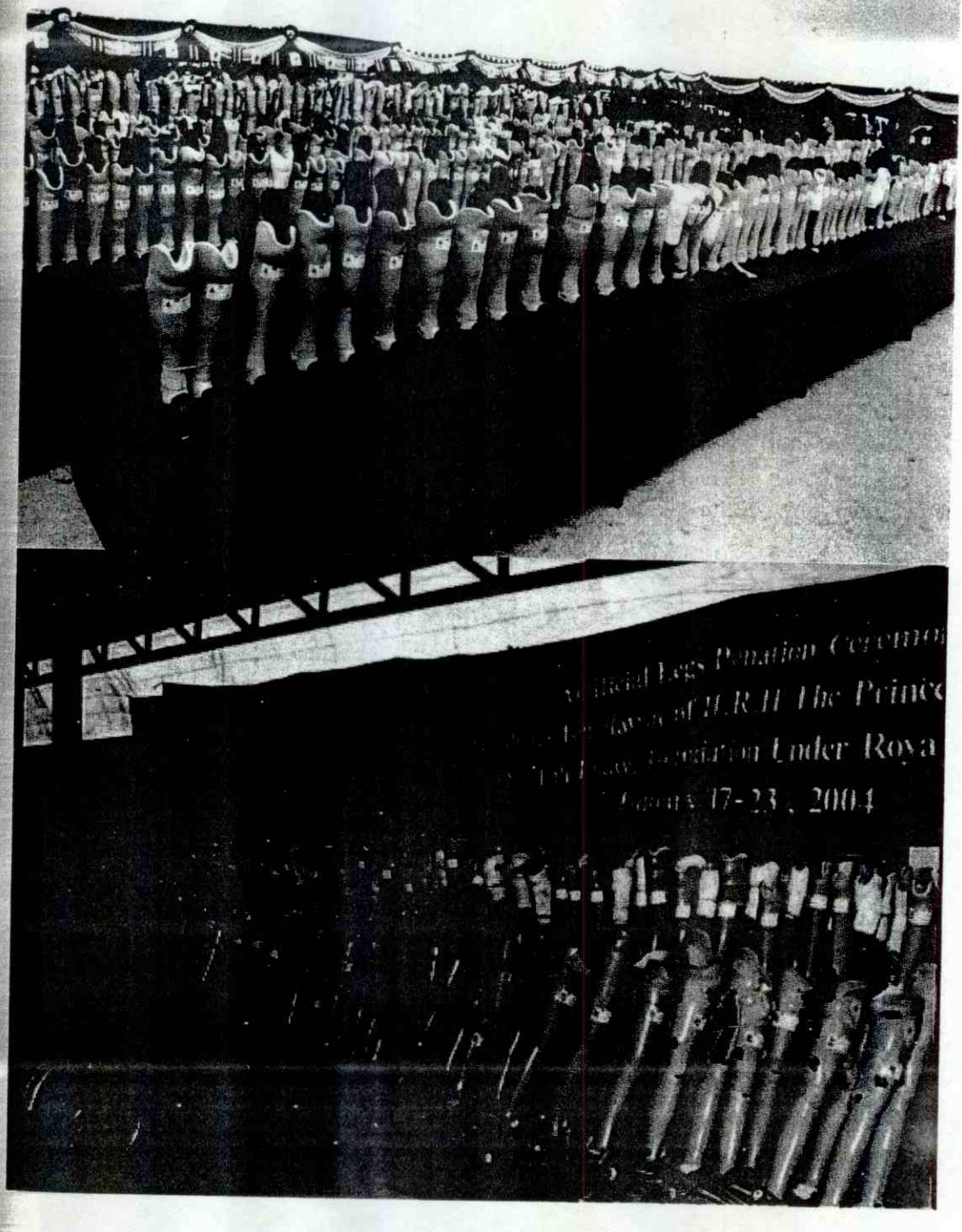
ข้อเข่าธรรมชาติของผู้ป่วยยังคงมีอยู่กลุ่มกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเหยียดข้อ เข่าจะมีความสำคัญมากในการทำขาเทียมสำหรับผู้ป่วยที่ถูกตัดขาระดับ ใต้เข่าเพราะจะช่วยเหยียดข้อเข่าป้องกันข้อเข่าไม่ให้พับงอในขณะรับน้ำหนักตัวเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อมัดใหญ่อยู่ทางด้านหน้าของหน้าขาซึ่งมีท่าทางการออก กำลังกายดังนี้

1. การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดของเข่า

ให้คนพิการนอนคว่ำ รองผ้าขนหนูบริเวณหน้าขาและบริเวณเข่า ให้คนพิการออกแรงกดและเหยียดปลายตอขาลง หรือให้คนพิการนอนหงาย รองหมอนบริเวณข้อพับเข่าของขาข้างที่ถูกตัด เหยียดงอเป็นจังหวะ สม่ำเสมอ 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง วันละ2-3 ครั้ง

2. การบริหารกล้ามเนื้องอของเข่า

ให้คนพิการนอนหงาย รองหมอนขนาดเล็กบริเวณปลายของตอขา ออกแรงกดปลายตอขาลงแล้วงอเข่า มาหาลำตัว หรือให้คนพิการนอนคว่ำงอ-เหยียดตอขาขึ้น-ลง 15-20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง



ภาพที่ ก18 คนพิการขาขาดเมื่อได้รับการสวมใส่ขาเทียมแล้วสามารถทำงานได้



ภาพที่ ก19 ทำนาได้



ภาพที่ ก20 หาปลา หาหอย เลี้ยงครอบครัว



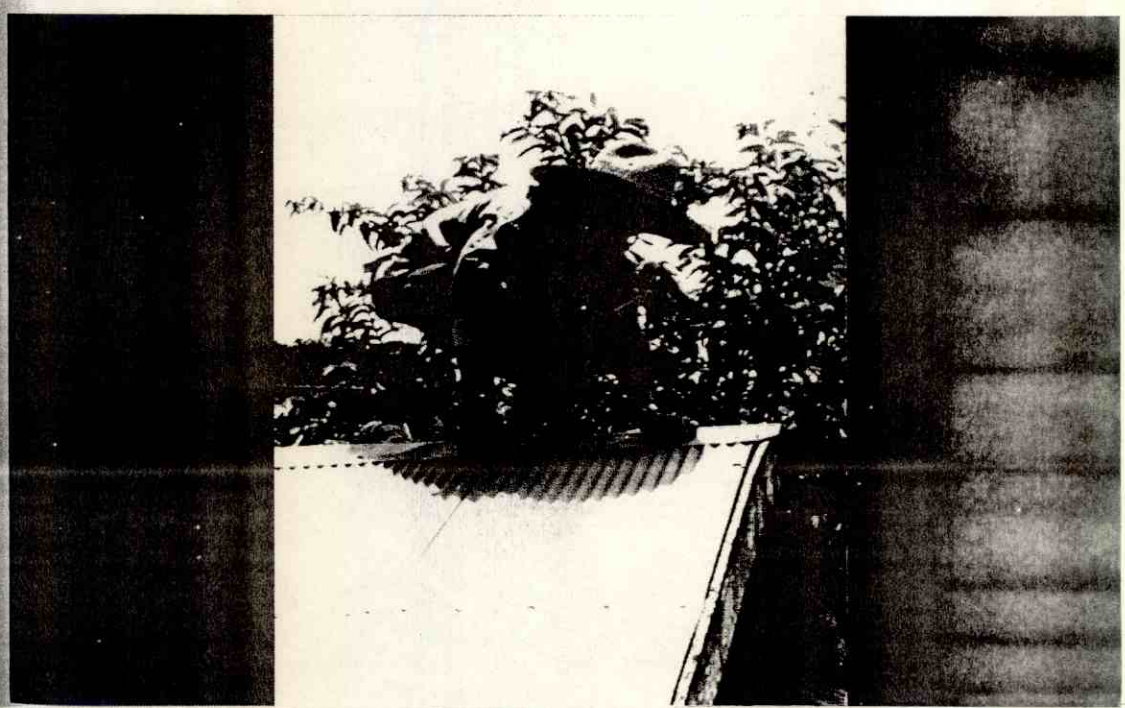
ภาพที่ ก21 หาของป่า



ภาพที่ ก22 ทำสวนทำไร่



ภาพที่ ก23 ลุยน้ำได้



ภาพที่ ก24 ซ่อมหลังคา



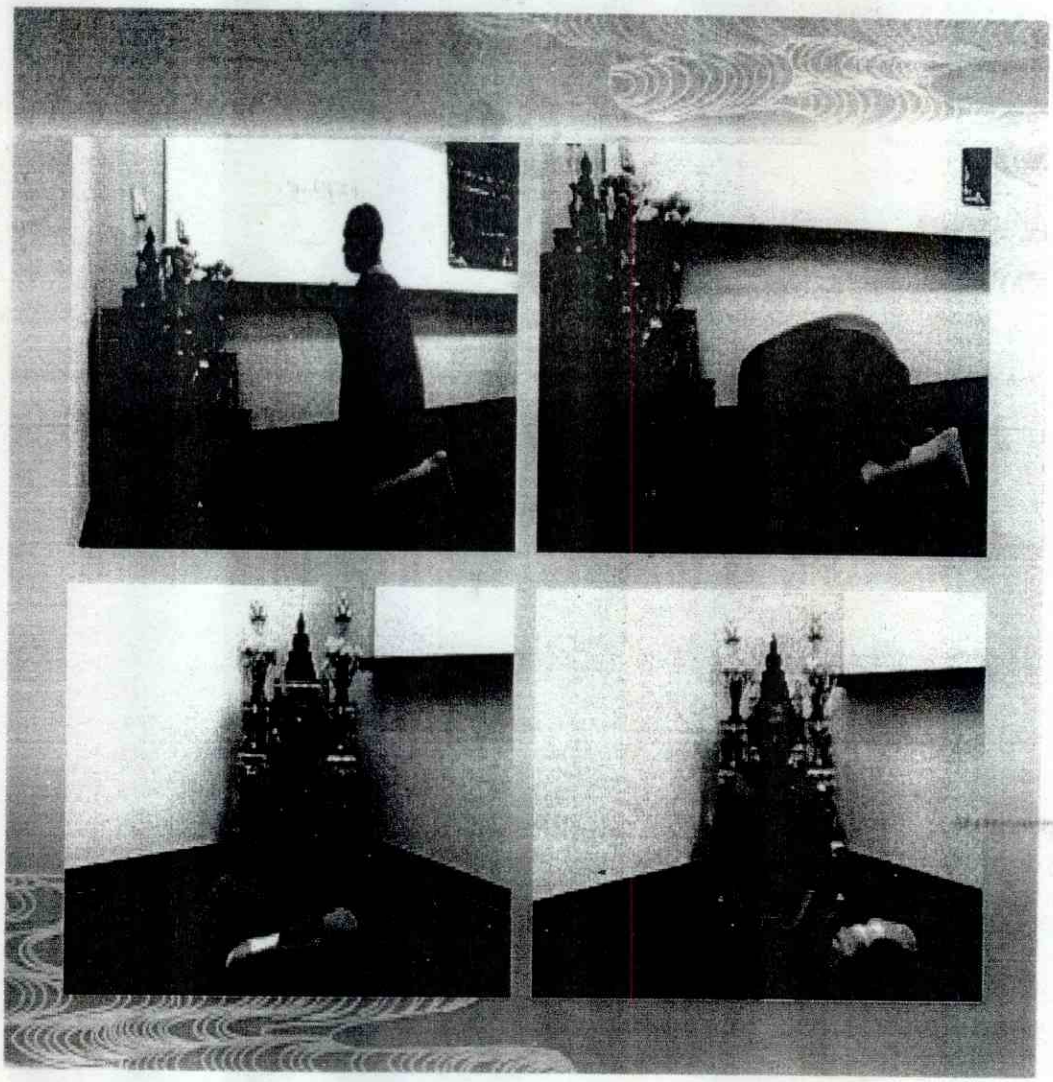
ภาพที่ ก25 แบกกระสอบข้าว



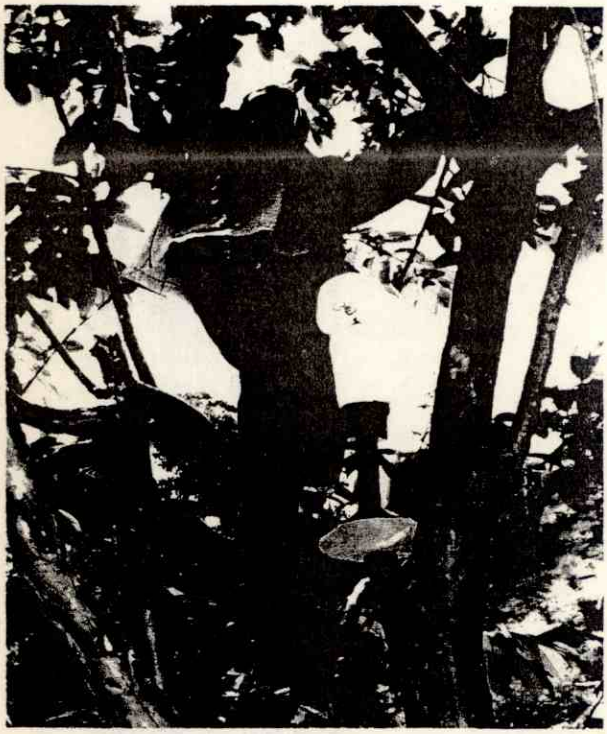
ภาพที่ ก26 ลงเขา



ภาพที่ ก27 ขึ้นเขา



ภาพที่ ก28 นั่งพับเพียบได้



ภาพที่ ก29 ขึ้นต้นไม้



ภาพที่ ก30 เดินขึ้นเนิน

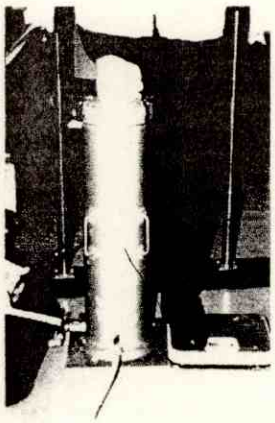
ภาคผนวก ข

การทำเบ้าขาเทียมโดยใช้หุ่นทราย (CIR Sand Casting) ตามแบบของมูลนิธิ

ขาเทียมที่ดี คือ ขาเทียมที่ผู้พิการสวมใส่แล้วรู้สึกว่าขานั้นกระชับพอดีกับทุกส่วนของตอขา ไม่มีจุดกดเจ็บและสามารถเดินได้เหมือนธรรมชาติของเขา การจะได้ขาเทียมที่ดีนั้นเบ้าขาเทียมจะต้องมีรูปร่างและขนาดเท่ากับตอขาทุกส่วน และแนวของแรงปฏิกิริยาจากพื้นโลกเมื่อผู้พิการลงน้ำหนักบนขาเทียมจะต้องใกล้เคียงกับหรือ สมมาตรกับแนวปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้พิการลงน้ำหนักบนขาข้างดีนั้นคือ จะต้องมีการจัดวางหรือประกอบเบ้าและเท้าเทียมให้อยู่ในแนวที่ถูกต้องตามชีวะกลศาสตร์ของผู้สวมใส่แต่ละคน

เบ้าขาเทียมมีความสำคัญมาก เพราะเบ้าที่ดีจะต้องสามารถรับน้ำหนักตัวของผู้พิการที่ถ่ายทอดผ่านตอขาลงมาได้ เพราะธรรมชาติสร้างเท้าขึ้นมาเพื่อรับน้ำหนักตัวและถ่ายทอดลงบนพื้นโลก ปลายตอขาไม่สามารถจะรับน้ำหนักและยันพื้นได้ Radcliffe[1] (ค.ศ.1961/2504) ได้เสนอรูปแบบเบ้าขาเทียมใต้เข่าที่ทำจากโพลีเอสเตอร์เรซิ่น (polyester resin) ให้มีการเฉลี่ยรับน้ำหนักตัวที่เอ็นพาเต็ลล่า (patellar tendon) และส่วนต้นของกระดูกทิเบีย (medial tibial plateau) เรียกเบ้าชนิดนี้ว่าเบ้า PTB (patellar tendon bearing socket) เบ้าชนิดนี้ เป็นการปฏิวัติวิธีการทำเบ้าแบบเดิมที่ใช้การขุดเป็นรูรูปตอขาลงไปในแท่งไม้เนื้ออ่อนให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับตอขามากที่สุด ผู้พิการที่ใส่ขาเทียมเดินจะต้องสวมถุงตอขาหรือใช้ผ้าพันตอขาให้หนาเพื่อให้เกิดความกระชับและลดแรงกดเฉพาะจุดระหว่างเบ้าและตอขา ขาเทียมใต้เข่าเบ้า PTB ได้รับความนิยมอย่าง แพร่หลายทั่วโลก เพราะมีความกระชับดีกว่าเบ้าที่ใช้วิธีการขุดจากแท่งไม้ อย่างไรก็ตามเบ้าชนิดนี้ก็ยังมีจุดอ่อน เพราะว่าความกระชับของเบ้านั้นขึ้นอยู่กับความชำนาญและฝีมือของช่าง เนื่องจากการแต่งหุ่นปูนจะต้องตะไบเนื้อปูนออกจากหุ่นให้พอดีถ้าตะไบออกมากไปเบ้าที่ได้จากหุ่นนั้นก็จะมีขนาดเล็กคับใส่ไม่ได้ ถ้าตะไบปูนออกน้อยไปเบ้าก็จะมีขนาดใหญ่หลวม หรือถ้าตะไบบางจุดออกมากไปเบ้าก็จะกดตอขาตรงจุดนั้นก่อให้เกิดความเจ็บปวด อีกทั้งการแต่งหุ่น เพื่อให้มีการรับน้ำหนักที่ patellartendonmedialและtibial plateau และให้มีแรงดันที่บริเวณข้อพับถ้าไม่แม่นยำจะเกิดการกดและเจ็บปวด จึงทำให้มีการพัฒนาวิธีการทำเบ้าให้มีรูปร่างขนาดเท่ากับตอขาโดยใช้แรงดันของน้ำ

โดย Murdoch[2] (ค.ศ. 1965/2508) เสนอเบ้าที่เรียกว่า Dundee Socket โดยจุ่มตอขาที่พันพลาสเตอร์และหุ้มด้วยพลาสติกแล้วลงไปในถัง (ภาพที่ ข1)



ภาพที่ ข1 ถังแรงดันน้ำ

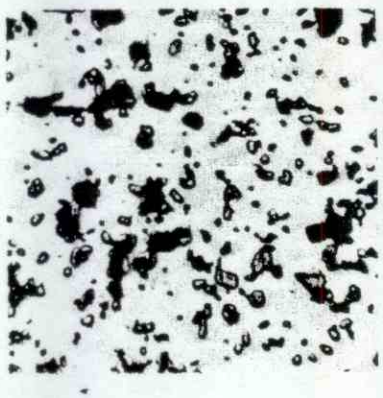
เมื่อใส่น้ำเข้าไปในถังแรงดันของน้ำก็จะกดรัดให้เฝือกปูนที่พับรอบตอขากระชับแน่นกับตอขา ดังนั้นจึงจะได้เบ้าปูนที่มีรูปร่างเหมือนและขนาดเท่าตอขา เรียกวิธีการนี้ว่าระบบ P Cast (pressure cast system) เมื่อนำไปสร้างเป็นหุ่นปูน ก็จะได้หุ่นปูนที่มีรูปร่างขนาดเท่าตอขาเช่นกัน และเมื่อแต่งให้มีการรับน้ำหนักตัวที่เอ็นพาเต็ลล่าและนำไปขึ้นรูปเบ้าพลาสติกก็จะได้เบ้า PTB total contact socket Gardner,H[3](ค.ศ. 1968/2511) ได้ใช้ลมแทนน้ำ ซึ่งมีเครื่องมือและวิธีการทำคล้ายกันเพียงแต่ใช้ลมอัดเข้าไปในกระบอกแทนน้ำ

มูลนิธิขาเทียมฯ ซึ่งจัดหน่วยทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่ออกไปยังพื้นที่ต่างๆ มีภารกิจที่จะต้องทำขาเทียมเป็นจำนวนมาก เฉลี่ยประมาณ 200 ขา ให้เสร็จในเวลา 4 วัน โดยเบ้าขาเทียมทุกอันจะต้องมีขนาดใกล้เคียงกับตอขามากที่สุดเพื่อให้ได้ขาเทียมที่ดี เนื่องจากอาสาสมัครช่างกายอุปกรณ์มีประสบการณ์และความชำนาญแตกต่างกันมาก เบ้าขาเทียมที่ได้จึงมีความหลากหลายทั้งรูปร่างและขนาดจึงทำให้ต้องมีการแก้ไขทำเบ้าใหม่จนกว่าจะได้เบ้าที่ดีทำให้สิ้นเปลืองวัสดุช่างก็เหน็ดเหนื่อยจากการแก้ไขทำเบ้าใหม่ ผู้พิการก็จะต้องรอคอยเป็นเวลานาน ทั้งหมดนั้นเนื่องจากว่าหุ่นปูนที่ได้มีขนาดใหญ่กว่าตอขาทำให้ช่างต้องแต่งตะไบหุ่นปูนออกไป ถ้าตะไบออกมากไปหุ่นก็จะมีขนาดเล็กลงทำให้เบ้าเล็กลงด้วย รวมทั้งการพอกปูนบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก บริเวณที่ผิวหนังบาง หรือบริเวณที่มีปมประสาท (neuroma) อยู่อาจจะไม่ถูกต้อง ทำให้ส่วนของเบ้ากดบริเวณดังกล่าวเกิดความเจ็บปวด จึงได้ศึกษาค้นคว้าว่าเหตุใดหุ่นปูนจึงมีขนาดใหญ่กว่าตอขาจนต้องมาทำ

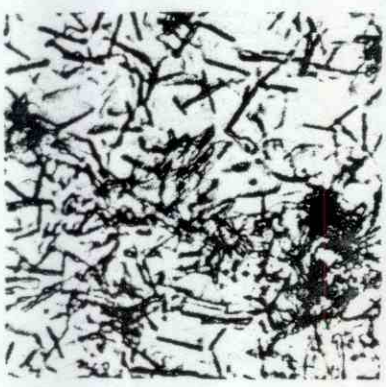
การแต่งตะไบปูนออกเพื่อลดขนาดของเบ้าลง ได้พบบทความของ Luck[6] (ค.ศ. 1944/2487) ว่าปูนพลาสเตอร์ที่ใช้ในการแพทย์ คือ ปูนยิบซั่ม (gypsum) มีลักษณะเป็นผงมีสูตรทางเคมี คือ แคลเซี่ยมซัลเฟต โดยมีน้ำอยู่ครึ่งโมเลกุล ตามสูตร $CaSO_4 . {}^1/_2H_2O$ เมื่อผสมกับน้ำ ปูนจะทำปฏิกิริยาทางเคมี คือน้ำที่เติมเข้าไปจะไปเกาะรวมกับโมเลกุลของน้ำในยิบซั่ม ดังสมการ

$$CaSO_4 . {}^1/_2 H_2O + H_2O \longrightarrow CaSo_4 . 2H_2O + \text{ความร้อน}$$

$CaSO_4 . 2H_2O$ (แคลเซี่ยมซัลเฟตไดไฮเตรด) นี้มีลักษณะเป็นผลึกซึ่งจะเกาะประสานยึดติดกันทำให้ปูนยิบซั่มที่เป็นผงเกาะตัวกันเป็นปูนแข็ง มีขนาดใหญ่ขึ้นเพราะมีโมเลกุลของน้ำมาเพิ่ม



ภาพที่ ข2 ผงปูน

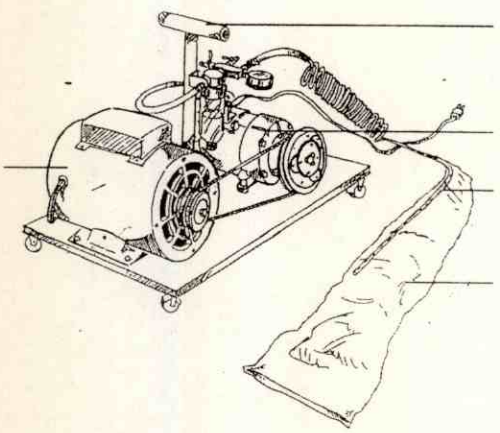


ภาพที่ ข3 ปูนพลาสเตอร์

จึงทำให้เบ้าเฝือกขยายตัว เมื่อเบ้าเฝือกแข็งตัวใหม่ ๆ เบ้าจะมีความแข็งแรงประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น แต่ถ้าน้ำส่วนเกินที่เหลือแทรกอยู่ระเหยออกไปหมด เฝือกจึงจะมีความแข็งแรง 100

เปอร์เซ็นต์ ในระหว่างการออกหน่วยเบ้าเฝือกที่ถอดออกจากตอขาจะถูกนำไปติดตั้งและนำปูนพลาสเตอร์ที่ผสมน้ำเทลงไป น้ำหนักของปูนที่ผสมน้ำจะดันให้เบ้าที่ยังไม่แข็งแรงนั้นขยายตัวและเมื่อปูนพลาสเตอร์แข็งตัวก็จะขยายตัวออกมาอีก ดังนั้นจึงทำให้หุ่นปูนมีขนาดใหญ่กว่าตอขาจริง 5-10 เปอร์เซ็นต์ ช่างต้องตะไบปูนออกมากจึงอาจทำให้เกิดความผิดพลาดทำให้รูปร่างหุ่นเปลี่ยนไป รวมทั้งการพอกปูนบนหุ่นบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกอาจจะไม่ตรงจุด เพราะช่างที่ต้องทำเบ้าปูนจากตอขาหลาย ๆ ตอ ภายในเวลา 3-4 ชั่วโมง ไม่สามารถจะจำลักษณะตอขาแต่ละอันได้ เบ้าที่ได้บางอันจึงมีปัญหาที่หลวมหรือคับหรือกดเจ็บที่ปุ่มกระดูก

ผมพยายามคิดวิธีการควบคุมป้องกันไม่ให้เฝือกขยายตัวขณะที่กำลังแข็งตัว เช่น การใช้น้ำใช้ลม (วิธีการแตกต่างจากของ Murdoch และ Gardner) พบว่าไม่สะดวกต่อการนำไปในหน่วยเคลื่อนที่ และการใช้งานที่ต้องขึ้นรูปเบ้าปูนสำหรับผู้พิการ 20 คน พร้อม ๆ กัน จนกระทั่งสามารถคิดนำเอาแรงกดดันของบรรยากาศมาใช้แทนแรงกดของน้ำ เรียกเครื่องมือนี้ว่า อุปกรณ์ถอดแบบหุ่นตอขา



ภาพที่ ข4 อุปกรณ์ถอดแบบหุ่นตอขา

และนำไปใช้ในการออกหน่วยเคลื่อนที่ครั้งแรกที่จังหวัดเพชรบุรี เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2544 ซึ่งมีวิธีการทำ ดังนี้

1. วัดมิติต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ ความกว้างระหว่างคอนไดล (inter condylar distance) เพราะปากเบ้าอาจจะถูกดันให้ขยายกว้างขึ้นขณะที่ถอดเบ้าออกจากตอขา

2. ทำเครื่องหมายปุ่มกระดูกทั้งหลาย (bony prominent) และผิวหนังที่เปราะ และที่มีปมประสาท (neuroma)

3. ติดเทปโฟมบนปุ่มกระดูก โดยตัดเทปโฟมให้มีขนาดใหญ่กว่าปุ่มกระดูกเหล่านั้นเล็กน้อยและติดเทปโฟมไปบนปุ่มกระดูก เมื่อพันเฝือกทับบนตอขาเบ้าเฝือกบริเวณที่มีเทปโฟมอยู่ก็จะเกิดเป็นรอยเว้า เมื่อเทปูนพลาสเตอร์ลงไปในเบ้าก็จะได้หุ่นปูนที่มีเนื้อปูนนูนออกมาตรงที่บริเวณปุ่มกระดูกเหล่านั้น จึงไม่จำเป็นต้องมาพอกปูนในขณะแต่งปูนภายหลัง

4. สวมถุงไนล่อนบาง ๆ บนตอขาที่มีเทปโฟมติดอยู่แล้วพันเฝือกทับ

5. สวมถุงพลาสติกบาง ที่มีท่อดูดอากาศติดอยู่ไปบนหุ่น รัดปากถุงกับต้นขาบริเวณเหนือข้อเข่าให้แน่นมาก ๆ เพื่อไม่ให้อากาศภายนอกเข้าไป

6. ดูดอากาศภายในถุงออกตามท่อดูดอากาศ อากาศที่อยู่ระหว่างถุงพลาสติกและเฝือกจะถูกดูดออกไปเกิดเป็นสุญญากาศ แรงกดดันของบรรยากาศ (atmospheric pressure) จะดันให้ถุงแนบกับเฝือกและดันให้เฝือกแนบสนิทกับตอขาทุกส่วน และจะบังคับไม่ให้เบ้าเฝือกขยายตัวออก

7. เมื่อเฝือกแข็งตัว ถอดเฝือกออกจากตอขาก็จะได้เบ้าเฝือกที่มีรูปร่างเหมือนกับตอขาทุกประการ มีขนาดเท่ากับตอขาทุกส่วนและมีรอยเว้าบุ๋มบริเวณที่ติดเทปโฟมไว้ เบ้าเฝือกที่แข็งนี้ยังไม่แข็งแรงพอจึงต้องนำไปเข้าตู้อบเพื่อให้น้ำที่แทรกอยู่ระเหยออกไป เฝือกก็จะแข็งแรงมากขึ้น

8. เทปูนพลาสเตอร์ที่ผสมน้ำลงไปในเบ้า เมื่อปูนแข็งตัว แกะเอาเฝือกปูนออกก็จะได้หุ่นปูนรูปตอขา หุ่นนี้มีรูปร่างเหมือนและขนาดเท่าตอขามากที่สุดและมีเนื้อปูนนูนบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก

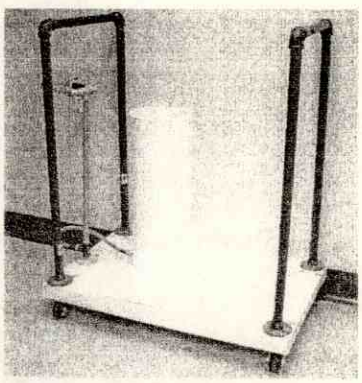
9. ขูดเนื้อปูนบริเวณที่เหนือคอนไดล (supracondyle) ให้ลึกลงไปในหุ่น ซึ่งเมื่อนำไปขึ้นรูปเบ้า พลาสติกจะเว้าเข้าไปตามรอยที่ขูดปูนออก ส่วนเว้าของเบ้าพลาสติกนี้จะเป็นส่วนของเบ้าที่ยึดตัวเบ้าให้ติดกับตอขา เป็นการยึดแบบ supra condylar suspension เบ้าของมูลนิธิฯ ไม่ใช้สายรัดเหนือคอนไดล (supra condylar strap) จากการที่ทุกส่วนของเบ้าและตอขาแนบสนิทกัน เบ้าของมูลนิธิฯจึงเป็นชนิดที่ทุกส่วนของเบ้ารับน้ำหนักของร่างกายผ่านทุกส่วนของตอขาลงมา (total surface bearing = TSB) จากการศึกษาของ Osman[7] และ Goh[8] พบว่า สันที่เอ็นพาเต็ลล่า (patellar tendon bar) ไม่ช่วยลดแรงภายในเบ้าหรือน้ำหนักที่ผ่านตอขาไปยังเบ้า ดังนั้นเบ้าขาเทียมใต้เข่าจึงไม่มีpatellar tendon bar และพบว่าผู้พิการรู้สึกสบายด้วยเบ้าชนิดนี้ และสามารถขจัดปัญหาการสร้างสันเอ็นพาเต็ลล่าไม่ถูกที่ของช่างที่ไม่ชำนาญ เพราะช่างบางคนสร้างที่ระดับสูงทำให้ไปกดปลายกระดูกพาเต็ลลา (partellar tip) หรือต่ำไปกดปุ่มกระดูกทิเบีย (tibial tuberosity) ทำให้เจ็บปวดเวลาสวมใส่ ในตอขาที่ยาวพบว่า patellar tendon bar นี้เป็นอุปสรรคในการสอดใส่ตอขาลงไปในเบ้า และในกรณีที่ขอบปากเบ้าด้านหลัง เว้าไม่พอที่จะดันให้ patellar tendon ไปกระชับที่ patellar

tendon bar เมื่อผู้พิการวิ่งหรือกระโดด ปลายกระดูกพาเต็ลล่าจะกระแทกกับสันเอ็นพาเต็ลล่า (patellar tendon bar) ทำให้เจ็บปวดได้ เมื่อแต่งหุ่นปูนเรียบร้อยก็นำไปเป็นแบบ เพื่อขึ้นรูปเบ้าพลาสติกต่อไป

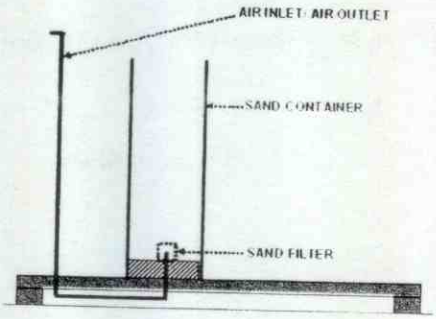
10. นำเบ้าพลาสติกที่ได้ไปประกอบกับชุดปรับแนว (alignment unit) แกนหน้าแข้งและเท้าให้ผู้พิการทดลองใส่เดินเพื่อปรับ dynamic alignment จนผู้พิการเดินได้ดีก็นำไปตกแต่งให้สวยงาม (cosmetic finish) ต่อไป

ขาเทียมใต้เข่าของมูลนิธิฯ เป็นแบบ total surface bearing supracondylar suspension เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาแต่งหุ่นปูน (mold rectification) และการใช้ชุดปรับแนว(alignment unit) ที่มูลนิธิฯประดิษฐ์ขึ้นมา ขาเทียมใต้เข่าของมูลนิธิฯ จึงใช้เวลาในการทำให้ผู้พิการในเวลาเพียง 1 วันเท่านั้น

ในปี พ.ศ. 2547 (2004) นายแพทย์ วู (Yeongchi Wu[4]) จาก RIC ได้นำเอาหลักการของ dilatant[5] คือ การเกาะตัวของวัตถุขนาดเล็กเมื่ออากาศที่อยู่ระหว่างวัตถุเหล่านั้นถูกดูดออกไป ซึ่งเป็นหลักการในการทำเบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการอัมพาตครึ่งท่อน นายแพทย์วูเสนอวิธีการสร้างเบ้าทรายจากหุ่นตอขาโดยใส่ทรายลงไปในถัง

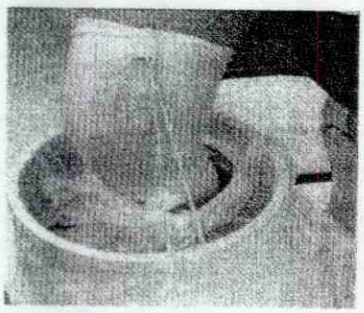


ภาพที่ ข5 ถังทรายที่มีดูดอากาศ

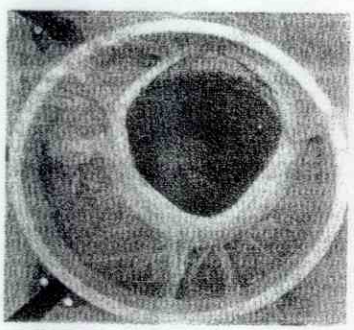


ภาพที่ ข6 ผังถังทราย

ซึ่งมีตอขาที่หุ้มด้วยถุงพลาสติกอยู่ เมื่อดูดอากาศออกจากถังทราย ทรายจะเกาะตัวกันแข็งหุ้มรอบตอขามีรูปร่างขนาดเท่ากับตอขาทุกส่วน เมื่อดึงตอขาออกจากถังทรายก็จะมีรอยพิมพ์ของตอขาอยู่ในทราย

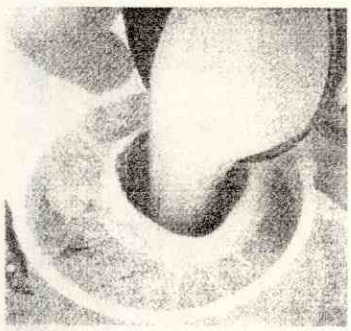


ภาพที่ ข7 ถอดตอขาจากถัง

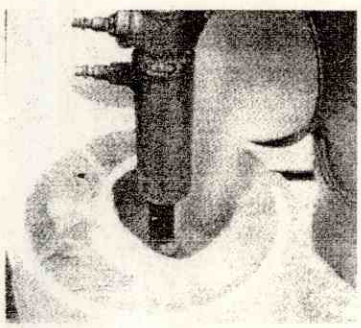


ภาพที่ ข8 เบ้าทำด้วยทราย

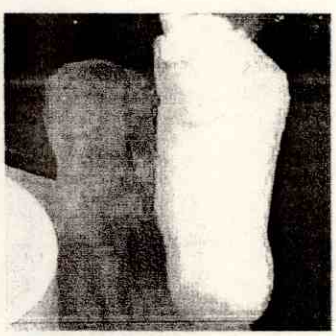
ขณะนี้เราได้เบ้าของตอขาที่ทำด้วยทรายเมื่อนำทรายใส่ลงไปในเบ้าแล้วดูดลมออกจากทรายผ่านทางแกนหุ่น ทรายก็จะแข็งตัวเป็นหุ่นทรายรูปตอขาที่มีขนาดทุกส่วนเท่าตอขา



ภาพที่ ข9 เททรายลงในเบ้า



ภาพที่ ข10 ใส่แกนหุ่น



ภาพที่ ข11 หุ่นทราย

นำหุ่นทรายนี้ไปเป็นแบบสำหรับทำเบ้าพลาสติกต่อไป วิธีการนี้ประหยัดเงินและเวลามาก จึงถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง นายแพทย์วูและคณะได้พัฒนาวิธีการที่ทำให้สะดวกขึ้นโดยใช้ถุงผ้ายืดแทนกระบอกใส่ทราย และเมล็ดโฟมแทนทรายทำให้มีความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้นในการทำเบ้าขาเทียม และนำมาสอนแสดง ณ ศูนย์สิรินธรฯ เมื่อวันที่ 12-14 มีนาคม 2550

มูลนิธิฯ ได้นำวิธีการมาปรับปรุงและเสาะแสวงหาวัสดุที่อยู่ในประเทศเพื่อที่จะนำมาเป็นอุปกรณ์สำหรับใช้ทำเบ้าขาเทียมแบบนี้เป็นเวลานาน เมื่อทำได้สำเร็จจึงนำมาทดลองใช้กับผู้พิการ พบว่าได้ผลดีจึงเสนอเพื่อให้วิธีการทำเบ้าขาเทียมด้วยการใช้เมล็ดทรายและเมล็ดโฟมโดยหลักการของการเกาะตัวของวัตถุที่มีขนาดเล็กในสภาวะสุญญากาศได้แพร่หลาย เพื่อให้ได้ขาเทียมที่ดี เพื่อเป็นการประหยัดวัสดุสิ้นเปลืองและเป็นการประหยัดเวลา เพื่อให้ผู้พิการขาขาดได้รับขาเทียมที่ดีเร็วขึ้น เพื่อให้ช่างสามารถทำเครื่องช่วยคนพิการชนิดอื่น ๆ ได้มากขึ้น และเพื่อให้ประเทศไทยมีความทันสมัยได้รับการยกย่องในฐานะที่นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยตัวของเราเอง ขณะนี้ประเทศเพื่อนบ้านก็เริ่มใช้วิธีการนี้แล้วแต่ด้วยความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์จากWHOและองค์กรระหว่างประเทศแต่ประเทศเหล่านั้นยังไม่สามารถจะดำเนินการให้บริการทำ sand casting ด้วยตนเอง

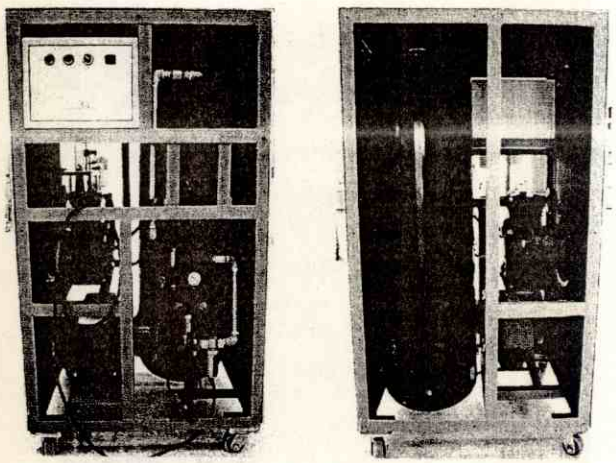
1.1 เครื่องมือสำหรับการทำ Sand Casting

การจะทำเบ้าขาเทียมตาม CIR-Wu เทคนิคนั้น จะต้องมีเครื่องมืออุปกรณ์วัสดุในการทำดังนี้

1.1.1 เครื่องมือหลัก

เครื่องมือที่สำคัญ สำหรับการทำเบ้ามีดังนี้

1.1.1.1 เครื่องดูดอากาศ (vacuum) ซึ่งควรจะต้องมีแรงดูดระหว่าง- 20 นิ้วหรือ - 45 ซม. ของปรอท ถึง - 25 นิ้วหรือ - 60 ซม. ของปรอทเครื่องนี้จะต้องมีหม้อพักที่ใหญ่มีความจุเพียงพอ (80-120 ลิตร) ที่จะรักษาแรงดูด (vacuum) ให้คงที่ตลอดเวลา ถ้าแรงดูดไม่คงที่ความแข็งของเบ้าโฟม (negative mold) หรือความแข็งของหุ่น (positive mold) ตอขาก็อาจจะเปลี่ยนแปลงทำให้รูปร่างของเบ้าและหุ่นเปลี่ยนไปได้ เครื่องดูดอากาศนี้จะทำหน้าที่



ภาพที่ ข12 เครื่องดูดอากาศ

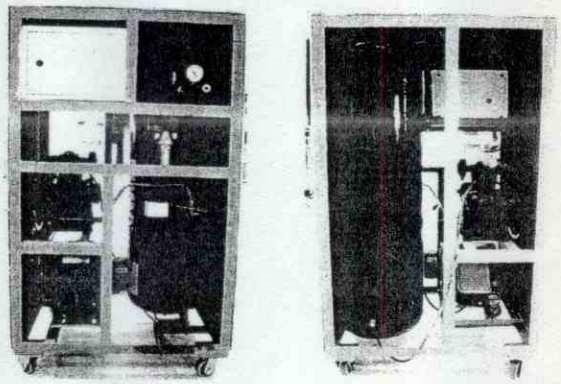
1. ดูดอากาศออกจากถุงพลาสติกที่คลุมตอขา เพื่อให้เมล็ดโฟมในถุงโฟมเกาะตัวแข็งเป็นเบ้า

2. ดูดอากาศจากทรายที่อยู่ในเบ้าโฟมผ่านแกนหุ่นตอขาที่ฝังอยู่ในทรายที่อยู่ในเบ้าโฟมทำให้ทรายเกาะตัวแข็งเป็นรูปหุ่นตอขา การดูดอากาศออกจากถุงทรายจะต้อง ดำเนินและรักษาให้คงที่ตลอดไปจนกระบวนการขึ้นรูปเบ้าพลาสติกสำเร็จ

3. ดูดอากาศ เพื่อให้พีไลท์เข้ารูปกับหุ่นทราย

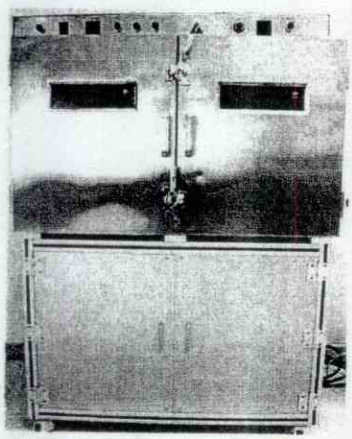
4. ดูดอากาศเพื่อให้พลาสติกเข้ารูปกับหุ่นทรายเป็นเบ้าที่จะใช้นำไปสวมตอขาต่อไป

1.1.1.2 เครื่องอัดลม (air compressor) ปกติตามโรงงานต่าง ๆ จะต้องมีอยู่แล้ว เพราะจะเป็นเครื่องมืออุปกรณ์พื้นฐาน เพื่อใช้กับเครื่องมือที่ต้องใช้ลมซึ่งปัจจุบันมีอยู่มาก เครื่องมือนี้ใช้ควบคุมการทำงานของเครื่องขึ้นรูปเบ้าพลาสติก (vacuum forming plastic socket)



ภาพที่ ข13 เครื่องอัดลม

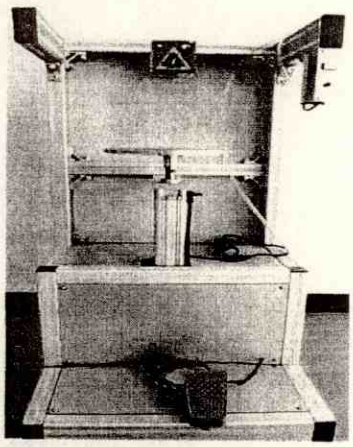
1.1.1.3 ตู้อบ (oven) ซึ่งจะใช้อบแผ่นพลาสติกและพีไลท์ ให้อ่อนนิ่มเพื่อใช้ในการขึ้นรูปจากหุ่นตอขา ตู้อบที่มูลนิธิฯ ประดิษฐ์ขึ้นมาใช้รังสีอินฟราเรด เพื่อทำให้เกิดความร้อนในตัวแผ่นพลาสติก หรือพีไลท์ ดังนั้นในระหว่างการทำงานจะสามารถเปิดตู้ได้เพื่อการเปลี่ยนหรือใส่แผ่นพลาสติกใหม่ โดยไม่ทำให้เวลาในการอบแผ่นพลาสติกเนิ่นช้าออกไปมาก



ภาพที่ ข14 ตู้อบ

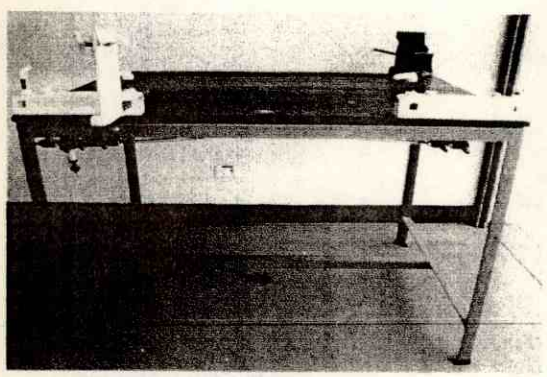
1.1.1.4 เครื่องขึ้นรูปเบ้าพลาสติก (vacuum forming plastic socket) พลาสติกที่มูลนิธิฯ ใช้ คือ polypropylene copolymer (PPCo) เป็นเทอร์โมพลาสติกจะถูกนำไปอบในตู้อบ (1.3)จนอ่อนนิ่ม แล้วนำมาวางบนเครื่อง ซึ่งมีหุ่นทรายตอขาวางอยู่บนแป้นซึ่งออกแบบเป็นพิเศษ ติดอยู่กับแกนกระบอกลม (pneumatic) ที่จะเลื่อนขึ้นเมื่อกระบอกสูบทำงานจากการใช้ลม (จากเครื่อง 1.2) ผลักให้

หุ่นดันแผ่นพลาสติกที่อ่อนนิ่มนี้ขึ้นมา เมื่อพลาสติกคลุมตัวหุ่นทั้งหมดก็เปิดเครื่องดูดอากาศ (1.1) ซึ่งจะดูดเอาอากาศที่อยู่ระหว่างตัวหุ่นและพลาสติกออก ความกดดันของบรรยากาศ (atmospheric pressure) จะดันให้พลาสติกที่อ่อนนิ่มนี้แนบติดกับตัวหุ่นทุกส่วน เมื่อพลาสติกแข็งตัวก็จะคงรูปตามหุ่นเมื่อเททรายออกไปก็จะได้เบ้าที่มีรูปร่างและขนาดเท่ากับหุ่นทุกประการ



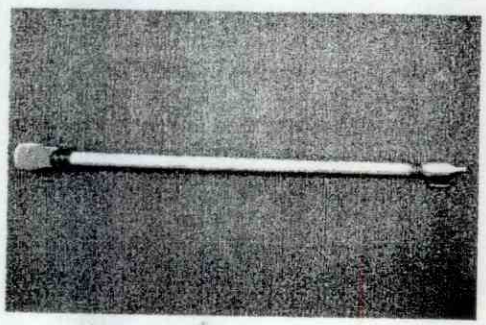
ภาพที่ ข15 เครื่องขึ้นรูปเบ้าพลาสติก

1.1.1.5 โต๊ะปฏิบัติงาน (bench) เนื่องจากการทำขาเทียมใต้เข่าด้วยการสร้างเบ้าจากหุ่นทราย ไม่ต้องใช้การตัด งัด เคาะ ทุบ อย่างรุนแรงเป็นเพียงที่วางเครื่องมืออุปกรณ์การทำขาเทียมเท่านั้น โต๊ะปฏิบัติงานจึงไม่จำเป็นต้องใหญ่และแข็งแรงเหมือนโต๊ะปฏิบัติงานทั่วไปอุปกรณ์สำคัญประจำโต๊ะคือ หัวท่อดูดลม พร้อมลิ้นควบคุม และแป้นยึดแกนหุ่นที่ต้องออกแบบเป็นพิเศษ



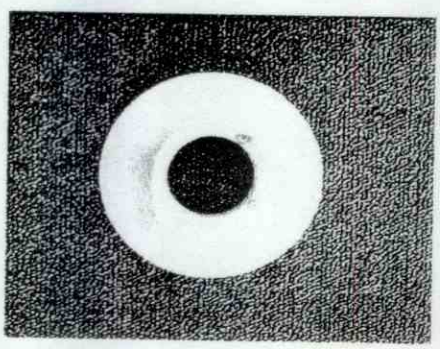
ภาพที่ ข16 โต๊ะปฏิบัติงาน

1.1.1.6 แกนหุ่น (mandrel) ถูกออกแบบเป็นพิเศษ เป็นท่อเหล็กที่มีท่อดูดอากาศพร้อมลิ้นควบคุมอยู่ปลายบน ส่วนปลายล่างซึ่งจะฝังอยู่ในทรายมีชุดกรองทรายไม่ให้เมล็ดทรายถูกดูดเข้าไปในท่อ ซึ่งจะทำให้เครื่องดูดอากาศทำงานได้ไม่เต็มที่



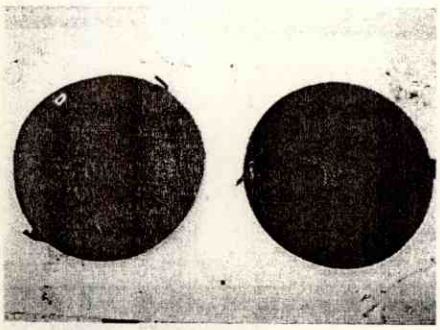
ภาพที่ ข17 แกนหุ่น

1.1.1.7 แป้นปิดปากเบ้าโฟม ซึ่งมีรูอยู่ตรงกลางที่ให้แกนหุ่นผ่าน



ภาพที่ ข18 แป้นปิดปากเบ้าโฟม

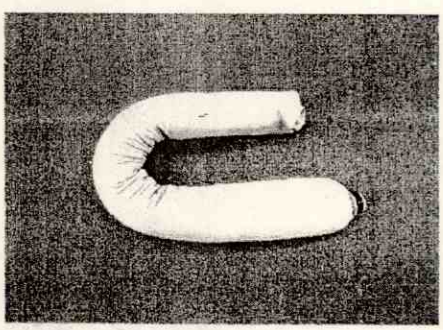
1.1.1.8 ถังทราย เป็นที่ตั้งยึดเบ้าโฟมและทรายในถังก็จะนำมาใช้ทำหุ่นตอขา



ภาพที่ ข19 ถังทราย

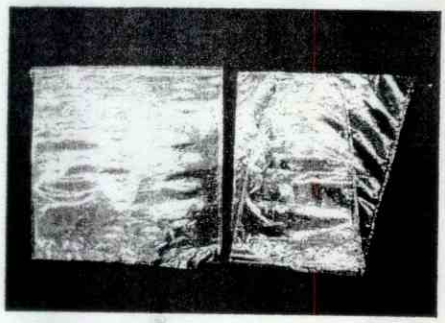
1.2 วัสดุที่ใช้ในการทำ

1.2.1 ถุงโฟม ตัวถุงทอจากใยสังเคราะห์ไนล่อนชนิดที่ใช้ทำถุงน่องสตรี ถุงนี้มูลนิธิฯได้สั่งทอพิเศษลักษณะที่สำคัญคือ มีความหนากว่าปกติและใยของการทอจะขวาง ทำให้สามารถยืดได้ในแนวขวางถึง 3 เท่าตัว ถุงมีอยู่ 2 ขนาด คือ ขนาดใหญ่มีความยาว 80 ซม. ขนาดกลางมีความยาว 60 ซม. ความกว้าง 15 ซม. ภายในถุงบรรจุด้วยเมล็ดโฟมทำจากโพลี่เอ็ททีลีน (poly ethylene) เมล็ดโฟมนี้มีขนาด 0.2 มม. ซึ่งไม่สามารถหาซื้อได้ จึงต้องสั่งทำเป็นพิเศษเพื่องานนี้โดยเฉพาะถุงโฟมนี้ใช้สำหรับขึ้นรูปเป็นเบ้าตัวเมียของตอขา



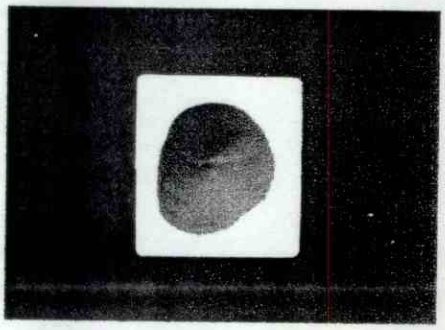
ภาพที่ ข20 ถุงโฟม

1.2.2 ถุงพลาสติก ซึ่งจะต้องบางและเหนียวทำด้วยถุงไนล่อน ใช้ในขั้นตอนการขึ้นรูปเบ้าของถุงเมล็ดโฟม และขึ้นรูปหุ่นตอขาที่ทำด้วยทราย ถ้าถุงไม่เหนียวทะลุง่าย อากาศภายนอกเข้าไปได้สภาพรูปทรงของเบ้าและหุ่นทรายจะเสียทันที



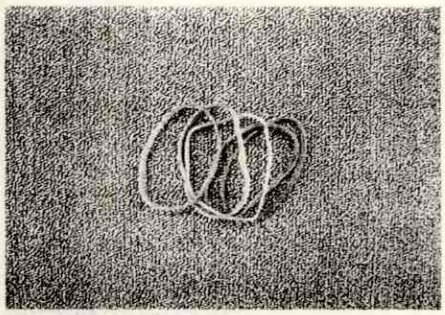
ภาพที่ ข21 ถุงพลาสติก

1.2.3 ทราย ควรจะเป็นทรายละเอียดขนาดเมล็ดประมาณ 0.1 มม. เพราะทรายยิ่งละเอียดเท่าไรก็จะยิ่งทำให้หุ่นแน่นและแข็งแรงมากขึ้น ทรายที่นำมาใช้จะต้องล้างเอาฝุ่นออกเพราะฝุ่นจะไปอุดตันเครื่องกรองได้



ภาพที่ ข22 ทราย

1.2.4 ยางรัด เพื่อจะรัดถุงพลาสติกให้ติดกับตอขา และติดกับถุงโฟม



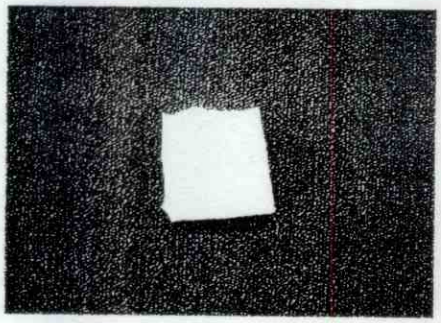
ภาพที่ ข23 ยางรัด

1.2.5 เทปพันสายไฟเพื่อรัดถุงพลาสติกให้ติดกับท่อดูดอากาศแกนในของหุ่นให้แน่นเพื่อป้องกันไม่ให้อากาศเข้าไปในถุงและใช้ปิดรูที่เจาะด้วยเข็มภายหลังการแต่งหุ่น



ภาพที่ ข24 เทปพันสายไฟ

1.2.6 ฟองน้ำ เพื่อใส่ที่บริเวณขอบด้านหลังของเบ้าโฟม ฟองน้ำนี้จะช่วยให้ทรายที่ถูกดันจากการแต่งหุ่นเคลื่อนที่มาอยู่ มิฉะนั้นทรายจะเคลื่อนไปยังจุดอื่น ทำให้หุ่นผิดรูปไปได้



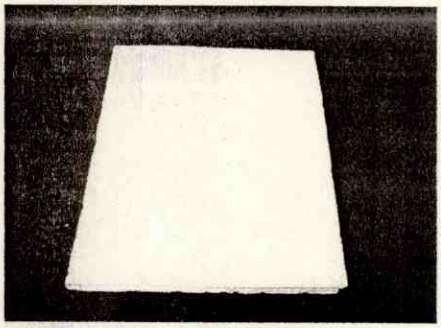
ภาพที่ ข25 ฟองน้ำ

1.2.7 ดินเหนียว สำหรับเสริมปลายหุ่นในเพื่อให้กึ่งกลางของปลายเบ้าอยู่ตรงกับแนวกึ่งกลางของข้อตะโพกและข้อเข่า และทำเป็นแนวขอบปากเบ้าด้านหลัง ดินเหนียวนี้ควรจะเป็นดินที่ใช้ในการปั้นหม้อดิน



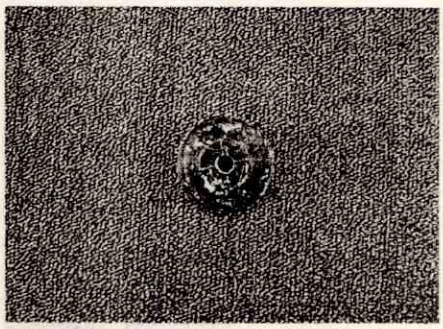
ภาพที่ ข26 ดินเหนียว

1.2.8 พีไลท์สำหรับการทำเบ้าอ่อน



ภาพที่ ข27 พีไลท์สำหรับการทำเบ้าอ่อน

1.2.9 กระดุมสำหรับติดที่ปลายเบ้าพีไลท์ เพื่อสร้างปลายเบ้าให้อยู่ในแนวกึ่งกลางของข้อตะโพกข้อเข่า



ภาพที่ ข28 กระดุม

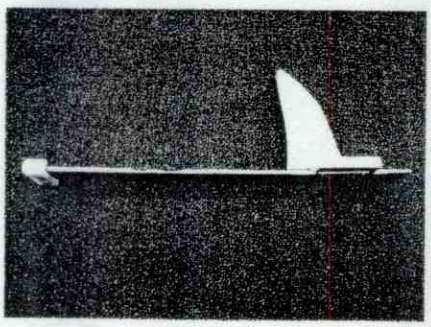
1.3 เครื่องมือช่าง

1.3.1 คาลิปเปอร์ สำหรับวัดความกว้างของคอนไคล



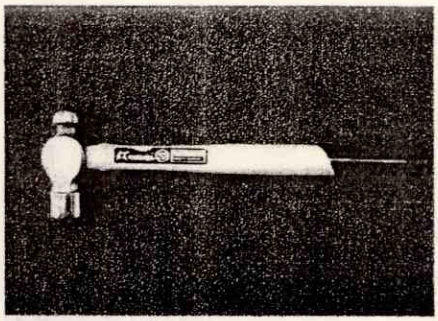
ภาพที่ ข29 คาลิปเปอร์

1.3.2 ไม้บรรทัด สำหรับวัดความยาวของตอขา



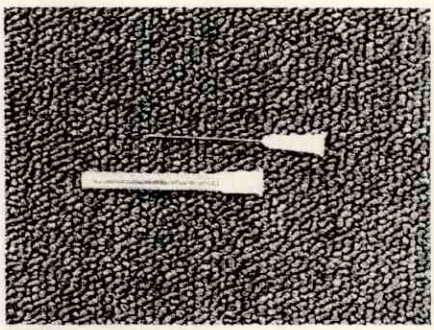
ภาพที่ ข30 ไม้บรรทัด

1.3.3 ฆ้อนเล็ก สำหรับทุบแต่งหุ่นทรายให้ได้ตามรูปที่ต้องการ



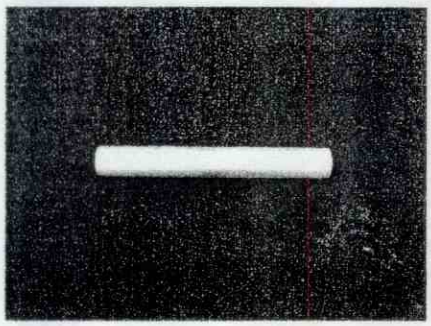
ภาพที่ ข31 ค้อนเล็ก

1.3.4 เข็ม หรือวัสดุที่ปลายแหลม สำหรับแทงพลาสติกที่หุ้มหุ่นทรายบริเวณที่ต้องการเพื่อให้อากาศภายนอกเข้าไปตามรูนี้ ทรายตรงบริเวณที่เข็มแทงจะอ่อนนิ่มแต่งให้เป็นรูปได้ง่าย



ภาพที่ ข32 เข็ม

1.3.5 ท่อกลมสำหรับใช้กลิ้งคลึงบนหุ่นทราย เพื่อให้ผิวของหุ่นเรียบได้รูปที่ต้องการ



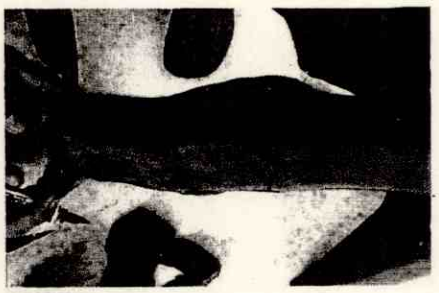
ภาพที่ ข33 ท่อกลม

ภาคผนวก ค

ภาคปฏิบัติวิธีการทำเบ้าขาเทียมใต้เข่าด้วยวิธี Sand Casting

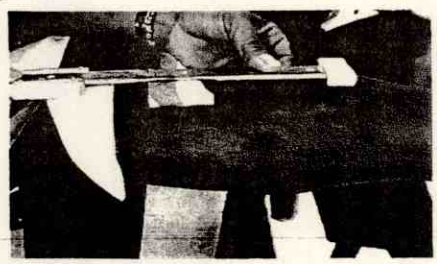
1.1 การตรวจวัดมิติ

1.1.1 ทำเครื่องหมายที่กึ่งกลางของกระดูกสะบ้า จุดนูนที่สุดของฟีมอรัลคอนไดล ปุ่มกระดูกทิเบียลทูเบอรโรซิตี้ หัวกระดูกฟีบิวล่า ปลายกระดูกฟีบิวล่าและสันกระดูกทิเบีย



ภาพที่ ค1 ทำเครื่องหมาย

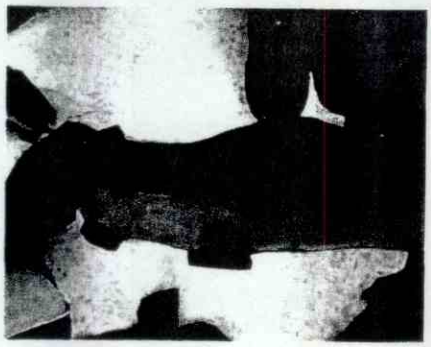
1.1.2 วัดความกว้างระหว่างกระดูกคอนไดล ระยะระหว่างข้อพับกับผิวของกระดูกสะบ้าและความยาวของตอขาจากกึ่งกลางกระดูกสะบ้าถึงปลายตอขา



ภาพที่ ค2 วัดความกว้าง

1.2 การทำเบ้า

1.2.1 ติดเทปกาวบนสันกระดูกทิเบีย หัวกระดูกฟีบิวล่า ปลายกระดูกฟีบิวล่า สวมยางรัดไว้ที่ต้นขา 4 เส้น



ภาพที่ ค3 ติดเทปกาว

1.2.2 สวมถุงไนล่อนบนตอขา ดึงรั้งขึ้นไปเหนือระดับฟีมอรัลคอนไดล์ แล้วสวมถุงพลาสติกถุงที่ 1 ทับไปบนตอขา ดึงยางรัดลงมา 1 เส้น รัดถุงพลาสติกไว้ไม่ให้เลื่อนลงมา



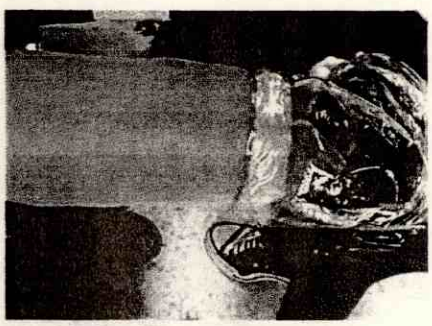
ภาพที่ ค4 สวมถุงไนล่อนบนตอขา

1.2.3 สวมถุงไนล่อนทับบนถุงพลาสติกอีกชั้นหนึ่งดึงให้ตึงเรียบเพื่อให้ผิวในของเบ้าเรียบ



ภาพที่ ค5 สวมถุงไนล่อนบนถุงพลาสติกอีกชั้นหนึ่ง

1.2.4 สวมถุงโฟม ถ้าตอขาขายาวใช้ถุงขนาดยาว (80 ซม.) ถ้าตอขาสั้นใช้ถุงขนาดกลาง (60 ซม.) พยายามให้ถุงหุ้มรอบตอขาด้วยความหนาเท่า ๆ กัน สวมถุงให้ถึงระดับขอบบนของกระดูกสะบ้า 3 นิ้ว แล้วพับปากถุงพลาสติกถุงที่ 1 ลงมาใช้ยางรัดถุงให้แนบติดกับถุงโฟมที่ระดับต่ำกว่าปากถุงโฟม 1 นิ้ว แล้วพลิกปากถุงที่เหลือกลับขึ้นไป



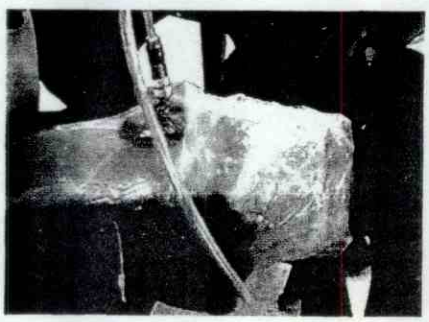
ภาพที่ ค6 สวมถุงโฟม

1.2.5 สวมถุงพลาสติกอันที่ 2 ที่มีแป้นดูดลมอยู่ภายในทับถุงโฟม รัดปากถุงด้วยยางรัด 1- 2 เส้น ตรงระดับระหว่างที่รัดยางของถุงพลาสติกอันที่ 1และอันที่ 2



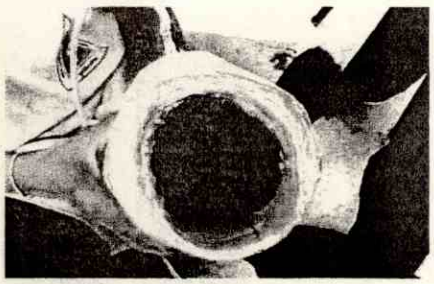
ภาพที่ ค7 สวมถุงพลาสติกอันที่ 2

1.2.6 ติดสายดูดลมเข้ากับท่อดูดที่แป้นดูดลม ตั้งแรงดูดไว้ที่ - 60 ซม.ของปรอท อากาศระหว่างถุงพลาสติกอันที่ 1 ถุงโฟมและถุงพลาสติกอันที่ 2 จะถูกดูดออกมาทำให้โฟมเกาะตัวแข็ง



ภาพที่ ค8 ติดสายดูดลมเข้ากับท่อดูดที่แป้นดูดลม

1.2.7 เมื่อถุงโฟมแข็งเต็มที่ ถอดถุงออกจากตอขาก็จะได้เบ้าตอขา (negative mold) ที่ทำด้วยโฟม



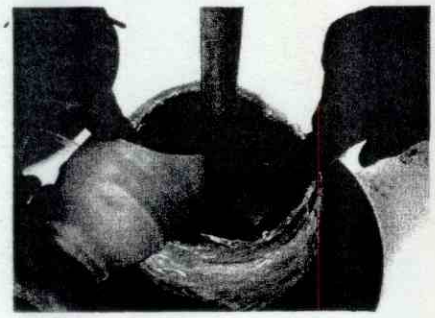
ภาพที่ ค9 ถอดถุงออกจากตอขา เมื่อถุงโฟมแข็งเต็มที่

1.2.8 นำเบ้าโฟมไปตั้งบนถังทราย เททรายลงไปในเบ้าหนาประมาณ 3 เซนติเมตร แล้ววางแกนหุ่นลงไป ตักทรายใส่ลงไปในเบ้าจนกระทั่งเกือบถึงปากเบ้า



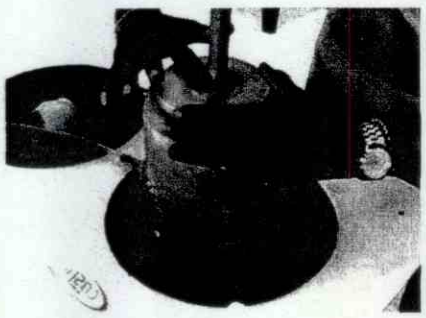
ภาพที่ ค10 นำเบ้าโฟมไปตั้งบนถังทราย เททรายลงไปในเบ้า

1.2.9 วางก้อนฟองน้ำที่ปากเบ้าด้านหลังตรงที่เป็นบริเวณข้อพับแล้วเททรายลงไปจนกระทั่งทรายถึงปากเบ้



ภาพที่ ค11 วางก้อนฟองน้ำที่ปากเบ้าด้านหลัง

1.2.10 ปิดปากเบ้าด้วยแป้น จัดให้แป้นขนานกับพื้นเพื่อเป็นฐานของหุ่น เติมทรายลงไปให้เต็มช่องว่างระหว่างแป้นกับเบ้าโฟม



ภาพที่ ค21 ปิดปากเบ้าด้วยแป้น

1.2.11 พลิกปากถุงพลาสติกอันที่ 1 กลับขึ้นไปหุ้มให้แนบกับแกนหุ่นแล้วใช้เทปพันสายไฟพันทับให้แน่นไม่ให้อากาศผ่านเข้าไปได้ เปิดเครื่องดูดอากาศ ซึ่งตั้งแรงดูดไว้ที่ - 60 ซม. ของปรอท อากาศระหว่างเมล็ดทรายจะถูกดูดออกไปเมล็ดทรายจะเกาะกันแน่น เมื่อถอดยางรัดถุงพลาสติกอันที่ 2 หรือ เปิดลิ้นที่ถุงพลาสติก อากาศจะเข้าไป เบ้าจากถุงโฟมก็จะสลายตัวทำให้สามารถถอดออกจากหุ่นทรายได้



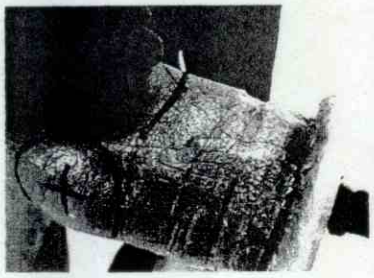
ภาพที่ ค 13 พลิกปากถุงพลาสติกอันที่ 1 กลับขึ้นไปหุ้มให้แนบกับแกนหุ่นแล้วใช้เทปพันสายไฟพันทับให้แน่นไม่ให้อากาศผ่านเข้าไปได้

1.3 การแต่งหุ่นทราย

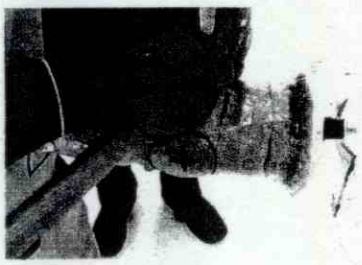
1.3.1 นำหุ่นทรายมาติดตั้งบนแป้นยึดก้านหุ่นในแนวนอนโดยรักษาแรงดูดไว้ที่ - 45 ซม. ของปรอท วัดระยะความกว้างของคอนไดล และความยาวของหุ่นจากปลายเบ้าถึงกึ่งกลางของกระดูกสะบ้าทำเครื่องหมายแล้ววาดรูปวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 นิ้ว วงกลมนี้คือ เครื่องหมายของกระดูกสะบ้าวัดระยะจากข้อพับถึงผิวกระดูกสะบ้าทำเครื่องหมายทางด้านใน (medial) และด้านนอก (lateral) ที่เหนือระดับขอบบนของกระดูกสะบ้าเล็กน้อย ระดับนี้คือระดับซูปร้าคอนไดล (supracondyle)

1.3.2 ถ้าความยาวระหว่างคอนไดลของหุ่นยาวกว่าที่วัดได้จากตอขาให้ใช้ฆ้อนทุบเบา ๆ ทรายบริเวณที่ถูกทุบจะค่อย ๆ ยุบลงไปจนระยะที่วัดจากหุ่นเท่ากับที่วัดจากตอขา เช่นเดียวกัน ถ้าระยะจากข้อพับถึงผิวกระดูกสะบ้ายาวกว่าที่วัดได้ก็ให้ใช้ฆ้อนค่อย ๆ ทุบเบา ๆ ที่บริเวณผิวสะบ้าจนได้ระยะที่ต้องการ

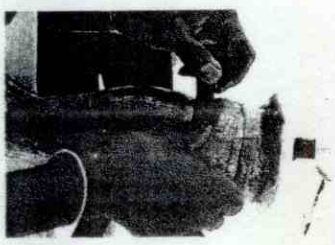
1.3.3 ใช้เข็มเจาะรูที่ถุงตรงเครื่องหมายที่ทำไว้เหนือมีเดียลคอนไดลใช้สันฆ้อนค่อย ๆ ทุบตามแนวที่ทำไว้ ทรายจะอ่อนตัวตามรอยทุบลงไปเป็นร่องให้ร่องนี้ลึกประมาณ 2 เซนติเมตร ใช้เทปพันสายไปปิดรูที่เจาะไว้ไม่ให้อากาศเข้าไปตามรู ทุบแต่งจากมีเดียลคอนไดลให้เอียงเข้าไปหาร่อง



ภาพที่ ค14 เจาะรูด้วยเข้ม

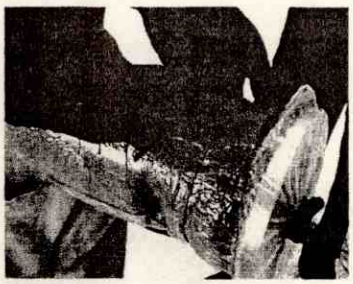


ภาพที่ ค15 ทุบเบา ๆ ด้วยค้อน

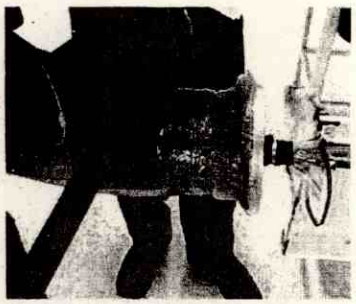


ภาพที่ ค16 ปิดเทป

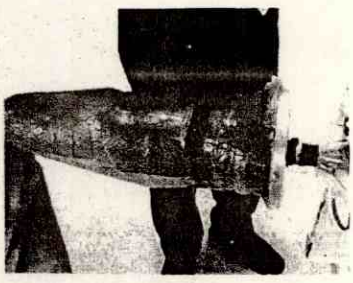
1.3.4 **ใช้เข็มเจาะรูที่ถุงทางด้านแล็ทเทอร์ลัลคอนไดลตามเครื่องหมาย ค่อย ๆ ใช้ฆ้อนทุบให้ลึกลงไป 1 เซนติเมตร เว้นตรงที่เป็นอิลิโอทิเบียลแบนด์ (ilio – tibial band) ปิดรูที่เจาะไว้ด้วยเทป** พันสายไฟ เพื่อป้องกันอากาศภายนอกเข้าไปในหุ่นตามรูนี้



ภาพที่ ค17 เข็มเจาะรู

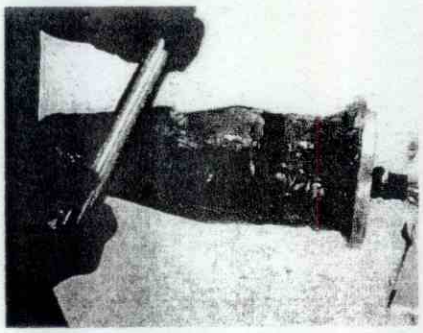


ภาพที่ ค18 ใช้ค้อนทุบ



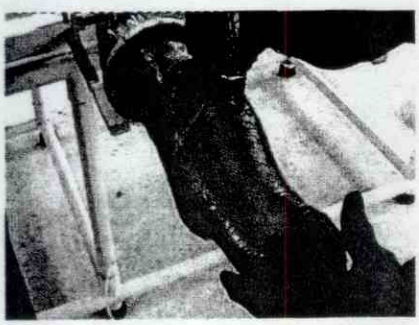
ภาพที่ ค19 ปิดรูเจาะด้วยเทป

1.3.5 ใช้ท่อกลิ้งบนผิวของหุ่นเพื่อให้ผิวของหุ่นราบเรียบ



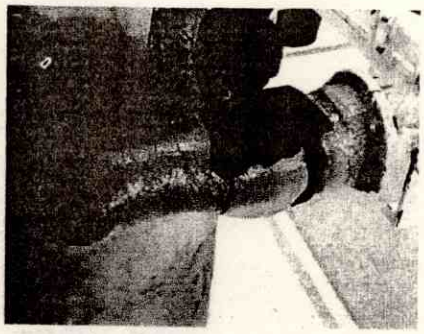
ภาพที่ ค20 ใช้ท่อกลิ้งบนผิวของหุ่น

1.3.6 ลากเส้นที่ระดับกึ่งกลางของเอ็นพาเต็ลล่าให้รอบ วางแผ่นเทปโฟมขนาดเท่ากับความกว้างของบริเวณข้อพับที่ระดับเหนือเส้นที่ลากจากกึ่งกลางเอ็นพาเต็ลล่า

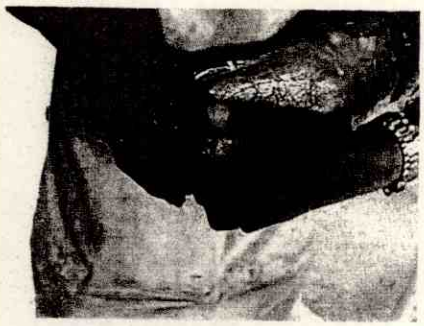


ภาพที่ ค21 ลากเส้น

1.3.7 เอาดินเหนียวแต่งขอบรอบ ๆ โฟมเพื่อให้เป็นร่องของแฮมสตริง และพอกดินเหนียวที่ปลายหุ่นเพื่อให้ปลายหุ่นมน



ภาพที่ ค22 ใช้ดินเหนียวแต่งขอบ



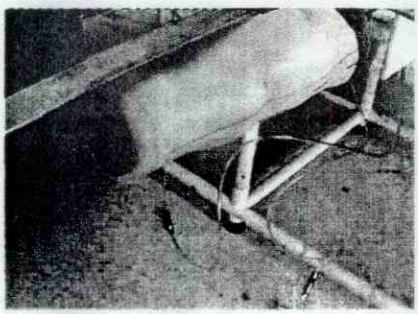
ภาพที่ ค23 พอกดินเหนียวที่ปลายหุ่น

1.3.8 ตั้งหุ่นขึ้นนำเอาพีไลท์ที่อบให้นิ่มแล้วมาสวมบนหุ่น สวมถุงทับแล้วดูดอากาศออก พีไลท์ก็จะแนบกับหุ่น



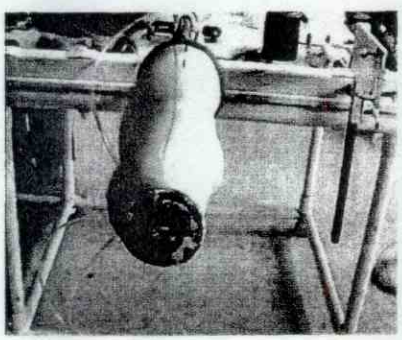
ภาพที่ ค24 นำพีไลท์ที่อบมาสวม และสวมถุงทับ

1.3.9 จัดหุ่นให้อยู่ในแนวราบ หาแนวเส้นตั้งฉากผ่านกึ่งกลางข้อเข่ามายังปลายหุ่นทั้งทางด้านหน้าและด้านข้าง จุดที่ตัดคือ กึ่งกลางของปลายเบ้าที่จะต้องสร้างขึ้นมา จุดนี้จะตรงกับแนวของข้อเท้าข้อเข่า และข้อตะโพก

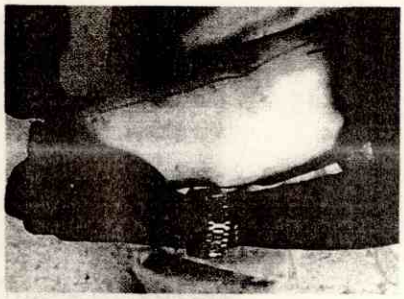


ภาพที่ ค25 ตัดที่จุดกึ่งกลางของปลายเบ้า

1.3.10 ติดกระดุมที่ปลายหุ่นตรงจุดตัด ให้จุดศูนย์กลางของกระดุมอยู่ตรงกับจุดตัด พอกดินเหนียวปิดร่องระหว่างกระดุม และพีไลท์



ภาพที่ ค26 ติดกระดุมที่ปลายหุ่นตรงจุดตัด



ภาพที่ ค27 พอกดินเหนียวปิดร่องระหว่างกระดุม และพีไลท์

1.4 การขึ้นรูปเบ้าพลาสติก

1.4.1 ตั้งหุ่นขึ้นสวมถุงไนล่อนทับบนหุ่นที่เสริมปลาย 2 ชั้น แล้วโรยแป้งไปบนหุ่นเพื่อไม่ให้พีไลท์และถุงน่องติดกับเบ้าพลาสติก

1.4.2 นำหุ่นไปวางบนแป้นของเครื่องขึ้นรูปเบ้า นำแผ่นพลาสติกที่อบจนนิ่มแล้วมาวางบนแท่นยึด ใช้เท้าเหยียบสวิทช์ที่เท้า (foot switch) หุ่นจะเคลื่อนตัวดันพลาสติกขึ้นมารั้งให้พลาสติกเข้ามาแนบกับตัวหุ่น เมื่อเปิดสวิทช์ดูดอากาศออก บรรยากาศภายนอกจะดันให้เนื้อพลาสติกแนบกับหุ่นทุกส่วน

1.4.3 เมื่อพลาสติกที่หุ้มหุ่นเย็นลง เปิดลิ้นควบคุมที่ปลายบนของแกนหุ่น อากาศจากภายนอกจะเข้าไปทำให้เมล็ดทรายคลายการเกาะตัวกัน เปิดถุงพลาสติกที่ฐานหุ่นแล้วจึงเททรายออกจากเบ้าพลาสติก

1.4.4 นำเบ้าพลาสติกไปตัดขอบตามลักษณะที่ต้องการ เบ้านี้ก็พร้อมจะนำไปประกอบเป็นขาเทียมต่อไป

1.5 การประกอบขาเทียม

1.5.1 เจาะรูขนาด ¾ นิ้ว ที่กึ่งกลางของปลายเบ้า นำเอา coupling (ถ้วยหนาม) ชุดปรับแนว (alignment unit) แกนหน้าแข้งและเท้าเทียมมาประกอบ โดยจัดให้ช่อง (slot) ที่จะสอดกุญแจเข้าไปขันสกรูอยู่ทางด้านข้าง (lateral)

1.5.2 นำไปให้ผู้พิการทดลองสวมใส่เดิน ถ้ามีท่าเดินที่ผิดปกติ (gait deviation) ซึ่งเนื่องมาจากแนว (alignment) ระหว่างเบ้าและเท้าเทียมไม่ดี ก็สามารถปรับปรุงแก้ไขให้เสร็จในเวลา 5 นาที ถ้า

มีการกดเจ็บที่ปลายตอขาด้านหน้า (anterodistal) แสดงว่าจัดเบ้าเอียงหน้า (anterior tilt หรือ preflex) มากเกินไปจนผนังเบ้ากดบนปลายกระดูกทิเบียก็ปรับแก้ความเอียงโดยการเลื่อน coupling ไปทางด้านหลังหรือเอียงเหยียดเบ้ามาทางด้านหน้าประมาณ 2 มม. หรือ ถ้าเจ็บที่ปลายล่างด้านข้าง (latero distal) คือตรงปลายกระดูกฟิบิวล่า ก็เอียงปลายเบ้าออกโดยการเลื่อน coupling มาทางด้านใน (medial) หรือเอียงปลายเบ้าออกด้านนอก (abduct)

1.5.3 เมื่อผู้พิการสวมใส่ขาเทียมเดินได้โดยไม่มีอาการเจ็บปวด เดินได้คล่องและท่าเดินปกติ ก็สามารถนำขาเทียมนี้ไปแต่งให้สวยงามเป็นรูปขาต่อไป

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามและรายชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมของมูลนิธิขาเทียม
ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

วิทยานิพนธ์เรื่อง: คนพิการขาขาด: กระบวนการตรีตราและการปรับตัวโดย นาง ทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์ นักศึกษาปริญญาเอก มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงอ. เมือง จ. เชียงราย

คำชี้แจง: แบบแบบสอบถามคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาคนพิการขาขาด:

กระบวนการตรีตราและการปรับตัวโดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และสรุปเพื่อเขียนวิทยานิพนธ์ ระดับดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ สำนักศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาในการตอบแบบสอบถามจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการกรอกข้อความและรายละเอียดอย่างตั้งใจจริง

ความหมายของคำว่า

- คนพิการขาขาด หมายถึง คนพิการที่ถูกตัดขา (Amputee) ที่มารับบริการทำขาเทียม จากมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- ขาเทียมหมายถึง อุปกรณ์เทียมที่ใช้ทดแทนขาที่สูญเสียไป

แบบสอบถามสำหรับคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียมของมูลนิธิขาเทียม

โครงสร้างของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน รวม 7 หน้า คือ-

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านผลกระทบและปัจจัยพื้นฐานก่อนและหลังพิการขาขาด

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและการปรับตัว

ส่วนที่ 4 การแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ2554

สำหรับคนพิการขาขาดที่มารับบริการทำขาเทียม

☐ ภาคเหนือจังหวัด.....

☐ ภาคกลางจังหวัด.....

☐ ภาคใต้จังหวัด.....

☐ ตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัด.....

ที่อยู่.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องหรือใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุดหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

สำหรับผู้วิจัย

☐☐☐

1.ชื่อ – สกุล ผู้ให้สัมภาษณ์ ☐ 1

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ 2

3. อายุ ☐ 3

☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 21 – 30 ปี

☐ 31 – 40 ปี ☐ 41 – 50 ปี

☐ 51 – 60 ปี ☐ 60 ปีขึ้นไป

4. การศึกษา ☐ 4

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประถมศึกษา ☐ ปริญญาตรี

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานภาพ ☐ 5

☐ โสด ☐ สมรส

☐ หย่า ☐ แยกทางกันอยู่

☐ หม้าย ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6.ศาสนา ☐ 6

☐ พุทธ ☐ คริสต์

☐ อิสลาม ☐ พราหมณ์

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

7. ท่านสูญเสียขาข้าง ☐ 7

☐ ซ้าย ☐ ขวา ☐ ทั้งซ้ายและขวา

8. ท่านพิการขาขาดมานานเพียงใด ☐ 8

☐ ต่ำกว่า 1 ปี ☐ 2 –3 ปี

☐ 4–5 ปี ☐ 6–10 ปี

☐ 11–20 ปี ☐ มากกว่า 20 ปีขึ้นไป

9. สาเหตุของความพิการขาขาด ☐ 9

☐ อุบัติเหตุ (โปรดระบุ).....

☐ โรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

☐ กรรมพันธุ์ (โปรดระบุ).....

☐ กัปดักระเบิด

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านผลกระทบและปัจจัยพื้นฐานก่อนและหลังพิการขาขาด

10. ครั้งแรกเมื่อท่านต้องถูกตัดขาเป็นคนพิการขาขาด ท่านรู้สึกอย่างไร ☐ 10

☐ เสียใจอย่างสุดซึ้ง ☐ ต้องมีชีวิตต่อสู้ต่อไป

☐ หมดหวังในชีวิต ☐ คงเป็นคนไร้ค่า

☐ อยากอยู่เงียบ ๆ ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

11. ท่านใช้เวลาพักฟื้นเป็นระยะเวลาเท่าใด ☐ 11

☐ ต่ำกว่า 3 เดือน ☐ 6 เดือน

☐ 8 เดือน ☐ 1 ปี

☐ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป

12. ระหว่างที่พักฟื้นใครเป็นผู้ดูแลท่านอย่างใกล้ชิด ☐ 12

☐ พ่อและแม่ ☐ สามี/ภรรยา

☐ บุตร/ธิดา ☐ เพื่อน

☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

13. ความรู้สึกท่านหลังพักฟื้นเป็นอย่างไร ☐ 13

☐ เป็นเวรกรรม ☐ เป็นโชคชะตา

☐ โทษตนเอง ☐ หมดหวังและท้อแท้

☐ หมดกำลังใจ ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

14. ท่านมีวิธีการผ่อนคลายอย่างไรในช่วงระยะเวลาพักฟื้น ☐ 14

☐หาที่ปรึกษา ☐พูดคุยญาติสนิท

☐ พูดคุยเพื่อนสนิท ☐ ด่าหรือตะโกนเสียงดัง

☐ทำลายข้าวของ ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

15. สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจของท่านมาโดยตลอดคือท่านใด ☐ 15

☐พ่อและแม่ ☐สามี/ภรรยา

☐บุตร/ธิดา ☐บุคคลอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

<u>ปัจจัยพื้นฐานก่อนพิการขาขาด</u>

16. อาชีพของท่านก่อนพิการขาขาด ☐ 16

☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ ค้าขาย

☐ เกษตรกรรม ☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ ลูกจ้างบริษัท ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

17. รายได้ต่อเดือนของท่านก่อนพิการขาขาด ☐ 17

☐ ต่ำกว่า 2,000 บาท ☐ 2,001–5,000 บาท

☐ 5,001 – 8,000 บาท ☐ 8,001 - 10,000 บาท

☐ 10,001- 15,000 บาท ☐ มากกว่า 15,000 บาท ขึ้นไป

18. บทบาทของท่านในครอบครัว ☐ 18

☐ เป็นผู้นำครอบครัว ☐ เป็นผู้อาศัย

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

19. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับบุคคลในครอบครัว ☐ 19

☐ พูดคุยกันสม่ำเสมอ ☐ พูดคุยกันน้อยลง

☐ ไม่ได้พูดคุยกันเลย ☐ รักใคร่กลมเกลียว

☐ บิดามารดารักตนน้อยลง ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

20. ความรู้สึกต่อมุมมองของคนในสังคมที่มีต่อท่านมีลักษณะอย่างไร ☐ 20

☐ ปรกติ ☐มองแบบสงสาร

☐ มองแบบเวทนา ☐ ต้องการให้ความช่วยเหลือ

☐ เป็นภาระครอบครัว ☐ เป็นภาระสังคม

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ปัจจัยพื้นฐานหลังพิการขาขาด

21. อาชีพของท่านหลังพิการขาขาด ☐ 21

☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ ค้าขาย
☐ เกษตรกรรม ☐ ธุรกิจส่วนตัว
☐ ลูกจ้างบริษัท ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

22. รายได้ต่อเดือนของท่านหลังพิการขาขาด ☐ 22

☐ ต่ำกว่า 2,000 บาท ☐ 2,001–5,000 บาท
☐ 5,001 – 8,000 บาท ☐ 8,001 - 10,000 บาท
☐ 10,001- 15,000 บาท ☐ มากกว่า 15,000 บาท ขึ้นไป

23. บทบาทของท่านในครอบครัว ☐ 23

☐ เป็นผู้นำครอบครัว ☐ เป็นผู้อาศัย
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

24. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับบุคคลในครอบครัว ☐ 24

☐ พูดคุยกันสม่ำเสมอ ☐ พูดคุยกันน้อยลง
☐ ไม่ได้พูดคุยกันเลย ☐ รักใคร่กลมเกลียว
☐ บิดามารดารักตนน้อยลง ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

25. ความรู้สึกต่อมุมมองของคนในสังคมที่มีต่อท่านมีลักษณะอย่างไร ☐ 25

☐ ปรกติ ☐ มองแบบสงสาร
☐ มองแบบเวทนา ☐ ต้องการให้ความช่วยเหลือ
☐ เป็นภาระครอบครัว ☐ เป็นภาระสังคม
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและการปรับตัว

26. สาเหตุสำคัญของการยอมรับเข้าสู่การเป็นคนพิการขาขาดของท่านได้แก่ ☐ 26

☐ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ☐ ความช่วยเหลือจากสังคมทั้งภาครัฐ/เอกชน
☐ การสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ☐ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างทางสังคม
☐ สิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคม ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

27. ท่านมีวิธีการปรับตัวเข้าสู่สังคมอย่างไร ☐ 27

27.1 ปรับตัวให้เข้ากับเอกลักษณ์ใหม่

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

27.2 ปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

27.3 ปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

27.4 ปรับตัวให้เข้ากับคนพิการในสังคม

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

27.5 อื่น ๆ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

28. ท่านมีการจัดการกับเอกลักษณ์ที่มีปัญหา ถูกตีตราว่าเป็นคนพิการขาขาดอย่างไร ☐ 28

28.1 ภาพลักษณ์ต่อเอกลักษณ์ใหม่

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

28.2 การยอมรับจากบุคคลทั่วไป

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

28.3 การยอมรับจากกลุ่มคนพิการขาขาด

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

28.4 การสร้างทัศนคติใหม่ต่อเอกลักษณ์ของตน

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

28.5 การเปิดพื้นที่ทางสังคม

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

28.6 อื่น ๆ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

29. วิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเป็นอย่างไร ☐ 29

29.1 การทำงาน

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

29.2 การติดต่อสื่อสาร

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

29.3 การไปมาหาสู่ระหว่างครอบครัวและเพื่อน

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

29.4 การทำกิจกรรมต่าง ๆ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

29.5 การเดินทาง/การท่องเที่ยว

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

29.6 อื่น ๆ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

30. ท่านมีอัตลักษณ์หลังการเข้ารับขาเทียมอย่างไร ☐ 30

30.1 มีความมั่นใจตนเองสูงขึ้น

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

30.2 สังคมให้การยอมรับ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

30.3 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

30.4 พร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคม

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

30.5 พร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคม

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

30.6 อื่น ๆ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

ส่วนที่ 3 การแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

31.ท่านคิดว่าแนวโน้มของการพัฒนาคนพิการขาขาดควรเป็นอย่างไร ☐ 31

1.....

2.....

3.....

32. ภาครัฐและเอกชนตลอดจนองค์กรที่เกี่ยวข้องควรจะมีบทบาทอย่างไรต่อการพัฒนาคนพิการขาขาด ☐ 32

1.....

2.....

3.....

33. ท่านคิดว่าปัญหา/อุปสรรคที่สำคัญของคนพิการขาขาดในปัจจุบันมีอะไรบ้าง ☐ 33

1.....

2.....

3.....

4.....

34. ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลคนพิการขาขาดอย่างไรบ้าง ☐ 34

1.....

2.....

3.....

4.....

35. ท่านคิดว่าแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับคนพิการขาขาดควรเป็นอย่างไร ☐ 35

1.....

2.....

3.....

4.....

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านเป็นอย่างสูง

แบบสัมภาษณ์คนพิการขาขาดที่ผ่านการอบรมเป็นช่างทำขาเทียมประจำโรงพยาบาล

ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ.....เพศ.....อายุ.....

วันที่สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

ที่อยู่ผู้ให้สัมภาษณ์.....

การศึกษา.....อาชีพ.....

ประเด็นในการสังเกตและสัมภาษณ์

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวคนพิการที่เป็นช่างทำขาเทียม

1. กรุณาเล่าเรื่องเกี่ยวกับตัวคุณ **ก่อน**ที่จะมาเป็นช่างทำขาเทียมให้ฟังด้วยว่ามีความเป็นมาอย่างไรเช่น

- คุณทำอะไร อยู่ที่ไหน ทำไมถึงสูญเสียขา
- มีครอบครัวแล้วหรือยัง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา หรือแยกมาอยู่เอง
- หลังจากที่คุณสูญเสียขาไป รู้สึกอย่างไรบ้าง
- ระยะเวลาเท่าไหร่ถึงตัดสินใจมารับบริการใส่ขาเทียม
- อะไรเป็นเหตุจูงใจให้คุณตัดสินใจมารับการใส่ขาเทียม
- มองตนเองอย่างไร และคิดว่าสังคมมองเราอย่างไรในเวลานั้น
- วิถีชีวิตแต่ละวันทำอะไรบ้างก่อนจะมาเป็นช่างทำขาเทียม
- ทำอาชีพอะไร และได้ค่าตอบแทนอย่างไร
- ทราบข่าวเรื่องการนำเอาคนพิการขาขาดมารับการอบรมจากไหนแล้วมาสมัครอย่างไร มีขั้นตอนอย่างไรบ้าง
- กระบวนการต่าง ๆ หรือ ความรู้สึกหรือการปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลก่อนที่โรงพยาบาลจะส่งตัวมายังศูนย์อบรมเป็นอย่างไร
- หลังจากได้รับเลือกจากโรงพยาบาลแล้วมีความรู้สึก หรือการเตรียมตัวอย่างไร
- ระหว่างการอบรมมีความรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร เกิดอะไรขึ้นบ้าง
- เมื่อสิ้นสุดการอบรมรู้สึกอย่างไร

- วันแรกที่เข้าไปทำงานในระบบโรงพยาบาลรู้สึกเช่นไร เกิดอะไรขึ้นบ้าง
- ครั้งแรกที่เพื่อนคนพิการยื่นขามาให้เราทำ รู้สึกเช่นไร คิดว่าตนเองจะสามารถทำได้ดีหรือไม่
- ต้องปรับตัวอย่างไรบ้างมากน้อยแค่ไหน์เมื่อต้องกลายไปเป็นลูกจ้างประจำของโรงพยาบาล
- มีความรู้สึกอย่างไรกับ ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ตั้งแต่วันแรกจนถึงวันนี้
- อยากจะบอกอะไรกับเพื่อนคนพิการด้วยกันบ้าง

ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและกระบวนการตีตรา

1. นับตั้งแต่วันที่คุณถูกตัดขา คุณรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างคุณมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ และเปลี่ยนไปอย่างไร
2. คุณคิดว่าตัวเองเป็นคนที่น่าสงสาร เป็นคนพิการที่ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น เป็นภาระต่อคนอื่น
3. คุณคิดว่าคนในครอบครัวควรจะต้องให้ความช่วยเหลือคุณมากกว่านี้หรือไม่
4. คุณรู้สึกว่าคุณมีปมด้อย ไม่มีใครอยากจะคบค้าสมาคมกับใครหรือไม่
5. เคยมีใครที่แสดงอาการรังเกียจไม่อยากคบค้าสมาคมกับคุณ
6. เคยมีใครที่กระตือรือร้นล้นที่จะดูแลคุณเป็นพิเศษ เนื่องจากว่าเป็นคนพิการจนทำให้คุณรู้สึกอับอาย
7. คุณคิดว่าสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองของคุณ หรือมีอะไรที่คุณไม่สามารถทำได้ หรือทำได้ไม่ดี หรือไม่รู้สึกอยากจะทำ
8. คุณคิดว่าในเวลานี้มีสิ่งใดบ้างที่จะช่วยทำให้คุณดูแลตนเองได้ดีขึ้น และเป็นสิ่งที่คุณต้องการมากที่สุด
9. ในเวลานี้คุณมองตัวคุณเองอย่างไร
10. คุณคิดว่าคนในครอบครัวและสังคมมองคุณอย่างไร

ข้อมูลในการปรับตัว

1. คุณมีความคิดหรือความหวังที่จะต้องเดินได้อย่างอิสระหรือไม่
2. คุณพยายามเอาชนะความพิการอย่างไร
3. คุณเคยได้ปรึกษาใครหรือไม่และคนที่คุณปรึกษาให้คำแนะนำอย่างไร
4. คุณพยายามสอบถามเสาะแสวงหาแหล่งที่จะทำขาเทียมอย่างไร
5. คุณได้เคยศึกษาเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับขาเทียมหรือไม่
6. คุณรู้จักมูลนิธิขาเทียมฯ หรือไม่ ถ้ารู้ รู้ว่ามูลนิธิฯ นี้เป็นอย่างไร
7. คุณมีความคาดหวังอย่างไรกับขาเทียมที่จะได้รับ
8. คุณต้องการขาเทียมเพื่อที่จะมาทดแทนขาที่คุณสูญเสียไปหรือไม่
9. คุณคิดว่าหากได้รับขาเทียมแล้วคุณจะสามารถเดินได้เหมือนเดิมหรือไม่
10. ถ้าหากคุณเดินได้คุณต้องการทำอะไรเดินไปไหนมากที่สุด

ตารางที่ ง1 รายชื่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ภาคกลาง

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
1	นางปรีจิร พรอนันท์	40 หมู่ 8 ต.ดอนข่อย อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
2	นายชัยวัฒน์ โพธิ์แจ่ม	79 ม 13 ต. วังน้ำเขียว อ. กำแพงแสน จ.นครปฐม
3	นายสุทศ สากระสันต์	73/3 หมู่ 3 ต.นครชัยศรีอ.นครชัยศรีจ.นครปฐม
4	นายบรรลือ ธนัตวรานนท์	51/ 2 หมู่ 1 ต.ปากน้ำอ.เมืองจ.ระนอง
5	นางสาวพรรณิภา สระทองแมว	95/1 หมู่ 12 ต.สามง่ามอ. ดอนตุม จ.นครปฐม
6	นายสุรเชษฐ จะนุช	8 หมู่ 2 ต.โพรงมะเดื่ออ. เมือง จ.นครปฐม
7	นายไพโรจน์ ตระกูลชมอง	41 หมู่ 2 ต.ท่าล้ออ.ท่ามะม่วง จ. กาญจนบรี
8	นางบุญชู แจ่มทิ	24 หมู 2 ต.ห้องพระอ.ดอนตุม จ.นครปฐม
9	นายสุชาติ สุภัทรานนทร์	38 หมู่ 5 ต.ดอนพุทธาอ.ดอนตุม จ.นครปฐม
10	นายสุวทย์ สามบุญเรือง	98 หมู่ 4 ต.ลำลูกบัว อ. ดอนตุม จ.นครปฐม
11	นายสุรชัย สงวนสัตย์	82/2 หมู่ 12 ต.สามง่ามอ. ดอนตุม จ.นครปฐม
12	นายนุกูล ใช้เจริญ	41 หมู่ 7 ต.ลำเหย อ.ดอนตุม จ.นครปฐม
13	นายธวัชชัย คล้ายพันธ์	30/2 หมู่ 13 ต.ลำเหย อ. ดอนตุม จ.นครปฐม
14	นางมณฑา วุ่นบำรุง	96/2 หมู่ 3 ต.ลำเหย อ. ดอนตุม จ.นครปฐม
15	นายณรงศักดิ์ อินโกสุม	377 หมู่ 9 ต.บ่อพลับ อ.เมือง จ.นครปฐม
16	นายปรีชา แป้นพยัคฆ์	90 หมู่ 8 ต.สามง่าม อ.ดอนตูม จ. นครปฐม
17	นายกฤษฎา ยอดศิลป์ชัย	19/1 หมู่ 2 ต.คลองจินดาอ.สามพราน จ.นครปฐม
18	นายกังวาน ไพรบุญลือ	162 หมู่ 2 ต.หนองกระทุ่ม อ. กำแพงแสน จ. นครปฐม
19	นายนุกูล ยอดมดี	248 หมู่ 16 ต.ห้วยขวางอ. กำแพงแสน จ.นครปฐม
20	นายสัมพันธ์ จันทรัตน์	79 หมู่ 3 ต.หนองงูเหลือมอ.เมืองนครปฐมจ. นครปฐม
21	นางเปา ศรีแสง	8 หมู่ 2 ต.ลำพญาอ.บางเลนจ.นครปฐม
22	นายสิทธิพงษ์ สินบัวทอง	8/2 หมู่ 8 ต.ลำพญา อ.บางเลนจ.นครปฐม
23	นายขวัญ วงษ์จัดซี่	33 หมู่ 5 ต.ห้วยหมอนทองอ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
24	นายบุญมี วงษ์ศรี	15 หมู่ 3 ต.ห้วยพลู อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม

ตารางที่ ง1 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
25	นายสมศักดิ์ สามพ่วงบุญ	31 หมู่ 16 ต.ห้วยขวาง อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
26	นายบุญเลิศ วงศ์ใจเย็น	13 หมู่ 3 ต.พระประโทน อ.เมืองจ.นครปฐม
27	นายสมพงค์ บุญธรรม	68 หมู่ 1 ต.หนองกระทุ่ม อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
28	นายปัญญา แซ่ผัง	38 หมู่ 8 ต.สามง่ามอ.ดอนตุม จ.นครปฐม
29	นายสิงห์โต ชมภู	36 หมู่ 1 ต.งิ้วรายอ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
30	นางนัฐพร มาทิกา	2/78 หมู่ 18 อ.ลำลูกกา จ.ประทุมธานี
31	นางม่วย อุดมโภชน์	197 หมู่ 4 อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร
32	นายบุญทัน อ้นสุวรรณ	19/309 หมู่ 2 ต.ท้ายบ้าน อ. เมือง จ. สมุทรปราการ
33	นางเพรชรัตน์ สิทธิกรโอฬารกุล	ไม่ระบุ
34	นายสุรีย์ แซ่มช้อย	176 ต.ทุ่งควายกิน อ.แกลง จ.ระยอง
35	นางสาวเกสณี แซ่ลิ้ม	14/12 ต.บางยี่เรือ อ.ธนบุรี กรุงเทพฯ
36	นายพิสิษฐ์ วรรณพันธ์	78/1 หมู่ ต.ปากตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี
37	นายวิลาศ ซังเพชรแก้ว	77/8 ต.บางกร่าง อ.เมือง จ.นนทบุรี
38	นายไชยชล วงค์วัฒนากุล	กรุงเทพฯ
39	นายมานะ ปิปติศุภนนท์	57/11 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี
40	นายดำรงค์ ใจรักษ์	80 หมู่ ต.ทุ่งควายกิน อ.แกลง จ.ระยอง
41	นางมาลี บัวผัน	93/427 แขวงบางขุนศรี บางกอกน้อย กรุงเทพฯ
42	นางสาววรรณา แท่งทอง	10/96 แขวงหนองค้างพลู เขตหนองแขม กรุงเทพฯ
43	นางชมพูนุช นะคะจะ	1004 บางจาก เขตพระโขนง กรุงทพฯ
44	นายสำราญ กล้าแพร	92 หมู่ 3 ต.ไผ่หลิว อ.ดอนพุด จ.สระบุรี
45	นางกุลนิษฐ์ บัวทอง	125 ซอยจันทร์ 18/7 สาธรใต้แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาธร กรุงเทพฯ
46	นายบรรจง โตอินทร์	2/12 หมู่ 2 ต.มหาสวัสดี บางกรวย กรุงเทพฯ
47	นายสมชาย พงษ์ไม้	117/16 หมู่ 2 ต.พลูตาหลวง จ. ชลบุรี
48	นายอนันต์ ยาวิระ	187 /12 หมู่ 4 ต.ปลาพราย อ.บ่อไร่ จ.ตราด
49	นายสิรภพจัน โอพาน	161/65 บางขุนเทียน กรุงเทพฯ

ตารางที่ ง1 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
50	นายปองพล คงธันร์	901/33 แขวงบุคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ
51	นางวันเพ็ญ ภูหมิ่น	65 หมู่ 6 ต.ม่วงงาม อ.เสาให้ จ.สระบุร
52	นายสุทัศน์ เลิศมหาภาพ	37 ซ.มหาวงศ์ใต้ แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ
53	นายวิเชียร หัสถาดล	293/106 ถ.ประชาชื่น ต.บางซื่อ อ.บางซื่อ กรุงเทพฯ
54	นายอภิเดช เดชวัฒนะกุล	19 /58 ต.พระโขนง อ.คลองเตย กรุงเทพฯ
55	นายสำเริง จับจิตร	วัดอรุณ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพฯ
56	นายสุวิทย์ บัวพา	69/32 หมู่ 4 ต.ศาลากลาง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี
57	นายประดับทอง บรรทมจิตร	14/6 หมู่ 4 ต.คลองควาย อ.สามโคก จ.ประทุมธานี
58	นายจตุพล จันทร์ลอย	15/1หมู่ 4 ต.บางกระดี่ อ.เมือง จ.ประทุมธานี
59	นางเรวดี เกตุเมฆ	44/ 17 คลองพระอุดม จ.ประทุมธานี
60	นายศรายุทธ พุฒซ้อน	59/ 6 ต.ลาดหลุมแก้ว อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ประทุมธานี
61	นายบุญศรี ศรีเพรช	22/1 หมู่ 2 ต.ลาดหลุมแก้ว อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ประทุมธานี
62	นายอนุวัฒน์ แสนสน	ต.ลาดหลุมแก้ว อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ประทุมธานี
63	นางสาวกัลญา ล่อนอาจ	35 หมู่ 5 ต.บางเดื่อ อ.เมือง จ.ประทุมธานี
64	นายชาติชาย ทองบริสุทธิ์	ต.บางพลู อ.เมือง จ.ประทุมธานี
65	นายสุเทพ ใจปลอด	52/ 2 หมู่ 9 ต.บึงกาฬ อ.หนองเสือ จ.ประทุมธานี
66	นายธงชัย พุ่มระหงษ์	9 หมู่ 8 ต.ดอนพุทรา อ.ดอนตูม จ.นครปฐม
67	นางสาวสุณี ยางสูง	54 หมู่ 4 ต.โพรงมะเดื่อ อ.เมือง จ.นครปฐม
68	นางสมลักษณ์ ผาสุก	285 หมู่ 2 ต. บ่อพลับ อ.เมือง จ.นครปฐม
69	นายสมาน จวนกุศล	1 หมู่ 9 ต. บางปลา อ. บางเลน จ.นครปฐม
70	นายแต้ม สามง่ามนุ	103 หมู่ 6 ต.สามง่าม อ.ดอนตูม จ.นครปฐม
71	นายถุงเงิน สุวรรณเนตร	26 หมู่ 3 ต.บางช้าง อ.สามพราน จ.นครปฐม
72	นายไพบูลย์ เอี่ยมเจริญ	10/1 หมู่ 4 ต.บ้านใหม่ อ.สามพราน จ.นครปฐม
73	นายทวีทอง ดอนแก้ว	43 หมู่ 6 ต.ดอนข่อย อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
74	นายไพรวัลย์ ซิ้มเจริญ	28 หมู่ 4 ต.บ้านใหม่ อ.สามพราน จ.นครปฐม
75	นายทองสุข บุญขุนยัง	9/80 หมู่ 4 ต.ท่าตลาดองสามพราน จ.นครปฐม

ตารางที่ ง1 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
76	นายเฉลิม พูลทรัพย์	63 หมู่ 9 ต.กำแพงแสน อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
77	พระเล็ก เกาะแก้ว	159 หมู่ 14 ต.วังน้ำเขียว อ. กำแพงแสน จ.นครปฐม
78	นายเจียม ศรีสังวาลย์	52 หมู่ 6 ต.ไผ่บูช้าง อ.บางเลน จ. นครปฐม
79	นางสาวกัญญารัตน์ ชำอินดี	44/3 หมู่ 3 ต.ไผ่หูช้าง อ.บางเลน จ.นครปฐม
80	นางสาวปัญญา วงศ์จัดซี่	36 หมู่ 4 ต.รางพิกุล อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
81	นายจำลอง ไม้หวัน	7/2 หมู่ 3 ต.ห้วยจระเข้ อ.เมือง จ.นครปฐม
82	นางทองคำ พมพ์พา	22 หมู่ 15 ต.ลำเหยอ อ.ดอนตูม จ.นครปฐม
83	นายสมชาย ชูราศรี	91/1 หมู่ 4 ต.ศรีมหาโพธิ์ อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
84	นายพิทักษ์ เส็งเจริญ	107 หมู่ 21 ต.บางหลวง อ.บางเลน จ.นครปฐม
85	นายเฉลียว ตรีอินทอง	83 หมู่ 2 ต.ลำลูกบัว อ.ดอนตูม จ.นครปฐม
86	นายเมือง เหลืองขมิ้น	30 หมู่ 3 ต.บางไทร อ.เมืองสมุทรสาคร จ. สมุทรสาคร
87	นายบุญมี จินดาศักดิ์	19/1 หมู่ 1 ต.ธรรมศาลา อ.เมือง จ.นครปฐม
88	นายทวิทย์ กลิ่นนิ่มนวล	9 หมู่ 5 ต.บางปลา อ.บางเลน จ.นครปฐม
89	นางณัฐพร บุษปฤกษ์	62/1 หมู่ 7 ต.ภาษี อ.ภาษี จ.พระนครศรีอยุทธยา
90	นายเสนาะ หอมสุดใจ	72 หมู่ 5 ต.ไผ่ล้อม อ.ภาษี จ.พระนครศรีอยุทธยา
91	นายสายันต์ หยดหย่อม	17/3 ต.ดอนข่อย อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม

ตารางที่ ง2 รายชื่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ภาคใต้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
1	นายนิพนธ์ ทองระนาด	42 หมู่ 2 อ.คลองหอยโข่ง จ.ยะลา
2	อ.ส.สุเทพ จักรคำ	33/4 หมู่ 3 ต.บาโหย อ.สะบ้าย้อย จ.สงขลา
3	นายลิ่นานนท์ ขุนทอง	44/4 หมู่ 5 ต.ขุนตัดหวาย อ.จะนะ จ.สงขลา
4	นางดารา แก่นแก้ว	126/44 หมู่ 2 ต.ดอนล้า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
5	นายประพาษ แก้วสว่าง	62/1 หมู่ 6 จ.สงขลา
6	นางประเสริฐ ปราทองค์	79/10 หมู่ 1 ต.ทุ่งตำเสา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
7	นายบุญญา นพรัตน์	100/1 ต.ครองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
8	นายฟีอี ทลำเบ็นสะ	1 หมู่ 2 ซะนานาชาติ ต.ควนลัง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
9	นายอาซีด นิมุสา	54 ถ.เพรชเกษม ซ.45 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
10	นายมูลัม อิซฮัก อิราณี	125 ซ.สุมาลี ถ.เพรชเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
11	นายอภิชาติ ทองประพันธ์	21 ถ.เพรชเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
12	นายนบ่าว สามอด	84/1 หมู่ 1 ต.สะทิงหม้อ อ.สิงหนคร จ.สงขลา
13	นายอิทธิศักดิ์ พันคะวะ	151/2 หมู่ 7 ต.ทุ่งหว้า อ.เมือง จ.สงขลา
14	นายสุวิตร ชูนิด	255 หมู่ 15 ต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา
15	นางสาวพจนพร แซ่หลี	51/1 หมู่ 4 ต.ท่าโพธิ์ อ.สะเดา จ.สงขลา
16	นายปาริศร์ จินแท่น	13/1 หมู่ 3 ต.ระอะ อ.ระโนด จ.สงขลา
17	นายแปลก ผ่องผุด	ต.ท่าข้าม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
18	นายทวีศักดิ์ เรืองกูล	1/1 หมู่ 7 ต.ทุ่งตำเสา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
19	นายอุสมาน หารภิรมย์	115 หมู่ 6 ต.เขาพระ อ.จะนะ จ.สงขลา
20	นางสาวอัสนีวรรณ สุหริ่	55/3 หมู่ 4 ต.ห้วยลึก อ.ดอนเฟือง จ.สงขลา
21	นายกล่อม แก้วสลับเพชร	61 หมู่ 5 ต.พิจิตร อ.นาหม่อม จ.สงขลา
22	นายกำธร ศิริมุสิกะ	77 หมู่ 9 ต.รัตภูมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา
23	นายล้วน ยองใย	91/10 หมู่ 6 ต.สำฟ้าแต้ว อ.สะเดา จ.สงขลา
24	นางมิตร จอเสน	98 หมู่ 4 ต.ทุ่งหมอ อ.สะเดา จ.สงขลา
25	นายทศพล สุขขัง	31 หมู่ 1 ต.ปริก อ.สะเดา จ.สงขลา

ตารางที่ ง2 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
26	นางแลล้ม สังขศิลปชัย	21 หมู่ 7 ต.คอหงรี อ.สะทิงพระ จ.สงขลา
27	นายสงวน แก้วบุปผา	19 หมู่ 7 ต.ทุ่งหลวง อ.ละแม จ.ชุมพร
28	นางอารีรัตน์ ยานะ	28/93 ถ.ผดุงภักดี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
29	นางยก ดุลยา	12 หมู่ 8 ต.คู อ.จะนะ จ.สงขลา
30	นางจรรยา กรดมณี	16 หมู่ 3 ต.คลุง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
31	นายพงษ์ศักดิ์ วิมลวรากร	213/51 หมู่ 4 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
32	นายสลำ ปามะ	อ.เทพา จ.สงขลา
33	นางมณฑา คำเดิม	12 ซ. 1 ดีแลนด์นิเวศร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
34	นายเส็ม ชูวิจิตร์	21 หมู่ 4 ต.คลองอู่ตะเภา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
35	นางนันทิ เรืองเขียว	88 ถ.เพรชเกษม หมู่ 3 ต.คลองทาย อ.นาทวี จ.สงขลา
36	นางสาวดาราวแอน ศรีใส	46 หมู่ 8 ต.ท่าประดู่ อ.นาทวี จ.สงขลา
37	นายวีรเดช มณีโชติ	141 ถ.สุขภาสานรังสัน อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
38	นายบรรจง พลภักดี	94/14 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
39	นายประจวบ แก้วมนตรี	28 หมู่ 6 ต.ปางเหรียง อ.ควนเพียง จ.สงขลา
40	นายเจตภพ ดินทอง	126 หมู่ 11 ต.ท่าหมดไทร อ.จะนะ จ.สงขลา
41	นายสวง ทะสะระ	5/2 หมู่ 1 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
42	นายวุฒิชัย ทองผ่อง	39/1 หมู่ 8 ต.ท่าข้าม อ.บางกล่ำ จ.สงขลา
43	นายธีระพัทธ์ จิรพฤกษศิริกุล	อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
44	นายสัมพันธ์ ไชยรักษา	394/10 ซ.6 หมู่ 6 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
45	นายสมชาติ ศรีสมบุญ	อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
46	ดต.สมจิตต์ จันทร์ทนู	60/10 หมู่ 1 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
47	นายประดิษฐ์ พันธุรัตน์	54 หมู่ 3 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
48	ดญ.นามัน มะสะแม	62 หมู่ 8 ต.ทุ่งพอ อ.สะบ้าย้อย จ.สงขลา
49	นายชียมหว่า แซ่หลี	29 หมู่ 5 ต.ฟังสา อ.สะเดา จ.สงขลา
50	นายอุดร สองแก้ว	17 ถ.ท่าตะเคียน14 ต.หาดใหญ่ จ.สงขลา
51	นายเหลือ เอียดรักษ์	13/1 หมู่ 9 ต.ปริก อ.สะเดา จ.สงขลา

ตารางที่ ง2 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
52	นายเปลี่ยน ผ่องผุด	176/39 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
53	นายฐรัตน์ชัย	41/146 ถ.ปุณณกัณฑ์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
54	นายอิ่น แก้วเสถียร	58 หมู่ 6 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
55	นายพงษ์ศักดิ์ ขุนศรี	2 หมู่ 3 ต.เขาพระ อ.รัตภูมิ จ.สงขลา
56	นายสิริพงษ์ แก้วกล้ม	64 หมู่ 8 ต.ท่าโพธ์ อ.สะเดา จ.สงขลา
57	นายกอบเงิน มะโนชลมายะกุง	79 ซ.2 ถ.ราษฎร์ยินดี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
58	นางเขียน รัตนคำ	62 หมู่ 3 ต.ม่อตรุ อ.ระโนด จ.สงขลา
59	นางผาอิง แซ่เจียง	370/29 หมู่ 3 ต.ถ้ำทะลุ อ.บันนังสะตา จ.ยะลา
60	นางซกฮอง แซ่ตึ่ง	81/2 ถ.รัถการ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
61	นายสุรศักดิ์ นครา	83/1 หมู่ 3 ต.ปาดังเบซาร์ อ.สะเดา จ.สงขลา
62	นายจารึก มันกะ	21/2 หมู่ 6 ต.กำแพงเพรช อ.รัตภูมิ จ.สงขลา
63	นส.ราตรี เพ็งมี	34/1 หมู่ 1 ต.ทับช้าง อ.นาทวี จ.สงขลา
64	ดช.ซอสาฮุดดี ยูโซ๊ะ	59 หมู่ 10 ต.ท่าม่วง อ.เทพา จ.สงขลา
65	นายสมาน เทค์นา	51/1 ต.น้ำน้อย อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
66	นางวรรณี ธรรมิกบวร	27/1 ซ.10 ต.คลองเรียน 2 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
67	นายสุนันท์ คาไชย	76/2 หมู่ 4 ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
68	นายบุญโชค บุรีศรี	86/1 หมู่ 15 ต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา
69	นายธีรภัทร์ ธรรมรัตน์พงค์	350 ถ.ศรีภูวนารถ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
70	นายนอภู สุริยาเปือฤทธ์	90/3 ซ.เลื่อนอนุสรณ์ ถ.ราษฎร์อุทิศ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
71	นายวิโรจน์ แก้วสองเมือง	59 ซ.20 ถ.โชคสมาน5 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
72	นายปัญญา นุ่นรอด	79 ซ.10 ถ.โชคสมาน5 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
73	นายสมพงษ์ มีสุขศรี	37 หมู่ 1 ต.ทุ่งตำเสา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
74	นายนนษธร สุลาคาร	32/1 ถ.ราษฎร์เสรี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ตารางที่ ง2 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
75	น.ส.เนตรนภา คาเนตรประสิทธิ์	อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
76	นายจำนงค์ เลิศศรสาร	75 หมู่ 4 ต.ฉาง อ.นาทวี จ.สงขลา
77	น.ส.สมจิตต์ ซิ่วลิ่ม	30 หมู่ 5 ต.เทมีเกียรติ์ อ.สะเดา จ.สงขลา
78	นายชำนาญ ปลื้มวงค์	148 ถ.สัจกุล อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
79	นายธานี สมันมาก	48/3 หมู่ 4 ต.เขาพระ อ.รัตภูมิ จ.สงขลา
80	นางลำเคย จิตตนันท์	99/94 ถ.ชูพันธ์ หมู่ 8 ต.โคกม่วง อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา
81	นางสุมน แก้วมณี	307 ถ.สหโท1 หมู่ 5 ต.ท่าม่วง อ.เทพา จ.สงขลา
82	นางสุกัญญา จินดาประเสริฐ	7/1 หมู่ 3 ต.ท่าม่วง อ.เทพา จ.สงขลา
83	นายอุเทน ทักษิณใศล	35/2 หมู่ 5 ต.เขาพระ อ.รัตภูมิ จ.สงขลา
84	นายเทียนชัย คงช่วย	80/6 หมู่ 2 ต.เสวียด อ.ท่าฉาง จ.สุราษฎร์ธานี
85	นายสมพงค์ เรืองฤทธ์	14/1 เทศบาล3 หมู่ 2 ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
86	นางวิมลรัตน์ ธีธรรมรัตน์	145/46 เมืองหม่ ซ.2 หมู่ 4 ต.คลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
87	นายส่าง โสงามเมธี	472 ถ.รัถการ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
88	พระจำนงค์ แก้วสุขแอน	วัดปักกล้า หมู่ 4 ต.คลองหอยโข่ง อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา
89	นายสมศักดิ์ ลุยแอนรัตน์	63 หมู่ 8 ต.ปาล์มพัฒนา อ.มะป้า จ.สตูล
90	นายดำรง ทิพย์มณี	10 หมู่ 10 ต.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ จ.สงขลา
91	นายตรีวุฒิ แสงพรม	30/1 หมู่ 9 ต.ดอนภู อ.รัตภูมิ จ.สงขลา
92	ดต.สุนทร แก้วลอย	37 หมู่ 1 อ.นาทวี จ.สงขลา
93	รต.โกวิทย์ บัวทอง	42/2 หมู่ 6 ต.แม่ทอม อ.บางกล่ำ จ.สงขลา
94	นายเอี่ยน พุตรกูล	39 หมู่ 2 ต.ทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา
95	นายชนินทร์	47 หมู่ 6 ต.มังจา อ.สะเดา จ.สงขลา
96	นายศุภกร ศุภอิมลชัย	2/1 ศุภสารรังสรรค์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ตารางที่ ง2 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
97	นางสงวน ทองเทียม	7 ซ.2 ท่าพระวิทยา อ.สะเดา จ.สงขลา
98	นายศักดา มินยะฝา	39 หมู่ 3 ต.ท่าโพธิ์ อ.สะเดา จ.สงขลา
99	นางสุภาพร แก้วขาว	8 หมู่ 8 ต.ฉาง อ.นาทวี จ.สงขลา

ตารางที่ ง3 รายชื่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ภาคเหนือ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
1	นายประพันธ์ โสตบุญ	23/4 หมู่ 4 ต.เหมืองจี้ อ.เมือง จ.ลำพูน
2	นางมยุรา มะหาหมัด	69/1 ถ.บำรุงราษฎร์ ซ.1 ต.วัดเกต จ.เชียงใหม่
3	นายสุรพมธิ ทูมอแก่	25 หมู่ 4 ต.บ่อแก้ว อ.สะเมิง จ.เชียงใหม่
4	น.ส.สมบูรณ์ ขันธเม็ง	45/1 หมู่ 2 ต.ตลาดขวัญ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่
5	นายมนตรี หินพรหม	62 หมู่ 11 ต.แม่แฝกใหม่ อ.สันทราย จ.เชียงใหม่
6	นายมนัสชากร เปลี่ยนขำ	155 ถ.นันทาราม ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่
7	นายเทียนพงษ์ พิชัยสืบ	118 หมู่ 7 ต.บ้านกลาง อ.สอง จ.แพร่
8	นายตาคำ คีรีแก้ว	37 หมู่ 11 บ้านสันหนองบ้า ต.ป่าก่อดำ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
9	นางสายัณย์ ทองหล้า	59 หมู่ 1 ต.แม่อาย อ.แม่อาย จ.เชียงใหม่
10	นายอนันต์ อินต๊ะเทพ	117 หมู่ 19 ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
11	นายสมพงษ์ พลเยี่ยม	206 หมู่ 4 บ้านแม่ลาว ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
12	นายถวิล แก้วดอนคู่	162 หมู่ 1 ต.ดอนพิลา อ.เวียงชัย จ.เชียงราย
13	นายบุญนิยม ทาจินา	21 ม. 6 ต. ห้วยสัก อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย
14	นายประสิทธิ วังมูล	166 หมู่ 7 ต.ม่วงคำ อ.พาน จ.เชียงราย
15	นายนครินทร์ ค้าน้อย	192 หมู่ 9 บ้านมะเฟือง ต.จอมหมอกแก้ว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
16	นางล้วน สุริยะจักร์	77 ม. 16 ต. ป่าแงะ อ.ป่าแดด จ. เชียงราย
17	ด.ช.สันติภพ คำธารา	142 หมู่ 3 ต.ป่าสัก อ.เชียงแสน จ.เชียงราย
18	นายสุรชาติ เยาว์ชานี	206/2 ม.3 ต.แม่จัน อ. แม่จัน จ. เชียงราย
19	นางเหมย จอมกา	99 หมู่ 20 ต.แม่อ้อ อ.พาน จ.เชียงราย
20	นายจำนงค์ ส่องวงค์	161 ม. 4 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย
21	นางสายทอง มีทรัพย์	88 หมู่ 1 ต.สันทราย อ.แม่จัน จ.เชียงราย
22	นายสีห์ พรมเกษา	103 หมู่ 17 ต.ไม้ยา อ.พญาเม็งราย จ.เชียงราย
23	นายสุรเดช เนตรคำ	192 หมู่ 9 ต.เมืองพาน อ.พาน จ.เชียงราย

ตารางที่ ง3 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
24	นางจันทร์ สมบูรณ์	4 หมู่ 3 ต.เมืองชุม อ.เวียงชัย จ.เชียงราย
25	นายเสาร์ หลวงแก้ว	16/ช ม. 8 ต. แม่สาย อ. แม่สาย จ.เชียงราย
26	นางยอย คำปา	298 ม. 7 ต.ธารทอง อ. พาน จ.เชียงราย
27	นายสมนึก วงษา	160 หมู่ 7 บ้านปากกอง ต.ป่าก่อดำ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
28	นายจันทร์ เดินเมือง	20 ม. 5 ต.บ้านใหม่ อ.เมืองพะเยา จ. พะเยา
29	นายยอด ปูยี่	35 ม. 1 ต. ธารทอง อ.พาน จ. เชียงราย
30	นายจำรัส เมฆอากาศ	58 หมู่ 2 ต.แม่ปืม อ.เมือง จ.เชียงราย
31	นายทองเล็ก คำมา	247 หมู่ 13 บ้านห้วยซ่านยาว ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
32	นายจันทร์ คำอินต๊ะ	52 ม. 13 ต. รอบเวียง อ. เมืองเชียงราย จ. เชียงราย
33	นายสมาน หนูไทย	145 หมู่ 1 ต.ดอยลาน อ.เมือง จ.เชียงราย
34	นางนะมี ประทีปพนธรรม	31 ม. 9 ต.เวียง อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย
35	นายจักรวัฒน์ ขัดเชียงแสน	382 ม. 17 ต.ห้วยซ้อ อ.เชียงของ จ.เชียงราย
36	นายเสม มาลัย	1106 ต. เวียง อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย
37	น.ส.กฤษณา ขนชัย	159 ม. 7 ต.เมืองชุม อ.เวียงชัย จ.เชียงราย
38	นายอินสม ยาวิชัย	215 หมู่ 10 ต.ศรีดอนมูล อ.เชียงแสน จ.เชียงราย
39	น.ส.รัชนู สุประการ	180 หมู่ 5 ต.ป่าสัก อ.เชียงแสน จ.เชียงราย
40	นางมอย จันทร์ใส	30 ม. 1 ต.ธารทอง อ.พาน จ.เชียงราย
41	น.ส.เบญญาภร ใชยมามา	112 ม. 7 ต.เมืองพาน อ.พาน จ.เชียงราย
42	นายแผน ใจสอาด	71/8 ถ.เทศบาล 8 ต.ปากเพรียว อ.เมือง จ.สระบุรี
43	นายสามารถ ค้ามาสุข	50 หมู่ 1 ต.ริมกก อ.เมือง จ.เชียงราย
44	นายบรรจบ มัฆวาล	100 หมู่ 8 ต.ผางาม อ.เวียงชัย จ.เชียงราย
45	นายเอกพงษ์ สีอินทร์	215/3 หมู่ 17 ต.ศรีดอนชัย อ.เชียงของ จ.เชียงราย
46	นายออพา อมั่ยแม	17 หมู่ 4 ต.แม่สลองใน อ.แม่จัน จ.เชียงราย
47	นายสมชาติ ทาใจ	919/5 หมู่ 19 ต.รอบเวียง อ.เมือง จ.เชียงราย
48	นายแสวง อายา	175 ม.12 ต.นางแล อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

ตารางที่ ง3 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
49	นายสมบูรณ์ ฟองตา	12 หมู่ 15 ต.ห้วยลาน อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา
50	น.ส.นันทิยา ตุลเตมือ	125 หมู่ 10 ต.ป่ากอดำ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
51	นายสมศักดิ์ ยะชัย	176 หมู่ 12 ต.ดงมะดะ อ.แม่มลาว จ.เชียงราย
52	พระปรีชา วิสารโท	วัดสันต้นม่วง ม. 3 ต.ป่าก่อดำ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
53	นายอาซือ ชมือกู่	132 หมู่ 2 ต.แม่ยาว อ.เมือง จ.เชียงราย
54	น.ส.กัลยา ต่อมใจ	560 หมู่ 24 ต.รอบเวียง อ.เมือง จ.เชียงราย
55	นางจัน เขื่อนขัน	23 หมู่ 9 ต.จอมหมอกแก้ว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
56	นายโชคกองเงิน อ้ายยอด	6/ซ หมู่ 4 ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย
57	นายสุพรรณ	450 หมู่ 3 ต.ริมกก อ.เมือง จ.เชียงราย
58	จ.ส.อ.หญิงเดือน อินปั่น	รพ.ค่ายเม็งรายมหาราช
59	นายปสุต ปานต๊ะรังษี	92 หมู่ 11 ต.แม่ต๋ำ อ.พยาเม็งราย จ.เชียงราย
60	นายสมบูรณ์ บัวเขียว	55/1 หมู่ 1 ต.จอมหมอกแก้ว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
61	นายพินิจ กรุนา	23 หมู่ 6 ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
62	นายบุญรอด แก้วสา	172 หมู่ 1 ต.ริมกก อ.เมือง จ.เชียงราย
63	นางนาวิล ถาเรือน	133 ม. 13 ต. ป่าหุ่ง อ.พาน จ. เชียงราย
64	นายหน่อคำ สมสวัสดิ์	146 หมู่ 5 บ้านดงเจริญ ต.ป่าก่อดำ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
65	นางผ่องศรี อาทร	9809 หมู่ 1 ต.แม่สรวย อ.แม่สรวย จ.เชียงราย
66	นายปรีชา แสงอาทิตย์	303 หมู่ 8 ต.สันติสุข อ.พาน จ.เชียงราย
67	นายสันติ พิชัยยา	16/1 หมู่ 5 ต.เวียง อ.เชียงของ จ.เชียงราย
68	นายสมเพชร จันทร์บาน	207/7 ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
69	นายปรีชา ณ หนองผำ	125 หมู่ 7 ต.วาวี อ.แม่สรวย จ.เชียงราย
70	นายประมูล กุลต๊ะ	18 หมู่ 1 ต.ป่าซาง อ.เวียงเชียงรุ้ง จ.เชียงราย
71	พระบูรณ์ สุนันต๊ะ	47 ม. 7 ต. นาปรัง อ. จุน จ.พะเยา
72	รต.โภคิน ไชยวงค์	82 หมู่ 4 ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
73	นางแอ่น วรรณสอน	74 หมู่ 4 ต.ป่าตาล อ.ขุนตาล จ.เชียงราย
74	นางอ่วน จันต๊ะขิติ	64 หมู่ 8 ต.ตัมเต่า อ.เทิง จ.เชียงราย

ตารางที่ ง3 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
75	นางประหยัด อ่องโสภา	95 ม.8 ต.รอบเวียง อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย
76	นายจำรัส ดาละวงค์	406 หมู่ 11 ต.สถาน อ.เชียงของ จ.เชียงราย
77	นายสงัด ไชยลังกา	208 หมู่ 11 ต.สันทราย อ.เมือง จ.เชียงราย
78	นายบุญส่า ศรีวิชัยเรือน	126 หมู่ 7 ต.สันติสุข อ.พาน จ.เชียงราย
79	นางอ้อย ศรีวิมินธ์	280 หมู่ 4 ต.โยนก อ.เชียงแสน จ.เชียงราย
80	นายสโรจน์ สิทธิมาต	60 หมู่ 21 ต.ท่าก้อ อ.แม่สรวย จ.เชียงราย
81	นายอัมรินทร์ ธิมา	98 หมู่ 13 ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
82	นายดำ ทองมี	77 หมู่ 1 ต.ธารทอ อ.พาน จ.เชียงราย
83	นายไฟ เบอะเทพ	302 หมู่ 2 ต.เชียงดาว อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่
84	นายนายอี่ อินซังค์	49/8 หมู่ 6 ต.ป่าหุ่ง อ.พาน จ.เชียงราย
85	นายจันทร์ ใหม่หม้อ	53 หมู่ 5 ต.หนองป่าก่อ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย
86	นายหน่อ สุดาวรรณ	91 หมู่ 4 ต.โชคชัย อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย
87	นายนพ ธีทะยะ	101 หมู่ 19 ต.ยางฮอม อ.ขุนตาล จ.เชียงราย
88	นายทองสุข มีเนียม	37/2 หมู่ 9 ต.บุญเรือง อ.เชียงของ จ.เชียงราย
89	นายราชัน อารี	44 หมู่ 2 ต.บ้านปง อ.หางดง จ.เชียงใหม่
90	นายกอง ตาแปง	137 หมู่ 6 ต.โป่งแพร่ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย
91	น.ส.วีณา วีรวุฒิไกรกุล	84/4 ถ.ราชภาคินัย ต.พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่
92	นายเอกชัย นาครรัตน์	125/6 หมู่ 3 ต.นายาง อ.พิชัย จ.อุตรดิตย์
93	นายเล็ก โศภิษฐ์ชล	151/1 ถ.ราษฎรอุทิษ อ.เมือง จ.แพร่
94	นายวรพันธ์ ดอนปัน	51 หมู่ 10 ต.สันทราย อ.สารภี จ.เชียงใหม่
95	นายจรัส วิยะ	62 หมู่ 7 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่
96	นางพรทิพย์ คำวงค์ใส	67 หมู่ 8 ต.สันปูเลย อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่
97	นายเอกวัฒน์ วุฒิศิลป์	8 หมู่ 8 ต.ท่าวังตาล อ.สารภี จ.เชียงใหม่
98	นายกำจัด แก้วเตือนจิตร	123/6 ถ.วังโค้ง ต.เวียงเหนือ อ.เมือง จ.ลำปาง
99	น.ส.ปางทิพย์ วงศ์คำปัน	293 หมู่ 4 ต.สันทราย อ.ฝาง จ.เชียงใหม่
100	นายสมบูรณ์ อินเฉลิม	867/68 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์

ตารางที่ ง4 รายชื่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
1	นายดำริ สงคราม	115 ม 11 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
2	นายทำ จัดชมกุล	112 ม 2 ต. ผ่านศึกอ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
3	นายอ่อนตา แก้วประสิทธ์	13 ม 4 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
4	นายโพธิ์ทอง หยิบกระโทก	10 หมู่ 2 ต.ป่าไร่อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
5	นายสะอาด ชัยยะ	13 หมู่ 3 ต.ท่าข้าม อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
6	นายอารี พลอยมาลี	15 ม 9 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
7	นายอนันต์ คะเชนเนียม	14 ม 7 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
8	นายมอญ กองคำ	157 ม 8 ต.คลองหาด อ.คลองหาด จ.สระแก้ว
9	นายวิชา แก้วพิมาย	76 หมู่ 8 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
10	นายวัลลพ แดงศรี	196 หมู่ 8 ต.คลองหาด อ.คลองหาด จ.สระแก้ว
11	นางสาวสง มะเร็ง	111 หมู่8 ต. คลองหาด อ. คลองหาด จ.สระแก้ว
12	นายสรศักดิ์ กรไกร	214 หมู่ 7 ต.ผ่านศึกอ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
13	นายแอล ประกอบจักรเกษม	22 หมู่ 7 ต. ผ่านศึกอ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
14	นายสมเกียรติ เชื้อสิงห์	74 หมู่ 7 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
15	นายนิเวศน์ จันทร์สิน	23 หมู่ 3 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
16	นายแพง บุญแถม	26 หมู่ 3 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
17	นายฉลอง งามงด	12 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
18	นายเกื้อ เชื้อเกษม	34 หมู่ 13 ต.ผ่านศึก อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
19	นายสุพจน์ ไฟอรัญ	150 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
20	นายบุญกฐิน บัวคำศรี	79 หมู่ 9 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
21	นายสมคิด สุขยิ้ม	545 หมู่ 2 ต. บ้านหนองไทร อ.อรัญประเทศ จ. สระแก้ว
22	นายสมควร ฉุนกระโทก	120 หมู่8 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
23	นายสินชัย แซ่อึ้ง	908 ต.บำรุงราษฎ์ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
24	นายสมศักดิ์ ชิวเฉื่อย	17 หมู่ 13 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศจ.สระแก้ว
25	นางแตง จันทร์เกษ	30 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
26	นายสุปัน โคตะ	129 หมู่ 7 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

ตารางที่ ง4 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
27	นายเสวียน แสงอ่อน	24 หมู่ 4 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
28	นายบุญชัย กอนแสง	94 หมู่ 7 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
29	นายสมชาย เพิ่มจิตร	143 หมู่ 5 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
30	นายทวี อินทรีย์	49 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
31	นายสมเดช วิชัยรัมภ์	37 หมู่ 5 ต.สามแวง อ.หวังราช จ.บุรีรัมย์
32	นายทองส ขอบแสง	6 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
33	ร.ต.ต สุรจิตร ภูมิมิ่งเดือน	96 หมู่ 10 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
34	นางสวยสม แซ่พานิช	65 หมู่ 11 ต. โคกสูง อ. โคกสูง จ.สระแก้ว
35	นายสลิด เสมาเพ็ชร	102 หมู่ 4 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
36	นายวันทา จันทรพันธุ์	47 หมู่ 5 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
37	นายกลิ่นคา อรัญประเทศ	144 หมู่ 8 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
38	นายเจียม อินทะกอน	10 หมู่ 8 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
39	นายธนาชัย สนิทกูล	ไม่ระบุ
40	นางวันเพ็ญ สารสุข	184 หมู่ 4 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
41	นายเสนาะ ประจงดี	26 หมู2 ต.หนองแก้ว อ. ประจันตคาม จ.ปราจีนบุรี
42	นายล้อมกุ่ม ประสิทธิ์	31 หมู่ 7 ต.ผ่านศึกอ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
43	นายเพ็งแก้ว ประสิทธิ์	109 หมู่ 5 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
44	นายสมศักดิ์ หุ่นประการ	56/1 หมู่ 10 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
45	นายมนตรี คำสังข์	36 หมู่ 2 ต. โนนหมากนุ่น อ.โคก จ.สระแก้ว
46	นายสักดิ์ชาย งอนกระโทก	7/1 หมู่ 3 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
47	นายสายชล ชูวงค์	217 หมู่ 3 ต.คลองหินปูน ต. วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว
48	นายเสี้ยน แดงอ่อน	48 หมู่ 3 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
49	นายชั้นถ นอมเนื้อ	78 หมู่ 12 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
50	นายคูณ บ่วงรัมย์	200 หมู่ 7 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
51	นายสมนึก คงนอก	10/1 หมู่ 7 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
52	นายสงค์ คำสุขดี	52 หมู่ 5 ต.ท่าข้าม อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
53	นางวิบูลรัตน์ จันทร์ชู	30 หมู่ 13 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

ตารางที่ ง4 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
54	นายภา เกตุตา	22 หมู่ 4 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
55	นายอำไพ เข็มทอง	201 หมู่ 2 ต.ป่าไร่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
56	นายสวัสดิ์ จันทร์คำสี	159 หมู่ 12 ต.ตาพระยา อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
57	นายวิศิษส์ ใครหิน	45 หมู่ 9 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
58	นายสมจิตร จันทร์ธโชติ	24 / 3 หมู่ 2 ต.ฟากห้วย อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
59	นายชนะศักดิ์ เชิยสกุล	63 หมู่ 14 ต.ตาพระยา อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
60	นางศรีประไพ เชื้อบัวคำ	147 หมู่ 7 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
61	นายพนมศรี สังวาลย์	15/3 เขตเทศบาล ต.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ. สระแก้ว
62	นายปราณี เชื้อสิงห์	232 หมู่ 7 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
63	นายไกรศร อินทรสม	24 หมู่ 7 ต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
64	นายมานะ เรือนจังหรีด	184 หมู่ 10 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
65	นายวัชรากร กอนโกมล	122 หมู่ 7 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
66	นายกิตินันท์ จันทร์ระม่วง	19 หมู่ 6 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
67	นายลิ เพ็ชรชื่น	48 หมู่ 9 ต.ตาพระยา อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
68	นายสมาย อ่อนเพ็ง	131/6 หมู่ 2 ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
69	นายสุด ขันทอง	97 หมู่ 6 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
70	นายจวน วาตะรัมภ์	46 หมู่ 12 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
71	นางนงนุช แทนเคลือ	90 หมู่ 3 ต.บ่อทอง อ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี
72	นายสมหมาย ทองสุข	72 หมู่ 14 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
73	นายใส ดวงทวี	26 หมู่ 12 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
74	นายชาติ เสียง	169 หมู่ 12 ต.ตาพระยาอ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
75	นายสมหวัง จันทร์พิษ	144 หมู่ 2 ต.ผ่านศึกอ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
76	นายวิชัย ซอยจิตร	86 หมู่ 9 ต.ทับเสด็จ อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
77	นายสัมพันธ์ แก้วงา	53 หมู่ 2 ต.ท่าข้าม อ.อรัญประเทศ จ. สระแก้ว
78	นายโต บุญเรือง	118 หมู่ 14 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว

ตารางที่ ง4 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
79	นางปัน ฟองเกิด	265 หมู่ 7 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ. สระแก้ว
80	นายจำรูญ พลอยจันทร์	46/1 หมู่ 3 ต.คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ. สระแก้ว
81	นางมณฑา วงเพ็ชร	33/1 หมู่ ต.ทุ่งขนาน อ.สอยดาว จ.ปราจีณบุรี
82	นายทองดี คำเค้น	26 หมู่ 7 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
83	นายอำพร บุญอุดหนุน	27 หมู่ 5 ต.ท่าข้าม อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
84	นางเรียมลี ประโคน	154 หมู่ 14 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
85	พระจัน ประเทือง	สำนักสงฆ์พรหมสถิตย์ ต.คลองทับจันทร์ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
86	นายเหลือ บุญเจริญ	200 หมู่ 4 ต.ท่าข้าม อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
87	นายบุญมี โพธิ์ศรี	30 หมู่ 2 ต.ท่าข้าม อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
88	นายสุพิณ ซัง	127/1 หมู่ 2 ต. ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
89	นายสมชาย อินจันทร์	154 หมู่ 7 ต. ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
90	นายสมพร เจิม	156 หมู่ 7 ต. ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
91	นายสุเดช ชิดจังหรีด	115 หมู่ 3 ต. ทับพริก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
92	ดช.นิธิ ชัยบุญเรือง	32 หมู่ 14 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
93	จ.ส.อ สมศักดิ์ หาญวิสัย	18 ต.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
94	นายสว่าง อ่อนศรี	104 หมู่ 6 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
95	นายฉวี ชมกุล	192 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
96	นายชมจันทร์ จันทร์ภูมิ	43 หมู่ 3 ต.คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
97	นายบุญเรือง มีผล	2 หมู่ 9 ต.คลองหาด อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
98	นายจรัญ เหงียน	4/1 หมู่ 7 ต.ผ่าศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
99	นายแดง หงษ์ทอง	47 หมู่ 12 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
100	นายน้อย บุตรหาญ	166 หมู่ 14 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว
101	นายชัชวาล กงแก้ว	7/1 กม.5 ฝั่งซ้าย อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
102	นายอำพร กอนแสง	54 หมู่ 11 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
103	นางสมศรี โกนกระโทก	17 หมู่ 2 ต.บ้านใหม่หนองไทร อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

ตารางที่ ง4 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่ปัจจุบัน
104	นายประมูล เทียนครบุรี	198 หมู่ 6 ต.ฟากห้วย อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
105	นางอ่อนศรี งามบุญคำ	11 หมู่ 6 ต.ผ่าศึก อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
106	นายบุญเคน ตระเภาเงิน	7 หมู่ 12 ต.คลองหาด อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
107	นายมั่นริ อ่อนรัมภ์	59/1 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
108	นายวิพล ปูเดช	150 หมู่ 2 ต.ผ่านศึก อ. อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
109	นายสมาน กลางแก้ว	16 หมู่ 9 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
110	นายปัญจะ โรหุ่นประการ	45 หมู่ 3 ต. คลองน้ำใส อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

ประวัติผู้เขียน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์
วัน เดือน ปีเกิด	8 มิถุนายน 2513
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 199 หมู่ที่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180
ประวัติการศึกษา	
2549	ปริญญาโท บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2545	ปริญญาตรี บริหารธุรกิจบัณฑิต การจัดการทั่วไป สถาบันราชภัฏเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	
2550-ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการ มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2545-2549	หัวหน้าสำนักงาน มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2543-2544	เจ้าหน้าที่การบัญชี มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2541-2542	เจ้าหน้าที่การเงินงบประมาณ มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2539-2540	เจ้าหน้าที่บริหารงานคลังพัสดุ มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2535-2538	เจ้าหน้าที่ธุรการจัดการทั่วไป มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี