



รายงานการวิจัย

ระบบบริการสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพคนพิการขององค์การบริหาร
ส่วนตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

มงคล นาราศรี

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประจำปีงบประมาณ 2559

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ระบบบริการสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพคนพิการขององค์การบริหาร
ส่วนตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

มงคล นาราศรี

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ทุนอุดหนุนโดย มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประจำปีงบประมาณ 2559

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชากรของประเทศมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในจำนวนประชากรดังกล่าวนี้ มีประชากรกลุ่มหนึ่งที่เป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ คือ กลุ่มคนพิการ โดยประเทศไทยมีจำนวนคนพิการ สํารวจข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2558 มีจำนวนคนพิการประมาณ 1,636,866 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) และส่วนมากเป็นคนพิการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ยังมีการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีคนพิการที่เข้าไม่ถึงบริการของรัฐอยู่เป็นจำนวนมาก (สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานสถานการณ์คนพิการ พ.ศ. 2551) ทั้งนี้กลุ่มคนพิการเป็นกลุ่มบุคคลที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิและเสรีภาพของตนเองโดยชอบธรรม ซึ่งทำให้ถูกกีดกันในด้านต่างๆ และไม่สามารถเข้าถึงกลไกทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมได้อย่างทั่วถึง ในระดับสากลสิทธิของคนพิการได้รับการรับรองอยู่ในปฏิญญาสากล และยังมีอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการต่างๆ เช่น อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ค.ศ.2005 กฎมาตรฐานว่าด้วยการสร้างความเสมอภาคทางโอกาสให้แก่คนพิการ ค.ศ.1993 ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ค.ศ. 1975 และปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการทางสติปัญญา ค.ศ.1971 (ซึ่งถือว่าเป็นฉบับเดียวเป็นปฏิญญาสำหรับคนพิการเฉพาะด้าน) เป็นต้น โดยต่างก็มุ่งเน้นการส่งเสริมคุ้มครองและประกันให้คนพิการได้รับการรับรองในเรื่องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานอย่างเต็มที่และเท่าเทียม และส่งเสริมการเคารพในศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิด การจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการทุกรูปแบบ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การขนส่ง ข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณะ การยอมรับความเท่าเทียมกันของคนพิการในทางกฎหมาย ความเสมอภาคในโอกาสทางการศึกษา การทำงาน การรับบริการด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป อันถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อคนพิการ สำหรับในประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีสมาชิกและได้นำเอาหลักการในปฏิญญาระหว่างประเทศและอนุสัญญามาเป็นแนวทางในการบัญญัติกฎหมายภายในเพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพด้านต่างๆ ของคนพิการ ซึ่งกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขของคนพิการ ได้แก่

- 1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิของคนพิการ ไว้โดยตรง 5 มาตราด้วยกัน ได้แก่ มาตรา 30 วรรคสาม มาตรา 40(6) มาตรา 49 วรรคหนึ่ง มาตรา 54 วรรคหนึ่ง และมาตรา 80(1)

2) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 รวมทั้งกฎกระทรวงและกฎหมายต่างๆ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัตินี้

2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายฉบับใหม่แทนพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 ที่ถูกยกเลิกไป และมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ที่แก้ไขเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ มีการกำหนดให้สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติมีฐานะเป็นกรม และกำหนดให้มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจสอบให้คำแนะนำ และช่วยเหลือคนพิการ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์และการอำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้นรวมทั้งกำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการมีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้นตลอดจนกำหนดให้มีศูนย์บริการคนพิการเพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริการดูแลแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับการตามกฎหมายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กฎกระทรวงและกฎหมายต่างๆ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัตินี้ เช่น กฎกระทรวง ฉบับที่ 1 พ.ศ.2537 เรื่องการจ้างงานคนพิการและการส่งเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กฎกระทรวง ฉบับที่ 3 พ.ศ.2537 เรื่องกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพร่างกาย กฎกระทรวง ฉบับที่ 4 พ.ศ.2542 เรื่องกำหนดอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการ ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่าด้วยมาตรฐานอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการ พ.ศ.2544 ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ ฯลฯ พ.ศ. 2556 และระเบียบฯ การให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงานหรือจัดให้มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. 2558 เป็นต้น

3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่างๆที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องเหมาะสม

4 “ผู้บริการสวัสดิการสังคม” ตามพระราชบัญญัตินี้ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งอยู่ในสภาวะยากลำบาก หรือที่จำต้องได้รับความช่วยเหลือ เช่น เด็ก เยาวชน คนชรา คนยากไร้ คนพิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกละเมิดทางเพศหรือกลุ่มบุคคลอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

3) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

4) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

5) พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2550

6) พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาเพื่อคนพิการ พ.ศ. 2551

7) พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2543 เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้อกฎหมายจะมีการบัญญัติรับรองคุ้มครองสิทธิของคนพิการไว้อย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังพบปัญหาโดยเฉพาะการนำมาใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการด้วยกัน

สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนพิการ สามารถแบ่งเป็นมิติด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1) มิติด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากการบัญญัติกฎหมายแม้จะให้สิทธิมากมายและหลากหลายฉบับ แต่อาจไม่มีสภาพบังคับหรือเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะไม่มีบทลงโทษใดๆ หากไม่ปฏิบัติตามหรือขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเท่านั้น เช่น มาตรา 37 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 กำหนดให้เจ้าของอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการขนส่ง หรือบริการสาธารณะอื่นที่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายนี้มีสิทธิหักค่าใช้จ่ายเป็นสองเท่าของเงินที่เสียไปเพื่อการนั้นออกจากเงินได้หรือกำไรสุทธิของปีที่ค่าใช้จ่ายนั้นเกิดขึ้น เพื่อลดหย่อนภาษี แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากฎหมายไม่ได้กำหนดบทลงโทษใดๆ เลยสำหรับเจ้าของอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นที่ไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว (ดาริน เจริญศิลป์, 2552)

2) มิติด้านคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ปัญหาจากคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ คือสภาพความพิการที่เป็นอุปสรรค การไม่ทราบสิทธิที่กฎหมายรับรองคุ้มครอง ไม่ทราบถึงสวัสดิการพื้นฐานที่รัฐจัดไว้ให้ โดยเฉพาะในสังคมชนบท ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการว่ามีคนพิการประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลก รวมถึงรายงานการประชุมสุดยอดว่าด้วยการพัฒนาสังคม (World Summit for Social Development) ปี พ.ศ. 2538 ที่กรุงโคเปนเฮเกน

ประเทศเคนมาร์ก ระบุว่ามีคนพิการมากกว่า 1 ใน 10 ของประชากรทั้งหมด และคนกลุ่มนั้นก็จะตกอยู่ในสถานะของความยากจน ไม่มีงานทำ และถูกโคตเด็ยจากสังคม (วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์, 2554) การขาดเครือข่ายหรือองค์กรคนพิการที่เข้มแข็ง อุปสรรคด้านการเดินทาง การคมนาคม รวมไปถึงการขาดการมีส่วนร่วมของคนพิการด้วย ตัวอย่างกรณีคนพิการที่ต้องเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง คือ คุณชนิสร์ รัศมี คนพิการทางร่างกายในพื้นที่ตำบลนาป่า พิการจากการประสบอุบัติเหตุรถชน จนต้องนั่งบนรถวีลแชร์ (wheelchair) ซึ่งกลายเป็นคนพิการมานาน 4 ปีแล้ว ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขของตนว่า “การเดินทางจากที่พักเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้นเดินทางด้วยความยากลำบาก เนื่องจากบ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล บางครั้งต้องเหมารถรับจ้าง หรือบางครั้งมีรถผู้เมตตาพาไปหรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการรถฉุกเฉิน 1669 พาไป ซึ่งอาการเจ็บป่วยจะต้องเดินทางไปพบแพทย์อยู่เป็นประจำทุกเดือน และในการเข้ารับการรักษานั้นก็ไม่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ต้องใช้เวลารอการรักษาเกือบทั้งวัน” (สัมภาษณ์ คุณชนิสร์ รัศมี, 2558)

3) มิติด้านหน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุข หน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุขถือเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งสำหรับการให้บริการสาธารณสุขแก่คนพิการ ซึ่งก็พบปัญหาในเรื่องการให้บริการเป็นอย่างมาก เช่น

3.1) จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีจำนวนมากขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด รวมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยดูแลคนพิการ เป็นต้น

3.2) การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลชั้นสูงที่มีความสามารถในการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนที่ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษในการรักษาและบุคลากรที่มีความสามารถชั้นสูง ยังคงมีการกระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น เช่น ในเขตพื้นที่ตัวเมืองและกรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่และเขตชนบทไม่มีบริการดังกล่าว

3.3) บริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลาง และบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ทั้งในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุขยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท

3.4) ระบบบริการปฐมภูมิยังขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี การดำเนินการผลักดันอย่างเป็นระบบ สถานบริการปฐมภูมิของรัฐซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรไม่เพียงพอ และได้รับงบประมาณเพิ่มเติมน้อยกว่าบริการรักษา เฉพาะทางอย่างชัดเจน ในส่วนคลินิกเอกชนเริ่มมีบางส่วนให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิด บริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คลินิกส่วนใหญ่ยังเน้น ให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของประชาชนก็พบว่า ยังไม่เข้าใจและ ขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งเห็นชัดเจนจากสัดส่วนการใช้บริการที่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง

3.5) ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน (สารานุกรมไทย สำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 12, 2556)

4) มิติด้านหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานของรัฐในระดับพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็น หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุข ความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่รวมทั้งคนพิการด้วย ซึ่ง ในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการดูแลคนพิการพบปัญหา เช่น

4.1) การขาดเอกภาพในการดำเนินการเนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหลากหลาย หน่วยงานซึ่งหน่วยงานหลักที่ได้รับการมอบหมายให้ส่งเสริมและสนับสนุนประโยชน์ของคน พิการร่วมกัน ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

4.2) ภาระหน้าที่ของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายกำหนดมีภารกิจ หลากหลายด้านทำให้ไม่สามารถดำเนินการในเรื่องการดูแลคนพิการเป็นการเฉพาะได้อย่างมี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร

4.3) การขาดการประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลต่างๆ เช่น กองทุนสำหรับคนพิการ สิทธิของคนพิการ การจัดการฝึกอบรมฯ เป็นต้น

4.4) ปัจจุบันข้อมูลด้านต่างๆ เกี่ยวกับคนพิการ เช่น สาเหตุความพิการ การฟื้นฟู สมรรถภาพและดูแลคนพิการ สถานการณ์และความต้องการจำเป็นของคนพิการและครอบครัว ฯลฯ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มและองค์กรของคนพิการ ข้อมูลเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลใน ระดับในระดับจังหวัด ยังไม่มีการจัดเก็บและรวบรวมอย่างเป็นระบบ ทำให้การจัดทำแผนงานและ

โครงการส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ มาเป็นฐานในการกำหนดแผนและทิศทางการทำงาน (อัญมณี บุรณากานนท์ และคณะ, 2552)

4.5) การขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการเรื่องคนพิการเป็นการเฉพาะ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความเป็นอิสระทางการคลังอย่างแท้จริง ยังต้องรอเงินอุดหนุนจากรัฐส่วนกลาง และการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีในการกำหนดให้มีโครงการหรือกิจกรรมใดในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับคนพิการนั้น หากไม่มีแรงผลักดันมาจากคนในท้องถิ่นก็จัดสรรงบประมาณในส่วนของคนพิการไม่ได้ (สัมภาษณ์ คุณปณวัตร พรหมหล่อ, 2558)

5) มิติด้านชุมชน ท้องถิ่น เช่น ชุมชน คือ พื้นที่ที่คนพิการอยู่ เป็นปัจจัยสำคัญในการสอดส่องให้ความช่วยเหลือคนพิการ โดยเฉพาะบริบทของสังคมไทยที่มีระบบเครือญาติอย่างเหนียวแน่น แต่ในปัจจุบันก็ รูปแบบของสังคมและชุมชนเปลี่ยนแปลงไป จึงพบปัญหาว่า ชุมชนคนในชุมชนมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป คนในชุมชนอยู่ร่วมกันโดยมีความสัมพันธ์แบบหลวมๆ ไม่ใส่ใจหรือดูแลเอาใจใส่คนในชุมชนด้วยตนเอง และ โดยเฉพาะคนพิการซึ่งถือเป็นคนกลุ่มเล็กๆ ที่อยู่ในชุมชน ซึ่งเมื่อชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิของคนพิการ ชุมชนก็ไม่ได้เห็นความสำคัญของคนพิการ เนื่องจากการขาดการมีส่วนร่วมและการตระหนักถึงว่าควรให้โอกาสแก่คนพิการในการเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น

6) มิติด้านอื่นๆ เช่น การจ่ายเบี้ยคนพิการอาจจูงใจให้คนที่อาจจะไม่ได้พิการอย่างแท้จริงมาขอเข้ารับสิทธิ และยังส่งผลให้แพทย์ไม่กล้ารับรอง หรือต้องรอรยะเวลานาน เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้คนพิการที่แท้จริงไม่ได้รับสิทธิที่ควรได้ และในบางกรณีก็ปฏิเสธว่าตนเป็นคนพิการหรือปกปิดข้อมูล เป็นต้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่า สมควรที่จะศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่คนพิการ ในพื้นที่ ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่ามิติของการมีส่วนร่วมจากคนพิการที่ต้องเข้ามามีส่วนในการสะท้อนปัญหาและความต้องการด้านการรับบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับคนพิการทุกประเภท อาจจำเป็นต้องให้คนพิการมีส่วนร่วมทั้งการรับบริการหรือกระทั่งเป็นผู้ร่วมให้บริการแก่กลุ่มคนพิการด้วยตนเอง โดยเริ่มต้นให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ เข้าไปมีส่วนร่วมในระดับรับทราบข้อมูลข่าวสารก่อน เพื่อขยับให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการรับทราบถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ และตระหนักถึงสิทธิของตนก่อน และเพิ่มระดับ โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น เช่น การสำรวจความคิดเห็น การประชุมสาธารณะ และสำหรับคนพิการที่มีศักยภาพ อาจเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาทในการเป็นอาสาสมัคร หรือแกนนำคนพิการในท้องถิ่น การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ สร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่มคนพิการด้วยกัน และสุดท้ายคือเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจโดยให้คนพิการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองใน

เรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการเอง ซึ่งเป็นระดับสูงสุดในการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ชั้น (อรทัย ก๊กผล, 2552) นอกจากนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน ชุมชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ของรัฐ ซึ่งมีบทบาทในฐานะของผู้ดูแลและหน่วยงานที่ให้บริการแก่คนพิการเพื่อให้ร่วมกันเสนอแนวทางในการมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกให้แก่คนพิการให้ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างสะดวก รวดเร็วและทั่วถึง โดยมีแนวคิดในการหารูปแบบและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการศึกษาและหาทางแก้ปัญหาาร่วมกันของชุมชนและองค์กรต่างๆ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ หาข้อมูลและข้อเท็จจริงจากผู้มีส่วนได้เสียและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรูปแบบการให้บริการและอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ เพื่อให้คนพิการได้สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขได้อย่างสะดวกและเป็นธรรมอย่างแท้จริง

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพผู้พิการขององค์การบริหารส่วนตำบลนาป่า
2. เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของคนพิการในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลนาป่า

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตด้านประเด็นของการวิจัย

- 1) ศึกษาบริบททางสังคม ปัญหา อุปสรรคในการรับบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการระดับพื้นที่ อบต.นาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2) ศึกษาทัศนคติของคนพิการต่อการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่
- 3) ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกแก่คนพิการในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่

1.3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ของการวิจัย

ศึกษาวิจัยและปฏิบัติการภายใน ประชากรและกลุ่มเป้าหมายตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากร คนพิการและผู้ดูแลคนพิการจำนวน 435 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลนาป่า สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มเป้าหมายหลักคือ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุขในตำบลนาป่า

1.4 วิธีดำเนินการ

1.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานทั้งนักวิจัยหลักและผู้เกี่ยวข้อง
- 2) ประชุมชี้แจงโครงการ
- 3) จัดเวทีเสวนาปัญหาการรับบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการระดับพื้นที่เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลเพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการสร้างเครื่องมือการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามด้วย
- 4) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การออกแบบเครื่องมือการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นการเสวนากลุ่มย่อย และแบบสอบถามเชิงปริมาณและวิธีการเก็บข้อมูลต่างๆ

1.4.2 ชั้นปฏิบัติการ

- 1) ทีมวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดเสวนากลุ่มย่อย และเก็บแบบสอบถามเชิงปริมาณร่วมด้วย
- 2) จัดเวทีนำเสนอและคืนข้อมูลในพื้นที่ให้กับชุมชน และเชิญผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันประเมินความเป็นไปได้ แนวทางในการสร้างรูปแบบการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการ

1.4.3 ชั้นการสรุป และประเมินผล

- 1) จัดเวทีสรุปผลและแก้ไขข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
- 2) ประเมินภาพรวมและรูปแบบการมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกแก่คนพิการในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่
- 3) เขียนสรุปรายงาน

1.4.4 เครื่องมือในการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักและใช้การวิจัยเชิงปริมาณร่วมด้วย โดยใช้รูปแบบวิจัยอย่างมีส่วนร่วม (PAR) วิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ทั้งหนังสือ ตำรา งานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทความ สื่อออนไลน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ สรุปเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการอ้างอิง เรียบเรียงและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (keys informant) คือ กลุ่มเป้าหมายหลัก การจัดประชุมระดมสมอง (Focus Group) วิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมายคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ไปตอบคำถามหรืออธิบายวัตถุประสงค์ของ โครงการวิจัยในเบื้องต้นเฉพาะที่เกี่ยวกับคนพิการคือ สภาพปัญหาของคนพิการ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และรูปแบบการให้บริการแก่คนพิการที่ผ่านมา การรับรู้เรื่องสิทธิของคนพิการตามกฎหมายและข้อจำกัดของคนพิการ เป็นต้น

1.5 ระยะเวลาในการดำเนินงาน

เดือน มกราคม 2559 – มีนาคม 2559

1.6 นิยามศัพท์

“บริการด้านสาธารณสุข” หมายถึง การบริการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีแห่งสังคม เพื่อให้คนพิการทุกคนในพื้นที่ตำบลนาป่า มีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน โดยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน เช่น ประชาชน ชุมชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ของรัฐ เป็นต้น

“คนพิการ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

“ประเภทความพิการ” หมายถึง ประเภทความพิการ 7 ประเภท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ประกอบประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ทั้งนี้ ในงานวิจัยนี้หมายถึงเฉพาะคนพิการในพื้นที่ตำบลนาป่าเท่านั้น โดยแบ่งกลุ่มคนพิการในพื้นที่ ดังนี้

1) กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้แก่ คนพิการที่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยอาจมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบ้างเป็นบางครั้งบางคราว เช่น คนพิการทางการได้ยิน คนพิการทางการมองเห็น เป็นต้น

2) กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้แก่คนพิการที่ไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยอาจต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหว คนพิการที่ป่วยติดเตียง เป็นต้น “การเข้าถึง” หมายถึง การเข้าใจ การทราบถึงความต้องการและการได้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการ ในพื้นที่ตำบลนาป่า

“การมีส่วนร่วมของคนพิการ” หมายถึง การที่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการรับบริการ ตามความสามารถในการมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน คือ ประชาชน ชุมชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ของรัฐ เป็นต้น

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลระบบดูแลสุขภาพของคนพิการทำให้องค์การบริหารส่วนตำบลนาป่ามีข้อมูลของคนพิการที่เป็นข้อมูลปัจจุบัน
2. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัย และการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของคนพิการในตำบลนาป่า

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ได้นำเอาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาและรูปแบบการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการ โดยคณะผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นในการศึกษา ดังนี้

2.1 นิยามศัพท์

2.2 นโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation) หรือ CBR

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 บริบทชุมชน

2.1 นิยามศัพท์

2.1.1 ความหมายของคนพิการ

การกำหนดนิยามของคนพิการมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับขอบเขตที่จะนำมาศึกษา เมื่อพิจารณาแล้วอาจแบ่งการนิยามคนพิการโดยองค์กรต่างๆ และนิยมตามบทบัญญัติของกฎหมาย ดังนี้

1) การนิยามคนพิการโดยองค์กรต่างๆ เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ให้คำนิยามของคำว่า “ความพิการ” (disability) ไว้ว่าเป็นข้อจำกัดหรือการขาดซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ โดยวิธีการ หรือโดยวิสัยของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างหนึ่งอย่างใด

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ให้คำนิยามของคำว่า “คนพิการ” (disabled persons) ไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Declaration on the Rights of Disabled Persons) ไว้ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ในด้านสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในฐานะปัจเจกบุคคลหรือในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะ เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, ILO) ให้คำนิยามของคำว่า “คนพิการ” (disabled persons) หมายถึง บุคคลที่มีหนทางในการสร้างความมั่นคง หรือการรักษาไว้ หรือการแสวงหาความก้าวหน้าในอาชีพการงานที่เหมาะสมของตนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ปรากฏอย่างชัดเจน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้คำนิยามคำว่า “พิการ” หมายถึง เสียอวัยวะ มีแขน มีขา เสียไปจากสภาพเดิม เป็นต้น คำว่า “ทุพพลภาพ” หมายถึง หย่อนกำลังความสามารถที่จะประกอบการทำงานได้ตามปกติ

“คนพิการ” คนพิการที่มีความพิการโดยถาวรแล้ว อาจจะเคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มาก่อนหรือไม่ก็ได้

2) นิยามตามบทบัญญัติของกฎหมาย เช่น

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550

“คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553

“คนพิการ” และ “ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า “คนพิการ” และ “ผู้ดูแลคนพิการ” ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

คำว่า “ทุพพลภาพ” หมายถึง การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือสูญเสียสภาวะปกติของจิตใจจนไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

จะเห็นได้ว่า การให้คำนิยามของคำว่า “คนพิการ” จากกฎหมายหลายฉบับดังกล่าวข้างต้นมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานหรือจัดบริการแก่คนพิการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยเห็นว่า งานวิจัยนี้ควรนิยาม คนพิการ ตามกฎหมายส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการ

3) ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ได้กำหนดประเภทความพิการไว้ 7 ประเภท ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) ความพิการทางการเห็น ได้แก่

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

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

2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางกรไต่ยิน เมื่อตรวจการไต่ยิน โดยใช้คลื่น ความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ไต่ยินดีกว่าจะสูญเสียการไต่ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการไต่ยิน เมื่อตรวจวัดการไต่ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ไต่ยินดีกว่าจะสูญเสียการไต่ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาถึง 40 เดซิเบล

ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจาก

สาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่

การที่บุคคลมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจาก ความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้อารมณ์หรือความคิด

5) ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

6) ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

7) ความพิการทางออทิสติก ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุ มาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ ใ้รวมถึงการวินิจฉัย กลุ่มออทิสติก สเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger)

ทั้งนี้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการที่ระบุประเภทความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ฉบับนี้ เพื่อประกอบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการหรือต่อบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เว้นแต่นายทะเบียนกลาง นายทะเบียนจังหวัด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายแล้วแต่กรณี เห็นว่าบุคคลนั้นมีสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์จะไม่ต้องให้มีการตรวจวินิจฉัยก็ได้

การแยกประเภทคนพิการดังกล่าว เป็นการแยกประเภทตามกฎหมาย ทางคณะผู้วิจัยได้แยกประเภทอีกประการตามสภาพความเป็นจริงและบริบทของพื้นที่ได้กว้างๆ 2 กลุ่มประเภท เพื่อที่จะสามารถนำมาจัดระดับความมีส่วนร่วมของคนพิการได้ คือ

1) กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้แก่ คนพิการที่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยอาจมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบ้างเป็นบางครั้งบางคราว เช่น คนพิการทางการได้ยิน เป็นต้น

2) กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้แก่ คนพิการที่ไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยอาจต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหว คนพิการที่ป่วยติดเตียง เป็นต้น

เงื่อนไขอันดับแรกที่จะทำให้คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ หรือบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะได้รับสิทธิต่างๆ รวมทั้งเข้าถึงสิทธิในด้านบริการสาธารณสุขของคนพิการ โดยเฉพาะ จะต้องเป็นคนพิการและมีประเภทความพิการตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายเท่านั้น กล่าวคือ หากไม่มีบัตรคนพิการ สิทธิต่างๆ ที่มีก็ไม่สามารถจะเข้ารับประโยชน์ได้ โดยเฉพาะของคนพิการ อย่างไรก็ตาม มีคนพิการบางจำนวนที่ยังไม่ได้มีการขึ้นทะเบียนคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด เนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความพิการที่แท้จริงควรพิจารณาจากประเด็นใดบ้าง เป็นต้น

2.2 นโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

ศาสตราจารย์ชาร์ลส์-เอดوارد เอ วินสโลว์ (Charles-Edward A. Winslow) ผู้มีชื่อเสียงทางด้านสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข” ไว้เมื่อ พ.ศ. 2464 ว่า “การสาธารณสุขเป็นวิทยาการและศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว การส่งเสริมอนามัยและประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของชุมชนในเรื่องต่างๆ อัน ได้แก่ การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาเพื่อให้ลูกกลมต่อไป รวมทั้งการพัฒนากลไกแห่งสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน (Winslow, C.E.A., 'The Cost of Sickness and the Price of Health (1951) World Health Organization Monograph Series, No.7.) ธรรมเนียมขององค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ว่า "อนามัยเป็นสิทธิของมนุษยชน มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อมั่นทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมคุ้มครอง เพื่อให้มีอนามัยในระดับอันสมควร" โดยสรุป การสาธารณสุข ประกอบด้วย

- 1) การสุขาภิบาล
- 2) การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม
- 3) การรักษาและการควบคุมโรคติดต่อ

4) สุขวิทยาส่วนบุคคล

5) บริการทางการแพทย์และพยาบาล

6) การพัฒนากลไกแห่งสังคม

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม โดยที่สามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือระดับประเทศ และอาจจะต่อไปเป็นระดับโลก แล้วแต่ที่เราจะกำหนดขอบเขตว่าเราจะพูดถึงระบบสุขภาพกว้างหรือแคบแค่ไหน ทั้งนี้ ก็จะรวมถึงปัจจัยที่มีผลนั้นทั้งด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพอีกด้วย

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็นแบบผสมผสาน หรือเฉพาะด้าน เฉพาะเรื่อง ทั้งนี้ หากเป็นส่วนที่รัฐสนับสนุนให้จัดขึ้น หรืออยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ เพื่อประชาชนโดยทั่วไป ก็จะเรียกในส่วนนั้นว่า บริการสาธารณสุข (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ, 2556)

ดังนั้น การบริการสาธารณสุขตามงานวิจัยฉบับนี้จึงหมายถึง การบริการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมทั้งการพัฒนากลไกแห่งสังคม เพื่อให้คนพิการทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน โดยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของทุกภาคส่วน คือ ประชาชน ชุมชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ของรัฐ เป็นต้น

นโยบายสาธารณสุขปี 2558

1. ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทอดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์โดยขอให้ทุกหน่วยงานในสังกัด
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน
3. สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยตลอดช่วงชีวิต
4. สร้างเสริมความเข้มแข็งของกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ทำงานข้ามภาคส่วนทั้งในภาครัฐ (กระทรวงอื่นๆ มหาวิทยาลัย และสภาวิชาชีพ) เอกชน ประชาสังคม และ ชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันดำเนินการนันทลักษณ์มิตร ในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยง ภัยคุกคามสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น กลไกการทำงานข้ามภาค

ส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กลไกภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

5. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสุขภาพ

6. พัฒนาคความมั่นคงของระบบยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

7. จัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ

นโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในประเทศไทยปัจจุบันมีดังนี้

1) นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดและหลักการของนโยบาย โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค อยู่บนหลักการของ “การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ถือเป็น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยรวม ทั้งในด้านการบริหารจัดการซึ่งเน้น การจัดบริการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหลักแทนโรงพยาบาล การปฏิรูประบบการเงินการคลัง เพื่อสร้างเสถียรภาพและความยั่งยืนของโครงการ การกระจายอำนาจการบริหาร จัดการส่วนหนึ่ง แก่หน่วยงานในพื้นที่ และมีการสร้างระบบฐานข้อมูลสารสนเทศทำให้ประชาชนได้รับทราบสิทธิ ด้านการรักษาพยาบาลของตนและสิทธิในการเลือกเครือข่ายการบริการได้เอง

โครงการ 30 บาท ฯ ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือ “ศูนย์ สุขภาพชุมชน” ใกล้เคียงกับบ้าน เป็นลำดับแรก (Front Line Service) ที่ให้บริการแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู สภาพ ในกรณีที่ เป็นบริการที่เกินขีดความสามารถหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ก็จะรับผิดชอบใน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ (สุนทร ตันมันทอง, 2553)

จากนโยบายของรัฐบาลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้ให้ความสำคัญเรื่องสาธารณสุขแก่ ประชาชน โดยเน้นการบริการแก่ประชาชนอย่างเสมอภาค ซึ่งนับว่าเป็นนโยบายที่ดีถือเป็นนโยบาย ประชาธิปไตยที่ประชาชนให้การยอมรับ อย่างไรก็ตามแม้ว่านโยบายที่กล่าวมาจะเป็นที่ยอมรับของ ประชาชนและมีมานานแล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติจริงก็ยังคงพบว่ามี ความเหลื่อมล้ำกันอยู่ โดยเฉพาะ กลุ่มคนพิการที่ด้อยโอกาสซึ่งอยู่ตามชนบทห่างไกลยังเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขจากรัฐบาล อย่างเท่าเทียมหรือใกล้เคียงกับบุคคลทั่วไป เพราะเนื่องมาจากมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ ของคนพิการ เอง เช่น การเดินทาง สภาพการเจ็บป่วย และหน่วยงานของรัฐผู้ให้บริการก็มีข้อจำกัดทางด้าน บุคลากรและงบประมาณสนับสนุน เป็นต้น นอกจากนี้นโยบายในเรื่องของการรักษาพยาบาลแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในด้านสร้างเสริมความเข้มแข็งของกลไก นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ทำงานข้ามภาคส่วนทั้งในภาครัฐ ซึ่งเป็นนโยบายที่แสดงให้เห็นถึง แนวคิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่ให้บริการแก่คนพิการในการร่วมกันดำเนินงาน ส่วนแนวคิด การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation) หรือ CBR ในหัวข้อ 2.3 นั้น

กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้มีการนำแนวคิด CBR ไปกำหนดนโยบายสาธารณสุขอย่างชัดเจน แต่มีหน่วยงานสาธารณสุขบางหน่วยงานที่นำเอาแนวคิด CBR ไปเป็นต้นแบบในการปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งในอนาคตแนวคิดนี้น่าจะถูกบรรจุเป็นนโยบายสาธารณสุขในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต่อไป

2) แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ

แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2559 ของกระทรวงสาธารณสุขที่เสนอต่อคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพคนพิการมีสาระสำคัญ ดังนี้

หลักการ วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินงานในการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ เน้นการบูรณาการทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานให้เป็นรูปธรรม นำไปสู่การที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน การพัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกัน มุ่งสร้างโอกาสให้คนพิการและทุกคนในสังคมสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ทัวถึง ไม่เลือกปฏิบัติ เสริมสร้างพลังของคนพิการ ครอบครัว ชุมชน ที่เอื้อในการดูแลสุขภาพ มีอิสระทางความคิด สามารถเลือกและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีหน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่ให้บริการและให้การสนับสนุน ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

วิสัยทัศน์

คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ทัวถึง เป็นธรรม โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

พันธกิจ

- 1) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการอย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัย พิฟูสมรรถภาพ ให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ
 - 2) ส่งเสริม สนับสนุนให้คนพิการและผู้เกี่ยวข้องเข้าใจและเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างทัวถึง ตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท
 - 3) พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสาร ให้คนพิการทุกประเภทและผู้เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
 - 4) ส่งเสริม สนับสนุน ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนพิการ
- เป้าประสงค์ 1) มีระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกประเภทความพิการแบบบูรณาการ และมีสถานบริการด้านคนพิการครอบคลุมทัวประเทศ

- 2) คนพิการและผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงสิทธิประโยชน์และการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ
- 3) คนพิการและผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสาร
- 4) คนพิการ องค์กรด้านคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทุกขั้นตอน ทุกระดับ โดยการส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อการดูแลสุขภาพคนพิการ
- 5) นำผลการศึกษาวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ไปพัฒนาในเชิงนโยบาย และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการเพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพ โดยมีแนวทางดังนี้

1.1 จัดทำแผนปฏิบัติการเชิงบูรณาการร่วมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ ให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ โดยมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และจัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดบริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์

1.2 ปรับโครงสร้างหน่วยงานที่สนับสนุนงานด้านคนพิการของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความชัดเจน มีบุคลากร มีงบประมาณ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านสุขภาพ

1.3 กำหนดอัตรากำลัง และจัดหาบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ให้เพียงพอต่อความต้องการ และความจำเป็นสำหรับคนพิการแต่ละประเภทความพิการ

1.4 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความสามารถในด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ

1.5 จัดให้มีบริการด้านสุขภาพสำหรับคนพิการในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างทั่วถึงตามกฎหมายกำหนด และเพียงพอต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภทความพิการ เช่น ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กพิเศษในโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ

1.6 จัดทำระบบส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลและนำไปสู่การพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.7 พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพคนพิการที่หลากหลายทั้งในและนอกระบบ รวมถึงหน่วยบริการร่วม ให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการทุกประเภท

1.8 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรม เฉพาะทางด้านคนพิการ เช่น หลักสูตรอบรม ผู้ดูแลคนพิการ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคและภัย การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทุกประเภทความพิการ

1.9 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สื่อส่งเสริมพัฒนาการของกรมบัญชีกลาง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม ให้สอดคล้องกับต้นทุนของหน่วยบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้คนพิการและผู้เกี่ยวข้อง เข้าใจสิทธิประโยชน์และเข้าถึงการดูแลสุขภาพ โดยมีแนวทาง ดังนี้

2.1 สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ศักยภาพ การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ

2.2 ส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน จัดกิจกรรม พัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมเกี่ยวกับคนพิการและความพิการ ในการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว

2.3 พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพคนพิการ ที่ครอบคลุมหรือเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) ที่มีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2.4 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการบริการเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

2.5 จัดบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมาย และตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรมและข้อมูลข่าวสารในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ โดยมีแนวทาง ดังนี้

3.1 พัฒนาระบบและจัดทำฐานข้อมูลด้านคนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบ

3.2 ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและลงรหัส ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) เพื่อประโยชน์และเป็นเครื่องมือทางสถิติ ด้าน

การวิจัย การบำบัดรักษา การวางแผนนโยบายทางการแพทย์ สังคม การศึกษา ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูล ประสานและเชื่อมโยงข้อมูลระดับประเทศ

3.3 พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานสากล (ตาม WCAG 2.0)

3.4 จัดทำและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการในแต่ละประเภท ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

3.5 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ตลอดจนปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้านกายภาพที่คนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

3.6 ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ควบคุมอาคารในการก่อสร้างใหม่ที่ต้องมีการออกแบบอาคาร ห้องน้ำ ทางเดินภายในและภายนอกอาคารให้เป็นไปตามหลัก Universal Design

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนางานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรม ด้านคนพิการ โดยมีแนวทาง ดังนี้

4.1 สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านคนพิการ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ คนพิการและการป้องกันความพิการ ให้คนพิการใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตได้จริง

4.2 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับคนพิการให้คนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และใช้ประโยชน์โดยปราศจากอุปสรรคสำหรับคนพิการ

4.3 ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ท วิจัยและพัฒนา นวัตกรรม เทคโนโลยีด้านคนพิการแบบบูรณาการ และต้นทุนต่ำ เพื่อให้มีราคาที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการได้

4.4 ศึกษาวิจัยระดับชาติ และสถานการณ์ด้านสุขภาพคนพิการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของคนพิการ ตลอดจนจัดระบบบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ

4.5 ให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยประสานงานด้านวิจัยสุขภาพคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการกับชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีแนวทาง ดังนี้

5.1 พัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน

5.2 ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพมีการบูรณาการการดูแลสุขภาพคนพิการและการป้องกันความพิการร่วมกับชุมชน โดยใช้งบประมาณของชุมชน กองทุนระดับตำบล หรือระดับจังหวัด

5.3 ส่งเสริมองค์ความรู้และเจตคติที่ดี ด้านการดูแลและป้องกันความพิการให้กับคนพิการ ครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการ และเครือข่ายด้านสุขภาพ

5.4 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการ และการป้องกันความพิการในชุมชน

แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินงานในการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ โดยเน้นการบูรณาการทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานให้เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท โดยอาศัยยุทธศาสตร์ต่างๆ เป็นแนวทาง ซึ่งจากแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2559 จะเห็นได้ว่าภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับคนพิการ ซึ่งกำหนดเป็นยุทธศาสตร์สำหรับเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนรวมทั้งหมด 5 ด้าน ครอบคลุมเกือบทุกด้านปัญหาของคนพิการ ดังนั้น เมื่อแผนฯ นี้จะนำไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเป็นทางการได้ อาจจะต้องอาศัยผู้ที่มีความใกล้ชิดกับคนพิการในท้องถิ่นหรือชุมชนมาประกอบ รวมถึงตัวของคนพิการเองที่ควรเข้ามามีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ที่ประสบและทราบปัญหาต่างๆ ของคนพิการมากที่สุด

ในหัวข้อต่อไปคณะผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หรือ CBR อันจะเป็นการเปิดโอกาสให้คนพิการได้เข้ามามีบทบาทผ่านกิจกรรมต่างๆ อาทิ CBR มีแนวคิดสำคัญที่จะสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการประสานงานกัน โดยมีการกำหนดให้คนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำทุกขั้นตอนด้วย เป็นต้น

2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หรือ CBR

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation) หรือต่อไปนี้จะเรียกชื่อว่า CBR เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นหลังจากที่มีการประกาศใช้ปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) ในปี ค.ศ.1978 เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการช่วยฟื้นฟูคนพิการในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำหรือปานกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ด้วยการให้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดและด้วยความร่วมมือขององค์กรต่างๆ ของสหประชาชาติ องค์กรพัฒนาภาคเอกชนและองค์กรเพื่อคนพิการ ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้ CBR มีการพัฒนาจนกลายเป็นยุทธศาสตร์พหุภาค ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้อย่างหลากหลายยิ่งขึ้น ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการให้สูงขึ้นอีก

CBR ช่วยสนับสนุนให้คนพิการมีสถานะสุขภาพในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้โดยมุ่งเน้นการทำงานใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ นอกจากนี้ ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้าน

สุขภาพโดยทำงานร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้รับบริการด้านสุขภาพตามสิทธิ และได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีส่วนร่วม และมีชุมชนเป็นฐาน (องค์การอนามัยโลก 2010, 2556)

แนวคิดของ CBR เป็นแนวคิดที่มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1) เป็นยุทธศาสตร์ “เชิงรุก” เข้าถึงคนพิการในชุมชน ในขณะที่การบำบัดฟื้นฟูคนพิการโดยระบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันอยู่ในลักษณะ “เชิงรับ”

2) เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน โดยสนับสนุนให้มี ส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการประสานงานกัน

3) แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้านความรู้เดิมของชุมชนเทคโนโลยีพื้นบ้านและทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว

โดยมีการกำหนดเงื่อนไขกิจกรรมดังนี้

1. คนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการนั้นทุกขั้นตอนของโครงการนับตั้งแต่เริ่มการออกแบบโครงการ

2. วัตถุประสงค์หลักของโครงการจะต้องเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality of Life, QOL) ของคนพิการ ไม่ใช่มุ่งหวังเพียงให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living, ADL) อย่างที่ผ่านมามเท่านั้น

3. มุ่งเน้นในการทำงานกับชุมชนเพื่อส่งเสริมให้คนพิการเกิดทัศนคติทางบวกและให้สมาชิกในชุมชนมีแรงจูงใจที่จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับโครงการ CBR

4. ต้องเป็นโครงการที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะของชุมชนแต่ละแห่ง
ปัจจัยหลักของ CBR ปัจจัยหลักที่ทำให้งาน CBR ประสบความสำเร็จ มี 4 ประการ ได้แก่

1. การสร้างความตระหนักในปัญหาความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. การประสานทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ

3. การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

4. การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำโครงการ CBR ตั้งแต่การวางแผนการอำนวยความสะดวก การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน

บุคคลที่เกี่ยวข้องใน CBR การทำงาน CBR จะเริ่มต้น ดำเนิน ไป และคงอยู่ได้ในชุมชนนั้นๆ จะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ การประสานสัมพันธ์กันของกลุ่มบุคคล 7 กลุ่ม ได้แก่

1. คนพิการในชุมชนนั้น
2. ครอบครัวของคนพิการ
3. ชุมชนของคนพิการ
4. หน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศ
5. องค์กรเอกชน ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ประเทศ และต่างประเทศ
6. บุคลากรทางการแพทย์ นักการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
7. นักธุรกิจ

ประเทศไทยได้รับเอาแนวทางของ CBR มาใช้ โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้ดำเนินงานภายใต้โครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเพื่อให้บริการคนพิการแบบครบวงจรในระดับชุมชน โดยใช้รูปแบบของ “อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือคนพิการ” หรือต่อไปนี้จะเรียกชื่อว่า “อพมก.” ซึ่งภารกิจหลักของ อพมก. ในการให้ความช่วยเหลือดูแล ฟื้นฟู และพัฒนาคนพิการ มี 11 ภารกิจหลัก ได้แก่ การค้นหาคนพิการโดยชุมชน การจดทะเบียนคนพิการ ประสานงานกับคนพิการ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ การจัดทำแผนบุคคล การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการแต่ละประเภท การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การเตรียมความพร้อมเข้าระบบ โรงเรียน การฝึกทักษะอาชีพสำหรับคนพิการ และการกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มในชุมชน เป็นต้น

ซึ่งสำหรับงานวิจัยนี้ บุคคลที่อาจเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องใน CBR ได้แก่ คนพิการ ครอบครัวคนพิการ ชุมชนของคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ตัวอย่างลักษณะกระบวนการดำเนินงานของ CBR

กระบวนการดำเนินงานเพื่อให้การพัฒนาศักยภาพคนพิการ โดยชุมชนมีความยั่งยืนมีรูปแบบการดำเนินงานใน 3 กิจกรรม (3 ปี) คือ กิจกรรมปีที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เพื่อให้บริการคนพิการแบบครบวงจรในชุมชน ของ พม. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิด อพมก. โดยการอบรม อพมก. เพื่อให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับคนพิการและสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการ หน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางการแพทย์ การศึกษาการอาชีพและสังคม รวมทั้งการปฏิบัติงานกับครอบครัวและชุมชน และระยะที่ 2 เน้นการฝึกทักษะเพื่อให้สามารถช่วยเหลือคนพิการและแนะนำครอบครัวคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการกระตุ้นการมีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน ซึ่งใน

ส่วนนี้คณะผู้วิจัยเห็นว่า กลุ่มคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในพื้นที่ น่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในระดับรับทราบข้อมูลข่าวสารเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติและถ่ายทอดไปยัง คนพิการกลุ่มอื่นๆ และพัฒนาไประดับรับฟังความคิดเห็น รวมทั้งเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามี บทบาทในการเป็นอาสาสมัคร หรือแกนนำคนพิการในท้องถิ่นได้ และจะส่งผลดีต่อท้องถิ่น เนื่องจากจะมีความใกล้ชิดกว่า อพมก.จากที่อื่นๆ และทราบข้อมูลในท้องถิ่นของตนดี

กิจกรรมปีที่ 2 การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน เพื่อให้บริการคนพิการแบบ ครบวงจร นอกเหนือจากการดำเนินงานในภารกิจหลักของ อพมก. การดำเนินการในกิจกรรมปีที่ 2 เน้นการจัดทำแผนชุมชนเพื่อพัฒนาคนพิการ โดยการส่งเสริมให้ประชาคมร่วมกันในการจัดทำแผน ชุมชน ด้านคนพิการ และผลักดันเพื่อให้มีการนำแผนชุมชนสู่แผนการดำเนินงานขององค์กร ปกครองท้องถิ่น ซึ่งกลุ่มคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในพื้นที่น่าจะ เข้าไปมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่มคนพิการด้วยกัน และ สุดท้ายคือระดับเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจโดยให้คนพิการสามารถตัดสินใจได้ด้วย ตนเองในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการเองได้

กิจกรรมปีที่ 3 การส่งเสริมความมั่นคงในชีวิตคนพิการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดมาตรฐาน การดำเนินงาน โดยมีเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพคนพิการ โดยชุมชน ที่จะ เป็นแนวทางให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน

จากแนวคิด CBR ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาศักยภาพของคน พิการให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชนเป็นฐานสำคัญ และชุมชนจะต้องเข้า มามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรม โครงการในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การออกแบบ โครงการ การกำหนดวัตถุประสงค์โครงการ การวางแผนงานดำเนินกิจกรรม เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วย คน พิการในชุมชน ครอบครัวของคนพิการ ชุมชนของคนพิการ หน่วยงานภาครัฐทั้งในระดับท้องถิ่น และส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน บุคลากรทางการแพทย์ วิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น แนวคิด CBR ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีลักษณะที่สอดคล้องกับทฤษฎีหรือแนวความคิดการมีส่วนร่วม ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับ โครงการวิจัย ตัวอย่างเช่น มีการพัฒนาโจทย์วิจัย ร่วมกับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการในพื้นที่ เป็นต้น โดยเชิญคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเข้ามามี ส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น เสนอข้อคิดเห็นที่หลากหลายเพื่อจะพัฒนาการมีส่วนร่วมใน ประเด็นการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนพิการในระดับที่สูงขึ้น

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องที่รัฐให้ความสำคัญและถือเป็นสิทธิตามกฎหมายที่ประชาชน ทุกคนมีสิทธิ ซึ่งคนพิการเป็นประชาชนกลุ่มที่ได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ น้อยมาก

ซึ่งสาเหตุก็เนื่องมาจากข้อจำกัดของคนพิการเองด้วย แต่อย่างไรแล้วคนพิการก็มีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในระดับที่เหมาะสมกับคนพิการเอง

2.4.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง (ถวิลวดี บุรีกุล, 2551) ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การพิจารณาถึงการที่ประชาชนมีส่วนช่วยเหลือโดยสมัครใจต่อโครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่างๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติแต่ไม่ได้ให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2) การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัวเพื่อที่จะทราบถึงโครงการพัฒนา การรับความช่วยเหลือและตอบสนองต่อโครงการ ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่นด้วย

3) ด้านการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วมมีความหมาย คือ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาของรัฐ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการประเมินผลโครงการนั้นๆ ด้วย ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือ การที่ประชาชนได้เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจต่างๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนเอง

4) การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีทั้ง สิทธิ และหน้าที่ ที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ การแก้ปัญหาของชุมชน มีความรับผิดชอบต่อชุมชนของตนเอง การที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่างๆ การระดมทรัพยากรชุมชนท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขในชุมชนท้องถิ่นของตน

5) การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง คือ บุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่มและได้มุ่งมั่น มีความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการตามความริเริ่มนั้น

2.4.2 เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน

เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน มี 3 ประการ คือ

1) ต้องมีอิสรภาพ คือ ประชาชนต้องมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมนั้นก็ได้ การเข้าร่วมต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ถูกบังคับให้เข้าร่วมไม่ว่าจะในรูปแบบใด

2) ต้องมีความเสมอภาค คือ ประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรมทุกคนจะต้องมีสิทธิเท่าเทียมกันในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น

3) ต้องมีความสามารถ คือ ประชาชนจะต้องมีความสามารถที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ได้ เช่น ในบางกิจกรรมกำหนดว่าผู้เข้าร่วมมีอิสระและมีความเสมอภาคในการเข้าร่วมกิจกรรม แต่กิจกรรมที่กำหนดไว้นั้นมีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้ จากเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมของประชาชนดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในส่วนของคนพิการจะเข้าไปมีส่วนร่วมได้หรือไม่นั้น หากพิจารณาตามกรอบของกฎหมายคนพิการ พบว่า คนพิการมีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกับคนทั่วไปทุกประการ แม้ว่าเงื่อนไขพื้นฐานที่คนพิการจะเข้ามามีส่วนร่วมได้ต้องมีอิสรภาพและความเสมอภาคนั้นครบถ้วนทุกประการ แต่ในเงื่อนไขพื้นฐานในเรื่องความสามารถนั้น เนื่องจาก คนพิการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เพราะมีความบกพร่องตามลักษณะความพิการ ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพให้คนพิการสามารถเข้ามามีส่วนร่วมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้

การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) สำหรับผู้บริหารท้องถิ่น หมายถึง การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปิดให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ นโยบาย กระบวนการบริหารและตัดสินใจของท้องถิ่น เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำ และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมต่อกิจกรรมนั้นๆ

2.4.3 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ตัวแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนนี้นำเสนอโดยสมาคมนานาชาติด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน (International Association of Public Participation) ซึ่งแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ชั้น สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับที่สูงสุด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และจะดำเนินการตามผลของการตัดสินใจนั้น รูปแบบ คือ การลงประชามติหรือสภาเมือง การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงการยอมรับอำนาจการตัดสินใจของประชาชนหรือชุมชน แต่การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ประชาชนจะต้องมีความพร้อมในการเข้าไปมีส่วนร่วมโดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีกระบวนการเสริมความสามารถของประชาชนให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง อาทิเช่น ข้อมูลที่ครอบคลุมเพียงพอ การเสริมสร้างทักษะให้ประชาชนวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจหาทาง

แก้ปัญหาที่มีคุณภาพ การใช้การมีส่วนร่วมในระดับนี้สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจของประชาชนในระดับสูง

2) การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ เป็นการให้บทบาทของประชาชนในระดับสูง โดยประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ โดยประชาชนให้ความคิดเห็นในการตัดสินใจค่อนข้างสูง โดยมีรูปแบบ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชน และคณะที่ปรึกษาฝ่ายประชาชน ผลการตัดสินใจที่ออกมาเป็นผลการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งจะสร้างความสามัคคีขึ้นในชุมชนได้

3) การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชนอย่างจริงจังและมีจุดมุ่งหมายชัดเจน การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นนี้ อำนาจการตัดสินใจสุดท้ายยังเป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้มข้น ตัวอย่างเทคนิคการมีส่วนร่วมที่ใช้มาก อาทิเช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการการตั้งคณะทำงานภาคประชาชน เป็นต้น ข้อมูลความคิดเห็นของประชาชนจะสะท้อนออกมาในทางเลือกต่างๆ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนขั้นนี้ใกล้เคียงกับการมีส่วนร่วมในระดับการร่วมมือ เพียงแต่รูปแบบการมีส่วนร่วมแบบร่วมมือมีลักษณะเป็นกิจกรรมถาวรมากกว่าการมีส่วนร่วมในขั้นนี้

4) การมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น เป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ประชาชนมีบทบาทในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูล การตัดสินใจเป็นบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ เทคนิคการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การสำรวจความคิดเห็น การประชุมสาธารณะ ปัจจุบันนี้กฎหมายส่วนใหญ่มักกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐจัดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างน้อยในระดับการรับฟังความคิดเห็น

5) การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด ประชาชนมีบทบาทน้อยมาก ประชาชนมีส่วนร่วมเพียงรับทราบข้อมูลเท่านั้น ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในด้านอื่นๆ เลย และข้อมูลที่ประชาชนได้รับนั้นเป็นข้อมูลที่ฝ่ายผู้ดำเนินกิจกรรมป้อนให้ฝ่ายเดียวซึ่งอาจจะให้ประชาชนรับทราบเพียงข้อดีเท่านั้นก็เป็นได้ (อรทัย ก๊กผล, 2552)

2.4.4 การมีส่วนร่วมของคนพิการ

ในต่างประเทศได้นำ CBR มากระตุ้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพสำหรับคนพิการโดยการทำงานร่วมกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนและเชื่อมต่อระหว่างคนพิการและระบบการดูแลสุขภาพ ในหลายประเทศ เช่น ประเทศอาเจนตินา อินโดนีเซีย มองโกเลีย และเวียดนาม เป็นต้น ซึ่งเป็นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการกับภาคส่วนอื่นๆ ตัวอย่างการดำเนินการที่ร่วมกันอย่างมี

ส่วนร่วม เช่น ในแอฟริกา มีการอบรมวิทยากรโดยใช้โครงการ CBR ดำเนินการร่วมกับองค์กรคนพิการเพื่อพัฒนาสื่อและวิธีการสอนที่เหมาะสมเพื่อให้ข้อมูลแก่คนตาบอดหรือคนสายตาเลือนรางเกี่ยวกับโรคเอดส์และให้ข้อมูลแก่หน่วยบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะทางของคนพิการกลุ่มนี้ เช่น สหภาพคนตาบอดแห่งแอฟริกา (African Blind Union) ได้จัดทำคู่มือสำหรับอบรมวิทยากรเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการผนวกคนตาบอดและคนสายตาเลือนรางไว้ในโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ด้วยหรือในประเทศเวียดนามมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล โรงเรียน สถานที่ทำงาน และแหล่งนันทนาการต่างๆ ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อคนพิการและช่วยให้คนพิการบรรลุการมีสุขภาพดีที่สุด การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เข้าถึงได้ เช่น องค์กรแฮนดิแคปอินเตอร์เนชันนอล (Handicap International) ได้ให้การสนับสนุนการก่อตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม มีการสร้างระบบ คือ ผู้ป่วยจะได้รับการจัดลำดับตามความเสี่ยงคนพิการที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการติดตามอาการโดยการเยี่ยมบ้าน ส่วนรายที่มีความเสี่ยงต่ำจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์และได้รับคู่มือให้ความรู้ผลจากการดำเนินการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่ต้องกลับไปรับการรักษาแบบนอนพักในโรงพยาบาลซ้ำอีกมีจำนวนลดลง รูปแบบนี้ได้รับการยืนยันว่ามีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่าและช่วยให้เจ้าหน้าที่ CBR มีความเครียดน้อยลง เป็นต้น (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ดังนั้น “การมีส่วนร่วมของคนพิการ” ในงานวิจัยนี้ หมายถึง การที่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการบริการด้านสาธารณสุขตามความสามารถในระดับต่างๆกับทุกภาคส่วน เช่น ประชาชน ชุมชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ของรัฐ เป็นต้น

โดยการมีส่วนร่วมระดับต่างๆ ของคนพิการ นำมาจากแนวคิดในการจัดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน เรียงลำดับจากขั้นระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุดไประดับต่ำที่สุด ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ เป็นขั้นที่ให้บทบาทคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการในระดับที่สูงสุด เพราะให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเขาด้วยตนเอง หน่วยงานสาธารณสุขที่ให้บริการและหน่วยงานที่สนับสนุนให้คนพิการเข้ารับบริการ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการตามผลของการตัดสินใจนั้น รูปแบบการมีส่วนร่วม เช่น การร่วมกำหนดนโยบาย การร่วมจัดทำแผนงบประมาณประจำปีในระดับท้องถิ่น เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ โดยคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และทุกภาคส่วนจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ ฉะนั้นความคิดเห็นของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการจะสะท้อนออกมาในการตัดสินใจค่อนข้างสูง รูปแบบการมีส่วนร่วมในขั้นนี้ เช่น ตัวแทนคนพิการไปเป็นคณะกรรมการทำงานหรือเป็นคณะที่ปรึกษาใน โครงการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสาธารณสุข ผลการตัดสินใจที่ออกมาเป็นผลการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อการจัดทำโครงการสำหรับคนพิการตามความต้องการของคนพิการและท้องถิ่นอย่างแท้จริง

3) การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท เป็นลักษณะการเปิดโอกาสให้คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการมีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภาคส่วนอื่นๆ อย่างจริงจังและมีจุดมุ่งหมายชัดเจน ข้อมูลความคิดเห็นของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการจะสะท้อนออกมาในทางเลือกต่างๆ เช่น การรวมตัวของกลุ่มคนพิการ การสร้างเครือข่ายคนพิการ การกำหนดนโยบายสำหรับคนพิการร่วมกันในท้องถิ่น เป็นต้น

4) การมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น เป็นลักษณะการให้คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ในการที่หน่วยงานที่ให้บริการจะดำเนินกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสาธารณสุข เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความต้องการ

5) การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการมีส่วนร่วมของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการที่มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด ซึ่งเป็นผู้รับข้อมูลจากหน่วยงานที่ให้บริการ ซึ่งการมีส่วนร่วมในระดับนี้หน่วยงานผู้ให้บริการจะต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง ทั้งข้อดีข้อเสียด้วย เพื่อให้คนพิการรับทราบถึงข้อมูลสิทธิ ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการเองและตระหนักถึงสิทธิของตนเอง

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชน ชุมชน องค์กร หน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน สมัครงใจเข้ามาร่วมกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน สังคม ไม่ว่าจะเข้ามาในฐานะส่วนตัวหรือเป็นผู้แทนองค์กร เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ตัวอย่างเช่น คนพิการในพื้นที่ สปสช.เขต 8 อุดรธานี ร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่อรวบรวมประเด็นปัญหา ข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพคนพิการ การประสานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การสนับสนุนให้มีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพคนพิการ หรือกรณีอื่นๆ อาจเป็นการอาสาเข้าร่วมกิจกรรมเสนอข้อคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมศึกษาค้นคว้า ร่วมวางแผนงาน โครงการหรือร่วมกำหนดวัตถุประสงค์โครงการหรือกิจกรรม กำหนดรูปแบบหรือมาตรการเพื่อจัดและแก้ไขปัญหาของชุมชน สังคม ตลอดจนการร่วมรับประโยชน์และรับผิดชอบด้วย เป็นต้น

ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงสิทธิด้านสาธารณสุขของคนพิการของประเทศไทยที่ผ่านมา นั้น มักจะทำในลักษณะต่างคนต่างทำขาดการบูรณาการกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องซึ่งปัญหาคนพิการคงไม่ใช่งานในความรับผิดชอบของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่จะทำได้โดยลำพัง แต่เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนซึ่งจะต้องเข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาคนพิการอย่างเป็นระบบ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคนพิการและคนไม่พิการ การช่วยกันคิดหาแนวทางมาตรการในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิมีคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขที่ดี ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดหรือทฤษฎีการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้กับโครงการวิจัยนี้ด้วย

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนสาระสำคัญของเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยศึกษาปัญหาและรูปแบบการจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่คนพิการ มีดังนี้

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2549) ได้ศึกษาเรื่องทิศทางและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า นโยบายสวัสดิการสังคมของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน จึงทำให้สังคมไม่เห็นภาพรวมหรือไม่เห็นคุณค่าของงานสวัสดิการสังคม นโยบายสวัสดิการสังคมกำหนดสำหรับกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่มยังขาดฐานข้อมูลที่เข้าถึงปัญหาที่แท้จริง การกำหนดนโยบายหลายๆ ด้าน ขาดฐานคิดที่มาจากการศึกษาวิจัย นโยบายสวัสดิการสังคมขาดการให้ความสำคัญกับการคิดเชิงบูรณาการ ขาดการพิจารณาปัญหาเชิงโครงสร้างและก่อให้เกิดความซับซ้อนของมาตรการต่างๆ การดำเนินนโยบายสวัสดิการสังคมขาดความต่อเนื่องจึงไม่ได้รับการพัฒนาให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ยังพบว่ากลไกการบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงานยังมีข้อจำกัด และยังไม่สามารถจัดรูปแบบสวัสดิการสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ ขาดเอกภาพ ความคลุมเครือของส่วนราชการ กฎระเบียบไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน ขั้นตอนยุ่งยาก งบประมาณไม่เพียงพอ ปริมาณและคุณภาพของบุคลากรไม่เหมาะสม ความไม่โปร่งใสและเป็นธรรม ขาดการติดตามตรวจสอบ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยและมีอิทธิพลของการเมืองท้องถิ่นเข้ามาแทรกแซงการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะจากการศึกษาโครงการนี้คือ ควรเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรบริการแบบครบวงจรเบ็ดเสร็จ (One Stop Crisis Center – OSCC) ควรเสริมสร้างและขยายระบบอาสาสมัครเพื่อสังคมและควรมีระบบเสริมความรู้พัฒนาทักษะในการเข้าถึงปัญหาคอยเป็นผู้เฝ้าระวังทางสังคม (Social Watch) ควรเสริมกลไกการประสานงานรูปแบบต่างๆ และการสร้างและพัฒนาระบบประสานงานที่หลากหลายมิติและควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานทางสังคมในชุมชน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวม ข้อมูลปัญหาทางสังคมใน

ชุมชนในด้านต่างๆ และ ส่งต่อเพื่อจัดระบบช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมทันการณ์ รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมไทย จากการศึกษาพบว่ามี 3 รูปแบบได้แก่ 1) รูปแบบสวัสดิการสังคมกระแสหลัก 2) รูปแบบสวัสดิการสังคมกระแสรองหรือกระแสทางเลือกและ 3) รูปแบบสวัสดิการสังคมท้องถิ่นเป็นการผสมผสานระหว่างสวัสดิการสังคมกระแสหลักและกระแสรองเป็นผลจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ.2542

จากรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมดังกล่าว คณะผู้วิจัยเห็นว่า รูปแบบของสวัสดิการสังคมท้องถิ่นน่าจะเหมาะสมที่สุดสำหรับรูปแบบการจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมของคนพิการ เนื่องจากท้องถิ่นเป็นส่วนที่ใกล้ชิดกับคนพิการมากที่สุด การที่จะขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการพื้นฐานรัฐของคนพิการอย่างมีส่วนร่วมได้ต้องให้ท้องถิ่นหรือชุมชนเป็นฐาน และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุน

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้มีการศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน (CBR) องค์ประกอบด้านสุขภาพ โดยเป็นแนวทางจาก CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation) กรณีศึกษาในประเทศไทยมีประวัติด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จ คือ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิใช้ระบบเครือข่ายที่เรียกว่าสถานีอนามัยซึ่งมีการเชื่อมต่อและได้รับการสนับสนุนโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาล สิชล ได้แนะนำ CBR แก่สถานีอนามัยต่างๆ ในเครือข่ายและมีบทบาทในการค้นหาคนพิการและจัดการกับความจำเป็นด้านดูแลสุขภาพทั้งแบบทั่วไปและเฉพาะทางสำหรับคนพิการ ซึ่งจุดเน้นหลักของ CBR คือการให้บริการด้านสุขภาพแก่คนพิการถึง “ประตูบ้าน” จึงได้มีการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนพิการผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังให้การเชื่อมโยงโดยตรงกับโรงพยาบาลสิชล การออกเยี่ยมบ้านดำเนินการโดยทีมสถานีอนามัยทำหัตถการและนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลสิชล ทำให้ลดการเดินทางและค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีการจัดทำแบบแผนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้านอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัวได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น ได้แก่ การฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวันแก่คนพิการและมีการส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กพิการ การทำงานด้วยรูปแบบสหวิชาชีพนี้ทำให้เกิดมั่นใจได้ว่าคนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในชุมชนของพวกเขาได้ รวมทั้งได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสิชลในกรณีจำเป็น และการประเมินผลในปี พ.ศ.2551 (ค.ศ.2008) สรุปได้ว่าโครงการ CBR มีประสิทธิผลในการจัดบริการดูแลสุขภาพแก่คนพิการและครอบครัว ได้แก่ การค้นหาคนพิการตั้งแต่แรกเริ่มและการรักษาในระยะแรกเริ่ม การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ อันได้แก่ การฝึกความสามารถด้านต่างๆ และการจัดหาอุปกรณ์

เครื่องช่วยความพิการ โดยภาพรวม พบว่า คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเห็นได้จากการสามารถพึ่งพาตนเองมีทักษะในการเคลื่อนที่และการสื่อสารที่ดีขึ้น ผู้ปกครองเด็กพิการได้รับการสนับสนุนที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานที่ดี (โรงพยาบาลลือชา สถานีอนามัย และชุมชน) และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในท้องถิ่นและการหมุนเวียนทรัพยากรอื่นๆ ได้ก่อให้เกิดความรู้สึกถึงการเสริมพลังและความเป็นเจ้าของชุมชน

โครงการ CBR สามารถกระตุ้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพสำหรับคนพิการได้โดยการทำงานร่วมกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนและเชื่อมต่อระหว่างคนพิการและระบบการดูแลสุขภาพในหลายประเทศ เช่น อาร์เจนตินา อินโดนีเซีย มองโกเลียและเวียดนาม เป็นต้น โครงการ CBR ได้เชื่อมโยงโดยตรงกับระบบดูแลสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขและนำไปปฏิบัติผ่านโครงสร้างการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โครงการ CBR บริหารจัดการโดยองค์กรเอกชนหรือกระทรวงอื่นๆ เช่น สวัสดิการสังคม เป็นต้น ซึ่งในกรณีนี้ควรมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้แน่ใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

จากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า การใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดทำบริการด้านสาธารณสุขนั้น มีตัวอย่างให้เห็นถึงความสำเร็จในหลายประเทศซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีในการนำมาศึกษาเพื่อหาเงื่อนไขปัจจัยของการเข้ามามีส่วนร่วมของคนพิการในการรับหรือจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขเพื่อที่จะได้รูปแบบการจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขคนพิการอย่างเหมาะสมในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

ปัทมา ศิริเวช และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: ประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ จากการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะ คือ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับการเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากรนี้ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึง การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน มีแผนปฏิบัติการที่ดี ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามแผนงานหรือนโยบายของหน่วยงานและกระทรวงฯ การจัดสรรงบประมาณควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียงและมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินการ สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการหรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้ อสม.จะเป็นผู้มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการร่วม

พัฒนาสุขภาพประชาชน “ผู้นำด้านสุขภาพประชาชน” โดยเป็นทีมร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล เพราะอยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาของประชาชนได้เป็นอย่างดี 3) แผนสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็นเข็มทิศวางแผนการทำงานร่วมกันว่าควรจะไปทิศทางใด ดังนั้นทุกตำบลควรจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมปัญหาความต้องการ ข้อคิดเห็นที่ได้จากหลายๆ ฝ่ายมาเป็นฐานในการร่วมตัดสินใจ และจัดทำแผนฯ ด้านส่งเสริมสุขภาพของตำบลจะได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อจะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือดูแลสุขภาพตนเอง 4) การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล เป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่ทำให้พื้นที่ตระหนักเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบล กองทุนสุขภาพตำบลประกอบด้วยแหล่งงบประมาณ 2 แหล่ง คืองบประมาณจาก สปสช. และงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

สรุปแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

1. การจัดรูปแบบบริการสุขภาพทั้งการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพคนพิการแบบมีส่วนร่วม กับครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอื่นในชุมชน ด้วยการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน เช่น โรงพยาบาลดูแลด้านบริการสุขภาพ ในขณะที่ อบต.ดูแลอุปกรณ์และสถานที่ต่างๆ และการเดินทาง ครอบครัวช่วยการฝึกเพิ่มเติมที่บ้าน ส่วนอาสาสมัครคนพิการ จัดอาสาช่วยด้านการให้กำลังใจ แต่ทั้งหมดนี้ต้องมีการวางแผนร่วมกัน
2. การส่งเสริมให้มีการผสมผสานความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน มาใช้เพื่อฟื้นฟูหรือหนุนช่วยให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การเอาหมอนวด ที่อาจเป็นคนพิการตาบอด หรือหูหนวกมาช่วยงานฟื้นฟูทางร่างกายและกายภาพบำบัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยอัมพาต ทั้งนี้ อาจมีการอบรมเพิ่มเติมเทคนิควิธีการให้กำลังใจคนพิการด้วย
3. การสร้างต้นแบบคนพิการสำหรับช่วยการสื่อสาร จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานกับคนพิการในชุมชน เช่น การนำคนพิการที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว มาเล่าประสบการณ์การต่อสู้จนประสบผลสำเร็จสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ดั้งเดิม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเสริมกำลังใจกับคนพิการคนอื่นที่ยังท้อแท้ขาดกำลังใจที่จะฟื้นฟูตนเอง
4. การดึงศักยภาพคนพิการออกมาด้วยการชวนให้เป็นอาสาสมัคร หรือรับเข้าทำงานเพื่อเป็นการส่งเสริมบทบาทคนพิการให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น อันอาจจะส่งผลดีต่อคนพิการอื่นในชุมชน ที่มีคนเข้าใจกันมาช่วยดูแล อีกทั้งยังจะเป็นต้นแบบคนพิการในชุมชนได้อีกด้วย หากมีคนพิการที่ได้รับ

การฟื้นฟูเพิ่มขึ้นหลายคน ก็ควรสนับสนุนให้มีการตั้งเป็นชมรมคนพิการขึ้นมาช่วยดำเนินการเกี่ยวกับการจดทะเบียนคนพิการและประสานเรื่องสิทธิต่างๆ

พรชิตา วิเศษศิลป์พานนท์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาโครงการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ และการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ ผลการพัฒนารูปแบบ การบริหารจัดการระบบสวัสดิการสังคมที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการจากกระบวนการ ดำเนินงานและขอบเขตเชิงเนื้อหาข้างต้น งานวิจัยนี้สังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการระบบ สวัสดิการสังคมที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ 5 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การบริหารจัดการระบบสวัสดิการโดยรัฐในลักษณะรัฐสวัสดิการ (Welfare state) เป็น การบริหารจัดการที่เน้นการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (state/ government) จะมุ่งเน้นไปที่ การบริหารจัดการระบบสวัสดิการสำหรับคนพิการในเชิงโครงสร้าง (structure) เพื่อให้เกิดระบบทั้ง ในแง่ของการคุ้มครอง ส่งเสริมคนพิการในรูปของการจัดสวัสดิการ ซึ่งการดำเนินการหรือการ บริหารจัดการดังกล่าวอาจอยู่ในรูปของการกำหนดนโยบาย การออกกฎหมายและการปรับปรุง กฎหมายให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของคนพิการอย่างเหมาะสมตามสภาพการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการวิเคราะห์พิจารณาแบบประเภท การส่งเสริมสิทธิด้านสวัสดิการ ของคนพิการ และแนวทางการเข้าถึงสิทธิในลักษณะต่างๆ เช่น สวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย สวัสดิการด้านการศึกษา การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสิทธิ หรือการพัฒนารูปแบบระบบ สนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ เช่น สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแลคน พิการ หรือมาตรการทางภาษีและสิทธิประโยชน์ต่างๆ สำหรับองค์กรที่รับคนพิการเข้าทำงาน เป็น ต้น

รูปแบบที่ 2 การบริหารจัดการระบบสวัสดิการโดยการมีส่วนร่วมของภาคธุรกิจเอกชน (Social entrepreneur)⁵ เป็นรูปแบบการบริหารจัดการระบบสวัสดิการสำหรับคนพิการที่เน้นบทบาทและ การทำหน้าที่ขององค์กรภาคธุรกิจเอกชน โดยมีฐานความคิดหลักที่ต้องการให้องค์กรเหล่านี้มีความ ตระหนักและร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (คนพิการ) โดยความตระหนักและความรับผิดชอบดังกล่าว มิได้แสดงผ่านเพียงแค่การจัดกิจกรรมที่นำเอาผลกำไรที่เกิดขึ้นภายหลังประกอบการสิ้นปีมา ดำเนินการ หากแต่ความรับผิดชอบดังกล่าวควรเกิดขึ้นในระดับนโยบายและแผนงานขององค์กรว่า จะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อคนพิการอย่างไร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจ (commitment) ขององค์กร ผู้ประกอบการของสังคม (Social entrepreneur) คือ บุคคลที่มีวิธีการ ใหม่ในการแก้ปัญหาสังคมที่เร่งด่วน บุคคลเหล่านี้มีความมุ่งมั่นและยึดมั่นในการแก้ไขปัญหาที่ สำคัญ และเสนอแนวคิดใหม่เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมในวงกว้าง แทนที่จะปล่อยให้การแก้ไข ปัญหาเป็นหน้าที่ของภาครัฐหรือภาคธุรกิจเท่านั้น ผู้ประกอบการสังคมทำหน้าที่เป็นผู้เปลี่ยนแปลง

สังคม ด้วยการมองหาโอกาสที่คนอื่นมองไม่เห็นและพัฒนาระบบ พร้อมกับคิดค้นวิธีใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมไปในทางที่ดีขึ้น อาทิเช่น โรงพยาบาลอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี ที่รวบรวมด้านสมุนไพร การจัดให้มีการบริการทางการแพทย์แผนไทย การจัดโครงการทัวร์สุขภาพ การฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งนักศึกษาเภสัชและประชาชนทั่วไป การพัฒนาประสิทธิภาพของกลุ่มหมอนวดไทย ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรแก่ชาวบ้านและผู้สูงอายุ พร้อมทั้งรับซื้อพืชสมุนไพรเหล่านั้นทำให้เกิดการสร้างงานสร้างรายได้แก่ชาวบ้านในชุมชน เป็นต้น (เอกชัย นิตยาเกษตรวัฒน์, 2553)

รูปแบบที่ 3 การบริหารจัดการระบบสวัสดิการ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการ (Social cohesion) เป็นรูปแบบที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการ ได้แสดงออกซึ่งความต้องการเฉพาะของคนพิการผ่านการรวมกลุ่ม หรือการรวมตัวเป็นองค์กร เน้นการดำเนินกิจกรรมที่นำไปสู่การพึ่งตนเอง ซึ่งการรวมกลุ่มเพื่อการดำเนินกิจกรรมนั้นจำเป็นต้องได้รับเสริมหนุนทั้งด้านศักยภาพและทรัพยากร (ทั้งนี้ ลักษณะวิธีการที่จะนำไปสู่การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมดังกล่าว จะเห็นได้จากข้อกำหนดของกองทุนส่งเสริมคนพิการ)

รูปแบบที่ 4 การบริหารจัดการระบบสวัสดิการ โดยชุมชนท้องถิ่น (Local management) เป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่ดำเนินการทำงานในระดับพื้นที่หรือการทำงานเชิงพื้นที่ (area based development) ที่มองว่าการทำงานของหน่วยงาน องค์กรระดับพื้นที่ ถือเป็นการทำงานที่ใกล้ชิดและมีความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นอย่างดี การทำงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่จึงเป็นการทำงานที่ตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงตามความต้องการ (met their needs) และทันทั่วถึง อีกทั้งรูปแบบการทำงานจะเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตรงประเด็นปัญหาเพราะรูปแบบการทำงานที่เกิดขึ้นจะถูกออกแบบตามลักษณะปัญหาดังที่ปรากฏ (crisis design) รูปแบบการทำงานแบบนี้ จึงเน้นที่ศักยภาพของท้องถิ่นพื้นที่ที่ต้องมีการศึกษาความต้องการของพื้นที่วิเคราะห์และประเมินความต้องการของพื้นที่ (need assessment) เพื่อออกแบบกิจกรรมโดยสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการแก้ไขปัญหา

รูปแบบที่ 5 การบริหารจัดการระบบสวัสดิการแบบพหุลักษณะ (Pluralism) เป็นรูปแบบที่เน้นการผสมผสานขององค์ประกอบที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคประชาชน องค์กรชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายความร่วมมือทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ ผ่านรูปแบบการทำงานเชิงบูรณาการ ซึ่งการบริหารจัดการระบบสวัสดิการแบบพหุลักษณะนั้น จำเป็นต้องมีการวาง เป้าหมายที่ชัดเจนตรงกัน กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจนเพื่อให้การทำงานไม่เกิดความสับสนและทับซ้อนบทบาทกัน ในลักษณะของการบริหารความหลากหลาย จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องเห็นได้ว่ามีการศึกษาถึงกระบวนการและรูปแบบที่จะจัด

สวัสดิการให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่คนพิการมีสิทธิที่จะได้รับอย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ แต่ในการจัดรูปแบบที่เหมาะสมแก่คนพิการนั้นจะต้องพิจารณาถึงบริบทของคนพิการในแต่ละพื้นที่ด้วย เพราะสภาพแวดล้อมและบริบทของพื้นที่ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะสนับสนุนให้รูปแบบการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่คนพิการบรรลุวัตถุประสงค์ด้วย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

โครงการวิจัยการศึกษาปัญหาและรูปแบบการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข อย่างมีส่วนร่วมของคนพิการหรือผู้ดูแลผู้พิการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยต้องการให้ประชาชนในพื้นที่ซึ่งก็คือ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการโครงการวิจัย ตั้งแต่กระบวนการศึกษาปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการ โดยให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาและแสดงความเห็นต่อโครงการวิจัย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้กำหนดระเบียบวิจัยดังนี้

3.1.1 ระเบียบวิธีวิจัย

ประกอบด้วย

1) พื้นที่วิจัย คือ ศึกษาวิจัยและปฏิบัติการภายในพื้นที่ตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีดังนี้

คือ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาป่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ใช้แบบวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัย ด้วยกระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ ข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ หนังสือ ตำรา งานวิจัย บทความวิชาการ ข้อมูลออนไลน์ใช้สำหรับการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ แนวคิดการพัฒนาศักยภาพคนพิการ โดยชุมชน แนวคิดการมีส่วนร่วม และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

(2) ใช้แบบวิจัยเชิงปริมาณสอบถามคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ เป็นการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของคนพิการในพื้นที่ จำนวน 435 คน ในเรื่องข้อมูลทั่วไป อาทิ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ประเภทความพิการ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเก็บข้อมูลความต้องการด้านสาธารณสุข และในด้านปัญหาด้านการรับบริการด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลในการจัดเวทีแสดงความคิดเห็น การสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งนี้ เนื่องจากคนพิการในพื้นที่มีหลายประเภท และบางประเภทมีข้อจำกัดในการ

รับรู้และการให้ข้อมูล ดังนั้น การมีข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นก็จะทำให้คณะวิจัยสามารถพิจารณา รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การจัดเวทีระดมความคิดเห็น โดยคณะผู้วิจัย ได้เชิญตัวแทนของคนพิการในแต่ละพื้นที่ และตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมกระบวนการวิจัย โดยการจัดเวทีในพื้นที่ขึ้น และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีโดยคณะผู้วิจัยได้กำหนด ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการในพื้นที่ โดยให้โอกาสทั้ง ฝ่ายผู้รับบริการ คือคนพิการและ ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้แสดงความคิดเห็น อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยและเป็นการพัฒนา โจทย์วิจัยด้วย ซึ่งการจัดเวทีแสดงความคิดเห็น ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเรื่อง ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของคนพิการในพื้นที่ ที่ผ่านมา ประสบปัญหาอย่างไรบ้าง และส่วนของผู้ให้บริการประสบปัญหาในการให้บริการแก่คนพิการ อย่างไรบ้าง

(4) การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชน เป็นการนำเอาผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก แบบสอบถามเบื้องต้นมานำเสนอให้กับชุมชนผู้ที่ให้ข้อมูลเพื่อร่วมกันพิจารณาตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูล เชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โครงการมาให้ข้อคิดเห็นและให้ ข้อเสนอแนะ

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ปฏิบัติตามกรอบของแผนกิจกรรมโครงการที่กำหนดไว้ ดังนี้

- (1) กิจกรรมการจัดเวทีประชุมชี้แจงคณะทำงานทั้งนักวิจัยหลักและผู้เกี่ยวข้อง
- (2) กิจกรรมออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลและลงพื้นที่เก็บข้อมูลคนพิการเบื้องต้น
- (3) กิจกรรมการรวบรวมข้อมูลและสรุปผลวิเคราะห์
- (4) กิจกรรมการจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชน
- (5) กิจกรรมการออกแบบเครื่องมือสัมภาษณ์เจาะลึก
- (6) กิจกรรมลงพื้นที่สัมภาษณ์เจาะลึก
- (7) กิจกรรมการลงพื้นที่สนทนากลุ่มย่อย

3.3 กรอบแนวคิดในการจัดทำเครื่องมือวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงพื้นที่ซึ่ง โจทย์วิจัยจะต้องมาจากชุมชน ผู้นำชุมชน คนพิการ/ผู้ดูแลคน พิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ การ

ศึกษาวิจัยจึงต้องอาศัยเครื่องมือหลายชนิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การเปิดเวทีระดมสมอง เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลให้ข้อคิดเห็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและรับทราบถึง สภาพปัญหาของคณพิการ การลงพื้นที่สนทนากลุ่มย่อยพูดคุยระหว่างทีมวิจัย คณพิการ/ผู้ดูแลคณพิการ องค์กรคณพิการ เจ้าหน้าที่ของท้องถิ่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและเรียนรู้ร่วมกัน การศึกษา จากเอกสารงานวิจัย เอกสารการประชุมสัมมนา เป็นต้น

การสร้างเครื่องมือแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลจากคณพิการ/ผู้ดูแลคณพิการแล้วจึงนำเข้าสู่ กระบวนการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยร้อยละ และทำการสังเคราะห์ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณที่ นำมาใช้ในโครงการนี้ด้วย ถ้าไปใช้ตอบคำถามหรืออธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยที่ตั้งไว้ แต่เป็นการนำไปใช้ในเบื้องต้นเฉพาะที่เกี่ยวกับคณพิการเท่านั้น เช่น สภาพปัญหาของคณพิการ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และรูปแบบการให้บริการคณพิการที่ผ่านมา การรับรู้เรื่องสิทธิของคณพิการตามกฎหมาย การมีส่วนร่วมกิจกรรมของคณพิการ และข้อจำกัดของคณพิการ เป็นต้น

การสร้างเครื่องมือแบบสอบถามเจาะลึก คือ แบบสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคคล/หน่วยงาน เช่น คณพิการ/ผู้ดูแลคณพิการ ประชาชนในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แล้วจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงทำการ วิเคราะห์และสังเคราะห์ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้ และนำเอาผลจากการ วิเคราะห์และสังเคราะห์ไปใช้ตอบคำถามหรืออธิบาย

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและข้อจำกัดการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขของคนพิการและแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา เพื่อศึกษาเงื่อนไขปัจจัยของการเข้ามามีส่วนร่วมของคนพิการในการรับบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขและเพื่อหารูปแบบการจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมของคนพิการ

4.1 ผลการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1) การสนทนากลุ่มย่อย ผู้เข้าร่วม ได้แก่ เพื่อนช่วยเพื่อน คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบลนาป่า เป็นต้น ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างทีมวิจัยกับชุมชนและคนพิการ สรุปบทเรียนที่ได้ คือการรวมกลุ่มรูปแบบองค์กรคนพิการจะสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ เพื่อคนพิการได้ดีกว่าต่างคนต่างทำ จะทำให้คนพิการมีความเข้มแข็ง มีโอกาสเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนพิการด้วยกัน การเสนอปัญหาต่างๆ เช่น การเข้าถึงกายอุปกรณ์ทางการแพทย์ การฝึกอาชีพคนพิการ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิคนพิการตามกฎหมาย การเข้าถึงกองทุนกู้ยืมคนพิการ และหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามามีการสนับสนุนด้านงบประมาณ สถานที่ได้ง่ายกว่า

2) ใช้แบบสอบถามคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการพื้นที่เทศบาลตำบลนาป่า จำนวน 435 ราย โดยนำไปคำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางคอมพิวเตอร์ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ตำบลนาป่า จำนวน 435 คน

ข้อมูลทั่วไปของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการตำบลนาป่า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สิทธิในการรักษาพยาบาล		
สปสช.	413	94.94
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	4.14
ประกันสังคม	4	0.92
ประกันชีวิต	0	0
2. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา/ได้รับการยกเว้น	126	28.97
ประถมศึกษาปีที่ 4	225	51.72

ประถมศึกษาปีที่ 6	63	14.48
มัธยมศึกษาปีที่ 3	9	2.07
มัธยมศึกษาปีที่ 6	12	2.76
3. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	423	97.22
5,000-10,000 บาท	0	0
สูงกว่า 10,000-15,000บาท	6	1.38
สูงกว่า 15,000บาท	0	0
ไม่ระบุ	6	1.38
4. ประเภทความพิการ		
พิการทางการมองเห็น	30	6.9
พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	126	28.97
พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว	221	50.80
พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	15	3.45
พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้	46	10.57
5. ระยะเวลาที่พิการ		
ตั้งแต่กำเนิด	105	24.14
ไม่ทราบไม่แน่ใจ	19	4.37
หลังการเกิด	305	70.11
ไม่ระบุ	6	1.38
6. สาเหตุของความพิการ		
กรรมพันธุ์	79	18.16
โรคภัยไข้เจ็บ	209	48.05
อุบัติเหตุ	39	8.97
อื่นๆ	97	22.3
ไม่ระบุ	11	2.53

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลของคนพิการเป็นสิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 100 ส่วนมากมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 51.72 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 28.97 และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ตามลำดับ รายได้ของคนพิการส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 97.22 คนพิการส่วนมากพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 50.80 รองลงมาคือพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 28.97 และพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ พิการทางการมองเห็น พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ตามลำดับ ระยะเวลาที่พิการส่วนมากไม่ได้พิการตั้งแต่กำเนิด ร้อยละ 24.14 พิการตั้งแต่กำเนิด ร้อยละ 70.11 และอื่นๆ ไม่ทราบแน่ชัด สาเหตุของความพิการส่วนมากเกิดจากโรคร้ายไข้เจ็บ ร้อยละ 48.05 เกิดจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 8.97 และเกิดจากกรรมพันธุ์หรือพันธุกรรม ร้อยละ 22.3

ตารางที่ 2 ข้อ เกี่ยวกับการบริการด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน

ความต้องการในการด้านสาธารณสุข	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)	ไม่ระบุ (ร้อยละ)
1. มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายในด้านสาธารณสุขหรือไม่	140 (32.18)	292 (67.13)	3 (0.69)
2. มีโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือไม่	409 (94.02)	22 (5.06)	4 (0.92)
3. มีแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข มาตรวจที่บ้านหรือไม่	248 (57.01)	184 (42.99)	3 (0.69)
4. มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามความต้องการแต่ละประเภท ความพิการหรือไม่	67 (15.40)	365 (83.91)	3 (0.69)
5. มีระบบสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการหรือไม่	111 (25.52)	320 (73.56)	4 (0.92)
6. มีการการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือไม่	229 (52.64)	203 (46.67)	3 (0.69)
7. มีการปรับที่อยู่อาศัยในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านหรือไม่	323 (74.25)	108 (24.83)	4 (0.92)
8. มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานบุญประเพณี กีฬาหมู่บ้าน ฯลฯ หรือไม่	241 (55.40)	191 (41.61)	3 (0.69)
9. การฝึกอบรมในการอยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น การดูแล	151	276	8

ด้านสุขภาพอนามัย การทำกายภาพบำบัด วิธีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือไม่	(34.71)	(63.45)	(1.84)
10. มีการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมกับหน่วยงานราชการในการจัดทำแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการหรือไม่	65 (14.94)	339 (77.93)	31 (7.13)
11. มีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายหรือแผนงานโครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ หรือไม่	57 (13.10)	375 (86.21)	3 (0.69)

จากตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน จากการสอบถามคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ในความต้องการในการด้านสาธารณสุข พบว่า มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายในด้านสาธารณสุข ร้อยละ 32.18 มีโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 94.02 มีแพทย์พยาบาล สาธารณสุข มาตรวจที่บ้าน ร้อยละ 57.01 มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามความต้องการแต่ละประเภทความพิการ ร้อยละ 15.40 มีระบบสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ ร้อยละ 25.52 มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 52.64 มีการปรับที่อยู่อาศัยในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน ร้อยละ 74.25 มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานบุญประเพณี กีฬาหมู่บ้าน ฯลฯ ร้อยละ 55.40 การฝึกอบรมในการอยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น การดูแลด้านสุขภาพอนามัย การทำกายภาพบำบัด วิธีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 34.71 มีการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมกับหน่วยงานราชการในการจัดทำแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ร้อยละ 14.94 มีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายหรือแผนงาน โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ ร้อยละ 13.10

ตารางที่ 3 ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข “ที่ผ่านมาคนพิการ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริการจากหน่วยงานราชการหรือเอกชน”

รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ไม่ทราบสิทธิเลย	312	71.72
2. ได้รับความรู้เรื่องสิทธิคนพิการ เช่น การแพทย์ การศึกษา อาชีพ การยอมรับและการมีส่วนร่วม ล่ามภาษา สิ่งอำนวยความสะดวก	16	3.68
3. ทราบจากสื่อใด เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ อบรม. โรงพยาบาล	107	24.60

จากตารางที่ 3 ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข “ที่ผ่านมาคนพิการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริการจากหน่วยงานราชการหรือเอกชนในเรื่องใด” พบว่า ที่ผ่านมาคนพิการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริการจากหน่วยงานราชการหรือเอกชนในเรื่อง สิทธิคนพิการ เช่น การแพทย์ การศึกษา อาชีพ การยอมรับและการมีส่วนร่วม ล่ามภาษา สิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 3.68 และทราบจากสื่อใด เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ อปค. โรงพยาบาล ร้อยละ 24.60

ตารางที่ 4 ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ประเด็นปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข

ประเด็นปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)	ไม่ระบุ (ร้อยละ)
1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายใน ด้านสาธารณสุข	143 (32.87)	289 (66.44)	3 (0.69)
2. มีข้อมูลในการเข้าถึงสิทธิในการบริการด้านสาธารณสุข	227 (52.18)	205 (47.13)	4 (0.92)
3. มีปัญหาด้านรายได้ไม่เพียงพอเพราะการรักษาพยาบาลมี ค่าใช้จ่ายสูง	146 (33.56)	286 (65.75)	3 (0.69)
4. มีการจัดลำดับคิวสำหรับคนพิการเป็นการเฉพาะ	222 (51.03)	206 (47.36)	7 (1.61)
5. มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่บริการ (เช่น โรงพยาบาล พัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด) ที่เพียงพอในการ บริการ	327 (75.17)	105 (24.14)	3 (0.69)
6. มีปัญหาในการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ/เข้าใจไม่ตรงกันในการ รับบริการสาธารณสุข	137 (31.49)	295 (67.82)	3 (0.69)
7. มีอุปสรรค/สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของ คนพิการไม่เพียงพอ	89 (20.46)	343 (78.85)	3 (0.69)

จากตารางที่ 4 ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ประเด็นปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข

จากการตอบแบบสอบถาม พบว่า คนพิการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายใน
ด้านสาธารณสุข ร้อยละ 32.87 มีข้อมูลในการเข้าถึงสิทธิในการบริการด้านสาธารณสุข ร้อยละ

52.18 มีปัญหาด้านรายได้ไม่เพียงพอเพราะการรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง ร้อยละ 33.56 มีการจัดลำดับคิวสำหรับคนพิการเป็นการเฉพาะ ร้อยละ 51.03 มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่บริการ (เช่น โรงพยาบาล พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด) ที่เพียงพอในการบริการ ร้อยละ 75.17 มีปัญหาในการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ/เข้าใจไม่ตรงกันในการรับบริการสาธารณสุข ร้อยละ 31.49 มีอุปกรณ์/สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของคนพิการไม่เพียงพอ ร้อยละ 20.46

4) ผลการศึกษาสภาพปัญหาและข้อจำกัดการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขของคนพิการ และแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา แบ่งข้อค้นพบและการวิเคราะห์ออกเป็น ดังนี้

4.1) สภาพปัญหาการเข้าถึงกายอุปกรณ์ทางการแพทย์และการดูแลรักษาสุขภาพคนพิการ พบว่า

1) สิทธิในการเข้ารับบริการ คนพิการส่วนใหญ่ในพื้นที่ได้รับสิทธิเข้ารับบริการ คือ สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มากที่สุด สิทธิอื่นๆ มีเพียงเล็กน้อย ประเภทความพิการในพื้นที่สองตำบลนี้มีคนพิการทุกประเภท ได้แก่ พิกัดทางการมองเห็น พิกัดทางการได้ยินหรือการเคลื่อนไหว พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิกัดทางพฤติกรรม พิกัดทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ เป็นต้น คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีมากที่สุด สาเหตุแห่งความพิการส่วนมากที่สุดคือเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ รองลงมาคือความพิการจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งก็จะเชื่อมโยงกับสิทธิในการเข้าถึงกายอุปกรณ์ด้วย

2) สิทธิการเข้าถึงกายอุปกรณ์ของคนพิการ เช่น รถวีลแชร์ รวมทั้งอุปกรณ์อื่นๆ คนพิการส่วนมากยังไม่ได้รับกายอุปกรณ์หรือได้รับกายอุปกรณ์แล้วแต่ไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ จะเห็นได้ว่าการจัดหาอุปกรณ์แก่คนพิการในพื้นที่อื่นๆ ก็มีปัญหาในทางปฏิบัติเช่นกันไม่เฉพาะแต่ในพื้นที่เท่านั้น ซึ่งสาเหตุอาจมาจากหน่วยงานที่จัดหาอุปกรณ์ มีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณจัดซื้อไม่เพียงพอหรือการจัดหาอุปกรณ์ล่าช้า

ส่วนคนพิการได้รับกายอุปกรณ์แล้วแต่ไม่เหมาะสมตรงกับสภาพความพิการ น้ำหนัก อายุ เพศ ก็อาจเป็นเพราะหน่วยงานที่จัดหาหรือจัดซื้อ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือหน่วยงานอื่น และคนพิการ เป็นต้น

ไม่ได้ประสานข้อมูลกันต่างคนต่างทำคนพิการเองไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดซื้อจัดหาหรือคัดเลือกด้วยซึ่งคนซื้อไม่ได้ใช้คนใช้ไม่ได้ซื้อทำให้เกิดความผิดพลาดคนพิการนำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่

3) สิทธิการได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน คนพิการส่วนมากเข้าถึง ซึ่งมีนัยสำคัญว่าคนพิการในพื้นที่ส่วนมากได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

และสิ่งอำนวยความสะดวก แต่กรณีของคนพิการที่มีสิทธิที่จะได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านนั้น จะเป็นคนพิการกลุ่มน้อย เนื่องจาก มีงบประมาณที่ค่อนข้างน้อย

4) สิทธิการตรวจสุขภาพประจำปี คนพิการส่วนมากได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีๆ ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีนัยสำคัญว่า คนพิการในพื้นที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปียังไม่ทั่วถึงครบถ้วน แต่พบว่าการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะมีเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์พยาบาล ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีทีมหมออนามัยตรวจโรค ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอที่เป็นเครือข่าย มีเภสัชกรของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีร่วมไปกับทีมหมอดีด้วย ถ้ามีกรณีพบโรคแทรกซ้อนก็จะส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งจะส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลเฉพาะ คนพิการมีโอกาสน้อยมากที่จะได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เพราะมีข้อจำกัดเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล จะมาเฉพาะที่จำเป็นต้องมารักษาเท่านั้น จะเห็นว่าคนพิการเข้าถึงสิทธิการตรวจสุขภาพประจำปีได้ยังไม่ทั่วถึง สาเหตุอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น คนพิการมีข้อจำกัดในการเดินทางไปตรวจสุขภาพประจำปี หรือคนพิการส่วนหนึ่งไม่เดินทางไปตรวจที่ รพ.สต. อย่างไรก็ตามการแก้ไขข้อจำกัดของคนพิการในส่วนนี้ก็พบว่า รพ.สต. จะมีทีมแพทย์พยาบาล ลงพื้นที่ไปตรวจเยี่ยมเป็นประจำทุกเดือนซึ่งทำให้คนพิการได้รับโอกาสรับบริการตรวจโรคมากขึ้น

5) การรับบริการตรวจรักษาถึงที่อยู่อาศัย คนพิการส่วนมากได้รับการบริการจากแพทย์พยาบาล ลงพื้นที่ไปตรวจรักษาถึงบ้าน ซึ่งมีนัยสำคัญว่า คนพิการเข้าถึงบริการได้น้อยและยังไม่ทั่วถึง จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่า การให้บริการของ รพ.สต. เป็นการบริการรวมไม่ได้แยกคนพิการออกจากคนปกติ ในการรับบริการด้านสาธารณสุข สำหรับการลงพื้นที่ให้บริการถึงบ้านนั้นจะเป็นกรณีคนพิการไม่สามารถมา รพ.สต. ได้ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่บริบาลลงพื้นที่ไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน เช่น กรณีผู้ป่วยติดเตียงหรือมีแผลกดทับ ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นว่าคนพิการที่ไม่ได้รับบริการ คือ คนพิการที่ป่วยติดเตียง เคลื่อนไหวไม่ได้ สาเหตุอาจมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉพาะทางหรือป่วยหนักไปรับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ไม่อาจรอให้แพทย์ พยาบาลของ รพ.สต.ตรวจรักษาที่บ้าน หรืออาจเป็นเพราะว่า รพ.สต. ไม่ได้จัดเจ้าหน้าที่บริบาลลงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพราะมีข้อจำกัดหรือเจ้าหน้าที่อาจไม่เพียงพอ

6) สิทธิรับบริการจากระบบสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ คนพิการส่วนมากไม่ได้รับการจากระบบสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ ซึ่งมีนัยสำคัญว่า คนพิการส่วนใหญ่ได้รับการจากระบบผู้ช่วยคนพิการได้ไม่ทั่วถึง คำว่า “ระบบสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ” หมายถึง บุคคลที่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันแพทย์พยาบาลให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยประเภทที่ติดบ้านติดเตียง รวมถึงคนพิการด้วย

7) สิทธิการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน คนพิการส่วนมากมีโอกาสเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งมีนัยสำคัญว่า คนพิการสามารถที่จะเข้ารับบริการโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านได้ค่อนข้างดี

4.2) ข้อจำกัดคนพิการในการเข้าถึงบริการพบว่า

1) การสื่อสารกับคนอื่น คนพิการส่วนมากไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือเข้าใจกันในเรื่องการเข้ารับบริการต่างๆ

4.3) สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสิทธิคนพิการตามกฎหมาย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายด้านสาธารณสุข พบว่า คนพิการ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของทางด้านสาธารณสุข และไม่รู้ช่องทางที่จะไปร้องเรียนเพื่อขอให้คุ้มครองสิทธิของตนเองตามกฎหมาย คนพิการไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิคนตามกฎหมาย ไม่รู้ช่องทางร้องเรียนเพื่อคุ้มครองสิทธิ ซึ่งมีนัยสำคัญว่า คนพิการส่วนมากยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ตามกฎหมาย และไม่รู้วิธีดำเนินการเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิของตนเมื่อถูกละเมิด จากการสัมภาษณ์คนพิการ พบว่า การรับรู้ข้อมูลหรือรู้สิทธิของคนพิการตามกฎหมายมักจะทราบจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการท้องถิ่น เช่น เจ้าหน้าที่อบต. การรับรู้มักจะไม่เป็นทางการจะบอกกล่าวกันทางวาจา ข้อมูลข่าวสารจะเป็นเพียงเบื้องต้นและก็เป็นเพียงส่วนน้อย หากคนพิการรู้จักคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ราชการท้องถิ่นเป็นส่วนตัวเมื่อเจ้าหน้าที่คนนั้นได้รู้ข้อมูลอะไรมา ก็จะเดินมาหาบอกให้ทราบ เป็นต้น ซึ่งทางราชการส่วนท้องถิ่นมักไม่ได้แจ้งมาเป็นหนังสือเป็นทางการ ส่วนข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข รพ.สต. จะแจกเป็นลักษณะของแผ่นพับให้อ่านเป็นความรู้มากกว่าเรื่องให้คำแนะนำวิธีการไปรับบริการสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า การประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลด้านสาธารณสุข เช่น วิธีการปฏิบัติตนอยู่กับครอบครัวของคนพิการ การรับบริการของคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ เป็นต้น จะแจ้งเป็นจดหมายผ่านผู้ป่วยที่มารับบริการ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) / ผู้นำชุมชน แม้คนพิการจะมีสิทธิรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ตามกฎหมาย แต่ที่ผ่านจะเห็นว่าคนพิการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อยมาก การแจ้งข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานราชการ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ก็จะทำเป็นเอกสารให้อ่าน แต่ด้วยข้อจำกัดของความพิการที่มีหลายประเภทไม่เหมือนกันจึงไม่อาจที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารทั่วถึง เช่น ข้อมูลที่เป็นเอกสาร สื่อทางทีวี หรือทางอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ เป็นต้น คนหูหนวกอาจรับรู้เข้าใจข้อมูลข่าวสารจากสื่อทางทีวีได้หากมีล่ามภาษามือช่วยเหลือ แต่ว่าคนตาบอดไม่สามารถเข้าถึงได้ทั้งเอกสารและสื่อทีวี จะเห็นได้ว่าคนพิการส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ส่วนมากที่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ไม่ได้หรืออ่านหนังสือไม่ได้ก็จะเข้าไม่ถึง เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อยู่ใกล้ชิดคนพิการควรที่จะมีบทบาทในส่วนนี้ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงโดยหาวิธีการที่เหมาะสมภายใต้บริบทของชุมชน

5) เงื่อนไขปัจจัยการมีส่วนร่วมของคนพิการในการรับ/จัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข แบ่งข้อค้นพบและการวิเคราะห์ออกเป็น ดังนี้

5.1) ปัจจัยในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของคนพิการ เช่น งานบุญประเพณีต่างๆ กีฬาหมู่บ้าน พบว่า คนพิการส่วนมากไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางชุมชนจัดขึ้น อุปสรรคของคนพิการที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ได้แก่ การเคลื่อนไหวและเดินทาง คนพิการที่นอนติดเตียง การสื่อสารกับคนอื่นคนหูหนวกแม้จะเข้าร่วมอบรมแต่ก็ไม่สามารถรับฟังได้ เป็นต้น

5.2) ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมกับหน่วยงานรัฐ

การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานราชการของคนพิการ เช่น การเข้ากิจกรรมแสดงความคิดเห็น กิจกรรมร่วมการผลักดันนโยบาย / แผนงาน / โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ / ผู้ดูแลคนพิการ คนพิการส่วนมากไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับทางราชการไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับนโยบาย / การจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข เรื่องเศรษฐกิจ จะเห็นว่าทั้งทางราชการส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อคนพิการไว้ครอบคลุมเกือบทุกด้าน แต่ว่าทางราชการยังไม่ได้แปลงนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ซึ่งอาจมีปัญหาในทางปฏิบัติด้านบริหารจัดการงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน หรืออาจขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของผู้บังคับการ จึงยังไม่มีกิจกรรมของทางราชการที่มีคนพิการเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน แม้ว่านโยบายที่กล่าวมาจะเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมได้ก็ตาม แต่อุปสรรคสำคัญของคนพิการคือการเดินทางลำบาก ไม่มีเงินค่าใช้จ่าย ไม่มีรถสาธารณะสำหรับคนพิการ ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่เอื้อให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก

6) รูปแบบการจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมของคนพิการ
รูปแบบการจัดบริการและการวิเคราะห์แยกออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

6.1) รูปแบบที่ลงมือขับเคลื่อนได้ทันทีโดยอาศัยกลไกที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ชุมชน

1) การร่วมกันค้นหาคนพิการในพื้นที่ให้ครบทุกประเภท อำนวยความสะดวกในการให้คนพิการได้เข้าสู่กระบวนการขั้นตอนการขอมีบัตร จัดทำบัตรคนพิการให้ถูกต้องตรงตามสิทธิกับประเภทความพิการ โดยประสานความร่วมมือกันระหว่าง อสม. รพ.สต. เทศบาล ผู้นำชุมชน และคนพิการ ร่วมกันในชุมชน

2) การจัดทำแผนที่และแผนสุขภาพในชุมชนระบุว่าบ้านหลังใดมีคนพิการประเภทใดหรือทำสัญลักษณ์ระบุประเภทของความพิการอาจทำเป็นสีต่างๆ สำหรับเป็นฐานข้อมูลเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงตัวคนพิการกรณีเจ็บป่วยให้สามารถที่จะนำส่งโรงพยาบาลได้รวดเร็ว เช่น คนพิการเจ็บป่วยหนัก ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีแผนที่และข้อมูล ทำให้คนพิการได้รับบริการจากแพทย์พยาบาลล่าช้า โดยประสานความร่วมมือกันระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมชน เพราะเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับคนพิการในพื้นที่มากที่สุด

3) การมีแกนนำที่เป็นผู้นำชุมชนประสานระหว่างคนพิการกับ อสม. รพ.สต. และรถหน่วยกู้ชีพ 1669 กรณีจำเป็นต้องส่งต่อคนพิการที่เจ็บป่วยหนักไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและในยามปกติที่คนพิการจำเป็นต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจาก คนพิการส่วนมากมีอุปสรรคในการเคลื่อนไหวเดินทางไปโรงพยาบาล

4) การประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิตามกฎหมายของคนพิการ เช่น สิทธิการเข้าถึงบริการทางด้านกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน โดยผู้นำชุมชน หรือ อสม. เนื่องจาก เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับคนพิการมากที่สุด

5) การจัดตั้งกลุ่มคนพิการในพื้นที่เป็นองค์กรคนพิการ โดยประสานความร่วมมือกันระหว่างคนพิการ / ผู้ดูแลคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. และจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับคนพิการอย่างต่อเนื่อง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม เช่น กิจกรรมอบรมการดูแลสุขภาพ การฝึกอบรมอาชีพคนพิการ อบรมให้ความรู้ทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิคนพิการ เป็นต้น

6) การจัดกิจกรรมทางสังคมมีคนพิการเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น การท านบุญตักบาตรตามประเพณีในหมู่บ้านชุมชน การแข่งขันกีฬาหมู่บ้าน เพื่อกระชับความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนในชุมชนกับคนพิการ ให้มีความแนบแน่นแบบเครือญาติ มีความเอื้ออาทรห่วงใยกันผ่านกิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณี

6.2) รูปแบบอาจต้องอาศัยกลไกทางด้านนโยบายและงบประมาณของทางราชการรวมทั้งระเบียบกฎหมายด้วยจะสามารถขับเคลื่อนโครงการได้

1) รูปแบบที่ต้องอาศัยนโยบายแยกเป็น ดังนี้

1.1) เพิ่มศักยภาพของ รพ.สต. ให้สามารถช่วยเหลือคนพิการให้ได้มากขึ้นทางด้านสาธารณสุขนั้นจำเป็นต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถสูงกว่าปัจจุบัน มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย ซึ่งในปัจจุบัน รพ.สต.จะมีบทบาทหน้าที่เพียงป้องกันรักษาการเจ็บป่วย

เล็กน้อย เช่น ความดัน เบาหวาน หากพบการป่วยหนักก็ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใหญ่ การเพิ่มศักยภาพหรือขีดความสามารถทางการแพทย์ของ รพ.สต.

1.2) ฝึกอบรมความรู้ให้แก่ญาติพี่น้องที่ผู้ดูแลคนพิการ คือ การให้เอาคนในครอบครัวคนพิการที่ดูแลคนพิการอยู่แล้วมาจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้ตามรูปแบบที่เหมาะสม

2) รูปแบบที่ต้องอาศัยกลไกของเจ้าหน้าที่ เช่น มีแพทย์หรือพยาบาล ลงพื้นที่ออกให้คำแนะนำแก่คนพิการเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้ง และให้ข้อมูลแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการในทางด้านสาธารณสุขด้วยวิธีการสื่อสารแบบการบอกกล่าวปากต่อปากซึ่งจะทำให้คนพิการสามารถเข้าใจปฏิบัติได้ดีกว่าการประชาสัมพันธ์รูปแบบแจกเอกสารแผ่นปลิว เพราะคนดูแลคนพิการหรือคนพิการก็ไม่ได้สนใจหรือไม่สามารถอ่านได้ ซึ่งต้องมีการบูรณาการของหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่าย เช่น รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. เป็นต้น

3) รูปแบบที่ต้องอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนแยกเป็น ดังนี้

3.1) จัดให้มีกรับ-ส่งคนพิการ โดยเฉพาะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นผู้รับผิดชอบ เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยอำนาจตามกฎหมายและงบประมาณของท้องถิ่นจำนวนมากซึ่งโดยมากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณไม่เพียงพออยู่แล้ว อำนาจตามกฎหมายต้องมีความชัดเจนให้ท้องถิ่นสามารถที่จะจัดหาได้อย่างถูกต้อง

3.2) เพิ่มหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาดูแลคนพิการ นอกเหนือจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ (พม.) ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งเจ้าหน้าที่และงบประมาณ จะทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การเพิ่มกอง / แผนก ที่เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขในเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ซึ่งส่วนมากไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางด้านนี้ใน อปท. ซึ่งตามกฎหมาย อปท. มีบทบาทที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่ ดังนั้น จึงไม่สามารถให้บริการแก่คนพิการได้โดยตรงต้องประสานความร่วมมือกับ รพ.สต. ที่อยู่ใกล้เคียง

3.3) ศูนย์ให้คำปรึกษาคนพิการทุกประเภทในพื้นที่ที่คนพิการสามารถเข้าไปใช้บริการได้สะดวกรวดเร็วซึ่งในการจัดให้มีศูนย์วิชาการให้คำปรึกษาแก่คนพิการ อาจต้องอาศัยระเบียบกฎหมาย ในการจัดตั้งอาจเป็นในรูปแบบขององค์กรคนพิการ

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและข้อจำกัดการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขของคนพิการ และแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา เจ็อนไปปัจจัยการมีส่วนร่วมของคนพิการในการรับ/จัดบริการและเพื่อหารูปแบบการจัดบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขโดยมีส่วนร่วมของคนพิการ วิธีดำเนินการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน (Mixed Method) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาจากเอกสาร วิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ สัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ แพทย์ และพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพ 1669 และประชาชนในชุมชน ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation: CBR) การจัดประชุมระดมสมอง และการจัดสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) มีบุคคลในพื้นที่ประกอบด้วย คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาชน และผู้นำชุมชนในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ผลการวิจัย พบว่า ในปัจจุบันคนพิการที่มีบัตรคนพิการจะมีอยู่สองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) คนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ได้แก่ กลุ่มคนพิการที่สูญเสียอวัยวะ มีความบกพร่องทางกายภาพบางส่วนแต่สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ และ 2) กลุ่มคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คือ คนพิการทางสติปัญญา พิการทางสายตา พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งคนพิการส่วนใหญ่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว อันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ฐานะค่อนข้างยากจน มีรายได้น้อยอาศัยเบี้ยยังชีพดำรงชีวิต ส่วนมากได้รับสิทธิจาก “บัตรทอง ท. 74” ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนอกจากนี้คนพิการยังได้รับสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายบำบัด กิจกรรมบำบัด ทางการได้ยิน ทางการเห็น และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ ไม่มีปัญหาการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่ในด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข คนพิการส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่ถึง และค้นพบรูปแบบที่เหมาะสมกับคนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดี ดังนั้น จึงแบ่งสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 ปัญหาการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหาการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 10 ข้อ คือ

- 1) การค้นหาคนพิการในพื้นที่ซึ่งมีเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ไม่รัดกุมและไม่มีระบบที่ชัดเจนเกิดความผิดพลาด ซึ่งทำให้คนพิการบางคนได้สิทธิรับเบี้ยยังชีพคนพิการช้าช้อนไม่ถูกต้องตรงตามความพิการที่แท้จริงทำให้เกิดความเสียหายต่อราชการ การออกบัตรคนพิการมีความล่าช้าหลายขั้นตอน และจะต้องรอให้แพทย์เฉพาะทางรับรองจึงจะขอทำบัตรคนพิการได้
 - 2) คนพิการที่ขอรับกายอุปกรณ์ ยังไม่ได้รับกายอุปกรณ์ครบทุกคน และส่วนที่ได้รับแล้วบางคนก็ใช้งานไม่ได้เพราะไม่เหมาะสมกับขนาดน้ำหนักตัว เพศ วัย และประเภทความพิการ ต้องทำการแก้ไขก่อนจึงจะใช้ได้
 - 3) คนพิการที่ขอรับสิทธิการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านยังไม่ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านครบทุกคน ไม่ว่าจะทางลาดขึ้นลง ห้องน้ำ หรือห้องสุขา
 - 4) คนพิการได้รับสิทธิการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง ซึ่งมีความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องและทำให้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีครบทุกคน
 - 5) คนพิการจะได้รับการตรวจรักษาการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล โดย รพ.สต. ในพื้นที่เฉพาะการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ประเภทโรคเบาหวาน โรคความดัน เท่านั้น กรณีป่วยหนักหรือเป็นโรคเฉพาะทางจะตรงไปที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดไม่ผ่าน รพ.สต. ก่อน
 - 6) คนพิการประเภทที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ประเภทที่นอนป่วยติดเตียงหรือติดบ้าน มีสิทธิได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ในระบบผู้ช่วยคนพิการจากทางราชการที่จัดออกไปดูแล แต่คนพิการยังไม่ได้รับบริการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ครบทุกคน เนื่องจาก จำนวนเจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วมีจำนวนน้อย
 - 7) คนพิการประเภทที่ช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่สามารถสื่อสารอาการเจ็บป่วยกับแพทย์ พยาบาลได้ เนื่องจาก ไม่มีล่ามภาษามือ ซึ่งแก้ไขปัญหาโดยทาง รพ.สต. จะใช้ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ช่วยสื่อสารให้เป็นรายๆ ไป
 - 8) คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เกี่ยวกับสิทธิทางด้านสาธารณสุข หรือสิทธิอื่นๆ ตามกฎหมายเท่าที่ควร หากการแจ้งข้อมูลข่าวสารจากทางราชการมักจะทำเป็นรูปเอกสารแผ่นพับ ซึ่งคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการไม่ค่อยสนใจข้อมูลในรูปแบบนี้ นอกจากนี้ถ้าเป็นคนพิการทางการมองเห็นจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบดังกล่าวได้เลย
 - 9) คนพิการที่เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้ยากลำบาก จากข้อจำกัดของคนพิการดังกล่าว รพ.สต. จะลงพื้นที่ไปให้บริการถึงที่บ้านจะมีเจ้าหน้าที่บริบาลลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมถึงบ้าน หรือหมอคลินิกหรือหมอบรรอบครัวลงไปตรวจรักษาที่บ้าน
- 5.2 ปัญหาการมีส่วนร่วมของคนพิการในกิจกรรมของชุมชนและกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ

ปัญหาการมีส่วนร่วมของคนพิการในกิจกรรมของชุมชนและกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ แบ่งออกเป็น 2 ข้อ คือ

- 1) กิจกรรมทางสังคม ด้านงานบุญประเพณีต่างๆ กีฬาหมู่บ้าน คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ยังไม่มาก เนื่องจาก มีอุปสรรคในการเคลื่อนไหวเดินทาง สื่อสารและที่สำคัญคือค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่
- 2) กิจกรรมที่เป็นนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ของหน่วยงานภาครัฐทางด้านสาธารณสุข เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายบำบัด กิจกรรมบำบัด ทางการสื่อสาร ทางการมองเห็น และกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ ซึ่งคนพิการส่วนมากไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

5.3.รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้อย่างเหมาะสม

ระดับแรก สามารถลงมือร่วมกันขับเคลื่อนได้ทันทีโดยอาศัยกลไกที่มีอยู่แล้วในชุมชน

- 1) การร่วมค้นหาคนพิการในพื้นที่ จัดทำบัตรคนพิการให้ถูกต้องตรงตามสิทธิแต่ละประเภทความพิการ โดยประสานเครือข่าย ประชาชนในชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ เจ้าหน้าที่ อสม. รพ.สต. และอบต.
- 2) การร่วมจัดทำแผนที่และแผนสุขภาพในชุมชนหมู่บ้านคนพิการทุกประเภทหรือทำสัญลักษณ์ระบุที่เป็นสีต่างๆ ให้ชัดเจนเป็นฐานข้อมูลกับหน่วยงานต่างๆ เช่น รพ.สต. พมจ. อสม. หน่วยรถกู้ชีพฉุกเฉิน 1669
- 3) การจัดให้มีแกนนำในชุมชนคอยประสานเครือข่ายระหว่าง คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ เจ้าหน้าที่ อสม. สท. อพม. รพ.สต. ผู้นำชุมชน และหน่วยรถกู้ชีพฉุกเฉิน 1669 ในการที่จะส่งต่อคนพิการไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง
- 4) การจัดให้มีการรวมกลุ่มคนพิการในพื้นที่โดยเร็วให้คนพิการมีความเข้มแข็ง โดยร่วมมือกันระหว่างคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. และองค์กรคนพิการอื่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง
- 5) ประชาสัมพันธ์หรือการแจ้งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุขผ่านทางเจ้าหน้าที่ อสม.เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดคนพิการมากที่สุด

5.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาสามารถแบ่งการอภิปรายผลที่เกิดจากการวิจัยออกเป็น 3 ข้อ คือ

- 1) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคณะวิจัยทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมวิจัยกับคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการในชุมชนถึงการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการ ซึ่งมีปัญหาและอุปสรรคมากมาย คนพิการทุกประเภทหากไม่มีบัตรคนพิการก็จะไม่ได้รับสิทธิของคนพิการตามกฎหมาย การแก้ไขปัญหาให้กับคนพิการไม่อาจที่จะทำได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะต้อง

อาศัยการบูรณาการของทุกภาคส่วนแบบมีส่วนร่วมไม่ว่าจะเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ประชาชนในชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อสม. และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ มีศักยภาพ และคนที่ดูแลคนพิการที่ช่วยตัวเองไม่ได้จะต้องออกมาร่วมมือกันขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ เพื่อคนพิการ จึงจะทำให้งานช่วยเหลือคนพิการประสบผลสำเร็จ

2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์อนามัยที่ 7 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความตระหนักต่อคนพิการในระยະที่ผ่านว่าคนพิการได้รับบริการไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การอบรมให้ความรู้แก่คนพิการในการดูแลตัวเอง ระบบผู้ช่วยคนพิการประเภทที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ซึ่งนอนป่วยที่ติดเตียงหรือติดบ้าน

3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือทำให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะรวมกลุ่มคนพิการที่อยู่ในพื้นที่เป็นองค์กรคนพิการจะทำให้คนพิการมีความเข้มแข็ง

บรรณานุกรม

- กรมสรรพากร. “สิทธิประโยชน์ทางภาษีเกี่ยวกับคนพิการ” [online]. Available URL : http://www.rd.go.th/publish/fileadmin/user_upload/kormor/528.pdf, 2558 (ตุลาคม, 9).
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. “ทิศทางและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย”, 2549.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ.2555 – 2559. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, 2555.
- คาริน เจริญศิลป์. “การรับรู้กฎหมายและบทบาทของกฎหมายในการดำรงชีวิตของคนพิการ”, วิทยานิพนธ์ หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
- เดือนฉาย โพธิ์งาม. “การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดศรีสะเกษ”, วารสารกรมการแพทย์. (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2558), 2558
- ถวิลวดี บุรีกุล, “การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ” เอกสารประกอบการศึกษาดูงานของ คณะกรรมการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา วันอังคารที่ 17 มิถุนายน 2551 ณ สถาบันพระปกเกล้า
- นรินทร์ สังข์รักษา และคณะ. “สวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับคนพิการระดับรุนแรงในประเทศไทย”. ส. นักงานส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ : เอกพิมพ์ไทม์, 2549
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ
- ปัทมา ศิริเวช และคณะ. “การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: ประสพการณ์การท างานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”, 2553
- ปิยนุช บุญกอง และคณะ. “การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร”, 2554
- แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2559
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525
- พรธิดา วิเศษศิลปานนท์ และคณะ. “โครงการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ”, 2556
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2555

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามสำหรับคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเรื่องระบบบริการสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพคนพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดหรือเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1.ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

() คนพิการ

() ผู้ดูแลคนพิการ (ชื่อ-สกุล).....เกี่ยวข้องกับ.....

1.1 ชื่อ-นามสกุล (คนพิการ).....

1.2 เพศ () ชาย () หญิง อายุ.....ปี

1.3 สิทธิในการรักษาพยาบาล () สปสช. () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() ประกันสังคม () ประกันชีวิต () อื่นๆระบุ.....

1.4 ระดับการศึกษา.....

1.5 รายได้ต่อเดือน

() ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,000 -10,000 บาท

() สูงกว่า 10,000- 15,000 บาท () สูงกว่า 15,000 ขึ้นไป

1.6 ประเภทความพิการ

() พิกัดทางการมองเห็น () พิกัดทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

() พิกัดทางกายหรือการเคลื่อนไหว () พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม

() พิกัดทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

ระดับความพิการ

() พิกัดระดับ..... () ไม่ทราบ /ไม่แน่ใจ

1.7 ระยะเวลาที่พิการ

() ตั้งแต่กำเนิด () ประมาณ.....ปี

() ไม่ทราบ /ไม่แน่ใจ

1.8 สาเหตุของความพิการ

() กรรมพันธุ์ () โรคร้ายไข้เจ็บ

() อุบัติเหตุ () อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน
คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความต้องการของท่านมากที่สุด

ข้อ	การบริการด้านสาธารณสุข	มี	ไม่มี
1	มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายในด้านสาธารณสุข หรือไม่		
2	มีโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือไม่		
3	มีแพทย์ พยาบาล หรือสาธารณสุข มาตรวจที่บ้าน หรือไม่		
4	มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความต้องการแต่ละประเภทความพิการ หรือไม่		
5	มีระบบสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ หรือไม่		
6	มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือไม่		
7	มีการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน หรือไม่		
8	มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานบุญประเพณี กีฬาหมู่บ้าน ฯลฯ หรือไม่		
9	มีการฝึกอบรมในการอยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น การดูแลด้านสุขภาพอนามัย การ ทำกายภาพบำบัด วิธีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือไม่		
10	มีการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุม สัมมนา กับหน่วยงานราชการในการ จัดทำแผนงาน โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ หรือไม่		
11	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตัดสินใจหรือนโยบายหรือแผนงาน โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ/ ผู้ดูแลคนพิการ หรือไม่		
12	มีเครือข่าย/องค์กร/กลุ่ม ในการประสานงานด้านสิทธิพื้นฐานต่างๆ ของคนพิการ หรือไม่		
13	มีช่องทางในการร้องเรียนและเรียกร้องสิทธิ ตามระบบของกฎหมายเพื่อให้คน พิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ หรือไม่		
14	อื่นๆ (ระบุ).....		
	1.1 ที่ผ่านมา		
	ค น พ ิ ก า ร		
	ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริการจากหน่วยงานราชการหรือเอกชนหรือไม่		
	() ไม่ทราบสิทธิเลย		
	() ได้รับความรู้เรื่องสิทธิต่างๆ เช่น ด้านสาธารณสุข การศึกษา การประกอบอาชีพ สิ่งอำนวยความสะดวก		
	() ทราบจากสื่อใด เช่น วิทยุ โทรทัศน์ อบต. โรงพยาบาล ฯลฯ		
	(ระบุ).....		

ส่วนที่ 4 ปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขประเด็นปัญหาในการเข้าถึงบริการด้าน
สาธารณสุข

ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข	มี	ไม่มี	ไม่ระบุ
1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมายใน ด้านสาธารณสุข			
2. มีข้อมูลในการเข้าถึงสิทธิในการบริการด้าน สาธารณสุข			
3. มีปัญหาด้านรายได้ไม่เพียงพอเพราะการรักษาพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง			
4. มีการจัดลำดับคิวสำหรับคนพิการเป็นการเฉพาะ			
5. มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่บริการ (เช่น โรงพยาบาล พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด) ที่ เพียงพอในการบริการ			
6. มีปัญหาในการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ/เข้าใจไม่ตรงกันใน การรับบริการสาธารณสุข			
7. มีอุปสรรค/สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต ของคนพิการไม่เพียงพอ			

ประวัติคณะผู้วิจัย

- ชื่อ-นามสกุล นายมงคล นราศรี
Mr.Mongkhon Narasri
- หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 3660800365851
- ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
- ตำแหน่งทางวิชาการ -

5. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

โปรแกรมวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ อ.เมือง จ. เพชรบูรณ์ 76000

โทรศัพท์ 056-717122 ต่อ 1406, 095-6356235

E-mail moopigy@hotmail.com

6. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี สบ.(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปริญญาโท สม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร

7. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

-

8. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

-การศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่ได้รับการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยวิธีแบ่งกลุ่ม
ผลสัมฤทธิ์วิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและขั้นสูง

-การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาที่เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยวิธีแบ่งกลุ่ม
ผลสัมฤทธิ์วิชาทันตกรรมพื้นฐาน

-การมีส่วนร่วมของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์