

แนวทางการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน

ศิรินาค ทองศิริ*

บทคัดย่อ

จากการจดทะเบียนคนพิการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๗ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ คนพิการในประเทศไทยมีจำนวนประมาณ ๑.๓ ล้านคน หลายหน่วยงานได้พยายามให้บริการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามข้อกำหนดในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการขององค์การสหประชาชาติ แต่ยังไม่เห็นการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนมากนักในระดับพื้นที่ สาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะการขาดข้อมูลที่แต่ละหน่วยงานสามารถใช้ร่วมกันในการประสานงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างเป็นองค์รวม องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้เครื่องมือที่เรียกว่า International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ในการเก็บข้อมูลสมรรถนะของคนพิการ ผู้วิจัยได้นำเอาแบบสอบถามที่ได้พัฒนาจากเครื่องมือ ICF มาใช้ในการเก็บข้อมูลคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการแล้วในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามโดยวิธีการสัมภาษณ์ คนพิการที่ได้รับการสัมภาษณ์มีจำนวนทั้งสิ้น ๓๒๘ คน ข้อมูลที่ได้ประกอบด้วย ลักษณะความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการได้รับสิทธิประโยชน์ สิ่งที่ได้จากฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะของคนพิการนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผน ติดตามและประเมินผลแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับชุมชนได้ และควรเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ทราบเพื่อวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับหน่วยงานอื่น ควรมีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการรับข้อมูล ประมวลผล และจัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ

คำสำคัญ: แบบสอบถาม ICF, ฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะ, คนพิการ, การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน

Abstract

Functioning data based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) classification system: implications for multidisciplinary rehabilitation plans for persons with disabilities

Sirinart Tongsiri*

* Faculty of Medicine, Mahasarakham University

Approximately 1.3 million people have been registered as persons with disabilities (PWDs) according to the Persons with Disabilities' Quality of Life Promotion Act (2007) of Thailand. There have been a number of regulations across multiple governmental organizations launched as following actions recommended by the United Nation Convention on Rights of Persons with Disabilities. There were, however, quite a few rehabilitation projects implemented by local level policies. One possible reason could be the lack of comprehensive database which can be shared among different organizations providing rehabilitation services for people in need. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was introduced by the World Health Organization to be used to record functions and levels of disabilities in a person. The author applied a questionnaire based on the concept and ICF classification system in face-to-face interviews with 328 PWDs in the Mahasarakham Municipality. Database comprised of types of impairment, ability to perform activities of daily living, needs for education, vocation, social participation and benefits entitled. The database can be used to develop individual multidisciplinary rehabilitation plans which could be regularly monitored and evaluated whether rehabilitation goals are achieved. The database should be user-friendly, easily accessible and timely updated. Another factor that should be created is an organization perform as a coordinator across multiple organization to emphasize the success of the improvement of PWDs' quality of life.

Keywords: ICF, functioning data, persons with disabilities, multidisciplinary rehabilitation plans

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ภูมิหลังและเหตุผล

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐^(๑) ได้ให้คำจำกัดความของการฟื้นฟูสมรรถภาพว่าหมายถึง “การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ” ส่วนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หมายถึง “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้” การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพระราชบัญญัตินี้ สอดคล้องกับข้อกำหนดในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการขององค์การสหประชาชาติ (United Nation Convention on the Rights of Persons with Disabilities: UNCRPD)^(๒) ที่ได้กำหนดให้รัฐภาคีมีการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของคนพิการและเครือข่ายองค์กรคนพิการ รวมทั้งให้คนพิการอยู่ในสังคมเดียวกันกับคนปกติ และแนวทางหนึ่งในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แก่ แนวคิดและเครื่องมือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (Community-based Rehabilitation: CBR)^(๓)

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕^(๔) ได้กำหนดให้ความพิการมีทั้งหมด ๗ ประเภท ประกอบด้วย คนพิการทางการเห็น การได้ยินหรือสื่อความหมาย การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการศึกษา และทางอาชีพ

เสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.)^(๕) ได้รายงานจำนวนคนพิการในประเทศไทยที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๓๗ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ ว่า ในประเทศไทยมีจำนวนคนพิการทั้งสิ้น ๑,๓๔๖,๗๙๑ คน แบ่งเป็น ทางการเห็น ๑๕๐,๔๔๓ คน ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๒๑๖,๑๗๖ คน ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ๖๒๑,๘๐๒ คน ทางสติปัญญา ๑๐๙,๔๙๖ คน ทางการเรียนรู้ ๓,๕๒๔ คน ทางอาชีพ ๓,๗๔๕ คน ซ้ำซ้อน ๙๖,๘๗๘ คน และไม่ระบุ ๒๔,๙๕๙ คน ในประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและได้มีการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการขององค์การสหประชาชาติ เช่น การดำเนินงานจัดการศึกษาสำหรับคนพิการของกระทรวงศึกษาธิการ^(๖) แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ของคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ^(๗) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^(๘) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในประเทศไทยนั้นมีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งแต่เพียงในระดับนโยบาย หลายพื้นที่ยังไม่มี การดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเป็นรูปธรรม อาจเป็นเพราะยังสื่อสารนโยบายลงมายังไม่ถึง ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังทำงานในรูปแบบเดิมคือ การจดทะเบียนคนพิการและการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ยังไม่มีทิศทางการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง สาเหตุอาจเป็นเพราะฐานข้อมูลคนพิการที่ไม่มีอยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการรายงานความพิการแยกเป็นประเภทและจำนวนคนพิการ ซึ่งข้อมูลนี้ไม่สามารถสะท้อนสมรรถนะของคนพิการที่อาจแตกต่างกันแม้จะมีความพิการแบบเดียวกันได้ และขาดการประสานงานด้านการดูแลคนพิการระหว่างหน่วยงาน การวิจัยนี้จึงขอเสนอว่า หากจะทำงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้อย่างเป็นองค์รวม ปัจจัยหนึ่งที่จะมีส่วนช่วยให้ทุกหน่วยงานบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลสมรรถนะของ

คนพิการที่ทุกหน่วยงานสามารถใช้ร่วมกันในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนเพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกใช้รหัส International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔^(๑) โดยมุ่งหวังให้มีการเก็บข้อมูลที่สามารถบอกคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการของมนุษย์ตามคำจำกัดความของ “สุขภาพ” ที่ว่าเป็น “สุขภาพที่ดี” ที่มีพลวัตทั้งร่างกาย จิตใจ วิญญาณและสังคม และมีได้หมายความว่าเพียงปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น^(๑๐) นั่นคือ การที่มนุษย์จะมีสุขภาพที่ดีนั้นไม่ได้หมายถึง การไม่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังหมายถึง ความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วย องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนารหัส ICF โดยได้คำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างทางร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆ การทำกิจกรรมและการเข้าสู่สังคม รวมทั้งปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่จะมากำหนดความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ได้มีการกำหนดรหัส (code) เรียกว่า รหัส ICF ใช้กำกับเพื่อความสะดวกในการจัดการฐานข้อมูล^(๑๑) รหัส ICF ประกอบด้วย ตัวหนังสือภาษาอังกฤษ ๑ ตัว ใช้แทนหมวดต่างๆ ได้แก่ โครงสร้างของร่างกาย (body structures) แทนด้วยรหัส s, ระบบการทำงานของร่างกาย (body functions) แทนด้วยรหัส b, กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation) แทนด้วยรหัส d, ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environmental factors) แทนด้วยรหัส e ส่วนปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) ยังไม่มีการกำหนดรหัส จากนั้นตามด้วยตัวเลข ๑-๔ ตัว ยิ่งตัวเลขมาก ก็ยิ่งบรรยายได้ละเอียดมากขึ้น เช่น รหัส d4 หมายถึง การเคลื่อนที่ หากต้องการระบุกิจกรรมด้านการเคลื่อนที่ให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ตัวเลขหลังตัวอักษร d จะมีมากขึ้น เช่น รหัส d410 เป็นรหัสที่ใช้สำหรับระบุกิจกรรม “การเปลี่ยนอิริยาบถขึ้นพื้นฐาน” รหัส d4100 ระบุ “การนอนลง” เป็นต้น ส่วนการกำหนดระดับความรุนแรงของความพิการ หรือความยากลำบากในการทำกิจกรรม ใช้ตัวเลข

หลังจุดทศนิยมที่เรียกว่า ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier) โดยแบ่งออกเป็น ๕ ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึงไม่มีความพิการหรือไม่มีความยากลำบาก ระดับ ๑ หมายถึงมีความพิการหรือมีความยากลำบากเล็กน้อย ระดับ ๒ หมายถึงมีความพิการหรือมีความยากลำบากปานกลาง ระดับ ๓ หมายถึงมีความพิการหรือมีความยากลำบากรุนแรง และระดับ ๔ หมายถึงมีความพิการมากทั้งหมดหรือมีความยากลำบากทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการกำหนดหมายเลข ๘ ไว้สำหรับการที่ไม่สามารถระบุความพิการหรือความบกพร่องได้ และหมายเลข ๙ สำหรับเมื่อรหัส ICF นั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับคนพิการหรือผู้ถูกประเมิน ยกตัวอย่าง เช่น

d410.0 หมายถึง ไม่มีความยากลำบากด้านการเปลี่ยนอิริยาบถขึ้นพื้นฐาน

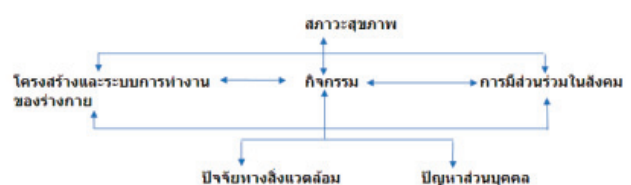
d410.1 หมายถึง มีความยากลำบากด้านการเปลี่ยนอิริยาบถขึ้นพื้นฐานเล็กน้อย

d410.2 หมายถึง มีความยากลำบากด้านการเปลี่ยนอิริยาบถขึ้นพื้นฐานปานกลาง

d410.3 หมายถึง มีความยากลำบากด้านการเปลี่ยนอิริยาบถขึ้นพื้นฐานรุนแรง

d410.4 หมายถึง มีความยากลำบากด้านการเปลี่ยนอิริยาบถขึ้นพื้นฐานทั้งหมด

รายงานคนพิการระดับโลก(World Report on Disability)^(๑๒) ได้สนับสนุนให้มีการใช้ ICF ในการเก็บข้อมูลคนพิการ^(๑๒) หลายประเทศได้นำเอา ICF ไปใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ยกตัวอย่าง เช่น งานวิจัยของ Stucki และ Melvin^(๑๓) และการสำรวจความพิการ เช่น รายงานของ O'Donovan ในพ.ศ.๒๕๕๓^(๑๔) และ Maierhofer



แผนภูมิที่ 1 แนวความคิด ICF



ใน พ.ศ.๒๕๕๕^(๑๕)

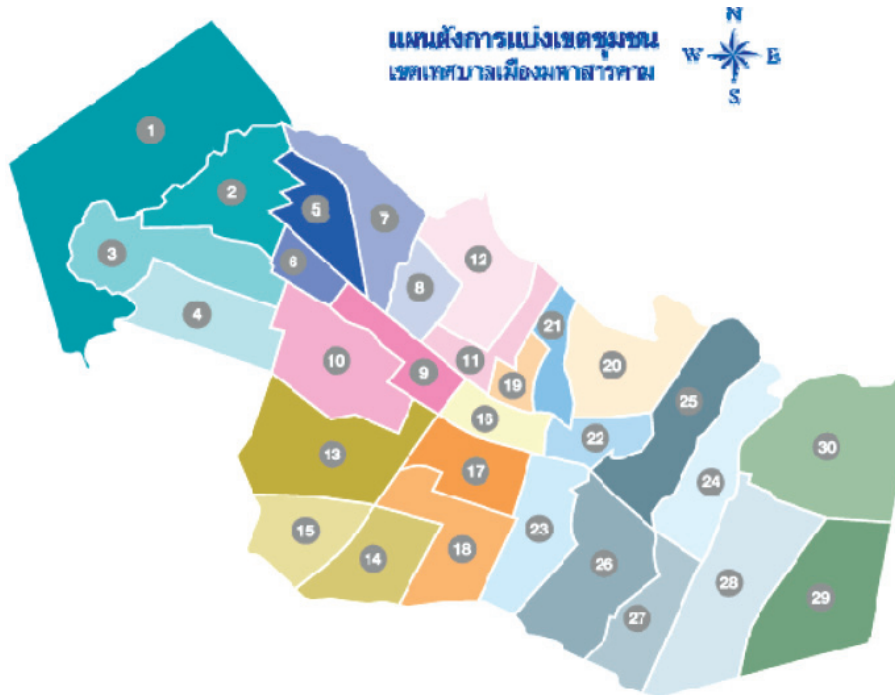
การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดและรหัส ICF มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบเป็นองค์รวม โดยมีการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ โดยจะดำเนินการศึกษาในรูปแบบการวิจัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม สาเหตุที่เลือกพื้นที่นี้เพราะหน่วยงานในพื้นที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งขนาดของพื้นที่และจำนวนคนพิการมีจำนวนไม่มาก สามารถทำเป็นพื้นที่เรียนรู้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ไปใช้ในระดัจังหวัดหรือในระดับประเทศต่อไปได้

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ได้สำรวจคนพิการที่จดทะเบียนแล้วในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามจำนวน ๓๐ ชุมชน ตามแผนผังการแบ่งเขตชุมชนในแผนภูมิที่ ๒ โดยให้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมการใช้แบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือ ICF^(๑๖) ไปสัมภาษณ์คนพิการที่บ้าน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่รับผิดชอบแต่ละชุมชนเป็นผู้พาไปค้นหาบ้านคนพิการ และขออนุญาตให้พนักงานเข้าไปสัมภาษณ์คนพิการและครอบครัว

แบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจ แบ่งออกเป็น ๘ ส่วนได้แก่

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จะมีการบันทึกชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้สามารถ



แผนภูมิที่ ๒ แผนผังการแบ่งเขตชุมชนในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

ที่มา: <http://www.mahasarakhamcity.org/old/about.php?id=11> (accessed ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕)

- (1)ชุมชนดักสิลา (2)ชุมชนศรีสวัสดิ์ 1 (3)ชุมชนศรีสวัสดิ์ 2 (4)ชุมชนศรีสวัสดิ์ 3 (5)ชุมชนปัจฉิมทัศน์ 1 (6)ชุมชนปัจฉิมทัศน์ 2 (7)ชุมชนธัญญา 1 (8)ชุมชนธัญญา 2 (9)ชุมชนธัญญา 3 (10)ชุมชนธัญญา 4 (11)ชุมชนสามัคคี 1 (12)ชุมชนสามัคคี 2 (13)ชุมชนศรีมหาสารคาม (14)ชุมชนเครือวัลย์ 1 (15)ชุมชนเครือวัลย์ 2 (16)ชุมชนนาควิชัย 1 (17)ชุมชนนาควิชัย 2 (18)ชุมชนนาควิชัย 3 (19)ชุมชนมหาชัย (20)ชุมชนโพธิ์ศรี 1 (21)ชุมชนโพธิ์ศรี 2 (22)ชุมชนอภิสิทธิ์ 1 (23)ชุมชนอภิสิทธิ์ 2 (24)ชุมชนอุทัยทิศ 1 (25)ชุมชนอุทัยทิศ 2 (26)ชุมชนอุทัยทิศ 3 (27)ชุมชนอุทัยทิศ 4 (28)ชุมชนส่องเหนือ (29)ชุมชนส่องใต้ (30)ชุมชนบ้านแมค

ติดต่อกลับไปได้หากต้องการสำรวจความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในรายละเอียด เช่น ความต้องการอุปกรณ์ เครื่องช่วยทางการแพทย์ เป็นต้น ข้อมูลอื่นที่เก็บได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ผู้สัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์ รวมทั้งเก็บข้อมูลว่าข้อมูลนี้ได้มาจากคนพิการเอง หรือญาติในกรณีที่เป็นเด็กหรือผู้สูงอายุที่มีความพิการ

ส่วนที่ ๒ ลักษณะความพิการ โดยลักษณะความพิการ ในแบบสอบถามนี้ หมายถึง การที่บุคคลมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่มีพื้นฐานมาจากความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะหลัก ได้แก่ ตา หู ร่างกาย และความจำ โดยความพิการที่บันทึกในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย การมองเห็น(b210) การได้ยิน(d310) การสื่อสาร(รับ)ข้อความโดยไม่ใช้ภาษาพูด(d315) การพูด(d330) การสร้างข้อความที่ไม่ใช้ภาษาพูด(d335) การเดิน(d450) และความจำ(b144)

ส่วนที่ ๓ การดูแลตนเอง เป็นการสอบถามความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย(d510) แต่งตัว(d540) รับประทานอาหาร(d550) การจัดการการขับถ่ายปัสสาวะ(d5300) การจัดการการขับถ่ายอุจจาระ(d5301) และการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องประจำเดือน(d5302) รวมทั้งได้มีการสอบถามความต้องการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วย และผู้ดูแลสำหรับคนพิการด้วย

ส่วนที่ ๔ การเคลื่อนที่ในและนอกบ้าน สอบถามความสามารถหรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การลุกขึ้นยืนจากที่นั่งของๆ(d4101) การลุกขึ้นยืนจากที่นั่งบนเก้าอี้/เตียง(d4103) การเคลื่อนที่ในบ้าน(d460) การเดินขึ้นลงบันได(d4551) และการเคลื่อนที่นอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย(d465) ในส่วนนี้ ได้สอบถามเรื่องการปรับสภาพบ้านของคนพิการด้วย

ส่วนที่ ๕ การศึกษา (d839) ต้องการทราบว่าคนพิการได้รับการศึกษามาก่อนพิการหรือไม่ หรือหากเป็นคนพิการที่อยู่ในวัยเรียน ต้องการทราบว่าได้รับการศึกษาเหมาะสมกับระดับอายุหรือไม่ และหากไม่ได้รับการศึกษา เป็นเพราะสาเหตุอะไร รวมทั้งอุปสรรคของการเดินทางเพื่อไปโรงเรียน ตั้งแต่การเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน การปรับสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้

เหมาะสมกับความพิการและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย หรือเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับความพิการไว้ในโรงเรียน

ส่วนที่ ๖ การทำงาน (d850) สอบถามข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ ความต้องการในการฝึกอาชีพเพื่อหางานทำใหม่ และความต้องการเพื่อให้สามารถออกไปทำงานได้

ส่วนที่ ๗ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (d930) สอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกองค์กรในชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ส่วนที่ ๘ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ (e575) ได้แก่ สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม หรือสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่เป็นข้าราชการ เบี้ยความพิการ หรือสิทธิพิเศษอื่นๆที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบ

การสัมภาษณ์นี้เป็นการสำรวจระดับความพิการหรือระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆจากมุมมองของคนพิการเอง ในการสัมภาษณ์จะสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการโดยถามลักษณะความพิการทุกข้อที่กำหนดไว้ แม้ว่าคนพิการนั้นจะไม่มีพิการหรือไม่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมในหัวข้อนั้นก็ตาม เช่น คนพิการทางการมองเห็น ก็จะถามคำถามว่า “ท่านมีความพิการด้านการได้ยินหรือไม่” ทั้งนี้เพื่อเป็นการค้นหาความพิการอื่นที่แอบแฝงอยู่ แต่หากบุคคลนั้นไม่อยู่ในสถานะที่จะให้ข้อมูลกับผู้สัมภาษณ์ได้ จะสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลคนพิการแทน

ผลการศึกษา

ทีมวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัยและพนักงานสัมภาษณ์จำนวน ๑๐ คน ได้ลงเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๕ โดยการสัมภาษณ์จะเป็นการสัมภาษณ์ในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และในช่วงเย็นหลังเลิกงาน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2007

ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เฉลี่ย ๑๔.๓ ± ๕.๘ นาที จำนวนคนพิการที่สัมภาษณ์ได้ทั้งสิ้น ๓๒๘ คน ข้อมูลทั่วไป



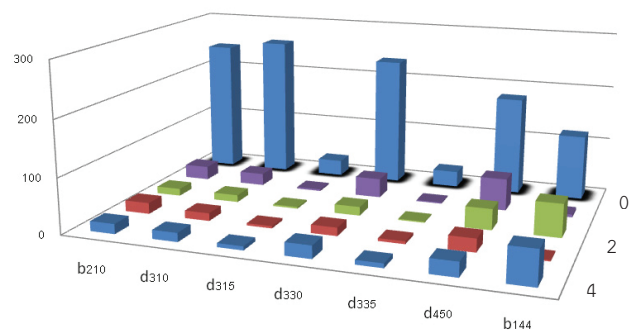
ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของคนพิการที่ถูกสัมภาษณ์

ข้อมูล	จำนวน	สัดส่วน (%)
อายุเฉลี่ย	51.3 ± 19.9 ปี	
เพศ		
ชาย	208 คน	63.41
หญิง	120 คน	36.59
สถานภาพสมรส		
โสด	166 คน	50.66
สมรส	95 คน	29
หม้าย	48 คน	14.6
หย่าร้าง	12 คน	3.7
ไม่ทราบสถานภาพสมรส	7 คน	2.04
การศึกษา		
ได้รับการศึกษา	289 คน	88.11
ไม่ได้รับการศึกษา	36 คน	10.97
ไม่มีข้อมูลการศึกษา	3 คน	0.92
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	151	46.04
มีโรคประจำตัว	175	53.35
ไม่สามารถระบุได้	2	0.61
ชนิดของโรคประจำตัว *		
โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร	11	
โรคเกี่ยวกับโลหิต	1	
โรคเกี่ยวกับระบบประสาท	2	
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ	13	
โรคเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต	27	
โรคเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	9	
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 ชนิด	70	
โรคแทรกซ้อนหลังพิการ: ข้อติด		
ไม่มีข้อติด	259	78.96
มีข้อติด	63	19.21
ไม่สามารถระบุได้	6	1.83
โรคแทรกซ้อนหลังพิการ: แผลกดทับ		
ไม่มีแผลกดทับ	318	96.95
มีแผลกดทับ	6	1.83
ไม่สามารถระบุได้	4	1.22
รายได้ของคนพิการ		
ก่อนพิการ	6,768±7,704 บาท	
หลังพิการ	2,872±5,600 บาท	
รายได้ของครอบครัว		
ก่อนพิการ	12,784±15,184 บาท	
หลังพิการ	14,337 ± 19,499 บาท	
รายจ่ายของครอบครัวในปัจจุบัน	12,019±14,132 บาท	

ของคนพิการที่ถูกสัมภาษณ์แสดงไว้ในตารางที่ ๑ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย คนพิการที่ให้ข้อมูลได้เอง ๑๐๔ คน (๓๒.๐๑%) ญาติเป็นผู้ให้ข้อมูล ๑๒๐ คน (๓๖.๕๙%) และทั้งญาติและคนพิการเป็นผู้ให้ข้อมูล ๘๙ คน (๒๗.๑๓%) และไม่สามารถระบุได้ว่าใครเป็นคนให้ข้อมูล ๑๕ คน (๔.๒๗%)

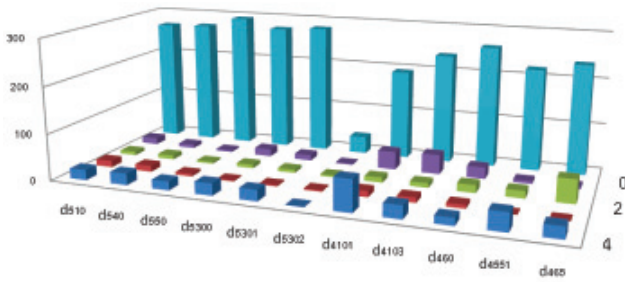
คนพิการที่ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย, โสด, อายุเฉลี่ยประมาณ ๕๐ ปี, กว่า ๘๐% ของคนพิการได้รับการศึกษาถึงระดับประถมศึกษา เมื่อเทียบกับก่อนที่จะมีความพิการคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้ลดน้อยลง ลักษณะความพิการและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองแสดงไว้ในแผนภูมิที่ ๓ และ ๔ ตามลำดับ

แผนภูมิที่ ๓ แสดงลักษณะความพิการ โดยในแกนนอน (แกน x) หมายถึง ลักษณะความพิการ ๗ ชนิด ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร(รับ)ข้อความโดยไม่ใช้ภาษาพูด การพูด การสร้างข้อความที่ไม่ใช้ภาษาพูด การเดินและความจำ แกนตั้ง (แกน y) หมายถึงจำนวนคนพิการ และแกนลึก (แกน Z) หมายถึงระดับความพิการ โดย ๐ หมายถึงไม่มีความพิการ ๑ หมายถึงพิการเล็กน้อย ๒ หมายถึงพิการปานกลาง ๓ หมายถึงพิการรุนแรง และ ๔ หมายถึงพิการทั้งหมด เช่น ผู้ที่ไม่มีความพิการ (ระดับ ๐) ด้านการมองเห็น (b210) มีจำนวน ๒๔๔ คน มีความพิการด้านการมองเห็นเล็กน้อย (ระดับ ๑) จำนวน ๒๕ คน มีความพิการมองเห็นปานกลาง (ระดับ ๒)



แผนภูมิที่ ๓ ลักษณะความพิการ

หมายเหตุ: b210 การมองเห็น d310 การได้ยิน d315 การสื่อสาร(รับ)ข้อความโดยไม่ใช้ภาษาพูด d330 การพูด d335 การสร้างข้อความที่ไม่ใช้ภาษาพูด d450 การเดิน b144 ความจำ



แผนภูมิที่ ๔ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

หมายเหตุ: d510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง d540 การแต่งตัว d550 การรับประทานอาหาร d5300 การจัดการการขับถ่ายปัสสาวะ d5301 การจัดการการขับถ่ายอุจจาระ d5302 การดูแลตนเองเกี่ยวกับประจำเดือน d4101 การลุกขึ้นยืนจากที่นั่งต่างๆ d4103 การลุกขึ้นยืนจากที่นั่งบนเก้าอี้/เตียง d460 การเคลื่อนที่ในบ้าน d4551 การขึ้นลงบันได d465 การเคลื่อนที่นอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย

จำนวน ๑๓ คน มีความพิการการมองเห็นรุนแรง (ระดับ ๓) จำนวน ๒๐ คน และมีความพิการด้านการมองเห็นทั้งหมด จำนวน ๑๘ คน เป็นต้น จากแผนภูมิที่ 3 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีความพิการในระดับพิการทั้งหมด (ระดับ ๔) พบว่า เป็นคนพิการด้านความจำ (b144) มีจำนวนมากที่สุด (๖๑ คน)

แผนภูมิที่ ๔ แสดงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการ โดยในแกนนอน (แกน x) หมายถึงกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเอง ๑๑ ชนิด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว รับประทานอาหาร การจัดการการขับถ่ายปัสสาวะ การจัดการการขับถ่ายอุจจาระ การดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องประจำเดือน ลุกขึ้นยืนจากที่นั่งต่างๆ ลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้/เตียง เคลื่อนที่ในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได และการเคลื่อนที่ออกนอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์ช่วย แกนนอน (แกน y) หมายถึงจำนวนคนพิการ และแกนลึก (แกน z) หมายถึงระดับความยากลำบากในการช่วยเหลือตนเอง โดย ๐ หมายถึงไม่มีความบกพร่อง ๑ หมายถึงมีความบกพร่องน้อย ๒ หมายถึงมีความบกพร่องปานกลาง ๓ หมายถึงมีความบกพร่องรุนแรง และ ๔ หมายถึงมีความบกพร่องทั้งหมด เช่น ผู้ที่ไม่มีความยากลำบาก (ระดับ ๐) ด้านการทำความสะอาดร่างกาย (d510) มีจำนวน ๒๖๙ คน มีความยากลำบากเล็กน้อย

(ระดับ ๑) จำนวน ๑๔ คน มีความยากลำบากปานกลาง (ระดับ ๒) จำนวน ๘ คน มีความยากลำบากรุนแรง (ระดับ ๓) จำนวน ๑๔ คน และมีความยากลำบากทั้งหมด (ระดับ ๔) จำนวน ๒๒ คน เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมพบว่า การลุกขึ้นยืนจากที่นั่งต่างๆเป็นกิจกรรมที่มีผู้ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมสูงที่สุด (ระดับ ๔)

ด้านการศึกษา

มีผู้ตอบว่าความพิการเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาจำนวน ๔๕ คน (๑๓.๗๒%) ในจำนวนนี้ต้องการเข้ารับการศึกษา ๒๗ คน (๖๐%) ระดับที่อยากจะเข้ารับการศึกษาประกอบด้วยระดับปริญญาตรี ๑๒ คน (๓.๗%) นอกนั้น ระบุว่าต้องการเรียนภาษาและคอมพิวเตอร์ สิ่งที่ต้องการเพื่อให้สามารถเข้ารับการศึกษาได้ ได้แก่ การเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน ๑๕ คน (๔.๖%) การปรับสภาพแวดล้อมที่โรงเรียน ๑๒ คน (๓.๖๖%) การสนับสนุนผลิตภัณฑ์ทางการศึกษา ๑๑ คน (๓.๔%) ต้องการให้มีคนพาไปโรงเรียน ๑๙ คน (๕.๗๙%) ต้องการล่ามภาษามือ ๖ คน (๑.๘๓%) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนทางด้านอื่นๆ ประกอบด้วย ต้องการให้มีคนมาสอนที่บ้านเพราะพ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ให้รัฐเข้ามาส่งเสริมการศึกษาให้เป็นระบบมากขึ้น และมีทุนการศึกษาให้จนถึงระดับปริญญาตรี เป็นต้น

ด้านการทำงาน

คนพิการจำนวน ๓๓ คน (๑๐%) มีความถนัดด้านการทำอาหาร มีผู้ที่มีความถนัดด้านการเกษตร ๒๕ คน (๗.๖%) คนพิการที่ตอบว่าความพิการเป็นอุปสรรคในการทำงานมีจำนวน ๘๖ คน (๒๖.๒๒%) ในกลุ่มนี้อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๕๒ ปี (๔๘.๖-๕๕.๔ ปี) เมื่อเทียบกับอายุเฉลี่ยของผู้ที่ตอบว่า ความพิการไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานซึ่งมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ ๖๒.๘ ปี (๓๗.๗-๘๘ ปี) แม้อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มนี้จะไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็เห็นแนวโน้มว่า คนพิการที่ยังอยู่ในวัยทำงานมักจะตอบว่าความพิการเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน สรุปลักษณะที่ทำให้ไม่สามารถไปทำงานได้ดังในตารางที่ ๒

สาเหตุของการไม่ได้ออกไปทำงานที่พบมากที่สุดคือ งานไม่เหมาะสมกับความพิการ และ การที่ไม่มีระบบขนส่ง



สาขาระยะที่เอื้อให้คนพิการได้ใช้ ส่วนความต้องการด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถออกไปทำงานได้ แสดงในตารางที่ ๓

ความต้องการที่มากที่สุดในเรื่องของการทำงาน ได้แก่ การจัดหางานที่เหมาะสมให้ (๑๔.๓%) มีคนพาไปส่งที่ทำงาน (๑๑.๖%) และฝึกอาชีพ (๘.๘%) ตามลำดับ

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

คนพิการจำนวน ๑๘๘ คน (๕๗%) เป็นสมาชิกขององค์กรคนพิการ หรือ องค์กรต่างๆในชุมชน คนพิการส่วนใหญ่คือ ๑๓๐ คน (๔๐%) ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ และ ไม่ต้องการเป็นภาระกับบุคคลอื่น สำหรับคนที่สามารถออกนอกบ้านได้นั้น เมื่อสอบถามสถานที่ที่ต้องการไปพบว่า ๑๒๑ คน (๓๗%) ต้องการไปวัดเป็นอันดับ ๑ สถานที่อื่นๆได้แก่ ไป

ท่องเที่ยวแบบธรรมชาติ เที่ยวทะเล เที่ยวต่างจังหวัด ไปห้างสรรพสินค้า สถานที่ตำรวจ สถานที่ขนส่ง ตลาด โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ฝึกอาชีพ เป็นต้น สิ่งที่เป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้นั้น คนพิการ ๗๓ คน (๒๒.๓%) ตอบว่าไม่มีระบบการเดินทางที่เหมาะสม ๔๕ คน (๑๓.๗%) ตอบว่าไม่ต้องการออกไปข้างนอก ๓๑ คน (๒๗.๗%) ตอบว่าไม่ต้องการเป็นภาระคนอื่น และ ๑๑๓ คน (๓๖.๖%) ตอบว่าไม่มีคนพาไป

ด้านการได้รับสิทธิประโยชน์

คนพิการเกือบทั้งหมดได้รับสิทธิประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยส่วนใหญ่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการและได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีคน

ตารางที่ ๒ สาเหตุของการที่ไม่สามารถออกไปทำงานได้

ICF codes	อุปสรรค	จำนวน (คน)	สัดส่วน (%)
e540.4	ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่เอื้อให้คนพิการได้ใช้	32	9.76
e1351.4	สถานที่ทำงานไม่ได้ออกแบบให้เข้ากับความต้องการ	14	4.3
e425.4	โดนนายจ้างหรือคนในที่ทำงานรังเกียจ	5	1.5
(no code)	งานไม่เหมาะสมกับความต้องการ	68	20.7
(no code)	ไม่อยากออกไปทำงาน	21	6.4

ตารางที่ ๓ ความต้องการเพื่อให้สามารถออกไปทำงานได้

ICF codes	ความต้องการ	จำนวน(คน)	สัดส่วน(%)
e5400	สามารถเดินทางไปทำงานได้โดยระบบคมนาคมที่เหมาะสม	30	9.2
e1500	มีที่จอดรถให้เป็นการเฉพาะ	0	0
e1501	การปรับสภาพที่ทำงานให้เหมาะสม	6	1.8
e360	ล่ามภาษามือ	1	0.3
e1251	อุปกรณ์ช่วยด้านการสื่อสาร	3	0.9
e1351	อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ ที่ดัดแปลงเพื่อช่วยในการทำงาน	1	0.3
e1350	จัดหางานที่เหมาะสมให้	47	14.3
e340	ต้องมีคนพาไป	38	11.6
d825	ฝึกอาชีพ	29	8.8
e360	ผู้ช่วย/กลุ่มในการทำงาน	1	0.3
e5700	กู้ยืมเงิน	3	0.9

พิการ ๒ คนที่ไม่สามารถประเมินได้ว่าได้รับสิทธิประโยชน์หรือไม่ คนพิการ ๒๒๖ คน (๖๘.๙%) ได้รับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ๑๒ คน (๓.๗%) ได้รับสิทธิประกันสังคม มีคนพิการจำนวน ๒๓ คนที่จดทะเบียนคนพิการแล้วแต่ยังไม่ได้เบี่ยความพิการ คนพิการที่ได้รับทั้งเบี่ยความพิการและเบี่ยผู้สูงอายุมีจำนวน ๙๕ คน ไม่มีคนพิการคนใดได้รับการจ้างงานเลย และมีเพียง ๒ คนที่ได้รับการฝึกอาชีพ มีเด็กพิการ ๑๑ คนที่ได้รับการศึกษาที่ออกแบบมาสำหรับเด็กพิการ มีคนพิการ ๘๘ คน (๒๗%) ที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

แนวทางการนำข้อมูลคนพิการไปใช้ในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ

ข้อมูลคนพิการที่ได้สามารถนำมาใช้ระบุความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการแยกตามลักษณะความพิการแสดงในตารางที่ ๔

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คนพิการด้านการเห็น (b210.1-b210.4) มีจำนวนทั้งสิ้น ๗๗ คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยในด้านการมองเห็น เช่น แวนตาหรือไม้เท้าคนตาบอด ฯลฯ (e1201.4) จำนวน ๒๐ คน ต้องการปรับสภาพบ้าน (e155.4) จำนวน ๒๑ คน ผู้ที่มีอายุอยู่ในวัยเรียน (อายุระหว่าง ๗ - ๒๕ ปี)และต้องการเข้ารับ

การศึกษา (d839.4) จำนวน ๒ คน ต้องการการสนับสนุนเรื่องการประกอบอาชีพ (นับเฉพาะผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงานระหว่าง ๑๙ ถึง ๖๐ ปี) (d850.4) จำนวน ๑๓ คน และต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน (d930.4) จำนวน ๓๑ คน ส่วนคนพิการด้านอื่น ๆ ก็มีความต้องการที่แตกต่างกันไปดังแสดงในตารางที่ ๔

เมื่อได้ข้อมูลของคนพิการครบทั้งหมดแล้ว สามารถนำข้อมูลออกมาแสดงจำนวนคนพิการที่แบ่งตามจำนวนและระดับความรุนแรงของความพิการในตารางที่ ๕ แสดงจำนวนและระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมในตารางที่ ๖

จากตารางที่ ๕ จะเห็นว่า ผู้ที่มีความพิการน้อยมีจำนวนมากกว่าผู้ที่มีความพิการมาก ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีความพิการ > ๑ ลักษณะความพิการและมีระดับความรุนแรง > ระดับ ๒ มีจำนวน ๑๒๔ คน ผู้ที่มีความพิการ > ๒ ลักษณะความพิการและมีระดับความรุนแรง > ระดับ ๒ มีจำนวน ๗๕ คน เป็นต้น ส่วนในตารางที่ ๖ พบว่า จำนวนผู้ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมน้อยมีจำนวนมากกว่าผู้ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมมาก ยกตัวอย่างเช่นผู้ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรม > ๑ กิจกรรม และมีระดับความรุนแรง > ระดับ ๒ มีจำนวน ๔๐ คน ผู้ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรม > ๒ กิจกรรม และมีระดับความรุนแรง > ระดับ ๒

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ที่ต้องการบริการฟื้นฟูในด้านต่างๆแยกตามลักษณะความพิการ

ประเภทความพิการ*	จำนวน (คน)	อุปกรณ์ เครื่องช่วย (คน)	ปรับสภาพ บ้าน (คน) (e155.4)	เข้ารับการศึกษา(คน) ที่มีอายุระหว่าง ๗ - ๒๕ ปี (d839.4)	ประกอบอาชีพ(คน) (ผู้ที่มีอายุอยู่ ๑๙ ถึง ๖๐ ปี) (d850.4)	มีส่วนร่วมใน สังคม/ชุมชน (คน) (d930.4)
การเห็น (b210)	๗๗	๒๐	๒๑	๒	๑๓	๓๑
การได้ยิน (d310)	๒๐	๕	๗	๑	๒	๑๑
การสื่อสาร(รับ)ฯ (d315)	๑๗	๑**	๓	๑	๒	๑๐
การพูด (d330)	๘๕	๗**	๒๐	๑๕	๒๐	๔๖
การสร้างข้อความฯ (d335)	๑๗	๐**	๔	๑	๒	๑๒
การเดิน (d450)	๑๔๖	๓๒	๔๘	๖	๒๕	๗๒
ความจำ (b144)	๑๒๘	๑๐ **	๒๖	๘	๒๔	๕๓

*นับผู้ที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 1-4 **ต้องการผู้ช่วย/ผู้ดูแล



มีจำนวน ๒๙ คน เป็นต้น

หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเสนอต่อนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองมหาสารคาม จากนั้นเทศบาลได้มีการประชุมหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกองสวัสดิการสังคม สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดมหาสารคาม ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด

มหาสารคาม และตัวแทนคนพิการในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม เพื่อแจ้งข้อมูลสมรรถนะและความต้องการของคนพิการให้ที่ประชุมทราบ ที่ประชุมได้กำหนดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการเดิน (d450) ก่อน เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพร้อมในการให้บริการคนพิการในกลุ่มนี้ หลังจากนั้นจึงจะให้บริการคนพิการกลุ่มอื่นต่อไป สำหรับการรวบรวมข้อมูลการให้บริการและการปรับตัวเลขแสดงระดับความพิการหรือระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้น ที่ประชุมได้กำหนดให้ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมและนำเสนอให้ที่ประชุมทราบเป็นระยะๆ

ตารางที่ ๕ จำนวนลักษณะและระดับความรุนแรงของความพิการ

ลักษณะความพิการ	ระดับความรุนแรงของความพิการ		
	≥2	≥3	4
≥ 1 ความพิการ	124 (37.80)	93 (28.35%)	75 (22.87%)
≥ 2 ความพิการ	75 (22.87%)	41 (12.50%)	26 (7.93%)
≥ 3 ความพิการ	20 (6.10%)	9 (2.74%)	3 (0.91)
≥ 4 ความพิการ	8 (2.44%)	5 (1.52%)	2 (0.61)
≥ 5 ความพิการ	2 (0.61%)	3 (0.91%)	3 (0.91%)
≥ 6 ความพิการ	2 (0.61%)	1 (0.30%)	0 (0%)

ตารางที่ ๖ จำนวนและระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรม

จำนวนกิจกรรม	ระดับความยากลำบาก		
	≥2	≥3	4
≥ 1 กิจกรรม	40 (12.20%)	39 (11.89%)	40 (12.20%)
≥ 2 กิจกรรม	29 (8.84%)	24 (7.32%)	17 (5.18%)
≥ 3 กิจกรรม	8 (2.44%)	7 (2.13%)	4 (1.22%)
≥ 4 กิจกรรม	16 (4.88%)	6 (1.83%)	5 (1.52%)
≥ 5 กิจกรรม	9 (2.74%)	5 (1.52%)	8 (2.44%)
≥ 6 กิจกรรม	7 (2.13%)	2 (0.61%)	3 (0.91%)
≥ 7 กิจกรรม	4 (1.22%)	4 (1.22%)	1 (0.30%)
≥ 8 กิจกรรม	3 (0.91%)	3 (0.91%)	1 (0.30%)
≥ 9 กิจกรรม	4 (1.22%)	5 (1.52%)	3 (0.91%)
≥ 10 กิจกรรม	15 (4.57%)	10 (3.05%)	9 (2.74%)
≥ 11 กิจกรรม	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

วิจารณ์

รายงานฉบับนี้ได้นำเสนอแนวทางการนำแนวคิดและรหัส ICF มาใช้ในการบันทึกและประเมินสมรรถนะของคนพิการทุกประเภท และได้เสนอข้อมูลความสามารถหรือสมรรถนะของคนพิการที่จดทะเบียนแล้วในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามจำนวน ๓๒๘ คน ประกอบด้วย ประเภทความพิการ ระดับยากลำบากในการทำกิจกรรมด้านการดูแลตนเอง ความต้องการปรับสภาพบ้าน การศึกษา การทำงานหรือความต้องการฝึกอาชีพ และสิ่งที่ต้องการเพื่อให้คนพิการสามารถประกอบอาชีพได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสิทธิประโยชน์ที่คนพิการควรได้รับตามกฎหมาย โดยข้อมูลที่รายงานนี้เป็นข้อมูลคนพิการที่มีรายละเอียดมากขึ้นกว่าข้อมูลคนพิการเดิมที่มีเพียงข้อมูลจำนวนและประเภทของคนพิการ(๕) จะเห็นว่า แนวคิดและรหัส ICF สามารถนำมาใช้พัฒนาฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะของคนพิการได้ และเนื่องจากข้อมูลแต่ละด้านมีการออกรหัสมากำกับ ทำให้การประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น Microsoft Excel สามารถประมวลผลสมรรถนะของคนพิการได้ง่ายขึ้น และสามารถบ่งบอกสมรรถนะและความต้องการของคนพิการได้ละเอียดมากขึ้นดังแสดงไว้ในตารางที่ ๔ สมรรถนะของคนพิการที่แตกต่างกันนั่นเองที่เป็นตัวชี้วัดความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ สามารถคัดกรองคนพิการออกเป็นระดับความพิการหรือระดับความยากลำบาก

เพื่อนำมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลคนพิการและสามารถใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการงานฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะและความต้องการของคนพิการแล้ว ผู้วิจัยได้นำฐานข้อมูลนี้ไปนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการของเทศบาลเมืองมหาสารคาม ทั้งที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานด้านสาธารณสุข การศึกษา การฝึกและจัดหาอาชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจะเห็นได้จากการที่นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองมหาสารคามได้มอบหมายให้สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในจังหวัดให้มารับทราบข้อมูลสมรรถนะคนพิการและวางแผนการดำเนินงานร่วมกันต่อไป การดำเนินงานนี้ สามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้กำหนดนโยบายสามารถนำผลการวิเคราะห์สมรรถนะและความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพไปใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ โดยอาจจะคัดเลือกคนพิการที่หน่วยงานบริการในพื้นที่มีความพร้อมในการให้บริการ เช่น คนพิการด้านการเดิน คนพิการด้านการเห็นมารับการบริการอบรมทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility: O&M) โดยกิจกรรมที่จะให้ได้ฝึกปฏิบัตินั้น มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมด้านการดูแลตนเองของคนพิการ หากมีความยากลำบากมาก ก็ควรกำหนดให้กิจกรรมนั้นเป็นเป้าหมายในการฝึกคนพิการต่อไป หากหน่วยงานมีความสามารถในการให้บริการหรือมีระบบส่งต่อให้คนพิการด้านการได้ยินได้เข้าถึงการให้บริการเครื่องช่วยฟังก็อาจจะคัดเลือกข้อมูลคนพิการด้านการได้ยินที่ต้องการรับเครื่องช่วยฟัง ให้เข้ารับการตรวจประเมินระดับความสามารถในการได้ยินและรับเครื่องช่วยฟังต่อไป หากในพื้นที่สามารถประสานงานด้านการปรับสภาพบ้าน อาจจะไปค้นหาคนพิการที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนที่ภายในบ้านและต้องการปรับสภาพบ้านเพื่อให้สามารถเคลื่อนที่ในบ้านได้เองโดยไม่ต้องให้ญาติช่วย เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะด้านการเคลื่อนที่ของตนเอง และเป็น

ภาระให้กับญาติหรือผู้ดูแลให้น้อยลง เป็นต้น จะเห็นว่าข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่สำคัญอันหนึ่งของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนพิการ และหลังจากให้บริการแล้ว หากคนพิการมีสมรรถนะที่ดีขึ้นก็ควรมีการปรับระดับความพิการหรือระดับความยากลำบาก (qualifier) เพื่อนำมาใช้ในการแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการหลังจากให้บริการต่อไปด้วย

งานวิจัยนี้เป็นรายงานชิ้นแรกๆที่ได้มีการนำเครื่องมือ ICF มาใช้ในการสำรวจความพิการในระดับพื้นที่ในประเทศไทย ซึ่งต่างจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งแม้ว่าจะใช้แนวความคิด ICF ในการสำรวจความพิการในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่การสำรวจนั้นเป็นการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ ไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับพื้นที่ได้ดังแสดงในรายงานนี้ การดำเนินงานเก็บข้อมูลคนพิการโดยใช้ ICF นี้เป็นตัวอย่างการทำงานตามที่ได้มีการแนะนำใน UNCRPD และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากผลการดำเนินงานวิจัยนี้มีความเป็นไปได้ในการนำเอาแนวคิดและรหัส ICF มาใช้ในการเก็บข้อมูลคนพิการเพื่อนำไปสู่การออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการ และควรสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานเริ่มนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลคนพิการในพื้นที่ของตนโดยใช้กลไกการสนับสนุนของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด^(๑๗) ที่มีหน้าที่ในการ “สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัดนั้น ให้สามารถจัดบริการและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ” กองทุนฟื้นฟูฯ ควรจัดให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบด้านข้อมูลสมรรถนะและความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ โดยบุคคลนี้จะรับผิดชอบตั้งแต่การบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยเริ่มตั้งแต่ออกแบบการนำเข้า และการนำเสนอข้อมูลตามความต้องการของผู้ใช้ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ทันต่อความต้องการและมีการปรับฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่ได้มีการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือเมื่อสมรรถนะของ



คนพิการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปหลังจากได้รับบริการจากหน่วยงานต่างๆ การวางแผนการจัดการฐานข้อมูลเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญที่กองทุนฟื้นฟูฯ ควรให้ความสำคัญและลงทุนตั้งแต่ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ การออกแบบการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดฝึกอบรมผู้ใช้งานข้อมูล รวมทั้งการบำรุงรักษาระบบฐานข้อมูลให้ทำงานได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ กองทุนฟื้นฟูฯ ควรมีการประสานงานส่งต่อคนพิการให้ไปรับบริการด้านต่างๆ และมีการติดตามประเมินผลว่า สมรรถนะของคนพิการดีขึ้นหรือไม่ และระดับความพิการหรือระดับความยากลำบากของคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรหลังจากได้รับบริการแล้ว แต่หากพื้นที่ใดยังไม่มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯ ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะต้องค้นหาหน่วยงานที่มีความพร้อมด้านบุคลากร และจัดเตรียมงบประมาณไว้สำหรับการออกสำรวจเก็บข้อมูล การประสานงานส่งต่อ และการปรับข้อมูลสมรรถนะของคนพิการให้เป็นปัจจุบัน ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคามซึ่งยังไม่มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯ ในระดับจังหวัด นายกเทศมนตรีฯ ได้มอบหมายให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลและการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันต่อไป

คนพิการในชุมชนที่เป็นหนึ่งในกลุ่มบุคคลด้อยโอกาส และเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หากมีฐานข้อมูลสะท้อนสมรรถนะ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการ หากเป็นเด็กพิการและได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยที่เหมาะสมและได้รับการศึกษาตามความเหมาะสม เด็กพิการก็จะมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพเพิ่มตามความสามารถของตน การมีฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะของคนพิการและสนับสนุนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของคนพิการจากทุกภาคส่วน ได้ใช้ฐานข้อมูลนี้ในการให้บริการคนพิการ จะทำให้ผู้ให้บริการได้มีโอกาสทำงานประสานงานกันได้ดียิ่งขึ้น ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและทำงานโดยทีมสหวิชาชีพ ชุมชนจะได้เรียนรู้ศักยภาพของคนพิการว่า หากได้รับการส่งเสริมที่ถูกต้องเหมาะสม คนพิการก็จะเป็นภาระของ

สังคมอีกต่อไป

หลายประเทศได้มีการนำเอา ICF ไปใช้ในการสำรวจความพิการ และกำหนดให้มีการคัดเลือกคนพิการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูฯ โดยมีการกำหนด “ระดับ (threshold)” ของความบกพร่องด้านลักษณะความพิการหรือความยากลำบากในการทำกิจกรรม เช่น กำหนดให้มีการคัดเลือกคนพิการที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 3 ชนิด เป็นต้นไป ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อน เป็นต้น การคัดเลือกคนพิการให้ได้รับการฟื้นฟูฯ โดยใช้หลักเกณฑ์นี้เป็นเพียงแนวทางหนึ่งในการนำมาใช้คัดเลือกคนพิการ ในรายงานฉบับนี้ได้รายงานผลจำนวนคนพิการโดยวัดจากจำนวนความพิการและจำนวนความยากลำบากในการทำกิจกรรม ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ ๔ และ ๕ ตามลำดับ จะทำให้สามารถรายงานคนพิการที่มีความรุนแรงที่แตกต่างกัน การคัดเลือกคนพิการโดยดูที่จำนวนความยากลำบากในการทำกิจกรรมว่าจะให้การฟื้นฟูฯ กับคนพิการกลุ่มใดก่อนเป็นแนวทางหนึ่งในการคัดเลือกคนพิการให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูฯ เพราะหากมีทรัพยากรจำกัด อาจจะไม่เลือกให้การฟื้นฟูฯ กับกลุ่มที่มีความพิการหรือมีความยากลำบากมาก่อน เพราะจะมีจำนวนคนพิการที่มีความพิการหรือมีความยากลำบากมากเป็นจำนวนที่น้อยกว่า แต่ก็ต้องยอมรับว่า การฟื้นฟูฯ คนพิการที่มีความรุนแรงมากกว่าอาจจะต้องใช้ทรัพยากรในการบริการที่มากขึ้นตามไปด้วย

การนับจำนวนคนพิการโดยใช้ลักษณะความพิการ หรือระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองนั้น อาจจะทำให้ใช้ในการกำหนดว่าใครควรจะเป็นคนพิการ “ตามกฎหมาย” ตามที่ได้ระบุไว้ในประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพราะในปัจจุบัน ผู้ที่จดทะเบียนคนพิการได้นั้น ส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่มีความพิการที่มองเห็นได้โดยประจักษ์ เช่น นิ้วขาดครึ่งนิ้ว หรือตาบอด 1 ข้าง แม้ว่า ในคนกลุ่มนี้จะไม่มีความบกพร่องด้านการช่วยเหลือตนเอง การศึกษาและการประกอบอาชีพเลยก็ตาม คำถามที่ควรถามต่อไปคือ คนพิการกลุ่มใดควรจะเป็นผู้ที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือก่อน ระหว่างคนพิการที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด กับคนพิการที่มีความบกพร่องด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะของคนพิการที่ได้จากงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประกอบกับงานวิจัยอื่นๆได้ เช่น การวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร (economic evaluation) ของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้กับคนพิการ เพราะในปัจจุบัน ผู้ซื้อบริการ (purchaser) สุขภาพ คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินค่าบริการตามจำนวนครั้งของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด เป็นต้น และการให้กายอุปกรณ์ที่จำเป็นกับคนพิการ เช่น การให้ขาเทียม แขนเทียม หรือให้รถเข็น เป็นต้น คำถามสำคัญสำหรับผู้ซื้อบริการ คือ ทรัพยากรที่ไหลไปนั้น มีข้อพิสูจน์ได้หรือไม่ว่า ทำให้สมรรถภาพหรือคุณภาพชีวิตของคนพิการดีขึ้นจริง และควรใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนเท่าใด จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนพิการ เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาต้นทุนต่อหน่วยบริการ และจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ (providers) ที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป ยกตัวอย่างเช่น ควรมีการวิเคราะห์ความคุ้มค่า ในการให้บริการคนพิการด้านการเดินในระดับ 2-4 (d450.2-d450.4) เนื่องจากขาขาในระดับใต้เข่า ทำให้มีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ในบ้าน (d460.2-d460.4) และการเคลื่อนที่นอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์ช่วย (d465.2-d465.4) โดยเก็บต้นทุนการให้บริการขาเทียมและการทำกายภาพบำบัดหลังจากได้รับขาเทียมแล้วเพื่อให้สามารถเดินได้เองหรือเดินได้โดยใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย และผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพวัดจากระดับความพิการด้านการเดิน ซึ่งควรมีระดับความพิการที่ลดน้อยลง (d450.0-d450.1) และมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ในบ้านและนอกบ้านน้อยลงด้วย (d460.0-d460.1 และ d465.0-d465.1 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ความคุ้มค่าจะแสดงเป็นต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยผลลัพธ์ที่วัดโดยสมรรถนะของคนพิการที่มีความพิการและความยากลำบากที่ลดลง การเก็บฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะของคนพิการก่อนและหลังการให้บริการจะเป็นฐานข้อมูลหนึ่งที่จะตอบคำถามของผู้ให้บริการสุขภาพว่า เมื่อให้บริการไปแล้ว คุณภาพชีวิตของคนพิการดีขึ้นหรือไม่

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่จำนวนคนพิการที่เข้าร่วมโครงการนี้เป็นคนพิการที่จดทะเบียนและมีชื่ออยู่ในทะเบียนของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ยังมีคนพิการบางส่วนที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ ทำให้ยังไม่มีข้อมูลเชิงสมรรถนะและความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในกลุ่มนี้ คำถามต่อไปสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ เราจะมีทางค้นหาคนกลุ่มนี้ในชุมชนของเราอย่างไรเพื่อให้คนกลุ่มนี้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างที่เราควรจะเป็น

ในการเก็บข้อมูลสมรรถนะคนพิการ นอกจากจะมีการออกแบบระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพแล้ว ควรมีการวางรูปแบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อพิจารณารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายกรณี หรือการประชุมร่วมกันเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการปรับสภาพบ้าน หรือการประชุมวางแผนเมืองเพื่อให้คนพิการสามารถออกไปนอกบ้านเพื่อไปโรงเรียน หรือไปทำงานได้อย่างสะดวกขึ้น การดำเนินงานในรูปแบบนี้ อาจจะต้องมีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคนพิการอย่างเป็นองค์รวม หรือเป็นผู้จัดการคนพิการ (case manager) รวบรวมข้อมูล วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบ มีการเก็บข้อมูล ปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและประสานงานส่งต่อคนพิการระหว่างหน่วยงาน หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการมีหลายหน่วยงานทั้งทางการแพทย์ การศึกษาและการฝึกอาชีพ แต่การทำงานยังเป็นแบบแยกส่วนและขาดการสื่อสารกัน ทำให้แต่ละหน่วยงานทำงานหนักและไม่สามารถประสบความสำเร็จในแง่ของการช่วยเหลือคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้จริง ควรมีการประสานการทำงานกันและทำงานแบบบูรณาการ โดยนำเอาฐานข้อมูลมาปรับใช้ร่วมกัน ICF เป็นเครื่องมือที่ดีในการเก็บข้อมูลสมรรถนะและความต้องการของคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดตั้งหน่วยงานประสานงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากภาคส่วนต่างๆ คนพิการและองค์กรคนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและกำหนดแผนฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย



งานวิจัยในอนาคตควรจะเป็นงานวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งทางด้านการสร้างนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หรือการประเมินผลการดำเนินนโยบาย รูปแบบการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามควรได้รับการปรับปรุงให้ง่ายขึ้นโดยอาจจะใช้คอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตในการบันทึกและส่งพร้อมแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ในการคัดเลือกคนพิการเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้แนวคิดและรหัส ICF ในรายงานฉบับนี้เป็นเพียงการ “คัดกรอง” คนพิการเท่านั้น เมื่อคนพิการสามารถเข้าถึงกระบวนการฟื้นฟูแล้ว ควรมีการประเมินคนพิการโดยใช้แบบสอบถามหรือเครื่องมือการประเมินสมรรถนะของคนพิการแบบเฉพาะเจาะจงต่อไป รายงานฉบับนี้ยังไม่มีการรายงานผลว่า หลังจากที่คนพิการได้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว สมรรถนะของคนพิการได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ผู้วิจัยจะติดตามความคืบหน้าและนำเสนอผลการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการในรายงานฉบับต่อไป

ข้อยุติ

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอาจจะเป็นเรื่องยาก และไม่ทราบว่า จะเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร เป็นองค์รวมโดยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างไร ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวคิดและรหัส ICF มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะของคนพิการเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเป็นองค์รวม ถึงแม้ว่าในรายงานฉบับนี้ ยังไม่ได้มีการรายงานผลลัพธ์ของการนำเอาข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่อย่างน้อยก็ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีการวางแผนการทำงานร่วมกันแล้ว ผู้วิจัยจะเสนอผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการใช้ฐานข้อมูลในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้จริง หากแต่ยังต้องมีการ

ทำงานในรูปแบบเครือข่ายและมีการประสานงานมากขึ้นโดยมีหน่วยงานกลาง หรือผู้จัดการคนพิการ (case manager) เพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ประมวลผล ค้นหาค้นหาของคณพิการและประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทำการฟื้นฟูบทบาทที่ควรเป็นความรับผิดชอบของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพระดับจังหวัดเป็นหน่วยงานขับเคลื่อนให้มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านฐานข้อมูล หรือตั้งผู้จัดการคนพิการ แต่เนื่องจากในจังหวัดมหาสารคาม ยังไม่มีการก่อตั้งกองทุนฯนี้ ในส่วนนี้นายกเทศมนตรีมหาสารคามได้รับงานนี้มาเป็นการดำเนินงานของเทศบาลฯ โดยเทศบาลฯทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและเป็นผู้จัดการคนพิการ (case manager) ในพื้นที่อื่นหากต้องการเริ่มทำงานฐานข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น คงต้องวิเคราะห์ว่า หน่วยงานใดที่มีความเข้มแข็งในการประสานงาน และรับเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานการฟื้นฟูสมรรถภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการ ก็ให้เริ่มจากหน่วยงานนั้น และหากฟื้นฟูเสร็จแล้วก็ส่งข้อมูลกลับมายังหน่วยงานกลางนี้เพื่อบันทึกความก้าวหน้าของคนพิการและค้นหาค้นหาของคณพิการต่อไป หน่วยงานกลางนี้ควรทำหน้าที่ในการมองเป็นองค์รวมและประสานงานหน่วยงานต่างๆให้ทำงานสอดคล้องกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาจเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาใหม่ หรืออยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหากองค์กรคนพิการเข้มแข็งก็สามารถทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประสานงานได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จลงได้โดยความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเก็บข้อมูลสมรรถนะของคนพิการในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม และขอขอบพระคุณ รศ. ดร. ประภัสสร ปรีเอี่ยม ศูนย์การศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม เทศบาลเมืองมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชนราชภัฏศรีสวัสดิ์ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์

การแพทย์บูรพา ศูนย์การแพทย์อุทัยทิศ อาสาสมัครสาธารณสุข
(อสม.) คนพิการและครอบครัว พนักงานสัมพันธ์ และเจ้า
หน้าที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

๑. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ๒๕๕๐. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๔ ตอนที่ ๖๑ ก. (ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๐)
๒. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; ๒๐๐๖.
๓. World Health Organization. WHO Community-based Rehabilitation (CBR) guideline 2010 [online]. [cited 1 January 2013]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>
๔. ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๒๕๕๕. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ ๑๒๕, ตอนพิเศษ ๑๑๕ ง (ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕)
๕. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาคและเพศ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๓๗ ถึงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ [online]. [cited ๒๑ เมษายน ๒๕๕๖]. Available from: http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic_8439.pdf
๖. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. คณะทำงานโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการให้มีคุณภาพ. การศึกษาเพื่อปวงชน “ประเทศไทยกับการพัฒนาการบริหารจัดการการศึกษาสำหรับคนพิการ” ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (convention on the Right of Persons with Disabilities : CRPD) ของประเทศไทย[online]. [cited ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๕]. Available from [http://www.bps2moegoth/index.php/component/content/article/197?lang=\[serial on the Internet\]](http://www.bps2moegoth/index.php/component/content/article/197?lang=[serial on the Internet]).
๗. คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (๒๕๕๕). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙.
๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๕๕). คู่มือการดำเนินงานภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี ๒๕๕๕.
๙. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
๑๐. วิชัย โชควิวัฒน์. การศึกษาว่าด้วยมิติทั้ง ๔ ของสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๒;๓:๓๒๑-๓๕
๑๑. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF the International Classification of Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
๑๒. WHO. World Report on Disability. Malta: World Health Organization and The World Bank; 2011.
๑๓. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med 2007;39:286-92.
๑๔. O'Donovan MA, Good A. Towards comparability of data: using the ICF to map the contrasting definitions of disability in Irish surveys and census, 2000-2006. Disabil Rehabil 2010;32 Suppl 1:S9-16.
๑๕. Maierhofer S, Almazan-Isla J, Alcalde-Cabero E, de Pedro-Cuesta J. Prevalence and features of ICF-disability in Spain as captured by the 2008 National Disability Survey. BMC Public Health 2011;11:897.
๑๖. Tongsir S, Riewpaiboon W. Using the ICF to develop the capability-oriented database of persons with disabilities: a case study in Nakornpanom province, Thailand. Disability & Rehabilitation 2012;Early online:1-9.
๑๗. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๕.