# บทที่ 2
# วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร แนวคิด ทฤษฎี และรายงานวิจัยต่างๆ มาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกลยุทธ์
    - 1.1 ความเป็นมา ความหมาย และความสำคัญของกลยุทธ์
    - 1.2 กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์
    - 1.3 กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
    - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
    - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
    - 2.3 แนวคิดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ
3. การจัดการสถานีอนามัย
    - 3.1 บทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัย
    - 3.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย
    - 3.3 การจัดการงานของหัวหน้าสถานีอนามัย
    - 3.4 มาตรฐานของสถานีอนามัย
    - 3.5 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อสม.
4. ปัญหาและแนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
    - 4.1 ปัญหาในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
    - 4.2 แนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในต่างประเทศ
    - 4.3 แนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
    - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
    - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความต้องและความหวังของคนพิการต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
    - 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

# 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกลยุทธ์

## 1.1 ความเป็นมา ความหมาย และความสำคัญของกลยุทธ์

### *1.1.1 ความเป็นมาของกลยุทธ์*

แนวคิดเชิงกลยุทธ์หรือภาษาทางทหารจะเรียกว่ายุทธศาสตร์ (Strategy) เป็นสิ่งที่เริ่มต้นมาจากกิจกรรมทางทหาร ดังจะเห็นได้ว่ามีการบันทึกของนักยุทธศาสตร์ทางการทหารไว้ในตำราพิชัยสงคราม เช่น ซุนวู (Zun Tzu) เป็นนักยุทธศาสตร์ชาวจีน มิยาโมโต มูซาชิ (Miyamoto Musashi) เป็นนักยุทธศาสตร์ชาวญี่ปุ่น และเกาติยา เป็นนักยุทธศาสตร์ชาวอินเดีย เป็นต้น

กลยุทธ์ถูกนำมาใช้ในทางการบริหารโดยมูลนิธิฟอร์ดและมูลนิธิคาร์เนกี ได้สนับสนุนให้มีการวิจัยในเชิงประยุกต์ยุทธศาสตร์ทางการทหารจากผลงานของกองทัพอากาศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการเรียนการสอนทางธุรกิจ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะด้านการระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้รับการยอมรับว่าเป็นแกนนำสำคัญของการบุกเบิก ขัดเกลา และผลักดันให้มีการศึกษาด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ จนมหาวิทยาลัยต่างๆเปลี่ยนแปลงแนวการศึกษาเชิงนโยบายธุรกิจไปมุ่งสู่องค์กร โดยส่วนรวมการบริหารเชิงกลยุทธ์จะมุ่งให้ความสนใจต่อความรับผิดชอบทางสังคม และจริยธรรมมากขึ้น

ในทางสาธารณสุข คำว่ากลยุทธ์ ถูกนำมาใช้มากขึ้นโดยเฉพาะในแผนงานต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข ในบางแผนอาจใช้คำว่า กลยุทธ์ หรือยุทธศาสตร์ การนำคำดังกล่าวมาใช้เป็นวิวัฒนาการทางการบริหาร ที่ให้ความสนใจกับคำว่า Strategy มากขึ้น อาทิ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10

### *1.1.2 ความหมายของกลยุทธ์*

กลยุทธ์ หรือ Strategy มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก “Strategos” ถ้าเป็นคำนามแปลว่านายพลผู้นำทัพ ถ้าเป็นคำกิริยาจะแปลว่า แผนการโจมตีฝ่ายศัตรู โดยการใช้ทรัพยากรต่างๆอย่างมีประสิทธิผล

สำหรับในทางบริหารนั้นมินซ์เบิร์ก (Mintzberg 1988: 14-18) ได้อธิบายความหมายไว้โดยใช้หลัก “FIVE Ps” ดังนี้

*1) กลยุทธ์* คือแผน (Strategy is a plan) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นความมุ่งหวังหรือเจตนารมณ์ มีลักษณะสำคัญคือ มีการกำหนดวิธีการดำเนินงานล่วงหน้า และมีการกำหนดจุดมุ่งหมายไว้อย่างชัดเจน

*2) กลยุทธ์* คือการเดินหมาก (Strategy is a play) หมายถึง การเดินเกมหรือการใช้อุบายหรือการต่อรอง หรือการใช้กุสโลบายที่จะเอาชนะหรือรักษาความได้เปรียบหรือร่วมมือกับคู่แข่งขัน

*3) กลยุทธ์* คือแบบแผน (Strategy is a pattern) หมายถึง ความมุ่งหมายที่จะนำแผนไปดำเนินงานตามเจตนารมณ์ที่ได้กำหนดไว้ในแผน

*4) กลยุทธ์* คือฐานะหรือตำแหน่ง (Strategy is a position) หมายถึง การพิจารณาสถานภาพขององค์กรว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมอย่างไร หรือพิจารณาองค์กรของตนเองว่าจะสัมพันธ์สอดคล้องกับช่องทางที่จะดำเนินกิจการอย่างเหมาะสมหรือไม่

*5) กลยุทธ์* คือการกำหนดภาพทางความคิด (Strategy is a perspective) หมายถึง การมององค์กรร่วมกันของมวลสมาชิก ในด้านค่านิยม วัฒนธรรม และปรัชญาต่างๆ เพื่อสมาชิกจะได้ยึดถือปฏิบัติเป็นหลักและเป็นแนวทางเดียวกัน

ณัฐฐพันธ์ เขจรนันทน์ (2545: 25) ได้ให้ความหมายของ กลยุทธ์ หมายถึง การกำหนดทิศทาง (Direction) และขอบเขต (Scope) ความต้องการขององค์กรในระยะยาว เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมในการแข่งขัน

ณัฐพล ชวลิตชีวัน และปราโมทย์ ศุภปัญญา (2545: 89) ได้ให้ความหมายของกลยุทธ์ หมายถึง วิธีที่สามารถทำให้วัตถุประสงค์ขององค์การประสบผลสำเร็จได้

เนตร์พัณณา ยาวิราช (2546: 153) ได้ให้ความหมายของ กลยุทธ์ หมายถึง การวางแผนอย่างกว้างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว

สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล (2546: 33) ได้ให้ความหมายของ กลยุทธ์ หมายถึง ข้อความที่บอกว่าเราจะทำอย่างไร เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ต้องการ (What is our game plan?)

คำอื่นที่มีความหมายลักษณะเดียวกันกับกลยุทธ์ เช่น กลวิธีหรือยุทธวิธี (tactics) กลวิธีจะเป็นรายละเอียดที่แตกแขนงมาจากกลยุทธ์ นั่นคือการแปลงกลยุทธ์ให้นำไปสู่การดำเนินการหรือการปฏิบัติ

โดยสรุปกลยุทธ์จะหมายถึง การค้นหาวิธีการหรือแนวทางที่เด่นชัดอันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ ด้วยการวางแผนและการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

***1.1.3 ความสำคัญของกลยุทธ์***

จากผลการวิจัยของสมยศ นาวีการ (2544: 8) สรุปว่าการบริหารงานของบริษัทที่ดีเด่น จะมีคุณลักษณะที่เป็นแกนอยู่ 4 อย่าง คือ

*1) การบริหารเพื่ออนาคต* คือ การคิดค้นสิ่งใหม่ๆ และมีการมองการณ์ไกลอย่างมีทิศทาง

*2) การวางแผนกลยุทธ์* เพื่อการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน

*3) การสร้างวัฒนธรรมขององค์การ* พนักงานมักจะมีความผูกพันกับค่านิยมของบริษัท

*4) การสร้างความคล่องตัว* บริษัทที่ดีเด่นมักจะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างดีที่สุด

ดังนั้น บริษัทที่ดีเด่นมักจะวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือความสำคัญของกลยุทธ์เพื่อการใช้งานด้านต่างๆ นอกจากนี้การวางแผนกลยุทธ์จะช่วยให้ผู้บริหารมองเห็นการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆทั้งระบบขององค์การ เช่น Cost-benefit analysis การวิเคราะห์ระบบ เทคนิคการพยากรณ์ การสร้างตัวแบบจำลอง เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้การหยั่งผลดีผลเสียของทางเลือกแต่ละทางให้ได้รับการเลือกในทางที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานมากที่สุด

**1.2 กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์**

การบริหารหรือการจัดการเชิงกลยุทธ์ (The Strategic Management) เป็นคำที่อาจจะพบบ่อยๆทางการบริหาร เป็นการให้ความสำคัญกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับผู้บริหาร โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงในองค์กรที่จะกำหนดกลยุทธ์และปฏิบัติตามกลยุทธ์ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร (โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์ 2549: 163-167)

ภายใต้สภาวการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งสิ่งแวดล้อมภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายในขององค์กร การแข่งขันกันอย่างรุนแรงที่จะปรับตัวให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดทางการบริหาร ทำให้การจัดการเชิงกลยุทธ์ต้องปรับตัวและมีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ

การจัดการเชิงกลยุทธ์ถ้าศึกษาในกระบวนการ จะแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งสอดรับกับกระบวนการบริหารโดยทั่วไป ที่แบ่งเป็นการวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล โดยกระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

- การวิเคราะห์สถานการณ์ (Conduct a Situation Analysis)
- การกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร (Formulate the Organization Strategy)
- การปฏิบัติตามกลยุทธ์ (Implement the Strategy)

- การควบคุมและประเมินผลตามกลยุทธ์ (Maintain Strategic Control & Evaluation)

จะเห็นได้ว่าการที่จะกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผ่านการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องและทันต่อสถานการณ์

***ตัวแบบที่นิยมใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร*** มี 4 ตัวแบบ ได้แก่

*1) การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงกลยุทธ์* (SWOT Analysis) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้บริหารประเมินสถานการณ์ขององค์กร โดยการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งจากสิ่งแวดล้อมภายใน และวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอกขององค์กร โดยพิจารณาถึงโอกาสและอุปสรรค

*2) การวิเคราะห์ส่วนประกอบทางกลยุทธ์* (Strategy Portfolio Model) เป็นการวิเคราะห์สภาพทางการแข่งขันของธุรกิจแต่ละประเภทในองค์กรที่มีธุรกิจหลายประเภท วิธีการทำโดยการสร้าง Portfolio Matrix ซึ่งมักจะเป็นแกนสองมิติ Portfolio Matrix ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมีอยู่สองตัวแบบ คือ BCG Model และ GE Model

*3) การวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เพื่อการขยายตัว* (Intensive Growth) เป็นการพิจารณาถึงโอกาสในการขยายการดำเนินงาน โดยอาศัยผลิตภัณฑ์และการตลาดเป็นฐานการจัดทำกลยุทธ์ ซึ่งทำได้ 4 วิธี คือ กลยุทธ์การเจาะตลาด กลยุทธ์การพัฒนาตลาด กลยุทธ์การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และกลยุทธ์การขยายชนิดผลิตภัณฑ์

*4) การวิเคราะห์การแข่งขันของพอร์ตเตอร์* (Porter Model) พอร์ตเตอร์ได้เสนอกลยุทธ์โดยทั่วไปที่ใช้ในการแข่งขัน (Generic Strategies) โดยแบ่งลักษณะกลยุทธ์ออกเป็นกลยุทธ์การเป็นผู้นำด้านต้นทุน กลยุทธ์การสร้างความแตกต่าง และกลยุทธ์การจำกัดขอบเขต

การกำหนดกลยุทธ์ใดมาใช้ในการวางแผนหรือการบริหารงานนั้น ผู้บริหารจะต้องมีการกำหนดหรือคำนึงถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของหน่วยงานก่อน จึงเลือกกลยุทธ์ที่ใช้ได้ถูกต้อง

**1.3 กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Care System)**

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบหนึ่งในระบบสุขภาพ ความหมายของระบบบริการสุขภาพ มิได้หมายถึงเพียงแค่โครงสร้างองค์กร การให้บริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ แต่มีความหมายรวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างศักยภาพต่างๆที่ทำให้ประชาชนสามารถรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นการพิจารณาองค์รวมของระบบบริการสุขภาพ บนพื้นฐานของความมั่นคงทางสังคม (social solidarity) (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญผดุง 2532: 7) หากพิจารณาจากองค์ประกอบของระบบ ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้า ส่วนที่เป็นปัจจัย

กระบวนการ และส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการ โดยในองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพนั้น องค์ประกอบหลักภายในระบบบริการสุขภาพ มีดังต่อไปนี้ (จรัส สุวรรณเวลา 2543: 35-36)

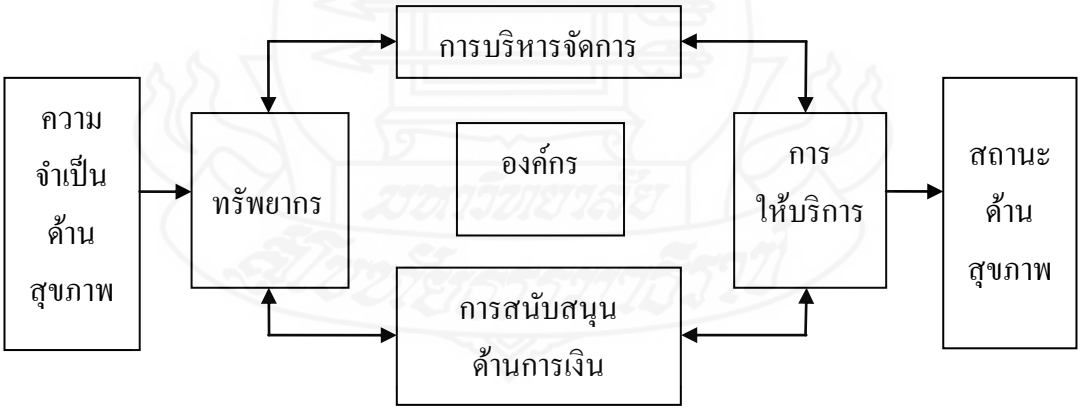
***1.3.1 การผลิตทรัพยากรด้านสาธารณสุข (Production of Resources)*** ซึ่งรวมไปถึงการผลิตบุคลากรสาธารณสุข จำนวนสถานพยาบาล วิทยาการ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรค เป็นต้น

***1.3.2 การจัดโครงสร้างองค์กรของโครงการต่างๆ (Organization of Programs)*** โครงสร้างองค์กรของระบบสาธารณสุข เช่น กระทรวงสาธารณสุขระดับต่างๆ และหน่วยงานรัฐอื่นๆ หน่วยงานเอกชน รัฐวิสาหกิจ และโครงสร้างตลาดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

***1.3.3 กลไกการสนับสนุนด้านการเงิน (Economic Support Mechanisms)*** แหล่งที่มาของเงิน กลไกการเก็บ/การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ เช่น ระบบภาษี ระบบประกันสังคม ประกันเอกชน หรือจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน

***1.3.4 วิธีการในการบริหารจัดการ (Management Methods)*** การวางแผน การจัดการ การควบคุมกำกับ และการดำเนินการตามกฎหมาย

***1.3.5 การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Service Delivery)*** เช่น บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังภาพต่อไปนี้ (Roemer M 1991: 15)




ภาพที่ 2.1 แสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้สัมฤทธิ์ผลของระบบบริการสุขภาพในการที่จะทำให้ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นได้มากน้อยเท่าใด ใช้ทรัพยากรมากน้อยเท่าใด ตลอดจนการกระจายของภาวะ

สุขภาพในประชาชนกลุ่มต่างๆนั้นก็ขึ้นกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเป็นธรรมในการกระจายขององค์ประกอบย่อยหลักทั้งห้าองค์ประกอบที่กล่าวข้างต้น

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพดังกล่าวมาพิจารณาประยุกต์ใช้ด้วย ในประเด็นการจัดการ ทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และการให้บริการก่อนนำเข้าระบบบริการ โดยศึกษาระบบภายใต้ขอบเขตขององค์ประกอบปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ แต่ผลลัพธ์ของการบริการคนพิการจะมีประสิทธิผลหรือไม่ หรือระบบบริการจะสามารถดำเนินงานไปได้อย่างบรรลุผล/บรรลุเป้าหมายหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยนำเข้า กระบวนการ หรือองค์ประกอบในระบบด้วย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงตัวแบบในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิผล หรือดำเนินการตามนโยบายได้สำเร็จ มาศึกษาเพิ่มเติม ดังนี้ (ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร 2551: 60-63)

**ตัวแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (The Implement of Police)**

ตัวแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มีทั้งแบบบนลงล่าง (Top–Down Approach)และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน (Buttom-up Approach) ซึ่งมีการพัฒนามาหลากหลายตัวแบบ และแต่ละแบบก็มีข้อดี/ข้อด้อยต่างกัน โดยตัวแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top–Down Approach) มีดังนี้

ตัวแบบนำนโยบายนำสู่การปฏิบัติของ Donald Van Meter และ Carl Van Hornเป็นตัวแบบที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่ส่งผลให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติสำเร็จมีอยู่ 6 ตัวแปร ได้แก่

*1) วัตถุประสงค์และมาตรฐาน*

*2) ทรัพยากรของนโยบาย*

*3) การสื่อสารระหว่างองค์กร*

*4) ลักษณะของตัวแทนที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติ*

*5) สภาวะเงื่อนไขทางการเมือง เศษฐกิจ และสังคม*

*6) ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ*

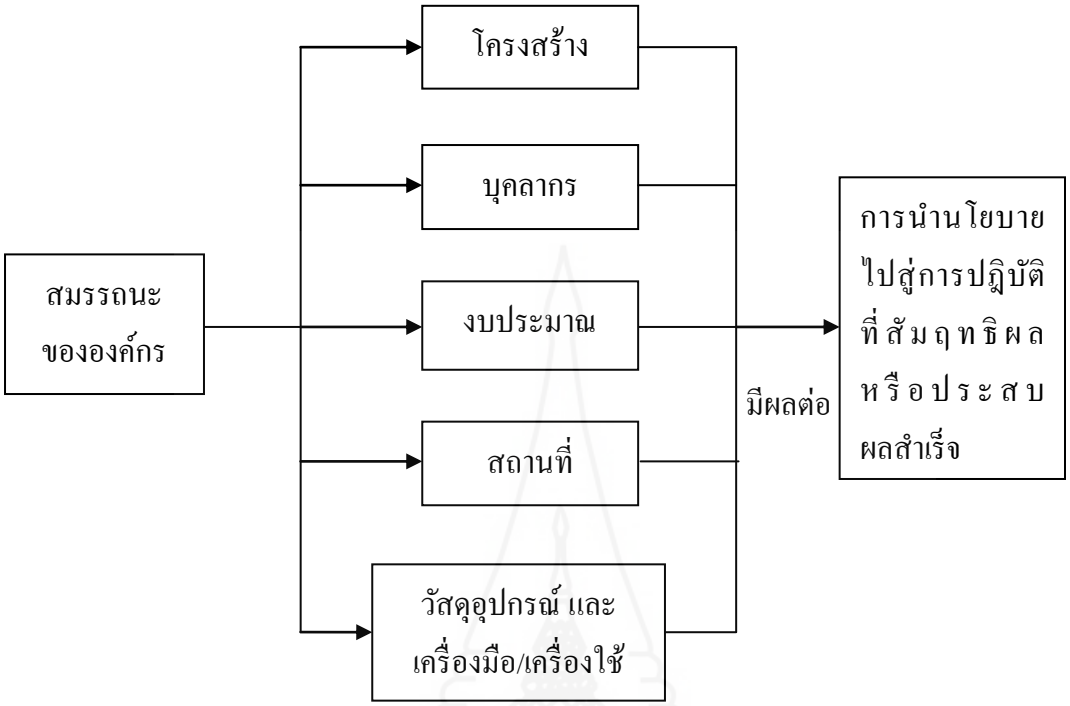
ซึ่งแบบดังกล่าวมีข้อดี คือ ได้มีการรวบรวมตัวแปรที่สามารถแก้ปัญหา ที่มีผลต่อความสำเร็จ และที่ครอบคลุมข้อด้อยของตัวแบบ คือ เป็นการยากที่จะระบุว่าในบรรดาตัวแปรที่มีผลต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติตัวแปรใดมีผลมากที่สุด และภายในสิ่งแวดล้อมใด

อีกตัวแบบหนึ่ง คือ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน (But tom-up Approach) เป็นตัวแบบที่ให้ความสำคัญกับระดับล่าง ซึ่งเหมาะกับพวกที่มีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น โดยเริ่มจากการระบุเครือข่าย และการสอบถามถึงเป้าหมาย กลยุทธ์ของระดับล่าง

ยกตัวอย่าง เช่น ตัวแบบการบริหารที่สมบรูณ์หรือตัวแบบอุดมคติ (The Model of Perfect Administration) นักวิชาการที่เสนอตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติตัวแบบนี้คือ C. Hood 1976 ที่ระบุแนวคิดสำคัญของตัวแบบนี้ว่าประกอบด้วย ระบบการบริหารที่มีความเป็นหนึ่งเดียวกัน คือมีสายการบังคับบัญชาสายเดียว มีการบังคับให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่มีอำนาจบังคับที่สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ โดยตั้งอยู่บนหลักของการปฏิบัติตามงานและการควบคุมการบริหารที่สมบรูณ์แบบมีการประสานงาน มีข้อมูลข่าวสารภายในและระหว่างหน่วยทางการบริหารต่างๆที่สมบรูณ์ ไม่มีความกดดันทางด้านเวลา ขณะเดียวกันมีทรัพยากรที่ใช้จัดการกับปัญหาที่ไม่จำกัดที่สำคัญก็คือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายโดยรวมไม่มีความคลุมเครือ และนอกจากนั้นมีการยอมรับกันทางการเมืองในการติดตามนโยบาย ตัวแบบนี้มีชื่อเรียกว่า “ตัวแบบการบริหารที่สมบรูณ์แบบ” (The Model of Perfect Administration) ตัวแบบนี้เชื่อว่าลักษณะระบบบริหารที่มีความเป็นหนึ่งเดียว อาทิ การมีสายบังคับบัญชาสายเดียว การบังคับให้เป็นไปตามเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สัมฤทธิผล

ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top–Down Approach) และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน (Buttom-up Approach) ล้วนมีทั้งข้อดีข้อเสีย จึงมีอีกประเภทตัวแบบหนึ่ง คือ เป็นการผสมผสานระหว่างการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top–Down Approach) และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน (Buttom-up Approach) ซึ่งให้ความสำคัญทั้งระดับล่างและระดับบน คือ

ตัวแบบด้านการจัดการ (The Model of Management Model) ตัวแบบนี้ให้ความสนใจไปที่สมรรถนะขององค์การ เพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติย่อมขึ้นอยู่กับองค์การที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด ในแง่ดังกล่าวนโยบาย / โครงการที่จะประสบความสำเร็จจึงจำเป็นจะต้องอาศัย โครงสร้างขององค์การที่เหมาะสม บุคลากรที่อยู่ในองค์การจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและทางด้านเทคนิคอย่างเพียงพอ นอกจากนี้องค์การยังจะต้องมีการวางแผนเตรียมการหรือมีความพร้อมเป็นอย่างดี ทั้งทางด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และงบประมาณ ตัวแบบนี้มีความเชื่อว่าสมรรถนะขององค์การที่ประกอบด้วยโครงสร้างบุคลากร งบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ/เครื่องใช้ มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สัมฤทธิผล ข้อดี คือ ให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล และทักษะคน ทั้งการบริหารและการปฏิบัติ โดยเชื่อมั่นในสมรรถนะองค์การ ดังนี้ (ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร 2551: 63)




ภาพที่ 2.2 แสดงตัวแบบทางด้านการจัดการ

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ตัวแบบดังกล่าว มาใช้ประกอบในการกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัยด้วย เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาการบริการและสภาพองค์กร โดยนำมาประยุกต์ใช้ในปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) เพื่อให้ดำเนินการบรรลุตามนโยบายสำหรับคนพิการ และสนองต่อปัญหาและความต้องการของคนพิการ

***ตัวอย่างกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) ที่สำคัญได้แก่***

*1) กลยุทธ์การบริการสาธารณสุขเชิงรุก-เชิงรับ*

กลยุทธ์สำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุข ที่จะช่วยให้งานสาธารณสุขประสบความสำเร็จ คือ การให้บริการสาธารณสุขทั้งเชิงรุก-เชิงรับ เป็นกลยุทธ์ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรับบริการสาธารณสุขที่รวดเร็ว มีคุณภาพ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และได้รับบริการอย่างทั่วถึง ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี (สมโภช รติโอฬาร และคณะ 2549: 64-68)

(1) กลยุทธ์การบริการสาธารณสุขเชิงรุก

เป็นกลยุทธ์เชิงรุก (Offensive Strategies) ที่นำมาใช้ในการให้บริการสาธารณสุขว่าทำอย่างไรที่จะทำให้ผู้รับบริการ ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้รับบริการอย่างสะดวก รวดเร็ว ทั่วถึง และครอบคลุมพื้นที่ โดยการที่หน่วยงานสาธารณสุขรุกเข้าไปให้บริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยปราศจากโรคและความพิการ หรือการที่สถานบริการสาธารณสุขมีการแข่งขันกันในการให้บริการที่เหนือกว่าสถานบริการอื่นที่เป็นคู่แข่ง การรุกเข้าไปในตลาดสุขภาพเพื่อยึดครองตลาด หรือแบ่งส่วนแบ่งทางการตลาดของคู่แข่งมาเป็นของตน ซึ่งจะทำให้หน่วยงานของตนได้รับผลกำไรหรือผลตอบแทนที่สูง โดยการพัฒนาบริการสุขภาพของตนให้มีคุณภาพ และให้เข้าถึงผู้รับบริการมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นการพัฒนางานสาธารณสุขให้มีคุณภาพไปด้วย ซึ่งกลยุทธ์การบริการสาธารณสุขเชิงรุก สามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน ดังนี้

ก. การเป็นผู้นำในการให้บริการ โดยการใช้กลยุทธ์การเป็นผู้นำด้านต้นทุน กลยุทธ์การสร้างความแตกต่าง และกลยุทธ์การจำกัดขอบเขต มาใช้ในการแข่งขันในการให้บริการสาธารณสุข โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดราคาค่าบริการที่อาจถูกลงโดยลดต้นทุนการให้บริการแต่บริการคงเดิม หรือราคาค่าบริการที่อาจเท่าเดิมแต่ให้บริการที่ดีกว่าเดิม การส่งเสริมการขายที่แตกต่างจากผู้อื่น การบริการที่เน้นเฉพาะลูกค้าบางกลุ่มหรือการให้บริการที่ให้เลือกหลากหลาย ไปจนถึงช่องทางการให้บริการที่อาจลงสู่ชุมชนหรือการเข้าไปในพื้นที่เพื่อให้บริการแก่กลุ่มผู้รับบริการที่เป็นเป้าหมายโดยเฉพาะ อาจเป็นที่ทำงานหรือที่พักอาศัยของผู้รับบริการ ซึ่งการที่จะเป็นผู้นำในการให้บริการสถานบริการจะต้องมีความตั้งใจที่จะทำ และต้องมีทรัพยากรที่เพียงพอในการให้บริการ ซึ่งจะทำให้หน่วยงานเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดำเนินงาน การใช้กลยุทธ์ดังกล่าวในการให้บริการสาธารณสุขสามารถทำได้โดย

- หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐหรือองค์กรสาธารณะประโยชน์ด้านสาธารณสุข จะต้องวางแผนดำเนินการเชิงรุกเข้าไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้ 1)กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นกลยุทธ์ที่จะดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน 2) กลยุทธ์การขยายบริการสุขภาพลงสู่ชุมชนโดยการให้บริการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) แก่ผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน หรือการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปรักษาพยาบาลหรือให้สุขศึกษาแก่ประชาชน หรือการเข้าไปควบคุมโรคเพื่อจำกัดขอบเขตการเกิดหรือแพร่กระจายของโรค และทำการป้องกันการ

เกิดโรคในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี และ3) กลยุทธ์การขยายตลาดในการให้บริการสุขภาพ เช่น การเปิดบริการคลินิกนอกเวลา หรือการขยายสาขาบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเข้าไปในพื้นที่ (Extended OPD) ที่ผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลามาโรงพยาบาล และเป็นการลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น ไม่ต้องเสียเวลามารอรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีขึ้น

- โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเอกชน จะต้องกำหนดกลยุทธ์ในการให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงผู้รับบริการให้มากที่สุด และการพัฒนาบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ โดยใช้ 1) กลยุทธ์การเป็นผู้นำด้านต้นทุน 2) กลยุทธ์การสร้างความแตกต่าง และ3) กลยุทธ์การจำกัดขอบเขต

ซึ่งจะต้องส่งเสริมการขายบริการสุขภาพในแนวใหม่ที่ยังไม่มีผู้ริเริ่มทำ เพื่อพยายามจะเป็นผู้นำทางการตลาด หรือให้บริการที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด เช่น การเข้าไปให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการหรือในชุมชน การลดราคาค่าบริการที่ต่ำกว่าคู่แข่ง การให้บริการที่มากกว่าหรือเหนือผู้อื่นในราคาที่เท่ากันหรือต่ำกว่า การใช้การรณรงค์โฆษณาเพื่อเชิญชวนให้ผู้รับบริการสนใจ การสร้างหรือพัฒนาระบบการให้บริการที่มีคุณภาพหรือได้มาตรฐานสากล เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation / HA) การใช้ระบบมาตรฐานสากล ISO 9002 นอกจากนี้การใช้กลยุทธ์การจัดบริการให้หลากหลาย ในการที่ผู้รับบริการสามารถเลือกซื้อบริการได้ตามความพอใจ โดยการกำหนดราคาค่าบริการหลากหลายตั้งแต่ราคาสูงจนถึงราคาต่ำ หรือมีตลาดการให้บริการที่มากกว่าผู้อื่น เช่น การเปิดบริการคลินิกนอกเวลา ซึ่งอาจจะเป็นแบบโพลีคลินิก (Poly Clinic) ของโรงพยาบาล ที่ผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลามาโรงพยาบาล

ข. กลยุทธ์การยึดครอง (Preemptive Strategies) เป็นกลยุทธ์เชิงรุกที่เป็นการขยายกำลังผลิตนำหน้าความต้องการของตลาด เพื่อขัดขวางการขยายกำลังผลิตของคู่แข่งขัน ซึ่งในด้านสุขภาพนั้น คู่แข่งในที่นี้จะหมายถึงปัจจัยที่มีผลทำให้สุขภาพของประชาชนไม่ดี โดยการต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เพื่อไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย ลดการแพร่กระจายของโรค และลดความรุนแรงของโรคลง เช่น การเข้าไปรณรงค์ในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบปูพรมที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการครอบคลุมพื้นที่มากที่สุด เช่น การใช้นโยบายการรักษาพยาบาล 30 บาทรักษาทุกโรคในการให้บริการสาธารณสุข หรือการใช้กลยุทธ์ทางจิตวิทยาในการสร้างภาพพจน์ของโรงพยาบาล ที่อาจทำในรูปของการโฆษณาถึงคุณภาพของบริการ และการสร้างความประทับใจ

ให้กับผู้มารับบริการ ซึ่งการใช้กลยุทธ์ดังกล่าวก็เป็นส่วนที่ช่วยในการพัฒนางานสาธารณสุขในด้านคุณภาพ และในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนให้ดีขึ้น

(2) กลยุทธ์การบริการสาธารณสุขเชิงรับ

เป็นกลยุทธ์เชิงรับ (Defensive Tactics) ในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้กับประชาชน ณ หน่วยงานหรือสถานบริการ เพื่อรองรับผู้บริการที่มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข การให้บริการจะเป็นการตั้งรับการคุกคามของโรคภัยไข้เจ็บ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการลดโอกาสของการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรค การลดความรุนแรงของโรค และการลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยการให้บริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติการสาธารณสุข ที่เป็นการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและแบบครบวงจรในสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน ทำให้ประชาชนได้รับบริการและการช่วยเหลือที่ทันท่วงทีและครอบคลุม ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขต้องกำหนดกลยุทธ์หรือหามาตรการการจัดบริการในสถานบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติการสาธารณสุข โดยจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานทางวิชาชีพ จัดบริการที่สะดวก รวดเร็ว บริการได้ทั่วถึง และสร้างความประทับใจให้แก่ผู้รับบริการ

นอกจากกลยุทธ์ข้างต้นแล้ว การบริการสาธารณสุขเชิงรับจะต้องใช้มาตรการในการลดต้นทุน การให้บริการที่จะทำให้หน่วยงานสามารถคงอยู่ได้ หรือมีกำไรเพียงพอที่จะเลี้ยงตนเองได้ ทั้งนี้อาจใช้กลยุทธ์การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างองค์การ ที่อาศัยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งช่วยลดต้นทุนการให้บริการ และการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่หน่วยงานของตนไม่สามารถให้การดูแลได้ ไปยังหน่วยงานอื่นที่เป็นเครือข่ายที่มีศักยภาพการให้บริการมากกว่า ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขจะต้องกำหนดมาตรฐานการให้บริการและกำหนดราคาค่าบริการและสินค้าไว้ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจในการมาขอรับบริการ ซึ่งหน่วยงานจะต้องประชาสัมพันธ์บริการที่ให้แก่ผู้รับบริการทราบและเข้าใจ มีการประกันคุณภาพการให้บริการที่บ่งชี้ว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพทัดเทียมผู้รับบริการทั่วไป

สรุปแล้วการจะเลือกใช้กลยุทธ์เชิงรุกหรือเชิงรับ ในการพัฒนางานสาธารณสุขและการให้บริการสาธารณสุข จะต้องวิเคราะห์สถานการณ์ขององค์กร สภาพแวดล้อมภายนอกและภายในองค์กร และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงกลยุทธ์ ตลอดจนผลกระทบที่ตามมาหรือที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลดีและผลเสียต่อองค์กร ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ใด ทั้งนี้ในการพัฒนางานสาธารณสุขและการให้บริการสาธารณสุขสามารถใช้กลยุทธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกไปพร้อมกันได้

*2) กลยุทธ์การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์*

การจัดระบบบริการสุขภาพควรเริ่มด้วยการกำหนดความจำเป็น ความต้องการ ตลอดจนสภาพปัญหาที่สำคัญทางสุขภาพที่ต้องการหรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไข หลังจากนั้นจึงทำการออกแบบระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการรักษพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความเป็นไปได้ มีทั้งรูปแบบการดูแลตนเอง การจัดบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่างๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาลเป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่างๆ (รัชนี สรรเสริญ และคณะ 2551: 52)

“สุขภาพ” ตามความหมายของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550: 1) ดังนั้น สุขภาพจึงเป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนในสังคม ต้องร่วมผลักดัน โดยมี “ระบบสุขภาพ” และ “บริการสาธารณสุข/บริการสุขภาพ” ที่พึงประสงค์

ทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เป็นการสร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ และมุ่งสู่จุดมุ่งหมายในการสร้างระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ เพื่อการพัฒนาสุขภาวะที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานการคิดและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ เกิดเป็นระบบสุขภาพพอเพียงภายใต้ปรัชญาพอเพียง

กระทรวงสาธารณาสุขได้นิยามของ “ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์” ว่า ควรเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (integrate health care system) ที่ผสมผสาน เป็นองค์รวมต่อเนื่อง และมีความครอบคลุมประชากรทั้งหมด มีหลักการและคุณสมบัติสำคัญ (ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2537: 3-4)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2548: 58) ได้กล่าวถึง ระบบบริการที่พึงประสงค์ว่าเป็นระบบบริการที่จัดให้บริการแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (Holistic and continuity of care) โดยมีการเชื่อมโยงของส่วนต่างๆให้มากที่สุด (Integrated care) เช่น การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยเป็นระบบบริการที่มีคุณลักษณะ 1) ความเสมอภาค (Equity) 2) คุณภาพบริการ (Quality) 3) ประสิทธิภาพของระบบบริการ (Efficiency) และ4) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability)

**แนวคิดระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ มีดังนี้**

(1) เป็นระบบบริการที่มีครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อ (Referral system)

(2) เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว สนับสนุนให้มีสถานบริการด่านแรกที่มีศักยภาพเพียงพอ ในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง

(3) เป็นบริการสุขภาพแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการต้องเข้าใจว่าคนเป็นบูรณาการของกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เน้นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

(4) เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน และมีความต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

(5) เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น เมื่อประชาชนไม่เกิดปัญหาเจ็บป่วยที่รุนแรงซับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคจะไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำและคุ้มค่า

(6) เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม ครอบคลุมตั้งแต่การมีส่วนร่วมให้รับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

(7) เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสามารถที่จะตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง

(8) เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

(9) เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก ที่เข้าไปให้บริการในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการแบบผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(10) เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆที่อาศัยการค้นคว้าวิจัย เพื่อนำมาแก้ปัญหา การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆในการบริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการ

(11) เป็นระบบบริการที่มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะเป็นการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง มีความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และบริการสุขภาพในชุมชน มีพัฒนาการที่สอดคล้องกับประวัติศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ โดยในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศนั้น ประชาชนส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องพึ่งตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันละกัน ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้าทันสมัยมากขึ้น จึงมีการอาศัยพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลแบบตะวันตกมากขึ้นเป็นลำดับ แต่จากการเปลี่ยงแปลงในด้านแนวโน้มวิทยการระบาดที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อม และความเสื่อมสภาพตามอายุขัยที่มากขึ้น อีกทั้งค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะบริการในสถานพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ทำให้มีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่ารอซ่อมสุขภาพ และสามารถใช้การดำเนินงานตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและมีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนได้ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองในด้านสุขภาพได้ (รัชนี สรรเสริญ และคณะ 2551: 52-54)

ดังนั้นกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงต้องสอดคล้องกับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่พึงประสงค์ เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และบูรณาการเชื่อมโยงมิติต่างๆให้มากที่สุด โดยเฉพาะระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานีอนามัยที่เป็นบริการด่านแรกใกล้ชิดกับคนพิการและครอบครัวคนพิการ ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหา

ความต้องการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ต่อไป

**กลยุทธ์/เงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย มีดังนี้** (รัชนี สรรเสริญ และคณะ 2551: 216-218)

(1) โครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการ

- ผู้นำมีความตระหนักเห็นความสำคัญกับการพัฒนางานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
- กำหนดนโยบายและแผนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง หลักฐานที่เชื่อถือได้ และมีกระบวนการจัดทำแบบมีส่วนร่วม
- เผยแพร่ และชักจูงให้บุคลากรดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- จัดสรรหน่วยงานหลัก และทีมสุขภาพที่เป็นสหสาขาทีมรับผิดชอบงานคนพิการโดยตรง โดยกำหนดขอบเขตและกลไกการทำงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม
- พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางอย่างเป็นระบบ ชัดเจน และต่อเนื่อง
- ทำงานเป็นเครือข่ายสุขภาพ แบบหุ้นส่วนที่เข้มแข็งทั้งภายในและภายนอกองค์กร
- ระดมทุนส่งเสริมและสนับสนุนจากภายในและภายนอกอย่างสม่ำเสมอ
- พัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่นำไปสู่การสร้างทีมงานที่เป็นหุ้นส่วน เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีความเข้มแข็ง และเป็นแบบอย่างของการพัฒนา

(2) การออกแบบกิจกรรมบริการ

- ให้บริการ “แบบองค์รวม” เน้นตอบสนองปัญหาและความต้องการของคนพิการ ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก
- ประยุกต์องค์ความรู้ และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการตัดสินใจพิจารณาออกแบบและปรับกิจกรรมบริการ
- ให้บริการแบบบูรณาการในแนวราบและแนวตั้งต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
- เน้นการบริการแบบเชิงรุก โดยคนพิการและครอบครัวคนพิการ
- พิทักษ์สิทธิ์ให้คนพิการให้ได้รับประโยชน์ตามชุดสิทธิประโยชน์

- จัดให้มีรูปแบบการบริการทางเลือกที่หลากหลาย ทั้งในและนอกสถานบริการ

(3) การเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลของภาคีหุ้นส่วน

- สร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ
- สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (CBR) ให้กับภาคีเครือข่าย
- เชื่อมต่อ (Connecting) และประสานความร่วมมือ (Coordination) กับเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจน
- ผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญในระดับอำเภอ
- สนับสนุนภายในชุมชนให้จัดการหรือป้องกันภาวะความพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) การจัดการระบบสารสนเทศ

- มีระบบข้อมูลสารสนเทศการจัดการงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างครบวงจร ที่สามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลง และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้วางแผนอย่างเป็นรูปธรรม
- ปรับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน

(5) การจัดการความรู้

- จัดให้มีกระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นระบบในองค์กร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานอย่างชัดเจน
- สนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม
- ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างอำเภอและท้องถิ่น

(6) การประเมินคุณภาพบริการ

- ควรมีการประเมินตนเองโดยทีมงาน เพื่อวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

- ควรมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนตามความเป็นไปได้ของเป้าหมายสูงสุดแต่ละระยะของคนพิการแต่ละคน ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การช่วยเหลือตนเอง จิตสังคม เป็นต้น

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

#### *2.1.1 ความหมายของความพิการ*

นิยามคนพิการหรือความพิการของแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทัศนคติ ประสบการณ์ ตลอดจนกฎหมายของแต่ละสังคม การกำหนดความหมายของคนพิการดังกล่าว ก็เพื่อให้สังคมเข้าใจร่วมกันตามหลักการเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงคนพิการหลายคนมีความสามารถเทียบเท่าคนทั่วไป เพียงแต่คนพิการต้องใช้ความพยายามมากกว่าคนทั่วไป เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นๆอย่างปกติ หน่วยงานต่างๆที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ กำหนดความหมายของคนพิการ หรือความพิการแตกต่างกัน เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานให้บริการแก่คนพิการ ซึ่งสามารถรวบรวมความหมายต่างๆของคนพิการ ได้ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations 1983: 2-3) ได้ระบุว่า คนพิการ (disabled person) หมายถึง คนที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมดหรือบางส่วนที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต หรือการใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องทางกายหรือจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 124 ตอนที่ 64ก 2550: 8) บัญญัติไว้ในมาตรา 4 ว่า “คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นกรณีพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

วริยาภรณ์ พรนภดล (2544: 12) ได้ให้ความหมายคนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งเสื่อมสมรรถภาพและขาดโอกาสที่จะทำงานประกอบอาชีพ อันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างคนปกติ

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้ให้ความหมายของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวว่า เป็นคนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2534: 15)

จากความหมายต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ หรือมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาทางใดทางหนึ่งหรืออาจหลายอย่างร่วมกัน ทั้งนี้ไม่ว่าจะพิการมาแต่กำเนิดหรือพิการภายหลัง ซึ่งอาจเกิดจากโรคภัยหรืออุบัติเหตุก็ได้เช่นกัน ส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การศึกษา การมีส่วนร่วมในสังคม และการดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตได้อย่างคนปกติ ซึ่งบุคคลเหล่านั้นมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง รวมทั้งได้รับโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพในแนวทางที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

***2.1.2 ประเภทของคนพิการและความพิการ***

การจัดประเภทคนพิการ อาจพิจารณาจากเกณฑ์ต่อไปนี้ (สำนักคณะกรรมการข้าราชการครู กระทรวงศึกษาธิการ 2543: 7)

*1) สาเหตุของความพิการ* ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นในวัยเด็ก ความพิการจากสงคราม อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ อุบัติเหตุบนท้องถนน ในบ้าน ขณะเล่นกีฬา และความเจ็บป่วยหรือโรค

*2) ลักษณะของความพิการ* ได้แก่ เกี่ยวกับกระดูก ตาบอด หูหนวก บุคคลที่พิการในการพูด บุคคลที่ป่วยเนื่องจากโรคประสาท วัณโรค อัมพาต ปัญญาอ่อน และอื่นๆ

*3) การสูญเสียความพิการเป็นร้อยละ* โดยพิจารณาจากการใช้งานของอวัยวะ ความสามารถที่จะทำงาน การไร้ความสามารถ และอื่นๆ

*4) ผลของความพิการ* ที่มีต่อความสามารถในการไปรับจ้าง

ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิก (2551: 13-16) ได้ระบุประเภทของคนพิการดังนี้ คือ

*1) คนพิการทางการมองเห็น*

*2) คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย*

*3) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว*

*4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม*

*5) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้*

*6) คนพิการซ้ำซ้อน*

**คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คือ**

(1) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

(2) คนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้ ทั้งนี้แบ่งระดับความผิดปกติเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ความผิดปกติระดับที่ 1 ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้
- ความผิดปกติระดับที่ 2 ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้
- ความผิดปกติระดับที่ 3 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง
- ความผิดปกติระดับที่ 4 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือแขน ขา เพียง 2 ข้าง
- ความผิดปกติระดับที่ 5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักมากกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

กิตติยา (นรามาศ) รัตนากร (2531: 10-22) ได้กล่าวถึงประเภทของความพิการแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

*1) ความพิการทางกาย* (Physical Disability) หรือที่ทางการแพทย์เรียกว่า Functional Disability คือ ผู้ที่มีอวัยวะบางส่วนของร่างกายไม่ทำตามหน้าที่ ความพิการทางกาย

ส่วนมากเป็นลักษณะที่ปรากฏให้เห็นโดยชัดเจนทางสรีระ เช่น ความพิการแต่กำเนิด ความพิการอันเกิดมาจากความเจ็บป่วย ความพิการจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

*2) ความพิการทางจิต* (Mental Disability) ความพิการทางจิตนี้รวมไปถึงความพิการทางสมองด้วย เช่น การเป็นโรคจิต โรคประสาท บุคลิกภาพผิดปกติ ปัญญาอ่อน ภาวะระแวง การติดยาเสพติด เป็นต้น

*3) ความพิการทางสังคม* (Social Disability) ความพิการด้านนี้ไม่เป็นความพิการที่มีการสูญเสีย หรือมีความบกพร่องทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน แต่จะเป็นความพิการในลักษณะของความเสียเปรียบ และความด้อยโอกาส เช่น ด้านสภาพความเป็นอยู่ (ขอทาน ผู้ยากไร้ คนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่ง) ด้านพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ (อันธพาล โสเภณี คนเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ติดยาเสพติด) เป็นต้น

โดยชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงว่าความพิการทั้ง 3 ประเภท คือ ความพิการทางกาย ความพิการทางจิต และความพิการทางสังคมนั้น อาจเป็นความพิการที่มีลักษณะส่งผลต่อเนื่องซึ่งกันและกัน หรือมีลักษณะควบคู่ไปด้วยกันก็ได้ หรือคนพิการหนึ่งๆอาจมีความพิการทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคมในเวลาเดียวกันก็ได้

***2.1.3 สาเหตุของความพิการทางร่างกาย*** มีดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2535: 1-3)

*1) พิการแต่กำเนิด* ซึ่งมีทั้งที่เกิดจากกรรมพันธุ์ เช่น โครโมโซมผิดปกติคู่ที่ 20 ทำให้เกิดความพิการซ้อน ตาบอดหูหนวกร่วมกับร่างกายเตี้ยแคระ เป็นต้น (พูนพิศ อมาตยกุล และคณะ 2545: 12) และที่มิได้เกิดจากกรรมพันธุ์ เช่น กินยาแก้แพ้ทาลิโดไมด์ระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้เกิดแขนขาด้วน หรือท่าทางของเด็กในครรภ์ที่ผิดปกติ ทำให้การเจริญของเด็กในครรภ์ผิดปกติไปด้วย เช่น เด็กที่คลอดออกมามีคอเอียง หรือเท้าบิดข้างใน เป็นต้น (สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2531: 83-84)

*2) โรคติดต่อ* โดยเชื้อโรคได้เข้ามาสู่ร่างกายแล้วแพร่ขยายหรือทำลายอวัยวะต่างๆจนเกิดความพิการขึ้นอย่างถาวร ได้แก่ เชื่อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อพยาธิ เป็นต้น โรคเหล่านี้มักไปทำลายอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองและไขสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายเสียไป กลายเป็นผู้พิการทางกาย เช่น เชื้อโปลิโอ เป็นต้น (พูนพิศ อมาตยกุล และคณะ 2545: 13)

*3) โรคที่ไม่ติดต่อ* ได้แก่ โรคระบบทางการเคลื่อนไหว เช่น ปวดข้อ ปวดหลัง กล้ามเนื้ออัมพาต ความพิการของกระดูก เป็นต้น

*4) โรคพิษสุราเรื้อรังและติดสารเสพติดชนิดต่างๆ* โดยอาการเริ่มต้นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อุปนิสัย และบุคลิกลักษณะ ในระยะหลังจะเริ่มมีอาการอัมพาตของแขน ขา แขนขาอ่อนกำลัง และทรงตัวไม่อยู่เพราะประสาทของแขนขาไม่ทำงานร่วมกัน (สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2531: 72)

*5) ภยันตรายต่างๆ และการบาดเจ็บ* ได้แก่ ภยันตรายที่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุจากการเดินทาง จากการทำงาน และจากการทะเลาะวิวาท เป็นต้น ก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะและโครงสร้างของร่างกายผิดรูปไป

*6) ภาวะทุพโภชนาการ* เกิดจากการขาดสารอาหารหมู่ต่างๆที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและการสร้างพลังงานของร่างกาย ทำให้เกิดโรคขาดอาหาร มีผลทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตตามปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และสติปัญญาทึบ

*7) สาเหตุอื่นๆ* เช่น

(1) ความชราของผู้สูงอายุ หรืออาจเกิดจากโรคหรือความเสื่อมของข้อเข่า ข้อสะโพก กระดูกสันหลังจึงมีผลทำให้เคลื่อนไหวลำบาก หรือเกิดอาการเจ็บปวดทรมาน

(2) การฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย เช่น การผูกคอตาย ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้เป็นโรคอัมพาต

(3) อาชญากรรม เช่น การถูกยิงตรงไขสันหลังทำให้เป็นอัมพาต

(4) การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี เช่น กินยา ฉีดยาผิด ฯลฯ

***2.1.4 การจำแนกระดับความผิดปกติของคนพิการทางร่างกาย***

ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 สามารถจำแนกได้ 5 ระดับ ตามลักษณะภายนอกของร่างกาย และการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว

<u>ระดับที่หนึ่ง</u> ความผิดปกติ หรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ร่างกายแคระเตี้ย

<u>ระดับที่สอง</u> ความผิดปกติ หรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ลำตัว มือ แขน หรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ เช่น ขาเป๋ เท้าปุก (club foot) ทำให้การเดินไม่ปกติ

<u>ระดับที่สาม</u> การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือ 2 รยางค์ (แขน หรือขา น้อยกว่า 2 ข้าง) เช่น ผู้ที่แขน หรือขาถูกตัด 1 ข้าง (amputation)

ระดับที่สี่ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ 2 รยางค์ (แขน หรือ ขาเพียง 2 ข้าง) เช่น ผู้ที่อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia)

ระดับที่ห้า การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ 2 รยางค์ (แขน หรือ ขา มากกว่า 2 ข้าง) เช่น ผู้ที่อัมพาตทั้ง 2 แขน 2 ขา (quadriplegia)

สำหรับคนพิการทางร่างกายที่ต้องการเอกสารรับรองความพิการ การออกเอกสารจะกระทำได้ต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติแล้ว แต่ความผิดปกติดังกล่าวยังคงอยู่หรือเป็นผู้ที่มีความผิดปกติระดับที่ 3 ขึ้นไป สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่รักษาไม่ได้แล้ว เช่น แขน ขาขาด แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้พิการตามกฎหมายและออกเอกสารรับรองความพิการได้ทันที แต่หากผิดปกติหรือความบกพร่องนั้นอาจดีขึ้นได้เองตามธรรมชาติ (natural recovery) เช่น อัมพาตครึ่งซีก ฯลฯ คนพิการต้องผ่านการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน แพทย์จึงจะออกเอกสารรับรองความพิการได้ (วีระมล กาสีวงศ์ 2541: 10-11) และสามารถนำเอกสารรับรองความพิการนี้มาใช้เป็นหลักฐานการประกอบการยื่นจดทะเบียนคนพิการ เพื่อรับรองสิทธิ์ในการสงเคราะห์ พัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้ต่อไป (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2534: 27-30)

**2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ**

***2.2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ***

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ได้มีผู้กล่าวถึง และให้คำอธิบายแตกต่างกัน ดังนี้

นิยดา หว่านชัยสิทธิ์ (2543: 17) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพว่าเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ผู้พิการได้ก้าวถึงระดับสูงสุดของสมรรถภาพด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม โดยสามารถดำรงชีวิตในระดับสูงสุดไว้ได้ต่อไป ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องครอบคลุมถึงมาตรการต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดสมรรถภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะชดเชยการสูญเสียสมรรถภาพนั้นๆ

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้ให้ความหมายของ “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ว่า เป็นการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และทางการอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสมีงานทำ หรือดำเนินชีวิตในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติ

ทวี เชื้อสุวรรณ (2548: 20) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพว่า เป็นโปรแกรมที่เอาวิธีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ อาชีพ และจิตสังคมเข้าไว้ด้วยกันในลักษณะที่เป็นองค์รวม เพื่อเสริมสร้างให้ผู้พิการได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่

International Labour Office (1973: 1) ได้ให้คำนิยามของการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

*1) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์* ได้แก่ การใช้หลักทางการแพทย์ทุกอย่างเพื่อที่จะให้คนพิการคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ซึ่งหลักการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในสาขาแพทย์ทางกายภาพ (Physical Medicine) ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยา หรือด้วยการผ่าตัดที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ

*2) การฟื้นฟูสมรรถภาพในแบบของสังคมสังเคราะห์* คือ การปรับสภาพคนพิการให้กลับคืนสู่การใช้ประโยชน์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม ทางเศรษฐกิจ และการอาชีพให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ถ้าสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง ก็จะต้องหาวิธีให้คนพิการได้ฝึกใช้อวัยวะหรือความสามารถอื่นๆในการปฏิบัติงานแทนความสามารถเดิมที่ได้เสียไป

ขนิษฐา เทวินทรกิตติ (2539: 11) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นวิธีการที่กำหนดขึ้นโดยมุ่งหวังให้บริการแก่บุคคลที่มีความเจ็บป่วยและพิการ ให้ได้รับการปรับสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา และเศรษฐกิจ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติหน้าที่การงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ตามอัตภาพของแต่บุคคล และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น จะมุ่งเป้าหมายโดยเฉพาะที่ผู้พิการแต่ละราย และต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ให้เหมาะสมกับสภาพความพิการที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และที่สำคัญจะต้องอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาชีพหลายฝ่าย รวมทั้งจากตัวผู้พิการ ครอบครัวผู้พิการ และคนในชุมชนของผู้พิการ

สรุปว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการเสริมสร้างความสามารถแก่ผู้พิการเพื่อให้ผู้พิการได้กลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่ทำได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโอกาสในการทำงานและสามารถดำรงชีวิตในสังคมเช่นเดียวกับคนทั่วไป โดยการพัฒนาทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม เพื่อช่วยพัฒนาผู้พิการ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาชีพหลายฝ่าย รวมทั้งตัวผู้พิการ ครอบครัว และคนในชุมชนของผู้พิการ

### *2.2.2 ประเภทของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ*

ตามหลักสากลที่ใช้กันโดยทั่วไป ได้จำแนกบริการฟื้นฟูสมรรถภาพออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

*1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์*

เป็นบริการช่วยเหลือแก่ผู้พิการตามกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการบำบัดรักษา การป้องกัน การปรับสภาพ แก้ไขความพิการ และเสริมสร้างสมรรถภาพผู้พิการให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างคนทั่วไปหรือใกล้เคียงมากที่สุด ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ (ขนิษฐา เทวินทรกิตติ 2540: 52)

*2) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา*

เป็นการจัดการศึกษาให้แก่ผู้พิการให้ได้รับการศึกษาเช่นเดียวกับคนทั่วไป โดยให้ได้รับสิทธิ โอกาส และบริการการศึกษาตามความสามารถและเหมาะสมกับสภาพความพิการ ซึ่งการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษานั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเอง เสริมสร้างสติปัญญา พัฒนาความสามารถ/บุคลิกภาพ สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมและพัฒนาตนเองได้ต่อไป (ขนิษฐา เทวินทรภักดี 2540: 53)

*3) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ*

เป็นบริการช่วยเหลือแก่ผู้พิการในวัยทำงาน ในลักษณะของการฝึกอบรมและการเตรียมความพร้อมในงานอาชีพตามแนวถนัด ตามความสามารถที่เหมาะสมกับสภาพความพิการของแต่ละคน (รวมพร ถาวรอนุกูลกิจ 2538: 58) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้พิการมีความรู้ความสามารถในสาขาอาชีพ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง และครอบครัวได้ (กาญจนา เส็งผล 2541: 36)

*4) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสังคม*

เป็นบริการช่วยเหลือผู้พิการให้มีความเข้าใจต่อสภาพปัญหา และชี้แนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้ผู้พิการเกิดการยอมรับสภาพความเป็นจริงอันนำไปสู่การปรับตัว และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ รวมทั้งสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้เช่นเดียวกับคนทั่วไป (ขนิษฐา เทวินทรภักติ 2539: 61)

ในบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ประเภทนั้น กล่าวได้ว่า บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพเปรียบเสมือนผลรวมของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งหมดไว้ด้วยกัน เพราะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ นอกจากจะช่วยทำให้ผู้พิการสามารถทำงานประกอบอาชีพได้แล้วนั้น ยังสะท้อนให้เห็นถึงผลของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การศึกษา และสังคม ว่าผลที่สุดจากการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านต่างๆ จนสามารถประกอบอาชีพเช่นเดียวกับคนทั่วไปได้นั้น ผู้พิการมีความสามารถในการดำรงชีวิตและการทำงานมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เพราะ

การทำงานจะสามารถแสดงให้เห็นถึงผลรวมของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการปรับตัวทั้งหมดของผู้พิการ (รวมพร ถาวรอนุกูลกิจ 2538: 58)

***2.2.3 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ***

ขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540: 72) ได้กล่าวถึง กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ว่า จะเริ่มต้นตั้งแต่ที่ผู้ป่วยก้าวเข้ามาในโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับอันตรายครั้งแรกจากการเกิดโรค หรือเริ่มมีอาการที่ทำให้เกิดการเสื่อมสลาย หรือสูญเสียระบบอวัยวะของร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ต้องให้การดูแลจนกระทั่งกลับบ้าน และติดตามดูแลให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตลอดไป หรือจนกระทั่งผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมอีก มากบ้าง น้อยบ้าง ตามแต่สภาพความจำเป็นของแต่ละบุคคล อีกทั้งยังต้องมีการดูแลติดตามผล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและให้ได้ผลอย่างจริงจัง โดยมีนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation Counselor) ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้พิการให้ได้รับบริการต่างๆที่จำเป็นและเป็นที่ต้องการ รวมถึงประสานงานและส่งต่อระหว่างบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละประเภททั้งทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม โดยดำเนินตามกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Keith C. Wright and E. Davis Martin 1999: 119-128) ดังนี้

**ขั้นที่ 1** การค้นหาผู้พิการเพื่อมารับบริการ (การสมัคร / ส่งต่อ)

การสมัครเพื่อรับบริการเป็นสิ่งจำเป็นในการขอรับบริการความช่วยเหลือจากรัฐ ดังนั้น ตัวแทนที่จัดหาบริการ และนักวิชาชีพที่ทำงานด้านคนพิการ หรือนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพจึงจำเป็นต้องดำเนินการค้นหาผู้พิการ ซึ่งขั้นตอนการค้นหาผู้พิการนี้จะช่วยคัดกรองได้ว่าบุคคลใดที่จะอยู่ในช่วงจำเป็น และสมควรได้รับสิทธิ์มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การค้นหาผู้บริการทำได้โดยค้นหาจากทะเบียน หรือการส่งต่อจากตัวแทนที่จัดหาบริการแก่ผู้พิการ

**ขั้นที่ 2** การประเมินและวินิจฉัย

ผู้พิการจะได้รับการประเมินทั้งด้านการแพทย์ จิตวิทยา สังคม การศึกษา เศรษฐกิจ และอาชีพ ซึ่งนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพจะใช้ประโยชน์จากการประเมินทั้งหลายเหล่านี้ในการทำความเข้าใจผู้พิการ ด้านความสามารถและข้อจำกัดของร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ ทัศนคติ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสามารถในการเรียนรู้ เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาและวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

**ขั้นที่ 3** การจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคล

การจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคลนี้ จะช่วยยืนยันว่า ผู้พิการเข้าใจบริการต่างๆของตัวแทนที่จัดหาบริการ รวมทั้งกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง

**ขั้นที่ 4** การจัดหาบริการ

นักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องประสานงานกับนักวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้พิการได้รับบริการที่จำเป็น และให้คำแนะนำแก่ผู้พิการที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม

**ขั้นที่ 5** การจัดหางานและติดตามผล

ขั้นสุดท้ายของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การช่วยผู้พิการให้ได้งานที่เหมาะสมโดยนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพต้องประเมินอาชีพให้แก่ผู้พิการเกี่ยวกับความถนัด ความสนใจในอาชีพ และพิจารณาว่าผู้พิการพร้อมที่จะทำงานแล้วหรือยัง รวมทั้งบริการต่างๆที่ระบุในแผนที่ฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคลเพียงพอต่อการทำงานหรือไม่ นักให้คำปรึกษาอาจเตรียมความพร้อมของผู้พิการสำหรับการสัมภาษณ์งาน ฝึกทักษะการหางาน ส่งต่อผู้พิการไปยังหน่วยงานบริการจัดหางานของรัฐ หรือไปกับผู้พิการเพื่อติดต่อกับนายจ้างโดยตรง และมีการติดตามผลหลังจากที่ได้งานแล้ว โดยมีการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้พิการ

สรุปได้ว่า กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การค้นหาผู้พิการเพื่อมารับบริการ การประเมินและวินิจฉัย การจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคล การจัดหาบริการ และสุดท้ายการจัดหางานและติดตามผล โดยมีนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้ผู้พิการได้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

### *2.2.4 บุคคลที่มีบทบาทในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ*

สำหรับบุคคลที่มีบทบาทในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหลักจะประกอบด้วย นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ครอบครัว และชุมชนของผู้พิการ ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

*1) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู* เป็นผู้ประเมินความสามารถ ปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วยหรือผู้พิการแต่ละบุคคล และตั้งเป้าหมายของการรักษาร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ตลอดจนพิจารณาความจำเป็นของการใช้ยาและกายอุปกรณ์เสริม โดยระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีการแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้การรักษาถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หน้าที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คือ เป็นผู้ประสานงานให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการเป็นไปอย่างราบรื่น

*2) นักกายภาพบำบัด* เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้พิการ เกี่ยวกับการบำบัด การป้องกัน การแก้ไข และการฟื้นฟูการเสื่อมสภาพหรือความพิการของร่างกายและจิตใจด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด เช่น การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดเกี่ยวกับความร้อนบำบัดรักษาเพื่อให้ลด

ความเจ็บปวดหรือช่วยทำให้เอ็นหย่อนตัวหรือลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ หรือการใช้เครื่องมือกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า กระตุ้นให้กล้ามเนื้อยังคงมีสภาพเดิมที่จะหดตัวและคลายตัวได้ เพื่อรอการกลับคืนมาของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายเพื่อการรักษาของแต่ละปัญหา (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2532: 21)

*3) นักกิจกรรมบำบัด* เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและฝึกผู้ป่วยหรือผู้พิการในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลตนเองในการรักษาความสะอาดของร่างกายในการอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การขับถ่าย การแต่งกาย การกินอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดยังมีหน้าที่จัดเตรียมกายอุปกรณ์เสริมของแขนและมือ เพื่อให้เหมาะสมกับระยะต่างๆของโรคนั้น เช่น ทำ static splint ให้ผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ ตลอดจนประยุกต์กิจกรรมหรืองานที่เหมาะสมด้วยวิธีทางกิจกรรมบำบัด ที่จะเป็นการฟื้นฟูการทำงานของกล้ามเนื้อแขนหรือนิ้วมือ ให้มีกำลัง ให้มีการประสานงานที่ดี และให้มีความคงทนที่ดี (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2532: 22)

*4) พยาบาลทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู* เป็นพยาบาลซึ่งนอกจากจะมีความรู้ทางการพยาบาลทั่วไปแล้ว ยังได้รับการฝึกอบรมให้สามารถดูแลแลฝึกฝนผู้ป่วยซึ่งเป็นคนพิการให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันสำหรับตนเองได้ด้วย เช่น จัดฝึกอบรมให้ผู้ป่วยหรือผู้พิการรับประทานอาหาร การแต่งตัว ดูแลท่านั่งท่านอนให้ถูกต้องเพื่อมิให้มีอาการข้อยึด และแผลนอนกดทับ การลงจากที่นอน การใช้รถเข็น การเข้าห้องน้ำ การแนะนำการกลั้นและถ่ายปัสสาวะในผู้พิการอัมพาตครึ่งตัว เป็นต้น (รวมพร ถาวรอนุกูลกิจ 2538: 43)

*5) นักแก้ไขการพูด* เป็นบุคลากรที่มีความสามารถในการประเมินและตรวจสอบความพิการหรือความบกพร่องเกี่ยวกับการพูด ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อของผู้พิการ และสามารถให้การฝึกฝนการพูดสำหรับผู้พิการจากสาเหตุต่างๆ เช่น การบำบัดและฝึกให้ในรายที่พูดติดอ่าง ผู้ป่วยที่เพดานโหว่ทำให้พูดไม่ชัด ผู้ป่วยที่เป็นเส้นเลือดสมองอุดตันทำให้พูดไม่ได้ แต่เข้าใจคำพูดที่ผู้อื่นพูด เป็นต้น นักแก้ไขการพูดจะเป็นผู้วางแนวทางแก้ไขและฝึกการพูดให้กับผู้พิการ (รวมพร ถาวรอนุกูลกิจ 2538: 42- 43)

*6) นักจิตวิทยา* จะเป็นผู้ทดสอบและประเมินสภาพเกี่ยวกับระดับสติปัญญา อารมณ์ และบุคลิกภาพของผู้พิการ เพื่อประกอบการพิจารณาวางแผนในการปรับภาวะทางจิตของผู้พิการบางคนให้สามารถปรับตัวหรือยอมรับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับความพิการของตนได้ ดังนั้น นักจิตวิทยาจึงเป็นผู้ดูแลผู้พิการทางด้านจิตใจ ให้เกิดความหวังและกำลังใจเพื่อต่อสู้กับความพิการต่อไป (รวมพร ถาวรอนุกูลกิจ 2538: 42)

*7) นักสังคมสงเคราะห์* เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดูแลในด้านสวัสดิการ การแก้ไขปัญหาด้านส่วนตัว ครอบครัว และสังคม โดยทำงานและประสานการทำงานร่วมกับนักวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อให้ผู้พิการได้รับสวัสดิการ (ขนิษฐา เทวินทรภักติ 2539: 47)

*8) นักอาชีวบำบัด* บุคลากรผู้นี้จะไม่มีบทบาทในช่วงแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่าใด แต่จะมีบทบาทเมื่อผู้ป่วยหรือผู้พิการได้รับการรักษาอาการดีขึ้นแล้ว จนอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และสมควรได้รับการฝึกงานอาชีพตามความเหมาะสมกับความสามารถของเขาในปัจจุบัน เช่น ผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งท่อนไม่สามารถประกอบอาชีพที่ต้องใช้ขาที่จะเดิน อาจเปลี่ยนเป็นมาทำงานนั่งโต๊ะ เช่น งานเสมียน ช่างซ่อมวิทยุหรือเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2542: 25)

*9) นักกายอุปกรณ์เทียมและนักกายอุปกรณ์เสริม* เป็นผู้จัดการเรื่องอุปกรณ์ทั้งสร้าง แก้ไข และให้คำแนะนำแก่ผู้พิการที่ต้องการเครื่องดาม หรือกายอุปกรณ์เสริมในการที่จะช่วยฝึกให้ใช้อวัยวะนั้นได้ดีขึ้น หรือการใช้อุปกรณ์เทียม เช่น แขนขาเทียม เพื่อชดเชยแขนขาที่สูญเสียไป และช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เป็นต้น โดยนักกายอุปกรณ์เทียมและนักกายอุปกรณ์เสริมเหล่านี้จะทำงานร่วมกับแพทย์โรคกระดูก และนักกายภาพบำบัด (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2542: 25)

*10) ครูการศึกษาพิเศษ* มีหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ทางด้านวิชาการแก่นักเรียนและนักศึกษาพิการ โดยได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และวิธีสอนเด็กพิการ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) และบริการสนับสนุนทางด้านการศึกษาอื่นๆ เพื่อช่วยนักเรียนและนักศึกษาพิการให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการศึกษาได้สำเร็จ เช่น การให้ความช่วยเหลือในการปรับตัวทางด้านการเรียนและสังคม ทั้งนี้ ครูการศึกษาพิเศษสามารถจำแนกได้เป็นหลายประเภท เช่น ครูประจำชั้นพิเศษ ครูเสริมวิชาการ ครูเดินสอน เป็นต้น (พูนพิศ อมาตยกุล และคณะ 2545: 128-129)

*11) นักให้คำปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ* เป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่เป็นผู้พิการ โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา และทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อประเมินความต้องการของผู้พิการ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมหรือวางแผนเพื่อให้ผู้พิการได้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ โดยเฉพาะจัดหาบริการต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้พิการ ซึ่งอาจรวมไปถึงบริการติดตามผล (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2532: 29)

*12) ครอบครัวของผู้พิการ* ได้แก่ ญาติพี่น้อง คู่สมรส บุตร เป็นต้น ซึ่งบุคคลดังกล่าวนี้มีบทบาทต่อเนื่องมาตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งผู้พิการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ได้แก่ การดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การพามาที่โรงพยาบาล เพื่อการรักษาหรือ

การติดตามการรักษาตามกำหนดที่แพทย์นัดตรวจ ตลอดจนการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้พิการเพราะพวกเขาก็มีความเครียดต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของตนเองอยู่แล้ว ครอบครัวจึงควรมีความเข้าใจยอมเป็นผู้ที่รับฟังปัญหาและให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยหรือผู้พิการมาปรับทุกข์ หรือเมื่อผู้พิการแก้ไขปัญหาของตนเองไม่ได้ (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2532: 30)

*13) เพื่อน / เพื่อนร่วมงาน* เป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้พิการมีกำลังใจที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากผู้พิการอยู่ท่ามกลางบุคคลที่เข้าใจ ให้ความรู้สึกยอมรับและคอยช่วยเหลือ จะทำให้ผู้พิการสามารถทำงานตามความสามารถได้อย่างเต็มที่ แต่ถ้าหากเพื่อน / เพื่อนร่วมงานมีความรังเกียจที่ทำงานร่วมกับผู้พิการ รังเกียจบุคลิกหรือใบหน้าที่มีรูปลักษณะเปลี่ยนไปหรือดูถูกความสามารถของผู้พิการ เห็นเขาไม่สมประกอบ นำเอาความพิการของเขามาล้อเลียนอาจทำให้ผู้พิการมีความรู้สึกหวาดระแวง ไม่อยากทำงาน และในที่สุดไม่สามารถทำงานได้ (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2532: 30-31)

*14) ชุมชนของผู้พิการ* ได้แก่ เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชนที่ผู้พิการอาศัยอยู่ ซึ่งทัศนคติและท่าทีการแสดงออกของบุคคลกลุ่มนี้มีความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้พิการ เช่น การมีเพื่อนบ้านที่เข้าใจและให้โอกาสกระทำด้วยความเข้าใจ เห็นใจและยอมรับความสามารถ การไม่พูดจาดูถูก ประชด หรือก้าวร้าว ทำให้ผู้พิการรู้สึกมีกำลังใจ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ 2532: 30-31)

โดยสรุป บุคลากรนักวิชาชีพที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักกายอุปกรณ์เทียมและกายอุปกรณ์เสริม ครูผู้สอน ครูการศึกษาพิเศษ และนักให้คำปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ต่างก็มีบทบาทหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยมีวิธีการดำเนินการที่แตกต่างกันตามแต่ละสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ครอบครัว เพื่อน และชุมชนของผู้พิการ ก็มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกันในการช่วยทำให้ผู้พิการให้มีสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น

**2.3 แนวคิดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ**

การที่คนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมในด้านต่างๆได้นั้น ส่งผลให้คนพิการไม่สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ และเกิดความไม่เสมอภาคหรือเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป ซึ่งปัจจุบันแนวคิดในการทำงานด้านคนพิการ จึงให้ความสำคัญในเรื่องการเข้าถึงบริการ เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระมากขึ้น และมีสภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ที่ทำให้คนพิการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีของตนเอง รวมทั้งยังเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศต่อไปอีกด้วย

จากการศึกษา ค้นคว้า เอกสาร บทความ และงานเขียนของผู้ที่ได้ทำการศึกษาถึงเรื่องการเข้าถึงบริการ พบว่า มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การเข้าถึงไว้แตกต่างกัน ทั้งนี้ใช้รากศัพท์จากภาษาอังกฤษ คือ Access หรือ Accessibility

อุบลพันธ์ วัฒนา (2546: 14) การเข้าถึง หมายถึง การกระทำที่นำไปสู่จุดหมาย วิธีที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย และสิทธิการเข้าถึง (The right to enter, approach, or use; admittance)

ขนิษฐา เทวินทรภักดี (2539: 8) การเข้าถึง หมายถึง “สิ่งอำนวยความสะดวก” คือ วิถีทางหรือวิชาการในการที่จะได้รับความสะดวก เพื่อเข้าถึงการใช้ประโยชน์และสิทธิในการได้รับบริการด้านสาธารณะ อาคารสถานที่ต่างๆ รวมทั้งการเข้าถึงบริการด้านการศึกษา การเข้าสู่อาชีพและการมีงานทำ ด้านที่พักอาศัย บริการขนส่งสาธารณะต่างๆ และการปรับปรุงข่าวสารโดยต้องอาศัยสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นสิ่งเฉพาะสำหรับคนหูหนวก ตาบอด เป็นต้น

จิราลักษณ์ จงสถิตมั่น (2542: 8-10) การเข้าถึง หมายถึง การที่ประชาชนซึ่งมีปัญหาความเดือดร้อนหรือความจำเป็น มีโอกาสทัดเทียมหรือไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ในอันที่จะได้รับบริการจากองค์กรที่ให้บริการสังคมในลักษณะที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความจำเป็นของตนเอง โดยที่องค์กรเหล่านี้จะต้องอำนวยความสะดวกต่างๆให้ประชาชนเท่าที่จะทำได้ และยังหมายรวมถึงการที่องค์กรบริหารสังคมมีนโยบายป้องกันแก้ไขปัญหาของประชาชนหรือตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนที่มาใช้บริการเป็นอย่างดี รวมทั้งมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก และจัดหาทรัพยากรเพื่อให้พร้อมที่จะให้บริการประชาชนด้วย

จุรีรัตน์ ผ่องแผ้ว (2533: 86-87) การเข้าถึง หมายถึง วิถีทาง หนทาง วิธีการในการเข้าหา การได้มา สิทธิในการใช้ หนทางในการใช้ประโยชน์ ความสะดวกในการใช้อาคารสถานที่ต่างๆ หรือความสามารถที่จะเข้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

อุบลพันธ์ วัฒนา (2546: 15) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สรุปจำแนกออกเป็น 5 ประเภท คือ

*1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่* (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างการบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

*2) การเข้าถึงแหล่งบริการ* (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการ และการเดินทางของผู้ใช้บริการ

*3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ* (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

*4) ความสามารถของผู้ป่วยที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ* (Affordability)

*5) การยอมรับคุณภาพของบริการ* (Acceptability) รวมถึง การยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

กล่าวโดยสรุป การเข้าถึงบริการ หมายถึง การเข้าใช้ประโยชน์ หนทาง หรือวิธีทางความสามารถของคนพิการที่เข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อที่จะลดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมทั่วถึง และเป็นธรรมให้แก่คนพิการในการเข้าถึงบริการทางสังคมด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ได้มากที่สุด

**ปัญหาอุปสรรคของคนพิการในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

ในทุกสังคมจะมีคนพิการจำนวนหนึ่งที่ดำรงชีวิตอย่างยากลำบาก ในบางครั้งเกิดการดูถูกเหยียดหยาม สังคมมีทัศนคติในทางลบต่อคนพิการ ทำให้คนพิการต้องเก็บตัวและเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคม ขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ ขาดโอกาสในการมีสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และไม่สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างคนทั่วไปด้วยสภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรค

กิตติยา (นรามาศ) รัตนากร (2531: 83-85) ได้กล่าวถึง ปัญหาอุปสรรคของคนพิการ เกิดจาก

*1) ปัญหาจากตัวคนพิการ* ซึ่งมีความรู้สึกและไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีความรู้สึกท้อแท้ แยกตัว และหลีกหนีจากสังคม ซึ่งทางสังคมจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ ยอมรับในความสามารถ และเปิดโอกาสให้คนพิการได้แสดงความสามารถเหมือนสมาชิกคนอื่นๆในสังคม

*2) ทัศนคติท่าทีของสังคมที่มีต่อคนพิการ* ซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคอย่างหนึ่งที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเข้าสังคมได้ ทั้งนี้เพราะทัศนคติของสังคมที่มีต่อคนพิการนั้นมักจะเป็นการตอบสนองเบื้องต้นต่อความพิการมากกว่าผลมาจากความสามารถของคนพิการ คนส่วนใหญ่จะมองว่า “ความพิการ” ที่ปรากฏนั้นเป็นสิ่งที่แสดงออกมาพร้อมกับปัญหา และความพิการทำให้มีข้อจำกัดของความสามารถ สิ่งที่มองเห็นคนพิการอันดับแรก คือ ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ ทัศนคติดั่งเดิมของสังคมที่มีต่อคนพิการค่อนข้างรุนแรง ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าคนพิการเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ เป็นคนมีบาป ไม่บริสุทธิ์ มีเวรกรรม น่าชิงชัง เป็นต้น

ศิริลักษณ์ มาปง (2551: 148-149) ได้กล่าวถึง ปัญหาอุปสรรคของคนพิการในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เกิดจาก

*1) ปัญหาของคนพิการ* เป็นปัญหาจากสภาพความพิการของตนเอง และอาจเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกอีกหลายๆอย่าง เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีค่าพาหนะในการเดินทางไปใช้บริการสถานบริการต่างๆเกี่ยวกับสวัสดิการที่ตนเองพึงจะได้รับ และต้องการให้สังคมมีเจตคติที่ดียอมรับในความสามารถของตนเอง รวมทั้งให้ภาครัฐ / เอกชนเพิ่มการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในทุกๆสถานที่ ซึ่งจะทำให้คนพิการสามารถออกมาใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้บ้าง

*2) ปัญหาจากครอบครัว* ส่วนใหญ่มีทางด้านเศรษฐกิจ ไม่มีพาหนะหรือค่าพาหนะในการพาคนพิการไปใช้บริการ ขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งบางครอบครัวมองว่าคนพิการนั้นเป็นภาระของคนในครอบครัว เนื่องจากบางรายไม่มีผู้ดูแลทำให้สมาชิกในครอบครัวจะต้องเสียเวลา และขาดรายได้มาดูแลคนพิการ ซึ่งเป็นปัญหากับคนพิการเอง

สรุปได้ว่า คนพิการส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เท่าเทียมกับคนปกติทั่วไปในสังคม เนื่องมาจากคนพิการเกิดปัญหาอุปสรรคหลายประการ อาจมีผลมาจากสภาพความพิการของตนเอง เจตคติในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อคนพิการ รวมทั้งเจตคติของคนพิการต่อสภาพความพิการและต่อสังคมยังไม่เหมาะสม เนื่องมาจากความขาดแคลน ความยากจน ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการยอมรับจากสังคม และขาดการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งสถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ และครอบครัว

**ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ**

คนพิการส่วนใหญ่ต้องการบริการที่ภาครัฐ / เอกชนจัดให้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน และไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันในสังคม ซึ่งความต้องการของคนพิการส่วนใหญ่มีความต้องการ คือ (ศิริลักษณ์ มาปง 2551: 38-39)

*1) ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์ความรู้ต่างๆ* เกี่ยวกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและข่าวสารทั่วไป เนื่องจากสังคมในยุคปัจจุบันเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่คนพิการจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละประเภทและแต่ละบุคคล

*2) ต้องการให้มีการพัฒนาเครื่องช่วยความพิการและกายอุปกรณ์* สำหรับคนพิการให้เหมาะสมกับความพิการแต่ละประเภท

*3) ต้องการให้มีการจัดสวัสดิการต่างๆ* เรื่องสิทธิ หน้าที่ โอกาส และความเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป แก่คนพิการ ครอบครัว ชุมชน และสังคม

*4) ต้องการให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ*

สรุปได้ว่า คนพิการมีความต้องการบริการภาครัฐ เช่น บริการสาธารณะในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ได้แก่ ห้องน้ำ ทางลาด ที่จอดรถ โทรศัพท์ และให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารความรู้ต่างๆที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการพัฒนาเครื่องช่วยความพิการและกายอุปกรณ์ให้มีความสะดวกในการใช้งานที่ตรงกับสภาพความพิการ และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการต่างๆ ส่วนภาคเอกชนนั้นมีความต้องการให้มีการสนับสนุนทรัพยากรในการประกอบอาชีพ และทุนประกอบอาชีพ เป็นต้น

## 3. การจัดการสถานีอนามัย

การจัดการสถานีอนามัย จะกล่าวถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัย การบริหารงานของหัวหน้าสถานีอนามัย และมาตรฐานของสถานีอนามัย ดังต่อไปนี้

### 3.1 บทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัย

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับรากหญ้าของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเรียกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Health auxiliary) หรือที่ประชาชนให้สมญานามว่า “หมออนามัย” ทำหน้าที่ให้บริการและจัดการงานสาธารณสุขที่เรียกว่า บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) แก่ประชาชนและชุมชนเพื่อสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนในชุมชน สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย งานบริการสาธารณสุข งานสนับสนุน งานสาธารณสุขมูลฐาน และงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2542: 143)

***3.1.1 งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่*** ดังต่อไปนี้

*1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ* ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนากลวิธีเชิงรุกที่เหมาะสม ได้แก่

(1) การบริการอนามัยแม่และเด็ก

(2) การบริการวางแผนครอบครัว

(3) การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน

(4) การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป

(5) การบริการทันตสาธารณสุข

(6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

*2) ด้านรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ และดูแลผู้ป่วยพิการ* ประกอบด้วย

(1) เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไป โรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น คัดกรองผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติภัย นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยพิการโดยจัดระบบส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

(2) ขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล การชันสูตรทางห้องปฏิบัติ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม เป็นต้น

(3) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ ตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539

*3) ด้านควบคุมและป้องกันโรค*

(1) การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มโรคติดต่อ กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีน และการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ

(2) การอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย การจัดหาน้ำสะอาด งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม งานสุขาภิบาลอาหาร และงานอาชีวอนามัย

*4) งานฟื้นฟูสภาพดูแลผู้ป่วยพิการเรื้อรัง*

*5) ด้านสนับสนุนบริการอื่นๆ*

***3.1.2 งานสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต***

*1) งานสาธารณสุขมูลฐาน* ได้แก่ พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนการให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

*2) การพัฒนาคุณภาพชีวิต วินิจฉัยปัญหาชุมชน และการจัดทำแผนแก้ปัญหา* โดยการประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ ตลอดจนควบคุมกำกับงานและประเมินผลความสำเร็จของงาน เพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ

***3.1.3 งานบริหาร***

สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล มีหัวหน้าสถานีอนามัยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน สายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งงานบริหารในสถานีอนามัยสามารถแยกประเด็นได้ ดังต่อไปนี้

*1) การบริหารงานทั่วไป*

(1) การบริหารงานบุคคล หัวหน้าสถานีอนามัยมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริหารบุคคลในสถานีอนามัย ตลอดจนการดำเนินการที่เกี่ยวกับสิทธิอันพึงมีพึงได้และความก้าวหน้าของข้าราชการ ประกอบด้วย การวางแผนอัตรากำลัง การบรรจุแต่งตั้ง การเลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปี การเลื่อนระดับ การย้าย การลา และวินัยข้าราชการ

(2) การบริหารงานพัสดุ หัวหน้าสถานีอนามัยมีหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานพัสดุ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ลักษณะงานเป็นงานที่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผน จัดหา (การซื้อ-การจ้าง) ควบคุมดูแลซ่อมบำรุง จำหน่าย การยืม การแลกเปลี่ยน และการเช่า

(3) การบริหารการเงิน สถานีอนามัยจะได้รับเงินจากโรงพยาบาลเครือข่ายที่โอนเป็นค่ารายหัวประชากรในเขตรับผิดชอบ โดยได้รับเงินจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน (Community based) และงบประมาณส่งเสริมป้องกันของสถานบริการเอง อีกทั้งทางสาธารณสุขอำเภออาจพิจารณาปรับเกลี่ยให้สถานีอนามัยต่างๆในเขตอำเภอเดียวกัน โดยคำนึงถึงความจำเป็นในการดำเนินงาน ฐานะการเงิน และการได้รับเงินบำรุงสถานบริการที่เรียกเก็บจากผู้มารับบริการที่สถานีอนามัย

*2) การวางแผนและประเมินผล* ประกอบด้วย การวางแผนและประเมินผลการวางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน การประสานข้อมูลข่าวสาร และระบาดวิทยา

*3) การประสานงานและประชาสัมพันธ์* ประกอบด้วย การประสานงานและประชาสัมพันธ์ การประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ

***3.1.4 งานวิชาการ***

ดำเนินการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่างๆในพื้นที่รับผิดชอบ (กระทรวงสาธารณสุข 2542: 143)

**3.2 หน้าและความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย**

***3.2.1 ตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัย หรือเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข*** ซึ่งมีหน้าที่วางแผนงานจัดระบบงาน กำหนดวิธีการทำงาน รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้งานสาธารณสุขดำเนินไปอย่างราบรื่น และบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ต้องมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์สูงในการบริหารจัดการงานสาธารณสุข โดยสามารถตัดสินและแก้ปัญหาการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

***3.2.2 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข*** ปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความรู้ในหลักวิชาการในการติดตามเฝ้าระวังการดูแลรักษาสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟู การดำเนินการเพื่อสนับสนุนการบำบัดรักษา และการบริการด้านสาธารณสุข โดยศึกษาวิเคราะห์วิจัยงานด้านสาธารณสุขและปัญหาชุมชน วางแผนพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ นิเทศ ติดตาม ประเมินผล การเผยแพร่ความรู้ด้านวิชาการ การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม งานอาชีวอนามัย งานสุขาภิบาลอาหาร การฝึกอบรมประชาชน อาสาสมัครในชุมชน และการจัดวางระบบบริการในพื้นที่รับผิดชอบให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนต้องประสานงานร่วมกับ 6 กระทรวงหลัก และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและสอดคล้องกับนโยบาย แผนงาน หรือโครงการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น เพื่อรองรับแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ

***3.2.3 ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน*** ปฏิบัติหน้าที่ใช้ความรู้ในเชิงปฏิบัติการ ใช้ความสามารถและความชำนาญจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สนับสนุนงานวิชาการ ดำเนินงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข เช่น งานด้านส่งเสริมสุขภาพ งานด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ งานด้านควบคุมและป้องกันโรค งานสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต การช่วยตรวจรักษาเบื้องต้น การช่วยชันสูตรและดูแลผู้ป่วยตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค เพื่อให้บรรลุกลุ่มเป้าหมายตามภารกิจหลัก ตามนโยบายและแผนงานที่ได้รับไว้

สถานีอนามัยมีภารกิจหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานด้านรักษาพยาบาล งานด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ และงานด้านควบคุมและป้องกันโรค งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการก็เป็นภารกิจหนึ่งของสถานีอนามัย ซึ่งในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 – 2554 กำหนดให้มีโครงการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับผิดชอบคือสป.สช. และโครงการส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้รับผิดชอบคือกระทรวงสาธารณสุข

**3.3 การจัดการงานของหัวหน้าสถานีอนามัย**

หัวหน้าสถานีอนามัยมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอ มีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาต่อเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบที่สำคัญ คือการจัดรูปแบบการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย มอบหมายบทบาทหน้าที่ และควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีอนามัยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนงานโครงการต่างๆ ภายใต้ทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่ หรือได้รับการจัดสรรและแสวงหาจากที่อื่นๆ

การจัดแบ่งหน้าที่และมอบหมายความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรอื่นๆของสถานีอนามัย ควรแบ่งตามความเหมาะสมของจำนวนและประเภทของบุคลากรที่มีอยู่ ให้สอดคล้องกับปริมาณงาน จำนวนหมู่บ้าน และประชากรที่สถานีอนามัยนั้นดูแลรับผิดชอบ จึงไม่สามารถกำหนดเป็นรูปแบบคงที่ได้

นอกจากนี้หัวหน้าสถานีอนามัยควรมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่

***3.3.1 ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา*** งานด้านสาธารณสุข ตลอดจนร่วมจัดทำแผนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

***3.3.2 เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข*** ตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย

***3.3.3 รับผิดชอบการนิเทศงาน*** สนับสนุน ช่วยเหลือการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบตลอดจนสถานีอนามัยลูกข่าย ในกรณีสถานีขนาดใหญ่

***3.3.4 ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย*** จากผู้บังคับบัญชา เช่น ฝึกอบรมนักศึกษาหลักสูตรต่างๆที่ถูกส่งตัวมาฝึกปฏิบัติงาน

***3.3.5 ร่วมเป็นกรรมการ*** ในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในฐานะตัวแทนโซน (กระทรวงสาธารณสุข 2542: 148)

ซึ่งพอสรุปได้ว่าหัวหน้าสถานีอนามัย มีบทบาทในการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขในสถานีอนามัย โดยบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารบุคคล การวางแผนเสนอขอ

อัตรากำลังคน การประเมินผลทดลองปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่บรรจุแต่งตั้งใหม่ การประเมินผลปฏิบัติงาน การประเมินบุคคล การย้าย ตลอดจนการควบคุมกำกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ในส่วนเกี่ยวกับการบริหารครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ การวางแผนจัดหา ควบคุม บำรุงรักษา การแลกเปลี่ยน ตลอดจนการจำหน่าย ครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ที่ไม่ต้องการแล้ว และการบริหารการเงิน การจัดหาแหล่งเงินในการดำเนินงานสาธารณสุข ประเภทรายรับ รายจ่าย เพื่อให้มีความคล่องตัวในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายตามนโยบายของรัฐบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หัวหน้าสถานีอนามัย ต้องบริหารทรัพยากรสาธารณสุขไม่ว่าการบริหารคน การบริหารครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และการบริหารการเงิน ตามที่ได้กล่าวมาแล้วให้บรรลุผลการดำเนินงานตามมาตรฐานของสถานีอนามัย

**3.4 มาตรฐานของสถานีอนามัย**

เพื่อให้การประเมินรับรองมาตรฐานของสถานีอนามัยมีทิศทางและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรฐานศักยภาพของสถานีอนามัย ดังนี้

***3.4.1 มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน***

*1) ประสานงาน* สนับสนุนประชาชนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง

*2) สนับสนุน* การจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรในชุมชน

*3) บริการเชิงรุกในชุมชน* โดยประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัว / ชุมชน และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนดำเนินกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

*4) มีและใช้ Family Folder* เพื่อการดูแลสุขภาพ

*5) มีและใช้แฟ้มชุมชน* (Community Folder)

***3.4.2 มาตรฐานกิจกรรมในสถานีอนามัย***

*1) รูปแบบบริการที่เห็นชัดเจน* ด้านการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต และสังคม)

*2) มีทีมสุขภาพ* ให้การบริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ

*3) ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูล* การเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่การป้องกันปัญหาและการเสริมสร้างสุขภาพ (กาย จิต และสังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ และมาตรฐานคู่มือ

*4) มีระบบข้อมูล หรือ IT Software* ที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยที่ติดตาม และการส่งต่อได้สะดวก

*5) บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ* ที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่าย และการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ ตลอดจนมีการจัดบริการด้านทันตกรรม

*6) มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค* เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอด ดูแลสุขภาพเด็ก วางแผนครอบครัว พร้อมกับมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการให้บริการ

*7) บริการด้านชันสูตร*ที่ครบตามมาตรฐาน

*8) บริการด้านยา* ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การควบคุมกำกับ และคุณภาพมาตรฐานยา

*9) บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก*

*10) บริการทำคลอด* เฉพาะการคลอดปกติในภาวะฉุกเฉิน บริการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และบริการผ่าตัดเล็ก

***3.4.3 มาตรฐานบริการต่อเนื่อง***

*1) บริการให้คำปรึกษา* (Counseling)

*2) มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับ* โดยจัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

*3) มีการบริการเยี่ยมบ้าน* เพื่อให้การบริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทำความรู้จักและสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

*4) มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล* (Personal Record)

***3.4.4 มาตรฐานการบริการจัดการ***

*1) มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลตามสัดส่วนประชากร*

*2) มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง*

*3) บุคลากร มีค่านิยมความชำนาญการทำงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์* หมายถึงกระบวนการทำงานที่เริ่มต้นจากการคิดวางแผนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นเป็นตัวตั้งในลักษณะผลผลิตและผลลัพธ์ โดยกำหนดไว้เป็นเข็มมุ่ง (Shared Vision) ของทีมสุขภาพ

*4) บุคลากรมีความสามารถ* ในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

*5) มีแผนพัฒนา และติดตามประเมินผลงาน* ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

*6) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ*

*7) ระบบการจ่ายค่าตอบแทน* เป็นแบบมุ่งเน้นผลงาน

*8) ระบบบริหารมีประสิทธิภาพ* โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า

*9) จัดทำต้นทุนต่อหน่วย* กิจกรรมด้านการรักษา การส่งเสริม และการป้องกันโรค

*10) มาตรฐานงานบริหารจัดการ*

*11) ร่วมดำเนินงาน* กับหน่วยงานราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

*12) แนวทาง กระบวนการ และมาตรฐานคู่มือการให้บริการ*

*13) มีการพัฒนาหรือนวัตกรรมด้านต่างๆ ในสถานีอนามัย*

*14) มีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่จริง*

**3.5 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อสม.**

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

***3.5.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน*** นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

***3.5.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ*** ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยาการรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาดโภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

***3.5.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน*** ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับการทำแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

***3.5.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช.*** โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

*1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน*

*2) ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน*

*3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน*

***3.5.5 เฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน*** เช่น เฝ้าระวังโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

***3.5.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน*** โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

***3.5.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข*** ของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

***3.5.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน*** โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

## 4. ปัญหาและแนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

### 4.1 ปัญหาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

แบ่งตามระดับการจัดบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการดังนี้

***4.1.1 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์*** การจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์คนพิการทางการเคลื่อนไหว

มีผู้เชี่ยวชาญดูแลคนพิการค่อนข้างครบตามประเภทผู้เชี่ยวชาญ บริการในลักษณะเป็นทีมสุขภาพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ โรงพยาบาลมีบทบาทตรวจประเมินความพิการ ออกเอกสารรับรองความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นผู้วินิจฉัย และวางแผนการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการให้บริการเชิงรับ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมากกว่าคนพิการ เน้นการรักษาระยะเฉียบพลัน (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ 2540: 75-76) ข้อดีของบริการในระดับนี้ คือ การบริการจากแพทย์เฉพาะทางและคนพิการได้รับการตอบสนองปัญหาได้หลายด้าน แต่ข้อด้อยคือ การให้บริการยังคงเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมากกว่าคนพิการ เน้นการมีบทบาทเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ไม่ได้ดูแลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง หรือไม่มีระบบการติดตาม เชื่อมโยงบริการหลังคนพิการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีผลกระทบต่อความพิการของคนพิการโดยตรง ต่อมาในช่วงหลังโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ได้พยายามพัฒนาระบบบริการภายในโรงพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น โดยรวมไปถึงชุมชน ดังการศึกษาการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลสกลนคร ที่จัดบริการสุขภาพครอบคลุมองค์รวมต่อเนื่อง มีการฝึกทักษะ และให้บริการสุขภาพที่บ้าน (พิชาติ คลเฉลิมยุทธนา และปิยนุช บุญกอง 2550: 125-126) นับว่าเป็นข้อดีของระบบบริการในช่วงหลังที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ได้ยื่นมือเชื่อมบริการสู่ชุมชน หากบริการในระดับชุมชนสามารถเชื่อมต่อบริการกับโรงพยาบาลได้ ก็จะเป็นระบบบริการที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงที่ชัดเจน เกิดผลดีแก่คนพิการ ในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง

***4.1.2 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน*** ยังเน้นไปที่การรักษาพยาบาล ส่วนการดูแลคนพิการในชุมชนจะมีผู้รับผิดชอบงานในชุมชน เช่น ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเข้าไปดูแลผู้ป่วยบางรายที่พิการมาก ส่วนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการประเมินความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพมีไม่เพียงพอ (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ 2540: 87) ต่อมาโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาระบบบริการคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้สามารถดูแลอย่างต่อเนื่อง มีนักกายภาพบำบัดรับผิดชอบ มีการทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน ดังการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนของอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นองค์กรหลัก และเป็นศูนย์ประสานงานการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับอำเภอ เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอำเภอ การจัดงานคนพิการสากลประจำปี (ประพจน์ เภตรากาศ 2542: 39)

จากการทบทวนข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีการพัฒนาระบบบริการต่อเนื่องถึงชุมชน ข้อดีคือ สามารถดูแลถึงระดับชุมชนและประสานการดูแลกับสถานีอนามัยได้ ข้อด้อยคือ ไม่

สามารถติดตามไปให้บริการได้ทุกราย ดังนั้นหากบริการในระดับชุมชน รับช่วงบริการหรือเชื่อมบริการต่อจากโรงพยาบาลชุมชน จะช่วยให้คนพิการได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

***4.1.3 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในสถานีอนามัย*** ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน สถานีอนามัยอยู่ภายใต้การกำกับของสาธารณสุขอำเภอ แต่การทำงานมีลักษณะประสานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล เป็นหน่วยบริการที่รับนโยบายการทำงานจากทุกระดับ และตอบสนองการทำงานตามเป้าหมาย กระบวนการให้บริการเริ่มจากการสำรวจคนพิการ จัดทำทะเบียนคนพิการ และออกติดตามเยี่ยมบ้าน ลักษณะบริการเป็นการพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในสถานีอนามัยเป็นผู้ดูแล และมีการดำเนินการอื่นสำหรับคนพิการ คือ การจัดทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายบริการสุขภาพ (ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร 2551: 39-40)

จากการศึกษา พบว่า การให้บริการแก่คนพิการที่สถานีอนามัยมีความสำคัญ เพราะเป็นการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนของความพิการ หรือลดความรุนแรงของความพิการได้ จากการศึกษาพบว่าการให้บริการในระดับสถานีอนามัย ยังไม่มีกระบวนการหรือมาตรฐานบริการที่ชัดเจน ความรู้ของผู้ให้บริการเป็นปัญหาต่อการบริการคนพิการ ด้วยลักษณะบทบาทหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ ที่ส่วนหนึ่งต้องดำเนินตามเป้าหมายหรือแนวทางของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด และกระทรวง ดังนั้นการบริการคนพิการจะบรรลุผลได้นั้น หมายถึง บุคลากรของสถานบริการในระดับสถานีอนามัย ควรมีสมรรถนะที่ดี มีเป้าหมาย และมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน

องค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพปี 2542 ได้สรุปทัศนะของคนพิการเกี่ยวกับปัญหาการได้รับบริการสุขภาพ ดังนี้

*1) การเข้าถึงบริการ* คนพิการเข้าถึงบริการยาก หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งบริการของรัฐและเอกชน และไม่มีความเสมอภาคในการรับบริการสำหรับคนพิการในเมืองกับในชนบท

*2) ระบบบริการ* บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นการให้บริการในสถาบันเป็นหลัก ทำให้คนพิการบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการ บริการในเขตเมืองและชนบทได้รับการพัฒนาที่แตกต่างกัน บริการยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ และขาดความครอบคลุมโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ทำให้คนพิการในชนบทไม่ได้รับบริการเลย หรือได้รับแต่ไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ บุคลากรที่ดูแลสุขภาพของคนพิการยังมีไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีความรู้จำกัดในเรื่องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เครื่องช่วยคนพิการมีชนิดและมีจำนวนน้อย ระบบการส่งต่อไม่ค่อยมีผลในทางปฏิบัติ คนพิการมีปัญหามากกว่าประชาชนทั่วไปในการเคลื่อนย้ายจาก

สถานพยาบาลหนึ่งไปยังอีกสถานพยาบาลหนึ่ง การส่งต่อมักจะไม่ถึงจุดสุดท้าย คนพิการมักจะถูกทอดทิ้ง

*3) คุณภาพของบริการ* การรักษาพยาบาลฟรีมีมาตรฐานไม่เสมอภาค เท่าเทียม และทั่วถึง รวมถึงวัสดุอุปกรณ์สำหรับคนพิการยังไม่มีมาตรฐานเดียวกัน บริการยังไม่ครอบคลุม คนพิการควรได้รับบริการทางด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพด้วย ไม่ควรมองเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเดียว แต่ควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

*4) ความต่อเนื่องของบริการ* การดูแลสุขภาพคนพิการระยะยาว ไม่ต่อเนื่อง และไม่มีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพใกล้บ้านที่จะสนับสนุนการดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง

**4.2 แนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในต่างประเทศ มีดังนี้**

***4.2.1 ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศญี่ปุ่น*** (อนุชา นิลประพันธ์ 2548: 35)

รูปแบบการให้บริการแก่คนพิการส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการ (Institute-Based Rehabilitation) หรือการให้บริการในสถาบันเป็นหลัก อีกรูปแบบหนึ่งในการให้บริการแก่คนพิการ คือ ศูนย์สู่วิถีชีวิตอิสระเพื่อคนพิการ (Independent Living Center) ดำเนินงานเพื่อให้คนพิการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามสิทธิของคนพิการ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทางสังคม ศูนย์หรือสถาบันดังกล่าวนี้ มีอยู่ในทุกเมืองใหญ่ของประเทศ ส่วนรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนนั้นยังมีการดำเนินงานน้อยมาก มีการจัดระบบประกันสำหรับบริการระยะยาว (Long-Term Care) เปลี่ยนระบบบริการจากการบริการในโรงพยาบาลเป็นบริการแบบหอพักผู้สูงอายุ (Sanatorium-type ward) มีส่วนร่วมจ่าย 10% สำหรับการใช้บริการ ผู้ที่ประกันสุขภาพระบบนี้จะได้รับสิทธิประโยชน์ คือ

*1) การดูแลใช้ชุมชนเป็นฐานหรือบริการที่บ้าน* (Community-Based Care or In-Home Services) บริการที่ให้ คือ

- การบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการอาบน้ำ ฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล และการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ
- การบริการดูแลกลางวัน (Day Care Services) การบริการที่ให้ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลคนพิการที่ผู้ดูแลทำงานนอกบ้าน
- บริการช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help) เพื่อให้การช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน
- การบริการกลางวัน

- การสงเคราะห์เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย
- การบริการดูแลระยะสั้นในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ (Short Respite Stay in Elder Care Facilities)
- การบริการให้คำปรึกษาการจัดการ และการดูแลการแพทย์ที่บ้าน (In-Home Medical Care Management Counseling)
- การบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Care Services with Mutual Support for the Elderly with Dementia)
- การบริการดูแลในสถานที่พักอาศัยผู้สูงอายุของภาคเอกชน
- ให้เงินสนับสนุนการจัดซื้ออุปกรณ์ และการปรับปรุงบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ

*2) การบริการในสถานบริการ* (Institutional Care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ Nursing Home และในโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนการขอรับบริการ คือ มีแพทย์ทั่วไปคัดกรองภาวะด้านร่างกายและจิตใจ และได้รับการตัดสินใจจากคณะกรรมการดูแลระยะยาว จากนั้นเทศบาลเป็นผู้ออกใบรับรองความต้องการการดูแลระยะยาว

จากการทบทวนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศญี่ปุ่น จะเห็นได้ว่า คนพิการได้รับการดูแลอย่างเพียงพอทั้งด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและด้านสวัสดิการต่างๆ หรือกล่าวได้ว่าตามความต้องการขั้นพื้นฐานคนพิการได้รับการตอบสนองแล้ว แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศญี่ปุ่นยึดโรงพยาบาลเป็นฐานหลักในการปฏิบัติงาน ซึ่งที่ผ่านมาก็ได้ผลดี คือคนพิการได้รับบริการเพียงพอ และแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับในระดับนโยบายแล้ว จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ในแง่การยึดบริการของสถานบริการเป็นหลัก

***4.1.2 ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศออสเตรเลีย*** (ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร 2551: 50-51)

การบริการสำหรับคนพิการ เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน มีดังนี้

*1) บริการฟื้นฟูของ Community Rehabilitation Centre / CRC* มีเป้าหมายฟื้นฟูคนพิการให้กลับไปสู่สภาพร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการเข้าสู่สังคมให้ได้มากที่สุด ผู้รับบริการเป็นคนพิการที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ภายหลังได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยเสร็จสิ้นแล้ว การให้บริการจะเริ่มจากการประเมินสภาพทางกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ แล้วจึงมาวางแผนการฟื้นฟูและให้บริการฟื้นฟูไปตามแผน มีการส่งต่อหากจำเป็น มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้รับบริการเป็นระยะ มีการทบทวนแผนและปรับปรุงหากจำเป็น มี

การสนับสนุนเครือข่ายสนับสนุนผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองมากขึ้น และมีการติดตามผลภายหลังที่จำหน่ายผู้รับบริการออกไปแล้วเป็นระยะๆ

*2) บริการฟื้นฟู Commonwealth Rehabilitation Services / CRS* เป็นหน่วยบริการฟื้นฟูสภาพที่อยู่ในระดับเดียวกับ CRC เป็นองค์กรเอกชน ที่ให้บริการฟื้นฟูด้านอาชีพเป็นหลัก บริการที่ให้ ได้แก่ วินิจฉัย ประเมิน กำหนดเป้าหมาย กำหนดแผนการให้บริการ ดำเนินการจัดบริการตามแผน และจัดเตรียมความพร้อมของตัวผู้ป่วย เพื่อรองรับการจ้างงาน

จากการทบทวนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศออสเตรเลีย จะเห็นได้ว่า มีทิศทางการพัฒนาคนพิการที่ชัดเจน มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งระบบบริการนี้เป็นนโยบายของรัฐบาล แต่ระบบบริการที่ดูแลคนพิการในระดับชุมชนยังไม่เกิดขึ้นชัดเจน แต่ได้ข้อสังเกต คือ การมีกรอบแนวคิดการพัฒนา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการสนับสนุนบริการ จะส่งผลให้การบริการเกิดขึ้นชัดเจนจากโรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชน ดังนั้น ประเทศไทยควรจะมีการทบทวนและสังเคราะห์นโยบาย เป้าหมาย และกรอบการพัฒนาให้ครอบคลุม ชัดเจน และเหมาะสม

***4.1.3 ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศสหรัฐอเมริกา*** (ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร 2551: 51-54)

การจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชน จะมีระบบบริการสุขภาพระดับต้น บริการประชาชนในลักษณะผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนตามระบบประกันสุขภาพ เป็นด่านหน้าของการเข้ารับบริการในระดับสูงขึ้นไปและใช้ระบบเครือข่าย ส่วนการบริการคนพิการนั้นมีหลายรูปแบบ ดังนี้

*1) การดูแลสุขภาพที่บ้าน* (Home Health Care) เช่น การช่วยอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนย้าย การเข้าห้องน้ำ การให้อาหารทางสายยาง จะมีพยาบาลที่มีทักษะพิเศษ หรือนักกายภาพบำบัดจากแผนกการดูแลผู้ป่วยนอกออกไปเยี่ยม ผู้ที่จะได้รับบริการนั้น แพทย์จะเป็นผู้ประเมินความจำเป็นของผู้ป่วย เพื่อรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

*2) สถานบริการสังคม การแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพกลางวัน* (Social Medical and Rehabilitation Day Care) ให้บริการกิจกรรมทางด้านสันทนาการ ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ

*3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่บ้าน* (Home Health Rehabilitation) เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีความจำกัดทางกายภาพ ไม่สามารถออกนอกบ้านได้โดยอิสระ และมีความพิการอยู่ในระยะเฉียบพลัน มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และมีศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อย 1 สาขา

*4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบเป็นวัน* (Day Rehabilitation Services) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อย 2 สาขา แก่ผู้ป่วยหรือคนพิการในระยะเฉียบพลันแต่สามารถกลับบ้านได้ มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ สามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อย 1 ชั่วโมงต่อ 2 ครั้งต่อวัน มีศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างเพียงพอที่จะดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านทั้งที่มีความพิการ

จากการทบทวนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศสหรัฐอเมริกา จะเห็นได้ว่า มีความชัดเจนเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ว่าคนพิการจะอยู่ที่โรงพยาบาลหรืออยู่ที่บ้าน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมาจากการมีระบบประกันสุขภาพซึ่งมีการระบุบริการอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ให้บริการมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการแก่คนพิการ ทั้งคนพิการที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน หมายถึง คนพิการน่าจะเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม สำหรับประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพอยู่แล้ว หากมีการระบุโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการดูแลสำหรับคนพิการที่ชัดเจน และแบ่งระยะการดูแลคนพิการอย่างเหมาะสม น่าจะมีส่วนให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

***4.1.4 ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศนิวซีแลนด์*** (ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร 2551: 54-55)

บริการสำหรับคนพิการมี District Health Boards / DHBs เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผน ดูแลกำกับบริการสุขภาพและช่วยเหลือคนพิการในเขตรับผิดชอบ ประเมินความต้องการของคนพิการ และให้บริการด้านงบประมาณตอบสนองความต้องการ นับว่าเป็นหน่วยงานที่ประสานงานในระดับปฏิบัติการ ระหว่างผู้จ่ายเงิน และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย โดยบริการในระดับเบื้องต้นสำหรับคนพิการ มีดังนี้

*1) บริการช่วยเหลือที่บ้าน* (Home-Based Services) ประกอบด้วย การบริการแบบ Personal care เช่น การช่วยแต่งตัว อาบน้ำ รับประทานอาหาร

*2) บริการช่วยเหลือผู้ดูแล* (Career Support) เป็นบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระและช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน

*3) การดูแลผู้อาศัยในสถานที่พักฟื้น* (Residential Support) เป็นการดูแลคนพิการที่อาศัยในบ้านพักหรือสถานพักฟื้น ผู้รับบริการจะอายุ 65 ปีขึ้นไป และต้องได้รับการประเมิน

*4) การช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม* (Environment Support) เช่น การจัดหาอุปกรณ์ เครื่องช่วย และการจัดบ้าน

สรุปจากการเปรียบเทียบประเทศไทยกับต่างประเทศ พบว่าสิ่งที่ประเทศไทยมีคล้ายกับประเทศอื่น คือ มีระบบประกันสุขภาพที่มีทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน การดำเนินงาน

บริการคนพิการจะอยู่ภายใต้แผนระดับชาติ ซึ่งมีข้อดีคือ มีทิศทางการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อาจต่างจากประเทศญี่ปุ่นที่มีแผนจากระดับท้องถิ่นเสนอขึ้นไปสู่แผนระดับชาติด้วย ซึ่งเป็นข้อดีที่มีโอกาสเสนอปัญหาของคนพิการในพื้นที่ การให้บริการส่วนใหญ่เป็นการดูแลในเชิงปัจเจก คือการดูแลปัญหาของแต่ละคน มุ่งการเยี่ยมบ้านและให้การช่วยเหลือ ประเทศไทยก็มีลักษณะคล้ายกัน คือมีการเยี่ยมบ้านโดยมีพยาบาลเป็นหลักในการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดของกิจกรรมในการเยี่ยมบ้านกับคนพิการ ซึ่งหากมีการกำหนดรายกิจกรรมไว้ก็จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานและคนพิการ และข้อแตกต่างจากประเทศไทยอีกอย่างหนึ่งคือ ต่างประเทศมีสถานที่พักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลยังต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงแรก หากกลับไปอยู่บ้านและไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะเกิดความพิการรุนแรงขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้

**4.3 แนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย**

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทางการแพทย์ของสังคมไทยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดังกล่าว ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรหลายฝ่ายมาปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อที่จะให้การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการแต่ละคนได้อย่างแท้จริง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้ศึกษาได้รวบรวมกลยุทธ์หรือแนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ที่มีนักวิชาการได้กล่าวถึงไว้ ดังนี้

ขนิษฐา เทวินทรภัทติ (2539: 41-45) ได้กล่าวถึง แนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ดังนี้

(1) ปรับปรุงโครงสร้างและระบบบริการให้มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบชัดเจน

(2) พัฒนามาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับคนพิการได้ครบถ้วนต่อเนื่อง และมีคุณภาพทัดเทียมอารยประเทศ

(3) จัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

(4) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับคนพิการ

(5) จัดตั้งระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อเผยแพร่แลกเปลี่ยนและชี้นำแนวทางการดำเนินงาน และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(6) ส่งเสริมการผลิตบุคลากรที่ขาดแคลนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการ

(7) สนับสนุนให้สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับคนพิการ ในหลักสูตรการผลิตบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

(8) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรประจำการอย่างต่อเนื่อง และมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการ

(9) ให้ความรู้กับประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการป้องกันความพิการ

(10) ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อพบความพิการ

ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2551: 160-163) ได้กล่าวถึง แนวทางการดูแลคนพิการและใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลคนพิการเชิงรุกที่บ้าน ซึ่งแนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) บริการบนศูนย์สุขภาพชุมชน

ประกอบด้วยบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการประสานงาน และบริการจัดทำบัตรทอง ดังต่อไปนี้

- บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการส่งต่อ
- บริการส่งเสริมสุขภาพ ตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่มอายุ
- จัดทำบัตรทอง เพื่อการใช้สิทธิการรักษา
- จัดคลินิกปรึกษาสำหรับคนพิการ 1 ครั้ง/เดือน ซึ่งมีทีมสุขภาพจากเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมให้บริการ
- ให้ความรู้แก่คนพิการ และญาติในการปฏิบัติตัว
- จัดบริการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย เช่น การนวด การประคบสมุนไพร

(2) บริการเชิงรุกที่บ้าน

เป็นบริการตั้งแต่พบคนพิการครั้งแรก หรือหลังคนพิการออกจากโรงพยาบาล จากการรักษาระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย บริการที่บ้าน และบริการที่ต่อเนื่องตามสภาพปัญหาคนพิการ และมีการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับครอบครัวคนพิการและอสม. ดังนี้

- จัดระบบการรับรู้ข้อมูลทันทีที่คนพิการกลับจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเชื่อมโยงสายข่าวจากอสม.

- ประเมินสภาพความพิการ และปัญหาสุขภาพทันที (เป็นกิจกรรมเมื่อพบคนพิการครั้งแรก)
- ให้การดูแลคนพิการและญาติในเบื้องต้น พร้อมอสม.และพระ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
- ให้การดูแลคนพิการและญาติในเบื้องต้น พร้อมอสม. โดยให้คำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสอนญาติ (ทบทวนจากโรงพยาบาล)
- ให้การดูแลคนพิการและญาติในเบื้องต้น พร้อมอสม. โดยให้คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับคนพิการ
- ออกเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง 1 ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมอสม.เพื่อฝึกญาติในการทำกายภาพบำบัด โดยให้คำแนะนำใน 3 เดือนแรกหรือตามสภาพความพิการ
- ประเมินสภาพคนพิการและญาติ หลังการออกเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/เดือน โดยอสม. เพื่อประเมินสภาพคนพิการเบื้องต้นในภาวะแทรกซ้อน และรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่
- บริการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ หรือติดตามสอบถามทางโทรศัพท์กับญาติคนพิการถึงอาการเปลี่ยนแปลง หรือเมื่อคนพิการมีปัญหาสุขภาพ (กรณีมีโทรศัพท์)
- ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจแก่คนพิการในการดำรงชีวิตตลอด 1 ปีแรก หรือแล้วแต่สภาพความพิการ
- เริ่มพิจารณาให้การฟื้นฟูด้านสังคม โดยสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมหลังจากมีความพิการ 1 ปีแรก หรือตามสภาพความพิการ
- การออกเยี่ยมอย่างต่อเนื่องต่อไป คือ 1) กรณีคนพิการช่วยเหลือตนเองได้หรือพอได้จะติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง/ปี และ2) กรณีคนพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นจากอสม.

(3) บริการคนพิการในระดับชุมชนโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นบริการที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาศักยภาพคนพิการเป็นหลัก โดยฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อาศัยการรวมกลุ่มของคนพิการในการทำกิจกรรม หรือร่วมให้บริการและร่วมรับบริการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันทั้งอบต. อสม. คนพิการ ญาติคนพิการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีการกำหนดสถานที่ชัดเจน ดังนี้

- จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการชุมชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อบริการแบบเชิงรุก โดยประสานงานร่วมกันระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับชุมชน เช่น อสม. อบต. วัด และคนพิการ

- กิจกรรมของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการชุมชน มีดังนี้ 1) จัดกิจกรรมสำหรับคนพิการร่วมกับหน่วยงานอื่น 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและสังคม ในระดับชุมชน 3) บริการดูแลกลางวันคนพิการ โดยอาสาสมัคร กรณีญาติร้องขอ 4) ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของบ้าน ให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ และ5) ร่วมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ชุมชน เช่น วัด ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเอื้อให้คนพิการได้ร่วมกิจกรรมกับชุมชน
- บริการส่งเสริมควบคุมป้องกันโรคท้องถิ่น

(4) การประสานเชื่อมโยงบริการ

การประสานเชื่อมโยงบริการนับว่าเป็นหนึ่งบริการ การประสานงานเพื่อสุขภาพของคนพิการแยกเป็น 2 ประเภท คือ ประสานในหน่วยงานสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข ดังนี้

- ประสานในเครือข่ายบริการสุขภาพและหน่วยงานด้านสาธารณสุข คือ 1) ประสานข้อมูลสุขภาพคนพิการกับโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรือเพื่อวางแผนการดูแลคนพิการร่วมกัน 2) ประสานข้อมูลกับอสม. โดยรับข้อมูลคนพิการจากอสม.และส่งข้อมูลให้อสม.ไปยังครอบครัวคนพิการ และ3) ประสานงานกับองค์กรเอกชนหรือมูลนิธิ เพื่อการดูแลรักษาคนพิการ
- ประสานงานนอกเครือข่ายบริการด้านสาธารณสุข คือ ประสานแผนการดูแลระหว่างครอบครัวคนพิการกับศูนย์สุขภาพชุมชน และประสานงานกับอบต. รวมทั้งหน่วยงานในชุมชน เช่น โรงเรียน วัด และองค์กรเอกชนในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และพัฒนาศักยภาพคนพิการ

จากแนวทางที่นักวิชาการได้เสนอไว้ข้างต้นนั้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการอย่างต่อเนื่อง เพราะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดขึ้นให้กับคนพิการจะมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพรอบด้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถช่วยให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีเกียรติศักดิ์ศรี และมีความสุขมากยิ่งขึ้น

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากปรากฏการณ์และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนพิการ พบว่า มีทั้งคนพิการที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงเท่าเทียม ประกอบกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทยที่ผ่านมานั้น ส่วนมากเป็นการให้บริการในรูปแบบของสถานสงเคราะห์และเป็นบริการในรูปแบบเชิงสถาบันเป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ถูกมองว่าเป็นปัญหาของสังคม แต่ด้วยความหลากหลายของสภาพปัญหาของคนพิการ และสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ต้องมีแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีความหลากหลายเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการแต่ละคน อีกทั้งจำเป็นต้องพัฒนาการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีความทันสมัยทันกับการพัฒนาของสังคมด้วย

ดังนั้นจากการที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้นำเสนอเป็นประเด็นต่างๆในเชิงประมวลผลเชื่อมโยงวรรณกรรมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้เห็นภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเด็นต่างๆตามที่มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ ดังต่อไปนี้

**5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ**

***5.1.1 การศึกษาของสุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ และคณะ*** (2540) ได้ศึกษาระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่า สถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของโรงพยาบาลแต่ละระดับจนถึงสถานีอนามัย ยังขาดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบองค์รวม การประสานงานระหว่างกลุ่มงานต่างๆภายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดวิธีการทำงานที่ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาขาต่างๆ และในด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และเกณฑ์มาตรฐานของงานในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลแต่ละระดับที่ชัดเจน โดยเฉพาะการขยายโอกาสแก่คนพิการที่อยู่ห่างไกล ให้มีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 29 ราย หรือร้อยละ 72.5 ไม่เคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการทางการแพทย์เลย ด้านการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ คนพิการส่วนใหญ่ถึง 24 ราย หรือร้อยละ 60 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ เนื่องจากขาดโอกาสรับรู้ข่าวสารจากสื่อสารมวลชนและผู้นำชุมชน ในด้านปัญหาและความต้องการของคนพิการ พบว่า ต้องการได้รับการรักษาฟรีและต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพจากสถานบริการ และในด้านการรับรู้ต่อการแก้ไขความพิการ พบว่า ทั้งคนพิการ ญาติ และผู้นำชุมชน รับรู้ว่าความพิการไม่สามารถแก้ไข

ปัญหาหรือทำให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ เพราะเป็นเรื่องที่นอกเหนือความสามารถในการจัดการของประชาชน

***5.1.2 การศึกษาของวิระมล กาสีวงศ์*** (2541) ได้ศึกษา องค์ประกอบในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 17-86 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่มีรายได้ เกือบทั้งหมดได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างที่มีความพิการซ้ำซ้อนและมีปัญหาหลายอย่างจะได้รับบริการหลายครั้ง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับความพิการอยู่ในระดับที่ดี มีความพึงพอใจตนเอง ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการรับบริการที่บ้านของตนเอง เห็นว่า บริการที่ได้รับตรงกับปัญหา สามารถแก้ปัญหาความพิการได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ตัดสินใจให้บริการ และผู้ให้บริการมากกว่าครึ่งคือพยาบาล ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการบอกกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่ให้กำลังใจมากที่สุดคือบิดามารดา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบเสริมที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการทำให้คนพิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรมีการส่งเสริมสนับสนุนบทบาทของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัว และชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้มีโอกาสได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ได้อย่างครอบคลุม

***5.1.3 การศึกษาของสุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ*** (2544) ได้ศึกษาสถานการณ์ด้านระบาดวิทยาความพิการในประเทศไทย ซึ่งได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจความชุกของคนพิการในประเทศไทย 6 ครั้งจากหน่วยงานต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข โดยการสัมภาษณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2525-2539 พบว่าความชุกของคนพิการในประเทศน่าอยู่ระหว่างร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 8 หรือความชุกเฉลี่ยร้อยละ 5 และข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นข้อมูลแหล่งเดียวที่บอกแนวโน้มของความชุกคนพิการ ซึ่งพบว่าระหว่าง พ.ศ. 2529-2534 ความชุกเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และคงที่จนถึง พ.ศ. 2539 คือมีอัตราความชุกของคนพิการ 17.1 คนต่อประชากร 1,000 คน โดยความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเป็นความพิการที่พบมากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของความพิการทั้งหมด ส่วนแนวโน้มความพิการจะมีสัดส่วนลดลงในเด็ก และสัดส่วนสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ แม้ความชุกของความพิการจะสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) แต่สัดส่วนของคนพิการจะสูงสุดในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนประชากรสูงสุด

และข้อมูลคนพิการที่ได้จากการทำงานของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ตั้งแต่ พ.ศ. 2517-2539 พบว่า อัตราการประสบอันตรายจากการทำงานเพิ่มขึ้นทุกปี แต่อัตราทุพพลภาพลดลง และอัตราการสูญเสียอวัยวะบางส่วนค่อนข้างคงที่ โดยใน พ.ศ. 2539 มีผู้ที่อยู่ในข่ายคุ้มครองจำนวน 5,425,422 คน ซึ่งถือว่ามีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพก็ยังต้องการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดีอย่างถ้วนหน้า ซึ่งประกอบด้วย 1) สุขภาพทางร่างกายที่มีเป้าหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพและสมรรถภาพ 2) สุขภาพทางด้านจิตใจมีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา และ3) สุขภาพทางด้านสังคมมีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทางวัฒนธรรมและการเข้าสังคม

***5.1.4 การศึกษาของทวี เชื้อสุวรรณทวี*** (2548) ได้ศึกษา สถานการณ์และการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในเมืองไทย (CBR) สรุปได้ว่า CBR มีคนพิการเข้าร่วมโครงการ แต่เป็นผู้รับบริการมากกว่าการจัดการ เป็นการทำงานแบบพหุพาคีของบุคลากร/องค์กรในชุมชน ร่วมทำงานมากกว่าการเรียกร้อง มิได้เน้นเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจเท่านั้น แต่เน้นการปฏิบัติได้จริง เป็นการทำงานจากระบบ “อาสาสมัคร” ไปสู่ระบบ “ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” ทำให้คนพิการได้รับบริการมากขึ้น จุดด้อยหรือปัญหาอุปสรรคของ CBR ที่สำคัญคือ ชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักถึงคนพิการ ขาดงบประมาณและแหล่งทุน มีความยากลำบากในการเดินทาง การให้บริการขาดความต่อเนื่อง ขาดการประเมินผลที่เป็นระบบ และขาดทักษะและความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

***5.1.5 การศึกษาของสุเวช ทรงอยู่สุข*** (2550) ได้ศึกษา แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ จากการศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเห็นสอดคล้องกันว่า องค์การบริหารส่วนตำบลเขมราฐควรดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์เป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านอาชีพ ซึ่งเสนอแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ โดยบูรณาการความร่วมมือให้ความช่วยเหลือคนพิการด้านการตรวจ การรักษา การจัดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ การให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับคนพิการ ความรู้ในการดูแลคนพิการสำหรับครอบครัวคนพิการ และการออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจคนพิการและครอบครัวคนพิการ ซึ่งในงานวิจัยของทวี เชื้อสุวรรณทวี และคณะ (2549) ศึกษาถึงรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่เหมาะสมกับชุมชนพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โดยเสนอแนวทางการฟื้นฟูที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ได้แก่ จัดโครงการสำรวจและให้บริการปรึกษาและแนะแนวแก่คนพิการในอำเภอพุทธมณฑล ติดตามเยี่ยมบ้านคนพิการ การจัดตั้งศูนย์ประสานงานคนพิการประจำอำเภอพุทธมณฑล โครงการบริการปรึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

คนพิการโดยชุมชน และโครงการเครือข่ายช่วยเหลือคนพิการในชุมชนของโรงพยาบาลพุทธมณฑลและมูลนิธิแพทย์ชนบท

จากผลการวิจัยต่างๆที่กล่าวมา บ่งบอกได้ว่านอกจากสถานบริการและบุคลากร ที่มีส่วนในการให้คนพิการได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและต่อสุขภาพคนพิการแล้ว ครอบครัวและสังคมก็มีส่วนสำคัญ ดังนั้นการจัดบริการของสถานบริการ ควรหาวิธีที่ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม ขณะเดียวกันสภาพจิตใจและความเข็มแข็งของคนพิการก็สำคัญมาก ซึ่งจะช่วยให้คนพิการมีพลังในการดูแลตนเอง

**5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและความคาดหวังของคนพิการต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

ในปัจจุบันมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับคนพิการเพื่อที่จะได้ทราบถึงความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ (Real need) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการที่จัดขึ้นให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ ดังนี้

***5.2.1 การศึกษาของรวมพร ถาวรอนุกูลกิจ*** (2538) เกี่ยวกับ “แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์” พบประเด็นที่มีความสอดคล้องกันว่า ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับเด็กพิการ ควรจะมีรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การจัดให้มีนักวิชาการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทำงานอยู่ประจำในสถานสงเคราะห์ เพราะเด็กส่วนมากต้องการให้มีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย

***5.2.2 การศึกษาของสุมาลี สว่างสุขสกุล*** (2549) ได้ศึกษาความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาล ความแตกต่างระหว่างปัจจัยของคนพิการ ระดับการศึกษา ระดับความพิการ และเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว กับความพึงพอใจเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กลุ่มตัวอย่างคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 123 คน ผลการศึกษา พบว่า คนพิการมีระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาลในระดับปานกลาง คนพิการมีความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลเอกชน แตกต่างจากโรงพยาบาลของรัฐอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คนพิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ส่วน

ระดับความพิการและลักษณะเครื่องช่วยการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกัน คนพิการมีความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

***5.2.3 การศึกษาของพิมพา ขจรธรรม และคณะ*** (2550) ศึกษาสถานการณ์ความต้องการที่จำเป็นแต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองด้านสวัสดิการ และการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันด้านการจัดสวัสดิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเอกสาร จากการศึกษาสรุปได้ว่า ประเทศไทยมีนโยบายชัดเจนในเรื่องคนพิการ แต่มีปัญหาในเรื่องการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การจัดบริการคนพิการทางการมองเห็นในประเทศไทยขาดเจ้าภาพหลักที่รับผิดชอบ ทำให้ขาดความเชื่อมโยงกันมีลักษณะเหมือนภาพจิกซอ (Jigsaw) และการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานของภาคเอกชน ดังนั้นรัฐควรเร่งดำเนินงานร่วมกับภาคเอกชน เร่งดำเนินการหาเจ้าภาพที่ชัดเจน และเร่งให้ความรู้เรื่องคนพิการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

***5.2.4 การศึกษาของอาภาภรณ์ พรหมโท*** (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกาย และระดับมุมมองการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกายในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกาย และระดับมุมมองการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกาย ประชากรที่ศึกษาคือคนพิการทางกายในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ทำการสุ่มตัวอย่างได้จำนวน 90 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกายในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ สถานภาพสมรส และความมั่นคงปลอดภัยที่ได้จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนระดับมุมมองคนพิการทางกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีอุปกรณ์ในการฝึก/ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายมากขึ้น มีสถานที่เรียนใกล้บ้าน มีสถานที่ฝึกอาชีพใกล้บ้าน และเพิ่มค่าเบี้ยยังชีพ

นอกจากการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบำบัดรักษาตามความต้องการและความคาดหวังของคนพิการแล้ว การจัดบริการดังกล่าวต้องคำนึงถึงชุมชนด้วย เช่น จากการศึกษาของกัลป์อังคณา สาลาด (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ “ความคาดหวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนเอง ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี” ที่เป็นกลุ่มคนพิการตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ปัญหาและความต้องการรวมทั้งความคาดหวังของคนพิการ คือการฟื้นฟูในด้านการศึกษาและอาชีพ รวมทั้งกระบวนการในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และรายได้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งกลุ่มคนพิการก็ยังมีความต้องการและความคาดหวังที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนทั้ง 4 ด้าน คือ การแพทย์

การศึกษา สังคม อาชีพ และปัญหาที่ควรที่จะได้รับการแก้ไขคือ การปรับปรุงด้านกระบวนการดำเนินงานให้ครอบคลุมและเด่นชัดในชุมชน

ดังนั้นจากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความต้องการและความคาดหวังของคนพิการมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มของคนพิการและประเภทของความพิการ แต่ทว่าปัญหาความต้องการ และความคาดหวังของคนพิการนั้นยังมีส่วนที่คล้ายคลึงกันคือ คนพิการส่วนมาก มีความต้องการที่จะดำเนินชีวิตที่เป็นปกติและได้รับสวัสดิการทางสังคม และที่สำคัญยิ่งก็คือการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในแนวทางที่เหมาะสม

**5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ**

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นการสนับสนุนคนพิการให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาวต่อไป โดยมีนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายในการดำเนินงานดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเอื้ออำนวยประโยชน์กับคนพิการมากที่สุด บริการที่จัดขึ้นจะต้องมีรูปแบบและมีวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานต้องให้ความใส่ใจและเข้าใจความแตกต่างของคนพิการ แต่ละคนด้วย เช่น

***5.3.1 การศึกษาของรวมพร ถาวรอนุกูลกิจ*** (2538) เกี่ยวกับ “แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์” เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ความคิดเห็น และแนวทางเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ และศึกษาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์ โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการวิจัยภาคสนาม โดยใช้แบบสอบถาม สอบถามบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์ 3 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพิการทางสมองและปัญญา สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา และสถานสงเคราะห์เด็กพิการทุพพลภาพ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่สถานสงเคราะห์จัดให้เด็กพิการ ควรจัดให้มีนักวิชาการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทำงานประจำที่สถานสงเคราะห์ ส่วนรูปแบบในการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านการแพทย์นั้นต้องมีแพทย์อยู่ประจำ

***5.3.2 การศึกษาของศิริรัตน์ ทัศนกิจ*** (2548) ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการณ์ของสถานสงเคราะห์เด็กพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ของบุคลากรในสถานสงเคราะห์เด็กพิการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ความคิดเห็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการณ์ของสถานสงเคราะห์เด็กพิการ และศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการของสถานสงเคราะห์เด็กพิการ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้กับความหมาย วัตถุประสงค์ และกระบวนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในระดับมาก โดยมีความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากที่สุด ความคิดเห็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการ พบว่า ควรส่งเสริมการอบรมวิชาการ

ของแต่ละวิชาชีพเป็นระยะๆทั้งในและนอกหน่วยงาน ปัญหาอุปสรรคคือ บุคลากรควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กพิการอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานภายนอก ทีมสหวิชาชีพขาดการติดตามประเมินผลภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน และขาดการส่งต่อเด็กพิการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละด้านอย่างต่อเนื่อง

***5.3.3 การศึกษาของอลิสรา กรุงจิตร*** (2549) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการของสถานสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสหวิชาชีพ ศึกษาความคิดเห็นของวิชาชีพต่างๆเกี่ยวกับการทำงานแบบสหวิชาชีพ และศึกษาแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพที่ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการของสถานสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ผลการวิจัย พบว่า

- วิชาชีพต่างๆมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ความหมายของสหวิชาชีพ ด้านวัตถุประสงค์ ลักษณะ และวิธีการปฏิบัติแบบสหวิชาชีพในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ อยู่ในระดับปานกลาง
- วิชาชีพมีการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยบทบาทด้านการให้บริการสูงที่สุด รองลงมาคือด้านการวางแผน และการจัดเก็บข้อมูล
- ปัญหาด้านบุคลากร คือ ขาดความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ของวิชาชีพอื่นๆ การปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพก้าวก่ายกัน และขาดความคล่องตัวในการทำงาน
- ปัญหาด้านหน่วยงาน คือ การขาดแคลนวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ รองลงมาคือหน่วยงานไม่มีนโยบายในการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพกับเด็กพิการที่ชัดเจน และหน่วยงานไม่ได้ติดตามผลการปฏิบัติงานของวิชาชีพต่างๆอย่างสม่ำเสมอ
- ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการทำงาน คือ แต่ละวิชาชีพขาดการประสานงานกันอย่างใกล้ชิด การสื่อสารระหว่างวิชาชีพล่าช้า และไม่ให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

จากการศึกษาทฤษฎี แนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่าคนพิการส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่คนพิการพึงจะได้รับ รวมทั้งการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานีอนามัย ดังนั้น ประเด็นของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการ เพราะประสบกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ เช่น จากสภาพความพิการของคนพิการ การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และสังคม ขาดการประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสถานที่ ถนน/ทางเดินไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการ และ

ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา การประกอบอาชีพ/การมีรายได้ และบริการด้านสังคม ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย โดยศึกษาถึงการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการต่อสถานีอนามัย ปัญหาอุปสรรคและความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการต่อสถานีอนามัย และระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีอนามัย ให้สามารถนำแนวทางดังกล่าวไปพัฒนาศักยภาพของคนพิการ เพื่อให้ช่วยเหลือตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเสมอภาคโดยมิต้องพึ่งพิงผู้อื่น