



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับ
เด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย
STANDARD DEVELOPMENT OF REHABILITATION SERVICES FOR
CEREBRAL PALSY CHILDREN IN DISABILITY SERVICES CENTER
AND ITS NETWORKS

สุชญา เทียรแสงทอง

ดุชฎินิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย
STANDARD DEVELOPMENT OF REHABILITATION SERVICES FOR CEREBRAL PALSY
CHILDREN IN DISABILITY SERVICES CENTER AND ITS NETWORKS

สุชญา เทียรแสงทอง

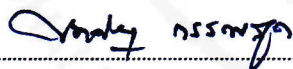
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้คุชฎินิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)
เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562



ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร
อาจารย์ที่ปรึกษา



รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต
กรรมการ



รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร
กรรมการ



รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
(การบริหารสวัสดิการสังคม)



อาจารย์ ดร.ทิพากรณ์ โพธิ์ถวิล
กรรมการ



อาจารย์นวลใจ วัฒนกุล
คณบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

สุชญา เทียรแสงทอง 596049

ปรัชญาคุณฐิบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาคุณฐินิพนธ์: จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ประ.ด. (สหวิชาการ)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา 3 ประการ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย 2) เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย และ 3) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยจากการศึกษาจากเอกสารและการวิจัยภาคสนามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 37 คน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับนโยบาย 1 คน ประธานคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป 1 คน หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย 5 คน ผู้ให้บริการศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย 15 ราย และผู้รับบริการศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย 15 คน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ในปัจจุบันมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น ยังไม่ได้จัดตั้งขึ้นมีเพียงแต่มาตรฐานกลางสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทุกประเภทที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้กำหนดไว้สำหรับการใช้งานทั่วไปเท่านั้น 2) แนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) คุณสมบัติผู้ให้บริการ (2) สถานที่ตั้งเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก (3) การเข้าถึงบริการ (4) สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ (5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (6) ระบบการบันทึกข้อมูล (7) ระบบการประสานส่งต่อ (8) การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ และ 3) ค่าใช้จ่ายต่อหัวต่อกิจกรรมตามที่ระเบียบภาครัฐกำหนดไว้ 150 บาท และ 75 บาท นั้นเป็นที่น่าพอใจ แต่ยังพบจุดอ่อนคือการบันทึกค่าใช้จ่ายและระบบบัญชีที่ควรได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: เด็กสมองพิการ มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

STANDARD DEVELOPMENT OF REHABILITATION SERVICES FOR CEREBRAL PALSY
CHILDREN IN DISABILITY SERVICES CENTER AND ITS NETWORKS

SUCHAYA THIANSAENGTHONG 5960049

DOCTOR OF PHILOSOPHY (SOCIAL WELFARE ADMINISTRATION)

DISSERTATION ADVISORY COMMITTEE: JATURONG BOONYARATTANASOONTORN,
Ph.D. (INTEGRATED SCIENCES)

ABSTRACT

This is a qualitative research aiming forwards 3 study objectives: The situation of rehabilitation services provision for Cerebral Palsy Children (CP) in Disability Services Center (DSC) and Its Networks, Suggestive guidelines to develop standard of rehabilitation services for CP in DSC and Its Networks, and The unit cost of rehabilitation services for these. Documentary and field research using indepth interviews for data collection from purposive sampling group of 37 persons composing of policy level executive, 1 chair person of the Administrative Board, 5 chief executive of each Disability Services Center and Its Networks, 15 services providers of each, and 15 services recipients of each.

The results of this study reveals that 1) at the present time, the standard for rehabilitation services provision 15 not yet set up, only central standard for rehabilitation services provision for all kind of Persons with Disabilities set by Sirindhorrm National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI), is used for general implementation. 2) Suggestive guidelines to develop standard of rehabilitation services for CP children composing of 8 aspects with 25 indicators consisted of (1) Services provider's qualification (2) Service place, instruments and facilities. (3) Service accessibility. (4) CP utilities. (5) Capability rehabilitation services. (6) Information record system. (7) Patient delivery system, and (8) Service assessment and quality evaluation. 3) The expenditive per head per activity @150 bath and @75 bath are formal satisfied but the weak point are the expenditure recording and accounting system should be improved for betterness.

Keywords: Cerebral Palsy Children, Standard Development of Rehabilitation Services, DSC.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาที่สำเร็จจุลวงได้ดี ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ และแรงผลักดันที่ผู้ศึกษามีความประสงค์สร้างผลงานทางวิชาการ ที่เป็นประโยชน์ต่อเด็กพิการ ครอบครัวเด็กพิการ และมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ ประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร อาจารย์ที่ปรึกษาฯ ฐิติพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำที่ดี ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเสมอมา พร้อมด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต และ อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล อาจารย์ประจำหลักสูตร และกรรมการสอบฯ ฐิติพนธ์ ฉบับนี้ ตลอดจนขอขอบคุณคณะบุคลากรของคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ ประธานกรรมการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และ ประธานกรรมการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และขอขอบคุณคณะกรรมการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และคณะเจ้าหน้าที่ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนกำลังใจที่ดี ในช่วงตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบคุณพื้นที่ที่ให้การศึกษาวิจัย ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูผู้พิการโดยครอบครัว ชมรมผู้ปกครองเด็กพิการ และเครือข่ายในพื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งเด็กพิการ และครอบครัวเด็กพิการ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่องค์กรด้านคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูล ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

ขอขอบคุณรุ่นพี่ ของหลักสูตร ที่ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำ แนวทางการศึกษา และ แนวทางการดำเนินงานในการศึกษาที่ดีเสมอมา

สุดท้ายที่จะขาดไม่ได้เลย คือ ขอบพระคุณ คุณแม่สำอาง เทียรแสงทอง มารดาผู้ส่งเสริม สนับสนุนด้านการศึกษาแก่ลูกคนนี้อย่างเต็มที่ และขอบคุณสมาชิกในครอบครัว เทียรแสงทอง ทุกคนที่ ให้กำลังใจและการสนับสนุนด้วยดีตลอดมาเช่นกัน

ทั้งนี้ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จักเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจ โดยที่ผู้ศึกษาไม่ สงวนลิขสิทธิ์สำหรับการนำงานวิจัยฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์แต่อย่างใด และจักยินดีอย่างยิ่งหากมีการนำ งานวิจัยฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายต่อไป

สุขญา เทียรแสงทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
1.3 คำถามการวิจัย	11
1.4 สมมติฐานการวิจัย	12
1.5 ขอบเขตการวิจัย	12
1.6 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	13
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมองพิการ	17
2.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับสากล	42
2.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย	46
2.4 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ	55
2.5 มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ	68
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและกระบวนการจัดทำมาตรฐาน	86
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ	98
2.8 แนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยบริการ	101
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	118
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	126

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	128
3.2 ระเบียบวิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล และผู้ให้ข้อมูล	129
3.3 การทดสอบเครื่องมือ	132
3.4 วิธีการดำเนินงาน	132
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	134
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	134
3.7 การสังเคราะห์ข้อมูล	134
3.8 ข้อจำกัดของการวิจัย	135
3.9 จริยธรรมในการวิจัย	135
3.10 แผนการวิจัย	136
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 สถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ	138
4.2 การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย	157
4.3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	215
4.4 การพิสูจน์สมมติฐาน	222
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย	
5.1 สรุปผลการวิจัย	224
5.2 การอภิปรายผล	230
5.3 ข้อเสนอแนะ	235

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	238
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	253
ภาคผนวก ข ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล	255
ภาคผนวก ค แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	262
ภาคผนวก ง มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย	264
ประวัติผู้เขียน	287

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับเด็กสมองพิการ	30
2 จำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ 2559	83
3 ข้อมูลเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	118
4 กลุ่มตัวอย่าง และแหล่งข้อมูลที่ทำการศึกษา	131
5 แผนการดำเนินงานวิจัย	137
6 ความสัมพันธ์ของมาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และผู้คนที่เกี่ยวข้องในการดูแล สำหรับเด็กสมองพิการ	145
7 การเปรียบเทียบมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยทั้ง 4 แห่ง ตามแนวคิดชิปปี้โมเดล (CIPP Model)	155
8 ค่าคะแนนจากการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ ตรวจประเมิน 4 พื้นที่ (4 แห่ง)	208
9 ข้อมูลเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	217
10 รายการการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์กองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	219
11 การเปรียบเทียบรายการค่าใช้จ่ายรายหัวต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเกณฑ์การสนับสนุนการให้บริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	220

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ตามแนวคิดของ ICF (ปฏิภณรียาร่วมกันระหว่างองค์ประกอบของ ICF กระบวนการของการทำหน้าที่ การทำงาน และความพิการ)	41
2	กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ องค์การอนามัยโลก	61
3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการทำงานด้านความพิการของระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลก	61
4	แผนผังแมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (CBR Matrix)	67
5	ขั้นตอนการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน	89
6	กระบวนการพัฒนามาตรฐาน	95
7	กระบวนการ Input Process Output	97
8	ขั้นตอนการดำเนินการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ	116
9	กรอบแนวคิดในการวิจัย	127
10	ภาพรวมความสัมพันธ์ของมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	154

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ระบบการทำงานของสมองในส่วนต่าง ๆ	21
2	การแบ่งประเภทของเด็กสมองพิการ	24
3	ระบบมาตรฐานการแบ่งระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว	26
4	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)	56



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ได้กำหนดในเรื่องการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการ โดยมุ่งให้คนพิการได้รับสิทธิและสวัสดิการที่พึงจะได้ในด้านการบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำรงชีวิตแก่คนพิการ และได้กำหนดให้มีสิทธิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามมาตรา 20(1) ถึงมาตรา 20(4) ตั้งแต่การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การยอมรับและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ โดยเฉพาะในมาตรา 20(5) ได้กำหนดไว้ว่าการช่วยเหลือคนพิการให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตสำหรับคนพิการ นอกจากนี้พระราชบัญญัติฯ นี้ยังได้กำหนดเรื่องช่องทางการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ (ในกรณีที่คนพิการไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้) โดยกำหนดให้ผู้ดูแลคนพิการหรือองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินแทนได้ เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติฯ นี้ นับว่าเป็นมิติใหม่แห่งเรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2556 : 13-18)

จากการศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายด้านคนพิการที่สำคัญของไทยพบว่า พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ตามมาตรา 20/2 กำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการที่ได้รับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการตามมาตรา 6(10) มีสิทธิดำเนินการตั้งแต่การเรียกร้องแทนคนพิการให้ได้รับสิทธิ และให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการเพื่อให้สามารถเข้าถึงสิทธิและใช้ประโยชน์ได้ตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนมาตรา 20/3 และมาตรา 20/4 กำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ เพื่อให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2556 : 18) โดยคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ได้ออกระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับ

ศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 และลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130 ตอนพิเศษ 182 ง เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2556 หน้า 42-47 โดยระเบียบฯ ได้กำหนดให้ศูนย์บริการคนพิการ มี 2 ประเภท ดังนี้ 1) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป คือ ศูนย์บริการคนพิการที่จัดตั้งโดยองค์กร ด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) ราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้บริการแก่คนพิการในระดับพื้นที่หรือตามประเภท ความพิการหรือให้บริการแก่คนพิการเป็นการเฉพาะในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และ 2) ศูนย์บริการคนพิการ จังหวัดคือศูนย์บริการคนพิการที่จัดตั้งขึ้นโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนและประสานงานเกี่ยวกับการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไป และดำเนินการอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการภายใน จังหวัด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 77 จังหวัดทั่วประเทศไทย

ทั้งนี้จากประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ได้กำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (1) ให้บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่น ๆ ตามที่ คนพิการร้องขอ 2) เรียกร้องแทนคนพิการให้ได้รับสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการหรือขอให้ขจัด การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ 3) ให้บริการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านอาชีพ การฝึกอาชีพ และการจัดหางานให้แก่คนพิการ 4) ให้บริการ ความช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ที่มีแนวโน้มจะพิการให้ได้รับการดูแลสุขภาพพยาบาลและฟื้นฟู สมรรถภาพ หรือได้รับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ตามความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล 5) ประสาน ความช่วยเหลือกับหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้ความช่วยเหลือคนพิการตาม ประเภทความพิการ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2556 : 1-2) ซึ่งหมายความถึง องค์กรด้านคนพิการสามารถให้บริการต่าง ๆ ตามกรอบภารกิจอำนาจหน้าที่ดังกล่าวมาได้ นอกจากนี้ในระเบียบดังกล่าวยังได้กำหนดให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีสิทธิได้รับการสนับสนุน ด้านการเงินหรือด้านอื่น ๆ จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามหลักเกณฑ์ที่ คณะกรรมการกำหนดไว้อีกด้วย

จากการทบทวนสถานการณ์การให้บริการสำหรับคนพิการในประเทศไทยพบว่า ส่วนมากเป็น การให้บริการโดยองค์กรภาครัฐและเป็นการให้บริการแบบแยกส่วนตามประเภทของบริการ เช่น โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นการให้บริการทางด้านการแพทย์และการฟื้นฟู สมรรถภาพสำหรับคนพิการ ซึ่งหากคนพิการต้องการรับบริการเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคมใน ประเด็นต่าง ๆ นั้น คนพิการจะต้องเดินทางเพื่อไปรับบริการยังหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ตามที่กำหนดไว้ในเขตพื้นที่ของคนพิการนั้น ๆ อาศัยอยู่ เป็นต้น การที่รัฐให้บริการแบบแยกส่วนต่างหน่วยงานต่างพื้นที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของคนพิการ

อย่างมากในการเดินทางเพื่อไปรับบริการตามความต้องการยังสถานที่หน่วยงานต่าง ๆ อีกทั้งหน่วยงานที่ให้บริการสำหรับคนพิการมีจำนวนจำกัดและมักตั้งอยู่ในบริเวณเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานครหรือในตามต่างจังหวัดหน่วยงานให้บริการจะอยู่ในตัวเมืองของแต่ละจังหวัดเท่านั้น นั่นกลับยิ่งเป็นการเพิ่มปัญหาในการเข้าถึงให้กับคนพิการเป็นอย่างมาก อีกทั้งหน่วยงานให้บริการต่าง ๆ มีจำนวนจำกัดหากเมื่อเทียบกับสถิติจำนวนคนพิการของประเทศไทย ข้อมูลเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 1,725,601 คน (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2559) ในขณะที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เผยแพร่ตัวเลขข้อมูลจำนวนหน่วยบริการสุขภาพทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ข้อมูลเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศทั้งหมด 60,971 หน่วยบริการ (กระทรวงสาธารณสุข. 2560) นั่นเป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่าจำนวนหน่วยบริการมีจำนวนจำกัดที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนพิการ และเป็นข้อจำกัดของโอกาสในการเข้าถึงบริการของคนพิการอีกด้วย

จากปัญหาดังกล่าวภาคประชาสังคมจึงได้รวมตัวกันในระดับที่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อแก้ไขปัญหาและดำเนินการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2526 เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการรวมตัวกันของเครือข่ายภาคประชาสังคม และเครือข่ายกลุ่มคนพิการในรูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) ในการให้บริการฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและการเข้าถึงบริการของคนพิการ นับว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของแนวคิดให้องค์กรด้านคนพิการสามารถให้บริการแก่คนพิการได้หากได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเหมาะสม

ต่อมาเวทีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เมื่อเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2553 ในระเบียบวาระเรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการซึ่งได้มีมติสมัชชาให้ออกหรือปรับปรุงกฎหมายระเบียบกฎเกณฑ์ที่มีอยู่เพื่อให้เอื้อต่อการสนับสนุนแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชน องค์กรด้านคนพิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าเป็นหน่วยงานร่วมจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ หลังจากนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกระเบียบการขึ้นทะเบียนหน่วยร่วมบริการในปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา และนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายด้านการผลักดันให้เกิดหน่วยร่วมจัดบริการสำหรับคนพิการขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านกายภาพของคนพิการนั่นเอง ดังจะเห็นได้จากนโยบายต่าง ๆ ของรัฐที่มุ่งเน้นส่งเสริมด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นใดจากรัฐ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนสังคมไทยยุคใหม่ตามแนวคิดเชิงสังคม

(Social Model) ที่เน้นการเคารพสิทธิในความเป็นมนุษย์และความเสมอภาคแห่งสิทธิพลเมือง การทำความเข้าใจถึงมิติแห่งความแตกต่างที่หลากหลาย รวมถึงการขจัดอุปสรรคทั้งทางด้านเจตคติและสภาพแวดล้อม เพื่อมุ่งเน้นให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างบุคคลทั่วไป และสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างกลมกลืน สร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขเพื่อคนทั้งมวล (Inclusive Society) นับว่าเป็นมิติแห่งการพัฒนาสังคมฐานสิทธิ เพื่อสร้างกลไกการทำสิทธิให้เป็นจริง (Make the Right Real) นั้นเป็นเรื่องของหน้าที่ สังคมมีหน้าที่ช่วยกันทำให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานหรือเรียกว่า สิทธิมนุษยชน ดังนั้นสังคมฐานสิทธินั้นคือเป็นสิทธิที่ทุกคนต้องได้รับ กล่าวคือ รัฐบาลมีหน้าที่ต้องให้บริการแก่คนพิการทุกคนตามฐานสิทธิต่าง ๆ อันสมควร โดยเฉพาะสิทธิขั้นพื้นฐานหรือสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นสิทธิที่ต้องดำเนินการตามหน้าที่ ตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อให้คนพิการทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม เพื่อก้าวเข้าสู่สังคมฐานสิทธิของคนพิการอย่างแท้จริง

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ภายใต้สังกัดของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) นั้น เป็นหน่วยงานหลักที่มีภารกิจอำนาจหน้าที่ด้านการบูรณาการงานด้านคนพิการ ทั้งในระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติตามภารกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายด้านคนพิการให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ รวมทั้งภารกิจหลักในการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรด้านคนพิการต่าง ๆ มีความเข้มแข็ง และดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ตลอดจนภารกิจด้านการส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ได้อย่างเสมอภาค เท่าเทียม และเป็นธรรม ดังเช่นภารกิจงานด้านศูนย์บริการคนพิการก็เช่นเดียวกัน ซึ่งอยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของกองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ ซึ่งมีบทบาทภารกิจในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานประสานความร่วมมือและการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการจัดตั้ง การดำเนินงาน และพัฒนาระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตลอดจนการกำกับดูแลตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอีกด้วย (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2560 : ออนไลน์)

นโยบายศูนย์บริการคนพิการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลามากกว่า 4 ปี จากรายงานกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่า ข้อมูลสถิติจำนวนศูนย์บริการคนพิการ ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2559 มีจำนวนศูนย์บริการคนพิการ รวมทั้งหมดจำนวน 1,173 แห่ง โดยแบ่งเป็นตามประเภทของศูนย์บริการคนพิการ 2 ประเภท คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 1,096 แห่ง และศูนย์บริการคนพิการจังหวัด จำนวน 77 แห่ง ในจำนวนนี้มีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จดทะเบียนรับรองการดำเนินงานภายใต้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กร

อื่นใดที่จัดบริการแก่คนพิการ (ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ประจำปีงบประมาณ 2559 โดยจำแนกตามเขตพื้นที่ภูมิภาคและจังหวัดได้ดังนี้ กรุงเทพมหานคร จำนวน 11 แห่ง ปริมณฑล (ประกอบด้วย จังหวัดนครปฐม จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสมุทรสาคร) จำนวน 8 แห่ง ภาคกลาง จำนวน 9 แห่ง ภาคเหนือ จำนวน 17 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 15 แห่ง และภาคใต้ จำนวน 4 แห่ง รวมจำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ ทั้งหมด 64 แห่งทั่วประเทศ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2559)

จากข้อมูลสถิติดังกล่าวพบว่า จำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปประเภทองค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใดที่จัดบริการแก่คนพิการ (ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ที่ผ่านการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปตามหลักเกณฑ์ระเบียบที่กำหนดไว้ นั้น มีจำนวนทั้งหมด 64 องค์กรจากทั่วทั้งประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนองค์กรด้านคนพิการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการ (องค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ตามมาตรา 6(10) มีจำนวน 157 องค์กร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40.76 ของจำนวนองค์กรคนพิการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรทั้งหมด นับว่าเป็นจำนวนที่ยังน้อยไม่เพียงพอต่อจำนวนคนพิการ โดยที่ผ่านมามีองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ (ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ได้พยายามศึกษาและดำเนินการเข้าสู่กระบวนการยื่นขอจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เป็นจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวน 450 องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ (ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ที่จดทะเบียนจัดตั้งเป็นองค์กรด้านคนพิการอย่างถูกต้องตามกฎหมายในประเทศไทย ด้วยเหตุผลและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ต่างกันออกไปของแต่ละองค์กร เช่น ความรู้และความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงาน แนวคิดของผู้บริหารหรือผู้นำองค์กร ความพร้อมของผู้บริหารหรือผู้นำองค์กรหรือความพร้อมของบุคลากรในองค์กรนั้น ๆ ตลอดจนความพร้อมในการให้บริการตามชุดกิจกรรมบริการต่าง ๆ แก่กลุ่มเป้าหมายตามที่ระเบียบกำหนดไว้ เป็นต้น จึงส่งผลให้มีองค์กรที่ผ่านการรับรองเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นมีจำนวนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนองค์กรที่ผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการ (ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ตามมาตรา 6(10)

จากการศึกษารายงานวิจัยเรื่องการศึกษาแนวทางการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการ (ศูนย์ IL) สู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการที่มีประสิทธิภาพ สรุปผลการวิจัยนี้ได้ว่า มีศูนย์ IL ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการ ตามมาตรา 6(10) จำนวน 6 แห่ง จากจำนวนศูนย์ IL ทั้งหมด 8 แห่ง แต่ยังไม่มีความรู้ ไปยื่นขอจดทะเบียนเพื่อดำเนินการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเลย ด้วยเหตุผลหลัก 2 ประการ คือ ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของศูนย์บริการ

คนพิการทั่วไปที่ถูกต้องเพียงพอ และยังขาดประสบการณ์ ขาดทักษะในการบริหารจัดการ และขาดทักษะการให้บริการในฐานะเป็นหน่วยให้บริการ ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้เอง จึงส่งผลให้ศูนย์ IL ประเมินตนเองว่าพวกเขายังไม่มีความพร้อมเพียงพอ ยังมองภาพรวมของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปไม่ชัดเจน และศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นยังไม่มีมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแบบเฉพาะ เพื่อให้พวกเขา และ/หรือองค์กรด้านคนพิการ และ/หรือศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้มีแนวทางในการดำเนินงานและเป็นแนวทางในการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้อย่างถูกต้องนั่นเอง นอกจากนี้ศูนย์ IL ยังได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาเพื่อยกระดับศูนย์ IL ขึ้น เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่มีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการเสริมศักยภาพภายในของศูนย์ IL ให้มีความพร้อมก่อนทั้งในเรื่องการบริหารจัดการภายใน และที่สำคัญคือต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในองค์ประกอบของการให้บริการในฐานะเป็นผู้ให้บริการ (Services Providers) เพื่อให้การบริการตามชุดกิจกรรมบริการ (Services Packages) นั้นมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งศูนย์ IL ได้เสนอแนะขอให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ(พ.ก.) ในฐานะเป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่และภารกิจหลักนั้นทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง (Coaching) ให้คำปรึกษาแนะนำภาคสนาม อย่างใกล้ชิด เพื่อพัฒนาการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้อย่างแท้จริง (ธีรยุทธ สุคนธวิท และคณะ. 2559 : 32-34)

จากความสำคัญดังกล่าวสะท้อนให้เห็นมิติใหม่ของสังคมไทยในการขับเคลื่อนนโยบายสังคมสู่สังคมฐานสิทธิตามแนวคิด Social Model อย่างแท้จริง โดยเฉพาะนโยบายศูนย์บริการคนพิการนั้นในระดับนโยบายที่เปิดโอกาสให้องค์กรด้านคนพิการสามารถให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายคนพิการด้วยตนเองได้ นับว่าเป็นการยกระดับแห่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามฐานสิทธิอย่างแท้จริง ซึ่งจากอดีตนโยบายการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐไปสู่องค์กรเอกชนด้านคนพิการนั้นเป็นแนวคิดรูปแบบโครงการเป็นฐาน (Project Based) ซึ่งมีการใช้แนวคิดนี้มาเป็นระยะที่ยาวนาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมิติใหม่ของการสนับสนุนงบประมาณในรูปแบบต้นทุนต่อหน่วยบริการเป็นฐาน (Unit Cost Based) เป็นการกำหนดกรอบหลักเกณฑ์การสนับสนุนศูนย์บริการคนพิการมาจากฐานต้นทุนค่าใช้จ่ายของแต่ละกิจกรรมหรือแต่ละบริการตามรายกิจกรรมที่ให้บริการของศูนย์บริการคนพิการนั่นเอง

กอปรกับเรื่องศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นเป็นนโยบายใหม่และเป็นกลไกใหม่ของสังคมไทย อีกทั้งเป็นภารกิจใหม่ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในฐานะองค์กรรับผิดชอบหลัก จึงได้ออกระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 และในระเบียบฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำระบบการให้บริการศูนย์บริการคนพิการ โดยกำหนดภารกิจอำนาจ

หน้าที่ในการวางแผน กำหนดรูปแบบ แนวทาง วิธีการจัดตั้ง และการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะในหมวดที่ 4 มาตรฐานการดำเนินการ และการให้บริการแก่คนพิการของศูนย์บริการคนพิการ ข้อที่ 20 ที่ระบุว่า ให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแต่ละประเภท มีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการแก่คนพิการตามเกณฑ์ชีวิตที่สำนักงานประกาศกำหนดไว้ และข้อ 21 ที่ระบุว่า ให้สำนักงานสนับสนุนทางวิชาการ งบประมาณ บุคลากร และความช่วยเหลืออื่นใดตามความจำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งกระบวนการในการติดตาม ตรวจสอบ และกำกับ การดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้เป็นไปตามเกณฑ์ชีวิตการดำเนินงานและการให้บริการตามข้อ 20 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2556 : 42-47)

หากแต่ระเบียบดังกล่าวนี้ยังเป็นเพียงระเบียบที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดไว้เท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติมีเพียงประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่องอัตราเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และต่อมามีการประกาศกรอบเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวด 1 การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป หมวด 2 การบริหารจัดการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และหมวด 3 การจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยกำหนดให้มีชุดกิจกรรมบริการ (Services Packages) ทั้งหมด 13 บริการ ซึ่งเป็นการกำหนดกรอบไว้แบบกว้าง ๆ เพื่อให้ชุดบริการครอบคลุมทุกประเภทความพิการ โดยให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสามารถเลือกกิจกรรมการให้บริการจากทั้ง 13 บริการนี้ ได้สอดคล้องตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอย่างเหมาะสม หากแต่หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบนั้นยังไม่มีกำหนดมาตรฐานการให้บริการทั้ง 13 บริการนั้นออกมาเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และปัจจุบันยังไม่มีกำหนดมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จะเป็นกรอบหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมกำกับติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังกล่าว ทั้งนี้ผู้ศึกษามีความเห็นว่มาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อการดำเนินงานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการให้บริการตามชุดกิจกรรมบริการของประเภทความพิการนั้นได้มาตรฐาน และตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการและการจัดบริการตามแนวคิดฐานสิทธิของคนพิการเพื่อสร้างกลไก การทำสิทธิคนพิการให้เป็นจริง (Make the Right Real)

เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy Children) หรือคำย่อที่นิยมเรียก คือ ซีพี (CP) เป็นเด็กพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว เด็กสมองพิการนี้จัดเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษประเภทหนึ่งที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บหรือการเกิดพยาธิสภาพในสมองส่วนที่ควบคุมสั่งการในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและ

ท่าทาง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เด็กสมองพิการมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา และร่างกายได้อย่างปกติ ซึ่งส่งผลให้เด็กสมองพิการ มีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ ความสามารถที่จะผ่านพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในแต่ละขั้นตอน เป็นไปได้ช้า และมักพบปัญหาหรือข้อจำกัดในเรื่องพัฒนาการด้านต่าง ๆ ตามมาด้วย เช่น พัฒนาการ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ สังคม ด้านการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กนั่นเอง ซึ่งเด็กสมองพิการ

สำหรับข้อมูลสถิติประชากรคนพิการของประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 โดยการสำรวจตามกรอบแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) หรือที่นิยมเรียกชื่อย่อว่า ICF ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก พบว่า มีประชากรคนพิการทั้งประเทศ จำนวน 1.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ ในจำนวนนี้เป็นประชากรเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 24 ปี จำนวน 182,599 คน คิดเป็นร้อยละ 9.75 ของประชากรคนพิการทั้งประเทศ) และในจำนวนนั้น เป็นประชากรเด็กสมองพิการ จำนวน 13,309 คน คิดเป็นร้อยละ 7.29 ของประชากรเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จากการศึกษาข้อมูลสถิติด้านปัญหาสุขภาพของเด็กสมองพิการ ตาม ICF อย่างละเอียดพบว่า เด็กสมองพิการมีความยากลำบากมากในปัญหาสุขภาพนั้นจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ของร่างกาย เช่น การนั่งยอง ๆ การขึ้นบันไดหนึ่งขั้น และการเดินทางราบระยะทาง 50 เมตร และมีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหรือยา เพื่อช่วยบรรเทาความลำบากหรือปัญหาสุขภาพด้วย รวมทั้งพบว่า เด็กสมองพิการมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าหนึ่งกิจกรรมขึ้นไป คือ มีความลำบากเกี่ยวกับสุขอนามัย (การขับถ่าย และการทำความสะอาดร่างกาย) รองลงมาคือความยากลำบากในการแต่งตัว และการอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน จนกระทั่งมีความลำบากในการกินอาหาร ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เด็กสมองพิการนั้นมีความยากลำบากอย่างมากในการดูแลตัวเอง ทั้งการทำกิจวัตรส่วนตัว และกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นต้องการให้ผู้อื่นช่วยดูแลมากถึง ร้อยละ 96 ของเด็กกลุ่มนี้มีผู้ดูแล และมีเพียง ร้อยละ 4 ที่ยังไม่มีผู้ดูแล ซึ่งภาครัฐควรเข้ามาทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้เด็กสมองพิการเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้ผลจากการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่า ร้อยละ 92 ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการต่าง ๆ เพิ่มเติมจากรัฐ ซึ่งสามารถสรุปผลความต้องการความช่วยเหลือหรือความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มเติมจากรัฐบาลมากที่สุด ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ต้องการเงินสนับสนุน 2) ต้องการให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์มาเยี่ยมที่บ้านเป็นครั้งคราว และ/หรือให้การดูแลที่บ้านเมื่อผู้ดูแลมีความจำเป็น 3) ต้องการมีงานทำมีรายได้โดยที่ผู้ดูแลสามารถทำงานที่บ้านได้ 4) ต้องการเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลได้อย่างสะดวก และ 5) ต้องการให้มีบริการพาหนะเวลาจำเป็นที่ต้องนำเด็กพิการไปที่อื่น ในยามจำเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551 : 5-16)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเด็กสมองพิการ (เด็กซีพี) มีความยากลำบากอย่างมากในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลเด็กสมองพิการอย่างใกล้ชิด ซึ่งเด็กสมองพิการเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จะต้องมีการจัดบริการให้แก่เด็กสมองพิการและผู้ดูแลตามกิจกรรมชุดบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กำหนดไว้ เพื่อให้เด็กสมองพิการได้รับบริการทางด้านกายภาพบำบัด เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยชุดกิจกรรม หลัก 4 กิจกรรม คือ 1) กายภาพบำบัด 2) อรรถบำบัด หรือการแก้ไขการพูด 3) กิจกรรมบำบัด และ 4) การนันทนาการบำบัด รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการฟื้นฟูและกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กสมองพิการนั่นเอง ตลอดจนผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องการได้รับการอบรมเสริมสร้างองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลและการฟื้นฟูเด็กสมองพิการอย่างถูกต้อง เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถดูแลเด็กสมองพิการได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยให้ครอบครัวเป็นฐาน (Family Based Rehabilitation : FBR) บนฐานความเชื่อของแนวคิดนี้คือครอบครัวของเด็กพิการมีศักยภาพที่สามารถดูแลเด็กพิการในครอบครัวได้อย่างดีและยั่งยืนที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของเด็กสมองพิการและความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมองพิการจากข้อมูลรายงานผลการสำรวจดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นอย่างมาก

จากที่ผู้ศึกษาได้ศึกษาหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับสากลนั้น ตามหลักการแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้กำหนดกรอบแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุน การเสริมสร้างขีดความสามารถของระบบในการให้บริการ และบุคลากร ผู้ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีแนวทางในการให้บริการที่ได้มาตรฐาน ซึ่งนับว่าเป็นกรอบมาตรฐานแม่บทที่สำคัญอย่างมากต่อแนวคิดในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เริ่มต้นที่ WHO ได้ให้นิยามของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง ชุดของเครื่องมือหรือมาตรการที่ช่วยในการทำให้คนพิการ และ/หรือผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะพิการ หรือบุคคลที่มีข้อจำกัดในระบบการทำงานที่ของร่างกาย ให้สามารถรักษาประสิทธิภาพในการทำงานที่สามารถตอบสนองต่อการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลนั้น ๆ ในการอยู่ร่วมกับครอบครัว บ้าน ชุมชน และสภาพแวดล้อมของเขาได้อย่างอิสระ รวมทั้งเพื่อให้บุคคลนั้นได้มีส่วนร่วมในการเข้าถึงระบบการศึกษา และการทำงาน อันเป็นคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ WHO ยังได้กำหนดกรอบแนวทางมาตรการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพควรมีวัตถุประสงค์ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในเชิงประจักษ์ 5 ประการหลักของระบบการทำหน้าที่ร่างกายของบุคคล คือ 1) เพื่อป้องกันการสูญเสีย 2) เพื่อชะลอการสูญเสีย 3) เพื่อปรับปรุงหรือฟื้นฟูการสูญเสีย 4) เพื่อชดเชยการสูญเสีย และ 5) เพื่อการบำรุงรักษาการสูญเสียของระบบการทำหน้าที่ร่างกายของบุคคล (World Health Organization. 2011 : 23)

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ตั้งที่ผู้ศึกษาได้กล่าวข้างต้นแล้วนั้น โดยเฉพาะสาระสำคัญของแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของ WHO ดังที่กล่าวข้างต้น มีความสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของผู้ศึกษาที่มีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) ขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ และแนวคิด หลักการ นโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาไปสู่การกำหนดแนวทางในการพัฒนามาตรฐาน และต้นทุนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยหวังว่าผลการศึกษานี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนและการพัฒนาขีดความสามารถของระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในฐานะเป็นหน่วยให้บริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ (Services Providers) มีแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดกิจกรรมบริการ (Services Packages) ให้ได้มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน รวมทั้งเพื่อเป็นข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบหลัก และองค์กรด้านคนพิการระดับชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดตาม ตรวจสอบ กำกับ และสนับสนุนระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดของมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวได้อย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ตลอดจนเพื่อเป็นประโยชน์ต่อองค์กรคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ (ทั้งองค์กรของพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการ ตามมาตรา 6(10) แล้ว ได้ศึกษา และพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรให้มีความพร้อม และพัฒนาระบบการให้บริการขององค์กรที่มีมาตรฐาน ไปสู่การจดทะเบียนขอการรับรองเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ให้มีจำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นมาตรการในการเพิ่มช่องทาง เพื่อการช่วยเพิ่มโอกาสให้เด็กพิการ คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการ ให้สามารถในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการและบริการต่าง ๆ ได้มากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย ตามเจตนารมณ์ของแนวคิดเชิงสังคม (Social Model) มุ่งเน้นฐานสิทธิของคนพิการ โดยการทำให้สิทธิ คนพิการให้เป็นจริง (Make the Right Real) อย่างแท้จริง

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
3. เพื่อศึกษาด้านทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 คำถามหลัก

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างไร ให้ได้มาตรฐาน

1.3.2 คำถามรอง

- 1) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ อะไรบ้าง
- 2) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีบริบท จุดแข็ง จุดอ่อน ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างไร
- 3) ผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ควรมีคุณสมบัติอย่างไร
- 4) ผู้ใช้บริการ (เด็กสมองพิการและผู้ดูแล) ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีปัญหาอุปสรรค ความพึงพอใจต่อการรับบริการระดับใด และมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการให้บริการอย่างไร
- 5) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามฐานสถิติ ควรเป็นอย่างไร
- 6) ตัวชี้วัดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ได้มาตรฐานควรเป็นอย่างไร
- 7) ทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เป็นอย่างไร
- 8) กรมส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ควรสนับสนุนการสร้างมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปยังไม่ตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิ
2. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการ มีบุคลากรผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีความรู้ มีทักษะ ความสามารถ มีจิตอาสา มีความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และเคารพสิทธิของเด็กพิการและคนพิการ
3. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการได้รับการสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอซึ่งส่งผลต่อมาตรฐานของการให้บริการ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

- 1) มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยศึกษาจาก
 - 1.1) ศึกษาสถานการณ์ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในต่างประเทศและในประเทศไทย
 - 1.2) ศึกษานโยบาย แนวคิด การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ และมาตรฐานการให้บริการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
 - 1.3) ศึกษาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปว่ามีบริการอะไรบ้างที่สอดคล้องตามฐานสิทธิและสวัสดิการตามที่พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร
- 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
- 3) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

1.5.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ทำการศึกษา

ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ทำการศึกษาคั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการ โดยครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำครอบครัวและผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่รวมตัวกันทั้งแบบที่เป็น

ทางการและไม่เป็นทางการ จำนวนตั้งแต่ 5-10 ครอบครัวขึ้นไป และมีการรวมตัวกันในลักษณะแบบกลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) ที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่เด็กสมองพิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร

1.6 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) หมายถึง เด็กพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุตั้งแต่แรกพบความพิการจนกระทั่งถึงอายุ 18 ปีบริบูรณ์ เป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือการเกิดพยาธิสภาพในสมองส่วนที่ควบคุมการสั่งการในการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ส่งผลให้เด็กสมองพิการมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวในท่าทางต่าง ๆ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา และร่างกายได้อย่างปกติ

ผู้ดูแลคนพิการ (Caregiver) หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา เครือญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลหรืออุปการะเด็กสมองพิการ และ/หรือคนพิการ

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (Disability Services Center) หมายถึง ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จัดตั้งขึ้นโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่มีการให้บริการให้แก่เด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) และได้รับใบอนุญาตจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป รวมทั้งดำเนินงานตามภารกิจให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)¹ หมายถึง ชุดของเครื่องมือ กระบวนการ มาตรการ ที่ช่วยให้บุคคลที่พิการหรือบุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะพิการให้สามารถเข้าถึงวิธีการป้องกัน ชะลอ ปรับปรุง ชดเชย และบำรุงรักษาประสิทธิภาพของระบบการทำงานที่ของบุคคล ตั้งแต่ระบบร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคมให้ได้ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยชุดกิจกรรมหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ 4 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) 2) อบรมบำบัดหรือการแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy) 3) กิจกรรมบำบัด (Occupation Therapy) และ 4) การนันทนาการบำบัด

¹ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ตามชุดกิจกรรมบริการ ทั้ง 4 กิจกรรมนั้น ซึ่งแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย 1) โปรแกรมหลัก คือ โปรแกรมหลักที่เด็กสมองพิการทุกคนจำเป็นต้องได้รับเหมือนกันทุกคน และ 2) โปรแกรมรอง คือ โปรแกรมรองที่ผู้ให้บริการพิจารณาให้บริการแก่เด็กสมองพิการเป็นรายกรณี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนการจัดการศึกษาเฉพาะราย (Individual Education Program : IEP) ที่ได้จากการผ่านการประเมินสภาพความพิการและพัฒนาการของเด็กสมองพิการเฉพาะราย

(Recreational Therapy)² รวมทั้งการบริการประสานส่งต่อบริการเพื่อการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว บ้าน ชุมชน และสังคม ตามบริบทสภาพแวดล้อมของเขาที่สอดคล้องกับระดับความสามารถและศักยภาพของเด็กสมองพิการแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

ผู้ให้บริการ (Services Providers) หมายถึง บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ในสังกัดของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ที่จัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่เป็นผู้ดำเนินการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่เด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ภายในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

ผู้รับบริการ (Services Recipients) หมายถึง เด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กพิการ ซึ่งมีความประสงค์เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

คุณภาพการให้บริการ (Quality Service) หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการในการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการนั้น ๆ สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) 2) อรรถบำบัดหรือการแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy) 3) กิจกรรมบำบัด (Occupation Therapy) และ 4) การนันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) รวมทั้งการบริการประสานส่งต่อบริการเพื่อการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว บ้าน ชุมชน และสังคม ตามบริบทสภาพแวดล้อมของเขาที่สอดคล้องกับระดับความสามารถและศักยภาพของเด็กสมองพิการแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

การให้บริการที่ได้มาตรฐาน (Services Standards) หมายถึง การให้บริการใด ๆ ทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ที่กำหนดขึ้นเกี่ยวกับคุณลักษณะ คุณภาพที่พึงประสงค์ และต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักในการส่งเสริม สนับสนุน รับรอง ติดตามประเมินผล และประกันคุณภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กสมองพิการที่ดีขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับเด็กสมองพิการและครอบครัว

² อรรถบำบัด หรือการแก้ไขการพูด นั้น มักพบว่า เด็กสมองพิการส่วนมากมีความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสารที่สามารถประเมินเห็นได้อย่างชัดเจน หากแต่พบว่า เด็กสมองพิการบางรายที่มีระดับความพิการน้อยจะสามารถพูดและสื่อสารได้ก็ตาม แต่ยังพบความผิดปกติในการพูดและการสื่อสารอยู่ เช่น การพูดซ้ำ พูดไม่ชัด ออกเสียงผิดปกติและไม่ชัดเจน เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกในการแก้ไขการพูดเพิ่มเติม เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านภาษาและการสื่อสารให้แก่เด็กสมองพิการให้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและตามสภาพความพิการที่ดียิ่งขึ้น

ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจากศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นผลของการรับรู้และการประเมินคุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐานในสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังว่าควรจะได้รับ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการในการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

แหล่งสนับสนุน (Support Resources) หมายถึง องค์กร หน่วยงาน บุคคล หรือผู้รับได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือต่าง ๆ ทั้งการสนับสนุนทางตรง เช่น ข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้ วัตถุประสงค์ของ และ/หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งแหล่งสนับสนุนในที่นี้หมายถึงแหล่งสนับสนุนในการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ซึ่งเป็นหน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาล รพสต. โรงเรียน หน่วยงานบริการ สำนักงานเขต มูลนิธิ สมาคม ชมรมต่าง ๆ เป็นต้น และ/หรือองค์กรด้านคนพิการด้วยตนเอง รวมทั้งบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอีกด้วย เช่น ผู้นำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหวิชาชีพ ต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (PA.) และอาสาสมัครจิตอาสาทั่วไป เป็นต้น ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อหนุนเสริมให้การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น ครอบคลุมและมีคุณภาพเพื่อตอบสนองให้เด็กสมองพิการได้รับการพัฒนาการที่ดีขึ้น

การเข้าถึงบริการ (Access to Service) หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลหรือองค์กร ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึงศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อให้บริการได้ตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการ (เด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ) ให้เข้าถึงบริการได้ง่าย ใช้บริการได้ง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากผลการให้บริการนั้น ๆ เช่น ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวก ระเบียบขั้นตอนการรับบริการเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน ผู้รับบริการใช้เวลารอคอยไม่นาน เวลาที่เปิดให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสม สถานที่ให้บริการสามารถเดินทางเข้า-ออกได้อย่างสะดวก รวมทั้งสถานที่ที่ให้บริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อเด็กสมองพิการและผู้ดูแล เช่น ทางลาด ลิฟต์ เก้าอี้ล้อเข็น ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น

ต้นทุนหน่วยบริการ (Unit Cost) หมายถึง จำนวนเงิน ค่าใช้จ่าย และ/หรือทรัพยากร ที่ต้องใช้จ่ายเพื่อให้เกิดการดำเนินงานและการให้บริการนั้น ๆ โดยต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ คือ จำนวนหนึ่งครั้งของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการและผู้ดูแล ซึ่งต้นทุนต่อหน่วยบริการเป็นทั้งจำนวนเงินและทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ

ประกอบด้วย 1) ต้นทุนค่าแรง 2) ต้นทุนค่าลงทุน และ 3) ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ ที่มีความจำเป็นต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในทุกกิจกรรม

เครือข่าย (Network) หมายถึง เครือข่ายขององค์กรที่มีการเชื่อมโยงกัน ซึ่งเครือข่ายในที่นี้ หมายความถึง องค์กร มูลนิธิ ชมรม สมาคม และ/หรือกลุ่มบุคคลที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ที่เรียกว่า ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของแกนนำ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่รวมตัวกันในลักษณะแบบกลุ่มช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง Self Help Group ซึ่งกลุ่มมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 5-10 ครอบครัวขึ้นไป และมีวัตถุประสงค์เพื่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เครือข่ายนี้เป็นเครือข่ายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ที่จัดตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร

มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children) หมายถึง ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะ คุณภาพที่พึงประสงค์และต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักในการรับรองติดตามประเมินผลและ ประกันคุณภาพในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ที่ให้บริการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการได้อย่างความเหมาะสมยิ่งขึ้น

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
2. ได้แนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
3. ได้ทราบต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
4. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบหลักในการสนับสนุนมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy : CP)
- 2.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับสากล
- 2.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย
- 2.4 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ
- 2.5 มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและกระบวนการจัดทำมาตรฐาน
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ
- 2.8 แนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยบริการ
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy : CP)

2.1.1 ความเป็นมาของเด็กสมองพิการ

สมองพิการ (Cerebral Palsy) หรือคำย่อที่นิยมเรียก คือ ซีพี (CP) ไม่ใช่เป็นโรคเฉพาะ แต่เป็นกลุ่มอาการของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะความพิการอย่างถาวรของสมอง ความพิการนี้จะคงที่ และไม่ลุกลามต่อไป ซึ่งมีผลให้การทำงานของสมองส่วนที่ทำหน้าที่สั่งการหรือการประสานงานของการทำงานของกล้ามเนื้อบดพร่องไป ส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว และการทรงท่าที่ผิดปกติไปด้วย เช่น การเกร็งของใบหน้า ลิ้น ลำตัว แขน ขา การทรงตัว การทรงท่าในขณะนั่ง ยืน เดิน ผิดปกติ หรืออาจเดินไม่ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมองส่วนนั้นหรือขึ้นอยู่กับระดับของรุนแรงของภาวะความพิการที่แตกต่างกันออกไป โดยสรุปความเป็นมาของสมองพิการ ได้ดังนี้

สมองพิการเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวที่อธิบายขึ้นครั้งแรก เมื่อ ปี ค.ศ. 1843 (พ.ศ. 2386) โดย นายแพทย์ วิลเลียม ลิตเติล (Dr. William Little) หรือที่รู้จักกันในชื่อของ ดอกเตอร์ วิลเลียม เป็นศัลยแพทย์ชาวอังกฤษที่มีความเชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อ ซึ่งขณะนั้น ได้ศึกษาและพยายามอธิบายคำว่า สมองพิการ ขึ้นเป็นครั้งแรกและในยุคสมัยนั้น ดอกเตอร์ วิลเลียม

ได้อธิบายอาการของสมองพิการไว้เพียงรูปแบบเดียว คือ เด็กสมองพิการในกลุ่ม Spastic Diplegia Cerebral Palsy (Nadire and Selim. 2010 : 7, Pakula Braun and Yeargin-Allsopp. 2009 : 425, Rethlefsen Ryan and Kay. 2010 : 457)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1889 (พ.ศ. 2432) เซอร์ วิลเลียม ออสเลอร์ (Sir Willism Osler) หรือที่เรียกกันว่า เซอร์วิลเลียม นับว่าเป็นนักวิจัยคนสำคัญที่เริ่มศึกษาค้นคว้าและทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะสมองพิการขึ้นอย่างจริงจังเป็นครั้งแรก และได้เขียนหนังสือชื่อ The Cerebral Palsies of Children ซึ่งเป็นหนังสือเล่มแรกที่อธิบายเกี่ยวกับสมองพิการ อีกทั้ง เซอร์ วิลเลียม ยังเป็นบุคคลแรกที่ให้บัญญัติศัพท์ของคำว่า สมองพิการ โดยใช้คำภาษาอังกฤษว่า Cerebral Palsy ขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น จนเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้บัญญัติศัพท์นี้กันอย่างแพร่หลาย มาจนถึงปัจจุบัน ต่อมา เซอร์ วิลเลียม ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับลักษณะอื่น ๆ ของความพิการในสมองพิการ โดยค้นพบลักษณะความผิดปกติของสมองพิการที่หลากหลายรูปแบบมากขึ้น และมีความสอดคล้องตรงกันกับที่ดอกเตอร์ วิลเลียม ค้นพบและนำเสนอไว้ นอกจากนี้เซอร์ วิลเลียม ยังได้เสนอข้อเท็จจริงที่ทำให้สังคมได้รับรู้ว่าหากบุคคลสมองพิการได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้วนั้น จะส่งผลดีที่ตีมากต่อบุคคลสมองพิการ และยังสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลสมองพิการได้เป็นอย่างดี ซึ่งนับว่าข้อค้นพบนี้เป็นการสนับสนุนแนวคิดด้านการฟื้นฟูและพัฒนาบุคคลสมองพิการได้อย่างชัดเจน (Pakula Braun and Yeargin-Allsopp. 2009 : 425, Rethlefsen Ryan and Kay. 2010 : 457, Sankar and Mundkur. 2005 : 865)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1897 (พ.ศ. 2440) ซิกมันด์ฟรอยด์ (Sigmund Freud) นักประสาทวิทยาและจิตแพทย์ชาวออสเตรีย ได้เริ่มต้นทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมองพิการขึ้นในขณะที่เขากำลังศึกษาแพทยศาสตร์ โดยการศึกษานั้นมุ่งเน้นศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดสมองพิการ ผลการศึกษาครั้งนั้นพบว่า สมองพิการเกิดได้จากหลายสาเหตุหลายปัจจัย มีสาเหตุหลักของการเกิดสมองพิการคือสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวเกิดการทำลายหรือการพัฒนาที่ผิดปกติ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในระยะที่สมองกำลังอยู่ระหว่างการเจริญเติบโต (Developing Brain) ใน 3 ระยะ คือ 1) ตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์มารดา 2) ระยะขณะเกิดหรือระหว่างการคลอด และ 3) ระยะหลังเกิดหรือหลังคลอด ซึ่งสมองพิการนั้นมีความเสี่ยงที่จะสามารถเกิดได้ตลอดเวลาจนกว่าเด็กจะมีอายุถึง 2 ปีบริบูรณ์ ต่อมาฟรอยด์ ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าหลังจากนั้นแล้วภาวะสมองพิการยังคงเหลือพยาธิสภาพอยู่ในสมองจึงสามารถส่งผลให้เกิดความบกพร่องและมีข้อจำกัดในการควบคุมการเคลื่อนไหวและท่าทางของร่างกายได้ (Sankar and Mundkur. 2005 : 865, Pakula Braun and Yeargin-Allsopp. 2009 : 425-426, Rethlefsen Ryan and Kay. 2010 : 458)

2.1.2 ความหมายของเด็กสมองพิการ

เด็กสมองพิการเป็นเด็กที่มีความบกพร่องหรือประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ทำให้ทั้งทางด้านการแพทย์และทางด้านการศึกษาค้นคว้าได้พยายามให้ความหมายของคำว่า เด็กสมองพิการ ไว้มากมาย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

รายงานการประชุมนานาชาติว่าด้วยความหมายและการจำแนกประเภทของเด็กสมองพิการ (An International Workshop on Definition and Classification of CP) ในปี ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550) มติของที่ประชุมได้ให้นิยามของคำว่า เด็กสมองพิการ หมายถึง กลุ่มของความผิดปกติของพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวและท่าทาง ซึ่งส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นผลมาจากการคงอยู่ของพยาธิสภาพสมอง (Non-Progressive Disturbances) ระหว่างที่สมองกำลังพัฒนา (Developing Brain) ในช่วงระยะที่เป็นตัวอ่อนในครรภ์จนถึงวัยทารก โดยความผิดปกติของพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวและท่าทางในเด็กสมองพิการนั้น ส่วนใหญ่มักพบความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น สติปัญญา การสื่อสาร พฤติกรรม หรือโรคลมชัก เป็นต้น (Pakula Braun and Yeargin-Allsopp. 2009 : 426-427, Rethlefsen Ryan and Kay. 2010 : 457, Rosenbaum. 2007 : 8) ซึ่งนับว่าเป็นคำจำกัดความทางด้านการแพทย์ที่ได้ให้ความหมายไว้อย่างครอบคลุมและชัดเจนมากที่สุด จึงเป็นที่ยอมรับอย่างมากในวงการทางการแพทย์และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมาจนถึงปัจจุบันนี้

สมาคมสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP วอชิงตัน ดี.ซี. แห่งสหรัฐอเมริกา) ได้ให้ความหมายของเด็กสมองพิการไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะที่สมองกำลังเจริญเติบโต ทำให้มีผลต่อความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของร่างกายท่าทาง และการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งจะสามารถพบได้ใน 3 ระยะ คือ ระยะอยู่ในครรภ์มารดา ระยะขณะคลอด และระยะหลังคลอด แต่จะมีโอกาสเกิดได้กับเด็กที่มีอายุไม่เกิน 2 ปี (Pakula Braun and Yeargin-Allsopp. 2009 : 426, Rosenbaum and Others. 2007 : 9)

มูลนิธิเด็กสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (Cerebral Palsy Foundation : CPF) ให้คำจำกัดความของเด็กสมองพิการ คือโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากการบาดเจ็บของสมองหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะที่สมองของเด็กอยู่ระหว่างการเจริญเติบโต สมองส่วนใหญ่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและการประสานงานของกล้ามเนื้อ ที่เป็นความผิดปกติอย่างถาวรของการพัฒนาของการเคลื่อนไหวและท่าทาง ที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยมักมาพร้อมกับข้อจำกัดในการรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อ การสื่อสาร และพฤติกรรมได้ด้วย (Peter Rosenbaum. 2007 : Online)

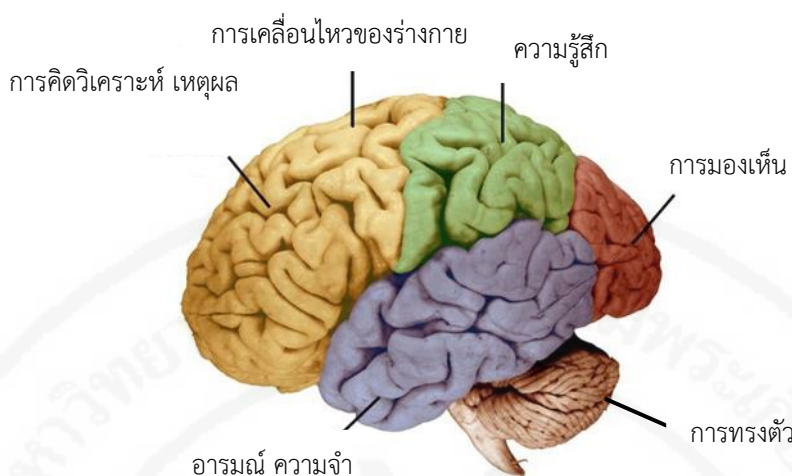
Peter Rosenbaum (2007) ให้คำจำกัดความว่า เด็กสมองพิการ หรือ Cerebral Palsy คือ การอัมพาตทางสมอง กล่าวคือกลุ่มของความผิดปกติทางสมองอย่างถาวรของทารกในครรภ์หรือทารก และ/หรือความผิดปกติของสมองในเด็กที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของการพัฒนาทางการเคลื่อนไหวและท่าทาง โดยก่อให้เกิดข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมประจำวัน และมักจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การรับรู้ การสื่อสาร และพฤติกรรมของเด็ก (Peter Rosenbaum. 2007 : 8-9) ซึ่งเป็นนิยามที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

จากความหมายของคำว่า เด็กสมองพิการ ที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy : CP) คือ เด็กที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ที่เกิดจากการบาดเจ็บ หรือการเกิดพยาธิสภาพในสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและท่าทาง ซึ่งเกิดขึ้นในระยะที่สมองกำลังเจริญเติบโต หรือสมองยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ เป็นผลให้เด็กไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา และร่างกายได้อย่างปกติ โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมองนั้นเป็นแบบถาวรและไม่ลุกลามต่อไปอีก แต่กล้ามเนื้ออาจเสื่อมลงหากไม่ได้รับการฟื้นฟู พัฒนาการด้านร่างกายได้อย่างทันเวลาและต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้เด็กสมองพิการอาจพบความผิดปกติอื่นร่วมด้วยได้ เช่น ความบกพร่องในการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ความบกพร่องทางการพูดและการออกเสียง ความบกพร่องทางสติปัญญา ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของเด็ก

ในปัจจุบันความหมายของเด็กสมองพิการที่นิยมใช้กันอยู่นั้น จะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะเด่น 4 ประการ (Pakula Braunand Yeargin-Allsopp. 2009 : 426, Rosenbaum. 2007 : 8-9) สรุปได้ดังนี้

- 1) มีความพิการหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับระบบการควบคุมการเคลื่อนไหว
- 2) มีสาเหตุของความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการทรงตัวให้ประสานสัมพันธ์กันของร่างกาย ซึ่งความรุนแรงของสมองพิการนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของสมองส่วนที่ผิดปกติและถูกทำลายไป
- 3) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะต้องเกิดในระยะของการเจริญเติบโตของสมองตั้งแต่วัยอยู่ในครรภ์ จนถึงระยะที่สมองเจริญเต็มที่ ประมาณเท่ากับเด็กอายุ 7-8 ปี (Early in Life) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับเด็กในช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเด็กอายุ 7-8 ปี
- 4) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีพยาธิสภาพของโรคเดิมที่ทำให้เกิดสมองพิการหลงเหลืออยู่จะเป็นความพิการอย่างถาวรคงที่และไม่ลุกลามต่อไป (Non-Progressive Pathology)

ภาพที่ 1 ระบบการทำงานของสมองในส่วนต่าง ๆ



ที่มา: Gorter J. W.; et al. 2004 : 461-467.

นอกจากนี้การให้นิยามของสมองพิการส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงการพบความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องในการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ความบกพร่องทางการพูดและการออกเสียง ความบกพร่องทางการได้ยิน ความบกพร่องทางการมองเห็น ความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2551 : 12, Krstic and Oros. 2012 : 374, Rethlefsen Ryan and Kay. 2010 : 457, Pakula Braun and Yeargin-Allsopp. 2009 : 426-427, Rosenbaum. 2007 : 8-9)

2.1.3 สาเหตุของเด็กสมองพิการ

จากการศึกษารายงานบทสรุประบาดวิทยาของเด็กสมองพิการ สถานการณ์อุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเด็กสมองพิการ ของมูลนิธิศึกษาวิจัยเพื่อบุคคลสมองพิการ แห่งสหรัฐอเมริกา (Summary of The Epidemiology of cerebral palsy : incidence, Impairment sandrisk factors United Cerebral Palsy Research and Education Foundation U.S.) พบว่า สาเหตุของการเกิดสมองพิการ อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ภาวะสมองขาดออกซิเจน การอักเสบ การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ และพันธุกรรม เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่มักจะอยู่ในช่วงระยะเวลาที่มีการเจริญเติบโตของสมองหรือในช่วงที่สมองกำลังพัฒนา ซึ่งอาจเกิดได้ทั้ง ก่อนเกิด ขณะเกิด หรือ หลังเกิด โดยประมาณร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 ของเด็กสมองพิการที่ไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจนอย่างแน่ชัด (United Cerebral Palsy Research and Education Foundation. 2007 : Online) สามารถแบ่งสาเหตุการเกิดได้ 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเวลาที่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา หรือระยะก่อนคลอด (Prenatal Causes) พบว่าเป็นสาเหตุที่มีโอกาสเกิดขึ้นมากที่สุดถึงร้อยละ 75-80 และจะเกิดขึ้นในระยะที่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา นับตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 6 เดือน มีสาเหตุจากการติดเชื้อของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น โรคหัดเยอรมัน ซิฟิลิส เริม มาเลเรีย เอ็ดส์ เป็นต้น และภาวะสมองขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ มารดาขาดสารอาหาร และมารดามีโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต รวมทั้งโรคทางพันธุกรรม ความผิดปกติของโครโมโซม หรือแม้แต่ความผิดปกติของสมองโดยกำเนิด เช่น ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ ภาวะสมองไม่เจริญเติบโต รวมถึงสมองลีบ สมองเล็ก เป็นต้น

2) ระยะเวลาระหว่างคลอด (Perinatal Causes) พบว่าเป็นสาเหตุที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 10 ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระยะระหว่างคลอดนี้เกิดขึ้นโดยนับตั้งแต่ 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์จนถึงสัปดาห์แรกหลังคลอด โดยมีสาเหตุมาจากเด็กคลอดก่อนกำหนด และเด็กมีน้ำหนักตัวน้อยคือน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสมองขาดออกซิเจนในเด็กตั้งแต่ 4 นาทีขึ้นไป ภาวะระหว่างการคลอดที่ลำบากหรือคลอดผิดปกติ เช่น การคลอดในท่ากบ สายสะดือพันคอเด็ก เด็กสำลักน้ำคร่ำ และการคลอดที่ต้องใช้เครื่องช่วย เช่น คีมคีบ หรือเครื่องดูดศีรษะ เป็นต้น รวมทั้งภาวะกลุ่มเลือดระหว่างมารดากับทารกไม่เข้ากันส่งผลให้เด็กคลอดออกมาตัวเหลือง เป็นต้น

3) ระยะเวลาหลังคลอด (Postnatal Causes) พบว่าเป็นสาเหตุที่มีโอกาสเกิดขึ้นประมาณ ร้อยละ 12-21 ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระยะนับตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังคลอดจนถึงเด็กอายุ 7 ปี โดยมีสาเหตุหลักมาจากภาวะสมองขาดออกซิเจนตั้งแต่ 4 นาทีขึ้นไป ภาวะแทรกซ้อน การจมน้ำ เด็กมีอาการชัก เด็กสำลักอาหาร การติดเชื้อของเด็ก เช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคสมองอักเสบ โรคหัดเยอรมัน เป็นต้น รวมทั้งอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับเด็กส่งผลทำให้มีอันตรายต่อสมองของเด็ก เช่น กะโหลกศีรษะร้าวมีเลือดออกในสมอง อาหารติดคอเด็ก เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดสมองพิการอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน และมีสาเหตุการเกิดที่ไม่แน่นอน ส่วนมากมีสาเหตุหลักมาจากภาวะสมองขาดออกซิเจนตั้งแต่ 4 นาทีขึ้นไป ภาวะเด็กมีอาการชักเมื่อมีไข้สูง ตั้งแต่ระดับอุณหภูมิร่างกายที่ 38-40 องศาเซลเซียส รวมทั้งสาเหตุจากอุบัติเหตุที่อาจส่งผลให้สมองของเด็กได้รับการกระทบกระเทือน เช่น การจมน้ำ การสำลักอาหาร หรืออาหารติดหลอดลม เป็นต้น และสามารถเกิดในช่วงระยะเวลาที่มีการเจริญเติบโตของสมอง ได้ใน 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่เด็กอยู่ในครรภ์มารดาหรือระยะก่อนคลอด 2) ระยะเวลาระหว่างคลอด และ 3) ระยะเวลาหลังคลอด โดยต้องมีการตรวจวินิจฉัยและประเมินด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง เช่น การสแกนสมอง (Magnetic Resonance Imaging : MRI) จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2.1.4 การแบ่งประเภทของเด็กสมองพิการ

จากการศึกษาพบว่า ทางกายภาพมีการแบ่งประเภทของเด็กสมองพิการในหลากหลายมิติ ในที่นี้สรุปการแบ่งประเภทของสมองพิการ ในลักษณะสำคัญ ๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 มิติ (กึ่งแก้ว ปาจารย์. 2542 : 60-61, ศิรินาถ เลียบศิรินนท์ และคณะ. 2551 : 26-34, ทิพวรรณ หรรษาคุณาชัย. 2554 : 350-351, Rosenbaum. 2007 : 9-10) ดังนี้

1) แบ่งตามลักษณะความผิดปกติของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวหรือตามสรีรวิทยา (Physiologic Classification) มี 5 ชนิด ได้แก่

1.1) ชนิดแข็งเกร็ง (Spastic) เป็นลักษณะอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อแขนขาและลำตัว ซึ่งพบได้มากที่สุดคือประมาณ 3 ใน 4 ของเด็กสมองพิการทั้งหมด

1.2) ชนิดกล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวได้ยาก (Athetoid) เป็นลักษณะอาการเคลื่อนไหวของแขนขาและลำตัวผิดปกติมีลักษณะการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ควบคุมไม่ได้หรือการควบคุมแบบไร้ทิศทางอย่างซ้ำ ๆ

1.3) ชนิดการควบคุมการทรงตัวไม่ดีหรือกล้ามเนื้อขาดการประสานสัมพันธ์ (Ataxic) เป็นลักษณะมีความผิดปกติของสมองส่วนที่ทำหน้าที่สั่งการส่วนที่ควบคุมได้ที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว ทำให้สูญเสียการทรงตัว ส่งผลให้เด็กนั่ง หรือเดินไม่ได้ หรืออาจทำได้แต่ไม่มั่นคง เดินขา กาง มีอาการเซ และเสียการเคลื่อนไหวแบบประสาน

1.4) ชนิดกล้ามเนื้อตึงตัวน้อย (Hypotonic) พบได้น้อยมาก มีลักษณะแขนขาและลำตัวอ่อนปวกเปียก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมือและข้อเท้าของเด็กกลุ่มนี้จะมีอาการอ่อนปวกเปียก ไม่มีแรง ไม่สามารถทรงตัวอยู่ในท่าต่าง ๆ ได้ การตั้งตรงของศีรษะทำไม่ได้ การทรงตัวในท่านั่งไม่ได้

1.5) ชนิดผสม (Mixed) มักใช้เมื่อมีความผิดปกติมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป เช่น เด็กสมองพิการบางรายอาจมีลักษณะผิดปกติดังที่กล่าวมาเบื้องต้นผสมชนิดกัน ส่วนมากที่พบบ่อยที่สุดคือเด็กสมองพิการชนิดแข็งเกร็ง (Spastic) และเด็กสมองพิการชนิดกล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวได้ยาก (Athetoid) ผสมกัน

2) แบ่งตามส่วนของร่างกายที่มีอาการปรากฏ (Topographic Classification) มี 4 ชนิด ได้แก่

2.1) โมโนพลีเจีย (Monoplegia) พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวแขน ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย โดยมีผลกระทบต่อแขนมากกว่าขา

2.2) เฮมิพลีเจีย (Hemiplegia) พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของแขน และขา ซีกใดซีกหนึ่ง โดยมีผลกระทบต่อทั้งแขนขา

2.3) ไตพลีเจีย (Diplegia) พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของแขน หรือ ขาทั้งสองข้าง ส่วนใดส่วนหนึ่ง ส่วนมากพบในความรุนแรงผิดปกติส่วนขามากกว่าแขน

2.4) ควอดริพลีเจีย (Quadriplegia) พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของทั้งแขนและขาทั้ง 2 ข้าง และทั้ง 2 ส่วน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มีความรุนแรงผิดปกติทั้งร่างกาย

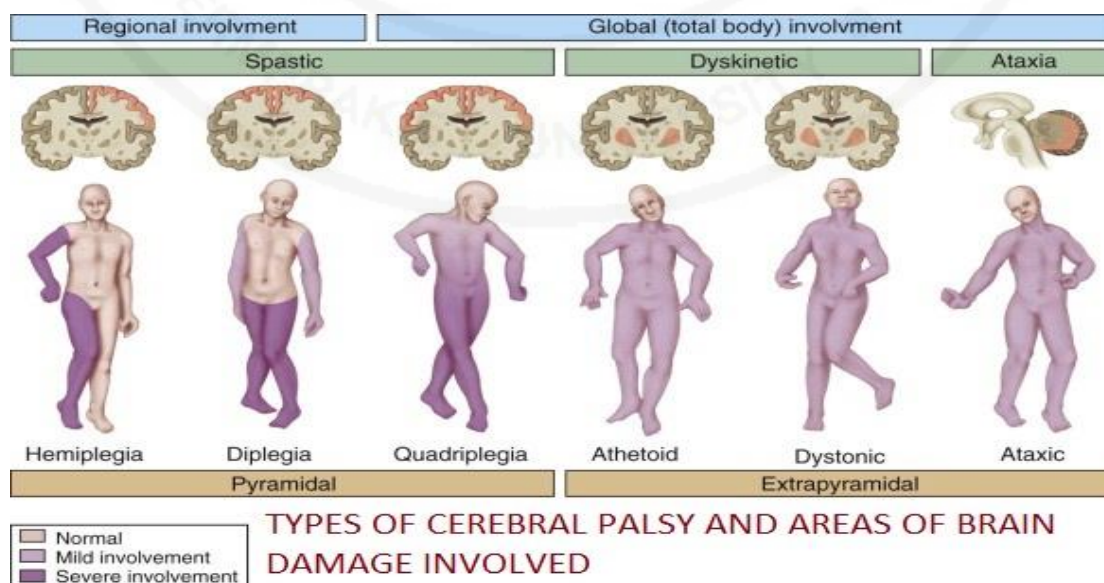
3) แบ่งระดับความรุนแรงตามอาการหรือการทำหน้าที่โดยรวม (Functional Classification) มี 3 ชนิด ได้แก่

3.1) ระดับความรุนแรงของอาการน้อย (Mild) คือ เด็กที่มีความผิดปกติในระดับน้อย โดยเด็กมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถเดินได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วย หรือต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

3.2) ระดับความรุนแรงของอาการปานกลาง (Moderate) คือ เด็กที่มีความยากลำบากในการประกอบกิจกรรมประจำวัน เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ถ้าได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้องต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ และต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือ และต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ซึ่งส่วนมากจะเป็นกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด

3.3) ระดับความรุนแรงของอาการรุนแรง (Severe) คือ เด็กที่มีข้อจำกัดอย่างมากในการประกอบกิจกรรมประจำวัน เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ เด็กมีความต้องการจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิด หรือในบางรายมักพบว่า เด็กกลุ่มนี้มีการใช้อุปกรณ์เสริมทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การเจาะคอเพื่อดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

ภาพที่ 2 การแบ่งประเภทของเด็กสมองพิการ



ที่มา: Kathryn Wolff Heller and Others. 1996 : 97

4) ระบบมาตรฐานการแบ่งระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor Function Classification System : GMFCS) ได้เผยแพร่ขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550) โดยมีทีมนักวิชาการชื่อ Robert Palisano Peter Rosenbaum Doreen Bartlett และ Michael Livingston อาจารย์ประจำศูนย์ Can Child เพื่อการวิจัยในเด็กพิการ แห่งมหาวิทยาลัย McMaster ที่คิดค้นพัฒนาและได้เผยแพร่ออกมาเป็นเอกสาร GMFCS นับว่าเป็นเครื่องมือนี้ หรือวิธีการในระดับสากลที่มีมาตรฐานในการแบ่งระดับความรุนแรงตามการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross Motor Function) ของเด็กสมองพิการที่มีอายุตั้งแต่ 1-12 ปีบริบูรณ์ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 ช่วงอายุ ได้แก่ 1) เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี 2) เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2-4 ปี 3) เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 4-6 ปี และ 4) เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6-12 ปี ซึ่งในแต่ละช่วงอายุนั้นมีการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ ตามการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการ โดยเน้นการพิจารณาจากการทำหน้าที่ที่มากกว่าข้อจำกัดในด้านการควบคุมศีรษะในท่านอนหงายและนอนคว่ำ การทรงตัวในท่านั่งหรือยืน และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การคลืบ การคลาน การยืน และการเดิน เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยแนวทางการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Robert Palisano and Others. 2006 : 425-246) มีดังนี้

4.1) ระดับที่ 1 (Level I) เด็กสามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์เครื่องช่วยใด ๆ เด็กสามารถขึ้นและลงบันไดได้โดยไม่ต้องใช้มือจับราวบันได

4.2) ระดับที่ 2 (Level II) เด็กต้องใช้มือจับราวบันได แต่ก็สามารถเดินได้เอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย

4.3) ระดับที่ 3 (Level III) เด็กมีความต้องการจำเป็นใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ ในการทรงตัวเดิน เช่น การใช้อุปกรณ์รถเข็นโดยเป็นรถเข็นที่สามารถใช้มือตัวเองพารถเข็นไปได้

4.4) ระดับที่ 4 (Level IV) เด็กจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเกาะทรงตัวขนาดใหญ่ และเดินได้เฉพาะระยะทางสั้น ๆ หรือต้องใช้เก้าอี้ล้อเข็นในรูปแบบพิเศษ เช่น เก้าอี้ล้อเข็นแบบไฟฟ้า หรือต้องมีคนช่วยเข็นเก้าอี้ล้อเข็น เป็นต้น

4.5) ระดับที่ 5 (Level V) เป็นระดับที่มีความรุนแรงมากที่สุด เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีข้อจำกัดอย่างมากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เด็กมีความต้องการจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิด มักจะเห็นได้ว่าแม้แต่การทรงตัวในท่านั่งเด็กก็ยังไม่สามารถทำได้ การทรงตัวของเด็กล้มหลังค่อม ตัวงอ จำเป็นต้องใช้สายรัดเพื่อพยุงลำตัวไว้กับรถเข็น โดยเด็กจำเป็นต้องใช้รถเข็นแบบมีคนช่วยเข็นให้เสมอ

ภาพที่ 3 ระบบมาตรฐานการแบ่งระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor Function Classification System : GMFCS)

	<p>ระดับที่ 1 (Level I) เด็กสามารถเดินขึ้น-ลงทางลาดโดยไม่ต้องช่วยเหลือทางกาย และขึ้นลงบันไดโดยไม่ต้องใช้ราวบันได การเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง-กระโดดได้ แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่</p>
	<p>ระดับที่ 2 (Level II) เด็กมีความยากลำบากในการเดินระยะทางไกล และการทรงตัวบนพื้นผิวขรุขระ ทางลาด เดินขึ้นลงบันได โดยจับที่ราวบันได หรือต้องมีการช่วยเหลือทางกาย</p>
	<p>ระดับที่ 3 (Level III) เด็กเดินโดยต้องใช้เครื่องมือช่วยทรงตัวในการเดิน เดินทางไกลยังต้องพึ่งรถเข็น โดยใช้มือตัวเองพารถเข็นไปได้ เด็กเดินขึ้นลงบันไดโดยจับที่ราวและมีคนให้การช่วยเหลือ</p>
	<p>ระดับที่ 4 (Level IV) เด็กเดินโดยต้องใช้เครื่องช่วยเกาะทรงตัวขนาดใหญ่ เด็กจะได้รับการเคลื่อนย้ายในรถเข็นนั่งที่เข็นด้วยมือ โดยมีคนช่วยเหลือหรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ใช้ไฟฟ้า</p>
	<p>ระดับที่ 5 (Level V) เด็กได้รับการเคลื่อนย้ายในรถเข็นไปทุกที่ เด็กไม่สามารถควบคุมศีรษะและลำตัวได้ด้วยตนเอง ต้องใช้เครื่องช่วยพยุงศีรษะ การทรงตัวนั่ง การยืนและ/หรือการเคลื่อนที่</p>

ที่มา: Rethlefsen S. A, Ryan D.D. and Kay R.M. 2010 : 457-467.

นอกจากนี้การจัดกลุ่มเด็กสมองพิการตามระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว (GMFCS) เพื่อบ่งชี้แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กสมองพิการแล้วนั้น ยังมีแบบการประเมินพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ในเชิงปริมาณที่ได้มาตรฐานเช่นเดียวกันกับแบบประเมินนี้ที่เรียกว่า Gross Motor Function Measure : GMFM ซึ่งเป็นแบบที่มีการพัฒนาปรับปรุงเพิ่มเติมโดยรวมอายุเด็กสมองพิการวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-18 ปี และเน้นแนวความคิดจาก International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) องค์การอนามัยโลก (WHO) โดย GMFM ถูกคิดค้นและพัฒนาขึ้นโดยนักวิชาการ Dianne Russell และ Peter Rosenbaum อาจารย์ประจำศูนย์ CanChild เพื่อการวิจัยในเด็กพิการ แห่งมหาวิทยาลัย McMaster ซึ่ง GMFM เป็นแบบประเมินวัดความสามารถในการเคลื่อนไหวที่มีประโยชน์อย่างมาก ต่อการช่วยประเมินระดับความสามารถของเด็กสมองพิการว่าหลังจากที่เด็กสมองพิการได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วนั้น เด็กสมองพิการมีระดับความสามารถดีขึ้นมากหรือน้อยเพียงใด เพียงแต่ต้องอาศัยเครื่องมือในการวัดประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่ง GMFM-88 เป็นการวัดระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยแบ่งคะแนนเป็น 100 คะแนนในรูปแบบคล้ายแบบการวัดระดับสติปัญญา (IQ) หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2551 วัณทนา ศิริธราธิวัตร อาจารย์ประจำภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ และอาจารย์แลนด์ โทมัส (Lan Thomas) อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งสองเป็นนักวิชาการของประเทศไทยที่ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการแปลจากต้นฉบับมาเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในการตรวจประเมินตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในวิชาซึ่งนักกายภาพบำบัด (วัณทนา ศิริธราธิวัตร. 2551 : 26-36)

จากการศึกษาของผู้ศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการจำแนกหรือการแบ่งประเภทของเด็กสมองพิการ สามารถแบ่งได้ 4 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) แบ่งตามลักษณะความผิดปกติของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว 2) แบ่งตามส่วนของร่างกายที่มีปรากฏอาการ 3) แบ่งตามระดับความรุนแรงที่ปรากฏ และ 4) แบ่งตามระบบมาตรฐานการแบ่งระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นหลักการมาตรฐานในการแบ่งประเภทของเด็กสมองพิการที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติที่มักพบร่วมในเด็กสมองพิการ

ภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติของเด็กสมองพิการนั้นจะเกิดขึ้นและส่งผลให้เด็กเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พบว่า ร้อยละ 80 ของเด็กสมองพิการ มักมีความผิดปกติร่วมอย่างน้อย 1 อย่าง ในขณะที่ร้อยละ 40 ของเด็กสมองพิการมักมีความผิดปกติทางด้านอื่นร่วมด้วยตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปหรือมากกว่า (Center for Children

with Special Needs Seattle Children's Hospital. 2011 : 4, Sankar and Mundkur. 2005 : 865-866) ได้ดังนี้

1) ความผิดปกติในการนั่ง การยืน การเดิน พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพที่สมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง ซึ่งเด็กสมองพิการแต่ละคนนั้น จะมีความรุนแรงมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป อาทิเช่น เด็กสมองพิการบางคนอาจพบความผิดปกติของกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อย แต่บางคนอาจพบความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อที่รุนแรงมาก ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปกติ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และหากไม่ได้รับการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายอย่างถูกต้องแล้วนั้นจะส่งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการบางคน มีระดับความพิการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น

2) ปัญหาด้านพฤติกรรม จากปัญหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของเด็กสมองพิการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพของเด็กสมองพิการ เนื่องจากเด็กสมองพิการมีการเคลื่อนไหวลำบาก และติดต่อสื่อสารลำบาก เช่น พูดไม่ชัด หรือไม่สามารถพูดสื่อสารได้เลย จึงส่งผลให้ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้หงุดหงิด โมโหง่าย และอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาทางจิตใจตามมาได้ด้วย

3) ความบกพร่องทางการสื่อสาร (การพูดและการออกเสียง) เนื่องจากปัญหาข้อจำกัดของเด็กสมองพิการคือการพูดและการออกเสียง หากแต่ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลิ้น ปาก และลำคอ หากอวัยวะเหล่านี้ขาดการควบคุม จะทำให้เด็กพูดช้า และพูดไม่ชัด ภาวะสมองพิการส่งผลให้การควบคุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็กผิดปกติ รวมถึงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดและการออกเสียงจะได้รับผลกระทบไปด้วยเช่นกัน

4) ความบกพร่องของระดับสติปัญญา จากการเก็บรวบรวมสถิติพบว่า เด็กสมองพิการจำนวน 2 ใน 3 ของเด็กสมองพิการทั้งหมด มักพบความบกพร่องทางด้านสติปัญญาควบคู่กันด้วย จึงส่งผลให้เด็กสมองพิการเรียนรู้ได้ช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป ซึ่งจัดว่าเป็นความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากพยาธิสภาพของสมองโดยตรงนั่นเอง

5) ความผิดปกติทางการมองเห็น เด็กสมองพิการบางคนอาจพบว่า มีลักษณะตาเขหรือตาเหล่ร่วมด้วย อันเนื่องมาจากกล้ามเนื้อตาไม่แข็งแรง ส่งผลต่อการมองเห็น และการเรียนรู้ร่วมด้วย

6) ความผิดปกติทางการได้ยิน พบว่า เด็กสมองพิการประมาณร้อยละ 10 จะมีปัญหาด้านการได้ยิน คือการรับฟังเสียง ซึ่งส่งผลให้พัฒนาการทางด้านภาษาด้วย

7) ปัญหาทางด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย ส่วนมากพบว่า ร้อยละ 60 ของเด็กสมองพิการนั้นมีภาวะอาการชักร่วมด้วย ซึ่งอาการชักในเด็กสมองพิการจะเป็นอาการชักที่ควบคุมไม่ได้ หรือบางคนมีอาการชักเจ็บแบบที่ไม่สามารถสังเกตเห็นด้วยอย่างชัดเจน ผลกระทบจากภาวะการชัก ส่งผลต่อการทำลายสมองและลดระดับความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กสมองพิการ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่ช้าลงด้วย

8) ปัญหาด้านการรับประทานอาหาร เนื่องจากเด็กสมองพิการส่วนมากพบปัญหาภาวะการเคี้ยวกลืนอาหารที่ยากลำบาก และมักพบปัญหาการสำลักอาหารได้ง่าย อันเนื่องมาจากความผิดปกติของการควบคุมกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการเคี้ยวกลืนอาหารที่ผิดปกติ โดยเฉพาะมักพบปัญหานี้มากในเด็กสมองพิการที่มีระดับความพิการที่รุนแรงมาก ดังนั้นจึงส่งผลกระทบให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็กสมองพิการได้ โดยในทางการแพทย์ส่วนมากแพทย์จะเป็นผู้ตรวจประเมินวินิจฉัยหากพบว่า เด็กสมองพิการมีปัญหาทุพโภชนาการที่ต้องได้รับการแก้ไข แพทย์จะสั่งให้มีการให้อาหารทางสายยางพร้อมกับเมนูอาหารเสริมตามหลักโภชนาการ นอกจากนี้ร้อยละ 90 ของเด็กสมองพิการมีอาการน้ำลายไหลตลอดเวลา เพราะข้อจำกัดทางด้านกล้ามเนื้อปากที่ผิดปกติจึงส่งผลให้เด็กสมองพิการไม่สามารถกลืนน้ำลายได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป

2.1.6 สถานการณ์เด็กสมองพิการ

สถานการณ์ในด้านระบาดวิทยา (Epidemiology) ของบุคคลสมองพิการทั่วโลกพบจำนวนประมาณ 2.0-2.5 คนต่อเด็กเกิดใหม่ 1,000 คน นอกจากนี้ยังพบข้อมูลการระบาดวิทยาในทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่าทารกแรกเกิดครบกำหนด (Murphy Yeargin Allsopp & Decoufle P. 1993 : 13, Nadire & Selim. 2010 : 7, Reddihough & Collins. 2003 : 7-8) นอกจากนี้จากการศึกษาในทวีปยุโรปพบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม มีการระบาดวิทยาสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ถึง 70 เท่า และในประเทศสวีเดนพบความชุกของโรคสมองพิการ 1.4, 14, 68, และ 57 ในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด มากกว่า 2,500 กรัม ระหว่าง 1,500-2,499 กรัม ระหว่าง 1,000-1,499 กรัม และน้อยกว่า 1,000 กรัม ตามลำดับ สามารถเทียบในอัตราส่วน 1:1,000 (ทิพวรรณ ทรราชคุณาชัย และคณะ. 2554 : 350, อ้างอิงจาก Hagberg. 1996) สำหรับระบาดวิทยาของบุคคลสมองพิการในประเทศสหรัฐอเมริกา

สถานการณ์ด้านเด็กพิการในต่างประเทศ จากรายงานของสถาบันวิจัยนานาชาติสำหรับบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (The Cerebral Palsy International Research Foundation) ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร มีภารกิจหลักในการดำเนินงานด้านการศึกษาวิจัยเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนทารกเกิดใหม่เป็นเด็กสมองพิการ โดยเฉลี่ย

จำนวน 8,000 คนต่อปี และเมื่อปี ค.ศ. 2014 คาดการณ์ว่าจะมีเด็กสมองพิการและผู้ใหญ่สมองพิการ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวนถึง 1.5-2.0 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2017 มีจำนวน 1 ล้านคน ซึ่งวิเคราะห์ในเชิงสถิติของการระบาดวิทยานั้น แสดงแนวโน้มว่าเด็กสมองพิการและผู้ใหญ่สมองพิการ มีจำนวนลดน้อยลง (Cerebral Palsy International Research Foundation. 2017 : Online) และจากรายงานประจำปีขององค์กรเครือข่ายพันธมิตรเด็กสมองพิการในประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Alliance in Australia) ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า สถิติบุคคลสมองพิการทั่วโลกมีจำนวนทั้งหมดประมาณ 17 ล้านคน และในจำนวนนั้นเป็นบุคคลสมองพิการที่อาศัยอยู่ในประเทศ ออสเตรเลียประมาณ 34,000 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 0.2 (Australian Cerebral Palsy Register Report 2013. 2013)

สำหรับสถานการณ์เด็กสมองพิการในประเทศไทยนั้น มีข้อมูลสถิติเกี่ยวกับเด็กสมองพิการน้อยมาก จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลสถิติจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด-24 ปี จำนวน 182,599 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 9.75 ของประชากรพิการ และในจำนวนนั้นเป็นเด็กสมองพิการ จำนวน 13,309 คน คิดเป็นร้อยละ 7.29 ของประชากรเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยแบ่งเป็นจำนวนเด็กสมองพิการตามช่วงอายุออกเป็น 3 ช่วงอายุ สามารถสรุปได้ดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับเด็กสมองพิการ

ช่วงอายุ	จำนวนประชากร เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (คน)	จำนวนเด็กสมองพิการ (คน)	ร้อยละ
อายุ 0-6 ปี	17,640	1,349	7.64
อายุ 7-14 ปี	50,874	4,357	8.56
อายุ 15-24 ปี	114,085	7,603	6.66
รวม	182,599	13,309	7.29

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551.

2.1.7 การดูแลเด็กสมองพิการ

พัฒนาการของเด็กปกติทั่วไป เริ่มจากการเรียนรู้จากร่างกายของตนเอง เช่น การเล่นกับมือ เอานิ้วเข้าปาก นอนตะแคง และอื่น ๆ การพัฒนาการเคลื่อนไหวเป็นไปได้มากขึ้นตามลำดับของการพัฒนาที่ซับซ้อนมากขึ้น และจากประสบการณ์ตามสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวของเด็ก สำหรับ

เด็กสมองพิการนั้นจะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตในหลาย ๆ อย่างที่ขาดหายไป เนื่องจากการเกิดพยาธิสภาพที่สมองของเด็กในแต่ละรายที่แตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลและการรักษาสำหรับเด็กสมองพิการนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องมีการประเมินสภาพความพิการ ประเมินพัฒนาการ และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเฉพาะบุคคล และ/หรือโปรแกรมการจัดการศึกษาเฉพาะราย ที่เรียกว่า Individual Education Programs : IEP ที่มุ่งเน้นเพื่อลดผลข้างเคียงที่ตามมาจากภาวะสมองพิการ และส่งเสริมให้เด็กเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการที่ดีขึ้น ควรเริ่มให้มีการรักษาที่เร็วและถูกต้อง หรือที่เรียกว่าเมื่อแรกพบความพิการ และ/หรือความผิดปกตินั่นเอง

แนวทางในการดูแลเด็กสมองพิการที่ดีที่สุดนั้น ควรเริ่มตั้งแต่แรกพบความพิการ และ/หรือควรเริ่มก่อนที่เด็กอายุ 6 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงวัยก่อนที่จะมีการส่งสัญญาณย้อนกลับที่ผิดปกติไปที่สมองอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมองชินกับการรับรู้ ภาวะความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะ เหล่านี้จะทำให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับการทำความเข้าใจในการเคลื่อนไหวได้ยากลำบาก ทำให้เกิดการต้านการเคลื่อนไหวนั้นขึ้น นอกจากนี้เด็กสมองพิการไม่สามารถทำการสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ด้วยตนเอง ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือให้เด็กได้รับการรับรู้ สัมผัสความรู้สึก และมีประสบการณ์ในสถานและสถานการณ์ต่าง ๆ

ต่อมาในปี ค.ศ. 2004 (พ.ศ. 2547) ไทแมน และคณะ ได้ทำการศึกษาความสามารถและการกระทำการเคลื่อนไหวในกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กสมองพิการทั้งในบ้าน โรงเรียน และในชุมชนพบว่า สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตปัจจุบันนั้นมีความสำคัญต่อการกระทำการเคลื่อนไหวและความสามารถของเด็กสมองพิการ กล่าวคือ เด็กสมองพิการเมื่ออยู่ที่โรงเรียนจะสามารถพยายามช่วยเหลือตนเองได้ดีมากกว่าอยู่ที่บ้าน เช่น เด็กสมองพิการจะสามารถเดินได้โดยมีอุปกรณ์ช่วยพยุง ในการเดินเมื่ออยู่ที่โรงเรียนได้มากกว่าอยู่ที่บ้าน เนื่องจากเด็กสมองพิการจะสามารถใช้ความสามารถตนเองมีอยู่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพของเด็กสมองพิการเอง ในทางตรงกันข้ามพบว่า เด็กสมองพิการที่มีความสามารถในการคลานจะสามารถคลานที่บ้านได้ดีมากกว่าสถานที่อื่น ๆ เนื่องจากเด็กสมองพิการมีความมั่นใจและรู้สึกได้รับความปลอดภัย จะส่งผลให้เด็กสมองพิการนั้นสามารถใช้ความสามารถในการคลานได้อย่างสูงสุด ภายใต้บริบทของสภาพแวดล้อมที่มีความคุ้นเคย และที่มีความเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการนั้น ๆ ดังนั้นหากต้องการส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กสมองพิการนั้นแสดงศักยภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดนั้น ควรจะจัดปรับสภาพแวดล้อมของเด็กสมองพิการ ให้อยู่ภายใต้บริบทของสภาพแวดล้อมที่เด็กมีความคุ้นเคย รู้สึกปลอดภัย และที่มีความเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้เด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และสามารถมีพัฒนาการในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นอีกด้วย (Tieman and Others. 2004 : 164-165)

ส่วนมากเด็กสมองพิการมักมีความผิดปกติร่วมด้วยหลายอย่างดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เช่น ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น ทางด้านสติปัญญา เป็นต้น เด็กสมองพิการจึงควรได้รับการส่งเสริมให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตามความคิดเห็นของเด็กเองอย่างอิสระ โดยผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) เด็กสมองพิการจะต้องมีส่วนในการช่วยเหลือแก่เด็กสมองพิการเท่าที่จำเป็น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในหลายสาขา เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) ของเด็กสมองพิการนั่นเอง ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่สุดในการดูแลรักษา ฟื้นฟู และพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมอย่างบูรณาการร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการแรก คือ การวางแผน การทำกิจกรรม การฝึกพัฒนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมในครอบครัวให้เหมาะสมสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อให้เด็กสามารถเติบโตและช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (มลินทนา อังศุไพศาล. 2556 : 239-247)

2.1.8 บทบาทของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ หมายถึง บิดา มารดา เครือญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับผิดชอบดูแลหรืออุปการะเลี้ยงดูเด็กสมองพิการ และ/หรือผู้ใหญ่สมองพิการ ที่มีอายุตั้งแต่แรกพบความพิการ จนกระทั่งอายุถึง 18 ปีบริบูรณ์ ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลเด็กสมองพิการนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาความพิการของเด็กสมองพิการก่อน เพื่อการยอมรับ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด ความสนใจของผู้ดูแล โดยเน้นการสร้าง ความเข้าใจ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการให้มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ทั้งด้านการดูแล การรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์ต่าง ๆ รวมทั้งการรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการที่บ้าน (Home Programs) ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง หากผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีความรู้ในการดูแล การฟื้นฟู และพัฒนาเด็กสมองพิการอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะสามารถช่วยกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กสมองพิการให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีเร็วขึ้น

นอกจากพัฒนาการทางด้านร่างกายแล้วนั้น ผู้ดูแลเด็กสมองพิการยังสามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางด้านอารมณ์ พัฒนาทางด้านสังคม การปรับบุคลิกภาพเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดีขึ้น เช่น การส่งเสริมให้เด็กสมองพิการเห็นคุณค่าและมีความมั่นใจในตนเอง เพื่อส่งผลต่อการเรียนรู้ การยอมรับในสิ่งต่าง ๆ ในพฤติกรรมกรอยู่ร่วมกันในครอบครัว และสังคมที่เด็กมีส่วนร่วม กระบวนการในการให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น เริ่มต้นตั้งแต่การประเมินเด็กสมองพิการ การวิเคราะห์ปัญหา วางเป้าหมาย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน กล่าวคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเด็กสมองพิการเป็นสิ่งสำคัญ โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแล (พ่อ แม่ และครอบครัว) มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ เพื่อให้เด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้นให้มากที่สุด

จากการศึกษาของผู้ศึกษาพบว่า หลักการดังกล่าวนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดของนักทฤษฎี เอลตัน มาโย (Elton Mayo. 1981) เป็นนักสังคมวิทยาที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของการจัดการแบบมนุษยสัมพันธ์ที่ได้เสนอแนวคิดในการฝึกโปรแกรมการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Programs) ในเด็กสมองพิการ ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ว่า หากผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) เด็กสมองพิการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และยินยอมให้ความร่วมมือที่ดีในการรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Program) ของเด็กสมองพิการนั้น ควบคู่ไปกับการร่วมมือในการจัด ปรับปรุง สภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวเด็ก ทั้งที่บ้าน ชุมชน และสถานที่ที่เด็กสมองพิการสามารถทำฝึกและกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ควบคู่กันไปกับการฝึกโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กเฉพาะบุคคล รวมทั้งการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เด็กสมองพิการจำเป็นต้องใช้ให้มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการและระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ จะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการเป็นอย่างมาก กล่าวคือเด็กสมองพิการจะมีระดับของพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น (Elton Mayo. 1981)

นอกจากนี้จากการศึกษาของ คริสตี้ และคณะ (Christy and Others. 2010) ได้ทำการศึกษารูปแบบการฝึกกายภาพบำบัดของผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) และผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการฝึกกิจกรรมทางกายภาพบำบัดในเด็กสมองพิการที่บ้าน (Home Programs) ที่ดีที่สุดและเหมาะสมมากที่สุด คือ การใช้ระยะเวลาในการฝึกที่ 4 ชั่วโมงต่อวัน และความถี่ในการฝึกกิจกรรมนั้นควรฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ รวมทั้งควรฝึกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะส่งผลดีต่อเด็กสมองพิการ โดยสามารถทำให้ระบบการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ (Motor Function) ของเด็กสมองพิการเพิ่มขึ้น แต่อาจส่งผลกระทบต่อเด็กคือทำให้เด็กสมองพิการเกิดอาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลียได้ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการให้ความร่วมมือของเด็กสมองพิการต่อการฝึกโปรแกรมทางกายภาพบำบัดได้ ดังนั้นผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) เด็กสมองพิการจึงจำเป็นต้องได้เรียนรู้และสร้างความเข้าใจในข้อจำกัดของเด็กแต่ละรายในเรื่องของสภาพปัญหา สภาพความพิการ สุขภาพ และความพร้อมของเด็กสมองพิการแต่ละรายที่ไม่เหมือนกัน หากผู้ดูแลมีความเข้าใจแล้วนั้น ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมทางกายภาพบำบัดในเด็กสมองพิการที่บ้าน (Home Programs) ทุกครั้ง สิ่งแรก

ก่อนการฝึกตามโปรแกรมทุกครั้ง เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อเด็กสมองพิการเป็นสำคัญ (พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์ และสุรางค์ เจียมจรรยา. 2525, มัทนา อังศุไพศาล. 2556, Christy and Others. 2010, Mayo. 1981)

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้ศึกษาพบว่า มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของนักวิชาการอีกหลายท่านที่ได้มีการศึกษาเช่นเดียวกัน ได้แก่ เบนเน็ตต์ (Bennett. 2012) ที่ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเพื่อพัฒนาเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กพิการเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการฝึกของเด็กพิการอย่างต่อเนื่องและนำโปรแกรมการฝึกไปฝึกต่อที่บ้าน (Home Programs) ได้อย่างสม่ำเสมอ นั้น จะส่งผลให้เด็กพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดร.ชมลา บุญกาญจน์ (ชมลา บุญกาญจน์. 2559) อาจารย์การศึกษาพิเศษที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการพบว่า การใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีส่วนร่วม นั้น มีความจำเป็นต้องมีการบูรณาการร่วมกัน โดยให้ผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) มีส่วนร่วมในการฝึกตลอดทุกขั้นตอน และต้องมีการฝึกตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงจะเห็นผลของพัฒนาการด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ นอกจากนี้ยังพบว่าการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมาฝึกต่อที่บ้าน (Home Programs) นั้นจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องและผสมผสานในชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการ เนื่องจากบ้านนั้นเป็นสถานที่ที่มีบริบทสภาพแวดล้อมที่เด็กมีความคุ้นเคยมากที่สุด จึงจะส่งผลให้การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กสมองพิการนั้นประสบความสำเร็จ อีกทั้งควรมีการฝึกตามโปรแกรมที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงจะยิ่งส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็กสมองพิการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ แม็ค วิลเลียม (Mc William. 2004) ที่เสนอแนวคิด ว่าวิธีการฝึกเด็กพิการหรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยใช้กิจวัตรประจำวันเป็นฐานนั้น เป็นวิธีการฝึกที่ดีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดและประสบความสำเร็จมากที่สุดในการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ สำหรับเด็กพิการ และเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เนื่องจากการจัดกิจกรรมที่หลากหลายที่สอดคล้องในตารางชีวิตประจำวันของเด็กพิการนั้น ทำให้เด็กพิการเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นธรรมชาติ และสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นธรรมชาติมากที่สุดจัดว่าเป็นการบูรณาการในกิจวัตรประจำวันของเด็กพิการภายใต้สภาพแวดล้อมที่เด็กมีความคุ้นเคยมากที่สุดนั้น จะยิ่งส่งผลดีที่ทำให้การจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกฝนในทักษะต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมถึงการฝึกเพื่อการฟื้นฟูนั้น จะยิ่งส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งกับตัวเด็กพิการหรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษแล้วยังส่งผลดีกับผู้ดูแลเด็กพิการอีกด้วย (Bennett. 2012 : 70-89, ชมลา บุญกาญจน์. 2559 : 242-245)

ดังนั้นจากที่ผู้ศึกษาได้กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นการสนับสนุนให้เห็นว่าผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) เด็กสมองพิการนั้นเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลเด็กสมองพิการ ทั้งในบทบาทของการมีส่วนร่วม และบทบาทหน้าที่ต่อการดูแล การฝึก และฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการที่บ้าน (Home Programs) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการในกิจวัตรประจำวันของเด็กสมองพิการอย่างดีที่สุด อีกทั้งการฝึกหรือการฟื้นฟูที่บ้าน (Home Programs) นั้น ควรเป็นการฝึกภายใต้สภาพแวดล้อมหรือบริบทของเด็กที่มีความคุ้นชินและรู้สึกปลอดภัยนั้น จะยิ่งส่งผลให้เด็กสมองพิการเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นธรรมชาติ และเด็กสมองพิการจะสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอซึ่งจะส่งผลดีให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาการที่ดีขึ้นของเด็กสมองพิการอย่างมาก

2.1.9 ปัญหาและผลกระทบที่มักพบในครอบครัวเด็กสมองพิการ

สถาบันครอบครัว นับว่าเป็นสถาบันแรกและสถาบันหลักที่มีบทบาทและมีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลเด็ก และโดยเฉพาะสำหรับเด็กสมองพิการนั้นสถาบันครอบครัวก็มีความสำคัญอย่างมากที่สุดเช่นเดียวกัน เนื่องจากเด็กสมองพิการนั้นมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพและข้อจำกัดทางการช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวให้การช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เด็กสมองพิการเหล่านั้นสามารถมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น รวมทั้งมีการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของเด็กสมองพิการแต่ละรายเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปถึงผลกระทบของครอบครัวที่มีคนพิการ และ/หรือเด็กพิการทุกประเภท มิใช่จะเฉพาะครอบครัวของเด็กสมองพิการเท่านั้นที่จะมีปัญหาต่าง ๆ ตามมาจากการที่ต้องมีภาระรับผิดชอบดูแลเด็กพิการในครอบครัว สำหรับครอบครัวเด็กสมองพิการก็เช่นเดียวกัน โดยมีผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางบวกและทางลบ และทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และทั้งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการ ต่อผู้ดูแล และต่อครอบครัวเด็กสมองพิการอีกด้วย

จากการศึกษารายงานวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการกล่าวถึงประเด็นด้านผลกระทบที่มักเกิดขึ้นในครอบครัวของเด็กสมองพิการนั้น โดยผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญ ออกได้ประเด็นใหญ่ ๆ 5 ประเด็น (Davis and Others. 2009 : 63-65, Rentinck. 2009) ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เมื่อกล่าวถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่เกิดจากการดูแลเด็กสมองพิการ โดยเฉพาะการที่ต้องดูแลเด็กสมองพิการในระดับพิการที่มีความรุนแรงมาก (Severe) คือ เด็กสมองพิการที่มีระดับอาการความพิการที่รุนแรงมาก เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน มีข้อควรระวังในการดูแลเด็กอย่างมาก เด็กจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

เป็นพิเศษในเกือบจะตลอดเวลา ทุกกิจกรรม ทุกเวลาของกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลในกิจวัตรประจำวันที่ต้องควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กสมองพิการ คือ การฝึกกายภาพบำบัด การฝึกการทรงตัวในท่าต่าง ๆ ทั้งนั่ง ทำยืน และทำเดิน เป็นต้น

นอกจากนี้การดูแลทักษะทางด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจของเด็กสมองพิการนั้นก็มีความสำคัญไม่ต่างกันไม่ว่าจะเป็นเด็กสมองพิการที่มีระดับความพิการในระดับใดก็ตาม การดูแลเพื่อให้เด็กสมองพิการมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตใจด้วย เช่น การพาเด็กออกจากบ้านสู่สังคม และการสอนให้เด็กได้รู้จักการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว ได้รู้จักการช่วยตนเอง และเกิดความมั่นใจในตนเอง

เดวิส และคณะ (Davis and Others. 2009) ได้เคยศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลต่อการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน (Home Programs) พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมองพิการส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมองพิการ เป็นระยะเวลามากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวันต่อเด็กสมองพิการหนึ่งคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63 ของระยะเวลาทั้งวัน (24 ชั่วโมง) นั้นเป็นระยะเวลาที่มากพอสมควรกับการที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการต้องรับผิดชอบในการดูแล ต้องทุ่มเททั้งพลังกายและพลังใจในการดูแลเด็กสมองพิการหนึ่งคน ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อย อ่อนล้า พักผ่อนได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจพบปัญหาทางด้านสุขภาพของตนเองตามมาด้วย เช่น เจ็บป่วย เป็นไข้หวัด อาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ เป็นต้น ซึ่งเป็นผลกระทบทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดูแลเด็กสมองพิการนั่นเอง (Davis and Others. 2009 : 67)

2) ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมองพิการนั้น นับว่ามีผลกระทบทางด้านลบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ เคเทลลา และคณะ (Ketelaar and Others. 2008) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการมักมีภาวะความเครียดสูง ผ่านประสบการณ์ความเครียดมาก่อนตั้งแต่แรกพบปัญหาความพิการของบุตรหลานของตน และภาวะความเครียดความวิตกกังวลเหล่านั้นก็ยังคงอยู่ต่อไป โดยผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับที่สูงกว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลปกติอย่างชัดเจน อีกทั้งผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่นอกจากภาวะความเครียดแล้วนั้นยังสามารถเกิดขึ้นได้หลากหลายภาวะอารมณ์ เช่น ความรู้สึกกลัว ความโกรธ หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว รู้สึกทุกข์ทรมาน ท้อแท้ เบื่อหน่าย อึดอัด โทษตัวเอง รู้สึกผิด วิตกกัง ไม่มั่นใจ เกิดคำถามต่าง ๆ ขึ้นมามากมายจากการดูแลเด็กสมองพิการ ที่มีทั้งความกังวลและข้อสงสัยเกี่ยวกับสภาพความพิการ ภาวะสุขภาพ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระดับความรุนแรงและข้อจำกัดของเด็ก ซึ่งภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเด็กนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอด

ระยะเวลา บางรายมักเป็น ๆ หาย ๆ เป็นช่วงเวลา แต่กลับส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กได้ โดยเฉพาะภาวะความเครียด เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ หมดหวัง จนอาจพัฒนาไปสู่ภาวะของโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เล็นท์ทินค์ และคณะ (Rentinck and Others. 2006) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการนั้นมีความทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ มีความตระหนัก และให้ความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลเด็กสมองพิการของตนเองอย่างมาก และผู้ดูแลเด็กสมองพิการยังเห็นถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อการทรมานทุกอย่างเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลเด็กสมองพิการซึ่งเป็นบุตรของตนเองอย่างเต็มที่ที่ดีที่สุด เพื่อประโยชน์แก่เด็กสมองพิการนั่นเอง (Ketelaar and Others. 2008 : 826, Rentinck and Others. 2006 : 166)

3) ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

จากการศึกษาของ บัตตัน และคณะ (Button Piantand Others. 2001) พบว่า บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลเด็กสมองพิการในครอบครัวนั้น ส่วนใหญ่มีผลกระทบมาจากความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวของเด็กสมองพิการนั่นเอง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มักคาดหวังว่าบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กสมองพิการนั้น ควรจะต้องเป็นภาระหน้าที่ของผู้เป็นมารดาของเด็กสมองพิการ ซึ่งเมื่อความคาดหวังของครอบครัวส่วนมากมักเป็นเช่นนั้นแล้ว ส่งผลให้ผู้เป็นมารดาของเด็กสมองพิการจึงจำเป็นต้องตัดสินใจลาออกจากราชการประจำที่ทำอยู่ เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลเด็กสมองพิการเป็นหลักหากแต่บทบาทหน้าที่ของมารดาเด็กนั้น ไม่ได้มีเพียงหน้าที่ในการดูแลเด็กสมองพิการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น โดยมารดาเด็กยังต้องมีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่หลักของการเป็นแม่บ้านของครอบครัวในการดูแลความเรียบร้อยของบ้านทั้งหมด เช่น การดูแลทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การซักผ้า เป็นต้น และ/หรือการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน เช่น บุตรคนอื่น (พี่ และ/หรือน้องของเด็กสมองพิการ) สามี (บิดาของเด็กสมองพิการ) และ/หรือผู้สูงอายุในครอบครัวอีก นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ส่วนใหญ่ในครอบครัวเด็กสมองพิการนั้น มารดาเด็กต้องรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป จึงอาจส่งผลให้มารดาเด็กไม่สามารถทำหน้าที่อื่นได้เต็มที่ ถ้าไม่มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวคอยช่วยเหลือหรือผลิตเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหลักของครอบครัว ส่วนใหญ่สังคมมักคาดหวังว่าเป็นบิดาของเด็กสมองพิการ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักต้องทำงานหารายได้เพื่อหาเลี้ยงจุนเจือครอบครัว (Button Piant and Others. 2001 : 61, Rentinck and Others. 2006 : 166)

4) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเด็กสมองพิการนั้น จากการศึกษาดาวิส และคณะ (Davis and Others. 2009) พบว่า เมื่อครอบครัวใดที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น

เด็กพิการแล้วนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวตามมาด้วย เนื่องมาจากภาระค่าใช้จ่ายในส่วนของการดูแลเด็กสมองพิการที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือในการดูแลเด็กสมองพิการที่มีความต้องการจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษนั้นมักมีอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลเด็กตามมาด้วย เช่น สายยางให้อาหาร สายดูดเสมหะ น้ำเกลือ นมหรืออาหารเสริมทางการแพทย์ และยาประจำตัว เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของเด็กสมองพิการที่นอกเหนือไปจากการดูแลรักษาพยาบาลเด็กสมองพิการแล้วนั้น ยังมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าพาหนะในการเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน เป็นต้น และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการ เช่น ค่านมผง ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น ดังนั้นเมื่อครอบครัวใดที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเด็กสมองพิการ เจ็บป่วยเรื้อรัง และ/หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังแล้วนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวโดยตรง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวทำหน้าที่หลักในการหารายได้เพียงคนเดียวเท่านั้นก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมากขึ้น (Davis and Others. 2009 : 69)

5) ผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของครอบครัว

ผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของครอบครัวเด็กสมองพิการนั้น จากการศึกษาของมาร์ตินสัน (Martinson. 1995) พบว่า เมื่อครอบครัวใดก็ตามที่ต้องรับภาระในการดูแลเด็กสมองพิการแล้วนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมของครอบครัวเด็กสมองพิการด้วย จะมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลเด็กสมองพิการ ซึ่งส่วนใหญ่คือมารดาของเด็ก เช่น บางรายระบุว่าตนเองไม่สามารถทอดทิ้งเด็กไว้ที่บ้านตามลำพังได้ เนื่องจากมักมีความรู้สึกกังวล ไม่สบายใจที่จะออกไปนอกบ้านหากไม่สามารถนำเด็กไปด้วยได้ หรือผู้ดูแลจำเป็นต้องทอดทิ้งเด็กไว้ที่บ้านตามลำพังแล้วนั้น ยิ่งเป็นการยากที่ผู้ดูแลเด็กจะตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ ยกเว้นผู้ดูแลเด็กจะสามารถนำพาเด็กสมองพิการไปเข้าร่วมกิจกรรมด้วยได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการส่วนใหญ่จะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมได้ และไม่มีเวลาปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ มากนัก นอกจากสมาชิกในครอบครัว เพราะไม่สามารถออกจากบ้านไปข้างนอกบ้านได้ (Martinson. 1995 : 365-366)

จากการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่องการปรับตัวของครอบครัวต่อการมีสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการพบว่า การที่ครอบครัวเด็กสมองพิการนั้นต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูดูแลเด็กสมองพิการนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยตรง โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กจะได้รับผลกระทบครบทุกประเด็นทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม เช่น การเกิดภาวะความเครียดในการดูแลเด็ก กระทั่งผู้ดูแลเด็กบางรายที่มีภาวะความเครียดสูงจนพัฒนาไปสู่การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นใน

ครอบครัว เนื่องจากส่วนใหญ่ครอบครัวมักให้ความสำคัญกับเด็กสมองพิการมากกว่าสมาชิกคนอื่น โดยเฉพาะพี่หรือน้องของเด็กสมองพิการ จนทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวตามมาได้ หากเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่มีความเข้าใจ ไม่มีการสื่อสาร และการสร้างความเข้าใจร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวแล้วนั้น ครอบครัวยังจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือร่วมมือของสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างมาก (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. 2545)

จากข้างต้นมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แอนเดอร์สัน และคณะ ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ ผลจากการศึกษาพบว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ดูแลหลักนั้นเป็นภาวะสำคัญของครอบครัวคือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งส่งผลในทางลบต่อผู้ดูแลหลักทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวตามมา เช่น ต้องใช้เวลาและพลังงานในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย มีเวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง มีเวลาส่วนตัวน้อยลง มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส มีปัญหาเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลักอาจต้องปรับเปลี่ยนอาชีพ หรืออาจจะต้องออกจากงาน เพื่อให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้หากเมื่อผู้ป่วยเป็นเด็กสมองพิการซึ่งมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง และบางรายมีปัญหาด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะกับเด็กสมองพิการที่มีความพิการรุนแรงมากย่อมจะมีปัญหาในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือแล้วนั้นย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลหลักเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิง และ/หรือมารดาเด็กสมองพิการจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมากที่สุดเนื่องจากจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเด็กสมองพิการเป็นหลัก (Anderson and Others. 2000 : Abstract)

จากข้อมูลข้างต้นนั้น ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการนั้นมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ สภาพความพิการ ระดับความรุนแรงของเด็กสมองพิการ ลักษณะของการเจ็บป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ความเข้มแข็งของครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกของครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และอายุของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ดังนั้นในครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีเด็กสมองพิการที่บ้านจึงเป็นภาวะที่หนักหนาสำหรับครอบครัว และส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลเด็กสมองพิการด้วยเช่นกัน ซึ่งมีผลกระทบทางบวกและทางลบ และทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลกระทบต่าง ๆ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของครอบครัว

2.1.10 บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ ฉบับเด็กและเยาวชน กับเด็กสมองพิการ (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF)

บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) นิยมเรียกชื่อย่อว่า ICF นับว่าเป็นมาตรฐานในระดับสากล ตามแนวคิด ICF ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เมื่อปี ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) เป็นการนำเสนอมาตรฐานและโครงสร้างในการอธิบายสุขภาพและสถานะส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่มีแนวคิดและรหัสขององค์ประกอบด้านสุขภาพที่ครบถ้วนทุกมิติมาใช้ในการสำรวจคนพิการ เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลที่ครบถ้วนในทุกมิติ และสามารถนำข้อมูลการประเมินไปสู่การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข. 2555 : 1)

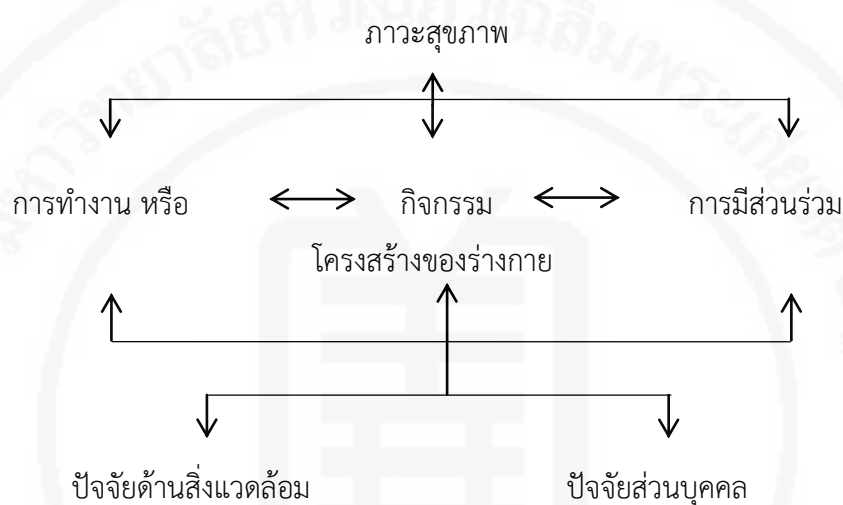
ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550) WHO ได้พัฒนาเครื่องมือในการทำงาน กล่าวคือ บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ ฉบับเด็กและเยาวชน (International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth Version, ICF-CY) หรือที่นิยมเรียกชื่อย่อว่า ICF-CY ซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อการประเมินลักษณะของพัฒนาการเด็กและอิทธิพลของสภาพแวดล้อมโดยรอบ เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กและเยาวชนได้ครอบคลุมทุกมิติและครอบคลุมทุกช่วงวัย ซึ่งบัญชี ICF-CY นี้มีฐานแนวคิดในประเด็นความพิการที่แตกต่างกันออกไปจากอดีต ที่อดีตมีแนวคิดต่อคนพิการในรูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) เท่านั้น (World Health Organization. 2007 : 8)

สำหรับบัญชีสากลทั้ง ICF และ ICF-CY มีฐานแนวคิดในการมองความพิการ โดยมีพื้นฐานมาจากการผสมผสานแบบบูรณาการของสองแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ แนวคิดรูปแบบเชิงสังคม (Social Model) และแนวคิดทางการแพทย์ (Medical Model) โดยมุ่งเน้นพิจารณาที่องค์ประกอบของการดำเนินชีวิตของคนพิการมากกว่าผลกระทบของโรคหรือผลกระทบของข้อจำกัดในความพิการ (Adolfsson. 2011 : 16, Citing Hacking. 2004, Stiker. 1999, World Health Organization. 2007 : 18)

ดังนั้น ICF เป็นการนำเสนอแนวคิดและรหัสขององค์ประกอบด้านสุขภาพที่ครบถ้วนทุกมิติมาใช้ในการประเมินสภาพปัญหาของคนพิการ ด้วย ICF ทำให้ได้ฐานข้อมูลที่มีความชัดเจนที่บ่งชี้ถึงสมรรถนะและสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการจำเป็นที่แท้จริงของคนพิการได้อย่างชัดเจนเป็นระบบและมีองค์ประกอบที่เป็นมาตรฐานในระดับสากล ที่แสดงถึงการปฏิสัมพันธ์การทำงานที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ การทำหน้าที่ของร่างกายและความพิการ ประกอบด้วย

องค์ประกอบของการทำงานหรือโครงสร้างทางร่างกาย การทำกิจกรรม และการเข้าสู่สังคม และ ส่วนที่ 2 คือ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ที่จะนำมาเป็นองค์ประกอบทั้งหมด ในการกำหนดความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ กระบวนการทำหน้าที่ การทำงาน และความพิการ ตามแนวคิดของ ICF



ที่มา: World Health Organization. 2007.

จากแนวคิดของ ICF ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความพิการไม่ได้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล อีกด้วย อีกทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เข้ากับสภาพความพิการควบคู่ไปกับการปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมให้คนพิการมีโอกาสได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในสังคม จึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการ ICF นั้นได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากลว่ามีความเป็นมาตรฐานที่ครอบคลุมในทุกมิติที่เหมาะสมในการนำมาใช้เก็บข้อมูลสภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการได้อย่างเป็นระบบในปัจจุบัน และข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

ซึ่งในส่วน ICF-CY นั้นเป็นเครื่องมือที่มีการเก็บข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กพิการ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์และเป็นแนวทางในด้านการบำบัดรักษา ที่ช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายต่าง ๆ ทางสังคมและนโยบาย

ด้านการศึกษา ตลอดจนพัฒนาไปสู่การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กและเยาวชน (World Health Organization. 2007 : 12)

นอกจากนี้แนวคิดของ ICF-CY เป็นกรอบแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับเด็กพิการในบริบทของครอบครัว เนื่องจากในสภาพความเป็นอยู่ การเจริญเติบโต และการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กพิการนั้นขึ้นอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และเด็กพิการมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องการอยู่ในบริบทของครอบครัวเป็นสำคัญ ดังนั้นการพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นการตัดสินใจในการดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ ของเด็กพิการคนหนึ่งนั้น จำเป็นต้องตระหนักถึงปัจจัยที่สำคัญ คือ ครอบครัวและผู้ดูแลของเด็กพิการ นั่นเอง ดังนั้นผู้ดูแลเด็กพิการควรได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กพิการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูเด็กพิการโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family Based Rehabilitation) เพื่อให้การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (World Health Organization. 2007 : 15)

2.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับสากล

2.2.1 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD)

เมื่อกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเริ่มต้นการทำความเข้าใจกับนิยามคำว่า เด็กพิการ (Persons with Disabilities) ในระดับสากล ซึ่งถูกระบุไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) หรือที่นิยมเรียกชื่อย่อว่า อนุสัญญา CRPD ตามที่ให้นิยามไว้ในบทความที่ 1 (Article 1) ได้ให้นิยาม คำว่าคนพิการ (Persons with Disabilities) ว่าหมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา หรือทางประสาทสัมผัสในระยะยาว ซึ่งเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับอุปสรรคนานัปการจะกีดขวางการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิผลบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกันกับบุคคลอื่น (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2552 : 21)

จากการศึกษาของผู้ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดคนพิการมานั้น สามารถสรุปที่มาของฐานความคิดของคำว่า คนพิการ (Persons with Disabilities) คือ เมื่อสังคมนึกถึงคำว่า คนพิการ นั้น ทุกคนคงปฏิเสธไม่ได้ว่าคำ ๆ นี้ ทำให้เกิดภาพมโนทัศน์ของคำว่าคนพิการไปในเชิงลบ โดยที่ยังไม่ทันได้เรียนรู้และทำความเข้าใจในนิยามและที่มาของคำ ๆ นี้อย่างแท้จริง แต่สังคมก็ได้ปฏิเสธคำ ๆ นี้ ไม่อยากให้ความพิการเกิดขึ้นกับคนในครอบครัว ด้วยความเชื่อของสังคมในอดีตมาจากฐานคิดที่

มองว่าคนพิการเป็นปัญหาเป็นภาระของสังคม คนพิการคือคนที่มีอวัยวะไม่ครบสามสิบสองคนพิการ เป็นคนที่น่าสงสารน่าเวทนาคนพิการเป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คนพิการเป็นคนป่วยที่จำเป็น ต้องได้รับการรักษาเยียวยา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าสังคมสากลในอดีตมีมุมมองต่อคนพิการ มาจากรูปแบบการมองคนพิการในทางการแพทย์ ที่เรียกว่าแนวคิดเชิงการแพทย์ หรือที่ภาษาอังกฤษ เรียกว่า Medical Model ซึ่งมองว่าคนพิการเป็นปัญหา เนื่องจากคนพิการไม่สามารถเดิน ไม่สามารถ เคลื่อนไหว ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างเช่นคนทั่วไป ส่งผลให้สังคมมีทัศนคติในเชิงลบต่อคนพิการ มองว่าคนพิการเป็นปัญหาและทำให้คนพิการไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ ซึ่งมาจาก พื้นฐานความเชื่อดั้งที่กล่าวมาข้างต้น จึงนำไปสู่รูปแบบการช่วยเหลือคนพิการจากสังคมในอดีต โดย ยึดตามฐานแนวคิดแบบเวทนานิยม หรือทานนิยม หรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า Charity-based Approach คือ รูปแบบการช่วยเหลือคนพิการโดยวิธีการสงเคราะห์ การบริจาค และการให้ทานแก่ คนพิการไม่ว่าจะเป็นเงินทองหรือสิ่งของ โดยนัยแอบแฝงที่มาของการให้การสงเคราะห์เพื่อมุ่งหวังว่า การให้การสงเคราะห์กับคนพิการนั้นผู้ให้จะได้รับบุญกุศล และคนพิการจะต้องรู้สึกขอบคุณผู้ให้

ต่อมาเมื่อปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) ได้พัฒนามาสู่จุดเปลี่ยนของสังคมแห่งการ พัฒนาฐานแนวคิดเกี่ยวกับคนพิการในระดับสากล มีที่มาจากการประชุมสามัญประจำปีของ คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) ได้มีการประกาศให้เป็น ปีทศวรรษของคนพิการ แห่งเอเชียและแปซิฟิก โดยมีสาระสำคัญ 3 ประการ คือ 1) มุ่งเน้น การส่งเสริมสังคมแบบบูรณาการ (Inclusive Society) เป็นสังคมสำหรับทุกคน 2) สังคมที่ปราศจาก อุปสรรค (Barrier-Free Society) และ 3) วัฒนธรรมสังคมที่ตั้งอยู่บนฐานสิทธิ (Rights-Based Society) สังคมที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน โดยสรุปภาพรวมของปีทศวรรษแห่งคนพิการคือสังคมที่ที่ให้คุณค่าแก่คนพิการ ใช้แนวคิดคนพิการเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมด้วยการ ตัดสินใจของตนเอง

จากกระแสสังคมตามแนวคิดฐานสิทธิของคนพิการดังที่กล่าวมาข้างต้น ในระดับ สากลเมื่อสิ้นสุดทศวรรษคนพิการแล้ว กระแสสังคมในระดับสากลมีการขับเคลื่อนด้านสิทธิคนพิการ อย่างต่อเนื่อง จนเมื่อปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) ได้มีการประกาศอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) หรือที่เรียกชื่อย่อว่าอนุสัญญา CRPD ขององค์การสหประชาชาติ (United Nation : UN) ขึ้น เพื่อเป็นแผนแม่บทหลักที่สำคัญให้กับ ประเทศสมาชิกนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการเข้าถึงสิทธิของคนพิการอย่างแท้จริง ซึ่งประเทศไทยได้ให้ สัตยาบันรับรองอนุสัญญา CRPD ไว้ด้วย จึงนับได้ว่าอนุสัญญา CRPD นั้นเป็นกฎหมายแม่บทระหว่าง ประเทศที่สำคัญกว่าได้ โดยอนุสัญญา CRPD มีเจตนารมณ์เพื่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของ คนพิการอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในระดับสากล ในฐานะที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันรับรอง

อนุสัญญา CRPD ไว้ จึงส่งผลให้ประเทศไทยมีข้อผูกพันที่จะต้องส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิคนพิการอย่างทั่วถึง เคารพในหลักเสรีภาพขั้นพื้นฐาน และความเท่าเทียมของคนพิการอย่างเต็มที่ รวมทั้งหลักการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในทุกรูปแบบทั้งปวง พร้อมทั้งส่งเสริมการเคารพศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่มีมาแต่กำเนิดของคนพิการด้วยเช่นกัน

ข้อปฏิบัติหลักในอนุสัญญา CRPD ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญของหลักการอนุสัญญานี้ได้ 8 ประการ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2552 : 21) มีดังนี้

- 1) เคารพศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิด การอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีเสรีภาพในการตัดสินใจด้วยตนเอง และความเป็นอิสระของบุคคล
- 2) การไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการ
- 3) การมีส่วนร่วม การเข้าร่วมในสังคมของคนพิการได้อย่างเต็มที่
- 4) การเคารพความแตกต่าง ยอมรับคนพิการว่าเป็นส่วนหนึ่งของความแตกต่างของมนุษยชาติและความเป็นมนุษย์
- 5) ความเท่าเทียมของโอกาส
- 6) การเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้
- 7) ความเสมอภาคระหว่างชายกับหญิง
- 8) การเคารพขีดความสามารถของเด็กพิการที่มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และการเคารพสิทธิของเด็กพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งหลักการอัตลักษณ์แห่งตน

นอกจากนี้สาระสำคัญอีกประการหนึ่งของอนุสัญญา CRPD ที่มีความสำคัญอย่างมากเช่นเดียวกันคือ การกำหนดสิทธิของคนพิการ ไว้ 17 สิทธิ ดังนี้

- 1) สิทธิความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติ
- 2) สิทธิการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงของบุคคล
- 3) สิทธิได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถตามกฎหมายบนพื้นฐานอันเท่าเทียมกัน
- 4) เสรีภาพจากการถูกทรมาน
- 5) เสรีภาพจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ การใช้ความรุนแรง และการล่วงละเมิด
- 6) สิทธิที่จะได้รับการเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 7) เสรีภาพในการย้ายถิ่นฐานและการถือสัญชาติ
- 8) สิทธิในการอาศัยอยู่ในชุมชน
- 9) เสรีภาพในการแสดงออกและแสดงความคิดเห็น
- 10) สิทธิการเคารพความเป็นส่วนตัว
- 11) สิทธิการเคารพในการสร้างครอบครัว และสถาบันครอบครัว

- 12) สิทธิด้านสุขภาพ
 - 13) สิทธิทางการศึกษา
 - 14) สิทธิด้านการมีงานทำ
 - 15) สิทธิสำหรับมาตรฐานความเป็นอยู่ที่เพียงพอ
 - 16) สิทธิการมีส่วนร่วมทางการเมืองและเรื่องสาธารณะ
 - 17) สิทธิการมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม นันทนาการ การผ่อนคลายยามว่าง และการกีฬา
- ผลจากการที่ประเทศไทยเป็นหนึ่งในรัฐภาคีแห่งอนุสัญญา CRPD นี้ ส่งผลให้มีข้อ

ผูกพันว่ารัฐบาลไทยนั้นต้องเคารพและตระหนักในหลักการสาระสำคัญต่าง ๆ ภายใต้อนุสัญญา CRPD ที่บัญญัติไว้ทั้งข้อปฏิบัติและสิทธิของคนพิการ ดังที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งประเทศไทยเอง ก็จำเป็นต้องมีการกำหนดแผนปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อรองรับข้อปฏิบัติและสาระสำคัญต่าง ๆ ดังกล่าวด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ประการหลัก ดังนี้

- 1) การกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลัก (Focal Point) คือ กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักตามอนุสัญญาฉบับนี้
- 2) การจัดตั้งโครงสร้างภายใน (ตั้งคณะกรรมการ) เพื่อติดตามการปฏิบัติงานตามอนุสัญญา CRPD ฉบับนี้
- 3) มีแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมโดยเฉพาะคนพิการและองค์กรของคนพิการให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการติดตามการดำเนินงาน
- 4) รัฐจำเป็นต้องจัดทำรายงานเกี่ยวกับมาตรการในการปฏิบัติตามพันธกรณีภายใต้อนุสัญญา CRPD นี้ ภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจากอนุสัญญานี้มีผลบังคับใช้ และรายงานอย่างต่อเนื่องทุก 4 ปี

นับว่าอนุสัญญา CRPD นี้ เป็นอนุสัญญาในระดับสากลฉบับแรก ที่มีแนวคิดฐานสิทธิ (Rights-Based Approach) ที่ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของคนพิการในทุก ๆ ด้านอย่างแท้จริง ไม่เพียงครอบคลุมด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมเท่านั้น หากแต่ยังครอบคลุมถึงด้านชีวิตครอบครัวของคนพิการเองอีกด้วย อีกทั้งอนุสัญญา CRPD ฉบับนี้ยังเป็นจุดเริ่มต้นก้าวแรกที่สำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนกระแสสังคมในระดับสากล เพื่อให้สิทธิคนพิการเป็นจริงดังคำกล่าวที่ว่า Make the Rights Real และพัฒนาแนวคิดไปสู่แนวคิดการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทยในฐานะที่ประเทศไทยเข้าเป็นรัฐภาคี รัฐจึงต้องปฏิบัติตามข้อบัญญัตินี้ จึงนับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่นำไปสู่แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทยนั่นเอง

2.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย

เมื่อก้าวถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทยนั้น จุดเริ่มต้นทางความเชื่อของสังคมไทย คงจะปฏิเสธการรับรู้ทางความเชื่อของสังคมไทยที่มีมาดั้งเดิมตั้งแต่อดีตอย่างยาวนานในเรื่องของศาสนาไม่ได้ เนื่องด้วยสังคมไทยเป็นสังคมแห่งเมืองพุทธ จึงมีความเชื่อทางศาสนาหรือระบบคุณธรรม (Religious หรือ Moral Model) อย่างชัดเจน อีกทั้งในเรื่องพุทธศาสนาที่มีมุมมองต่อคนพิการหรือความพิการว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมหรือผลพวงจากการกระทำของบุคคลนั้นซึ่งอาจจะเป็นผลกรรมจากการกระทำในอดีตหรือเป็นผลกรรมจากการกระทำในอดีตชาติที่ผ่านมา จึงส่งผลให้บุคคลนั้นมีความพิการหรือเป็นคนพิการนั่นเอง เช่น คนพิการทางสายตานั้นอาจมีเหตุมาจากชาติก่อนที่แล้วหรือชาตินี้เคยยิงดาสดัวทำให้สัตว์ได้รับการบาดเจ็บ จึงส่งผลให้คนนั้นมีความพิการทางสายตาก็เป็นได้ แล้วด้วยความเชื่อทางศาสนาเช่นนี้เองจึงส่งอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้และการกระทำของคนในสังคมไทยตั้งแต่อดีต ที่มองว่าคนพิการเป็นคนน่าสงสารและน่าเวทนา ความพิการนั้นเป็นเรื่องของเวรเป็นกรรม นั่นคือแนวคิดแบบเวทนา หรือที่เรียกว่าแนวคิดเวทนานิยม (Charity-Based Approach) และด้วยความเชื่อทางศาสนาพุทธที่มีหลักคำสอนให้ทุกคนทำความดี ละเว้นความชั่ว สอนให้คนหมั่นทำบุญ สร้างบุญสร้างกุศล จึงนำไปสู่วิถีปฏิบัติต่อคนพิการที่เป็น การลดคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนพิการลง ด้วยการมองว่าคนพิการเป็นคนที่ไม่สามารถทำอะไรด้วยตนเองได้ คนพิการจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น อีกทั้งในมุมกลับกันที่คนที่ให้การช่วยเหลือคนพิการนั้นถือว่าเป็นการทำบุญ ได้บุญได้กุศล กลับยิ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดต่อคนพิการแบบเวทนานิยมอย่างแท้จริง

ต่อมาเมื่อสังคมไทยได้รับอิทธิพลจากสังคมชาติตะวันตกเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาสู่ประเทศไทย จึงส่งผลให้แนวคิดของคนในสังคมยุคนั้นเริ่มมีมุมมองต่อคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ การมองคนพิการบนฐานแนวคิดแบบทาง การแพทย์ (Medical Model) คือ การมองและตีความว่าความพิการเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ และตีตราคุณค่าของคนพิการว่าเป็นคนป่วย เป็นโรคจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแม้แต่การมองว่าความพิการเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์ที่มาจากสายเลือดนั้น ๆ ดังนั้นคนพิการจึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คนพิการจำเป็นต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ และต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเชื่อมโยงไปสู่มุมมองที่มองว่าคนพิการเป็นปัญหาของสังคม คนพิการไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ดังนั้นรัฐจึงต้องกำหนดพื้นที่เฉพาะให้คนพิการอยู่ ดังนั้นคนพิการในยุคสมัยนั้นจึงถูกจำกัดให้อยู่ในพื้นที่ชายขอบของสังคมไทย สังคมไทยจึงต้องกำหนดพื้นที่หรือสถานที่เฉพาะให้คนพิการอยู่อย่างเหมาะสม เช่น โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ ซึ่งในทางกลับกันสังคมไทยได้กำหนดว่าคนพิการจึงไม่สมควรที่จะไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามบิน มหาวิทยาลัย

เป็นต้น ด้วยเหตุนี้เองจึงเป็นที่มาของการที่คนพิการถูกจำกัดสิทธิ คนพิการถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เป็นการสะท้อนการรับรู้สู่การปฏิบัติของสังคมได้อย่างชัดเจน เช่น คนพิการเป็นภาระต่อผู้อื่น คนพิการไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ หรือหากคนพิการสามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้แต่คนพิการถูกกำหนดว่าต้องทำงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะฝีมือมากอีกทั้งคนพิการก็จะได้รับค่าแรง หรือค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าคนปกติอีกด้วย

ในยุคแห่งแนวคิดแบบทางการแพทย์ (Medical Model) เป็นฐานทางความคิดหลักที่สำคัญของสังคมไทย โดยจุดเริ่มต้นได้มีการร่างพระราชบัญญัติเพื่อคนพิการฉบับแรกในประเทศไทยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2519 ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลไทยได้ประกาศให้เป็นปีคนพิการสากล และมีแผนการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติระยะยาว ซึ่งในแผนนั้นได้ระบุให้มีกฎหมายเพื่อช่วยเหลือคุ้มครองสวัสดิภาพและสิทธิของคนพิการขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ขึ้น นับได้ว่าเป็นกฎหมายแม่บทฉบับแรกของประเทศไทย

ต่อมาประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากกระแสสังคมตามแนวคิดฐานสิทธิของคนพิการในระดับสากล เมื่อปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) ได้มีการประกาศอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักที่สำคัญให้กับประเทศสมาชิกรับไปสู่การปฏิบัติ เพื่อการเข้าถึงสิทธิของคนพิการอย่างแท้จริง ซึ่งประเทศไทยได้ให้สัตยาบันรับรองอนุสัญญา CRPD ไว้ด้วยเช่นกัน จึงส่งผลให้ประเทศไทยมีแนวคิดที่มุ่งเน้นส่งเสริมด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นการขับเคลื่อนสังคมไทยยุคใหม่ตามแนวคิดเชิงสังคม (Social Model) ที่มุ่งเน้นการเคารพสิทธิในความเป็นมนุษย์ และความเสมอภาคแห่งสิทธิพลเมือง การทำความเข้าใจถึงมิติแห่งความแตกต่างที่หลากหลาย รวมถึงการจัดอุปสรรคทั้งทาง ด้านเจตคติและสภาพแวดล้อม เพื่อมุ่งเน้นให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างบุคคลทั่วไป และสามารถอยู่ร่วมกันกับคนอื่นในสังคมได้อย่างกลมกลืนสร้างสังคมเพื่อคนทั้งมวล (Inclusive Society) นับว่าเป็นมิติแห่งการพัฒนาสังคมฐานสิทธิ เพื่อมุ่งสร้างกลไกการทำสิทธิให้เป็นจริง (Make the Right Real) นั้นเป็นเรื่องของหน้าที่ของสังคมที่มีหน้าที่จักต้องช่วยกันส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชนให้ได้

ดังนั้นการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายของสังคมที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในปัจจุบันนี้มีที่มาจากฐานแนวคิดเชิงสังคม (Social Model) ตามความเชื่อที่ว่าสิทธินั้นเป็นสิทธิที่ทุกคนต้องได้รับ กล่าวคือรัฐบาลมีหน้าที่ต้องทำ ต้องให้บริการที่เหมาะสมตามความต้องการจำเป็นแก่คนพิการทุกคน หรือคนพิการจักต้องได้รับสิทธิต่าง ๆ อันสมควร โดยเฉพาะสิทธิขั้นพื้นฐานหรือสิทธิมนุษยชน ปัจเจกชน ก็ต้องมีหน้าที่เคารพและต้องดำเนินการตามหน้าที่ ตามที่กฎหมายกำหนด

เพื่อให้คนพิการทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม เพื่อการก้าวเข้าสู่สังคมฐานสิทธิของคนพิการอย่างแท้จริง นำไปสู่การพัฒนาในเชิงนโยบายของสังคมไทยเริ่มต้นจากการมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ที่มีสาระสำคัญตามหลักการแนวคิดฐานสิทธิคนพิการ การทำให้สิทธิคนพิการ (Make the Rights Real) เป็นจริง นับว่าเป็นจุดเปลี่ยนในระดับนโยบายของประเทศไทยที่สำคัญเพื่อให้มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับสากล

2.3.1 สิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการตามกฎหมาย

ผู้ศึกษาได้ศึกษาข้อมูลนโยบายและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย ว่าด้วยเรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการตามกฎหมายของประเทศไทย ประกอบด้วยพระราชบัญญัติ 4 ฉบับ ดังนี้

- 1) พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534
- 2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- 3) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
- 4) พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551

จากความสำคัญของกฎหมายแม่บท ทั้ง 4 ฉบับนี้ นับว่าเป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายต้นแบบที่สำคัญต่อการนำไปสู่การจัดบริการต่าง ๆ ตามฐานสิทธิและสวัสดิการสำหรับเด็กพิการและคนพิการของประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยผู้ศึกษาขอสรุปประเด็นสาระสำคัญของพระราชบัญญัติทั้ง 4 ฉบับ ออกเป็นหมวดหมู่ตามสิทธิและสวัสดิการได้ 3 ด้านหลัก ดังนี้

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

1.1) พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 นับว่าเป็นพระราชบัญญัติฉบับแรกที่ทำให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นหลัก ได้กำหนดนิยามของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือ การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้นโดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์และอื่น ๆ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานและดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมเท่าคนปกติในสังคม ดังตามมาตรา 15(1) ที่กำหนดให้คนพิการสามารถรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือการเสริมสร้างสมรรถภาพ ให้ดีขึ้นได้ตามที่กำหนดไว้ นอกจากนี้สาระสำคัญของพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2534 ฉบับนี้คือการกำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้น เพื่อ

การจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยงานหรือสถาบันที่มีการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ตามที่ระเบียบกำหนดไว้

1.2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นพระราชบัญญัติที่มีเจตนารมณ์เพื่อส่งเสริมด้านสิทธิของบุคคลให้มีสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้าที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ที่เท่าเทียม และทั่วถึงกันจากสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้นกำหนดให้ครอบคลุมถึงบริการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะอีกด้วย ซึ่งสำหรับสิทธิการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการและเด็กพิการนั้น คือ การใช้สิทธิบัตรทองคนพิการ (ท.74) หรือที่นิยมเรียกชื่อย่อคือ บัตรทอง ท.74 ซึ่งเป็นชื่อเรียกที่นิยมเรียกและสร้างความเข้าใจที่ง่ายขึ้นเอง

1.3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ประกอบด้วยจำนวน 26 รายการ ได้แก่

1.3.1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่น ๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์

1.3.2) การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี

1.3.3) การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่น ๆ เพื่อการรักษาบำบัดฟื้นฟู เช่น การฉีดยาลดเกร็ง การรักษาด้วยไฟฟ้า Hem encephalography (HEG) เป็นต้น

1.3.4) การศัลยกรรม

1.3.5) การบริการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

1.3.6) กายภาพบำบัด

1.3.7) กิจกรรมบำบัด

1.3.8) การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)

1.3.9) พฤติกรรมบำบัด

1.3.10) จิตบำบัด

1.3.11) ดนตรีบำบัด

1.3.12) พละบำบัด

1.3.13) ศิลปะบำบัด

- 1.3.14) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน
- 1.3.15) การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย
- 1.3.16) การบริการส่งเสริมพัฒนาการ หรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม
- 1.3.17) การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (นวดไทย)
- 1.3.18) การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสันนาการ เป็นต้น
- 1.3.19) การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดานอาชีพ หรือการประกอบอาชีพ
- 1.3.20) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับ สภาพแวดล้อม
- 1.3.21) การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสม กับความพิการ
- 1.3.22) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และ ผู้ช่วยเหลือคนพิการ
- 1.3.23) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยม บ้าน กิจกรรม การให้บริการเชิงรุก
- 1.3.24) การฝึกทักษะการเรียนรู้ ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึก ทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น
- 1.3.25) การบริการทันตกรรมเช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น
- 1.3.26) การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

จากการประกาศชุดสิทธิประโยชน์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับ คนพิการนี้เอง เป็นที่มาสำคัญนำไปสู่การกำหนดกรอบชุดกิจกรรมการให้บริการ (Service Packages) ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อให้ครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ และคนพิการนั่นเอง (ราชกิจจานุเบกษา, 2552 : 47-49)

1.4) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และ พระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เป็นพระราชบัญญัติหลักที่สำคัญที่มุ่งเน้น การส่งเสริมการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับคนพิการตามฐานสิทธิทางด้านการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความชัดเจนมากขึ้น เป็นการกำหนดสิทธิการเข้าถึงของคนพิการและผู้ดูแล คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจน

สวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐได้มีความครอบคลุมสิทธิในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ สิทธิในการได้รับสวัสดิการเบี้ยความพิการ สิทธิในการได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สิทธิการมีผู้ช่วยคนพิการ การได้รับบริการล่ามภาษามือ เป็นต้น

2) การศึกษา

พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 เป็นพระราชบัญญัติที่มีเจตนารมณ์เพื่อการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการตามแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากการจัดการศึกษาสำหรับบุคคลทั่วไป โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญ คือ สิทธิทางการศึกษาของคนพิการ โดยการกำหนดให้สถานศึกษาในทุกสังกัดและศูนย์การเรียนรู้เฉพาะความพิการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ ทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย ครอบคลุมถึงการเรียนร่วม การจัดการศึกษาเฉพาะความพิการ รวมถึงการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอิสระ และการพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็น รวมทั้งการฝึกอาชีพให้แก่คนพิการ โดยต้องจัดให้คนพิการมีสิทธิและโอกาสได้รับการให้บริการทางการศึกษาและความช่วยเหลือทางการศึกษาเป็นพิเศษ ตั้งแต่แรกเกิดและ/หรือแรกพบความพิการจนกระทั่งตลอดชีวิต โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการศึกษา รวมถึงคนพิการมีสิทธิได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลโดยไม่มีค่าใช้จ่ายอีกด้วย

3) การเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ในภาพรวม

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มีสาระสำคัญ ตามมาตรา 20 กำหนดสิทธิและสวัสดิการในประเด็นต่าง ๆ เพิ่มเติม นอกเหนือจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการศึกษาตามที่กำหนดให้คนพิการ มีสิทธิ สวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นใดจากรัฐ เพิ่มเติมไว้อีก 12 สิทธิ (ราชกิจจานุเบกษา. 2550) มีดังต่อไปนี้

3.1) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น

3.2) การศึกษาตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะหรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการ รวมทั้งการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

3.3) สิทธิในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ มาตรการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ จากสิทธิด้านอาชีพนี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ มาตรา 33 ที่กำหนดให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐต้องรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของรัฐ โดยกระทรวงแรงงานขานรับต่อนโยบายนี้ ได้กำหนดนโยบายให้หน่วยงานของรัฐและนายจ้างหรือสถานประกอบการซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งร้อยคนขึ้นไป ต้องรับคนพิการจำนวนหนึ่งคนเข้าทำงาน ตามลักษณะงานและตามความสามารถที่ทำงานได้ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใด (กล่าวคือ อัตราส่วนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการทุกหนึ่งร้อยคนต่อคนพิการหนึ่งคน เศษของหนึ่งร้อยคนถ้าเกินห้าสิบคนต้องรับคนพิการเพิ่มอีกหนึ่งคน) และมาตรา 35 กำหนดให้ว่าหากในกรณีที่หน่วยงานของรัฐหรือนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ ไม่รับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา 34 สามารถให้การสนับสนุนแก่คนพิการ และ/หรือผู้ดูแลคนพิการในรูปแบบอื่น ๆ เพิ่มเติมได้ 7 วิธี ได้แก่ (1) สัมปทาน (2) จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ (3) จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ (4) ฝึกงาน (5) จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก (6) ล่ามภาษามือ และ (7) การให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการก็ได้

3.4) สิทธิในการได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างเต็มที่โดยเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ซึ่งยังมีความเป็นหลักการที่เป็นนามธรรม

3.4.1) สิทธิในการได้รับการช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบายและกิจกรรมอื่นอันเป็นการให้บริการสาธารณะและการช่วยเหลือทางกฎหมาย

3.4.2) สิทธิในการสื่อสาร การโทรคมนาคม เทคโนโลยี เพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการ

3.4.3) สิทธิในการได้รับบริการล่ามภาษามือ เป็นสิทธิที่มีความก้าวหน้าอย่างมากในการให้บริการในปัจจุบัน โดยคนพิการ และ/หรือผู้ดูแลคนพิการ สามารถยื่นคำขอรับบริการล่ามภาษามือได้ที่ หน่วยจัดบริการล่ามภาษามือ และบริการคนพิการที่มีภารกิจในการให้บริการล่ามภาษามือด้วยเช่นกัน นอกจากนี้จากการขับเคลื่อนของหน่วยงานที่รับผิดชอบและองค์กรด้านคนพิการได้ขับเคลื่อนจนเกิดมาตรฐานการให้บริการล่ามภาษามือเป็นการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่เป็นล่ามภาษามือ เพื่อให้การให้บริการล่ามภาษามือนั้นได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพรวมทั้งสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้ตามสิทธิคนพิการทางการได้ยิน

3.4.4) สิทธิในการมีสัตว์นำทาง เครื่องมือที่ใช้ในการนำทาง หรือสิ่งอื่นใด ติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใด และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือ คนพิการ

3.4.5) สิทธิในการได้รับสวัสดิการเบี้ยความพิการ จำนวนเงิน 800 บาทต่อ เดือน

3.4.6) สิทธิในการได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ในกรณีที่ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง และ/หรือไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ โดยคนพิการและ/หรือผู้ดูแลคนพิการ สามารถร้องขอความช่วยเหลือในการให้หน่วยงานภาครัฐช่วยดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมภายใน บ้านที่อยู่อาศัยเพื่อเป็นการเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิตของคนพิการอย่างเหมาะสม เช่น การปรับพื้นบ้าน การปรับห้องน้ำหรือห้องสุขา และการปรับพื้นชานบ้าน ทางลาด เป็นต้น

3.4.7) สิทธิการมีผู้ช่วยคนพิการ (PA) โดยคนพิการที่มีระดับความพิการ รุนแรงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ลุกนั่งไม่ได้ ใช้มือไม่ได้ นั่งทรง ตัวไม่ได้ กินข้าวด้วยตนเองไม่ได้ และอาบน้ำด้วยตนเองไม่ได้ เป็นต้น พิจารณาแล้วเห็นควร จำเป็นต้องมีผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือสามารถร้องขอความช่วยเหลือให้มีผู้ช่วยคนพิการได้ ซึ่งปัจจุบันมี จำนวนผู้ช่วยเหลือคนพิการที่ผ่านกระบวนการฝึกอบรมและได้รับการรับรองให้สามารถปฏิบัติงานได้ ขึ้นทะเบียนไว้กับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน 523 คน

3.4.8) สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดู หรือการจัด ให้มีสวัสดิการอื่น คือผู้ช่วยคนพิการมีสิทธิในการได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดู จากหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่มิสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่อาศัยและสวัสดิการให้แล้ว รัฐต้อง จัดเงินให้ และผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดู การจัดการศึกษา การส่งเสริมอาชีพ และการมีงานทำ รวมทั้งผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อน ภาษีหรือยกเว้นภาษี ผู้มีเงินได้หักค่าลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพได้ ในวงเงิน คนละ 60,000 บาท

สำหรับเด็กสมองพิการนั้นมีความจำเป็นอย่างมากที่พึงต้องได้รับโปรแกรมด้าน การรักษา บำบัด ฟื้นฟู และพัฒนา สมรรถภาพตามศักยภาพความสามารถของเด็กแต่ละบุคคล อย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยที่โปรแกรมการฟื้นฟูของเด็กสมองพิการแต่ละบุคคลอาจจะ เหมือนกันหรือแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพความพิการและระดับความรุนแรงของภาวะสมองพิการ ดังที่กล่าวข้างต้น ดังนั้นก่อนที่เด็กสมองพิการจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเป็น ความจำเป็นอย่างมากที่ต้องมีการประเมินปัญหาความพิการเฉพาะของเด็กแต่ละคน เพื่อให้ได้

โปรแกรมการบำบัด ฟันฟู ที่เหมาะสมกับแต่ละราย จากบุคลากรทางการแพทย์แล้วนั้น ครอบครัว เด็ก และ/หรือผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากเทียบเท่ากับบุคลากรทางการแพทย์ หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งคือครอบครัวเด็ก และ/หรือผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

2.3.2 ลักษณะบริการสำหรับเด็กสมองพิการ

ดังนั้นเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการนั้น มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากที่จะต้องได้รับการ โดยการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ตามฐานสิทธิ ตามมาตรา 20 ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อประโยชน์ในการดูแล การรักษา การบำบัดฟันฟู และการพัฒนาสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการให้ได้มากที่สุด โดยผู้ศึกษาขอสรุปสิทธิบริการทางการฟันฟูและพัฒนาคุณภาพของเด็กสมองพิการที่พึงจะได้รับบริการตามแนวคิดฐานสิทธิด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 โดยจัดหมวดหมู่ตามลักษณะบริการสำหรับเด็กสมองพิการ ออกเป็น 4 กลุ่มบริการใหญ่ ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1) **การบริการทางการฟันฟูสมรรถภาพทางการแพทย์** การรักษาพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ครอบคลุมถึงการฟันฟูทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ การกระตุ้นพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ และการเสริมสุขภาวะที่ดี รวมทั้งการส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตัวเองของเด็กสมองพิการ ตามฐานสิทธิที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือเป็นที่รู้จักกันว่าบัตรทองคนพิการ (บัตร ท.74) ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ การให้บริการ 26 บริการฟันฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟันฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552

2) **การบริการทางด้านศึกษา** ตามความเหมาะสมสำหรับเด็กสมองพิการเฉพาะบุคคล ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การศึกษาเฉพาะความพิการ การศึกษาแบบเรียนร่วม และ/หรือเรียนรวม การศึกษาทางเลือก การศึกษานอกระบบ เป็นต้น

3) **การบริการทางการฟันฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ** การได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพ รวมทั้งสื่อและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพสำหรับเด็กพิการที่มีระดับความพิการไม่รุนแรงมากและเพื่อให้เด็กสมองพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นการใช้สิทธิของคนพิการตามมาตรา 33 และสิทธิของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่ใช้สิทธิแทนเด็กสมองพิการ ตามมาตรา 35

4) การบริการทางด้านสังคม ตามฐานสิทธิ มาตรา 20 ได้แก่ การบริการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการบริการผู้ช่วยคนพิการ (PA) สำหรับเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

ดังนั้นการศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนั้น เป็นการศึกษาวิจัยมุ่งเน้นการศึกษาการให้บริการทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ตามแนวคิดฐานสิทธิ ทางด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 20 เป็นฐานหลักตามแนวคิดฐานสิทธิที่เด็กสมองพิการจำเป็นต้องได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.4 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ

2.4.1 ความหมายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services) ส่วนใหญ่เป็นคำที่นิยมใช้ในการอธิบายแนวทางและบริการทางด้านการแพทย์ ซึ่งผู้ศึกษา นำเสนอความหมายของคำว่า บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้ดังนี้

1) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (CRPD) ตามข้อ 26 ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) คือ มาตรการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม รวมถึงการให้ความช่วยเหลือเป็นรายบุคคล เพื่อให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาความเป็นอิสระสูงสุด มีความสามารถทางร่างกายจิตใจ ความสามารถทางสังคม และวิชาชีพอย่างเต็มที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในทุกด้านอย่างเต็มที่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงการจัดให้มีการเสริมสร้าง และการให้บริการทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับคนพิการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ทั้งในด้านสุขภาพ การจ้างงาน การศึกษา และการบริการทางสังคม โดยควรเริ่มต้นในขั้นตอนที่มีแนวโน้มความเป็นไปได้เร็วที่สุด และขึ้นอยู่กับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทางสาขาวิชาต่าง ๆ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2552 : 87-88)

2) องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวไว้ว่า แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation guidelines) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้คนพิการ และ/หรือคนที่มีแนวโน้มว่าจะพิการให้สามารถเข้าถึงและรักษาระดับการทำงานของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา จิตวิทยา และสังคม ให้ได้ดีที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการมาตรการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บรรลุผล 5 ประการ ได้แก่ ป้องกัน ชะลอ ปรับปรุงหรือฟื้นฟู ชดเชยการสูญเสีย และการบำรุงรักษาระบบการทำงานของร่างกาย

ซึ่งจัดได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากในการส่งเสริมให้คนพิการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และลดความพิการ รวมทั้งมีการดำรงชีวิตที่บรรลุอิสรภาพและการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างสูงสุด โดยต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของหลักการพื้นฐานในการดำเนินการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 5 ประการดังที่กล่าวมานี้เป็นที่สำคัญ (World Health Organization. 2011 : 3)

3) กฎมาตรฐานของสหประชาชาติว่าด้วยการทำให้เท่าเทียมกันในโอกาสสำหรับคนพิการ (UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) กำหนดว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและรักษาระดับการปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกายจิตใจและสติปัญญา รวมทั้งทางด้านสังคมให้ได้ดีที่สุด เพื่อให้คนพิการมีเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองให้มีระดับความสามารถที่สูงมากขึ้น (United Nations High Commissioner for Human Rights. 1993 : Online)

4) คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (United Nations Human Rights Council : UNHRC) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง กระบวนการที่จะช่วยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและรักษาระดับความสามารถทางกายภาพ ประสาท สติ จิตใจ และสังคมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงทำให้คนพิการมีเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาในระดับที่สูงขึ้น ความเป็นอิสระ การฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจรวมถึงมาตรการ เพื่อให้ และ/หรือเรียกคืนของระบบร่างกายหรือชดเชยการสูญเสียหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบร่างกาย กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเบื้องต้น ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่การฟื้นฟูขั้นพื้นฐานและทั่วไปจนถึงกิจกรรมที่มุ่งเน้นเป้าหมาย เช่น การฟื้นฟูอาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญา CRPD กล่าวคือ เป็นการเปิดโอกาสให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระสูงสุด และมีความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถทางสังคม และการศึกษา รวมถึงการเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในทุกด้านอย่างครบถ้วน โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นสามารถเป็นได้ทั้งรูปแบบการให้บริการ และการรักษาใด ๆ ในรูปแบบของสิทธิในการฟื้นฟูสมรรถภาพหากแต่จำเป็นต้องได้รับการยินยอมจากคนพิการอย่างเต็มที่ (United Nations. 2012 : Online)

ดังนั้นสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษา สรุปนิยามของคำว่า การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services) หมายถึง กระบวนการ มาตรการ รูปแบบการให้บริการ และการรักษาใด ๆ ในรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูทักษะ ความสามารถ หรือความรู้ ที่อาจสูญหายหรือถูกทำลาย อันเป็นผลมาจากการได้รับความพิการหรือเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงความ

พิการหรือสถานการณ์ของคนคนหนึ่ง โดยมุ่งให้คนพิการสามารถเข้าถึงและรักษาระดับการทำงาน ของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา จิตวิทยา และสังคมให้ได้ดีที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการ ให้บรรลุผล คือ 1) ป้องกันการสูญเสียระบบการทำงาน 2) ชะลอการสูญเสียระบบการทำงาน 3) ปรับปรุงหรือฟื้นฟูการทำงาน 4) ชดเชยการสูญเสียระบบการทำงาน และ 5) การบำรุงรักษาของ ฟังก์ชันปัจจุบัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจัดว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากใน การส่งเสริมให้คนพิการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และลดสภาพความพิการ รวมทั้งมี การดำรงชีวิตที่บรรลุอิสรภาพและการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างสูงสุด

2.4.2 ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1) รายงานการประชุมการฟื้นฟูสมรรถภาพโลก ปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อวันที่ 6-7 กุมภาพันธ์ 2560 ที่ผ่านมา ได้มีการกำหนดวาระ การฟื้นฟูสมรรถภาพ : เป็นกุญแจสำคัญต่อสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (Rehabilitation : key for health in the 21st Century) สำคัญ คือ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเป็นเป้าหมายหลัก ในแผนปฏิบัติการเรื่องความพิการทั่วโลกของ WHO ระหว่างปี ค.ศ. 2014-2021 (พ.ศ. 2552-2564) ได้กำหนดวาระการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นวาระแห่งการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่จะนำไปสู่บริบท ที่กว้างมากขึ้น ด้วยการตระหนักว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก สำหรับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามกรอบแห่งสหประชาชาติ ตามกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดขึ้นเป็นประเด็นหลักที่สำคัญของวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) คือ การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (UN) ที่ต้องการบรรลุการ ดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ซึ่งมีความสอดคล้องกับเป้าหมายที่ 3 (SDG 3) คือ การรับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ (Good Health and Well Being) กล่าวคือเป็นการสร้างหลักประกันว่าประชากรทุกคนในทุกเพศและทุกช่วงวัยจะต้องมี คุณภาพชีวิตที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน ซึ่งครอบคลุมถึงเด็กพิการและคนพิการ และจัดอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นพิเศษด้วย (World Health Organization. 2017 : 27)

คำถามที่น่าสนใจจากเวทีการประชุมในครั้งนี้ คือ ทำไมการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็น กุญแจสำคัญในศตวรรษที่ 21 เป็นประเด็นคำถามที่สำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาตั้งคำถามเพื่อ การพิจารณาร่วมกัน กล่าวคือในช่วงระยะเวลา ปี ค.ศ. 2001-2100 (พ.ศ. 2544-2643) เนื่องจากการคาดการณ์แนวโน้มของสถานการณ์ในศตวรรษที่ 21 ของโลกที่กำลังเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ เช่น การเพิ่มจำนวนประชากรที่มีอายุมากขึ้นพร้อมกันมีภาวะการณในความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มสูงมาก

ขึ้นด้วย การคาดการณ์แนวโน้มการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปนั้นจะเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าในปี พ.ศ. 2593 ในขณะที่ความชุกของโรคที่ไม่ติดโรคได้เพิ่มขึ้นแล้ว เป็นต้น

ทั้งนี้ผู้ศึกษาสรุปประเด็นสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือ ในช่วงระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อบทบาทหน้าที่ในการป้องกัน และลดข้อจำกัดในการทำงานของคนพิการในการทำงาน รวมทั้งช่วยลดผลกระทบทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของภาพรวมของสุขภาวะทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะกับผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น

อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นยังมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับเด็กพิการ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชากร ในขณะที่ความต้องการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังเพิ่มความต้องการจำเป็นมากขึ้น หากแต่การให้บริการดังกล่าวอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่มีอยู่ได้ โดยได้มีการศึกษาวิจัยของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations High Commissioner for Refugees : UNHCR) ได้นำเสนอภาพรวมของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่อาศัยอยู่ทางตอนใต้ของทวีปแอฟริกา โดยเน้นศึกษาความต้องการจำเป็นในให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่ามีความต้องการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คิดเป็นเพียงร้อยละ 26 ของคนที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งหมดที่พวกเขาต้องการเท่านั้น ยิ่งเป็นการที่แสดงให้เห็นว่าเป็นภาพสะท้อนของสถานการณ์ในหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงระดับปานกลางนั้น มีความต้องการให้บริการทางด้านฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจำนวนน้อยมาก โดย UNHCR ได้นำแผนการรับมือกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ยั่งยืนที่สุด คือการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือกล่าวคือการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั่นเอง จึงจะสามารถตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของคนพิการได้อย่างยั่งยืนที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและสอดคล้องกับแนวคิดหลักการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอีกด้วย

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นเป็นมาตรการที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสนับสนุน และการพัฒนาประเด็นด้านสุขภาพ เพื่อการสร้างหลักประกัน

สุขภาพที่ดีครบถ้วนของประชาชน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนา ตามเป้าหมายที่ 3 (SDG 3) อย่างยั่งยืนของความเป็นอยู่ที่ดี (well being) และสุขภาพะที่ดี (good health) สำหรับทุกคนอย่างเท่าเทียมทั่วถึงทุกเพศในทุกวัยและเป็นธรรม ดังแสดงในภาพที่ 4

ภาพที่ 4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)



ที่มา: United Nations Thailand. 2015.

2) United National (1993) กฎมาตรฐานการสร้างโอกาสเท่าเทียมกันทางโอกาสสำหรับคนพิการ (Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) ในปี ค.ศ. 1993 (พ.ศ. 2536) โดยองค์การสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) จัดว่าเป็นหนึ่งในเจ็ดเสาหลักขององค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) จากการประชุมสมัชชาแห่งชาติ ในวาระมติทางเศรษฐกิจและสังคมของสภาคองเกรส เมื่อปี ค.ศ. 1993 (พ.ศ. 2536) มีประกาศมติกฎระเบียบมาตรฐานเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อสร้างความเท่าเทียมกันทางโอกาสสำหรับคนพิการนั้น และเพื่อเป็นแนวทางให้รัฐบาล หน่วยงาน และองค์กรเอกชนต่าง ๆ โดยเฉพาะองค์กรทางด้านคนพิการ ตระหนักและให้ความสำคัญกับประเด็นการสร้างโอกาสเท่าเทียมกันทางโอกาสสำหรับคนพิการด้วยการกำหนดกฎหมายมาตรฐาน 22 ข้อ นับว่าเป็นกฎเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการสร้างโอกาสเท่าเทียมกันทางโอกาสสำหรับคนพิการ โดยเฉพาะโอกาสของเด็กพิการ เยาวชน หรือวัยรุ่นพิการ และผู้ใหญ่พิการ (The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) บนแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับนโยบายความพิการในระดับสากลแห่งสหประชาชาติ อยู่ที่กฎหมายมาตรฐาน ข้อที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

โดยกำหนดให้รัฐควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการ เพื่อให้เข้าถึงและรักษาระดับความสามารถของคนพิการได้อย่างเหมาะสม (United Nations. 1993 : Online) ประกอบด้วย 7 ข้อย่อย ดังนี้

2.1) รัฐควรพัฒนาแผนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มทุกประเภทความพิการ โดยตระหนักถึงตามความต้องการส่วนบุคคลและหลักการของการมีส่วนร่วมและความเสมอภาคของคนพิการเป็นสำคัญ

2.2) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควรครอบคลุมถึงกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น (1) การฝึกทักษะพื้นฐาน (basic skills training) (2) การให้คำปรึกษาแนะนำ (counseling) (3) การพึ่งพาตนเอง (self-reliance) (4) การให้บริการเป็นครั้งคราว (occasional services) (5) การประเมิน (assessment) และ (6) คำแนะนำ (guidance) แก่คนพิการ และ/หรือผู้ดูแลคนพิการ และ/หรือครอบครัวคนพิการด้วย

2.3) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นต้องให้บริการที่ครอบคลุมให้ทั่วถึงคนพิการทุกคน ทุกเพศ ทุกวัน ทุกระดับความพิการ โดยพิจารณาจากโอกาสในการเข้าถึงได้ตามความต้องการจำเป็นของคนพิการ

2.4) ให้โอกาสในการมีส่วนร่วมของคนพิการและครอบครัวคนพิการได้มีส่วนร่วมในการออกแบบและการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของตัวเองได้

2.5) โปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ควรมีอยู่ในทุกชุมชนทุกพื้นที่ที่มีคนพิการอาศัยอยู่ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายบริการทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.6) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควรให้คนพิการ และ/หรือผู้ดูแลคนพิการสามารถเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตามความเหมาะสม

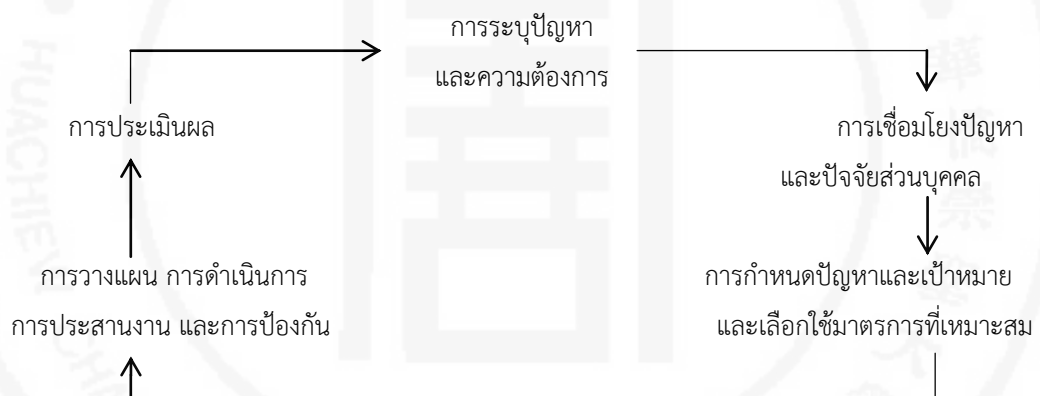
2.7) รัฐควรสนับสนุนการสร้างความเชี่ยวชาญขององค์กรของคนพิการ ในการจัดทำหรือประเมินโครงการหรือโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบมีอาชีพ

3) Somnath Chatterji (2015) นำเสนอโดย Somnath Chatterji นักวิจัยของ WHO ได้นำเสนอว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อลดความพิการและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในบุคคลที่มีข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพในการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของพวกเขาเอง พร้อมนำเสนอสาระสำคัญของการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามหลักการของ WHO (Somnath Chatterji. 2015 : Online) ความสำคัญของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ควรคำนึงถึงหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ (1) การปรับปรุงบริการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ (Capacity) ในการให้บริการ (2) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

(Performance) (3) ทาวิธีที่เหมาะสมที่สุดระหว่างการเพิ่มขีดความสามารถ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ (Capacity and Performance) (4) การกำหนดเป้าหมาย (Goal) การให้บริการที่มีความเป็นไปได้เพื่อให้คนพิการสามารถมีส่วนร่วมกำหนดในสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตของพวกเขาเอง และ (5) การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary)

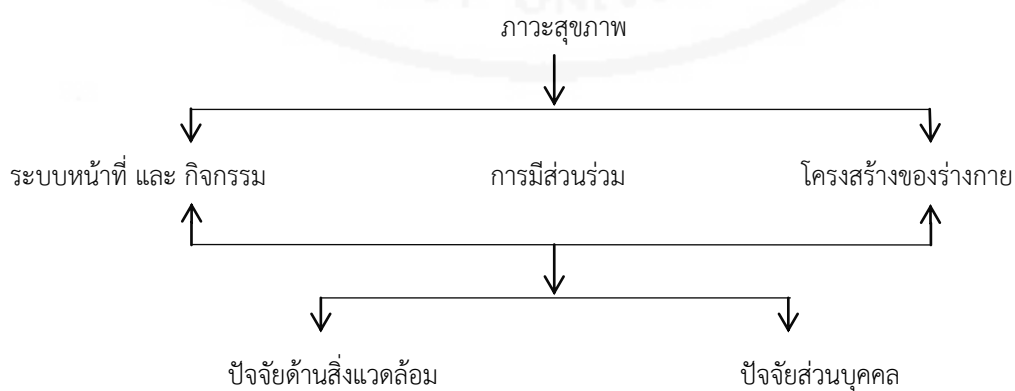
การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องตระหนักถึงกระบวนการให้บริการ กล่าวคือ การระบุถึงปัญหาและความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผน การใช้มาตรการ และการประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นสำคัญ

แผนภูมิที่ 2 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ องค์การอนามัยโลก



ที่มา: World Health Organization. 2015 : 96

แผนภูมิที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการทำงานด้านความพิการของระบบสุขภาพ



ที่มา: World Health Organization. 2001.

2.4.3 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1) แนวคิดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในต่างประเทศ

เมื่อก้าวถึงมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาทำความเข้าใจในเนื้อหาสาระเกี่ยวกับนโยบายต่าง ๆ ทั้งในระดับสากลและระดับประเทศไทย เพื่อเป็นพื้นฐานหลักที่สำคัญที่ต้องพึงตระหนักในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ให้อยู่ภายใต้กรอบแนวทางแห่งนโยบายต่าง ๆ ในระดับสากลที่กำหนดไว้ เพื่อความเป็นมาตรฐานในการดำเนินการ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยยึดหลักการแห่งฐานสิทธิและคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กพิการและคนพิการเป็นสำคัญสูงสุด

ผู้ศึกษาจึงสรุปสาระสำคัญของแนวคิดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระดับสากล เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ มีดังนี้

1.1) ระบบบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ แห่งสหราชอาณาจักร (National Health Service : NHS) เมื่อก้าวถึงระบบบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านระบบสุขภาพแห่งชาติระดับสากล ที่ได้รับการยกย่องและเป็นที่ยอมรับในระดับสากลว่า NHS นั้น เป็นระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติที่ดีที่สุดอันดับหนึ่งของโลก

1.1.1) ขอบเขตของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ NHS เมื่อปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) NHS โดย Suzanne Rastrick หัวหน้าเจ้าหน้าที่ให้บริการทางด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักร (Chief Allied Health Professions Officer : CAHPO) แห่ง NHS ประเทศอังกฤษ ได้นำเสนอขอบเขตของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของระบบ NHS ไว้ 6 ประการ (Suzanne Rastrick. 2016 : 87) ดังนี้

- (1) เป็นการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ (Habilitation) เพื่อเอาชนะอุปสรรคทางด้านสุขภาพ
- (2) เป็นการฟื้นตัวจากอาการป่วยที่ไม่คาดคิด
- (3) เป็นการจัดการในระยะยาว โดยต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใต้เงื่อนไขการจัดการเพื่อสุขภาพของตนเอง
- (4) เป็นการฟื้นตัวจากอาการบาดเจ็บ
- (5) เป็นการรักษา โดยใช้ทักษะเฉพาะด้าน ภายใต้เงื่อนไขการตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นอิสระ

(6) เป็นการสนับสนุนการเข้าถึงและการได้รับการสนับสนุนให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.1.2) หลักการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี NHS เมื่อปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) NHS นำเสนอหลักการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี The principles of good Rehabilitation Services (Suzanne Rastrick. 2016 : 92) ไว้ 10 ประการ ดังนี้

(1) เพิ่มประสิทธิภาพทางด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งมีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับผู้ให้การสนับสนุนโดยตระหนักถึงความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

(2) ให้ความสำคัญกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวและ/หรือผู้ดูแลคนพิการเป็นความสำคัญ

(3) เป็นการสร้างความหวัง การสนับสนุน และสร้างความสมดุลเพื่อเพิ่มประสิทธิผล (Outcome) และมีความเป็นอิสระ (Freedom)

(4) ใช้วิธีการตามเป้าหมายเป็นรายบุคคลที่ได้รับแจ้งโดยหลักฐานและแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

(5) ต้องมีการประเมินและระบุความต้องการจำเป็นของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้น คือการประเมิน การวางแผน การสนับสนุน และการป้องกัน อย่างต่อเนื่อง เพื่อไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูงสุด

(6) สนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งทางการศึกษา ข้อมูลสุขภาพ สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้บรรลุศักยภาพสูงสุด

(7) ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การออกกำลังกาย เทคโนโลยี องค์กรความรู้ ความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมบำบัด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประโยชน์สูงสุด

(8) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ (Efficient) และมีประสิทธิผล (Effective) โดยบูรณาการ (Integration)การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและหลายหน่วยงานร่วมกัน

(9) ผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีนั้นควรมีภาวะผู้นำที่ดี และมีความรับผิดชอบในทุกระดับ รวมทั้งมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

(10) การแบ่งปันแนวทางปฏิบัติงานที่ดี ตัวอย่างความสำเร็จ (good practice) ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล เอกสาร หลักฐานโดยการประเมิน ตรวจสอบ วิจัย เป็นต้น

1.2) เทคนิคการตรวจสอบรายการการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี ของ องค์การอนามัยโลก (Check list of Good Rehabilitation, WHO) เมื่อปี ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) องค์การอนามัยโลก WHO นำเสนอ เทคนิคการตรวจสอบรายการการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี เพื่อนำไปสู่การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ประสบผลสำเร็จอย่างสูงสุดของ ไว้ 9 ประการ (World Health Organization, 2001) มีดังนี้

- 1.2.1) หลักการเน้นคนเป็นศูนย์กลาง
- 1.2.2) หลักการให้บริการโดยคำนึงถึงความต้องการจำเป็นเป็นหลัก ไม่ใช่ยึดหลักการวินิจฉัย
- 1.2.3) หลักการให้บริการอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีประสิทธิผลทางการแพทย์
- 1.2.4) ใช้กระบวนการในการดำเนินงานไม่ใช่การดูแลแบบพาสซีฟแคร์
- 1.2.5) การทำงานเป็นทีมสหวิทยาการ (Interdisciplinary Team Working)
- 1.2.6) การรับผิดชอบต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการ
- 1.2.7) การบูรณาการ (Integration) ทำงานร่วมกันโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist) และผู้ให้บริการทั่วไป (Generalist Services)
- 1.2.8) เป็นผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- 1.2.9) การให้ความหวังแก่คนพิการ เพื่อการสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟู

1.3) สมาคมบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP วอชิงตัน ดี.ซี. แห่งสหรัฐอเมริกา) สมาคมบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP) แห่งรัฐวอชิงตัน ดี.ซี. ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1973 (พ.ศ. 2516) ได้กำหนดให้มีพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The Rehabilitation Act of 1973) ขึ้นเป็นฉบับแรก เพื่อเป้าหมายมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับคนพิการและผู้ที่มีความบกพร่องอย่างรุนแรง โดยการกำหนดให้หน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางวิชาชีพ มีการพัฒนาโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (Individualized Written Rehabilitation Program : IWRP) ตามแต่ละบริการที่คนพิการพึงจะได้รับ ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 (พ.ศ. 2518) มีการพัฒนาต่อยอดจาก IWRP ขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ โดยใช้ชื่อเรียกว่า แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individual Education Plan : IEP) เรียกชื่อย่อว่า IEP ซึ่งเป็นที่ยอมรับและได้รับความนิยมอย่างมาก ในการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากลและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งประเทศไทยเอง มีการใช้แผน IEP อย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1992 (พ.ศ. 2535) มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The Rehabilitation Act of 1992) โดยกำหนดหลักเกณฑ์

และวิธีการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services) ให้แก่คนพิการชาวอเมริกัน (United Cerebral Palsy Association. 2017 : Online) ซึ่งตระหนักถึงระดับความสามารถของคนพิการ และการกำหนดทางเลือกด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันมากขึ้น และเพื่อสนับสนุนให้คนพิการสามารถทำงานได้ รวมทั้งเพื่อให้คนพิการได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมีส่วนร่วมอยู่กับครอบครัว บ้าน ชุมชน และสังคม ตามบริบทสภาพแวดล้อมของเขาสอดคล้องกับระดับความสามารถและศักยภาพของเด็กสมองพิการแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ นอกจากนี้การประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ในปี ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548) ได้กำหนดประเด็นวาระเรื่อง ความพิการ การป้องกัน การบริหารจัดการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability, including prevention, management and rehabilitation) ได้มีมติข้อเสนอจากที่ประชุมขอให้องค์การอนามัยโลก (WHO) มีอำนาจหน้าที่ในการสนับสนุนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับประเทศสมาชิก (World Health Organization. 2005 : Online)

2.4.4 แนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ

ผู้ศึกษาขอสรุปประเด็นสาระสำคัญแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับสากล มีดังนี้

1) **ข้อบังคับมาตรฐานแห่งสหประชาชาติ (UN)** ในมาตรการ UN Standard Rule 3 กำหนดว่า รัฐควรให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการ เพื่อให้คนพิการเข้าถึงการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ (United National. 1993)

2) **อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (CRPD)** ใน 2 ข้อหลัก (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2552 : 83-89) ได้แก่

2.1) CRPD ข้อที่ 25 กำหนดการให้บริการทางด้านสุขภาพ (Health) ว่า รัฐภาคีต้องยอมรับว่าคนพิการมีสิทธิในการได้รับบริการที่มีมาตรฐานทางสาธารณสุขที่สูงสุดเท่าที่จะหาได้ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความพิการ โดยรัฐภาคีจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทาง ดังนี้

2.1.1) ควรดำเนินการตามมาตรการที่เหมาะสม เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข โดยคำนึงถึงเพศสภาพ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพเป็นสำคัญ

2.1.2) ควรจัดให้มีบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ/หรือ มีค่าใช้จ่ายในงบที่สมควรและเหมาะสมแก่คนพิการที่จะสามารถจ่ายได้ด้วยความสะดวกใจ

2.1.3) ควรจัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการ การให้บริการ วินิจฉัยในระยะแรกเริ่ม (Early Identification) และการให้บริการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) อย่างเหมาะสม

2.1.4) ควรจัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่มีความสอดคล้องและใกล้เคียงบน พื้นฐานของบริบทการมีส่วนร่วมของชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2.1.5) ควรกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ ให้การดูแล รักษา คนพิการด้วย มาตรฐานและคุณภาพในระดับเดียวกันตามหลักการสิทธิมนุษยชน โดยเคารพหลักการและ จรรยาบรรณทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน พร้อมความยินยอมของคนพิการด้วยความสมัครใจเป็นสำคัญ

2.2) CRPD ข้อ 26 ได้กำหนดว่า การให้บริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพ (Habilitation) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) แก่คนพิการ โดยรัฐภาคีจำเป็นต้องปฏิบัติ ตามแนวทาง ดังนี้

2.2.1) ควรสนับสนุนการรวมกลุ่มรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) เพื่อให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาความเป็นอิสระไว้อย่างสูงสุดตามความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการอาชีพ และการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกด้านของชีวิต

2.2.2) ควรให้บริการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นแรกสุดเท่าที่จะเป็นไปได้บนพื้นฐาน การประเมินความต้องการจำเป็นและจุดแข็งของแต่ละบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ

2.2.3) ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม โดยให้เป็นไปตาม ความสมัครใจของคนพิการ และจัดไว้ให้ใกล้เคียงกับชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้

2.2.4) ควรส่งเสริมการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรวิชาชีพผู้ให้บริการตั้งแต่ การฝึกอบรมหลักสูตรขั้นต้นและหลักสูตรต่อเนื่อง

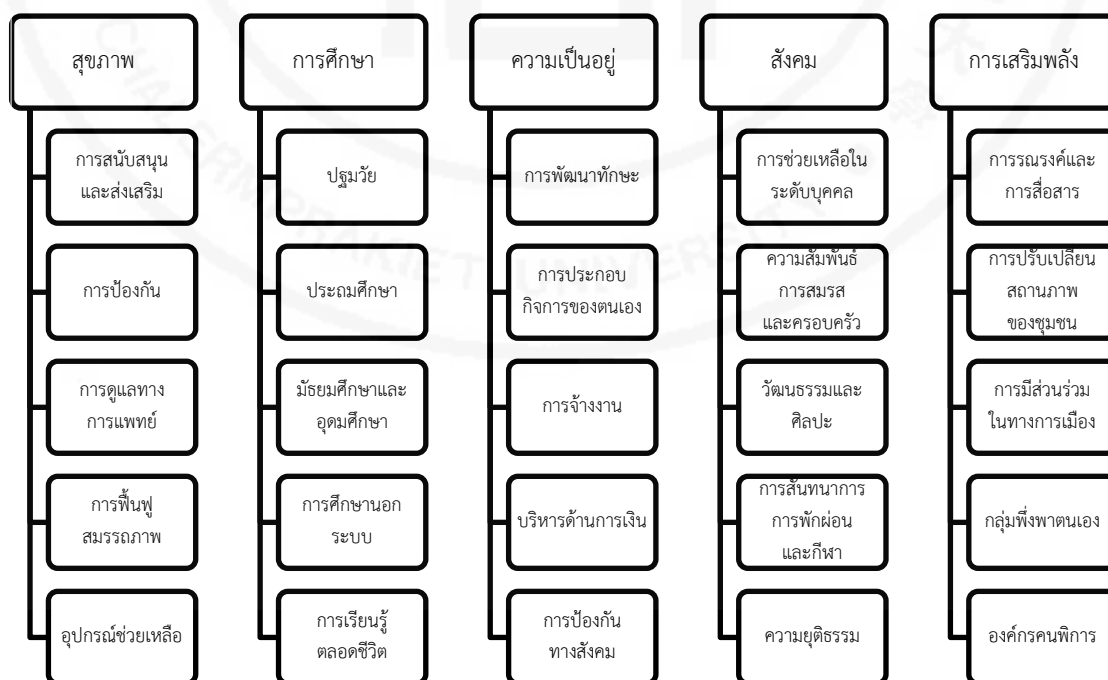
2.2.5) ส่งเสริมการให้บริการ การให้ความรู้ และการฝึกทักษะโดยการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ออกแบบสำหรับคนพิการ

3) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน องค์การอนามัยโลก (The Community-based Rehabilitation Guidelines WHO : CBR Guidelines WHO) แนวทาง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน หรือที่นิยมเรียกชื่อย่อว่า CBR Guidelines หรือ CBR เป็น แนวทางระดับสากลที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นหลังจากที่มีการประกาศใช้ปฏิญญา อัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) ในปี ค.ศ. 1978 (พ.ศ. 2521) เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์ ในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำและปานกลางเพื่อช่วยคนเหลือพิการให้สามารถเข้าถึงบริการด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ ด้วยหลักการมีส่วนร่วมในท้องถิ่น

แนวคิด CBR ในระดับสากล เริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1979 (พ.ศ. 2522) โดย WHO ได้ริเริ่มฝึกอบรมและทดลองทำโครงการ CBR ในเขตภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และในปี ค.ศ. 1981 (พ.ศ. 2524) ที่ UN ได้ประกาศให้เป็นปีคนพิการสากล จึงส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเริ่มตระหนักถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น สำหรับ CBR ในประเทศไทยนั้น เริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1983 (พ.ศ. 2526) โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้รับเอานโยบาย CBR มาเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการได้ ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ ตลอดจนสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการได้อย่างแท้จริง ซึ่งนับได้ว่า CBR ได้รับการยอมรับจนพัฒนาไปสู่การเป็นยุทธศาสตร์ในระดับสากล

ทั้งนี้ CBR ได้กำหนดกรอบแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน หรือที่เรียกว่า CBR Matrix ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ (Health) 2) ด้านการศึกษา (Education) 3) ด้านความเป็นอยู่ (Livelihood) 4) ด้านสังคม (Social) และ 5) ด้านการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการพิจารณาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการได้อย่างครอบคลุมและรอบด้านมากที่สุด (World Health Organization. 2010) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 เมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (CBR Matrix)



ที่มา: World Health Organization. 2010 : 9

2.5 มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services) สรุปได้ว่า คือ กระบวนการ มาตรการ รูปแบบการให้บริการ การรักษาใด ๆ ในรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึก ทักษะ ความสามารถ หรือความรู้ ที่อาจสูญหายหรือถูกบกรุกทำลาย อันเป็นผลมาจากการได้รับความพิการ หรือเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงความพิการหรือสถานการณ์ของคนคนหนึ่ง โดยมุ่งเน้นให้คนพิการ สามารถเข้าถึงและรักษาระดับการทำงานของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา จิตวิทยา และสังคมให้ได้ดี ที่สุด (World Health Organization. 2011)

โดยมีวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5 ประการ ได้แก่ 1) ป้องกันการสูญเสียระบบการทำงาน 2) ชะลอการสูญเสียระบบการทำงาน 3) ปรับปรุงหรือฟื้นฟูการทำงาน 4) ชดเชยการสูญเสียระบบการทำงาน และ 5) การบำรุงรักษาของฟังก์ชันปัจจุบัน ซึ่งการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น จัดว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เนื่องจากภาวะอัมพาตของสมองไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากแต่เด็กสมองพิการ จำเป็น และมีความสำคัญอย่างมากในการรักษาสมรรถนะของเด็กสมองพิการที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ ทั้ง 5 ประการ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้วนั้น

2.5.1 มาตรฐานชุดโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ (Rehabilitation Program for Cerebral Palsy)

จากการศึกษาพบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เด็กสมองพิการ เป็นชุดของเครื่องมือ กระบวนการ มาตรการ ที่ช่วยทำให้เด็กสมองพิการ และ/หรือ เด็กที่มีแนวโน้มว่าจะพิการ ให้สามารถเข้าถึงวิธีการป้องกัน ชะลอ ปรับปรุง ชดเชย และบำรุงรักษา ประสิทธิภาพของระบบการทำงานที่ของบุคคลได้ตั้งแต่ระบบร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคมให้ได้ดีที่สุดในที่สุด ตามศักยภาพของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

1) **Christine Thorogood (2013)** เมื่อปี ค.ศ. 2013 (พ.ศ. 2556) รองศาสตราจารย์ Christine Thorogood ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ฟิสิกส์สำหรับเด็กสมองพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ มหาวิทยาลัยฟลอริดาแจ็กสันวิลล์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาและนำเสนอโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมหลัก (Christine Thorogood. 2013) ได้แก่

1.1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy)

การกายภาพบำบัด คือ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการออกกำลังกายช่วงของการเคลื่อนไหว (Range-of-Motion : ROM) หรือในทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูทางออร์โธปิดิกส์ เรียกว่า พิสัยการเคลื่อนไหว (Range of Motion : R.O.M.)

หมายถึง การเคลื่อนไหวหรือความสามารถในการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องตามแนวการเคลื่อนไหวที่ข้อใดข้อหนึ่ง โรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกหลายอย่าง ทำให้หรือมีส่วนร่วมทำให้การเคลื่อนไหวข้อเสียไปในการตรวจสอบการเคลื่อนไหวที่ข้อต่อ ซึ่งทางการแพทย์ต้องเปรียบเทียบกับกรเคลื่อนไหวเป็นปกติที่ข้อต่อแต่ละข้อด้วยเสมอ สิ่งที่ใช้วัดพิสัยการเคลื่อนไหวที่ข้อต่อนี้เองเรียกว่าโกนิโอมิเตอร์ และใช้หน่วยวัดเป็นองศา (รศ.นพ.สมศักดิ์ คุปต์นิรติศัยกุล ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) การทำกายภาพบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการ คือ การกระตุ้นให้เด็กเรียนรู้ และสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การฝึกชันคอ การฝึกพลิกตะแคงตัว การฝึกพลิกคว่ำหงาย การฝึกตั้งคลาน การฝึกยืน การฝึกเดิน ที่จำเป็นสำหรับการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องและป้องกันความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่อาจตามมาจากการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

กายภาพบำบัดมีความสำคัญเพื่อป้องกันหรือชะลอการหดเกร็ง และเพื่อรักษาความคล่องตัวของข้อต่อและเนื้อเยื่ออ่อน การออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ (Stretching for Exercises) ทำเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว การฝึกความต้านทานแบบก้าวหน้า Progressive Resistance Exercises : PRE) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เหมาะสมกับวัย การเสริมสร้างกล้ามเนื้อยืดหัวเข่า (Strengthening Knee Extensor Muscles) ก้าวกระโดด การฝึกท่าทางและการควบคุมมอเตอร์ (Postural and Motor Control) เป็นสิ่งสำคัญ และควรเป็นไปตามลำดับพัฒนาการของเด็กปกติ นั่นคือต้องฝึกการควบคุมหัว และฝึกการควบคุมลำคอให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ก่อนที่จะก้าวไปสู่การฝึก การควบคุมลำตัวของเด็กสมองพิการ และช่วยเหลือเด็กสมองพิการในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ อย่างถูกวิธี

นอกจากนี้การกายภาพบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการนั้นยังครอบคลุมถึงอาชาบำบัด หรือการขี่ม้าบำบัด (Horseback-Riding Therapy) หมายถึง การรักษาเด็กสมองพิการด้วยการขี่บนหลังม้า ซึ่งเป็นอีกวิธีการรักษาหนึ่งที่มีรายงานผลการวิจัยจากสมาพันธ์นักศึกษากายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย (Physical Therapy Student Union of Thailand : PTSUT) แล้วพบว่า การขี่ม้าบำบัดเป็นประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การทรงท่า การทรงตัว การเคลื่อนไหว และทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เด็กพิการมีความสุข มีความมั่นใจในตนเอง กล้าที่จะเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ที่สำคัญที่สุดคือการขี่ม้าบำบัดสามารถใช้ในการกายภาพบำบัดในเด็กสมองพิการและเด็กที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้อีกวิธีการหนึ่ง เนื่องจากกลไกการเดินของม้ามีลักษณะการเคลื่อนไหวเป็น 3 มิติ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแบบแผนการเดินของมนุษย์ เมื่อเด็กสมองพิการนั่งบนหลังม้าแล้วนั้น เด็กสมองพิการจะต้องพยายามรักษาการทรงตัวบนหลังม้าให้ได้ โดยเฉพาะในช่วงจังหวะขณะที่ม้ากำลังเดินจะมีการเคลื่อนไหวที่สามารถส่งไปให้ร่างกายของ

เด็กสมองพิการเรียนรู้ที่จะทรงตัว ปรับตัว ถ่ายน้ำหนัก มีกลไกการตอบสนองของปฏิกิริยาการตั้งลำตัวให้ตรง และรักษาสมดุล (righting reaction and equilibrium reaction) ให้เกิดขึ้น อย่างต่อเนื่องตามจังหวะการก้าวเดินของม้านั้นเอง ดังนั้นการฝึกฝนให้เด็กสมองพิการได้นั่งบนหลังม้านั้น จะสามารถส่งผลดีต่อกล้ามเนื้อของเด็กสมองพิการให้มีความตึงตัวใกล้เคียงปกติ ลดอาการเกร็ง ร่างกายมีการทำงานสมมาตรของกล้ามเนื้อลำตัวและสะโพก รวมทั้งส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กสมองพิการดีขึ้น และส่งผลต่อแบบแผนการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการในระยะยาวอีกด้วย

ชุดโปรแกรมการฝึกกายภาพบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการประกอบด้วย 10 ชุดโปรแกรมฝึกใหญ่ ๆ (คู่มือกายภาพบำบัดในเด็กซีพี สถาบันราชานุกุลกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546) ได้ดังนี้

1.1.1) การจัดท่าต่าง ๆ (ท่านอนหงาย นอนตะแคง นอนคว่ำ และท่านั่ง)

1.1.2) การเคลื่อนไหวของข้อต่อ และยืดเหยียดความยาวของกล้ามเนื้อ (การยืดแขน และการยืดขา)

1.1.3) การฝึกและการกระตุ้นการชันคอในท่าต่าง ๆ

1.1.4) การฝึกพลิกตัว พลิกตะแคง พลิกคว่ำ พลิกหงาย

1.1.5) การฝึกลุกขึ้นนั่งจากท่าต่าง ๆ

1.1.6) การฝึกคลืบ

1.1.7) การฝึกคลาน

1.1.8) การฝึกนั่ง

1.1.9) การฝึกยืน

1.1.10) การฝึกเดิน

1.2) อบรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy)

อบรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด สำหรับเด็กสมองพิการนั้น ซึ่งส่วนมากมักพบปัญหาโรคอัมพาตสมองและมีบางส่วนที่เป็นโรคอัมพาตสมองพิการมีปัญหาส่วนเกี่ยวข้องกับ การควบคุมกล้ามเนื้อส่วนใบหน้า ลำคอ คอ และศีรษะ อาจนำไปสู่ปัญหาเกี่ยวกับการพูด การเคี้ยว และการกลืน รวมทั้งเด็กสมองพิการส่วนมากที่พบปัญหาน้ำลายไหล เนื่องจากความผิดปกติของระบบการควบคุมกล้ามเนื้อส่วนของปากที่ทำหน้าที่การกลืนน้ำลายบกพร่องไป นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถโดยรวมในการโต้ตอบ โดยเฉพาะปัญหาในการควบคุมใบหน้า และช่องจมูก จึงส่งผลทำให้เกิดอาการกลืนน้ำลายลำบาก น้ำลายไหล และพูดไม่ชัด มีสาเหตุมาจากความบกพร่องของกลไกระบบประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด (Dysarthria) ทำให้ไม่สามารถใช้คำพูดบำบัดเพื่อช่วยในการปรับปรุงการกลืนและการสื่อสาร เด็กสมองพิการบางคน

ได้รับประโยชน์จากอุปกรณ์การสื่อสารที่เพิ่มขึ้น หากมีการควบคุมมอเตอร์และมีทักษะทางปัญญาเพียงพอ

อรรถบำบัด หรือ การแก้ไขการพูด นั้น พบว่า เด็กสมองพิการส่วนมากมีความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสารที่สามารถประเมินเห็นได้อย่างชัดเจนจากสภาพปัญหาตั้งที่กล่าวมาข้างต้น หากแต่ยังพบว่า เด็กสมองพิการบางรายที่มีระดับความพิการน้อยจะสามารถพูดและสื่อสารได้ก็ตาม แต่ยังคงพบความผิดปกติในการพูดและการสื่อสารอยู่ เช่น การพูดซ้ำ พูดไม่ชัด ออกเสียงผิดปกติ เป็นต้น ดังนั้นยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกในการแก้ไขการพูดเพิ่มเติมเพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านภาษาและการสื่อสารให้แก่เด็กสมองพิการได้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและตามสภาพความพิการที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งอรรถบำบัดอาจได้รับประโยชน์มากที่สุดจากการบำบัดด้วยการพูด เพราะส่วนใหญ่ของเด็กสมองพิการอาจมีปัญหาด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ปัญหาทางด้านสติปัญญา ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อการสื่อสารของเด็กสมองพิการ

การแก้ไขการพูดสำหรับเด็กสมองพิการนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินขั้นต้นเกี่ยวกับการทำงานทางร่างกายและความรู้ความเข้าใจของเด็กในแต่ละราย เพื่อจะสามารถระบุการวินิจฉัยของเด็กและสร้างแผนการรักษาได้ การรักษามักจะประกอบด้วย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย และความรู้ความเข้าใจของเด็กแต่ละรายเป็นสำคัญ โดยส่วนใหญ่มักมีการใช้สื่ออุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารเพื่อให้เด็กเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น เช่น 1) การใช้บัตรภาษา (Articulation Therapy) เพื่อช่วยในการเน้นเสียงเฉพาะและกระตุ้นให้เด็ก ๆ ฟังเสียงพร้อมกับการมองกระจกนั้นช่วยให้เด็กเข้าใจว่าปากของพวกเขาเคลื่อนที่ได้อย่างไร 2) การเป่าฟองสบู่หรือนกหวีด (Blowing Exercises) เพื่อฝึกกล้ามเนื้อปากและเพื่อผลิตเสียงบางอย่างและเสริมสร้างกล้ามเนื้อท้องเพื่อควบคุมลมหายใจ 3) การหายใจกับการออกกำลังกาย คือการฝึกควบคุมการหายใจเข้าออกเพื่อเสริมสร้างไดอะแฟรม 4) การออกกำลังกายบริหารขากรรไกร เพื่อการรับประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวกลืน เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อกราม ฝึกการเปิดและปิดปากโดยใช้เพียงกล้ามเนื้อกรามในขณะที่คนอื่นช่วย 5) การออกกำลังกายริมฝีปากคือการบีบริมฝีปากแล้วอมยิ้มเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อปาก มองริมฝีปากเพื่ออมอมยิ้มเพื่อปรับปรุงการขยายริมฝีปาก 6) การออกกำลังกายแบบฝึกการกลืนน้ำลาย ซึ่งฝึกการกลืนน้ำลายเข้าไปในกระพุ้งแก้ม โดยที่นักอรรถบำบัดอาจจะใช้เครื่องมือที่แตกต่างหลากหลายกันออกไปเพื่อช่วยให้เด็กสมองพิการสามารถฝึกการสื่อสารได้ในบางรายอาจใช้เทคโนโลยีอำนวยความสะดวกหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกช่วย

ประโยชน์ของอรรถบำบัดหรือการแก้ไขการพูดนอกเหนือไปจากการพัฒนาความสามารถในการเข้าใจและใช้ภาษาของเด็กแล้วนั้น การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญมากในด้านการพัฒนาอื่น ๆ ตามมา เช่น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารมากขึ้น และการพัฒนาทักษะทางสังคม

เมื่อเด็กเรียนรู้ที่จะแสดงออกได้ดีขึ้น ย่อมส่งผลให้เด็กสามารถฝึกการเรียนรู้และเข้าใจทักษะชีวิตในแง่มุมอื่น ๆ มากขึ้น

ชุดโปรแกรมการฝึกการรถบังคับหรือการแก้ไขการพูดสำหรับเด็กสามารถประกอบด้วย 3 ชุดโปรแกรมฝึกใหญ่ ๆ (คู่มือการฝึกพูดในเด็กซีพี สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546) ได้ดังนี้

2.1) การประเมินด้านการสื่อความหมายและภาษา

2.2) การฝึกพูดในเด็กเล็ก

2.3) การฝึกพูดในเด็กโต

1.3) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

กิจกรรมบำบัด คือ การบำบัดรักษาในเด็กสมองพิการ ซึ่งเป็นเด็กที่เป็นอัมพาตสมอง และจัดว่าเป็นเด็กพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว กิจกรรมบำบัดควรมุ่งเน้นไปที่การฝึกทักษะในกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการ เช่น ทักษะการทานอาหาร ทักษะการแต่งตัว ทักษะการอาบน้ำ ทักษะการแต่งกาย และทักษะการขับถ่าย รวมถึงทักษะการดูแลสุขอนามัยทั้งเพศหญิงและเพศชาย กิจกรรมบำบัดนั้นมีเป้าหมายเพื่อฝึกทักษะให้เด็กสมองพิการทำงานของกลไกระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างอิสระที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยที่เด็กสมองพิการจะมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหรือไม่มีอุปกรณ์เครื่องช่วยก็ได้เช่นกัน

กิจกรรมบำบัดเป็นการให้บริการมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในแนวทางด้านกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพและความสามารถของตนเอง โดยผ่านการฝึกทักษะตามหลักการกิจกรรมบำบัดภายใต้การแนะนำและดูแลโดยนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) หรือผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัดโดยทฤษฎี Sensory Integration (SI) ใช้กรอบอ้างอิง Sensory Integration Frame of Reference เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษา อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์อันเนื่องมาจากการทำงานของระบบประสาท (Neuro Behavior Theory) บ่งชี้การทำหน้าที่ของสมองที่จะรับและจัดระเบียบสิ่งที่มากระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (Sensory Stimuli) และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสมและเกิดการเรียนรู้ของเด็กสมองพิการ และทฤษฎี SI ยังเป็นการส่งเสริมสหสัมพันธ์ของร่างกาย (Coordination) หรือผู้ที่มีปัญหาการวางแผนการเคลื่อนไหว (Motor Planning) สหสัมพันธ์ของร่างกายทั้งหมด และส่งเสริมให้เด็กสมองพิการเรียนรู้ การเคลื่อนไหว เพื่อให้เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น และแข็งแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อเด็กสมองพิการ คือ 1) พัฒนาการในด้านการควบคุมกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine Motor Skills) คือความสามารถในการใช้มือจับสิ่งของ การมอง ความสัมพันธ์ของตาและมือในการทำกิจกรรม รวมถึงทักษะในการใช้มือขีดเขียนเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเรียนต่อไป 2) พัฒนาการในด้านการเรียนรู้และการรับรู้คือให้เด็กสามารถรู้จักการแก้ไขปัญหาและเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งของ เวลา และสถานที่ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ 3) พัฒนาการทางด้านภาษาและการติดต่อสื่อสารคือความสามารถในการได้ยินและเข้าใจในภาษาให้เด็กสามารถทำตามคำบอกและสามารถแสดงอาการปฏิกิริยา ท่าทาง สีหน้า ในการสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษาพูดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาแบบการพูด การกลืน การเคี้ยว และการเคลื่อนไหวของลิ้นตั้งแต่เด็กแรกเกิดเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการพูดต่อไป 4) พัฒนาการในด้านการปรับตัวและสังคมคือการส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นที่เหมาะสมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กให้เด็กสามารถติดต่อสื่อสารกับเพื่อนรุ่นเดียวกันจนถึงผู้ใหญ่โดยให้เด็กรู้จักควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกิจกรรมนั้น ๆ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน คือ ให้เด็กมีทักษะในการช่วยเหลือดูแลตนเองในการแต่งตัว การทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเอง เพื่อให้เหมาะสมต่อพฤติกรรมทางสังคมได้

ชุดโปรแกรมการฝึกกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 8 ชุดโปรแกรมฝึกใหญ่ ๆ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553 : ออนไลน์) ได้ดังนี้

- 3.1) บริการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการในเด็กสมองพิการ ที่มีอายุระหว่าง 1-6 ปี
- 3.2) บริการตรวจประเมินทักษะพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก
- 3.3) บริการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของสมองในเด็กก่อนวัยเรียน
- 3.4) บริการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง
- 3.5) บริการกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้และเรียนรู้ในเด็ก
- 3.6) บริการกระตุ้นการพูด การเคี้ยว และการกลืนอาหาร ในเด็ก
- 3.7) บริการกิจกรรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ
- 3.8) กิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม การปรับตัวกับผู้อื่น

2.4) นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy)

นันทนาการบำบัด คือการปรับปรุงหรือรักษาคุณภาพการทำงานด้วยความรู้ความเข้าใจทางสังคม อารมณ์ และจิตใจ ในการทำงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในชีวิต หรือเรียกอีกอย่างได้ว่าเป็นการรักษาในรูปแบบของการพักผ่อนหย่อนใจที่มุ่งเน้นให้เด็กสมองพิการสามารถมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ระดับความสามารถ ระดับความสนใจ วิธีการปรับตัว และในบางกรณีอาจมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการเพื่อความเหมาะสมกับเด็กสมองพิการ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมสร้างพลังชีวิต ช่วยเพิ่มประสบการณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กสมองพิการ โดยนันทนาการบำบัดนั้นจะช่วยเพิ่มความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีส่วนร่วมในบริบทของสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กเอง และเพื่อเพิ่มระดับความสามารถของเด็กสมองพิการในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น

กิจกรรมนันทนาการบำบัดเป็นการให้บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น ศิลปะ งานฝีมือ กีฬา เกม กิจกรรมดนตรีเข้าจังหวะ เป็นต้น โดยมีประโยชน์เพื่อการบำบัดรักษาร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ให้ดีต่อสุขภาพของเด็กสมองพิการเอง รวมทั้งเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลของเด็ก และสามารถช่วยกู้คืนการทำงานของระบบกลไกในการทำงานพื้นฐานและการพัฒนาความสามารถของความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) คือ ความสามารถทางอารมณ์ที่ช่วยให้เด็กสมองพิการดำเนินไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข ในการตระหนักรู้ในความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งการพัฒนาความสามารถของความฉลาดทางอารมณ์และจิตใจ (Resilience Quotient : RQ) คือ ความสามารถในการปรับตัว การยอมรับและเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิต ความสามารถในการจัดการกับปัญหาการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การใช้และให้เหตุผล สร้างความมั่นใจ และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายของนันทนาการบำบัด คือเพื่อให้เด็กสมองพิการได้มีการพักผ่อนหย่อนใจและช่วยลดความพิการของเด็กสมองพิการได้โดยการสอนให้เด็กสมองพิการเรียนรู้การปรับตัวและสร้างแรงจูงใจให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งเพื่อเพิ่มระดับความสามารถและเพิ่มความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองของเด็กสมองพิการในการเข้าสู่สังคมในบริบทสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ความท้าทายสำหรับนันทนาการบำบัดคือการนำเสนอกิจกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดและทัศนคติของเด็กสมองพิการให้สามารถยอมรับนับถือตนเองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่เขาชื่นชอบได้อย่างมีส่วนร่วมและเหมาะสมตามศักยภาพของเด็กแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม เช่น การเล่นเกมที่หลากหลายชนิด เช่น เปตอง บาสเก็ตบอล เทนนิส และฟุตบอล โดยเน้นหลักการมีส่วนร่วมของเด็กสมองพิการเป็นสำคัญภายใต้เงื่อนไขคือการใช้เก้าอี้ล้อเข็น

(Wheelchair) ได้อย่างง่ายดาย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนทัศนคติของเด็กสมองพิการเองให้เขาอยากมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่น ๆ ตามมา เช่น กิจกรรมทางศิลปะ และกิจกรรมดนตรีเข้าจังหวะอย่างเหมาะสม ซึ่งประโยชน์ของนันทนาการบำบัดด้วยการพักผ่อนหย่อนใจสามารถเข้าถึงเด็กได้ก็ต่อเมื่อได้รับการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ นี่คือเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้โรงเรียนเฉพาะทางแต่ละแห่งสำหรับเด็กสมองพิการนั้น มีแผนกผู้เชี่ยวชาญด้านนันทนาการบำบัดเป็นพิเศษ โดยผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้จะสังเกตพฤติกรรมและความสนใจของเด็ก และจัดกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของเด็กได้อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ จากผลการค้นพบเหล่านี้ผู้เชี่ยวชาญสามารถนำวิธีการปรับตัวและการกำหนดให้กิจกรรมนันทนาการมาใช้ร่วมกับกิจกรรมเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของเด็กได้ด้วยอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้นันทนาการบำบัดมีประโยชน์ต่อพัฒนาการทางด้านจิตวิทยาอย่างมาก คือช่วยลดภาวะความเครียด ลดความวิตกกังวล ช่วยให้เด็กเพิ่มทักษะความสามารถในการเรียนรู้ และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้นันทนาการบำบัดยังมีประโยชน์อย่างมากต่อทางด้านการเรียนรู้ทักษะด้านสังคมของเด็กสมองพิการ คือช่วยให้เด็กเข้าใจและยอมรับความพิการและข้อจำกัดของตนเอง ที่พัฒนาไปสู่การปรับเปลี่ยนและพัฒนาตัวเองที่ดีมากขึ้น ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ และการวิเคราะห์ ปรับปรุงพฤติกรรมโดยรวม และช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

อีกทั้งนันทนาการบำบัดยังครอบคลุมถึงการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living : IL) คือ การฝึกทักษะ ความสามารถในการดำรงชีวิตของเด็กสมองพิการได้อย่างอิสระ สมศักดิ์ศรีของคุณค่าความเป็นมนุษย์ โดยไม่ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของความพิการไม่ว่าจะมีระดับความพิการมากหรือน้อยเพียงใดก็ตาม โดยลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด และ/หรืออาศัยบริการและความช่วยเหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งหัวใจหลักที่สำคัญของหลักการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ คือ ความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self Determination) มีสิทธิ และโอกาสในการกำหนดการปฏิบัติด้วยตนเองได้อย่างอิสระเช่นเดียวกับคนทั่วไป

ชุดโปรแกรมการฝึกนันทนาการบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 3 ชุดโปรแกรมฝึกใหญ่ ๆ (วณัฐพงศ์ เบญจพงศ์. 2554 : 243) ได้ดังนี้

- 4.1) การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living : IL)
- 4.2) กิจกรรมดนตรีเข้าจังหวะ
- 4.3) การกีฬา และ ศิลปะ

2) สมาคมสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP วอชิงตัน ดี.ซี. แห่งสหรัฐอเมริกา) ได้ให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาเด็กสมองพิการตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ โดยคำนึงถึงแผนรายบุคคล (Individualized Plans) สำหรับการบำบัดรักษาควบคู่กับการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาเป็นสำคัญ โดยมีทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัว ครู และผู้ดูแล เพื่อให้สามารถพัฒนาแผนรายบุคคลในทุกขั้นตอนโดยเฉพาะในขั้นตอนการวางแผน การตัดสินใจ และการบำบัดรักษา สมาคมสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา ได้เสนอชุดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ไว้ ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่

1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) คือ การบริหารข้อต่อส่วนต่าง ๆ เพื่อป้องกันหรือชะลอการหดเกร็ง และเพื่อรักษาความคล่องตัวของข้อต่อและเนื้อเยื่ออ่อน โดยการออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ (Stretching for Exercises) ทำเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เหมาะสมกับ รวมทั้งการฝึกท่าทางและการควบคุมมอเตอร์ (Postural and Motor Control) เป็นสิ่งสำคัญ

2) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) คือ การฝึกทักษะต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน และการบำบัดด้วยการประกอบอาชีพ การบำบัดด้วยการใช้ชีวิตส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบเดียวกับการบำบัด ทางกายภาพโดยเน้นที่มือและแขน

3) การแก้ไขการพูดหรือการสื่อสาร (Speech and Language Therapy) คือ การฝึกการพูดและการบำบัดด้วยภาษาสำหรับการสื่อสารแบบพูดและการใช้ทางเลือกอื่น ๆ เช่น ภาษามือหรือคอมพิวเตอร์ หรือสื่ออุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ ทางเทคโนโลยี

4) การรักษาด้วยยา (Drug Therapy) คือ การบำบัดด้วยยา โดยการรักษาด้วยยาสำหรับสมองพิการโดยทั่วไปประกอบด้วยยาหลัก 3 ชนิดที่สำคัญ ๆ ในกลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการควบคุมกล้ามเนื้อกระตุก ได้แก่ (1) Diazepam (2) Baclofen และ (3) Dantrolene Diazepam หรือที่เรียกว่า Valium มีประสิทธิภาพในการผ่อนคลายร่างกายโดยรวมทำให้กล้ามเนื้อหดตัวน้อยลง Baclofen เป็นเครื่องคลายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการควบคุมการหดเกร็งป้องกันสัญญาณประสาทจากไขสันหลัง Dantrolene ขัดขวางกลไกการหดตัวตามธรรมชาติของเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลให้มีการหดตัวน้อยลง Flexeril เป็นอีกหนึ่งชนิดของการคลายกล้ามเนื้อที่ช่วยกระตุ้นแรงกระตุ้นของเส้นประสาท Flexeril มักไม่ได้กำหนดให้เป็นยาสำหรับเด็กสมองพิการ การใช้อย่างนี้ในระยะยาวอาจมีผลข้างเคียงที่ร้ายแรงซึ่งต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นสำคัญ นอกจากนี้การบำบัดรักษาด้วยยานี้ครอบคลุมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ เช่น แก้วอ้อเลื่อน รองเท้าพิเศษ เป็นต้น

3) มูลนิธิเด็กสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (Cerebral Palsy Foundation : CPF)

นำเสนอโดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดาร์ซี่ (Darcy Fehlings) เป็นศาสตราจารย์ในภาควิชากุมารเวชศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยโตรอนโต และเป็นประธานกรรมการสถาบันการศึกษาโรคอัมพาตและโรคการแพทย์สำหรับบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine : AACPDM) เมื่อปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ว่าชุดโปรแกรมบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในระดับสากลนั้น ประกอบด้วย 4 โปรแกรมพื้นฐาน เนื่องจากภาวะสมองพิการนั้นเป็นภาวะอัมพาตสมองที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากแต่การบำบัดรักษาจะช่วยปรับปรุงหรือรักษาสมรรถนะของเด็กสมองพิการ แต่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น ไม่มีชุดโปรแกรมที่เป็นมาตรฐานบำบัดที่เหมาะสมกับทุกคนเสมอไป หากแต่ในกระบวนการเริ่มต้นของการรักษาสิ่งแรกที่ต้องดำเนินการคือมีการตรวจวินิจฉัยและกำหนดชนิดของเด็กสมองพิการโดยทีมสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจะทำงานร่วมกับเด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็ก เพื่อระบุความบกพร่องและปัญหาความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการแต่ละราย จากนั้นจึงจะสามารถกำหนดโปรแกรมและแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายที่เหมาะสม เพื่อการจัดการกับความพิการหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กสมองพิการได้ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Therapeutic Options) สำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 4 ชุดโปรแกรมหลัก (Cerebral Palsy Foundation. 2016 : Online) ดังนี้

1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) กายภาพบำบัดมักจะเริ่มขึ้นในช่วง 2-3 ปีแรกของชีวิตเด็กสมองพิการหรือไม่นานหลังจากแรกพบความพิการและมีการตรวจวินิจฉัยโรค การฝึกกายภาพบำบัดคือชุดการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น โปรแกรมการฝึกความต้านทานหรือความแข็งแรง และกิจกรรมสามารถรักษาหรือปรับปรุงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อความสมดุล ทักษะระบบของร่างกายการบำบัดด้วยการทำงานเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายส่วนบน การปรับปรุงท่าทางและการใช้ประโยชน์จากความคล่องตัวของเด็กมากที่สุด

2) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นการบำบัดด้วยการทำงานที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายส่วนบนการปรับปรุงท่าทางและการใช้ประโยชน์จากความคล่องตัวของเด็กมากที่สุด นักบำบัดอาชีพช่วยให้บุคคลรู้จักวิธีใหม่ในการพบกับกิจกรรมประจำวัน เช่นการแต่งกาย ไปโรงเรียน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ

3) นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศิลปะ วัฒนธรรม กีฬา และกิจกรรมอื่น ๆ ที่จะช่วยให้เด็กสมองพิการแต่ละบุคคลสามารถพัฒนาทักษะและความสามารถทางกายภาพและความรู้ความเข้าใจในตนเอง เข้าใจข้อจำกัดของตนเอง พัฒนานำไปสู่การพัฒนาตนเองทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ เสริมสร้างการยอมรับนับถือ

ตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และดำเนินชีวิตในบริบทของสังคม ชุมชน ของเด็กสมองพิการแต่ละคนได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4) การแก้ไขการพูดและภาษาศาสตร์ (Speech and Language Therapy) เป็นการบำบัดที่เริ่มต้นด้วยการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการกิน การกลืนน้ำลาย และการเคี้ยวอาหาร เนื่องจากเด็กสมองพิการส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อของปากกรามหรือลิ้น จนพัฒนาต่อยอดไปสู่การพูดและการบำบัดรักษาด้วยภาษาและการสื่อสาร ที่อาจช่วยเพิ่มความสามารถในการพูดของเด็กสมองพิการได้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งช่วยในเรื่องความผิดปกติในการกลืน และเรียนรู้วิธีใหม่ ๆ ในการเข้าถึงการสื่อสาร เช่น การสื่อสารทางภาษาท่าทาง ภาษามือ และ/หรือมีอุปกรณ์เสริมช่วยการสื่อสารพิเศษอื่น ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ที่มีเครื่องสังเคราะห์เสียง หรือกระดานพิเศษซึ่งมีสัญลักษณ์ของวัตถุและกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เด็กสามารถชี้ไปแสดงความปรารถนาของตนได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นผู้ศึกษาพบว่า รูปแบบชุดกิจกรรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในระดับสากลตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น มีชุดกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกัน ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้ศึกษากำหนดเครื่องมือในการศึกษาวิจัยคือชุดกิจกรรมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมหลัก มีดังนี้

- 1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy)
- 2) อบรมบำบัดหรือการแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy)
- 3) กิจกรรมบำบัด (Occupation Therapy) และ
- 4) นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy)

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) ของการศึกษาวิจัยฉบับนี้

2.5.2 มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการ ในต่างประเทศ

จากการศึกษาแนวคิด หลักการให้บริการ และมาตรฐานของชุดโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในระดับสากลดังที่กล่าวข้างต้นแล้วนั้น ควรพิจารณาควบคู่กับมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการในต่างประเทศ มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังต่อไปนี้

1) WHO (2013) หลักเกณฑ์การจัดประเภทและเกณฑ์กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับทีมแพทย์ต่างชาติในโรคร้ายที่เกิดขึ้น (Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters)

WHO ได้กำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ว่าคือการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเป็นหนึ่งในหน้าที่หลักของระบบหลักในการดูแลสุขภาพสำหรับคนพิการ และ/หรือผู้บาดเจ็บ ในการดูแลสุขภาพตามปกติ และกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสำหรับทีมแพทย์ต่างชาติ (Foreign Medical Teams : FMT) ควรมีโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (World Health Organization. 2007) โดยได้กำหนดรูปแบบมาตรฐานขั้นต่ำของโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไว้ 3 ประเภท ดังนี้

1) ประเภทที่ 1 คือ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถพิจารณาบริการอื่น ๆ เพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

2) ประเภทที่ 2 คือ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งบริการนี้ WHO ได้กำหนดเป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการให้บริการสำหรับทีมแพทย์ที่ต้องจัดให้มีบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการและผู้ป่วย โดยทีมแพทย์ พยาบาล ที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือมีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สามารถดำเนินการได้ในทันที และ/หรือสามารถให้บริการช่วยเหลือเบื้องต้นได้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น การเคลื่อนย้ายคนพิการหรือผู้ป่วย เป็นต้น

3) ประเภทที่ 3 คือ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หากไม่สามารถดำเนินการได้ ควรเป็นศูนย์ประสานงานส่งต่อ (referral) เพื่อให้ผู้รับบริการนั้นได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเฉพาะทางจากผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับผู้เชี่ยวชาญแบบมีอาชีพที่ได้มาตรฐาน

2) สมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสเมเนียประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia)

เป็นองค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหาผลกำไร ที่ริเริ่มก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1963 (พ.ศ. 2506) ที่รัฐแทสเมเนีย ประเทศออสเตรเลีย โดยริเริ่มก่อตั้งขึ้นจากการรวมตัวของกลุ่มพ่อแม่และครอบครัวเด็กสมองพิการที่อาศัยอยู่ในรัฐแทสเมเนีย ซึ่งในขณะนั้นใช้ชื่อแรกว่า คณะกรรมการกองทุนเพื่อการฟื้นฟูเด็ก (Spastic Children Treatment Fund Committee) ต่อมาได้จดทะเบียนเป็นสมาคมอย่างเป็นทางการครั้งแรกเมื่อวันที่ 17 กันยายน ค.ศ. 1963 (พ.ศ. 2506) และในปี ค.ศ. 1970 (พ.ศ. 2513) ได้เปลี่ยนชื่อสมาคมเป็น The Tasmanian Spastics Association และสุดท้ายในปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) ได้เปลี่ยนชื่อสมาคมใหม่อีกครั้งเป็นชื่อ Cerebral Palsy Association of Tasmania และใช้ชื่อนี้จนถึงปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการแก่เด็กสมองพิการและครอบครัวของเด็กสมองพิการที่อาศัยอยู่ในรัฐแทสเมเนียนี้ ทางสมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสเมเนีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการ (Disability

Service Standards) แก่ผู้รับบริการของสมาคมซึ่งคือเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการทั้งหมด 12 ข้อมาตรฐาน (Cerebral Palsy Association of Tasmania. 2008 : Online) มีดังนี้

1) มาตรฐานที่ 1 การเข้าถึงบริการ (Service Access) คือ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จัดให้ได้ตรงตามความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่

2) มาตรฐานที่ 2 ความต้องการส่วนบุคคล (Individual Needs) คือผู้รับบริการพึงได้รับบริการตามโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อตอบสนองตามความต้องการส่วนบุคคลและตามเป้าหมายของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

3) มาตรฐานที่ 3 การตัดสินใจและการเลือก (Decision Making and Choice) คือผู้รับบริการมีโอกาสเข้าร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์และกิจกรรมที่เขาเลือกที่จะทำในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

4) มาตรฐานที่ 4 ความเป็นส่วนตัวศักดิ์ศรีและความลับ (Privacy Dignity and Confidentiality) คือ ผู้รับบริการมีสิทธิในความเป็นส่วนตัว เคารพในความมีศักดิ์ศรี และรักษาความลับของผู้รับบริการ

5) มาตรฐานที่ 5 การมีส่วนร่วมและบูรณาการ (Participation and Integration) คือ ผู้รับบริการพึงได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

6) มาตรฐานที่ 6 สถานะที่มีค่า (Valued Status) คือ ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะพัฒนา และรักษาทักษะ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุในบทบาทของเขาอย่างมีคุณค่าในชุมชน

7) มาตรฐานที่ 7 การร้องเรียนและข้อพิพาท (Complaints and Disputes) คือผู้รับบริการพึงได้รับการสนับสนุนและคุ้มครองในการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียนหรือข้อพิพาทใด ๆ ที่เกี่ยวกับการรับบริการและผู้ให้บริการได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีบทลงโทษใด ๆ

8) มาตรฐานที่ 8 การบริหารจัดการบริการ (Service Management) คือ ผู้ให้บริการ (Service Providers) ควรปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการอย่างเต็มที่เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ผู้รับบริการเป็นสำคัญเพื่อให้บรรลุตามระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพ (Quality Management Systems)

9) มาตรฐานที่ 9 เงื่อนไขการจ้างงาน (Employment Conditions) คือ การรับรองว่าผู้รับบริการที่ทำงานภายในศูนย์ฯ จะต้องมีความสุขกับสภาพการทำงานที่เทียบเท่ากับการจ้างงานบุคคลากรทั่วไป

10) มาตรฐานที่ 10 การฝึกอบรมและการสนับสนุนผู้รับบริการ (Service Recipient Training and Support) คือ การสนับสนุนการฝึกอบรมให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้รับบริการ

11) มาตรฐานที่ 11 การสรรหาบุคลากรการจ้างงานและการฝึกอบรม (Staff Recruitment Employment and Training) คือ การสรรหาว่าจ้างงานแก่บุคลากร และสนับสนุนการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

12) มาตรฐานที่ 12 การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพจากการถูกละเมิด (Protection of Human Rights and Freedom from Abuse) คือ การคุ้มครอง และป้องกันภัยจากการถูกล่วงละเมิด ละเลย รวมทั้งการรักษาสิทธิตามกฎหมายและสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ

3) กรมบริการครอบครัวและชุมชน ภายใต้บังคับรัฐบาลแห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย (New South Wales Government : NSW Department of Family and Community Services NSW) องค์กรรัฐบาลแห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales : NSW) มีภารกิจกำหนดนโยบาย สิทธิ และสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพลเมืองของรัฐ NSW ในทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ครอบครัว และคนพิการ ซึ่งในที่นี้ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภารกิจการให้บริการแก่คนพิการ สังกัดภายใต้กรมบริการครอบครัวและชุมชน ของ MSW ได้กำหนดมาตรฐานให้บริการแก่คนพิการของ NSW โดยยึดหลักการของพระราชบัญญัติความสามารถในการเข้าถึงคนพิการของปี ค.ศ. 2014 (Principles of the NSW Disability Inclusion Act 2014) และระเบียบว่าด้วยความพิการในปี ค.ศ. 2014 (The Disability Inclusion Regulation 2014) ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการด้านคนพิการของ NSW เพื่อเป็นมาตรฐานในการดำเนินการ ตลอดจนเพื่อเป็นคู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการภายในกรม (New South Wales Government. 2016 : Online) ประกอบด้วยมาตรฐาน 6 ข้อมาตรฐาน มีดังนี้

1) มาตรฐานที่ 1 สิทธิมนุษยชน (Rights) ผู้รับบริการได้รับบริการที่เข้าถึงส่งเสริมและเคารพสิทธิตามกฎหมาย

2) มาตรฐานที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้รับบริการ (Participation and Inclusion) ในการส่งเสริมและสนับสนุนโอกาสของคนพิการในการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในฐานะพลเมืองอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี

3) มาตรฐานที่ 3 ผลลัพธ์แห่งบุคคล (Individual Outcomes) การตระหนักและให้ความสำคัญ โดยยึดหลักการศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นศูนย์กลาง

4) มาตรฐานที่ 4 ข้อเสนอแนะและการร้องเรียน (Feedback and Complaints) ผู้รับบริการมีสิทธิในการร้องเรียนได้ และเปิดโอกาสให้ผู้ร้องเรียนมีสิทธิมีส่วนร่วมในการกระบวนการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนนั้น ๆ เพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้น

5) มาตรฐานที่ 5 การเข้าถึงบริการ (Service Access) ผู้รับบริการพึงได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ กระบวนการที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการ ต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ

6) มาตรฐานที่ 6 การบริหารจัดการบริการ (Service Management) ผู้รับบริการพึงได้รับการที่มีคุณภาพ ภายใต้มาตรฐานควบคุมคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

2.5.3 มาตรฐานองค์กรสำหรับองค์กรด้านคนพิการในประเทศไทย

นอกจากมาตรฐานการให้บริการดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้วนั้น สำหรับประเทศไทยได้กำหนดให้มีมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ โดยเฉพาะศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ซึ่งจัดว่าเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการให้แก่คนพิการตามภารกิจต่าง ๆ เท่านั้น หากแต่ยังไม่มีมาตรฐานเฉพาะ คือ มาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังเช่น ความสำคัญของปัญหาที่ผู้ศึกษาเสนอไว้ข้างต้น จึงเป็นที่มาของผู้ศึกษาในการศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) ของการศึกษานี้

หากแต่ตามระเบียบพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 6(10) กำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ต้องผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการตามที่กฎหมายกำหนดไว้ แบ่งประเภทขององค์กรด้านคนพิการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) องค์กรของคนพิการ หมายถึง องค์กรที่มีคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการเป็นสมาชิก และเป็นกรรมการบริหารองค์กรไม่น้อยกว่าสองในสามของกรรมการทั้งหมด ตลอดจนมีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิของคนพิการด้วย 2) องค์กรเพื่อคนพิการ หมายถึง องค์กรที่มีใช้หน่วยงานภาครัฐ ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรอาจเป็นคนพิการ หรือ คนไม่พิการก็ได้ หรืออาจจะบริหารงานร่วมกันก็ได้ และองค์กรมีวัตถุประสงค์หรือกิจการหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

มีสาระสำคัญ คือ ตามมาตรา 20(2) ที่กำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการที่ได้การรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการตามมาตรา 6(10) มีสิทธิในการให้บริการต่าง ๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการด้วยตนเอง และ มาตรา 20(3) กำหนดประเภท

การจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด คือ ศูนย์บริการคนพิการที่จัดตั้งโดยภาคราชการภายใต้สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อเป็นหน่วยงานในการทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับการจัดบริการของ ศูนย์บริการคนพิการภายในจังหวัดนั้น ๆ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน 77 แห่งทั่วประเทศไทย กล่าวคือ มี ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดครบทุกจังหวัดของประเทศไทย 2) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป คือ ศูนย์บริการคนพิการที่จัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) เพื่อทำหน้าที่ในการจัดบริการให้แก่คนพิการในระดับพื้นที่หรือ ตามประเภทความพิการ หรือให้บริการแก่คนพิการเป็นการเฉพาะในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สำหรับการศึกษาวิจัยฉบับนี้เป็นการมุ่งเน้นการศึกษาศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จัดตั้งโดยองค์กรด้าน คนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ตามที่พระราชบัญญัตินี้กำหนดไว้

นโยบายศูนย์บริการคนพิการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน ดำเนินการเป็นเวลามากกว่า 4 ปี พบว่า ข้อมูลจำนวนศูนย์บริการคนพิการ ประจำปีงบประมาณ 2559 ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2559 มีจำนวนศูนย์บริการคนพิการ รวมทั้งหมดจำนวน 1,173 แห่ง โดยแบ่ง ตามประเภทของศูนย์บริการคนพิการ คือ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด จำนวน 77 แห่ง และ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 1,096 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้มีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จดทะเบียนรับรองภายใต้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่จัดบริการแก่คนพิการ (ทั้งประเภท องค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) จำนวนทั้งสิ้น 64 แห่ง โดยจำแนกตามเขตพื้นที่ภูมิภาค และจังหวัด (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2559) ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ 2559

ภูมิภาค/จังหวัด	จำนวน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
กรุงเทพมหานคร	11
ปริมณฑล (นครปฐม นนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี สมุทรสาคร)	8
ภาคกลาง	9
ภาคเหนือ	17
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	15
ภาคใต้	4
รวม	64

ที่มา: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2559

ตามพระราชบัญญัติได้กำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่จะจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้นั้น คือ องค์กรด้านคนพิการต้องผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการตามมาตรา 6(10) เสียก่อนนับว่าเป็นมาตรฐานองค์กร ซึ่งเป็นมาตรฐานแกนกลางสำหรับองค์กรด้านคนพิการ (ทั้งองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ที่ต้องรับการตรวจประเมินมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการตามมาตรา 6(10) มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อเสริมสร้างให้องค์กรด้านคนพิการ มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่เป็นระบบชัดเจนเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การให้บริการ และมีกลไกการเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านคนพิการที่มีความยั่งยืน และเข้มแข็ง 2) เพื่อพัฒนาองค์กรด้านคนพิการให้มีความเข้มแข็ง มีความสามารถในการส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการพัฒนาต่อยอดโดยใช้ฐานแนวคิดจากมาตรฐานไอเอสโอ (ISO) ที่เน้นการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานขององค์กร โดยพิจารณาตามกระบวนการตั้งแต่การเตรียมการ กระบวนการ และขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อวัดผลตัวชี้วัด 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้หรือไม่ซึ่งมาตรฐานนี้มีระยะเวลาในการควบคุมคุณภาพมาตรฐานขององค์กรนั้น ๆ เป็นระยะเวลา 3 ปี กล่าวคือ องค์กรด้านคนพิการต้องดำเนินการตรวจประเมินมาตรฐานองค์กรเพื่อต่อใบอนุญาตมาตรฐานทุก 3 ปี

1) มาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ ตามมาตรา 6(10) ได้แบ่งประเภทมาตรฐานออกเป็น 2 มาตรฐาน ตามประเภทขององค์กรด้านคนพิการดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น คือ มาตรฐานสำหรับองค์กรของคนพิการ และมาตรฐานสำหรับองค์กรเพื่อคนพิการ

1.1) มาตรฐานองค์กรของคนพิการ ประกอบด้วย 3 ด้าน 13 องค์ประกอบ 68 ตัวชี้วัด ดังนี้

ด้านที่ 1 ประสิทธิภาพในการบริหารงานขององค์กร

องค์ประกอบที่ 1 องค์กรมีความโปร่งใส /ตรวจสอบได้

องค์ประกอบที่ 2 คณะกรรมการ

องค์ประกอบที่ 3 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

ด้านที่ 2 ลักษณะของการให้บริการ

องค์ประกอบที่ 4 มีการให้บริการแก่คนพิการ

องค์ประกอบที่ 5 มีระบบการรับเข้าและการลงทะเบียนสมาชิก

ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 6 มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวก

องค์ประกอบที่ 7 มีการติดตามและประเมินผลการให้บริการ
 องค์ประกอบที่ 8 มีบุคลากรหรืออาสาสมัครในการให้บริการ
 ด้านที่ 3 คุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐาน
 องค์ประกอบที่ 9 เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกหรือ
 เป็นประโยชน์ต่อสังคม

องค์ประกอบที่ 10 ผู้นำมีความสามารถในการนำองค์กร
 องค์ประกอบที่ 11 มีกิจกรรมเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ
 องค์ประกอบที่ 12 ไม่เก็บค่าบริการหรือเก็บในอัตราที่สมเหตุสมผล
 องค์ประกอบที่ 13 มีระบบการประสานงานและส่งต่อหน่วยงานที่
 เกี่ยวข้อง

1.2) มาตรฐานองค์กรเพื่อคนพิการ ประกอบด้วย 3 ด้าน 13 องค์ประกอบ 76
 ตัวชี้วัด ดังนี้

ด้านที่ 1 ประสิทธิภาพในการบริหารงานขององค์กร
 องค์ประกอบที่ 1 องค์กรมีความโปร่งใส /ตรวจสอบได้
 องค์ประกอบที่ 2 คณะกรรมการ
 องค์ประกอบที่ 3 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
 ด้านที่ 2 ลักษณะของการให้บริการ
 องค์ประกอบที่ 4 ระบบการให้บริการแก่คนพิการ
 องค์ประกอบที่ 5 มีระบบการรับเข้าและการลงทะเบียนสมาชิก
 ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง
 องค์ประกอบที่ 6 มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก
 สะดวก

องค์ประกอบที่ 7 มีบุคลากรในการให้บริการทำงาน
 องค์ประกอบที่ 8 มีการติดตามและประเมินผลการให้บริการ
 ด้านที่ 3 คุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐาน
 องค์ประกอบที่ 9 เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกหรือ
 เป็นประโยชน์ต่อสังคม

องค์ประกอบที่ 10 ผู้นำมีความสามารถในการนำองค์กร
 องค์ประกอบที่ 11 มีกิจกรรมเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ
 องค์ประกอบที่ 12 ไม่เก็บค่าบริการหรือเก็บในอัตราที่สมเหตุสมผล

องค์ประกอบที่ 13 มีระบบการประสานงานและส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ถึงแม้ว่าตามนโยบายได้กำหนดไว้ว่า การก้าวเข้าสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้นั้น องค์กรด้านคนพิการ ต้องผ่านการตรวจประเมินและได้รับใบรับรองการผ่านมาตรฐาน องค์กรด้านคนพิการมาก่อนจึงจะสามารถยื่นคำร้องขอจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้นั้น หากแต่ยังไม่มีมาตรฐานการให้บริการสำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยเฉพาะเจาะจงที่เป็นไปตามประเภทขององค์กรด้านคนพิการ และตามประเภทความพิการ กล่าวคือ เมื่อองค์กรด้านคนพิการใดที่เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแล้วนั้น ไม่มีมาตรฐานเฉพาะสำหรับการเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินงาน การให้บริการ รวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านการจัดบริการหรือการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

จึงเป็นที่มาของผู้ศึกษาที่มีความสนใจในการศึกษาเรื่องนี้ โดยตระหนักในความสำคัญ และประโยชน์อย่างมากต่อการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่จะมีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมสำหรับการให้บริการตามแต่ละประเภทความพิการเพื่อเป็นมาตรฐาน รวมทั้งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการนั้น ได้มาตรฐานที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการ และตอบสนองต่อการให้บริการตามแนวคิดฐานสิทธิของคนพิการเพื่อสร้างกลไกการทำสิทธิคนพิการให้เป็นจริง (Make the Right Real)

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและกระบวนการจัดทำมาตรฐาน

2.6.1 ความหมายมาตรฐาน (Standard)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐาน ซึ่งมีผู้นำเสนอแนวคิดไว้มากมาย ทั้งนี้ผู้ศึกษาใคร่ขอนำเสนอความหมายของคำว่า มาตรฐาน ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Standard ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้นิยาม คำว่า มาตรฐาน (standard) หมายถึง สิ่งที่ถือเอาเป็นเกณฑ์ที่รับรองกันทั่วไป หรือสิ่งที่ถือเอาเป็นเกณฑ์สำหรับการเทียบกำหนด ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ (ราชบัณฑิตยสถาน. 2542 : 855)

องค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน (International Organization for Standardization : ISO) ให้ความหมายคำว่า มาตรฐาน คือ เอกสารที่จัดทำขึ้นจากการเห็นชอบจากองค์กรนั้น ๆ อันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าเอกสารดังกล่าวนั้นถือว่าเป็นการวางกฎ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ หรือคุณลักษณะเฉพาะแห่งกิจกรรม หรือผลที่เกิดขึ้นของกิจกรรมนั้น ๆ เพื่อให้เป็นหลักเกณฑ์ใช้กันทั่วไปจนเป็นปกติวิสัย โดยมุ่งให้บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดตามข้อกำหนดที่วางไว้ (องค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน. 2559 : Online)

สถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้ (2548) นิยามว่า มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นหลักสำหรับเทียบกำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์สูงสุดแก่องค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งสามารถจำแนกมาตรฐานได้ออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) มาตรฐานด้านโครงสร้างหรือปัจจัย (2) มาตรฐานด้านกระบวนการ และ (3) มาตรฐานด้านผลผลิต (สถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้. 2548 : 54)

นอกจากนี้การศึกษาของผู้ศึกษา คือ การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) จัดได้ว่าเป็นการพัฒนามาตรฐานการให้บริการหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ (Service Providers) หรืออีกนัยหนึ่งคือการวัดคุณภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั่นเอง

ผู้ศึกษาได้ศึกษานิยามของคำว่า มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Performance Standard) โดย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้ให้ความหมายว่า เป็นผลการปฏิบัติงานในระดับใดระดับหนึ่งซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่น่าพอใจ หรืออยู่ในระดับที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทำได้ในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานจะเป็นลักษณะข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาในงานที่ต้องปฏิบัติ โดยมีกรอบในการพิจารณากำหนดมาตรฐานหลาย ๆ ด้านด้วยกัน อาทิเช่น ด้านปริมาณ คุณภาพ ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย หรือคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานนั้นสามารถเป็นได้ทั้งรูปแบบของปริมาณ และในรูปแบบของคุณภาพ ดังนั้นองค์การที่ดีจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีให้เหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะของงานประเภทนั้น ๆ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. 2529 : 53)

ดังนั้นผู้ศึกษาสรุปนิยามของคำว่า มาตรฐาน (Standard) สำหรับการศึกษาเรื่องนี้ คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นหลักสำหรับกำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานการให้บริการใด ๆ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์สูงสุดแก่องค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ เป็นผลการปฏิบัติงานในระดับใดระดับหนึ่งซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่น่าพอใจ ในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน จึงต้องมีกรอบในการพัฒนา กำหนดมาตรฐานหลาย ๆ ด้าน ที่กำหนดขึ้นเกี่ยวกับคุณลักษณะ คุณภาพที่พึงประสงค์ และต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักในการส่งเสริมสนับสนุน รับรอง ติดตามประเมินผล และประกันคุณภาพการให้บริการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการขององค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นที่ให้บริการแก่คนพิการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

2.6.2 ประโยชน์ของมาตรฐานการปฏิบัติงาน

เมื่อกล่าวถึงมาตรฐานการปฏิบัติงานแล้วนั้น ต้องพิจารณาถึงประโยชน์ของมาตรฐานการปฏิบัติงาน คือประโยชน์ที่องค์กรและบุคลากรภายในองค์กรจะได้รับจากการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานขึ้น และพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานนั้น ๆ ดังที่ อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัชฌุกร (อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัชฌุกร. 2539 : 71-72) ได้อธิบายไว้ ดังนี้

- 1) ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ได้ชัดเจน และช่วยให้มีการฝึกฝนตนเองเพื่อให้เข้าสู่มาตรฐานได้
- 2) ด้านการสร้างแรงจูงใจ มาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นสิ่งเร้าช่วยให้เกิดความมานะพยายาม ความมุ่งมั่นที่จะไปสู่ความสำเร็จ
- 3) ด้านการปรับปรุงงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าผลงานที่มีคุณภาพจะต้องปฏิบัติอย่างไร ทำให้มองเห็นแนวทางในการปรับปรุงงานและพัฒนาความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน
- 4) ด้านการควบคุมงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือที่ผู้บังคับบัญชาใช้ควบคุมการปฏิบัติงาน มอบหมายอำนาจหน้าที่ เพื่อช่วยในการควบคุมงานให้เป็นไปตามแผนงาน
- 5) ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานช่วยให้การประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน และป้องกันไม่ให้เกิดการประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยความรู้สึก

2.6.3 วิธีกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน

สำหรับวิธีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานนั้นสามารถ มี 4 วิธี คือ

- 1) มาตรฐานทางประวัติศาสตร์ (Historical Standard) เป็นวิธีการที่อาศัยข้อมูลสถิติการปฏิบัติงานย้อนหลังในช่วงระยะเวลาหนึ่ง นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเป็นมาตรฐาน โดยอาจเพิ่มหรือลดให้ต่ำลงให้เหมาะสมกับสภาพหรือสถานการณ์ในช่วงเวลานั้น
- 2) มาตรฐานทางการตลาด (Market Standard) เป็นวิธีการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของบุคคลหนึ่งกับผลการปฏิบัติงานของบุคคลอื่น ๆ
- 3) มาตรฐานทางวิศวกรรม (Engineering Standard) เป็นวิธีการที่อาศัยหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์หรือการคำนวณมาช่วย เช่น การศึกษาการเคลื่อนไหวและเวลาในการปฏิบัติงาน (Time and Motion Study) ทั้งนี้เพื่อหาเวลามาตรฐาน (Standard Time)
- 4) มาตรฐานอัตนัย (Subjective Standard) เป็นวิธีการที่ผู้บังคับบัญชาเฝ้าสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา แล้วนำมากำหนดเป็นมาตรฐาน

2.6.4 ขั้นตอนการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน

ชลิตา ศรมณี และพูนศรี สงวนชีพ ได้นำเสนอขั้นตอนการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (ชลิตา ศรมณี และพูนศรี สงวนชีพ. 2528 : 184-185) มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) เลือกงานหลักของแต่ละตำแหน่งมาทำการวิเคราะห์ โดยดูรายละเอียดจากแบบบรรยายลักษณะงาน (Job Description) มาประกอบ

2) พิจารณาวางเงื่อนไขหรือข้อกำหนดไว้ว่า ต้องการผลงานลักษณะใดจากตำแหน่งนั้น จะเป็นปริมาณงาน คุณภาพงาน หรือวิธีการปฏิบัติงาน มีข้อพึงระวังคือเงื่อนไขหรือข้อกำหนดที่ตั้งไว้ ต้องไม่ขัดกับนโยบาย หลักเกณฑ์ หรือระเบียบข้อบังคับของหน่วยงานหรือองค์การ

3) ประชุมทีมผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชา หัวหน้าหน่วยงาน ทุกหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือและหาข้อตกลงร่วมกัน

4) ชี้แจงและสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้

5) ติดตามดูการปฏิบัติงานแล้วนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้

6) พิจารณา ปรับปรุง หรือแก้ไข มาตรฐานที่กำหนดไว้ให้มีความเหมาะสม

แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน



ที่มา: ชลิตา ศรมณี และพูนศรี สงวนชีพ. 2528 : 184-185

2.6.5 เกณฑ์ของมาตรฐานการปฏิบัติงาน

ชลิตา ศรมณี และพูนศรี สงวนชีพ ได้เสนอว่าการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานหลักในการปฏิบัติงาน ที่องค์กรควรต้องมีนั้น ประกอบด้วย 3 เกณฑ์มาตรฐานหลัก (ชลิตา ศรมณี และพูนศรี สงวนชีพ. 2528 : 187-188) ดังนี้

1) ปริมาณงาน และ ระยะเวลาที่ปฏิบัติ เป็นการกำหนดว่างานที่ต้องทำมีปริมาณเท่าไร และควรจะใช้เวลาปฏิบัติงานมากน้อยเพียงใดงานจึงจะเสร็จ เช่น กำหนดว่าบุคลากรผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านกายภาพบำบัดต้องให้บริการทำกายภาพบำบัด (ฝึกกล้ามเนื้อเล็ก มัดใหญ่) แก่เด็กสมองพิการ อย่างน้อย 60 นาทีต่อเด็กสมองพิการหนึ่งราย และอย่างน้อยวันละ 5 ราย หากบุคลากรผู้ให้บริการนั้นให้บริการกายภาพบำบัดได้น้อยกว่าที่กำหนดไว้ก็แสดงว่าปริมาณของผลการปฏิบัติงานยังไม่ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้ แต่หากสำหรับงานใดที่ไม่สามารถกำหนดเป็นปริมาณงานได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นงานให้บริการคำแนะนำหรืองานให้บริการข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะการให้บริการแตกต่างกันไปแต่ละวัน เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ใช้บริการ และการใช้เวลาในการค้นหาคำตอบ และระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับแต่ละคำถามก็จะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความยากง่ายของคำถาม ดังนั้นงานลักษณะเช่นนี้จะไม่สามารถกำหนดมาตรฐานด้วยปริมาณหรือระยะเวลาที่ปฏิบัติงานได้

2) คุณภาพของงาน เป็นการกำหนดว่าผลงานที่ปฏิบัติงานได้นั้น ควรมีคุณภาพดีมากน้อยเพียงใด โดยส่วนใหญ่มักกำหนดว่าคุณภาพของงานจะต้องมีความครบถ้วน ประณีต ถูกต้อง เชื่อถือได้ ประหยัดทั้งเวลาและทรัพยากร เช่น มีการกำหนดข้อผิดพลาดที่สามารถยอมรับได้ว่าผิดได้ไม่เกินกี่เปอร์เซ็นต์ หรือสูญหายได้ไม่เกินกี่เปอร์เซ็นต์ หรือเป็นการกำหนดให้ผลการปฏิบัติงานมีความผิดพลาดหรือบกพร่องเป็นศูนย์เท่านั้น ตัวอย่างที่พบ เช่น การกำหนดให้การให้บริการการฝึกกิจกรรมบำบัดแก่เด็กสมองพิการ มีความผิดพลาดได้ไม่เกินร้อยละ 10

3) ลักษณะการแสดงออกขณะปฏิบัติงาน งานบางตำแหน่งไม่สามารถกำหนดมาตรฐานด้วยคุณภาพหรือปริมาณงานได้ แต่เป็นงานที่ต้องปฏิบัติโดยการใช้บุคลิกหรือลักษณะเฉพาะบางอย่างประกอบ เช่น งานประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร หรืองานรับเงินบริจาคขององค์กร นั้นจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องมีบุคลิกภาพ น้ำเสียง วาจา ท่าที ที่สุภาพ อ่อนน้อม ถือว่าพฤติกรรมและบุคลิกภาพลักษณะที่แสดงออกนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับตำแหน่งงานบริการที่ต้องติดต่อกับบุคคลอื่น เพราะถือได้ว่าเป็นตัวแทนขององค์กร ดังนั้นการกำหนดลักษณะพฤติกรรมที่ต้องแสดงออกไว้ในมาตรฐานการปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ขององค์กรและขวัญกำลังใจของเพื่อนร่วมงานอย่างไรก็ตาม เพื่อให้การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับตำแหน่ง

งานต่าง ๆ ในองค์การมีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานจะต้องคำนึงถึงสิ่งสำคัญบางประการด้วย นั่นก็คือการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานลักษณะนี้จะเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นมาตรฐานที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถยอมรับได้ โดยทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาเห็นพ้องต้องกันว่าการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานเช่นนี้มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีความเป็นธรรมที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งลักษณะงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานที่ดีต้องสามารถวัดได้เป็นจำนวน เปอร์เซ็นต์ หรือหน่วยอื่น ๆ ที่สามารถวัดได้ และมีการบันทึกไว้ให้เป็นลายลักษณ์อักษรและเผยแพร่ให้เป็นที่รับรู้ และเข้าใจตรงกัน และสุดท้ายมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ต้องสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ดังนั้นจากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามาตรฐานการปฏิบัติงานนั้นนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่องค์การจะนำมาใช้ในการวัดคุณภาพการให้บริการ เพื่อช่วยในการบริหารงานบุคคล เพราะทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต่างจะได้รับประโยชน์จากการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานขึ้นมาใช้ร่วมกัน ผู้บริหารจะมีเครื่องมือช่วยควบคุมให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การมอบหมายหน้าที่และการสั่งการสามารถทำได้โดยสะดวกและรวดเร็ว การประเมินผลการปฏิบัติงานมีความยุติธรรมและน่าเชื่อถือ เนื่องจากมีทั้งหลักฐานและหลักเกณฑ์ที่ผู้บริหารสามารถชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติงานยอมรับผลการประเมินได้โดยง่าย ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานมาตรฐานที่กำหนดไว้ถือเป็นสิ่งท้าทายที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย การปฏิบัติงานมีความถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีกรอบหรือแนวทางในการปรับปรุงงานและการพัฒนาศักยภาพ เพื่อไปสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานที่ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารองค์การได้ร่วมกันกำหนดไว้ เพื่อคุณภาพของการปฏิบัติงานและความเจริญก้าวหน้าขององค์การ

2.6.6 ตัวชี้วัด (Indicator)

ตัวชี้วัด (Indicator) หรือบางแห่งเรียกว่า ตัวบ่งชี้ ซึ่งมาจากรากฐานคำศัพท์ภาษาอังกฤษคำว่า Indicator คำเดียวกัน มีความหมายว่า ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ซึ่งใช้บ่งชี้บอกสถานภาพ หรือสะท้อนถึงลักษณะการดำเนินงาน หรือผลการดำเนินงาน ถึงแม้ว่าคำสองคำนี้จะมีความหมายเช่นเดียวกัน แต่โดยทั่วไปแล้วมักนิยมใช้คำตามความนิยมที่แตกต่างกันไป ถ้าเป็นมาตรฐานทางด้านการศึกษา การประกันคุณภาพการศึกษา และมาตรฐานการปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่เน้นการสร้างคุณภาพมากกว่าจะเน้นที่การวัดและประเมินผล มักนิยมใช้คำว่า ตัวบ่งชี้ ส่วนคำว่า ตัวชี้วัด มักนำมาใช้ในการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงาน ในมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Performance Management) เช่น แผนปฏิบัติงานประจำปี คำรับรองการปฏิบัติราชการ (ศิริชัย กายจนาวาสี. 2550 : 82)

นอกจากนี้ นงราม เศรษฐพานิช ได้อธิบายความหมายของคำว่า ตัวชี้วัด ว่าตัวชี้วัดนั้นประกอบด้วยคำสำคัญอยู่สองคำรวมกันอยู่ คือ คำว่า ตัวชี้ รวมกับ ตัววัด ซึ่งคำว่า ตัวชี้ คือ ตัวชี้ทิศทาง ชี้แนวทาง และชี้เป้าหมายการดำเนินงาน การประเมินจึงควรใช้เป้าหมายหรือทิศทางที่มุ่งหวังให้เกิดขึ้นในการทำงานเป็นเกณฑ์การพิจารณา โดยเปรียบเทียบสภาพการณ์หรือผลงานที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้นกับสภาพการณ์หรือผลงานที่เกิดขึ้นจริงว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าสภาพการณ์หรือผลงานที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความคาดหวังการทำงานนั้นก็จะเป็นผลสำเร็จ แต่ถ้าผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย แสดงว่างานนั้นไม่ประสบความสำเร็จ เป้าหมายหรือสิ่งที่คาดหวังจะให้ เป็นสะท้อนได้จากตัวชี้วัด และในตัวชี้ดังกล่าวใช้เป็นตัววัดและประเมินสภาพการณ์หรือผลงานที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมาย (นงราม เศรษฐพานิช. 2540)

นอกจากนี้ยังมีคำที่นิยมใช้ คือ ตัวชี้วัดการดำเนินงาน หรือ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Performance Indicator) หมายถึง สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะปรากฏหรือบรรลุในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการในระบบคุณภาพ

ตัวชี้วัดมีความสำคัญเป็นเครื่องชี้วัดสิ่งที่ต้องการให้บรรลุผลและเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงเครื่องมือประกอบการกำหนดกรอบนโยบายการบริหารและการพัฒนา ใช้เป็นสิ่งบ่งบอกสภาพการณ์ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบริหารจัดการ และการบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย เป็นเครื่องมือติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานแสดงถึงความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค จุดอ่อน และจุดแข็งของหน่วยงาน กำกับการทำงานให้มีทิศทางและสามารถตรวจสอบการดำเนินงานได้ตลอดเวลา เป็นเครื่องวัดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน และก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.6.7 คุณลักษณะของตัวชี้วัดที่ดี

นงราม เศรษฐพานิช ได้เสนอ คุณลักษณะของตัวชี้วัดที่ดี ประกอบด้วย 10 ประการ (นงราม เศรษฐพานิช. 2540) มีดังนี้

1) ความตรง (Validity) หมายถึง ความตรง หรือความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) ทั้งเนื้อหาของตัวชี้วัด และการสร้างตัวชี้วัด สามารถชี้วัดได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ชัดเจน ตรงตามคุณลักษณะที่มุ่งวัด และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) เป็นวิธีการรวมตัวแปรหลายตัวเข้าด้วยกัน ความตรงมีความสำคัญเนื่องจากจะนำไปสู่คุณสมบัติอื่น ๆ คือ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง ความเป็นปรนัย ความสามารถในการแปลความหมาย และความครอบคลุมของตัวชี้วัดในการวัดสิ่งที่สนใจศึกษา

2) ความตรงประเด็น (Relevant) หมายถึง ความสามารถวัดได้ตรงประเด็น มีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยง สัมพันธ์โดยตรงกับคุณลักษณะที่มุ่งวัด เช่น GPA เป็นตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยทั่วไป

3) ความเป็นตัวแทน (Representative) หมายถึง ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นวัดได้ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของคุณลักษณะของสิ่งที่จะศึกษาอย่างครบถ้วน และมีความชัดเจน เช่น คุณภาพของผู้ทำหน้าที่บริการ สามารถชี้วัดด้วยลักษณะการให้สารสนเทศ ความรวดเร็วในการตอบสนอง ความต้องการ การพุดจา สีหน้าท่าทางของผู้ให้บริการ เป็นต้น

4) ความเชื่อมั่น หรือ ความเที่ยง (Reliability) มีความคงเส้นคงวา หรือบ่งชี้ได้คงที่เมื่อทำการวัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน เก็บข้อมูลได้แม่นยำ ไม่ว่าจะเก็บข้อมูลกี่ครั้งและโดยใคร

5) ความเป็นปรนัย (Objectivity) หมายถึง ความชัดเจน การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวชี้วัดเกิดจากสถานะที่เป็นอยู่หรือคุณสมบัติของสิ่งนั้นมากกว่าขึ้นอยู่กับความรู้สึกของผู้ประเมินที่เรียกว่าตามจิตวิสัย (Subjectivity) เช่น การรับรู้ประสิทธิภาพของหลักสูตร หรืออัตราการสำเร็จ การศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตร ต่างเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของหลักสูตร แต่อัตราการสำเร็จ การศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตรจะเป็นตัวชี้วัดที่มีความเป็นปรนัยมากกว่าการรับรู้ประสิทธิภาพของหลักสูตร

6) ความคลาดเคลื่อนต่ำ (Minimum Error) หมายถึง ค่าที่ได้ต้องมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้

7) ความเป็นกลาง (Neutrality) หมายถึง ไม่มีความลำเอียง ไม่น้อมเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่ชี้นำโดยการเน้นการบ่งชี้เฉพาะลักษณะความสำเร็จ หรือความล้มเหลว ความเป็นกลางของตัวชี้วัด

8) ความไว (Sensitivity) หมายถึง ความสามารถของตัวชี้วัดที่วัดความแตกต่างระหว่างหน่วย วิเคราะห์ แสดงความผันแปรหรือความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน มีมาตรและหน่วยวัดที่มีความละเอียดเพียงพอ เช่น การประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ หากระบุว่า พอใจ ไม่พอใจ จะมีช่วงการผันแปรแคบคือ 1 เท่านั้น ควรให้ผู้ตอบแสดงระดับของความพึงพอใจด้วย เช่น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แทนที่ให้ระบุเพียงความพอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งมีการผันแปรแคบมากคือ 1 แบบเท่านั้น ควรให้กลุ่มบอกได้ว่ามีความพอใจ ไม่พอใจ ระดับมากน้อยเพียงใด

9) ความสะดวกในการนำไปใช้ หรือการนำไปใช้ได้จริง (Practicability) กระบวนการวัดที่สะดวก เก็บข้อมูลได้ง่าย และแปลความหมายง่าย ไม่ยุ่งยาก มีเกณฑ์การเปรียบเทียบที่เหมาะสม โดยแปลงนามธรรม ให้เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดหรือสังเกตได้ เป็นที่เข้าใจง่าย ตรงกัน ตัวชี้วัดที่ดีควรให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุดและต่ำสุด เข้าใจง่าย สามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย สามารถปรับเปลี่ยนได้ง่าย ใช้ต้นทุนต่ำ ทั้งในการพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน

10) ความเป็นที่ยอมรับจากผู้นำไปใช้ ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการกำหนดตัวชี้วัด ควรคำนึงถึงการแสดงเป้าหมายของกิจกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร สอดคล้องกับลำดับขั้นของเป้าหมายขององค์กร และมีความเป็นไปตามลำดับขั้นของตัวชี้วัด 3 ระดับ ได้แก่ 1) ภาพรวม (Aggregate) เป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ผลลัพธ์สุดท้ายของการปฏิบัติตามนโยบายเฉพาะด้าน 2) โครงสร้าง (Structural) เป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ผลผลิตจากการดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่จะนำไปสู่การบรรลุนโยบายเฉพาะด้าน 3) การกระจาย (Distribution indicators) เป็นความหลากหลายของกิจกรรมซึ่งจัดทำโดยนำปัจจัยการผลิตเข้าสู่กระบวนการ และควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนเป็นผู้ได้รับประโยชน์มากกว่ามูลค่าทางการเงิน

2.6.8 กระบวนการพัฒนามาตรฐาน

กระบวนการพัฒนามาตรฐานนั้น ชูติมา สัจจามันท์ ได้นำเสนอกระบวนการพัฒนามาตรฐาน ไว้ 8 ขั้นตอน (ชูติมา สัจจามันท์. 2548) ดังนี้

1) การศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยพิจารณาว่ามาตรฐานการปฏิบัติงานที่จะพัฒนานั้นต้องมีเอกสารประกอบอะไรบ้าง อย่างไร

2) การกำหนดกรอบการพัฒนามาตรฐาน

3) การจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และ/หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามองค์ประกอบที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ในเบื้องต้นให้ครอบคลุมทุกด้าน ที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานนั้น ๆ โดยเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ คือ พิจารณาจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์สูง และมีผลงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานนั้น ๆ โดยอาจมีผลงานทางวิชาการ หรือผลงานการบริหารงาน หรือผลการปฏิบัติงานซึ่งเป็นที่ประจักษ์เป็นที่ยอมรับจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งองค์กรวิชาชีพ ระดับชาติ และระดับนานาชาติ องค์กรมาตรฐาน สถาบันการศึกษา และส่วนงานราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และสรุปประเด็น และจัดกลุ่มข้อมูล ความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ผู้ศึกษาได้มา จัดให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง และสรุปเป็นข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุง (ร่าง) มาตรฐาน

4) สรุปผลการพัฒนา (ร่าง) มาตรฐาน ซึ่งมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม หรือข้อมูลจากเป็นเอกสาร เพื่อนำข้อมูลมาขยายร่างมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ และตัวชี้วัดหรือตัวบ่งชี้ และเกณฑ์การประเมิน

5) การจัดประชุมกลุ่มย่อยพิจารณา ตรวจสอบ (ร่าง) มาตรฐานโดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และ/หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกครั้ง เพื่อร่วมพิจารณา ตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) มาตรฐาน และตัวชี้วัดหรือตัวบ่งชี้ที่ได้พัฒนาขึ้น

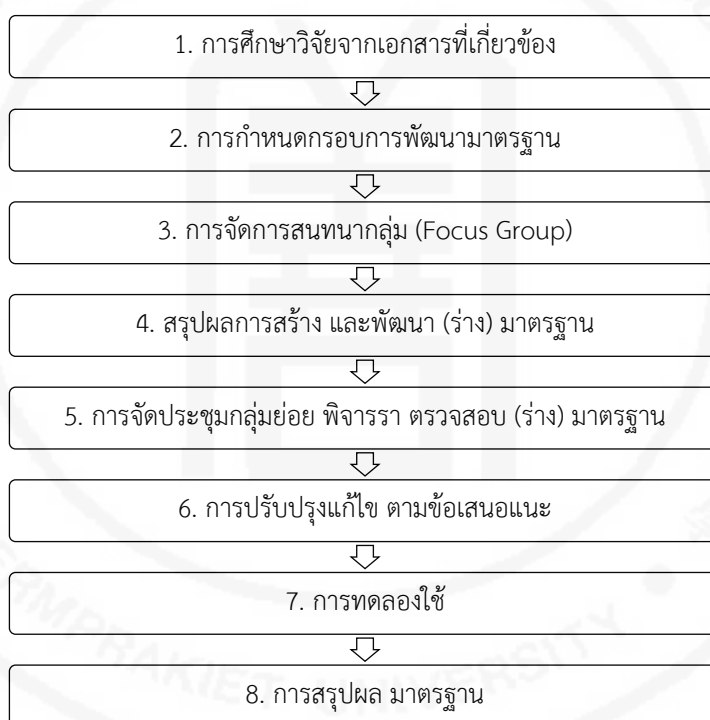
6) การปรับปรุงแก้ไข (ร่าง) มาตรฐานและตัวชี้วัดหรือตัวบ่งชี้ ตามข้อเสนอแนะจาก ข้อมูลการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ และข้อมูลความคิดเห็นจากการจัดประชุมสัมมนา

7) การทดลองใช้ เป็นการนำ (ร่าง) มาตรฐาน ที่ได้ ไปทดลองใช้ในการประเมินผลตาม (ร่าง) มาตรฐาน ที่ได้พัฒนาไว้ เพื่อเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability)

8) สรุปผลเป็นมาตรฐาน เป็นการนำที่ได้จากการทดลองใช้ มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และสรุปผลเป็นมาตรฐาน

8 ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนามาตรฐาน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 กระบวนการพัฒนามาตรฐาน



ที่มา: ชูติมา สัจจานันท์. 2548

2.6.9 แนวคิดของชิปโมเดล (CIPP Model)

แนวคิดของชิปโมเดล (CIPP Model : CIPP) เป็นแนวคิดของ สตัฟเฟิล บีม (Stuffle beam) ซึ่งในปี ค.ศ. 1971 (พ.ศ. 2514) สตัฟเฟิล บีม ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับการประเมินผล การปฏิบัติงานออกมาหนึ่งเล่มชื่อ Education Evaluation and Decision Making หนังสือเล่มนี้ ได้รับการยกย่องและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในแวดวงการศึกษาของไทย เพราะได้ให้แนวคิด และวิธีการทางการวัดและประเมินผลการศึกษาไว้อย่างน่าสนใจและทันสมัย นอกจากนี้ สตัฟเฟิล บีม

ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับการประเมินผลและรูปแบบของการประเมินผลอีกหลายเล่มอย่างต่อเนื่องมา จึงกล่าวได้ว่า สตัฟเฟิล บีม เป็นผู้มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาทฤษฎีการประเมินผล จนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน (Stuffle beam. 1971) มีสาระสำคัญประกอบด้วย

แนวคิดของชิปโมเดล หรือที่นิยมใช้ชื่อย่อว่า CIPP นั้น มีชื่อเต็มคือ Context Input Process Product ซึ่งหมายถึง รูปแบบของการประเมินผลงานตามด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านการดำเนินการ (Process) และด้านผลผลิต (Product)

สตัฟเฟิล บีม ได้ให้นิยามคำว่า การประเมิน คือ กระบวนการของการระบุ หรือ กำหนดข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่จัดเก็บมาแล้วนั้นมา จัดทำ ให้เกิดเป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์ เพื่อนำเสนอสำหรับใช้เป็นทางเลือกในการประกอบการตัดสินใจต่อไป จากนิยามดังกล่าวมีสาระสำคัญที่สามารถสรุปหลักการสำคัญของรูปแบบ การประเมินผลแบบ CIPP ไว้ 6 ประการ ดังนี้ 1) เป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกันในการดำเนินงาน อย่างครบวงจร และย้อนกลับมาสู่รอบใหม่ของวงจรด้วย 2) ต้องมีการระบุหรือบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ 3) ต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่ได้ระบุหรือบ่งชี้ไว้ 4) ต้องมีการนำเอาข้อมูลที่เก็บรวบรวม มาแล้วนั้นมาจัดทำให้เป็นสารสนเทศ 5) สารสนเทศที่ได้มานั้น จะต้องมีความหมาย และมีประโยชน์ และ 6) สารสนเทศดังกล่าวจะต้องได้รับการนำไปเสนอเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนด ทางเลือกใหม่หรือแนวทางดำเนินการใด ๆ ต่อไป

แนวคิดของชิปโมเดล มีลักษณะที่จะประเมิน ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการ ประเมิน ก่อนที่จะลงมือดำเนินการโครงการใด ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดหลักการและเหตุผลรวมทั้ง เพื่อพิจารณาความจำเป็นที่จะต้องจัดทำโครงการดังกล่าว การชี้ประเด็นปัญหาตลอดจนการพิจารณา เหมาะสมของเป้าหมายของโครงการ

2) การประเมินตัวป้อนเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมิน เพื่อพิจารณาถึง ความเหมาะสม ความเพียงพอของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ ตลอดจนเทคโนโลยี และ แผนของการดำเนินงาน

3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินโดยมี วัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) หาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ เพื่อทำการแก้ไข ให้ สอดคล้องกับข้อบกพร่องนั้น ๆ 2) หาข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่จะสั่งการเพื่อการพัฒนา งาน ต่าง ๆ และ 3) บันทึกภาวะของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไว้เป็นหลักฐาน

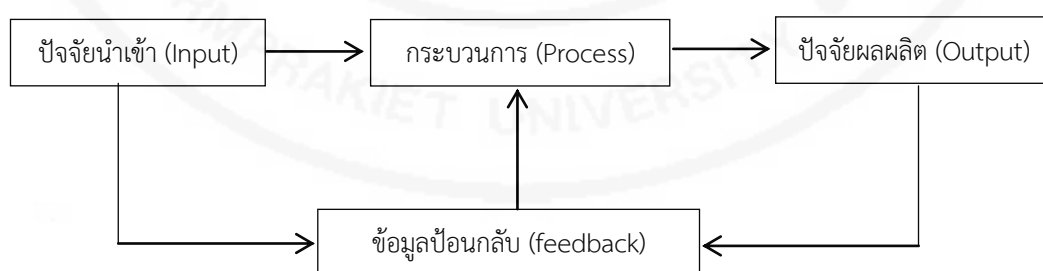
4) การประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้น (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากการทำโครงการ กับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ต้น รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ การจัดประเภทของการประเมินดังกล่าว แสดงถึงการประเมินที่พยายามให้ครอบคลุมกระบวนการทำงานในทุก ๆ ขั้นตอน

โดยสรุปแล้วการประเมินผลแบบ CIPP นั้น หมายถึง การประเมินโดยตระหนักถึงกระบวนการทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม (C) ด้านปัจจัยนำเข้า (I) ด้านการดำเนินการ (P) และด้านผลผลิต (P) ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินที่ครอบคลุมในทุกส่วนของการทำงาน โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินงานนั้น ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความรู้และเข้าใจระบบการประเมินแบบนี้เป็นอย่างดี ไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่เป็นการประเมินแบบ CIPP ที่แท้จริง และมีหลักการจัดทำมาตรฐานโดยการใช้แนวคิดระบบ (System Approach) ในการวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ Input Process Output

2.6.10 แนวคิด Input Process Output

อุทุมพร จามรมาร เป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติและการวัดผล จากสถาบัน UCLA แห่งสหรัฐอเมริกา ได้อธิบายเกี่ยวกับ Input Process Output ว่าเป็นแนวคิดพื้นฐานที่ใช้กับทุกวงการ โดยเฉพาะในการแสวงหาการศึกษานิยมใช้แนวคิดนี้ โดยพิจารณาว่าปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และปัจจัยผลผลิต (Output) (อุทุมพร จามรมาร. 2543 : 16) ดังแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 7 กระบวนการ Input Process Output



ที่มา: อุทุมพร จามรมาร. 2543 : 16

โดยสรุปแล้วการประเมินผลรูปแบบของกระบวนการ Input Process Output คือ การพิจารณาว่าปัจจัยนำเข้า (Input) คืออะไรบ้างแต่ละส่วนมีลักษณะเป็นอย่างไร กระบวนการ (Process) เป็นอย่างไรมีการดำเนินการเป็นไปตามแผนหรือเป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือไม่เกิดปัญหาในขั้นตอนใด และปัจจัยผลผลิต (Output) เป็นอย่างไรทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ และอาจต้อง

ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของ Feedback หรือข้อมูลตอบกลับ เช่น ปัญหา ความพึงพอใจ การยอมรับ ความศรัทธาของประชาชน หรือผู้รับบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา หรือปรับปรุงระบบ การดำเนินการให้ดีขึ้นในระดับต่อไป

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ (Service Quality)

แนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับคามนิยามอย่างมากในการนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารงานขององค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มากมายในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และได้รับความสนใจนำมาปรับปรุงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดสมรรถนะ ในการให้บริการขององค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ มากขึ้นเป็นลำดับในปัจจุบัน

2.7.1 นิยามคุณภาพการให้บริการ

เมื่อกล่าวถึงนิยาม คำว่า คุณภาพการให้บริการ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษานี้ คือการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยมีนัยของคำว่า คุณภาพการให้บริการ นั่นเอง ซึ่งได้มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของ คำว่า คุณภาพการให้บริการ ไว้มากมายดังนี้

Business Dictionary ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพบริการ หรือที่ใช้ภาษาอังกฤษว่า Service Quality คือ การประเมินว่าบริการที่จัดให้ นั้นมีความสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการอย่างไร โดยที่ผู้ให้บริการมักให้ลูกค้าประเมินคุณภาพการให้บริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจของลูกค้า และเพื่อปรับปรุงบริการของตนให้ดียิ่งขึ้น (Business Dictionary. 2017 : 29)

Parasuraman, Zeithaml และ Berry ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการ คือ ประสิทธิภาพทั้งหมดที่ลูกค้าสามารถทำการประเมินออกมาได้จากการได้รับบริการ นอกจากนั้น คุณภาพบริการยังครอบคลุมตัวชี้วัด เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของลูกค้าเพื่อให้บริการได้ตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างดีที่สุด ซึ่งสิ่งที่สำคัญอย่างมากคือการรับรู้ถึงสิ่งที่ลูกค้าต้องการอย่างแท้จริง (Exactly Wants) สิ่งที่ลูกค้ามีความชอบ (Preference) และสิ่งที่ลูกค้าแสดง ความชื่นชมยินดี (Delight) จากการได้รับบริการ (Parasuraman, Zeithaml and Berry. 1988 : 17)

วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพการให้บริการ ไว้ว่า ความสอดคล้องกันของความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการหรือระดับของความสามารถในการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอันทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่เขาได้รับ (วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์. 2543 : 17)

สมวงศ์ พงศ์สถาพร ได้ให้ความหมายคำว่า คุณภาพการให้บริการ หมายถึง ทัศนคติที่ผู้รับบริการสะสมข้อมูลความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับจากบริการ ซึ่งหากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

(Tolerance Zone) ผู้รับบริการก็จะมีคามพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งจะมีระดับ แตกต่างกันไปตามความคาดหวังของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจนี้เองเป็นผลมาจากการ ประเมินผลที่ได้รับจากบริการนั้น ณ ขณะเวลาใดเวลาหนึ่ง (สมวงศ์ พงศ์สถาพร. 2550 : 17)

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ (Service Quality) หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการ ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการนั้น ๆ ซึ่งคุณภาพบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะสร้างคุณภาพการให้บริการที่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นตลอดกระบวนการให้บริการทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างมีบทบาทในกิจกรรมบริการนั้นเป็นอย่างมากการควบคุมคุณภาพบริการจึงต้องควบคุมกระบวนการให้บริการ และสามารถนำแนวคิดคุณภาพการบริการพัฒนาต่อยอดสู่การจัดทำมาตรฐานการบริการให้มีคุณภาพการบริการได้ต่อไป

2.7.2 องค์ประกอบคุณภาพและตัวบ่งชี้คุณภาพบริการ

จากการศึกษาแนวคิดคุณภาพการให้บริการ (Service Quality) ที่มีการนำเสนอไว้ อย่างหลากหลาย แต่มีจุดร่วมที่เหมือนกันของแนวคิด คือ การที่ผู้ให้บริการจะสามารถประเมินคุณภาพการให้บริการของตนเองได้ดีนั้น ต้องพิจารณาจากระดับของคุณภาพการให้บริการในทัศนะของผู้ใช้บริการ หรืออีกนัยหนึ่งที่มีกนิยมกล่าวกันอย่างแพร่หลายคือความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือผู้ให้บริการนั่นเอง (Parasuraman, and Other. 1988)

1) องค์ประกอบคุณภาพการให้บริการ

เบอร์รี่ ได้เสนอ องค์ประกอบหลักในการพิจารณาคุณภาพการให้บริการไปสู่การพิจารณามาตรฐานการให้บริการ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ มีดังนี้

- 1) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ต่อการรับบริการ
- 2) ความรับผิดชอบ (Responsiveness) ต่อความต้องการหรือความรู้สึกของลูกค้า
- 3) ความสามารถ (Competence) หรือสมรรถนะในการให้บริการอย่างรอบรู้เหมาะสม และมีความเชี่ยวชาญในบริการนั้นอย่างจริงจัง
- 4) การเข้าถึง (Access) ใช้บริการได้ง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก
- 5) มีมารยาท (Courtesy) ที่ดีของผู้ให้บริการ สุภาพ อ่อนน้อม
- 6) การสื่อสาร (Communication) และสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับรู้ข้อมูล เข้าใจ และได้รับคำตอบในข้อสงสัยหรือความไม่เข้าใจต่าง ๆ ได้อย่างกระจ่างชัด
- 7) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของผู้ให้บริการ
- 8) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) ของผู้รับบริการในขณะที่ใช้บริการหรือรับบริการอยู่นั้น

9) ความเข้าใจลูกค้า (Customer Understanding) และใส่ใจในลูกค้า

10) ความชัดเจน (Tangibles) ส่วนที่สัมผัสได้ และรับรู้ได้ทางกายภาพของปัจจัยการให้บริการ จะเห็นได้ว่าเป็นการมองคุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งตัวผู้ให้บริการที่ต้องมีความรู้ มีความสามารถที่ดีเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลักษณะของบริการจะต้องเป็นบริการที่สะดวกและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ

2) การพิจารณาคุณภาพการให้บริการ

คุณภาพการให้บริการ อาจพิจารณาได้เป็น 2 มิติ ดังนี้

1) คุณภาพที่ต้องมี (Must be Quality) คือ บริการหรือสิ่งที่ใช้บริการคาดหวังว่าจำเป็นต้องมี หากไม่ได้รับการตอบสนองจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการไม่พอใจอย่างมาก หรือกล่าวได้ว่า คุณภาพการให้บริการนั้นอยู่ในระดับขั้นต่ำ

2) คุณภาพที่ประทับใจ (Attractive Quality) คือ บริการหรือสิ่งที่ใช้บริการไม่ได้คาดหวังว่าจำเป็นต้องมี หรือกล่าวคือบริการนั้นจะมีหรือไม่มีก็ได้ แต่ถ้าหากมีจะทำให้ได้รับการชื่นชม และสร้างประทับใจแก่ผู้ใช้บริการอย่างมาก ซึ่งการจะสร้างความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

2.1) ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (Competency) ที่สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องตามเทคนิคการให้บริการ

2.2) กระบวนการ (Process) หมายถึง ความเหมาะสมของการให้บริการ (Appropriateness) ที่สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ (1) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวกรวดเร็วได้ (2) ความปลอดภัย (Safety) ความปลอดภัยและอบอุ่นใจในการใช้บริการ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.3) ผลลัพธ์ (Outcome) และการยอมรับของผู้รับบริการ (Acceptability) หมายถึง ผลของการยอมรับของผู้รับบริการที่มีต่อบริการนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย คือ (1) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) คือ สิ่งที่ใช้บริการจะได้รับสิ่งที่ต้องการภายหลังการรับบริการนั้น (2) ประสิทธิภาพ (Efficiency) คือ ความคุ้มค่า ซึ่งกล่าวคือสิ่งที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่าต่อการจ่ายเงินหรือเสียเวลาเพื่อแลกกับการให้บริการที่ได้รับ และ (3) ความเสมอภาค (Equity) คือ ความเสมอภาคในการให้บริการแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีข้อยกเว้น หรือไม่มี การเลือกปฏิบัตินั่นเอง

จากการศึกษาของผู้ศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนั้น ควรยึดหลักแนวคิด

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย โดยใช้ฐานแนวคิดหลักเรื่องการเข้าถึง และฐานสิทธิของคนพิการในการทำสิทธิคนพิการให้เป็นจริง โดยคำนึงถึงองค์ประกอบในการพิจารณา เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการไปสู่การพิจารณามาตรฐานการให้บริการทั้ง 10 องค์ประกอบหลักตามที่กล่าวไว้ข้างต้น หากเมื่อเทียบเคียงกับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการ คนพิการในประเทศออสเตรเลียแล้วนั้นพบได้ว่ามีองค์ประกอบที่มีความใกล้เคียงกันอย่างมาก

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยบริการ

2.8.1 แนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณ

การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) โดยมี วัตถุประสงค์ คือ การศึกษาและพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแล้วนั้น วัตถุประสงค์อีกประการ ที่สำคัญคือการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการ คนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากต้องมีการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณ (Budget) และต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost Based)

1) ความเป็นมาของงบประมาณ

ความเป็นมาของคำว่างบประมาณ หรือภาษาอังกฤษใช้คำว่า Budget นั้นได้เริ่มมี ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศอังกฤษเมื่อประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 16-17 ซึ่งเป็นสมัยที่สภา ผู้แทนราษฎรได้ประสบความสำเร็จในการสงวนอำนาจที่จะอนุมัติรายได้และรายจ่ายของรัฐบาลใน ยุคสมัยนั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจัดทำงบประมาณในแบบปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับวิวัฒนาการ การเมืองการปกครองด้วย สำหรับประเทศไทยนั้นเริ่มมีการจัดทำ งบประมาณโดยคณะรัฐบาลได้เริ่ม ดำเนินการขึ้นก่อน และต่อมาได้ขยายขอบเขตไปถึงองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และ หน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนเป็นลำดับ

2) ความหมายของงบประมาณ

ความหมายของงบประมาณ คำว่า งบประมาณ หรือในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Budget ซึ่งมาจากภาษาฝรั่งเศสโบราณ รากศัพท์เดิมคือ Bougette หมายถึง กระเป่า หรือถุงของ รัฐบาล ซึ่งเสนาบดีคลัง(รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง) ของกษัตริย์ในยุคนั้นใช้บรรจุเอกสารต่าง ๆ ที่แสดงถึงความต้องการของประเทศและทรัพยากรที่มีอยู่ และในปัจจุบันคำว่า งบประมาณ

มีความหมายแตกต่างกันไปตามเวลา สถานการณ์ และลักษณะ งบประมาณ โดยทั่วไปจะมองในรูปของตัวเลขเป็นส่วนใหญ่

มีนักวิชาการให้ความหมายของคำว่างบประมาณ ในมุมมองที่หลากหลายต่างกันอย่างออกไป ดังนี้

นงลักษณ์ สุทธิวัฒน์พันธ์ ได้ให้นิยามคำว่า งบประมาณ หมายถึง การวางแผนการบริหารของรัฐบาล โดยแสดงถึงกิจกรรมโครงการที่จะจัดทำและหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีการประมาณค่าใช้จ่าย และที่มาของรายได้เพื่อการใช้จ่ายนั้น ๆ ตามระยะเวลาที่แน่นอนที่เรียกว่า งบประมาณ (นงลักษณ์ สุทธิวัฒน์พันธ์. 2544 : 17)

อินสอน บัวเขียว งบประมาณ หมายถึง แผนการดำเนินงานของกิจการใดกิจการหนึ่งที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับระยะเวลาหนึ่งในอนาคต ซึ่งงบประมาณถูกกำหนดขึ้นเป็นตัวเลข เพื่อกำหนดงบการเงินของการวางแผน การจัดหา และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างประหยัด แต่ให้เกิดผลประโยชน์อย่างสูงสุด (อินสอน บัวเขียว. 2537 : 164-167)

อารีลักษณ์ พงษ์โสภา งบประมาณ หมายถึง แผนที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือที่แสดงถึงนโยบายของผู้บริหารในการดำเนินงานและเป็นเครื่องมือในการควบคุมการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ (อารีลักษณ์ พงษ์โสภา. 2545 : 12)

ณรงค์ สัจพันโรจน์ ได้กล่าวไว้ว่า งบประมาณ ครอบคลุมถึงแผนเบ็ดเสร็จซึ่งแสดงออกในรูปของตัวเงินแสดงโครงการ การดำเนินงานทั้งหมดในระยะหนึ่ง รวมถึงงบประมาณเป็นการประมาณการบริหารกิจกรรม โครงการและค่าใช้จ่าย ตลอดจนทรัพยากรที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุตามที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ซึ่งงบประมาณประกอบด้วยการทำงานใน 3 ขั้นตอน คือ (1) การจัดเตรียม (2) การอนุมัติ และ (3) การบริหาร (ณรงค์ สัจพันโรจน์. 2538)

สรุปได้ว่า งบประมาณ หมายถึง การกำหนดแผนการใช้จ่ายเงินหรือประมาณการรายรับรายจ่ายล่วงหน้า การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งแสดงในรูปของตัวเงินมีระยะเวลาที่กำหนดที่แน่นอน โดยแสดงกิจกรรมหรือโครงการที่จะปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้จะรวมถึงการประมาณการ บริการ กิจกรรม โครงการ และค่าใช้จ่าย ตลอดจนทรัพยากรที่จำเป็นในการสนับสนุน การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามแผนที่ได้กำหนดไว้อย่างสูงสุด

3) ความสำคัญของงบประมาณ

จากความหมายของงบประมาณข้างต้นนั้นจะเห็นได้ว่างานงบประมาณเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากที่ผู้บริหารต้องวางแผนและกำกับดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากงบประมาณเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนให้การดำเนินงานหรือภารกิจอื่น ๆ ในองค์กร สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยดี ซึ่งมีผู้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของงบประมาณ ไว้ดังนี้

อินสอน บัวเขียว ได้กล่าวถึงประโยชน์ของงบประมาณไว้ (อินสอน บัวเขียว. 2537 : 164-167) ไว้ 3 ประการ คือ 1) งบประมาณเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารองค์กร หรือพนักงาน เจ้าหน้าที่สร้างขึ้นมา โดยการมองเห็นอนาคตอย่างคร่าว ๆ โดยอาจจะได้จากการประมาณการสิ่งต่าง ๆ 2) เพื่อควบคุมการปฏิบัติงานของตนเอง หรือของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งทุกคนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานให้ถึงจุดมุ่งหมาย และ 3) เพื่อให้หน่วยงานมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ตามลักษณะงานและสามารถปฏิบัติงานได้ต่อเนื่องกัน

4) ลักษณะของงบประมาณที่ดี

ณรงค์ สัจพันโรจน์ นำเสนอว่า งบประมาณที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ควรจะต้องมีลักษณะ 10 ประการ (ณรงค์ สัจพันโรจน์. 2538) ดังนี้

4.1) เป็นศูนย์รวมของเงินงบประมาณทั้งหมด ปกติการใช้จ่ายเงินงบประมาณควร จะใช้จ่ายและพิจารณาจากศูนย์หรือแหล่งรวมเดียวกันทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อจะได้มีการพิจารณา เปรียบเทียบการใช้จ่ายในแต่ละรายการ หรือทุกโครงการว่ารายการใดมีความสำคัญจำเป็นมากน้อย กว่ากัน หากรายการใดมีความสำคัญและจำเป็นมาก ก็ควรได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายมาก ทั้งนี้เพื่อความยุติธรรมในการจัดสรรเงินงบประมาณทุกโครงการ ควรมีสติเท่า ๆ กันในการเสนอ เข้ารับการพิจารณาในการจัดสรรงบประมาณพร้อมกัน เพื่อจะได้มีการประสานงานและโครงการ เข้าด้วยกัน ป้องกันมิให้มีการทำงานหรือโครงการที่ซ้ำซ้อนกัน อันจะเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ ดังนั้นจึงไม่ควรแยกการพิจารณางบประมาณไว้ในหลาย ๆ จุด หรือหลายครั้ง ซึ่งจะก่อให้เกิด การพิจารณาที่ต่างกันและไม่ยุติธรรมได้มีลักษณะของการพัฒนาเป็นหลักงบประมาณที่ดี ควรจะ ดำเนินการจัดสรรโดยยึดหลักการพัฒนา เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าเป็นหลัก ทั้งนี้เนื่องจาก มีงบประมาณที่จำกัด จึงควรมีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณตามหลักการพัฒนาที่ดี โดยพิจารณาว่า ตามสถานการณ์ และความจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง

4.2) การกำหนดเงินต้องสอดคล้องกับปัจจัยในการทำงาน การจัดงบประมาณใน แผนงานต้องมีความเหมาะสมให้งานนั้น ๆ สามารถจัดทำกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือ อีกนัยหนึ่งคือการกำหนดเป้าหมายหรือผลที่จะได้รับต้องสอดคล้องกับงบประมาณและความเป็นไปได้

4.3) มีลักษณะที่สามารถตรวจสอบได้ หรือเป็นเครื่องมือที่จะใช้ตรวจสอบ การบริหารงานของหน่วยงานได้ การจัดสรรงบประมาณในแผนงานต่าง ๆ ควรมีรายละเอียดของ กิจกรรมต่าง ๆ อย่างละเอียดชัดเจนมากเพียงพอและเกิดผลเป็นรูปธรรม

4.4) มีระยะเวลาดำเนินงานที่เหมาะสม ตามปกติงบประมาณที่ดี ควรมีระยะเวลา การดำเนินงานที่เหมาะสมตามสถานการณ์ ที่ไม่สั้นหรือไม่ยาวเกินไป โดยทั่วไปจะใช้ระยะเวลา งบประมาณ 1 ปี การเริ่มต้นใช้งบประมาณจะเริ่มในเดือนใด ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละ

หน่วยงาน ส่วนมากงบประมาณในประเทศไทยอิงตามเกณฑ์งบประมาณแผ่นดิน คือการกำหนดระยะปีงบประมาณ เริ่มต้นที่เดือนตุลาคมถึงเดือนกันยายนของปีถัดไป

4.5) มีลักษณะช่วยให้เกิดการประหยัด ในการทำงานงบประมาณ ควรพยายามให้การใช้จ่ายเงินตามโครงการต่าง ๆ ได้ผลเต็มเม็ดเต็มหน่วย โดยพยายามไม่ให้มีการใช้จ่ายเกินความจำเป็น ฟุ่มเฟือย หรือเป็นการใช้จ่ายที่สูญเปล่า ไม่เกิดประโยชน์คุ้มค่า

4.6) มีลักษณะชัดเจน งบประมาณที่ดีควรมีความชัดเจน เข้าใจง่ายเน้นถึงความสำคัญแต่ละโครงการได้ดี ไม่คลุมเครือ ง่ายต่อการพิจารณาวิเคราะห์ และเป็นประโยชน์ต่อผู้นำไปปฏิบัติด้วย

4.7) มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ งบประมาณที่ดีจะต้องเป็นงบประมาณที่มีความถูกต้องในรายละเอียดทั้งด้านตัวเลขและรายละเอียดของโครงการ หากงบประมาณมีข้อบกพร่องในด้านความถูกต้อง ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดพลาดหรือความไม่รอบคอบก็ตามอาจเกิดผลเสียหายขึ้นได้ และต่อไปงบประมาณอาจไม่ได้รับความเชื่อถือ

4.8) จะต้องเปิดเผยได้ งบประมาณที่ดีจะต้องมีลักษณะที่สามารถจะเปิดเผยแก่สาธารณะ หรือผู้เกี่ยวข้องทราบได้ เพื่อแสดงถึงความบริสุทธิ์และโปร่งใสในการบริหารหน่วยงาน

4.9) มีความยืดหยุ่น งบประมาณที่ดีควรมียืดหยุ่นได้ตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม เพื่อความคล่องตัวในการทำงาน

4.10) มีความเชื่อถือได้ในแง่ความบริสุทธิ์ งบประมาณที่ดีต้องสามารถตรวจสอบได้ เพื่อป้องกันการทุจริต ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเชื่อถือได้ ประหยัด และตรงตามวัตถุประสงค์

5) ข้อจำกัดของงบประมาณ

เนื่องจากงบประมาณเป็นแผนงานแสดงออกถึงความต้องการของหน่วยงานในอนาคตในการใช้จ่ายเงินเพื่อการดำเนินงานต่าง ๆ และงบประมาณเป็นการประมาณการรายรับและรายจ่ายที่ได้มา และจ่ายไปในอนาคต ดังนั้นงบประมาณจึงยังไม่สมบูรณ์แน่นอนว่าจะจะเป็นไปตามนั้น การดำเนินงานในเรื่องงบประมาณอาจต้องถูกกระทบกระเทือนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะทำให้เกิดการจัดสรรงบประมาณไม่เป็นตามที่วางแผนไว้ การบริหารงานของหน่วยงานในเรื่องงบประมาณนั้นมีความสำคัญ และเป็นตัวการที่มากำหนดการบริหารงบประมาณว่าจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว

6) ประเภทของงบประมาณ (Types of Budget)

งบประมาณที่ประเทศไทย ใช้กันอยู่ในขณะนี้มากมายหลายประเภท แต่ที่สำคัญและที่นิยมใช้กันโดยทั่วไปมีอยู่ประมาณ 5-6 ประเภทด้วยกัน ซึ่งแต่ละประเภทนั้นจะมีลักษณะการใช้และการดำเนินการที่แตกต่างกันออกไป อีกทั้งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันออกไปอีกด้วย ในการพิจารณาเลือกใช้ประเภทของงบประมาณนั้น ควรคำนึงถึงความเหมาะสมที่ขึ้นอยู่กับปัจจัย

หลายด้านด้วยกัน เช่น ปัจจัยทางด้านการบริหาร ความรู้ความสามารถ การเมืองการปกครอง กลุ่มผลประโยชน์ และปัจจัยทางด้านสังคม เป็นต้น

ดังนั้นสามารถจำแนกประเภทของงบประมาณ ได้ 6 รูปแบบ ดังนี้

6.1) งบประมาณแบบแสดงรายการ (Line Item Budget) งบประมาณแบบนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม มีรายการต่าง ๆ มากมาย และกำหนดเอาไว้แน่นอนตายตัว จะไม่สามารถจ่ายเป็นรายการอย่างอื่นผิดไปจากที่กำหนดไว้ไม่ได้ และไม่สามารถจ่ายเกินวงเงินที่กำหนดไว้ไม่ได้ด้วยเช่นเดียวกัน ถ้าจะผันแปรรายการหรือจ่ายเกินวงเงินที่กำหนดไว้ อย่างใดอย่างหนึ่ง จะต้องทำความตกลงกับสำนักงบประมาณหรือกระทรวงการคลัง และหาเงินรายจ่ายมาเพิ่มให้พอจะจ่ายเสียก่อน ซึ่งงบประมาณแบบนี้มีได้เพียงเล็งกิจการ วางแผน วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ตลอดจนถึงประสิทธิภาพของการบริหารงานเท่าใดนัก ทำให้ขาดการยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานทำงานไม่คล่องตัว เพราะเมื่อมีเหตุการณ์ผันแปรไปอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระทบกระเทือน ไม่อาจทำงานให้เป็นไปตามรายการที่กำหนดไว้ได้

6.2) งบประมาณแบบแสดงผลงาน (Performance Budget) เป็นงบประมาณที่ใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานให้ได้ผลตามความมุ่งหมายที่ตั้งงบประมาณรายจ่ายไว้โดยมีการติดตามและประเมินผลของโครงการต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด และมีการวัดผลงานในลักษณะวัดประสิทธิภาพในการทำงาน ว่างานที่ได้แต่ละหน่วยนั้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่าไร เป็นต้น โดยงบประมาณรูปแบบนี้จะกำหนดงานเป็นลักษณะของงานที่จะทำว่าจะทำงานอะไรบ้างเป็นสำคัญ

6.3) งบประมาณแบบแสดงแผนงาน (Planning or Programming Budget) ซึ่งเป็นรูปแบบของงบประมาณที่ปัจจุบันประเทศไทยนิยมใช้อยู่ โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2525 เป็นต้นมา ซึ่งจะต้องประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมด เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรม กำหนดแผนงาน และสำนักงบประมาณจะอนุมัติงบประมาณรายจ่ายให้แก่แต่ละแผนงาน พร้อมควบคุม ตรวจสอบ และประเมินผลของงานแต่ละแผนงานว่าได้บรรลุเป้าหมายตามแผนงานหรือไม่ ภายใต้หลักการใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพและประหยัด ซึ่งจะประกอบด้วย กระบวนการดำเนินการดังต่อไปนี้ คือ

(1) ให้มีการจัดแผนงาน งาน หรือโครงการ เป็นระบบขึ้นมา โดยจัดเป็นโครงสร้างแผนงาน งาน หรือโครงการขึ้นมา

(2) ให้มีการระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของแผนงานให้ชัดเจน

(3) ให้แสดงค่าใช้จ่ายทั้งหมดของแผนงาน งานหรือโครงการ

(4) ให้แสดงถึงผลที่ได้รับจากแผนงาน งานหรือโครงการเมื่อสำเร็จ

เสร็จเรียบร้อยลง

(5) ให้มีการวิเคราะห์เลือกแผนงาน งานหรือโครงการใดที่จะมีความเหมาะสมที่จะดำเนินการก่อนหลังกันอย่างไร

หากดำเนินการตามกระบวนการข้างต้นแล้ว จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรงบประมาณที่อยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด ทั้งนี้เนื่องจาก

(1) มีการกำหนดและเลือกแผนงาน งานหรือโครงการที่เหมาะสมที่สุด และมีการกำหนดเป้าหมายต่าง ๆ ไว้ด้วยว่าจะไปแก้ปัญหาด้านไหนอย่างไร ทำให้มีการใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณไปในทางที่ดีที่สุด ที่จะให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัด

(2) สามารถที่จะวิเคราะห์แผนงาน งานหรือโครงการได้สะดวกเพราะจัดเป็นระบบขึ้นมา ทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบว่าแผนงาน งาน หรือโครงการใดที่ดำเนินการอยู่มีความเหมาะสมที่จะดำเนินการต่อไปหรือควรยกเลิก

(3) ทำให้สามารถพิจารณาการใช้จ่ายงบประมาณว่าได้ดำเนินการหนักทางด้านใดอย่างไร ควรโยกย้ายหรือสับเปลี่ยนอย่างไร เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจสถานการณ์ และนโยบายของรัฐบาลได้รวดเร็วขึ้น

(4) ทำให้ส่วนราชการต่าง ๆ นำเงินงบประมาณไปใช้ได้อย่างมีความคล่องตัวมากขึ้นโดยที่สำนักงานงบประมาณจะพิจารณาในลักษณะผลงานมากกว่าการจัดซื้อจัดหา

6.4) งบประมาณแบบแสดงการวางแผนการ กำหนดโครงการ และระบบงบประมาณ (Planning, Programming and Budgeting System : PPBS) ระบบนี้เป็นการแสดงตัวเลขค่าใช้จ่ายระยะยาวของโครงการที่ได้มีการวางแผนไว้เรียบร้อยแล้ว กอปรกับการมีข้อมูลที่ถูกต้องในการสนับสนุนโครงการนั้น ๆ ส่วนประกอบของระบบ PPBS นี้เป็นการรวมแนวความคิดของระบบงบประมาณแบบแสดงแผนงาน (Program Budgeting) และแนวความคิดในการวิเคราะห์ค่าหน่วยสุดท้ายทางเศรษฐศาสตร์ (Marginal Analysis) และการวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับผลลัพธ์อื่นที่จะได้รับค่าใช้จ่ายในการนั้น ๆ (Cost-Benefit Analysis) หรือ (Cost-Effectiveness Analysis) นำมารวมกันเข้ากับการวิเคราะห์อย่างมีระบบ โดยสาระสำคัญของระบบ PPBS มีดังนี้

6.4.1) มุ่งเน้นความสนใจในเรื่องการกำหนดโครงการ (Program) ตามวัตถุประสงค์อันเป็นพื้นฐานของรัฐบาล โครงการอาจจะได้การดำเนินงานจากส่วนราชการต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละส่วนราชการ

6.4.2) พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายในอนาคต

6.4.3) พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายทุกชนิด ทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรง ค่าใช้จ่ายประเภททุน และที่ไม่ใช่ประเภททุน รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องด้วย

6.4.4) การวิเคราะห์อย่างมีระบบ เพื่อจะหาทางเลือกที่จะดำเนินงาน ลักษณะข้อนี้เป็นสาระสำคัญของระบบ PPBS ซึ่งเกี่ยวกับเรื่องการแสดงวัตถุประสงค์หรือเจตจำนงของรัฐบาล การแสดงทางเลือกดำเนินการต่าง ๆ ที่จะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนและเป็นธรรม

6.5) งบประมาณแบบฐานศูนย์ (Zero Base) คือ งบประมาณในลักษณะกว้าง ๆ เป็นระบบงบประมาณที่จะพิจารณาขบประมาณทุกปีอย่างละเอียดทุกรายการ โดยไม่คำนึงถึงว่ารายการหรือแผนงานนั้นจะเป็นรายการ หรือแผนงานเดิมหรือไม่ ถึงแม้รายการหรือแผนงานเดิมที่เคยถูกพิจารณาและได้รับงบประมาณในปีที่แล้วก็สามารถถูกพิจารณาใหม่อีกครั้งได้ และอาจเป็นไปได้ว่าในปีนี้อาจจะถูกตัดงบประมาณลงก็ได้เช่นเดียวกัน

6.6) งบประมาณแบบสะสม (Incremental Budget) คือ การจัดทำงบประมาณในแต่ละปีเป็นภาระหนัก เนื่องจากต้องใช้ข้อมูลมากในการประกอบการพิจารณาและต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายหน่วยงานด้วยกัน ดังนั้นต้องใช้เวลามากในการจัดทำ งบประมาณหากจะต้องจัดทำงบประมาณใหม่ทั้งหมดทุกปีคงจะทำได้ยาก และมีข้อบกพร่องหลายประการอีกด้วย ดังนั้นเพื่อให้ทันกับเวลาที่มีอยู่ และเพื่อให้งบประมาณได้พิจารณาให้แล้วเสร็จทันและสามารถนำ งบประมาณมาใช้จ่ายได้ จึงได้มีการพิจารณาขบประมาณเฉพาะส่วนเงินงบประมาณที่เพิ่มใหม่ที่ยังไม่ได้รับการพิจารณาจากปีที่แล้วนั้น แต่เงินงบประมาณในปีที่แล้วที่ได้เคยพิจารณาไปครั้งหนึ่งแล้ว จะไม่มีการพิจารณาอีกครั้ง เพียงแต่ยกยอดเงินมาตั้งเป็นงบประมาณใหม่ได้เลย เพราะถือว่าได้มีการพิจารณาสาระสำคัญต่าง ๆ ไปแล้วครั้งหนึ่ง คงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปพิจารณาใหม่อีกครั้ง

7) ขั้นตอนการทำงานงบประมาณ

ในการจัดทำงบประมาณ ผู้ทำงานงบประมาณต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการทำงานงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน จัดเตรียมงบประมาณรายรับ การจัดตั้งงบประมาณรายจ่าย การอนุมัติ และบริหารงบประมาณ การรายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งจะเกี่ยวพันกับทุกหน่วยงาน มีขั้นตอนในการทำเรื่องงบประมาณ 3 ขั้นตอน ดังนี้

7.1) ขั้นตอนการจัดเตรียมงบประมาณ หมายถึง การจัดเตรียมงบประมาณ 2 ด้านประกอบกัน คือ วงเงินงบประมาณรายรับ และวงเงินงบประมาณรายจ่าย ซึ่งในขั้นตอนการจัดเตรียมงบประมาณนั้นยังสามารถแบ่งขั้นตอนย่อยออกเป็น 6 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

7.1.1) การประมาณการรายรับ และการประมาณการรายจ่าย พิจารณาเงินทั้ง 2 ด้าน นี้ให้สมดุลกัน ในการจัดทำงบประมาณประจำปี

7.1.2) การประมาณการรายจ่าย การจัดทำงบประมาณรายจ่าย เริ่มทำได้ใน 2 ระยะด้วยกัน คือ ระยะที่จัดทำงบประมาณรายจ่ายพร้อมกับการจัดทำงบประมาณรายรับ โดยไม่

ต้องรอการกำหนดกรอบวงเงินงบประมาณรายรับ และระยะการจัดทำงบประมาณรายจ่าย เมื่อได้ประมาณการรายรับแล้ว และทราบวงเงินของหน่วยงานต่าง ๆ ว่าได้รับวงเงินเท่าไร และให้จัดทำรายละเอียดงบประมาณรายจ่ายภายในวงเงินที่ได้รับซึ่งมีข้อควรคำนึงในการทำงานงบประมาณรายจ่าย

7.2) การอนุมัติงบประมาณ การอนุมัติงบประมาณ หมายถึง การพิจารณา งบประมาณที่หน่วยงานเสนอขึ้นมาโดยผู้มีอำนาจในการอนุมัติงบประมาณ มีอำนาจหน้าที่วิเคราะห์ ตัดและแก้ไข เปลี่ยนแปลงงบประมาณได้ แต่ต้องอยู่ภายในกรอบวงเงินของงบประมาณที่เสนอขอมา

7.3) การบริหารงบประมาณ การบริหารงบประมาณ หมายถึง การควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนงาน งาน และโครงการที่ได้รับอนุมัติงบประมาณไว้ เพื่อป้องกันการใช้จ่ายเงินอย่างรว้อไหล ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม โดยการควบคุมการเบิกจ่ายเงิน การตรวจสอบ ให้เป็นไปตามระเบียบที่หน่วยงานกำหนดไว้ ซึ่งมีรายละเอียดตามขั้นตอน มีดังนี้

7.3.1) การทำแผนปฏิบัติการ หรือที่นิยมเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Action Plan โดยการกำหนดกิจกรรมที่จะทำ ระยะเวลา (เป็นช่วงเวลาที่ดำเนินการ) และจำนวนเงินที่จะใช้ในช่วงเวลาต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับจำนวนเงินที่ประมาณการจะได้รับ

7.3.2) ดำเนินการใช้งบประมาณตามแผนปฏิบัติการ โดยการขออนุมัติเงินตามระเบียบของหน่วยงาน

7.3.3) การตรวจสอบงบประมาณ เมื่อมีการเบิกจ่ายเงินไปแล้ว ต้องมีการตรวจสอบว่าได้ใช้จ่ายเงินนั้นไปตามจริงที่เบิกหรือไม่ การตรวจสอบจึงเป็นวิธีการที่สำคัญอย่างมากต่อการควบคุมการบริหารด้านการเงินให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ และให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามระเบียบทางการเงิน

7.3.4) การรายงานงบประมาณ เป็นวิธีการหนึ่งในการตรวจสอบและประเมินผล ให้มีการรายงานผลงานที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว เป็นระยะ ๆ เพื่อสามารถทบทวนผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ว่ามีความคืบหน้าไปประการใดและจะต้องใช้เป็นผลในการตั้งงบประมาณในปีต่อไปด้วย

2.8.1 แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน (Cost)

1) คำจำกัดความของต้นทุน

ต้นทุน หมายถึง รายจ่ายทั้งที่จ่ายออกเป็นตัวเงิน (Explicit Cost) และที่มีได้จ่ายออกเป็นตัวเงินจริง ๆ (Implicit Cost) เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตสินค้าหรือ นอกจากนี้ยังหมายถึงสินทรัพย์ โดยการออกทุนเรือนหุ้น โดยการให้บริการหรือโดยการก่อกำเนิดเพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้าและบริการด้วย แต่ในทางด้านบริการสุขภาพนั้น (วิจิตรรา พูลเพิ่มทรัพย์. 2540 : 39)

ตั้งสรุปได้ว่า ต้นทุน (Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่มีหน่วยวัดเป็น ตัวเงินที่จ่ายออกไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือการบริการในการดำเนินการใด ๆ แก่ผู้มารับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น ซึ่งจัดว่าเป็นต้นทุนมาตรฐานต่อ หน่วยบริการ และจำแนกตามประเภทของกิจกรรมการบริการ นอกจากนี้ต้นทุนยังครอบคลุมถึง ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของหน่วยงานทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนที่ กำหนดไว้โดยเฉพาะ การหาค่าต้นทุนจึงมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไปกับการหาต้นทุนทางกิจการ ธุรกิจ (คนองยุทธ กาญจนากุล. 2529 : 540)

ในการคิดต้นทุนโดยทั่วไปนอกจากการคิดต้นทุนรวมทั้งหมดแล้ว ยังมีวิธีการคิด ต้นทุนที่ใช้ในการให้บริการแต่ละประเภท เพื่อนำมาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้บริการที่ เรียกว่า ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) หรือเรียกว่า ต้นทุนเฉลี่ย (Average Cost) ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของสถานบริการหรือศูนย์บริการ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากให้บริการต่อหนึ่ง หน่วย ซึ่งใน การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยนั้น หน่วย อาจวัดออกมาได้หลายรูปแบบแล้วแต่ วัตถุประสงค์ของการศึกษาและการวิเคราะห์ต้นทุน เช่น การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย อาจคิดใน รูปแบบของต้นทุนต่อผู้ใช้บริการในแต่ละบริการ กล่าวคือ การรับบริการของผู้รับบริการหนึ่งรายหรือ หนึ่งครั้งของการมารับบริการมีค่าเท่ากับเท่าไร (เรณู สุวรมย์ และ คนองยุทธ กาญจนากุล. 2530 : 68, จีรวรรณ วรณเวก. 2534 : 10)

2) ประเภทต้นทุน

ต้นทุนสามารถแบ่งได้หลายประเภทตามความเหมาะสมกับการใช้งานและลักษณะ ที่จะวิเคราะห์ การจัดประเภทต้นทุนชนิดหนึ่งอาจเหมาะกับงานลักษณะหนึ่ง แต่จะใช้กับงาน อีกลักษณะหนึ่งไม่ได้ ต้นทุนมาตรฐานดังกล่าวจะใช้เป็นต้นทุนเพื่อกำหนดราคาที่สูงตามไม่ได้ ในการประเมินต้นทุนถ้าใช้ชนิดของต้นทุนไม่ถูกต้องหรือวิธีการประเมินต้นทุนที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ การวิเคราะห์โครงการบิดเบือนไม่ได้ นอกจากนี้ต้นทุนเมื่อเวลาต่างกันก็มีค่าแตกต่างกัน เนื่องจาก ความผูกพันกับเวลาของเงิน การประเมินค่าใช้จ่าย ณ จุดเวลาที่ต่างกันโดยไม่เอาอัตราดอกเบี้ย มาคิดด้วยจะทำให้การวิเคราะห์ผิดไปได้ (สุกัลยา คงสวัสดิ์. 2534 : 10)

3) ลักษณะของต้นทุนทั่วไป

มีรูปแบบและลักษณะที่แตกต่างกันไป การจำแนกต้นทุนจึงมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับ วัตถุประสงค์การใช้งาน โดยทั่วไปสามารถแบ่งลักษณะของต้นทุนทั่วไปออกได้ ดังนี้

3.1) การแยกประเภทต้นทุนตามลักษณะแหล่งเกิด วิธีนี้เป็นที่นิยมใช้กันอย่าง แพร่หลายตั้งแต่สมัยโบราณ โดยแบ่งต้นทุนการให้บริการ ประกอบด้วย ค่าวัสดุ ค่าแรง และค่าเสียหาย

3.2) การแยกประเภทต้นทุน โดยให้สัมพันธ์กับการให้บริการ โดยแบ่งออกเป็น ค่าใช้จ่ายทางตรง และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (คະນອງຍຸທ ກາຍຈນຄູລ. 2529 : 306-307) ดังนี้

3.2.1) ค่าใช้จ่ายทางตรง (Explicit or Direct Cost) คือ ต้นทุนที่กำหนดขึ้น ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหน่วยการให้บริการโดยเฉพาะ ได้แก่ ค่าวัสดุดิบทางตรง ค่าแรงทางตรง และค่าเสียหายทางตรง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จ่ายออกไปเป็นตัวเงินจริง ๆ เช่น ค่าแรง ค่าจ้าง ค่าเงินเดือน ค่าล่วงเวลา ค่าเช่า ค่าดอกเบี้ย ค่าประกันภัย ค่าวัสดุดิบ ค่าขนส่ง ค่าโฆษณา เป็นต้น

3.2.2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Implicit or Indirect Cost) คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ร่วมกันระหว่างการให้บริการ ซึ่งเป็นต้นทุนที่มีอาจคิดแยกตามแต่ละหน่วยของการให้บริการ หรือในทางปฏิบัติกล่าวคือเป็นต้นทุนที่มีความยุ่งยากซับซ้อน แยกเป็นหน่วย ๆ ได้ลำบาก ค่าวัสดุดิบทางอ้อม ค่าแรงทางอ้อม และค่าเสียหายทางอ้อม ไม่ได้ใช้จ่ายออกไปเป็นตัวเงินจริง ๆ แต่ต้องประเมินค่าขึ้นมา เช่น การนำปัจจัยการให้บริการ ส่วนที่เป็นของตนเข้ามาใช้ในการให้บริการ รวมทั้งราคาหรือผลตอบแทนจากการให้บริการ

3.2.3) รายจ่ายทั่วไป (Period Expense) เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถระบุหรือกำหนดได้ว่าเป็นของการให้บริการใด ๆ และถูกรายงานเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปในงบรายงานนั้น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

3.2.4) ต้นทุนรวมของผลผลิต/ผลิตภัณฑ์ (Product Costs) จากการให้บริการ ซึ่งสามารถกำหนดให้เป็นต้นทุนของผลผลิตได้ ต้นทุนส่วนนี้ประกอบด้วยต้นทุนทางตรง ค่าวัสดุทางตรง ค่าแรงทางตรง ต้นทุนส่วนนี้จะอยู่ในส่วนทรัพย์สินที่เป็นสินค้าคงคลังของบัญชีงบแสดงฐานะการเงิน เมื่อมีการขายผลผลิตออกไป ต้นทุนนี้จะถูกเปลี่ยนไปเป็นทุนของสินค้าขาย (Cost of Goods Sold) ในบัญชีกำไร ขาดทุน หรือบัญชีรายได้ค่าใช้จ่าย (Income Statement) ต้นทุนของผลผลิต ซึ่งเป็นทรัพย์สินในขณะที่ยังไม่ขาย

3.3) การแยกประเภทของต้นทุนโดยให้สัมพันธ์กับปัจจัยการผลิต และความสามารถในการดำเนินงานให้บริการ (Operation ability) โดยนำปัจจัยการผลิตที่มีลักษณะเดียวกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

3.3.1) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) คือ ต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี ได้แก่ อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ รวมทั้งการฝึกอบรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลระยะยาวเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ซึ่งนับเป็น Human Capital Development

3.3.2) ต้นทุนดำเนินการ (Operating Costs หรือ Recurrent Costs หรือ Running Costs) คือ ต้นทุนทรัพยากรที่ใช้หมดไป และจะต้องมีการจัดหาเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ค่าแรงสำหรับเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ ค่าซ่อมแซม ค่าสาธารณูปโภค ค่าฝึกอบรม เป็นต้น

3.3.3) ต้นทุนสามารถจำแนกให้เกิดความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการดำเนินงานได้ เช่น ความถี่ในการใช้กำลังผลิต (Operational Production Ratio) โดยแบ่งออกเป็น ต้นทุนแปรผัน (Variable Cost) และต้นทุนคงที่ (Fixed Cost)

3.3.4) ต้นทุนจำแนกตามวัตถุประสงค์ของงาน เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลงาน อาจมีการจำแนกต้นทุนตามกิจกรรม เช่น การฝึกอบรม การนิเทศงาน การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล การสนับสนุน การขนส่ง เป็นต้น

3.3.5) การจำแนกต้นทุนเพื่อการควบคุม และการวางแผน คือ การแยกโดยมองในฐานะผู้มีอำนาจตัดสินใจต่อการกำหนดต้นทุน หรือที่มาแหล่งความรับผิดชอบต่อต้นทุนโดยตรง ซึ่งแบ่งออกเป็น ต้นทุนที่ควบคุมได้ (Controllable Cost) และต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrollable Cost) ในการควบคุมต้นทุนหน่วยรับผิดชอบ (Responsibility Center) ซึ่งเป็นหน่วยงานในองค์กรที่ทำงาน ซึ่งสามารถวัดผลงานได้ต้องมีผู้รับผิดชอบที่สามารถแทรกแซงการทำงานของหน่วยงาน เพื่อให้ต้นทุนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หรือโดยหลักการพื้นฐานคือต้นทุนนั้นถูกควบคุมโดยคน จึงต้องมีผู้รับผิดชอบประมวลข้อมูลต้นทุนของแต่ละหน่วย เปรียบเทียบต้นทุนที่เกิดขึ้นกับต้นทุนที่คาดประมาณ ค้นหาสาเหตุของความเบี่ยงเบน และดำเนินการแก้ไขการจำแนกต้นทุนเพื่อการควบคุมต้นทุนแบ่งได้ คือ ต้นทุนที่สืบสาวได้ (Traceable Costs) เป็นต้นทุนที่ระบุได้อย่างชัดเจน และต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้ (Non Traceable Costs) เป็นต้นทุนที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ต้องมีการกระจายไปในหน่วยงานใด

3.3.6) ต้นทุนที่ควบคุมได้ (Controllable Costs) และต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ (Non Controllable) ต้นทุนบางอย่างแม้ว่าจะสืบสาวได้ว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใดแต่ก็อาจจะไม่สามารถควบคุมได้โดยหัวหน้าหน่วยรับผิดชอบนั้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุง หรือค่าเสื่อมราคาของเครื่องมือและสถานที่ที่ไม่อยู่ในการควบคุมเช่นเดียวกัน เป็นต้น

3.3.7) ต้นทุนคงที่ (Fixed Costs) และ ต้นทุนผันแปร (Variable Costs) โดยที่ ต้นทุนคงที่ เป็นต้นทุนที่ค่ารวมไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีระดับกิจกรรมหรือปริมาณบริการเปลี่ยนแปลงไป เช่น ต้นทุนโดยอ้อม ในที่นี้ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เพียงแต่จะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างอัตโนมัติเมื่อระดับกิจกรรมหรือปริมาณของกิจกรรมบริการเปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น หากแต่การเปลี่ยนแปลงต้นทุนคงที่อาจจะเป็นไปได้จากการตัดสินใจของผู้บริหารเอง

3.3.8) การจำแนกต้นทุนเพื่อการวางแผน การกำหนดเป้าหมาย เพื่อทางเลือก และเพื่อการดำเนินการในอนาคตซึ่งในทางธุรกิจเป้าหมายที่สำคัญคือ รายได้ รายจ่าย และผลกำไร การคาดประมาณตัวเลขเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเปรียบเทียบสิ่งที่คาดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงได้ กระบวนการในการคาดประมาณ และวิเคราะห์รายได้ รายจ่าย และผลกำไร เรียกว่า

การงบประมาณ (Budgeting) ซึ่งแผนงบประมาณอาจครอบคลุมงบประมาณสำหรับแต่ละหน่วยที่รับผิดชอบ การคาดประมาณบัญชีรายได้ รายจ่าย การคาดประมาณบัญชีต้นทุนในการคาดประมาณ รายจ่ายจะใช้ต้นทุนที่เป็นค่าคาดประมาณ (Estimate Cost) หรือต้นทุนมาตรฐาน (Standard Cost) ซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในงวดที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบโดยพิจารณา ทั้งค่าแรง ค่าวัสดุ และต้นทุนอื่น ๆ และ Overhead Cost ทำให้ได้ต้นทุนต่อหน่วย และเมื่อนำมาคำนวณร่วมกับปริมาณการให้บริการที่คาดประมาณ ก็จะสามารถประมาณรายจ่ายทั้งหมดได้

นอกจากนี้ยังประกอบด้วยค่าต้นทุนส่วนต่าง (Differential Cost) ในกรณี ทางเลือกต่าง ๆ ที่พิจารณามีต้นทุนบางส่วนที่เหมือนกันกับผู้บริหารสามารถเปรียบเทียบเฉพาะต้นทุน ส่วนที่ไม่เหมือนกัน ทำให้การคำนวณต่าง ๆ ลดลง ต้นทุนจม (Sunk Cost) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นแล้ว จากการตัดสินใจในอดีต ไม่สามารถมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการตัดสินใจในปัจจุบันหรืออนาคต ดังนั้นต้นทุนจมจึงมีค่าเหมือนกัน ไม่ว่าจะเลือกใดและไม่จำเป็นต้องนำมาพิจารณา เช่น เครื่องมือที่ซื้อมาแล้วถือว่าเป็นต้นทุนจม แม้ว่าจะมีการปิดแผนหรือการยกเลิกการให้บริการ และ ไม่ได้ใช้เครื่องมืออื่นอีกต่อไป ต้นทุนค่าเสื่อมราคาก็ยังเกิดขึ้นอยู่ดี และต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) เมื่อมีการตัดสินใจลงทุนใช้ทรัพยากรกับทางเลือกหนึ่ง จะมีต้นทุนค่าเสียโอกาส เกิดขึ้น คือหากนำเงินหรือทรัพยากรจำนวนนั้นไปใช้กับทางเลือกอื่นที่ดีกว่าหรือดีที่สุด แนวคิดนี้เป็น แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ ค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นเงินสด ไม่มีการบันทึกไว้ในระบบบัญชี แต่ เป็นต้นทุนที่ผู้บริหารต้องพิจารณา เพื่อให้มีการเปรียบเทียบทางเลือกอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม

3.3.9) จำแนกต้นทุนตามระบบบัญชี ได้แก่ การลงทุน (Capital Costs) เป็นต้นทุนที่มีประโยชน์ต่อเนื่องจากปัจจุบันและในอนาคต ได้แก่ การซื้อสินทรัพย์ที่เป็นเครื่องจักร โรงงาน ที่ดิน เป็นต้น การก่อให้เกิดรายได้ (Operating Costs) เป็นต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ ในรอบ ระยะเวลาของบัญชีปัจจุบัน หรืออีกนัยหนึ่งคือรายจ่ายประจำงวด และต้นทุนต่อหน่วย คือ ต้นทุน รวมในครั้งหนึ่ง ๆ ที่แบ่งด้วยจำนวนหน่วยหรือปริมาณที่ผลิตได้ในครั้งเดียวกัน

4) ต้นทุนในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์

4.1) ประเภทของต้นทุนในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ นอกจากประเภทของ ต้นทุนทั่วไปดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้วนั้น ดาว มงคลสมัย ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า มีต้นทุนที่เกี่ยวกับ ต้นทุนในการให้การรักษายาเฉพาะเพิ่มเติมอีก ซึ่งตามหัวข้อการวิจัยเรื่องนี้ คือ การพัฒนา มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป นั้น มีลักษณะการให้บริการที่มีความสอดคล้องกับการให้บริการในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ดังนั้นผู้ศึกษาขอเสนอต้นทุนในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง ที่แตกต่างจากต้นทุนทั่วไปได้ (ดาว มงคลสมัย และคณะ. 2530) มีดังนี้

4.1.1) ต้นทุนทางตรง คือ ต้นทุนที่เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการลงทุน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และค่าใช้จ่ายในการที่คนไข้ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งต้นทุนทางตรงนี้อาจแบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

(1) ค่าลงทุน คือ ค่าก่อสร้างอาคาร สถานที่ หรือโรงพยาบาล (รวมถึงตั้งแต่ ค่าวัสดุ ค่าที่ดิน ค่าจ้างคนงานก่อสร้าง)

(2) ค่าดำเนินการ อาจประกอบด้วย ค่าดูแลรักษาอาคารสถานที่ ค่าจ้างหรือค่าตอบแทนบุคลากรผู้ให้บริการทางแพทย์ และบุคลากรด้านอื่น ๆ รวมทั้งค่ายา เป็นต้น

4.4.2) ต้นทุนค่าดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ คือ ต้นทุนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ค่ายา ค่าตรวจรักษาทางห้องปฏิบัติการ ค่าตอบแทนหรือเงินเดือนของบุคลากรให้บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในบริการนั้น ๆ

(1) ต้นทุนค่าดำเนินการที่ไม่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ แต่เป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบจ่ายเองเพื่อเข้ามาตรวจรักษา เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะ เป็นต้น

(2) ต้นทุนทางอ้อม คือ ต้นทุนที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรักษาพยาบาล เช่น ค่าชดเชยจากการขาดงาน หรือค่าชดเชยจากการสูญเสียสมรรถภาพ เป็นต้น

(3) ต้นทุนที่ไม่มีตัวตน คือ ผลที่ได้รับจากความเจ็บป่วย เช่น ทรมาน ความเศร้าโศก เสียใจ ความกลัว เป็นต้น ซึ่งผลดังกล่าวจะวัดผลและประเมินออกมาเป็นตัวเงินได้ยาก

4.4.3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดต้นทุนในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ คือ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการคิดต้นทุนในการให้บริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

(1) ต้นทุนโดยตรง (Explicit or Direct Cost) คือ ค่าใช้จ่ายของทุนของโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายโดยตรง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จ่ายออกเป็นตัวเงินจริง ๆ นั้นเอง เช่น ค่าแรง ค่าจ้าง ค่าเงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าล่วงเวลา ค่าเช่า ค่าดอกเบี้ย ค่าประกันภัย ค่าวัสดุคิบบ ค่าขนส่ง ค่าโฆษณา เป็นต้น

(2) ค่าใช้จ่ายโดยปริยายหรือต้นทุนปริยาย (Implicit or Indirect Cost) คือ ต้นทุนที่ไม่สามารถจ่ายออกได้เป็นตัวเงินจริง ๆ แต่ต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายส่วนนี้ขึ้นมา เช่น การนำปัจจัยการผลิตหรือการบริการ

5) ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost)

ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) หรือเรียกอีกชื่อได้ว่า ต้นทุนเฉลี่ย (Average Cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของสถานให้บริการหรือศูนย์ให้บริการ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากให้บริการต่อหนึ่งหน่วย และเป็นวิธีการคิดต้นทุนที่ใช้ในการให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ซึ่งในการ

คำนวณต้นทุนต่อหน่วยนั้น หน่วย สามารถวัดออกมาได้หลายรูปแบบแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา และการวิเคราะห์ต้นทุนนั้น ๆ เป็นสำคัญ เช่น การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย อาจคิดในรูปแบบต้นทุนต่อผู้ใช้บริการในแต่ละบริการ กล่าวคือการรับบริการของผู้รับบริการหนึ่งรายหรือหนึ่งครั้งของการมารับบริการ มีค่าเท่ากับเท่าไร

ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ได้มาจากค่าเฉลี่ยของต้นทุนทั้งหมดต่อกิจกรรมให้บริการแก่ผู้มารับบริการหนึ่งหน่วย (หน่วย ในที่นี้คือ จำนวนครั้ง หรือจำนวนวันที่เข้ารับบริการ ก็ได้) ซึ่งคำนวณได้โดยการหารต้นทุนทั้งหมดด้วยจำนวนกิจกรรมให้บริการผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดของต้นทุนต่าง ๆ โดยผู้ศึกษาขอเสนอ สรุปต้นทุนต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการ (คະນອງຍຸທ ກາຍຈນກູລ. 2529 : 311-312) มีดังนี้

5.1) ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) คือ รายจ่ายที่จ่ายให้บุคลากร เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ที่จ่ายให้แก่บุคลากรในรูปแบบของตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน (Salaries) ค่าจ้าง (Wages) ทั้งที่จ่ายเป็นรายวัน (Diary) หรือเป็นรายชั่วโมง (Hourly) หรือเป็นรายชิ้นของผลงานที่ให้บริการได้ (Piecework) รวมทั้งผลตอบแทนและสวัสดิการอื่น ๆ เช่น ค่าแรงในระหว่างวันหยุดพักผ่อน สวัสดิการด้านอาหาร ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และค่าฝึกอบรมให้มีความชำนาญเฉพาะทางสูงขึ้น ค่าเล่าเรียนบุตร เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเช่าบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้อาจหมายรวมถึงเงินโบนัส เงินเบี้ยขยัน เงินรางวัล เป็นต้น

5.2) ต้นทุนค่าสาธารณูปโภค (Utilities Cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในรายจ่ายค่ากระแสไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์ เป็นต้น

5.3) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับวัสดุเครื่องใช้ที่สิ้นเปลืองใช้แล้วหมดไปได้จากการดำเนินงานของกิจกรรมหรือการให้บริการหรือหน่วยบริการต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ค่าน้ำยาเคมี ค่าฟิล์มเอ็กซเรย์ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าซ่อมบำรุง และค่าทำความสะอาด ยังครอบคลุมถึงวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน เช่น กระดาษ ปากกา สมุด ดินสอ ปากกาลบคำผิด เป็นต้น

5.4) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) คือ ต้นทุนในการจัดเตรียมสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าที่ดิน ค่าสิ่งก่อสร้าง และค่าครุภัณฑ์

6) ขั้นตอนการดำเนินการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Steps in Cost Finding)

ในการคิดวิเคราะห์หาต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานบริการที่ให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลทางการแพทย์นั้น ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ดังนี้

6.1) ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์องค์กรเพื่อกำหนดหน่วยต้นทุน (Cost Center Identification & Grouping) หลักเกณฑ์ที่สำคัญในการแบ่งงาน คือ การพิจารณาดูว่าในองค์กรหรือ

หน่วยให้บริการมีการไหลเวียนทรัพยากรอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากร ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน โดยวิเคราะห์หน้าที่ของฝ่ายกลุ่มงานต่าง ๆ สามารถแบ่งหน่วยงานออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

6.1.1) กลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non – Revenue Production Cost Center : NRPCC) หมายถึง หน่วยงานที่มีลักษณะงานในการบริหารจัดการหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น ๆ โดยมีได้เรียกเก็บค่าบริการจากการให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง หรือกล่าวคือไม่ก่อให้เกิดรายได้ใด ๆ ได้แก่ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการ เป็นต้น

6.1.2) กลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Production Cost Center : RPCC) หมายถึง หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง และก่อให้เกิดรายได้จากการให้บริการนั้น ๆ ได้แก่ งานเภสัชกรรม งานรังสีวิทยา ชั้นสูตร เป็นต้น

6.1.3) กลุ่มที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง (Direct Patient Service : PS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง ได้แก่ งานตรวจผู้ป่วยนอก งานให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

6.2) ขั้นตอนที่ 2 การหาต้นทุนรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุน (Direct Cost Determination) คือ การหาต้นทุนรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุนบริการ เพื่อให้ทราบมูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่หน่วยต้นทุนนั้นใช้ไป ซึ่งหาได้จากผลรวมของค่าแรง ค่าวัสดุใช้สอย และค่าลงทุน โดยวิธีการคำนวณ คือ ต้นทุนโดยตรงทั้งหมด = ต้นทุนค่าแรง + ต้นทุนค่าวัสดุ + ต้นทุนค่าลงทุน

6.2.1) ต้นทุนค่าแรง ได้แก่ ผลตอบแทนที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ ซึ่งส่วนมากมักจะอยู่ในรูปตัวเงิน รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา เป็นต้น

6.2.2) ต้นทุนค่าวัสดุ ได้แก่ วัสดุสิ้นเปลืองต่าง ๆ ที่ช่วยในการดำเนินงาน เช่น วัสดุสำนักงาน ยา อาหาร อุปกรณ์เครื่องมือการฝึกกายภาพบำบัด เป็นต้น

6.2.3) ต้นทุนค่าลงทุน ได้แก่ ต้นทุนเนื่องจากค่าเสื่อมราคาประจำปีของอาคาร สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์การแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน เป็นต้น

6.3) ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเกณฑ์และอัตราการกระจายต้นทุน (Allocation Criteria & Rate) คือ หน่วยต้นทุนที่เป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราว จะต้องมีการกระจายต้นทุน (Allocation Criteria) เพื่อเป็นตัวกำหนดว่าจะใช้ข้อมูลอะไรมากระจายต้นทุน ให้กับหน่วยต้นทุนอื่น หรือในกรณีที่หน่วยต้นทุนสุดท้ายจะต้องมีการกระจายต้นทุนในส่วนของต้นทุน ค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุนลงในรายการกิจกรรมการให้บริการ โดยแบ่งเกณฑ์การกระจายต้นทุนออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

6.3.1) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา และเทียบเท่า (Full Time Equivalent : FTE) ของหน่วยให้บริการ เป็นต้น

6.3.2) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายของแต่ละหน่วยต้นทุน เงินเดือน และค่าจ้างวัสดุ เป็นต้น

6.3.3) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับปริมาณผู้รับบริการ เช่น จำนวนวันที่เข้ารับบริการ จำนวนครั้งของการรับบริการ จำนวนผู้รับบริการ เป็นต้น

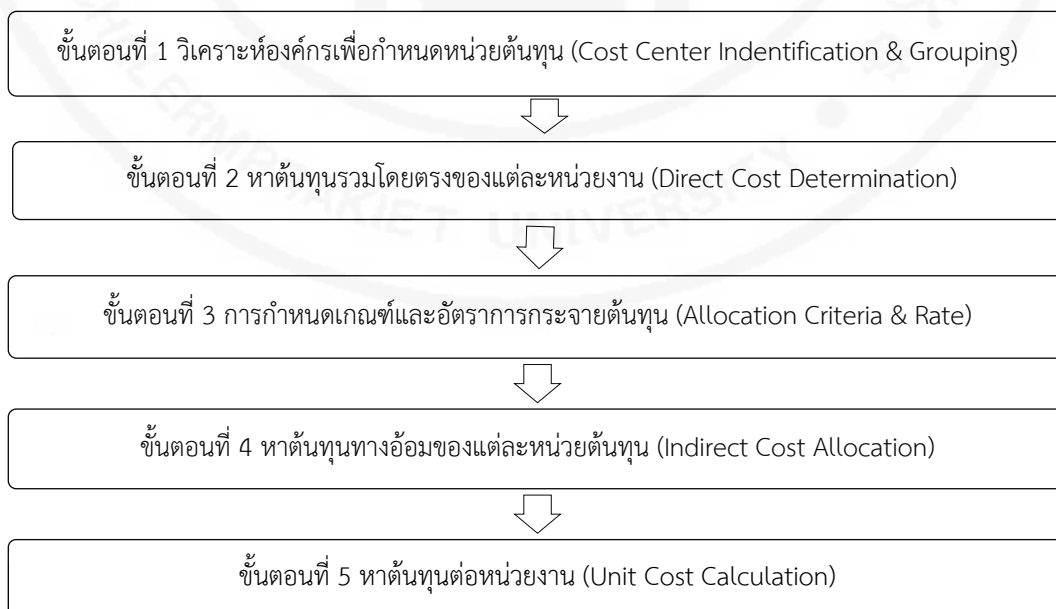
6.3.4) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับบริการทั่วไป เช่น พื้นที่ใช้สอย เป็นต้น

6.4) ขั้นตอนที่ 4 หาดำเนินทุนทางอ้อมของแต่ละหน่วยต้นทุน (Indirect Cost Allocation) คือ การกระจายต้นทุนทางอ้อมของแต่ละกลุ่ม หลักการสำคัญมีอยู่ที่ต้นทุนโดยตรง (Direct Cost) ของหน่วยงานให้บริการ เป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของหน่วยงานอื่น ๆ ตามความสัมพันธ์ในการให้บริการหรือการสนับสนุนโดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม

6.5) ขั้นตอนที่ 5 หาดำเนินทุนต่อหน่วยงาน (Unit Cost Calculation) คือ การหาต้นทุนต่อหน่วยบริการจากต้นทุนทางตรงและทางอ้อมรวมกัน เป็นต้นทุนรวมหารด้วยปริมาณบริการของหน่วยต้นทุน จำนวนวันป่วยหรือจำนวนผู้ป่วย ก็จะได้ต้นทุนต่อหน่วยบริการตามวัตถุประสงค์ โดยมีวิธีการคำนวณ คือ

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost)} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost)}}{\text{ปริมาณกิจกรรม}}$$

แผนภูมิที่ 8 ขั้นตอนการดำเนินการหาดำเนินทุนต่อหน่วยบริการ (Steps in Cost Finding) 5 ขั้นตอน



ที่มา: สุกัลยา คงสวัสดิ์. 2534 : 51-52

7) เกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ด้วยกองกฎหมาย กลุ่มงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้ออกประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง อัตรารวเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามหนังสือ เลขที่ พม. 0702/15716 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2558 เป็นเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2558) ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่

7.1) หมวด 1 สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

7.2) หมวด 2 สนับสนุนการบริหารจัดการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

7.3) หมวด 3 การจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ในที่นี้ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญของเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรณีจัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน มาตรา 6(10)) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับหัวข้อการวิจัย เรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย และมีความสอดคล้องกับชุดโปรแกรมมาตรฐานในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วยชุดกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม คือ 1) การกายภาพบำบัด 2) อรรถบำบัดหรือการแก้ไขการพูด 3) กิจกรรมบำบัด และ 4) นันทนาการบำบัด ดังที่นำเสนอไว้ข้างต้น ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

7.3.1) การประเมินศักยภาพคนพิการ และทำแผนพัฒนาศักยภาพคนพิการ รายบุคคล ก่อนการจัดบริการ ครั้งละ 2,000 บาทต่อคนพิการหนึ่งคน

7.3.2) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย คนละ 150 บาทต่อครั้ง

7.3.3) การพัฒนาทักษะทางการพูด คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือกรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง (การให้บริการรายกลุ่ม สมาชิกไม่เกินกลุ่มละ 12 คน)

7.3.4) การพัฒนาสู่สุขภาวะ คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือกรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง (การให้บริการรายกลุ่ม สมาชิกไม่เกินกลุ่มละ 12 คน)

7.3.5) การเสริมสร้างพัฒนาการ คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือกรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง (การให้บริการรายกลุ่ม สมาชิกไม่เกินกลุ่มละ 12 คน)

ตารางที่ 3 เกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

รายการค่าใช้จ่าย	อัตราการสนับสนุน	หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการสนับสนุน
	กรณีจัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน มาตรา 6(10)	
การประเมินศักยภาพคนพิการ และทำแผนพัฒนาศักยภาพคนพิการรายบุคคล ก่อนการจัดบริการ	ครั้งละ 2,000 บาทต่อหนึ่งคน	1. เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ซึ่งจัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ผ่านการรับรองมาตรฐานมาตรฐาน 6(10) 2. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินศักยภาพคนพิการ อย่างน้อย 5 คน (ผู้แทนคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมเป็นกรรมการ) 3. กรณีรายกลุ่มไม่เกิน กลุ่มละ 12 คน
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย	คนละ 150 บาทต่อครั้ง	
การพัฒนาทักษะทางการพูด	คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือ กรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง	
การพัฒนาสู่สภาวะ	คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือ กรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง	
การเสริมสร้างพัฒนาการ	คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือ กรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง	

ที่มา: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2558 : 1-8

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) ประกอบด้วยงานวิจัยเรื่องการคิดต้นทุนของค่าบริการต่อหน่วยการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพ ความคิดเห็นของ

ผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการของศูนย์บริการ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ แนวทางการดำเนินงานและต้นแบบศูนย์บริการคนพิการ การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการ และการพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ ซึ่งผู้ศึกษาได้สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2531) ได้มีการศึกษาเรื่องระบบบัญชีต้นทุนโรงพยาบาลของรัฐ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบัญชีต้นทุนในโรงพยาบาลของรัฐ พร้อมกับออกแบบศึกษารายได้ของโรงพยาบาลตามแผนกผู้ป่วยและลักษณะของรายได้ เพื่อสนองต่อการหาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการตามแผนกผู้ป่วย (Department Cost) โดยศึกษาในโรงพยาบาลตระการพิพิธ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2529 ถึง 31 มกราคม 2530 และโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2529 ถึง 30 พฤศจิกายน 2529 ใช้วิธีจัดสรรต้นทุนแบบ Double distribution Method ผลการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาลตระการพิพิธ จังหวัดอุบลราชธานี มีต้นทุนต่อหน่วยของแผนกบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 72 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยของแผนกบริการผู้ป่วยในเฉลี่ย 806 บาทต่อราย ในขณะที่มีรายได้จากผู้ป่วยเฉลี่ย 24 บาท ต่อครั้ง และจากผู้ป่วยในเฉลี่ย 136 บาท ต่อราย สำหรับโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 38 บาท ต่อครั้ง และจากผู้ป่วยใน 159 บาทต่อราย ซึ่งแม้ว่าวิธีการนี้จะมีข้อดี คือ การกระจายต้นทุนของตัวเองไปยังหน่วยงานอื่น และมีโอกาสในการรับต้นทุนจากหน่วยงานอื่นเข้ามาเช่นเดียวกัน ทำให้การกระจายต้นทุนใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น แต่จะเกิดปัญหาของการกระจายไม่มีวันจบซึ่งต้องหยุดการกระจายนี้ด้วยวิธีการกระจายโดยตรง (step down method) ในการกระจายครั้งที่สองซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กับโรงพยาบาลที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป แต่ก็มีคามยุ่งยากในการคำนวณมากขึ้น

จิรวรรณ วรรณเวก (2534) การศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2533 โดยการกระจายต้นทุนวิธี Simultaneous Equation Method ใช้การเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่และบางส่วนทำการศึกษาไปข้างหน้า จำแนกแผนกต่าง ๆ ในตึกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า อัตราส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 3 : 6 : 2 ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ย 241.73 บาทต่อครั้ง

สุกัญญา คงสวัสดิ์ (2542) การศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ซึ่งเป็นสถานพยาบาลภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขใน 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น ยโสธร พะเยา พระนครศรีอยุธยาและสงขลา ในปีงบประมาณ 2540 โดย การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลใช้วิธีการกระจายต้นทุนแบบ Simultaneous Equation Method

ส่วนสถานีนอนามัย ใช้วิธีการกระจายโดยตรง Direct Allocation Method ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุนของโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลทั่วไป) เท่ากับ 51 : 46 : 2 โรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 52 : 38 : 10 และสถานีนอนามัย เท่ากับ 55 : 39 : 5 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ : โรงพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัยเท่ากับ 270 : 247 : 199 และ 66 บาท ตามลำดับ ส่วนต้นทุนต่อวันนอนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ : โรงพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 1,137 : 1,010 และ 696 บาทตามลำดับ ส่วนต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ : โรงพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 4,909 : 6,949 และ 1,745 บาทตามลำดับ นอกจากนี้ได้เสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุนให้เหมาะสม เพราะจะนำไปสู่การวิเคราะห์ต้นทุนที่ได้มาตรฐาน และการเปรียบเทียบต้นทุน โดยใช้สมการเชิงเส้น (linear equation) และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณ ทำให้ได้ต้นทุนที่ละเอียดถูกต้องและมีความสะดวกในการวิจัยมากขึ้น

อนงนาฏ ใบแสง (2545) การศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพภายนอกด้าน กระบวนการตามมาตรฐานการศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานของคุณภาพของแบบประเมินจาก การศึกษาพบว่า แบบประเมินทุกฉบับ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง โดยการตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างร่องรอยหลักฐานกับตัวบ่งชี้จากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แบบประเมินทุกฉบับ มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง อยู่ในระดับสูง โดยการตรวจสอบความเหมาะสมของการกำหนดมิติคุณภาพของร่องรอยหลักฐานจาก ผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในมิติคุณภาพด้านความ ตระหนักถึงความสำคัญ (Awareness) มิติคุณภาพด้านความพยายาม (Attempt) และมิติคุณภาพ ด้านการบรรลุผลตามเกณฑ์ (Achievement) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แบบประเมินทุกฉบับ มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยการพิจารณาจากค่าร้อยละความสอดคล้องของผลการประเมินที่มี ความถี่สูง และจากการประเมินโดยผู้ประเมินที่เป็นนิสิตบุคคลภายในโรงเรียนร่องรอยหลักฐาน ทุกรายการและในทุกฉบับ ทั้งหมด 97 รายการ มีค่าร้อยละความสอดคล้องของผลการประเมินที่มี ความถี่สูงสุดอยู่ในระดับสูง (มีค่าร้อยละ 65.00-100) ทุกรายการ

เบญจพร วิจิตรปิยะกุล (2547) การศึกษาเรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการ ของศูนย์บริการ โดโยต้า พัทยา (1998) สาขาศรีราชา ภายหลังจากการนำปรัชญาการดำเนินงานตาม นโยบายซีเอสของโดโยต้า กล่าวคือ นโยบายซีเอส คือการสร้างความพึงพอใจสูงสุดให้กับลูกค้า (Customer Satisfaction : CS) มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้พนักงานตั้งใจให้บริการแก่ลูกค้าให้มีความพึงพอใจสูงสุด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการของ ศูนย์บริการและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการของศูนย์ภายหลัง

การนโยบายซีเอสมาปฏิบัติซึ่งงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการศึกษาข้อมูลเอกสารและข้อมูลจากการสำรวจ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม และใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติไคส์แควส ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ลูกค้าให้ความสำคัญสูงสุดในการตัดสินใจเลือกนำรถมาเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการโตโยต้า 3 ลำดับ คือ ทำเลที่ตั้ง การซื้อจากตัวแทนจำหน่ายรถรายนี้ และฝีมือช่าง ตามลำดับ และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของลูกค้าในการมารับบริการ คือ ความรวดเร็วในการให้บริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการซ่อม และการให้ความสำคัญกับเวลาของลูกค้าที่นำรถมาเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของลูกค้าในเรื่องความสัมพันธ์ในด้านอื่น ๆ ที่มีผลกับความพึงพอใจของลูกค้าพบว่า ความรู้ความชำนาญของช่าง คุณภาพงานซ่อม และซ่อมได้ถูกกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของลูกค้า และกลุ่มลูกค้าที่นำรถเข้ามาใช้บริการจากศูนย์บริการส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเครือข่ายหรือผู้เคยมาใช้บริการมาก่อน และส่วนใหญ่คือลูกค้าที่ซื้อรถจากโตโยต้า ในระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จिरพงษ์ เลิศลักษณ์พันธุ์ (2548) การศึกษาเรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลท่าใหม่ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้มาใช้บริการของศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลท่าใหม่ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของผู้มาใช้บริการศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลท่าใหม่ โดยใช้หลักความสำคัญของการใช้บริการ ทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ด้านประเภทอุปกรณ์ที่ให้บริการ ด้านสถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพ ด้านเวลาเปิด-ปิด และด้านสภาพแวดล้อมในการบริการ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลท่าใหม่ จำนวน 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.56 จากจำนวนผู้มาใช้บริการ จำนวน 296 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการประมวลผลหาค่าทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญต่อการให้บริการอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องด้านการต้อนรับมากที่สุด และด้านสถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพ พบว่า ให้ความสำคัญกับความสะดวกในการเดินทางมากที่สุด รองลงมาคือด้านเวลา เปิด-ปิด ซึ่งให้ความสำคัญกับเวลาในการเปิดให้บริการมากที่สุด คือ เวลา 15.00-20.00 น. ของทุกวันทำการ ด้านสภาพแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการมีอากาศถ่ายเทสะดวกมากที่สุด และให้ความสำคัญกับการบริการด้านสถานที่ตั้งมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการในภาพรวมคือ เพศชาย กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป อาชีพพ่อบ้านแม่บ้าน รายได้ 10,000-15,000 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา สุขภาพมีอาการเจ็บป่วยบ่อยสามารถแบ่งเวลาออกกำลังกายมากกว่าหนึ่งชั่วโมง และใช้บริการสถานออกกำลังกายทุกวันจะให้ความสำคัญต่อการให้บริการในระดับมากที่สุด

วุฒิพงษ์ สิริปัญญาโชติ (2548) การศึกษาเรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของสำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของสำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของสำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้วิธีศึกษาเชิงสำรวจ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจากผู้เข้าใช้บริการสำนักคอมพิวเตอร์ จำนวน 100 คน สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติ t-test และความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของสำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ด้านความพร้อมของคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ใช้งานในภาพรวมอยู่ในระดับดี ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำของเจ้าหน้าที่ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ด้านความสะดวกของผู้ใช้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับดี ด้านมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับดี ด้านความเสมอภาพของผู้ให้บริการ ตามลำดับก่อน-หลัง และไม่เลือกกลุ่มผู้รับบริการ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี และผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีสถานภาพต่างกันจะมีความเห็นต่อการให้บริการด้านมนุษยสัมพันธ์แตกต่างกัน โดยผู้ให้บริการที่มีสถานภาพนิสิตจะมีความเห็นต่อการให้บริการด้านมนุษยสัมพันธ์ดีกว่าบุคลากรผู้ให้บริการที่เข้าใช้บริการในช่วงเวลาต่างกัน จะมีความเห็นต่อการให้บริการด้านมนุษยสัมพันธ์ต่างกัน โดยผู้ให้บริการที่เข้าใช้บริการในช่วงเวลา 8.00-12.00 น. จะมีความเห็นต่อการให้บริการด้านมนุษยสัมพันธ์ดีกว่าในช่วงเวลา 12.00-16.00 น. และผู้ให้บริการในช่วงเวลา 16.01-20.30 น. จะมีความเห็นต่อการให้บริการด้านมนุษยสัมพันธ์ดีกว่าในช่วงเวลา 20.31-24.00 น. ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ให้บริการที่เข้าใช้บริการในช่วงเวลาต่างกันจะมีความเห็นต่อการให้บริการด้านมนุษยสัมพันธ์ที่แตกต่างกันไปตามช่วงเวลาที่มาใช้บริการ

พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และ ปิยนุช บุญทอง (2550) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเน้นปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินความต้องการของผู้รับบริการและหน่วยงาน พัฒนาบุคลากร วางแผนจัดการระบบ ดำเนินการตามแผน และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบโดย 1) จัดบริการสำหรับคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) 2) กระบวนการดูแลสุขภาพครอบคลุมองค์รวมและต่อเนื่อง ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะฝึกทักษะ และระยะให้บริการดูแลสุขภาพที่

บ้าน 3) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง 4) การประยุกต์กายอุปกรณ์ที่สามารถผลิตเองได้จากวัสดุภายในท้องถิ่นที่มีราคาเหมาะสม คุณภาพเทียบเท่าอุปกรณ์นำเข้าจากต่างประเทศ เช่น เตี้ยงอกกำลังแขน ขา เตี้ยงนอนขจัดแผลกดทับ Handgrip บริหารนิ้วมือ และซักรอกบริหารข้อไหล่ ผลลัพธ์การดูแลพบว่า ผู้รับบริการ จำนวน 58 รายนั้น ทุกรายได้รับการดูแลจากสถานบริการใกล้บ้าน มีระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย และไม่มีอาการกลับมาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากที่จำหน่าย และระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทุกราย

วีระชัย วีระฉันทชาติ และคณะ (2555) รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการดำเนินการจัดทำแนวทางการดำเนินงานและต้นแบบศูนย์บริการคนพิการในชุมชนระดับตำบลวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและจัดทำข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ทั้งส่วนที่จัดตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรด้านคนพิการให้จัดบริการสำหรับคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ กระจายไปสู่ท้องถิ่นต่าง ๆ ที่คนพิการสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการ และการศึกษาภาคสนาม โดยการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ ยืดหยุ่นด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง ใน 4 ภูมิภาค และองค์กรด้านคนพิการที่จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป หรืออยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป 4 แห่ง และผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างใน 8 องค์กร และผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน สรุปผลเป็นรายพื้นที่พบว่า ปัญหาความต้องการระดับบุคคล และในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการเข้าถึงบริการระดับพื้นฐาน และพบปัญหาบางประมาณยังไม่มี ความชัดเจนเรื่องการสนับสนุนงบประมาณในระยะยาว และปัญหาเรื่องของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนในการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในอนาคต รัฐควรทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยบริการ โดยอุดหนุนงบประมาณ กำกับ ติดตาม และส่งเสริมพัฒนาขีดความสามารถของศูนย์บริการคนพิการ และกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไปให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และควรพัฒนารูปแบบในการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้มีความชัดเจนมากขึ้น

เมฆินทร์ เมธาวิกุล และคณะ (2557) การศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบและแนวทางการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษา รูปแบบและโครงสร้าง การดำเนินงานของศูนย์ 2) เพื่อศึกษาแนวทางและการบริหารจัดการของศูนย์ 3) เพื่อให้ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบายต่อการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดและศูนย์บริการคนพิการทั่วไปใช้การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงประยุกต์ โดยใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร (กฎหมาย แผนงาน นโยบายที่เกี่ยวข้อง) ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านโครงสร้างของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ควรมีโครงสร้างของศูนย์บริการคนพิการที่จัดตั้งโดยองค์กรคนพิการซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างองค์การแบบคณะกรรมการบริหาร ผลดีจะช่วยขจัดปัญหาการบริหารงานแบบผูกขาดของคน ๆ เดียว 2) การบริหารจัดการของศูนย์บริการทั่วไปนั้นยึดหลักการบริหารแบบราชการ คือ มีการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบตามกฎระเบียบชัดเจน และการแบ่งงานตามความชำนาญการเฉพาะทาง และการบริหารไม่เกี่ยวกับผลประโยชน์ส่วนตัว 3) บุคลากรของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีจำนวน 4-7 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์บริการ 1 คน ฝ่ายธุรการ 1 คน ฝ่ายวิชาการ 1 คน และฝ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพและประสานส่งต่อ 2-3 คน จำนวนนี้แล้วแต่ตามความเหมาะสม นอกจากนี้พบว่า องค์กรคนพิการที่ผ่านมาตรฐานตามมาตรา 6(10) ส่วนใหญ่ (จำนวน 17 องค์กรคิดเป็นร้อยละ 94.44) มีความพร้อมที่จะจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ 3) การให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปพบว่า เรื่องศูนย์บริการคนพิการ ซึ่งแต่ละศูนย์จะมีความสนใจในเรื่องที่แตกต่างกัน และมีความแตกต่างตามประเภทความพิการอีกด้วย 4) คุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปพบว่า มีระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ในข้อ 20 กำหนดให้ศูนย์บริการคนพิการแต่ละประเภทมีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการตามเกณฑ์ชีวิตที่ประกาศกำหนดไว้ ทั้งนี้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือควรมีการพัฒนาเกณฑ์ชีวิตมาตรฐานในการให้บริการนี้ควรจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากนี้

ศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2557) การศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบศูนย์บริการนักศึกษาพิการของวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กับ ศูนย์บริการนักศึกษาพิการของมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 แห่ง (สุ่มจาก 4 ภูมิภาค ๆ ละ 2 มหาวิทยาลัย) ผลการศึกษากการเปรียบเทียบศูนย์บริการนักศึกษาพิการของวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กับศูนย์บริการนักศึกษาพิการของมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา ส่วนที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษาพบว่า โครงการนักศึกษาพิการของวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกที่เปิดโอกาสให้แก่คนพิการได้เข้าศึกษาโดยใช้ระบบการให้โควต้า และสนับสนุนให้นักศึกษาพิการได้มีโอกาสเข้าถึงการศึกษามากที่สุด โดยพยายามให้ความบกพร่องของร่างกายเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด ในส่วนด้านการบริหารงานของโครงการนักศึกษาพิการ มีการแบ่งสายงานศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Disabled student Services) อยู่ในงานบริการและสวัสดิการนักศึกษา กองกิจการนักศึกษา ในสายการบังคับบัญชาของรองอธิการบดีฝ่ายการนักศึกษา โดยโครงการนักศึกษาพิการนั้นเป็นโครงการที่ริเริ่มจัดตั้งขึ้นในปีการศึกษา 2546 เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการมี

โอกาสเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา กำหนดจำนวนโควตาคนพิการที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย สอบคัดเลือกเข้ามาเป็นนักศึกษา ประมาณปีละ 50 คน ในจำนวน 12 คณะวิชา รวมทั้งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์บริการนักศึกษาพิการให้มีหน้าที่ในการจัดการและให้บริการในเรื่องต่าง ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวกับนักศึกษาพิการทั้งหมด ตลอดจนมีการกำหนดแนวทางการบริหารงานของโครงการนักศึกษาพิการไว้อย่างชัดเจน

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ (2558) การศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานของเมสัน ตามขั้นตอนดังนี้ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ 2) ร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยศึกษาข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ 3) การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 4) การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรฐาน 5) วิเคราะห์ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์ผลการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 10 มาตรฐาน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านสุขภาพ 3) สิทธิและความคุ้มครอง 4) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย และ 5) ด้านระบบมาตรฐานภายใน ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

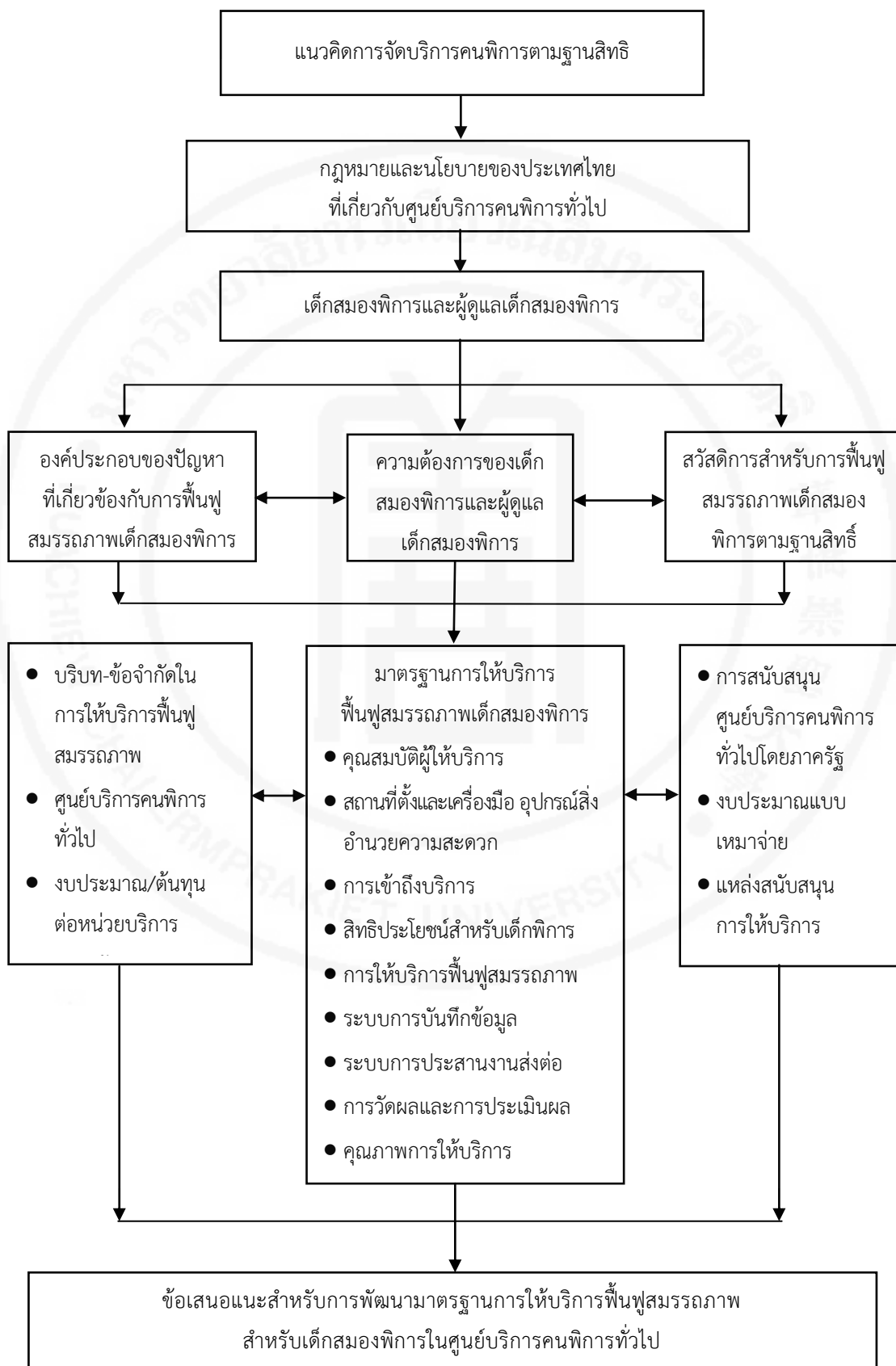
ธีรยุทธ สุคนธวิท และคณะ (2559) การศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการที่มีประสิทธิภาพ ว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนและ/หรือเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการในฐานะศูนย์บริการคนพิการ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการหนุนเสริมองค์กรด้านคนพิการสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการ โดยใช้การวิจัยเพื่อท้องถิ่น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร กรรมการ และเจ้าหน้าที่ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการ 3 พื้นที่ ผลการวิจัยพบว่า การจะเป็นศูนย์บริการคนพิการของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการ ต้องมีทั้งความมุ่งมั่น และการพัฒนาศักยภาพคนทำงานควบคู่กันไป เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการทำงานในการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) ทั้งด้านการบริหารจัดการองค์กร บุคลากร แผนงาน เวลา เงิน และการจัดให้บริการที่มีคุณภาพ

ทมลลา บุญกาญจน์ (2559) การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ โดยมีวัตถุประสงค์ คือเพื่อสร้างเครื่องมือพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ และเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ โดยวัดค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง IOC และศึกษาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของผู้สังเกต (IRR) ด้วยสูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนของฮอยท์ (Hoyt's ANOVA procedure) กลุ่มตัวอย่างคือผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษอย่างน้อย 5 ปี โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 5 คน และเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการ มุลินธิเพื่อเด็กพิการ จำนวน 3 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้คือทักษะการช่วยเหลือตนเองและหลักสูตรการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จำนวน 4 หลักสูตร ผลการวิจัยพบว่า 1) แบบประเมินพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของผู้ประเมิน (IRR) = 1.0 และ 2) แผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการรับประทานอาหารและการดื่ม 2) ทักษะการแต่งตัว และ 3) ทักษะการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 12 แผน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 ดังนั้นสรุปได้ว่าแบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการที่สร้างขึ้นนั้นสามารถใช้เป็นเครื่องมือและเป็นแบบประเมินในการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการได้ อย่างมีคุณภาพ

2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ศึกษานำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยใช้แนวคิดการจัดบริการคนพิการตามฐานสิทธิเป็นจุดเริ่มต้น จากนั้นทำการศึกษากฎหมายและนโยบายของประเทศไทยที่เกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ศึกษาเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ องค์ประกอบของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูเด็กพิการทางสมอง ความต้องการของเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ สวัสดิการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิเพื่อที่จะพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย การพัฒนามาตรฐานดังกล่าวต้องศึกษาบริบทและข้อจำกัดในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตัวชี้วัดมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ และงบประมาณหรือต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ 3 ประการ ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ (2) เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และ (3) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

โดยมีรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ดำเนินงานโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการที่ผ่านการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปตามหลักเกณฑ์ระเบียบที่กำหนดไว้ นั้น มีจำนวนทั้งหมด 64 แห่ง จากองค์กรด้านคนพิการทั่วประเทศทั้งประเทศไทย โดยแบ่งตามภูมิภาคหรือจังหวัด ได้ดังนี้ กรุงเทพมหานคร จำนวน 11 แห่ง ปริมณฑล (จังหวัดนนทบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดปทุมธานี) จำนวน 8 แห่ง ภาคกลาง จำนวน 9 แห่ง ภาคเหนือ จำนวน 17 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 15 องค์กร และภาคใต้ จำนวน 4 องค์กร

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการตัดสินใจของผู้ศึกษาเอง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ

1) เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่มีการจดทะเบียนได้รับใบอนุญาต และได้ดำเนินงานตามภารกิจการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งปัจจุบันมีเพียงแห่งเดียวจากจำนวน 11 แห่ง คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ

2) เครือข่ายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จัดตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร ในที่นี้เรียกว่า ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของแกนนำผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่รวมตัวกันในลักษณะแบบกลุ่มช่วยเหลือพึ่งพากันเอง Self Help Group และกลุ่มมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 5-10 ครอบครัวขึ้นไป แต่ยังไม่ได้ดำเนินการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แต่มีความประสงค์ต้องการยกระดับองค์กรเพื่อนำไปสู่การขอจดทะเบียนเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในอนาคต โดยใช้เกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ภูมิภาคโซนพื้นที่ต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นเกณฑ์ในการเลือก

ดังนั้นจึงใช้เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เกณฑ์การจดทะเบียนได้รับใบอนุญาตดำเนินการเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร และเกณฑ์การคัดเลือกทางภูมิศาสตร์ของเครือข่ายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ภูมิภาคโซนพื้นที่ต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร โดยจากเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทั้ง 2 ประการข้างต้น ผู้ศึกษาจึงเลือกได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 5 แห่ง ได้แก่

- 2.1) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
- 2.2) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่มีนบุรี
- 2.3) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่อุดมสุข
- 2.4) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่หนองแขม
- 2.5) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่วังทองหลาง

3.2 ระเบียบวิธีการวิจัยเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล และผู้ให้ข้อมูล

1. ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Methodology) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาทั้ง 3 ประการ ดังนี้ คือ วัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อ 1 ใช้การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ส่วนวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยข้อ 2 และข้อ 3 นั้นใช้การวิจัยภาคสนาม (Field Research) โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อระดมความคิดเห็น และการขอความคิดเห็นจากเชี่ยวชาญ และ/หรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ในกรอบประเด็นคำถามตามที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interviews)

สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เพื่อประเมินผลคุณภาพการให้บริการ และมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้ให้ข้อมูล โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูล ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1) ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ จำนวน 1 คน ในที่นี้หมายถึงเจ้าหน้าที่ภาครัฐของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยทำการสัมภาษณ์ในกรอบประเด็นเนื้อหา คือ แนวทางการสนับสนุนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในภาครัฐ

2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 คน ซึ่งประกอบด้วย

2.1) ประธานกรรมการบริหาร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 1 คน โดยทำการสัมภาษณ์ในกรอบประเด็นเนื้อหา คือ

2.1.1) ความเป็นมา/จุดก่อกำเนิด

2.1.2) นโยบายการให้บริการ

2.1.3) การกำกับดูแล ติดตาม การจัดบริการ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย

2.1.4) ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข ในการจัดบริการ

2.2) หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่ายฯ คือ ผู้อำนวยการหรือผู้จัดการ หรือหัวหน้ากลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น ๆ จำนวนแห่งละ 1 คน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 5 คน โดยทำการสัมภาษณ์ในกรอบประเด็นเนื้อหา คือ

2.2.1) แนวคิด วิธีการบริหารงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เมื่อได้รับนโยบายจากคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

2.2.2) รูปแบบ และวิธีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

2.2.3) สถิติ จำนวน ผู้รับบริการ

2.2.4) การกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการของผู้ให้บริการ

2.2.5) ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข ในการให้บริการ

2.3) ผู้ให้บริการ คือ บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ให้แก่ผู้รับบริการ จำนวนแห่งละ 3 คน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 15 คน ทำการสัมภาษณ์ในกรอบประเด็นเนื้อหา

2.3.1) รูปแบบ วิธีการ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

2.3.2) จำนวนผู้มารับบริการ ความต้องการของผู้รับบริการ

2.3.3) การกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการ

2.3.4) ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข ในการให้บริการ

2.4) ผู้รับบริการ คือ เด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่เข้ามาใช้บริการจากการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวนแต่ละ 3 คน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 15 คน ทำการสัมภาษณ์ในรอบประเด็นเนื้อหา คือ

2.4.1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

2.4.2) วันเดือนปีที่รับบริการ ความต้องการที่มาใช้บริการ บริการที่ได้รับ

2.4.3) บริการที่ได้รับสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็น

2.4.4) ปัญหา อุปสรรค ในการรับบริการ และวิธีการแก้ไข

2.4.5) ความคิดเห็น และ/หรือความพึงพอใจ ต่อการให้บริการ

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ให้ข้อมูล (จำนวนผู้ให้ข้อมูล/คน)	รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล (คน)
1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)	1. ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย (1)	1
2. ประธานกรรมการบริหาร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	1. ประธานกรรมการบริหาร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (1)	1
3. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ	1. หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการฯ (1) 2. ผู้ให้บริการ (3) 3. ผู้รับบริการ (3)	7
4. ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่มีนบุรี	1. หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการฯ (1) 2. ผู้ให้บริการ (3) 3. ผู้รับบริการ (3)	7
5. ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่อุดมสุข	1. หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการฯ (1) 2. ผู้ให้บริการ (3) 3. ผู้รับบริการ (3)	7
6. ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่หนองแขม	1. หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการฯ (1) 2. ผู้ให้บริการ (3) 3. ผู้รับบริการ (3)	7
7. ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่วังทองหลาง	1. หัวหน้าผู้บริหารศูนย์บริการฯ (1) 2. ผู้ให้บริการ (3) 3. ผู้รับบริการ (3)	7
รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด		37

3.3 การทดสอบเครื่องมือ

1. ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่จัดทำขึ้น ไปทำการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 1) นายแพทย์ประพจน์ เกตุราภาค ประธานกรรมการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
- 2) นางสาวสมลักษณ์ แซ่ลิ้ม ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กพิการ
- 3) ดร.ทมลลา บุญกาญจน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมของคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การจัดลำดับคำถาม และการใช้ภาษาที่ชัดเจน

2. ผู้ศึกษาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence : IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และมีการปรับแก้ไขภาษาและเนื้อหาของข้อความ โดยคงความหมายของข้อคำถามเดิม ทั้งนี้เพื่อให้มีความเข้าใจ และชัดเจนในข้อคำถามยิ่งขึ้น ตามคำแนะนำของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบ และปรับปรุงแล้ว เพื่อนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 5 คน แล้วนำผลของการทดลองใช้ (try out) มาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

3.4 วิธีการดำเนินงาน

ผู้ศึกษามีวิธีการดำเนินงานวิจัย ตามขั้น ดังนี้

1. ผู้ศึกษา ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ตามสถานการณ์ แนวคิดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการตามฐานสิทธิ กฎหมาย และนโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้ศึกษาการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - structured or guided interviews) ในการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เพื่อสำรวจข้อมูล ใน 3 ประเด็นหลักใหญ่ คือ 1) ตัวชี้วัดมาตรฐานการจัดบริการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป 2) การสนับสนุนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปโดยภาครัฐ และ 3) บริบท ข้อจำกัด ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ตามกรอบประเด็นคำถามตามที่ได้กำหนดไว้

3. ผู้ศึกษากำหนดกรอบ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลตามข้อ 3.4.2

มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดกรอบเป็น (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

4. การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ (Focus Group) ต่อ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กสมองพิการและ/หรือผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีขั้นตอนในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1) ขอคำปรึกษาแนะนำจากที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กสมองพิการและผู้ดูแล และ/หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี

2) เสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญ ต่อที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อช่วยพิจารณาความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้มาซึ่งผู้เชี่ยวชาญตามจำนวนที่ต้องการ อย่างน้อยจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กสมองพิการและผู้ดูแล จำนวน 3 คน และ/หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 2 คน

3) ผู้ศึกษาติดต่อผู้เชี่ยวชาญตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสมไว้แล้ว เพื่อขอความร่วมมือในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ โดยเชิญด้วยหนังสือราชการ และติดต่อด้วยตนเอง

5. ผู้ศึกษาปรับปรุง แก้ไข (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ตามข้อเสนอแนะจากข้อมูลการประชุมตามข้อ 3.4.4 เพื่อให้ได้ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฯ

6. การทดลองใช้ โดยผู้ศึกษานำ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการประเมินผลด้วยตนเอง เพื่อทดลองใช้ในการประเมินผลในรูปแบบการประเมินผลภายนอก ตาม (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฯ ที่ได้พัฒนาไว้

7. สรุปผลเป็นมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฯ ผู้ศึกษานำที่ผลที่ได้จากการทดลองใช้ มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขเพื่อ

ความสมบูรณ์ และสรุปผลเป็นมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ แบบเชิงลึก ประเด็นคำถามปลายเปิด เพื่อเจาะลึกให้ได้ข้อมูลที่ต้องการตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดกรอบประเด็นเนื้อหาตามที่กำหนดไว้ โดยการประสานงานขออนุญาตหน่วยงานองค์กร ตามกลุ่มตัวอย่าง และทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยเลือกใช้ การสัมภาษณ์ตามความเหมาะสมของบุคคลผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มตามกรอบประเด็นเนื้อหาคำถาม ตามที่ได้กำหนดไว้ ในการสัมภาษณ์มีการใช้เครื่องบันทึกเสียง พร้อมด้วยการจดบันทึกข้อมูลระหว่าง สนทนาในประเด็นสาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ศึกษาแจ้งและขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ทราบก่อน ทุกครั้ง และผู้ศึกษาต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเท่านั้นจึงจะสามารถเริ่มต้นทำ การสัมภาษณ์ได้ พร้อมทั้งผู้ศึกษาแจ้งสิทธิการให้สัมภาษณ์ โดยที่ผู้ศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูล ชื่อ-สกุล จริงของผู้ให้สัมภาษณ์ รวมทั้งไม่เปิดเผยข้อมูล ชื่อสกุล จริงของเด็กพิการ โดยเด็ดขาด ทั้งนี้ใน การเขียนรายงานต่าง ๆ ของผู้ศึกษานี้ ผู้ศึกษาจะใช้นามสมมติแทนการใช้ชื่อสกุลจริงของผู้ให้ ข้อมูล (ผู้ดูแลเด็กพิการ) และเด็กพิการ ในการเขียนรายงานผลการศึกษาศึกษาของผู้ศึกษา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้ศึกษาได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วนั้น ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดย การ วิเคราะห์ข้อมูลด้านเนื้อหา (Content Analysis) จากผู้ให้ข้อมูลในกรอบประเด็นเนื้อหาตามที่ได้ กำหนดไว้แล้ว และนำเสนอสรุปประเด็นสำคัญในรูปแบบการบรรยายเป็นข้อความ และการอ้างถึง ข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในการศึกษาวิจัยอย่าง เคร่งครัด โดยในการนำเสนอข้อมูลนั้นจะไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อสกุลจริงแต่จะใช้วิธีการเขียนระบุ นามสมมติแทนทั้งหมด เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ตามกรอบแนวคิดในการศึกษา นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล มีความท้าทายของผู้ศึกษา คือ การแยกแยะบทบาทระหว่างผู้ศึกษากับบุคลากรขององค์กร ด้านคนพิการที่จัดบริการสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

3.7 การสังเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำผลการประเมินที่ได้มาพัฒนา สังเคราะห์ ปรับปรุง และสรุปผลมาตรฐาน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดย

มีประเด็นสำคัญในการสังเคราะห์ข้อมูลคือการใช้แนวคิดฐานสิทธิของคนพิการ การทำสิทธิคนพิการให้เป็นจริง (Make the Right Real) ตามเจตนารมณ์การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากที่สุด

3.8 ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด 2 ประการ คือ

1. กรณีที่กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมองพิการที่มีข้อจำกัดทางการสื่อสาร ในการรับรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารแบบสองทาง Two way communication ดังนั้นผู้ศึกษาแก้ไขข้อจำกัด โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลของเด็กสมองพิการนั้น ๆ แทน เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากที่สุด

2. บทบาทของผู้ศึกษาวิจัย ในฐานะผู้ศึกษาเป็นบุคลากรของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ที่ให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการและเครือข่าย ดังนั้นผู้ศึกษาแก้ไขข้อจำกัด โดยการกำหนดขอบเขตของบทบาทหน้าที่ผู้ศึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไว้อย่างชัดเจน โดยผู้ศึกษามีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ศึกษาวิจัย ซึ่งกระบวนการของการศึกษาวิจัยในทุกขั้นตอนที่ผู้ศึกษาดำเนินการนั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่ในองค์กร รวมทั้งผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมในการศึกษาวิจัย ดังที่ข้อ 3.9 อย่างเคร่งครัดทุกประการ

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามหลักการจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ศึกษาส่งแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยกรอบประเด็นเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามที่กำหนดไว้ ให้กับมหาวิทยาลัยดำเนินการตรวจสอบ และได้รับหนังสือรับรอง Certificate of Exemption จากคณะกรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามเลขที่รับรอง อ.586/2560 ลงวันที่รับรอง 13 ตุลาคม 2560 เป็นที่เรียบร้อย

2. ผู้ศึกษาดำเนินการขออนุญาตองค์กร หน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูล ตามที่กำหนดไว้ และได้รับการตอบรับเข้ารับการสัมภาษณ์ก่อนทำการสัมภาษณ์จริงทุกครั้ง

3. ผู้ศึกษาให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับทราบข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet) อย่างครบถ้วนและชัดเจน ก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมในใบยินยอมในการให้ข้อมูล (Consent Form) เพื่อเป็นแสดงว่าให้การอนุญาตให้มีการสัมภาษณ์ก่อนที่ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์แบบแบบเจาะลึกทุกคน

4. ในผลการศึกษาวิจัยฉบับนี้ ผู้ศึกษาเน้นหลักการไม่เปิดเผยและไม่เขียนเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด โดยผู้ศึกษาใช้การนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและใช้การแสดงนามสมมติแทนชื่อสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลทุกคน ยกเว้นในระดับของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ใน

ตำแหน่งผู้รับผิดชอบในระดับนโยบาย ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและผู้ให้ข้อมูลในระดับของคณะกรรมการบริหาร ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เท่านั้น ที่ผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล โดยระบุ ชื่อสกุล และข้อมูลตำแหน่งงานจริงของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อเป็นการให้เกียรติแก่ผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 2 ท่าน โดยทั้ง 2 ได้รับทราบ พร้อมทั้งให้การยินยอมและอนุญาตในการเปิดเผยชื่อสกุล และ ตำแหน่ง ในการศึกษาวิจัยนี้ได้

5. หากในระหว่างการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล และ/หรือในกระบวนการใดของการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจต่อการให้ข้อมูล และไม่ประสงค์ จะให้ข้อมูลต่อไปนั้น ผู้ศึกษายุติการสัมภาษณ์ยุติการเก็บข้อมูลและยุติการนำเสนอผลการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลบุคคลนั้นอย่างทันที รวมทั้งหากผู้ศึกษาพบว่า การเก็บข้อมูลในครั้งใดที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในทางลบต่อผู้ยินยอมให้ข้อมูลและองค์กรที่ยินยอมให้ข้อมูลนั้น ผู้ศึกษาจะดำเนินการยุติการเก็บข้อมูลทันที ตลอดจนมีมาตรการเพื่อการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อไป

3.10 แผนการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เวลาประมาณ 3 ปี (36 เดือน) เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2559 และสิ้นสุด ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 โดยแบ่งออกเป็น 7 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง (6 เดือน) การยกร่างเค้าโครงการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมทั้งแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในบทที่ 1-3 ระยะที่สอง (3 เดือน) ขอจริยธรรมในการวิจัย การลงพื้นที่สัมภาษณ์เก็บข้อมูลภาคสนาม ระยะที่สาม (6 เดือน) การลงพื้นที่สัมภาษณ์เก็บข้อมูลภาคสนาม (ต่อ) ควบคู่กับการเริ่มทำการวิเคราะห์ ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม และกำหนดกรอบ (ร่าง) มาตรฐาน ระยะที่สี่ (6 เดือน) พัฒนา (ร่าง) มาตรฐาน และการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อระดมความคิดเห็นพิจารณา (ร่าง) มาตรฐานและปรับปรุงแก้ไข (ร่าง) มาตรฐาน รวมทั้งการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ระยะที่ห้า (6 เดือน) สรุปลงเป็นมาตรฐานสรุปผลการศึกษาในบทที่ 4 และ 5 รวมทั้งเผยแพร่บทความทางวิชาการระยะที่หก (3 เดือน) เผยแพร่บทความการวิจัยพัฒนาเนื้อหาในรูปแบบคู่มือ ระยะที่เจ็ด (6 เดือน) สอดส่องกันคู่มือและจัดทำรูปแบบคู่มือฉบับสมบูรณ์

ตารางที่ 5 แผนการดำเนินงานวิจัย

กิจกรรม	ระยะเวลา (ภาคเรียน / ปีการศึกษา)					
	2/59	1/60	2/60	1/61	2/61	1/62
1. ยกร่างเค้าโครงดุษฎีนิพนธ์	*					
2. พัฒนาเครื่องมือ ของจริยธรรมในการวิจัย		*				
3. เก็บข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดกรอบร่างมาตรฐานฯ			*			
4. กำหนดกรอบ (ร่าง) มาตรฐานฯ				*		
5. การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิหรือเชี่ยวชาญเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่อ(ร่าง) มาตรฐานฯ				*		
6. ปรับปรุงแก้ไข (ร่าง) มาตรฐานฯ				*		
7. การทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ					*	
8. สรุปผลเป็นมาตรฐานฯ					*	
8. เผยแพร่บทความทางวิชาการและบทความการวิจัย จำนวน 2 บทความ				*	*	*
9. สอบป้องกันดุษฎีนิพนธ์						*
10. จัดทำรูปเล่มดุษฎีนิพนธ์ฉบับสมบูรณ์						*

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีผลการศึกษาเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 สถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

4.2 การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

4.3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

4.1 สถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

จากการศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการผู้ศึกษาได้เริ่มต้นจากการศึกษาและทำความเข้าใจในนิยามของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ในภาพรวมสำหรับเด็กพิการและคนพิการในระดับสากลจากการศึกษาพบว่า องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ (Rehabilitation for Disabilities Person) หมายถึง กระบวนการรักษาระดับการทำงานของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ที่มุ่งเน้นให้คนพิการ บุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะพิการ ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อป้องกัน ชะลอ ปรับปรุง ชดเชย และรักษา การสูญเสียของระบบการทำงานของร่างกาย (World Health Organization. 2011 : 3) WHO ได้อธิบายว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการนั้นจัดว่าเป็นเครื่องมือที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้คนพิการสามารถลดความพิการ และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้กับคนพิการ และ/หรือบุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะพิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มตามศักยภาพของตนเองอีกด้วย

ในขณะที่ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) หรือที่นิยมเรียกชื่อย่อกันว่า อนุสัญญา CRPD ตามข้อ 26 ได้ให้ความหมายของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) คือ กระบวนการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้คนพิการสามารถพัฒนาความสามารถพัฒนาศักยภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถทางสังคมในรูปแบบเฉพาะรายบุคคลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอนุสัญญา CRPD เป็นแผนแม่บทหลักในระดับ

สากลที่มีความสำคัญอย่างมากที่ส่งผลให้กับประเทศสมาชิกต่าง ๆ ทั่วโลก ได้ตระหนักและนำหลักการต่าง ๆ ไปใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายหรือแผนงานสู่การปฏิบัติในด้านต่าง ๆ โดยตระหนักถึงหลักการสิทธิคนพิการและหลักการให้เข้าถึงสิทธิของคนพิการได้อย่างแท้จริง

จากนิยามของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ดังที่ผู้ศึกษาได้เสนอไว้ข้างต้นนั้น ไม่ว่าจะเป็นโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และอนุสัญญา CRPD ต่างก็ได้กำหนดนิยามและหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการไว้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกัน อีกทั้งยังเป็นนิยามและหลักการที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการและคนพิการในระดับสากลอย่างกว้างขวางอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย ได้มีการกำหนดนิยามของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไว้ในหลายมิติ โดยผู้ศึกษาขอเริ่มการนำเสนอนิยามการฟื้นฟูสมรรถภาพ จาก มิติทางด้านสังคม คือ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้นหรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศานา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2550 : 9)

สำหรับ มิติทางด้านทางการแพทย์ ได้มีการกำหนดนิยามของ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไว้เช่นกัน โดยจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 กำหนดว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพ หรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ เพื่อให้คนพิการได้ปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2552 : 47)

นอกจากนี้ใน มิติทางด้านการศึกษา ได้ให้นิยามของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การเสริมสร้าง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาความบกพร่องของร่างกาย และจิตใจ ที่ยังไม่มี หรือสูญเสียไป ให้เกิดมีขึ้น ให้สามารถเรียนรู้ ปฏิบัติงาน และดำรงชีวิตในสังคมได้ ฉะนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในมิติทางด้านการศึกษา หมายถึง การให้บริการด้านการศึกษาพิเศษ เพื่อให้เด็กพิการและคนพิการมีโอกาสได้รับการศึกษา เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป ซึ่งสามารถจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาให้ได้หลายรูปแบบ เช่น การเรียนร่วมในชั้นเรียนปกติ เรียนกับครูการศึกษาพิเศษ เรียนในห้องสอนเสริม เรียนในชั้นเรียนพิเศษ หรือเรียนในโรงเรียนพิเศษ โดยมีครูการศึกษาพิเศษเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ และ/หรือคอยสนับสนุน (เบญจา ชลธารันนท์. 2535 : 21)

เมื่อพิจารณานิยามของการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศไทยทั้ง 3 มิติ ดังที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอไว้ข้างต้นนั้นพบว่า การให้ความหมายมีสาระสำคัญหลักที่คล้ายคลึงกัน คือกระบวนการในการเสริมสร้างสมรรถภาพให้กับเด็กพิการ คนพิการ บุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะพิการ หากแต่ มีความแตกต่างกันไปตามรายละเอียดในกระบวนการนั้น ๆ โดยขึ้นอยู่กับหลักการของมิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสังคม มิติทางด้านกายภาพ และมิติทางด้านการศึกษา กล่าวคือ มิติทางด้านกายภาพจะเน้นสาระสำคัญไปที่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นสำคัญ สำหรับมิติทางด้านการศึกษาจะเน้นสาระสำคัญไปที่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา และ/หรือการให้บริการด้านการศึกษาพิเศษนั่นเอง ซึ่งมีความแตกต่างจากนิยามมิติทางสังคม ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ได้ให้ความหมายที่ครอบคลุมในทุกมิติของสังคม ซึ่งนับว่าเป็นการบูรณาการร่วมกันอย่างครอบคลุมในทุกมิติ

สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง กระบวนการ มาตรการ รูปแบบการให้บริการ การรักษาใด ๆ ในรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูทักษะ ความสามารถ หรือความรู้ ที่อาจสูญหายหรือถูกทำลาย อันเป็นผลมาจากการได้รับความพิการหรือเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสถานะของคนคนหนึ่ง โดยมุ่งให้คนพิการสามารถเข้าถึงและรักษาระดับการทำงานของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา จิตวิทยา และสังคมให้ได้ดีที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน ชะลอ ปรับปรุงหรือฟื้นฟู ขดเซกการสูญเสียระบบการทำงานของร่างกาย และบำรุงรักษาระบบการทำงานของร่างกายให้คงที่ในปัจจุบัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจัดว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากในการส่งเสริมให้คนพิการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และลดสภาพความพิการ รวมทั้งมีการดำรงชีวิตที่บรรลุอิสรภาพ และการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างสูงสุด

4.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการและคนพิการในต่างประเทศ

จากการศึกษาแนวคิดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในต่างประเทศเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยยึดหลักการแห่งฐานสิทธิและคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กพิการและคนพิการเป็นสำคัญสูงสุด

แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการและคนพิการในต่างประเทศ พบว่า

1) ระบบบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ แห่งสหราชอาณาจักร (National Health Service of United Kingdom) หรือเป็นที่รู้จักกันในชื่อย่อ คือ ระบบ NHS เป็นหน่วยงานหลักในการทำหน้าที่ให้บริการด้านระบบสุขภาพแห่งชาติในระดับสากล และระบบ NHS จัดได้ว่าเป็นระบบบริการด้านสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มสหราชอาณาจักร ที่ประกอบด้วย 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศ

อังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ โดยที่ประชากรจำนวนกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มสหราชอาณาจักร ได้ให้การยอมรับและยกย่องว่า ระบบ NHS นั้น เป็นระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติที่ดีที่สุดอันดับหนึ่งของโลก ระบบ NHS ของสหราชอาณาจักรนั้น เปรียบได้กับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ของประเทศไทย (คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. 2559., Chang Josh and Others. 2559., Harrell Eben. 2559.)

ประวัติความเป็นมาของระบบ NHS เกิดขึ้นในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม ปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) มีเป้าหมายเพื่อต้องการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานที่ดีขึ้น และต้องการสร้างระบบสวัสดิการแห่งรัฐที่พลเมืองทุกคนได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกันหมดและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย (Department of Health) ของรัฐ และกฎหมายพระราชบัญญัติการบริการสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2006 (National Health Service Act of 2006) โดยยึดหลักการบริหารจัดการที่เน้นว่าโรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เท่ากันหมด ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือขนาดเล็ก ซึ่งงบประมาณนั้นมาจากภาษีของประชาชนพลเมืองของรัฐ และได้กำหนดระบบบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพชุมชน (Community Health care) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Healthcare) โดยให้อำนาจแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิให้แก่ประชาชน โดยที่รัฐจะเป็นผู้กำหนดจำนวนประชากรที่อยู่ในการดูแลของระบบบริการระดับปฐมภูมินี้ สามารถรองรับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล รวมทั้งสามารถเลือกทำสัญญากับโรงพยาบาลคู่สัญญาเพื่อการประสานส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลกับโรงพยาบาลใด ๆ ก็ได้ที่เห็นว่ามีคุณภาพและเหมาะสมกับประชากรที่รับผิดชอบอยู่ ข้อดีของระบบปฐมภูมิ คือ ประชาชนจะมีแพทย์ประจำตัว หรือที่เรียกว่า แพทย์ประจำครอบครัว ที่เป็นเสมือนญาติสนิท มีข้อมูลส่วนตัว ประวัติการแพทย์ และประวัติทางการแพทย์ เจ็บไข้ได้ป่วยก็อุ่นใจได้ว่ามีแพทย์ใกล้ตัวที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที หรือหากผู้ป่วยมีจำนวนมากจนเกินกำลังของแพทย์ประจำครอบครัว ก็จะมีทีมแพทย์สำรองที่ช่วยตัดสินใจในการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการกับโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ นับว่ารูปแบบการให้บริการแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็นและผู้ป่วยไม่ต้องไปแออัดยัดเยียดกันอยู่เพื่อรอรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (2) ระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Healthcare) คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่ต่าง ๆ มีหมอพยาบาล ประจําการอยู่ หรือเรียกว่า โรงพยาบาลระดับชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่รับช่วงจากการประสานส่งต่อจากโรงพยาบาลในระบบปฐมภูมิ และ (3) ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Healthcare) คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงหลายพันเตียง ที่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยได้หลายพันคน โดยมีบุคลากร และ

เครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วนและทันสมัย เช่น มีหมอบทัวไป หมอเฉพาะทาง พยาบาล และมีหน่วยบริการรักษาโรคเฉพาะทางประจำอยู่

ระบบ NHS นั้น ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) เป็นต้นมาว่าเป็นระบบการรักษาที่มีระบบบริหารจัดการที่ดีและเป็นระบบที่พลเมืองทุกคนได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกันหมดตามฐานสิทธิอย่างแท้จริง จนสามารถผลักดันออกเป็นกฎหมายการบริการสุขภาพแห่งชาติ National Health Service (NHS) ได้สำเร็จ นอกจากนี้ระบบ NHS ยังสามารถบริหารจัดการเรื่องผลประโยชน์ได้อย่างเป็นที่พึงพอใจในทุกฝ่าย ซึ่งองค์ประกอบของระบบ NHS นั้นประกอบด้วย 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่อยู่ในการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ได้แก่ (1) แพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น (2) แพทย์ในโรงพยาบาล และ (3) เทศบาล ท้องถิ่น ทำหน้าที่ดูแลการบริการสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ระบบ NHS ได้กำหนดกลไก 2 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ (Provider) และผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และในปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) ได้มีการประกาศใช้กฎหมายที่มีชื่อว่า พระราชบัญญัติการบริการสุขภาพแห่งชาติและการดูแลชุมชน (National Health Service and Community Care Act) (Martin Gorsky. 1990 : 437-460)

จากการศึกษาพบว่า ระบบสุขภาพ NHS นั้น เป็นที่มาของการกำหนดนโยบายการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ของ NHS ที่เป็นที่ยอมรับว่าเป็นมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการและเด็กพิการทั่วโลกที่ควรจะมี โดยเริ่มต้นจากระบบสุขภาพ NHS ได้กำหนด ขอบเขตของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เมื่อปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) โดย ซูซาน ราสทริค หัวหน้าเจ้าหน้าที่ให้บริการทางด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักร (Chief Allied Health Professions Officer : CAHPO) แห่ง NHS ประเทศอังกฤษ (Suzanne Rastrick. 2016 : 87) ได้นำเสนอขอบเขตของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการของระบบ NHS ไว้ว่าคือ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการรักษา โดยใช้ทักษะเฉพาะด้าน ภายใต้เงื่อนไขการตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นอิสระ และเป็นการฟื้นตัวจากอาการบาดเจ็บและจากอาการป่วย โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะเป็นการจัดการในระยะยาวที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวภายใต้เงื่อนไขการจัดการเพื่อสุขภาพ และพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

นอกจากนี้ ซูซาน ราสทริค ยังได้นำเสนอ หลักการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี (The principles of good Rehabilitation Services) เพื่อเป็นแนวทางให้กับหน่วยงาน และ/หรือสถานบริการที่จะจัดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการและเด็กพิการที่ดีให้ได้มาตรฐานนั้น ควรต้องประกอบด้วยหลักการ 10 ประการ (Suzanne Rastrick. 2016 : 92) ดังสรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

- 1) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตระหนักถึงความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการเป็นสำคัญ
- 2) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และ/หรือผู้ดูแลคนพิการเป็นความสำคัญ
- 3) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเป็นการสร้างโอกาส ความหวัง และความสมดุลให้กับชีวิตของคนพิการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผล (Outcome) ของการดำรงชีวิตได้อย่างสมดุล (Balance) และมีความเป็นอิสระ (Freedom)
- 4) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการกำหนดเป้าหมายและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบรายบุคคล (Individual Rehabilitation Program : IRP)
- 5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี ต้องมีการตรวจประเมิน วินิจฉัย และการวางแผน การสนับสนุน และการป้องกัน อย่างต่อเนื่อง
- 6) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพควรสนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งทางการศึกษา สุขภาพ สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างสูงสุด
- 7) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี ควรมีการบูรณาการร่วมกัน อาทิ ความรู้ ความเข้าใจ องค์กรความรู้ เทคโนโลยี การออกกำลังกาย พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การฟื้นฟูที่มีประโยชน์สูงสุด
- 8) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ (Efficient) และมีประสิทธิผล (Effective) จะต้องเป็นการบูรณาการ (Integration) ในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ สาขาต่าง ๆ และหลายหน่วยงานร่วมกัน
- 9) ผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีนั้น ควรมีวุฒิภาวะ มีภาวะผู้นำ และมีความรับผิดชอบที่ดีในทุกกระดับ รวมทั้งมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วย
- 10) การแบ่งปันแนวทางปฏิบัติงานที่ดี หรือตัวอย่างความสำเร็จ (Good Practice) ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล เอกสาร การประเมิน ตรวจสอบ วิจัย เป็นต้น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่ดี

จากการศึกษาพบว่า ระบบสุขภาพ NHS นั้น เปรียบได้กับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ของประเทศไทยนั่นเอง และพระราชบัญญัติการบริการสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1990 (National Health Service Act of 1946) และพระราชบัญญัติการบริการสุขภาพแห่งชาติและการดูแลชุมชน ค.ศ. 1990 (National Health Service and Community Care Act of 1990) ของสหราชอาณาจักร ดังที่ผู้ศึกษาได้กล่าวไว้ข้างต้น เปรียบได้กับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 ของประเทศไทย นั่นเอง

ในทัศนะของผู้ศึกษา คิดว่า หลักการที่สำคัญ ของระบบ NHS คือ การแยกมาตรฐาน และคุณภาพ ในฐานะผู้ให้บริการออกจากผู้จัดหาบริการและให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการ นอกจากบริการทางการแพทย์ โดยการจัดระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งจะเป็นหลักประกันได้ว่าประชาชนจะได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มขึ้น โดยไม่มีภาระค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรค และเป็นการลดปัญหาความแออัดยัดเยียดในโรงพยาบาล การรอคิวในการรักษาพยาบาลที่ยาวนาน และที่สำคัญยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีหลักการสำคัญอีกประการหนึ่งคือการจัดระบบสุขภาพตามฐานสิทธิอย่างแท้จริง โดยให้บริการฟรีให้กับประชาชนทั้งประเทศ โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ แต่เน้นการให้บริการที่ต้องการตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ โดยใช้การบริหารจัดการงบประมาณทั้งหมดจากเงินภาษีทั่วไปของประชากรในประเทศ

2) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอ หลักการพื้นฐาน สำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการที่ดี (Checklist of Good Rehabilitation of 2001) เพื่อเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญ ที่กำหนดหลักการไว้สั้น ๆ แต่สำคัญเป็นอย่างมาก สำหรับผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะนำไปสู่การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี และมีมาตรฐานได้นั้น จำเป็นต้องมีหลักการที่สำคัญทั้งหมด 9 ประการ (World Health Organization. 2001) ได้แก่ (1) หลักการเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (2) หลักการให้บริการโดยคำนึงถึงความต้องการจำเป็นของคนพิการเป็นหลัก (3) หลักการให้บริการอย่างมีจุดมุ่งหมายไปสู่ประสิทธิผลทางการแพทย์ (4) หลักการใช้กระบวนการดำเนินงานอย่างมีลำดับขั้นตอนการ (5) หลักการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ (6) หลักการรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงในความต้องการจำเป็นของคนพิการ (7) หลักการบูรณาการ (Integration) ทำงานร่วมกันโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist) (8) หลักการเป็นผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง และ (9) หลักการเสริมสร้างกำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้แก่คนพิการได้มีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รายงานสถานการณ์ความพิการระดับโลก ฉบับปี ค.ศ. 2011 (World report on disability of 2011) ได้กำหนดนิยามของ การฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ชุดของมาตรการหรือโปรแกรมที่ช่วยให้คนพิการ บุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะพิการ รวมทั้งผู้ที่ประสบปัญหาการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ จากการทำงาน ให้ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรการหรือโปรแกรมที่กำหนดไว้ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถรักษาสภาพในการทำงานตามระบบหน้าที่ของร่างกาย ภายใต้เงื่อนไขบริบทสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุด นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีต้องครอบคลุมถึงกระบวนการปรับปรุงระดับความสามารถ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม การติดตั้งอุปกรณ์เครื่องช่วย เพื่อให้เขาได้รับประโยชน์สูงสุดด้วยเช่นกัน เช่น รววจับในท้องถิ่น การทำทางลาด เป็นต้น (World Health Organization. 2011)

การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี ควรจะต้องมีกระบวนการ ดังนี้ (1) เริ่มต้นจากการระบุ ปัญหา ความต้องการจำเป็นของบุคคลนั้นและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (2) กำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ (3) การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ (4) การดำเนินการตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่กำหนดไว้ และมีการประเมินผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น ซึ่งในรายงานฉบับนี้ได้นำเสนอผลจากการศึกษาสถานการณ์ และรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง จนสรุปออกเป็นมาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ดังที่ผู้ศึกษาสรุปข้อมูล นำเสนอในรูปแบบของตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงมาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล สำหรับเด็กสมองพิการเสนอได้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของมาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นไปได้ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และผู้คนที่เกี่ยวข้องในการดูแล สำหรับเด็กสมองพิการ

ลักษณะ ความยากลำบากของ เด็กสมองพิการ	มาตรการ หรือแนวทาง ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ผลลัพธ์ของการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็นไปได้	อุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้น	บุคคลที่เกี่ยวข้อง
กลุ่ม เด็กสมองพิการ ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้	บำบัด - การฝึกอบรม สำหรับเด็กใน รูปแบบต่าง ๆ - การประเมินและ จัดหาอุปกรณ์ - ฝึกอบรมผู้ดูแล เรื่องการ เคลื่อนย้าย, การ ให้อาหารทางสาย ยาง และการดูแล เด็กสมองพิการ	- ผู้ดูแลสามารถ ดูแลเด็กสมอง พิการได้ดีขึ้น - ลดโอกาสใน ความผิดปกติของ กระดูก การหดรั้ง ของกล้ามเนื้อ และ การยึดติดของข้อ ต่อส่วนต่าง ๆ - ลดโอกาสในการ การติดเชื้อใน ระบบทางเดิน หายใจ	- กรอบระยะเวลา ของป้องกัน - ความพร้อมและ การสนับสนุนของ ครอบครัว - สถานะทาง การเงินสำหรับ ค่าใช้จ่ายในการรับ บริการและ อุปกรณ์เครื่องช่วย ต่าง ๆ	- เด็กสมองพิการ - ผู้ดูแล พี่น้อง และสมาชิกใน ครอบครัว - ผู้ให้บริการแบบ ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักฝึกพูด นักกิจกรรมบำบัด นักเทคนิค การแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชน ครู และ ผู้ช่วยครู เป็นต้น

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของมาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นไปได้ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และผู้คนที่เกี่ยวข้องในการดูแล สำหรับเด็กสมองพิการ (ต่อ)

ลักษณะความยากลำบากของเด็กสมองพิการ	มาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นไปได้	อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น	บุคคลที่เกี่ยวข้อง
	<ul style="list-style-type: none"> - สอนผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย และการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วย - การให้ข้อมูลและการสนับสนุนช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ - ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการและสมาชิกในครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงกลุ่มช่วยเหลือกันเอง - ช่วยลดภาวะความเครียดให้กับเด็กสมองพิการ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว - การจัดทำทางของเด็กสมองพิการได้ง่ายมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมของการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการด้านการฟื้นฟู - ทักษะและความเข้าใจของคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 	
	<p>เทคโนโลยี และ สิ่งอำนวยความสะดวก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย, การบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วย, การจัดทำทางที่เหมาะสม, ทักษะการเล่นและทักษะการเข้าสังคม, การดูแลตนเองตามช่วงวัย เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อระบบการหายใจของเด็กสมองพิการที่ดีขึ้น โภชนาการ และการสื่อสารจะดีขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของเด็กสมองพิการดีขึ้นตามไปด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงปัจจัยทางด้านกายภาพ เช่น บ้าน การเดินทาง สิ่งแวดล้อมชุมชน อุปกรณ์เครื่องช่วย อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก และการให้บริการ 	

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของมาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นไปได้ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และผู้คนที่เกี่ยวข้องในการดูแล สำหรับเด็กสมองพิการ (ต่อ)

ลักษณะความยากลำบากของเด็กสมองพิการ	มาตรการหรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นไปได้	อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น	บุคคลที่เกี่ยวข้อง
<p>กลุ่มเด็กสมองพิการที่เดินหรือเคลื่อนไหวยากลำบาก</p>	<p>เวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฟื้นฟูทางการแพทย์ - การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความพิการ <p>การบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดตามโปรแกรมการฟื้นฟู <p>เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก</p> <ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์เครื่องช่วยกายอุปกรณ์รถเข็นหรืออุปกรณ์อื่น ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการหดรั้งของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ - ลดข้อจำกัดที่จะอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเองของเด็กสมองพิการ - เพิ่มโอกาสทางการศึกษา - เพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> - การฟื้นฟูหรือพักฟื้นภายหลังระยะเฉียบพลัน 	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผู้ดูแล - นักบำบัด และทีมสหวิชาชีพ - นักกายอุปกรณ์
<p>กลุ่มเด็กสมองพิการที่สื่อสารยากลำบาก</p>	<p>การบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - โสตวิทยา - การฝึกพูด - อรรถบำบัด - การฝึกกิจกรรมบำบัด <p>เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอบรมการใช้และบำรุงรักษาเครื่องช่วยฟัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น - โอกาสการศึกษา - การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม - ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ในชุมชนดีขึ้น - ลดปัจจัยความเสี่ยง เช่น ปัญหาการศึกษา และปัญหาพฤติกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมในการให้บริการของนักฝึกพูด - สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว - ต้นทุนและความพร้อมในการการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว - นักฝึกพูด และนักกิจกรรมบำบัด - นักจิตวิทยา - นักสังคมสงเคราะห์ - นักฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ครู และผู้ช่วยครู เป็นต้น

ที่มา: World Health Organization. 2011 : 98

4.1.2 มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

จากการศึกษาของผู้ศึกษาพบว่า มีมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการให้ศึกษาได้อยู่ รวมจำนวน 4 แห่ง แบ่งเป็นมาตรฐานในต่างประเทศ 3 แห่ง และมาตรฐานในประเทศไทย 1 แห่ง โดยผู้ศึกษานำเสนอดังต่อไปนี้

1) สมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสเมเนีย ประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia) เป็นองค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหาผลกำไร เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1963 (พ.ศ. 2506) ณ รัฐแทสเมเนีย ประเทศออสเตรเลีย โดยริเริ่มจากการรวมตัวกันเป็นกลุ่มของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครอบครัวของเด็กสมองพิการที่อาศัยอยู่ในรัฐแทสเมเนีย ซึ่งในยุคสมัยนั้นใช้ชื่อแรก คือ คณะกรรมการกองทุนเพื่อการฟื้นฟูเด็ก (Spastic Children Treatment Fund Committee) ต่อมาได้มีสมาชิกในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น จึงได้จดทะเบียนจัดตั้งเป็นสมาคมขึ้นอย่างเป็นทางการครั้งแรก เมื่อวันที่ 17 กันยายน ปี ค.ศ. 1963 (พ.ศ. 2506) และต่อมา ในปี ค.ศ. 1970 (พ.ศ. 2513) ได้มีการเปลี่ยนชื่อสมาคมเป็น The Tasmanian Spastics Association จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) ได้เปลี่ยนชื่อสมาคมใหม่อีกครั้งเป็นชื่อ Cerebral Palsy Association of Tasmania แปลเป็นภาษาไทยได้ว่า สมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสเมเนีย

นับว่าสมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสเมเนียแห่งนี้ ได้เปิดให้บริการในรูปแบบของศูนย์บริการสำหรับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการ มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1963 (พ.ศ. 2506) รวมเป็นระยะเวลานานกว่า 56 ปี สมาคมฯ แห่งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ (Rehabilitation Disability Service Standards) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ภายในศูนย์บริการของสมาคมฯ โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการที่อาศัยอยู่ในรัฐแทสเมเนีย ประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania. 2008 : Online)

มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ของสมาคมฯ ไว้ทั้งสิ้น 12 มาตรฐาน มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การเข้าถึงบริการ (Service Access) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จัดให้ได้ตรงตามความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่

มาตรฐานที่ 2 ความต้องการส่วนบุคคล (Individual Needs) ผู้รับบริการต้องได้รับบริการตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกออกแบบมาเพื่อตอบสนองตามความต้องการรายบุคคลและเป็นไปตามเป้าหมายของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

มาตรฐานที่ 3 การตัดสินใจเลือก (Decision Making and Choice) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกได้อย่างอิสระ และสามารถตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน

มาตรฐานที่ 4 การรักษาความลับและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นส่วนตัว (Privacy Dignity and Confidentiality) ผู้รับบริการมีสิทธิในความเป็นส่วนตัว ผู้ให้บริการจะต้องตระหนักและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ และรักษาความลับของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

มาตรฐานที่ 5 การมีส่วนร่วมและบูรณาการ (Participation and Integration) กิจกรรมที่ให้บริการต้องตระหนักในหลักการมีส่วนร่วมและกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างบูรณาการ มีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และผู้รับบริการพึงได้รับการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ

มาตรฐานที่ 6 สถานะแห่งคุณค่า (Valued Status) ในที่นี้หมายถึง คุณค่าในสถานะของผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะเลือก พัฒนา และรักษาทักษะ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี และรู้สึกว่ามีคุณค่า

มาตรฐานที่ 7 การร้องเรียนและข้อพิพาท (Complaints and Disputes) ผู้รับบริการพึงได้รับการสนับสนุนและคุ้มครองสิทธิในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน หรือข้อพิพาทใด ๆ ที่เกี่ยวกับการรับบริการ และผู้ให้บริการได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีบทลงโทษใด ๆ

มาตรฐานที่ 8 การบริหารจัดการบริการ (Service Management) คือกำหนดให้ผู้ให้บริการ (Service Providers) ควรปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการตามบทบาทหน้าที่อย่างเต็มที่ เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ และเพื่อให้บรรลุตามระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพ (Quality Management Systems)

มาตรฐานที่ 9 เงื่อนไขการจ้างงาน (Employment Conditions) คือการรับรองว่าผู้ให้บริการที่ทำงานภายในศูนย์บริการแห่งนี้ จะต้องมีความรู้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขกับสภาพการทำงานที่เทียบเท่ากับการจ้างงานทั่วไปและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

มาตรฐานที่ 10 การฝึกอบรมและการสนับสนุนผู้รับบริการ (Service Recipient Training and Support) มีการสนับสนุนกิจกรรมการฝึกอบรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความต้องการและประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการจะได้รับเป็นสำคัญ

มาตรฐานที่ 11 การสรรหาบุคลากร การจ้างงาน และการฝึกอบรม (Staff Recruitment Employment and Training) มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากร วิธีการสรรหา การว่าจ้างงานของบุคลากรผู้ให้บริการ และสนับสนุนส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการ

มาตรฐานที่ 12 การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพจากการถูกละเมิด (Protection of Human Rights and Freedom from Abuse) มีการกำหนดนโยบายในด้านการคุ้มครอง สิทธิ และ

ป้องกันไม่ให้เกิดการถูกล่วงละเมิด ละเลย และการใช้ความรุนแรงในทุกรูปแบบ รวมทั้งการรักษาสิทธิที่บุคคลพึงจะได้รับตามกฎหมายและสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ

มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ของสมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสมาเนีย ทั้ง 12 มาตรฐาน ดังที่ผู้ศึกษาได้สรุปไว้นั้น เป็นการกำหนดองค์ประกอบของมาตรฐานที่เน้นสำหรับกลุ่มเป้าหมายคือผู้รับบริการ (ในมาตรฐานที่ 1-7) และสำหรับผู้ให้บริการ (ในมาตรฐานที่ 8-12)

2) กรมบริการครอบครัวและชุมชน ภายใต้องค์กรรัฐบาลแห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย (New South Wales Government : NSW Department of Family and Community Services NSW)

กรมบริการครอบครัวและชุมชน เป็นองค์กรรัฐบาล แห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW) มีภารกิจในการกำหนดนโยบาย สิทธิ และสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพลเมืองของรัฐ นิวเซาท์เวลส์ ในทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ครอบครัว เด็กพิการ และคนพิการ ซึ่งในที่นี้ ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภารกิจการให้บริการแก่คนพิการ สังกัดภายใต้กรมบริการครอบครัวและชุมชน ของรัฐนิวเซาท์เวลส์

กรมบริการครอบครัวและชุมชน ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการด้านคนพิการ ของรัฐนิวเซาท์เวลส์ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการให้บริการสำหรับเด็กพิการและคนพิการ ภายในกรมแห่งนี้ (New South Wales Government. 2016 : Online) ไว้ทั้งสิ้น 6 มาตรฐาน มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 สิทธิมนุษยชน (Rights) ผู้รับบริการต้องเข้าถึงบริการตามฐานสิทธิ และได้รับการส่งเสริมสิทธิ และเคารพสิทธิตามกฎหมาย เป็นสำคัญ

มาตรฐานที่ 2 การมีส่วนร่วมและการรวมของชุมชน (Participation and Inclusion) ผู้รับบริการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ในฐานะพลเมืองอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี

มาตรฐานที่ 3 ผลลัพธ์แห่งบุคคล (Individual Outcomes) การให้ความสำคัญกับหลักการคนพิการเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจในทุกกระบวนการตั้งแต่กระบวนการวางแผน การให้บริการ การประเมินผล และเคารพหลักการปัจเจกบุคคลเพื่อให้คนพิการสามารถบรรลุผลลัพธ์ได้

มาตรฐานที่ 4 ข้อเสนอแนะและการร้องเรียน (Feedback and Complaints) ผู้รับบริการมีสิทธิในการรับบริการอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม และผู้รับบริการมีสิทธิร้องเรียนได้หากเมื่อผู้รับบริการได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรม และผู้รับบริการมีสิทธิมีส่วนร่วมในการกระบวนการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนนั้น ๆ อย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การเข้าถึงบริการ (Service Access) ผู้รับบริการพึงได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ให้บริการต้องมีการให้ข้อมูล แนะนำเกี่ยวกับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 6 การบริหารจัดการบริการ (Service Management) ผู้รับบริการพึงได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีระบบบริหารจัดการที่เคารพในหลักการค่านิยม ทศนคติ เป้าหมาย ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ภายใต้มาตรฐานคุณภาพการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

3) สมาคมบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP วอชิงตัน ดี.ซี. แห่งสหรัฐอเมริกา)

สมาคมบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP) แห่งรัฐวอชิงตัน ดี.ซี. ประเทศสหรัฐอเมริกา สาระสำคัญ คือ มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ของสมาคมบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกามาตราพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ ค.ศ. 1973 มาตรา 106 (World Health Organization. 2017 : 78-79)

สมาคมบุคคลสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนด มาตรฐานการประเมินผล และตัวชี้วัดประสิทธิภาพสำหรับการให้บริการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The evaluation standards and performance indicators for the Rehabilitation programs) ไว้ 4 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การวางแผน (Plan) การวางแผนการให้ความช่วยเหลือ ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 2 การทบทวน (Review) การดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ และมีกระบวนการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งสามารถทำการแก้ไข เพิ่มเติม ปรับปรุงแผนได้ตลอดเวลาเพื่อให้การให้บริการนั้นมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 3 การระงับ (Withholding) หากพบว่า โปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นล้มเหลว มีประสิทธิภาพที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และไม่ปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้สามารถระงับการให้บริการชั่วคราว เพื่อพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมใหม่

มาตรฐานที่ 4 การรายงาน (Report) มีการจัดทำรายงานผลของโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อผู้บังคับบัญชาอย่างสม่ำเสมอ และจัดทำรายงานประจำปีอย่างเป็นทางการ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ดำเนินการเป็นสำคัญ

นอกจากนี้สาระสำคัญของมาตรฐานฯ นี้ได้ถูกพัฒนาต่อยอดขึ้นเป็น โปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายที่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (Individualized Written Rehabilitation Program : IWRP) โดยการกำหนดให้หน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จักต้องทำโปรแกรม IWRP เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

ต่อมาได้มีการพัฒนาต่อยอดขึ้นเป็นเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ โดยใช้ชื่อเรียกว่า แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individual Education Plan : IEP) ซึ่ง IEP นี้เป็นที่ยอมรับและได้รับความนิยมในการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากลและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งประเทศไทยด้วยเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ มีมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในประเทศไทย คือ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับเด็กสมองพิการ รวมอยู่ในภารกิจหลักของหน่วยงานด้วย

4) สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นับว่าเป็นสถาบันหลักที่มีบทบาทหน้าที่ทั้งการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้บริการด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยตรง เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ข้อ 6 ที่กำหนดให้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ นั้นเป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิชาการเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การวิจัยพัฒนานวัตกรรมรวมทั้งจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณี เป็นที่กฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐมิได้กำหนดไว้ (ราชกิจจานุเบกษา. 2552 : 49)

ประวัติความเป็นมา ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ก่อตั้งเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534 โดยพระมหากษัตริย์คุณของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แรกเริ่มเดิมทีใช้ชื่อว่า ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็นชื่อที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ เพื่อแสดงสมรรถนะในการพัฒนาเป็นสถาบันที่ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งความเป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะสูง และมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

ส่วนด้านการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้เริ่ม ในปี พ.ศ. 2537 ที่เปิดให้บริการผู้ป่วยนอก และเริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลากว่า 24 ปี มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการให้บริการ คือ ผู้ป่วย เด็กพิการ และคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งครอบคลุมถึงกลุ่มเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) ด้วย

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้รับการยอมรับและยกย่องว่าเป็นองค์กรแห่งความเป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะสูงมุ่งสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการและผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีเจตนารมณ์

มุ่งมั่นในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อที่จะนำคนพิการกลับเข้าสู่สังคมภายใต้หลักคิดและความเชื่อที่ว่าคนพิการเหล่านั้นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันก็ต้องให้คนพิการไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม หรือลดการเป็นภาระให้น้อยที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้เช่นเดียวกัน รวมทั้งเพื่อส่งเสริมให้คนพิการสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีเกียรติ มีสิทธิ และมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับบุคคลอื่น

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ เพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ให้บริการงานการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการในสถานพยาบาลต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ไว้ทั้งสิ้น 6 มาตรฐาน (กระทรวงสาธารณสุข. 2560 : 1-11) มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การเข้าถึงบริการและการเข้ารับบริการ (Access and Entry) สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ สภาวะทางด้านร่างกาย และจิตใจได้อย่างปลอดภัยและสะดวกในระยะเวลาที่เหมาะสม

มาตรฐานที่ 2 การประเมินผู้ป่วย (Assess) ที่ประกอบด้วย การประเมินแรกรับ และการประเมินซ้ำโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมถึงการระบุระดับความสามารถที่คาดหวังหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Planning) โดยทีมสหวิชาชีพที่เป็นองค์รวม เช่น การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ความถี่ ระยะเวลาในการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ) เพื่อให้ครอบคลุมได้มาตรฐาน และปลอดภัย

มาตรฐานที่ 4 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation service) ตามแผน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้กำหนดไว้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกขั้นตอน ซึ่งการให้บริการนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานของวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ

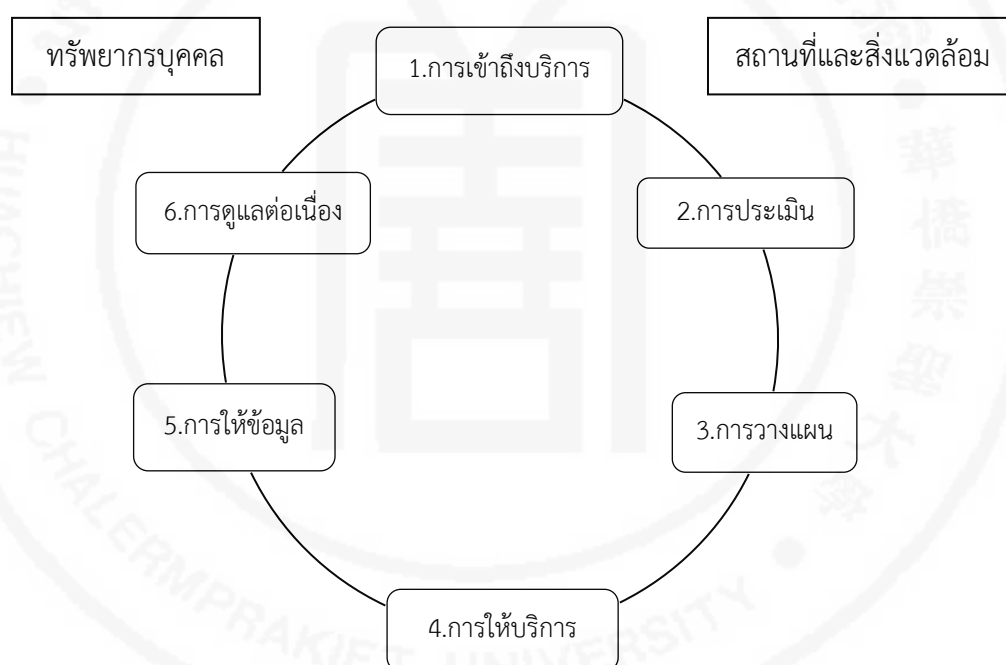
มาตรฐานที่ 5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง (Information and Empowerment) ผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องมีการสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้น การให้บริการจนกระทั่งถึงกระบวนการสุดท้ายของการให้บริการ เช่น ความรู้ข้อควรปฏิบัติ และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้น จนกระทั่งถึงกระบวนการสุดท้าย รวมทั้งครอบคลุมถึงระบบการนัดหมายติดตามอาการ (Follow up) อย่างต่อเนื่อง

นอกจากมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 6 ด้าน ดังที่ผู้ศึกษากล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ยังได้ให้ความสำคัญของหลักการระบบสนับสนุน (Supporting System) เป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านทรัพยากรบุคคล (Human Resource) (2) ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) และ (3) การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เพื่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีได้มาตรฐานแก่คนพิการ

ผู้ศึกษาสรุปข้อมูลแสดงเป็นแผนภูมิ เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น ได้ ดังแผนภูมิที่ 10

แผนภูมิที่ 10 ภาพรวมความสัมพันธ์ของมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. 2560 : 1

ผู้ศึกษาสรุปข้อมูลมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยนำเสนอเป็นตารางเปรียบเทียบ ทั้ง 4 แห่ง เพื่อให้เห็นภาพรวมที่เข้าใจง่ายและชัดเจนมากขึ้น แสดงได้ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ทั้ง 4 แห่ง ตามแนวคิดชิปปี้โมเดล (CIPP Model)

แนวคิดชิปปี้โมเดล (CIPP Model)	สมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสมเนีย ประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia)	กรมบริการครอบครัวและชุมชน ภายใต้ องค์การรัฐบาลแห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย (Department of Family and Community Services of New South Wales Government)	สมาคมคนสมองพิการแห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP)	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute)
1. บริบท ปัจจัยแวดล้อม (Context)	<ul style="list-style-type: none"> - ความต้องการส่วนบุคคล (Individual Needs) - การเข้าถึงบริการ (Service Access) - รักษาความลับ และ เคารพในศักดิ์ศรี (Privacy Dignity and Confidentiality) 	<ul style="list-style-type: none"> - สิทธิมนุษยชน (Rights) - การเข้าถึงบริการ (Service Access) 		<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ และการเข้ารับบริการ (Access and Entry)
2. ปัจจัยนำเข้า (Input)	<ul style="list-style-type: none"> - การตัดสินใจเลือก (Decision Making and Choice) - การสรรหาบุคลากร การจ้างงาน และ การฝึกอบรม (Staff Recruitment Employment and Training) - เงื่อนไขการจ้างงาน (Employment Conditions) 		<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผน (Plan) 	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

แนวคิด ชิปปี้โมเดล (CIPP Model)	สมาคมเด็ก สมองพิการ แห่งรัฐแทสเมเนีย ประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia)	กรมบริการครอบครัว และชุมชน ภายใต้ องค์การบริหาร แห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย (Department of Family and Community Services of New South Wales Government)	สมาคม คนสมองพิการ แห่งสหรัฐอเมริกา (United Cerebral Palsy Association : UCP)	สถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการ แพทย์แห่งชาติ (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute)
3. กระบวนการ (Process)	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมและบูรณาการ (Participation and Integration) - การบริหารจัดการบริการ (Service Management) - การฝึกอบรมและสนับสนุน (Training and Support) 	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation and Inclusion) - การบริหารจัดการบริการ (Service Management) 	<ul style="list-style-type: none"> - การทบทวน (Review) - การระงับ (Withholding) 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วย (Assess) - การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Planning) - การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation service)
4. ปัจจัย ผลลัพธ์ (Output)	<ul style="list-style-type: none"> - สถานะแห่งคุณค่า (Valued Status) - การร้องเรียน และข้อพิพาท (Complaints and Disputes) - การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพจากการถูกละเมิด (Protection of Human Rights and Freedom from Abuse) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลลัพธ์แห่งบุคคล (Individual Outcomes) - การสะท้อนกลับและการร้องเรียน (Feedback and Complaints) 	<ul style="list-style-type: none"> - การรายงาน (Report) 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง (Information and Empowerment) - การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)

ในทัศนะของผู้ศึกษาจากตารางที่ 7 พบว่า มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยนั้น เมื่อนำแนวคิดชิปปโมเดล (CIPP Model) มาพิจารณาในองค์ประกอบของมาตรฐานดังกล่าวแล้วนั้น จะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลักที่สำคัญ คือ (1) ประเภทและระดับของหน่วยงาน ทั้งนี้จาก 4 แห่งนี้ มีตั้งแต่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ไม่แสวงผลกำไร รวมทั้งยังมีหน่วยงานระดับใหญ่ (ระดับภูมิภาค ระดับกรม และระดับประเทศ) และ (2) ภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการของแต่ละหน่วยงานที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานประเภทใด ระดับใด นั้น ขึ้นอยู่กับภารกิจและอำนาจหน้าที่ให้การให้บริการเป็นสำคัญ

4.2 การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นั้น เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย โดยผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายด้านศูนย์บริการคนพิการทั่วไป คือ นางสาววิจิตา รชตะนนติกุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพเด็กพิการ) และกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประกอบด้วย ประธานกรรมการบริหาร คณะกรรมการผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่ มีนบุรี อุดมสุข หนองแขม และวังทองหลาง ตามกรอบประเด็นคำถามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ในกรอบประเด็นเนื้อหาด้วยตนเอง เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

ประเด็นในการนำเสนอการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนั้น ผู้ศึกษามุ่งเน้นการนำเสนอเพื่อตอบประเด็นคำถามหลักในการวิจัย คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างไร ให้ได้มาตรฐาน โดยผู้ศึกษานำเสนอผลจากการศึกษาอ้างอิงตามคำถามรองที่ผู้ศึกษาตั้งเป็นกรอบประเด็นที่สำคัญในการศึกษา ประกอบด้วย 8 ประเด็น ได้แก่

- 1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
- 2) บริบท จุดแข็ง จุดอ่อน ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
- 3) คุณสมบัติของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

4) ผู้ใช้บริการ (เด็กสมองพิการ และผู้ดูแล) ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีปัญหา อุปสรรค ความพึงพอใจต่อการรับบริการระดับใด และมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการให้บริการอย่างไร

5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ได้มาตรฐานควรเป็นอย่างไร

6) ตัวชี้วัดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ได้มาตรฐานควรเป็นอย่างไร

7) ต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เป็นอย่างไร

8) กรมส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ควรสนับสนุนการสร้างมาตรฐาน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอย่างไร

ผลจากการศึกษา ทั้ง 8 ประเด็น มีดังนี้

4.2.1 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่ม ผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประกอบด้วย ประธานกรรมการบริหาร คณะกรรมการ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และ เครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่มีนบุรี อุดมสุข หนองแขม และวังทองหลาง ทั้งนี้จากการประมวลผลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ ข้อมูลว่า ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าวนั้น ควรมีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ที่ประกอบด้วย 4 บริการใหญ่ ๆ ดังนี้

บริการที่หนึ่ง คือ การให้ข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร สิทธิสวัสดิการ ต่าง ๆ ที่เป็น ประโยชน์ต่อเด็กพิการและครอบครัว (ผู้ดูแล)เด็กพิการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แลกเปลี่ยนแสดง ความคิดเห็นว่า บริการแรกที่ยกให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย จัดให้มีบริการ คือ การให้บริการใน ด้านข้อมูล ข่าวสาร สิทธิ ประโยชน์ ต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กพิการทั่วไป (ทุกประเภทความพิการ) และที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ รวมทั้งสิทธิ ประโยชน์ และสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กพิการและผู้ดูแลเด็กพิการ

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์ ประจำศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ พบว่า ในทัศนะของนักสังคมสงเคราะห์ มองว่างานด้านบริการด้านข้อมูลข่าวสาร สิทธิ สวัสดิการ นับว่าเป็นงานบริการด้านแรก ที่มีความจำเป็น และสำคัญอย่างมากแก่ครอบครัว เด็กพิการที่มารับบริการ โดยเฉพาะครอบครัวเด็กพิการรายใหม่ ที่เข้ามาใช้บริการ ซึ่งในช่วงแรกของการทำงานในบทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ ประจำศูนย์บริการคนพิการฯ นั้นนั้นสำคัญมาก ตั้งแต่การทำงานด้านการปรับแนวคิด ทัศนคติ ให้ครอบครัวและผู้ดูแลเด็กสมองพิการเกิดการยอมรับ

เข้าใจ และสามารถก้าวข้ามความพิการของลูกหลานได้นั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ถึงแม้ว่าการให้ข้อมูลในด้านนี้ดูเหมือนว่าจะยังไม่เกี่ยวข้องกับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการโดยตรง แต่มีความเกี่ยวข้องทางอ้อม กล่าวคือ ทั่วครอบครัวของเด็กสมองพิการ เมื่อเดินทางมาเพื่อรับบริการที่ศูนย์บริการคนพิการฯ นั้น ในขั้นตอนกระบวนการรับบริการนั้นจำเป็นต้องได้พบเจอและพูดคุยกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อนทุกครั้ง ดังบทสัมภาษณ์

“...นักสังคมฯ จำเป็นต้องมีความรู้ มีข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการ ที่อัปเดตทันสมัยอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เขาเข้าถึงความรู้และเข้าถึงช่องทางสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ที่เขาพึงจะได้รับประโยชน์จากฐานสิทธิที่รัฐจัดให้...” (นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 10 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

ส่วนมุมมองของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ทั้งในศูนย์บริการฯ และเครือข่ายฯ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นว่า บริการด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิ สวัสดิการ แก่ครอบครัวเด็กพิการ นั้น มีความสำคัญอย่างมากและควรจัดลำดับให้มีความสำคัญเป็นบริการอันดับหนึ่ง เนื่องจากเป็นด่านแรกของการให้บริการ เมื่อครอบครัวเด็กพิการมีปัญหาพบเจอความพิการเกิดขึ้น สิ่งแรกที่ครอบครัวเด็กพิการต้องการคือ ข้อมูล ข่าวสาร สิทธิ และสวัสดิการ ที่สำคัญสำหรับการดูแลเด็กสมองพิการ ยกตัวอย่างข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นสำคัญครอบครัวเด็กสมองพิการ เช่น การจดทะเบียนรับรองความพิการ การมีบัตรประจำตัวคนพิการ และสิทธิสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่น ๆ จากภาครัฐตามที่พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ที่ได้กำหนดไว้

จากการวิเคราะห์ผลในภาพรวมผู้ศึกษา พบว่า การให้บริการด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิ สวัสดิการ นั้นผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นประโยชน์ เห็นความสำคัญ และมีการจัดให้บริการเป็นบริการแรกของทั้งในศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่ายฯ เพียงแต่ระดับความเข้มข้นของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ ศูนย์บริการคนพิการฯ มีนักสังคมสงเคราะห์ฯ ประจำศูนย์ฯ เป็นผู้ทำหน้าที่ในการให้บริการในด้านนี้เป็นหลักเนื้อหาสาระของข้อมูลที่ให้นั้นจะเป็นข้อมูลในรูปแบบทางการที่มีผู้ให้บริการคือนักวิชาชีพ ข้อมูลเชิงลึก ข้อมูลที่ถูกต้อง และครอบคลุมทุกประเด็นที่สำคัญ แต่ในส่วนของเครือข่ายฯ (ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ทั้ง 4 แห่งนั้น) ตามโครงสร้างในบางแห่งที่ไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำ จึงเป็นการให้บริการในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ หรือที่นิยมเรียกว่า เพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งมีจุดเด่น คือ เน้นเป็นการให้คำปรึกษาแนะนำและบอกเล่าจากประสบการณ์จริงที่รุ่นพี่เคยเจอและเคยมีประสบการณ์โดยตรงมาก่อนโดยมีผู้ให้บริการคือพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการเช่นกัน เป็นผู้บอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน รุ่นพี่ที่

เคยผ่านประสบการณ์เหล่านั้นมาก่อนจึงสามารถบอกเล่า แลกเปลี่ยน และแนะนำได้แบบเป็นในทางปฏิบัติที่ชัดเจน

“...เราให้บริการในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพราะอยากช่วยพ่อแม่ด้วยกันให้พ้นทุกข์ ก้าวข้ามความพิการได้ และเราเคยผ่านจุดนั้นมาก่อน เราก็จะมีความรู้จากประสบการณ์จริงจากแม่ ๆ ด้วยกัน”
(ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

เพื่อนช่วยเพื่อน นับว่าเป็นจุดเด่นของการให้บริการ กล่าวคือ มีจะมีกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นรุ่นพี่ หรือที่นิยมเรียกว่า แม่แกนนำ คือ แม่ ๆ เป็นรุ่นพี่ที่เคยผ่านประสบการณ์เหล่านั้นมาก่อน มีน้ำใจ มีจิตอาสา ยินดีที่จะอาสาเป็นครอบครัวจิตอาสาเพื่อช่วยพาครอบครัวเด็กพิการรายใหม่ หรือที่เรียกว่า พ่อแม่มือใหม่ ไปติดต่อประสานงาน เพื่อรับบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การพาไปยื่นรับรองและมีบัตรประจำตัวคนพิการ การพาไปตรวจรักษา และการพาไปติดต่อขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับเด็กสมองพิการ ที่โรงพยาบาล เป็นต้น

“...เรามีแม่แกนนำ ที่เขามีประสบการณ์มาก่อนและสามารถบริหารจัดการได้ดี ช่วยพาแม่ ๆ มือใหม่ ไปติดต่อประสานงานกับราชการได้ และสำเร็จผลกลับมา เราก็ดีใจไปกับเขาด้วย” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 10 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า วัตถุประสงค์ที่สำคัญของหลักการเพื่อนช่วยเพื่อน คือ เพื่อต้องการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวมือใหม่ พ่อแม่มือใหม่ มีความเข้มแข็ง ยอมรับลูกที่พิการ และสามารถก้าวข้ามความพิการได้ และเพื่อให้ครอบครัวมือใหม่ได้มีความรู้ มีความเข้าใจ ที่ถูกต้อง และไม่ทอดทิ้งลูกที่พิการ

“...ตอนแรกที่ครอบครัวใหม่มา ก็จะสับสน มีปัญหาเยอะแยะมากมาย จะทิ้งลูก เราก็ได้แต่พูด พูดให้เขาสบายใจ คลายทุกข์ พูดแล้วเขาก็ยิ้ม เขาก็ไม่ทิ้งลูก เราก็ดีใจ ที่สำคัญคือเราทำให้เขาเห็นเป็นตัวอย่างก่อน ให้เขาเชื่อมั่น แล้วเราก็ค่อยชวนเขาเข้ามาใช้บริการ” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้. 20 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

บริการที่สอง คือ การให้บริการความรู้และทักษะ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นว่า บริการด้านความรู้ ทักษะ การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น นับว่าเป็นบริการหลักที่มีความสำคัญมากที่สุด เป็นการให้บริการชุดความรู้ในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ ภายภาพบำบัด การนวดไทย การฝึกการเคลื่อนไหว กิจกรรมบำบัดหรือกิจกรรมเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อม และกิจกรรมนันทนาการบำบัด

ดั่งบทสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์บริการคนพิการฯ ได้ให้ข้อมูลว่า กิจกรรมหลักต่าง ๆ ที่ ศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่ายฯ ควรจะมีให้บริการ คือชุดกิจกรรมบริการ ตามหลักวิชาการทาง การแพทย์และการศึกษาพิเศษนั้นกำหนดว่ามีความจำเป็นและเหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบกับจุดเด่นของศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่ายฯ ที่ใช้ในการ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอยู่ในปัจจุบัน นอกเหนือจากการที่ผู้ให้บริการ นั้นให้บริการแก่เด็กสมองพิการและครอบครัวแล้วนั้น เน้นหลักการที่ว่าผู้ให้บริการเปรียบเสมือนเป็น ครูฝึก หรือที่อธิบายให้เข้าใจได้ง่ายว่า เปรียบเสมือนเป็นโรงเรียนฝึกหัดพ่อแม่ โดยที่ครูฝึก หรือผู้ให้บริการ จะฝึกให้พ่อแม่มีมือใหม่ และ/หรือผู้ที่มารับบริการ นั้นได้มีความรู้ ความเข้าใจ ใน วิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ควบคู่ไปด้วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ดูแล ครอบครัวเด็กพิการ ได้มีความรู้ ความเข้าใจ ได้มีโอกาสฝึกฝน ทักษะในวิชาต่าง ๆ เพื่อให้สามารถ นำไปฝึกและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ลูกหลานของตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไปด้วย

“...รูปแบบการให้บริการของเราจะเน้นการฝึกและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการโดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง และสิ่งที่มีมากกว่าการ ฝึกของเราคือเราจะชวนพ่อแม่เขามาฝึกลูกด้วยกัน เพื่อให้เขามีความรู้อยู่ ด้วย และสามารถดูแล ฟื้นฟู ลูกหลานของเขาด้วยตนเองได้”

(ผู้บริหาร ศูนย์บริการคนพิการ. 10 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ผู้ศึกษายัง พบว่า จุดเด่นของงานการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการนั้น มีแนวคิดที่เป็นหัวใจหลักสำคัญของการให้บริการพบว่า ทุกคนมีแนวคิด และทัศนคติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ที่นอกเหนือจากการจัดให้บริการตามชุดกิจกรรมบริการดังที่ กล่าวไว้ข้างต้นแล้วนั้น คือ การมุ่งมั่นตั้งใจการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ ผู้ดูแล ครอบครัว เด็กสมองพิการ ให้ครอบครัวเด็กสมองพิการสามารถนำความรู้ที่ได้รับกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่ บ้านได้อย่างถูกต้องอีกด้วย ดั่งบทสัมภาษณ์ของผู้ให้บริการ ของศูนย์บริการฯ และเครือข่ายฯ

“...เขามาหาเรา เราก็ฟื้นฟูให้สองวัน เราก็จะฝึกให้เขาดู เราอยากให้ เขาได้เห็นวิธีการฝึกและฟื้นฟูให้ลูกเขา จับมือทำว่าทำอะไร เรา เพียงต้องการให้เขารู้ว่าลูกมาอยู่กับเราไม่ก็ชั่วคราว แต่ถ้าเขามีความรู้ และทำเป็นได้ด้วยตนเอง เพื่อไปฟื้นฟูลูกต่อที่บ้านได้จะยิ่งดีมาก เพิ่มขึ้นอีก” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

สำหรับศูนย์เรียนรู้ฯ ซึ่งเป็นเครือข่ายในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้ง 4 แห่ง ก็มีชุดกิจกรรมบริการเช่นเดียวกันกับศูนย์บริการคนพิการฯ เนื่องมาจาก

ศูนย์เรียนรู้ฯ นั้น ได้เรียนรู้ แนวคิด หลักการ กระบวนการทำงาน และชุดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการมาจากศูนย์บริการฯ นั่นเอง ดังบทสัมภาษณ์

“...เพื่อนช่วยเพื่อน โดยที่ให้ความรู้ ความเข้าใจ กับผู้ปกครอง เพื่อจะได้นำไปฟื้นฟูลูกตัวเองได้ และสามารถช่วยเหลือเพื่อน ๆ ที่เป็นกลุ่มผู้ปกครองรายใหม่ ๆ ได้ต่อไปอีก” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้. 10 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

และพวกเขาเหล่านั้นเห็นประโยชน์ในเชิงประจักษ์ของชุดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้ส่งสมประสงค์เพิ่มพูนทักษะการฟื้นฟู จนเกิดความชำนาญ และขยายฐานจัดตั้งเป็นศูนย์เรียนรู้ฯ ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ ต่อไป

“เราต้องการขยายแนวคิดและทำให้ได้เหมือนที่ มพก. ทำ เมื่อก่อนเราเคยเป็นผู้รับบริการมาก่อน แต่ตอนนี้เราเข้มแข็งแล้ว เราขอเป็นผู้ให้บริการกลับบ้าง เพื่ออยากให้พ่อแม่รายใหม่ ๆ ได้เข้มแข็งแบบที่พวกเราเป็นต่อไปให้ได้” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 21 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

บริการที่สาม คือ การให้บริการทักษะทางสังคมให้กับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการ หรือที่ใช้คำเรียกกันว่า กิจกรรมเรียนรู้สู่โลกกว้าง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เสริมทักษะทางสังคมให้กับเด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ภายใต้แนวคิด การเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ ทักษะศึกษา ให้กับเด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เป็นกิจกรรมที่แลกเปลี่ยนด้วยหลักการที่สำคัญคือการเสริมสร้างแนวคิด ทักษะคิดเชิงบวก ที่ดี ให้กับผู้ดูแลเด็กพิการ ในการพาเด็กสมองพิการที่เป็นลูกหลานของตน ออกมาเรียนรู้ประสบการณ์ทักษะชีวิต ทักษะทางสังคม ร่วมกับผู้อื่น โดยที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ กล้าเปิดตนเอง กล้าเปิดการเรียนรู้ ในการก้าวข้ามความพิการ พาลูกออกมาจากบ้าน ให้เขาได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมดังเช่นเด็กทั่วไป ดังบทสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่า

“...แม่อยากให้น้องได้มีเพื่อน ได้มีสังคม ได้เรียนรู้การเข้าสังคม การใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น เพราะในชีวิตจริงจะอยู่แต่กับคนในครอบครัว ดังนั้นแม่อยากให้น้องมีสังคม มีเพื่อนบ้าง...” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 22 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

เป็นเสียงสะท้อนว่ากิจกรรมเรียนรู้สู่โลกกว้าง หรือการให้บริการทักษะทางสังคมให้กับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการ เป็นบริการที่ครอบครัวเด็กสมองพิการต้องการ และเห็นถึงประโยชน์ของบริการนี้ที่ควรมีบริการควบคู่ไปกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างบูรณาการร่วมกัน

“...ถึงน้องจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือใครไม่ได้ก็ตาม แต่น้องต้องได้โอกาสในการมีสังคมและเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น แม่อยากให้น้องมีสังคม และอยู่ร่วมกับคนอื่นให้ได้...” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

บริการที่ดี คือ บริการเสริมพลังในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) จากการสัมภาษณ์ทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ พบว่า ในศูนย์บริการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ นั้น มีบริการ กิจกรรมบริการเสริมพลังในรูปแบบของกลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) ถึงแม้ว่าในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นอาจจะไม่รู้คำศัพท์ว่ากิจกรรมหรือบริการเช่นนี้ที่จัดให้อยู่ในศูนย์บริการฯ นั้น เรียกว่าอะไร แต่ในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่างให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันทั้งหมด โดยเรียกชื่อตามความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล ว่า กลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งเป็นหลักการเดียวกันกับกลุ่มพึ่งตนเอง หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) นั่นเอง

การรวมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือ กลุ่มพึ่งตนเองแบบนี้ เห็นได้จากการรวมกลุ่มของ ศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 4 แห่ง ที่มีการรวมกลุ่ม และมีการให้บริการในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเองอย่างชัดเจน และสมาชิกทุกคนเห็นประโยชน์ที่ตนได้รับจากกลุ่มแบบนี้ ทั้งเกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการและเกิดประโยชน์กับเด็กสมองพิการ ดังบทสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน พูดสะท้อนถึงการรวมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือ กลุ่มพึ่งตนเองแบบนี้ เป็นเสียงเดียวกันว่า พวกเราเป็นเสมือนคนในครอบครัวเดียวกัน ดังบทสัมภาษณ์

“...ที่นี่เสมือนเป็นบ้านหลังที่สองของพวกเรา พวกเราทุกคนเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เพราะทุกคนมีปัญหาเดียวกัน เหมือนพูดภาษาเดียวกัน เข้าอกเข้าใจกัน ดูแล ช่วยเหลือกันเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 20 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

จึงง่ายต่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน สอน ฝึกฝนทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เข้าใจง่ายกว่ากัน เพราะรุ่นพี่ก็เคยผ่านประสบการณ์เช่นนี้มาก่อนรุ่นน้อง การที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ก็จะสามารถเปิดใจ ยอมรับ แบ่งปัน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้การช่วยเหลือแบบเข้าถึงทางด้านจิตใจมากกว่า

“...เพื่อนช่วยเพื่อนจริงๆ พวกเราทุกคนอยากช่วยพ่อแม่มีมือใหม่ทุกคนให้ได้มีความรู้ มีประสบการณ์จากพ่อแม่ด้วยกัน อยากให้เขาเชื่อมั่นว่าพวกเราดูแลฟื้นฟูลูกเราเองได้ เขาก็สามารถดูแลฟื้นฟูลูกได้ด้วยเช่นกัน อยากให้เห็นว่าพลังของครอบครัวสำคัญ และเราทำได้” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

4.2.2 บริบท จุดแข็ง จุดอ่อน ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ

ส่วนที่หนึ่ง บริบทของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีความเกี่ยวข้องข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จากการศึกษาพบว่า บริบทของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีความเกี่ยวข้องข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น ในมิติที่ผู้ศึกษาค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลคือ องค์กรประกอบปัญหาทั่วไปของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีความเกี่ยวข้องข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการประกอบด้วย 4 ปัญหาหลักใหญ่ ๆ โดยผู้ศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ปัญหาที่หนึ่ง คือ ปัญหาเรื่องแนวคิด ทศนคติ ต่อการก้าวข้ามความพิการ กล่าวคือ ปัญหาแรกที่ทุกครอบครัวต้องประสบและเผชิญกับปัญหาเมื่อแรกพบความพิการเกิดขึ้นกับลูกหลานของตนเองในครอบครัวนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะคนเป็นพ่อเป็นแม่ที่มีทั้งความทุกข์ ความกังวลใจ ความเครียด และความวิตกกังวลเกิดขึ้นทันทีกับคำว่า พิการ ที่มาพร้อมกับคำถามต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ตั้งแต่ เด็กสมองพิการคืออะไร จะรักษาหายหรือไม่ สาเหตุเกิดจากอะไร เป็นต้น ดังบทสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่กล่าวว่า

“...เด็กสมองพิการคืออะไร ไม่รู้ รู้แต่ว่า คำว่า พิการ เป็นคำที่ไม่ชอบเลย ไม่อยากจะได้ยิน มันวกลงไปมาอยู่ภายในหัวสมองตลอดเวลา และรบกวนจิตใจอย่างมาก เหมือนโลกทั้งใบถล่มทลายลงมา...”
(ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

ในบางครอบครัวถึงกับส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือการกล่าวโทษใส่กัน เช่น การกล่าวโทษว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหา เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อแม่เด็ก เด็กพิการนี้เกิดจากใคร โดยเฉพาะแม่ของเด็กที่มักจะถูกมองว่าเป็นต้นเหตุที่ไม่ดูแลตัวเองและไม่ดูแลลูกในครรภ์ให้ดีพอ จึงส่งผลให้ลูกที่เกิดมาเป็นเด็กสมองพิการได้ และมีในบางครอบครัวที่แม่เด็กถูกมองว่ากินยาขับอะไรมาหรือทำแท้งมาถึงส่งผลกระทบต่อลูกพิการ หรือเคยทำเวรกรรมอะไรไว้จึงส่งผลให้ลูกพิการเช่นนี้ และยังพบว่า แม่ของเด็กสมองพิการทุกคนเกิดความทุกข์ ความเศร้าและกล่าวโทษตนเองนั้นเป็นต้นเหตุที่ทำให้ลูกเกิดมาพร้อมกับความพิการ นับว่าปัญหาเรื่องแนวคิด ทศนคติ ต่อการก้าวข้ามความพิการ ของแม่และพ่อเด็กสมองพิการ ดังบทสัมภาษณ์ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการรายหนึ่ง สะท้อนให้ฟังว่า

“...แม่ถูกมองและถูกตำหนิว่าแม่เป็นต้นเหตุที่ทำให้ลูกเกิดมาพิการแรก ๆ พ่อเขาไม่มอง ไม่เล่น ไม่อุ้มลูกเลยนะ แม่เครียดมาก จนพูดว่าเขาเลยนะว่า จะเอาอย่างไร ถ้ายอมรับไม่ได้ก็เลิกกันไปเลย ลูกคนเดียวแม่เลี้ยงเองได้” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 21 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาเรื่องแนวคิด ทศนคติ ต่อการก้าวข้ามความพิการ ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของเด็กสมองพิการอีกด้วย นั่นคือ บุคคลผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย และเครือญาติ ความจริงที่ทุกครอบครัวมีมีข่าวดีว่าจะมีลูกหลานนั้น ย่อมเป็นที่ดีใจ ภาคภูมิใจ เป็นทั้งความฝันและความคาดหวังของสมาชิกทุกคนในครอบครัว บางครอบครัวก็เริ่มต้นจากความคาดหวังตั้งแต่ความคาดหวังเรื่องเพศกำเนิดว่าเด็กที่เกิดมานั้นจะเป็นเพศชายบ้าง เพศหญิงบ้าง แตกต่างกันไป และความคาดหวังต่อมาคือการคาดหวังว่าลูกหลานที่จะคลอดออกมานั้นจะต้องน่ารัก แข็งแรงสมบูรณ์มีอวัยวะครบสามสิบสองนั่นเอง ในบางครอบครัวก็ต้องพบกับความผิดหวังตั้งแต่เด็ก ยังไม่คลอดออกมาเนื่องจากกรณีที่ต้องรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กทารกตั้งแต่ระยะที่เด็กอยู่ในครรภ์ ระยะเวลายังไม่ครบกำหนดการคลอด 36 สัปดาห์ และ/หรือในบางครอบครัวพบปัญหาผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะขณะที่เด็กระหว่างคลอดออกมา และในบางครอบครัวที่ต้องพบปัญหาความผิดปกติเกิดขึ้นกับเด็กภายหลังหลังจากที่คลอดแล้วนั้น ซึ่งจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้มีประสบการณ์กับปัญหาความผิดปกติเกิดขึ้นกับลูกหลานครบทั้งสามระยะ ซึ่งเป็นไปตามหลักวิชาการทางการแพทย์ของสาเหตุการเกิดเด็กสมองพิการที่สามารถเกิดขึ้นได้ใน 3 ระยะ คือ ระยะที่อยู่ในครรภ์ และก่อนคลอด ระยะระหว่างคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งสาเหตุการเกิดทั้งสามระยะนั้นส่งผลเกิดจากการที่เด็กได้รับผลกระทบเพื่อนบางอย่างในขณะที่สมองกำลังพัฒนาเจริญเติบโต และส่งผลให้สมองของเด็กนั้นขาดออกซิเจนได้ตั้งแต่ 4 นาทีขึ้นไป

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวของน้องเอ (นามสมมติ) ได้เล่าให้ผู้ศึกษา ฟังว่า สาเหตุความพิการของน้องเอ เกิดขึ้นเมื่อปี 2548 ขณะนั้นคุณแม่ อายุ 40 ปี มีลูกสาวคนแรก เป็นเด็กปกติและเติบโตจนอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ในขณะที่คุณแม่กำลังตั้งครรภ์ลูกสาวคนที่สอง (น้องเอ) ขณะที่อายุครรภ์ได้ 30 สัปดาห์ ยังไม่ครบกำหนดคลอด ในช่วงเวลาสายของวันหนึ่งที่คุณแม่ไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้นกับตน ในขณะที่แม่อยู่บ้านเพียงลำพังคนเดียว คุณแม่รู้สึกปวดปัสสาวะจึงเดินไปเข้าห้องน้ำตามปกติ ขณะนั้นเองคุณแม่ก็รู้สึกเจ็บท้องมากอย่าง และรู้สึกเหมือนมีบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับตน จึงก้มหน้าลงไปดู ทันใดนั้นเองคุณแม่ก็พบว่า น้องเอได้คลอดโผล่หัวออกมา คุณแม่ตกใจอย่างมากและเริ่มมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น พร้อมกับมีเลือดไหลออกมา ทั้งที่คุณแม่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดลูกสาวคนแรกแล้วนั้น หากแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในครั้งนี้นั้นคุณแม่ไม่เคยเจอมาก่อนและไม่มีสัญญาณเตือนใด ๆ และอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดด้วย คุณแม่ตกใจ กลัว และเจ็บปวดอย่างมาก แต่ก็รวบรวมสติและความกล้าพยายามฝืนเดินออกมาจากห้องน้ำและห้องพักของตนเอง เพื่อไปร้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านข้างห้อง จนเมื่อรถพยาบาลและทีมแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพศูนย์เรนทรมาถึงกำลังช่วยเหลือทำคลอดให้พบว่า เด็กหยุดหายใจไปช่วยขณะ โดยทีมแพทย์ฉุกเฉินได้ให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน แล้วนำพาทั้งคุณแม่และน้องเอไปส่งที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด หลังจากนั้นแพทย์ที่ทำการรักษาได้มาแจ้งว่า หมอพบความผิดปกติของลูกสาว

คุณแม่บางอย่าง และลูกสาวคุณแม่จะมีพัฒนาการล่าช้า หรือที่ทางการแพทย์เรียกว่าเป็นเด็กสมองพิการ

“...ครั้งแรกที่ได้ยินคำว่าพิการ น้องจะเป็นเด็กสมองพิการ แม่ไม่รู้ ไม่เข้าใจหรือกว่าจะสมองพิการคืออะไร รู้แต่ว่า คำว่า พิการ แม่หุบดับ ไปเลย ไม่อยากได้ยิน ไม่อยากรับรู้อะไรอีกเลย...” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ให้ผู้ศึกษาฟังเพิ่มเติมอีกว่า หลังจากวันนั้นมา คำถามต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายในหัวสมองของคุณแม่ เริ่มต้นตั้งแต่ คำว่า พิการ เด็กสมองพิการ พัฒนาการล่าช้า คำว่า พิการ คืออะไรไม่รู้ แต่แม่ไม่ชอบ แม่ไม่อยากได้ยินเลย และแม่ก็หวังแต่ว่า พัฒนาล่าช้า ตามที่หมอบอกนั้น สักวันน้องเขาจะหายเป็นปกติ และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นปกติได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไป จนเมื่อน้องอายุได้เกือบ 6 เดือน เมื่อน้องอายุมากขึ้น ความคาดหวังของคุณแม่ที่ว่าสักวันน้องจะหาย และจะมีพัฒนาการที่ปกติได้นั้น ก็เลือนราง แต่ตรงกันข้ามคุณแม่กลับเริ่มสังเกตเห็นถึงพัฒนาการที่ล่าช้าขึ้นได้มากขึ้น เช่น ไม่สบตา ไม่สามารถชันคอตั้งคอให้ตั้งตรงได้ และไม่สื่อสารอะไรเลย แม่จึงได้ไปพบแพทย์อีกครั้ง และคำตอบที่คุณแม่ได้รับก็คือเหมือนเดิมที่ว่า น้องเป็นเด็กสมองพิการ คุณแม่เล่าว่า แม่เฝ้าแต่วนเวียนคิดไปคิดมา เพื่อหาสาเหตุของเรื่องที่เกิดขึ้นทั้งหมด และเกิดคำถามขึ้นมากมายว่า เด็กสมองพิการคืออะไร พิการคืออะไร เกิดขึ้นได้อย่างไร แม่ทำอะไรผิดตรงไหน เป็นเรื่องของเวรกรรมอะไร และที่สำคัญที่สุดคือ ต่อจากนี้ไปแม่จะทำอย่างไร และนอกเหนือจากคำถามที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวแล้ว คุณแม่ยังประสบกับคำถามจากคนรอบข้าง เพื่อน เพื่อนบ้าน เครือญาติและคนทั่วไปที่พบเห็น ซึ่งเป็นคำถามที่มาพร้อมกับสายตาที่ทำให้แม่รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดในชีวิต และรู้สึกว่าเป็นตราบาปของแม่ด้วย มีคำถามมากมาย ตั้งแต่ถามว่า ไปทำแท้งที่ไหนมา หรือกินยาอะไรมาละถึงทำให้ลูกพิการ ยอมรับว่ามันเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นในใจของแม่ ที่เกิดขึ้นจากคำถามของคนอื่น ทั้งที่ความจริงแล้วแม่ไม่ได้ทำ ซึ่งนับว่าเป็นตราบาปในใจของแม่ตลอดจน ช่วงนั้นแม่ใช้เวลาทำใจยอมรับอยู่นานมาก ทุกวันเอาแต่กอดลูกร้องไห้ ร้องไห้จนไม่อยากทำอะไร ไม่มีเรี่ยวแรงที่อยากจะทำอะไร และคิดแต่โทษตนเองว่าตนเองเป็นต้นเหตุ จนถึงวันนี้ถึงแม้ว่าเวลาจะผ่านไปหลายปีแล้ว

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องบี (นามสมมติ) คุณแม่ของน้องบี ได้เล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเคยประสบกับปัญหาด้านแนวคิดและทัศนคติของเครือญาติของตนเอง ให้ผู้ศึกษา ฟังว่า แรกเริ่มนั้นตนเองคลอดลูก (น้องบี) มาเป็นปกติทุกอย่าง จนเมื่อน้องปีอายุครบ 1 ปี บริบูรณ์ ก็พาน้องปีไปฉีดวัคซีน เข็มวันนั้นเองน้องปีก็เริ่มมีไข้ และไข้ก็เริ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดอาการชักในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ขณะนั้นคุณแม่ยังไม่รู้ไม่เข้าใจว่าอาการชักในเด็กเป็นอย่างไร มีลักษณะ

อย่างไร และต้องทำอะไรบ้างเมื่อลูกซึก คุณแม่สังเกตเห็นว่าน้องปีมีอาการตาลอย หนังตากระตุก ช่วงสั้น ๆ สลับกันไปมา จนเมื่อเวลาผ่านไปสักประมาณ 3 เดือน คุณแม่ก็เริ่มสังเกตเห็นว่าน้องปี เริ่มมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น หนังตากระตุกบ่อย ๆ ช่วงเวลาสั้น ๆ ประมาณ 30 วินาที แต่วันละหลายครั้ง และกล้ามเนื้อแขนขาเริ่มอ่อนแรง จากที่น้องปีมีพัฒนาการที่ปกติ กำลังเล่นซุกซนก็เริ่มนิ่ง ไม่ชนเหมือนก่อนและที่สำคัญพัฒนาการ ในด้านต่าง ๆ ก็เริ่มช้าลงจนเกิดความวิตกกังวลจึงไปพาน้องปีไปพบแพทย์ตรวจ แพทย์ตรวจคลื่นสมองอย่างละเอียดจึงพบว่า น้องปีมีความผิดปกติเกิดขึ้นตั้งแต่มีน้องปีมีอาการซึกในครั้งนั้น และผลการตรวจก็พบว่า น้องปีเป็นเด็กสมองพิการ หลังจากนั้นแม่ก็ไม่กล้าที่จะพาน้องกลับบ้านไปหาเครือญาติอีกเลย เพราะแม่รู้ว่าญาติ ๆ จะต้องไม่ยอมรับเด็กพิการแน่นอน และต้องหาว่าแม่ดูแลลูกไม่ดี และตนเองก็ได้ยินคำบอกเล่าจากเครือญาติมาเข้าหูให้ตนได้ยินบ่อยครั้ง เช่นว่า อย่าไปเล่นกับน้องปีละ เดียวก็ติดกันมากกลายเป็นเด็กพิการแบบเขาหรอก

“...เขาหาว่าลูกแม่พิการ และเอาความพิการมาพูดเป็นเรื่องล้อเล่น ว่าอย่ามาเล่นกับลูกของแม่นะ เดียวติดบ้างล่ะ มันเจ็บปวดที่สุดในชีวิตเลยนะ” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ.
26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

คุณแม่ น้องปี ไม่เคยท้อกับการดูแลลูกเลย ใครจะไม่รัก ไม่ยอมรับลูกของแม่ก็ช่าง แม่รักของแม่คนเดียวพอ ลูกคนเดียวแม่เลี้ยงได้ดูแลได้ คุณแม่ก็คุยกับคุณพ่อทันทีว่า คุณแม่คงจะต้องออกจากงานมาก่อนเพื่อดูแลลูกให้ดีที่สุด ใครบอกแม่ว่าหมอมือไหนดี หมอมือไหนเก่งเชี่ยวชาญ แม่ไปมาหมด คุณแม่ตั้งใจเรียนรู้หาความรู้ทุกอย่างจากทุกคน ทั้งคุณหมอ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และคุณครู เพื่อจะได้มีความรู้ในการดูแลลูกให้ดีที่สุด

ในขณะที่จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องอิง (นามสมมติ) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านการก้าวข้ามต่อปัญหาความพิการของลูกนั้นและความสำเร็จของการเผชิญหน้ากับปัญหาจนสามารถก้าวข้ามต่อปัญหาความพิการของลูกได้อย่างสำเร็จ กล่าวคือ คุณแม่ น้องอิง เมื่อรู้ว่าน้องอิงเป็นเด็กสมองพิการนั้น ก็เก็บตัวเงียบอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปคบค้าสมาคมกับเพื่อนบ้านอีกเลย ซึ่งในชีวิตของตนและลูกนั้นจะมีอยู่เพียงแค่สองสถานที่ที่จะไปคือบ้านและโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะเหตุผลที่ไม่กล้าพาลูกไปที่อื่นเลยคือกลัวสายตาคคนมอง กลัวคำถามจากคนอื่น และก็ไม่กล้าเผชิญหน้ากับความเป็นจริง และดำเนินชีวิตอยู่เช่นนี้มาเป็นระยะเวลากว่า 7 ปีเต็ม จนวันหนึ่งที่คุณแม่ น้องอิงได้ดูรายการทีวีรายการหนึ่ง ที่มีมูลนิธิเพื่อเด็กพิการออกรายการที่วันนั้นพอดี แม่ก็รีบจดเบอร์โทรศัพท์ไว้ทันทีเลยนะ แต่ก็ยังไม่กล้าที่จะโทรศัพท์ไปสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ และได้แต่เก็บรักษาเบอร์โทรศัพท์นั้นไว้ในสมุดต่อไป จนระยะเวลาผ่านไปเกือบจะเป็นปี จนเมื่อวันนั้นที่แม่ได้เห็นข่าวของมูลนิธิเพื่อเด็กพิการอีกครั้ง แวบแรกที่แม่เห็นคือในภาพคือมีหลายครอบครัวที่มามูลนิธิฯ เด็กที่นั่นมีอาการเป็นเหมือนลูกของแม่เลย แม่คนอื่น ๆ เขาแลดูมีความสุข เด็ก ๆ เองก็แลดูมีความสุข

ว่าเรงดี และครั้งนี้เองที่ทำให้แม่รวบรวมความกล้าและตัดสินใจโทรศัพท์มาสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ ของมูลนิธิเพื่อเด็กพิการเพราะ แม่อยากให้ลูกของแม่มีความสุข มีเพื่อน มีสังคมแบบนี้บ้าง ดังบทสัมภาษณ์

“...ถ้าครั้งไหนเวลาที่แม่พาลูกไปโรงพยาบาล แล้วมีคนมอง มีคนจ้อง มีคนถาม แม่จะรู้สึกเจ็บปวดมาก แม่รับไม่ได้จริงๆ แม่จะอุ้มลูกเดินหนีเลย เมื่อกลับถึงบ้าน ก็กลับมาร้องไห้อีก เป็นแบบนี้อยู่เจ็ดปีเต็ม ๆ”

(ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

ปัญหาที่สอง คือ ปัญหาไม่มีองค์ความรู้ ในการดูแล และฟื้นฟูเด็กสมองพิการ

ปัญหาที่สองที่ทุกครอบครัวของเด็กสมองพิการต้องประสบปัญหาเมื่อครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการในครอบครัวนั้น คือ การที่ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวไม่มีองค์ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับเด็กสมองพิการ ไม่มีความรู้ในการดูแลและการฟื้นฟูเด็กสมองพิการเลย ดังนั้นเมื่อครอบครัวเด็กสมองพิการสามารถผ่านปัญหาที่หนึ่งคือการก้าวข้ามความพิการของลูกได้แล้วนั้น จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่ปัญหาที่สองคือการไม่มีองค์ความรู้ แต่ก็ไม่ใช่เรื่องที่น่าแปลกเพราะครอบครัวเด็กสมองพิการหลายครอบครัวได้บอกเล่าให้ผู้ศึกษาฟังว่าถึงแม้ว่าจะเคยมีลูกมาแล้ว หรือจะเป็นลูกคนแรกก็ตาม แต่เรื่องความพิการเป็นเรื่องใหม่ที่ทุกครอบครัวต้องแสวงหาความรู้ และฝึกฝนทักษะในการดูแลและฟื้นฟูลูกด้วยตนเอง และถึงแม้ว่าจะจะเป็นเด็กสมองพิการเหมือนกันก็เชื่อว่าจะใช้ชุดความรู้ชุดเดียวกันในการดูแลและฟื้นฟู เพราะเด็กสมองพิการแต่ละคนก็มีความแตกต่างกันไป แตกต่างกันตั้งแต่ชนิดของเด็กสมองพิการ ระดับความรุนแรงของความพิการ ระดับของพัฒนาการ และอีกปัจจัยหนึ่งคือปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเด็กสมองพิการ เช่น ปัญหาสุขภาพของเด็กสมองพิการแต่ละคนที่แตกต่างกันไป เด็กสมองพิการบางคนมีความพิการที่ซับซ้อน เช่น ปัญหาทางการได้ยิน ปัญหาทางการมองเห็น ปัญหาทางด้านระดับของสติปัญญา และ/หรือมีภาวะออทิสติกร่วมด้วย บางคนมีปัญหาโรคลมชักร่วมด้วย ก็จะต้องระมัดระวังในการดูแลและฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้น

ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวความคิดการดูแลเด็กสมองพิการตามที่คุณศึกษาได้ศึกษาและเสนอไว้ โดยมีข้อมูลทางสถิติ พบว่า ร้อยละ 80 ของเด็กสมองพิการ มักมีความผิดปกติร่วมอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ในขณะที่ ร้อยละ 40 ของเด็กสมองพิการ มักมีความผิดปกติทางด้านอื่นร่วมด้วยตั้งแต่สามอย่างขึ้นไปหรือมากกว่า (Sankar and Mundkur. 2005 : 865-866) และร้อยละ 60 ของเด็กสมองพิการที่ปัญหาทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยร่วมด้วย โดยเฉพาะอาการชักร่วมด้วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมองพิการนั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมองพิการอย่างถูกต้อง

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องน้ำตาล (นามสมมติ) ได้เล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นปัญหาไม่มีองค์ความรู้ ในการดูแล และฟื้นฟูเด็กสมองพิการให้ผู้ศึกษาฟังว่า ย้อนเวลาไปเมื่อประมาณ ปี พ.ศ. 2548 ครอบครัวคุณแม่มีลูกทั้งหมด 2 คน น้องน้ำตาลเป็นลูกคนที่สอง มีพี่สาวหนึ่งคน ย้อนกลับไปขณะที่น้องน้ำตาลอายุได้ประมาณ 2 ปี ในวันที่คุณแม่ได้ทราบจากแพทย์ว่าน้องน้ำตาลเป็นเด็กสมองพิการ ชนิดกลุ่มแข็งเกร็ง (Spastic CP) นั้น คุณแม่ไม่มีความรู้เลยว่าเด็กสมองพิการคืออะไร และจะต้องดูแลเขาอย่างไร ถึงแม้ว่าแม่จะมีลูกสาวมาแล้วหนึ่งคน แต่เป็นเด็กปกติ พอแม่มีน้องน้ำตาล ซึ่งเป็นเด็กสมองพิการนั้น แม่ยอมรับเลยว่า เลี้ยงลูกไม่เป็นเลย ไม่กล้าอุ้ม ไม่กล้าป้อนนม กลัวไปหมดทุกอย่าง จากประสบการณ์ที่เคยมีลูกสาวมาก่อน แต่ก็นานหลายปีแล้ว ซึ่งลูกทั้งสองคนอายุห่างกันประมาณ 10 ปี แต่คุณแม่ก็ไม่เคยคิดว่าลูกคนที่สองนี้จะเป็เด็กพิการ ในวันที่รู้ว่าน้องน้ำตาลเป็น เด็กสมองพิการนั้น คุณแม่ได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัว (คุณพ่อและลูกสาวคนโต) ที่บอกว่า “เราจะสู้ไปด้วยกัน” ในช่วงต้นนั้นคุณแม่บอกว่า ไม่มีความรู้เลยว่าเด็กสมองพิการคืออะไร จะดูแล จะรักษา และจะฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร จนคุณแม่ก็ได้รับคำแนะนำจากทีมแพทย์และพยาบาลที่แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมองพิการในเบื้องต้น และคุณแม่หาความรู้มาเรื่อย ๆ ทั้งในอินเทอร์เน็ต จน วันหนึ่งขณะที่มานั่งรอคิวพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และเจอครอบครัวเด็กสมองพิการที่นั่งรออยู่ด้วยกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน และเขาก็แนะนำให้มาที่กลุ่มที่ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการ จึงตัดสินใจลองมาดู จนมาเจอกลุ่มศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการ และได้รับความรู้ต่าง ๆ จากกลุ่มมากมาย จึงตัดสินใจมาเข้าร่วมกิจกรรมที่กลุ่มตลอด ตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปัจจุบัน ในวันหยุดก็จะกันทั้งครอบครัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพให้น้องน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ

“แม่คิดและเชื่อว่าความรู้เกี่ยวกับเด็กสมองพิการนี้สำคัญนะ เป็นเรื่องเฉพาะ ถ้าใครไม่มีลูกพิการ ก็ไม่รู้หรอก แม้ว่าแม่ยังรู้จักกลุ่มที่นี้เข้าไป ถ้าย้อนเวลากลับไปได้ อยากรีบพามาตั้งแต่วันแรกทีไรเลย”

(ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้, 26 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

ในขณะที่จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องมอญ (นามสมมติ) ได้เล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในปัญหานี้เช่นกันว่า คุณแม่น้องมอญมีลูกสาวสองคน คนโตอายุ 12 ปี เป็นเด็กปกติ และน้องมอญ อายุ 8 ปี ที่เป็นเด็กสมองพิการ และเป็นกลุ่มที่มีอาการซ้ำซ้อน คือ เป็นเด็กสมองพิการ และมีภาวะออทิสติกร่วมด้วย ซึ่งสำหรับคุณแม่ก็นั้นคิดเสมอว่าลูกสาวของตนมีสภาพความพิการที่รุนแรงมาก ประกอบกับที่คุณแม่ไม่มีความรู้ ไม่มีความเข้าใจเลย ด้วยวิถีคิด และความเชื่อเช่นนี้ ดังนั้นคุณแม่จึงเชื่อมั่นและมั่นใจแต่เพียงว่า คนที่จะสามารถช่วยเหลือลูกของเราได้นั้น คือต้องเป็นพวกหมอพยาบาลเท่านั้น แม่ไม่มีปัญหาหรอก คุณแม่จึงตัดสินใจและมุ่งมั่นว่า จะต้องพาลูกไปพบแพทย์เท่านั้น ใครบอกอะไรมา แนะนำอะไรมา ว่าหมอนี่ไหนดี หมอนี่ไหนเก่ง แม่ไปหมดทุกที่ ที่เรา

เรียกว่า ซ้อปปี้งบริการ นั้นละแม่เลย และเริ่มต้นไปจากการพอลูกไปพบแพทย์ทั้ง โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกพิเศษ เพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับน้องมอน และทั้งจ้างนักกายภาพบำบัดมาฝึกทำกายภาพบำบัดให้น้องมอนที่บ้านสัปดาห์ละ 1 วันร่วมด้วย โดยที่คุณแม่ทำแบบนี้มาตั้งแต่ประมาณ ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาจนถึงเมื่อสามปีก่อน (เป็นระยะเวลามากกว่า 8 ปี) ที่คุณแม่ได้ดูรายการทีวีรายการหนึ่ง ที่ มุลนิธิเพื่อเด็กพิการ ออกรายการทีวี แม่เห็นว่ามีเด็กคนหนึ่งเหมือนลูกของแม่เลย คล้ายเลย เป็นเหมือนกันเลย แต่ทำไมแลดูเขาเก่งกว่าลูกของแม่ คุณแม่ก็เริ่มหันมาสังเกตพัฒนาการของน้องมอนและเริ่มที่จะจดบันทึกพัฒนาการเพื่อสังเกตถึงความเปลี่ยนแปลง และคุณแม่ก็เริ่มคิดทบทวนตนเองว่าสิ่งที่คุณแม่ขาดคือ ไม่มีความรู้ ไม่มีความเข้าใจ ในวิธีการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการเลย และไม่เคยมคิดที่จะเริ่มต้นเรียนรู้ และฝึกฟื้นฟูให้กับน้องมอนด้วยตนเองเลย ดังบทสัมภาษณ์

“ขนาดที่แม่จะเริ่มสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของลูกตัวเอง แม่ยังไม่รู้ว่าจะทำยังไงเลย เพราะแม่ไม่มีความรู้เลย แม่ไม่เคยคิดที่จะใส่ใจเรียนรู้ คิดแต่จะซ้อปปี้งบริการ ฟังฟัง คนอื่นตลอด” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 14 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

ปัญหาไม่มีองค์ความรู้ ในการดูแล และฟื้นฟูเด็กสมองพิการ นั้น เป็นปัญหาพื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างมากต่อแนวคิดในการดูแลและฟื้นฟูเด็กสมองพิการ มีความสอดคล้องกับแนวคิดของนักทฤษฎี เอลตัน มาโย ได้เสนอแนวคิดหลักในการฝึกโปรแกรมการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้าน (Home Programs) ในเด็กสมองพิการ ว่า หากผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และยินยอมให้ความร่วมมือที่ดีในการฝึกโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่บ้าน (Home Program) ของเด็กสมองพิการนั้น ย่อมส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการเป็นอย่างมาก (Elton Mayo. 1981)

ปัญหาที่สาม คือ ปัญหาการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมองพิการของสมาชิกในครอบครัว สำหรับทุกครอบครัวที่เมื่อมีลูกเป็นเด็กสมองพิการแล้วนั้น ต้องเจอกับปัญหาการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมองพิการ เป็นปัญหาหลักพื้นฐานที่ทุกครอบครัวต้องเจอ เนื่องจากเด็กสมองพิการจัดว่าเป็นเด็กพิการตามประเภทความพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว ที่มีปัญหาหลักคือการเคลื่อนไหวของร่างกายที่บกพร่องไป ความผิดปกติในการนั่ง การยืน การเดิน พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวล่าช้าเนื่องมาจากพยาธิสภาพที่สมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เด็กสมองพิการต้องมีผู้ดูแลหลักที่คอยทำหน้าที่ในการดูแล และควรเริ่มต้นให้มีการรักษาอย่างเร็วที่สุด หรือที่เรียกว่าควรเริ่มต้นทันทีเมื่อแรกพบความพิการ และ/หรือความผิดปกตินั้นเอง (Sankar and

Mundkur. 2005 : 865-866) ดังนั้นครอบครัวเด็กสมองพิการทุกครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวเดียวที่ไม่มีเครือญาติให้การสนับสนุนช่วยเหลือ นั้น จึงมักประสบกับปัญหาการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมองพิการ

ดงบทสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องชมพูและน้องสาลี (นามสมมติ) หรือที่สมาชิกในกลุ่มศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เรียกกันว่า ครอบครัวน้องแฝด ที่ลูกสาวฝาแฝดทั้งสองกำเนิดมาพร้อมกับความพิการซ้ำซ้อนทั้งสองคน โดยน้องชมพู (ฝาแฝดคนพี่) เป็นเด็กพิการทางการได้ยินและมีภาวะออทิสติกร่วมด้วย และน้องสาลี (ฝาแฝดคนน้อง) เป็นเด็กสมองพิการที่มีภาวะออทิสติกร่วมด้วย ลูกสาวของแม่ทั้งสองเกิดมาพร้อมความพิเศษจริง ๆ คือเป็นสาวฝาแฝดที่พิการซ้ำซ้อนทั้งคู่ เมื่อครอบครัว คุณแม่แฝดต้องประสบกับปัญหาที่ลูกสาวฝาแฝดทั้งสองคนมีความพิการซ้ำซ้อนเช่นนี้นั้น คุณแม่ได้สะท้อนความรู้สึกให้ผู้ศึกษาฟัง ดงบทสัมภาษณ์ว่า มันเป็นความทุกข์ความทรมานที่ยากมากกว่าครอบครัวอื่นถึงสองเท่า ที่แม่มีเด็กพิการซ้ำซ้อนถึงสองคน และทั้งสองคนก็มีปัญหาต่างกัน จากก่อนที่คุณแม่จะตั้งครรภ์และคลอดลูกสาวฝาแฝดนั้น ทั้งคุณพ่อและคุณแม่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานประจำด้วยกันทั้งคู่ และได้วางแผนไว้ว่าหากเมื่อคลอดลูกสาวออกมาและครบระยะเวลาคลอด 3 เดือนแล้ว คุณแม่ก็จะชวนคุณยายมาอยู่ด้วยมาช่วยดูแลหลานสาวฝาแฝดทั้งสองด้วยกัน และคุณแม่ก็กลับไปทำงานเหมือนเดิม เพราะด้วยการมีลูกสาวฝาแฝด ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่า ตอนแรกคุณยายก็มาช่วยดูแลตั้งแต่แรกคลอดด้วยกัน และช่วงที่แม่ไปทำงานแล้ว มีคุณยายช่วยดูแลลูกสาวฝาแฝดในตอนกลางวันให้ เมื่อระยะเวลาผ่านไป จนประมาณลูกสาวทั้งสองคนอายุได้ประมาณ 1 ปี คุณยายก็เริ่มสังเกตเห็นว่าพัฒนาการของเด็กฝาแฝดทั้งสองคนมีความผิดปกติ ที่ไม่เหมือนเด็กอื่น ๆ ทั่วไป ดังเช่น น้องชมพู (ฝาแฝดคนพี่) ไม่สบตา ไม่พูด ไม่ออกเสียง และจะเล่นมือตนเองตลอดเวลา ส่วนน้องสาลี (ฝาแฝด คนน้อง) นั้น มีความผิดปกติทางร่างกายที่ชัดเจน โดยมีอาการเกร็งที่แขนขาเกร็งอย่างเห็นได้ชัดเจน ไม่สามารถทรงตัวนั่งด้วยตนเองได้ น้ำลายไหลตลอดเวลา ไม่สบตา ไม่พูด ไม่ออกเสียง และจะเล่นมือตนเองตลอดเวลา คุณแม่และคุณพ่อจึงตัดสินใจพาลูกสาวฝาแฝดทั้งสองคนไปพบแพทย์เพื่อตรวจประเมิน และในที่สุดก็พบว่าน้องสาวฝาแฝดเป็นเด็กพิการซ้ำซ้อนทั้งสองคน และเมื่อคุณยายรู้ว่าลูกสาวฝาแฝดเป็นเด็กพิการซ้ำซ้อนทั้งคู่ นั้น คุณยายก็บอกว่า คุณยายก็เริ่มมองว่าฉันไม่สบาย ฉันอยากกลับบ้าน จะให้ฉันมานั่งดูแลแฝดคนเดียวไม่ไหวหรอก ฉันเลี้ยงเด็กพิการไม่เป็น ไม่เคยเลี้ยง ไม่รู้จะเลี้ยงมันยังไง ซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของครอบครัวคุณแม่แฝดที่ประสบกับปัญหาการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมองพิการช่วงแรกนั้นคุณแม่ยังไม่อยากลาออกจากงาน เพราะเข้าใจดีว่าหากต้องลาออกจากงานนั้น เท่ากับรายได้ในครอบครัวจะลดน้อยลง จะเหลือเพียงรายได้หลักจากคุณพ่อเพียงคนเดียว ทั้งคุณแม่และคุณพ่อก็เริ่มค้นหาคำปรึกษาว่า มีหน่วยงานใดหรือมีสถานรับเลี้ยงเด็กที่ใดบ้างที่จะสามารถรับเลี้ยงลูกสาวฝาแฝดทั้งสองคนของแม่ได้ แต่ก็ไม่มีสถานรับเลี้ยงเด็กที่โดยยอมรับเลี้ยง และ

ด้วยความจำเป็นคุณแม่จึงต้องตัดสินใจลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลเลี้ยงดูลูกสาวฝาแฝดทั้งสองคน ด้วยตนเอง นับว่าเป็นปัญหาใหญ่ของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลูกฝาแฝด และมีความพิการ ซ้ำซ้อนทั้งสองคน ภาระค่าใช้จ่ายก็เพิ่มมากขึ้นเป็นสองสามเท่า มีเพียงแต่คุณพ่อทำงานหารายได้เป็นหลักเพียงคนเดียว ปัญหาอื่น ๆ ก็ตามมา ตั้งแต่ปัญหาความเครียดของสมาชิก ทุกคนในครอบครัว รายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ภาระหนี้สินก็ตามมา

“แม่รู้ว่าเด็กเขาไม่ผิดปกติ เขาเลือกเกิดไม่ได้ ในเมื่อเขาเกิดมาเป็นแบบนี้แล้ว แม่ก็ต้องยอมรับและรับผิดชอบในฐานะที่ทำให้เขาเกิดมาถึงแม้ว่าจะยากลำบาก แม่ก็ต้องอดทน” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้ 22 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องส้ม (นามสมมติ) ได้เล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในปัญหาการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมองพิการ ด้วยเช่นกัน ครอบครัวน้องส้มเป็นครอบครัวเดี่ยว แม่น้องส้ม เดิมประกอบอาชีพเป็นพนักงานบัญชีของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ส่วนพ่อเป็นพนักงานฝ่ายผลิตของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งเช่นกัน น้องส้มเป็นลูกชายคนแรกของครอบครัวนี้ แรกเริ่มพบความพิการของน้องส้ม เกิดจากในช่วงระยะเวลาที่คุณแม่ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ได้ประมาณ 24 สัปดาห์ (6 เดือน) คุณแม่มีปัญหาระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ หรือในทางการแพทย์เรียกว่า โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแพทย์ก็เตือนว่า การที่มารดามีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดลูกก่อนกำหนด หรือร้ายแรงที่สุดคือทารกอาจจะเสียชีวิตในครรภ์ได้ ซึ่งคุณแม่ก็พยายามดูแลตนเองและดูแลลูกในครรภ์ให้ดีที่สุด จนวันหนึ่งขณะที่อายุครรภ์ได้ประมาณ 32 สัปดาห์ ในช่วงเวลาสาย ๆ ของวันนั้นที่คุณแม่เริ่มรู้สึกว่าลูกในครรภ์เคลื่อนไหวช้าลง ไม่ค่อยดิ้น ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองเท่าไร จนเมื่อเวลาประมาณช่วงเย็นของวันนั้นที่คุณแม่เริ่มรู้สึกว่ามึนอาการผิดปกติ ลูกในครรภ์เริ่มไม่ดิ้น จนถึงเวลาประมาณสองทุ่มจึงตัดสินใจรีบไปพบแพทย์ เมื่อไปถึงโรงพยาบาล ก็ยังนอนรอดูอาการอยู่ที่ห้องสังเกตอาการอยู่จนถึงเวลาประมาณห้าทุ่ม ทีมแพทย์จึงตัดสินใจผ่าตัดคลอด และเมื่อเด็กคลอดออกมา แพทย์ก็แจ้งคุณแม่ทันทีว่า พบความผิดปกติเกิดขึ้นกับน้องส้ม และน้องส้มเป็นเด็กสมองพิการ ทันทีที่รู้ว่าลูกเป็นเด็กสมองพิการ กอดลูกร้องไห้ทุกวัน ทั้งเศร้า ทั้งทุกข์ และโทษตัวเองที่เป็นต้นเหตุที่ทำให้ลูกพิการ ที่แมดูแลตัวเองและลูกได้ไม่ดีพอ แม่ร้องไห้อยู่แบบนี้สามเดือนเต็ม ๆ คุณแม่น้องส้มคิดเช่นนั้น คำถามและสิ่งที่ต้องคิดตามมาก็คือ ปัญหาการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลลูกที่เป็นเด็กสมองพิการนั่นเอง ตอนแรกก็กลัวว่าพ่จะไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับลูก และทิ้งแม่กับลูกไป แม่ก็บอกกับพ่อว่าอย่าทิ้งแม่กับลูกไปนะ ถ้าไม่มีพ่อเราสองคนอยู่ไม่ได้แน่นอน หลังจากนั้นคุณแม่เล่าว่าจำได้เป็นอย่างดีว่า คุณพ่อบอกกับคุณแม่ว่า แม่ไม่ต้องกังวลนะ พ่อจะทำงานหาเงินมาเลี้ยงดูแม่และลูกเอง ขอแค่ให้

แม่ดูแลลูกของเราให้ดีที่สุด และนี่คือคำตอบที่ทำให้แม่ตัดสินใจลาออกจากงาน เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลน้องสัมผัสให้ดีที่สุด แม่จะต้องรับผิดชอบที่แม่เป็นต้นเหตุให้ลูกของแม่ต้องพิการ ดังบทสัมภาษณ์

“ การพูดคุยตกลงบทบาทกันเป็นเรื่องที่สำคัญมากสำหรับครอบครัว เด็กพิการอย่างเรา และต้องให้พ่อเขารู้ว่า เขาจะทิ้งเราไปไม่ได้ และถ้าเราไม่มีเขา ก็เท่ากับว่าเราสองคนแม่ลูกก็ต้องตาย ” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 24 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

ปัญหาที่สี่ คือ เรื่องการเดินทาง ส่วนมากพบว่า เป็นปัญหาการเดินทางที่ยากลำบาก เป็นการเดินทางไปในสถานที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะการเดินทางเพื่อพาลูกไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และ/หรือการเดินทางเพื่อมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และเครือข่ายฯ (ศูนย์เรียนรู้ฯ) นั้นพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ปัญหาเรื่องการเดินทางที่ยากลำบากและที่ไม่สะดวก เนื่องจากเด็กสมองพิการ เป็นเด็กที่มีความบกพร่องในด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว กล่าวคือ เด็กมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การเดิน การยืน การนั่ง ด้วยตนเองไม่ได้ จึงต้องเป็นภาระสำหรับผู้ดูแล พ่อแม่ ของเด็กสมองพิการในการช่วยเหลือ ประคับประคอง ตามสภาพความพิการของเด็กสมองพิการแต่ละคน นอกจากนี้หากเด็กสมองพิการยิ่งอายุมากขึ้น สภาพร่างกายที่เติบโตมากขึ้น สภาพความพิการที่อาจจะรุนแรงมากขึ้น ก็ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคสำหรับการเดินทางมากขึ้น และส่วนใหญ่เด็กสมองพิการต้องมีอุปกรณ์เครื่องช่วยที่สำคัญ คือ รถเข็นวีลแชร์ หรือที่ทางการแพทย์เรียกว่า แก้อีร์รถเข็นสำหรับเด็กพิการ หรือที่ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Wheelchair ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางที่เพิ่มมากขึ้น ดังบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องบ๊อค (นามสมมติ) เป็นเด็กสมองพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อนทางด้านสติปัญญาและออทิสติกไปด้วย ซึ่งครอบครัวน้องบ๊อคเป็นอีกหนึ่งครอบครัวที่มีประสบการณ์ และมีความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาเรื่องการเดินทาง ในการเดินทางไป ในสถานที่ต่าง ๆ ที่ไกลจากบ้านพักที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งในการเดินทางแต่ละครั้งจะเดินทางโดยรถประจำทาง และจะพบอุปสรรคในการเดินทางก็ไม่สะดวกเท่าที่ควร และในบางครั้งพบปัญหาที่เพื่อนร่วมเดินทางบนรถตู้โดยสาร และ/หรือรถโดยสารประจำทางที่ไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็กพิการอีกด้วย ครอบครัวน้องบ๊อคเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเดินทาง ยกตัวอย่างเหตุการณ์ในการเดินทางมารับบริการ โดยเล่าว่า แม่น้องบ๊อคจะพาน้องบ๊อคมารับบริการตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2548 ซึ่งบ้านพักนั้นอยู่เขตลาดกระบัง ต้องเดินทางมาที่ลาดพร้าว เริ่มตั้งแต่ขณะนั้นน้องบ๊อค เพิ่งอายุได้ 2 ปี ช่วงระยะเวลาแรกในการเดินทางไปและกลับนั้นยังไม่มีผลกระทบอะไรมากมาย เพราะน้องบ๊อคยังตัวเล็กและระดับความพิการที่ยังไม่รุนแรงมากนัก บวกกับสภาพการจราจรในยุคสมัยนั้นยังไม่ติดขัด

มากเท่ากับสภาพการจราจรในปัจจุบันนี้ จนเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2555 ขณะนั้นน้องบ๊อค อายุได้ประมาณ 9 ปี และการจราจรก็เริ่มมีปัญหาติดขัดแล้ว ทำให้ใช้ระยะเวลาในการเดินทางเพิ่มมากขึ้น จากเดิมที่รถไม่ติดขัดใช้เวลาในการเดินทางประมาณหนึ่งชั่วโมง รวมไปถึงและกลับก็ประมาณสองชั่วโมง แต่มาช่วงระยะหลังที่การจราจรมีปัญหาติดขัดมาก ส่งผลให้เวลาในการเดินทางเพิ่มมากขึ้นเป็นเกือบสองถึงสามชั่วโมง รวมระยะเวลาไปและกลับก็ประมาณสี่ถึงห้าชั่วโมง และในช่วงเวลาที่รถติด (รถไม่วิ่ง ไม่ขยับ) นั้น น้องบ๊อคจะเริ่มอารมณ์ไม่ดี แสดงอาการท่าทางหงุดหงิด มีร้องไห้โวยวาย แล้วอารมณ์จะเริ่มหงุดหงิดเพิ่มมากขึ้น ร้องไห้โวยวายเสียงดังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้โดยสารที่ร่วมเดินทางในรถคันเดียวกัน บางคนก็มอง บางคนก็พูดจากระทบกระเทียบ และบางคนก็ถามคำถาม เช่นว่า น้องเป็นอะไรคะ น้องเขาเป็นอะไร แม่ก็จะรีบกล่าว ขอโทษเขาก่อนเลย และพร้อมกับอธิบายตอบเขา กลับไปว่า “น้องเป็นเด็กพิเศษ เด็กพิการคะ พอเวลารถติดแบบนี้ เขารับรู้ได้ เขาก็จะหงุดหงิดคะ แสดงออกมาโดยที่เขาไม่รู้ตัว ไม่ได้ตั้งใจคะ ต้องขอโทษด้วยนะคะ” บางคนก็เข้าใจและแสดงความเห็นใจ แต่ก็มีบางคนที่ไม่เข้าใจ และมักพูดจากระทบกระเทียบก็มี โดยคุณแม่น้องบ๊อคได้บอกเล่าและยกตัวอย่างคำพูดที่มักโดนพูดจากระทบกระเทียบบ่อยครั้ง ดังเช่น “มีลูกพิการก็ลำบากอยู่แล้ว แล้วยังจะพาออกมาข้างนอกให้ลำบากเพิ่มอีกทำไม มารบกวนคนอื่นเพิ่มอีก” บางครั้งน้องบ๊อคอาละวาดร้องโวยวายมาก ๆ แม่ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการยอมพาน้องลงจากรถโดยสารคันนั้นไปก่อน เพื่อไม่ให้ไปส่งผลกระทบต่อผู้โดยสารคนอื่น แล้วยอมที่จะยินยอมให้การจราจรดีขึ้น รถไม่ติดขัดแล้ว จึงจะค่อยพาน้องบ๊อคขึ้นรถคันใหม่อีกครั้ง และ “บางครั้งแม่ก็โดนคนขับรถโดยสารไล่ให้ลงจากรถไปก่อน เพราะคนขับเกรงว่าจะไปสร้างความรำคาญให้แก่ผู้โดยสารคนอื่น ๆ” ส่วนมากมักจะเป็นรถตู้โดยสารที่มักจะโดนไล่ให้ลงจากรถไปก่อน

“การที่มีลูกพิการนี้ก็ลำบากอยู่แล้ว ตอนลูกเล็ก ๆ ก็ไม่เท่าไร แบกกันได้อุ้มกันไปได้ แต่พอเริ่มตัวโตมากขึ้นนี่ละ การเดินทางไปไหนมาไหนก็ลำบาก” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

สำหรับปัญหาในเรื่องการเดินทางของครอบครัวน้องบ๊อคนั้น เริ่มเป็นอุปสรรคที่มากขึ้นตั้งแต่ประมาณ 6 ปีย้อนหลังที่น้องบ๊อคเริ่มมีร่างกายที่โตมากขึ้น สภาพความพิการที่รุนแรงมากขึ้น ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์จิตใจ ประกอบกับสภาพการจราจรที่มีปัญหาติดขัดมากขึ้น จากเดิมนั้นที่แม่จะพาน้องบ๊อคมารับบริการที่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการอย่างสม่ำเสมอ คือทุกวันจันทร์และวันอังคาร (จำนวนสองวันต่อสัปดาห์) พอระยะหลังที่เริ่มมีปัญหาการจราจรที่ติดขัดทำให้การเดินทางการไม่ค่อยสะดวกอย่างเดิม ก็เริ่มจากการมาถึงศูนย์บริการฯ ช้า อุปสรรคสำหรับแม่มีอย่างเดียวคือ การเดินทาง กว่าจะกลับถึงบ้านก็จะล้า เหนื่อยกันทั้งแม่และลูก ตอนเช้าต้องรีบตื่นตั้งแต่ตี 5 ออกจากบ้าน 6 โมง เพราะระยะทางไกล และรถติด จากเดิมจะมาถึงประมาณ 9.00 น.

ก็เริ่มมาสายมากขึ้น เป็น 10.00 น. บางครั้งก็ถึงเกือบ 11.00 น. ส่วนช่วงเย็นหลังจากที่เลิกกิจกรรมก็ต้องเร่งรีบพาน้องปู่กลับบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงช่วงเวลาเย็นที่ปัญหาการจราจรจะเริ่มติดขัดมากขึ้น แต่ในช่วงระยะเวลาหลังโดยเฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 มานี้ คุณแม่สามารถพาน้องปู่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง โดยตอนนี้สามารถพามาได้จำนวน 1 วันต่อสัปดาห์เท่านั้น คือเฉพาะทุกวันอังคาร เพื่อหลีกเลี่ยงรถติด

ส่วนการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องพลอย (นามสมมติ) ปัจจุบันน้องพลอยอายุ 25 ปี เป็นเด็กสมองพิการชนิดเกร็งแข็ง และมีความพิการที่รุนแรงและซ้ำซ้อน แรกพบความพิการตั้งแต่แรกคลอด เนื่องจากสมองขาดออกซิเจนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ครอบครัวน้องพลอยมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด และต้องย้ายมาอยู่กรุงเทพฯ โดยพักอาศัยอยู่แถวมีนบุรี หวังเพื่อจะได้เดินทางสะดวกเวลาที่น้องพลอยไปโรงพยาบาล โดยคุณแม่เริ่มพาน้องพลอยมาเข้าร่วมกลุ่มศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่มีนบุรี ตั้งแต่เมื่อ 10 ปีก่อน (ประมาณปี พ.ศ. 2551) ขณะนั้นน้องพลอย อายุ 16 ปี เริ่มโตเป็นสาว รูปร่างใหญ่ และสภาพความพิการทางร่างกายที่มีอาการเกร็งมาก ดังบทสัมภาษณ์

“สำหรับครอบครัวเด็กซีพีอย่างเรา การเดินทางไปไหนมาไหนก็ยากลำบากมาก ถ้าจะให้พามากันเองสองคนตามลำพัง ไม่ต้องคิดเลยไม่รู้ว่าพากันมายังไงเลย” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 22 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

ถึงแม้ว่าระยะทางในการเดินทางที่ไม่ห่างไกลมากนัก แต่การเดินทางไปและกลับโดยลำพังกันสองคนแม่ลูก ก็ยังลำบากมากสำหรับคุณแม่และน้องพลอยที่รูปร่างใหญ่และสภาพความพิการที่รุนแรงมาก ส่วนพ่อของน้องพลอยก็ต้องทำงาน เพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูแลครอบครัว แต่ทั้งพ่อและแม่ของน้องพลอยก็อยากให้น้องพลอยได้มาเข้าร่วมกลุ่ม อยากให้น้องพลอยมีเพื่อน มีสังคม และได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับเพื่อน ๆ คนอื่น ในที่สุดครอบครัวก็ต้องหาวิธีการแก้ไขปัญหาในเรื่องการเดินทาง โดยคุณแม่และน้องพลอยจะต้องขอมติตั้งแต่เช้า ออกจากบ้านตั้งแต่หกโมงเช้า และออกจากบ้านพร้อมกันกับคุณพ่อ โดยให้คุณพ่อน้องพลอยมาส่งน้องพลอยและคุณแม่ที่กลุ่มก่อนจะเดินทางมาถึงสถานที่รวมกลุ่มประมาณหกโมงครึ่ง แล้วคุณพ่อน้องพลอยค่อยไปทำงานต่อ ส่วนในช่วงตอนเย็นหลังเลิกกิจกรรมของทุกวันนั้น คุณแม่และน้องพลอยก็ต้องรอคุณพ่อเลิกงานก่อนแล้วจึงจะมารับกลับบ้าน ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาประมาณหกโมงเย็น แต่ทุกคนก็เต็มใจและยอมรับว่าวิธีการเดินทางแบบนี้ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดแล้ว โดยที่ทุกคนยอมทำทุกอย่าง เพื่อให้้องพลอยได้มาเข้าร่วมกิจกรรม

จากการเล่าแลกเปลี่ยนในปัญหาเรื่องการเดินทางที่ตนต้องประสบอยู่ แต่สิ่งหนึ่งที่สะท้อนให้ผู้ศึกษาเห็นและตระหนักอย่างมากต่อการเล่าแลกเปลี่ยนนั้นคือ ประเด็นในเรื่องระดับ

ศักยภาพของผู้ดูแลเด็กพิการ (ครอบครัว) ต่อการจัดการปัญหา ทั้งในระดับของการจัดการตนเอง และการจัดการในครอบครัว นั้น และครอบคลุมถึงประเด็นความพร้อมและความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว ที่สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน ที่ทุกคนในครอบครัวให้ความร่วมมือในการจัดการปัญหา และอุปสรรคในเรื่องการเดินทางเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

ในขณะที่จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ครอบครัวน้องสายฝน (นามสมมติ) ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาเรื่องการเดินทางด้วยน้องสายฝนเป็นเด็กสมองพิการ ชนิดเกร็งแข็ง ปัจจุบันอายุ 16 ปี ซึ่งน้องสายฝนเป็นลูกคนสุดท้ายของคุณพ่อ อายุ 65 ปี และคุณแม่ น้องไอซ์ อายุ 57 ปี สาเหตุความพิการเกิดจากปัญหาในระยะระหว่างการคลอด (คลอดยาก) เนื่องจากขณะคลอดน้องสายฝนนั้น คุณแม่ น้องสายฝนอายุมากแล้ว กำลังแรงลมสำหรับการเบ่งคลอดก็น้อย ทำให้น้องสายฝนคลอดลำบาก ต้องใช้เวลาในการคลอดนั้นนานมาก น้องสายฝนจึงเป็นเด็กสมองพิการ เนื่องจากสมองขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด บ้านพักของครอบครัวน้องสายฝนนั้นอาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม เดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่หนองแขม โดยได้รับคำแนะนำจากครอบครัวเด็กพิการด้วยกันที่เจอกันที่โรงพยาบาล และมาเข้าร่วมกลุ่มรับบริการที่นี้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ขณะนั้นน้องสายฝน อายุ 13 ปี สถานที่ที่เปิดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในจังหวัดนครปฐมไม่มี ซึ่งนับว่าที่เขตหนองแขมนี้คือใกล้ที่สุด ที่จะสามารถเดินทางมารับบริการได้ ถึงแม้ว่าระยะทางในการเดินทางถึงเกือบ 50 กิโลเมตร (รวมระยะเดินทางไปและกลับประมาณเกือบ 100 กิโลเมตร) แต่ครอบครัวน้องสายฝนก็เต็มใจที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มและเข้าร่วมกิจกรรมที่นี้ โดยที่คุณพ่อและคุณแม่ของน้องสายฝนเป็นผู้ขับรถมารับบริการที่นี้ ดังบทสัมภาษณ์

“...ปัญหาการเดินทางสำคัญมาก ๆ กับครอบครัวเด็กสมองพิการอย่างพวกเรา ถ้ามีกลุ่มแบบนี้เยอะ ๆ และอยู่ใกล้บ้านเด็กพิการก็จะดีมาก เพราะทุกวันนี้ส่งสารเด็กพิการที่ต้องเดินทางไปกลับที่ไกลมาก ปัญหาการเดินทางของลูก ๆ ของเรายากลำบากมากจริง ๆ” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

สำหรับปัญหาในเรื่องการเดินทางของครอบครัวน้องสายฝนนั้น ในบางวันที่กลับบ้านไปแล้วก็พบเห็นได้อย่างชัดเจนว่าน้องสายฝนเหนื่อยกับการเดินทางอย่างมาก น้องสายฝนจะมีอาการเหนื่อยหอบ หรือบางวันที่รถติดมาก ๆ น้องสายฝนเขาจะอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โดยเฉพาะในช่วงเวลาเย็นเวลาเดินทางกลับบ้านนั้นจะเห็นได้อย่างชัดเจนมากกว่าช่วงเช้าของการเดินทางไปเพราะรถจะติดมาก น้องสายฝนจะเริ่มหงุดหงิด เริ่มมีมีเสียงครี๊ด มีอารมณ์ หงุดหงิด อาการเกร็งของร่างกายจะเพิ่มมากขึ้น จนสมาชิกทุกคนในรถต้องพยายามหากิจกรรมมาทำร่วมกัน เพื่อให้ น้องสายฝนผ่อนคลาย (หรือพยายามเบี่ยงเบนความสนใจ) เช่น การเปิดเพลงให้ฟัง การให้ดูวิดีโอ (ยูทูบ) เป็นต้น ไม่เพียงแต่

น้องสายฝนเท่านั้นที่จะเหนื่อยกับการเดินทาง ทั้งคุณพ่อและคุณแม่ของน้องสายฝนก็มีความเครียด และมีความเหนื่อยกับการเดินทางในแต่ละวันด้วยเช่นกัน

สำหรับครอบครัวน้องสายฝนนั้น คุณพ่อและคุณแม่ได้แลกเปลี่ยนสะท้อนถึงปัญหาในเรื่องการเดินทางที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กสมองพิการในภาพรวมทั่วไปต่อทุกครอบครัวว่า การเดินทางเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับครอบครัวเด็กสมองพิการ โดยเฉพาะในครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองของเด็กสมองพิการ จึงอาจจะส่งผลกระทบต่อเรื่องการเดินทางที่ยากลำบาก โดยเฉพาะหากถ้าเป็นเด็กพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อน และสภาพความพิการรุนแรง ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และยังต้องมีรถเข็นวีลแชร์ที่เป็นอุปกรณ์เครื่องช่วยประจำตัวสำหรับเด็กสมองพิการที่ทุกคนต้องพกพาไปด้วยทุกที่แล้วนั้น ก็ยังส่งผลต่อการเดินทางที่ยากลำบากเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้คุณพ่อและคุณแม่ของน้องสายฝน ได้ฝากข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังบทสัมภาษณ์

“...อยากให้มีศูนย์บริการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ แบบนี้ในทุก ๆ พื้นที่ เพื่อประโยชน์ต่อเด็กพิการ จะช่วยลดปัญหาในเรื่องการเดินทางไปได้ เยอะเลย เด็กไม่เหนื่อย ผู้ใหญ่ไม่เหนื่อย และยังเพิ่มโอกาสในการมารับบริการที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อีกด้วย” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

จากข้อมูลที่คุณศึกษาได้นำเสนอข้างต้นนั้น สรุปได้ว่าปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งสี่ปัญหานั้น ล้วนเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าประสบการณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาอย่างแท้จริง และอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการ และการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ด้วยเด็กสมองพิการทุกคนมีปัญหาข้อจำกัดในด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวทั้งในระดับที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และในระดับที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลเป็นผู้ให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด สำหรับปัญหาเรื่องการเดินทาง มีปัจจัยที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น ปัจจัยด้านเด็กพิการเอง (คือ สภาพความพิการ ระดับความรุนแรง ปัญหาสุขภาพ) อาทิเช่น ปัญหาการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเด็กพิการ เป็นเรื่องที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่ง กล่าวคือ ผู้ดูแล (ผู้ปกครอง) ของเด็กสมองพิการนั่นเอง ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่สุดในการดูแลรักษา ฟื้นฟู และพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมอย่างบูรณาการร่วมกัน เริ่มตั้งแต่การวางแผน การทำกิจกรรม การฝึกพัฒนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมในครอบครัวให้เหมาะสมสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อให้เด็กสามารถเติบโตและช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (มณฑนา อังศุไพศาล. 2556 : 239-247) นอกจากนี้จากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่า ร้อยละ 90 ของครอบครัวเด็กสมองพิการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้ที่

ทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลเด็กสมองพิการนั้น คือ แม่ ส่วนอีกร้อยละ 10 ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลเด็กสมองพิการนั้น เครือญาติ คือ ปู่ ย่า ตา ยาย และพี่เลี้ยงเด็กพิการ ซึ่งข้อมูลที่ได้ี้้นมีความสอดคล้องและเป็นไปตามผลงานการศึกษาวิจัย ของ บัตตอน และคณะ (Button and Others. 2001) พบว่า ร้อยละ 90 ของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มักคาดหวังว่าบทบาทหน้าที่นี้ควรจะต้องเป็นภาระหน้าที่ของผู้เป็นมารดาของเด็กสมองพิการ (Button and Others. 2001 : 61, Rentinck and Others. 2006 : 166)

จากปัญหาทั้งสี่ปัญหาในส่วนที่หนึ่งคือ บริบทของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้นเป็นบริบทของปัญหาทั่วไปของครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการตามที่ได้นำเสนอมาข้างต้นแล้วนั้น นับว่าเป็นปัญหาพื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างมากของครอบครัวเด็กสมองพิการที่ทุกครอบครัวต้องประสบกับปัญหาทั้งสามประการนี้มาก่อนเป็นลำดับแรก ที่มีความสำคัญเชื่อมโยงไปสู่ ส่วนที่สอง คือ จุดแข็งในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ โดยจักได้นำเสนอในลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่สอง จุดแข็ง ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฯ) ทั้งหมด 5 แห่ง พบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของทั้ง 5 แห่งนั้น มีจุดแข็งในการให้บริการ 5 ประการดังนี้

จุดแข็งที่หนึ่ง คือ แนวคิดในการให้บริการที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวเด็กสมองพิการ โดยองค์กรทั้งศูนย์บริการคนพิการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ เน้นแนวคิดหลักในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นแนวคิดพื้นฐานในการทำงานให้บริการ โดยความเชื่อที่เห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัวว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดที่จะทำหน้าที่ในการดูแลเด็กพิการ และหากครอบครัวเด็กพิการมีแนวคิด มีความรู้ มีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคสมองพิการ วิธีการดูแล และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลเด็กสมองพิการ อย่างถูกต้องแล้วนั้น จะทำให้ครอบครัวเด็กสมองพิการมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถดูแลเด็กสมองพิการได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน และที่สำคัญที่สุดคือเด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น อัตราการเจ็บป่วยลดน้อยลง เด็กสมองพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังบทสัมภาษณ์ดังนี้

“แม่ชอบประทับใจที่นี้ตั้งแต่วันแรกที่มา เห็นทุกครอบครัว ให้ความรัก ความเอาใจใส่กัน ดูแลกัน คนทำงานที่นี้ก็น่ารัก เห็นความสำคัญของทุกครอบครัวที่มา ดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจกับทุกครอบครัว น่ารักมาก” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ที่นี้ดีมาก แม่ไม่เคยเจอที่ไหนที่มีแนวคิดสอนให้พ่อแม่เข้มแข็ง สนับสนุนทุกอย่างให้กับครอบครัวเด็กพิการ อะไรที่ดี มีประโยชน์เขา หามาให้แม่ ๆ หมด” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“พวกเราเติบโตมาจากมูลนิธิฯ นั่งย่อนึกถึงวันแรกที่เรายังไม่เข้มแข็ง เอาแต่ร้องไห้ ที่ผ่านจุดนั้นมาได้จนถึงทุกวันนี้ก็เพราะมูลนิธิฯ ที่ให้แนวคิด ทั้งสอน ทั้งบอก ทำทุกอย่างเพื่อให้เราเข้มแข็ง” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“ที่นี้สอนให้แม่ ๆ เข้มแข็ง ให้แม่ต้องสู้ เพื่อลูกของตนเอง สอนให้แม่ ๆ ทุกคนมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสองมือแม่ที่ละที่จะสามารถทำ หน้าที่ดูแลลูกและฟื้นฟูลูกเองได้ ซึ่งที่อื่นไม่มีแบบนี้...” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“เราเลือกคนที่จะมาทำงานที่นี้ เขาต้องเชื่อมั่นและศรัทธาในสถาบัน ครอบครัว เราเลือกคนที่มีใจและทำงานกับพ่อแม่ได้ เป็นสำคัญอันดับ แรกเลย อย่างอื่นมาเรียนรู้เพิ่มเติมกันได้...” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

จุดแข็งที่สอง คือ มีการให้บริการแบบองค์รวม การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เด็กสมองพิการที่นี่เป็นการให้บริการแบบองค์รวม ตั้งแต่ทำงานเชิงแนวคิด ปรับแนวคิด และสร้างทัศนคติที่ดีต่อเด็กพิการ และให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ดีที่ถูกต้องตั้งแต่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเด็กพิการและเด็กสมองพิการ มีการสอบอบรมในหลักสูตรพ่อแม่มือใหม่ (คือการจัดอบรมเพื่อเสริมความรู้ให้แก่พ่อแม่มือใหม่ได้มีความรู้ความเข้าใจตั้งแต่พื้นฐานเริ่มต้น) ควบคู่ไปกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในชุดกิจกรรมวิชาต่าง ๆ เช่น กายภาพบำบัด การนวดไทย การฝึกการเคลื่อนไหว กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมสวนบำบัด เป็นต้น รวมทั้งจัดอบรมเสริมความรู้ต่าง ๆ เพิ่มเติมให้กับครอบครัวเด็กสมองพิการ ที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เช่น ความรู้เรื่องยาสำหรับเด็กพิการ ความรู้เรื่องโภชนาการ ความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมในเด็กพิการวัยรุ่น เป็นต้นนอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเสริม อบรมเสริมความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ดูแล ครอบครัวเด็กสมองพิการอย่างสม่ำเสมอ เช่น การอบรมนวดไทย ในหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และหลักสูตรวิชาชีพหมอนวดไทย ซึ่งเป็นการส่งเสริมประโยชน์ทั้งการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพกับลูกได้ และยังสามารถนำความรู้ด้านการนวดไทยไปใช้ในการดูแล ฟื้นฟูสมาชิกในครอบครัวได้ รวมทั้งยังสามารถนำความรู้ไปใช้ประกอบอาชีพได้อีกด้วย ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“แม่ไปมาหลายทีละแม่ต้องเสียเงินจ่ายค่าจ้างเขาเพื่อให้มาฝึกลูกเรา แต่ที่นี่ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเสียเงินจ้างใคร มีแต่สอน ทำให้ดู จับมือทำ เพื่ออยากให้แม่ ๆ ฝึกลูกตัวเองให้ได้ ทำให้เป็น” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 22 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ที่นี่ดีมาก พ่อไม่เคยเจอที่ไหนที่สอนให้พ่อแม่เข้มแข็ง ให้พ่อแม่มีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการฝึกลูก พี่นฟูลูกต่อที่บ้านได้ด้วยตนเอง” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“หมอเคยบอกว่่าน้องจะอยู่ได้ไม่เกินสิบปี ให้แม่ทำใจ แต่มาที่นี่ ที่นี่สอนให้แม่เข้มแข็ง ต้องสู้ เพื่อลูก ให้มีความรู้ที่ถูกต้องที่สามารถฝึกนฟูลูกที่บ้านได้ด้วยตนเอง จนวันนี้แม่ภูมิใจมาก ที่แม่สามารถดูแลลูกมาได้ จนนี้น้องอายุจะสิบห้าปีแล้วนะ” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...มีการฝึกฟูตรงตามความต้องการกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ทำให้แม่ได้ความรู้ และวิธีดูแลลูกที่ถูกต้องและสามารถไปฝึกฟูลูกที่บ้านได้ เพราะต้องฝึกฟูเด็กอย่างต่อเนื่อง...” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“ที่นี่มีบริการที่หลากหลาย เป็นทางเลือกที่ดีให้กับพ่อแม่ มีให้ทั้งแนวคิด ช่วยให้เราได้มีความรู้ ได้แลกเปลี่ยนกับแม่ ๆ ด้วยกัน ได้อะไรเรียนรู้อะไรหลายอย่าง บางสิ่งเป็นสิ่งที่เราไม่เคยรู้ไม่เคยได้ยินมาก่อน แม่ก็มารู้ที่นี่ละ...” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 2 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

จุดแข็งที่สาม คือ คุณสมบัติผู้ให้บริการมีความรู้ มีประสบการณ์ และมีความชำนาญ เหมาะสมที่จะเป็นผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลในระดับของผู้บริหารศูนย์บริการคนพิการฯ แสดงความคิดเห็นว่า ผู้ให้บริการที่ศูนย์บริการคนพิการฯ คือ ผู้ดูแล (พ่อแม่) ที่เป็นแกนนำครอบครัว เด็กสมองพิการ ที่มีความรู้ มีทักษะ มีประสบการณ์ และมีความชำนาญ ที่เหมาะสมเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งมีการกำหนดหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ และมีกระบวนการในการคัดเลือก และสิ่งที่สำคัญอย่างมากในการพิจารณาผู้ให้บริการในแต่ละชุดกิจกรรมจะต้องมีความรู้ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ หลักสูตรพ่อแม่มีมือใหม่ ซึ่งนับว่าเป็นหลักสูตรพื้นฐานที่มีเนื้อหาความรู้ในการอบรมที่ครบถ้วน และผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องและ/หรือมีประสบการณ์กับการให้บริการ เช่น

ผู้ให้บริการในด้านการนวดไทย ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย ขั้นต่ำคือ การนวดไทยในหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง และถ้าจะให้ดีที่สุดคือควรผ่านการอบรมในหลักสูตรหมอนวดไทย (วิชาซีพีการแพทย์แผนไทย 800 ชั่วโมง) เป็นต้น ดังบทสัมภาษณ์

“จุดเด่นคือผู้ให้บริการที่เป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง เราต้องมีแนวคิดในการยกระดับพ่อแม่ขึ้นมาเป็นผู้ให้บริการ เน้นไปที่พ่อแม่กับครอบครัว เพราะเขามีประสบการณ์ และเราก็ต้องอบรมเสริมความรู้ใหม่ ๆ ให้เขาตลอดเวลา เพื่อพัฒนาทักษะเพิ่มเติมมากขึ้น” (ผู้บริหาร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 15 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลในระดับของผู้ให้บริการ มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ จุดเด่นของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้งในศูนย์บริการคนพิการฯ และศูนย์เรียนรู้คือ ผู้ให้บริการที่เป็นแกนนำพ่อแม่ มีความเหมาะสม มีความรู้ มีประสบการณ์ และความชำนาญ ในการให้บริการและถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ให้กับพ่อแม่ที่มาใช้บริการ และที่สำคัญคือ มีจิตอาสา มีใจรักในการให้บริการ มีความพร้อมที่จะให้บริการ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เพียงมุ่งหวังเพื่อให้เด็กสมองพิการได้รับโอกาสในการเรียนรู้ โอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ต้องมีประสบการณ์ และมีความชำนาญ ที่จะสามารถสอน ถ่ายทอดให้พ่อแม่ได้รับความรู้และนำความรู้ไปใช้ในการฝึกลูกที่บ้านได้ด้วย” (ผู้ให้บริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 22 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“พวกเราเป็นผู้ให้บริการที่เป็นพ่อแม่ด้วยกันเอง ให้บริการโดยคิดว่าเขาคือคนในครอบครัวเดียวกัน ลูกเขาก็เหมือนลูกเรา เราก็จะพยายามฝึกฟื้นฟูลูกเขาให้เต็มที่ ให้สมกับที่เขาไว้วางใจให้เราฝึกลูกให้เขา” (ผู้ให้บริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 22 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ที่ ศูนย์ฯ ของเรามีบุคลากรผู้ให้บริการที่ดี พวกเราได้เรียนรู้ความรู้ต่างๆ มาจากมูลนิธิฯ เราก็เอามาปรับใช้เพื่อให้บริการเราที่ดีที่สุด ไม่ได้ทำเพื่อใคร แต่ทำเพื่อเด็ก ๆ ลูกของเรา และแม่ ๆ ของพวกเราทุกคน” (ผู้ให้บริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

สำหรับความคิดเห็นของผู้รับบริการ มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มที่กล่าวมาข้างต้นเช่นเดียวกัน โดยแสดงความคิดเห็นว่า ผู้ให้บริการทั้งที่ศูนย์บริการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 5 แห่งนั้น มีผู้ให้บริการ คือ แกนนำผู้ดูแล (แม่) เด็กสมองพิการ ที่เป็นรุ่นพี่ มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญ และมีทักษะที่ผ่านประสบการณ์ในการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ ซึ่งเป็นลูกหลานของตนเองมาก่อน รวมทั้งมีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ต่อให้กับผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่เป็นพ่อแม่มือใหม่ได้เป็นอย่างดี ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“...จุดเด่นของที่นี่ แม่ต้องยกให้ผู้ให้บริการเลย ทุกคนมีความรู้จริง ๆ มีประสบการณ์ มีความชำนาญ ดูได้จากที่เขาสามารถฝึกลูกคนอื่นได้ ฝึกเด็กได้ทุกคน แบบมืออาชีพ” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ผู้ให้บริการดีมากค่ะ มีความรู้ แต่ละคนให้บริการดีมาก ประทับใจ และยายก็ไว้วางใจให้เขามาฝึกหลานยาย และอยากให้เราดี ๆ แบบนี้ตลอดไป” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“แม่ ๆ ที่ให้บริการที่นี่ดีมาก เขามีความรู้ มีความชำนาญ ฝึกเด็กได้ทุกคนและยังเป็นกันเอง ช่วยเหลือแม่ทุกอย่าง และยังคงคอยให้กำลังใจเสมอ” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

จุดแข็งที่สี่คือ การให้บริการที่สนับสนุนการรวมกลุ่มในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือที่เรียกอีกชื่อว่า กลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ให้ความคิดเห็นว่าจุดแข็งของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ที่มีการสนับสนุนการรวมกลุ่มในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเอง หรือเรียกว่า “กลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน” เป็นแนวคิดหลักในการทำงานของศูนย์บริการคนพิการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 5 แห่ง ในการดำเนินงาน ในการให้บริการ ซึ่งนับว่าเป็นจุดแข็งที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่านี่คือจุดเด่นที่ทุกคนเห็นพร้อมต้องกันอย่างชัดเจน และสมาชิกทุกคนเห็นประโยชน์ที่ตนได้รับจากกลุ่มแบบนี้ ทั้งเกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการและเด็กสมองพิการ

ดังบทสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน พูดสะท้อนถึงจุดเด่นของการให้บริการที่สนับสนุนการรวมกลุ่มในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเอง เป็นรูปแบบของกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ มีระบบการบริหารจัดการกลุ่มแบบในแนวระนาบเดียวกัน ซึ่งนับว่าเป็นข้อดีและมีความเหมาะสมมาก เพราะมีความเป็นกันเอง เป็นการรวมกลุ่มของผู้ปกครองที่มีปัญหาเดียวกันและ/หรือคล้ายคลึงกัน ได้ปรับทุกข์กัน จนเสมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวใหญ่ครอบครัวเดียวกัน ที่พูดคุยสื่อสารด้วยเนื้อหาประเด็นเดียวกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวเด็กพิการ และเป็นแหล่งที่สามารถมาพบปะ

พูดคุยสื่อสารในประเด็นปัญหาเดียวกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน และยังได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันในกลุ่มผู้ปกครองอีกด้วย และที่สำคัญคือทำให้กำลังใจ และรับกำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้สมาชิกครอบครัวเด็กพิการมีกำลังใจ ซึ่งนับว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกครอบครัวเด็กพิการอยากจะทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อลูก ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“จุดเด่นที่เรามีคือกลุ่มแบบพึ่งตนเองที่เน้นครอบครัวเป็นฐาน คือการที่พ่อแม่มาร่วมด้วยช่วยกัน มีส่วนร่วมด้วยกัน เพื่อลูกของเขา นอกจากพ่อแม่เขาได้ฝึกให้ลูกแล้วยังได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันนับว่าเป็นเรื่องที่ดี” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“...เพื่อนช่วยเพื่อน เราอยากช่วยพ่อแม่ด้วยกัน ให้มีความรู้ มีประสบการณ์จากแม่ ๆ ด้วยกัน อยากให้เขาเชื่อว่าเขาสามารถดูแลและฟื้นฟูลูกเองได้ อยากให้เห็นว่าถ้าเราไม่ดูแลตั้งแต่แรกสุดท้ายจะเกิดอะไร เราก็พยายามจะบอกพูดกับเขาด้วยประสบการณ์ของเรา แค่วันเดียวก็ทำให้เขายิ้มได้ ทั้งที่เขาไม่เคยยิ้มเลยตลอด 3 ปี เราก็ดีใจที่เห็นเขายิ้มได้ภายใน 2 ชม. 3 ชม...” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“ที่นี่เราเน้นเพื่อนช่วยเพื่อน พวกเราทุกคนมีปัญหาเดียวกัน มีลูกหลานเหมือนกัน เหมือนพูดภาษาเดียวกัน เข้าใจกัน เหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“...เรามาร่วมกลุ่มที่นี้ตอนแรกทุกข์มาก ทุกข์ทั้งใจทุกข์ทั้งกาย แต่ได้เพื่อ ๆ ที่นี้ให้กำลังใจกัน ปรับทุกข์กัน เหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน พูดภาษาเดียวกัน ทำให้แม่ยิ้มได้ หัวเราะได้” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“ดีมาก ๆ มีความเป็นกันเอง ไม่มีการแบ่งแยกระดับ ทุกคนคือเพื่อน เพื่อนช่วยเพื่อน ช่วยกันและกัน มีให้กำลังใจกัน มีอะไรก็ช่วยเหลือกันไป” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“...ดีมาก ชอบประทับใจที่มีแม่ ๆ แต่ละคนมาแชร์ประสบการณ์ แชร์ความรู้ แชร์วิธีการดูแล มาที่นี้ได้ความรู้เยอะคุยกันได้ทุกเรื่อง” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 1 มีนาคม 2561 : สัมภาษณ์)

จุดแข็งที่ห้าคือ เป็นพื้นที่ให้บริการที่ให้เด็กสมองพิการมีเพื่อนมีสังคม สำหรับจุดแข็งประการนี้นั้น เป็นความคิดเห็นจากกลุ่มของผู้รับบริการที่แสดงความคิดเห็นว่านอกเหนือจากการมาเพื่อรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้ง 5 แห่งแล้วนั้น จุดแข็งอีกประการที่ทุกครอบครัวได้รับคือการที่ทั้งศูนย์บริการคนพิการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ นั้น เป็นพื้นที่ให้บริการที่ให้เด็กสมองพิการมีสังคม มีเพื่อน เปรียบเสมือนตั้งสถานที่นี้คือโรงเรียนสำหรับเด็กสมองพิการซึ่งเป็นลูกหลานของพวกเขา เนื่องจากเด็กสมองพิการที่มารับบริการอยู่ในปัจจุบันนั้น จัดว่าเป็นกลุ่มเด็กสมองพิการที่มีสภาพความพิการซ้ำซ้อน (Multiple Disabilities) และมีระดับความพิการที่ค่อนข้างรุนแรง (Severe Disabilities Children)

จากจำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระดับผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 15 คน เป็นครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการ และมีความพิการซับซ้อน (Multiple Disabilities) กล่าวคือเป็นเด็กสมองพิการที่มีความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย พบว่า ส่วนมากเป็นเด็กสมองพิการที่มีความพิการประเภทออทิสติกและสติปัญญามากที่สุด รองลงมาคือประเภทความพิการทางการได้ยิน และทางการมองเห็น ร่วมด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่พบว่า ร้อยละ 80 ของเด็กสมองพิการ มักมีความผิดปกติร่วมด้วยอย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยที่ภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกตินั้น มักส่งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Center for Children with Special Needs Seattle Children's Hospital. 2011 : 4, Sankar and Mundkur. 2005 : 865-866) สิ่งหนึ่งของปัญหาที่เด็กสมองพิการต้องประสบคือปัญหาความผิดปกติทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว โดยเด็กสมองพิการนั้น จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ด้วยตนเอง จึงต้องมีผู้ดูแลคอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ และหากเด็กสมองพิการนั้นมีความซ้ำซ้อนเพิ่มมากขึ้นแล้วนั้น จักยิ่งส่งผลก่อให้เกิดปัญหาในการเรียนรู้ร่วมด้วย กล่าวคือการที่เด็กสมองพิการนี้ที่ต้องมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ศูนย์บริการคนพิการคนพิการทั่วไป และศูนย์เรียนรู้ฯ นั้นนอกจากประโยชน์ได้รับในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดโปรแกรมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้แล้วนั้น ในทัศนะของครอบครัวเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการนั้น คิดเห็นว่าทั้งศูนย์บริการคนพิการคนพิการทั่วไป และศูนย์เรียนรู้ฯ นั้นเปรียบเสมือนเป็นโรงเรียนให้กับเด็กสมองพิการลูกหลานของพวกเขา เพราะเด็กสมองพิการที่ต้องมารับบริการที่นี้นั้นเป็นเด็กพิการรุนแรงและไม่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาได้

ดังนั้นจากบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลนั้นพบว่า จุดแข็งของการมารับบริการทั้งที่ศูนย์บริการคนพิการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฯ) นั้นคือพื้นที่ให้บริการที่ทำให้เด็กสมองพิการมีสังคม มีเพื่อน และเป็นพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้เด็กสมองพิการได้เรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากพื้นที่ที่บ้านและครอบครัวของเด็กเอง ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ตั้งแต่ลูกมาที่นี่ ลูกมีเพื่อน มีสังคมของพวกเรา ที่ทำให้ลูกไม่เหมือนคนป่วย ที่นี้ไม่ได้มองว่าลูกเราพิการ อ่อนด้อยกว่าคนอื่น ที่นี้ก็เหมือนเป็นโรงเรียนให้เด็ก ๆ ลูก ๆ ของพวกเราทุกคน” (ผู้รับบริการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ไม่ได้คิดว่าอยากได้บริการอะไรมาก ที่มาเพราะอยากให้หลานมีสังคม มีเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกับคนอื่นบ้าง เขาได้เจอเพื่อน ก็อารมณ์ดี สดชื่น ร่าเริง เพราะมีเพื่อนในวันเดียวกัน” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“ลูกมาอยู่ที่นี่ ลูกดีขึ้น ร่าเริงเพราะลูกมีสังคม มีเพื่อนเพราะถ้าไม่ได้มาที่นี้ก็อยู่บ้านเฉย ๆ อยู่กันสองคนแม่ลูกหรือไม่กี่ไปโรงพยาบาล มีอยู่แค่สองที่” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ตอนนี้ลูกของแม่ โตเป็นสาวแล้ว เหมือนที่นี้เป็นโรงเรียน เป็นสังคมให้เขา เขาต้องการเพื่อน แม่เองก็ต้องการมีสังคมให้กับเขา เขามาที่นี้ก็จะได้เจอเพื่อน ๆ ดูสดชื่นร่าเริง ถ้าไม่มาเสียจะดูเครียด หน้าบึ้ง...” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“เขาชอบมาที่นี้ ได้เจอเพื่อน ๆ เขาใช้วิธีการจำเสียง เวลาได้ยินเสียง เขาจะอยากคุยด้วย แสดงปฏิกิริยาด้วยการหันหาตามเสียง และเปล่งออกเสียงเพื่อทักทาย ถ้ามีคนทักตอบ เขาก็จะดีใจรีดเลย” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“...เราพยายามสร้างบรรยากาศที่นี้ให้เสมือนบ้านหลังที่สองของครอบครัวเด็กพิการ เป็นพื้นที่ให้ทั้งแม่และลูกได้มีสังคม ได้มีเพื่อน ทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุยกัน” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

ส่วนที่สาม จุดอ่อน ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ของศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฯ) ทั้งหมด 5 แห่ง พบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้ง 5 แห่งนั้น มีจุดอ่อนในการให้บริการ 3 ประการ ดังนี้

จุดอ่อนที่หนึ่ง คือ เรื่องอาคารและสถานที่จัดบริการคับแคบ ไม่มีห้องฝึกเฉพาะ ไม่มีห้องเป็นสัดส่วนไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการฝึกที่หลากหลายและเพียงพอ จากการสัมภาษณ์

ข้อมูลเชิงลึกนั้นพบปัญหาจุดอ่อนนี้ในศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 4 แห่ง คือ ศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่หนองแขม มีนบุรี วังทองหลาง และอุดมสุข (ยกเว้นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ที่ไม่พบปัญหาจุดอ่อนในประเด็นนี้) จากการให้ข้อมูลพบว่า มีปัญหาจุดอ่อนในเรื่องของอาคาร สถานที่ที่จัดให้บริการนั้นมีความคับแคบ ไม่เพียงพอต่อจำนวนครอบครัวเด็กสมองพิการที่มารับบริการในแต่ละวัน เนื่องจากสถานที่ให้บริการทั้ง 2 แห่ง คือ ศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่หนองแขม เป็นบ้านเช่าทาวเฮ้าส์ 2 ชั้น ขนาดพื้นที่ประมาณ 31 ตารางวา และศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่มีนบุรี สถานที่ที่เป็นบ้านเช่าชั้นเดียวขนาด 50 ตารางวา ส่วนศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่อุดมสุข นั้นได้รับความอนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่จากหน่วยงานราชการแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อุดมสุข ที่แบ่งห้องให้ใช้เป็นสถานที่ประจำจำนวน 1 ห้อง และศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่วังทองหลาง ที่ใช้สถานที่คือห้องฝึกเด็กของมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาจุดอ่อนในเรื่องไม่มีห้องฝึกเฉพาะที่เป็นสัดส่วน ที่แบ่งแยกห้องฝึกตามรายชดวชิกรวม ตลอดจนไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการฝึกและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการที่หลากหลายและเพียงพอต่อความต้องการจำเป็นและจำนวนเด็กสมองพิการที่มารับบริการ ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“...พูดถึงสถานที่ก็คับแคบไปนิด ถ้าวันไหนที่มีเด็กมาเยอะ ๆ นี่บ้านเล็กไปเลย และแม่ก็คิดว่าถ้ามีอุปกรณ์ฝึกเด็ก ให้มากกว่านี้จะได้เพียงพอกับเด็กทุกคน” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้ฯ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“...ถ้าสถานที่ที่นี้กว้างกว่านี้อีกสักนิดก็จะดีมาก จะได้เปิดรับบริการให้กับเด็ก ๆ ได้เพิ่มมากขึ้นกว่านี้ ทุกวันนี้ต้องแบ่งกลุ่มเด็กเล็ก เด็กโต สลับกันมา เพราะสถานที่ไม่เพียงพอ” (ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้ฯ. 28 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“แม่คิดว่าที่มีจุดอ่อนอย่างหนึ่งคือสถานที่ ถ้ามีสถานที่ที่นี้ดีกว่านี้ก็จะดี เพราะเวลาเด็กมากันเยอะ ๆ ดูคับแคบไปเลย อึดอัด บรรยากาศและอากาศจะได้ปลอดโปร่ง โลงสบายกว่านี้” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้ฯ. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“อยากให้มื่ออุปกรณ์ในการฝึก การฟื้นฟู ที่หลากหลายมากกว่านี้ อย่างน้อยก็ขอให้มื่ออุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้สำหรับการฟื้นฟู ที่จำเป็นสำหรับเด็กซีพี” (ผู้ให้บริการ ศูนย์เรียนรู้ฯ. 22 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“เราก็อยากพัฒนาให้ที่นี้ให้บริการแบบครบวงจร เป็น One stop services ก็ต้องมีอุปกรณ์ฟื้นฟูที่ครบ บริการให้ได้มาตรฐาน เพื่อใช้ใน

การฝึกและฟื้นฟูเด็ก ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น” (ผู้บริหาร
ศูนย์เรียนรู้. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

จุดอ่อนที่สอง คือ ระบบงานเอกสาร ปัญหาในประเด็นผู้ศึกษาค้นพบจาก
การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มในระดับผู้บริหาร และกลุ่มระดับผู้ให้บริการของศูนย์เรียนรู้ฯ
ทั้ง 4 แห่งเท่านั้น ส่วนศูนย์บริการคนพิการฯ นั้น ไม่พบปัญหานี้ เพราะระบบการบริหารจัดการ
ในงานการให้บริการของศูนย์บริการฯ นั้น ใช้ระบบมาตรฐานเดียวกันกับระบบบริหารจัดการงานของ
มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ อีกทั้งมีเจ้าหน้าที่ ของมูลนิธิฯ ในระดับครู เป็นพี่เลี้ยงในการช่วยแนะนำ
แนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ของศูนย์บริการฯ อย่างใกล้ชิด

สำหรับศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 4 แห่งนั้น ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาในเรื่องระบบเอกสาร
ต่าง ๆ ที่ยังไม่เป็นระบบที่ดี ทั้งระบบเอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ ระบบทะเบียนประวัติ ระบบ
การจัดเก็บข้อมูล และงานเกี่ยวกับข้อมูลสถิติ เป็นต้น เนื่องจากจุดเริ่มต้นของการรวมกลุ่ม
ศูนย์เรียนรู้ฯ นั้นมาจากการรวมตัวกันของพ่อแม่ ครอบครัวเด็กพิการด้วยกัน ที่ทุกคนมีลูกเป็น
เด็กสมองพิการ แต่มีใจมีจิตอาสา อยากจะทำอยากจะทำช่วยเหลือเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน ช่วยดูแล
ซึ่งกันและกัน ช่วยให้เขามีความรู้ สามารถที่จะเลี้ยงดูและฟื้นฟูเด็กสมองพิการด้วยตนเองได้
ในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน แม่ ๆ ทุกคน ทุกศูนย์เรียนรู้ฯ ที่เปิดให้บริการ แม่ ๆ ได้พัฒนาตนเอง
ขึ้นมาเป็นผู้ให้บริการ ได้จากการเก็บเกี่ยวความรู้ เรียนรู้ ฝึกฝน พัฒนาทักษะจนเกิดความชำนาญ
มาจากประสบการณ์ แต่แม่ ๆ ทุกคนก็มีอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญคือบทบาทของความเป็นแม่ของ
เด็กสมองพิการ ที่ต้องมีความรับผิดชอบดูแลลูกหลานของตน จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้มาสร้างระบบ
เอกสาร พัฒนาระบบเอกสารต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงเป็นเรื่องที่ยากสำหรับศูนย์เรียนรู้ฯ
แต่ก็พยายามจะทำเท่าที่ความสามารถจะทำได้ แต่สิ่งหนึ่งที่ทุกศูนย์เรียนรู้ฯ มีคือระบบการประเมิน
พัฒนาการก่อนการฝึก (Pre-Test) และการประเมินหลังการฝึก (Post-Test) เพื่อนำข้อมูลใช้ในการ
การออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการเหมือนกัน แต่ยังไม่สามารถทำ
การบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องเป็นระบบ และไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบระเบียบ
เช่นกัน ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“เป็นเรื่องยากสำหรับเราเลย คือการจะให้มานั่งบันทึกข้อมูลและ
จัดเก็บสถิติข้อมูลต่าง ๆ แม่ ๆ บางคนก็ไม่มีความรู้ เราก็เลยไม่
อยากจะไปอะไรมากในขณะนี้ ขอแค่ให้เขามีใจมีจิตอาสาในการ
ให้บริการที่ดีก่อน” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 22 มกราคม 2561 :
สัมภาษณ์)

“ยอมรับเลยว่าข้ออ่อนของเราคือเรื่องเอกสาร แม้ก็รู้ว่าเอกสารและสถิติมีความสำคัญ แต่แม่ก็ยังไม่อยากจะไปกดดันเพื่อน ๆ มากนัก พยายามทำเท่าที่ทำได้ไปก่อนก็พอ” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“ศูนย์ฯ เราเริ่มต้นจากประสบการณ์จริง ตอนแรกก็ทำจากประสบการณ์นี้ละ ลองทำกันดู เรื่องระบบข้อมูลเอกสารจะยากเกินไปสำหรับแม่ ๆ ไม่มีความรู้ ไม่รู้จะเริ่มต้นยังไง” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

จุดอ่อนที่สาม คือ ปัญหาเรื่องงบประมาณในการดำเนินงาน สำหรับปัญหาในเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอนั้น ผู้ศึกษาพบเฉพาะในส่วนของศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 4 แห่งเท่านั้นคือศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่มีนบุรี หนองแขม อุดมสุข และวังทองหลาง ส่วนของศูนย์บริการฯ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการนั้นยังไม่พบว่า มีปัญหาในเรื่องงบประมาณ เนื่องจากได้รับการจัดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามที่กฎหมายกำหนดแล้วตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 และได้รับการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณตามโครงการสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 อย่างต่อเนื่องมาทุกปีจนถึงปัจจุบันในปี พ.ศ. 2561

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มในระดับผู้บริหารพบว่า มีศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 4 แห่งนั้นมีปัญหาเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอนั้น เนื่องจากปัจจุบันศูนย์เรียนรู้ฯ ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนรับรองเป็นศูนย์บริการคนพิการฯ ตามเงื่อนไข และรูปแบบของศูนย์เรียนรู้ฯ ในปัจจุบันนั้นเป็นรูปแบบของการรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งกันขึ้น โดยยังไม่ได้ดำเนินการจดทะเบียนรับสถานภาพองค์กรทางกฎหมายแต่อย่างใด จึงส่งผลให้ไม่สามารถได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากกองทุนฯ หรือหน่วยงานภาครัฐใด ๆ อย่างเป็นทางการ และยิ่งขาดความสามารถในการระดมทุน เพื่อหางบประมาณมาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่จะนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในด้านต่าง ๆ และระดมทุนเพื่อจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูได้มากนัก จึงส่งผลให้รายรับไม่เพียงพอกับรายจ่ายในการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ฯ

ปัจจุบันรูปแบบการระดมทุนที่ศูนย์เรียนรู้ฯ ดำเนินการอยู่ คือ เน้นการประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารผ่านสื่อ Social Media คือ Facebook และการประชาสัมพันธ์บอกต่อปากต่อปากกัน เพื่อรับบริจาคจากบุคคลทั่วไป องค์กรภาคธุรกิจ และหน่วยงานภาครัฐในเขตพื้นที่ แต่ไม่มีมาสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระยะยาว ดังบทสัมภาษณ์ ผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“ทางศูนย์ฯ เรา เคยของบประมาณจากแหล่งทุน แต่ก็ได้เป็นครั้งคราว ซึ่งยังไม่พอกับการดำเนินกิจกรรม ในศูนย์ฯ ของเรา” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 14 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“...งบประมาณในการสนับสนุนไม่เพียงพอ มีบางคนรู้จักเรา รู้ว่าเรา ทำงานอะไร เขาเห็นใจก็อยากช่วยเหลือมาบริจาคบ้าง แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการดำเนินงาน...” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 22 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

“แม่ ๆ เขียนโครงการไม่เป็น และศูนย์ของเราเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ที่รวมตัวกันเพื่อฟื้นฟูลูก จะให้ระดมทุนยังไงแม่ก็ทำไม่เป็น ไม่รู้จะต้องทำยังไง แม่ ๆ ระดมทุนกันไม่เก่ง ไม่ได้เชี่ยวชาญเรื่องนี้ และไม่ได้เปิดตัวประชาสัมพันธ์โฆษณาไปมาก ก็จะมีแต่พวกภาคเอกชนที่เขามาบริจาค โดยตรงกับกับศูนย์ฯ เราบ้าง” (ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

4.2.3 คุณสมบัติของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ คือ นางสาว วิจิตา รชตะนันท์กุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ในฐานะบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในงานด้านนโยบาย การกำกับ ติดตามนโยบายโดยตรง ซึ่งมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งในการตระหนักถึงความสำคัญ และกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการให้ชัดเจน ดังบทสัมภาษณ์

“...คุณสมบัติของผู้ให้บริการ นั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ในงาน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยองค์กรคนพิการ ภาคเอกชน ดังนั้นต้องให้เป็นไปตามที่กฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด” (วิจิตา รชตะนันท์กุล. 11 เมษายน 2561 : สัมภาษณ์)

กล่าวคือ ประเด็นเรื่องคุณสมบัติของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปว่า การดำเนินงานและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการของ ศูนย์บริการฯ นั้นก็ต้องมีความสอดคล้องกับระเบียบ ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 เป็นสำคัญ โดยเฉพาะศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ได้รับการจดทะเบียนจัดตั้งและได้รับใบอนุญาตแล้วนั้น ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน และ/หรือ มาตรฐานการให้บริการ

เฉพาะของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปก็ก็ตาม แต่ต้องปฏิบัติตามและให้เป็นไปตามมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ ที่เป็นตัวกำกับและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ให้เป็นไปและสอดคล้องตามมาตรฐานองค์กรเพื่อคนพิการ และมาตรฐานองค์กรของคนพิการ ในด้านที่สองลักษณะของการให้บริการองค์ประกอบที่ 1 การวางแผนการให้บริการและตัวชี้วัดที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่กำหนดแนวทางว่า บุคลากรผู้ให้บริการหรืออาสาสมัครหรือที่ปรึกษาที่ทำหน้าที่ในการให้บริการที่เป็นไปตามความต้องการหรือตามที่ตกลงกับผู้รับบริการ ต้องมีประสบการณ์ทักษะความรู้ความสามารถที่เฉพาะด้าน สอดคล้องกับลักษณะงานที่ให้บริการและหากในกรณีที่ต้องให้บริการเฉพาะทางต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการ

นอกจากนี้ นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล ให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า หากในกรณีของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ต้องการยื่นเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ นั้น ต้องปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 และเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังเช่น ในหมวดที่ 2 การบริหารจัดการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในการสนับสนุนค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน ประจำศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 1 อัตราต่อศูนย์ เพื่อปฏิบัติหน้าที่บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและในส่วนของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้นก็ต้องให้เป็นไปตาม หมวดที่ 3 การจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ที่กำหนดว่าการจัดบริการต้องดำเนินการโดยบุคลากร ผู้ให้บริการ หรืออาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์และให้คณะกรรมการประเมินศักยภาพคนพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเป็นผู้ให้การรับรอง ดังบทสัมภาษณ์

“คุณสมบัติผู้ให้บริการนั้นสำคัญมาก ๆ คุณสมบัติของผู้ให้บริการต้องมีความเหมาะสม มีความรู้ มีทักษะ มีประสบการณ์ที่เชี่ยวชาญในการให้บริการ ตามประเภทความพิการนั้น ๆ และต้องไม่ข้ามประเภทความพิการ” (วิจิตา รชตะนันท์กุล. 11 เมษายน 2561 : สัมภาษณ์)

ในทัศนะของประธานกรรมการบริหาร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ คือ นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งประธานกรรมการบริหาร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ นั้น ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องคุณสมบัติผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังบทสัมภาษณ์

“...เป็นเรื่องที่ตีมากที่ผู้ศึกษาทำการศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการ

คนพิการทั่วไป และมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณสมบัติของผู้ให้บริการที่ชัดเจน” (ประพจน์ เกตตราภาศ. 21 เมษายน 2561 : สัมภาษณ์)

ซึ่งหลักการที่สำคัญเพื่อเป็นกรอบในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติผู้ให้บริการนั้น ควรเน้นว่าผู้ให้บริการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป นั้นคือผู้ดูแลเด็กพิการ (พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เด็กพิการ) ซึ่งจะตรงตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่มีเจตนารมณ์ของกฎหมายที่กำหนดนโยบายเรื่องศูนย์บริการคนพิการฯ เพื่อให้องค์กรด้านคนพิการและ/หรือคนพิการสามารถจัดบริการด้วยตนเองได้

สำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่จัดบริการเพื่อเด็กพิการและครอบครัวเด็กพิการ เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักนั้น ควรเน้นไปที่หลักการกำหนดให้ ผู้ดูแลเด็กพิการ (คือพ่อแม่) เป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งนับว่าเป็นการยกระดับผู้ดูแลเด็กพิการ (พ่อแม่) และ/หรือคนพิการที่มีศักยภาพให้มาเป็นผู้ให้บริการได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ในภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นที่ปรึกษาในการทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพ หนุนเสริมสนับสนุนให้กับพ่อแม่ได้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการ

เกณฑ์คุณสมบัติที่สำคัญของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนั้น ประกอบด้วย 3 ประการใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) ต้องเป็นผู้ดูแลเด็กพิการ (พ่อแม่) 2) มีความรู้ ในศาสตร์วิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความรู้พื้นฐานที่จำเป็น และระดับความรู้เฉพาะทางในวิชาต่าง ๆ ที่ยกระดับความเข้มข้นของเนื้อหาสาระทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งต้องมากำหนดหลักสูตรกันในลำดับต่อไป และ 3) มีทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการให้บริการ ดังบทสัมภาษณ์

“เราต้องตระหนักว่าเป็นการยกระดับพ่อแม่(ผู้ดูแล) เด็กพิการ ให้มาเป็นผู้ให้บริการเป็นหลัก ซึ่งพ่อแม่เด็กพิการเองก็ต้องพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ ฝึกฝนทักษะในการให้บริการให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการเขายอมรับ...” (ประพจน์ เกตตราภาศ. 21 เมษายน 2561 : สัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกประเด็นคุณสมบัติของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป พบว่าจาก ผู้ให้ข้อมูลในระดับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นั้นประกอบด้วย 4 ประการใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) ต้องเป็นผู้ดูแลเด็กพิการ (พ่อแม่) 2) มีความรู้ ในศาสตร์วิชาการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ 3) มีทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการให้บริการโดยกำหนดกรอบระยะเวลาตามความเหมาะสม โดยจะต้องมาพิจารณาว่าจำเป็นต้องกำหนดกรอบระยะเวลาที่ปีจึงจะเหมาะสม เช่น กำหนดว่า 2 ปี หรือ 3 ปี และ 4) ความสามารถในการฝึกลูกของตนเองและสามารถฝึกลูกของคนอื่นที่หลากหลายได้ ซึ่งสำหรับคุณสมบัติประการที่ 1) -3) นั้น ให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูล

ในระดับผู้รับผิดชอบในระดับนโยบาย และระดับคณะกรรมการ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ทั้ง 2 ท่านตั้งที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอไว้แล้วในช่วงต้นเพียงแต่มีเพิ่มคุณสมบัติใน ประการที่ 4) คือ ความสามารถในการฝึกลูกของตนเองและสามารถฝึกลูกของคนอื่นที่หลากหลายได้ ผู้ศึกษานำเสนอ สรุปผลคุณสมบัติของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ โดยจัดลำดับความสำคัญของคุณสมบัติ ทั้ง 4 ประการใหญ่ ๆ ดังนี้

คุณสมบัติที่ 1 คือ เป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการ คุณสมบัติประการแรกที่สำคัญของผู้ให้บริการนั้นควรจะต้องเป็นผู้ดูแลเด็กพิการ ซึ่งหมายถึงพ่อแม่ ผู้ปกครอง ของเด็กสมองพิการ ซึ่งทุกคนมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าเป็นการยกระดับผู้ดูแลเด็กสมองพิการให้เป็นผู้ให้บริการ

คุณสมบัติที่ 2 คือ มีความรู้ หมายถึง ผู้ให้บริการ ต้องมีความรู้ ในศาสตร์วิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ (1) ความรู้ในระดับพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการ ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการเบื้องต้น ซึ่งในระดับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อ้างอิง ตัวอย่างเช่น หลักสูตรพ่อแม่มือใหม่ ที่จัดอบรมโดยมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และ (2) ความรู้ในระดับเฉพาะทางในวิชาต่าง ๆ ที่ยกระดับความเข้มข้นของเนื้อหาสาระทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งต้องมากำหนดหลักสูตรกันในลำดับต่อไป ซึ่งในระดับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อ้างอิงว่า ตัวอย่างเช่นหลักสูตรการฝึกอบรมที่พวกเขาผ่านการอบรมมาจากมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เพื่อพัฒนาต่อยอดพวกเขาไปสู่ระดับผู้ให้บริการได้นั้น เช่น ผู้จะให้บริการในวิชาการนวดไทยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการนั้น ควรจะต้องสำเร็จการอบรมในหลักสูตรการนวดไทยเพื่อเด็กพิการ (ประกอบด้วย หลักสูตรนวดไทยพื้นฐาน หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง และหลักสูตรแพทย์แผนไทย 800 ชั่วโมง) และสำหรับผู้จะให้บริการในวิชาการฝึกการเคลื่อนไหวเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการนั้น ควรจะต้องสำเร็จหลักสูตรผู้ฝึกการฝึกการเคลื่อนไหว เป็นต้น

คุณสมบัติที่ 3 คือ มีทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญ ตามประเภท ความพิการเด็กสมองพิการ ซึ่งเป็นเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ให้บริการที่มีความสำคัญในลำดับที่สอง รองลงมาจาก มีความรู้ กล่าวคือ ผู้ให้บริการต้องมีทักษะ ความชำนาญ ที่เกิดจากการฝึกฝนการฟื้นฟู บ่อย ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ โดยกำหนดกรอบระยะเวลาดูตามความเหมาะสม โดยจะต้องมาพิจารณาร่วมกันว่าจะต้องกำหนดกรอบระยะเวลาที่ปีจึงจะเหมาะสม เช่น จะกำหนดว่า 2 ปี หรือ 3 ปี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ลงความคิดเห็นว่า ผู้ให้บริการนั้นควรต้องมีประสบการณ์ในการฝึก และ/หรือฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป จึงจะเหมาะสมที่สุด

คุณสมบัติที่ 4 คือ ความสามารถในการฝึกลูกของตนเองและสามารถฝึกลูกของ คนอื่นที่หลากหลายได้ สำหรับคุณสมบัติประการนี้สอดคล้องกับคุณสมบัติข้อ 1 คือ ผู้ให้บริการควรจะต้องเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการ กล่าวคือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่จะมาให้บริการได้นั้น จะต้องสามารถฝึก

ลูกของตนเองได้และจะต้องฝึกลูกของคนอื่นซึ่งมีความหลากหลาย หลากหลายทั้งในประเภทความพิการ หลากหลายในระดับความพิการ เป็นต้น

4.2.4 ผู้รับบริการ (เด็กสมองพิการและผู้ดูแล) ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฯ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการระดับใด และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการให้บริการ

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มระดับผู้รับบริการของศูนย์บริการคนพิการฯ และศูนย์เรียนรู้ฯ รวมทั้ง 5 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่ามีความพึงพอใจกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้ง 5 แห่งที่มารับบริการอยู่ในปัจจุบัน เพราะสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการได้ ถึงแม้ว่าผู้รับบริการจะพบกับปัญหาอุปสรรคบ้าง เช่น การเดินทาง ปัญหาอาคารสถานที่คับแคบ ไม่มีห้องฝึกที่เป็นสัดส่วน เฉพาะ และอุปกรณ์การฟื้นฟูไม่เพียงพอ นั้น แต่ผู้รับบริการทุกคนก็แสดงความคิดเห็นว่าเข้าใจและยอมรับได้ในข้อจำกัดของศูนย์เรียนรู้ฯ แต่ละแห่งเป็นอย่างดี

สำหรับ ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เพิ่มเติม เพียงประการเดียว คือ ต้องการอยากให้มีการจัดการฝึกอาชีพ และ/หรือกลุ่มอาชีพให้กับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เพิ่มเติมด้วย เนื่องจากผู้ดูแลเด็กสมองพิการต้องมารับบริการและใช้ระยะเวลาอยู่ที่ศูนย์ฯ ตลอดทั้งวัน ตั้งแต่เวลาช่วงเช้าจนถึงช่วงเย็น ซึ่งผู้รับบริการเสนอแนะว่าหากสามารถดำเนินการได้ และถูกต้องตามระบบของศูนย์นั้นจะเป็นเรื่องที่ดีมาก คิดว่าผู้ดูแลจะสามารถจัดสรรบริหารจัดการเวลาได้โดยยังคงเน้นหลักการฝึกและฟื้นฟูเด็กสมองพิการเป็นหลักที่สำคัญก่อน แต่ในช่วงระยะเวลาว่างหลังจากการฝึกและฟื้นฟูเสร็จแล้ว หากสามารถดำเนินการจะเป็นบริการที่ครบวงจร แบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อประโยชน์ของเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ดังบทสัมภาษณ์

“อยากให้เพิ่มเติมเรื่องการฝึกอาชีพให้กับแม่ ๆ แม่ ๆ ทุกคนอยากได้มีอาชีพเสริม ที่สามารถทำในช่วงเวลาว่างหลังจากการดูแลลูกได้ด้วย”
(ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้ฯ. 26 มกราคม 2561 : สัมภาษณ์)

“อยากให้มีอาชีพเสริมให้กับแม่ ๆ เท่าที่เป็นอยู่ แม้ว่าแม่ ๆ ทุกคนอยากได้อาชีพนะ จะได้มีรายได้เสริมเพื่อช่วยหารายได้อีกทางหนึ่ง”
(ผู้รับบริการ ศูนย์เรียนรู้ฯ. 26 กุมภาพันธ์ 2561 : สัมภาษณ์)

4.2.5 การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามฐานสิทธิ์ ให้ได้มาตรฐาน

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ คือ นางสาว วิจิตา รชตะนันท์กุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนา

คุณภาพชีวิตคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ในฐานะบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในงานด้านนโยบาย การกำกับ ติดตามนโยบายโดยตรง ในประเด็นเรื่องระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามฐานสิทธิ์ ที่ได้มาตรฐานนั้น มีความคิดเห็นว่าจะต้องเป็นไปตามกฎหมาย โดยอิงตามกฎหมายแม่บทของการดำเนินงานด้านเด็กพิการ คนพิการ และศูนย์บริการคนพิการ คือ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ตามมาตรา 20(1) ถึงมาตรา 20(4) ตั้งแต่การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์นับว่าเป็นมิติใหม่แห่งเรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2556 : 13-18) กอปรกับประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130 ตอนพิเศษ 182 ง. ซึ่งหมายความว่าองค์กรด้านคนพิการสามารถให้บริการต่าง ๆ ตามกรอบภารกิจอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้มาเป็นกรอบในการพิจารณาว่าระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามฐานสิทธิ์ ที่ได้มาตรฐานควรเป็นอย่างไร ซึ่งต้องมีความสอดคล้องกับระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 เป็นสำคัญ และในระเบียบฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำระบบการให้บริการศูนย์บริการคนพิการ เพื่อให้เป็นไปตามฐานสิทธิ์ และได้มาตรฐานหากแต่ระเบียบดังกล่าวนี้ ยังเป็นเพียงระเบียบที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดไว้เท่านั้น

ในทัศนะของ นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) มีความคิดเห็น ว่า ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามฐานสิทธิ์ และได้มาตรฐาน ควรต้องเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ตามหมวดที่ 3 การจัดบริการที่กำหนดระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

- 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินศักยภาพเด็กพิการ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้แทนคนพิการและ/หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการคนพิการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิร่วมเป็นคณะกรรมการ
- 2) การประเมินศักยภาพเด็กพิการ และ/หรือคนพิการ และ
- 3) การจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพเด็กพิการ และ/หรือคนพิการ รายบุคคล ที่จำเป็นต้องมีคนพิการและ/หรือผู้ดูแลคนพิการมีส่วนร่วมในกระบวนการ

ดังนั้นสำหรับการศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น ควรจะต้องทั้ง 3 ประการ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

4.2.6 ตัวชี้วัดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกทั้งหมดดังที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอตามประเด็นสาระสำคัญต่าง ๆ ทั้งประเด็นข้างต้นนั้น ผู้ศึกษาได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลเป็นตัวชี้วัดการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 การให้บริการ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัดย่อย คือ 1) การให้ข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร สิทธิประโยชน์และสวัสดิการตามฐานสิทธิ 2) ชุดกิจกรรมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ 3) กิจกรรมสำหรับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ 4) แผนการให้บริการ และ/หรือ กระบวนการให้บริการ วิธีการให้บริการ อย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบ ชัดเจนและ 5) บริการตามฐานสิทธิ เคารพถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กพิการ/คนพิการ เป็นสำคัญ

ตัวชี้วัดที่ 2 คุณสมบัตินักให้บริการ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ 1) มีความรู้พื้นฐานความรู้ ในงานที่ให้บริการ 2) มีทักษะ มีประสบการณ์ ความชำนาญในการให้บริการ 3) จรรยาบรรณผู้ให้บริการ 4) บุคลิกภาพผู้ให้บริการ (มีมารยาทที่ดีของผู้ให้บริการ สุภาพ อ่อนน้อม น่าเชื่อถือ) และ 5) ผู้ให้บริการมีการพัฒนา เพิ่มพูน ความรู้ ทักษะ

ตัวชี้วัดที่ 3 สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดย่อย 1) ทำเล สถานที่ตั้งที่เหมาะสม 2) มีสิ่งอำนวยความสะดวก และอุปกรณ์สำหรับเด็กพิการเพียงพอ 3) มีการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอย พื้นที่สำหรับการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย เป็นสัดส่วน เหมาะสมต่อการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 4 การประเมินผล และการวัดผล ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ 1) มีระบบการคัดกรอง และการประเมินศักยภาพเด็กพิการก่อนการฝึก Pre-test 2) ระบบการประเมินศักยภาพเด็กพิการหลังการฝึก Post-test 3) มีการจัดทำแผนให้บริการช่วยเหลือเฉพาะครอบครัว และ/หรือแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) และ 4) การติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัดที่ 5 ระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ 1) มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการ โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง 2) มีการบันทึก จัดเก็บข้อมูล การให้บริการ และการนำข้อมูลมาใช้งาน อย่างเป็นระบบ และ 3) มีการรายงานข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ตัวชี้วัดที่ 6 ระบบการประสานส่งต่อ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ 1) มีการประสานงานบุคคล หน่วยงาน และทรัพยากรต่าง ๆ ให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพ 2) มีการบันทึกข้อมูลในการประสานงาน ส่งต่อการรับบริการ 3) มีการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการไปยังหน่วยงานที่ต้องการส่งต่อ และ 4) มีการติดตามผล และ/หรือการรายงานผล การประสานงานส่งต่อ

4.2.7 ต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นต้นทุนหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในประเด็นนี้ได้ดีที่สุดคือ ระดับผู้บริหารของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฯ) โดยที่ผู้ศึกษาเน้นการสัมภาษณ์ประเด็นคำถาม 2 คำถามหลัก คือ คำถามที่หนึ่งคือค่าใช้จ่ายรายเดือนและคำถามที่สองคืองบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวตามระเบียบของศูนย์บริการคนพิการ 150 บาทต่อคนต่อครั้งต่อกิจกรรม คิดเห็นอย่างไร เพียงพอหรือไม่ ซึ่งผลของการสัมภาษณ์มีดังนี้

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ผู้บริหารศูนย์บริการฯ ได้ให้ข้อมูลในภาพรวม ว่า ในส่วนของการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 นั้น และในขณะที่สัมภาษณ์ ในปี พ.ศ. 2561 นั้น ทางศูนย์บริการฯ มีกิจกรรมให้บริการที่หลากหลาย ชุดกิจกรรมบริการทั้งหมด 6 กิจกรรมต่อวัน อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ มี 2 กลุ่ม คือ หนึ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ เด็กสมองพิการ และ สองกลุ่มเป้าหมายรอง คือ กลุ่มเด็กพิการซ้ำซ้อน ที่มารับบริการอยู่ด้วย หากแต่ ถ้าจะพิจารณาในประเด็นเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการนั้น ที่ทางศูนย์บริการฯ จัดให้บริการตามโครงการสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการ จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้น มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายเด็กสมองพิการจำนวน 15 คน กับกิจกรรมบริการ 6 ชุดกิจกรรมนั้น ซึ่งมีทั้งให้บริการรายบุคคล และให้บริการรายกลุ่ม ก็นับว่างบประมาณเพียงพอ ซึ่งหากจะพิจารณาเฉพาะงบประมาณในส่วน ของกลุ่มเด็กที่รับบริการและให้บริการ ของศูนย์บริการฯ ตามโครงการฯ จำนวน 15 คนนั้น จำนวนรับบริการ (ให้บริการ) 2 วันต่อสัปดาห์ จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณ 575 บาทต่อคนต่อวัน และยอดงบประมาณรวมทั้งจำนวน 15 คน เท่ากับ 10,125 บาท นอกจากนี้ผู้บริหารศูนย์บริการฯ มีความคิดเห็นเพิ่มเติม ว่า งบประมาณที่ได้รับตามระเบียบนั้นเพียงพอและเหมาะสม สำหรับงบประมาณที่ได้รับจากผลการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ในปี 2561 นี้ โดยพิจารณาให้ครอบคลุมตามชุดกิจกรรมและครบทั้ง 6 ชุดกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ก็นับว่าเพียงพอและเหมาะสม แต่ทั้งนี้ผลการพิจารณาการสนับสนุนนั้น ก็ต้องรอผลพิจารณาในแต่ละปี แต่ละครึ่งตามปีงบประมาณต่อไป

ศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่มินบุรี ผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ ให้ข้อมูลว่า ที่ศูนย์เรียนรู้ฯ นี้มีการเปิดให้บริการ ตลอดทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ มีหลายกิจกรรมที่ให้บริการและหลายกลุ่มเป้าหมายโดยไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นเฉพาะเด็กสมองพิการเท่านั้น แต่มีกิจกรรมที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ นั้น 2 วันต่อสัปดาห์ และมีเด็กสมองพิการที่มารับบริการอยู่จำนวน ประมาณ 10 คน ส่วนวันอื่น ๆ จะเป็นกิจกรรมอื่นของศูนย์ฯ เช่น กิจกรรมกลุ่มฝึกอาชีพของผู้ดูแลเด็กพิการ ตามนโยบายส่งเสริมการประกอบอาชีพผู้ดูแลเด็กพิการและคนพิการ (มาตรา 35)

และกลุ่มฝากเลี้ยงระบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือที่เรียกว่า Respite Care คือ แนวคิดรูปแบบการช่วยดูแลเด็กพิการชั่วคราวเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักตั้งนั้นทางศูนย์ฯ เรานี้ มีค่าใช้จ่ายประจำในการจัดบริการ รวมเฉลี่ยประมาณเดือนละ 38,000-40,000 บาท ประกอบด้วย ค่าเช่าบ้าน (บ้านเดี่ยวชั้นเดียว) เดือนละ 5,000 บาท ค่าน้ำ เดือนละ 500 บาท ค่าไฟฟ้า เดือนละ 3,000 บาท และค่าอาหารหลักมื้อกลางวันและอาหารว่าง เดือนละ 30,000 บาท (เฉลี่ยวันละประมาณ 1,000 บาท) รวมค่าใช้จ่ายประจำ จำนวนเงิน 38,500 บาทต่อเดือน

จากการสัมภาษณ์พบว่า ศูนย์เรียนรู้ฯ นี้มีกิจกรรมที่หลากหลาย และเปิดให้บริการทุกวัน หากคิดเฉลี่ยค่าใช้จ่ายประจำตามวันที่ศูนย์เรียนรู้ฯ ให้บริการกิจกรรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในจำนวน 2 วันต่อสัปดาห์ (เท่ากับเดือนละ 8 วัน) และมีเด็กสมองพิการ ที่มารับบริการ จำนวน 8 คน หากคิดเทียบกับงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำพบว่า มีค่าใช้จ่ายประจำในการเปิดให้บริการ เฉลี่ยวันละ 1,283 บาท เมื่อคิดเฉลี่ยต่อเด็กสมองพิการหนึ่งคน เท่ากับประมาณคนละ 160 บาทต่อคนต่อวัน

สำหรับประเด็นเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวตามระเบียบของศูนย์บริการคนพิการ 150 บาทต่อคนต่อครั้งต่อกิจกรรม ผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ มีความคิดเห็นว่า เพียงพอและเหมาะสมโดยขอโอกาสให้ทางศูนย์เรียนรู้ฯ ได้รับการพิจารณา ก่อน เพราะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้พวกเขาสามารถจัดบริการ ให้บริการได้อย่างคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ด้วย

ผู้ศึกษายังพบจุดอ่อน เนื่องจากไม่มีการบันทึกค่าใช้จ่ายและไม่มีการทำระบบการบันทึกรายรับ รายจ่ายไว้ในแต่ละวัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของศูนย์ฯ จึงส่งผลให้การคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายนั้นเป็นการประมาณการ และในงบประมาณค่าใช้จ่ายตามที่ผู้บริหารให้ข้อมูลนั้นจะเป็นค่าใช้จ่ายประจำที่อยู่ในหมวดงบบริหารจัดการ ที่ยังไม่มีมีการเก็บบันทึกค่าใช้จ่ายอย่างละเอียดมากนัก และไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าตอบแทนของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการนั้นเป็นแกนนำพ่อแม่ แกนนำผู้ดูแลเด็กสมองพิการจิตอาสา ที่มีใจบริการ และผลัดกันเป็นผู้นำกิจกรรม (ผู้ให้บริการ) และเมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นต่อประเด็นเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการนั้น ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า เป็นเรื่องที่ดีในการศึกษาถึงต้นทุน

ศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่หนองแขม ผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ ให้ข้อมูลว่า ศูนย์เรียนรู้ฯ แห่งนี้มีการเปิดให้บริการ ตลอดทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ ไม่มีวันปิดให้บริการเนื่องจากมีหลายกิจกรรมที่ให้บริการและหลายกลุ่มเป้าหมายโดยไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นเฉพาะเด็กสมองพิการเท่านั้น แต่มีกิจกรรมที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ นั้น 2 วันต่อสัปดาห์ เช่นเดียวกับ ศูนย์เรียนรู้ฯ เขตพื้นที่มีนบุรี และมีเด็กสมองพิการที่มารับบริการอยู่จำนวน ประมาณ 10 คน ส่วนวันอื่น ๆ จะเป็นการให้บริการกิจกรรมอื่นของศูนย์เรียนรู้ฯ เช่น กิจกรรมกลุ่มฝึกอาชีพของผู้ดูแลเด็กพิการ ตามมาตรา 35 และกลุ่มฝากเลี้ยงระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Respite Care) และใน

วันเสาร์และวันอาทิตย์ จะเป็นเปิดให้บริการด้านการนวดไทยด้วย ศูนย์เรียนรู้ฯ มีค่าใช้จ่ายประจำในการจัดบริการเฉลี่ยประมาณเดือนละ 50,000–60,000 บาท ประกอบด้วย ค่าเช่าบ้าน (บ้านเดี่ยวหรือทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้น) เดือนละ 15,000 บาท ค่าน้ำ เดือนละ 1,500 บาท ค่าไฟฟ้า เดือนละ 8,000 บาท และค่าอาหารหลักมื้อกลางวันและอาหารว่าง เดือนละ 30,000 บาท (เฉลี่ยวันละ 1,000 บาท) รวมค่าใช้จ่ายประจำ จำนวนเงิน 54,500 บาทต่อเดือน

เนื่องจากศูนย์ฯ นี้มีกิจกรรมที่หลากหลาย และเปิดให้บริการทุกวัน และมีครอบครัวเด็กพิการที่พักค้างอยู่ประจำที่ศูนย์ฯ แห่งนี้ด้วย หากผู้ศึกษาคิดเฉลี่ยค่าใช้จ่ายประจำตามวันที่ศูนย์ฯ ให้บริการกิจกรรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในจำนวน 2 วันต่อสัปดาห์ (เท่ากับเดือนละ 8 วัน) และมีเด็กสมองพิการ ที่มารับบริการ จำนวน 10 คน หากคิดเทียบกับงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำพบว่า มีค่าใช้จ่ายประจำในการเปิดให้บริการ เฉลี่ยวันละ 1,817 บาท เมื่อคิดเฉลี่ยต่อเด็กสมองพิการหนึ่งคน เท่ากับประมาณคนละ 182 บาทต่อคนต่อวัน

สำหรับประเด็นเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวตามระเบียบของศูนย์บริการคนพิการ 150 บาทต่อคนต่อครั้งต่อกิจกรรม ผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกับศูนย์เรียนรู้ฯ เพียงพอและเหมาะสม โดยขอโอกาสให้ทางศูนย์เรียนรู้ฯ ได้รับการพิจารณาก่อน เพราะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้พวกเขาสามารถจัดบริการ ให้บริการได้อย่างคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ด้วย นอกจากนี้ได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า ทางที่ดีที่สุดก่อนที่ศูนย์เรียนรู้ฯ ในระดับพวกเขา จะได้เข้าสู่กระบวนการเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้นั้น หากมีองค์กรกลาง จะภาครัฐ และ/หรือภาคเอกชนก็ได้ หรือจะเป็นศูนย์บริการคนพิการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ก็ได้ มาเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง ในการแนะนำแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานนั้นได้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด

จากผลการศึกษาที่ผู้ศึกษาได้กล่าวไว้ข้างต้นนั้น ผู้ศึกษายังพบว่า ที่ศูนย์เรียนรู้ฯ นี้ มีการบันทึกรายรับ รายจ่ายไว้ในแต่ละวันเป็นการลงบันทึกรายรับ รายจ่ายในหมวดรายการใหญ่ ๆ และด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย มีรายรับ และรายจ่ายของกิจกรรมที่หลากหลายเช่นกัน พบจุดอ่อนคือ ไม่มีการลงบันทึกรายรับ รายจ่าย ที่แยกลงตามประเภทของกิจกรรมที่ให้บริการ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของศูนย์ฯ จึงส่งผลให้การคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายนั้นเป็นการประมาณการ และในงบประมาณค่าใช้จ่ายตามที่ผู้บริหารให้ข้อมูลนั้นจะเป็นค่าใช้จ่ายประจำที่อยู่ในหมวดงบประมาณบริหารจัดการ และไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าตอบแทนของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการนั้นเป็นแกนนำพ่อแม่ แกนนำผู้ดูแลเด็กสมองพิการจิตอาสา ที่มีใจบริการ และเป็นผลัดกันเป็นผู้นำผู้ให้บริการเช่นเดียวกัน และเมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นต่อประเด็นเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการนั้น ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า เป็นเรื่องที่ดีในการศึกษาถึงต้นทุน

ในขณะที่จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณ (Budget) และต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost Based) นั้น ในการคิดต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) หรือเรียกว่า ต้นทุน

เฉลี่ย (Average Cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของสถานบริการหรือศูนย์บริการ โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากให้บริการต่อหนึ่งหน่วย ซึ่งในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยนั้นอาจคิดในรูปต้นทุนต่อผู้ใช้บริการในแต่ละบริการ กล่าวคือการรับบริการของผู้รับบริการหนึ่งรายหรือหนึ่งครั้งของการมารับบริการ มีค่าเท่ากับเท่าไร (เรณู สุวามย์ และคณะนงยุทธ กาญจนกุล. 2530 : 68, จีราวรรณวรรณเวก. 2534 : 10) และมีหลายวิธีในการคิดค่าต้นทุน และจำเป็นต่ออาศัยกระบวนการในการเก็บและรวบรวมข้อมูลในรายละเอียดของค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ แยกตามประเภทบริการ แยกตามหมวดรายการที่ถูกต้องด้วย

จากการให้ข้อมูลของ ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ คือ นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ในฐานะบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในงานด้านนโยบายโดยตรงนั้นพบว่า สำหรับนโยบายด้านศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่เป็นไปตามกรอบระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 นั้น มีฐานวิธีคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัว โดยอ้างอิงจากการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดกรอบอัตรารายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 : 357, 2558 : 317) พบว่า ได้กำหนดรายการและราคาการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ที่มีความสอดคล้องกับรายการชุดกิจกรรมการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เช่น การให้บริการกายภาพบำบัด คิดค่าบริการ 150 บาทต่อครั้งต่อราย กิจกรรมบำบัด คิดค่าบริการ 150 บาทต่อครั้งต่อราย และ/หรือ คิดค่าบริการ 75 บาทต่อครั้งต่อรายต่อกลุ่ม ซึ่งมีความสอดคล้องกันในระเบียบหลักเกณฑ์เดียวกัน

4.2.8 การสนับสนุนการสร้างมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปจากกรมส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ คือ นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ให้ความคิดเห็นว่า การสนับสนุนการสร้างมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นเป็นเรื่องที่ดีมาก และในฐานะ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักโดยตรงในระดับของนโยบาย มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในงานด้านนโยบาย ในการกำกับ ติดตามนโยบายต่าง ๆ โดยตรง และในนโยบายด้านศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นมีความสอดคล้องกับกฎหมาย นโยบายด้านคนพิการของประเทศไทย เพราะนโยบายศูนย์บริการคนพิการนั้น

เป็นไปตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับแก้ไข) ปี พ.ศ. 2556 เจตนารมณ์ในการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกระดับให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และที่กำหนดให้มีศูนย์บริการคนพิการขึ้นวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการกระจายการให้บริการระดับพื้นที่ ดังบทสัมภาษณ์

“ส่วนนี่คือนโยบายของ กรม พก. เองที่ก็มีหน้าที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และนโยบายที่ต้องสอดคล้องกัน เพราะว่า พก. มีหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนงานของศูนย์บริการคนพิการตามมาตรา 20(3) อยู่แล้ว”

(วิจิตา รชตะนันท์กุล. 11 เมษายน 2561 : สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล ให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า ขณะนี้มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการค่อนข้างมากพอสมควรแล้ว ไม่ว่าจะศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ซึ่งปัจจุบันสามารถจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการในระดับจังหวัด จำนวนครบ 77 แห่ง กล่าวคือสามารถดำเนินการจัดตั้งได้ครบทุกจังหวัดแล้วนับว่าเป็นเรื่องที่ดี ส่วนศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่จัดตั้งโดยระดับองค์กรด้านคนพิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็มีจำนวนมากพอสมควรให้สามารถดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนดไปได้ ซึ่งในส่วนของการดำเนินงานในทางปฏิบัตินั้น ทาง กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบให้การดำเนินงานเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด นับว่าได้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย และมีการดำเนินงานในการส่งเสริมสนับสนุนศูนย์บริการคนพิการอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการอบรมให้ความรู้ การทำหน้าที่ของศูนย์บริการฯ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

นโยบายศูนย์บริการคนพิการ มี จุดแข็ง คือ กลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติในระดับประเทศ และมีคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด ในระดับจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการฯ นั้น มีการกำหนดสัดส่วนของคณะกรรมการฯ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่สำคัญคือมีการมีผู้แทนจากองค์กรคนพิการ เข้ามาเป็นอนุกรรมการฯ ด้วย และคณะกรรมการฯ นั้นมีอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และติดตามตรวจสอบประเมินผล และหากในอนาคตมีมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการฯ เกิดขึ้นแล้วนั้นจะเป็นเรื่องดีมาก และกลไกนี้จะต้องควบคุมติดตาม และประเมินผลคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการให้เป็นไปตามมาตรฐานดังกล่าวด้วย

ขณะที่ **จุดอ่อน** หรือข้อจำกัด คือ ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานเฉพาะของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แต่ปัจจุบันระเบียบในเรื่องการจัดตั้งเป็นศูนย์ทั่วไป นั้นได้ถูกผูกติดไว้ด้วยมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการที่กำหนดว่าผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ จะสามารถยื่นคำร้องขอจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้นั้น ต้องผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการตามมาตรา 6 (10)

ในทัศนะของนางสาววิจิตราฯ นั้นคิดว่า สำหรับศูนย์บริการพิการทั่วไป ที่ดำเนินงานจัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการนั้นมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องการการพัฒนามาตรฐานเฉพาะสำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่จัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการ ดังบทสัมภาษณ์

“...มาตรฐานสำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น มีความจำเป็นอย่างมาก ที่ต้องมีการพัฒนาให้เกิดมาตรฐานขึ้นมาให้ได้ เพราะมาตรฐานจะเป็นตัวกำหนดคุณภาพการดำเนินงานและคุณภาพในการจัดระบบบริการให้ได้ตามที่มาตรฐานกำหนด และ กรม พก.มีหน้าที่กำกับ ติดตาม...” (วิจิตรา รัชตะนันท์กุล. 11 เมษายน 2561 : สัมภาษณ์)

สำหรับบทบาทในการสนับสนุนการสร้างมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จาก กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ นั้น นางสาววิจิตรา รัชตะนันท์กุล ได้แสดงความคิดเห็นว่า เป็นบทบาทหน้าที่หลัก ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ซึ่งเป็นไปตาม ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 เล่ม 130 ตอนพิเศษ182ง ประกาศเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ในหมวดที่ 4 เรื่องมาตรฐานการดำเนินการและการให้บริการแก่คนพิการของศูนย์บริการคนพิการ ตามข้อ 20 ที่กำหนดให้ศูนย์บริการคนพิการแต่ละประเภทมีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการแก่คนพิการตามเกณฑ์ชีวิตที่สำนักงานประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ และ ข้อ 21 ให้สำนักงานสนับสนุนทางวิชาการงบประมาณบุคลากรและความช่วยเหลืออื่นใดตามความจำเป็นและเหมาะสมรวมทั้งติดตามตรวจสอบ และกำกับการดำเนินงานของศูนย์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ชีวิตการดำเนินงานและการให้บริการตามข้อ 20

จากข้อมูลที่ได้ศึกษาได้นำเสนอไว้ข้างต้นทั้ง 8 ประเด็นดังกล่าวนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาสังเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพัฒนารอบ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ดังที่ผู้ศึกษาจักนำเสนอในประเด็นที่ 4.2.9 การกำหนดกรอบ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ดังนี้

4.2.9 การกำหนดกรอบ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

จากการศึกษาการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลตามกรอบที่ได้กำหนดไว้ เพื่อกำหนดเป็นกรอบ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและ

เครือข่ายฉบับที่ 1 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 410 คะแนน ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 คือ การให้บริการ (คุณภาพการให้บริการ) ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด 27 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 135 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 คุณสมบัติผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด 15 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 75 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 สถานที่ตั้ง ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด 10 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 50 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 เครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด 7 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การประเมินผลการวัดผล ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด 6 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด 12 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานและส่งต่อ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด 5 แนวทางการตรวจประเมิน ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน

วิธีการประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ คือ ผู้ประเมิน ประเมินโดยพิจารณาเนื้อความในรายละเอียดตามข้อเท็จจริง จาก 7 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด 82 แนวทางการตรวจประเมิน โดยผู้ประเมินพิจารณาจาก รายละเอียดแนวทางการตรวจประเมินของแต่ละตัวชี้วัด หากข้อใดมีความสอดคล้องกับตามข้อเท็จจริง ให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

วิธีคิดค่าคะแนน โดยกำหนดให้ค่าคะแนน คือ คะแนนที่ได้จากการตรวจประเมินตามแนวทางการตรวจประเมิน และมีเครื่องหมาย ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แล้วนำคะแนนรวมที่ได้ของแต่ละตัวชี้วัด มาคำนวณหาค่าคะแนน ซึ่งมีวิธีการคำนวณ คือ (คะแนนที่ได้) คูณด้วยน้ำหนักคะแนนของแต่ละตัวชี้วัดดังที่ปรากฏในตาราง ผู้ประเมินจะสามารถนำค่าคะแนนรวมที่ได้ใส่ในช่องคะแนนรวมซึ่งค่าผลรวมของคะแนนรวมที่ได้รับจากการตรวจประเมิน ตาม (ร่าง) มาตรฐานฯ ทั้ง 7 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ตามที่กำหนดไว้ นั้น มีค่าคะแนนรวม ทั้งหมดเท่ากับ 410 คะแนน ดังตัวอย่างเช่น องค์ประกอบที่ 1 ตัวชี้วัดที่ 1 มีแนวทางการตรวจประเมิน 3 ข้อ หากพิจารณารายละเอียดแนวทางการตรวจประเมินทั้ง 3 ข้อ ข้อใดสอดคล้องให้ข้อละ 1 คะแนน หากในกรณีตัวอย่างนี้ หากผลการตรวจประเมินพบว่า มีความสอดคล้องทั้ง 3 ข้อตามแนวทางการตรวจประเมิน ผู้ประเมิน นำค่าคะแนนเท่ากับ 3 คูณด้วยค่าน้ำหนักคะแนนตามที่กำหนดไว้ คือ 5 มีค่าคะแนนรวม

เท่ากับ 15 คะแนน แล้วผู้ประเมินนำค่าคะแนนรวมทั้งหมดของแต่ละตัวชี้วัดมารวมค่าคะแนนรวมทั้งหมดของ (ร่าง) มาตรฐานฯ เพื่อหาเกณฑ์การประเมินต่อไป

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน คือ ผลรวมค่าคะแนนรวมทั้งหมด ของทั้ง 7 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด โดยมีวิธีคิดเทียบสัดส่วนเป็นร้อยละ วิธีคิดโดยนำ 100 คูณด้วยค่าคะแนนรวมที่ได้จากการตรวจประเมิน แล้วหารด้วยค่าคะแนนเต็ม 410 คะแนน ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินมาตรฐาน ตาม (ร่าง) มาตรฐานฯ นี้ ตามหลักเกณฑ์สากล โดยกำหนดออกเป็น 3 เกณฑ์ ดังนี้

มาตรฐานระดับดีมาก ผลค่าคะแนนการประเมิน อยู่ระหว่าง 90 – 100 คะแนน

มาตรฐานระดับดี ผลค่าคะแนนการประเมิน อยู่ระหว่าง 75 – 89 คะแนน

มาตรฐานระดับพอใช้ ผลค่าคะแนนการประเมิน อยู่ระหว่าง 50 – 74 คะแนน

และหากผล ค่าคะแนนการประเมิน ต่ำกว่า 50 คะแนน คือ การไม่ผ่านการตรวจมาตรฐาน

ดังตัวอย่างเช่น ผลจากการตรวจประเมิน มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 310 (จากคะแนนเต็ม 410 คะแนน) ให้นำ 100 คูณด้วยค่าคะแนนที่ได้คือ 390 แล้วหารด้วยค่าคะแนนเต็ม 410 คะแนน เท่ากับผลลัพธ์ที่ได้ คือ 75.60 เท่ากับค่าคะแนนการประเมินที่ได้คือ 76 คิดเทียบได้เกณฑ์คุณภาพระดับ B คือ คุณภาพมาตรฐานระดับดี

4.2.10 การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฉบับที่ 1

การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ ต่อ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยผู้ศึกษา เชิญผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานกับเด็กสมองพิการ และ/หรือผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญ

การประชุม จัดขึ้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด 5 ท่าน ดังนี้

1) นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และดำรงตำแหน่งประธานกรรมการมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และประธานกรรมการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ

2) รองศาสตราจารย์ ดร.พินัยลัก ตันตลีปกรเอิร์ด ดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3) ดร.ทมลลา บุญกาญจน์ ดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำศูนย์พัฒนาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4) นางสาวสมลักษณ์ แซ่ลิ้ม นักวิชาการอิสระ (ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านคนพิการและเด็กพิการ และเป็นหนึ่งในทีมคณะทำงานพัฒนามาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ)

5) นายอดิศักดิ์ รอดสุวรรณ ดำรงตำแหน่ง ประธานชมรมผู้ปกครองเด็กพิการ และเป็นผู้ปกครองเด็กสมองพิการ ที่ได้ริเริ่มแนวคิดการจัดตั้งชมรมผู้ปกครองเด็กสมองพิการและศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว

ผลจากการประชุม ผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญ ทั้ง 5 ท่าน มีมติความคิดเห็นต่อการพัฒนา (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนี้ เป็นเรื่องที่ดีมาก ที่จะมีการพัฒนามาตรฐานฯ ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการจัดระบบบริการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ อีกทั้งเป็นการยกระดับระบบบริการของงานศูนย์บริการคนพิการ และเครือข่าย (คือ ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว) ที่มีอยู่และสามารถทำให้เป็นจริงได้

ทั้งนี้ได้ให้ ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางการในการพัฒนา (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ฉบับที่ 1 ซึ่งผู้ศึกษาสรุปผลและนำเสนอ ดังต่อไปนี้

1) กรอบแนวคิดหลักในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ที่สำคัญ คือ ระบบบริการนี้เป็นระบบการจัดบริการในด้านสุขภาพแบบองค์รวม ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมถึงมิติการให้ความรู้ การกระตุ้นพัฒนาการ การฟื้นฟู และพัฒนาสมรรถภาพ ที่จัดให้บริการโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ อยู่ภายใต้คำแนะนำ และการให้โปรแกรมโดยนักวิชาชีพ แต่ไม่ใช่ให้นักวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการในการบำบัดรักษาโดยตรงเหมือนโรงพยาบาล และสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฯ เน้นผู้ให้บริการคือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2) มาตรฐานการให้บริการนี้ เป็นมาตรฐานการให้บริการของการสร้างเสริมสุขภาพ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การช่วยเหลือเรื่องสิทธิ มั่นไม่ใช่งานบำบัดรักษา มาตรฐานนี้ต้องเป็นมาตรฐานที่มีความครอบคลุมในมิติทั้ง 4 ด้าน การศึกษา สังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และก็ไม่ควรใช้มาตรฐานการให้บริการทางด้านการแพทย์มาเป็นตัวตั้งเด็ดขาด

3) มาตรฐานนี้จะเป็นมาตรฐานกลางที่ผู้ศึกษาต้องตระหนักว่าในการกำหนดองค์ประกอบและตัวชี้วัดของมาตรฐานนั้นจะต้องเป็นมาตรฐานกลางที่ยึดหลักการว่า ศูนย์บริการ

คนพิการทั่วไปนั้นจัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการ และผู้ให้บริการคือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่จะต้องอยู่ในระดับความสามารถในการเข้าถึงมาตรฐานฉบับนี้ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมและจะต้องตระหนักว่าการกำหนดองค์ประกอบและตัวชี้วัดนั้นจะต้องไม่มีเกณฑ์ที่สูงมากเกินไปสำหรับการจัดระบบบริการโดยกลุ่มครอบครัวเด็กพิการ สมาคม และ/หรือชมรมผู้ปกครองเด็กพิการ

4) มาตรฐานฉบับนี้นั้นจะต้องถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบบทบาทอำนาจหน้าที่ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตาม ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ไว้ 5 ประการ ได้แก่

4.1) ให้บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์สวัสดิการและความช่วยเหลือตามที่คนพิการร้องขอและตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนดรวมทั้งการให้คำปรึกษาหรือช่วยดำเนินการเกี่ยวกับการขอใช้สิทธิประโยชน์แก่คนพิการ

4.2) เรียกร้องแทนคนพิการให้ได้รับสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการหรือขอให้ขจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการตามพระราชบัญญัตินี้

4.3) ให้บริการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพการฝึกอาชีพและการจัดหางานให้แก่คนพิการ

4.4) ให้บริการความช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ที่มีแนวโน้มจะพิการให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพหรือได้รับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ตามความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล

4.5) ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้ความช่วยเหลือคนพิการตามประเภทความพิการ

5) เกณฑ์การให้คะแนนจะต้องมีการปรับใหม่ เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานกลาง

5.1) รวมคะแนนการประเมินในแต่ละหมวดองค์ประกอบของมาตรฐาน คะแนนต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60

5.2) ผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ย รวมทั้งหมด 8 องค์ประกอบ โดยคิดเป็นร้อยละ แบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ และกำหนดค่าเกณฑ์คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60 คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมิน

มาตรฐาน ระดับดีมาก ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 81-100

มาตรฐาน ระดับดี ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 71-80

มาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 60-70

ค่าคะแนนการประเมิน ต่ำกว่า ร้อยละ 60 คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมิน

6) ในรายละเอียดขององค์ประกอบ ตัวชี้วัด และแนวทางการตรวจประเมิน อาจมีความเหลื่อมล้ำซ้ำซ้อนในบางประเด็นอยู่ให้ศึกษาจัดปรับและเรียงลำดับของเนื้อหาใหม่เน้นเฉพาะแนวทางการตรวจประเมินที่สำคัญที่จำเป็นต้องมี

4.2.11 การพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ตามข้อเสนอแนะจากข้อมูลการประชุมมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ได้ตาม (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ฉบับที่ 2 ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน

องค์ประกอบที่ 8 การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน

วิธีการประเมิน คือ ผู้ประเมิน ประเมินโดยพิจารณาตามข้อเท็จจริง จาก 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน โดยผู้ประเมินพิจารณาจากรายละเอียดหรือแนวทางการตรวจประเมิน ของแต่ละตัวชี้วัด หากข้อใดมีความสอดคล้องกับตามข้อเท็จจริง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

วิธีคิดค่าคะแนน ค่าคะแนน คือ คะแนนที่ได้จากการตรวจประเมินตามแนวทางการตรวจประเมิน และมีเครื่องหมาย ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมที่ได้ของแต่ละ

ตัวชี้วัด คือ (คะแนนที่ได้) X น้ำหนักคะแนน ผู้ประเมินสามารถนำค่าคะแนนรวมที่ได้ใส่ในช่องคะแนนรวม รวมค่าผลรวมของคะแนนรวมที่ได้รับจากการตรวจประเมิน (ค่าคะแนนรวม ทั้งหมด 325 คะแนน)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัดของมาตรฐาน คะแนนต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60

ผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ย รวมทั้งหมด 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน โดยคิดเป็น ร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / \text{หารด้วย } 325$

มาตรฐาน ระดับดีมาก ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 81 – 100

มาตรฐาน ระดับดี ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 71 – 80

มาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 60 – 70

ค่าคะแนนการประเมิน ต่ำกว่า ร้อยละ 60 คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมิน

4.2.13 การทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐาน โดยผู้ศึกษานำ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ฉบับที่ 2 โดยทดลองใช้ในการประเมินผลตาม (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ที่ได้พัฒนาไว้

ผู้ศึกษาเป็นผู้นำ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ที่ได้จากการพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ในการประเมินผลในรูปแบบการประเมินผลจากภายนอก โดยผู้ศึกษา กำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการนำ (ร่าง) มาตรฐานฯ ไปทดลองการตรวจประเมิน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ คัดเลือกหน่วยงานที่ทำการทดลอง จำนวน 4 พื้นที่ (4 แห่ง) ประกอบด้วย หน่วยงานที่ได้รับการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแล้ว และมีภารกิจในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวน 2 พื้นที่ (2 แห่ง) คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเขตกรุงเทพฯ และในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช และคัดเลือกหน่วยงานที่เป็นเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว) ที่มีภารกิจในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวน 2 พื้นที่ (2 แห่ง) คือในพื้นที่เขตกรุงเทพฯ รวมทั้งผู้ศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการในการตรวจประเมินทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ นี้ด้วยตนเอง ทั้งนี้สำหรับการนำเสนอข้อมูลผลการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ นั้น ผู้ศึกษานำเสนอสรุปผลในภาพรวม และใคร่ขอสงวนชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำการทดลองใช้ เพื่อพิทักษ์สิทธิให้เป็นไปตามหลักการจริยธรรมในการวิจัย

การทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ ในการประเมินผลนั้น ผู้ศึกษากำหนดประเด็นสำหรับการ ทดลองใช้ ไว้ 2 ประเด็น คือ ผลการตรวจประเมิน และการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ เช่น ความชัดเจนของคำชี้แจง ความเหมาะสมของภาษาและ

เนื้อหาที่ใช้ เป็นต้น โดยผู้ศึกษาจักนำเสนอผลการทดลองใช้ ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งคือ ค่าผลการทดลองใช้ในการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ และ ส่วนที่สอง คือ ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ ดังนำเสนอต่อไปนี้

ส่วนที่หนึ่ง คือ ค่าผลการทดลองใช้ในการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ นำเสนอผลตามค่าคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ และผลรวมของค่าคะแนนรวม ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนจากการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ ตรวจประเมิน 4 พื้นที่ (4 แห่ง)

องค์ประกอบ	ค่าคะแนนที่ได้ (คิดเป็นร้อยละ)			
	พื้นที่ 1	พื้นที่ 2	พื้นที่ 3	พื้นที่ 4
องค์ประกอบที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน)	65 (100)	60 (92.31)	40 (61.54)	30 (46.15)
องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก (ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน)	60 (100)	60 (100)	45 (75)	40 (66.67)
องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน)	30 (100)	30 (100)	25 (83.34)	20 (66.67)
องค์ประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน)	30 (100)	30 (100)	25 (83.34)	25 (83.34)
องค์ประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน)	35 (100)	35 (100)	25 (71.43)	25 (71.43)
องค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน)	35 (100)	35 (100)	15 (42.86)	5 (14.29)
องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ (ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน)	25 (100)	25 (100)	0 (0)	0 (0)
องค์ประกอบที่ 8 การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน)	45 (100)	45 (100)	25 (55.56)	0 (0)
ผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ย	325 (100)	320 (98.46)	200 (61.54)	145 (44.62)
ระดับคุณภาพมาตรฐาน	ดีมาก	ดีมาก	ที่ยอมรับได้	ไม่ผ่าน

จากตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบผลค่าคะแนนจากการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยผู้ศึกษานำ (ร่าง) มาตรฐานฯ ทดลองตรวจประเมินจริง 4 พื้นที่ ประกอบด้วย ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 2 พื้นที่ คือในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร และในพื้นที่จังหวัด นครศรีธรรมราช และศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว จำนวน 2 พื้นที่ ในเขต กรุงเทพมหานคร ทั้ง 2 แห่ง โดยในตารางแสดงค่าผล ค่าคะแนนที่ได้ (คิดเป็นร้อยละ) ของแต่ละพื้นที่ ที่ได้รับโดยจำแนกแจกแจงตามองค์ประกอบ ทั้ง 8 องค์ประกอบ ของ (ร่าง) มาตรฐานฯ โดยผู้ศึกษา นำเสนอผลการทดลองใช้ตรวจประเมิน ทั้ง 4 แห่ง ตามลำดับดังต่อไปนี้

ผลการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ พื้นที่ 1 เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ อยู่ในปัจจุบัน พบว่า องค์ประกอบที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 65 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก (ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 60 (100) ผ่าน การประเมินองค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 30 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์ สำหรับเด็กพิการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 30 (100) ผ่านการประเมิน องค์ประกอบที่ 4 องค์ประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 35 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบที่ 6 ระบบการ บันทึกรายข้อมูล (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 35 (100) ผ่านการประเมิน องค์ประกอบที่ 6 องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ (ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 7 และองค์ประกอบที่ 8 การวัดผล และการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 45 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 8 สรุปผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 325 (100) ระดับมาตรฐานดีมาก สำหรับพื้นที่ 1 นี้ที่ได้เกณฑ์มาตรฐานในระดับดีมาก ผ่านมาตรฐานใน แนวทางการตรวจประเมินตามตัวชี้วัดและองค์ประกอบของ (ร่าง) มาตรฐานครบทุกด้าน เนื่องด้วย พื้นที่ 1 ได้รับการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแล้ว และก่อนที่จะได้รับการอนุญาตให้จัดตั้ง เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ได้นั้น ต้องผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ ตาม ระเบียบมาตรา 6(10) มาแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ในระดับดีมาก จึงทำให้พื้นที่ 1 นี้มีแนวทาง การดำเนินงานและยังคงรักษามาตรฐานในการดำเนินงานขององค์กรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ผลการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ พื้นที่ 2 เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็ก

เด็กสมองพิการ อยู่ในปัจจุบันพบว่า องค์กรประกอบที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 60 (92.31) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 1 แต่พบว่า ส่วนข้อแนวทางการตรวจประเมินที่ไม่ได้รับค่าคะแนนนั้น คือ ตัวชี้วัดที่ 3 คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ในแนวทางที่ 3 คือ เคยมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับอดีตบุคลากรผู้ให้บริการในอดีต ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาใด ๆ องค์กรประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก (ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน)ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 60 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 2 องค์กรประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 30 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 3 องค์กรประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 30 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 4 องค์กรประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 35 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 5 และองค์กรประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล(ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 35 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 6 องค์กรประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ (ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 7 องค์กรประกอบที่ 8 การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 45 (100) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 8 สรุปผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 320 (98.46) ระดับมาตรฐานดีมาก สำหรับพื้นที่ 2 นี้ที่ได้เกณฑ์มาตรฐานในระดับดีมาก ผ่านมาตรฐานในแนวทางการตรวจประเมินตามตัวชี้วัดและองค์ประกอบของ (ร่าง) มาตรฐานครบทุกด้าน เนื่องด้วยพื้นที่ 2 ได้รับการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแล้ว และก่อนที่จะได้รับการอนุญาตให้จัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ได้นั้น ต้องผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ ตามระเบียบมาตรา 6(10) มาแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมาในระดับดีมาก จึงทำให้พื้นที่ 2 นี้มีแนวทางการดำเนินงานและยังคงรักษามาตรฐานในการดำเนินงานขององค์กรมาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเช่นเดียวกับพื้นที่ 1

ผลการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ พื้นที่ 3 เป็นศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการ โดยครอบครัว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ อยู่ในปัจจุบันพบว่า องค์กรประกอบที่ 1คุณสมบัติผู้ให้บริการ(ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 40 (61.54) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 1 แต่พบว่า ส่วนข้อแนวทางการตรวจประเมินที่ไม่ได้รับค่าคะแนนนั้น คือ ตัวชี้วัดที่ 3 คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ในแนวทางที่ 3 คือ เคยมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับอดีตบุคลากรผู้ให้บริการในอดีต ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาใด ๆ องค์กรประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก (ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 45 (75) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 2 องค์กรประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (83.34) ผ่านการประเมิน

องค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (83.34) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 4 องค์ประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (71.43) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 15 (42.86) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 6 องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ (ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 0 (0) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 7 องค์ประกอบที่ 8 การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (55.56) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 8 สรุปผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 200 (62.54) คิดตามเกณฑ์ระดับมาตรฐาน คือ อยู่ในระดับมาตรฐานที่ยอมรับได้ จากค่าคะแนนรวม แต่หากพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า มีองค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูลที่ไม่ผ่านมาตรฐาน เนื่องจากตามแนวทางทางการตรวจประเมินของตัวชี้วัดที่ 2 ยังพบข้ออ่อนของการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบอยู่ และในตัวชี้วัดที่ 3 ยังพบข้ออ่อนของระบบการรายงานข้อมูล ซึ่งผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ นั้นเข้าใจและยอมรับว่านี่คือข้ออ่อนในการดำเนินงานที่ผ่านมาจริง ๆ เพราะในการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ฯ ที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน มีกลุ่มแกนนำผู้ดูแลเด็กสมองพิการเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของศูนย์เรียนรู้ฯ จริง ๆ ที่ต้องพัฒนาต่อไป แต่ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้ฯ ได้รับรู้และเห็นประโยชน์จากประเด็นในการตรวจประเมินมาตรฐานครั้งนี้ ที่จะสามารถนำแนวทางเหล่านี้ไปใช้ในการพัฒนางานของศูนย์เรียนรู้ฯ ของตนเองต่อไป ตามแนวทางการตรวจประเมินในครั้งนี้ และยังพบว่า ในองค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ นั้นไม่ได้คะแนนเลย เนื่องจากที่ผ่านมาศูนย์เรียนรู้ฯ แห่งนี้ ใช้วิธีการประสานงานส่งต่อในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งส่วนมากจะใช้วิธีการประสานงานทางผ่านช่องทางโทรศัพท์ในแบบเพื่อนช่วยเพื่อนด้วยกัน จึงไม่มีการสร้างระบบการประสานงานส่งต่อได้เลย

ผลการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ พื้นที่ 4 เป็นศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการ โดยครอบครัว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ อยู่ในปัจจุบันพบว่า องค์ประกอบที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 30 (46.15) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 1 พบข้ออ่อนในตัวชี้วัดที่ 1 บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถในงานการให้บริการและยังไม่มีทะเบียนประวัติของผู้ให้บริการ และตัวชี้วัดที่ 2 บุคลากร มีทักษะ/ประสบการณ์ ในงานการปฏิบัติการให้บริการไม่มีบันทึกหลักฐานที่จะแสดงได้ รวมทั้งตัวชี้วัดที่ 4 การส่งเสริม สนับสนุนบุคลากรผู้ให้บริการให้ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก (ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 40 (66.67) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน)

ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 20 (66.67) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ (ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (83.34) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 4 องค์ประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 25 (71.43) ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล (ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 5 (14.29) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 6 พบข้ออ่อนในระบบการบันทึกข้อมูล ที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลเลย องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ (ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 0 (0) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 7 พบข้ออ่อนในระบบการประสานงานส่งต่อ นั้นไม่ได้คะแนนเลย เนื่องจากที่ผ่านมาศูนย์เรียนรู้ฯ แห่งนี้ ใช้วิธีการประสานงานส่งต่อในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งส่วนมากจะใช้วิธีการประสานงานทางผ่านช่องทางโทรศัพท์ในแบบเพื่อนช่วยเพื่อนด้วยกัน จึงไม่มีการสร้างระบบการประสานงานส่งต่อไว้เลย องค์ประกอบที่ 8 การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ (ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน) ค่าคะแนนที่ได้รับ คือ 0 (0) ไม่ผ่านการประเมินองค์ประกอบที่ 8 ไม่ได้ค่าคะแนนเลย เนื่องจากพบข้ออ่อนในเรื่องการวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ สรุปผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 145 (44.62) คิดตามเกณฑ์ระดับมาตรฐาน คือ ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานซึ่งผลหลังจากการประเมินนั้น ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้ฯ มีความเข้าใจและยอมรับว่าเรื่องของมาตรฐานนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญและหากการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ฯ นั้นต้องการจะพัฒนาและยกระดับให้เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปได้นั้นจะต้องพยายามพัฒนางานในระบบต่าง ๆ ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าว ผู้บริหาร ศูนย์เรียนรู้ฯ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนว่าการที่จะพัฒนาและยกระดับศูนย์เรียนรู้ฯ นั้น จำเป็นต้องมีระบบพี่เลี้ยง มาช่วยให้คำปรึกษาแนะนำและให้แนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานด้วย

นอกจากผลการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ ทั้ง 4 พื้นที่ ดังที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอไว้ข้างต้นแล้วนั้น ผู้ศึกษาได้เปิดรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเกี่ยวข้องจากการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ ดังกล่าวด้วย โดยจักนำเสนอในส่วนของสอง คือ ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่สอง คือ ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ พบว่า นอกจากนี้ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ แสดงความคิดเห็นว่า มีความเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการมีมาตรฐานการให้บริการฯ ทั้ง 7 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ฉบับนี้ ว่ามีความเหมาะสมแล้ว และเห็นด้วยว่ามาตรฐานนั้นเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน ซึ่งในสองหน่วยงานแรกก็นับว่าได้เคยมีประสบการณ์ในการตรวจประเมินมาตรฐานองค์กรมาแล้วนั้น ก่อนที่จะยื่นขอรับรองจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จึงไม่ใช่เรื่องใหม่ และเป็นการรักษาคุณภาพของการดำเนินงานในหน่วยงานของตนให้ได้มาตรฐาน ในขณะที่หน่วยงานอีกทั้ง

สองหน่วยงาน ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการตรวจประเมินมาตรฐานองค์กรมาก่อน และนับว่าครั้งนี้เป็นการประสบการณ์ครั้งแรก ซึ่งมีความท้าทายอย่างมากในการพัฒนาการดำเนินงานของตนเอง และเป็นความท้าทายที่สำคัญของหน่วยงานเองในการพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยงานให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ และจากผลการทดลองประเมินในครั้งนี้ ทำให้ได้รู้แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานให้ได้มาตรฐาน และได้รับรู้ในจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมในแต่ละองค์ประกอบที่มีการระบุแนวทางการตรวจประเมินในแต่ละตัวชี้วัดและแต่ละองค์ประกอบไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง คือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) และ/หรือหน่วยงานใดที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Coaching) ให้แก่หน่วยงาน และ/หรือเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่มีความสนใจอยากจะพัฒนาการดำเนินงานให้ได้มาตรฐานดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การดำเนินการยื่นขอรับรองจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในลำดับต่อไป

4.2.14 สรุปผลเป็นมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

ผู้ศึกษานำผลที่ได้จากการทดลองใช้ มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์และสรุปผลเป็นมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะจากการนำ (ร่าง) มาตรฐานฯ ไปทดลองใช้ด้วยตนเอง มาปรับปรุงและพัฒนา (ร่าง) มาตรฐาน ให้มีความสมบูรณ์สำหรับมาเป็น มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน มีดังนี้

องค์ประกอบมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด
ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม
35 คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนน
รวม 25 คะแนน

องค์ประกอบที่ 8 การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการประกอบด้วย
3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน

วิธีการประเมิน คือ ผู้ประเมิน ประเมินโดยพิจารณาตามข้อเท็จจริง จาก
8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนนโดยผู้ประเมินพิจารณาจาก รายละเอียดหรือ
แนวทางการตรวจประเมิน ของแต่ละตัวชี้วัด หากข้อใดมีความสอดคล้องกับตามข้อเท็จจริง
ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

วิธีคิดค่าคะแนน ค่าคะแนน คือ คะแนนที่ได้จากการตรวจประเมินตามแนวทาง
การตรวจประเมิน และมีเครื่องหมาย ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมที่ได้ของแต่ละ
ตัวชี้วัด คือ (คะแนนที่ได้) X น้ำหนักคะแนน ผู้ประเมินสามารถนำค่าคะแนนรวมที่ได้ใส่ในช่องคะแนน
รวม รวมค่าผลรวมของคะแนนรวมที่ได้รับจากการตรวจประเมิน (ค่าคะแนนรวม ทั้งหมด 325
คะแนน)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานในแต่ละหมวดตัวชี้วัดของมาตรฐาน คะแนนต้องไม่ต่ำ
กว่าร้อยละ 60

ผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ย รวมทั้งหมด 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม
325 คะแนนโดย คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้})$ หากด้วย 325 ผลค่าเฉลี่ยที่ได้หากต่ำกว่า 60
คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน และหากค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนนขึ้นไป
จึงจะผ่านการประเมินมาตรฐาน โดยจัดระดับมาตรฐาน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มาตรฐาน ระดับดีมาก ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 81-100

มาตรฐาน ระดับดี ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 71-80

มาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 60-70

4.3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย

ผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย พบว่า นโยบายงบประมาณในการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในปัจจุบันนั้น เป็นการใช้งบประมาณแบบแสดงรายการ (Line Item Budget) ที่อิงตามแผนงบประมาณประจำปี โดยมีการกำหนดหมวดหมู่รายการค่าใช้จ่ายไว้แน่นอนตายตัว เพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมการใช้งบประมาณ หากแต่มีข้อจำกัดว่าจะไม่สามารถใช้จ่ายรายการอื่นใดที่ผิดไปจากตามแผนที่ได้กำหนดไว้ และไม่สามารถจ่ายเกินวงเงินตามกรอบงบประมาณที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน

ในทางปฏิบัติแนวทางการขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น ที่จำเป็นต้องจัดทำแผนการดำเนินงาน และ โครงการการส่งเสริมการดำเนินงาน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ เพื่อเสนอรับการพิจารณาจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้นจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 23 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนขึ้น ที่เรียกว่า กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับภารกิจคุ้มครองและพัฒนาศมรรถภาพคนพิการ การศึกษาและการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมและการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ซึ่งครอบคลุมถึงศูนย์บริการคนพิการทั่วไปด้วยนั่นเอง

การสนับสนุนโครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำต้องเป็นตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการพิจารณาอนุมัติการจ่ายเงินเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และการจัดทำรายงานสถานะการเงินและการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2552 แต่สำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป นั้น ยังอ้างอิงในการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบการสนับสนุนโครงการฯ ดังกล่าวนี้อย่างเช่นกัน กล่าวคือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำต้องจัดทำแผนการดำเนินงาน และ โครงการส่งเสริมการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ เพื่อยื่นเสนอรับการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยต้องเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่องอัตราวงเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่มีประกาศเกณฑ์อัตราวงเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังนี้

เกณฑ์อัตราวงเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ด้วย กองกฎหมาย กลุ่มงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้ออกประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง อัตราวงเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนฯ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามหนังสือ เลขที่ พม. 0702/15716 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2558 เป็นเกณฑ์อัตราวงเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2558) ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวด 1 สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป หมวด 2 สนับสนุนการบริหารจัดการศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและ หมวด 3 การจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ในที่นี้ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญของเกณฑ์อัตราวงเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรณีจัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานมาตรา 6(10)) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับหัวข้อการวิจัย เรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย และมีความสอดคล้องกับชุดโปรแกรมมาตรฐานในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วยชุดกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม คือ 1) การกายภาพบำบัด 2) อรรถบำบัดหรือการแก้ไขการพูด 3) กิจกรรมบำบัด และ 4) นันทนาการบำบัด ดังที่นำเสนอไว้ข้างต้น ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์อัตราวงเงินสนับสนุนสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

- 1) การประเมินศักยภาพคนพิการ และทำแผนพัฒนาศักยภาพคนพิการรายบุคคล ก่อนการจัดบริการ ครั้งละ 2,000 บาทต่อคนพิการหนึ่งคน
- 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย คนละ 150 บาทต่อครั้ง
 - 2.1) การพัฒนาทักษะทางการพูด คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือกรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง (การให้บริการรายกลุ่ม สมาชิกไม่เกินกลุ่มละ 12 คน)
 - 2.2) การพัฒนาสู่สุขภาวะ คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือกรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง (การให้บริการรายกลุ่ม สมาชิกไม่เกินกลุ่มละ 12 คน)
 - 2.3) การเสริมสร้างพัฒนาการ คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือกรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง (การให้บริการรายกลุ่ม สมาชิกไม่เกินกลุ่มละ 12 คน)

ดังที่ผู้ศึกษานำเสนอสรุปผล ตามตารางที่ 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 เกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในหมวดที่ 3
หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

รายการค่าใช้จ่าย	อัตราการสนับสนุน	หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการสนับสนุน
	กรณีจัดตั้งโดยองค์กรด้าน คนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ ให้บริการแก่คนพิการซึ่งได้รับการ รับรองมาตรฐาน มาตรา 6(10)	
การประเมินศักยภาพคนพิการ และทำแผนพัฒนาศักยภาพ คนพิการรายบุคคล ก่อนการจัดบริการ	ครั้งละ 2,000 บาทต่อหนึ่งคน	1. เป็นศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไป ซึ่งจัดตั้งโดยองค์กร ด้านคนพิการหรือองค์กรอื่น ใดที่ให้บริการแก่คนพิการ ผ่านการรับรองมาตรฐาน มาตรฐาน 6(10) 2. แต่งตั้งคณะกรรมการ ประเมินศักยภาพคนพิการ อย่างน้อย 5 คน (ผู้แทน คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมเป็น กรรมการ) 3. กรณีรายกลุ่มไม่เกิน กลุ่มละ 12 คน
การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางด้านร่างกาย	คนละ 150 บาทต่อครั้ง	
การพัฒนาทักษะทางการพูด	คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือ กรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง	
การพัฒนาสู่สภาวะ	คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือ กรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง	
การเสริมสร้างพัฒนาการ	คนละ 150 บาทต่อครั้ง หรือ กรณีรายกลุ่ม คนละ 75 บาทต่อครั้ง	

ที่มา: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2558 : 1-8

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีกระบวนการดำเนินการในการยื่นเสนอรับการพิจารณา
สนับสนุนงบประมาณ มี 2 ขั้นตอนสำคัญ คือ

(1) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จัดทำแผนการดำเนินงานกิจกรรมประจำปีงบประมาณ
โดยให้เป็นตามเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังที่ผู้ศึกษา
เสนอไว้ข้างต้นยื่นเสนอล่วงหน้าก่อนถึงปีงบประมาณถัดไป

(2) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จัดทำโครงการสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ นั้น ๆ ให้สอดคล้องและเป็นไปตามแผนการดำเนินงาน ในข้อ (1) ที่ได้เคยยื่นเสนอไปแล้วนั้น

สำหรับการสนับสนุนงบประมาณให้กับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือ การทำแผนงบประมาณและโครงการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการ ประจำปีงบประมาณ ที่เป็นไปตามเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และต้องไม่ข้ามประเภทความพิการ ของการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตัวอย่างเช่นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จดทะเบียนรับรองในการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายคือเด็กพิการประเภทความพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวแล้วนั้น จะต้องจัดบริการด้วยชุดกิจกรรมบริการที่เหมาะสมสำหรับเด็กพิการประเภทความพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวเท่านั้น โดยไม่สามารถจัดกิจกรรมบริการการพัฒนาทักษะทางการมองเห็นได้ซึ่งเป็นการข้ามประเภทความพิการดังบทสัมภาษณ์ของ นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล (ขณะสัมภาษณ์ดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กล่าวไว้ว่า สิ่งสำคัญสำหรับงบประมาณดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เนื่องจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ใช้วิธีการคิดคำนวณในรูปแบบต้นทุนการบริการ หรือค่าใช้จ่ายรายหัว ดังนั้นการใช้งบประมาณต้องให้ถูกต้องตามระเบียบ และที่สำคัญที่สุดคือจะต้องไม่ข้ามประเภทความพิการเด็ดขาด

สำหรับการศึกษาดำเนินงานต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน พบว่า ในการคิดคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) ซึ่งมีวิธีการคิดต้นทุนตามรูปแบบต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์นั้น นิยมเรียกว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) หรืออีกชื่อหนึ่งเรียกว่า ต้นทุนเฉลี่ย (Average Cost) จำเป็นต้องมีเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด เช่น ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) ต้นทุนค่าสาธารณูปโภค (Utilities Cost) รายจ่ายค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์ และต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ อาหาร ค่าซ่อมบำรุง ค่าทำความสะอาด ค่าวัสดุอุปกรณ์ วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น และในกระบวนการคิดต้นทุนต้องมีขั้นตอนการดำเนินการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Steps in Cost Finding) อย่างเป็นระบบระเบียบชัดเจน เพื่อการคิดวิเคราะห์หาต้นทุนต่อหน่วยบริการที่ถูกต้อง

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกผู้รับผิดชอบในระดับนโยบาย ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายศูนย์บริการคนพิการโดยตรงนั้น พบว่า สำหรับนโยบายด้านศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในการสนับสนุนงบประมาณนั้นต้องเป็น

ตามกรอบระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ซึ่งมีเกณฑ์อัตราวงเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยเฉพาะในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีฐานวิธีคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัว โดยอ้างอิงจากการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดกรอบอัตรารายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 : 357, 2558 : 317)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดกรอบอัตรารายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้กำหนดรายการและราคาการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 : 357, 2558 : 317) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 รายการการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กิจกรรม	ราคากลางรายบุคคล (บาท)	หน่วย	ราคากลางรายกลุ่ม (บาท)	หน่วย
กายภาพบำบัด	150	ครั้ง/ราย		
กิจกรรมบำบัด	150	ครั้ง/ราย	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
การแก้ไขการพูด	150	ครั้ง/ราย	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
พฤติกรรมบำบัด	300	ครั้ง/ราย	150	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
การฟื้นฟูการได้ยิน	150	ครั้ง/ราย		
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	150	ครั้ง/ราย	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	150	ครั้ง/ราย	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม

หมายเหตุ: สำหรับการให้บริการเฉพาะรายคือ ผู้ให้บริการหนึ่งคนต่อผู้รับบริการหนึ่งคน ส่วนการให้บริการรายกลุ่มคือ สมาชิกที่รับบริการไม่เกินกลุ่มละ 7-12 คนและกำหนดระยะเวลาในการให้บริการประมาณ 30-45 นาทีต่อผู้รับบริการ 1 ราย หรือต่อการให้บริการรายกลุ่ม

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2558 : 317

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบรายการค่าใช้จ่ายรายหัวต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเกณฑ์การสนับสนุนการให้บริการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

รายการค่าใช้จ่ายตามกิจกรรม	อัตราการสนับสนุน	
	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
การประเมินศักยภาพคนพิการและทำแผนพัฒนาศักยภาพคนพิการรายบุคคลก่อนการจัดบริการ	-	ครั้งละ 2,000 บาท/คน
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย	150 บาท/คน/ครั้ง	150 บาท/คน/ครั้ง
การพัฒนาทักษะทางการพูด	150 บาท/คน/ครั้ง หรือ 75 บาท/คน/ครั้ง/กลุ่ม	150 บาท/คน/ครั้ง หรือ 75 บาท/คน/ครั้ง/กลุ่ม
การพัฒนาสู่สภาวะ	-	150 บาท/คน/ครั้ง หรือ 75 บาท/คน/ครั้ง/กลุ่ม
การเสริมสร้างพัฒนาการ (การส่งเสริมพัฒนาการ)	150 บาท/คน/ครั้ง หรือ 75 บาท/คน/ครั้ง/กลุ่ม	150 บาท/คน/ครั้ง หรือ 75 บาท/คน/ครั้ง/กลุ่ม

จากตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลรายการค่าใช้จ่ายรายหัวต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเกณฑ์การสนับสนุนการให้บริการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่า ค่าใช้จ่ายรายหัว (Unit Cost) นั้นมีความสอดคล้องกับรายการชุดกิจกรรมการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เช่น การให้บริการกายภาพบำบัด คิดค่าบริการ 150 บาทต่อครั้งต่อราย กิจกรรมบำบัดบำบัด คิดค่าบริการ 150 บาทต่อครั้งต่อราย และ/หรือ คิดค่าบริการ 75 บาทต่อครั้งต่อรายต่อกลุ่ม ซึ่งมีความสอดคล้องกันในระเบียบหลักเกณฑ์เดียวกัน

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการและพัฒนาระบบด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นไปตามภารกิจตามพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537 จากการศึกษารายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 1/2521 วันที่ 23 กรกฎาคม 2551

พบว่า ได้เสนอแนวทางการคำนวณต้นทุนกิจกรรมบริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เสนอต้นทุนค่าบริการด้านกิจกรรมเวชกรรมฟื้นฟู เช่น การตรวจประเมินและวางแผนการรักษาทางด้านกายภาพบำบัด คิดค่าบริการ 120 บาทต่อครั้งต่อราย (กระทรวงสาธารณสุข. 2551)

จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) ซึ่งในการคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยบริการนั้น จะได้มาจากค่าเฉลี่ยของต้นทุนทั้งหมดต่อกิจกรรมให้บริการแก่ผู้มารับบริการหนึ่งหน่วย (หน่วย ในที่นี้คือ จำนวนครั้ง หรือจำนวนวันที่เข้ารับบริการ ก็ได้) ซึ่งคำนวณได้โดยการหารต้นทุนทั้งหมดด้วยจำนวนกิจกรรมให้บริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องมีรายละเอียดของการบันทึกค่าใช้จ่ายที่ครอบคลุมและถูกต้อง ดังที่ผู้ศึกษาได้ศึกษาและนำเสนอไว้ข้างต้นดังกล่าว

สำหรับการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นั้น ยังไม่ประสบความสำเร็จ พบข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลต้นทุนประเภทต้นทุน เนื่องจากต้นทุน งบประมาณ และรายการค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจาก 5 พื้นที่ (ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายฯ) นั้นพบว่า ทุกพื้นที่ที่ศึกษามีการให้บริการในหลายกิจกรรม และมีงบประมาณหลายประเภทหากแต่ไม่ได้มีการลงบันทึกระบบบัญชี ลงบันทึกรายรับรายจ่าย แบบรวม กล่าวคือ ไม่ได้มีการลงบันทึกแยกตามประเภทกิจกรรมไว้ และไม่ได้ลงบันทึกรายการแบบเก็บข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนเพียงพอต่อการที่จะให้ผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อคำนวณหาต้นทุนได้อย่างเป็นระบบและจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาหนึ่งพอสมควร ประมาณ 5-7 ปี เพื่อให้ได้ต้นทุนคงที่ที่ถูกต้อง และจำเป็นต้องอาศัยนักเศรษฐศาสตร์เป็นผู้คิดวิเคราะห์ตามหลักการสถิติทางเศรษฐศาสตร์อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้หากในการประเมินต้นทุนและคำนวณต้นทุนนั้น ถ้าใช้ชนิดของต้นทุนไม่ถูกต้องหรือวิธีการประเมินต้นทุนและวิธีการคำนวณต้นทุนที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมแล้วนั้น จะส่งผลเสียทำให้การคำนวณต้นทุนบิดเบือนไปได้ นอกจากนี้ต้นทุนเมื่อเวลาต่างกันก็มีค่าแตกต่างกันเนื่องจากความผูกพันกับเวลาของเงิน การประเมินค่าใช้จ่าย ณ จุดเวลาที่ต่างกันโดยไม่นำเอาอัตราดอกเบี้ยมาคิดด้วยจะทำให้การวิเคราะห์ผิดไปได้ จึงยังไม่ประสบความสำเร็จ หากแต่จะทำได้ด้วยการสร้างเงื่อนไขในการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 พื้นที่ มีการลงบันทึกงบประมาณค่าใช้จ่ายที่ละเอียดและมีเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการศึกษาด้านต้นทุนได้อย่างประสบผลสำเร็จ

หากพิจารณาในมิติของงบประมาณของเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง อัตรารวเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามหนังสือ เลขที่ พม. 0702/15716 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2558 เป็นเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2558) รายละเอียดตามที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอไว้ข้างต้น ดังตารางที่ 7 แสดง

ข้อมูลเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยเฉพาะในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แล้วนั้นพบว่า ฐานคิดค่าใช้จ่าย ต้นทุนต่อหน่วยบริการนั้น มีความสอดคล้องกับต้นทุนต่อหน่วยบริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้วนั้น กอปรกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ แสดงความคิดเห็นว่าเกณฑ์การสนับสนุนต้นทุน (ค่าใช้จ่ายรายหัว) นั้น มีความเพียงพอ เหมาะสม กับการจัดบริการให้บริการ สมเหตุสมผลกับการให้บริการ

4.4 การพิสูจน์สมมติฐาน

จากผลการศึกษาดังที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอไว้ทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น จากสมมติฐานการวิจัยที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ ในบทที่ 1 ดังข้อ 1.4 ทั้ง 3 ประการมีดังนี้

1) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิ

2) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการ มีบุคลากรผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีความรู้ มีทักษะ ความสามารถ มีจิตอาสา มีความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และเคารพสิทธิของเด็กพิการและคนพิการ

3) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการได้รับการสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอซึ่งส่งผลต่อมาตรฐานของการให้บริการ

สรุปได้ว่า ผลการศึกษานั้น มีความสอดคล้องและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยตามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ เพียง 1 ประการ ตาม สมมติฐานข้อที่ 2 คือศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการ มีบุคลากรผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีความรู้ มีทักษะ ความสามารถ มีจิตอาสา มีความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และเคารพสิทธิของเด็กพิการและคนพิการดังที่ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฯ) ทั้งหมด 5 แห่ง พบว่า คุณสมบัติผู้ให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีความรู้ มีทักษะ ความสามารถมีประสิทธิภาพ และมีความชำนาญ ที่เหมาะสมเป็นผู้ให้บริการนั้นเป็นจุดแข็งที่ 3 คือ คุณสมบัติผู้ให้บริการมีความรู้ มีประสิทธิภาพ และมีความชำนาญ เหมาะสมที่จะเป็นผู้ให้บริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในขณะที่จากผลการศึกษานั้น ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยตามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ 2 ประการ คือ สมมติฐาน ข้อที่ 1 และ สมมติฐาน ข้อที่ 3 ดังนี้

สมมติฐาน ข้อที่ 1 คือ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปยังไม่ครอบคลุมต่อปัญหาและไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับ

เด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมต่อปัญหาและสามารถตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิได้เป็นอย่างดี ดังที่ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฯ) ทั้งหมด 5 แห่ง พบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการและเครือข่ายฯ นั้น มีบริการที่ประกอบด้วย 4 บริการใหญ่ ๆ คือ บริการที่หนึ่ง การให้ข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร สิทธิ-สวัสดิการ ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อเด็กพิการและครอบครัว (ผู้ดูแล) เด็กพิการบริการที่สอง การให้บริการความรู้และทักษะ การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการบริการที่สาม การให้บริการทักษะทางสังคมให้กับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการบริการที่สี่ บริการเสริมพลังในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) ซึ่งนับว่าทั้ง 4 บริการที่กล่าวมาเป็นต้น ผู้รับบริการ (ผู้ให้ข้อมูล) ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่ามีความพึงพอใจกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้ง 5 แห่ง ที่มารับบริการอยู่ในปัจจุบัน เพราะสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการได้เป็นอย่างดี

สมมติฐาน ข้อที่ 3 คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการได้รับการสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอซึ่งส่งผลต่อมาตรฐานของการให้บริการ ซึ่งจากผลการศึกษานั้นพบว่า จากนโยบายงบประมาณของเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง อัตรารวเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามหนังสือ เลขที่ พม. 0702/15716 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2558 เป็นเกณฑ์อัตรารวเงินสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2558) นั้น กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล มีความคิดเห็นว่าเกณฑ์การสนับสนุนต้นทุน (ค่าใช้จ่ายรายหัว) ตามนโยบายดังกล่าวนี้ มีความเพียงพอและเหมาะสม กับการจัดบริการให้บริการสมเหตุสมผล กับการให้บริการ

ดังนั้นจากผลการศึกษาของผู้ศึกษานั้น มีความสอดคล้องและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ 1 ประการ คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการสำหรับเด็กสมองพิการมีบุคลากรผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีความรู้ มีทักษะ ความสามารถ มีจิตอาสา มีความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และเคารพสิทธิของเด็กพิการและคนพิการ และผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ 2 ประการ คือ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปยังไม่ครอบคลุมต่อปัญหาและไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการตามฐานสิทธิและศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการได้รับการสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอซึ่งส่งผลต่อมาตรฐานของการให้บริการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) มีสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย (Standard Development of Rehabilitation Services for Cerebral Palsy Children in Disability Services Center and Its Networks) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ 2) เพื่อพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และ 3) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยทำการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Data) นโยบาย กฎหมาย แนวคิด ทฤษฎี และแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสากล และในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง และทำการศึกษาภาคสนาม (Field Research) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่ายที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ ในเขตกรุงเทพมหานครโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ในภูมิภาคโซนพื้นที่ต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 5 องค์กร โดยการใช้เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ในกรอบประเด็นคำถามตามที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interviews) ผู้ศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูล ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบาย ของภาครัฐกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) จำนวน 1 คน และกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วย ประธานกรรมการบริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป 1 คน หัวหน้าผู้บริหาร จำนวน 5 คน ผู้ให้บริการ จำนวน 15 คน และผู้รับบริการ จำนวน 15 คน ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่ายฯ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 37 คน

ผลจากการศึกษาพบว่า การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย มีดังนี้

ผลการศึกษา **สถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ** ในต่างประเทศพบว่า มี สมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสมเนีย ประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia) มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ไว้ 12 มาตรฐาน ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการ (Service Access) (2) ความต้องการส่วนบุคคล (Individual Needs) (3) การตัดสินใจเลือก (Decision Making and Choice) (4) การรักษาความลับและเคารพในศักดิ์ศรี (Privacy Dignity and Confidentiality) (5) การมีส่วนร่วมและบูรณาการ (Participation and Integration) (6) สถานะแห่งคุณค่า (Valued Status) (7) การร้องเรียนและข้อพิพาท (Complaints and Disputes) (8) การบริหารจัดการบริการ (Service Management) (9) เงื่อนไขการจ้างงาน (Employment Conditions) (10) การฝึกอบรมและการสนับสนุนผู้รับบริการ (Service Recipient Training and Support) (11) การสรรหาบุคลากร การจ้างงาน และการฝึกอบรม (Staff Recruitment Employment and Training) และมาตรฐานสุดท้าย (12) การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพจากการถูกละเมิด (Protection of Human Rights and Freedom from Abuse)

สำหรับประเทศไทย มีสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการไว้ 6 มาตรฐาน ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการและการเข้ารับบริการ (Access and Entry) (2) การประเมินผู้ป่วย (Assess) โดยทีมสหวิชาชีพ (3) การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Planning) (4) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation service) (5) การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง (Information and Empowerment) และ (6) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ถึงแม้ว่ามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จะไม่ได้กำหนดว่าเฉพาะประเภทคามพิการไว้ แต่ได้กำหนดมาตรฐานฯ ภาพรวมที่เหมาะสมสำหรับคนพิการประเภททางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว ไว้อย่างชัดเจน

สำหรับผลการศึกษา **การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย** นั้น ประกอบด้วย 8 ประเด็นสำคัญ มีดังนี้

ด้านการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ควรมีให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 4 บริการใหญ่ ๆ คือ บริการให้ข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร สิทธิ-สวัสดิการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อเด็กพิการและผู้ดูแลเด็กพิการ ซึ่งเป็นบริการที่ควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกและมีความจำเป็นและสอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ และภารกิจหลักของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปตามที่นโยบายกำหนดไว้ ต่อมาคือการให้บริการความรู้

และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เป็นการให้บริการชุดกิจกรรมบริการ (Services Packages) การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เช่น กิจกรรมการฝึกกายภาพบำบัด การนวดไทย การฝึกการเคลื่อนไหว กิจกรรมบำบัดหรือกิจกรรมเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อม และ กิจกรรมนันทนาการบำบัด ลำดับต่อมาควรมีการให้บริการทักษะทางสังคมให้กับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการ หรือที่ใช้คำเรียกกันว่า กิจกรรมเรียนรู้สู่โลกกว้าง เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างประสบการณ์ชีวิต หรือทักษะทางสังคมให้แก่เด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการร่วมด้วย ซึ่งหมายรวมถึงบริการเสริมพลังครอบครัวเด็กสมองพิการในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) หรือที่เรียกกันเข้าใจง่าย ๆ ได้ว่า กลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน อีกด้วย

ด้านบริบทของครอบครัวเด็กสมองพิการที่มีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ นั้นพบว่า ปัญหาที่ครอบครัวเด็กสมองพิการต้องประสบพบเจอคือปัญหาเรื่องแนวคิด ทศนคติ ต่อการก้าวข้ามความพิการของลูกหลานในครอบครัว ต่อมามีปัญหาที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการยังไม่มีองค์ความรู้ ในการดูแล และฟื้นฟูเด็กสมองพิการ จึงต้องเกิดการเสาะแสวงหาแหล่งให้ความรู้ให้ข้อมูลในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ และปัญหาการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมองพิการของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากกลุ่มเด็กสมองพิการนี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเด็กสมองพิการอย่างใกล้ชิด

สำหรับจุดแข็ง ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ และเครือข่าย ทั้ง 5 แห่ง พบว่า มีจุดแข็ง ในด้านแนวคิดในการให้บริการที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวเด็กสมองพิการโดยผู้ให้บริการนั้นมีคุณสมบัติที่เหมาะสม โดยมีความรู้ มีประสบการณ์ และมีความชำนาญ เหมาะสมที่จะเป็นผู้ให้บริการ รวมทั้งมีการให้บริการแบบองค์รวมครบวงจร เป็นพื้นที่ให้บริการที่ให้เด็กสมองพิการได้มีเพื่อน มีสังคม และยังมีบริการอื่น ๆ แก่ครอบครัวเด็กสมองพิการอีกด้วย รวมทั้งจุดแข็งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการให้บริการที่สนับสนุนการรวมกลุ่มในรูปแบบกลุ่มพึ่งตนเอง (Self Help Group) หรือที่เรียกว่า กลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนก็นับว่าเป็นจุดเด่นของงานการให้บริการในปัจจุบัน

ในขณะที่การให้บริการยังพบว่า มี **จุดอ่อน** อยู่ กล่าวคือ ในศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้ง 4 แห่ง พบจุดอ่อน คือ เรื่องอาคารและสถานที่ที่จัดบริการคับแคบ ไม่มีห้องฝึกเฉพาะที่เป็นสัดส่วนไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการฝึกที่หลากหลายและเพียงพอต่อการให้บริการ อีกทั้งยังพบจุดอ่อนในเรื่องระบบงานเอกสารต่าง ๆ ที่ยังไม่เป็นระบบที่ดี ตั้งแต่เอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ ทะเบียนประวัติ การจัดเก็บเอกสารและข้อมูล รวมทั้งงานเกี่ยวกับข้อมูลสถิติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากปัจจุบันศูนย์เรียนรู้ฯ ยังไม่ได้รับการจัดทะเบียนรับรองให้เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามเงื่อนไข และไม่มีแหล่งทุนมาสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

ด้านคุณสมบัติของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า คุณสมบัติผู้ให้บริการนั้นเป็นเรื่องที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก คุณสมบัติที่สำคัญสำหรับผู้ให้บริการต้องมีประการแรกคือผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ความสามารถที่เฉพาะด้านและมีประสบการณ์ทักษะสอดคล้องกับลักษณะงานที่ให้บริการและหากในกรณีที่ต้องให้บริการเฉพาะทางต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการเฉพาะทางที่ไม่ข้ามประเภทความพิการ สามารถสรุปได้ว่าเกณฑ์คุณสมบัติที่สำคัญของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการควรมี 4 ประการ ได้แก่ (1) ต้องเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการ (2) มีความรู้ ในศาสตร์วิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ โดยแบ่งความรู้ออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความรู้พื้นฐานที่จำเป็น และระดับความรู้เฉพาะทางในวิชาต่าง ๆ สำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ (3) มีทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ และ (4) ความสามารถในการฝึกลูกของตนเองและสามารถฝึกลูกของคนอื่นที่มีความพิการที่หลากหลายได้ด้วย

สำหรับ ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ทั้ง 5 แห่งที่มารับบริการอยู่ในปัจจุบัน เพราะสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการได้ ถึงแม้ว่าผู้รับบริการจะพบกับปัญหาอุปสรรคบ้าง ทุกคนที่มารับบริการต่างก็เข้าใจและยอมรับได้ เนื่องจากเข้าใจในข้อจำกัดของศูนย์เรียนรู้ฯ และไม่ใช่อุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อให้มีผู้มารับบริการผู้รับบริการได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือต้องการอยากให้มีการฝึกอาชีพ และ/หรือกลุ่มอาชีพ ให้กับผู้ดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มเติมด้วย โดยใช้เวลาในช่วงหลังจากการฝึกและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเสร็จแล้ว

นอกจากนี้ ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามฐานสิทธิ์ และได้มาตรฐาน นั้น ในทัศนะของผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายกรม พก. มีความเห็นว่า ควรต้องเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ตามที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะระเบียบตามหมวดที่ 3 การจัดบริการ ที่กำหนดระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำคัญคือ ต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินศักยภาพเด็กพิการ และมีกิจกรรมการประเมินศักยภาพเด็กพิการ และกิจกรรมการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพเด็กพิการ (Individual Education Program : IEP)

และอีกประเด็นที่สำคัญ คือ **ต้นทุนต่อหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป** ผลการศึกษาพบว่า จุดอ่อนในระบบการบันทึกค่าใช้จ่ายเนื่องจากการไม่มีการบันทึกค่าใช้จ่ายและไม่มีการทำระบบบัญชีการบันทึกรายรับรายจ่ายเป็นระบบที่ดีเพียงพอ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเน้นสาระสำคัญไปที่ว่า งบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวตามระเบียบของศูนย์บริการคนพิการ 150 บาทต่อคนต่อครั้งต่อกิจกรรม ผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฯ มีความคิดเห็นว่า เพียงพอและเหมาะสม โดยขอโอกาสให้ทางศูนย์เรียนรู้ฯ ได้รับการพิจารณาก่อน เพราะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้พวกเขาสามารถจัดบริการ ให้บริการได้อย่างคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ด้วย

การสนับสนุนการสร้างมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปจากกรมส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ในฐานะกรม พก. เป็นหน่วยงานหลักในด้านนโยบายเรื่องนี้ มี จุดแข็ง คือ กลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติในระดับประเทศ และมี คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด ในระดับจังหวัด ในขณะที่จุดอ่อน หรือข้อจำกัด คือ ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานเฉพาะของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แต่ปัจจุบันระเบียบในเรื่องการจัดตั้งเป็นศูนย์ทั่วไป นั้นได้ถูกผูกติดไว้ด้วยมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ ดังนั้นหากในอนาคตมีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการฯ ขึ้นเป็นเรื่องดีมากเพราะมาตรฐานจะเป็นตัวกำหนดคุณภาพการดำเนินงานและคุณภาพในการจัดระบบบริการให้ได้ตามที่มาตรฐานกำหนด และ กรม พก.มีหน้าที่กำกับ ติดตาม และสนับสนุน

จากข้อมูลสรุปผลการศึกษาทั้ง 8 ประเด็น ดังที่ผู้ศึกษาได้สรุปผลการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น ผู้ศึกษานำข้อมูลมา **พัฒนากรอบ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ฉบับที่ 1** ประกอบด้วย 7 องค์กรประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 410 คะแนนและผู้ศึกษามีกระบวนการในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ซึ่งผลจากการประชุมมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางการในการปรับปรุงและพัฒนา (ร่าง) มาตรฐานฯให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามที่นโยบายกำหนดเป็นสำคัญต่อมาผู้ศึกษาจึงได้พัฒนา (ร่าง) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ฉบับที่ 2 ประกอบด้วย 8 องค์กรประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัดของมาตรฐาน ค่าคะแนนต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 และกำหนดค่าผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมด 8 องค์กรประกอบ 25 ตัวชี้วัด โดยมีวิธีคิดค่าผลคะแนน

เป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้})$ หารด้วย 325 โดยมีเกณฑ์ประมวลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของมาตรฐาน ออกเป็น 3 ระดับ คือ มาตรฐานระดับดีมาก มีค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 81–100 มาตรฐานระดับดี มีค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 71–80 และมาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 60–70 และหากค่าคะแนนการประเมิน ต่ำกว่า ร้อยละ 60 คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน

สำหรับ ผลการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ โดยผู้ศึกษานำ (ร่าง) มาตรฐานฯ ฉบับที่ 2 โดยทดลองใช้ในการประเมินผลโดยผู้ศึกษาคัดเลือกหน่วยงานที่ทำการทดลอง จำนวน 4 พื้นที่ ประกอบด้วย หน่วยงานที่ได้รับการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแล้ว และมีภารกิจในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวน 2 พื้นที่ คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเขตกรุงเทพมหานคร และในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช และคัดเลือกหน่วยงานที่เป็นเครือข่าย (ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว) ที่มีภารกิจในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวน 2 พื้นที่ คือ ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร โดยที่ผู้ศึกษากำหนดประเด็นสำหรับการ ทดลองใช้ ไว้ 2 ประเด็น คือ ผลการตรวจประเมิน และ การรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ ซึ่งผลการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ มีผลดังนี้

สรุปผลการทดลองใช้ (ร่าง) มาตรฐานฯ ฉบับที่ 2 ในภาพรวมโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่หนึ่ง ค่าผลการทดลองใช้ในการตรวจประเมิน (ร่าง) มาตรฐานฯ พบว่า พื้นที่ 1 เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเขตกรุงเทพมหานคร มีผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 325 (คิดเป็นร้อยละ 100) อยู่ในระดับมาตรฐานดีมาก และผ่านการประเมินมาตรฐานทั้ง 8 องค์ประกอบ สำหรับพื้นที่ 2 เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 320 (คิดเป็นร้อยละ 98.46) อยู่ในระดับมาตรฐานดีมาก และผ่านการประเมินมาตรฐานทั้ง 8 องค์ประกอบ สำหรับ พื้นที่ 3 เป็นศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ คือ 200 (คิดเป็นร้อยละ 62.54) มาตรฐานอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หากพิจารณาแต่ละองค์ประกอบจะพบว่า ยังมีองค์ประกอบที่ 6 ระบบการบันทึกข้อมูล และ องค์ประกอบที่ 7 ระบบการประสานงานส่งต่อที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ส่วน พื้นที่ 4 เป็นศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกัน ดังนั้นสรุปผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ย คือ 145 (คิดเป็นร้อยละ 44.62) คิดตามเกณฑ์ระดับมาตรฐาน คือ ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน

ส่วนที่สอง คือ ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ มีความเห็นด้วยกับ (ร่าง) มาตรฐานฯ ที่ผู้ศึกษาพัฒนามานั้น และเห็นด้วยกับการมีมาตรฐานการให้บริการฯ ทั้ง 7 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด และแนวทางการประเมินตามนี้ ว่ามีความเหมาะสมแล้ว หากแต่

โจทย์ที่สำคัญของเครือข่าย ซึ่งหมายถึงศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ต่าง ๆ นั้นจะต้องทำการบ้านและพัฒนาการดำเนินงานของตนเองให้ได้มาตรฐาน และเข้าใจดีว่ามาตรฐานนั้นนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการวัดคุณภาพการให้บริการนั่นเอง อีกทั้งมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่อยากให้การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และ/หรือหน่วยงานใดที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับมอบหมาย ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Coaching) ให้แก่ศูนย์เรียนรู้ฯ ต่าง ๆ ที่มีความสนใจอยากพัฒนาศูนย์ฯ ของตนเอง ให้ได้มาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การขอรับรองเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในลำดับต่อไป

ดังนั้นโดยสรุปมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน ได้แก่ (1) คุณสมบัติผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน (2) สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน (3) การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน (4) สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน (5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน (6) ระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน (7) ระบบการประสานงานส่งต่อ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน (8) การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน โดยมีเกณฑ์ประมวลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของมาตรฐาน ออกเป็น 3 ระดับ คือ มาตรฐานระดับดีมาก มีค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 81-100 มาตรฐานระดับดี มีค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 71-80 และมาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 60-70 และหากค่าคะแนนการประเมิน ต่ำกว่า ร้อยละ 60 คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน

5.2 การอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นั้น สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายผล ได้ดังนี้

5.2.1 การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

สำหรับการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นั้น นับว่าเป็นนโยบายใหม่และเป็นกลไกใหม่ของสังคมไทย ที่ยังไม่ได้มีผู้ศึกษาไว้ และในระดับนโยบายเองก็ยังไม่ได้มีมาตรฐานการให้บริการฯ นี้ ประกาศออกมา และ/หรือกำหนดไว้ ถึงแม้ว่านโยบายศูนย์บริการคนพิการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่

ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี มีจำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมเกือบทุกประเภทความพิการและครอบคลุมเกือบทุกจังหวัดทั่วประเทศแล้วนั้น หากแต่ในระดับนโยบายได้มีระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 และในระเบียบฉบับนี้เองได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำระบบการให้บริการศูนย์บริการคนพิการ โดยกำหนดภารกิจอำนาจหน้าที่ในการวางแผน กำหนดรูปแบบ แนวทาง วิธีการจัดตั้ง และการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะในหมวดที่ 4 มาตรฐานการดำเนินการ และการให้บริการแก่คนพิการ เด็กพิการของศูนย์บริการคนพิการ ข้อที่ 20 ที่ระบุว่าให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแต่ละประเภทมีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการแก่คนพิการตามเกณฑ์ชีวิตที่สำนักงานประกาศกำหนดไว้หากแต่ระเบียบดังกล่าวนี้ยังเป็นเพียงระเบียบที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดไว้เท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติยังไม่มีประกาศ ระเบียบ ที่เกี่ยวกับมาตรฐานการดำเนินงานและการให้บริการแก่คนพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ดังนั้น จากผลการศึกษาของผู้ศึกษาที่ได้ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนั้นจึงเป็นเรื่องใหม่ และเป็นเพียงมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

จากผลการศึกษานั้นพบว่า **มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย** ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) คุณสมบัติผู้ให้บริการ (2) สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก (3) การเข้าถึงบริการ (4) สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ (5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (6) ระบบการบันทึกข้อมูล (7) ระบบการประสานงานส่งต่อ และ (8) การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับแนวคิดมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการ ในต่างประเทศ ของสมาคมเด็กสมองพิการแห่งรัฐแทสเมเนียประเทศออสเตรเลีย (Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia) ได้กำหนดไว้ 12 ข้อองค์ประกอบของมาตรฐาน ซึ่งมีการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายเด็กสมองพิการเช่นเดียวกัน แต่มีความสอดคล้องในองค์ประกอบของมาตรฐานบางองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ที่มีความเหมือนกัน ซึ่งทั้งนี้สาระสำคัญของมาตรฐานฯ นั้น ขึ้นอยู่กับบริบท เงื่อนไข และข้อกำหนดในรายละเอียดของปริมาณงาน คุณภาพงาน หรือวิธีการปฏิบัติงานนั้น ๆ ตามที่แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและกระบวนการจัดทำมาตรฐาน

ในขณะที่กิจกรรมการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายนั้น จากผลการศึกษาพบว่า มีการจัดกิจกรรมให้บริการแบบ บูรณาการ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการฝึกกายภาพบำบัด (การฝึกกล้ามเนื้อมัดใหญ่) การนวดไทย การฝึกการเคลื่อนไหว กิจกรรมบำบัดหรือกิจกรรมเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อม และกิจกรรม นันทนาการบำบัดให้กับเด็กสมองพิการและครอบครัวเด็กสมองพิการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิด มาตรฐานชุดโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ (Rehabilitation Program for Cerebral Palsy) เสนอโดย Christine Thorogood (2013) ที่ได้ทำการศึกษาและ นำเสนอว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการนั้น (Christine Thorogood. 2013) ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่ กายภาพบำบัด (Physical Therapy) อรรถบำบัด หรือ การแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) และ นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) และสำหรับโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการนั้นควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและความต้องการจำเป็นของ ครอบครัวเป็นสำคัญภายใต้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องกับผู้พิการ โดยเฉพาะผู้ปกครอง (ผู้ดูแลเด็กพิการ) มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้รูปแบบการดำเนินงานและหลักการดำเนินงานที่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ยึดถือและดำเนินงานอยู่โดยให้ความสำคัญกับผู้ปกครอง (ผู้ดูแลเด็กสมอง พิการ) มีส่วนร่วมที่สำคัญในการกระบวนการให้บริการนั้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบนเน็ตต์ (Bennett. 2012) ที่ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรม การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเพื่อพัฒนาเด็กพิการที่ค้นพบว่า การที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ในโปรแกรมการฝึกอย่างต่อเนื่องนั้นและนำไปฝึกฟื้นฟูที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ นั้นย่อมส่ง ผลที่ดีต่อเด็กพิการ กล่าวคือทำให้เด็กพิการนั้นมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

ทั้งนี้ประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษานั้น พบว่า ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และ เครือข่าย นั้น มีความคิดเห็นและเห็นด้วยกับการมีมาตรฐานการให้บริการ เฉพาะสำหรับศูนย์บริการ คนพิการทั่วไป ในการจัดบริการตามประเภทความพิการ ดังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ (ร่าง) มาตรฐานฯ มีความเห็นด้วยกับ (ร่าง) มาตรฐานฯ เห็นด้วยกับการมีมาตรฐานการให้บริการฯ หากแต่โจทย์ที่สำคัญของเครือข่าย ซึ่งหมายถึงศูนย์เรียนรู้ฯ ต่าง ๆ นั้นจะต้องทำการบ้าน และ พัฒนาการดำเนินงานของศูนย์ฯ ของตนเองให้ได้มาตรฐาน และเข้าใจดีว่ามาตรฐานนั้นนับว่าเป็น เครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการวัดคุณภาพการให้บริการนั่นเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับผล การศึกษาวิจัยของ เมฆินทร์ เมธาวิกุล และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบและ แนวทางการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการ เมื่อปี พ.ศ. 2557 ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า

มีระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ในข้อ 20 กำหนดให้ศูนย์บริการคนพิการแต่ละประเภทนั้นมีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการตามเกณฑ์ชีวิตที่ประกาศกำหนดไว้ และได้เสนอแนะไว้ว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ในฐานะเจ้าภาพหลักในระดับนโยบายนั้น ควรมีการพัฒนาเกณฑ์ชีวิตมาตรฐานในการให้บริการนี้ให้แก่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

นอกจากนี้อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญจากผลการศึกษาของผู้ศึกษาได้มีข้อเสนอแนะว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น มีข้อเสนอแนะว่า อยากให้ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และ/หรือหน่วยงานใดที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับมอบหมาย ให้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Coaching) ให้แก่ศูนย์เรียนรู้ฯ ต่าง ๆ ที่มีความสนใจอยากจะทำศูนย์ฯ ของตนเอง ให้ได้มาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การขอรับรองเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย ของ ชีรยุทธ สุขคนธวิท และคณะ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการ เมื่อปี พ.ศ. 2559 นั้น พบว่า มีปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุน และ/หรือเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการในฐานะศูนย์บริการคนพิการ สู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการ นั้นผลการวิจัยพบว่า การที่จะสามารถเป็นศูนย์บริการคนพิการของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการ คุณสมบัติของผู้ให้บริการนั้น เป็นประเด็นหลักที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการให้บริการ และผู้ให้บริการต้องมีทั้งความมุ่งมั่น และการพัฒนาศักยภาพคนทำงานควบคู่กันไป เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการทำงานในการเป็น “ผู้ให้บริการ” (Service Provider) ทั้งด้านการบริหารจัดการองค์กร บุคลากรแผนงานเวลาเงิน และการจัดให้บริการทีมที่มีคุณภาพและได้เสนอแนะให้ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในฐานะเจ้าภาพหลักนั้น ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Coaching) ให้แก่หน่วยงานหรือองค์กรใด ๆ ที่มีความประสงค์จะพัฒนาองค์กรและยกระดับให้เป็นศูนย์บริการคนพิการนั้น เพื่อให้พัฒนามาตรฐานการให้บริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

5.2.2 ต้นทุนต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

จากผลการศึกษาในด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น พบว่า จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกผู้รับผิดชอบในระดับนโยบาย ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในนโยบายศูนย์บริการคนพิการโดยตรงนั้น สำหรับนโยบายด้านศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในการสนับสนุนงบประมาณนั้นต้องเป็นตามกรอบระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 ซึ่งมีเกณฑ์อัตราเงินสนับสนุนการดำเนินงานของ

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยเฉพาะในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ตามที่ได้กำหนดไว้ในระเบียบและประกาศนั้น มีฐานวิธีคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัว โดยอ้างอิงจากแนวคิดการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดกรอบอัตรารายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 : 357, 2558 : 317) ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดกรอบอัตรารายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้กำหนดรายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ไว้ดังนี้ การให้บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อัตราค่าให้บริการ ในการให้บริการรายบุคคล คือ จำนวนเงิน 150 บาทต่อคนต่อครั้ง และในการให้บริการแบบรายกลุ่ม คือ จำนวนเงิน 75 บาทต่อครั้งต่อรายกลุ่ม

จากผลการศึกษาได้ศึกษาเปรียบเทียบรายการค่าใช้จ่ายรายหัวต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเกณฑ์การสนับสนุนการให้บริการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพบว่า ค่าใช้จ่ายรายหัว (Unit Cost) มีความสอดคล้องกับรายการชุดกิจกรรมการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เช่น การให้บริการกายภาพบำบัด คิดค่าบริการ 150 บาทต่อครั้งต่อราย กิจกรรมบำบัด คิดค่าบริการ 150 บาทต่อครั้งต่อราย และ/หรือ คิดค่าบริการ 75 บาทต่อครั้งต่อรายต่อกลุ่ม ซึ่งมีความสอดคล้องกันในระเบียบหลักเกณฑ์เดียวกัน

ฐานคิดค่าใช้จ่ายต้นทุนต่อหน่วยบริการนั้น มีความสอดคล้องกับต้นทุนต่อหน่วยบริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้วนั้น กอปรกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แสดงความคิดเห็นที่ผ่านมานั้น ไม่ได้รับรู้ว่าการกำหนดเกณฑ์กรอบค่าใช้จ่ายรายหัวในการให้บริการ นั้น มีที่มา และมาจากฐานแนวคิดอะไร มีวิธีคิดอย่างไร แม้แต่จากการศึกษาวิจัยของ วีระชัย วีระฉันทชาติ และคณะ (2555) ได้จัดทำรายงานผลการศึกษาจากโครงการศึกษาการดำเนินการจัดทำแนวทางการดำเนินงานและต้นแบบศูนย์บริการคนพิการในชุมชนระดับตำบล เมื่อปี พ.ศ. 2555 นั้น พบว่า ปัญหางบประมาณยังไม่มีชัดเจนเรื่องการสนับสนุนงบประมาณในระยะยาว และให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า รัฐควรทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยบริการ โดยอุดหนุนงบประมาณ กำกับ ติดตามและส่งเสริมพัฒนาขีดความสามารถของศูนย์บริการคนพิการ โดยรัฐไม่ต้องจัดบริการเอง และต้องมีแนวทางที่ชัดเจนแต่เมื่อจากการศึกษาของผู้ศึกษาได้พบข้อเท็จจริงว่า มีที่มาจากฐานแนวคิดของการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติได้มีการกำหนดเกณฑ์การสนับสนุนต้นทุน (ค่าใช้จ่ายรายหัว) ไว้แล้วนั้น และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากตามเกณฑ์กรอบหลักเกณฑ์นั้น ดังที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอไว้ข้างต้นนั้นพบว่า มีความเพียงพอ เหมาะสมกับการจัดบริการให้บริการ สมเหตุสมผล กับการให้บริการ

ในทัศนะของผู้ศึกษาตั้งข้อสังเกตว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายจากกรอบระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 โดยเฉพาะในหมวดที่ 3 หมวดการจัดบริการตามภารกิจของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีฐานอ้างอิงจากการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดกรอบอัตรารายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 นับเป็นระยะเวลากว่า 5 ปี ผ่านมาในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2562 นั้น บริษัท ปัจฉัยแวดล้อม สถานการณ์ทางด้านต่าง ๆ ที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก ซึ่งอาจจะส่งผลให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายการเปลี่ยนแปลงไป ไม่น่าก็น้อย อีกทั้งในการศึกษาต้นทุนจำเป็นต้องมีนักเศรษฐศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญทำการศึกษา คิด และวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) อย่างเป็นระบบ

ดังนั้นในทัศนะของผู้ศึกษาเสนอให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก และ/หรือมอบหมายให้ผู้เชี่ยวชาญดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาหาต้นทุนต่อการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยเฉพาะ เพื่อทำการเปรียบเทียบและพิจารณาความเหมาะสมในการกำหนดเกณฑ์งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอย่างเป็นระบบต่อไปในอนาคต

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ควรทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย และต่อยอดในการจัดทำคู่มือการใช้มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ รวมทั้งในการบังคับใช้มาตรฐานฯ ในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ให้ดำเนินงานเป็นไปอย่างมีมาตรฐานพร้อมทั้งให้การรับรองมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ข้อที่

20 ที่ระบุว่าให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแต่ละประเภทมีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการแก่คนพิการตามเกณฑ์ชี้วัดที่สำนักงานประกาศกำหนดไว้

2) กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ควรเป็นหลักในการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่จัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการ ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการ และองค์กรด้านคนพิการมากขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ

1) กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ควรเป็นหลักในส่งเสริม พัฒนาองค์ความรู้ และ/หรือมอบหมายหน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งที่มีความเชี่ยวชาญ ให้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Coaching) ในการให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะแก่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ให้เป็นไปและสอดคล้องตามแนวทางการประเมินมาตรฐานฯ

2) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย ควรจัดระบบเอกสาร และแบบฟอร์มเอกสารต่าง ๆ ให้เป็นระบบ เช่น ระบบทะเบียนประวัติ ระบบการจัดเก็บข้อมูล และระบบข้อมูลสถิติ รวมทั้งระบบการประเมินพัฒนาการก่อนการฝึก (Pre-Test) และการประเมินหลังการฝึก (Post-Test) รวมทั้งระบบการออกแบบโปรแกรมแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการรายบุคคล (IEP) ให้เป็นมาตรฐาน

3) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่าย ที่มีการดำเนินงานในหลายภารกิจ หลายกิจกรรมนั้น ควรมีการจัดทำระบบบัญชี บันทึกรายรับ รายจ่าย ที่แยกออกมาอย่างชัดเจน และเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ต่อการควบคุมและกำกับงบประมาณในการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการฯ

4) ควรมีการนำมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ฉบับนี้ นำไปทดลองใช้ในการตรวจประเมิน ทั้งในรูปแบบการประเมินภายในและการประเมินภายนอก กับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่ายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป อื่น ๆ ที่มีการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในวงกว้างอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมาตรฐานฯ ฉบับนี้นั้น จัดว่าเป็นมาตรฐานกลางที่สามารถนำไปใช้เป็นตัวช่วยในการทดลองตรวจประเมินได้ ทั้งนี้ผู้ศึกษาไม่สงวนลิขสิทธิ์สำหรับการนำงานวิจัยฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์ และจักยินดียิ่งหากมีการนำงานวิจัยฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายต่อไป

5.3.3 ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการในการจัดบริการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย โดยเฉพาะ เนื่องจากเป็นประเด็นใหญ่ที่สำคัญ ที่ควรมีการศึกษาโดยเฉพาะและจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดเป็นระบบ

2) ควรมีการศึกษาการพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับเด็กพิการในประเภทความพิการต่าง ๆ ที่มีการให้บริการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย เพื่อจัดทำเป็นมาตรฐานด้วยเช่นกัน



บรรณานุกรม

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2556) ประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556. (2556). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130/ตอนพิเศษ 182 ง./16 ธันวาคม 2556.
- _____. (2558) รายงานประจำปี 2558 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพปัญญาวิทย์.
- _____. (2558) สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://nep.go.th/th/disability-statistic> (9 มีนาคม 2559).
- _____. (2559) ข้อมูลสถิติ ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2559. [รายงาน] กรุงเทพมหานคร : กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กลุ่มงานศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร.
- _____. (2559) รายงานประจำปี 2559 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพปัญญาวิทย์.
- _____. (2560) รายงานประจำปี 2560 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพปัญญาวิทย์.
- _____. (2560) รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://nep.go.th/th/disability-statistic> (10 มีนาคม 2559).
- _____. (2561) รายงานประจำปี 2561 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพปัญญาวิทย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551) รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่1/2521 วันที่ 23 กรกฎาคม 2551 จัดโดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [อัดสำเนา].
- _____. (2556) สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและคุณภาพ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2560) ภาพรวมความสัมพันธ์ของมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. นนทบุรี : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.
- _____. (2560) มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. นนทบุรี : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- _____ . (2560) **ข้อมูลสถิติ ณ วันที่ 23 มีนาคม 2560**. [รายงาน] นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2542) **การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ**. กรุงเทพมหานคร : กรีนพรินทร์.
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2557) **การติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 (ระยะครึ่งแผนแรก)**. สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- คะนองยุทธ กาญจนกุล. (2529) **ปัญหาการเงินสาธารณสุขความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเงินสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- _____ . (2529) “หน่วยที่ 6 รายงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล” **เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารโรงพยาบาล 2**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ [เอกสารอัดสำเนา].
- จิรพงศ์ เสือลักษณ์พันธุ์. (2548) **ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลท่าใหม่**. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทั่วไป) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิรวรรณ วรรณเวก. (2534) **การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานพนธ์ปริญญา. (ม.ป.ป.). วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลิตา ศรมณี และพูนศรี สงวนชีพ. (2528) **การบริหารงานบุคคล**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ชุตินา สัจจามันท์. (2548) “การประเมินระบบสารสนเทศ” **เอกสารการสอนชุดวิชาการจัดการระบบสารสนเทศ**. [เอกสารอัดสำเนา] 15(1) หน้า135-168.
- _____ . (2548). **การพัฒนามาตรฐานห้องสมุดประชาชนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ.
- ชุตินา สัจจามันท์ และศิริพร สัจจามันท์. (2550) **การประเมินผลการดำเนินงานห้องสมุดประชาชนในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ.
- ชมลา บุญกาญจน์. (2559) **การพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ**. วิทยานิพนธ์ ป.ร.ด. (คณะศึกษาศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณรงค์ สัจพันโรจน์. (2538) **การจัดทำอนุมัติและบริหารงบประมาณแผ่นดินทฤษฎีและปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ดารณี ศักดิ์ศิริผล. (2549) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางการเรียนรู้. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ด. (การศึกษาพิเศษ). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิพวรรณ หรรษคุณาศัย และคณะ. (2554) โรคสมองพิการ ในตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธีรยุทธ สุคนธวิท และคณะ. (2559) รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาแนวทางการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการสู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- นงราม เศรษฐพานิช. (2540) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงอุตสาหกรรม.
- นงลักษณ์ สุทธิวัฒน์พันธ์. (2544) การบริหารงานงบประมาณ หลักทฤษฎี และวิเคราะห์เชิงปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : หจก.เอ็มเทคดั่ง.
- พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และปิยนุช บุญกอง. (2550) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสกลนคร ปี 2549. สกลนคร : โรงพยาบาลสกลนคร.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ. (2558) “การศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง” บุรพาเวชสาร. 2(1) หน้า 34-50.
- พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์ และ สุรางค์ เจียมจรรยา. (2525) โรคระบบประสาทในเด็ก. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภาควิชากายภาพบำบัด. (2542) เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องกายภาพบำบัดในเด็กสมองพิการ. ขอนแก่น : ภาควิชากายภาพบำบัดคณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น [เอกสารอัดสำเนา].
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากิจกรรมบำบัด. (2553) “การให้บริการกิจกรรมบำบัด” [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.ot.ams.cmu.ac.th/th/therapy.html> (25 มีนาคม 2559).
- มัทนา อังศุไพศาล. (2556) Early Intervention Approach : การประชุมวิชาการโครงการอบรมเชิงวิชาการแนวคิด NDT Early Intervention สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า. [เอกสารอัดสำเนา] เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. (2544) หนังสือคู่มือการดูแลเด็กสมองพิการ (ซีพี.) ฉบับครบคร้ว. กรุงเทพมหานคร : เบญจพล.
- _____. (2551) เพื่อลูกฉบับพ่อแม่มือใหม่. กรุงเทพมหานคร : เบญจพล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. (2555) **หลักสูตรอบรมสำหรับครอบครัวเด็กพิการ**. กรุงเทพมหานคร : เบญจพล.
- _____. (2556) **หนังสือเพื่อลูก ฉบับครอบครัวและผู้ดูแลเด็กพิการ**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์ดี.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542) **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 1/2521**. (2551) วันที่ 23 กรกฎาคม 2551 จัดโดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- วณัฐพงศ์ เบญจพงศ์. (2554) “การนันทนาการบำบัดสำหรับเด็กสมองพิการ” **วารสารคณะพลศึกษา ภาควิชา นันทนาการ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. 14(1) หน้า 243.
- วัฒนา วัฒนศิลป์ และคณะ. (2546) **ความสามารถของผู้ดูแลและการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน**. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น [เอกสารอัดสำเนา].
- วัฒนา ศิริธราธิวัตร. (2551) “ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูความสามารถ” **วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 (3)** หน้า 26-36 : 103-111.
- วิจิตรา พูลเพิ่มทรัพย์. (2540) **หลักการบัญชีต้นทุน**. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะบรรณาธิการ. (2558) **รายงานประจำปี พ.ศ. 2557 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มาตาทาจากัดกรุงเทพมหานคร.
- วิษณุ กัมทรทิพย์. (2542) “ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ” **วารสารศิริราช**. หน้า 687-694.
- วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2531) **รายงานการวิจัยระบบบัญชีต้นทุนโรงพยาบาลของรัฐ**. คณะแพทยศาสตร์รายงานการวิจัย (ม.ป.ท.).
- วีไล คุปต์นรัตคันทกุล. (2539) **สมองพิการ Cerebral Palsy**. กรุงเทพมหานคร : สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- วีระชัย วีระนันทชาติ และคณะ. (2555) **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการดำเนินการจัดทำแนวทางการดำเนินงานและต้นแบบศูนย์บริการคนพิการในชุมชนระดับตำบล**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
- วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2543) **คุณภาพในงานบริการ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วุฒิพงษ์ สิริปัญญาโชติ. (2548). **ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของสำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. ปรินิพนธ์วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ. (2558) **การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง**. บุรพาเวชสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2558. หน้า 34-50.
- พงษ์ สิริปัญญาโชติ. (2548) **ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของสำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทั่วไป) ชลบุรี : วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559) **ระบบบริการสุขภาพประเทศสหราชอาณาจักร (อังกฤษ)**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.health.nu.ac.th/journal/68.pdf>. (8 สิงหาคม 2559).
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550) **ทฤษฎีการประเมิน**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินาถ เลียบศิรินนท์ และคณะ. (2551) “GMFCS – E & R Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (ฉบับภาษาไทย)” **วารสารกายภาพบำบัด**. 30(1) หน้า 26-34.
- ศูนย์บริการนัศึกษาศึกษาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2557) **การศึกษาเปรียบเทียบศูนย์บริการนัศึกษาศึกษาการของวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กับ ศูนย์บริการนัศึกษาศึกษาการของมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา**. วิทยานิพนธ์ ปรินิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546) **คู่มือกายภาพบำบัดในเด็กซีพี**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- _____. (2546) **คู่มือการฝึกพูดในเด็กซีพี. (พิมพ์ครั้งที่ 1)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้. (2548) **มาตรฐานการศึกษาเชิงระบบเพื่อการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา**. กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้.
- _____. (2551) **ตัวชี้วัดคุณภาพในโรงเรียน : กรุงเทพมหานครโครงการระบบดีโรงเรียนมีคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2551). พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/index.php?option=com_content&view=article&id=433&Itemid=209. (29 มีนาคม 2559).
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2550)พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษาเล่ม124/ตอนที่61ก/27กันยายน2550.
- _____.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552. (2552). ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 126/ตอนพิเศษ 163 ง/หน้า47-49/30 กันยายน2552.
- _____. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2556. (2556). ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 130/ตอนที่30ก/หน้า6/29มีนาคม2556.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556. (2556). ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 130/ตอนพิเศษ 182 ง/หน้า6/16 ธันวาคม 2556.
- สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. (2541) การจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว. กรุงเทพมหานคร : ครูสภา.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558) “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550” [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.nationalhealth.or.th/node/429> (24มีนาคม2559).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551) รายงานการสำรวจความพิการ ปี พ.ศ. 2550. [เอกสารอัดสำเนา] กรุงเทพมหานคร : กลุ่มสถิติสังคมสำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาชาติ .
- สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. (2551) พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร : อารีเพลินชัยวานิช.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (ปัจจุบันคือกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ). (2553) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). กรุงเทพมหานคร : ไอเดียสแควร์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558) คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558) **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558**.นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2542) **คู่มือการกำหนดตัวชี้วัดตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.
- สร้อยสุดา วิทยากร. (2532) **การบริหารเด็กสมองพิการ**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัลยา คงสวัสดิ์. (2534) **การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวรรณ กิจจาวิจิตร และประภัสสร แท้เที่ยงธรรม. (2531) **กายภาพบำบัดในโรคเด็กสมองพิการ**. กรุงเทพมหานคร : ไทยมิตรการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกิจ และคณะ. (2546). **ผลกระทบและการปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการ ที่บ้าน**. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2532) **รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารทางการเงินเพื่อการบริหารโดยใช้ระบบบัญชีเสริม**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2550) **เคล็ดลับการตลาดบริการ**. กรุงเทพมหานคร : พีซี พรินท์เทค.
- องค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน. (2559) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.tisi.go.th/website/interstandard/iso> (31 มีนาคม 2559).
- องค์การอนามัยโลก. (2547) **บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ : ICF (ฉบับภาษาไทย)** นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อนงนาฏ ไบแสง. (2545) “การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพภายนอกด้านกระบวนการตามมาตรฐาน การศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน” **เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการการวิจัยทางการศึกษาครั้งที่ 10**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.onec.go.th/publication/46083/full46083.pdf> (27 มีนาคม 2559).
- อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร. (2539) **การประเมินผลการปฏิบัติงาน : แนวความคิดหลักการ วิธีการและกระบวนการ**. กรุงเทพมหานคร : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- อภิญาเวชชัย. (2544) **รายงานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครองในการพัฒนา การศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : วัฒนาพานิช.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อินสอน บัวเขียว. (2537) **สาระสำคัญการบริหารชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พีราบ.
- อุทุมพร จามรมาน. (2541) **วิธีการทำประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา**.
กรุงเทพมหานคร : ฟีนนี่พับบลิชซิ่ง.
- _____. (2543) **การทำการประกันคุณภาพการศึกษา ระดับอุดมศึกษา**. กรุงเทพมหานคร :
ฟีนนี่พับ บลิชซิ่ง.
- _____. (2543) **ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันคุณภาพระดับอุดมศึกษา**. กรุงเทพมหานคร :
ฟีนนี่พับบลิชซิ่ง.
- อารีลักษณ์ พงษ์โสภา. (2545) **กระบวนการงบประมาณที่มีความสัมพันธ์กับสัมฤทธิ์ผลของการ
บริหารงานงบประมาณ กรณีสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนงนาฏ ไบแสง. (2545) “การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพภายนอกด้านกระบวนการตามมาตรฐาน
การศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน” เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการการวิจัย
ทางการศึกษาครั้งที่ 10. [ออนไลน์] แหล่งที่มา :
<http://www.onec.go.th/publication/46083/full46083.pdf> (27 มีนาคม 2559).
- เบญจพร วิจิตรปิยะกุล. (2547) **ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการของศูนย์บริการ
โตโยต้าพัทธา (1998) สาขาศรีราชา** ภายหลังการนำนโยบายซีเอสมาปฏิบัติ.
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทั่วไป) ชลบุรี : วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจา ชลธาร์นนท์. (2535) **สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน เล่มที่16 เรื่องที่10**.
กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- เมฆินทร์ เมธาวิกุล และคณะ. (2557) **การพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานของ
ศูนย์บริการคนพิการ**. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสยาม(สาขารัฐประศาสนศาสตร์)
กรุงเทพฯ : สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
- เรณู สุขารมย์ และคณะนงยุทธ กาญจนกุล. (2530) **การวัดและวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยในโครงการ
ส่งเสริมการวิจัยและฝึกอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวง
สาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เอกสารสรุปคำบรรยายในการสัมมนาการปฏิรูประบบราชการสกศ. ครั้งที่ 4 (สายวิชาการ) การพัฒนาตัวชี้วัดและทบทวนกระบวนการทำงาน. (2540) ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ทแอนด์โปโล คลับจังหวัดเพชรบุรี 12-14 มีนาคม 2540. [เอกสารอัดสำเนา] เพชรบุรี : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- Anderson, C.; et al. (2000, May). **Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of Randomized Controlled trial I: Health Outcomes at 6 Months.** Stroke. 31(5) : 24-31.
- Australian Cerebral Palsy Register Group. (2013) **Cerebral Palsy Alliance: Australian Cerebral Palsy.** Report 2013.
- Bennett and Alexis. (2012) **Parental Involvement in Early Intervention Programs for Children with Autism.** Master of Social Work Clinical Research Papers. [PDF Online] Available : http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1113&context=msw_paper (27 March 2016).
- Button, Suzanne, Pianta, Robert C., & Marvin and Robert S. (2001) “Partner Support and Maternal Stress in Families Raising Young Children with Cerebral Palsy” **Journal of Developmental and Physical Disabilities.**13(1) : Page 61–81.
- Cerebral Palsy Association of Tasmania, Australia. [Online] Available : <http://www.cptas.org.au>. (29 March 2008).
- Cerebral Palsy Foundation. (no date) **Cerebral Palsy Guidance.** [Online] Available : <http://youngcpf.org> (27 March 2016).
- Cerebral Palsy Guidance. (no date) **Cerebral Palsy.** [Online] Available : <http://www.cerebralpalsyguidance.com/cerebral-palsy/treatment/>. (27 March 2016).
- Cerebral Palsy International Research Foundation. (no date) **Cerebral Palsy.** [Online] Available : <http://cpirf.org>. (28 March 2016).
- Cerebral Palsy International Research Foundation. (no date) **Cerebral Palsy.** [Online] Available : <http://cpirf.org>. (27 January 2017).

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Chang Josh, Peysakhovich Felix, Wang Weimin & Zhu Jin. The UK Health Care System. (2559) [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://ce.columbia.edu/files/ce/pdf/actu/actu-uk.pdf>. (8 สิงหาคม 2559).
- Christine Thorogood. (2013) **American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine**. [Online] Available :<https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx> (27 March 2016).
- Christy JB, Saleen N, Turner PH, & Wilson J. (2010) **Parent and Therapist Perceptions of an Intense Model of Physical Therapy**. Pediatric Physical Therapy.
- Concept Paper of WHO Guidelines on Health Related Rehabilitation**. (2005) Rehabilitation Guidelines : World Health Assembly.
- Davis E., and Others. (2009) “The Impact of Caring for a Child with Cerebral Palsy : Quality of Life for Mothers and Fathers” **Child Care Health and Development**. 36(1) : Page 63-73.
- Else Odding, Marij E. Roebroek, Hendrik J. Stam. (2004) **Summary of The Epidemiology of Cerebral palsy : incidence, Impairments and risk factors**. United Cerebral Palsy Research. Education Foundation U.S. [Online]. (27 March 2016).
- Gorter J. W, and Others (2004, July). **Limb Distribution, Motor Impairment, and Functional Classification of Cerebral Palsy**. Dev Med Child Neurol; 46(7): 461-467.
- Harrell Eben. (no date) **Is Britain's Health-Care System Really That Bad?**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1916570,00.html>. (8 สิงหาคม 2559).
- Ketelaar, M., and Others. (2008) “Stress in Parents of Children with Cerebral Palsy : What Sources of Stress are We Talking About?” **Child Care Health and Development**. 34(6) : Page 825–829.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kathryn Wolff Heller and Others. (1996) **Type of Cerebral Palsy and Areas of Brain Damage Involved.** Understanding Physical : Sensory and Health Impairments.
- Martinson I. M. (1995) “Chinese Mothers’ Reactions to their Child’s Chronic Illness” **Health Care for Women Internation.**16(4) : Page 365-375.
- Mayo NE. (1981) “The effect of a home visit on parental compliance with a home program. Physical Therapy” 1(Suppl. 8) : Page 27-32.
- Murphy, C. C, Yeargin-Allsopp, M, &Decouflé P, Drews. (1993) “Prevalence of Cerebral Palsy among Ten-Year-Old Children in Metropolitan Atlanta” **Journal of Pediatrics.** 123(5) : page 13-19.
- Nadire, Berker&Selim, and Yalcin. (2010) **The Help Guide to Cerebral Palsy.** 2nd ed : McmillCorperation.
- New South Wales Government, NSW Disability Service Standards, Standards in Action. (2016) **NSW Department of Family and Community Services NSW, Ageing, Disability and Home Care.** New South Wales Government. [Online] Available : <https://www.nsw.gov.au>. (29 March 2016).
- Pakula, Amy T, Braun, Kim V. N &Yeargin-Allsopp, and Marshalyn. (2009) **Cerebral Palsy : Classification and Epidemiology.** Phys Med RehabilClin N Am.
- Palisano RJ, Rosenbaum PL and Walter S. (1997) **Development and validation of a gross motor function classification system for children with cerebral palsy.** Dev Med Child Neurol.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L. L. (1988) “SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality” **Journal of Retailing.** 64 : Page 12-40.
- Rentinck I. and Others (2006). “Parents of Children with Cerebral Palsy: a Review of Factors Related to the Process of Adaptation” **Child Care Health and Development.** 33(2) : Page 161–169.
- Rethlefsen S. A, Ryan D.D. and Kay R.M. (2010) “Classification Systems in Cerebral Palsy” **OrthopClin N Am.** 41(4) : Page 457–467.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Robert Palisano Peter Rosenbaum Doreen Bartlett and Michael Livingston. (2011)

Gross Motor Function Classification System : GMFCS. Center for Children with Special Needs Seattle Children's Hospital.

Sankar, Chitra & Mundkur and Nandini. (2005) "Cerebral Palsy – Definition, Classification, Etiology and Early Diagnosis. Indian" **Journal of Pediatrics.**

Somnath Chatterji. (2015) **Rehabilitation: Estimating Need.** World Health Organization.

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities.

(1993) United Nations General Assembly 85th on December 20, 1993. 1993 : Page 10-11.

Stuffle beam. (1971). **Educational Evaluation and Decision Making.** Itasca, Illinois : Peacock.

Stuffle beam, D. L., & Shinkfield, A. J. (1985). **Systemic Evaluation.** Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.

Summary of The Epidemiology of cerebral palsy : incidence, Impairment and risk factors United Cerebral Palsy Research and Education Foundation (U.S.).

(2007) Retrieved 5 July 2007.

Suzanne Rastrick. (2016) **Commissioning Guidance for Rehabilitation : Standards & Guidelines.**

The Right to Habilitation and Rehabilitation University of Minnesota Human Rights Center. (2012) United Nations Human Rights Council.

Tieman BL, Palisano RJ, Gracely EJ and Rosenbaum PL. (2004) **Gross motor and performance of mobility in children with cerebral palsy.** Physical Therapy.

UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with

Disabilities. (1993) Federico Montero Rehabilitation and Habilitation: Powerful Tools for Empowerment : United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). [Online] Available :

https://www.who.int/disabilities/policies/standard_rules/en/.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- United Nation. (no date) **“The UN and Persons with Disabilities”** [Online] Available : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disun.htm>. (28 March 2016).
- United Nations. (no date) **“Human Rights Declarations”** [Online] Available : <http://www.un.org/Depts/dhl/resguide/hrdec.htm> (28 March 2016).
- United Nations. (1993) **Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities**. United Nations. [Online] Available : <https://www.un.org/development/desa/disabilities/standard-rules-on-the-equalization-of-opportunities-for-persons-with-disabilities.html> (29 March 2016).
- United Nations Thailand. (2015) **Sustainable Development Goals–SDGs**. United Nations Thailand [Online] Available : <https://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/> (29 March 2016).
- World Health Organization. (2001) **Checklist of Good Rehabilitation., International Classification of Functioning, Disability and Health**. Retrieved from., 2001.
- _____. (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Retrieved from. 2001
- _____. (2007) **International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF**. World Health Organization.
- _____. (2007) **International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth Version, ICF-CY**. World Health Organization.
- _____. (2010) **CBR Matrix The Community-based Rehabilitation Guidelines : CBR Guidelines**. 2010 : 9
- _____. (2011) **Rehabilitation Guidelines**. The World Bank:World Report on Disability.Geneva : World Health Organization.
- _____. (2011) **The Community-based Rehabilitation Guidelines : CBR Guidelines**. World Health Organization.
- _____. (2011) **World Health Assembly WHO Chapter4 Concept Paper : WHO Guidelines**. World Bank World Report on Disability.

บรรณานุกรม (ต่อ)

_____. (2015). World report on disability, WHOA modified version of the Rehabilitation Cycle from, Chapter 4 The Rehabilitation Process. 2015 : 96

_____. (2017). WHO Rehabilitation: key for health in the 21st Century: Rehabilitation 2030 A cell of Action : the meeting of Rehabilitation 2030.

(2017) World Health Organization.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 1205

ที่

วันที่ 18 ตุลาคม 2560

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองงานวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม

เรียน คณบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

บัณฑิตวิทยาลัย ขอส่งเอกสารรับรองงานวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม ได้แก่ นางสาวสุชญา เทียรแสงทอง ซึ่งได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว (ดังเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

กรรมการและเลขานุการ



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 13 ตุลาคม 2560

ชื่อเรื่อง การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการ
คนพิการทั่วไปและเครือข่าย

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวสุชญา เทียรแสงทอง

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเสตชงิก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 13 ตุลาคม 2560

เลขที่รับรอง

อ.586/2560

วันที่ให้การรับรอง: 13 ตุลาคม 2560

วันหมดอายุใบรับรอง: 12 ตุลาคม 2562

ภาคผนวก ข
ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดที่ 1
สำหรับผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ
(กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.))

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ-นามสกุล
2. องค์กรที่สังกัด ตำแหน่งงาน และช่วงเวลาในการดำรงตำแหน่งงาน
3. ความเชี่ยวชาญ
4. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ (ถ้ามี)

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. ในฐานะกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักโดยตรงในระดับนโยบาย ในทัศนะของท่านคิดว่านโยบายด้านศูนย์บริการคนพิการ มีความสอดคล้องกับกฎหมายและนโยบายด้านคนพิการของประเทศไทยอย่างไร
2. มีจุดแข็งของนโยบายเป็นอย่างไร และจุดอ่อนของนโยบายเป็นอย่างไร
3. ในฐานะที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักโดยตรงในระดับนโยบาย มีแนวทางในการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการอย่างไร
4. ท่านคิดว่าจากการดำเนินงานตามนโยบายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ผ่านมา ผลการดำเนินงานในภาพรวมเป็นอย่างไรความสำเร็จเป็นอย่างไร ปัญหา-อุปสรรคเป็นอย่างไร และมีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร
5. ท่านคิดว่า มีปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนต่อการดำเนินงานเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการคืออะไรและมีปัจจัยที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการคืออะไร
6. ท่านคิดว่าในระดับนโยบาย ควรมีแนวทางการส่งเสริม/สนับสนุนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปอย่างไร (ในประเด็นต่อไปนี้ การบริหารจัดการ การดำเนินงาน การเข้าถึงขององค์กรด้านคนพิการและ/หรือคนพิการ งบประมาณ เป็นต้น)
7. หากมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ท่านคิดเห็นอย่างไรมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปควรมีองค์ประกอบหรือหลักเกณฑ์อะไรบ้าง

แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดที่ 2
สำหรับคณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มลนิธิเพื่อเด็กพิการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ-นามสกุล
2. องค์กรที่สังกัด และตำแหน่ง
3. ตำแหน่ง และช่วงเวลาในการดำรงตำแหน่ง กรรมการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
4. ความเชี่ยวชาญ
5. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ (ถ้ามี)

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มีความเป็นมา/จุดก่อกำเนิด อย่างไร
2. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มีนโยบายการให้บริการอย่างไรมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการหรือไม่ อย่างไร
3. ท่านคิดว่า ปัจจัยที่ส่งเสริม/สนับสนุน ต่อการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป คืออะไร และมีการกำกับดูแล ติดตามการให้บริการ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของศูนย์บริการคนพิการฯ อย่างไร
4. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ เป็นอย่างไร
5. มีปัญหา-อุปสรรคในการให้บริการอย่างไร และวิธีการจัดการแก้ไขในการให้บริการอย่างไร
6. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการฯ อย่างไร
7. หากมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ท่านคิดเห็นอย่างไรมีข้อเสนอแนะอย่างไร มาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปควรมีองค์ประกอบหรือหลักเกณฑ์ อะไรบ้าง

แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดที่ 3 สำหรับผู้บริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มุลินธิเพื่อเด็กพิการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ-นามสกุล
2. ตำแหน่ง และช่วงเวลาในการดำรงตำแหน่ง ในศูนย์บริการคนพิการ
3. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และความเชี่ยวชาญ
4. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มุลินธิเพื่อเด็กพิการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เมื่อไร เปิดให้บริการเป็นระยะเวลาเท่าไร
2. ท่านมีแนวคิด วิธีการบริหารงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ เมื่อได้รับนโยบายจากคณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ อย่างไร
3. กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการคือใคร(รายละเอียดของกลุ่มเป้าหมายรับบริการ)
4. มีหลักการดำเนินงานในการให้บริการอย่างไรมีวัตถุประสงค์ในการให้บริการอย่างไรมีขอบเขตในการให้บริการอย่างไร
5. มีรูปแบบ และวิธีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างไร
6. มีสถิติ จำนวนผู้รับบริการ เท่าไร และมีลักษณะอย่างไร(ขอดูเอกสารประกอบ)
7. มีวิธีการกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการของผู้ให้บริการอย่างไร
8. ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนใดบ้าง เพียงพอต่อการดำเนินงานหรือไม่
9. รายละเอียดของงบประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการเด็กสมองพิการมีอะไรบ้าง เป็นจำนวนเงินเท่าไร
10. ฐานคิดในการคิดค่าจัดบริการควรเป็นอย่างไร และจากการให้บริการที่ผ่านมา ท่านคิดว่างบประมาณต่อหัวในการให้บริการอย่างมีมาตรฐานควรเป็นเท่าไร
11. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีปัญหา-อุปสรรคในการให้บริการอย่างไร และมีวิธีการจัดการแก้ไข ปัญหาในการให้บริการอย่างไร
12. ท่านคิดว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักระดับนโยบาย ควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ ในด้านใดอย่างไร

13. หากมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ท่านคิดเห็น
อย่างไรมีข้อเสนอแนะอย่างไร มาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปควรมี
องค์ประกอบหรือหลักเกณฑ์ อะไรบ้าง



แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดที่ 4 สำหรับผู้บริหารศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ-นามสกุล
2. ตำแหน่ง และช่วงเวลาในการดำรงตำแหน่ง ในศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว
3. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และความเชี่ยวชาญ
4. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัวที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. ศูนย์เรียนรู้ฯ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เมื่อไรให้บริการมาแล้วเป็นระยะเวลาเท่าไรเป็นหน่วยงานประเภทใดสังกัดภายใต้หน่วยงานใด
2. มีรูปแบบการรวมตัวของสมาชิกกลุ่มอย่างไร กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการคือใคร
3. มีหลักการดำเนินงานในการให้บริการอย่างไร มีวัตถุประสงค์ในการให้บริการอย่างไรมีขอบเขตในการให้บริการอย่างไร
4. มีรูปแบบ และวิธีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างไร
5. มีสถิติ จำนวนผู้รับบริการ เท่าไรและมีลักษณะอย่างไร (ขอคู่มือสารประกอบ)
6. มีวิธีการกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการของผู้ให้บริการอย่างไร
7. ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนใดบ้างเพียงพอต่อการดำเนินงานหรือไม่
8. รายละเอียดของงบประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการ มีอะไรบ้างเป็นจำนวนเงินเท่าไร
9. ฐานคิดในการคิดค่าจัดบริการควรเป็นอย่างไร และจากการให้บริการที่ผ่านมา ท่านคิดว่างบประมาณต่อหัวในการให้บริการอย่างมีมาตรฐานควรเป็นเท่าไร
10. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีปัญหา-อุปสรรคในการให้บริการอย่างไร และมีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในการให้บริการอย่างไร
11. ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณศูนย์เรียนรู้ฯ สามารถทำหน้าที่เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ได้หรือไม่ อย่างไร มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
12. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักระดับนโยบาย ควรให้การส่งเสริม/สนับสนุน ศูนย์เรียนรู้ฯ (ในฐานะองค์กรด้านคนพิการ) สู่การเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ อย่างไร
13. หากมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ท่านคิดเห็นอย่างไรมีข้อเสนอแนะอย่างไร

แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดที่ 5
สำหรับผู้ให้บริการ ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
และ ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ-นามสกุล
2. ตำแหน่งงาน และช่วงเวลาในการดำรงตำแหน่งงาน
3. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
4. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัวที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการคือใคร(รายละเอียด เช่น ประเภทความพิการ อายุ เป็นต้น)
2. โปรแกรมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ คืออะไร มีหลักการดำเนินงานในการให้บริการอย่างไร มีวัตถุประสงค์ในการให้บริการอย่างไรมีขอบเขตในการให้บริการอย่างไร
3. มีรูปแบบ วิธีการ และกระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการอย่างไร
4. มีสถิติ จำนวนผู้รับบริการ เท่าไร(ขอดูเอกสารประกอบ)
5. กลุ่มผู้รับบริการมีลักษณะอย่างไร และมีความต้องการอย่างไร
6. ท่านมีวิธีการกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างไร
7. ท่านมีวิธีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของท่าน หรือไม่ อย่างไร
8. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ต่อการให้บริการในปัจจุบัน มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร
9. ท่านเห็นว่าองค์กรของท่าน ควรมีการปรับปรุงแก้ไขการให้บริการเพิ่มเติม หรือไม่ อย่างไร และองค์กร (ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว) ควรจะส่งเสริม/สนับสนุนต่อการให้บริการ เพิ่มเติม หรือไม่ อย่างไร
10. ในการให้บริการที่ผ่านมา ท่านพบว่า มีปัญหา-อุปสรรคในการให้บริการ หรือไม่ อย่างไร และเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ท่านมีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหานั้น ๆ อย่างไร
11. หากมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ท่านคิดเห็นอย่างไรมีข้อเสนอแนะอย่างไร มาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ควรมีองค์ประกอบหรือหลักเกณฑ์ อะไรบ้าง

แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดที่ 6
สำหรับผู้รับบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มุลนิธิเพื่อเด็กพิการ
และ ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ-นามสกุล อายุ เด็กสมองพิการ
2. ประเภทความพิการ และระดับความพิการ
3. ชื่อ-นามสกุล อายุ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ
4. สุขภาพ ความสามารถ หรือพัฒนาการของเด็กสมองพิการในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. วันเดือนปีที่เริ่มมารับบริการ เริ่มรับบริการตั้งแต่เมื่อใด
2. ความต้องการที่มารับบริการคืออะไร อย่างไรและบริการที่ได้รับคืออะไร อย่างไร
3. ปัจจุบันเด็กสมองพิการที่มารับบริการ ได้รับโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ อะไรบ้าง อย่างไรจำนวนวันที่ได้รับบริการ ความถี่/จำนวนครั้งที่รับบริการ ระยะเวลาที่ได้รับบริการ (เช่น จำนวนวันต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงต่อครั้งต่อวันที่รับบริการ)
4. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กสมองพิการ ก่อนมารับบริการ เป็นอย่างไร และหลังมารับบริการ เป็นอย่างไร
5. ท่านคิดว่าบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่มารับบริการ หรือไม่ อย่างไร
6. จากการมารับบริการที่ผ่านมา ท่านพบว่า มีปัญหา-อุปสรรคในการมารับบริการ หรือไม่ อย่างไร และมีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร
7. มีความคิดเห็นต่อการให้บริการในปัจจุบันว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการโดยรวมหรือไม่ อย่างไร ควรมีการปรับปรุงแก้ไขการให้บริการเพิ่มเติม หรือไม่ อย่างไร
8. มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ หรือไม่ อย่างไร
9. มีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการให้บริการ อย่างไร
10. หากมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ท่านคิดเห็นอย่างไรมีข้อเสนอแนะอย่างไร

ภาคผนวก ค
แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (ผู้วิจัย) นางสาวสุชญา เตียรแสงทอง เรื่อง
“การพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการ
ทั่วไปและเครือข่าย”

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ หลอกหลวงแต่
ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่
จะเกิดขึ้นรวมถึง ความปลอดภัย อาการที่ตามมา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับ
จากการวิจัยโดยละเอียดแล้ว (จากเอกสารการวิจัยแนบท้าย-ถ้ามี)

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่า จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง
กับข้าพเจ้าในงานวิจัย

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ
ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจาก
การวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการคุ้มครองในสิทธิที่พึงมี เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
ค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตาม
กฎหมายจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจาก
การวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัย
และ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และ ค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ ข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(.....)

หมายเหตุ

- 1) กรณีผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ให้ความยินยอมลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย
- 2) ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ภาคผนวก ง

มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

ที่มา

ด้วยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ตามมาตรา 20/3 และมาตรา 20/4 กำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการที่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการตามมาตรา 6(10)แล้วสามารถดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้น

นโยบายศูนย์บริการคนพิการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลามากกว่า 4 ปี กอปรกับเรื่องศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นเป็นนโยบายใหม่และเป็นกลไกใหม่ของสังคมไทย อีกทั้งเป็นภารกิจใหม่ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในฐานะองค์กรรับผิดชอบหลักจึงได้ออกระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 และในระเบียบฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำระบบการให้บริการศูนย์บริการคนพิการ โดยกำหนดภารกิจอำนาจหน้าที่ในการวางแผน กำหนดรูปแบบ แนวทาง วิธีการจัดตั้ง และการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะในหมวดที่ 4 มาตรฐานการดำเนินการ และการให้บริการแก่คนพิการของศูนย์บริการคนพิการ ข้อที่ 20 ที่ระบุว่า ให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแต่ละประเภทมีมาตรฐานการดำเนินการและมาตรฐานการให้บริการแก่คนพิการตามเกณฑ์ชี้วัดที่สำนักงานประกาศกำหนดไว้ และข้อ 21 ที่ระบุว่า ให้สำนักงานสนับสนุนทางวิชาการ งบประมาณ บุคลากร และความช่วยเหลืออื่นใดตามความจำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งกระบวนการในการติดตาม ตรวจสอบ และกำกับการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดการดำเนินงานและการให้บริการตามข้อ 20 (ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556 : 42-47) หากแต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และที่จะเป็นกรอบหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมกำกับติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปดังกล่าว

ทั้งนี้ผู้ศึกษามีความเห็นว่มาตรฐานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้นมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อการดำเนินงานการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพในการให้บริการตามชุดกิจกรรมบริการของประเภทความพิการนั้นได้มาตรฐาน ตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการและการจัดบริการตามแนวคิดฐานสิทธิของคนพิการเพื่อสร้างกลไกการทำสิทธิคนพิการให้เป็นจริง (Make the Right Real)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ขึ้น เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ และเพื่อพัฒนาไปสู่การกำหนดแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่ายต่อไป

วัตถุประสงค์

มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนและการพัฒนาขีดความสามารถของระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในฐานะเป็นหน่วยให้บริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ (Services Providers) มีแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดกิจกรรมบริการ (Services Packages) ให้ได้มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

รวมทั้งเพื่อเป็นข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบหลัก และองค์กรด้านคนพิการระดับชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดตาม ตรวจสอบ กำกับ และสนับสนุนระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดของมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

ตลอดจนเพื่อเป็นประโยชน์ต่อองค์กรคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ (ทั้งองค์กรของพิการและองค์กรเพื่อคนพิการ) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานองค์กรคนพิการ ตามมาตรา 6(10) แล้ว ได้ศึกษาและพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรให้มีความพร้อม และพัฒนาระบบการให้บริการขององค์กรที่มีมาตรฐาน ไปสู่การจดทะเบียนขอการรับรองเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ให้มีจำนวนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นการเพิ่มช่องทางในการช่วยเพิ่มโอกาสให้เด็กพิการ คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการ ให้สามารถในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการและบริการต่าง ๆ ได้มากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของ

ประเทศไทย ตามเจตนารมณ์ของแนวคิดเชิงสังคม (Social Model) มุ่งเน้นฐานสิทธิของคนพิการ โดยการทำให้สิทธิ คนพิการให้เป็นจริง (Make the Right Real) อย่างแท้จริง

การศึกษาการจัดทำมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการใน ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย นั้น ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาวิจัยจากเอกสาร (Documentary Research) และศึกษาสถานการณ์กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและ เครือข่ายศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ โดยใช้วิธีการ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ที่มีการจดทะเบียนได้รับใบอนุญาตและได้ดำเนินงานตามภารกิจการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร และเครือข่ายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ที่มิ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จัดตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ ของ กรุงเทพมหานคร ในที่นี้เรียกว่า ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของแกนนำ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่รวมตัวกันในลักษณะแบบกลุ่มช่วยเหลือพึ่งพากันเอง Self Help Group และ กลุ่มมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 5-10 ครอบครัวขึ้นไป แต่ยังไม่ได้ดำเนินการจดทะเบียนจัดตั้งเป็น ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แต่มีความประสงค์ต้องการยกระดับองค์กรเพื่อนำไปสู่การขอจดทะเบียน เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในอนาคต โดยใช้เกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ภูมิภาคโซนพื้นที่ต่าง ๆ ของ กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นเกณฑ์ในการเลือก มีดังนี้

- 1) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
- 2) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่มีนบุรี
- 3) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่อุดมสุข
- 4) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่หนองแขม
- 5) ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว เขตพื้นที่วังทองหลาง

โดยแบ่ง ผู้ให้ข้อมูล ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายของภาครัฐ จำนวน 1 คน ในที่นี้หมายถึงเจ้าหน้าที่ ภาครัฐของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ โดยทำการสัมภาษณ์ในรอบประเด็นเนื้อหา คือ แนวทางการสนับสนุนศูนย์บริการ คนพิการทั่วไปในภาครัฐ

2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 คน ซึ่งประกอบด้วย

2.1) คณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จำนวน 1 คน โดยทำ การสัมภาษณ์ในรอบประเด็นเนื้อหา คือ ความเป็นมา/จุดก่อกำเนิด นโยบายการให้บริการกำกับ

ดูแล ติดตาม การจัดบริการ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย และปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข ในการจัดบริการ

2.2) ผู้บริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และเครือข่ายฯ คือ ผู้อำนวยการ หรือ ผู้จัดการ หรือหัวหน้ากลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น ๆ จำนวนองค์กรละ 1 คน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 5 คน โดยทำการสัมภาษณ์ในรอบประเด็นเนื้อหา คือ แนวคิด วิธีการบริหารงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เมื่อได้รับนโยบายจากคณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป รูปแบบและวิธีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ สถิติจำนวน ผู้รับบริการ การกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการของผู้ให้บริการ และปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข ในการให้บริการ

2.3) ผู้ให้บริการ คือ บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ให้แก่ผู้รับบริการ จำนวนองค์กรละ 3 คน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 15 คน ทำการสัมภาษณ์ในรอบประเด็นเนื้อหา คือ รูปแบบ วิธีการ กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวนผู้มารับบริการ ความต้องการของผู้รับบริการ การกำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการให้บริการ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข ในการให้บริการ

2.4) ผู้รับบริการ คือ เด็กสมองพิการ และผู้ดูแล ที่เข้ามาใช้บริการจากการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ จำนวนองค์กรละ 3 คน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 15 คน ทำการสัมภาษณ์ในรอบประเด็นเนื้อหา คือ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล วันเดือนปีที่รับบริการ ความต้องการที่มารับบริการ บริการที่ได้รับ บริการที่ได้รับสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็น ปัญหา อุปสรรค ในการรับบริการ และวิธีการแก้ไข และความคิดเห็น และ/หรือ ความพึงพอใจ ต่อการให้บริการ

โดยกำหนดใช้ กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 แห่ง เป็นแหล่งศึกษาใช้การวิจัยภาคสนาม (Field Research) โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ในรอบประเด็นคำถามตามที่ได้กำหนดไว้และที่กล่าวไว้ข้างต้น และการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือผู้ทรงคุณวุฒิ การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อระดมความคิดเห็น และการขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและ/หรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 คน

กรอบแนวคิดในการจัดทำมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ได้พิจารณากฎหมายระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำมาตรฐานเพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องเมื่อนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ได้แก่

- 1) ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy : CP)
- 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับสากล
- 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย
- 4) แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการ
- 5) มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ
- 6) แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและกระบวนการจัดทำมาตรฐาน
- 7) แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ
- 8) แนวคิดเกี่ยวกับงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยบริการ

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) หมายถึง เด็กพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีอายุตั้งแต่แรกพบความพิการจนกระทั่งถึงอายุ 18 ปีบริบูรณ์ เป็นเด็กที่มี ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือการเกิดพยาธิสภาพในสมองส่วนที่ควบคุมการสั่งการในการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ส่งผลให้เด็กสมองพิการมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวในท่าทางต่าง ๆ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา และร่างกายได้อย่างปกติ

ผู้ดูแลคนพิการ (Caregiver) หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา เครือญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลหรืออุปการะเด็กสมองพิการและ/หรือคนพิการ

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (Disability Services Center) หมายถึง ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จัดตั้งขึ้นโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่มีการให้บริการให้แก่เด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ทั้งประเภทองค์กรของคนพิการและองค์กรเพื่อคนพิการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) และได้รับใบอนุญาตจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป รวมทั้งดำเนินงานตามภารกิจให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)¹ หมายถึง ชุดของเครื่องมือ กระบวนการ มาตรการ ที่ช่วยให้บุคคลที่พิการหรือบุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะพิการให้สามารถเข้าถึงวิธีการป้องกัน ชะลอ ปรับปรุง ชดเชย และบำรุงรักษาประสิทธิภาพของระบบการทำงานที่ของบุคคล

¹ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ตามชุดกิจกรรมบริการ ทั้ง 4 กิจกรรมนั้น ซึ่งแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย 1) โปรแกรมหลัก คือ โปรแกรมหลักที่เด็กสมองพิการทุกคนจำเป็นต้องได้รับเหมือนกันทุกคน และ 2) โปรแกรมรอง คือ โปรแกรมรองที่ผู้ให้บริการพิจารณาให้บริการแก่เด็กสมองพิการเป็นรายกรณี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนการจัดการศึกษาเฉพาะราย (Individual Education Program : IEP) ที่ได้จากการผ่านการประเมินสภาพความพิการและพัฒนาการของเด็กสมองพิการเฉพาะราย

ตั้งแต่ระบบร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคมให้ได้ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยชุดกิจกรรมหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ 4 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) 2) อบรมบำบัดหรือการแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy) 3) กิจกรรมบำบัด (Occupation Therapy) และ 4) การนันทนาการบำบัด (Recreational Therapy)² รวมทั้งการบริการประสานส่งต่อบริการเพื่อการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว บ้าน ชุมชน และสังคม ตามบริบทสภาพแวดล้อมของเขาที่สอดคล้องกับระดับความสามารถและศักยภาพของเด็กสมองพิการแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

ผู้ให้บริการ (Services Providers) หมายถึง บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ในสังกัดของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ที่จัดตั้งโดยองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่เป็นผู้ดำเนินการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่เด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ภายในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

ผู้รับบริการ (Services Recipients) หมายถึง เด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กพิการ ซึ่งมีความประสงค์เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย

คุณภาพการให้บริการ (Quality Service) หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการในการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการนั้น ๆ สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) 2) อบรมบำบัดหรือการแก้ไขการพูด (Speech and Language Therapy) 3) กิจกรรมบำบัด (Occupation Therapy) และ 4) การนันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) รวมทั้งการบริการประสานส่งต่อบริการเพื่อการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เด็กสมองพิการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว บ้าน ชุมชน และสังคม ตามบริบทสภาพแวดล้อมของเขาที่สอดคล้องกับระดับความสามารถและศักยภาพของเด็กสมองพิการแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

การให้บริการที่ได้มาตรฐาน (Services Standards) หมายถึง การให้บริการใด ๆ ทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ ที่กำหนดขึ้นเกี่ยวกับคุณลักษณะ คุณภาพที่พึงประสงค์

² อบรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด นั้น มักพบว่า เด็กสมองพิการส่วนมากมีความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสารที่สามารถประเมินเห็นได้อย่างชัดเจน หากแต่พบว่า เด็กสมองพิการบางรายที่มีระดับความพิการน้อยจะสามารถพูดและสื่อสารได้ก็ตาม แต่ยังพบความผิดปกติในการพูดและการสื่อสารอยู่ เช่น การพูดซ้ำ พูดไม่ชัด ออกเสียงผิดปกติและไม่ชัดเจน เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกในการแก้ไขการพูดเพิ่มเติม เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านภาษาและการสื่อสารให้แก่เด็กสมองพิการได้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและตามสภาพความพิการที่ดียิ่งขึ้น

และต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักในการส่งเสริม สนับสนุน คุ้มครอง ติดตามประเมินผล และ ประกันคุณภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูและ ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กสมองพิการที่ดีขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับเด็กสมองพิการและครอบครัว

ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นใน กระบวนการให้บริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจากศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นผลของการรับรู้และการประเมินคุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐานในสิ่งที่ ผู้รับบริการคาดหวังว่าควรจะได้รับ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการใน การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

การเข้าถึงบริการ (Access to Service) หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการในการดำเนินการ อย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลหรือองค์กร ซึ่งในที่นี้หมายรวมถึงศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เพื่อให้บริการได้ตอบสนองตามความต้องการ จำเป็นของผู้รับบริการ (เด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการ) ให้เข้าถึงบริการได้ง่าย ใช้บริการได้ ง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากผลการให้บริการนั้น ๆ เช่น ผู้รับบริการ สามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวก ระเบียบขั้นตอนการรับบริการเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อนผู้รับบริการ ใช้เวลารอคอยไม่นาน เวลาที่เปิดให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสม สถานที่ให้บริการสามารถ เดินทางเข้า-ออกได้อย่างสะดวก รวมทั้งสถานที่ที่ให้บริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อเด็กสมองพิการ และผู้ดูแล เช่น ทางลาด ลิฟต์ เก้าอี้ล้อเข็น ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น

เครือข่าย (Network) หมายถึง เครือข่ายขององค์กรที่มีการเชื่อมโยงกัน ซึ่งเครือข่ายในที่นี้ หมายรวมถึง องค์กร มูลนิธิ ชมรม สมาคม และ/หรือกลุ่มบุคคลที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการ ที่เรียกว่า ศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของแกนนำ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่รวมตัวกันในลักษณะแบบกลุ่มช่วยเหลือพึ่งพากันเอง Self Help Group ซึ่ง กลุ่มมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 5-10 ครอบครัวขึ้นไป และมีวัตถุประสงค์เพื่อการให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการ เครือข่ายนี้เป็นเครือข่ายของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ที่จัดตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

1) ผู้บริหาร และบุคลากร ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ใช้เป็นแนวทางในการ ส่งเสริมสนับสนุน และการพัฒนาขีดความสามารถของระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไปในฐานะเป็นหน่วยให้บริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ (Services Providers) มีแนวทางในการ

ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดกิจกรรมบริการ (Services Packages) ให้ได้มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

2) บุคลากรผู้ให้บริการ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการ และพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการ ให้ได้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

3) หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบหลัก และองค์กรด้านคนพิการระดับชาติ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดทำมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย เพื่อนำไปสู่การติดตาม ตรวจสอบ กำกับ และสนับสนุนระบบการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดของมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวไว้ได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

คำชี้แจง

1. แนวทางการประเมิน มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ประเมินตามข้อเท็จจริง

2. องค์กรประกอบมาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและเครือข่าย ประกอบด้วย 8 องค์กรประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน ได้แก่

- (1) คุณสมบัติผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 65 คะแนน
- (2) สถานที่ตั้งและเครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 60 คะแนน
- (3) การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน
- (4) สิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 30 คะแนน
- (5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน
- (6) ระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 35 คะแนน
- (7) ระบบการประสานงานส่งต่อ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 25 คะแนน
- (8) การวัดผลและการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด

ค่าคะแนนรวม 45 คะแนน

3. วิธีการประเมิน คือ ผู้ประเมิน ประเมินโดยพิจารณาตามข้อเท็จจริง จาก 8 องค์กรประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนนโดยผู้ประเมินพิจารณาจากรายละเอียดหรือแนวทางการตรวจประเมิน ของแต่ละตัวชี้วัด หากข้อใดมีความสอดคล้องกับตามข้อเท็จจริง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

4. วิธีคิดค่าคะแนน

4.1) ค่าคะแนน คือ คะแนนที่ได้จากการตรวจประเมินตามแนวทางการตรวจประเมิน และมีเครื่องหมาย ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

4.2) คะแนนรวมที่ได้ของแต่ละตัวชี้วัด คือ (คะแนนที่ได้) X น้ำหนักคะแนน ผู้ประเมินสามารถนำค่าคะแนนรวมที่ได้ใส่ในช่องคะแนนรวม

4.3) รวมค่าผลรวมของคะแนนรวมที่ได้รับจากการตรวจประเมิน (ค่าคะแนนรวม ทั้งหมด 325 คะแนน)

5. เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัดของมาตรฐาน คะแนนต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

6. ผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ย รวมทั้งหมด 8 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนนโดยคิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / \text{หารด้วย } 325$ ผลค่าเฉลี่ยที่ได้หากต่ำกว่า 60 คะแนน คือ ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน และหากค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนนขึ้นไป จึงจะผ่านการประเมินมาตรฐาน โดยจัดระดับมาตรฐาน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มาตรฐาน ระดับดีมาก ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 81-100

มาตรฐาน ระดับดี ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 71-80

มาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ ค่าคะแนนการประเมินร้อยละ 60-70

มาตรฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กสมองพิการในศูนย์บริการคนพิการ
ทั่วไปและเครือข่ายประกอบด้วย 8 องค์กรประกอบ 25 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนรวม 325 คะแนน

องค์กรประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
1.คุณสมบัติ ผู้ให้บริการ	1. บุคลากร ผู้ให้บริการ <u>มีความรู้</u> <u>ความสามารถ</u> ในงานการ ให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีกำหนดคุณสมบัติของ บุคลากรผู้ให้บริการในแต่ละ ตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน <input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการ ต้องผ่านการ <u>อบรมความรู้ระดับพื้นฐาน</u> จากสถาบันหรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และ/หรือ เป็นผู้ <u>มีทักษะประสบการณ์ที่</u> <u>เกี่ยวข้องในการให้บริการ</u> ตามข้อกำหนดของชุด กิจกรรมบริการ <input type="checkbox"/> มีทะเบียนประวัติ บุคลากรผู้ให้บริการ <input type="checkbox"/> มีบันทึก หลักฐานที่แสดง คุณสมบัติ ความรู้ ด้าน การศึกษาใบประกาศนียบัตร ใบรับรองผ่านการฝึกอบรม หรือใบรับรองผ่าน ประสบการณ์ทำงานในงาน ผู้ให้บริการ	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 4 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	2. บุคลากร <u>มีทักษะ/</u> <u>ประสบการณ์</u> ในงานการ ปฏิบัติการ ให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีเอกสารหลักฐาน ที่ แสดงถึงผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น วันที่ปฏิบัติงาน จำนวนครั้ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวน เด็กสมองพิการที่ให้บริการ และผลจากการปฏิบัติงาน เป็นต้น <input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ที่แสดง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		ถึง <u>ความคิดเห็น</u> <u>ความพึงพอใจของ</u> <u>ผู้รับบริการ</u> ต่อการ ปฏิบัติงานของบุคลากร ผู้ให้บริการ				
	3. คุณลักษณะ อันพึง ประสงค์	<input type="checkbox"/> มีข้อกำหนดเกี่ยวกับ <u>หลักการปฏิบัติงานของ</u> <u>บุคลากร ผู้ให้บริการ</u> เช่น การแต่งกายด้วยชุดสะอาด สุภาพ เรียบร้อย พุดจาไพเราะ มีทัศนคติที่ดี มีใจรักบริการ และปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับ ผู้รับบริการ เป็นต้น <input type="checkbox"/> บุคลากรผู้ให้บริการ <u>ปฏิบัติตนตามกฎ ระเบียบ</u> <u>หลักการปฏิบัติงานที่กำหนด</u> ไว้ เช่น สัมภาษณ์จาก ผู้ใช้บริการ การสังเกต แบบ ประเมินผลการรับบริการและ แบบการประเมินความพึงพอใจ บันทึกผู้ใช้บริการหรือสมุด เยี่ยมชม เป็นต้น <input type="checkbox"/> <u>ไม่มีการร้องเรียน</u> หรือ กรณีเคยมีข้อร้องเรียน ที่ เกี่ยวข้องกับการให้บริการ หรือการปฏิบัติที่ไม่ เหมาะสมของผู้ให้บริการ แต่ มีการตรวจสอบจาก หน่วยงานภาครัฐหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องแล้วว่าไม่มีมูล หรืออยู่ในระหว่าง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 3 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		กระบวนการแก้ไข หรือได้มีการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว เช่น มีหนังสือ เอกสารยืนยัน เป็นต้น				
	4. ส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรผู้ให้บริการให้ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> มีกำหนดแผนการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการทั้งระดับรายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม <input type="checkbox"/> มีข้อกำหนดเกี่ยวกับแผนการพัฒนาบุคลากร เช่น กำหนดหัวข้อ ความถี่ จำนวน ครั้ง เป็นต้น ที่บุคลากรผู้ให้บริการ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ที่แสดงถึงแผนการพัฒนาบุคลากร และผลการพัฒนาบุคลากรในด้านการเพิ่มพูนองค์ความรู้ความสามารถของบุคลากร เช่น มีหนังสือส่งตัวบุคลากรขององค์กรเข้าอบรม หนังสือเชิญไปประกาศรับรองการผ่านการอบรม เป็นต้น <input type="checkbox"/> สัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ และการเข้าร่วมอบรมเพื่อเพิ่มพูนเสริมความรู้ของตนเอง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 4 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 65$ = $100 \times \dots\dots\dots / 65$ = $\dots\dots\dots$			
2. สถานที่ตั้ง และ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก	1. สถานที่ตั้ง มีความ สะดวกในการ เข้าถึงและ การใช้บริการ	<input type="checkbox"/> สถานที่ตั้ง <u>อยู่ในทำเล การเดินทางและเข้าถึงได้ อย่างสะดวกปลอดภัย ไม่ เปลี่ยว ไม่อันตราย</u> <input type="checkbox"/> อาคาร มีความมั่นคง ถาวร ไม่ชำรุดความเหมาะสม กับการเป็นสถานที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> มีป้ายชื่อ แสดง บอกชื่อ สถานที่ตั้ง แสดงไว้ให้เห็น อย่างชัดเจน	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 3 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	2. เป็น สถานที่ สาธารณะ และเป็น ผลประโยชน์ แก่ส่วนรวม	<input type="checkbox"/> สถานที่ตั้ง <u>เป็นสถานที่ สาธารณะ</u> ที่เป็นผลประโยชน์ แก่ส่วนรวม โดยไม่เป็น สถานที่ผลประโยชน์ส่วน บุคคลแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือไม่เป็นผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) แก่บุคคล ใดบุคคลหนึ่ง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 1 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	3. การจัด บรรยากาศ และ สภาพแวดล้อม ภายใน ที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมภายใน <u>สะอาดมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศ ถ่ายเทสะดวก</u> <input type="checkbox"/> จัดปรับสภาพแวดล้อม ภายในอาคารที่เอื้อและ เหมาะสมต่อเด็กพิการ คน พิการ และครอบครัวในการ เข้าถึงและเข้าใช้บริการได้ อย่างสะดวกและปลอดภัย	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 3 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		<input type="checkbox"/> จัดพื้นที่ใช้สอย เป็น สัดส่วน เรียบร้อย ถูกสุขลักษณะ ที่เหมาะสมกับ การใช้งานในการให้บริการ กับเด็กสมองพิการหรือผู้มา รับบริการ				
	4. เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด มีความพร้อม และเพียงพอ ต่อการใช้งาน	<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก ที่มี ความพร้อมเพียงพอต่อ การใช้งานตามความต้องการ จำเป็นและเหมาะสมกับการ ให้บริการคนพิการเด็กพิการ <input type="checkbox"/> มีการจัดทำบัญชีรายการ เครื่องมือและมีการทวนสอบ จำนวน และตรวจสอบความ พร้อมต่อการใช้งานของ เครื่องมืออุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	5. ความ ปลอดภัยใน การให้บริการ	<input type="checkbox"/> มี เวชภัณฑ์ยา ยาสามัญ ประจำบ้าน ชุดปฐมพยาบาล เบื้องต้น ที่พร้อมใช้งาน และ ไม่หมดอายุ <input type="checkbox"/> มีป้าย ข้อความ ที่แสดง หรือเตือนให้ผู้รับบริการ ระวังอันตราย ใน บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิด อันตราย <input type="checkbox"/> มีแผนการป้องกันภัย และ/หรือ แผนการจัดการภัย	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 3 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		ต่าง ๆ เมื่อเกิดเหตุภาวะ ฉุกเฉินเกิดขึ้น				
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 60$ = $100 \times \dots\dots\dots / 60$ = $\dots\dots\dots$			
3. การ เข้าถึง บริการ	1. กำหนด <u>แผนการ</u> ให้บริการ และ/หรือ <u>ขั้นตอน</u> <u>กระบวนการ</u> ให้บริการ อย่างเป็น ขั้นตอน ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <u>ผังขั้นตอนการ</u> <u>ให้บริการ</u> เป็นลายลักษณ์ อักษร หรือเอกสาร <input type="checkbox"/> มี <u>ช่องทางการสื่อสาร</u> <u>แผนผังขั้นตอนการให้บริการ</u> อย่างน้อย 2 ช่องทาง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	2. มี <u>กำหนดการ</u> ในการ ให้บริการ กิจกรรม อย่าง ชัดเจน และ สอดคล้องต่อ ความต้องการ	<input type="checkbox"/> มี <u>กำหนดการ วันที่ เวลา</u> <u>เปิดให้บริการ และ/หรือ</u> <u>ตารางเวลาจัดกิจกรรม</u> ในการให้บริการกิจกรรม แต่ละวัน <input type="checkbox"/> มี <u>ช่องทางการสื่อสาร</u> <u>กำหนดการ หรือตารางเวลา</u> <u>จัดกิจกรรม</u> ได้ให้รับรู้อย่าง น้อย 2 ช่องทาง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	3. <u>ความ</u> <u>ต่อเนื่อง</u> และ ครอบคลุม ของกิจกรรม	<input type="checkbox"/> มีการ <u>จัดกิจกรรมตาม</u> <u>แผนการให้บริการที่กำหนด</u> ไว้ อย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> มีการ <u>จัดกิจกรรมที่</u> <u>สอดคล้อง สนองตอบต่อ</u> <u>ความต้องการจำเป็นของ</u>	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		เด็กสมองพิการหรือ ผู้ให้บริการ	ข้อละ 1 คะแนน			
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 30$ = $100 \times \dots\dots\dots / 30$ = $\dots\dots\dots$			
4. สิทธิ ประโยชน์ สำหรับ เด็กพิการ คนพิการ และผู้ดูแล	1. กำหนด นโยบายการ ให้บริการตาม ฐานสิทธิ โดย คำนึงถึงและ เคารพถึง ศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์ และสิทธิขั้น พื้นฐานของ เด็กสมอง พิการ/คน พิการ และ ผู้ดูแลเด็ก พิการ เป็น สำคัญ	<input type="checkbox"/> มีข้อกำหนดในเรื่องสิทธิ ประโยชน์ของผู้รับบริการ ที่พึงจะได้รับจากการมารับ บริการ <input type="checkbox"/> มีข้อกำหนดในแสดงว่ามี การให้บริการอย่างเป็นธรรม เท่าเทียมตามฐานสิทธิ <u>ไม่มีการเลือกปฏิบัติ</u> และ เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์ และ สิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กพิการ คนพิการ ผู้ดูแลเด็กพิการ <input type="checkbox"/> มีข้อกำหนด หรือระบบ การปกป้องและคุ้มครองสิทธิ ผู้รับบริการ ไม่ให้ผู้รับบริการ ถูกระงับ หรือการล่วง ละเมิดทางเพศ หรือการ กระทำใด ๆ ที่มีชอบบกับ เด็กพิการ คนพิการ และ ผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> มีข้อกำหนดในเรื่อง การรักษาความลับของ ผู้รับบริการ ที่พึงจะได้รับ จากการมารับบริการ	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 4 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
	2. มีการให้ <u>ข้อมูลข่าวสาร</u> ความรู้ สิทธิ- สวัสดิการ	<input type="checkbox"/> มีการสื่อสาร ให้ข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร สิทธิ สวัสดิการ ที่เป็นข้อมูลที่ ถูกต้อง ชัดเจน และเป็น ประโยชน์แก่ผู้มารับบริการ <input type="checkbox"/> <u>ช่องทางการสื่อสาร</u> ความรู้ ข่าวสาร และสิทธิ สวัสดิการอย่างน้อย 2 ช่องทาง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 30$ = $100 \times \dots\dots\dots / 30$ = $\dots\dots\dots$			
5. การให้ บริการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ	1. กำหนดชุด กิจกรรม ให้บริการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ สำหรับเด็ก สมองพิการที่ สอดคล้องต่อ ความต้องการ จำเป็นในการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ของเด็กสมอง พิการอย่าง เหมาะสม	<input type="checkbox"/> มีชุดกิจกรรมที่ให้บริการ <u>ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็ก</u> <u>สมองพิการ</u> อย่างน้อย 3 กิจกรรม ชุดกิจกรรมการ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กสมองพิการ เช่น - การฝึกการเคลื่อนไหว (กล้ามเนื้อมัดใหญ่) - กิจกรรมบำบัดการฝึก กล้ามเนื้อมัดเล็ก - การฝึกพูด - การฝึกเสริมทักษะชีวิตการ ฝึกการดำรงชีวิตอิสระ - การฝึกทักษะทางสังคม - การฝึกนันทนาการ (เช่น กิจกรรมดนตรีเข้าจังหวะ กิจกรรมกีฬา กิจกรรมสวน บำบัด เป็นต้น	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 1 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		- อื่น ๆ ระบุ..... * ชุดกิจกรรม เป็นไปตาม แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ สมรรถภาพสำหรับ เด็กสมองพิการ				
	2. กำหนด กิจกรรมเสริม ความรู้ ทักษะ ที่จำเป็น และ ทัศนคติที่ดี สำหรับผู้ดูแล เด็กสมอง พิการ	<input type="checkbox"/> มีกิจกรรมอบรม ให้ ความรู้ <input type="checkbox"/> มีกิจกรรมให้คำปรึกษา แนะนำ <input type="checkbox"/> มีกิจกรรมเสริมพลังให้ ผู้รับบริการ เช่น ส่งเสริมการรวมกลุ่ม เป็นต้น <input type="checkbox"/> มีกิจกรรมอื่น ๆ ระบุ	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 4 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	3. ปริมาณ จำนวน บุคลากร เพียงพอ เหมาะสมต่อ การ ปฏิบัติงาน ให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีจำนวนบุคลากรผู้ ให้บริการประจำกิจกรรมที่ จัดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน ต่อหนึ่งกิจกรรม <input type="checkbox"/> มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ผู้ให้บริการแต่ละ กิจกรรมที่ให้บริการอย่าง ชัดเจน	พิจารณา รายละเอียดแนว ทางการตรวจ ประเมินทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ข้อ ละ 1 คะแนน		5	
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 35$ = $100 \times \dots\dots\dots / 35$ =			
6. ระบบ การ บันทึก ข้อมูล	1. มีระบบ การบันทึก ทะเบียน ประวัติ ข้อมูล	<input type="checkbox"/> มีการบันทึกทะเบียน ประวัติ ข้อมูลของ ผู้รับบริการ และ/หรือ เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
	ผู้รับบริการ เป็น ลายลักษณ์ อักษร	และจำเป็นไว้เป็นลายลักษณ์ อักษร <u>ที่มีความถูกต้อง และ เชื่อถือได้</u> <input type="checkbox"/> มีการบันทึกทะเบียนคุม สถิติตัวเลข จำนวนผู้มารับ บริการไว้เป็นลายลักษณ์ อักษรที่มีความถูกต้อง	ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน			
	2. มีระบบ ข้อมูล ที่มี มาตรฐาน	<input type="checkbox"/> มีระบบการบันทึก และ จัดเก็บข้อมูล ที่ปลอดภัย และเป็นระบบ โดยคำนึงถึง หลักการรักษาความลับของ ผู้รับบริการเป็นสำคัญ <input type="checkbox"/> มีการจัดเก็บข้อมูลใน รูปแบบ Electronic Data อย่างมีประสิทธิภาพต่อ การนำข้อมูลไปใช้งานได้ง่าย <input type="checkbox"/> มีนโยบายการเผยแพร่ ข้อมูลของผู้รับบริการ หาก ต้องการนำข้อมูลไปใช้เพื่อ เผยแพร่ หรือสื่อสาร ต้อง ได้รับอนุญาตและลงลายมือ ชื่อ ยินยอมจากผู้ดูแลหรือ ครอบครัวก่อนนำไปใช้	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 3 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	3. มีระบบ การรายงาน ข้อมูล	<input type="checkbox"/> มีการรายงานข้อมูล สรุปผลการให้บริการตาม แผนงาน เป็นลายลักษณ์ อักษร <input type="checkbox"/> มีช่องทางการสื่อสาร รายงานผลการให้บริการใน รูปแบบต่าง ๆ อย่างเป็น	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		ระบบ ถูกต้อง มี ประสิทธิภาพ และไม่ละเมิด ต่อสิทธิเด็กและสิทธิ ผู้รับบริการ	คะแนน			
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 35$ = $100 \times \dots\dots\dots / 35$ = $\dots\dots\dots$			
7. ระบบ การ ประสาน งาน ส่งต่อ	1. ระบบการ ประสานงาน และการส่งต่อ การให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีแผน ระบบการ ประสานงานส่งต่อ ทั้งใน ระดับบุคคล หน่วยงาน และ ทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อการ ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ และสนองต่อความต้องการ จำเป็นของผู้รับบริการ	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 1 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	
	2. การบันทึก ข้อมูลการ ประสานงาน ส่งต่อการ ให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีการบันทึกข้อมูลในการ ประสานงาน ส่งต่อ การรับ บริการ เป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> มีการส่งต่อข้อมูล (ประวัติ) ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้รับบริการ ไปให้ยัง หน่วยงานที่ต้องการส่งต่อ เป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> มีการบันทึกการติดตาม รายงานผล การประสานงาน ส่งต่อ เป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> มีแผนการจัดการ และ/ หรือ แผนการประสานงานส่ง ต่อผู้รับบริการ ในภาวะวิกฤติ ยามฉุกเฉินรองรับไว้	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 4 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 25$ = $100 \times \dots\dots\dots / 25$ = $\dots\dots\dots$			
8. การ วัดผล และการ ประเมินผล คุณภาพ การ ให้บริการ	1. มีระบบ การคัดกรอง ประเมิน พัฒนาการ เด็กพิการ ก่อนการ ให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีการคัดกรอง การ ประเมินพัฒนาการเด็กพิการ ก่อนการให้บริการ ก่อนการ ฝึก (Pre-test) และบันทึกไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> มีการจัดทำแผนฟื้นฟู สมรรถภาพรายบุคคล (Individual Rehabilitation Plan) หรือ แบบประเมิน IRP และ/หรือแผนการจัด การศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) และ/หรือ แผนให้บริการ ช่วยเหลือเด็กและครอบครัว เฉพาะราย (IFSP) และ/หรือ โปรแกรมการฝึก รายบุคคล และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์ อักษร	พิจารณา รายละเอียดแนว ทางการตรวจ ประเมินทั้ง 2 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ข้อ ละ 1 คะแนน		5	
	2. มีระบบ การติดตาม และ ประเมินผล หลังการ ให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ใบ ลงทะเบียน ที่แสดงถึง จำนวนครั้ง (ความถี่) ของการ เข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือ การมีส่วนร่วม ของ ผู้รับบริการในการเข้าร่วม กิจกรรม หรือมารับบริการ <input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ที่แสดง ถึง มีการประเมินผล หลังการ ให้บริการหรือหลังการฝึก	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 3 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		(Post-test)และบันทึกไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ที่ แสดงถึง <u>พัฒนาการ</u> <u>ผลการเปลี่ยนแปลงจาก</u> <u>การฟื้นฟูของเด็กสมองพิการ</u> หลังจากการรับบริการ ที่ สอดคล้องตามโปรแกรมการ ให้บริการ และการ เปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของเด็กสมองพิการหลังการ รับบริการ รวมทั้งสภาพหรือ อัตราการเจ็บป่วยของเด็ก				
	3. ระบบการ ประเมินผล ต่อคุณภาพ การให้บริการ	<input type="checkbox"/> มี <u>ช่องทางการรับฟังความ</u> <u>คิดเห็น</u> ของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ทั้งในรูปแบบของ กระดาษ และ/หรือ ผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ (เช่น ไลน์เฟสบุ๊ก เว็บไซต์ เป็นต้น) มากกว่า 1 ช่องทาง <input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ที่แสดง ถึง <u>ความคิดเห็น</u> ความพึง พอใจของผู้รับบริการเช่น แบบประเมินความพึงพอใจ ในการรับบริการ การประเมิน ความพึงพอใจ การแสดง ความคิดเห็นผ่านช่องทางสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ (เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก เว็บไซต์ เป็นต้น) <input type="checkbox"/> มีบันทึกหลักฐาน ที่แสดง	พิจารณา รายละเอียด แนวทางการ ตรวจประเมิน ทั้ง 4 ข้อ ข้อใด สอดคล้องให้ ข้อละ 1 คะแนน		5	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียด/แนวทางการ ตรวจประเมิน	เกณฑ์ให้ คะแนน	คะแนน	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวม
		ถึง ว่า มีการนำข้อเสนอแนะ จากความคิดเห็น ความพึง พอใจของผู้รับบริการมา ปรับปรุง และพัฒนางานการ ให้บริการ <input type="checkbox"/> มีช่องทางการรับเรื่อง ร้องเรียน ร้องเรียน จาก การให้บริการ และหากมี แสดงหลักฐานที่ได้ดำเนิน แก้ไขปรับปรุง หรือมีแผนการ หรือวิธีการแก้ไขปัญหาในข้อ ร้องเรียนนั้น ๆ อย่างชัดเจน หรือมีการกำกับติดตามผล				
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ในแต่ละหมวดตัวชี้วัด คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60			คิดเป็นร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้}) / 45$ = $100 \times \dots\dots\dots / 45$ = $\dots\dots\dots$			

ค่าผลรวมของคะแนนรวม ที่ได้รับจากการตรวจประเมิน (ค่าคะแนนรวม ทั้งหมด 325
คะแนน) ค่าผลรวมร้อยละ = $100 \times (\text{คะแนนที่ได้})$ ทหารด้วย 325
= $100 \times \dots\dots\dots$ ทหารด้วย 325
= $\dots\dots\dots$

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน

- ค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 81-100 คุณภาพมาตรฐานการให้บริการ อยู่ในระดับ “ดีมาก
- ค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 71-80 คุณภาพมาตรฐานการให้บริการ อยู่ในระดับ “ดี”
- ค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 60-70 คุณภาพมาตรฐานการให้บริการ อยู่ในระดับ “ที่ยอมรับได้”
- ค่าคะแนนการประเมิน ร้อยละ 0-59 ไม่ผ่านการประเมินคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวสุชญา เทียรแสงทอง
วัน เดือน ปีเกิด	10 กรกฎาคม 2523
ที่อยู่ปัจจุบัน	19/22 หมู่ 3 ตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2546	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2549	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2546–2551	นักสังคมสงเคราะห์ สหทัยมูลนิธิ
พ.ศ. 2551–2553	นักสังคมสงเคราะห์อาวุโส มูลนิธิเด็กโสสะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน	
พ.ศ. 2553–2559	ผู้จัดการฝ่ายพัฒนาศักยภาพเด็กพิการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
พ.ศ. 2559–ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ