

# หนังสือเสริม



## Community-Based Rehabilitation **CBR Guidelines**

ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย





เอกสารประกอบ

การฟื้นฟูโดยมีชุมชนเป็นฐาน  
คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหนังสือ ห้องสมุดองค์การอนามัยโลก  
การฟื้นฟูโดยชุมชน: คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

1. การฟื้นฟู 2. คนพิการ 3. บริการสุขภาพชุมชน 4. นโยบายสุขภาพ 5. สิทธิมนุษยชน 6. ความยุติธรรมในสังคม 7. การมีส่วนร่วม  
ของผู้บริโภค 8. แนวทาง I. องค์การอนามัยโลก II. ยูเนสโก III. องค์การแรงงานระหว่างประเทศ IV. สหภาพพัฒนาคนพิการ  
นานาชาติ

ISBN 978 92 4 154805 2 (รหัส NLM: WB 320)

### สงวนลิขสิทธิ์ องค์การอนามัยโลก 2010

สงวนลิขสิทธิ์ ท่านสามารถขอรับสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลกได้จากสำนักพิมพ์องค์การอนามัยโลกที่ WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (โทรศัพท์ +41 22 791 3264/ โทรสาร +41 22 791 4857/ อีเมล [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)) หากท่านต้องการขออนุญาตทำสำเนาหรือแปลสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลกเพื่อการจำหน่ายหรือเพื่อการแจกซึ่งไม่มีเป้าประสงค์ในเชิงพาณิชย์ โปรดติดต่อสำนักพิมพ์องค์การอนามัยโลกตามที่อยู่ข้างต้น (โทรสาร +41 22 791 4806 / อีเมล [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int))

คำเรียกที่ใช้และการนำเสนอเนื้อหาใดๆ ในสิ่งพิมพ์นี้ไม่ได้เป็นการแสดงออกถึงความคิดเห็นขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อสถานะทางด้านกฎหมายของประเทศ อาณาเขต เมืองหรือพื้นที่ใดๆ หรือของทางการในประเทศ อาณาเขต เมืองหรือพื้นที่นั้นๆ ทั้งยังไม่เป็นการแสดงออกถึงความคิดเห็นในเรื่องของแนวชายแดนและขอบเขตใดๆ อีกด้วย เส้นประบนแผนที่เป็นการบ่งบอกถึงแนวชายแดนโดยสังเขปเท่านั้นโดยที่ประเทศที่เกี่ยวข้องอาจไม่เห็นพ้องต้องกันตามนั้นโดยสมบูรณ์

การระบุชื่อบริษัทหรือผู้ผลิตสินค้ารายใดในที่นี่ไม่ได้เป็นการสื่อว่าองค์การอนามัยโลกยอมรับหรือแนะนำบริษัทหรือผู้ผลิตนั้นๆ มากไปกว่าบริษัทหรือผู้ผลิตรายอื่นใดที่ไม่มีการกล่าวถึง ผิด ตก ยกเว้น ชื่อของผลิตภัณฑ์ต่างๆ จะสะกดตัวอักษรแรกด้วยตัวใหญ่ในภาษาอังกฤษ

องค์การอนามัยโลกได้ใช้ความระมัดระวังเท่าที่จะทำได้ในการตรวจสอบข้อมูลที่ปรากฏในสิ่งพิมพ์นี้ อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกแจกจ่ายเอกสารตีพิมพ์นี้โดยไม่มีการรับประกันใดๆ ทั้งสิ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผู้อ่านจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบในการตีความและการใช้เอกสารนี้เอง องค์การอนามัยโลกจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ อันอาจเกิดขึ้นจากการใช้งานเอกสารนี้

ออกแบบและจัดเรียงโดย Inis Communication ([www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com))

พิมพ์ที่ประเทศมอลตา

# คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

## เอกสารประกอบ

### สารบัญ

คำนำ . . . . .	1
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและสุขภาพจิต . . . . .	3
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและเอชไอวี/โรคเอดส์ . . . . .	21
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและโรคเรื้อรัง . . . . .	33
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน . . . . .	47

## คำนำ

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนฉบับนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มคนคนพิการทุกกลุ่ม เหตุที่ต้องมีเอกสารประกอบฉบับนี้เพิ่มเติมขึ้นมาก็เป็นเพราะว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนที่มีมาแต่เดิม ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ อาทิ ผู้มีปัญหาลักษณะสุขภาพจิต ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เป็นโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ที่ตกอยู่ในสถานการณ์อันเนื่องมาจากการละเมิดความเป็นมนุษย์จนประเด็นปัญหาเหล่านี้ได้ถูกมองข้ามไปเพราะหลายเหตุผลด้วยกัน เดิมทีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน มุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งรีบที่สุดในเวลานั้น อาทิ ผู้ป่วยโรคโปลิโอและโรคติดต่ออื่นๆ และจากการที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นจำนวนมากเช่น นักกายภาพบำบัด จึงทำให้การจัดตั้งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมุ่งไปที่ปัญหาความทุพพลภาพทางกายมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ประเด็นสนใจและประเด็นที่เป็นกังวลต่างๆ ในปัจจุบันนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ผู้จัดการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนอาจขาดความรู้และความมั่นใจในการรับมือกับปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ตราบาปและการแบ่งแยกอันมีรากฐานมาจากปัญหาเหล่านี้ก็ยังคงดำเนินอยู่ต่อไป

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนชุดนี้ได้แสดงองค์ความรู้เรื่องความพิการในปัจจุบันที่มีมากกว่าเมื่อ 30 ปีก่อน เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมาเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่เน้นการพัฒนาโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางและนำทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วม กลยุทธ์นี้คำนึงถึงหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ เช่น การไม่แบ่งแยกและความจำเป็นในการนำคนพิการทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการพัฒนาต่างๆ ดังนั้นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงจำเป็นต้องพยายามแก้ปัญหาเหล่านี้ซึ่งเดิมได้ถูกมองข้ามไป อาทิ ปัญหาลักษณะสุขภาพจิต การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์โรคเรื้อนและวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน นอกเหนือจากปัญหาทั้งสิ้นที่ครอบคลุมในเอกสารประกอบเล่มนี้แล้ว โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนยังมีมุมมองไปถึงปัญหาอื่นๆ อีก (อาทิ ปัญหาเกี่ยวกับเด็กหรือผู้สูงอายุ) ซึ่งพบเห็นได้ในชุมชนของตนและอาจนำมารวบรวมไว้ในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนฉบับต่อๆ ไปในอนาคตได้

# การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและสุขภาพจิต

## คำนำ

สุขภาพจิตคือสภาวะแห่งความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งมาจากการที่บุคคลแต่ละคนรู้สึกได้ว่าตนเองมีศักยภาพ สามารถรับมือกับความเครียดระดับทั่วไป ที่ประสบในชีวิตได้ สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถทำประโยชน์ให้กับชุมชนของตนได้ (1) สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบของสภาวะทั้งหมดโดยรวมที่ไม่สามารถแยกออกไปได้ การมีสุขภาพจิตดี จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้อุบัติการณ์ของปัญหาชีวิต และสามารถทำหน้าที่ของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม (องค์ประกอบ “สุขภาพ”)

อย่างไรก็ดี สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่ถูกจัดลำดับความสำคัญไว้ในลำดับหลังสุดของโครงการพัฒนาต่างๆหรือของสังคมโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต อันเป็นเหตุให้เกิดความป้อคคิดและการแบ่งแยก ชุมชนทุกชุมชนมีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งสิ้น บุคคลกลุ่มนี้มักถูกกีดกัน เอาเปรียบหรือไม่ได้รับสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (2) เน้นว่าคนพิการนั้นหมายรวมถึงบุคคลที่มี “ความบกพร่องทางจิต” และเน้นย้ำว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง(ก) ทำให้คนพิการมีสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกันกับบุคคลอื่น และ (ข) ส่งเสริมให้คนพิการได้มีส่วนร่วมในแง่มุมต่างๆ ทางวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและกิจการพลเรือนมีโอกาสเท่าเทียมกันกับบุคคลอื่น

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงบริการด้านการให้ความช่วยเหลือและด้านสุขภาพน้อยมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำซึ่งเดิมไม่ได้รับการดูแลโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสำหรับคนที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังในชนบทของอินเดียโปรแกรมหนึ่งแล้วพบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้กลับมาดีขึ้นได้ แม้ในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด (3)

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเหล่านี้สามารถใช้ได้กับคนพิการทั้งปวงรวมถึงผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตด้วย ปัญหาที่ผู้ป่วยทางจิตต้องประสบส่วนมากคล้ายคลึงกับปัญหาของผู้มีความทุพพลภาพรูปแบบอื่นๆ ดังนั้นจึงสามารถศึกษาองค์ประกอบอื่นๆ ของคู่มือชุดนี้ประกอบการฟื้นฟูได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในส่วนนี้จะเน้นเป็นแนวทางเพิ่มเติมสำหรับการนำผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนด้วย ดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้นแล้วว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจำนวนมากขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านนี้

คำศัพท์ที่ใช้เมื่อกล่าวถึงผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจมีหลากหลายและสร้างความสับสน อาทิ โรคจิต โรคจิตร้ายแรง ความผิดปกติทางจิต ความทุพพลภาพทางจิต สภาวะสุขภาพจิต ความผิดปกติในเชิงพฤติกรรมความบ้า การป่วยทางจิต ผู้เข้ารับการรักษาหรือเคยเข้ารับการรักษาทางจิต หรือความทุพพลภาพทางจิตสังคม เอกสารนี้จะใช้คำว่า “ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต” เพราะว่าเป็นคำที่เข้าใจและแปลความหมายได้ง่าย นิยามของคำว่า “ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต” นี้ครอบคลุมอาการอย่างเช่นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคจิตเภท โรคหลายบุคลิกและโรคติดสารเสพติดด้วย

## กรอบที่ 1 --ญี่ปุ่น

### Cocoron

องค์กรไม่หวังผลกำไรชื่อ Cocoron ก่อตั้งขึ้นในจังหวัดฟุกุชิมะของประเทศญี่ปุ่นเมื่อปี ค.ศ. 2002 โดยสมาชิกของชุมชนในท้องถิ่นซึ่งนำโดยนายกเทศมนตรีและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตประจำชุมชน สำหรับชื่อ Cocoron เป็นชื่อที่ชุมชนเลือกใช้ มีความหมายว่า “หัวใจ” และ/หรือ “จิตใจ” เป้าหมายสำคัญของ Cocoron ก็คือการพัฒนาชุมชน เพราะภูมิภาคนี้ประชากรส่วนใหญ่ประสบปัญหาความยากจน โดย Cocoron จะพยายามพัฒนาและสนับสนุนชุมชนโดยรวมเพื่อให้คนปกติและคนพิการสามารถใช้ชีวิตได้โดยได้รับสิทธิ ความมั่นคงและศักดิ์ศรีในระดับที่เท่าเทียมกัน

เดิมนั้น Cocoron มุ่งสร้างความตระหนักและเพิ่มศักยภาพของสมาชิกในชุมชน บุคลากรและคณะกรรมการของตนเอง ผ่านทางการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตลอดระยะเวลาสามปีลักษณะกิจกรรมจะมีการเชิญผู้ชำนาญการจากภาคส่วนต่างๆ ของการพัฒนาสังคมมาเป็นผู้อบรม ซึ่งก็จะได้รับการสนับสนุนจากทางการในระดับจังหวัดและจากชุมชนในท้องถิ่น

จากนั้น Cocoron จึงได้ก่อตั้งโครงการสร้างรายได้จำนวนหนึ่งขึ้นในชุมชน เป็นโครงการที่เชื่อมโยงกับอุตสาหกรรม การเกษตรเนื่องจากพื้นที่นี้มีรายได้หลักสำคัญจากเกษตรกรรม Cocoron เปิดร้านต่างๆ และคาเฟ่ชื่อ Cocoroya เพื่อขายผลิตภัณฑ์เกษตรในท้องถิ่น อาทิ ผัก เห็ด ผลไม้และสาเก ทั้งยังขายอาหารกลางวันและของหวานต่างๆ ด้วย ไม่นานนัก Cocoroya ก็กลายเป็นที่นัดพบของคนในท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่มีการประชาสัมพันธ์ร้านในหนังสือพิมพ์และโทรทัศน์

ต่อมา Cocoron เปิดศูนย์ชุมชนในหมู่บ้านอิซุมิซากิเมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2004 เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากตระหนักว่าคนพิการโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นไม่ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการพัฒนา กระแสหลักต่างๆ การให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตของศูนย์แห่งนี้ ได้แก่ บริการให้คำปรึกษา การจัดหาที่พัก การให้การศึกษานานาชาติ การฝึกอบรมและการสนับสนุนต่างๆ

ปัจจุบันนี้โครงการสร้างรายได้ของ Cocoron จำนวนมากได้นำผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยจนกลายเป็นกำลังสำคัญขององค์กรและธุรกิจอื่นๆ ในชุมชนไปแล้ว ชีวิตผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ไม่ได้รู้สึกว่าคุณเองอยู่โดดเดี่ยวจากสังคมเพราะต้องอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชอีกต่อไป ทั้งยังสามารถประกอบอาชีพในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการยอมรับ ส่งผลให้พวกเขามีสถานะทางสุขภาพเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น อีกทั้งยังเกิดความพึงพอใจและมีอิสรภาพในชีวิตในที่สุด

Cocoron เป็นตัวอย่างที่ดีของโครงการพัฒนาที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีการนำผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เข้าไปมีส่วนร่วม และส่งเสริมให้คนพิการตลอดจนคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เข้ามามีบทบาทสำคัญ และไม่สามารถที่จะถูกแยกออกจากชุมชน และรูปแบบการใช้ชีวิตของชุมชนนั้นๆ ได้

## เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการสนับสนุนและได้เข้ามามีส่วนร่วมในแง่มุมต่างๆ ของการใช้ชีวิตในชุมชน



## บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

บทบาทของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนคือการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้มีปัญหามืออาชีพ สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย สามารถที่จะกลับเข้ามามีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนยังต้องพยายามป้องกันไม่ให้อาชีพชุมชนเกิดปัญหามืออาชีพและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีกันถ้วนหน้า

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

สมาชิกทุกคนในชุมชนตระหนักว่า สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพื้นฐานของการพัฒนาชุมชน

ผู้มีปัญหามืออาชีพสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ชุมชนตระหนักถึงปัญหามืออาชีพมากขึ้น ลดปัญหาการตีตราและกีดกันผู้มีปัญหาทางจิต

คนที่มีปัญหามืออาชีพสามารถได้รับบริการด้านการแพทย์ จิตวิทยา และการให้บริการทางสังคมและเศรษฐกิจเพื่อสนับสนุนกระบวนการหายจากการเป็นโรค

สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่มีปัญหามืออาชีพได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านจิตใจและในทางปฏิบัติ

ผู้ที่มีปัญหามืออาชีพได้รับการเสริมพลังและได้มีส่วนร่วมในการใช้ชีวิตครอบครัวและชุมชนมากยิ่งขึ้น

## กรอบที่ 2 – อินเดีย

### การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ในพื้นที่ชนบทที่ยากไร้แห่งหนึ่งของอินเดีย ฉัตรเตงยีและเพื่อนร่วมงาน (3) ได้ปรับใช้หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนให้มีความเหมาะสม เช่น เรื่องของการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นและการนำผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ครอบครัวและชุมชนในท้องถิ่นให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการฟื้นฟู ทั้งนี้เพื่อหนุนเสริมการให้บริการการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญและทำให้กระบวนการช่วยเหลือต่างๆ เหล่านั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมมากขึ้น

สมาชิกในชุมชนแห่งนี้ ได้รับการฝึกอบรมให้เป็นเจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเพื่อให้บริการแบบครบวงจรที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่คลินิกในชุมชนได้ การให้บริการนี้ประกอบด้วย การติดตามผลและเฝ้าสังเกตอาการเป็นประจำ มีการให้ความรู้ความเข้าใจกับชุมชนและครอบครัว ตลอดจนมีการวางแผนเรื่องการเข้าไปช่วยเหลือและบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ในโครงการยังพยายามอย่างมากในการสร้างความตระหนัก แก่ปัญหาเรื่องการถูกตีตรา และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัว ฟื้นฟูทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม และในหมู่บ้านส่วนมาก ครอบครัวของผู้ป่วยสุขภาพจิต และผู้ที่มีความห่วงใยต่างๆ ยังได้จัดตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเองขึ้นเพื่อสนับสนุนให้มีการนำสมาชิกของชุมชนที่มีปัญหาทางจิตระดับรุนแรงกลับเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนทั้งในเชิงสังคมและเศรษฐกิจด้วย

ผลของการบำบัดและรักษาผู้ป่วยภายใต้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยคลินิกของชุมชนจัดว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว แนวทางการให้บริการด้วยชุมชนเช่นนี้มุ่งเน้นเรื่องการเสริมพลังให้กับผู้ป่วย การสรรหาและเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น การเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วน (สวัสดิการสังคม หน่วยงานรัฐและสาธารณสุข) และแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนอีกด้วย

ความสำเร็จของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนได้กระตุ้นให้คณะกรรมการสุขภาพของรัฐบาลในระดับเขตนำแนวคิดการให้บริการด้านสุขภาพจิตเข้าไปรวมไว้ในแผนงานและแผนงบประมาณของตนด้วยโดยอาศัยความร่วมมือกับองค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายที่จะขยายการให้บริการของโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเขตในที่สุด (4)

## มโนทัศน์หลัก

### สุขภาพจิตและการพัฒนาชุมชน

ความยากจนเป็นสภาวะที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (ดู “หนังสือบทนำ” และองค์ประกอบ “สุขภาพ”) ทั้งในแง่ของการเป็นต้นเหตุแห่งปัญหาและการเป็นผลพวงอันเกิดจากปัญหาดังกล่าว ผู้คนและชุมชนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความยากจนนั้นจะต้องเผชิญกับความเครียดทั้งในทางสภาพแวดล้อมและทางจิต (อาทิ ความรุนแรง การไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีจำกัด การว่างงาน การถูกกีดกันจากสังคม และความไม่มั่นคง) และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่า (5) ความยากจนอาจเป็นเหตุให้ปัญหาสุขภาพจิตที่บุคคลมีอยู่แล้วเลวร้ายลงกว่าเดิม หรือทำให้รู้สึกสิ้นหวังและไร้พลังยิ่งกว่าเดิม คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักต้องประสบกับปัญหาความยากจนเพราะว่าถูกกีดกันจนไม่ได้รับการศึกษา ไม่มีผู้ใดว่าจ้างให้ทำงาน ไม่มีที่อยู่

อาศัยและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งสังคม ลักษณะเช่นนี้เป็นวงจรอุบาทว์ที่ผู้ป่วยทางจิตมีอาการหนักไปให้พ้นได้

การพัฒนาชุมชนและเศรษฐกิจควรจะมีมุ่งเสริมสร้างและพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรด้วย โปรแกรมการพัฒนาชุมชนที่มุ่งลดปัญหาความยากจน สร้างอิสรภาพทางเศรษฐกิจเสริมพลังให้กับสตรี ลดปัญหาการขาดสารอาหาร ยกระดับความสามารถในด้านการรู้หนังสือและการศึกษา ตลอดจนเสริมพลังให้กับผู้ด้อยโอกาสนั้นสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้ (5) สมาชิกในชุมชนที่มีสุขภาพจิตดีจะพร้อมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนมากกว่า สามารถก่อสร้างและสร้างเครือข่ายทางสังคมและส่งเสริมให้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในฐานะที่เป็นโครงการพัฒนาชุมชน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนนั้นควรจะคำนึงถึงการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพจิตของสมาชิกทุกคนในชุมชน และนำผู้นำตลอดจนสมาชิกในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ด้วยเหตุเพราะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มีศักยภาพในการทำงานต่างๆ เพื่อช่วยพัฒนาชุมชนของตนเช่นกัน

### ความเข้าใจเรื่องปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ถูกต้อง

ผู้คนในสังคมมักไม่เข้าใจว่าปัญหาสุขภาพจิตที่แท้จริงแล้วเป็นอย่างไร ที่สุดแล้วจึงนำไปสู่ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหลายประการ ดังนี้

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบเห็นได้ยาก -- ที่จริงแล้วคนทุกช่วงอายุ ในทุกชุมชนของทุกประเทศในทุกภูมิภาคทั่วโลก สามารถมีปัญหาสุขภาพจิตได้ มีการประเมินตัวเลขไว้ว่า ทั่วโลกมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจริงราว 450 ล้านคน และคนจำนวนหนึ่งในสี่จะต้องประสบปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต (6)

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีอาการจิตเภทจะชอบใช้ความรุนแรง และเป็นภัยต่อผู้อื่นหากต้องอยู่ร่วมในชุมชนเดียวกัน-- ที่จริงแล้วผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มักจะไม่ใช้ผู้ใช้ความรุนแรง จะมีก็เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงมากขึ้น (6,7) นั่นเป็นเพราะว่ามีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง อาทิ การใช้สารเสพติด ภูมิหลัง และปัจจัยอันเนื่องมาจากความเครียดต่อสิ่งแวดล้อม (8) ทั้งนี้คนที่มีอาการจิตเภทส่วนมาก มักจะตกอยู่ในอาการหวาดกลัว สับสนและสิ้นหวังมากกว่าที่จะแสดงอาการก้าวร้าว

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่รักษาได้ยากและผู้ป่วยจะไม่มีวันรักษาหาย--ที่จริงแล้ว มีหนทางเยียวยาและฟื้นฟูผู้ป่วยประเภทนี้อย่างหลากหลายและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายได้โดยสมบูรณ์หรืออย่างน้อยก็ช่วยกวดอาการมิได้แสดงออกมาจนยากที่จะควบคุม

ปัญหาสุขภาพจิตมักเกิดกับผู้มีจิตใจอ่อนแอ--จากข้อมูลพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีสาเหตุอันเนื่องมาจากปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมบุคคลทุกคนจึงสามารถประสบปัญหานี้ได้

### ตราขายและการแบ่งแยก

ผู้มีปัญหาทางจิตมักถูกสังคมตีตราจนกลายเป็นตราขายปิดตัว ซ้ำยังถูกแบ่งแยกจนเกิดผลกระทบต่อทุกด้านของชีวิต ทั้งชีวิตส่วนตัว ชีวิตที่บ้านและครอบครัว ชีวิตการทำงานตลอดจนความสามารถของบุคคลนั้นๆ ในการจัดการให้ชีวิตดำรงอยู่ในสถานภาพที่ได้มาตรฐาน คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักกล่าวเสมอว่าการตีตราและการแบ่งแยกที่เกิดขึ้นกับพวกเขา เลวร้ายยิ่งกว่าอาการทางจิตที่ตนเป็นอยู่เสียอีก สมาชิกในครอบครัวของคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มักประสบปัญหาการขาดความเข้าใจ อคติและพฤติกรรมแบ่งแยกต่างๆ (7)

ปัญหาเรื่องการถูกตีตรา หรือการสร้างตราขายกับผู้ป่วยทางจิต ก็เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอาจรับทัศนคติที่เป็นลบของสังคมเข้าไปมาก (9) จนจะเริ่มเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่สังคมกล่าวอ้าง เป็นความจริง และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวโทษตัวเองและภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลง

ความกังวลว่าตนเองเป็นผู้มีตราบาปและจะต้องถูกปฏิเสธทำให้ผู้ป่วยทางจิตจำนวนมากลปปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม และไม่จួយคว่าโอกาสต่างๆ ในชีวิต ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดภาวะโดดเดี่ยว การไม่มีงานทำ ซึ่งส่งผลให้มีรายได้ลดลง (9)การแบ่งแยกทั้งที่เกิดขึ้นจริงและทั้งที่บุคคลคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนปิดบังเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของตนไว้และไม่ขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเท่าที่ควร

### **สิทธิมนุษยชน**

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในหลายประเทศต้องประสบปัญหาเรื่องการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนอยู่เป็นประจำ การละเมิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในสถาบันจิตเวชเนื่องจากระบบการดูแลและรักษาที่ไม่ปลอดภัยเพียงพอ เสื่อมสภาพและก่อให้เกิดอันตราย ตลอดจนสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไร้อำนาจต่อรอง นอกจากนี้การละเมิดสิทธิมนุษยชนยังเกิดขึ้นได้ทั่วไปในสังคมได้ด้วย กรณีนี้คือคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถใช้สิทธิแห่งความเป็นพลเรือนของตน ถูกจำกัดด้านเข้าถึงการศึกษา การว่าจ้างงานและการมีที่พักอาศัย (10)

คนทุกคนรวมถึงคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตล้วนแล้วแต่มีสิทธิมนุษยชนทั้งสิ้น อนุสัญญาาระดับนานาชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชนทั้งปวงสามารถนำมาใช้กับคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้และสามารถคุ้มครองสิทธิของคนเหล่านี้ด้ยการใช้หลักการแห่งความเท่าเทียมและการไม่แบ่งแยก (7) อาทิ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ยังมีอนุสัญญาที่มีความเฉพาะด้านมากกว่านั้นที่สามารถนำมาใช้ได้ อาทิ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (2)

ประเทศต่างๆ จำเป็นต้องมีนโยบายและกฎหมายเพื่อพิทักษ์สิทธิมนุษยชนของคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้อยู่ในระดับที่ทัดเทียมกับนานาชาติ ทุกชุมชนสามารถเริ่มลงมือดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่นี้ เพื่อมุ่งคุ้มครอง ส่งเสริมและพัฒนาชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต

### **การดูแลสุขภาพ**

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจต้องการการดูแลสุขภาพเฉพาะทางและ/หรือการดูแลสุขภาพทั่วไป

#### **การดูแลสุขภาพทางจิต**

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถมีอาการที่ดีขึ้นได้หากได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในรูปแบบของการจ่ายยาทางจิตเวช (ยารักษาโรคจิต ยาคลายความเครียด ยาปรับระดับอารมณ์) ตลอดจนการรักษาอาการทางกายภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การเข้าช่วยเหลือในทางจิตเวช ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้เรื่องอาการทางเลือกในการรักษา การให้คำปรึกษา การรักษาอาการทางจิตแบบเดี่ยวหรือกลุ่ม และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาอาการต่างๆ

ปัจจุบันยังคงมีกลุ่มคนหลายวัฒนธรรมที่มองประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพจิตว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับศาสนา จิตวิญญาณหรือความเชื่อเหนือธรรมชาติต่างๆ ดังนั้น ในการฟื้นฟูผู้ป่วย โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงต้องปรึกษากับผู้นำความเชื่อและแพทย์พื้นบ้านเสียก่อน ทั้งนี้ต้องพึงระวังด้วยว่าวิธีการรักษาของแพทย์พื้นบ้านนั้นอาจมีแตกต่างกันและอาจเป็นอันตรายได้ ดังนั้นการให้บริการดูแลสุขภาพแบบใส่ใจต้องไวต่อประเด็นด้านความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม และจำเป็นต้องคำนึงถึงวิธีการรักษาในท้องถิ่นที่เข้ามาแต่เดิม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน

### กรอบที่ 3 – กานา

#### การร่วมมือกับแพทย์พื้นบ้าน

ประชากรกว่าร้อยละ 75 ในประเทศกานาจะปรึกษาเรื่องสุขภาพจิตของตนกับหมอชาวบ้านก่อนเป็นอันดับแรก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรร่วมมือกับแพทย์พื้นบ้านเพื่อส่งเสริมให้ คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น องค์กร BasicNeeds Ghana ก็เลือกทำเช่นนี้ ซึ่งถือเป็นความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นด้วยการจัดเสวนาให้กับสมาคมแพทย์พื้นบ้านแห่งชาติและจัดการฝึกอบรมและปฐมนิเทศเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตต่างๆ ตลอดจนหนทางฟื้นฟูผู้ป่วยด้วย

แม้ว่าการรักษาปัญหาสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพจะมีอยู่อย่างหลากหลายรูปแบบแต่การให้บริการดูแลสุขภาพแบบเฉพาะทางเช่นนี้ยังคงไม่แพร่หลายมากนัก เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนนักจิตวิทยา พยาบาลทางจิตเวช จิตแพทย์และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ สถานการณ์เช่นนี้เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสมได้ (11) หรือหากมีพร้อม ค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่ายาและค่าธรรมเนียมวิชาชีพของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ก็มักจะสูงมากเสียจนคนไม่สามารถเข้าถึงได้

ในกรณีที่มีบริการดูแลสุขภาพเฉพาะทางสำหรับคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต บริการดังกล่าวนั้นก็มักไม่เหมาะสมดีพอ ดังจะเห็นได้จากการรายงานเรื่องผู้ป่วยทางจิตเวชที่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นประจำในประเทศส่วนมาก อาทิ การใช้เครื่องตรึงรัดร่างกายการถูกแยกโดดเดี่ยวและการขาดแคลนสิ่งจำเป็นพื้นฐานหรือความเป็นส่วนตัว (11) คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากไม่เต็มใจที่จะขอรับการดูแลสุขภาพเนื่องจากกลัวว่าจะถูกจับ แล้วนำไปรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชโดยที่ตนเองไม่ยินยอม (12) ผู้เข้ารับบริการดูแลสุขภาพจิตและผู้ที่เคยเข้ารับบริการดังกล่าวมักรู้สึกว่าคุณถูกผู้ประกอบวิชาชีพทางจิตเวชทำให้อับอาย ขาดความสามารถในการคุมชีวิตตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้

#### การดูแลสุขภาพทั่วไป

กลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักมีอัตราการป่วยทางกายภาพสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป พวกเขามีโอกาสสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง อาทิ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (13) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าประชากรทั่วไป และยังมีอัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็งบางประเภทและการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าอัตราที่คาดด้วย สาเหตุสำคัญมาจาก ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (ตลอดจนฤทธิ์ของยา) พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ อาทิ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และระบบสุขภาพ (14)

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลกมักจะเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้อื่น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าและมีระดับที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ สาเหตุสำคัญของการเข้าถึงที่จำกัดนั้นมีความซับซ้อน แต่โดยพื้นฐานแล้วประกอบด้วย การถูกจำกัดทางสังคม ความไม่สะดวกในการเดินทางเข้าไปในอาคาร ความไม่ละเอียดในการวินิจฉัยโรคการรักษาโดยไม่มีการเฝ้าสังเกตและการบริหารบริการด้านสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน (13)

#### การหายจากอาการ

การหายจากอาการเป็นแนวคิดที่เกิดจากคนที่เคยมีปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองมาก่อน (15) วลีที่ว่า “หายจากอาการ” นั้นไม่มีการนิยามไว้เป็นแบบสากลเนื่องจากเป็นกระบวนการที่แตกต่างกันไปสำหรับแต่ละบุคคล ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์อาจ

มองว่า “การหายจากอาการ” หมายถึง “การรักษา” แต่การหายจากอาการนั้นอาจมีลักษณะที่กว้างเกินกว่านั้นและครอบคลุมทุกแง่มุมของการใช้ชีวิต การหายจากอาการคือกระบวนการแห่งการเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในการที่จะก้าวผ่านความทุกข์ทรมานและความโดดเดี่ยวในช่วงที่ป่วยนี้คือกระบวนการแห่งการเสริมพลังที่ต่อยอดความแข็งแกร่งและศักยภาพของบุคคลในการที่จะใช้ชีวิตอย่างเต็มที่มีอย่างมีความพอใจ การหายจากอาการอาจหมายถึงการที่คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถมีความสุขกับสิ่งต่างๆ ในชีวิต ทำตามความฝันและเป้าหมายของตน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และสามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตของตนได้แม้ว่าจะเกิดอาการต่างๆ หรือมีสภาวะที่ถดถอย ตลอดจนสามารถลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ สามารถหลุดพ้นจากอาการ กระทั่งสามารถใช้ชีวิตอยู่นอกโรงพยาบาลหรือทำงานได้ในที่สุด (7)

#### กรอบที่ 4

##### เส้นทางสู่การฟื้นฟูของชีวิตหนึ่ง

การหายจากอาการสำหรับฉันคือการเข้าสู่ความสงบ เป็นสุข รู้สึกสบายเมื่ออยู่ในโลกร่วมกับผู้อื่น และมีความหวังว่าอนาคตจะนำมาซึ่งสิ่งดีต่างๆ ฉันต้องเปลี่ยนแปลงประสบการณ์อันเลวร้ายต่างๆ ที่ฉันได้ประสบ ให้กลายเป็นคนใหม่ที่ดีกว่าเดิมนั้นหมายความว่าฉันต้องไม่กลัวว่าฉันเป็นใครหรือฉันรู้สึกอย่างไร ฉันต้องกล้ารับความเสี่ยงในชีวิตที่จะเกิดขึ้นบ้างอย่างเหมาะสม ฉันต้องไม่กลัวที่จะมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาที่เป็นปัจจุบัน และฉันต้องรู้จักตัวเองและสามารถเป็นตัวของตัวเองได้(16)

#### ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

##### เด็กและวัยรุ่น

เด็กและวัยรุ่นสามารถมีสุขภาพจิตได้เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ แต่ปัญหาของเด็กและวัยรุ่นมักไม่ได้รับการใส่ใจและ/หรือถูกวินิจฉัยอย่างไม่ถูกต้องว่า เป็นความทุกข์ทรมานทางปัญญา จากการประมาณการณ์พบว่าเด็กและวัยรุ่นประมาณร้อยละ 20 ทั่วโลกมีสุขภาพจิตซึ่งคล้ายคลึงกันไม่ว่าในประเทศใดๆ (17) ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการเยียวยาอาจนำไปสู่ผลร้ายต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อบุคคลเหล่านั้นไปตลอดชีวิตได้

สุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นขึ้นอยู่กับครอบครัวตลอดจนสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ประสบการณ์ที่เด็กและวัยรุ่นต้องประสบ ไม่ว่าจะเป็น ความยากจน ความรุนแรง การละเมิดทางกายและทางเพศ การถูกหมิ่นและการขาดสิ่งเร้าแล้วแต่มีผลกระทบทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่แสดงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพจิตของผู้เป็นแม่และพัฒนาการทางสติปัญญา สังคมและอารมณ์ของผู้เป็นลูก (18) เด็กที่ต้องดูแลพ่อแม่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางจิตด้วยเช่นกันเนื่องจากตนเองอาจไม่ได้รับการดูแลและเอาใจใส่เพียงพอ ทั้งยังต้องรับมือกับความเครียดของผู้ปกครองอีกด้วย ซึ่งถือว่าเกินกว่าศักยภาพที่ตนเองจะทำได้

อย่างไรก็ดี ผู้ที่เกี่ยวข้องก็ต้องระวังไม่วินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตของเด็กมากเกินไปหรือนำเอาชื่อเรียกในทางจิตเวชไปใช้กับปัญหาที่เกิดจากสภาพความเป็นอยู่และพัฒนาการตามปกติที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เนื่องจากการกระทำเช่นนั้นอาจส่งผลเสียต่อทั้งตัวเด็กเองและครอบครัวได้

##### เพศ

ชายและหญิงอาจมีปัญหาสุขภาพจิตที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศทั้งสองก็มีผลด้วย อาทิ ผู้หญิงมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปได้มากกว่าผู้ชาย อันเนื่องมาจากปัญหา ความกังวลและความเครียด ส่วนผู้ชาย นั้นก็มีโอกาสที่จะหันไปพึ่งพาแอลกอฮอล์มากกว่า (19) และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าด้วย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ขึ้นอยู่กับเพศบางปัจจัยจะส่งผลต่อผู้หญิงมากกว่าเป็นพิเศษ ทั้งนี้เนื่องจากสังคมส่วน โดยมากนั้นผู้หญิงจะมีสถานภาพทางสังคมต่ำกว่าผู้ชาย ลักษณะเช่นนี้นำไปสู่พฤติกรรมที่ยอมและทำให้รู้สึกว่าเป็นเพศของตน ต่ำกว่า มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำมากถึงระดับสิ้นไร้ไม้ตอก จนนำไปสู่การขาดทักษะในการรับมือกับปัญหาในที่สุด ผู้หญิงส่วนมากมีพลังน้อยกว่าผู้ชายอยู่แล้วจึงเข้าถึงทรัพยากรได้จำกัดและควบคุมชีวิตของตนได้น้อยกว่า รวมถึงปัญหาความ รุนแรงทางกายภาพและทางเพศที่เกิดกับผู้หญิงที่นำไปสู่ความอับอาย การเป็นฝ่ายต่อยกว่าและความรู้สึกเหมือนตนเองตกลง ไปในก้นกักผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักถูกล่วงละเมิดทางเพศ นอกจากนี้ผู้หญิงยังถูกแบ่งแยกมากกว่าผู้ชายด้วยเวลาที่ไป ติดต่อขอรับบริการทางด้านสุขภาพต่าง ๆ

### **สถานการณ์วิกฤติ**

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องคำนึงถึงสุขภาพจิตของผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่รอดหลังเกิดสงครามหรือโศกนาฏกรรมอื่น ๆ เนื่องจาก บุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป (11) ทรัพยากรที่มีอยู่แต่เดิมกลับไม่เพียงพอ พวกเขาต้องการเวลามากกว่าที่คนอื่น คิดเพื่อทำความเข้าใจกับเหตุการณ์เลวร้ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากเหตุเลวร้ายจะต้องการการสนับสนุนทาง อารมณ์แบบที่ไม่มีแทรกแซง ซึ่งแนวทางที่จะใช้รับมือก็คือการศึกษาและการให้กำลังใจที่เหมาะสม

คนบางกลุ่มอย่างเช่นคนพิการตลอดจนคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แต่เดิมแล้วยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสังคมและ/หรือ ปัญหาทางจิตมากกว่าหลังเกิดสถานการณ์วิกฤติ (20) คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจไม่มีรับความช่วยเหลือขณะที่เกิด สถานการณ์วิกฤติเนื่องจากตกอยู่ในสภาวะโดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองมีตราบาป หวาดกลัว และไม่ใส่ใจตนเอง เป็นคนพิการ หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ดีพอ การสนับสนุนทางสังคมที่เคยมีให้แกเขาเหล่านั้นอาจขาดหายไปเนื่องจาก วิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้น หรือบุคคลกลุ่มดังกล่าวอาจตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะถูกทอดทิ้งมากขึ้นในขณะที่ครอบครัวกลับต้องมาต้อง แยกบริการในการดูแลมากพวกเขาอาจยิ่งกว่าเดิม (20) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงควรจะความสนใจกับคน ที่มีปัญหาสุขภาพจิตขณะที่เกิดสถานการณ์วิกฤติขึ้น มิฉะนั้นแล้ว พวกเขาเหล่านั้นก็อาจถูกทอดทิ้งหรือถูกหลงลืมได้ในที่สุด (ดู “การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน”)

### **กิจกรรมแนะนำ**

#### **ส่งเสริมสุขภาพจิต**

การส่งเสริมสุขภาพจิตประกอบด้วยกิจกรรมการแก้ไขปัจจัยทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจสังคม และการเมืองที่เกี่ยวข้อง อาทิ ปัญหาเรื่องความยากจน ความรุนแรง การถูกเพิกเฉย และการล่วงละเมิดทางเพศ โดยอาศัยความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจะต้องส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชนของตน ด้วยการดำเนินการดังต่อไปนี้

สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งคำนึงถึงผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและพิทักษ์สิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย เหล่านั้น

เสริมความแข็งแกร่งของเครือข่ายชุมชน และกระตุ้นให้ทุกคนมีความรับผิดชอบร่วมกันโดยการป้องกันไม่ให้มีปัญหา การเสพแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด การแบ่งแยกทางเพศ และความรุนแรงในชุมชนและครอบครัว

พัฒนาความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี อาทิ การร่วมมือกับชมรมสตรีในเรื่องที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับเพศ หรือองค์กรเอกชนในท้องถิ่น ที่มุ่งเน้นเรื่องการเข้าแก้ไขสถานการณ์ปัญหาในเด็ก

ส่งเสริมให้มีการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ปกครองและบุตรหลานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อพัฒนาการของเด็ก

ส่งเสริมโรงเรียนหรือสถานศึกษาสร้างโปรแกรมการพัฒนาประเภทที่เน้นหลักฐานเป็นสำคัญเพื่อยกระดับความสามารถทางสังคมและอารมณ์ของนักเรียน อันจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพเสถียรต่อไป

ทำงานร่วมกับสื่อมวลชนเพื่อเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เป็นลบของผู้ป่วยทางจิต

(คู่มือประกอบ “สุขภาพ: การส่งเสริมสุขภาพ”)

#### กรอบที่ 5 – จาไมก้า

##### การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์เชิงบวก

การจัดโปรแกรมการเยี่ยมเยียนตามบ้านแบบทั่วไประแกรมหนึ่งที่จาไมก้า ได้ช่วยให้มารดาที่ด้อยโอกาสทางสังคมสามารถให้การกระตุ้นพัฒนาการของทารกตั้งแต่วัยเยาว์ ผลดีที่เกิดขึ้นกับสุขภาพจิตของเด็กในระยะยาวเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่น ได้แก่ การที่คุณแม่มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น เด็กต้องออกจากโรงเรียนน้อยลง และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมน้อยลง



## การอำนวยความสะดวกการให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

กิจกรรมต่อไปนี้ สามารถอำนวยความสะดวกแก่คนที่มีความทุกข์ทางจิตให้เข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ได้แก่

สร้างความเชื่อมั่นว่า เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในท้องถิ่น ได้รับการฝึกอบรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่เป็นบวกต่อการสนับสนุนและนำคนที่มีความทุกข์ทางจิตให้เข้ามามีส่วนร่วมกับโปรแกรม

ให้คำปรึกษาและโน้มน้าให้คนที่มีความทุกข์ทางจิตและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดตั้ง และการเฝ้าสังเกตโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ร่วมกับคนที่มีความทุกข์ทางจิตและครอบครัวพิจารณาว่า สิ่งใดเป็นอุปสรรคที่กีดกันต่อการพัฒนาและหาทางแก้ไขเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน อาทิ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา การมีความเป็นอยู่ที่ดีและความมั่นคงทางสังคม

พิจารณาว่า บุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตคนใดและผู้ใช้บริการด้านสุขภาพจิตและ/หรือสมาชิกในครอบครัวคนใด สามารถที่จะทำหน้าที่อย่างเหมาะสมสำหรับการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนได้

## แก้ปัญหาเรื่องการถูกตีตรา และการแบ่งแยกในชุมชน

สังคมมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการหายจากอาการเหล่านั้นในระดับที่จำกัด หากเราประสงค์ให้คนที่มีความทุกข์ทางจิตเข้ามามีส่วนร่วมกับสังคมอย่างจริงจังแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแก้ไขความเชื่อที่ผิด ๆ อกติ และการแบ่งแยก เช่นนี้เสียก่อน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ได้กิจกรรมที่สามารถทำได้ ได้แก่

กำกับดูแลให้เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

พิจารณาว่าบุคคลสำคัญใดในชุมชน สามารถช่วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสื่อสารและสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกของผู้ป่วยทางจิตไปถึงกลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชนได้ โดยอาจเป็นบุคคลที่มีอิทธิพล อาทิ ผู้นำทางการเมืองหรือศาสนาในท้องถิ่น

ติดต่อบุคคลสำคัญที่คัดเลือกได้นั้นเพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และเชิญให้เขาเหล่านั้นมาเป็นแขกผู้มีเกียรติของกิจกรรมที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจัดให้มีขึ้น

หรือว่าบุคคลสำคัญเหล่านี้จะนำสื่อสารเรื่องปัญหาสุขภาพจิตไปถึงสมาชิกในชุมชนหรือท้องถิ่นได้อย่างไร เช่น ผู้นำทางศาสนาอาจพูดถึงเรื่องนี้เวลาที่เทศนาสวดศิษย์ของตน

พิจารณาว่าสมาชิกในชุมชนคนใดหรือกลุ่มใด มีโอกาสที่จะต้องพบปะกับคนที่มีความทุกข์ทางจิตมากที่สุด และเป็นกลุ่มที่น่าจะมีทัศนคติเชิงลบหรือมีความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ บุคลากรทางสุขภาพ แพทย์พื้นบ้าน

จัดให้มีการให้ความรู้และการฝึกอบรมสำหรับสมาชิกและกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ให้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตเพื่อแก้ไขความเชื่อที่ผิด ๆ (เช่น คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นคนรุนแรง) และทำให้สังคมทั่วไปรับทราบว่ามีวิธีการแก้ไขทางการแพทย์และทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและเอาชนะพฤติกรรมแบ่งแยกใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับคนที่มีความทุกข์ทางจิตในชุมชนและสมาชิกในครอบครัว โดยแสดงบทบาทเป็นตัวอย่างที่ดีและพฤติกรรมเชิงบวก

## กรอบที่ 6

### เปลี่ยนทัศนคติเรื่องปัญหาสุขภาพจิตผ่านวิธีการสร้างปฏิสัมพันธ์โดยตรง

การเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงลบที่ดีมากวิธีหนึ่ง โดยการเชิญให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาร่วมพบปะกับสมาชิกในชุมชนและนักเรียน เพื่อให้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ฟัง โดยเฉพาะผู้บรรยายที่สามารถเอาชนะปัญหาสุขภาพจิตได้จนมีครอบครัว มีงานและมีบทบาทในชุมชน จะเป็นตัวแทนที่ทรงพลังมากในการต่อกรกับพฤติกรรมและการแบ่งแยกที่เกิดขึ้นในสังคม

## สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟู

กระบวนการฟื้นฟูเน้นเรื่องความแข็งแกร่งของผู้คน และศักยภาพของเขาเหล่านั้นในการมีชีวิตที่เต็มเปี่ยมและมีความสุข กระบวนการฟื้นฟูอาจต้องใช้วิธีการทางการแพทย์ จิตวิทยา สังคมและเศรษฐกิจประกอบกัน

### อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยจิตเวชการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ค่อนข้างประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เนื่องจากปัญหาความยากจน ระยะทางการเดินทาง และการขาดแคลนบริการเฉพาะทาง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจำเป็นต้องร่วมงานกับระบบการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐานและการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพจิตที่มีในท้องถิ่น เพื่ออำนวยความสะดวกให้มีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง และบริการทางการแพทย์ทั่วไปได้ กิจกรรมที่แนะนำ ได้แก่

การพิจารณาหาโครงสร้างจำพวกหน่วยงานต่างๆ การให้บริการ เจ้าหน้าที่ และทรัพยากรด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ อาทิ คลินิก โรงพยาบาล สถาบันจิตเวช ศูนย์ชุมชนและองค์กรเอกชน ทั้งในระดับชุมชน ระดับภูมิภาคและ/หรือระดับชาติ

เข้าพบผู้ให้บริการสุขภาพจิต เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี แลกเปลี่ยนข้อมูลโดยการถามถึงบริการที่จัดไว้ (ตลอดจนเรื่องยาทางจิตเวชที่มี) นโยบาย กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย เวลาให้บริการ ค่าบริการ จากนั้นจึงนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน พร้อมแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจะสามารถช่วยงานหน่วยงานเหล่านั้นได้อย่างไร

จัดทำรายชื่อแพทย์พื้นบ้านและผู้เฝ้าทางด้านความเชื่อในชุมชน แล้วเข้าพบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวคิด ตลอดจนสร้างความเข้าใจและความเคารพซึ่งกันและกัน

ดูแลให้เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและบริการด้านการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน สามารถนำเสนอผู้ป่วยจิตเวชกรณีต่างๆ ต่อให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตได้ รวมถึงสามารถจัดการฝึกอบรมใดๆ ที่จำเป็น

ดูแลให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้บำบัดอาการจิตเวช และให้เขาเหล่านั้นได้เข้าใจข้อมูลนี้อย่างดีเสียก่อน

ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างแพทย์พื้นบ้านและเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือในชุมชน สำหรับคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ช่วยให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้ารับบริการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ผ่านทางระบบการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน ทั้งนี้ โดยอาศัยการสร้างตระหนักรู้และการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแก่เจ้าหน้าที่บริการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน

หากมีการจัดทำโปรแกรมด้านสุขภาพจิตในชุมชนอยู่เดิมแล้ว ให้ทางโปรแกรมสร้างความร่วมมือและส่งเสริมการทำงานร่วมกัน เนื่องจากโปรแกรมลักษณะนี้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและการแพทย์ได้ ในขณะที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนก็จะมีบทบาทให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เช่น โอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดี เป็นต้น

(คู่มือประกอบ “สุขภาพ: การดูแลทางการแพทย์”)

#### กรอบที่ 7 – เบลิจ

##### การพัฒนาสุขภาพจิตในแบบองค์รวม

พยาบาลด้านสุขภาพจิตที่ประเทศเบลิจ พบปะพูดคุยกับแพทย์พื้นบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะซึ่งกันและกัน ฝ่ายพยาบาลจึงพบว่า การพัฒนาความสัมพันธ์เช่นนี้ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพยิ่ง เพราะตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพจิตของชุมชน ทำให้การฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยเป็นการผสมผสาน ระหว่างการใช้วิธีการแบบดั้งเดิมและแบบสมัยใหม่ เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม

##### อำนวยความสะดวกการเข้าถึงการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

ในประเทศที่มีรายได้ต่ำการเข้าถึงการสนับสนุนทางด้านจิตใจเฉพาะด้าน อาจอยู่ในระดับที่จำกัดมาก อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถเข้าแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้ กิจกรรมที่แนะนำ ได้แก่

จัดการฝึกอบรมด้านการดูแลด้านจิตใจขั้นพื้นฐานให้แก่เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และเจ้าหน้าที่บริการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน โดยการฝึกอบรมนี้ ต้องคำนึงถึงประเด็นทางวัฒนธรรมที่ละเอียดอ่อน และควรดำเนินการให้ครอบคลุมเรื่องทักษะการสนับสนุนทางอารมณ์ (ทักษะการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน) วิธีการเสริมสร้างกำลังใจ การให้ข้อมูลและการช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย

สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนที่มีความทุกข์สุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัว ผ่านทางการสื่อสารโดยตรงไปตรงมาบนพื้นฐานของการไว้วางใจซึ่งกันและกัน เดินทางเข้าไปเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไต่ถามเรื่องการดำเนินชีวิต สารทุกข์สุกดิบ และให้เวลาที่จะรับฟังข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดี

ทำงานอย่างใกล้ชิดกับคนที่มีความทุกข์สุขภาพจิต ให้การสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหา จัดการกับปัญหาความเครียดและพัฒนาทักษะในการรับมือกับความยากลำบากต่างๆ ที่พวกเขาจะต้องประสบ

พิจารณาว่าแพทย์พื้นบ้านและผู้นำทางจิตวิญญาณ สามารถที่จะช่วยเหลือทางจิตวิทยาแก่คนที่มีความทุกข์สุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัวอย่างไร และพิจารณาว่าการเข้าถึงการสนับสนุนเช่นนี้ที่ดีที่สุดควรทำอย่างไร

สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของพวกเขาก่อตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเองเพื่อให้เกิดการสนับสนุนและเสริมพลังซึ่งกันและกัน เนื่องจากหากมีกลุ่มพึ่งพาตนเองอยู่ในชุมชนอยู่แล้ว ก็จะอำนวยความสะดวกให้แก่คนที่มีความทุกข์สุขภาพจิตสามารถเข้าร่วมได้หากเหมาะสม

##### อำนวยความสะดวกผู้ป่วยจิตเวชให้เข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถอำนวยความสะดวกในผู้มีปัญหาทางจิตเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมได้ โดยดำเนินการดังนี้

พิจารณาหาการให้บริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีอยู่แล้วในชุมชน

พิจารณาว่าชุมชนนี้มีความต้องการทางด้านสังคมใดบ้าง แล้วจัดทำแผนงานการดำเนินการแก้ไขที่เป็นไปได้ร่วมกับคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัว

ร่วมมือกับครอบครัวในการพิทักษ์สิทธิของคนที่มีความสุขภาพจิตเพื่อให้พวกเขาได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่พักอาศัยและสภาพความเป็นอยู่ต่าง ๆ ที่ถูกสุขลักษณะ)

ให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการพาดคนที่มีความสุขภาพจิตให้เข้ามาร่วมในกิจกรรมประจำวันของครอบครัว

ส่งเสริมให้คนที่มีความสุขภาพจิตและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับญาติมิตร หรือฟื้นฟูความสัมพันธ์ถ้าจำเป็น ทั้งนี้ อาจจำเป็นต้องให้ความรู้กับบรรดาญาติและเพื่อนฝูงว่าขณะนี้อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

พิจารณาหากิจกรรมในชุมชนที่คนพิการและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าร่วมได้ เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนอาจจำเป็นต้องเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หากผู้ป่วยขาดจิตเวชขาดความมั่นใจหรือมีอุปสรรคใด ๆ ที่ยากเกินกว่าจะเผชิญได้เพียงลำพัง

ติดต่อกับสมาชิกในชุมชนที่อาจจะไม่มีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ไม่มีที่อยู่อาศัยและ/หรือมีปัญหาเรื่องการถูกตีตราอย่างรุนแรงเป็นประจำ

สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานด้านการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนที่มีความสุขภาพจิตได้ อาทิ หน่วยงานที่ให้บริการด้านอาหาร ที่อยู่อาศัยการให้การศึกษาและการประกอบอาชีพ

แสวงหาแนวทางการแก้ปัญหาเรื่องการได้รับยาบำบัดอาการจิตเวช หากพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงยา

(คู่มือประกอบ "สังคม")

### **อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงโอกาสในการได้รับความเป็นอยู่ที่ดี**

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างสภาพความเป็นอยู่ที่ดี เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการฟื้นฟู โอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดี นอกจากจะช่วยให้เกิดรายได้แล้ว ยังมีส่วนช่วยให้บุคคลมีเสถียรภาพ การตัดสินใจด้วยตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น สามารถสร้างเครือข่ายทางสังคม มีสถานภาพทางสังคมที่มีคุณค่า และสามารถควบคุมและจัดการชีวิตของตนเองได้ กิจกรรมแนะนำ ได้แก่

พิจารณาหาโครงการพัฒนา อันได้แก่ ระบบการจัดการ หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างรายได้ จากนั้นจึงติดต่อโครงการเหล่านี้ เพื่อสร้างความร่วมมือและสร้างศักยภาพในการรับคนที่มีความสุขภาพจิตเข้าร่วมโครงการ

พิจารณาหาวิธีการโอกาสแก่ผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งมีอยู่แล้วในชุมชน กระบวนการนี้อาจรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปทำงานที่ทำอยู่แต่เดิม หรือติดต่อกับธุรกิจในท้องถิ่น ซึ่งยินดีที่จะจ้างผู้ป่วยเหล่านี้เข้าทำงาน

หากสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้กลับไปทำงานเดิมได้ โปรแกรมควรร่วมมือกับนายจ้างเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานเท่าที่จำเป็น เช่น จัดพื้นที่ทำงานที่เป็นพื้นที่ส่วนบุคคล เพื่อลดปัญหาเรื่องสมาธิหรือ

ปัญหาเกี่ยวกับเสียงรบกวนต่างๆ รวมทั้งการจัดเวลาการเข้าและออกงานที่มีความยืดหยุ่น จากนั้นจึงค่อยๆ ขยายระยะเวลาการทำงานอย่างเป็นลำดับ

แจ้งนายจ้างให้ทราบเรื่องข้อผูกพันทางกฎหมายที่ตนมีต่อคนพิการ ทั้งนี้ ต้องดำเนินการปรึกษาหน่วยงานทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องในประเทศนั้นๆ ด้วย

(คู่มือประกอบ “สภาพความเป็นอยู่”)

<p><b>กรอบที่ 8 – สาธารณรัฐสหแทนซาเนีย</b></p> <p><b>ใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย</b></p> <p>โครงการมะทวารามาเนทอลเฮลท์ (Mtwaru Mental Health) ในสาธารณรัฐสหแทนซาเนียริเริ่มความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในห้าเขต เพื่อให้บริการรักษาคนที่มีความทุกข์ทางจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการให้ต้นทุนที่ไม่สูงเกินไปและทุกคนสามารถเข้ารับบริการได้ ในช่วงแรกของโครงการนำร่องนั้น มีผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษา 1,026 คนโดยไม่ต้องเดินทางไปรับบริการจากหน่วยงานที่ไกลบ้าน ภายหลังตัวเลขนี้จึงเพิ่มขึ้นเป็น 4,711 คน ด้วยรูปแบบการดำเนินการรักษาและการสนับสนุนทางจิตสังคม ทำให้สามารถยกระดับคุณภาพของคนที่มีความทุกข์ทางจิตจำนวนมาก ชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้นได้กลับมามีเสถียรภาพอีกครั้งหนึ่ง หลายคนจึงได้กลับไปทำงานที่เคยทำมาแต่เดิม และหลายคนได้เริ่มทำงานใหม่อย่างอื่นในชุมชน ผู้จัดการโปรแกรมนี้กล่าวว่า “หลังจากที่ผู้ป่วยไม่แสดงอาการป่วยแล้วแล้ว พวกเขาจะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ และทัศนคติที่สังคมมีต่อเขาก็จะเปลี่ยนไปในทันที นี่คือข้อดีของรูปแบบการฟื้นฟูแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน แทนที่จะนำผู้ป่วยเหล่านี้เข้าไปรักษาในสถาบันจิตเวช”</p>
---

### สนับสนุนสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวถือเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญสำหรับสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่สำคัญที่สุดในประเทศที่มีรายได้ต่ำ กิจกรรมแนะนำต่างๆ มีดังต่อไปนี้

ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการรับมือ ทั้งนี้ควรขออนุญาตผู้ป่วยก่อนที่จะเปิดเผยข้อมูลด้านอาการแก่ผู้อื่น

ช่วยครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการหลากหลาย เพื่อไม่ให้ครอบครัวสูญเสียกำลังใจไปก่อนหมด และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแบ่งภาระกับครอบครัวอื่นหรือให้ชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือ

เชื้อเชิญให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มพึ่งพาตนเอง เพื่อแบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบ

## กรอบที่ 9 – สาธารณรัฐยูกันดา

### เหล่าคุณแม่แชร้ประสบการณ์

ผู้เป็นมารดาในกลุ่มหนึ่งในสาธารณรัฐยูกันดาเข้าร่วมองค์กรผู้ปกครองที่มีบุตรพิการ โดยมารดาในกลุ่มนี้จะไปเยี่ยมมารดาที่มีบุตรพิการตามโรงพยาบาลแม่และเด็กในท้องถิ่นเพื่อรับฟังปัญหาความเศร้าใจหรือความสูญเสียของเขา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันเรื่องดีๆ ใ้พวกเขาฟัง และให้ความหวังสำหรับอนาคต

### ให้ความร่วมมือกับกระบวนการเสริมพลัง

การฟื้นฟูจากปัญหาสุขภาพจิตมีส่วนสัมพันธ์อย่างมากกับการเสริมพลัง ในองค์ประกอบ “การเสริมพลัง” มีรายละเอียดเรื่องกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ โดยละเอียดอยู่แล้ว ในส่วนนี้จึงเป็นการนำเสนอกิจกรรมเพียงบางอย่างเท่านั้น เช่น

กำกับดูแลให้เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนปฏิบัติต่อคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัวด้วยความเคารพและให้เกียรติในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ตระหนักว่าคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และทักษะส่วนตัวที่มีอยู่แต่เดิม ดังนั้นจึงควรมุ่งความสนใจไปที่การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของแต่ละบุคคลและส่งเสริมให้พวกเขามีบทบาทอย่างจริงจังในกระบวนการฟื้นฟูตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว

ให้ข้อมูลแก่ผู้คน (และสมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่เหมาะสม) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตโดยไม่ใช้คำเรียกที่ระบุหรือบ่งชี้ใดๆ ที่ไม่จำเป็น และดูแลให้ทุกคนได้รับทราบถึงสิทธิมนุษยชนของตนและวิธีการที่จะใช้สิทธิเหล่านั้น

แจ้งให้ทุกคนได้ทราบว่า ในชุมชนมีทางเลือกในการรักษาและการสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวชในด้านใดบ้าง และช่วยให้เขาสามารถเลือกทางที่ต้องการได้อย่างมีความรู้ความเข้าใจ

เชื่อมโยงคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสมาชิกในครอบครัวให้เข้าร่วมกับกลุ่มพึ่งพาตนเองต่างๆ

ส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มพึ่งพาตนเองที่จัดตั้งขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์เพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีคุณภาพ ราคาไม่แพงและทุกคนสามารถเข้ารับบริการได้

ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อยกระดับความตระหนักเรื่องอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการตลอดจนกฎหมายระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เพื่อให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถใช้สิทธิที่ตนเองมีได้อย่างถูกต้อง

(คู่มือประกอบ “การเสริมพลัง”)

## เอกสารอ้างอิง

1. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Geneva, World Health Organization, 2004 ([www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf), accessed 30 April 2010).
2. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, 2006 ([www.un.org/disabilities/](http://www.un.org/disabilities/), accessed 30 March 2010).
3. Chatterjee S et al. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:57–62.
4. Patel V et al. Global mental health 3: treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370:991–1005.
5. mhGAP: Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_final\\_english.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf), accessed 30 April 2010).
6. World health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001 ([www.who.int/whr/2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/), accessed 30 April 2010).
7. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. New York, Oxford University Press, 2006.
8. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 2009, 66(2):152–161.
9. Watson AC et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2007 (<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/sbl076v1>, accessed 30 April 2010).
10. Mental health, human rights and legislation: WHO's framework. Geneva, World Health Organization (undated) ([www.who.int/mental\\_health/policy/fact\\_sheet\\_mnh\\_hr\\_leg\\_2105.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/fact_sheet_mnh_hr_leg_2105.pdf), accessed 30 April 2010).
11. 10 facts on mental health. Geneva, World Health Organization (undated) ([www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index.html), accessed 30 April 2010).
12. WHO resource book on mental health: human rights and legislation. Geneva, World Health Organization, 2005 ([www.who.int/mental\\_health/policy/resource\\_book\\_MHLeg.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf), accessed 30 April 2010).
13. Senior K. Greater needs, limited access. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:252–253.
14. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44:457–466.
15. Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15:140–153.
16. Schiff AC. Recovery and mental illness: analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, 27(3):212–218.
17. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions. Geneva, World Health Organization, 2003 ([www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf), accessed 30 April 2010).
18. Prince M et al. Global mental health 1: No health without mental health. *The Lancet*, 2007, 370:859–877.
19. Gender and women's mental health. Geneva, World Health Organization, (undated) ([www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/), accessed 30 April 2010).

20. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, 2007  
([www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf), accessed 30 April 2010).

### เอกสารแนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

Basic Needs. Mental health and development. E-journal ([www.mentalhealthanddevelopment.org/](http://www.mentalhealthanddevelopment.org/), accessed 30 April 2010).

Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. World mental health casebook. Social and mental health programs in low-income countries. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002.

Community mental health policy (update of mental health policy from 2001). CBM, 2008 ([www.cbm.org/en/general/downloads/19914/CBM\\_Community\\_Mental\\_Health\\_Policy.pdf](http://www.cbm.org/en/general/downloads/19914/CBM_Community_Mental_Health_Policy.pdf), accessed 30 April 2010).

Fisher D, Chamberlin J. Consumer-directed transformation to a recovery based mental health system, 2004 ([www.power2u.org/downloads/SAMHSA.pdf](http://www.power2u.org/downloads/SAMHSA.pdf), accessed 30 April 2010).

Global Forum for Community Mental Health. Mission statement, experiences, contacts, resources, undated ([www.gfcmh.com/](http://www.gfcmh.com/), accessed 30 April 2010).

Leff J, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, Cambridge University Press, 2006.

Patel V. Where there is no psychiatrist. A mental health care manual. London, Gaskell, 2003.

Stastny P, Lehmann P, eds. Alternatives beyond psychiatry. Berlin, Peter Lehmann Publishing, 2007.

World Association for Psychosocial Rehabilitation. WAPR Bulletin ([www.wapr.info/wapr\\_bulletins.htm](http://www.wapr.info/wapr_bulletins.htm), accessed 30 April 2010).

World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Human rights position paper of WNUSP, 2001 ([www.wnusp.net/wnusp%20evas/Dokumenter/Human%20Rights%20Position%20Paper.html](http://www.wnusp.net/wnusp%20evas/Dokumenter/Human%20Rights%20Position%20Paper.html), accessed 30 April 2010).



# การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและเอชไอวี/โรคเอดส์

## บทนำ

ความพยายามในการดำเนินมาตรการดูแลปัญหาการติดเชื้อไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอชไอวี) หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) มักมุ่งเน้นที่กลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ อาทิ แรงงานย้ายถิ่นฐาน ผู้ขายบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดประเภทฉีดเข้ากระแสโลหิต และกลุ่มชนพื้นเมือง (1) อย่างไรก็ตาม คนที่มีความทุพพลภาพทางกาย จิตใจ ปัญญา หรือประสาทสัมผัสอย่างถาวรต่างๆ ก็เป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อไวรัสนี้เช่นกันแต่กลับถูกมองข้ามไปเกือบเสียสิ้น (2) ทั้งนี้เป็นเพราะความเชื่อที่ว่าคนพิการไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับใคร ไม่น่าจะใช้ยาเสพติด หรือมีโอกาสที่จะถูกข่มขืนหรือถูกระงับด้วยความรุนแรงน้อยมาก(3)

รายงานนโยบายร่วมเรื่องคนพิการและผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ออกเมื่อไม่นานมานี้ โดยโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) องค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานข้าหลวงใหญ่เพื่อสิทธิมนุษยชนแห่งองค์การสหประชาชาติได้ตระหนักว่า คนพิการเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (4) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลและผู้ออกนโยบายต่างๆ เมื่อออกนโยบาย หรือวางแผนการต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ มักไม่คำนึงถึงกลุ่มคนพิการ เป็นเหตุให้เกิดอุปสรรคตามมา และทำให้คนพิการไม่สามารถรับเข้ารับบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การรักษา การดูแลสุขภาพและการสนับสนุนต่างๆ เมื่อเป็นโรค

เนื้อหาในส่วนนี้จะมุ่งเน้นไปที่คนพิการ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ตลอดจนสภาพของการเข้ารับบริการในโปรแกรมสาธารณสุขกระแสหลัก ซึ่งอยู่ในระดับที่จำกัด แต่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนพึงตระหนักด้วยว่า คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ อาจกลายเป็นคนพิการเนื่องจากตัวโรคหรือรูปแบบของการรักษาพยาบาลก็ได้ นอกจากนี้ คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีอาจถูกจัดให้เป็นคนพิการได้ หากเกิดความทุพพลภาพซึ่งเมื่อประกอบกับสภาพแวดล้อมรอบตัวแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมกันกับผู้อื่น (5)

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจำนวนมากไม่ได้คำนึงถึงเรื่องปัญหาคนพิการ ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ อย่างไรก็ตาม การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในฐานะกลยุทธ์หนึ่งเพื่อการพัฒนาแบบมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ถือว่ามีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพของโปรแกรมและบริการคนพิการที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจะดูแลให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการ นำคนพิการให้เข้ามามีส่วนร่วมในสังคม ตลอดจนสร้างโอกาสที่เท่าเทียมสำหรับคนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ที่อาจเกิดความพิการขึ้นภายหลังด้วย

## กรอบที่ 10 – สาธารณรัฐนามิเบีย

### อาเล็กเซียผลิตภัณฑ์กฎหมายเพื่อคนพิการ

อาเล็กเซีย มาโนมเบ่นาคูเบ (Alexia Manombe-Ncube) เป็นสมาชิกผู้แทนราษฎรที่พิการคนแรกของสาธารณรัฐนามิเบีย เธอกล่าวว่า คนพิการในหลายประเทศของทวีปแอฟริกามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์มากกว่าคนทั่วไป

อาเล็กเซียระบุว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าคนพิการถูกกีดกันในเรื่องการดำเนินชีวิตจากระบบของสังคมกระแสหลัก ยกตัวอย่างเช่น คนพิการทางการเห็นที่ไม่สามารถอ่านป้ายประกาศหรือโฆษณา ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ คนหูหนวกที่ไม่อาจฟังรายการโทรทัศน์หรือวิทยุได้ จึงไม่ได้รับทราบวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัส สำหรับคนที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้โดยสะดวก ก็ไม่สามารถเดินทางไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อรับคำแนะนำหรือเข้ารับการตรวจโรค นอกจากนี้ เอกสารให้ความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ ก็มักไม่ทำเป็นภาษาเบรลหรือภาษามือ นอกจากนี้ คนพิการบางกลุ่ม ก็มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ เพราะตกเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศโดยง่ายอาทิ ผู้หญิงและเด็กที่มีความทุพพลภาพด้านปัญญา ซึ่งอาจถูกหลอกให้มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพียงจำนวนน้อยที่สนใจปัญหาข้างต้นของคนพิการอาเล็กเซียจึงใช้ตำแหน่งสมาชิกผู้แทนราษฎรของเธอ ในการผลักดันร่างกฎหมายใหม่สำหรับคนพิการในรัฐสภาของสาธารณรัฐนามิเบีย จากเดิมที่ไม่มีการให้บริการป้องกันและรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์สำหรับคนพิการ ซึ่งทำให้โอกาสที่จะ บรรลุเป้าประสงค์ข้อที่ 6 ในเรื่องการต่อสู้กับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ หรือโรคอื่นๆ อันเป็นเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษขององค์การสหประชาชาติ ค่อนข้างเป็นเรื่องที่ยากยิ่ง

ดัดแปลงจาก (5)

## เป้าหมาย

ดำเนินการให้มีบริการเกี่ยวกับการป้องกัน รักษา ดูแล และสนับสนุนคนพิการ ที่ป่วยจากอาการการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์

## บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ได้แก่ (1) ให้ข้อมูลข่าวสารแก่คนพิการและครอบครัวให้ได้รับทราบว่า ในชุมชนของตนนั้น มีโปรแกรมทางสาธารณสุขและบริการใดบ้าง ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและบำบัดอาการการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์บ้าง (2) ตรวจสอบว่าคนพิการและครอบครัวสามารถเข้าถึงโปรแกรมและบริการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ได้หรือไม่และ (3) นำผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์อันเนื่องมาจากความพิการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

คนพิการสามารถเข้าถึงโปรแกรมและบริการด้านสาธารณสุขกระแสหลักที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและบำบัดอาการป่วยจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์

คนพิการที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ มีความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์

มีการสร้างเครือข่ายและก่อเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อคนพิการและองค์กรที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์

กิจกรรมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาดำเนินการครอบคลุมคนพิการที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์

มีนโยบายในสถานที่ทำงานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของเจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และให้การสนับสนุนผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์

จัดทำนโยบายและแผนงานระดับชาติ ที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้ครอบคลุมคนพิการเป็นที่เรียบร้อย

## มโนทัศน์หลัก

### เอชไอวีหรือโรคเอดส์

เอชไอวีคือเชื้อไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นสาเหตุให้เกิดโรคเอดส์ ไวรัสนี้ติดต่อได้จากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้มีเชื้อไวรัสนี้ อยู่ เช่น ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับคนที่ มีเชื้อไวรัส ก็มีโอกาที่จะติดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ เช่นเดียวกับกับทารกในครรภ์ ก็สามารถติดเชื้อเอชไอวีก่อนคลอด ขณะคลอดหรือหลังคลอดได้เช่นกัน หากมารดาได้รับเชื้อไวรัสนี้ไปแล้ว

การป่วยเป็นโรคเอดส์ นับเป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โรคนี้ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อต่อสู้กับโรคต่าง ๆ ได้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จึงอาจเกิดภาวะติดเชื้อที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

เป็นโรคเมเร็งบางประเภท หรือเกิดสภาวะเสื่อมถอยของระบบประสาท อย่างไรก็ดี คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทุกคน ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเอดส์ เพราะกว่าแสดงอาการก็อาจใช้เวลาหลายปี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถชะลอการเติบโตของเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ แต่ไม่อาจรักษาให้หายขาดจากเอชไอวีหรือโรคเอดส์ได้ ดังนั้น การป้องกันจึงถือเป็นหนทางรักษาเดียวที่มีในเวลานี้

### **คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์และมีความพิการ**

คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์อาจเกิดภาวะความพิการขึ้นได้ แม้ยาต้านไวรัสอาจช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม พวกเขาจะต้องมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่เป็นระยะ ๆ (6) ทั้งยังอาจเกิดความทุพพลภาพชั่วคราวหรือถาวรตามมาภายหลังด้วย (ทางด้านกายภาพ จิตใจหรือประสาทสัมผัส) ซึ่งเกิดจากการรักษาอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ อื่นหรือเกิดจากการเติบโตของเชื้อไวรัสเอชไอวี อาทิ ภาวะความเหนื่อยล้า ปัญหาของระบบย่อยอาหาร โรคผิวหนัง และ/หรือโรคระบบประสาท ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของการรักษา และส่งผลให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต (เช่น เดิน อาบน้ำหรือขับรถไม่สะดวก) และอาจร้ายแรงถึงขั้นที่ทำให้คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์พิการได้

นอกจากนี้ คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ยังอาจประสบปัญหาการถูกตีตราและถูกกีดกันจากสังคมอีกด้วย เนื่องจากสังคมมักไม่ยอมรับพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ดังนั้น พวกเขาจึงถูกรังเกียจในวงกว้าง มักจะถูกกีดกันหรือรีดถอนสิทธิมนุษยชน หลายคนต้องถูกไล่ออกจากงานหรือจากบ้าน ถูกครอบครัวและเพื่อนฝูงทอดทิ้ง และบางคนถึงขนาดถูกฆ่าทิ้งเสียก็มี (7)

### **คนพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์**

#### ***เรื่องเพศ***

ประเด็นเรื่องเพศหรือความต้องการทางเพศ เป็นลักษณะพื้นฐานที่บ่งชี้ความเป็นมนุษย์ ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องกล่าวถึงเมื่อมีการดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับกิจกรรมด้านการป้องกันและรักษาอาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ สังคมหลายแห่งมองว่า การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศอย่างเปิดเผย เป็นสิ่งที่ไม่ถูกครรลองของวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากมีประเด็นเรื่องความพิการเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อย่างไรก็ดี ปัญหาเรื่องเพศนั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินชีวิตของคนพิการจำนวนมาก ซึ่งไม่อาจที่จะเพิกเฉยได้ (8) โดยทั่วไปมักมองว่าคนพิการเป็นคนไม่ใส่ใจเรื่องเพศ มีลักษณะเหมือนเด็กไร้เดียงสาไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งได้ และ/หรือน่าจะมีความต้องการทางเพศต่ำกว่าคนปกติ สิ่งเหล่านี้มิได้เป็นข้อเท็จจริง เพราะคนพิการก็มีระดับความต้องการทางเพศไม่ต่างอะไรไปจากคนปกติ (9) ดังนั้น คนพิการก็มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสเอชไอวีด้วยเช่นกัน

#### ***ปัจจัยเสี่ยง***

โครงการสำรวจเรื่อง Global Survey on HIV/AIDS and Disability ได้ศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ทั้งหมดที่เป็นที่ทราบกัน จะทวีความรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนพิการ (10) ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่

**การไม่รู้หนังสือ** – ผู้ที่จะอ่านข้อความรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้นั้น จำเป็นต้องรู้หนังสือ คือ อ่านออกเขียนได้เสียก่อน (8) องค์ประกอบ “การศึกษา” ระบุไว้แล้วว่าคนพิการโดยทั่วไปมักได้รับการศึกษาต่ำกว่าประชากรปกติ นั้นหมายความว่า ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก็ย่อมสูงขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน (ดูองค์ประกอบ “การศึกษา”)

การขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี – คนพิการมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศอย่างมาก (9) และมักได้รับข่าวสารเกี่ยวกับไวรัสเอชไอวีน้อยกว่าผู้อื่น (11) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ได้รับการอบรมจากที่บ้านและที่โรงเรียน โดยมีสาเหตุมาจากความเชื่อผิดๆ ที่สังคมมีต่อเรื่องเพศของคนพิการ และส่วนมากคนพิการมักจะเข้าใจข่าวสารเหล่านั้น หรือสารถนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจได้ยาก อาทิ คนตาบอดซึ่งไม่สามารถอ่านหนังสือพิมพ์หรือป้ายประกาศได้ คนหูหนวกไม่สามารถฟังรายการวิทยุได้ หรือคนที่มีความทุพพลภาพทางปัญญา ก็ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาความที่มีรายละเอียดซับซ้อนได้ (3)

### กรอบที่ 11 – สาธารณรัฐโมซัมบิก

#### การรับรู้และความเข้าใจเรื่องเพศ

การวิจัยเรื่องความพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่สาธารณรัฐโมซัมบิก พบว่า สาเหตุหนึ่งที่คนพิการไม่ได้ถูกมองข้ามและไม่ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายและโปรแกรมสาธารณสุขด้านเอชไอวีและโรคเอดส์อยู่เสมอก็คือการปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับว่าคนพิการ ก็มีธรรมชาติทางเพศไม่ต่างจากคนปกติ รายงานฉบับดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นถึงอีกแง่มุมหนึ่งของปัญหาที่กลายมาเป็นตรรกะและการถูกกีดกันที่เกิดขึ้นกับคนพิการโดยเฉพาะ (12)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี – พฤติกรรมเสี่ยงอย่างเช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การใช้ยาเสพติดแบบใช้เข็มฉีดยาเข้ากระแสโลหิตร่วมกัน และการขายบริการทางเพศ ล้วนแต่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จากการวิจัยพบว่า คนพิการจำนวนมากมีพฤติกรรมเช่นนี้ด้วยเช่นกัน (10) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากว่า คนพิการขาดความเคารพในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองดูไม่ดี หรือไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลรอบข้าง จึงทำให้พวกเขาเกิดพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง (9) เช่น วัยรุ่นพิการอาจถูกแรงกดดันจากสังคม ทำให้ต้องมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพราะต้องการความยอมรับและอยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้น พวกเขาจึงมีข้อจำกัด และยากที่จะต่อรองให้การมีเพศสัมพันธ์แต่ละครั้งเป็นไปแบบปลอดภัย (3)

การทารุณกรรมทางเพศ – คนพิการทั่วโลกมีความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อของการทารุณกรรมทางเพศและการข่มขืนมากกว่าคนปกติ (4) ดังนั้น จึงมีความเสี่ยงที่พวกเขาจะติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมากกว่าด้วย ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้คนพิการตกอยู่ในภาวะเสี่ยง ได้แก่ การต้องพึ่งพาการดูแลของผู้อื่น การพักอาศัยอยู่ในสถานพักพิงคนพิการและการไม่สามารถเข้าถึงสิทธิต่างๆ ตามกฎหมาย (10) (ดูองค์ประกอบ “สังคม”)

#### อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านการป้องกัน รักษา ดูแล และการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์

คนพิการมีความสามารถในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในระดับที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นการตรวจโรค การรับคำปรึกษา การรับยา การดูแลและการสนับสนุนต่างๆ (10, 13) อุปสรรคเหล่านี้คล้ายกับที่ระบุไว้ในองค์ประกอบ “สุขภาพ” แล้วได้แก่

นโยบาย—เนื่องจากผู้คนจำนวนมากคิดว่าคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า และไม่สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ (14) จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้กำหนดนโยบายต่างๆ จะระบุว่าไว้ว่า ควรจะทุ่มเทเวลา พลังงาน และทรัพยากรให้กับประชากรที่ไม่พิการก่อนเป็นอันดับแรก (8) และในกรณีนี้ มักพบว่า คนพิการมักได้รับสิทธิในการดูแลรักษา ทั้งในเรื่องของยาต้านไวรัส และการสนับสนุนต่างๆ เป็นลำดับสุดท้าย (2,8)

อุปสรรคจากสภาพแวดล้อมและการสื่อสาร– คนพิการอาจไม่สามารถเข้ารับบริการในคลินิก โรงพยาบาลหรือศูนย์อื่นๆ ได้ (อาทิ ไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็น) การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ก็ไม่มีรูปแบบของการสื่อด้วยภาษามือ หรือสื่อรูปแบบทางเลือกอื่นๆ อาทิ อักษรเบรลล์ ข้อมูลจากการบันทึกเสียง หรือข้อมูลที่ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย (5)

ทัศนคติเชิงลบและความรู้ของเจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพ– คนพิการจำนวนมากถูกกระทำให้อับอาย เพราะเจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพล้อเลียน หรือไม่ใส่ใจเวลาที่ไปขอข้อมูลเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ (14) คนพิการในบางประเทศรู้สึกได้ว่าตนเองถูกปฏิเสธการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ ทั้งที่สามารถเดินทางมาถึงศูนย์ตรวจเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือคลินิกโรคเอดส์ได้โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวอ้างอย่างผิดๆ ว่า คนพิการไม่สามารถติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ได้ (8)

พฤติกรรมไม่สุภาพ – สาเหตุที่คนพิการไม่เข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์มีอยู่หลายประการด้วยกัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขมีทัศนคติเชิงลบต่อคนพิการ ทำให้พวกเขาไม่เข้าไปขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ (11) คนพิการคิดว่าตนเองมีตราประทับมาอยู่กับไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ทำให้ต้องปกปิดอาการป่วยเป็นความลับหรือปฏิเสธ จนไม่เดินทางไปตรวจ (9) คนพิการจำนวนมากต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนให้ช่วยพาไปรับบริการด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงผู้ช่วยจึงอาจเกิดความอับอายหรือกลัวว่า คนที่มาช่วยตนเหล่านี้จะรู้ว่าตนติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์

#### ผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์มีต่อครอบครัว

สมาชิกของครอบครัวคนพิการที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ จะได้รับผลกระทบ เพราะคนพิการมักต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ พวกเขามีความต้องการทางการแพทย์ การศึกษา หรือการฟื้นฟูมากกว่าคนทั่วไป แต่คนพิการอาจถูกทอดทิ้งหากครอบครัวสูญเสียรายได้ ทรัพยากรและเวลาเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ จากการประมาณการณพบพบว่า เด็กร้อยละ 4-5 ที่สูญเสียผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนกลายมามีภาวะพิการด้วย (5) ในกรณีเช่นนี้ เด็กอาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ถูกทอดทิ้ง และต้องไปอยู่กับสถานดูแลคนพิการ (10) เด็กพิการที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจึงอาจถูกกีดกันและแบ่งแยกมากกว่าในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเข้ารับการการศึกษา (5)

#### การเข้าถึงประชากรกลุ่มคนพิการ

##### การทำให้โปรแกรมและบริการสาธารณสุขด้านเอชไอวีหรือโรคเอดส์ครอบคลุมคนพิการ

คนพิการจำนวนมากไม่สามารถขอรับความช่วยเหลือจากโปรแกรมและบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดอาการจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ได้ เนื่องจากมีความเชื่อว่า ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงหรือยุ่งยากเกินไป อย่างไรก็ตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน องค์กรเพื่อคนพิการ กลุ่มรณรงค์ด้านเอชไอวีหรือโรคเอดส์ นักการศึกษาและผู้กำหนดนโยบาย สามารถสนับสนุนให้การดำเนินโปรแกรมและการให้บริการครอบคลุมคนพิการได้ในหลายทางด้วยกัน รายละเอียดสามารถอ่านได้จากหัวข้อ “กิจกรรมแนะนำ” แต่ในภาพรวมแล้วมีการดำเนินการดังนี้

การอำนวยความสะดวกให้คนพิการสามารถเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขจากโปรแกรมหรือการบริการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ นอกจากเหนือไปจากกลุ่มประชากรทั่วไป

การปรับเปลี่ยนโปรแกรมการให้บริการทางสาธารณสุขกระแสหลัก ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ให้รองรับกับกลุ่มคนพิการด้วย

การพัฒนาและการจัดให้มีบริการช่วยเหลือสำหรับคนพิการ ซึ่งไม่สามารถมาเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขแบบ  
กระแสหลักได้โดยเฉพาะ

หากต้องการให้การบริการสามารถเข้าถึงคนพิการทั้งหมดได้ ก็จำเป็นที่จะต้องใช้มาตรการเหล่านี้ประกอบกันเท่านั้น

### **การฟื้นฟู**

การฟื้นฟูเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับคนพิการ เนื่องจากการฟื้นฟูสามารถทำให้ร่างกายที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์เกิด  
ความถดถอยช้าลง ทำให้ผู้ป่วยเป็นอิสระและสามารถลงสถานะแห่งอิสรภาพนั้นไว้ได้ (5) เอกสารฉบับนี้จะไม่กล่าวถึงการฟื้นฟู  
ในที่นี้ เนื่องจากมีระบุไว้แล้วในองค์ประกอบ “สุขภาพ” แต่ควรทำความเข้าใจว่า การดำเนินการในชุมชนเกี่ยวกับประเด็นนี้มี  
ขึ้นแล้วโดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ซึ่งสามารถเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอช  
ไอวีหรือโรคเอดส์ประสบ นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาการฟื้นฟูด้วยการสนับสนุนในแง่มุมอื่นๆ ด้วย อาทิ การพัฒนาด้าน  
อาชีพ ซึ่งจะทำให้คนที่มีความพิการอันเกิดจากเชื้อเอชไอวีสามารถมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพและเกิดผลดีผลต่อไป

### **กิจกรรมแนะนำ**

#### **การอำนวยความสะดวกให้คนพิการเข้ารับบริการด้านการป้องกัน รักษาดูแลและสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ไวรัสเอชไอวี**

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนควรแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการดังกล่าวได้ ดังนี้

แจ้งข้อมูลให้คนพิการและสมาชิกในครอบครัวทราบว่า มีโปรแกรมและบริการด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ  
ไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในชุมชนของตน และแจ้งให้ทราบว่าพวกเขาจะมีสิทธิ์เข้าร่วม

ดูแลและอำนวยความสะดวกให้คนพิการสามารถเข้ารับบริการจากโปรแกรมและบริการดังกล่าวได้ เช่น โปรแกรมการ  
ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถเสนอให้หน่วยงานที่จัดโปรแกรมและบริการด้านสาธารณสุขย้ายสถานที่จัด  
กิจกรรมไปยังสถานที่ที่คนพิการเดินทางเข้าไปหรือให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลือเพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ ให้  
เหมาะสม

ส่งเสริมให้หน่วยงานที่จัดโปรแกรมและบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์แสดงภาพ  
ของคนพิการในโปสเตอร์ ป้ายประกาศหรือสื่ออื่นๆ ที่เผยแพร่สู่สาธารณชน เช่น มีภาพคนนั่งรถเข็นหรือภาพคนตา  
บอดถือไม้เท้าอยู่เคียงข้างคนไม่พิการ เป็นต้น

ร่วมมือกับองค์กรเพื่อคนพิการในการแนะนำให้หน่วยงานที่จัดโปรแกรมและบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ  
ไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ สามารถทำการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการให้ความรู้ต่างๆ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าใจ  
ข้อมูลข่าวสารนั้นด้วย อาทิ การส่งถุงยางอนามัยให้คนตาบอดได้สัมผัสว่า มีลักษณะและใช้งานอย่างไร เป็นต้น

ให้ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์แก่คนพิการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เพื่อให้  
มั่นใจได้ว่าข้อมูลนั้นได้ถึงมือกลุ่มเป้าหมายแล้ว

ร่วมมือกับองค์กรเพื่อคนพิการในการแนะนำให้หน่วยงานที่จัดโปรแกรมและบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ  
ไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ปรับเปลี่ยนเอกสารที่มีอยู่ในปัจจุบันให้คนพิการสามารถรับรู้และเข้าใจได้ง่าย อาทิ คนหู  
หนวกอาจต้องการคำบรรยายเป็นตัวอักษรหรือภาษามือ คนตาบอดอาจต้องการข้อมูลในรูปของอักษรเบรลล์หรือแถบ  
บันทึกเสียง หรือข้อมูลที่จะให้ให้คนที่มีความทุพพลภาพทางปัญญา ก็อาจต้องมีลักษณะเป็นภาพแทน เป็นต้น

ร่วมมือกับองค์กรเพื่อคนพิการในการส่งเสริมให้หน่วยงานที่จัดโปรแกรม หรือการให้บริการต่างๆ ปรับเปลี่ยนรูปแบบเอกสารสำหรับคนพิการโดยเฉพาะ เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงได้ เช่น การจัดชั้นเรียนพิเศษสำหรับคนพิการ โดยเฉพาะ การให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการเดินทาง หรือการดำเนินการใดๆ ที่ทำให้คนพิการและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการกระแสหลักได้ง่ายขึ้น

เฝ้าติดตามดูแลคนพิการและครอบครัวของเขาในรูปแบบที่เหมาะสม ทั้งในด้านการรักษา การดูแลและการสนับสนุน หลังจากที่ทราบว่าได้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีแล้ว

#### กรอบที่ 12- สาธารณรัฐยูกันดา

##### หญิงสาวรับมือกับไวรัสเอชไอวีได้ด้วยความช่วยเหลือที่ทันการ

หญิงสาวคนหนึ่งในสาธารณรัฐยูกันดา มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เธอตั้งท้องแต่ชายคนนั้นกลับไม่รับผิดชอบ สมาชิกในครอบครัวกลัวว่าเธอจะติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จึงพาเธอไปพบเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาด้านไวรัสเอชไอวีและโรคเอดส์ ผลปรากฏว่าเธอติดเชื้อจริง จึงมีรับให้เธอรับยาต้านไวรัส ขณะนี้เธอและบุตร (ซึ่งไม่ติดเชื้อ) มีความเป็นอยู่ที่ดี เธอทานยาเป็นประจำ สามารถทำงานได้ และช่วยเหลืองานบ้านได้ ครอบครัวของเธอจึงสนับสนุนให้ครอบครัวอื่นๆ ที่มีสมาชิกพิการ เข้ารับบริการในด้านข้อมูลและอื่นๆ ที่เกี่ยวกับไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์อย่างเหมาะสม

#### จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนให้ครอบคลุมคนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นตัวแทนของการพัฒนาแบบครอบคลุม ดังนั้นจึงต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ซึ่งอาจมีปัญหาเรื่องความพิการร่วมด้วย เพราะเขาเหล่านั้นอาจต้องการบริการพิเศษต่างๆ อาทิ การฟื้นฟูและการใช้อุปกรณ์ช่วย ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถอำนวยความสะดวกได้ในเรื่องนี้



## สร้างศักยภาพ

ผู้มีส่วนได้เสียจำนวนหนึ่งจะได้รับประโยชน์จากการสร้างศักยภาพ อาทิ คนพิการและสมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน องค์กรเพื่อคนพิการ เจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพและสมาชิกในชุมชน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถดำเนินการต่างๆ ดังต่อไปนี้

ส่งเสริมกิจกรรมและแนวทางที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งสตรีในการแสดงบทบาทด้านการตัดสินใจเรื่องปัญหาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและความพิการของสมาชิกในชุมชน

ดูแลให้เจ้าหน้าที่ที่คอยช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ (เช่น สมาชิกในครอบครัว) ได้รับการฝึกอบรมและการสนับสนุนต่างๆ อย่างพอเพียง

เสริมความแข็งแกร่งให้กับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน คือ ดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและโรคเอดส์ อาทิ เรื่องเพศ สุขอนามัยของระบบสืบพันธุ์ และการป้องกันการถูกทารุณกรรมทางเพศ และจัดการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับเจ้าหน้าที่ของโปรแกรมหากจำเป็น

เชิญชวนให้องค์กรเพื่อคนพิการและตัวคนพิการเอง เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ อาทิ คนพิการซึ่งสามารถรับการฝึกอบรมให้เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในชุมชนหรือในกลุ่มคนพิการด้วยกัน

ร่วมมือกับองค์กรเพื่อคนพิการฝึกอบรมผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ เจ้าหน้าที่ดูแลสังคมที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องความพิการ

ให้ความรู้ผู้นำชุมชนและผู้นำทางศาสนาเกี่ยวกับเรื่องความพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ เชื้อเชิญให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่เป็นลบ และส่งเสริมการให้นำคนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ กลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ให้ความรู้บุคลากรสายกฎหมาย อาทิ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทนายความและผู้พิพากษาเกี่ยวกับเรื่องความพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ตลอดจนความจำเป็นในการดูแลให้คนพิการปลอดภัยและไม่ถูกลิดรอนสิทธิมนุษยชน

### **กรอบที่ 13**

#### **โปรแกรมเอชไอวีโดยชุมชนคนหูหนวก**

กลุ่มคนหูหนวกในบางประเทศ มีการดำเนินการโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โปรแกรมเหล่านี้ทำให้คนพิการเกิดความตระหนัก นำไปสู่การใช้ชีวิตในรูปแบบที่ปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ ยังกระตุ้นให้องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและโปรแกรมของรัฐบาล ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มรูปแบบการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสออกสู่สาธารณชนด้วย

## สร้างเครือข่ายและความร่วมมือ

เนื่องจากความพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์มีส่วนสัมพันธ์กัน (กล่าวคือ คนพิการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์อาจเกิดความพิการ) หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการและการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ควรสร้างเครือข่ายและความร่วมมือที่แข็งแกร่งซึ่งกันและกัน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถดำเนินการดังต่อไปนี้

เข้าร่วมกิจกรรมและการประชุมเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในชุมชนเพื่อให้มีพิจารณาประเด็นเรื่องความพิการร่วมเข้าไปด้วย และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนควรเชิญให้ตัวแทนผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมหรือการประชุมในหัวข้อความพิการด้วย

ร่วมงานอย่างใกล้ชิดกับองค์กรเพื่อคนพิการ (ถ้ามี) เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในระดับท้องถิ่นในการเข้าถึงคนพิการด้วยข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ พิจารณาความจำเป็นในการจัดการฝึกอบรมในชุมชน และสอนให้เจ้าหน้าที่ทำงานด้านการป้องกันหรือบำบัดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการ

แบ่งปันองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญด้านความพิการและการฟื้นฟูของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนกับเครือข่ายการป้องกันและบำบัดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ผ่านทางการให้ความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับความพิการ ตลอดจนประโยชน์ของการฟื้นฟูและการยกระดับความตระหนักของสังคมว่า คนพิการก็มีความเสี่ยงต่อเอชไอวีเช่นกัน

เชิญให้บุคลากรจากโปรแกรมหรือบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันและบำบัดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ มาแบ่งปันความรู้และทักษะเฉพาะทางกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และองค์กรเพื่อคนพิการ เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร สมาชิกและกลุ่มเป้าหมายของตนได้

จัดให้มีระบบการจัดส่งผู้ป่วยระหว่างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและหน่วยงานที่มีโปรแกรมด้านการป้องกันและบำบัดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์

### **ส่งเสริมแนวทางแบบหลายภาคส่วน**

ปัญหาเรื่องความพิการและปัญหาเรื่องการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ของประชากรยังเป็นอุปสรรคของการพัฒนาทั้งคู่ ปัญหาเหล่านี้มักมีสิ่งที่ยึดโยงกัน ได้แก่ ความยากจน การถูกตีตราและถูกแบ่งแยก ความรุนแรงและความไม่เท่าเทียมอื่นๆ อาทิ โอกาสในการเข้ารับการศึกษาและการหาเลี้ยงชีพที่มีต่ำกว่า ดังนั้น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ดังกล่าว ซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดในองค์ประกอบ “สุขภาพ” “การศึกษา” “สภาพความเป็นอยู่” “สังคม” และ “การเสริมพลัง” เพื่อให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมแนะนำต่างๆ อาทิ

การลดความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองมีตราบาปและการแบ่งแยก ที่เกิดจากความพิการและการติดเชื้อไวรัส เอชไอวีหรือโรคเอดส์ซึ่งอาจจะมีในชุมชนและในทุกภาคส่วน

ส่งเสริมสิทธิที่จะได้รับการศึกษาของคนพิการรวมถึงเรื่องเพศศึกษา และการดูแลและจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมได้ (ดูองค์ประกอบ “การศึกษา”)

ดูแลและจัดสภาพความเป็นอยู่สำหรับคนพิการและผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวให้มีลักษณะที่ดี(ดูองค์ประกอบ “สภาพความเป็นอยู่”)

ดูแลให้คนพิการและผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ สามารถได้รับบริการด้านแผนคุ้มครองทางสังคมทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (ดูองค์ประกอบ “สภาพความเป็นอยู่”)

ดูแลให้คนพิการสามารถเข้าถึงโปรแกรมและบริการที่จะช่วยป้องกันหรือแก้ไข ปัญหาการทารุณกรรมทางเพศหรือการทำร้ายร่างกายด้วยความประสงค์ทางเพศ (ดูองค์ประกอบ “สังคม: ความสัมพันธ์ การสมรสและครอบครัว”)

### **กำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในสถานที่ทำงาน**

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นปัญหาในสถานที่ทำงานในหลายประเทศ เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนในหลายประเทศและสมาชิกในครอบครัว มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสหรือเป็นโรคนี้ ดังนั้นหน่วยงานที่จัด โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจะต้องมีนโยบายที่เหมาะสม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยซึ่งสามารถดำเนินการ ได้ดังนี้

ลดความเป็นไปได้หรือความเสี่ยงต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจะติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ดูแลและให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ซึ่งอาจติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือได้รับ ผลกระทบเพราะสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์

กำจัดความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองมีตราบาปหรือถูกแบ่งแยกใดๆ ที่อาจมีในสถานที่ทำงาน

นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ควรจะครอบคลุมเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การ ป้องกันด้วยการให้ความรู้ การศึกษาและการฝึกอบรมการดูแล และการสนับสนุนสำหรับเจ้าหน้าที่และครอบครัว (15)

### ส่งเสริมนโยบายและโปรแกรมระดับชาติที่ครอบคลุมคนพิการ

เนื่องจากคนพิการส่วนมากไม่ได้รับการดูแล อันเนื่องมาจากนโยบายและโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันหรือรักษาอาการติดเชื้อ ไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์มักไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงควรร่วมมือกับกลุ่ม ต่างๆ ในการรณรงค์เรียกร้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด ได้แก่ โครงการ Africa Campaign on Disability and HIV and AIDS ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2007 เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยองค์กรเพื่อคนพิการ องค์กรเพื่อผู้ป่วยติดเชื้อ ไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ องค์กรอิสระ หน่วยงานบริการด้านเอชไอวีและโรคเอดส์ นักวิจัย นักรณรงค์และประชาชนอื่นๆ ที่ ต้องการเรียกร้องให้เกิดความเท่าเทียมกันของคนพิการที่จะเข้ารับบริการจากโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ของคนพิการ และการออกนโยบายและแผนกลยุทธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ครอบคลุมคนพิการอย่างเต็มที่ (16)

### **กรอบที่ 14 – สาธารณรัฐแอฟริกาใต้**

#### **หน้าบทใหม่แห่งความสำเร็จ**

สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ สามารถทำแผนกลยุทธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับชาติ ที่ครอบคลุมประชากรที่มีความพิการสำหรับ ปี ค.ศ. 2007-2009 ความสำเร็จนี้เกิดขึ้นได้จากการนำของคณะบุคคลในรัฐบาล องค์กรเพื่อคนพิการที่มีความเข้มแข็ง และการนำเสนอประเด็นปัญหาของสภาโรคเอดส์แห่งชาติของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (5)

### **เอกสารอ้างอิง**

1. Hanass-Hancock J, Nixon SA. The files of HIV and disability: past, present and future. Journal of the International AIDS Society, 2009, 12(28):1–14 ([www.jiasociety.org/](http://www.jiasociety.org/), accessed 30 March 2010).
2. Groce N. HIV/AIDS and individuals with disability. Health and Human Rights, 2005, 8(2):215–224 (<http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details?page=526>, accessed 30 March 2010).
3. Groce N. HIV/AIDS and people with disability. The Lancet, 2003, 361:1401–1402 (<http://globalsurvey.med.yale.edu/lancet.html>, accessed 30 March 2010).
4. UNAIDS, WHO and OHCHR policy brief: disability and HIV. Geneva, UNAIDS/ World Health Organization/Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2009 ([www.who.int/disabilities/jc1632\\_policy\\_brief\\_disability\\_en.pdf](http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf), accessed 30 March 2010).

5. HIV/AIDS higher among disabled. International Disability and Development Consortium (undated) ([www.includeeverybody.org/cs-hiv.php](http://www.includeeverybody.org/cs-hiv.php), accessed 30 March 2010).
6. Rusch M. et al. Impairments, activity limitations and participation restrictions: prevalence and associations among persons living with HIV/AIDS in British Columbia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, 2:46.
7. Stigma and discrimination. UNAIDS, 2009 ([www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/StigmaDiscrim/default.asp](http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/StigmaDiscrim/default.asp), accessed 30 March 2010).
8. Disability and HIV/AIDS: at a glance. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20208464~menuPK:488268~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>, accessed 30 March 2010).
9. Rohleder P et al. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disability and Rehabilitation*, 2009, 31(1):51–59.
10. Groce N. HIV/AIDS & disability: capturing hidden voices, global survey on HIV/AIDS and disability. New Haven, Yale University, 2004 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20208464~menuPK:488268~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>, accessed 30 March 2010).
11. Yousafzai AK et al. Knowledge, personal risk and experiences of HIV/AIDS among people with disabilities in Swaziland. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2004, 27:247–251.
12. Disability and HIV & AIDS in Mozambique: a research report by Disability and Development Partners April 2008. London, Disability and Development Partners, 2008. ([www.reliefweb.int/rw/RWFiles2008.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/EDIS-7J7PFZ-full\\_report.pdf/\\$File/full\\_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2008.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/EDIS-7J7PFZ-full_report.pdf/$File/full_report.pdf), accessed 30 March 2010).
13. Yousafski A, Edwards K. Double burden: a situation analysis of HIV/AIDS and young people with disabilities in Rwanda and Uganda. London, Save the Children, 2004. ([http://v1.dpi.org/files/uploads/1600\\_DoubleBurden.pdf](http://v1.dpi.org/files/uploads/1600_DoubleBurden.pdf), accessed 30 March 2010).
14. HIV, AIDS and disability. Ottawa, Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD), 2008 ([www.aidslex.org/site\\_documents/DB-0038E.pdf](http://www.aidslex.org/site_documents/DB-0038E.pdf), accessed 30 March 2010).
15. The ILO and HIV/AIDS. Geneva, International Labour Organization (undated) ([www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/aboutiloaids.htm](http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/aboutiloaids.htm), accessed 30 March 2010).
16. Disability and HIV & AIDS. The Africa campaign on disability and HIV & AIDS ([www.africacampaign.org](http://www.africacampaign.org), accessed 10 August 2010).

### เอกสารแนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

Bridging the gap: a call for cooperation between HIV/AIDS activists and the global disability movement. Tataryn M, 2005 (<http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=325>, accessed 30 March 2010).

International guidelines on HIV/AIDS and human rights, 2006 consolidated version. UNAIDS, 2006 ([http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252internguidelines\\_en.pdf?preview=true](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252internguidelines_en.pdf?preview=true), accessed 30 March 2010).

MacNaughton G. Women's human rights related to health-care services in the context of HIV/AIDS (Health and Human Rights Working Paper Series, No 5). Geneva, World Health Organization, 2004 ([www.who.int/hhr/information/Series\\_5\\_womenshealthcarerts\\_MacNaughtonFINAL.pdf](http://www.who.int/hhr/information/Series_5_womenshealthcarerts_MacNaughtonFINAL.pdf), accessed 10 August 2010).

## การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและโรคเรื้อน

### คำนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อแบบเรื้อรังพบมาแต่โบราณแล้ว สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และหากไม่ได้รับการรักษา เชื้อนี้จะกระจายตัวเป็นวงกว้างบนผิวหนังและทำลายให้เกิดความเสียหายอย่างถาวร ทั้งในส่วนของระบบเส้นประสาท แขนขาและดวงตา (1) ในปี ค.ศ. 2008 มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนจำนวนประมาณ 249,000 ราย (1) แม้ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่รักษาได้ แต่แม้กระนั้นก็ยังมียังมีคนประมาณ 3 ล้านคนที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการอันเป็นมาจากการเป็นโรคเรื้อน (2)

ก่อนที่จะมีผู้ค้นพบวิธีการรักษาโรคเรื้อนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้คนในสังคมทั่วไปจะรู้สึกหวาดกลัวโรคนี้เป็นอย่างมาก คนที่เป็นโรคเรื้อนจึงรู้สึกว่าตนเองมีตราบาปและถูกกีดกันออกจากสังคม (3) หลายคนถูกบังคับให้ย้ายออกจากครอบครัว ไปอยู่ตามนิคมของคนป่วยโรคเรื้อน ซึ่งถูกตัดขาดจากชุมชนและไม่ได้รับการบริการและการสนับสนุนใดๆ การถูกโดดเดี่ยวเช่นนี้ย่อมถือเป็นการซ้ำเติมให้ให้พวกเขาารู้สึกว่าตนเองมีตราบาปมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาวิธีการรักษาและการผ่าตัดเกิดขึ้น จึงทำการส่งตัวผู้ป่วยไปอยู่ตามสถานบำบัดที่เฉพาะกลายเป็นวิธีที่ล้าสมัย (3) คนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อนในปัจจุบันจึงสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนต่อไปได้ และงานด้านการรักษาโรคเรื้อนก็ค่อย ๆ เข้ามาเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการให้บริการสุขภาพทั่วไปด้วย (4)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีวิธีการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ มีการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนความเข้าใจของสาธารณชน รวมถึงมีการให้บริการรักษาโรคเรื้อน โดยเป็นส่วนหนึ่งของบริการทางด้านสุขภาพทั่วไป ปัญหาเรื่องด้านความรู้สึกว่าตนเองมีตราบาป ก็ยังคงเป็นปัญหาหลักของผู้ป่วยอยู่ดี (5) ผู้ป่วยจำนวนมากต้องถูกกีดกันออกจากสังคม และไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาและฟื้นฟูประสาทหลักได้ อย่างเช่นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน คนที่เป็นโรคเรื้อนจำนวนหลายพันคน ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู แต่ในความเป็นจริงแล้วมีผู้ป่วยเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการดังกล่าวจริง (5)

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่อย่างเท่าเทียมกันกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ (4) กิจกรรมแนะนำต่อไปนี้เป็นแนวทางที่แสดงให้เห็นว่า เราสามารถทำให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และสมาชิกชุมชน ยอมรับให้คนที่โรคเรื้อนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมต่างๆ เนื้อหาในส่วนนี้จึงน่าจะช่วยสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรที่ให้บริการเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อน ให้เกิดความเข้าใจว่า เหตุใดจึงจำเป็นต้องดึงนำคนพิการรูปแบบต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ

## กรอบที่ 15 – สาธารณรัฐอินเดีย

### ชีวาเรา

ชีวาเราอาศัยอยู่ในหมู่บ้านขนาดเล็กในแขวงมณฑยาของรัฐคาร์นาทากาทางตอนใต้ของสาธารณรัฐอินเดีย สมาชิกในครอบครัวของเขาจำนวนสามคนป่วยเป็นโรคเรื้อนและทำให้เกิดภาวะพิการต่อมา ตัวเขาเองก็เคยมีแผลสีแดงรูปทรงกลมบนใบหน้าในปี ค.ศ. 1999 ขณะที่เขามีอายุได้ 15 ปี

อัมบูจาเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นแผลดังกล่าว ขณะที่เธอมาเยี่ยมชีวาเราที่บ้าน ในฐานะที่เธอเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลงานโรคเรื้อนจากโปรแกรมสาธารณสุขชนบท Maria Olivia Bonaldo (MOB) เธอเริ่มสงสัยว่าแผลนั้นอาจจะเกิดจากโรคเรื้อน เธอจึงพาชีวาเราไปตรวจที่โรงพยาบาลประชาชนมณฑยา ชิแพทยพีได้ตรวจวินิจฉัยและแนะนำให้การบำบัดแต่เมื่อที่โรงเรียนทราบว่าเขาไปรักษาโรคเรื้อน บรรดาคุณครูได้แจ้งว่า เขาไม่ควรที่จะมาเรียน

อัมบูจาได้ทราบปัญหาข้างต้น ขณะที่มาเยี่ยมติดตามผลที่บ้านของชีวาเรา เธอจึงไปคุยกับคุณครูโดยแจ้งให้ทราบว่าชีวาเรากำลังเข้ารับการรักษาและไม่มีความเสี่ยงที่จะนำโรคเรื้อนไปแพร่ให้ผู้อื่น เธอขอความกรุณาให้ชีวาเรากลับเข้าเรียน แต่ครูไม่เชื่อและขอให้ทางโรงพยาบาลออกไปรับรองให้ เธอจึงพาชีวาเราไปยังโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ออกหลักฐานดังกล่าวให้ ทำให้ชีวาเราสามารถกลับเข้าเรียนได้ในที่สุด

MOB ตัดสินใจก่อตั้งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนขึ้นในปี ค.ศ. 2001 และอัมบูจาก็ได้รับการฝึกอบรมให้เป็นเจ้าหน้าที่ลำดับแรกๆ ของหน่วยงาน หลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้ว เธอจึงตัดสินใจที่จะตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเองขึ้นสำหรับคนพิการ เธอเดินทางไปที่บ้านของชีวาเราเพื่อสอบถามว่า มีใครในครอบครัวประสงค์จะเข้ากลุ่มใหม่ที่ตั้งขึ้นมาหรือไม่ แต่ทางครอบครัวกลับไม่ประสงค์เพราะอาจเป็นเหตุให้สังคมรังเกียจ แต่หลังจากที่สนทนาถึงเหตุผลหลายครั้ง มารดาของชีวาเราก็ตัดสินใจไปร่วมประชุมกับกลุ่มด้วย และร่วมกิจกรรมออมทรัพย์โดยที่สมาชิกแต่ละคนช่วยกันลงเงินเก็บจำนวนหนึ่งเป็นประจำทุกสัปดาห์

อัมบูจายังคอยติดตามอาการของชีวาเราอย่างต่อเนื่อง เธอแนะนำให้เขาดูแลบริเวณเท้ามากเป็นพิเศษ เพราะเธอพบว่าเท้าของเขาจากโรคเรื้อน อัมบูจานำรองเท้าแตะจากโปรแกรมโรคเรื้อนมาให้ชีวาเราใส่เพื่อไม่ให้เท้าเสีย และในปี ค.ศ. 2003 ตัวชีวาเราเองก็ได้เข้าร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในฐานะเจ้าหน้าที่คนหนึ่ง ประสบการณ์ที่เขาได้จากงานนี้ ทำให้เขามีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น และทำให้เขาได้เรียนรู้เรื่องสิทธิและโอกาสต่างๆ ที่คนพิการพึงจะได้รับด้วย ชีวาเราเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาผ่านระบบการศึกษาทางไกล ปัจจุบันเขาประกอบอาชีพครู แต่งงานแล้วและมีบุตรสาวผู้หญิง ทั้งนี้ ชีวาเรายังคงให้การสนับสนุนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในหมู่บ้านของเขาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

## เป้าหมาย

คนที่เป็โรคเรื้อนได้รับการพิทักษ์สิทธิ สามารถเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขและการสนับสนุนอื่น ๆ ในท้องถิ่นได้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้เท่าเทียมกันกับผู้อื่น

## บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

บทบาทของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน คือ (1) ดำเนินการให้กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือและดูแลของตนครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อน และ (2) สนับสนุนให้โปรแกรมและบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับโรคเรื้อนครอบคลุมกลุ่มคนพิการ

### ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการฟื้นฟูสุขภาพโดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและ/หรือบริการส่งต่อไปยังสถานบำบัดที่เกี่ยวข้อง
- ศูนย์และโปรแกรมที่ให้บริการเกี่ยวกับการฟื้นฟูและรักษาโรคเรื้อนให้บริการแก่คนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการที่อยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน
- ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว ไม่รู้สึกว่าตนเองมีตราประทับหรือถูกแบ่งแยกจากชุมชน
- ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนมากขึ้น

## มโนทัศน์หลัก

### ทำความเข้าใจกับโรคเรื้อน

#### โรคเรื้อนคืออะไร

โรคเรื้อนมีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียที่มีชื่อว่า *Mycobacterium leprae* ซึ่งจะทำลายผิวหนังและเส้นประสาท โรคเรื้อนอาจเรียกได้อีกชื่อว่าโรคแอนสัน เนื่องจากเป็นชื่อของผู้ที่ค้นพบแบคทีเรียดังกล่าว ทุกคนสามารถเป็นโรคเรื้อนได้ แต่การแสดงอาการอาจจะช้า เนื่องจากแบคทีเรียดังกล่าวมีพัฒนาการช้ามาก ดังนั้น จึงอาจใช้เวลานานหลายปีกว่าจะเห็นอาการผิดปกติ สัญญาณที่บ่งชี้ประการหนึ่งของการเป็นโรคเรื้อนก็คือ “รอยจำบนผิวหนัง” ซึ่งมีสีซีด สีแดงหรือสีทองแดง จำนี้อาจแบนหรือนูน แต่จะไม่มีความรู้สึก สามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของร่างกาย ไม่คันและมักจะไม่เจ็บ (6)

#### ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน

แม้ว่าจะมีการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนมาเป็นเวลายาวนาน แต่ก็ยังปรากฏความเชื่อที่ไม่ถูกต้องหลงเหลืออยู่ อาทิ

โรคเรื้อนเป็นโรคที่ไม่หนทางรักษา – ความเชื่อนี้ไม่เป็นความจริง เพราะโรคเรื้อนสามารถรักษาได้ด้วยยาผสม (MDT: multidrug therapy) ในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการรักษาแล้วจำนวน 14 ล้านคน (1) หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ องค์การอนามัยโลกเป็นผู้จัดหายาผสมให้กับประเทศใดก็ตามที่ต้องการใช้ การดำเนินงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามขององค์การอนามัยโลกที่จะกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป ดังนั้น คนที่เป็นโรคเรื้อนจึงสามารถขอรับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายได้ที่หน่วยงานทางสาธารณสุขต่าง ๆ (6)

โรคเรื้อนสามารถติดต่อระหว่างกันได้ง่าย – ความเชื่อนี้ไม่เป็นความจริง เพราะว่าการติดต่อของโรคเรื้อนจากคนสู่คน ต้องต้องมีสารคัดหลั่งจากจมูกและปาก ซึ่งก็ไม่ใช่ว่าจะติดได้โดยง่าย เพราะต้องมีแบคทีเรียปริมาณมาก ๆ ดังนั้น คนที่เป็นโรคเรื้อนจำนวนมากจึงไม่เป็นพาหะของการติดต่อ และประชากรของโลกประมาณกว่าร้อยละ 95 ก็มีภูมิคุ้มกันโรคเรื้อนโดยธรรมชาติอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยาผสมที่คิดค้นขึ้น ก็สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับยาแล้วก็จะไม่สามารถแพร่เชื้อต่อได้ (7)

### **ปฏิกิริยาโรคเรื้อน**

ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดปฏิกิริยาบางอย่างขึ้นระหว่างการรักษา เพราะร่างกายตอบสนองต่อโรคเรื้อน แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าโรครุนแรงมีอาการแรงขึ้นหรือการบำบัดไม่เกิดผล (6) ปฏิกิริยาเช่นนี้ก็คล้ายกับอาการภูมิแพ้ กล่าวคือ ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อแบคทีเรียโรคเรื้อนและอาจเกิดการทำลายเนื้อเยื่อของตนเอง เชื้อแบคทีเรียจะมุ่งทำลายเส้นประสาท ดังนั้น เส้นประสาทก็อาจได้รับความเสียหายอย่างรวดเร็วเวลาที่เกิดปฏิกิริยาโรคเรื้อน หากจะป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายร้ายแรง ก็ต้องรีบไปตรวจเริ่มรับการบำบัดอย่างเหมาะสมตั้งแต่เนิ่น ๆ ซึ่งในเรื่องของการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเส้นประสาทที่รวดเร็วนั้นเป็นความยากลำบากของโปรแกรมควบคุมโรคเรื้อน คนที่เป็นโรคเรื้อนกว่าร้อยละ 30 มีความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาและความเสียหายต่อเส้นประสาท (8)

### **ความทุกข์พลภาพที่เกิดจากโรคเรื้อน**

เส้นประสาทที่เสียหายต่ออันเนื่องมาจากโรคเรื้อน สามารถก่อให้เกิดความทุกข์พลภาพหลากหลายประเภท (9) ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์พลภาพของประสาทสัมผัส เช่น คนที่เป็นโรคเรื้อนอาจไม่มีความรู้สึกที่มือและเท้า หรืออาจเกิดความทุกข์พลภาพของการเคลื่อนไหว เช่น กล้ามเนื้อมือ เท้าและ/หรือตาอ่อนแรง กลายเป็นอัมพาต นอกจากนี้ โรคเรื้อนยังมักทำให้ผิวหนังมีภาวะแห้ง อันเนื่องมาจากการที่เส้นประสาทซึ่งควบคุมการสร้างเหงื่อถูกทำลาย ความทุกข์พลภาพเหล่านี้ สามารถนำไปสู่ปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ ในผู้ป่วยจำนวนมากได้

ยกตัวอย่างเช่น คนที่มือและเท้าสูญเสียความรู้สึก ก็มักจะเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บโดยไม่รู้ตัว เนื่องจากเมื่อเกิดบาดแผลขึ้นก็ไม่รู้สึกเจ็บ ไม่ได้รักษา และอาจนำไปสู่การติดเชื้อ ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อและกระดูก หรือถึงขั้นสูญเสียแขนขาได้ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่มือและเท้า หรือมือและเท้าเป็นอัมพาตสามารถนำไปสู่การแข็งตัวของข้อต่อกระดูกและเกิดภาวะผิดรูป การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตาก็จะส่งผลทำให้ตาบอดในที่สุด เนื่องจากตาไม่ค่อยได้กระพริบและเวลากลางคืนตาปิดไม่สนิท เป็นเหตุให้ตาแห้งและเสียหายได้ง่าย (10) ผิวหนังที่แห้งอาจแตกก็จะเกิดเป็นช่อง ทำให้เชื้อโรคเข้าไปถึงข้อต่อและกระดูกส่วนต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องตัดนิ้วมือหรือนิ้วเท้าในที่สุด (10)



## ผลกระทบของโรคเรื้อน

### **ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน**

ความทุพพลภาพที่เกิดจากโรคเรื้อน ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ค่อนข้างยากลำบาก เช่น คนที่มีมือไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึก หรือไม่มีกำลัง ก็จะไม่สามารถทำงานง่ายๆ เช่น สนเข็มหรือถือช้อนไว้ในมือ หรือคนที่ไม่สามารถยกเท้าได้ก็จะทำให้เดินลำบาก คนที่เป็นโรคเรื้อนประมาณร้อยละ 20-25% จะมีอาการพิการร่วมด้วย (9) หากแพทย์ตรวจพบและรักษาได้เร็ว และการตรวจซ้ำเป็นประจำจะช่วยบรรเทาไม่ให้เกิดความพิการได้ (11)

### **ผลกระทบทางสังคม**

ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีได้เห็นว่า ความทุพพลภาพทางกายและข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรต่างๆ ของตนเป็นปัญหาที่สำคัญ หากแต่ความรู้สึกว่าตนเองมีตราบาปและถูกกีดกันจากสังคมต่างหาก ที่ก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงที่สุด คนที่เป็นโรคเรื้อนและมีอาการแสดงออกอย่างเห็นได้ชัดจะไม่สามารถหางานทำหรือแต่งงานได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือเรื่องการเงินและการดูแลตลอดเวลา ผู้ป่วยบางรายอาจโทษตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ หมดหวังและไม่รู้จะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ในบางกรณี แม้ต่อมาว่าจะหายจากอาการแล้ว แต่ความรู้สึกว่ามีตราบาปและถูกกีดกันจะยังคงมีอยู่ต่อไป

หนังสือคู่มือฉบับนี้ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า ผู้หญิงที่มีความพิการ มักเสี่ยงและตกอยู่ในภาวะด้อยโอกาสได้โดยง่าย ผู้หญิงที่เป็นโรคเรื้อนก็เช่นเดียวกัน เมื่อชุมชนขาดความเข้าใจว่าโรคเรื้อนเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือไม่ ติดต่อกันได้ หรือรักษาได้หรือไม่แล้ว ก็จะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความสัมพันธ์ การสมรสและการสร้างครอบครัว ผู้หญิงที่เป็นภรรยาจำนวนมากถูกสามีทอดทิ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเพิ่งแต่งงานได้ไม่นาน และผู้หญิงที่เป็นโรคเรื้อนอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้แต่งงาน ก็มีโอกาสการแต่งงานลดลงไปด้วย

### **ผลกระทบทางเศรษฐกิจ**

ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถมักได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวได้พอสมควร คนที่เป็นโรคเรื้อนไม่สามารถทำงานได้ หรืออาจไม่สามารถทำงานเดิมต่อไปได้เพราะว่าเกิดภาวะทุพพลภาพจากโรคเรื้อน หรือที่ลุกลามแล้วก็ต้องสูญเสียงานอันเนื่องมาจากความรู้สึกเป็นตราบาปจากการเป็นโรคเรื้อน อาทิ ผู้คนอาจไม่ยากซื้อสินค้าอย่าง เช่น อาหารจากคนเป็นโรคเรื้อนเนื่องจากกลัวการปนเปื้อนหรือการติดต่อเชื้อโรค นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย เพราะถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยยาจะไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำนั้น กระบวนการการบำบัดที่เกี่ยวข้องก็มีค่าใช้จ่ายไม่น้อย ทั้งในเรื่องการเดินทางและต้องเสียรายได้จากการหยุดงาน นอกจากนี้ ยังอาจมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก อาทิ ค่าห้องพักผู้ป่วยโรงพยาบาล ค่ารองเท้าพิเศษ ภายอุปกรณ์เทียม ทำให้หลายครั้งผู้ป่วยไม่ยอมไปรับบริการทางการแพทย์เนื่องจากไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดภาวะอื่นๆ เพิ่มเติมและอาจเกิดความพิการที่รุนแรงยิ่งขึ้นในภายหลัง

### ชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อน

ก่อนที่จะมีการคิดค้นวิธีการรักษาโรคเรื้อน ในอดีต ผู้ป่วยจะถูกกีดกันจากสังคม ให้ไปอยู่โดดเดี่ยวในนิคมหรือชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อน ต่อมาชุมชนหลายแห่งได้สลายตัวลง อันเนื่องมาจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ในบางประเทศก็ยังคงมีชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนตั้งอยู่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเช่นนี้ อาจต้องพำนักอยู่เป็นเวลานาน และไม่ได้ติดต่อกับญาติๆ หรือบ้านเดิมของตน และในรายที่พิการรุนแรง ก็อาจต้องขอทานหรือรอเงินบริจาคจากผู้อื่น (4)

### กรอบที่ 16 – สาธารณรัฐอินเดีย

#### ชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อน

สาธารณรัฐอินเดียเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมากที่สุดมาโดยตลอด ในปี ค.ศ. 2005 มีการสำรวจในระดับชาติโดยองค์กรเพื่อคนที่เป็นโรคเรื้อนพบว่า อินเดียยังคงมีชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่อีกราว 700 แห่ง และมีผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ตามชุมชนเหล่านี้ถึงประมาณ 200,000 คน ในจำนวนนี้มีประมาณ 25,000 คนที่ดำรงชีวิตด้วยการขอทาน ชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนหลายแห่งไม่มีห้องน้ำ ไม่มีน้ำดื่ม ไม่มีถนนเข้า หรือไม่มีโรงเรียน และชุมชนโดยรอบก็หลีกเลี่ยงการติดต่อกัน ทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเหล่านี้ ไม่สามารถเข้าถึงบริการขนส่งสาธารณะหรือบริการสาธารณะอื่นๆ ได้

รัฐบาลและองค์กรเอกชนจำเป็นต้องสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำผู้ป่วยโรคเรื้อนกลับเข้ามาดำรงชีวิตในชุมชนอีกครั้งหนึ่ง ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของตนและร่วมกันแก้ไขปัญหาเรื่องการถูกตีตราและการถูกกีดกัน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถมีบทบาทในกระบวนการนี้ได้ เช่น หากไม่สามารถย้ายถิ่นฐานของผู้ป่วย หรือหากผู้ป่วยไม่อยากจะออกจากชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนก็สามารถช่วยให้เขาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างเป็นสุข ค่อยๆ เปิดชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนเพื่อรับสมาชิกคนอื่นๆ ทั่วไป ประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ที่สุดแล้วได้พัฒนากลายเป็นหมู่บ้านปกติในที่สุด

## กรอบที่ 17 – สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล

### พัฒนาการของชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล

ชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งหนึ่งที่เมืองมานาส ซึ่งอยู่ทางตะวันตกเฉียงเหนือของสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิลปิดตัวลงในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 ผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องออกไปตั้งถิ่นฐานอยู่ใหม่ ณ รอบขอบเมืองลาโกเดอเล็กซิโอ ซึ่งในขณะนั้นมีบริการสาธารณสุขต่างๆ จำกัดมาก ไม่มีน้ำดื่ม ไม่มีโรงเรียน แต่ด้วยความช่วยเหลือของโบสถ์แห่งหนึ่งในท้องถิ่น ทำให้คนที่เป็โรคเรื้อนสามารถร่วมกันจัดตั้งสหกรณ์เพื่อแก้ปัญหาความจำเป็นเหล่านี้ กิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การสร้างโรงงานผลิตก้อนอิฐ และระบบจัดส่งน้ำ ภายหลังเมื่อชุมชนเริ่มมีความแข็งแกร่งจึงได้สร้างฟาร์มเลี้ยงไก่ ร้านอาหารและโรงเรียนด้วย ชุมชนแห่งนี้เริ่มเติบโต ด้วยการที่ภาครัฐช่วยสร้างระบบโครงสร้างพื้นฐานและบริการต่างๆ เพิ่มเติมเมื่อมีคนทยอยย้ายเข้ามาอยู่อาศัยมากขึ้น ปัจจุบันลาชุมชนโกเดอเล็กซิโอเป็นส่วนหนึ่งของเมืองไปแล้ว และคนส่วนมากไม่รู้ตัวซ้ำว่าพื้นที่นี้เคยเป็นชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน

### การประสานงานด้านการรักษาโรคเรื้อนและงานฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

แม้ว่าปัจจุบันโรคเรื้อนจะพบเห็นได้ยากแต่ก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจวินิจฉัย บำบัด ป้องกัน และรักษาความพิการ ตลอดจนฟื้นฟูอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อนไปอีกนานในศตวรรษที่ 21 นี้ (9)

เดิมนั้นการให้บริการข้างต้นเป็นบริการพิเศษ และต้องแยกส่วนออกไปต่างหาก แต่ปัจจุบันกลยุทธ์ที่เหมาะสมคือการรวมการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าไว้ในระบบบริการด้านสุขภาพทั่วไป (9) ซึ่งจะส่งผลต่อลักษณะการให้บริการด้วย

การฟื้นฟูสำหรับคนที่เป็โรคเรื้อนมักได้รับการพัฒนาขึ้นควบคู่กับบริการฟื้นฟูแบบ “กระแสหลัก” อาทิ องค์กรเอกชนระดับชาติและระดับนานาชาติจำนวนมาก ที่ทำงานเรื่องนี้โดยเฉพาะ และได้จัดตั้งบริการฟื้นฟู (ทั้งในเชิงสุขภาพและในเชิงเศรษฐกิจสังคม) เพื่อคนที่เป็โรคเรื้อนโดยเฉพาะ ในขณะที่บริการฟื้นฟูกระแสหลักอย่างเช่นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนกลับไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มที่เป็โรคเรื้อน บ้างก็ว่าความรู้สึกเป็นตราบาบของผู้ป่วยโรคเรื้อนและการที่มีโปรแกรมเพื่อรักษาโรคเรื้อนอยู่แล้ว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนต่างๆ ให้การบริการที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มคนที่เป็โรคเรื้อน (12)

ปัจจุบัน หน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับคนที่เป็โรคเรื้อนได้รับการสนับสนุน เพื่อที่จะเปิดโอกาสให้คนพิการกลุ่มอื่นๆ เข้ามารับบริการด้วย เนื่องจากมีทักษะและทรัพยากรที่จะเป็นประโยชน์ต่อคนจำนวนมาก บริการสำหรับคนที่เป็โรคเรื้อนในที่นี้ อาจหมายถึง การจัดส่งผู้ป่วยส่งต่อไปยังศูนย์การบำบัดที่มีคุณภาพ เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน อาจส่งตัวคนที่มีความทุพพลภาพทางกายไปรับบริการรักษาของคลินิกกระดูกและข้อที่ปกติให้บริการเฉพาะคนที่เป็โรคเรื้อนเท่านั้น และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนก็ได้รับการสนับสนุนให้ให้บริการคนที่เป็โรคเรื้อนเช่นกัน เนื่องจากกลยุทธ์ของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนนั้นมีความสอดคล้องกับประชากรกลุ่มน้อยอย่างยิ่ง(4) และเมื่อไม่นานมานี้ ได้มีการเสนอแนวคิดเพิ่มเติมด้วยว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ควรจะมีบทบาทเป็นกลยุทธ์หลักสำหรับคนที่เป็โรคเรื้อนที่ต้องการได้รับการฟื้นฟูอีกด้วย (12)

### กิจกรรมแนะนำ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นกลยุทธ์การให้บริการทางสาธารณสุข ที่สามารถนำมาปรับใช้กับคนพิการทุกกลุ่มได้ กิจกรรมแนะนำในคู่มือชุดนี้ จึงสามารถประยุกต์ใช้กับคนที่เป็โรคเรื้อนได้ด้วย ดังนั้น ผู้อ่านจึงควรเนื้อหาส่วนนี้

ควบคู่กับองค์ประกอบหลักอื่นๆ ในเมทริกซ์ของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ สังคมและการเสริมพลัง นอกจากนี้ยังมีเอกสารตีพิมพ์อื่นๆ เช่น คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก และสมาคมต่อต้านโรคเรื้อนนานาชาติ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมแนะนำ สำหรับทั้งผู้จัดการและเจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนด้วย (4)

### ทำให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อน

การพิจารณาแนวทางวิธีแก้ไขปัญหของผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องมองจากมุมของการพัฒนา (2) ดังนั้น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานในทุกภาคส่วน เพื่อให้คนที่เป็โรคเรื้อนสามารถเข้ารับบริการของทางโปรแกรมและกิจกรรมด้านสาธารณสุขกระแสหลักได้ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรี เนื่องจากสตรีที่เป็นโรคเรื้อน มีความเสี่ยงที่จะถูกกีดกันจากสังคมและตกอยู่ในสภาวะของความยากจนยิ่งกว่าบุรุษ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจึงจำเป็นต้องช่วยผู้ป่วยสตรีมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการต่างๆ และได้รับประโยชน์จากกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนด้วย

### สุขภาพ

คนที่มีความทุพพลภาพอันเนื่องมาจากโรคเรื้อน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์เพื่อ 1) ถนอมเส้นประสาทให้ยังคงทำงานอยู่ได้ 2) ดูแลรักษาส่วนข้อต่อของกระดูกให้เคลื่อนไหวได้ 3) รักษาเม็ดไตดวงตาสูญเสียบไป 4) เรียนรู้เรื่องการจัดการและดูแลตนเอง 5) จัดหารองเท้าใส่ เพื่อป้องกันมิให้เกิดบาดแผล และ 6) จัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต ซึ่ง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสมได้ดังนี้

แจ้งข้อมูลข่าวสารให้คนที่เป็โรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบถึงบริการสุขภาพที่มีในชุมชนของตนและวิธีการที่จะเข้ารับบริการเหล่านั้น

กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนรับประทานยาผสมเป็นประจำจนกว่าจะเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัด และดูแลผู้ป่วยให้ทราบเรื่องปฏิกิริยาโรคเรื้อนเพื่อที่จะได้สังเกตเห็นอาการตนเองและรักษาได้โดยทันที

สนับสนุนการพัฒนากลุ่มพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นที่สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนได้พบกันเป็นประจำเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องของการดูแลรักษาตนเองการป้องกัน และการจัดการความทุพพลภาพของตน (องค์ประกอบ “สุขภาพ: การป้องกัน”)

ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาต้องสูญเสียประสาทสัมผัสว่าจะดูแล้วยะในส่วนของมือ เท้าและตาของตนอย่างไร เช่น จะต้องสวมถุงมือผ้าเวลาถือสิ่งของที่มีอุณหภูมิสูง เช่น หม้อปรุงอาหาร คู่มืออย่างเช่น Training in the community for people with disabilities (13) ได้อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บและภาวะข้อต่อผิดรูปในคนที่สูญเสียประสาทสัมผัส

อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ ที่จำเป็น เช่น รองเท้าพิเศษ และดูแลเรื่องการซ่อมแซมและบำรุงดูแลอุปกรณ์เหล่านั้น (องค์ประกอบ “สุขภาพ: อุปกรณ์ช่วยเหลือ”)

### **กรอบที่ 18 – สหพันธ์สาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปีย**

**สร้างความเคารพและความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีของตนเองด้วยการเข้ากลุ่มพึ่งพาตนเอง**

ALERT เป็นชื่อของสถาบันการแพทย์ชานเมืองแอดดิสอาบาบา สหพันธ์สาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปียสถาบันแห่งนี้มีความเชี่ยวชาญเรื่องการรักษาโรคเรื้อน ในปี ค.ศ. 1995 เจ้าหน้าที่ของ ALERT แสดงความกังวลว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ที่ใช้โรงพยาบาลและคลินิกภาคสนามของ ALERT เพื่อการรักษาแผล (เช่น แผลพุพองที่เท้า) แม้ว่าพวกเขาจะได้รับ

การศึกษาเรื่องสุขภาพมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว เป็นเหตุให้สิ้นเปลืองค่าเวชภัณฑ์เพื่อการรักษาแผล ซึ่งก็มีอย่างจำกัดตั้งนั้น ALERT จึงจัดตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเองขึ้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยรู้จักรับผิดชอบจัดการ และเฝ้าสังเกตแผลของตนเอง ในปี ค.ศ. 1999 มีการจัดตั้งกลุ่มลักษณะนี้ขึ้น 72 กลุ่ม ซึ่งให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจพอสมควร เช่น จำนวนแผลลดลง และสมาชิกกลุ่มมีความเคารพในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรี และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้มากยิ่งขึ้น (14)

### **การศึกษา**

เด็กเป็นประชากรกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากโรคเรื้อน หรืออาจต้องทนทุกข์หากผู้ปกครองหรือญาติเป็นโรคเรื้อน ทั้งนี้เนื่องจากเด็กอาจถูกห้ามไม่ให้เข้าโรงเรียน ถูกบังคับให้ออกจากโรงเรียน ถูกแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวจากกลุ่มเพื่อน ถูกครอบครัวยุติโทษไว้ เพื่อไม่ให้เป็นสังคมรับรู้หรือต้องทำงานอื่นๆ เพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว (4) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถทำให้เด็ก (และผู้ใหญ่) สามารถเข้าถึงโอกาสในการรับการศึกษา เช่น เจ้าหน้าที่ของโปรแกรมอาจไปพบกับครูและผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่คนมีต่อนักเรียนที่เป็นโรคเรื้อน โปรแกรมรายละเอียดกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำได้ในองค์กรประกอบ “การศึกษา”

### **สภาพความเป็นอยู่**

คนที่ เป็นโรคเรื้อนมักมีฐานะที่ยากจนมาก ยิ่งเมื่อประกอบกับประเด็นอื่นๆ อย่างเช่น รู้สึกว่าตนเองมีตราบาป การแบ่งแยก และความพิการแล้ว ยิ่งทำให้โอกาสในการหางานของผู้ป่วยโรคเรื้อนยิ่งลดลงและความยากจนทวีความรุนแรงมากขึ้น เป็นเหตุให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำ เพราะการได้รับการฝึกทักษะและการทำงานที่ดีเป็นจุดสำคัญให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม และถือเป็นกลไกที่จะทำให้ลายวงจรของการถูกโดดเดี่ยว การต้องพึ่งพาผู้อื่นและความยากจนอันสืบเนื่องมาจากความพิการ เมื่อคนพิการสามารถสร้างรายได้ให้กับครอบครัวแล้วพวกเขาก็จะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งมีส่วนในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ มากขึ้นด้วย (15) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน สามารถสนับสนุนให้คนประกอบอาชีพได้ด้วยหลายวิธีการ เช่น อาจเป็นตัวกลางให้ข้อมูลแก่ฝ่ายนายจ้าง ซึ่งอาจมีความกังวลไม่อยากจะจ้างงานคนเป็นโรคเรื้อน ทั้งนี้ขอให้ศึกษารายละเอียดกิจกรรมต่างๆ ในองค์กรประกอบ “สภาพความเป็นอยู่”

## กรอบที่19 – พันธบัตรสาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปีย

### ยุติความรู้สึกอันเป็นตราบาปและความยากจน

Ethiopian National Association of Persons Affected by Leprosy (ENAPAL) คือสมาคมที่มุ่งมั่นยกระดับสภาพความเป็นอยู่ของสมาชิก ให้ได้รู้สึกว่ายังคงมีศักดิ์ศรี และมีความภาคภูมิใจในตนเองอีกครั้ง ปัจจุบันสมาคมแห่งนี้ มีสมาชิก 20,000 คน กระจายตัวอยู่ตามสมาคมระดับท้องถิ่น 54 แห่งใน 7 แคว้นของเอธิโอเปีย โครงการของ ENAPAL ได้ดำเนินโครงการยกระดับความตระหนัก ทัศนคติ และพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อนร่วมกับหน่วยงานระดับชาติและระดับนานาชาติต่างๆ อย่างเช่น โครงการด้านการพัฒนาสภาพความเป็นอยู่นั้น ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า คนที่เป็นโรคเรื้อนมีศักยภาพในการทำงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตได้เท่าเทียมกับผู้อื่น ENAPAL ใช้เงินทุนหมุนเวียนให้สมาชิกได้ทำกิจกรรมในเชิงสร้างรายได้ และยังเปิดโอกาสทางการศึกษาให้กับลูกหลานของสมาชิก เสริมพลังครอบครัวให้สามารถฝ่าฟันวงจรแห่งความรู้สึกอันเป็นตราบาปและความยากจน และจัดตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเองสำหรับสตรีที่เป็นโรคเรื้อน ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้ได้พิสูจน์ตนเองแล้วว่า ประสบความสำเร็จมากเพียงใด

### สังคม

การถูกทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป การถูกแบ่งแยกก็ตกกันจากสังคม และความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อนมักทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขกระแสหลัก และใช้ชีวิตในชุมชนของตนเองได้ เจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดทัศนคติเชิงลบ และพฤติกรรมที่ไม่ดีในชุมชนได้โดยวิธีการดังนี้

ร่วมมือกับผู้นำชุมชน ครู และหน่วยงานศาสนาต่างๆ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน

ทำให้สาธารณชนเกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับโรคเรื้อน โดยอาจใช้กิจกรรมละคร การจัดนิทรรศการ หรือการแจกจ่ายเอกสารใบปลิวตามต่างๆ อาทิ ตลาด ที่ชุมชนสาธารณะ ศูนย์สุขภาพและโรงเรียน

จัดกิจกรรม อาทิ กีฬาหรือกิจกรรมด้านวัฒนธรรมต่างๆ ให้คนที่เป็นโรคเรื้อน คนพิการ และคนปกติได้มาร่วมกิจกรรม เพื่อพบพูดคุยกัน ทำให้ชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของคนพิการ ที่จะมีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกที่มีความเท่าเทียมกันของชุมชน อันเป็นไปตามสิทธิที่พวกเขาพึงได้รับ

### การเสริมพลัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อนจำเป็นต้องรับทราบถึงสิทธิของตน และวิธีการที่ตนจะพิทักษ์สิทธินั้นเพื่อให้สามารถเข้ารับบริการและทรัพยากรต่างๆ วิธีการที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง คือ การจัดตั้งกลุ่มด้วยตนเอง ดังจะเห็นได้จากคนที่คนที่เป็นโรคเรื้อนทั่วโลก ได้จัดตั้งกลุ่มและสมาคมในท้องถิ่นของตนขึ้นมา อาทิ Movement for Reintegration of People Affected by Hansen's Disease (MORHAN) ในสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล Association for the Reintegration of People Affected by Leprosy (ARPAL) ในประเทศสาธารณรัฐแองโกลาและ National Forum ในประเทศสาธารณรัฐอินเดีย กลุ่มเหล่านี้บางกลุ่มได้เข้าร่วมเป็นสมาพันธ์โดยใช้ชื่อว่า International Association for Integration, Dignity and Economic Advancement (IDEA) นอกจากนี้ คนที่เป็นโรคเรื้อนบางคนยังได้เข้าร่วมในองค์กรเพื่อคนพิการในท้องถิ่น สมาคมทั้งหลายดังที่กล่าวมานี้ ต่างจัดโครงการประชุมและกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพลังของสมาชิก และการประชุมอื่นๆ ในหัวข้ออย่างเช่นอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการอย่างต่อเนื่อง (16) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถสนับสนุนคนที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนให้สามารถเข้าไปอยู่ในกลุ่มพึ่งพาตนเอง และองค์กรเพื่อคนพิการในท้องถิ่นของตน (ศึกษาองค์ประกอบ “การเสริมพลัง: กลุ่มพึ่งพาตนเองและองค์กรเพื่อคนพิการ”)

## ส่งเสริมโปรแกรมรักษาโรคเรื้อนให้ครอบคลุมคนพิการ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ควรส่งเสริมเปิดโอกาสให้คนพิการอันเนื่องมาจากโรคเรื้อนได้เข้าถึงบริการที่พวกเขาสมควรจะได้รับบ้าง เพราะจะมีประโยชน์ในหลายแง่มุมด้วยกัน อาทิ การลดปัญหาความรู้สึกว่าตนเองมีตราบาป การอำนวยความสะดวก การนำการให้บริการด้านโรคเรื้อนเข้าสู่การบริการสาธารณสุขกระแสหลัก และทำให้คนจำนวนมากขึ้นได้รับประโยชน์จากบริการที่มีอยู่แล้ว และในบางพื้นที่ ที่มีเพียงแต่โปรแกรมหรือการให้บริการทางสาธารณสุขเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน ก็ควรได้เรียนรู้กลยุทธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการประเภทอื่นๆ ได้ใช้บริการบ้าง (4) เวลาที่สร้างเครือข่ายกับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการหรือโปรแกรมเหล่านี้เรียบร้อยแล้ว ก็ต้องมีการแบ่งปันข้อมูล เพื่อลดความซ้ำซ้อนของบริการ และหาวิธีการใหม่ๆ ที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการฟื้นฟูของผู้ใช้บริการด้วย

## การสร้างความสามารถ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนควรมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้สามารถสร้างแนวทางแห่งการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนร่วมกันได้ (17) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในที่นี้ หมายรวมถึงเจ้าหน้าที่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เจ้าหน้าที่ในโปรแกรมและบริการด้านโรคเรื้อน คนที่เป็นโรคเรื้อน คนพิการ สมาชิกในครอบครัว และองค์กรเพื่อคนพิการ กิจกรรมที่แนะนำมีดังนี้

จัดการฝึกอบรม หรือการฝึกอบรมซ้ำให้กับเจ้าหน้าที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการนำผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนได้ และดำเนินการเพื่อให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกอบรมลักษณะนี้

ส่งเสริมให้โปรแกรมและการให้บริการด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับโรคเรื้อน จัดการฝึกอบรมกลยุทธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนให้กับเจ้าหน้าที่ของตน และดูแลให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมลักษณะนี้

ยกระดับความตระหนักเรื่องโรคเรื้อนในกลุ่มคนพิการที่อยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนอยู่แล้ว ทำให้สมาชิกเดิมรู้สึกสะดวกใจกับการที่จะรับผู้ป่วยมาเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนกับเขา

อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน และสมาชิกในครอบครัวได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมที่จำเป็นในการดูแลและรักษาอาการทุพพลภาพใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

ส่งเสริมให้องค์กรเพื่อคนพิการในท้องถิ่นเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และยอมรับคนที่เป็นโรคเรื้อนให้เข้ามาเป็นสมาชิกที่ได้รับสิทธิและโอกาสเท่าเทียมกันกับสมาชิกคนอื่นๆ

## กรอบที่ 20 – สาธารณรัฐชูดาน

### ให้การยอมรับคนที่เป็โรครื้อน

แต่เดิม Society for the Disabled ซึ่งเป็นสมาคมเกี่ยวกับคนพิการในเมืองนายนาล่า สาธารณรัฐชูดาน ไม่เปิดรับสมาชิกคนที่เป็โรครื้อน แต่เจ้าหน้าที่จาก Leprosy Mission ได้จัดการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ของสมาคมได้เข้าใจเกี่ยวกับผู้ช่วยโรครื้อนมากขึ้น เช่น ช่วยอธิบายว่าคนที่เป็โรครื้อนแต่ได้รับยามสมอยู่ตลอดจะไม่สามารถแพร่เชื้อนี้ได้ หลังจากนั้นทางสมาคมจึงตัดสินใจจ่ายยามสมสำหรับคนที่เป็โรครื้อนด้วย เพื่อเสริมบริการอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว และยอมรับคนที่เป็โรครื้อนให้เข้ามาเป็นสมาชิกของสมาคม

### เอกสารอ้างอิง

1. Leprosy. Geneva, World Health Organization, 2010 ([www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html), accessed 30 March 2010).
2. Disabilities and rehabilitation. In: WHO Expert Committee on Leprosy, seventh report, Chapter 6 (WHO Technical Report Series, No. 874). Geneva, World Health Organization, 1997 ([www.who.int/lep/resources/Expert06.pdf](http://www.who.int/lep/resources/Expert06.pdf), accessed 30 March 2010).
3. Guidelines for the social and economic rehabilitation of people affected by leprosy. London, ILEP, 1999 ([www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Technical\\_Guides/sereng.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Technical_Guides/sereng.pdf), accessed 30 March 2010).
4. WHO/ILEP technical guide on community-based rehabilitation and leprosy. Geneva, World Health Organization, 2007 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/cbrleng.pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/cbrleng.pdf), accessed 30 March 2010).
5. Van Brakel WH. Disability and leprosy: the way forward. Annals of the Academy of Medicine of Singapore, 2007, 36(1):86–87 ([www.annals.edu.sg/pdf/36VolNo1Jan2007/V36N1p86.pdf](http://www.annals.edu.sg/pdf/36VolNo1Jan2007/V36N1p86.pdf), accessed 30 March 2010).
6. Guide to eliminate leprosy as a public health problem. Geneva, World Health Organization, 2000 ([www.who.int/lep/resources/Guide\\_Int\\_E.pdf](http://www.who.int/lep/resources/Guide_Int_E.pdf), accessed 30 March 2010).
7. Frist TF. Don't treat me like I have leprosy! London, ILEP, 2003 ([www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Non-ILEP\\_Publications/dtml.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Non-ILEP_Publications/dtml.pdf), accessed 30 March 2010).
8. Consensus statement on prevention of disability. Pan American Health Organization, 2006 ([www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-consensus-stmt-pod.doc](http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-consensus-stmt-pod.doc), accessed 30 March 2010).
9. ILEP technical guide. Facilitating the integration process: a guide to the integration of leprosy services within the general health system. London, ILEP, 2003 ([www.ilep.org.uk/library-resources/ilep-publications/english/](http://www.ilep.org.uk/library-resources/ilep-publications/english/), accessed 30 March 2010).
10. Learning Guide 4 – How to prevent disabilities in leprosy. London, International Federation of AntiLeprosyAssociations(ILEP),2006([www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning\\_Guides/Ig4eng1.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/Ig4eng1.pdf), accessed 30 March 2010).
11. Meima A et al. Dynamics of impairment during and after treatment: the AMFES cohort. Leprosy Review, 2001, 72(2):158–170.
12. Finkenflugel H, Rule S. Integrating community-based rehabilitation and leprosy rehabilitation services into an inclusive development approach. Leprosy Review, 2008, 79(1):83–91 ([www.leprosy-review.org.uk/](http://www.leprosy-review.org.uk/), accessed 30 March 2010).



13. Helander E et al. Training in the community for people with disabilities. Geneva, World Health Organization, 1989 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html), accessed 30 March 2010).
14. Benbow C, Tamiru T. The experience of self-care groups with people affected by leprosy: ALERT, Ethiopia. *Leprosy Review*, 2001, 72(3):311–321 ([www.leprosy-review.org.uk/](http://www.leprosy-review.org.uk/), accessed 30 March 2010).
15. Ebenso B et al. Impact of socio-economic rehabilitation on leprosy stigma in Northern Nigeria: findings of a retrospective study. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(2):98–119 ([www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj207/leprosy\\_nigeria.pdf](http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj207/leprosy_nigeria.pdf), accessed 30 March 2010).
16. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, 2006 ([www.un.org/disabilities/](http://www.un.org/disabilities/), accessed 30 March 2010).
17. Cornielje H et al. Inclusion of persons affected by leprosy in CBR. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):30–35 ([www.leprosy-review.org.uk/](http://www.leprosy-review.org.uk/), accessed 30 March 2010).

### เอกสารแนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

Infolep Leprosy Information Services. London, ILEP (undated) ([www.infolep.nl](http://www.infolep.nl), accessed 30 March 2010).

International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) ([www.ilep.org.uk/](http://www.ilep.org.uk/), accessed 30 March 2010).

ILEP Learning Guide 1 – How to diagnose and treat leprosy. London, ILEP, 2001

([www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning\\_Guides/Lg1eng.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/Lg1eng.pdf), accessed 30 March 2010).

Special issue on CBR and leprosy. *Leprosy Review*, 2008, 79(1) ([www.leprosy-review.org.uk/](http://www.leprosy-review.org.uk/), accessed 30 March 2010).

WHO Goodwill Ambassador's newsletter for the elimination of leprosy. Nippon Foundation (undated) ([www.nippon-foundation.or.jp/eng/leprosy/2006736/20067361.html](http://www.nippon-foundation.or.jp/eng/leprosy/2006736/20067361.html), accessed 30 March 2010).

# การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนและวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน

## คำนำ

สถานการณ์ที่เป็นวิกฤติต่อมนุษยธรรม คือ เหตุการณ์ต่างๆ (เช่น การสู้รบ ภัยธรรมชาติ โรคระบาด การขาดแคลนอาหาร) หรือเหตุการณ์หลายเหตุการณ์ต่อเนื่องกัน อันส่งผลให้เกิดการคุกคามอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพ ความปลอดภัย ความมั่นคง และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลหรือชุมชน บุคคลและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนนั้น แน่นอนว่า ยังไม่มีความสามารถรับมือได้ และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก (1)

วิกฤติมนุษยธรรมสามารถส่งผลอย่างร้ายแรงต่อมนุษย์ ทั้งในรูปของการได้รับบาดเจ็บ การเสียชีวิตและการไม่ได้รับปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ ที่พักอาศัยและสุขอนามัยต่างๆ ได้ นอกจากนี้ วิกฤติมนุษยธรรมยังส่งผลอย่างร้ายแรงต่อระบบเศรษฐกิจ โดยก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบโครงสร้างพื้นฐาน เช่น พืชสวนไร่นา บ้านเรือนและการว่างงาน (2) เหตุที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนต้องพิจารณาประเด็นวิกฤติมนุษยธรรมด้วยก็เพราะว่า เหตุการณ์ลักษณะนี้ สามารถส่งผลกระทบต่อคนซึ่งมีความพิการอยู่เดิมแล้ว และอาจจะทำให้เกิดคนพิการรุ่นใหม่ด้วยซึ่งจะต้องได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือต่อไป (3)

พัฒนาการในช่วงเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้ทำให้งานด้านมนุษยชนมีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้ว เนื้อหาของเอกสารฉบับนี้ จะอธิบายและยกตัวอย่างความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ โดยกล่าวถึงบทบาทของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนที่เกี่ยวข้องกับวิกฤติมนุษยธรรม และเสนอแนะว่า โปรแกรมสามารถช่วยดูแลคนพิการและสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้ขึ้นได้อย่างไรบ้าง

## กรอบที่ 21 – สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา

### Access for All

แคมเปญหรือโครงการที่ชื่อ Access for All หรือเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้สำหรับทุกคน ก่อตั้งขึ้นหลังจากที่เกิดกรณีพิบัติภัยสึนามิ ซัดเข้าใส่แนวชายฝั่งของสาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกาเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม ค.ศ. 2004 แคมเปญนี้เป็นผลงานขององค์กร Disability Organizations Joint Front (เครือข่ายองค์กรเพื่อคนพิการจำนวน 18 แห่งในประเทศ), Spinal Injuries Association, Motivation, CBM, John Grooms, Handicap International และกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยดูแลเยาวชน คนชรา คนพิการและคนพลัดถิ่น)

เป้าหมายของแคมเปญนี้ คือ การส่งเสริมให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย การสนับสนุนโครงการก่อสร้างใหม่และงานฟื้นฟูหลังเหตุการณ์ที่ศรีลังกา ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมความต้องการของคนพิการด้วย ประเด็นสำคัญของการดำเนินงานก็คือ การปรับเปลี่ยนลักษณะทางกายภาพของอาคารสาธารณะ การบริการขนส่งสาธารณะ สถานที่ทำงาน การให้บริการและระบบโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ของประเทศ ให้มีทางสำหรับคนพิการเพราะแต่เดิมคนพิการในประเทศต้องประสบกับความลำบากในเรื่องของการเข้ารับบริการต่างๆ นี่จึงเป็นโอกาสที่ดียิ่ง ในการซ่อมแซมอาคารต่างๆ ใหม่ตามข้อเรียกร้องของคนพิการ

คณะกรรมการ Access for All เริ่มจัดประชุมครั้งแรกในสองสัปดาห์แรก หลังจากเกิดเหตุวิกฤตการณ์สึนามิโดยการเชิญผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบงานฟื้นฟูและการก่อสร้างใหม่ หน่วยงานราชการต่างๆ องค์กรเอกชนระดับชาติและระดับนานาชาติ ตลอดจนภาคสาธารณะให้เข้าร่วม จุดประสงค์ของการประชุมนี้ก็เพื่อแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบถึงความจำเป็น ที่คนพิการจะสามารถเดินทางเข้าไปรับบริการยังสถานที่ต่างๆ ได้ (รวมถึงความต้องการให้มีกระบวนการแจกจ่ายสิ่งของ และที่พักชั่วคราวที่คนพิการสามารถสามารถเข้ารับบริการได้) และเพื่อให้คำแนะนำ ทรัพยากรและการสนับสนุนอื่นๆ

แคมเปญ Access for All นี้ ได้กระตุ้นให้องค์กรต่างๆ ที่ทำงานก่อสร้างและฟื้นฟู เปิดใจรับฟังและร่วมบรรเทาปัญหาของคนพิการ ผลคือมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการทำทางเข้าอาคาร มีการกำหนดว่าอาคารใหม่ทั้งหมดที่จะสร้างขึ้นหลังจากนี้จะต้องคำนึงถึงเรื่องทางเข้าสำหรับคนพิการ และจะต้องมีการแก้ไขอาคารเดิมที่ยังไม่มีทางสำหรับคนพิการภายในระยะเวลาที่กำหนด แคมเปญนี้มีการดำเนินงานต่อไปที่สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา และปัจจุบันมุ่งเน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของคนพิการ ในบริบทที่ครอบคลุมกว้างขวางกว่าเดิม โดยการส่งเสริมสิทธิและโอกาสที่เท่าเทียมกันของคนพิการทั้งในด้านการศึกษาและการว่าจ้างงาน

ดัดแปลงจาก (4)

## เป้าหมาย

คนพิการและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เน้นการให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยชน เช่น การเตรียมความพร้อม การรับมือกับเหตุฉุกเฉิน และการฟื้นฟูหลังวิกฤติการณ์

## บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ได้แก่ (1) ช่วยคนพิการ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนให้สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับวิกฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษยชนที่อาจเกิดขึ้น (2) ดูแลให้แผนงานที่ดำเนินอยู่ สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่พิการ ให้สามารถรับมือและฟื้นฟูตนเองและชุมชนได้(3) เชื่อมโยงคนพิการและสมาชิกในครอบครัวให้สามารถรับบริการความช่วยเหลือต่างๆ ตามสิทธิมนุษยชน

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

คนพิการและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมในการรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินอันเนื่องมาจากวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน

ความพยายามในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ครอบคลุมกลุ่มคนพิการและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนความต้องการของเขาเหล่านั้น

การวางแผนและการดำเนินงานฟื้นฟูต่างๆ ครอบคลุมกลุ่มคนพิการ

ระบบโครงสร้างพื้นฐานจำพวกอาคารหรือสิ่งก่อสร้างที่สร้างขึ้นหลังจากเกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน ต้องมีลักษณะทางกายภาพที่คนพิการสามารถเดินทางเข้าไปใช้บริการได้

บริการและการสนับสนุนที่ริเริ่มขึ้นใหม่ หรือพัฒนาขึ้นหลังเกิดเหตุวิกฤติการณ์มีลักษณะที่คนพิการเข้าถึงได้และตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการ

## มโนทัศน์หลัก

### ความพิการและวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน

คนพิการเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อมีเหตุฉุกเฉินอันเกิดจากวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนขึ้น (5) ปัจจัยต่อไปนี้ เป็นปัจจัยบางประการที่ทำให้คนพิการมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้อื่น

**ความไม่ครอบคลุม** – นโยบายและวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนอาจไม่ครอบคลุมคนพิการ และทำให้พวกเขาไม่ได้รับการช่วยเหลือ (6,7)

**การขาดความตระหนักเรื่องความยากลำบากในการรับข้อมูล** – หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเตือนภัยพิบัติในยามที่เกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน มักไม่ได้คำนึงถึงรูปแบบของการให้ข้อมูล ที่เกี่ยวกับการเตือนภัยอันตรายต่างๆ ทำให้คนพิการไม่เข้าใจหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำเกี่ยวกับ เรื่องเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติ ระหว่างเกิดเหตุและหลังเกิดเป็นต้น ดังนั้น คนพิการจึงไม่ค่อยเห็นป้ายเตือนเฉพาะสำหรับกลุ่มของตน และไม่เข้าใจว่า จะต้องทำอย่างไร ติดต่อใคร เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน (7)

**ปัญหาอันเนื่องมาจากเครือข่ายสหประชาชาติทางสังคมได้รับผลกระทบ** – เครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับคนพิการซึ่งมักต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ญาติมิตรและเพื่อนบ้านที่จะคอยให้ความช่วยเหลือ (ต้องประกอบ “สังคม: การช่วยเหลือในระดับบุคคล”) แต่เวลาที่เกิดเหตุการณ์วิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนขึ้น เครือข่ายเหล่านี้มักได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน เช่น คนพิการอาจพลัดหลงกับผู้ดูแล หรือตัวผู้ดูแลเองอาจได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในเหตุการณ์ครั้งนั้น เป็นต้น

**อุปสรรคในทางกายภาพ** – สภาพแวดล้อมในทางกายภาพมักเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดเหตุวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ทำให้อุปสรรคสำหรับคนพิการที่มีอยู่แล้วแต่เดิม กลายเป็นปัญหาใหญ่หรือเกิดอุปสรรคใหม่ขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ คนพิการส่วนมากอาจทำอุปกรณ์ช่วยเหลืออย่างเช่น แขนหรือขาเทียม ไม่ค้ำยัน อุปกรณ์ช่วยฟังและแว่นตาหาย (4) ดังนั้น คนพิการจำนวนมากจึงประสบปัญหาอย่างมาก เมื่อเวลาจะต้องขอรับความช่วยเหลือในสถานการณ์วิกฤติ เช่น ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับอาหาร น้ำ ที่พัก ห้องน้ำและบริการดูแลสุขภาพได้ (4)

### **การครอบคลุมคนพิการในแผนงานมนุษยชน**

แม้จะมีหลักฐานที่ชี้ชัดว่า คนพิการเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบรุนแรงกว่าเมื่อเกิดเหตุวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ขึ้น แต่คนพิการก็ไม่ได้รับสิทธิในการเข้าร่วมกับกิจกรรมด้านมนุษยชนต่าง ๆ (8,9) ดังนั้น แผนงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนทั้งปวง ควรจะครอบคลุมกลุ่มคนพิการไว้ด้วย ดังที่ข้อ 11 ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการระบุไว้ว่า “ประเทศสมาชิกมีความผูกพันภายใต้กฎหมายนานาชาติ กฎหมายมนุษยชนนานาชาติ และกฎหมายสิทธิมนุษยชนนานาชาติ ในการที่จะใช้มาตรการที่จำเป็นทั้งปวง เพื่อปกป้องและดูแลคนพิการให้ปลอดภัย เมื่อเกิดสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงหรือวิกฤติทางด้านมนุษยชนขึ้น อาทิ การสู้รบ เหตุฉุกเฉินทางมนุษยชนและอุบัติเหตุธรรมชาติ” (10)

การมีส่วนร่วมของประชากรที่ได้รับผลกระทบเป็นแง่มุมสำคัญของวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน(5) คนพิการและองค์กรที่เป็นตัวแทนของคนพิการจำเป็นต้องมีบทบาทมากกว่าผู้คอยรับแต่ผลประโยชน์อย่างเดียว หากแต่จะต้องเป็นพันธมิตรในการรับมือกับสถานการณ์ในช่วงเวลาวิกฤตินั้นด้วย กล่าวคือ คนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในการประเมิน ออกแบบ จัดตั้ง ฝ้าสังเกต และประเมินผลโปรแกรมช่วยเหลือใดๆ ที่จะจัดให้มีขึ้น

### **แนวทางการช่วยเหลือแบบกลุ่มก้อน**

มีความพยายามในการยกระดับประสิทธิภาพการรับมือวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนในระดับนานาชาติมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 เป้าหมายในภาพรวม คือ การทำให้การบรรเทาทุกข์ ที่เน้นการให้บริการด้านความจำเป็นพื้นฐานต่างๆ และการคุ้มครองป้องกันที่จะต้องสามารถเข้าถึงผู้คนที่จำนวนมากกว่าเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเปลี่ยนแปลงสำคัญประการหนึ่งก็คือ การเริ่มใช้แนวทางแบบกลุ่มก้อน

แนวทางแบบกลุ่มก้อนดำเนินการได้ด้วยการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของการประสานงาน ทั้งภายในและระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยชน (อาทิ สุขภาพ การศึกษา ที่พิกฉุกเฉิน) โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบในขณะที่เกิดเหตุวิกฤติของแต่ละภาคอย่างชัดเจน แนวทางนี้มุ่งทำให้กลุ่มงานที่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือในวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนมีลักษณะเป็นโครงสร้างมากขึ้น การดำเนินงานอยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบที่มากขึ้นและเป็นมืออาชีพมากขึ้น เพื่อที่จะได้เป็นพันธมิตรที่ดีสำหรับรัฐบาล หน่วยงานรัฐในท้องถิ่น และสมาคมพลเรือนในท้องถิ่น

กลุ่มก้อนของผู้ให้การช่วยเหลือในยามที่เกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนที่ว่าเป็นในระดับโลก มีการแบ่งไว้ทั้งสิ้นจำนวน 11 กลุ่ม (ดูตารางที่ 1) แต่ละกลุ่มมีหน่วยงานที่เป็นผู้นำ เช่น กลุ่มสุขภาพระดับโลกมีองค์การอนามัยโลก รับผิดชอบเรื่องข้อกำหนดมาตรฐานและนโยบาย การสร้างความสามารถให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการรับมือกับสถานการณ์ และการให้การสนับสนุนในทางปฏิบัติ ทั้งนี้ ในแต่ละกลุ่มก่อนก็จะมีหน่วยงาน และองค์กรจำนวนหนึ่ง ที่ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้มีการรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนอย่างเป็นระบบ เช่น ภายในกลุ่มสุขภาพระดับโลก มีหน่วยงานและองค์กรกว่า 30 แห่ง อาทิ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) สมาพันธ์กาชาดสากล และสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ (IFRC) และ องค์กรแฮนดิแคป อินเตอร์เนชั่นแนล เป็นต้น

ในระดับประเทศเมื่อเกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนขึ้น กลุ่มก้อนขององค์กรเหล่านี้บางกลุ่มหรือทั้งหมด จะเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ได้ทันที แต่อาจมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน และมีหน่วยงานที่เป็นผู้นำต่างกัน ในระดับประเทศเช่นนี้ การดำเนินงานมักจะเปิดกว้างให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งปวง ตลอดจนผู้บริจาคต่างๆ ระดมกำลังทรัพยากรเข้าสนับสนุนหรือให้บริการแก่ประชาชน กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ กลุ่มก้อนของหน่วยงานด้านการบรรเทาทุกข์ในระดับประเทศ มีหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั่วถึง และมีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

การประเมินและวิเคราะห์ความต้องการในกรณีเกิดเหตุการณืวิกฤติ

ความพร้อมเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

การพัฒนาแผนและกลยุทธ์การปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานอย่างเป็นมาตรฐาน

การเฝ้าสังเกตและรายงานผล

การรณรงค์และการเคลื่อนย้ายทรัพยากร

การฝึกอบรมและการสร้างความสามารถแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางแบบกลุ่มก้อน สามารถนำไปประยุกต์ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในพื้นที่ที่เกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจะครอบคลุมภาคส่วนต่างๆ ของงานพัฒนา อาทิ การให้บริการด้านสุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่และสังคม เพื่อให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มคนพิการและสมาชิกในครอบครัว บทบาทของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในขณะที่เกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนก็ไม่ได้ต่างไปจากเดิม แต่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนควรจะมีทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือกลุ่มงานด้านมนุษยชนแต่ละกลุ่มในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และ/หรือระดับชุมชน เพื่อให้คนพิการและสมาชิกในครอบครัวได้รับซึ่งสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ การดำเนินงานตามแนวทางแบบกลุ่มก้อน ยังเปิดโอกาสให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถเข้าไปใช้ทรัพยากรอื่นๆ (อาทิ ทรัพยากรทางการเงินหรือทางเทคนิค) อันจะเป็นประโยชน์กับกิจกรรมที่ตนต้องการดำเนินงาน ในขณะที่เกิดเหตุหรือวิกฤติการณ์ต่างๆ เพื่อช่วยสนับสนุนคนพิการให้รอดพ้นจากพิบัติภัยเหล่านั้น

**ตารางที่ 1: กลุ่มงานมนุษยชนระดับโลก**

กลุ่ม	องค์กร
<b>ด้านเทคนิค</b>	
กลุ่มสุขภาพ	องค์การอนามัยโลก (WHO)
กลุ่มโภชนาการ	กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)
กลุ่มน้ำ ความสะอาดและอนามัย	UNICEF
กลุ่มที่พักฉุกเฉินและสิ่งของที่ไม่ใช่อาหาร	สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) มีบทบาทในกรณีความขัดแย้งระหว่างประเทศและสมัพันธ์กาชาดสากลและสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ (IFRC) มีบทบาทในกรณีเกิดเหตุภัยพิบัติ
กลุ่มการศึกษา	UNICEF และองค์การช่วยเหลือเด็ก
กลุ่มเกษตรกรรม	องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)
<b>ด้านผสม</b>	
กลุ่มการประสานงานและจัดการค่าย	UNHCR และ องค์กรนานาชาติเพื่อการย้ายถิ่นฐาน (IOM)
กลุ่มการคุ้มครอง	UNHCR
กลุ่มการฟื้นฟูเบื้องต้น	สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)
<b>ด้านบริการทั่วไป</b>	
กลุ่มงานลอจิสติกส์	องค์การอาหารโลก (WFP)
กลุ่มงานโทรคมนาคมฉุกเฉิน	สำนักงานเพื่อการประสานงานด้านมนุษยธรรมแห่งสหประชาชาติ (OCHA), UNICEF และ WFP

**ก้าวผ่านวิกฤติสู่การพัฒนา**

เวลาที่เกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน จะมีองค์กรภายนอกเข้ามาช่วยเหลือจำนวนมาก ทำให้คนพิการจำนวนหนึ่งได้รับบริการต่างๆ ที่ดีกว่าที่เคยได้รับแต่เดิม (7) แต่ความพิการเป็นปัญหาในระยะยาว ดังนั้น เพื่อสร้างความยั่งยืน องค์กรภายนอกจึงควรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานต่อเนื่องและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหลังจากที่หน่วยงานด้านการบรรเทาทุกข์ออกจากพื้นที่แล้ว โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีบทบาทสำคัญยิ่งในฐานะกลยุทธ์หนึ่งของการพัฒนาที่ครอบคลุมและมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง

## กิจกรรมแนะนำ

กิจกรรมที่แนะนำต่อไปนี้มีแบ่งได้เป็นหมวดหมู่กว้าง ๆ สามหมวดหมู่ด้วยกัน ได้แก่ การเตรียมความพร้อม (กิจกรรมและมาตรการล่วงหน้าก่อนที่จะเกิดวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบ) การรับมือกับเหตุฉุกเฉิน (การให้ความช่วยเหลือเพื่อการยังชีพและความต้องการพื้นฐานอื่น ๆ ของผู้ที่ได้รับผลกระทบ) และการฟื้นฟู (การนำฟื้นฟูคุณภาพชีวิตให้กลับมาดีดังเดิมก่อนเกิดวิกฤติการณ์)

### เตรียมคนพิการให้พร้อมต่อวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชนที่อาจเกิดขึ้น

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถจัดกิจกรรมหลากหลายลักษณะเพื่อเตรียมพร้อมคนพิการและสมาชิกในครอบครัวและชุมชนให้มีความพร้อมสำหรับวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภัยธรรมชาติ การเตรียมความพร้อมดังกล่าวสามารถทำได้ดังนี้

สร้างเสริมให้เจ้าหน้าที่และสมาชิกในชุมชนเกิดความตระหนักว่า จำเป็นที่จะต้องนำคนพิการมาเข้าร่วมในกิจกรรมเตรียมความพร้อมต่าง ๆ ด้วย เช่น การจัดการฝึกอบรมเรื่องการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการให้กับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น คณะกรรมการจัดการภัยพิบัติ เจ้าหน้าที่หน่วยฉุกเฉิน และสมาชิกในชุมชน

แจ้งคนพิการให้ทราบเรื่องกระบวนการวางแผนการเตรียมความพร้อมในชุมชน และสนับสนุนกลุ่มคนพิการให้เข้ามีส่วนร่วม เช่น เป็นหนึ่งในคณะกรรมการจัดการวิกฤติการณ์และภัยพิบัติ

สำรวจและขึ้นทะเบียนคนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระบุตำแหน่งที่อยู่อาศัย และความต้องการพิเศษเมื่อเกิดเหตุวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ขึ้น

ทำสำเนาข้อมูลข้างต้นในลักษณะฐานข้อมูลเก็บไว้ตามที่ตั้งต่าง ๆ (เช่น ที่สำนักงานใหญ่หรือไว้กับองค์กรที่เป็นพันธมิตร) เพราะข้อมูลมักสูญหายเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น

แจ้งคนพิการให้ทราบเรื่องกิจกรรมเตรียมความพร้อมในชุมชน และสนับสนุนให้เข้าร่วมซ้อมด้วย เช่น การฝึกซ้อมการอพยพ

ให้คำแนะนำแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องว่า จะดำเนินการเตรียมความพร้อม ที่เอื้ออำนวยให้คนพิการเข้าร่วม หรือเข้าใจเนื้อหาได้โดยง่าย เช่น ระบบการเตือนภัย กระบวนการอพยพและที่พักฉุกเฉิน

ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการและครอบครัวมีมาตรการเตรียมความพร้อมที่บ้าน

- พิจารณาว่าจะมีบุคคลใดบ้าง ที่สามารถวางใจและสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือยามที่เกิดเหตุฉุกเฉินได้
- เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับคนพิการให้เพียงพอต่อเหตุยามฉุกเฉิน (อาทิ ถุงปัสสาวะสำหรับผู้ที่กระดุกสันหลังได้รับบาดเจ็บ และอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ )
- จัดทำและปรับปรุงรายการสิ่งของที่จำเป็นของคนพิการเป็นรายบุคคลอย่างสม่ำเสมอ อาทิ ยาและอุปกรณ์สื่อสารที่จำเป็นต้องใช้
- ฝึกซ้อมลำดับขั้นตอนในการอพยพ เช่น ฝึกใช้เส้นทางถนนที่นำไปสู่ที่พักชั่วคราว



## ดูแลให้งานรับมือเหตุฉุกเฉินครอบคลุมการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการ

### **ตรวจสอบสภาพปัจจุบันของชุมชน**

ปรับปรุงฐานข้อมูลคนพิการในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ แล้วส่งให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีหน้าที่ในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินเก็บไว้ เพื่อใช้สำหรับเป็นข้อมูลในการให้ความช่วยเหลือ

พิจารณาว่าบริการต่างๆ รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชนก่อนที่จะเกิดวิกฤตการณ์นั้นใช้งานได้หรือไม่ เพียงใด

### **สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานมนุษยชนกลุ่มใหม่ๆ**

ศึกษาและติดต่อหน่วยงานด้านการบรรเทาวิกฤตการณ์ด้านมนุษยชนกลุ่มใหม่ๆ ในชุมชน

พิจารณาบทบาท ความรับผิดชอบ บริการ และทรัพยากรที่หน่วยงานนั้นสามารถจัดหาได้

แบ่งปันข้อมูลแก่คนพิการ เกี่ยวกับบริบทในท้องถิ่นและสถานการณ์ในปัจจุบัน

ช่วยหน่วยงานด้านการให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาทุกข์วิเคราะห์ความต้องการของของคนพิการในชุมชนในยามที่เกิดวิกฤตการณ์ฉุกเฉิน

ช่วยหน่วยงานด้านการให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาทุกข์วิเคราะห์ความสามารถของชุมชนในการที่จะช่วยเหลือและดูแลคนพิการ

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เช่น โครงสร้าง บุคลากร ความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ กิจกรรมที่ดำเนินอยู่ ฯลฯ

สร้างกลไกการส่งต่อหรือการอพยพ เพื่อให้สามารถนำคนพิการเข้าเข้ารับบริการและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

หารือเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และเสนอแนวทางเพื่อให้คนพิการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ผ่านทางกลุ่มก้อนที่เกี่ยวข้อง

### **ดูแลให้คนพิการและครอบครัวได้รับการแจ้งข้อมูลข่าวสารอย่างดี**

ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่คนพิการ เพื่อให้พวกเขาเหล่านั้นได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นภัยต่างๆ

หากเป็นไปได้ให้จัดตั้งสถานที่ ที่คนพิการและครอบครัวในชุมชน สามารถเดินทางเข้ามารับฟังข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับงานบรรเทาทุกข์ที่กำลังดำเนินอยู่และการสนับสนุนที่มี

ดูแลให้คนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและสื่อสารข้อความหรือสารสำคัญไปสู่คนพิการด้วยกัน

จัดรูปแบบและเนื้อหาของข้อมูลและวิธีสื่อสารที่คนพิการสามารถเข้าใจได้

### **กิจกรรมแนะนำสำหรับกลุ่มก้อนเฉพาะ**

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสามารถร่วมมือกับคนพิการและสมาชิกในครอบครัว เพื่อทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ คำเนึงถึงความต้องการของคนพิการ ทั้งในเวลาที่ยังวางแผนการดำเนินงานและ

การจัดกิจกรรมต่าง ๆ อันเนื่องมาจากวิกฤติการณ์ด้านมนุษยชน กิจกรรมแนะนำสำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มก้อนต่าง ๆ มีดังนี้

### กลุ่มสุขภาพ

จัดลำดับความสำคัญของการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉิน (เช่น การดูแลผู้ป่วยหนักการปฐมพยาบาล) และการส่งต่อคนพิการไปยังหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม

พาคนพิการไปรับบริการทางด้านสุขภาพหากเขาต้องการความช่วยเหลือ

ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ เพื่อทดแทนที่สูญหายหรือชำรุด และจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือชุดใหม่ให้คนที่เพิ่งจะได้รับบาดเจ็บจนเกิดภาวะทุพพลภาพ

ติดตามผลและให้การดูแลขั้นพื้นฐานตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของคนที่มีบาดแผลและพิการ

### กลุ่มโภชนาการและงานลอจิสติกส์

กำหนดเจ้าหน้าที่อาสาสมัครที่จะช่วยให้คนพิการได้รับแจกอาหารในเวลาเกิดภัยพิบัติ

ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่หน่วยงานการบรรเทาทุกข์ที่เข้ามาในพื้นที่ เพื่อให้คนพิการได้รับอาหารแจกจ่ายอาหารได้ เช่น จัดคิวแยกต่างหาก จัดศูนย์แจกจ่ายอาหารต่างหาก หรือติดตั้งทางลาดชั่วคราวที่จุดแจกจ่ายอาหาร

ดูแลและควบคุมให้มีผลิตอาหารที่เหมาะสมสำหรับคนพิการในช่วงระยะเวลาฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีความต้องการอาหารพิเศษ เช่น อาหารที่บดหรือทำให้เป็นน้ำเหลวได้ง่ายสำหรับคนที่มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวหรือการกลืน

### กลุ่มที่พักฉุกเฉินและสิ่งของที่ไม่ใช่อาหาร

ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่หน่วยงานด้านมนุษยชน เพื่อก่อสร้างที่พักชั่วคราวแบบที่คนพิการสามารถเข้าไปใช้ได้

ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่หน่วยงานด้านมนุษยชน เพื่อทำให้คนพิการได้รับผ้าห่ม ผ้าใบ รวมทั้งของใช้เพื่อสุขอนามัย เสื้อผ้าและของใช้ในห้องสุขา

นำสิ่งของเครื่องใช้เหล่านี้ไปให้แก่คนพิการและสมาชิกในครอบครัวโดยตรง ในกรณีที่เป็น

### กลุ่มน้ำ สะอาดและสุขอนามัย

ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่หน่วยงานด้านมนุษยชนจัดหาน้ำที่คนพิการสามารถใช้บริการได้

ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่หน่วยงานด้านมนุษยชนเพื่อจัดให้มีจุดแจกจ่ายน้ำดื่ม บ่อน้ำ ปิมน้ำแบบมือ ฯลฯ ซึ่งคนพิการสามารถเข้ามาใช้บริการได้

แจ้งคนพิการและสมาชิกในครอบครัวให้ทราบว่าจะมีการให้บริการแหล่งน้ำสะอาดและบริการด้านสุขอนามัยในกรณีฉุกเฉิน ณ ที่ใดและเวลาใด

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับดื่มและแหล่งน้ำใช้ในรูปแบบที่คนพิการเข้าใจได้

## กลุ่มการศึกษา

ดูแลให้โปรแกรมการศึกษาครอบคลุมเด็กพิการ

สนับสนุนครูและผู้นำกิจกรรมเพื่อให้เด็กพิการสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางการศึกษาต่างๆ ได้

## กลุ่มการคุ้มครอง

ทำให้หน่วยงานด้านมนุษยชนทั้งหมดมีความตระหนักในเรื่องความพิการและการคุ้มครองที่ควรจะได้รับมากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องของความรุนแรง การเอาเปรียบและการล่วงละเมิด ตลอดจนเรื่องการถูกกีดกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดกับคนที่มีความทุพพลภาพทางปัญญา สตรีและเด็กสาวที่มีความพิการ

ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่หน่วยงานด้านมนุษยชน เพื่อให้คนพิการในที่อาศัยที่พักชั่วคราวปลอดภัยที่สุด เช่น กันไม่ให้คนพิการออกไปตรงจุดที่ไม่ปลอดภัย จัดให้มีแสงสว่างภายในเขตที่พักเพียงพอและเร่งให้คนพิการได้พบกับครอบครัวหรือผู้ดูแลของตนอีกครั้งหนึ่งโดยเร็ว

จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก และมาตรการในการคุ้มครองเด็กอื่นๆ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการนำเด็กพิการเข้ามาร่วมอยู่ด้วย

พัฒนากิจกรรมในกลุ่มเพื่อนและสนับสนุนให้คนพิการจัดตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเอง (ดูองค์ประกอบ "การเสริมพลัง: กลุ่มพึ่งพาตนเอง")

พิจารณาหาการให้บริการที่มีการสนับสนุนทางจิตวิทยาสังคมและช่วยให้คนพิการและครอบครัวเข้ารับบริการดังกล่าวได้โดยสะดวก

## กลุ่มการฟื้นฟูเบื้องต้น เกษตรกรรมและการคุ้มครอง

จัดให้มีระบบช่วยเหลือในการประกอบอาชีพ (เช่น เครื่องมือและเงินทุนสำหรับซื้อเมล็ดพันธุ์) ทุนที่ทำได้เพื่อทำให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเองในห้วงเวลาที่วิกฤติ

## ช่วยคนพิการให้ฟื้นคืนกลับมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและ/หรือยกระดับคุณภาพชีวิตในช่วงฟื้นฟูหลังเกิดวิกฤติการณ์

เมื่อวิกฤติการณ์ผ่านพ้นไปแล้ว หนึ่ง จนทุกอย่างเริ่มกลับมามีเสถียรภาพ ทุกฝ่ายก็จะรับดำเนินการสร้างระบบโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ เพื่อทดแทนที่เสียหาย รวมถึงการให้บริการต่างๆ จะเริ่มกลับมาให้บริการตามเดิม เราจึงควรอาศัยวิกฤติในช่วงนี้เพื่อเปลี่ยนให้เป็นโอกาสสำหรับคนพิการ (11) โดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนควรใช้โอกาสเหล่านี้ให้เป็นประโยชน์ เพื่อให้ชุมชนที่กำลังจัดสร้างขึ้นใหม่นั้น มีลักษณะที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการที่สุด สิ่งที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนควรจะทำมีดังต่อไปนี้

กระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น หน่วยงานรัฐในท้องถิ่นและองค์กรพัฒนากระแสหลักได้รับทราบข้อมูลของคนพิการในชุมชน และความต้องการของพวกเขาและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาในเรื่องการเดินทางเข้าสู่ที่พัก แหล่งน้ำสะอาด สุขอนามัย โรงเรียน อาคารสาธารณะ ระบบขนส่ง ฯลฯ แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ทำหน้าที่สร้างโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ อาทิ มาตรฐานขั้นต่ำ แนวทางในการปฏิบัติ ตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดี และหลักการออกแบบโครงสร้างเหล่านั้นในลักษณะที่เป็นสากล

ทำงานร่วมกับภาคการศึกษาเพื่อช่วยเด็กพิการให้ได้กลับเข้าไปศึกษาในโรงเรียน (ดูองค์ประกอบ "สุขภาพ")

ร่วมงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อช่วยคนพิการและครอบครัวให้ได้กลับไปใช้ชีวิตได้ดังเดิม และหาโอกาสในที่จะสร้างเสริมสภาพความเป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม (คู่มือประกอบ “ความเป็นอยู่”)

ร่วมงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อดูแลให้คนพิการและครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นสำหรับการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติมิตร และดูแลให้เขาเหล่านั้นสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนได้ (คู่มือประกอบ “สังคม”)

สนับสนุนกลุ่มพึ่งพาตนเองที่จัดขึ้นโดยคนที่ผ่านสถานการณ์ในวิกฤติการณ์ฉุกเฉินมาแล้ว (คู่มือประกอบ “การเสริมพลัง: กลุ่มพึ่งพาตนเอง”)

## กรอบที่ 22

### สร้างโอกาสในการทำงานของคนพิการผ่านทางสหกรณ์

หลังจากที่เกิดเหตุแผ่นดินไหวครั้งร้ายแรงขึ้นที่สาธารณรัฐอินโดนีเซีย ได้ส่งผลให้เกิดคนพิการหรือเป็นโรคเครียดหลังเกิดเหตุจำนวนมาก จนนำไปสู่การสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ตัดสินใจที่จะร่วมมือกันแก้สถานการณ์ด้วยการจัดตั้งสหกรณ์แห่งหนึ่งขึ้น จากความช่วยเหลือของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนโปรแกรมหนึ่ง และมีองค์กรเอกชนอีกแห่งหนึ่งที่ให้เงินทุน และความช่วยเหลือในด้านเทคนิค สหกรณ์แห่งนี้ให้เงินกู้และให้คำแนะนำทางด้านธุรกิจแก่สมาชิก ซึ่งประกอบวิสาหกิจขนาดย่อมต่างๆ อาทิ การผลิตก้อนอิฐ การผลิต ผ้าบาติก และการขายอาหาร สหกรณ์แห่งนี้ค่อยๆ ขยายโอกาสในการทำงานในชุมชนของสมาชิก และสามารถช่วยให้พวกเขามีรายได้สำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัวในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2010 ([www.iawg.net/IAFM%202010.pdf](http://www.iawg.net/IAFM%202010.pdf), accessed 30 March 2010).
2. Disaster statistics 1991–2005. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (ISDR), 2006([www.unisdr.org/disaster-statistics/introduction.htm](http://www.unisdr.org/disaster-statistics/introduction.htm), accessed 30 March 2010).
3. Disasters, disability and rehabilitation. World Health Organization, 2005 ([www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/other\\_injury/en/disaster\\_disability.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/en/disaster_disability.pdf), accessed 30 March 2010).
4. Adapted from: CBM (undated) ([www.cbm.org/en/general/CBM\\_EV\\_EN\\_general\\_article\\_75271.html](http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_75271.html), accessed 30 March 2010).
5. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Sphere Project, 2004 ([www.sphereproject.org/content/view/27/84](http://www.sphereproject.org/content/view/27/84), accessed 15 June 2010).
6. Protecting persons affected by natural disasters – IASC operational guidelines on human rights and natural disasters. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2006 ([www.brookings.edu/reports/2006/11\\_natural\\_disasters.aspx](http://www.brookings.edu/reports/2006/11_natural_disasters.aspx), accessed 30 March 2010).
7. World disasters report 2007 – Focus on discrimination. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), 2007 ([www.ifrc.org/publicat/wdr2007/summaries.asp](http://www.ifrc.org/publicat/wdr2007/summaries.asp), accessed 15 June 2010).

8. Disability and early tsunami relief efforts in India, Indonesia and Thailand. Center for International Rehabilitation/International Disability Rights Monitor, 2005 ([www.idrmnet.org/reports.cfm](http://www.idrmnet.org/reports.cfm), accessed 30 March 2010).
9. Kett M et al., for International Disability and Development Consortium. Disability in conflict and emergency situations: focus on tsunami-affected areas. 2005 ([www.iddcconsortium.net/joomla/index.php/conflict-and-emergencies/key-resources](http://www.iddcconsortium.net/joomla/index.php/conflict-and-emergencies/key-resources), accessed 30 March 2010).
10. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/disabilities/>, accessed 30 March 2010).
11. How to include disability issues in disaster management, following floods 2004 in Bangladesh. HandicapInternational, 2005 ([www.handicap-international.fr/documentation-presse](http://www.handicap-international.fr/documentation-presse), accessed 30 March 2010).

### เอกสารแนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

Accessibility for the disabled.A design manual for a barrier free environment.New York, United Nations, 2004([www.un.org/esa/socdev/enable/designm/](http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/), accessed 30 March 2010).

Building an inclusive society.CBM, 2009 ([www.cbm.org/en/general/downloads/48197/CBM\\_Profile\\_2009.pdf](http://www.cbm.org/en/general/downloads/48197/CBM_Profile_2009.pdf), accessed 30 March 2010).

Disaster preparedness for people with disabilities, American Red Cross (undated) ([www.redcross.org/wwwfiles/Documents/pdf/Preparedness/Fast%20Facts/Disaster\\_Preparedness\\_for\\_PwD-English.pdf](http://www.redcross.org/wwwfiles/Documents/pdf/Preparedness/Fast%20Facts/Disaster_Preparedness_for_PwD-English.pdf), accessed 30 March 2010).

Disaster psychological response: handbook for community counsellor trainers. Geneva, Academy for Disaster Management Education Planning and Training (ADEPT), 2005 ([www.preventionweb.net/english/professional/trainings-events/edu-materials/v.php?id=7708](http://www.preventionweb.net/english/professional/trainings-events/edu-materials/v.php?id=7708), accessed 30 March 2010).

E-discussion: disabled and other vulnerable people in natural disasters. Washington, DC, World Bank, 2006 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20922http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20922979~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>, accessed 30 March 2010).

Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response. Inter-agency Standing Committee (IASC), 2006 ([www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/Resources%20&%20tools/IASCGUIDANCENOTECLUSTERAPPROACH.pdf](http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/Resources%20&%20tools/IASCGUIDANCENOTECLUSTERAPPROACH.pdf), accessed 30 March 2010).

Health cluster guide: a practical guide for country-level implementation of the health cluster. Geneva, World Health Organization, 2009 ([www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/en/index.html](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/en/index.html), accessed 30 March 2010).

Hyogo framework for action 2005–2015. Geneva, International Strategy for Disaster Reduction, 2005 ([www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm](http://www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm), accessed 30 March 2010).

Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice. HelpAge International, 2005 ([www.helpage.org/Resources/Manuals](http://www.helpage.org/Resources/Manuals), accessed 30 March 2010).

Older people's associations in community disaster risk reduction. HelpAge International, 2007 ([www.helpage.org/Resources/Manuals](http://www.helpage.org/Resources/Manuals), accessed 30 March 2010).

Oxfam GB/Emergency Capacity Building Project. Impact, measurement and accountability in emergencies: the good enough guide. Oxfam, Oxfam GB, 2007 (<http://publications.oxfam.org.uk/oxfam/display.asp?isbn=0855985941>, accessed 30 March 2010).

Promoting access to the built environment – guidelines. CBM, 2008 ([www.cbm.org.au/documents/Be%20Active/Access%20to%20built%20environment%20guidelines%20-%20CBM.pdf](http://www.cbm.org.au/documents/Be%20Active/Access%20to%20built%20environment%20guidelines%20-%20CBM.pdf), accessed 30 March 2010).

Scherrer V. Disability in emergency: accessing general assistance and addressing specific needs. Voice Out Loud Newsletter, No.5, May 2007 ([http://60gp.ovh.net/~ngovoice/documents/VOICE%20out%20loud%205\\_final.pdf](http://60gp.ovh.net/~ngovoice/documents/VOICE%20out%20loud%205_final.pdf), accessed 30 March 2010).

Scherrer V et al. Towards a disability-inclusive emergency response: saving lives and livelihoods for development. Journal for Disability and International Development, 2006,1:3–21 ([www.ineesite.org/toolkit/docs/Journal\\_for\\_Disability\\_MSEE.pdf](http://www.ineesite.org/toolkit/docs/Journal_for_Disability_MSEE.pdf), accessed 30 March 2010).



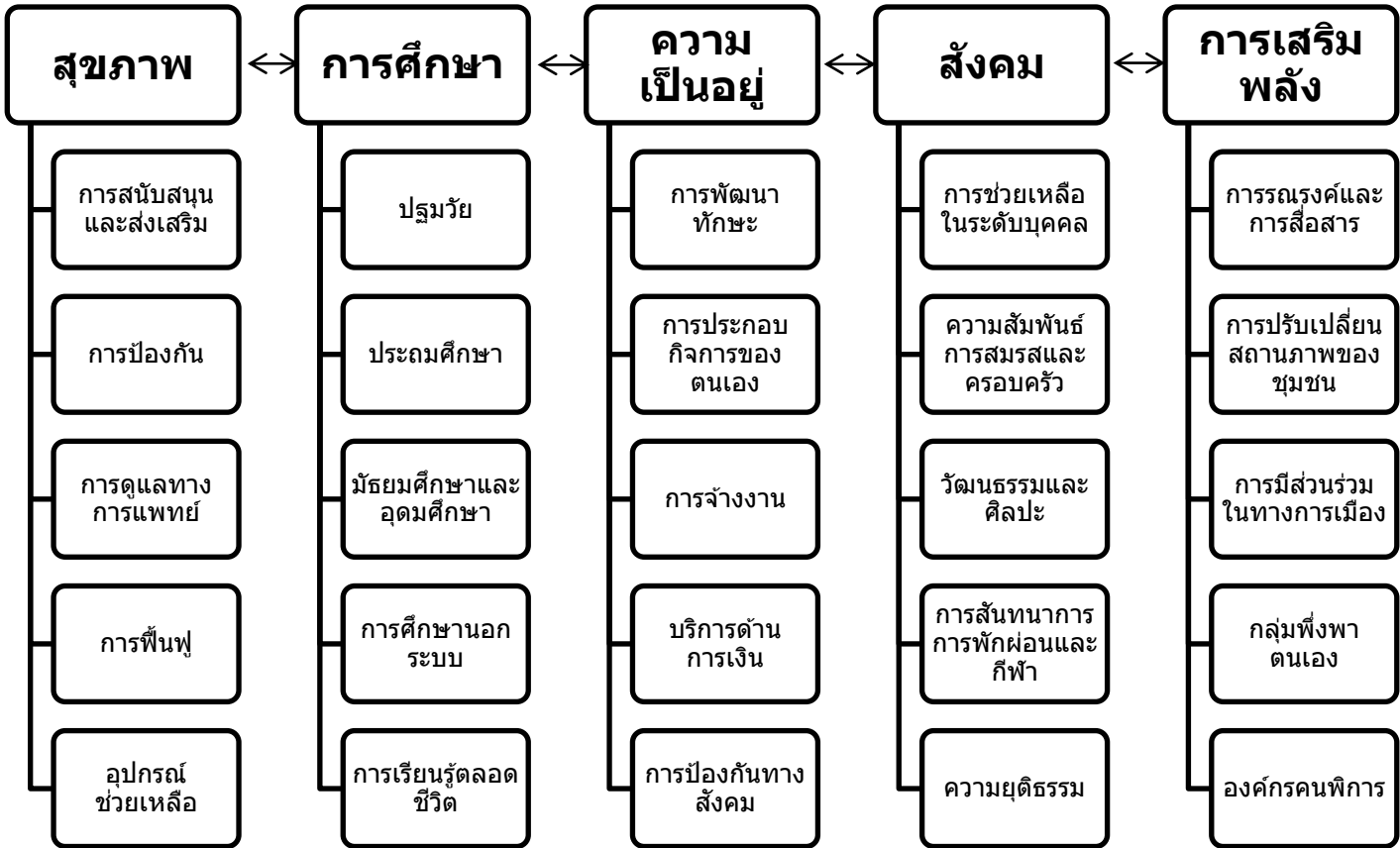






ภาษาไทย

เมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน



องค์การอนามัยโลก

World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

โทรศัพท์: + 41 22 791 21 11

โทรสาร: + 41 22 791 31 11

ISBN 978 92 4 154805 2

# เมตริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน



องค์การอนามัยโลก

World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

โทรศัพท์: + 41 22 791 21 11

โทรสาร: + 41 22 791 31 11