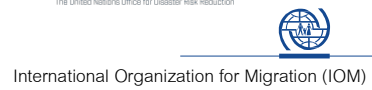
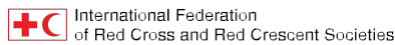
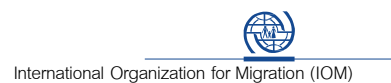
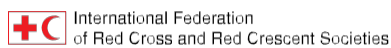




แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง ด้านภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ



แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง ด้านภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ



ข้อมูลทางบรรณานุกรมของห้องสมุดองค์การอนามัยโลก (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data)

Guidance note on disability and emergency risk management for health.

1.Disabled persons. 2.Emergencies. 3.Disasters. 4.Relief work. 5.Risk management.

6.Disaster planning. I.World Health Organization. II.CBM. III.International Federation of Red

Cross and Red Crescent Societies. III.International Organization for Migration. IV.UNICEF.

ISBN 978 92 4 150624 3 (NLM classification: WA 295)

© องค์การอนามัยโลก 2013

สงวนลิขสิทธิ์ สิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลกสามารถสืบค้นได้ที่เว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก (www.who.int) หรือ ซื้อได้จาก 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).

การขออนุญาตทำซ้ำหรือแปลเอกสารขององค์การอนามัยโลก ไม่ว่าจะเพื่อการจำหน่ายหรือการแจกจ่ายโดยไม่มีจุดประสงค์เชิงพาณิชย์ให้ส่งเรื่องไปที่สำนักพิมพ์องค์การอนามัยโลก (WHO Press) ผ่านเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

การระบุข้อมูลและการนำเสนอสิ่งต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ไม่ถือเป็นการแสดงความเห็นใด ๆ ขององค์การอนามัยโลก อันเกี่ยวข้องกับสถานะทางกฎหมายของประเทศ ดินแดน เมืองหรือพื้นที่ใด ๆ หรือเขตอำนาจของประเทศใด ๆ หรือเกี่ยวข้องกับการกำหนดเขตแดนหรือพรมแดน เส้นไข่ปลาและเส้นขีดยาวที่ปรากฏบนแผนที่เป็นเพียงการแสดงเส้นพรมแดนโดยประมาณการเท่านั้น เส้นพรมแดนดังกล่าวอาจยังไม่เป็นที่เห็นชอบร่วมกันก็ได้

การระบุชื่อของผลิตภัณฑ์ของบริษัทแห่งใดแห่งหนึ่งหรือผู้ผลิตรายใดรายหนึ่งไม่ได้หมายความว่าองค์การอนามัยโลกรับรองหรือแนะนำว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีความเหนือกว่าผลิตภัณฑ์อื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ซึ่งไม่ได้ระบุชื่อไว้ ทั้งนี้ จะใช้ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่กับชื่อผลิตภัณฑ์ที่มีลิขสิทธิ์เพื่อแยกให้เห็นความแตกต่าง

ยกเว้นกรณีที่เกิดข้อผิดพลาดหรือมีการตกหล่น องค์การอนามัยโลกใช้ความระมัดระวังอย่างเต็มที่ในการตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ อย่างไรก็ตาม การเผยแพร่เอกสารฉบับนี้ไม่มีการรับรองประการใด ๆ ไม่ว่าโดยชัดแจ้งหรือโดยนัย เป็นความรับผิดชอบของผู้อื่นในการตีความและการใช้ประโยชน์จากเอกสารนี้ องค์การอนามัยโลกไม่รับผิดชอบประการใด ๆ ต่อความเสียหายอันเกิดจากการนำเอกสารฉบับนี้ไป

ฝ่ายบริหาร: Rachel McLeod-Mackenzie

บรรณาธิการ: Donna Phillips

ภาพถ่ายหน้าปก: CBM/Shelley

การออกแบบและการจัดรูปเล่ม: Innis Communication – www.iniscommunication.com

พิมพ์ใน: ประเทศมอลตา

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ.....	5
บทนำ.....	7
1. เหตุใดการวางแผนงานเพื่อคนพิการจึงสำคัญยิ่ง.....	9
1.1 คนพิการมีความเสี่ยงมากกว่า.....	9
1.2 ภาวะฉุกเฉินเพิ่มจำนวนคนพิการ.....	10
1.3 การจัดการภาวะฉุกเฉินส่งผลอย่างไรต่อคนพิการ.....	12
2. การวางแผนงานเพื่อคนพิการในทุกภาคส่วนโดยคำนึงถึงสุขภาพที่ดีเป็นการเฉพาะ.....	15
2.1 นโยบาย กฎหมาย และยุทธศาสตร์.....	15
2.2 การจัดการทรัพยากร.....	17
2.3 การวางแผนและการประสานงาน.....	20
2.4 การจัดการสารสนเทศและความรู้.....	20
2.5 โครงสร้างพื้นฐานและโลจิสติกส์.....	25
2.6 การให้บริการ.....	26
2.7 ศักยภาพชุมชน.....	27
สรุป.....	29
อ้างอิง.....	31
ภาคผนวก 1 หน้าที่ของหลายภาคส่วนและการปฏิบัติการด้านการจัดการความเสี่ยง ด้านภาวะฉุกเฉินเพื่อคนพิการ.....	35
ภาคผนวก 2 สรุปข้อมูลเพื่อการประเมินความจำเป็นและความเสี่ยงที่ครอบคลุมถึงคนพิการ.....	38
ภาคผนวก 3 เครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินและการใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินความพิการ.....	41
ภาคผนวก 4 บริการสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนคนพิการ.....	43
ภาคผนวก 5 ทำอย่างไรให้บริการของภาคส่วนสาธารณสุขครอบคลุมถึงคนพิการ.....	49
ภาคผนวก 6 การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการ: การปฏิบัติการขั้นต่ำของภาคส่วนสาธารณสุข.....	51



4 แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

องค์การอนามัยโลกจัดทำสิ่งพิมพ์ฉบับนี้โดยร่วมมือกับองค์กรซีบีเอ็ม (CBM) สหพันธ์สภากาชาดและสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies หรือ IFRC) องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration หรือ IOM) กองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund หรือ UNICEF) และสำนักงานเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office for Disaster Risk Reduction หรือ UNISDR)

คณะบรรณาธิการประกอบด้วย Jonathan Abrahams, Natalie Jessup, Alana Officer, Peta Sandison และ Valérie Scherrer

ขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อคณะทำงานด้านข้อมูลที่ทำให้การสนับสนุนและแนวทางอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการจัดทำเอกสารฉบับนี้ ได้แก่ Jonathan Abrahams, Paul Arbon, Malcolm MacLachlan, Alana Officer, Roderico Ofrin, Valérie Scherrer, Mark Van Ommeren และ Theo Verhoeff

นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้ตรวจทานเอกสารและองค์กรต่าง ๆ ซึ่งช่วยแสดงความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ยิ่งตลอดระยะเวลาการจัดทำสิ่งพิมพ์ฉบับนี้ ขอขอบคุณ องค์กรต่อต้านความรุนแรงโดยใช้อาวุธ (Action Against Armed Violence) , Rosangela Berman-Bieler, Richard Brennan, Meena Cherian, Emmanuelle Compingt, Rudi Coninx, Xavier de Radigues, Madeline Duffy, Ayda Eke, Ahmed Elganainy, Amy Farkas, Andrea Foebel, Pascale Fritsch, Jim Gosney, Judy Grayson, องค์การสากลรณรงค์เพื่อยุติกับระเบิด (International Campaign to Ban Landmines) Pauline Kleinitz, Kaisa Kontunen, Etienne Krug, Mendy Marsh, Amanda McLachlan, Gopal Mitra, Nenetta Motus, Colleen O'Connell, Heather Papowitz, Sumet Phonkacha, Claudine Prudhon, Helene Rudd, Lieve Sabbe, Cecilia Sanchez, Tom Shakespeare, Mihoko Tanabe, องค์การปฏิบัติการทุ่นระเบิดแห่งสหประชาชาติ (United Nations Mine Action Service หรือ UNMAS), Mark Van Ommeren, Liviu Vedrasco, Eric Weerts, Nurten Yilmaz และ Flint Zulu.

สุดท้ายนี้ องค์การอนามัยโลกขอขอบคุณองค์กรซีบีเอ็มที่ให้การสนับสนุนทางการเงินในการจัดทำ “แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ” ฉบับนี้



6 แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ

บทนำ

ประชากรโลกประมาณร้อยละ 15 มีความพิการในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (1) คนพิการมักมีความเสี่ยงและถูกละเลยมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นภาวะฉุกเฉินใดเกิดขึ้น (ดูคำนิยามศัพท์ที่ข้อมูลเพิ่มเติมที่ 1) เหตุการณ์ในอดีตเป็นเครื่องยืนยันว่าคนพิการได้รับผลกระทบรุนแรง รวมทั้ง มีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพสูงมาก (2) อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิคนพิการ (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities หรือ CRPD) มาตรา 11 (ว่าด้วยสถานการณ์เสี่ยงและภาวะฉุกเฉินทางมนุษยธรรม) เรียกร้องให้รัฐภาคีดำเนิน “มาตรการที่จำเป็นทั้งปวงเพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการได้รับการคุ้มครองและมีความปลอดภัยในสถานการณ์เสี่ยง เช่น เหตุขัดแย้งที่ใช้อาวุธ ภาวะฉุกเฉินทางมนุษยธรรม และภัยพิบัติทางธรรมชาติ” (3)

“แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ” มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่คนวงการสาธารณสุข (Health Actors) ไม่ว่าจะจากหน่วยงานรัฐหรือเอกชน ซึ่งปฏิบัติงานระดับท้องถิ่น ระดับชาติ หรือระดับสากลในการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน รวมทั้ง ช่วยให้การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น อันจะเป็นประโยชน์แก่คนพิการ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านคนพิการ และผู้ปฏิบัติหน้าที่ในภาคส่วนอื่นอีกด้วย

อาจกล่าวได้ว่า เอกสารฉบับนี้เนื้อหามีครอบคลุมถึงการปฏิบัติการต่าง ๆ ด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน เช่น การประเมินความเสี่ยง การป้องกัน (รวมทั้ง การลดภัยอันตรายและความเสี่ยง) การเตรียมพร้อม การตอบสนอง การฟื้นฟูสภาพ (Recovery) และการบูรณะ โดยอธิบายขั้นตอนที่อย่างน้อยที่สุดคนวงการสาธารณสุขต้องดำเนินการเพื่อให้มั่นใจว่า เมื่อถึงคราวจำเป็น คนพิการจะได้รับการสนับสนุนเป็นการเฉพาะ และได้มีการบูรณาการประเด็นคนพิการให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและการดำเนินการด้านสาธารณสุขในทุกบริบทของภาวะฉุกเฉิน เช่น ภัยทางธรรมชาติและทางเทคโนโลยี โรคระบาด ภัยทางชีวภาพ เหตุขัดแย้ง และภัยสังคมต่าง ๆ นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์คู่ขนาน (Dual Strategy) ทั้งการสนับสนุนหลัก และการสนับสนุนเฉพาะ ช่วยให้มั่นใจว่าได้มีการตอบสนองความจำเป็นระยะยาวของชุมชนแล้ว (4)

ส่วนที่ 1 ของเอกสารฉบับนี้กล่าวถึงภาพรวมของผลกระทบอันเกิดจากภาวะฉุกเฉินที่มีต่อคนพิการ และหลักการพื้นฐานของการปฏิบัติการแบบปฏิบัติจริง (Practical Actions) ในเหตุการณ์ฉุกเฉิน ขณะที่ส่วนที่ 2 อธิบายการปฏิบัติการขั้นต่ำ (Minimum Actions) ที่ภาคส่วน/กลุ่มต่าง ๆ^a ต้องดำเนินการเนื่องจากประเด็นคนพิการเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งนี้ การปฏิบัติการด้านคนพิการเป็นการเฉพาะ (Specific Disability-Related Actions) เช่น การป้องกันการบาดเจ็บและการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma Care) สุขภาพเด็ก และการสนับสนุนทางสุขภาพจิตและทางจิตสังคม เป็นสิ่งที่คนวงการสาธารณสุข ที่ให้บริการสาธารณสุขในสาขาต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้เพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งที่ดำเนินการนั้นครอบคลุมถึงคนพิการ ในส่วนภาคผนวก เป็นการอธิบายประเด็นต่าง ๆ เพิ่มเติมและมีรายการตรวจสอบ (Checklist) เพื่อช่วยเหลือคนวงการสาธารณสุขในการประเมิน การออกแบบ การดำเนินโครงการ และการให้บริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นของคนพิการ ซึ่งเป็นผู้มีความเสี่ยงจะได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ

^a โดยทั่วไปแล้ว หน่วยงานให้ความช่วยเหลือระดับนานาชาติมักใช้แนวทางกลุ่ม (Cluster Approach) ในการประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ (5)



8 แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ

1. เหตุใดการวางแผนงานเพื่อคนพิการจึงสำคัญยิ่ง

1.1 คนพิการมีความเสี่ยงมากกว่า

นโยบายและมาตรฐานไม่เหมาะสม การไม่มีบริการ การไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทัศนคติเชิงลบ ข้อมูลและการสื่อสารไม่เพียงพอ เงินทุนไม่เพียงพอ และการขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ล้วนเป็นอุปสรรคต่อคนพิการทั่วโลกในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เช่น สุขภาพ การศึกษา การจ้างงาน และการขนส่ง สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคนพิการ ทำให้คนพิการ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม (Health and Socioeconomic Outcomes) น้อยกว่าคนปกติ เช่น สุขภาพแย่กว่าความสำเร็จทางการศึกษาน้อยกว่า มีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่า และมีอัตราความยากจนสูงกว่า (1)

แม้ว่าความพิการจะสัมพันธ์กับความด้อยโอกาส แต่เชื่อว่าคนพิการทุกคนจะด้อยโอกาสเหมือนกันหมด ทั้งนี้ ผู้มีความบกพร่องมากเท่าใดก็ยิ่งด้อยโอกาสมากเท่านั้น (1) พบว่า ในบางบริบท ผู้หญิงพิการ เด็ก คนสูงอายุ และผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญาและอาการทางจิต ต้องประสบกับการเลือกปฏิบัติและการกีดกันมากกว่าคนพิการในลักษณะอื่น ๆ (1,6) นอกจากนี้ ภาวะฉุกเฉินเพิ่มความเสี่ยงให้กับคนพิการ สถิติที่เก็บรวบรวมหลังเหตุการณ์แผ่นดินไหวและสึนามิในประเทศญี่ปุ่นใน พ.ศ. 2554 ชี้ว่า คนพิการที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐบาลมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.06 ขณะที่คนปกติมีอัตราการเสียชีวิตเพียงร้อยละ 1.03 (7)

ผู้มีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน และสติปัญญา ผู้มีอาการทางจิตรุนแรง และผู้ถูกกีดกันทางสังคม หรือผู้อาศัยในสถานสงเคราะห์ (Institutions) อาจไม่พร้อมรับมือเหตุการณ์อันนำไปสู่ภาวะฉุกเฉิน และอาจไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าเหตุการณ์ใดกำลังเกิดขึ้น วิธีสื่อสารที่ใช้ไม่เหมาะกับผู้มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น หรือความเข้าใจ คนพิการเหล่านี้จึงไม่ทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ในภาวะฉุกเฉิน คนพิการมีโอกาสน้อยที่จะหนีพ้นภัยอันตราย หรืออาจสูญเสียอุปกรณ์ช่วยเหลือจำเป็น เช่น แว่นสายตา (Spectacles) เครื่องช่วยฟัง และเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว และ/หรือ ยารักษาโรค หรืออาจถูกทอดทิ้งเมื่อชุมชนต้องอพยพ (2, 8, 9) และอาจพบอุปสรรคมากกว่าในการเข้าถึงสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำ ที่หลบภัย ห้องสุขา (Latrine) และบริการสาธารณสุข (8, 9)

ภาวะฉุกเฉินทำให้ผู้ดูแลและสถานที่ดูแล เช่น บ้านพักที่จัดให้และรองรับคนพิการ ด้อยศักยภาพลง นอกจากนี้ ภาวะฉุกเฉินเพิ่มความเสี่ยงของเด็กหรือผู้สูงอายุ หากคนกลุ่มนี้ลัดพรากจากครอบครัวและกลไกการดูแลคนพิการในชุมชน เช่น ครอบครัว ขยายและเพื่อนบ้านล่มสลาย (10) อีกทั้ง คนพิการมีความเสี่ยงสูงด้านความปลอดภัย การได้รับการคุ้มครอง และศักดิ์ศรี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงจะถูกกระทำรุนแรง เอาเปรียบ และล่วงละเมิดทางเพศ (11)

1.2 ภาวะฉุกเฉินเพิ่มจำนวนคนพิการ

ภาวะฉุกเฉินทำให้คนจำนวนหนึ่งกลายเป็นคนพิการเนื่องด้วยการบาดเจ็บ การดูแลทางการแพทย์และการผ่าตัดขั้นพื้นฐาน ไม่ถูกต้อง ปัญหาทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากภาวะฉุกเฉิน การถูกทอดทิ้ง และโครงสร้างสังคมและการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventive Health Care) ล่มสลาย (9, 15, 16) นอกจากนี้ การบาดเจ็บที่รักษาไม่ดีหรือไม่ได้รับการรักษาอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตและพิการรุนแรงและถาวรโดยไม่จำเป็น (9, 17) หลายประเทศประมาณการว่า 1 ใน 4 ของความพิการเกิดจากการบาดเจ็บและการใช้ความรุนแรง (18) นอกจากนี้ มีการประมาณการว่า เด็กทุก 1 คนที่เสียชีวิตในเหตุขัดแย้งที่ใช้ความรุนแรง จะมีเด็ก 3 คนบาดเจ็บและพิการถาวร (11) การบาดเจ็บยังอาจเกิดจากภัยธรรมชาติ ซึ่งทำให้อาคารและโครงสร้างถล่ม เกิดน้ำท่วม มีฝุ่นฟุ้งกระจาย กระจกแตก ไฟฟ้าลัดวงจร และซากปรักหักพังหล่นใส่ ขณะที่การใช้ความรุนแรงและเหตุขัดแย้งอาจเป็นเหตุให้บาดเจ็บเนื่องจากการถูกข่มขืน ถูกทรมาน และใช้อาวุธ เช่น กัมระเบิดและระเบิดลูกปราย (Cluster Munitions) (19, 20)

ข้อมูลเพิ่มเติมที่ 1: คำศัพท์

ความพิการ

บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) ระบุว่า ความพิการหรือความลำบากในการทำงานของร่างกาย – มิใช่เรื่องทางชีวภาพหรือทางสังคมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล (12) ความพิการแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

- ความบกพร่องในการทำงานของร่างกายหรือโครงสร้างร่างกาย เช่น โรคต้อกระจก (Cataract) ทำให้แสงผ่านไม่ได้ จึงไม่สามารถรับรู้รูปแบบ รูปร่าง และขนาดของสิ่งเร้าทางสายตา (Visual Stimuli) ได้
- ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เช่น อ่านเขียนไม่ได้หรือเคลื่อนไหวไม่ได้
- ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม เช่น ไม่สามารถไปโรงเรียนได้

คนพิการ

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการระบุว่า “คนพิการ คือ ผู้มีความบกพร่องทางร่างกายจิตใจ สติปัญญา หรือประสาทสัมผัสในระยะยาว และเมื่อรวมกับอุปสรรคนานัปการ จะกีดขวางการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับผู้อื่น” (3) ดังนั้น คนพิการอาจหมายถึงรวมถึงคนที่ใช้รถเข็น คนตาบอด หรือคนหูหนวก คนที่มีความบกพร่องทางปัญญาหรือคนที่มีอาการสุขภาพจิต และคนที่มีความลำบากในการทำงานต่าง ๆ เนื่องด้วยอาการทางสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง โรคติดเชื้อ ความผิดปกติทางประสาท (Neurological Disorders) และผลอันเกิดจากการชราภาพ (1)

ภาวะฉุกเฉิน

ภาวะฉุกเฉิน คือ เหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่ต้องมีการปฏิบัติการเร่งด่วน มิใช่การปฏิบัติการปกติ ภาวะฉุกเฉินเกิดจากภัยธรรมชาติ (เช่น แผ่นดินไหว พายุ ไฟป่า น้ำท่วม คลื่นความร้อน และภัยแล้ง) โรคระบาดและโรคติดต่อ อุบัติเหตุจากรถเพลิงไหม้อาคาร ภัยจากสารเคมี รัังสี และเทคโนโลยี ความไม่มั่นคงทางอาหาร เหตุขัดแย้ง การประท้วง ภัยพิบัติอาจเป็นภาวะฉุกเฉินร้ายแรง ส่งผลให้ “ชุมชนหรือสังคมขงกันรุนแรง มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก มีความสูญเสียทางวัตถุ ทางเศรษฐกิจ หรือทางสิ่งแวดล้อม และส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ซึ่งเกินศักยภาพชุมชนและสังคมแห่งนั้นจะใช้ทรัพยากรของตนเพื่อรับมือภาวะฉุกเฉินดังกล่าว” (13)

การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน

“การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน” ในบางกรณีใช้คำว่า “การจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ” (Disaster Risk Management) หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบ โดยใช้การตัดสินใจทางการบริหาร องค์กร ทักษะเชิงปฏิบัติการ และศักยภาพในการดำเนินยุทธศาสตร์และนโยบาย และศักยภาพของสังคมและชุมชนในการรับมือปัญหาเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและทำให้ภัยอันตราย ภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติมีผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ดีขึ้น (13) ศักยภาพ ประกอบด้วย นโยบาย กฎหมาย ทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรทางการเงิน กลไกการวางแผนและการประสานงาน การจัดการสารสนเทศ การประเมินความเสี่ยง โครงสร้างพื้นฐานและโลจิสติกส์ การให้บริการ และการพัฒนาศักยภาพเพื่อป้องกันภัยอันตราย ลดความเสี่ยง เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน การตอบสนอง การฟื้นฟู และการฟื้นฟูประเทศและชุมชนที่ได้รับผลกระทบ (14) ดังนั้น เพื่อให้แนวทางในเอกสารฉบับนี้เข้าใจง่าย จึงขออธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติการต่าง ๆ ดังนี้

- **ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน:** การประเมินความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินระดับชาติและระดับชุมชน การลดภัยอันตรายและความเสี่ยง และการเตรียมพร้อม
- **ขณะเกิดภาวะฉุกเฉิน:** การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน
- **หลังภาวะฉุกเฉิน:** การฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟู การบูรณะ และการเปลี่ยนผ่านไปสู่การให้บริการครบวงจร รวมทั้ง การปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยงจะเกิดเหตุการณ์ซ้ำอีกในอนาคต

ภัยพิบัติทางธรรมชาติและเหตุขัดแย้งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น กระดูกหักท่อนเดียว กระดูกหักหลายท่อน หรือ กระดูกหักเชิงซ้อน (Complex Fractures) ไฟลวก บาดแผล การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injuries) การตัดแขนขา (Amputation) และการบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury) การบาดเจ็บเหล่านี้นำไปสู่ข้อจำกัดทางกาย และ/หรือ การรับรู้ เนื่องด้วยการบาดเจ็บของระบบประสาท (Neurotrauma) และความบกพร่องของประสาทสัมผัส (Sensory Impairments) เช่น ตาบอดและหูหนวก รวมทั้ง ปัญหาทางจิตและจิตวิทยา เช่น โรคซึมเศร้า (Depression) การวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorders) (18, 21)

เมื่อจำนวนคนพิการในชุมชนเพิ่มขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อระยะยาวและกว้างขวาง รวมทั้ง สร้างแรงกดดันรุนแรงต่อภาคส่วน สาธารณสุขและสังคม การมีระบบสาธารณสุขที่ทันเหตุการณ์และเหมาะสมช่วยลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่าง มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขมักชะงักงันระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งลดศักยภาพการดูแลหรือการรักษาผู้ป่วย เรื้อรังรายเดิมและผู้ป่วยรุนแรงจากภาวะฉุกเฉิน ดังนั้น การบริหารจัดการผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผล รุนแรงระยะยาว ทั้งทางกายภาพ ทางจิตวิทยา ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม แก่คนพิการและครอบครัวคนพิการ (9)

1.3 การจัดการภาวะฉุกเฉินส่งผลอย่างไรบ้างต่อคนพิการ

แม้ว่าความเสี่ยงและผลกระทบต่อคนพิการจะสูงมาก แต่การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินมักมองข้ามหรือละเลยความจำเป็น พื้นฐานหรือเป็นการเฉพาะของคนพิการ (11)

1.3.1 การระบุข้อมูลคนพิการ

มักไม่มีการระบุข้อมูลคนพิการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน การขาดข้อมูลที่แบ่งเป็นหมวดหมู่และการขาดการระบุ ข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคนพิการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจน การประเมินความจำเป็นและความ เสี่ยง “มองข้าม” คนพิการ นอกจากนี้ คนพิการยังประสบปัญหารุนแรงขึ้นหากชุมชนต้องอพยพหรือย้ายถิ่นฐาน ดังนั้น ถ้าไม่ มีข้อมูลและไม่ขึ้นทะเบียนไว้ คนพิการจะหมดโอกาสมีส่วนร่วมหรือได้ประโยชน์จากมาตรการเตรียมพร้อมและลดความเสี่ยง อื่นๆ จะไม่ได้รับการใด ๆ เช่น อาหาร น้ำ ที่หลบภัย และเครื่องนุ่งห่ม (2, 9, 22-24)

1.3.2 การรับฟังความเห็นหรือการเป็นตัวแทน (Consultation or Representation)

การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินมักไม่ได้รับฟังความเห็นคนพิการหรือไม่มีคนพิการเข้าร่วม และบ่อยครั้งคนพิการถูกกีดกันจากการบริหารจัดการและโครงสร้างผู้นำชุมชน (10) ดังนั้น จึงไม่มีการรับฟังความเห็นจากคนพิการหรือไม่มีคนพิการเข้าร่วมในการกำหนดแผนรับมือภาวะฉุกเฉิน อีกทั้ง แผนงานหลักด้านการศึกษา ความเป็นอยู่ และการบูรณะ ภายใต้โครงการลดความเสี่ยงและฟื้นฟูสภาพระยะยาวก็ไม่ครอบคลุมถึงคนพิการ และกลไกประสานงานไม่มีตัวแทนและบุคคล ที่เป็นผู้นำของคนพิการ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนกระทบต่อการแบ่งปันข้อมูล

1.3.3 การสนับสนุนเป็นการเฉพาะ (Specific Supports)

การตอบสนองความจำเป็นของคนพิการอาจล้มเหลวหากไม่คำนึงถึงการสนับสนุนคนพิการเป็นการเฉพาะ ทั้งนี้ นอกจากความจำเป็นอันเกี่ยวข้องกับคนพิการแล้ว คนพิการก็ต้องการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เช่น บริการสาธารณสุข เอกชนคนปกติ อีกทั้ง ในบริบทของภาวะฉุกเฉินคนพิการอาจต้องการการสนับสนุนเป็นการเฉพาะ เช่น คนพิการที่เสี่ยงเป็นไข้หรือคนพิการที่เดินไม่ได้อาจต้องการเครื่องนุ่งห่มหรือผ้าห่มเพิ่มเติม ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injuries) อาจต้องการอุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายสวนหลอดเลือด (Catheters) และยารักษาโรค เช่น โรคลมชัก (Epilepsy) ดังนั้น หากไม่จัดสรรและจัดหาโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรมนุษย์ และเงินทุนอย่างเหมาะสม คงไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นของคนพิการได้ทั้งหมด

1.3.4 ความรู้และทักษะ (Knowledge and Skills)

เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครไม่มั่นใจว่าจะสร้างความผูกพันกับคนพิการอย่างไร นอกจากนี้ ผู้ดูแลคนพิการอาจขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ที่ตนสามารถดำเนินการได้ในบริบทของภาวะฉุกเฉินเพื่อเป็นการสนับสนุนคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานการณ์ที่มีทรัพยากรจำกัด การสำรวจภาคสนามชี้ว่า เจ้าหน้าที่ด้านภาวะฉุกเฉินขาดความมั่นใจและศักยภาพในการดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อระบุปัญหา ชี้แนะเบี่ยง ให้การรักษา และสร้างความผูกพันกับคนพิการที่มีความพิการต่างกัน อีกทั้ง พบอุปสรรคด้านการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่การแพทย์กับคนพิการ (10) นอกจากนี้ ทัศนคติเชิงลบต่อคนพิการอาจส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจที่ใครจะเป็นผู้มีความสำคัญลำดับแรกในช่วงที่เกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจำกัดด้วยทรัพยากรและเวลา

1.3.5 การสร้างสัมพันธ์ (Engagement)

การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสร้างสัมพันธ์เชิงรุกกับคนพิการ จะช่วยลดความเสี่ยงของคนพิการและเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบายและหลักปฏิบัติต่าง ๆ (1, 4, 11, 25) เช่น ใช้ทรัพยากรด้านคนพิการ ให้องค์กรคนพิการ (Disabled People's Organizations หรือ DPOs) มีส่วนร่วม ส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง และเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับคนพิการ รวมทั้ง เพิ่มความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจของคนวงการสาธารณสุขทุกคน



14 แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการเพื่อสุขภาพ

2. การวางแผนงานเพื่อคนพิการในทุกภาคส่วนโดยคำนึงถึงสุขภาพเป็นการเฉพาะ

ความพิการ การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน และสุขภาพเป็นประเด็นเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ภาคผนวก 1 เป็นภาพรวมของหน้าที่และการปฏิบัติที่ทั่วไป ซึ่งต้องดำเนินการในทุกภาคส่วน/กลุ่มเพื่อให้ครอบคลุม ช่วยเหลือ และสนับสนุนคนพิการ หน้าที่ดังกล่าวสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีเนื้อหากว้างมาก และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระดับโลกในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อสุขภาพ (Global Framework on Emergency Risk Management for Health) (14) กรอบขององค์การอนามัยโลกในการเสริมสร้างระบบสุขภาพ (WHO Health System Strengthening Framework) และแนวปฏิบัติอื่น ๆ (16) ข้อมูลเพิ่มเติมที่ 2 อธิบายหลักการสำคัญเพื่อเป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งนี้ เนื้อหาในลำดับถัดไปจะอธิบายสิ่งที่คณวงการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการต้องดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินสำหรับคนพิการ และสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพในภาพรวม (Overall Health Outcomes)

2.1 นโยบาย กฎหมาย และยุทธศาสตร์

ธรรมาภิบาลเป็นสิ่งจำเป็นทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน เพราะช่วยให้อุ่นใจว่าการปฏิบัติด้านคนพิการและการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเป็นไปอย่างบูรณาการ ความเท่าเทียมสำหรับคนพิการจะเกิดขึ้นได้จริงถ้าพัฒนาและเสริมสร้างให้ธรรมาภิบาลระดับประเทศ (National-Level Governance) หลักการรับผิดชอบ (Accountability) และการเอาใจใส่คนพิการ (Oversight of Disability) เป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย ยุทธศาสตร์ กรอบกฎหมาย มาตรฐาน บริการ และแผนพัฒนาศักยภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน (30, 31) คณวงการสาธารณสุขสามารถทำงานร่วมกับคนพิการและองค์กรคนพิการในการรับฟังความเห็นและสร้างการมีส่วนร่วมด้านการพัฒนาและการปฏิบัติตามนโยบาย กฎหมาย มาตรฐาน และแผนป้องกันการเลือกปฏิบัติ ตลอดจน เสริมสร้างให้คนพิการได้รับความเสมอภาคในทุกภาคส่วนและในทุกด้านของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อสุขภาพ

ข้อมูลเพิ่มเติมที่ 2: หลักการสำคัญเพื่อเป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินที่ครอบคลุมถึงคนพิการ

ควรใช้หลักการ 4 ประการ ซึ่งที่มาจากหลักการในหนังสือ Sphere Handbook (29) และอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิคนพิการ (3) เป็นแนวทางการออกแบบและการดำเนินมาตรการการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินที่ครอบคลุมถึงคนพิการ ดังต่อไปนี้

ความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติ

การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินควรครอบคลุมทุกคนที่มีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนพิการ ซึ่งเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงสุด (29) การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ “หมายถึง ความแตกต่าง การกีดกัน การจำกัดด้วยเหตุแห่งความพิการ ซึ่งมุ่งประสงค์หรือมีผลให้เสื่อมเสียหรือไร้ซึ่งการยอมรับ การมี หรือการใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งปวงบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่นในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเป็นพลเมือง หรือด้านอื่น รวมถึงการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ รวมทั้ง การปฏิเสธการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผล”^b

การเข้าถึง

คนพิการควรสามารถ “เข้าถึง” สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การขนส่ง สารสนเทศและการสื่อสาร รวมถึง เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศและการสื่อสาร ตลอดจน สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่เปิดหรือจัดไว้เพื่อประชาชนทั่วไป ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ได้อย่างเท่าเทียมกับคนอื่น” (3)

การมีส่วนร่วมและศักดิ์ศรี

คนพิการมีสิทธิ์เข้าร่วมในการประเมิน การออกแบบ การปฏิบัติตาม และการติดตามผลของแผนรับมือภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ คนพิการควรตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รวมทั้ง ได้รับความยอมรับและความเคารพอย่างเท่าเทียมในฐานะพลเมืองและในฐานะมนุษย์ และได้มีส่วนร่วมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน

b. การช่วยเหลือที่สมเหตุสมผล (Reasonable Accommodation) หมายถึง การแก้ไขหรือการปรับปรุงที่จำเป็นและเหมาะสมโดยไม่สร้างภาระอันเกินควรหรือไม่ได้สัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีจำเป็น เพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการมีและใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งปวงอย่างเท่าเทียมกับผู้อื่น (3)

ความสามารถและศักยภาพ (Resourcefulness and Capacity)

คนพิการจำนวนมากมีความสามารถและศักยภาพเดิมอยู่แล้วที่จะมีส่วนร่วมได้อย่างโดดเด่นในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ คนพิการมีสิทธิได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือในการพัฒนาทักษะ ความรู้ และศักยภาพที่จำเป็นต่อการเตรียมตัวและการป้องกันตัวเองจากภัยอันตราย รวมทั้ง การสร้างศักยภาพสูงสุดให้คนพิการในการเอาตัวรอดและการฟื้นฟูหลังภาวะฉุกเฉิน

2.2 การจัดการทรัพยากร

2.2.1 ทรัพยากรทางการเงิน

ทุนสนับสนุนที่ยั่งยืนจะช่วยให้คนพิการในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากขึ้นและต่อเนื่อง รวมทั้ง รองรับการพัฒนารอบทางยุทธศาสตร์และทางนโยบายระดับชาติว่าด้วยคนพิการอีกด้วย

มาตรการเฉพาะหรือมาตรการเพิ่มเติมเพื่อคนพิการอาจถูกละเลยได้ ยกเว้น การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินในทุกด้านจะได้รับทุนสนับสนุนเป็นการเฉพาะทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ดังนั้น การวางแผนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ต้องอยู่บนพื้นฐานของการประเมินที่ครอบคลุมถึงคนพิการ เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดสรรทุนสำหรับกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการสอดคล้องกับงบประมาณและคำขอทุนสนับสนุนในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Funding Appeals)

จำเป็นต้องมีทุนสนับสนุนในทุกด้านของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อ:

- ให้มีทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อการประเมินความเสี่ยงและการประเมินความจำเป็น รวมทั้ง การจัดเก็บข้อมูลคนพิการ โดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินโดยมีประชากรเป็นฐาน (Population-based Assessments)
- จัดให้มียารักษาโรค อุปกรณ์ช่วยเหลือ และสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร (Non-Food Items) ไว้เป็นการเฉพาะสำหรับคนพิการ
- นำส่งคนพิการไปยังสถานบริการสาธารณสุข
- จัดให้มีบริการส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทางและแพทย์วิชาชีพ
- จัดกิจกรรมภาคสนาม (Outreach Activity) ในชุมชน ที่หลบภัย และค่ายพักพิง
- การวางแผน การช่วยเหลือ และการติดตามผลของการส่งต่อและการออกจากโรงพยาบาล
- ควรวางแผนและจัดหาทุนไว้แต่เนิ่น ๆ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation หรือ CBR)
- ฝึกอบรมและสร้างความตระหนัก (Sensitization) ของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และองค์กรคนพิการ
- ก่อสร้างและบูรณะอาคารให้คนพิการสามารถเข้าถึงได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน
- นำนวัตกรรมและการวิจัยไปใช้ในการออกแบบที่หลบภัย สถานบริการสาธารณสุข และอาคารต่าง ๆ รวมทั้ง การให้บริการ ซึ่งคนพิการสามารถเข้าถึงได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน

2.2.2 ทรัพยากรมนุษย์

เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจากทุกภาคส่วนมักไม่ตระหนักถึงคนพิการและไม่มั่นใจในการปฏิบัติภารกิจที่มีประสิทธิภาพ (6, 11) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านคนพิการอาจขาดประสบการณ์ในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ขณะที่คณะทำงานในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Teams) อาจไม่ได้ดำเนินการส่งต่อ เนื่องจากอาจขาดความรู้ด้านสิทธิคนพิการ ไม่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการที่เหมาะสมแก่คนพิการ หรือไม่ได้ตระหนักถึงบริการคนพิการด้วยผู้เชี่ยวชาญระดับท้องถิ่น (Local Specialist Disability Services) (10) ดังนั้น การเพิ่มพูนความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับคนพิการให้แก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจากภาคส่วน/กลุ่มต่าง ๆ จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยงและภัยอันตราย การเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นสภาพโดยเร็ว (Early Recovery) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในระหว่างที่เกิดภาวะฉุกเฉินร้ายแรง เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครก็ควรทราบข้อมูลโดยสังเขปและตระหนักถึงลำดับความสำคัญของปัญหาและความจำเป็นของคนพิการ

ก่อนและหลังภาวะฉุกเฉิน (การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและแผนงานต่อเนื่องด้านคนพิการและสุขภาพ (Ongoing Health and Disability Programmes^c) เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้อง

- สร้างแผนพัฒนาเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และอาสาสมัครมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะมากขึ้นเกี่ยวกับคนพิการ เช่น ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่หลัก (Mainstream Staff) และการว่าจ้างเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ
- กำหนดให้ประสบการณ์การทำงานกับคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะตำแหน่งงาน (Job Descriptions) และการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีศักยภาพหลัก (Core Competence) ในการปฏิบัติงานกับคนพิการ (ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ 3) และมีศักยภาพในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน

หลักสูตรฝึกอบรม (Training Curricula) –ให้ใช้เอกสารฉบับนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาทั้งหลักสูตรใหม่หรือหลักสูตรเดิมเท่าที่เป็นไปได้ โดยมีคนพิการให้การสนับสนุน ทั้งนี้ การฝึกอบรมอาจเป็นการปฐมนิเทศครั้งวันเกี่ยวกับศักยภาพหลักของคนพิการ (ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ 3) และการสัมมนาบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องวิธีปฏิบัติต่อสภาพความพิการที่มีความเฉพาะตัว (Protocols for Specific Disabling Conditions) ซึ่งภาวะฉุกเฉินอาจยิ่งซ้ำเติมความพิการ (ดูที่ภาคผนวก 4)

ระหว่างภาวะฉุกเฉิน เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้อง

- มีนักวิชาชีพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Professionals) อยู่ในคณะทำงานในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้สามารถระบุความจำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพและทำการฟื้นฟูสมรรถภาพได้โดยเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ว่าจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านคนพิการ เพื่อสนับสนุนทางเทคนิคในการช่วยเหลือคนพิการ และปรับปรุงบริการสาธารณสุขเดิม หรือจัดให้มีบริการสาธารณสุขใหม่ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้

^cเนื้อหานี้มีที่มาจากสิ่งพิมพ์ต่อไปนี้ “WHO Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management”; “the American Medical Association’s Core competencies for disaster medicine and public health” และ “Women’s Refugee Commission’s Resource kit for fieldworkers” (10, 30-32).

- จัดการฝึกอบรมระยะสั้นแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการ แสดงตัวอย่างภาคปฏิบัติให้เห็นว่าจะให้การสนับสนุนคนพิการได้อย่างไรบ้าง และทำให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

ข้อมูลเพิ่มเติมที่ 3: ความสามารถหลักที่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการพึงมี

- มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบสำคัญของภัยอันตรายและภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับคนพิการ
- ใช้รูปแบบที่เข้าถึงง่ายในการสื่อสารกับคนพิการ
- มีทัศนคติและหลักปฏิบัติที่ไม่เป็นการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ
- มีความเข้าใจถึงความจำเป็นทั่วไปและความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการ
- ให้บริการต่าง ๆ ด้วยความช่วยเหลือที่สมเหตุสมผล ตามความจำเป็นของคนพิการ
- มีความตระหนักถึงทรัพยากรเพื่อคนพิการ เช่น คลินิกเฉพาะทาง ระบบส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทาง
- มีความรู้และความตระหนักถึงสิทธิคนพิการ เช่น สถานบริการสาธารณสุขเคารพความเป็นส่วนตัว (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้หญิง) การรักษาความลับผู้ป่วย และการได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครองผู้ป่วย (ในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นเด็ก)

แม้ว่าการฝึกอบรมไม่อาจทำได้ระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉินร้ายแรง แต่การให้ข้อมูลโดยสังเขปจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ตระหนักมากขึ้น ลดความเสี่ยงของคนพิการ และเพิ่มคุณภาพของบริการ ทั้งนี้ ข้อมูลโดยสังเขปอาจมีเนื้อหา ดังนี้

- ประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึง เช่น การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือสื่อสาร
- ความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการ เช่น ความจำเป็นด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ ยารักษาโรค การจัดทำทางและท่านอนที่เหมาะสม (Appropriate Positioning and Bedding) และการป้องกันคนพิการจากการถูกระทำรุนแรง เช่น ความรุนแรงทางเพศ

เมื่อสถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติแล้ว อาจเริ่มการฝึกอบรมต่าง ๆ ดังที่อธิบายไว้ข้างต้นต่อไป

2.3 การวางแผนและการประสานงาน

การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ความพิการ และสุขภาพเป็นประเด็นพหุสาขาวิชาและเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทำให้ภาคส่วนและกระทรวงต่าง ๆ ทุกระดับ คือ ระดับชุมชน ระดับภูมิภาค (Sub-National) ระดับชาติ และระดับนานาชาติ ต้องแสดงบทบาทนำและมีการประสานงานภายในและระหว่างกัน กลไกการประสานงานสอดคล้องกับบริบทในแต่ละประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุขในบางประเทศรับผิดชอบเรื่องคนพิการ แต่บางประเทศคนพิการอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสวัสดิการสังคม นอกจากนี้ หลายประเทศมีคณะกรรมการระหว่างภาคส่วนเพื่อการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน (Intersectoral Emergency or Disaster Risk Management Committees) และหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ (Disaster Risk Management Agency) ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ ต้องมีกลไกและหน่วยประสานงานภาคส่วนสาธารณสุข (Health Sector Coordination Mechanisms and Units) เพื่อประสานโยบายการประเมินผล การวางแผน และการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ และเพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานกับภาคส่วนอื่น นอกจากนี้ โดยทั่วไป กลไกประสานงานระดับสากลมองว่าประเด็นคนพิการเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม และอยู่ภายในกลไกการได้รับทุนสนับสนุน (Funding Mechanism) เช่น ขั้นตอนระดมทุนเพื่อมนุษยธรรม (Consolidated Appeal Processes) และ ความช่วยเหลือฉุกเฉิน (Flash Appeals) (33)

ต้องมีกลไกประสานงานเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่าง ๆ สามารถประชุมและประสานงานด้านแผนและการปฏิบัติการด้านคนพิการ อย่างไรก็ตาม อาจมีผู้เกี่ยวข้องหลายรายรับผิดชอบประเด็นคนพิการเป็นการเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขนาดใหญ่ ดังนั้น ควรตั้งกลุ่มประสานงานแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วนในการปฏิบัติงานด้านคนพิการ (Single, Intersectoral Disability Coordination Group) โดยกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบให้ชัดเจน ผู้นำและสมาชิกกลุ่มต้องเป็นตัวแทนองค์กรท้องถิ่นจากภาคส่วนคนพิการ หน่วยงานที่มีบทบาทนำควรมีความรู้เกี่ยวกับคนพิการ และมีทักษะการประสานงานแบบบูรณาการเพื่อไม่ให้ถูกภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งครอบงำ นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนที่ให้การคุ้มครองคนพิการ/สวัสดิการสังคมและสาธารณสุข (Health and Social Welfare/Protection Sectors) ควรทำหน้าที่ประสานร่วมในการประชุมกลุ่มประสานงานระหว่างภาคส่วนในการปฏิบัติงานด้านคนพิการ ภายใต้การนำของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง แต่หากเป็นสถานการณ์ผู้ลี้ภัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยบริการระดับชุมชน (Community-level Services) และข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations High Commissioner for Refugees) ทำหน้าที่ประสานร่วมในการประชุม

ในภาวะฉุกเฉินขนาดเล็ก คนพิการมักเป็นองค์ประกอบแบบบูรณาการ (Integrated Component) ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ไม่ว่าจะรายหน่วยงานหรือรายภาคส่วน ดังนั้น แต่ละภาคส่วน/กลุ่มควรกำหนดประเด็นหลัก (Focal Points) เกี่ยวกับคนพิการ และผู้เกี่ยวข้องกับประเด็นหลักอาจมีการประชุมสม่ำเสมอและส่งเสริมให้บูรณาการประเด็นคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของกลไกประสานงานระหว่างภาคส่วน โดยมีกระบวนการอำนวยความสะดวกด้านการสื่อสารและการส่งต่อไปยังภาคส่วนต่าง ๆ

2.4 การจัดการสารสนเทศและความรู้

2.4.1 การจัดการสารสนเทศสุขภาพ

การจัดการสารสนเทศเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อคนพิการและการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ดังนั้น ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems หรือ HIS) ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับชุมชน ซึ่งมีข้อมูลสาธารณสุขของคนพิการย่อมจะเป็นประโยชน์ เนื่องจากใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน การวางรูปแบบ และการดำเนินแผนงาน ทั้งก่อนและหลังภาวะฉุกเฉิน และเป็นพื้นฐานในการจัดการสารสนเทศระหว่างที่เกิดภาวะฉุกเฉินได้อีกด้วย

ถ้าเป็นไปได้ ระบบสารสนเทศสุขภาพที่ครอบคลุมถึงคนพิการ ควรประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้

- วิธีการและกระบวนการในการจัดเก็บ การวิเคราะห์ การตีความ และการใช้ข้อมูลสาธารณสุขของคนพิการ
- ข้อมูลคนพิการ ที่จัดหมวดหมู่ตามอายุ เพศ และความพิการ (หากเป็นไปได้ ให้ระบุว่าเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ) และรายละเอียดที่อยู่ของคนพิการ
- ระบบตรวจสอบการบาดเจ็บ (Injury Surveillance System) โดยอิงกับระบบขององค์การอนามัยโลกในการจำแนกการบาดเจ็บ รวมทั้ง มีสัญลักษณ์แสดงข้อมูล (Data Marker) เพื่อระบุข้อมูลคนพิการได้อย่างถูกต้อง
- กลไกการแบ่งปันข้อมูลสาธารณสุขของคนพิการ ในส่วนที่เป็นข้อมูลไม่ลับ โดยข้อมูลมีรูปแบบที่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง กลุ่มประสานงาน และภาคส่วนต่าง ๆ สามารถเข้าถึงได้

ข้อมูลสำคัญอื่น ๆ ที่ช่วยในการวางแผนและการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมถึงคนพิการเพื่อเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ข้อมูลประเภทและปริมาณการรักษา อุปกรณ์ (เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือ) และการสนับสนุน ซึ่งเคยจัดให้หรือกำลังจัดให้กับคนพิการ นอกจากนี้ ควรมีข้อมูลภาวะฉุกเฉินที่เคยเกิดในอดีต เช่น การวินิจฉัยผิดพลาด (Misdiagnosis) และการรักษาผิดพลาด (Mistreatment) ที่เกิดกับคนพิการ มาตรการทางการแพทย์ไม่เหมาะสม (Unwarranted Medical Interventions) เช่น การตัดแขนขา การดูแลรักษากระดูกหักด้วยวิธีไม่ถูกต้อง และการจัดการกับบาดแผล อันส่งผลให้เกิดความพิการถาวร เพื่อใช้ปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาให้ดียิ่งขึ้น

2.4.2 การประเมิน

การประเมินในทุกขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินควรคำนึงถึงประเด็นคนพิการ แม้ว่าการประเมินความเสี่ยงและการประเมินความจำเป็นจะความทันสมัย แต่ก็พบข้อบกพร่องด้านการจัดเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพและการนำมาใช้กับคนพิการ ดังนั้น การคาดหวังว่าจะนำแนวทางที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ไปปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นจึงน่าจะเป็นไปได้มากกว่าการคาดหวังว่าการประเมินแบบบูรณาการ ที่ครอบคลุมประเด็นคนพิการ (Comprehensive Disability-Inclusive Assessments) จะเกิดขึ้นจริง

การประสานงานด้านการประเมินความพิการต้อง

- ทราบเป็นลำดับแรกว่าได้มีการประเมินสุขภาพและคนพิการในด้านใดไปแล้วบ้าง ให้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินที่ได้ทำไว้เดิม และทำการประเมินภาคสนามเพิ่มเติมเกี่ยวกับคนพิการ เพื่อหาข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมส่วนที่ยังขาดหายไป

- วางแผนว่าควรจัดเก็บข้อมูลคนพิการด้านใดบ้าง และควรจัดเก็บเมื่อใด อย่างไร และใครเป็นผู้จัดเก็บ
- สร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับคนพิการเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลได้ (ดูที่ “บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ” ข้อมูลเพิ่มเติมที่ 1)
- รวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับคนพิการ ซึ่งองค์กรต่าง ๆ ในหลายพื้นที่จัดเก็บไว้
- แบ่งปันผลการวิเคราะห์และผลที่ได้รับ (Outputs) เพื่อให้ทุกองค์กรใช้เป็นพื้นฐานร่วมกันสำหรับวางแผนด้านการปฏิบัติต่าง ๆ

คนพิการ ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ และ/หรือ องค์กรตัวแทนผู้พิการ ควรมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินตั้งแต่ระยะแรกสุดเท่าที่เป็นไปได้ ประสบการณ์ตรงของคนพิการจะช่วยให้ทราบถึงประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับคนพิการ ผลกระทบเชิงลบของการประเมิน/การสำรวจ และเป็นคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคนพิการสามารถเข้าถึงได้ แม้ว่ามีความพิการต่างกันก็ตาม ยุทธศาสตร์เหล่านี้ช่วยแก้ไขการกีดกันคนพิการ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในบางชุมชน เช่น การไม่ยอมรับคนพิการ หรือการปฏิเสธการมีอยู่ของคนพิการ

ผู้รับผิดชอบการประสานงานด้านการประเมินคนพิการควรทำให้มั่นใจเท่าที่เป็นไปได้ว่า ข้อมูลตามที่ระบุในภาคผนวก 2 มีเนื้อหาครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉิน

ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน

โดยปกติแล้ว การประเมินความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับชุมชน มักอยู่ในรูปของกิจกรรมหลายภาคส่วน (Multisectional Activity) ภายใต้องค์กรที่รับผิดชอบการประสานงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง เช่น หน่วยงานจัดการภาวะฉุกเฉินระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ ภาคส่วนสุขภาพมักมีส่วนร่วมในการประเมินเหล่านี้ และอาจทำการประเมินความเสี่ยงเหตุฉุกเฉินทางสุขภาพอีกด้วย นอกจากนี้ ควรใช้การประเมินเป็นข้อมูลในการปฏิบัติการทั้งหมดด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน และนำข้อมูลคนพิการที่ได้จากการตรวจสอบสุขภาพตามปกติ (Routine Health Survey) การประเมินความพิการ (Disability Risk Assessments) (คนพิการและผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์) การทำแผนที่ทรัพยากร (Resource Mapping) และการศึกษาขั้นพื้นฐาน (Baseline Studies) มาใช้ประโยชน์ในการประเมินความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ดังนั้น เอกสารฉบับนี้แนะนำเป็นอย่างยิ่งให้ปรับใช้รูปแบบชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วม (Participatory, Community-based Approaches) เพราะว่าเป็นสิ่งสำคัญที่นโยบายภัยพิบัติระดับชาติ ยุทธศาสตร์การตัดสินใจ และการประเมินความเสี่ยง ต้องครอบคลุมถึงคนพิการ ผู้สนับสนุนคนพิการ (Support Persons) และ/หรือ องค์กรที่เป็นตัวแทนคนพิการ (4, 6, 34-36)

การประเมินความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ และการประเมินหลายภาคส่วนก่อนเกิดภัยพิบัติ ควรครอบคลุมถึงคนพิการ เพราะว่าการประเมินดังกล่าวช่วยให้

- ทราบถึงจำนวนคนพิการในชุมชน
- ทราบถึงความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม ทรพยาการและโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นั้น ๆ และข้อบกพร่องของบริการต่าง ๆ ที่จัดไว้เพื่อคนพิการ รวมทั้ง โอกาสจะเสริมสร้างศักยภาพในด้านต่าง ๆ
- ทราบถึงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ประชาชนกลุ่มย่อย (Sub-Populations) และกลุ่มซึ่งคนพิการมีความเสี่ยงสูงสุด
- ทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับอุปสรรคทางกายภาพ ทางสังคม และทางเศรษฐกิจ รวมทั้ง อุปสรรคอื่น ๆ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงให้กับคนพิการ หรือส่งผลกระทบต่อคนพิการในการเข้าถึงบริการในบริบทของภาวะฉุกเฉิน รวมทั้ง วิธีลดหรือจัดอุปสรรคต่าง ๆ
- สนับสนุนและเสริมสร้างความรู้และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงของคนพิการ รวมทั้ง เพิ่มความปลอดภัยทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน
- อำนวยความสะดวกในการวางแผนตอบสนองและกลไกการแจ้งเตือนล่วงหน้า ซึ่งครอบคลุมถึงคนพิการ ตลอดจนทำให้แผนการต่าง ๆ มีความเหมาะสม ความครอบคลุม และประสิทธิภาพมากขึ้น
- จัดให้มีข้อมูลพื้นฐานที่ละเอียดขึ้นและจัดเป็นหมวดหมู่เพื่อใช้ในการประเมินต่าง ๆ ระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการจัดเก็บข้อมูลทำได้ยาก (หากเป็นไปได้ ควรบูรณาการการประเมินให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสารสนเทศสาธารณสุข)
- ทำให้คนวงการสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบด้านภาวะฉุกเฉินมีความตระหนักและความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับคนพิการ และมีความรับผิดชอบร่วมกัน (Shared Commitment) ในการสร้างแนวปฏิบัติแบบบูรณาการ (1, 4, 22-25, 34, 35, 37)

การประเมินความเสี่ยงทำให้ทราบว่าคนพิการที่อยู่ระหว่างอพยพ (Migrant) และเคลื่อนย้าย (Mobile) รวมทั้ง ประชากรที่เข้าถึงยาก (Hard-to-Reach Populations) เผชิญความเสี่ยงใดบ้าง นอกจากนี้ การระบุตัวคนพิการในระบบทะเบียนผู้อพยพ หรือผู้พลัดถิ่น ณ พื้นที่ต้นทาง พื้นที่กลางทาง หรือพื้นที่ปลายทาง ยังจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินอีกด้วย

ระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉิน

โดยทั่วไป คู่มือและแนวทางการประเมินภาวะฉุกเฉินมีเนื้อหาเกี่ยวกับคนพิการน้อยมาก (29) อย่างไรก็ตาม สามารถนำเครื่องมือที่มีอยู่มาปรับใช้เพื่อให้ครอบคลุมถึงคนพิการ (ดูภาคผนวก 3) และการพัฒนาเครื่องมือใหม่ก็ควรครอบคลุมถึงคนพิการเช่นกัน

การประเมินระยะแรกของภาวะฉุกเฉินต้องสั้นที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ แต่อาจมีข้อจำกัด ดังนี้

- ข้อจำกัดด้านโลจิสติกส์

- ข้อจำกัดด้านเวลา
- พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบเข้าถึงยาก
- ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อป้องกันไม่ให้มีข้อมูลเชิงปริมาณมากเกินไป

การทำประเมินแบบเร่งด่วนมักมีปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลคนพิการไม่ละเอียดและอาจไม่ได้ข้อมูลที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ ต่อแผนงานระยะแรกในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ โดยส่วนใหญ่ การประเมินซึ่งมุ่งเน้นคนพิการมักใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือหลาย เดือนหลังจากภาวะฉุกเฉินขนาดใหญ่ผ่านพ้นไปแล้ว

หากเป็นไปได้ ควรบูรณาการคำถามสำคัญ ๆ เกี่ยวกับคนพิการ (ดูภาคผนวก 3) ให้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือประเมินโดย เร่งด่วนเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน อันเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งระดับประเทศและระดับโลก (National and Global Multisectoral Emergency Rapid-Assessment Tools) เช่น คำถามเกี่ยวกับคนพิการในเครื่องมือมาตรฐานเพื่อการประเมิน แบบหลายภาคส่วน ที่เรียกว่า “การประเมินเบื้องต้นอย่างเร่งด่วนโดยหลายกลุ่ม/ภาคส่วนของคณะกรรมการถาวรระหว่าง หน่วยงาน” (Inter-Agency Standing Committee’s Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment หรือ MIRA) (38) ซึ่งเป็นการประเมินระดับโลก เครื่องมือนี้สะท้อนภาพรวมของภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ทราบถึงผลกระทบของภาวะ ฉุกเฉิน ประเมินความจำเป็นเบื้องต้น และวางลำดับความสำคัญของการปฏิบัติการในสัปดาห์แรก ๆ ของการตอบสนองภาวะ ฉุกเฉิน ทั้งนี้ โดยทั่วไปแล้ว เครื่องมือระดับประเทศ (National Tools) และ “การประเมินเบื้องต้นอย่างเร่งด่วนโดยหลาย กลุ่ม/ภาคส่วนของคณะกรรมการถาวรระหว่างหน่วยงาน” มีขอบเขตและจุดประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้น จึงควรปรับใช้ เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือดังกล่าวครอบคลุมถึงคนพิการ และควรบูรณาการประเด็นคนพิการให้เป็นส่วนหนึ่งของการ ประเมินที่ละเอียดมากขึ้น ซึ่งดำเนินการโดยภาคส่วนต่าง ๆ เนื่องจากรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปของภาวะฉุกเฉิน ประชาชน จึงต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงเช่นกัน

หลังภาวะฉุกเฉิน

อาจมีการสำรวจเชิงลึกแบบภาคส่วนเดียวและหลายภาคส่วน (Multisectoral and Sectoral In-Depth Surveys) หลังจากได้ ตอบสนองที่สำคัญและจำเป็นต่อภาวะฉุกเฉินแล้ว เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการตอบสนองทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และใช้ เป็นข้อมูลในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยมีชุมชนเป็นฐาน ทั้งนี้ การเข้าใจความจำเป็นและศักยภาพคนพิการได้ อย่างละเอียดและมีส่วนร่วมอาจสร้างผลลัพธ์ต่าง ๆ เช่น บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางสาธารณสุขที่เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน ข้อมูลสุขภาพในรูปแบบของสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ นโยบายที่มีความครอบคลุม การฝึกอบรมและการเพิ่มความตระหนักให้กับ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน อันจะมีส่วนช่วยลดการเลือกปฏิบัติได้ (40)

“ระบบแผนที่กลุ่มสาธารณสุขโลกเพื่อแสดงการมีอยู่ของทรัพยากรทางสาธารณสุข” (Global Health Cluster’s Health Resource Availability Mapping System หรือ HeRAMS) เป็นเครื่องมือการประเมินระดับโลก ที่อาจนำมาปรับใช้ได้ (41) ซึ่งรองรับการจัดเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสริมสร้างหลักปฏิบัติที่ดีในการจัดทำแผนที่ทรัพยากรและบริการ สาธารณสุข ระบบดังกล่าวกำหนดให้มีรายการตรวจสอบด้านบริการสาธารณสุข (Health Care Checklist) ที่สอดคล้องกับ ระดับการดูแลรักษาและภาคส่วนย่อยทางสาธารณสุข (Health Sub-Sector) เพื่อให้บริการ ณ แต่ละจุดบริการ โดยมีสถาน บริการสาธารณสุข/คลินิกเคลื่อนที่/ชุมชนเป็นฐาน

^dดูที่สิ่งพิมพ์เรื่อง “Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER)” (39)

การประเมินความจำเป็นหลังภัยพิบัติและเหตุขัดแย้งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวางแผนการฟื้นฟูในระยะยาว ดังนั้น การประเมินควรครอบคลุมถึงคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับโอกาสมากที่สุด ทำให้ระบบและบริการแก่คนพิการมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นมาตรการลดความเสี่ยงส่วนบุคคลหากเกิดเหตุการณ์ซ้ำอีกในอนาคต (42)

2.4.3 การสื่อสาร

การมี การเข้าถึง และความต่อเนื่องของการสื่อสารถือว่ามีควมสำคัญลำดับแรกต่อการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินของทุกภาคส่วนและทุกฝ่าย ดังนั้น คนพิการต้องสามารถเข้าถึงการสื่อสารได้ทุกรูปแบบ เช่น การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง การแจ้งเตือนล่วงหน้า กระบวนการอพยพและแผนตอบสนองภาวะฉุกเฉิน

ต้องมีกลไกการสื่อสารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิมและสามารถเข้าถึงได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ดังนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องจัดให้มีบริการเหล่านี้ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นการให้การสนับสนุน เป็นโอกาสเพิ่มความตระหนัก และช่วยให้องค์กรและบุคคลทั่วไปมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงระดับชุมชนและระดับบุคคล

ผู้เกี่ยวข้องต้องมั่นใจว่าการสื่อสารมีรูปแบบที่คนพิการสามารถเข้าถึงได้และใช้งานได้ทันที แม้ว่าจะมีความพิการต่างกัน เช่น ความพิการทางการมองเห็น การได้ยิน และสติปัญญา ทั้งนี้ การสื่อสารในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ ภาษาสัญลักษณ์รูปภาพ ภาษาเรียบง่าย การพูดซ้ำ ๆ การสาธิตแทนการอธิบาย สื่อวีดิทัศน์ อักษรเบรลล์ และการใช้ตัวหนังสือขนาดใหญ่

2.5 โครงสร้างพื้นฐานและโลจิสติกส์

2.5.1 สถานบริการสุขภาพ ที่หลบภัย และที่ตั้งถิ่นฐาน

คนพิการมักพบอุปสรรคในการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและที่หลบภัยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ดังนั้น ต้องมีการวางแผน การออกแบบ และการพัฒนาเพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ที่หลบภัย และที่ตั้งถิ่นฐานได้ รวมทั้ง ตอบสนองความจำเป็นของคนพิการในด้านสุขภาพ ความปลอดภัย ความมั่นคง และการมีส่วนร่วมทางสังคม

ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน คนพิการก็มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ อยู่แล้ว แต่ภาวะฉุกเฉินยิ่งซ้ำเติมอุปสรรคดังกล่าว ดังนั้น หากเป็นไปได้ ควรมีการออกแบบสถานบริการสาธารณสุขแห่งใหม่และปรับปรุงสถานบริการสาธารณสุขแห่งเดิม ไว้ตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ การวางแผนสร้างสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้ง ที่หลบภัยถาวรและชั่วคราว ก็ควรคำนึงถึงหลักการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) เพื่อให้คนพิการและผู้สูงอายุเข้าถึงโดยสะดวกที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

การออกแบบ การบูรณะ และการสร้างสถานบริการสาธารณสุขทดแทนหลังภาวะฉุกเฉินเป็นโอกาสที่จะทำให้มั่นใจว่าสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าว “สร้างแล้วดีกว่าเดิม” เพื่อให้คนพิการทุกคนเข้ารับบริการรักษาได้ไม่ว่าในภาวะปกติ หรือภาวะฉุกเฉิน

2.5.2 เครื่องมือทางสาธารณสุข (Health Supplies) และโลจิสติกส์

อาจปรับใช้กระบวนการปกติในการจัดหาการรักษาโรคและเวชภัณฑ์เพื่อให้มั่นใจว่าบัญชีอุปกรณ์และยารักษาโรคจำเป็น (Essential Medicine and Equipment Lists) ชุดอุปกรณ์สาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Health Kits) และคลังเก็บอุปกรณ์ (Stockpiles) มีสิ่งจำเป็นต่อคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจมีการปฏิบัติการดังต่อไปนี้

- ให้รวมอุปกรณ์ (Supplies) ที่จำเป็นของคนพิการไว้ในบัญชี (List) และชุดอุปกรณ์ (Kits) ระดับชาติและระดับสากล เช่น บัญชีอุปกรณ์และยารักษาโรคจำเป็นที่ได้มาตรฐานและชุดอุปกรณ์สาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ “บัญชีขององค์การอนามัยว่าด้วยอุปกรณ์จำเป็นในภาวะฉุกเฉิน” (WHO Essential Emergency Equipment List)^๑ ได้ระบุสิ่งจำเป็นของคนพิการไว้
- ประเมินความจำเป็นที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นของคนพิการเพื่อให้ทราบว่าคุณภาพความต้องการเครื่องมือทางสาธารณสุขใดบ้างในภาวะฉุกเฉิน
- ตรวจสอบว่ามีเครื่องมือทางสาธารณสุขเพียงพอต่อภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความต้องการสูงขึ้น เช่น ยาสำหรับโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น (Juvenile Diabetes) ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว โรคลมชัก วิกฤตจิต และโรคซึมเศร้า สิ่งที่ไม่ใช่อาหาร ได้แก่ ผ้าปูเตียง เบาะนอน พูก กระจก ชุดอุปกรณ์สุขอนามัย (Hygiene Kits) อุปกรณ์ที่ปรับให้เหมาะกับคนพิการในการปรุงและตัดอาหาร ตลอดจน อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือ หมอนอน (Bedpan) และสายสวนหลอดเลือด
- สร้างคลังเก็บเครื่องมือในภาวะฉุกเฉิน/คลังชั่วคราวในพื้นที่ปลอดภัยเพื่อเก็บรักษาการรักษาโรคที่จำเป็น สิ่งของที่ไม่ใช่อาหาร และอุปกรณ์ต่าง ๆ

2.6 การให้บริการ

เชื่อว่าความจำเป็นทางสุขภาพของคนพิการจะเป็นเรื่องความพิการแต่เพียงอย่างเดียว แม้ว่าคนพิการจะมีความจำเป็นที่มีลักษณะเฉพาะอันเกี่ยวกับความพิการ แต่คนพิการก็มีความจำเป็นทั่วไปทางสุขภาพเช่นคนทั่วไป ดังนั้น คนพิการจึงต้องสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับคนปกติ นอกจากนี้ การที่คนพิการมีศักยภาพและความจำเป็นต่างกัน การสนับสนุนด้านการตอบสนองความจำเป็นของคนพิการจึงมีลักษณะและจำนวนที่ต่างกันไปในคนพิการแต่ละรายเช่นกัน (29)

ควรจัดให้มีบริการที่เข้าถึงตัวคนพิการ ณ สถานที่ที่คนพิการอาศัยอยู่ เช่น ที่หลบภัยระหว่างอพยพ ค่ายพักพิง บ้านพัก สถานสงเคราะห์ และโรงเรียนประจำ นอกจากนี้ อาจใช้รูปแบบที่หลากหลายควบคู่กับรูปแบบหลัก (Mainstream Settings) ในการแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ (เช่น อุปสรรคทางกายภาพ อุปสรรคทางการสื่อสาร และอุปสรรคทางข้อมูล) ซึ่งคนพิการอาจประสบระหว่างที่พยายามจะเข้าถึงบริการต่าง ๆ ทั้งนี้ การช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลตามที่ระบุในมาตรา 2 ของอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิคนพิการ (3) ถือเป็นรูปแบบทั่วไป (Common Approach) รูปแบบหนึ่ง

^๑ดูที่ลิงก์พิมพ์ “WHO’s Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care Toolkit” (17)

ภาคผนวก 4 เป็นภาพรวมของการปฏิบัติการต่าง ๆ ของคนวงสาธารณสุขเพื่อให้มั่นใจว่าบริการสาธารณสุขภายใต้การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน:

- คนพิการสามารถเข้าถึงได้
- ตอบสนองความจำเป็นด้านความพิการของคนพิการเป็นการเฉพาะ
- ป้องกันภาวะสุขภาพที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ควรนำแนวปฏิบัติฉบับนี้ ซึ่งได้บูรณาการประเด็นคนพิการให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการหลักด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน มาใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติและมาตรฐานทั้งหลายในภาคส่วนสาธารณสุข เช่น โครงการ “The Sphere Project” (29) ทั้งนี้ การปฏิบัติการต่าง ๆ ในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน และการตอบสนอง เป็นรูปแบบที่ปรับปรุงมาจากหลักปฏิบัติที่ดีตามปกติ (Routine Good Practice) ในการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง (Ongoing and Development Health Work) ซึ่งครอบคลุมถึงคนพิการเช่นกัน

ภาคผนวก 5 เป็นภาพรวมของการปฏิบัติการด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อให้มั่นใจว่าบริการต่าง ๆ ของภาคส่วน/กลุ่มอื่น ๆ ครอบคลุมถึงคนพิการด้วยเช่นกัน

2.7 ศักยภาพชุมชน

การปฏิบัติการต่าง ๆ ที่อธิบายในเอกสารฉบับนี้เป็นระดับชุมชน ซึ่งมีคนพิการที่เสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินอาศัยอยู่ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการความเสี่ยง นอกจากนี้ ในภาคส่วนสาธารณสุขเองนั้น การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินควรเน้นไปที่การผลักดันชุมชนให้จัดบริการสาธารณสุขที่คนพิการเข้าถึงได้ในทุกระยะของภาวะฉุกเฉิน การผลักดันนี้ต้องอาศัยความพยายามของหลายฝ่าย โดยผู้เกี่ยวข้อง (Actors) สื่อสารข้อมูลและร่วมมือในการเสริมสร้างศักยภาพและความยืดหยุ่น (Resilience) ของชุมชน ขณะที่ภาคส่วนสาธารณสุขควรดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยงระดับชุมชน และสร้างความมั่นใจว่าการประเมินดังกล่าวคำนึงถึงหลักการทั่วไปตามที่ข้อ 2.4 ระบุ นอกจากนี้ การประเมินความเสี่ยงระดับชุมชนถือเป็นโอกาสอันดีที่จะจัดเก็บข้อมูลคนพิการได้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลรายบุคคลหรือข้อมูลกลุ่มคนพิการ และข้อมูลเกี่ยวกับภาวการณ์ของคนพิการ ทั้งนี้ การประเมินเหล่านี้เป็นข้อมูลในการออกแบบและการดำเนินการตามแผนระดับท้องถิ่น ซึ่งตอบสนองความจำเป็นของคนพิการในชุมชนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ภาคส่วนสาธารณสุขจึงควรกระตุ้นและช่วยเหลือคนพิการและเครือข่ายสนับสนุนคนพิการให้ร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพคนพิการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ผ่านมาตรการระดับบุคคลและระดับครัวเรือน เช่น แผนปฏิบัติการส่วนบุคคล (Personal Action Plans) ในการแจ้งเตือนล่วงหน้า การอพยพและภาวะฉุกเฉิน อีกทั้ง ภาคส่วนสาธารณสุขควรสามารถยืนยันได้ว่าแผนงานเพิ่มความตระหนักในความเสี่ยงเป็นแผนงานที่ครอบคลุมถึงคนพิการ และมีบริการสนับสนุนเพียงพอ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) ภายในชุมชน รวมทั้ง มีการส่งเสริมและเสริมสร้างบทบาทขององค์กรคนพิการ



สรุป

อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) กำหนดวาระเพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อคนพิการทุกคน (Agenda for Change for All Persons with Disabilities) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อกำหนดให้รัฐภาคีดำเนินการให้มั่นใจว่าคนพิการได้รับการคุ้มครองและมีความปลอดภัยเมื่อเกิดสถานการณ์เสี่ยง เช่น เหตุขัดแย้งที่ใช้อาวุธ ภาวะฉุกเฉินทางมนุษยธรรม และภัยพิบัติทางธรรมชาติ (3) ดังนั้น เอกสารฉบับนี้จึงให้ความสำคัญกับความจำเป็นของคนพิการระหว่างภาวะฉุกเฉินและชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติทางด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงการสนับสนุนในรูปแบบหลัก (Mainstream) และรูปแบบเฉพาะ (Specific) อีกทั้ง เอกสารฉบับนี้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการแบบบูรณาการและสอดคล้องกันทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน เพื่อจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ของคนพิการ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเอกสารฉบับนี้จะมุ่งเน้นที่ภาคส่วนสาธารณสุข แต่ก็ยังตระหนักถึงความจำเป็นของการปฏิบัติการในทุกภาคส่วนรวมทั้ง ความมุ่งมั่น (Commitment) และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ ในการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่คนพิการและครอบครัวคนพิการ ทั้งนี้ ภาคผนวก 6 เป็นรายการสรุป (Summary Checklist) เกี่ยวกับข้อพิจารณาสำคัญโดยอิงกับเนื้อหาในเอกสารฉบับนี้ เพื่อช่วยเตือนความจำของผู้ใช้งานเอกสารฉบับนี้



อ้างอิง

1. World report on disability. Geneva, World Health Organization/World Bank, 2011.
2. Disability-tsunami emergency response summary for ACFID, January 2005. Deakin, Australian Council for International Development, 2005.
3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations, 2006.
4. Guidance note in disability inclusion in humanitarian action. Melbourne, Plan Australia/CBM-Nossal, 2011.
5. What is the cluster approach? In: Humanitarian response [website]. New York, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2013 (<http://clusters.humanitarianresponse.info/about-clusters/what-is-the-cluster-approach>, accessed 1 February 2013).
6. Mainstreaming disability into disaster risk reduction: a training manual for trainers and field practitioners. India, Handicap International, 2008.
7. NHK Fukushi Network Shuzaihan. Higashi nihon daishinsai ni okeru shogaisha no shiboritsu [Death rate among persons with disabilities in the eastern Japan earthquake]. Normalization, November 2011:61–63 (in Japanese) (http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_37/pdf/ref4-1.pdf, accessed 1 February 2013).
8. Fact sheet on disability in conflicts and emergencies. Oslo, Atlas Alliance Norway, 2011 (http://www.cbm.org/article/downloads/71140/Fact_sheet_Disability_in_Conflict_and_Emergencies.pdf, accessed 1 February 2013).
9. Disasters, disability and rehabilitation. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/disaster_disability2.pdf, accessed 1 February 2013).
10. Disabilities among refugees and conflict-affected populations. Resource kit for fieldworkers. New York, Women’s Refugee Commission, 2008.
11. World disasters report. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2007.
12. International classification of functioning, disability and health. Geneva, World Health Organization, 2001.

13. UNISDR terminology on disaster risk reduction. Geneva, United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2009 (http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf, accessed 1 February 2013).
14. Consultation on the การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน framework and improving public health preparedness [meeting report]. 21–23 November 2012. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/78359/1/WHO_HSE_HEA_HSP_2013.1_eng.pdf, accessed 1 February 2013).
15. Oosters, B. Looking with a disability lens at the disaster caused by the Tsunami in South- East Asia. CBM, 2005.
16. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007 (http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf, accessed 1 February 2013).
17. Emergency and Essential Surgical Care [website]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/surgery>, accessed 15 May 2013).
18. Violence and Injury Prevention: Injury-related disability and rehabilitation [website]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/disability/en/, accessed 15 May 2013).
19. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
20. Human Rights Watch, Harvard Law School International Human Rights Clinic. Q & A on incendiary weapons and CCW protocol III, November 2011. Human Rights Watch, 2011.
21. Earthquake of 12th January, 2010 – Haiti. Preliminary findings about persons with injuries. Greater Port au Prince Area, 15–26 January, 2010. Handicap International, 2010.
22. How to include disability issues in disaster management. Bangladesh, Handicap International, 2005.
23. Disability checklist for emergency response. Indonesia, Handicap International, 2005.
24. Harris A, Enfield S. Disability, equality and human rights: a training manual for development and humanitarian organisations. Oxford, Oxfam/Action on Disability and Development, 2003.
25. Disability inclusion in drought and food crisis emergency response [fact sheet]. Box Hill, CBM, 2011.

26. Bonn Declaration. In: International conference on Disasters are always inclusive. Persons with Disabilities in Humanitarian Emergency Situations, Bonn, Germany, 7–8 November 2007. Bonn, Disability & Development Cooperation (bezev)/ Kindemothilfe/CBM/Caritas Germany International/Handicap International/ Der Paritätische Gesamtverband, 2007.
27. Nazmul B. Disabled people's organizations (DPOs) in disaster: Learning from their experience. In: Thomas K, Rushford N editors. Disaster and development: an occupational perspective. Oxford, Elsevier, Forthcoming 2014.
28. Shafallah declaration on crisis, conflict and disability, Doha, 24 January 2012. Doha, Shafallah Center, 2012.
29. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response [website]. Geneva, The Sphere Project, 2011 (<http://www.sphereproject.org>, accessed 1 February 2013).
30. Strengthening health-system emergency preparedness. Toolkit for assessing health- system capacity for crisis management. Part 1: User manual. Geneva, World Health Organization, 2012.
31. Strengthening health-system emergency preparedness. Toolkit for assessing health- system capacity for crisis management. Part 2: Assessment form. Geneva, World Health Organization, 2012.
32. American Medical Association. Core competencies for disaster medicine and public health. Disaster Med Public Health Prep, 2012, 6:44–52.
33. Consolidated Appeal Process [website]. New York, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2013 (<http://www.unocha.org/cap/>, accessed 1 February 2013).
34. Mainstreaming disability in community based disaster risk reduction: a facilitator's guide. New Delhi, Handicap International/European Commission, 2009.
35. Mainstreaming disability into disaster risk reduction: a training manual. Nepal, Handicap International, 2009.
36. Overview of disabled persons organizations (DPOs) working in tsunami-affected areas [website]. Washington DC, World Bank, 2011 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20319525~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>, accessed 1 February 2013).
37. Community-based disaster risk reduction for field practitioners. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2009.

38. Humanitarian response: coordinated assessments [website]. Geneva, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2013 (<http://assessments.humanitarianresponse.info/>, accessed 1 February 2013).
39. Humanitarian emergency settings perceived needs scale (HESPER): manual with scale. Geneva, World Health Organization, 2011(http://www.who.int/mental_health/publications/hesper_manual/en/index.html, 1 February 2013).
40. Community-based rehabilitation guidelines. Geneva, World Health Organization, 2010.
41. Health resources availability mapping system. In: WHO Global health cluster [website]. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/herams_services_checklist_eng.pdf, accessed 1 February 2013).
42. Damage, Loss and needs assessment – tools and methodology. In: Global facility for disaster reduction and recovery [website]. Geneva, Global Facility for Disaster Reduction and Recovery, 2013 (<https://www.gfdr.org/Track-III-TA-Tools>, accessed 1 February 2013).

ภาคผนวก 1

หน้าที่ของหลายภาคส่วนและการปฏิบัติการด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อคนพิการ

หน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน	การปฏิบัติการสำคัญ ๆ ด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อคนพิการ
นโยบาย กฎหมาย และ ยุทธศาสตร์	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดให้ประเด็นคนพิการเป็นส่วนหนึ่งในนโยบาย กฎหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน กำหนดให้การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งในนโยบาย กฎหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านคนพิการ ให้คนพิการและองค์กรคนพิการมีส่วนร่วมในการพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการติดตามผล/การประเมินนโยบาย กฎหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านคนพิการ ประยุกต์ใช้กรอบสิทธิมนุษยชนกับนโยบายและหลักปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้การสนับสนุนคนพิการและป้องกันการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ
การจัดการทรัพยากร: ทรัพยากรการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีทุนเป็นการเฉพาะสำหรับการให้บริการ แผนงาน และการพัฒนา ศักยภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นของคนพิการในทุกด้านของการจัดการ ความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน
การจัดการทรัพยากร: ทรัพยากรมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> หากเป็นไปได้ ให้จัดหาเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับ คนพิการและวัฒนธรรมท้องถิ่น พิจารณาให้คนพิการได้มีบทบาทในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน จัดการประชุมและฝึกอบรมในประเด็นคนพิการให้กับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง เผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้ บังคับใช้ประมวลความประพฤติและจริยธรรมสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิคนพิการ
การวางแผนและ การประสานงาน	<ul style="list-style-type: none"> อำนวยความสะดวกให้ภาคส่วนคนพิการได้มีส่วนร่วม ให้ข้อมูล (Input) และมีส่วนร่วมในการวางแผนและการประสานงานในการจัดการความเสี่ยงภาวะ ฉุกเฉิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน จัดให้มีกลไกความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วนเพื่อคนพิการ โดยตัวแทนจากภาค ส่วนคนพิการมีส่วนร่วมในทุกด้านของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน อำนวยความสะดวกให้ผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินจาก ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เป็นส่วนหนึ่งในกลไกความร่วมมือในภาคส่วนคนพิการ ให้คนพิการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกด้านของการจัดการความเสี่ยงภาวะ ฉุกเฉิน มีข้อพิจารณาด้านคนพิการในการวางแผนในทุกด้านของการจัดการความ เสี่ยงภาวะฉุกเฉิน

หน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน	การปฏิบัติการสำคัญ ๆ ด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อคนพิการ
<p>การจัดการความรู้และสารสนเทศ (รวมทั้ง การประเมินและการสื่อสาร)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● รวมประเด็นคนพิการไว้ในระบบการจัดการสารสนเทศทุกระบบเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำนโยบายและหลักปฏิบัติต่าง ๆ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ● จัดให้มีทะเบียนคนพิการระดับชุมชนเพื่อให้ทราบข้อมูลคนพิการและความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉิน ● รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริการ แผนงาน และเครือข่ายสนับสนุนคนพิการระดับท้องถิ่น ● บูรณาการประเด็นคนพิการให้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทุกด้านในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน และการเก็บข้อมูลที่จัดหมวดหมู่คนพิการ (Disability-Disaggregated Data) ● ให้คนพิการและตัวแทนจากองค์กรคนพิการเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินและการวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม ตลอดจน การติดตามผล การประเมิน และการรายงานผลกระทบของโครงการ ● จัดให้มีข้อมูลในรูปแบบคนพิการสามารถเข้าถึงได้ (เช่น ภาษาสัญลักษณ์ อักษรเบรลล์ ภาพวาด ตัวอักษรขนาดใหญ่) เช่น ข้อมูลด้านความเสี่ยง ของผลกระทบจากภาวะฉุกเฉิน การตอบสนอง และการฟื้นฟูสภาพ (ตลอดจน การสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิม) และสิทธิคนพิการ ● ประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและสื่อมวลชนในการแจ้งเตือนล่วงหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับการแจ้งเตือนล่วงหน้าได้ ● หาคนในท้องถิ่นหรือในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยเหลือด้านการสื่อสาร (เช่น ล่ามแปลภาษามือสำหรับคนหูหนวก) ● สร้างความเชื่อมโยงกับองค์กรคนพิการระดับท้องถิ่นเพื่อเผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบที่คนพิการสามารถเข้าถึงได้ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับภัยอันตราย ความเสี่ยง การเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน และบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่

หน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน	การปฏิบัติการสำคัญ ๆ ด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อคนพิการ
โครงสร้างพื้นฐานและโลจิสติกส์	<ul style="list-style-type: none"> ● ในการวางแผน การออกแบบ และการพัฒนาอาคารสถานที่ (เช่น ที่หลบภัย และโรงพยาบาล) ให้พิจารณาถึงการเข้าถึงด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการมีความปลอดภัย สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ มีคีย์การ์ด และใช้งานสะดวก ● เก็บสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้ง อุปกรณ์ช่วยเหลือ ไว้ในคลังเก็บ รวมทั้ง มีชุดอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Emergency Kits) และระบบโลจิสติกส์
การให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงบริการหลัก (Mainstream Services) ของทุกภาคส่วนได้เช่นคนทั่วไป จึงจำเป็นต้องมีโครงสร้างพื้นฐานและสารสนเทศที่สามารถเข้าถึงได้ โดยมีการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลในกรณีจำเป็น ● ทำให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางของทุกภาคส่วนเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการได้
ศักยภาพชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างความเชื่อมโยงระหว่างคนพิการกับกลุ่มคนพิการในท้องถิ่น และทำให้มั่นใจว่าทุกด้านของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินครอบคลุมถึงคนพิการ ● ทำให้คนพิการ เครือข่ายสนับสนุนคนพิการ และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักเพิ่มขึ้นถึงความรับผิดชอบระดับบุคคลและระดับชุมชนเพื่อเป็นการลดความเสี่ยง ● สนับสนุนให้คนพิการสร้างแผนปฏิบัติการส่วนบุคคลในภาวะฉุกเฉิน (Personal Emergency Action Plans) เช่น วิธียอพยพและการปฏิบัติการที่จำเป็นยามขาดแคลนยารักษาโรค อุปกรณ์ช่วยเหลือ และเครือข่ายสนับสนุนคนพิการ ● ส่งเสริมให้พัฒนากลไกสนับสนุนในชุมชนเพื่อคนพิการ เช่น กลุ่มสนับสนุน/ช่วยเหลือตนเอง รวมทั้ง บทบาทองค์กรคนพิการในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ● อำนวยความสะดวกเท่าที่เป็นไปได้ให้คนพิการได้พบคนดูแลอีกครั้งหลังภาวะฉุกเฉิน และให้การสนับสนุนที่เหมาะสมในระดับชุมชน เมื่อระบบสนับสนุนใช้การไม่ได้หรือมีอยู่จำกัด เช่น ความช่วยเหลือของอาสาสมัคร ● ให้คนพิการมีส่วนร่วมวางรูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยคำนึงถึงประสบการณ์ ทรัพยากร และความจำเป็นของคนพิการ

ภาคผนวก 2

สรุปข้อมูลเพื่อการประเมินความจำเป็นและความเสี่ยงที่ครอบคลุมถึงคนพิการ^f

ประเภทของข้อมูล	ตัวอย่าง	แหล่งข้อมูล
ข้อมูลเชิงบริบทและเชิงประชากรศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพิการและภาวะสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวกับความพิการ ● กรอบสิทธิมนุษยชนและนโยบายระดับชาติ ● พลศาสตร์และโครงสร้างทางสังคม ศาสนา และเศรษฐกิจ อันเกี่ยวข้องกับคนพิการ ● ข้อมูลชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnographic Information) ชั้นพื้นฐานเกี่ยวกับทรัพยากรทางวัฒนธรรม บรรทัดฐาน บทบาท และทัศนคติที่มีต่อคนพิการที่มีความพิการต่างกัน ● พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินจากทุกสาเหตุ เช่น ภัยธรรมชาติ ภัยอันตรายจากเทคโนโลยี และเหตุขัดแย้ง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบทะเบียนแห่งชาติ ● ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ● ฐานข้อมูลระหว่างประเทศ ● เว็บไซต์ของรัฐบาล
ความเข้าใจและประสบการณ์ด้านภาวะฉุกเฉินของคนพิการ	<ul style="list-style-type: none"> ● มีความเข้าใจว่าคนพิการมีความเสี่ยง (Risks) ความเปราะบาง (Vulnerabilities) ศักยภาพและความยืดหยุ่น (Resilience) ● ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะฉุกเฉิน ● ประสบการณ์จากภาวะฉุกเฉินในอดีต รวมทั้งวิธีที่คนพิการใช้รับมือสถานการณ์ที่ยากลำบาก (Adversity) 	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรไม่แสวงผลกำไร ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านคนพิการและภาวะฉุกเฉิน

^f อ้างอิง: ปรับปรุงจากสิ่งพิมพ์ เรื่อง “Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?” (1)

ประเภทของข้อมูล	ตัวอย่าง	แหล่งข้อมูล
แหล่งที่มาของการดูแล และการสนับสนุน สำหรับคนพิการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน (เช่น สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคม) ● ระดับของการเข้าถึงและการสนับสนุนด้านความจำเป็นทางกายขั้นพื้นฐาน (เช่น อาหาร สาธารณสุข ที่อยู่อาศัย น้ำ และสุขาภิบาล) และการศึกษา ● วิธีการที่คนพิการจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรไม่แสวงผลกำไร (รวมทั้งองค์กรคนพิการ) ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านคนพิการ และ/หรือ ภาวะฉุกเฉิน ● หน่วยงานท้องถิ่นซึ่งให้การดูแล คน มี ปัญหา ทาง สุขภาพจิตและจิตสังคม
ความสามารถและ กิจกรรมขององค์กร ก่อน ระหว่าง และ หลังภาวะฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> ● โครงสร้าง สถานที่ การจัดหาพนักงาน และ ทรัพยากรสำหรับคนพิการ <ul style="list-style-type: none"> - ในภาคส่วนสาธารณสุข (เช่น การออกจากโรงพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ) - การศึกษาและบริการทางสังคม - บริการสำหรับคนพิการในกรณีของภาวะฉุกเฉิน ● การทำแผนที่หุ้นส่วนที่อาจมีได้ (Potential Partners) ศักยภาพ การฝึกอบรมคนพิการ และทักษะ เช่น การฟื้นฟูสมรรถนะ ● ผลกระทบของภาวะฉุกเฉินต่อการมี การเข้าถึง และคุณภาพของบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานรัฐบาลระดับ ท้องถิ่นและระดับชาติ ● ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ● การประเมินความเสี่ยงและการประเมินความจำเป็น ● ทะเบียนของโรงเรียน ● เว็บไซต์องค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการตอบสนองทาง มนุษยธรรมและการจัดการ ความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน^g ● เว็บไซต์องค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับคนพิการและการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ^h
วางแผนงานด้าน ความจำเป็นและ โอกาส รวมทั้ง การประเมิน	<ul style="list-style-type: none"> ● ทราบถึงความจำเป็นและช่องโหว่ ● คำแนะนำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการอุด ช่องโหว่ ● สามารถนำการปฏิบัติการสำคัญ ๆ ตามที่ระบุใน เอกสารฉบับนี้ไปปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด ● หน้าที่ของระบบการส่งต่อระหว่างและภายใน ภาคส่วนสาธารณสุข กับภาคส่วนสังคม การศึกษา ชุมชน และศาสนา 	<ul style="list-style-type: none"> ● เอกสารนโยบายสำคัญ การ ประเมิน แผนในภาวะ ฉุกเฉิน และระบบการเงิน ● ระบบการประเมิน การ ตรวจติดตาม (Tracking) และการติดตามผล

^gดูที่ บทความ “Health Action in Crisis”: <http://www.who.int/hac/en/> (2)

^hดูที่ <http://www.who.int/disabilities/en/index.html> (3)

อ้างอิง: ภาคผนวก 2

1. Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: What should humanitarian health actors know? Geneva, Inter-Agency Standing Committee Reference Group, 2010 (http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf, accessed 1 February 2013).
2. Humanitarian Health Action [website]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/hac/en/>, accessed 1 February 2013).
3. Disabilities and Rehabilitation [website]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/disabilities/en/index.html>, accessed 1 February 2013).

ภาคผนวก 3

เครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินและการใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินความพิการได้อย่างไรⁱ

ควรพิจารณาข้อมูลต่อไปนี้เพื่อที่ภาคส่วน/กลุ่มต่าง ๆ นำไปใช้ประกอบการประเมินเพื่อให้ทราบถึงความจำเป็นในด้านใดบ้างของคนพิการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

รายละเอียดของประชากร

- คนพิการเป็นกลุ่มเสี่ยงจะไม่ได้รับการตอบสนองความจำเป็นต่าง ๆ

ที่อยู่อาศัยและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ที่ไม่ใช่อาหาร

- คนพิการสามารถเข้าถึงที่อยู่อาศัยได้หรือไม่
- มีการสนับสนุนสำหรับคนพิการที่สร้างที่อยู่อาศัยด้วยตนเองไม่ได้
- คนพิการมีเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน ผ้าห่ม และอุปกรณ์ประกอบอาหารเพียงพอแก่ความจำเป็นของตนหรือไม่
- คนพิการมีเชื้อเพลิงเพียงพอต่อการทำความร้อนหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนพิการที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย

น้ำดื่ม สุขาภิบาล และสุขอนามัย

- คนพิการมีน้ำดื่มเพียงพอหรือไม่
- คนพิการมีห้องสุขาที่ใช้งานได้จริงเพียงพอหรือไม่
- คนพิการได้รับสิ่งของต่าง ๆ เช่น สบู่ มุ้ง และขันน้ำ หรือไม่

ความมั่นคงทางอาหารและสารอาหาร

- พิจารณาสถานการณ์ของคนพิการในด้านอาหาร/ความเป็นอยู่ และทำให้มั่นใจว่าได้ระบุให้คนพิการเป็นกลุ่มเสี่ยง

ⁱ ปรับปรุงจากสิ่งพิมพ์ เรื่อง “Inter-Agency Standing Committee’s Initial rapid assessment form” (1) และอ้างอิงสิ่งพิมพ์ เรื่อง “Multi- Cluster/Sector initial rapid assessment (MIRA): provisional version March 2012” (https://docs.unocha.org/sites/dms/CAP/mira_final_version2012.pdf; accessed 28 September 2013)

ความเสี่ยงด้านสุขภาพและสถานะสุขภาพ

- แผนงานในการป้องกันและการตอบสนองต่อความรุนแรงครอบคลุมถึงคนพิการ และคนพิการเข้าถึงได้หรือไม่
- สถาบันต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา และศูนย์รับเลี้ยงเด็ก ได้ออกเยี่ยมคนพิการและคนสูงอายุ เพื่อให้ทราบข้อมูลว่ามีคนพิการถูกละเลยหรือทอดทิ้งหรือไม่ รวมทั้ง คนสามารถเข้าถึงน้ำสะอาด อาหาร และสาธารณสุข และ/หรือ ตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะถูกระงับการรุนแรง ถูกล้วงละเมิด และถูกเอารัดเอาเปรียบหรือไม่
- แผนการมีตัวชี้วัดครอบคลุมถึงเด็กพิการหรือไม่

การประเมินสถานบริการสาธารณสุข/หน่วยภาคสนาม (Outreach Site) ในการให้บริการสาธารณสุข

- คนพิการ รวมทั้ง เด็กพิการ สามารถเข้าถึงบริการและสถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตัวเองหรือไม่
- มีรูปแบบการขนส่งที่สามารถส่งคนพิการให้กับศูนย์ส่งต่อหรือไม่
- ตรวจสอบการให้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข/หน่วยภาคสนาม และตรวจสอบว่าการให้บริการระดับชุมชน บริการระดับทุติยภูมิ และบริการระดับตติยภูมิ จัดให้มีสิ่งของสำหรับคนพิการเป็นการเฉพาะหรือไม่
- บริการระดับปฐมภูมิมีการดูแลอาการบาดเจ็บและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน (Acute Rehabilitation Services) หรือไม่ เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการป้องกันความพิการระยะยาว
- ประเมินว่ามียารักษาอาการป่วยเรื้อรัง และอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สายสวนหลอดเลือดและชุดอุปกรณ์สุขอนามัยขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้หมดสติ และอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น รถเข็นและไม้ค้ำยัน

อ้างอิง: ภาคผนวก 3

1. Initial rapid assessment form (IRA): field assessment form. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2010 (http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/ira_form_v2_9_eng.pdf, accessed 1 February 2013).

ภาคผนวก 4

บริการสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนคนพิการ

บริการหลัก ด้านสุขภาพ	การปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนคนพิการ
สาธารณสุข (ทั่วไป)	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำแผนที่ตำแหน่งและการเข้าถึงบริการ/สถานบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการ และใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนด้านภาวะฉุกเฉิน และปรับปรุงบริการ/สถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น ● อำนวยความสะดวกคนพิการในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เช่น บริการปฐมภูมิ เช่น สามารถเข้าไปในสถานบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ ข้อมูลอยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ มีระบบขนส่งที่เข้าถึงได้ และมีระบบช่วยให้คนพิการไม่ต้องเข้าแถวรอนาน ● อำนวยความสะดวกคนพิการในการเข้าถึงบริการและความช่วยเหลือทางสาธารณสุขเฉพาะทาง เมื่อจำเป็น เช่น บริการศัลยกรรมฉุกเฉิน ยารักษาโรค และอุปกรณ์ช่วยเหลือ ● ผู้บาดเจ็บสาหัส เช่น บาดเจ็บไขสันหลัง บาดเจ็บที่สมอง และถูกไฟไหม้รุนแรง ที่รับเข้าโรงพยาบาลท้องถิ่นไม่ได้ ให้ส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นที่เหมาะสม ● จัดให้มีคลินิกเฉพาะทางหรือมีผู้เชี่ยวชาญไปเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอสำหรับผู้มีสภาวะทางสุขภาพหรือความบกพร่องเป็นการเฉพาะ ● พิจารณาแนวทางอื่นในการดูแลรักษา เช่น การดูแลรักษาออกสถานที่ (Outreach Care) ถ้าคนพิการมีอุปสรรคในการเข้าบริการ/สถานบริการสาธารณสุข ได้โดยตรง ● ดำเนินมาตรการป้องกันคนพิการไม่ให้อาการสืบเนื่อง (Secondary Conditions) เช่น แผลกดทับและโรคร่วม (Comorbidity) ● จัดให้มีระบบส่งต่อเพื่อส่งต่อคนพิการที่ต้องการการรักษาต่อเนื่องและการติดตามผลการรักษา (เช่น การดูแลรักษาบาดแผล) ไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนหรือค่ายพักพิง ● จัดให้มีข้อมูลเกี่ยวกับบริการ โดยเป็นข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ และส่งข้อมูลเท่าที่เป็นไปได้ไปยังครอบครัวและองค์กรคนพิการผ่านทางหน่วยภาคสนาม (Outreach) ● กำหนดมาตรการล่วงหน้าระดับชุมชนและแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว รวมทั้งการรับคนพิการทั้งรายเก่าและรายใหม่ กลับเข้าสู่ชุมชนอีกครั้ง

^j การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นฐาน คือ รูปแบบที่ทำให้มั่นใจว่าคนพิการและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงสวัสดิการด้านสาธารณสุข การศึกษา ความเป็นอยู่ และสังคมได้ (1)

ด้านสุขภาพ	การปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนคนพิการ
สุขภาพเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> • วางรูปแบบเนื้อหาวิชาสุขภาพศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขชุมชนและบิดามารดาเข้าใจประโยชน์ในการดูแลรักษาเด็กพิการตั้งแต่เนิ่น ๆ ทั้งในภาวะทั่วไปและภาวะฉุกเฉิน • อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ เช่น พัฒนาการระยะแรกในวัยเด็ก และพัฒนาการด้านความรู้ สังกม อารมณ์ และร่างกายของเด็ก • จัดให้มียาที่จำเป็นต่อการรักษาโรคเด็ก เช่น โรคลมชักและโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น โดยมีปริมาณและสูตรที่เหมาะสม • ให้เด็กพิการเข้าถึงแผนป้องกันและรักษาโรค เช่น โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization) (2) และ การบริการแบบบูรณาการในด้านโรคต่าง ๆ ในเด็ก (Integrated Management of Childhood Illnesses) (3) • คัดกรองสถานะทางโภชนาการของเด็กพิการทุกคน โดยคำนึงถึงเด็กที่มีพัฒนาการช้า จัดให้มีโภชนาการตามความจำเป็นทางร่างกายของแต่ละคน ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับอายุของเด็กก็ได้
โรคติดต่อ	<ul style="list-style-type: none"> • คำนึงถึงคนพิการและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเชิงป้องกันได้อย่างเท่าเทียม เพื่อป้องกันโรคติดต่อ เช่น การส่งเสริมและการรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ การวินิจฉัย การฉีดวัคซีน และการรักษา • สำหรับทุกคนที่ถูกแยกกัก (Isolation) เพื่อรักษาโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรค ต้องจัดสถานที่ที่บุคคลเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้ด้วยตนเองด้วยความสะดวก • คำนึงถึงข้อพิจารณาเฉพาะของคนพิการขณะรักษาโรคติดต่อ เช่น การดูแลแผลกดทับสำหรับผู้ที่ไม่เคลื่อนไหวไม่ได้และนอนติดเตียง เนื่องจากป่วยด้วยโรคติดต่อ
การป้องกัน การบาดเจ็บและการรักษาอาการบาดเจ็บ	<ul style="list-style-type: none"> • เพิ่มความตระหนักในการป้องกันการบาดเจ็บ รวมทั้ง อันตรายของระเบิดตกค้าง (Unexploded Ordnance) ในพื้นที่ที่มีเหตุขัดแย้ง • ประเมินการมีอยู่และคุณภาพของการดูแลอาการบาดเจ็บและการทำศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพ และทรัพยากรต่าง ๆ เช่น นำวิธีขององค์การอนามัยโลกในการวิเคราะห์สถานการณ์ (WTO Situation Analysis Method) มาประเมินภาวะฉุกเฉินและการทำศัลยกรรมที่จำเป็น (4)

บริการหลัก ด้านสุขภาพ	การปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนคนพิการ
การป้องกัน การบาดเจ็บและ การรักษาอาการ บาดเจ็บ(ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ข้อมูลการประเมิน (Assessment Information) เพื่อเพิ่มศักยภาพเดิม และเป็นข้อมูลเพื่อวางแผนตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (เช่น สร้างระบบและวิธีส่งต่อผู้ป่วยที่บาดเจ็บไปรับการรักษาขั้นสูง เช่น การผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับต่าง ๆ ของระบบสาธารณสุข คือ ระดับปฐมภูมิ/ชุมชน ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ● ทำให้มั่นใจว่าการรักษาอาการบาดเจ็บ การทำศัลยกรรม และการฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินการโดยหน่วยงานที่มีทรัพยากรและความเชี่ยวชาญที่เหมาะสม หรือส่งต่อผู้ป่วยให้กับผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ ● ผูกอบรวมด้านการจัดการสถานการณ์ที่มีคนจำนวนมากได้บาดเจ็บ (Mass Casualty Management) ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มั่นใจว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าใจอาการบาดเจ็บจากภาวะฉุกเฉิน เช่น การบาดเจ็บไขสันหลัง การบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้ง สามารถเคลื่อนย้ายและขนส่งผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บาดเจ็บไขสันหลัง) และส่งต่อไปเข้ารับการรักษาขั้นสูงต่อไป ● ระบุว่าผู้ใดมีแนวโน้มจะพิการเป็นการชั่วคราวและถาวรอันเนื่องจากการบาดเจ็บ ● ผูกอบรวมด้านการดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด และการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการจัดทำทางและทำนอน (Positioning and Bedding Equipment) ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ● มีผู้ประกอบวิชาชีพฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Professionals) อยู่ในคณะทำงานตอบสนองภาวะฉุกเฉินเพื่อปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด หรือสร้างความเป็นหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การบริการมีความต่อเนื่อง ● มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ (เช่น รถเข็นและไม้ค้ำ) ในคลังสำรองฉุกเฉิน (Contingency Stock) เพื่อให้สามารถนำมาใช้งานได้ทันทีกับคนพิการรายใหม่ และจัดการฝึกอบรมวิธีการใช้งานและการดูแลอุปกรณ์ดังกล่าวอย่างเหมาะสม ● รักษาอาการบาดเจ็บของคนพิการโดยคำนึงถึงความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการ (เช่น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายระหว่างการรักษาอาการบาดเจ็บ) ● ก่อนออกจากโรงพยาบาล ให้ความรู้และมอบอุปกรณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการสืบเนื่อง เช่น แผลกดทับและการติดเชื้อต่อทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งสร้างความเชื่อมโยงระหว่างคนพิการกับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยมีชุมชนเป็นฐานและองค์กรคนพิการในท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Peer Support) ● สร้างความเป็นหุ้นส่วนกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและกับกระทรวงต่าง ๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยมีชุมชนเป็นฐาน

บริการหลักด้าน สุขภาพ	การปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนคนพิการ
การสนับสนุนด้าน สุขภาพจิตและจิต สังคม	<ul style="list-style-type: none"> ● เพิ่มความตระหนักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อภาวะสุขภาพจิต อันสืบเนื่องจากภาวะ ฉุกเฉิน เช่น การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด อาการซึมเศร้า และ ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ● ทำให้มั่นใจว่าบริการสุขภาพจิตและจิตวิทยาที่มีอยู่เดิมในชุมชน เป็นบริการที่ครอบคลุมถึง คนพิการ และคนพิการและสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการสามารถเข้าถึงได้ ● จัดให้มีการรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้มีอาการทางจิต ● มีโอกาสสูงมากที่ผู้อยู่ในสถานสงเคราะห์จะถูกทอดทิ้งหรือถูกล่วงละเมิดอย่างร้ายแรง จึงควร มีการเยี่ยมเยียนบ้านพักผู้ที่มีภาวะทางจิตรุนแรงและโรงพยาบาลจิตเวชสม่ำเสมอ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง ในภาวะฉุกเฉินที่รุนแรง อีกทั้ง ตลอดช่วงเวลาของภาวะฉุกเฉิน จัดให้มีความ ปลอดภัย สิ่งจำเป็นทางกายขั้นพื้นฐาน (น้ำ อาหาร ที่หลบภัย สุขภาพ และบริการทาง การแพทย์) การตรวจสอบด้านสิทธิมนุษยชน และการรักษาอาการจิตเภทและจิตสังคมขั้น พื้นฐาน (Basic Psychiatric and Psychosocial Care) ● สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลคนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้เมื่อต้องการ ● ไม่ปล่อยให้คนพิการโดดเดี่ยว โดยให้โอกาสคนพิการมีส่วนร่วมในกระบวนการของชุมชน กระบวนการทางวัฒนธรรม และกระบวนการรักษาด้วยพลังจิต (Spiritual Healing) ● สร้างความเป็นหุ้นส่วนกับองค์กรคนพิการเพื่อให้เกิดกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Peer Support Groups) และทำให้มั่นใจว่าคนพิการรายเดิมและรายใหม่สามารถเข้าถึงบริการ/ กลุ่มสนับสนุนทางสังคมแบบดั้งเดิมซึ่งมีอยู่ก่อนแล้ว (Traditional and Pre-Existing Social Support Services/Groups) ได้
โรคไม่ติดต่อ	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำให้มั่นใจว่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีอุปกรณ์จำเป็นในการวินิจฉัยโรค การ ทดสอบทางห้องปฏิบัติการสำคัญ ๆ และยารักษาโรค เพื่อให้การจัดการโรคไม่ติดต่อ (เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ) ดำเนินไปได้ตามปกติและต่อเนื่อง เช่น เพิ่ม อุปกรณ์และยารักษาโรคไม่ติดต่อไว้ในบัญชียาจำเป็น (Essential Medicine Lists)แผน ฉุกเฉิน (Contingency Plan) และคลังสำรอง ● ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน จัดให้มีมาตรการเตรียมพร้อมแก่ผู้อยู่ระหว่างการรักษาโรคไม่ติดต่อ รวมทั้ง คนพิการ เพื่อให้มั่นใจว่าการรักษาจะมีความต่อเนื่องในกรณีที่ขาดแคลนเครื่อง ไม้เครื่องมือต่าง ๆ ● ให้ข้อมูลวิธีใช้ยาอย่างถูกต้องแก่คนพิการ โดยเป็นข้อมูลในรูปแบบที่คนพิการสามารถ เข้าถึงได้

บริการหลักด้าน สุขภาพ	การปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนคนพิการ
สุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์	<ul style="list-style-type: none"> ● รับฟังความเห็นของคนพิการ ผู้ดูแล และองค์กรคนพิการ เกี่ยวกับอุปสรรคและสิ่งอำนวยความสะดวกการเข้าถึงบริการครบวงจรด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ (Comprehensive Reproductive Health Services) และร่วมงานกับคนพิการ ผู้ดูแล และองค์กรคนพิการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการดังกล่าว ● จัดให้มีข้อมูลบริการสุขภาพการเจริญพันธุ์ โดยเป็นข้อมูลในรูปแบบที่คนพิการสามารถเข้าถึงได้ ส่งข้อมูลเท่าที่เป็นไปได้ไปยังครอบครัวและองค์กรคนพิการผ่านทางหน่วยภาคสนาม (Outreach) ● ทำให้คนพิการและเยาวชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพการเจริญพันธุ์ ตามที่บริการมาตรฐานขั้นต่ำด้านอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ (Minimum Initial Service Package หรือ MISP)^k กำหนด ● จัดให้มีวิธีคุมกำเนิดแก่คนพิการ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ● ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความตระหนักมากขึ้นต่อความรุนแรงทางเพศ ซึ่งคนพิการต้องเผชิญเพิ่มขึ้น การระบุตัวและการดูแลคนพิการที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ให้ใช้วิธีที่ปลอดภัยและเป็นความลับ รวมทั้ง มีขั้นตอนจัดทำเอกสารแสดงการให้ความยินยอมเข้ารับบริการ ● ให้คนพิการ ซึ่งถูกกระทำรุนแรงทางเพศ เข้ารับการดูแลทางคลินิก การสนับสนุนทางสุขภาพจิตและจิตสังคม ความช่วยเหลือทางกฎหมาย และการคัดกรองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (รวมทั้ง การให้ข้อมูล) และการรักษา ● ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความตระหนักมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และสิ่งจำเป็นเพิ่มเติมต่าง ๆ สำหรับคนพิการที่ตั้งครรภ์

อ้างอิง: ภาคผนวก 4

1. Community-based rehabilitation guidelines. Geneva, World Health Organization, 2010.
2. Immunization การให้บริการ: Expanded program on immunization [website]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/immunization_delivery/en/, accessed 1 February 2013).

^k บริการมาตรฐานขั้นต่ำด้านอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ (Minimum Initial Service Package หรือ MISP) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกันและมีการจัดลำดับความสำคัญ โดยมีรูปแบบเพื่อป้องกันและจัดการผลกระทบต่าง ๆ อันเกิดจากความรุนแรงทางเพศ ลดการติดเชื้อเอชไอวี ป้องกันไม่ให้มารดาและทารกพิการ และเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ตลอดจน เป็นการวางแผนเพื่อให้บริการครบวงจรด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ (5)

3. Maternal, newborn, child and adolescent health: Integrated Management of Childhood Illnesses [website]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/, accessed 1 February 2013).
4. Integrated Management for Essential and Emergency Surgical Care (IMEESC) tool kit [website]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://hinfo.humaninfo.ro/websites/imeesc/index.html>, accessed 15 May 2013).
5. Minimum initial service package (MISP) for reproductive health in crisis situations [website]. Geneva, Reproductive Health Response in Crisis Consortium, 2012 (<http://misp.rhrc.org/>, accessed 1 February 2013).

ภาคผนวก 5

ทำอย่างไรให้บริการในภาคส่วนสาธารณสุขครอบคลุมถึงคนพิการ

ภาคส่วน	การดำเนินงานสำคัญ ๆ
โภชนาการและความมั่นคงทางอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบุตัวคนพิการที่มีความเสี่ยงสูงจะประสบภาวะทุพโภชนาการในบริบทภาวะฉุกเฉิน และกำหนดให้คนพิการดังกล่าวเป็นเป้าหมายในการเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉิน รวมทั้ง การวางแผนตอบสนองภาวะฉุกเฉิน ● จัดหาอาหารที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ โดยอาจปรับให้เหมาะกับผู้มีปัญหาในการรับประทานหรือในการกลืนอาหาร เช่น จัดอาหารข้น (Pureed Food) ให้ผู้มีปัญหาการกลืนอาหาร และ/หรือ ใช้หลอดดูดอาหาร ● ทำให้คนพิการเข้าถึงการปันส่วนอาหาร เช่น จัดแถวแยกต่างหากสำหรับคนพิการ ● บริหารจัดการภาวะทุพโภชนาการในคนพิการและคนที่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น จัดสถานบริการอาหารเสริม (Supplementary) ● ตอบสนองความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการเพื่อให้คนพิการมีอาหารรับประทาน และวางแผนงานต่อเนื่องในการประเมินและการแก้ไขสภาวะโภชนาการของคนพิการ
นโยบาย “วอช” (WASH) ที่ประกอบด้วย น้ำ (Water) สุขาภิบาล (Sanitary) และสุขอนามัย (Hygiene)	<ul style="list-style-type: none"> ● บูรณาการประเด็นคนพิการให้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนานโยบาย “วอช” [น้ำ (Water) สุขาภิบาล (Sanitary) และสุขอนามัย (Hygiene)] และในบริการต่าง ๆ ทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ● ประเมินว่าคนพิการสามารถเข้าถึงสถานบริการตามนโยบาย “วอช” ได้ในระดับใด และนำผลการประเมินมาใช้เป็นข้อมูลในการลดความเสี่ยง การวางแผนตอบสนองภาวะฉุกเฉิน และการวางรูปแบบของบริการตามนโยบาย “วอช” ซึ่งมีความต่อเนื่อง ● ออกแบบและพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย “วอช” แห่งใหม่ ซึ่งคนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงได้ด้วยตนเอง หรือ โดยมีผู้อื่นให้การช่วยเหลือส่วนบุคคล ● พัฒนาและปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการเข้าถึงสถานบริการตามนโยบาย “วอช” ได้มากขึ้น เช่น ปรับปรุงเครื่องสูบน้ำด้วยพลังมือและภาชนะบรรจุน้ำตามความจำเป็น และกำหนดว่าบุคคลใดในชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนได้

ภาคส่วน	การดำเนินสำคัญ ๆ
	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้คนพิการมีส่วนร่วมในการออกแบบสถานบริการสุขภาพและน้ำ ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการที่สร้างขึ้นใหม่หรือที่ได้รับการฟื้นฟู เพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสถานบริการดังกล่าวได้
ที่อยู่อาศัยและที่หลบภัย	<ul style="list-style-type: none"> ● นำข้อพิจารณาด้านคนพิการมาบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายพัฒนาที่อยู่อาศัย อาคาร และเมือง ประมวลกฎหมายอาคาร และมาตรฐานความปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ● ในการวางแผนกำหนดที่ตั้ง การออกแบบ และการพัฒนาที่อยู่อาศัย ที่หลบภัยในภาวะฉุกเฉิน และที่พักชั่วคราว ให้คำนึงถึงคุณสมบัติต่าง ๆ (Specifications) ในการรองรับคนพิการด้วย เพื่อสร้างความปลอดภัย ความมั่นคง และการเข้าถึงได้ เช่น ราวจับ (Rail) ทางลาด สถานที่สำหรับชักล้าง ลิฟต์ และมาตรการอื่นเพื่อส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงสถานที่แห่งนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง ● สร้างบ้าน/ที่หลบภัยสำหรับคนพิการโดยปรับปรุงให้เหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อ ความจำเป็นโดยเฉพาะของคนพิการ หรือ ให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการและครอบครัว คนพิการที่ก่อสร้างที่บ้าน/ที่หลบภัย ด้วยตนเอง
การศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมให้คนพิการ ทั้งวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ สามารถเข้าถึงการศึกษาและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและที่มีการสนับสนุนต่าง ๆ และ ● ทำให้มั่นใจว่าเด็กพิการสามารถเข้าถึงพื้นที่ปลอดภัยของเด็กได้ด้วยตนเอง และมีเครื่องมือ เครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยเด็กพิการให้ได้รับโอกาสเท่าเทียมกับเด็กคนอื่น
การปกป้องคุ้มครอง	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำให้มั่นใจว่าการประเมินและทะเบียนครอบคลุมถึงคนพิการ โดยจัดหมวดหมู่ตาม ความพิการ อายุ และเพศ ● ระบุ ตรวจสอบ ติดตาม ป้องกัน และคุ้มครองคนพิการจากความเสี่ยงและอุบัติเหตุที่ประสบอยู่ ● เพิ่มความตระหนักและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในด้านการป้องกันคนพิการและการให้การสนับสนุนที่จำเป็นแก่คนพิการ ซึ่งถูกกระทำรุนแรงในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ● จัดให้มีการป้องกันและการดูแลคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้มีความบกพร่องรุนแรง ในการทำหน้าที่ของร่างกายและผู้อยู่ในสถานสงเคราะห์ เช่น สถาบันสุขภาพจิตและบ้านพักคนชรา ● เพิ่มความตระหนักของคนพิการ ทั้งวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ และดำเนินมาตรการ ซึ่งมี ผลการวิจัยรองรับเพื่อป้องกันความรุนแรง เช่น ให้ตระหนักและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ ถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างร้ายแรง

ภาคผนวก 6

การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินและความพิการ: รายการตรวจสอบด้านการปฏิบัติการขั้นต่ำที่ภาคส่วนสาธารณสุข
ต้องดำเนินการ

หน้าที่/ขอบเขต	รายการตรวจสอบด้านการปฏิบัติการขั้นต่ำ	ใช่	ไม่ใช่
นโยบาย กฎหมาย และ ยุทธศาสตร์	<ul style="list-style-type: none"> • ในภาคส่วนสาธารณสุข การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินครอบคลุมถึงคนพิการหรือไม่ • การจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินครอบคลุมถึงภาคส่วนคนพิการหรือไม่ • คนพิการและองค์กรคนพิการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล (Input) ในการวางนโยบาย กฎหมาย และยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขหรือไม่ • ใช้กรอบสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานของกฎหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขหรือไม่ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การจัดการทรัพยากร: ทรัพยากรการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> • ในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉิน ภาคส่วนสาธารณสุขมีทุนเป็นการเฉพาะเพื่อรับมือปัญหาของคนพิการหรือไม่ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การจัดการทรัพยากร: ทรัพยากรมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> • เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับคนพิการหรือไม่ • มีการประชุมนิเทศและการฝึกอบรมเกี่ยวกับคนพิการสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ • มีประมวลความประพฤติและจรรยาบรรณสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การวางแผนและ การประสานงาน	<ul style="list-style-type: none"> • ในภาคส่วนสาธารณสุข มีกลไกประสานงานสำหรับคนพิการในการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินหรือไม่ • ภาคส่วนคนพิการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนและการประสานงานด้านการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินสำหรับสุขอนามัยหรือไม่ • ในทุกด้านของการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินเพื่อสุขภาพ คนพิการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือไม่ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>การจัดการความรู้และ สารสนเทศ รวมทั้ง การประเมินและการสื่อสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบสารสนเทศสาธารณสุขครอบคลุมถึงคนพิการหรือไม่ ● มีทะเบียนระดับชุมชน ซึ่งระบุข้อมูลคนพิการและความจำเป็นทางสุขภาพของคนพิการหรือไม่ ● มีการจัดเก็บข้อมูลด้านแผนงาน บริการ กลุ่มสนับสนุน ฯลฯ สำหรับคนพิการหรือไม่ ● การประเมินความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพและการประเมินความจำเป็นระหว่างและหลังภาวะฉุกเฉินครอบคลุมถึงคนพิการหรือไม่ ● ขั้นตอนการประเมินและขั้นตอนการจัดการสารสนเทศ ครอบคลุมถึงคนพิการ ครอบครัวคนพิการ องค์กรคนพิการ ฯลฯ หรือไม่ ● ข้อมูลสุขภาพอยู่ในรูปแบบที่คนพิการเข้าถึงได้หรือไม่ ● มีการระบุหรือไม่ว่าคนในชุมชนคนใดสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้กับคนพิการได้ ● มีการสร้างสัมพันธ์กับองค์กรคนพิการเพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>โครงสร้างพื้นฐานและโล จิสติกส์</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ในการวางแผน การออกแบบ และการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาหรือไม่ว่าคนพิการสามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าวได้ ● มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางสาธารณสุขไว้ในคลังชุดอุปกรณ์ฉุกเฉิน และระบบโลจิสติกส์หรือไม่ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>การให้บริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหลัก (Mainstream Health Service) ได้หรือไม่ ● คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเฉพาะทางได้หรือไม่ ● มีการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลเพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการได้หรือไม่ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>ความสามารถของชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● บริการสาธารณสุขท้องถิ่นเชื่อมโยงกับคนพิการ ครอบครัวคนพิการ และกลุ่มคนพิการในท้องถิ่นหรือไม่ เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดการความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินครอบคลุมถึงคนพิการ ครอบครัวคนพิการ และกลุ่มคนพิการในท้องถิ่น ● ภาคส่วนสาธารณสุขได้ทำให้คนพิการครอบครัวคนพิการ และกลุ่มคนพิการในท้องถิ่นมีความตระหนักรู้มากขึ้นเกี่ยวกับความรับผิดชอบของคนพิการ ครอบครัวคนพิการ และกลุ่มคนพิการในท้องถิ่นที่จะลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะฉุกเฉินหรือไม่ ● คนพิการมีแผนปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินหรือไม่ โดยแผนปฏิบัติการดังกล่าวให้รายละเอียดและการปฏิบัติการต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อให้คนพิการสามารถรักษาสุขภาพในระหว่างและหลังภาวะฉุกเฉินได้ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---------------------------	--	--	--

ISBN 978 92 4 150624 3



World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

Telephone: + 41 22 791 21 11

Facsimile (fax): + 41 22 791 31 11

Website: www.who.int/disabilities