

บทที่ 2

ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎี และแนวนโยบายการพัฒนาและสงเคราะห์ผู้พิการ

ปัจจุบัน มีการประมาณการถึงจำนวนผู้พิการในประเทศไทยที่แตกต่างกันไป มีจำนวน ตั้งแต่ 1.1 ล้านคน, 4.8 ล้านคน ถึง 6.3 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545 ; คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ, 2545; WHO, 1998) ทั้งนี้เนื่องจากใช้ระเบียบวิธีและการนิยามความพิการที่แตกต่างกัน รวมทั้งความยากลำบาก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แม้จำนวนและสถิติผู้พิการอาจมีความแตกต่างกันไป แต่ที่สำคัญกว่านั้น ก็คือ มีปัจจัยบางประการที่จะทำให้จำนวนผู้พิการในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรม เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่พาหนะไม่ถูกต้อง เช่น ขับขี่ในขณะมึนเมา การไม่รัดเข็มขัดนิรภัย และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่พาหนะ ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตและพิการมากขึ้น ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมากขึ้น โดยมีจำนวน ประมาณ 7 ล้านคน หรือร้อยละ 10.3 ของประชากรในประเทศ ในขณะที่ประชากรวัยเด็กมีอัตราการลดลง ซึ่งทำให้อัตราการมีผู้พิการจากวัยสูงอายุ เช่น โรคหัวใจ อัมพาต รวมทั้งจากอุบัติเหตุมากขึ้น ปัญหานี้จะทวีความรุนแรง เป็นปัญหาและภาระของคนรุ่นหลัง เป็นปัญหาครอบครัวในอีก 10-20 ปี ข้างหน้า หากไม่มีมาตรการรองรับปัญหาดังกล่าว (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2547)

ที่น่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่งคือ ในจำนวนผู้พิการทั้งหมดของประเทศ ส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 80 ไม่ได้รับหรือเข้าถึงการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐ และเอกชนใดๆ โดยเฉพาะผู้พิการที่อยู่ตามชนบท ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือ ฟื้นฟูฯ ทางด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพ และสังคม จากการสุ่มตัวอย่างในชุมชนแห่งหนึ่งพบว่า มีเพียง ประมาณร้อยละ 15 ของผู้พิการทั้งหมดเท่านั้น ที่สามารถประกอบอาชีพพอเลี้ยงตัวเองได้ ซึ่งเกือบ ทั้งหมดประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ ในท้องถิ่นชุมชน เช่น ค้าขาย ทำสวน เย็บผ้า แต่ทั้งหมดมี รายได้ค่อนข้างน้อยและไม่แน่นอน ส่วนอีกร้อยละ 45 ของผู้พิการทั้งหมด ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือไม่มีงานทำ ทั้งที่มีสภาพร่างกายที่สามารถจะประกอบอาชีพได้หรือสามารถจะศึกษาเล่าเรียน

หากความรู้เพิ่มเติมได้ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 40 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากนัก จนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอำเภอพุทธมณฑล, 2548)

สิ่งเหล่านี้ น่าจะสะท้อนให้เห็นว่า ไม่มีอะไรดีไปกว่าการสร้างชุมชนสมานฉันท์ และมีจิตสำนึกสาธารณะและตระหนักอยู่เสมอว่า “ทุกคนมีสิทธิเป็นผู้พิการทุกเมื่อ” ดังนั้น การจัดสวัสดิการการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้พิการในชุมชน/สังคมของเราในวันนี้ ก็เพื่อรองรับผู้พิการที่มีอยู่รวมทั้งผู้พิการที่จะมีมากขึ้นในอนาคต ซึ่งหมายรวมถึง ญาติพี่น้อง และ “ตัวเราเอง” ด้วยเช่นกัน

2.1 ประเภทการช่วยเหลือและบริการผู้พิการ

แม้ในมาตรฐานการพัฒนาและสงเคราะห์คนพิการฉบับนี้ จะใช้คำว่า “การพัฒนา” และ “การสงเคราะห์” ซึ่งดูเหมือนว่าการบริการแบ่งเป็น 2 ระดับเท่านั้น แต่ในรายละเอียดแล้วอาจจัดแบ่งการบริการแก่ผู้พิการเป็น 3 ระดับ/ประเภทใหญ่ๆ (ทวี เชื้อสุวรรณทวี², 2548) ดังนี้

2.1.1 การสงเคราะห์ หรือการประชาสงเคราะห์ (Public assistant) : หมายถึง การบริการช่วยเหลือผู้พิการแบบชั่วคราว เป็นการแก้ไขเฉพาะหน้า ผู้พิการมีฐานะเป็นผู้ขอรับบริการ การช่วยเหลือ หรือฐานะต่ำกว่าผู้ให้ และมักเป็นการดำเนินงานบนฐานคิด ปรัชญาการทำบุญกุศล เป็นการแบ่งปันของผู้มีจิตเมตตา สงสาร ต่อผู้พิการ (Philanthropy and charity base) เป็นหลัก เช่น การบริจาค ให้เงิน สิ่งของ การให้เบี้ยยังชีพ ซึ่งการบริการช่วยเหลือเช่นนี้มักไม่เป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ หรือในระดับสากล เนื่องจากมองว่าการช่วยเหลือดังกล่าวเป็นการกดทับ กดขี่ผู้พิการ ตอกย้ำความไม่เท่าเทียม และดูหมิ่นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่ในทางปฏิบัติอาจยังพบเห็นได้โดยทั่วไป เช่น การบริจาคเงินแก่ผู้พิการในชุมชน ผู้พิการขอทาน การแจกข้าวสาร อาหารแห้ง ผ้าห่ม สิ่งของ เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในสภาพความเป็นจริงผู้พิการ ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีความพิการรุนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ประกอบกับความเชื่อ ค่านิยมของสังคม ชนเผ่าที่มีต่อผู้พิการทางลบ ว่ามีความแตกต่างจากคนปกติทั่วไป กิ่งมนุษย์ หรือมิใช่มนุษย์ (Delieger, 1995; Nicolaison, 1995; Asch and Fine 1988 cited in Ingstad and Whyte, 1995; Sentumbwe, 1988; Deshen and Deshen, 1989; Cheausuwantavee, 2001)

2.1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation services) : หมายถึง “แบบแผนการบริการผู้พิการที่เป็นองค์รวมและบูรณาการทางด้านการแพทย์ กายภาพ จิตสังคม และอาชีพ ที่ช่วยให้เสริมพลังอำนาจ แก่ผู้พิการให้เต็มเต็มความเป็นบุคคล มีคุณค่าทางสังคม และสามารถดำรงอยู่

มีปฏิสัมพันธ์อย่างเต็มศักยภาพในสังคมโลก” (Benja, 1990 cited in Parker and Symanski, 1992) ซึ่งการบริการแบบนี้ มีฐานคิด ปรัชญามาจากแบบแผนทางการแพทย์ (Medical model) กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการ โดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพ (Professional or specialist) โดยผู้พิการ อยู่ในฐานะผู้รับบริการ หรือคนไข้ (Client) แม้จะมีแนวคิดและยกฐานะผู้ให้บริการกับผู้พิการให้มีความเท่าเทียมกัน แต่ก็ยังเป็นแนวคิดในกลุ่มนักทฤษฎีบางกลุ่มเท่านั้น โดยเฉพาะกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic theory) เช่น Carl R. Rogers ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาผู้เป็นเจ้าของทฤษฎีการใช้บุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) แต่นักคิด นักทฤษฎีส่วนใหญ่ยังยึดปรัชญาแบบแผนทางการแพทย์แบบดั้งเดิมและยังใช้ญาณวิทยา หรือวิธีการแสวงหาความรู้ความจริงแบบปฏิฐานนิยม (Positivism) ซึ่งเน้นการวัดและประเมินแบบปรนัย (Objectivism) เน้นความเป็นวิทยาศาสตร์ มีเครื่องมือและวิธีการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ตัวอย่างรูปแบบการบริการแบบนี้ ได้แก่ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสถาบัน เป็นฐาน (Institution – based rehabilitation: IBR) เช่น การให้บริการของโรงพยาบาล โรงเรียน การศึกษาพิเศษทั่วไป ศูนย์ฝึกอาชีพผู้พิการ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) รวมถึงการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ต่างๆ แก่ผู้พิการของนักวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างการให้บริการผู้พิการอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การให้บริการโดยนักวิชาชีพ นักวิชาการที่ออกไปให้บริการผู้พิการที่อยู่ตามบ้าน หรือชุมชน กรณีนี้เรียกว่า “เอาต์ริช” (Outreach services) เช่น การออกหน่วยแพทย์-พยาบาลเคลื่อนที่ การจัดหน่วยทำขาเทียมเคลื่อนที่ การบริการเยี่ยมบ้านและสอนหนังสือผู้พิการตามบ้านของศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจรวมถึง กิจกรรมบางส่วนของ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยชุมชน (Community- based rehabilitation : CBR) ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคนทุกระดับในชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นที่ต้องใช้นักวิชาชีพ นักวิชาการ ในการกระตุ้น สอนการทำงาน ให้ความรู้แก่ผู้พิการ และชุมชนในการช่วยเหลือ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

จะเห็นได้ว่า แม้การบริการแบบการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจจะแตกต่างกันในด้านผู้ให้บริการช่วยเหลือมีฐานะเป็นผู้ใจบุญหรืออาสาสมัคร และนักวิชาชีพ ตามลำดับตลอดจนความลึกซึ้งของการให้บริการก็ตาม แต่ทั้งการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพมีสิ่งเหมือนกันคือ ส่วนใหญ่ฐานะของผู้ให้บริการจะเหนือกว่าผู้พิการหรือผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ของทั้งสองจึงเป็นแนวตั้งมากกว่าแนบราบ ไม่มีความเท่าเทียมกัน

2.1.3 การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการมีวิถีชีวิตอิสระของผู้พิการ (Independent living) : โดยสรุป หมายถึง “การมีส่วนร่วม การควบคุม การมีอำนาจในการตัดสินใจ การกำหนดทางเลือกและทรัพยากรให้แก่ตนเองของผู้พิการ” (Nosek, 1992 ; Gutierrez, Parsons and Cox, 1998 ; Korten, 1987 ; Friedman, 1992 cited in Wils, 2001) โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดสรรอำนาจและการเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจเสียใหม่ เป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคลและสังคม การเปลี่ยนแปลงสำนึกสาธารณะและการบรรลุความต้องการของมนุษย์ และการนำไปสู่การปลดปล่อย ปราศจากการกดทับกดขี่ ซึ่งการบริการแบบนี้มีฐานคิด ปรัชญาเป็นแบบแผนทางสังคม (Social model) เน้นความเท่าเทียมในศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง

ดังนั้น ฐานะและสัมพันธภาพของผู้ให้บริการ และผู้พิการ ในกรณีนี้จึงมีความเท่าเทียมกัน ผู้พิการเปลี่ยนฐานะจากผู้รับบริการหรือคนไข้ (Client/ Counselee) ไปเป็นผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภค (Consumer) นักวิชาการ ผู้ช่วยเหลือ อาสาสมัคร เปลี่ยนฐานะจากผู้นำ (Leadership) ไปเป็นผู้เอื้ออำนวยหรือผู้มีส่วนร่วม/เพื่อนร่วมงาน (Partnership) เท่านั้น ตัวอย่างรูปแบบการบริการนี้ เช่น การบริการของกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (Self- help organization) การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อน (Peer counseling) กิจกรรมการดำเนินงานของชมรมหรือสมาคมของผู้พิการต่างๆ อาทิ สมาคมคนตาบอดฯ สมาคมคนหูหนวกฯ สมาคมผู้ปกครองเด็กออทิสติก รวมไปถึงศูนย์วิถีชีวิตอิสระของผู้พิการ (Independent living center: IL center) และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยชุมชน (Community- based rehabilitation : CBR) สรุปคือ ผู้พิการเป็นกลุ่มหลักในการดำเนินงาน โดยมีสมาชิกในชุมชน นักวิชาการ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้ร่วมงานเท่านั้น

การบริการแบบที่ 2 และ 3 คือ **การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้พิการ** มีความแตกต่างจากแบบที่ 1 หรือการสงเคราะห์ คือ เป็นการช่วยเหลือ บริการที่มุ่งการแก้ไขปัญหาลักษณะอย่างจริงจัง อย่างถาวรแก่ผู้พิการและมีเป้าหมายสูงสุดอย่างเดียวกัน คือการทำให้ผู้พิการดำรงอยู่ได้ด้วยตนเองมีอิสระภาพ แม้วิธีการและฐานะของผู้ให้บริการกับผู้พิการอาจแตกต่างกันก็ตาม **การบริการแบบที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ และแบบที่ 3 การเสริมพลังอำนาจ** นี้ อาจเรียกรวมว่า “การบริการเชิงพัฒนา” ซึ่งได้เปรียบเทียบกับความเหมือน และความแตกต่างของการบริการผู้พิการ 3 ประเภทดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : เปรียบเทียบการบริการผู้พิการแบบการสงเคราะห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเสริมพลังอำนาจ

ประเด็น	การสงเคราะห์	การพัฒนา	
		การฟื้นฟูสมรรถภาพ	การเสริมพลังอำนาจ
1. ฐานคิด/ปรัชญา	คำสอนศาสนา เทววิทยา ความเมตตา สงสาร โอบุญ ใจกุศล	แบบแผนทางการแพทย์ ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญ	แบบแผนทางสังคม ศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง
2. ญาณวิทยา/ วิธีการแสวงหา ความรู้ความจริง	คัมภีร์ คำสอนของศาสนา และศาสตร์ คือความรู้ สูงสุดไม่ต้องพิสูจน์	ปฏิธานนิยม และความ เป็นวิทยาศาสตร์ และปรนัย	มานุษยวิทยา ศาสตร์การ ตีความ อัตนัย
3. บทบาทผู้ ให้บริการ	ผู้โอบุญ ผู้ที่เหนือกว่า	ผู้เชี่ยวชาญ ผู้รู้ ผู้นำ ผู้ที่เหนือกว่า	เพื่อนร่วมงานเท่าเทียมกัน
4. บทบาทของ ผู้พิการ	ผู้รับการสงเคราะห์ ช่วยเหลือ ผู้ที่ด้อยกว่า มีภาวะพึ่งพิงสูง	ผู้รับบริการ คน ไข้ ผู้ด้อยกว่า (บางแนวคิด) มีภาวะพึ่งพิง	ผู้ใช้บริการ ผู้บริโภค ลูกค้า ผู้มีส่วนร่วมได้เสีย เท่าเทียม
5. ทิศทางความ สัมพันธ์	แนวดิ่ง	แนวดิ่งและแนวราบ ส่วนมากเป็นแนวดิ่ง	แนวราบ
6. การแก้ไขปัญหา	รวดเร็ว แก้ไขปัญหา เฉพาะหน้า ระยะสั้น หรือ ขาดทรัพยากรในการดำรง ชีพพื้นฐาน ยังไม่พร้อมจะ ช่วยตนเอง	เฉพาะราย และที่ รุนแรง ชับซ้อน มีความลึกซึ้งในการ บริการ เป็นรูปธรรม ชัดเจน และเห็นผลเร็ว	แก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง อำนาจการถูกกดขี่ของ ผู้พิการ และการแก้ไข ปัญหาและการดำรงชีวิต ระยะยาว

ประเด็น	การสงเคราะห์	การพัฒนา	
		การฟื้นฟูสมรรถภาพ	การเสริมพลังอำนาจ
7. การใช้ทรัพยากร	ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่คำนึงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากนัก	มีความซับซ้อน เน้น การวัดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต้นทุนสูง	เน้นอิสระ คล่องตัว ไม่ซับซ้อน บางครั้งการ วัดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลลำบาก ต้นทุนต่ำ

จะเห็นได้ว่า การบริการแบบสงเคราะห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเสริมพลังอำนาจ มีความแตกต่างกัน ในขณะเดียวกันก็จะมีข้อดี ข้อด้อยต่างกัน ซึ่งหมายความว่า การบริการทั้งสามแบบ แท้จริงอาจมีได้มีอะไรดีกว่าอะไร และยากที่จะตัดสินว่า อะไรผิดอะไรถูก แม้จะมีกระแสต่อต้านการบริการช่วยเหลือแบบสงเคราะห์ว่าเป็นสิ่งที่ล้าหลัง เป็นการลดทอนอำนาจ และกดขี่ศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้พิการ แต่อย่างไรก็ตามหากพิจารณาแล้ว ปรากฏการณ์การบริการทั้งสามแบบ ยังดำรงอยู่ในทุกชนเผ่า ทุกสังคม ในอดีตการสงเคราะห์อาจเหมาะสมและใช้ได้กับบางบริบท บางสถานการณ์ โดยเฉพาะกับสภาพที่ผู้พิการยังขาดปัจจัยในการดำรงชีพพื้นฐาน ไม่พร้อมที่จะลุกขึ้นมาต่อสู้เพื่อสิทธิของตนเอง ในขณะเดียวกัน ก็ไม่มีบริการของรัฐ เอกชน หรือ กลุ่มผู้พิการเองเข้าถึง และให้บริการได้ การช่วยเหลือของผู้ใจบุญ ผู้มีจิตศรัทธา ภายใต้อารมณ์ความรู้สึกเมตตา สงสาร ที่ช่วยโอบอุ้มสังคม ยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้พิการเหล่านี้ แต่ไม่อาจปฏิเสธได้ว่า การเสริมพลังอำนาจ การทำให้ผู้พิการสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง ตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตน ก็เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นเป้าหมายสูงสุดที่สังคมควรผลักดันให้ผู้พิการไปถึงจุดนั้นให้ได้ สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องมีการทบทวนกันระหว่าง ผู้พิการ ครอบครัว ผู้นำชุมชน สมาชิกในชุมชน นักวิชาชีพ นักวิชาการ ว่าควรจะใช้การบริการผู้พิการทั้งสามแบบให้ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้พิการอย่างไร เมื่อใด เข้าทำนองการพิจารณาถึงการใช้อย่างถูก “กาลและเทศะ” ของการบริการ ทั้งสามแบบ ภายใต้อารมณ์มีส่วนร่วมของทุกฝ่ายอย่างเท่าเทียม เอื้ออาทร มีไมตรี และสมานฉันท์

กิจกรรมใด การบริการใด หากต้องแบ่งแยกผู้พิการ ชุมชน สังคมออกจากกัน มีการต่อสู้ เบียดขับกันอย่างไม่รู้จบ ย่อมไม่ใช่ทางออกและการจัดสวัสดิการที่ดี ดังเช่นสังคมผู้พิการและสังคมคนทั่วไปในประเทศตะวันตกหลายประเทศโดยเฉพาะ สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ ที่พยายามต่อสู้ แก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วยการออกกฎหมาย ขจัดการเลือกปฏิบัติ การกีดกันของสังคม แต่ปัญหาการเลือกปฏิบัติและการกีดกันก็ยังคงมีอยู่ทั่วไป (ทวิ เชื้อสุวรรณทวิ¹, 2548)

2.2 ปัจจัยสำคัญต่อแนวนโยบายการพัฒนาและสงเคราะห์ผู้พิการของไทย

ด้วยกระแสโลกาภิวัตน์ และการปกครองแบบประชาธิปไตยทั้งระดับภายในประเทศ และระดับสากล สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยในการกำหนด และการให้คุณค่า แก่นโยบายสวัสดิการสังคม และงานด้านผู้พิการของไทยเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจัยที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

2.2.1 การเคลื่อนไหวระดับสากล

ด้วยการเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม และความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ในระดับสากล ที่มีความเข้มข้นมากขึ้น นับตั้งแต่การมี “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” ขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ.1948 (Universal Declaration of Human Rights) (United Nation, 1988) หลังจากนั้นประเทศไทยได้ร่วมลงนามปฏิญญา และอนุสัญญาที่สำคัญ คือปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ปฏิญญาโคเปนเฮเกน ว่าด้วยการพัฒนาสังคม ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการสากล และในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ.2000) ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพการจัดงานทศวรรษแห่งผู้พิการ 2000 ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการสังคมและเศรษฐกิจแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกแห่งองค์การสหประชาชาติ (UNESCAP) ที่องค์กรผู้พิการทั่วโลกเข้าร่วมงานกว่า 5,000 คน ทำให้ประเทศไทย สังคมไทย ผู้พิการไทย มีการตื่นตัวในด้านการเสริมพลังอำนาจ และการจัดอุปสรรคการอยู่ร่วมในสังคมมากขึ้น

2.2.2 การเคลื่อนไหวระดับประเทศ

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดสิทธิ และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรี ความเท่าเทียมของมนุษย์ ผู้พิการ รวมทั้งสิทธิทางการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

“มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง”

“มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น เพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม”

“มาตรา 55 บุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

“มาตรา 59 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ตามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่กฎหมายบัญญัติ”

“มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ”

“มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน

รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้”

2) **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) :** ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาแบบองค์รวม ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีคุณภาพ และมุ่งเน้นพัฒนาสู่ “สังคมที่เข้มแข็งและมีคุณภาพ” ใน 3 ด้าน คือ **สังคมคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญา และการเรียนรู้ สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน** นอกจากนี้ได้เน้นให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์พอสรุปได้ดังนี้

(1) การพัฒนาประชากร กลุ่มผู้ด้อยโอกาส : พัฒนาศักยภาพของเด็ก สตรี ที่ถูกทำร้าย ทารุณ หญิงบริการทางเพศ ผู้พิการและผู้สูงอายุ ที่ถูกทอดทิ้ง ละเอียด รวมทั้งกลุ่มคนยากจน ผู้ต้องขัง ชนกลุ่มน้อยต่างภาษาและวัฒนธรรมให้ดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และมีคุณภาพอย่างทัดเทียม

(2) การพัฒนาระบบความมั่นคงทางสังคม : ได้แก่ ส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินสวัสดิการสังคมอย่างครบวงจร มีกฎหมายสวัสดิการสังคมเป็นแม่บท ปรับปรุงขยายการประสานงานระหว่างภาครัฐ เอกชน ธุรกิจ และภาคประชาชนอย่างเชื่อมโยงเป็นระบบ สนับสนุนการรวมตัวและสร้างเครือข่ายของประชาชนและสถาบันทางสังคม เช่น วัด โรงเรียน โดยรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน มากกว่าควบคุม สั่งการ

(3) การแก้ไขปัญหาความยากจน : เน้นให้ประชาชนพึ่งตัวเองมากขึ้น โดยนำแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ ให้ประชาชนได้รับการศึกษาและบริการทางสังคมอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ให้คนจนมีรายได้มากขึ้นโดยการสร้างงาน ยกกระดับคุณภาพฝีมือแรงงาน ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม สามารถแข่งขันการผลิตและการบริการกับต่างประเทศได้

(4) การบริหารจัดการที่ดี ทุกระดับในสังคมไทย : ลดขั้นตอนการทำงาน กระจายอำนาจสู่ชุมชน มีความโปร่งใส ใช้การจัดการแบบเน้นเป้าหมาย (Result-based management: RBM) การบริการสวัสดิการสังคมแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One stop services) เน้นให้ประชาชนช่วยคิด ช่วยทำ และร่วมรับผิดชอบ

3) **พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534**

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 ที่มาของการตรากฎหมายฉบับนี้ ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากกระแสการเมือง “ระบอบประชาธิปไตย” และค่านิยมสากล ที่ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรี ความเท่าเทียม และหลักมนุษยชน

(รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

พระราชบัญญัติฉบับนี้มีทั้งหมด 20 มาตรา สาระสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้ พอสรุปได้ดังนี้

ความหมายของคนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติ หรือ บกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง “การเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษาทางสังคม และการฝึกอาชีพเพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนปกติ”

คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายสนับสนุนส่งเสริม ให้คำปรึกษาแนะนำแก่รัฐมนตรีที่รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ซึ่ง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้ง จัดทำโครงการ/อนุมัติโครงการที่จะใช้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ วางระเบียบ ข้อบังคับ เกี่ยวกับนโยบายการสงเคราะห์และพัฒนาคนพิการ การแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย โดยให้คนพิการที่จดทะเบียนแล้วเป็นคณะกรรมการนั้นๆ อย่างน้อย 1 คน คณะกรรมการฯ มีวาระ 2 ปี

สำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทำหน้าที่ประสานงานรวบรวมข้อมูล ดำเนินการจดทะเบียนคนพิการ การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ดำเนินการงานวิชาการ งานวิจัย และงานด้านคนพิการ จัดทำแผนงานเสนอต่อคณะกรรมการฯ ริเริ่มส่งเสริมกิจกรรมของคนพิการ จัดอบรมบุคลากร ส่งเสริมอาชีพและจัดหางานแก่คนพิการ

สิทธิของคนพิการภายหลังการจดทะเบียนคนพิการ จะได้รับการบริการ รวม 5 ข้อ คือ

- (1) บริการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความพิการจากสถานพยาบาลของรัฐฟรี
- (2) การเข้ารับการศึกษาภาคบังคับ โดยให้ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

(3) ให้คำแนะนำ ปริญญาการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพตามความเหมาะสม กับความพิการ

(4) การยอมรับ มีส่วนร่วมทางสังคม และสิ่งอำนวยความสะดวกและ บริการต่างๆ ที่จำเป็นต่อคนพิการ

(5) บริการจากรัฐในการเป็นคดีความ และการติดต่อราชการ
“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ถูกจัดตั้งขึ้น เพื่อใช้ในกิจกรรมการ สงเคราะห์และพัฒนาคนพิการ ดังกล่าวข้างต้น โดยได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล การบริจาค ดอกผล การหาประโยชน์จากเงินกองทุนรวมทั้งรายได้

นอกจากนี้ยังมี กฎกระทรวง และระเบียบของหน่วยงานต่างๆ ที่ออกตามความใน พระราชบัญญัติฉบับนี้ ที่สำคัญมีดังนี้

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

- **กฎกระทรวง (พ.ศ. 2537)** ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ. 2534 ในมาตรา 17 และมาตรา 20 กล่าวถึง

การจ้างงานคนพิการ มีสาระสำคัญคือ **สถานประกอบการเอกชน** ที่มีลูกจ้างมากกว่า **200** คนขึ้นไป ต้องรับคนพิการเข้าทำงาน **1** คน เศษของทุก **200** คน ถ้าเกิน **100** คน ให้รับคนพิการ อีก **1** คน หากมีคนพิการสมัครไม่ครบ ตามที่กำหนดให้แจ้งกรมประชาสงเคราะห์ (ปัจจุบันเป็น สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ หรือ สทก.) ภายในวันที่ **30** มกราคมของทุกปี การประกาศรับ สมัครต้องประกาศไม่น้อยกว่า **30** วัน นอกจากนี้ **นายจ้าง** โดยความเห็นชอบของกรม ประชาสงเคราะห์ จะกำหนดลักษณะความพิการให้เหมาะสมกับงานก็ได้ นายจ้างที่ไม่ประสงค์ หรือไม่รับคนพิการเข้าทำงานที่กำหนด ให้ส่งเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูคนพิการเป็นรายปี ปีละครึ่งหนึ่งของอัตราจ้างขั้นต่ำที่ใช้อยู่ในท้องที่สถานประกอบการตั้งอยู่ x 365 วัน x จำนวนคนพิการที่ไม่ รับเข้าทำงาน

- **ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่าด้วย** การจดทะเบียนคนพิการ พ.ศ. 2537 ออกตามความในมาตรา 6 และ มาตรา 14 มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการจดทะเบียนคน พิการและสิทธิของผู้พิการที่จดทะเบียนจะได้รับ

กระทรวงสาธารณสุข

- กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4 และมาตรา 20 กล่าวถึง

ประเภทของคนพิการ มีสาระสำคัญคือ ได้จัดคนพิการออกเป็น 5 ประเภท คือ คนพิการทาง 1) การมองเห็น 2) การได้ยินหรือสื่อความหมาย 3) ทางกายและการเคลื่อนไหว 4) จิตใจ และพฤติกรรม 5) สติปัญญาและการเรียนรู้ ทั้งนี้ต้องมีการตรวจวินิจฉัยและมีลักษณะตามที่กฎหมายกำหนดโดยแพทย์ ในสถานพยาบาลของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ

- กฎกระทรวงฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 และ มาตรา 20 กล่าวถึง

การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีสาระสำคัญ คือ ให้คนพิการที่จดทะเบียนแล้วได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอันเนื่องมาจากความพิการนั้นๆ ฟรี ในสถานพยาบาลของรัฐ เช่น ค่าตรวจ ค่าห้อง ค่าศัลยกรรม ค่ายา กายภาพบำบัด จิตบำบัด สังคมสงเคราะห์ การแก้ไขการพูด กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น

กระทรวงมหาดไทย

- กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ คนชรา พ.ศ. 2548 ซึ่งสาระสำคัญโดยสรุปคือ การกำหนดให้อาคารบางประเภท เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข อาคารที่ทำการของราชการ/รัฐวิสาหกิจ สถานศึกษา หอสมุด สถานีขนส่งมวลชน สนามกีฬา ฯลฯ ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ ซึ่งได้แก่ ลิฟต์ ที่จอดรถ ห้องส้วม ฯลฯ เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ความช่วยเหลืออื่นๆ และการสงเคราะห์จากรัฐ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (ดูรายละเอียดภาคผนวก ข)

- ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ว่าด้วยการจัดหาผลประโยชน์ และการจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2536 ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 6 และ 16 มีสาระสำคัญ คือ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งจำนวน 24 คน ทำหน้าที่ในการกำกับดูแล

อนุมัติแผนงานที่เกี่ยวกับการสงเคราะห์ พัฒนา ช่วยเหลือคนพิการ การใช้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งการจัดหาเงินเข้ากองทุนฯ

4) นโยบายรัฐบาล

เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2548 คณะรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา โดยมีสาระสำคัญว่าใน 4 ปีข้างหน้า จะเป็น 4 ปีแห่งการเปลี่ยนผ่านประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง ยั่งยืนในทุกทาง รัฐบาลจะสร้างโอกาสเพื่ออนาคต วางรากฐานใหม่แก่ประเทศ โดยเน้นการคืนความเข้มแข็งสู่ท้องถิ่น คืนความสมบูรณ์ของดินและน้ำสู่ธรรมชาติ และคืนอำนาจในการตัดสินใจ ปัญหาสู่ชุมชน โดยให้ความสำคัญแก่การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมให้สมดุลมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ รัฐบาลจะดำเนินนโยบาย 9 ประการ แม้จะมีได้ระบุเกี่ยวกับผู้พิการโดยตรง แต่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการดังนี้ คือ

(1) นโยบายพัฒนาคนและสังคมที่มีคุณภาพ จะสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยจะจัดการอาชีวศึกษาเสริมสร้างเด็ก เร่งรัดการปฏิรูปการศึกษา จะมีนโยบายด้านวัฒนธรรม จะสร้างสุขให้คนกรุงเทพฯ ด้วยนโยบาย กรุงเทพฯ แข็งแรงและน่าอยู่ การพัฒนาสุขภาพประชาชน ความมั่นคงของชีวิตและสังคม การเตรียมความพร้อมให้แก่สังคมผู้สูงอายุ

(2) นโยบายส่งเสริมประชาธิปไตยและกระบวนการประชาสังคม จะรับฟังความเห็นจากประชาชน ในรูปแบบที่เหมาะสมและหลากหลายเกี่ยวกับเรื่องสำคัญตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 59 และร่วมกับทุกฝ่ายส่งเสริมและยกระดับสิทธิมนุษยชนให้ทัดเทียมระดับสากล จะส่งเสริมสนับสนุนการทำงานองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ ส่งเสริมบทบาทของผู้นำชุมชนและปราชญ์ท้องถิ่น กระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ที่สร้างสรรค์

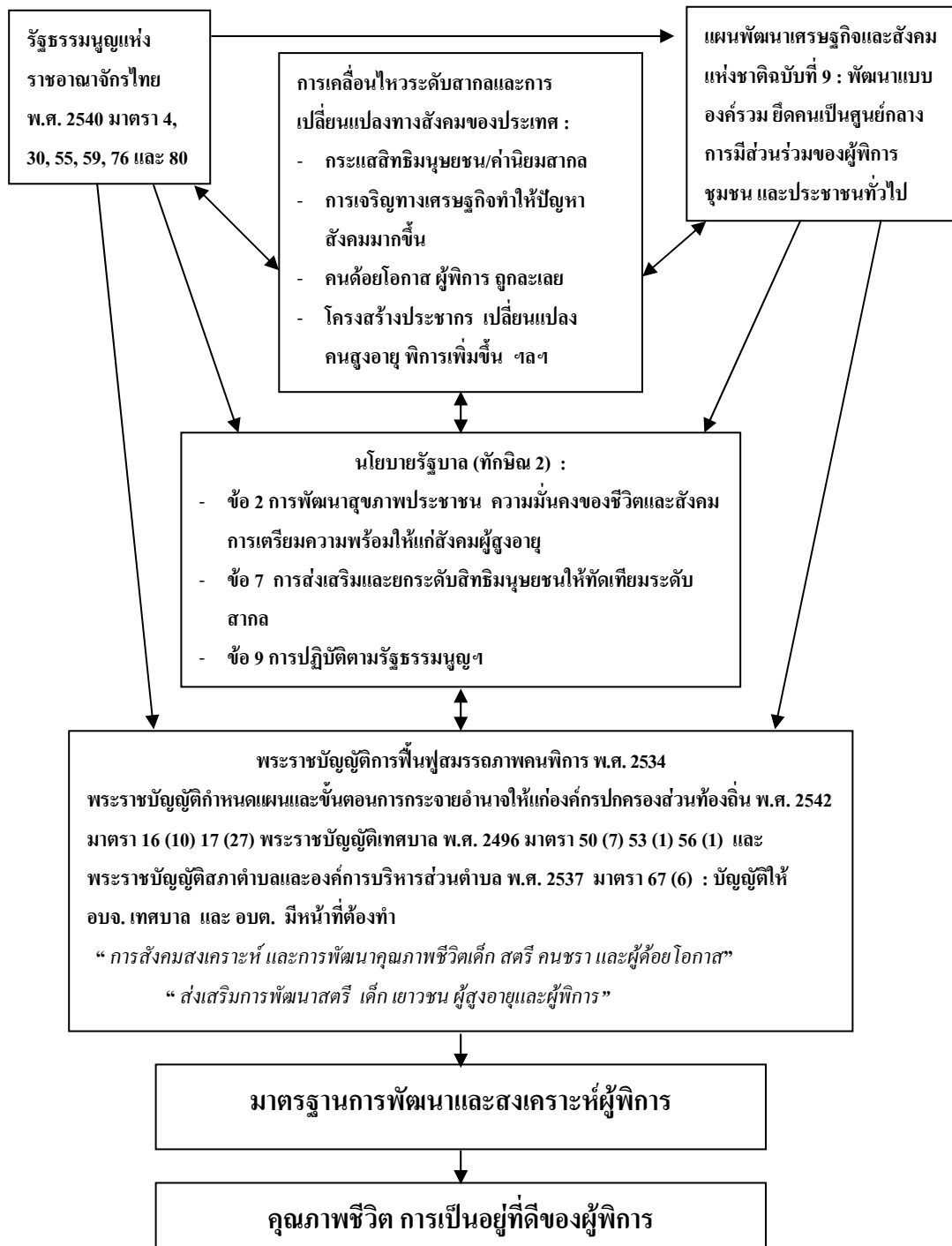
(3) นโยบายตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ หรือตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

อนึ่ง กฎหมาย นโยบายที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ซึ่งยังมีกฎหมาย นโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวของกระทรวง ทบวง กรม หรือองค์กรต่างๆ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการควรได้ศึกษาเพิ่มเติม เช่น แผนพัฒนาสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 -2549) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้พิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545- 2549 แผนพัฒนาด้านสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและเสริมการทำงาน โดยเฉพาะจะเป็นการทำงานในลักษณะการประสานงานระหว่างองค์กรหน่วยงาน ลดการซ้ำซ้อนและความซับซ้อน ในการเข้าถึงบริการของผู้พิการ และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อประมวลปัจจัยทางด้านกฎหมาย แนวนโยบายของรัฐ สภาพปัญหาทางสังคมของประเทศ ตลอดจนภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายกำหนดดังกล่าว สามารถแสดงความสำคัญและที่มาของมาตรฐานการพัฒนาและสงเคราะห์ผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ตามแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 : แสดงความสำคัญและที่มาของมาตรฐานการพัฒนาและสงเคราะห์ผู้พิการสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



2.3 การทำความเข้าใจกับผู้พิการแต่ละประเภท

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ในมาตรา 4 ให้นิยามหรือให้ความหมายของคนพิการ ดังนี้

“คนพิการ” หมายความว่า คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง “

ในเรื่องประเภทคนพิการ ได้มีการออกกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) กำหนดไว้ 5 ประเภท ดังนี้

- คนพิการทางการมองเห็น
- คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว
- คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม
- คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติหรือพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้พิการแต่ละประเภท จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางที่จะพัฒนาและสงเคราะห์ผู้พิการ เพื่อให้ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเอง ประกอบอาชีพและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถอยู่ร่วมในสังคมโดยเป็นที่ยอมรับและเกิดความภูมิใจในคุณค่าของตน และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ)