

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 แนวทางการพัฒนาศักยภาพคนพิการในประเทศไทย
- 2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน
- 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.5 เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม
- 2.6 บทบาทและรูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่สมอง โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้น อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (35)

2.1.1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (35-39)

1. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญรองลงมาจากอายุ โดยเพิ่มความเสี่ยงทั้งภาวะหลอดเลือดสมองแตกและหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติราว 3 ถึง 17 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับอายุ เพศ ระยะเวลา เป็นโรค และความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในแต่ละราย

2. โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสดังกล่าว cerebral embolism ได้สูง ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน
3. โรคส่วนประกอบของหลอดเลือด เช่น มีความผิดปกติของ coagulating factors ทำให้มี thrombosis ได้ง่ายขึ้น
4. โรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสดังกล่าวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปกติ 3 ถึง 6 เท่าของผู้ที่ไม่เคยเป็น เนื่องจากโรคเบาหวานสามารถทำให้เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือด ได้ทั่วร่างกายและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด
5. อายุที่มากขึ้น พบว่าอัตราความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าวัยหนุ่มสาว
6. เพศ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44 ถึง 76 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเช่นเดียวกัน
7. เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเป็นเวลา 5 ปี มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของประชากรทั่วไป โดยมีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่าในปีแรก
8. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น โรคอ้วน ไ้มนันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราจัด

2.1.2 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย (40, 41)

ความบกพร่องด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง ผลกระทบด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ ความผิดปกติของการควบคุมการเคลื่อนไหว โดยร้อยละ 88 ของผู้ป่วยที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมีอาการสำคัญ คือ อัมพาตหรืออ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่สมอง นอกจากนี้ยังมีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ความบกพร่องของการรับรู้ความรู้สึก ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่ายและความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

2. ผลกระทบด้านจิตใจ (42-44)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อสภาวะจิตใจ ตามมา เนื่องจากผลกระทบของโรคทำให้ผู้พิการไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจึงมักเกิดภาวะซึมเศร้า เครียด ผิดหวังในตนเอง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกคับข้องใจเนื่องจากกังวลว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สนใจที่จะบำบัดรักษาส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยผลกระทบด้านจิตใจจะเกิดมากขึ้นเมื่อ ผู้พิการ จากโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องการรับรู้และสติปัญญา รวมถึง เช่น สูญเสียความสามารถในการพูด การตัดสินใจ การคิดที่มีเหตุผลและการคิดแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะพิการที่เกิดขึ้น วิดกกังวล ก้าวร้าว บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้หรือหัวเราะ สลับกันไปมา กลัวการอยู่ที่โล่งหรือในชุมชนและแสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจเกิดความเครียดขึ้นได้ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตลดลงและคุณภาพชีวิตลดลงด้วย

ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจที่ได้กล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั้งในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การทำกิจกรรมยามว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ดังนี้

1. ผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้พิการ จากโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหลงเหลืออยู่ เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนจึงต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยประมาณร้อยละ 70 ถึง 80 ของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการใช้แขนและมือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ไม่สามารถนั่งหรือยืนได้เอง (45) จากการศึกษาของ Hackett และคณะ (46) พบว่า ผู้พิการ จากโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 60 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้และต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการแต่งกาย การอาบน้ำ การขึ้นบันไดและความสามารถลดลงอย่างมากโดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันที่ใช้อุปกรณ์ จากการศึกษาของWilkinson และคณะ(47) พบว่าร้อยละ25 ถึง 50 ของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ใช้อุปกรณ์ได้ ได้แก่ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซื้อของ และการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน สรุปได้ว่าผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัย

อยู่ในชุมชนช่วยเหลือตนเองได้ลดลงอย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้อง อาศัยครอบครัว หรือผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือก่อให้เกิดภาวะพึ่งพา (48)

2. ผลกระทบต่อการทำงาน

ปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก อาการล้า ซ้ำจำกััดด้านการเคลื่อนไหว ความบกพร่องด้านการอ่านและการคำนวณ ช่วงความสนใจลดลง ความบกพร่องของความจำหรือเซาว์ปัญญา การตัดสินใจและความยากลำบากในการพูด (49) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ปัญหาเหล่านี้ส่งผลด้านลบต่อการรับรู้ความสามารถของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองและนายจ้าง (9) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการกลับไปทำงานเนื่องจาก ความสามารถในการทำงานลดลงจึงไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม หรือทำงานได้ไม่เต็มที่ รวมทั้งอายุที่จะต้องเผชิญหน้ากับบุคคลในสังคม ตลอดจนความไม่สะดวกและความไม่คล่องตัวของการเดินทางไปกลับจากที่ทำงาน (50) ส่งผลให้ผู้ พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก ต้องออกจากงานและสูญเสียบทบาทหน้าที่การทำงานอย่างถาวร (9, 51) จากการศึกษาของ Teasel และคณะ (52) พบว่าผู้พิการจากโรค หลอดเลือดสมองสามารถกลับมาทำงานเพียงร้อยละ 17 ถึง 51 และร้อยละ 48 ของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เคยทำงานเต็มเวลาสามารถกลับมาทำงานนอกเวลาได้นอกจากนี้ 2 ใน 3 ของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีชั่วโมงการทำงานลดลงและส่วนใหญ่ต้องการปรับขั้นตอนการทำงานให้เหมาะสมกับระดับความสามารถหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (7) เมื่อ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวได้รับความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกจากเพื่อนร่วมงานและได้รับการคุ้มครองจากนายจ้าง ส่งผลให้ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีทัศนคติที่ดีต่อนายจ้างและเพื่อนร่วมงานและช่วยส่งเสริมความต้องการในการกลับไปทำงานอีกด้วย (53)

3. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมยามว่าง

เนื่องจากการสูญเสียความสามารถด้านร่างกายและข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำกิจกรรมยามว่างได้ดังเดิม จึงต้องปรับขั้นตอนหรือวิธีการในการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความสามารถร่วมกับต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมยามว่างมากกว่าปกติเมื่อเทียบกับก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจึงให้คุณค่าของการทำกิจกรรมยามว่างลดลง (10, 12) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Carod-Artal และคณะ (12) ที่พบว่าร้อยละ 63 ของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองไม่มีกิจกรรมยามว่างที่สนใจและจากการศึกษาของ Jongbloed และ Morgan (11) พบว่าผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองทำกิจกรรมยามว่างอย่างน้อยหนึ่งกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากต้องใช้เวลาและ

พลังงานส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้การทำกิจกรรมยามว่างลดลงทั้งจำนวนและความถี่ในการทำกิจกรรม (54) และเป็นผลให้ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพ ชีวิตลดลงด้วย (55) ดังนั้นจึงควรปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่บ้านและชุมชนเพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมยามว่างของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองและแนะนำกิจกรรมยามว่างรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้พิการร่วมกับประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสม

4. ผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ความบกพร่องด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวส่งผลให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ เนื่องจากไม่สามารถข้ามถนนได้อย่างปลอดภัย ไม่สามารถเดินในระยะทางไกลหรือไม่สามารถขับรถเพื่อไปถึงจุดหมายที่ต้องการได้ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จึงใช้ชีวิตอยู่แต่ในบ้านและออกจากบ้านน้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (10 , 13) จากการศึกษาของ Ada และคณะ (56) พบว่าผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 7 ที่สามารถเดินเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้และจากการศึกษาของ Thorngren และคณะ (57) พบว่าร้อยละ 48 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเพื่อเดินทางไปท่องเที่ยวได้และร้อยละ 60 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลางแจ้งได้ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จึงรู้สึกว่าคุณค่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ถูกทอดทิ้งขาดที่พึ่งและบางรายรู้สึกอับอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (58, 59) การลดลงของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่งผลให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อมั่นในตนเองลดลงและมีมุมมองต่อตนเองในด้านลบ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตลดลง (60-62) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน สมาชิก ในชุมชนและองค์กรในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการและช่วยให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (63)

5. ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล

ภาวะพิการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองสูญเสียบทบาทการเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา รวมทั้งหัวหน้าครอบครัวในการหาเลี้ยงชีพ (58, 64) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย เนื่องจากผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลและระยยาว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานและขาดการทำงาน (14) ครอบครัวขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวลดลง โดยเฉพาะในปัจจุบันปัญหาเศรษฐกิจและค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดการผิดเคืองด้านการเงินและหนี้สินเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว (64 , 65) นอกจากนี้การดูแลที่ต่อเนื่องและ

ยาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นจนเกิดความเครียด เบื่อหน่าย อ่อนล้า นอนไม่หลับและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง บางรายถึงกับทำร้ายผู้พิการ (66) จากการศึกษาของ Obe-Om (67) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัว ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว มีภาวะพิการถาวร ครอบครัวต้องปรับตัวต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างกะทันหันของสมาชิกในครอบครัว ทำใจยอมรับสมาชิกครอบครัวที่พิการและต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้พิการจาก โรคหลอดเลือดสมอง วิถีชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลผู้พิการจากโรค หลอดเลือดสมองตลอด 24 ชั่วโมงส่งผลให้ครอบครัวมีเวลาในการทำกิจกรรมยามว่างลดลง ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนลดลง (14) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของศศิธร (68) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทยพบว่าครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลให้เหตุผลว่าสืบเนื่องจากความรักความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบและเข้าใจว่าผู้พิการอยู่ในสภาพที่ต้องการการช่วยเหลือ ร่วมกับมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้พิการ นอกจากนี้ยังมีการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ห้องนอน เรียนรู้การช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองและจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นให้ โดยครอบครัวต้องปรับตัวต่อ ความเครียดที่เกิดขึ้น ต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายในครอบครัวรวมทั้งจัดสรรบทบาทหน้าที่ของครอบครัวด้วย

2.2 แนวทางการพัฒนาศักยภาพคนพิการในประเทศไทย

แนวทางการพัฒนาศักยภาพ คนพิการ ในประเทศไทยมีความชัดเจนมากขึ้นหลังการกำหนดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรกของ คน พิการ ที่ส่งเสริมสิทธิพัฒนาและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการมุ่งเน้นให้คนพิการได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและด้านสังคม (69) และได้มีการปรับปรุงนโยบายและกฎหมายของประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของคนพิการในด้านต่าง ๆ ในบริบทไทย ซึ่ง นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยที่สนับสนุนการศึกษานี้ ได้แก่

2.2.1 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

2.2.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

2.2.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2550

2.2.1 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 (22)

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานด้านคนพิการ คือ คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาคภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค โดย ได้ กำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมเจตคติที่ดีของคนพิการ ครอบครัวและสังคมที่มีต่อ ความพิการและคนพิการ โดยส่งเสริมให้จัดกิจกรรมทางสังคมให้คนพิการและครอบครัวมีโอกาส แสดงศักยภาพและมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ต่อ คนพิการ และครอบครัว สนับสนุนให้คนพิการมีงานทำและสนับสนุนการจัดทำสื่อที่มีคุณภาพเป็น ประโยชน์ต่อการส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วมและความเสมอภาคของคนพิการ

ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม ของคนพิการ โดยผลักดันให้มียุทธศาสตร์และวาระแห่งชาติในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจาก อุปสรรคและส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

2.2.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (70)

การประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นผลให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิและได้รับบริการอย่างครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น โดยได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุน ให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคล ทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ สังคมมีการปรับเจตคติที่ดีต่อคนพิการและเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ตามพระราชบัญญัตินี้มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ดังนี้

มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็น สาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การส่งเสริมการประกอบอาชีพและบริการสื่อสิ่งนวย ความสะดวกเทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ

3. การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

4. การจัดสวัสดิการเบี้ยคนพิการ

5. การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการหรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 37 จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะบริการขนส่งหรือบริการสาธารณะอื่น ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

2.2.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2550 (23)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2550 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้
 มาตรา 4 เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคล
 มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในทางกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสถานะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (community based rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้พิการในชุมชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัวและสมาชิกในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

สุชาดา (71) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือ พัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้านให้แก่คนพิการ โดยความร่วมมือของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนพิการและญาติมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ เครื่องมือ ทุน วัสดุ สถานที่ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้น เพื่อให้คนพิการ สามารถดำรงชีวิต และมีส่วนร่วมในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติ ซึ่งพบว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน ทำให้ชุมชนรับผิดชอบต่อปัญหาคนพิการ ยอมรับคนพิการในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน เช่นเดียวกับคนทั่วไปและทำให้ชุมชนเข้าใจสภาพชุมชนทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนสามารถวางแผนแก้ปัญหาในฐานะเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริงได้

ขนิษฐา (72) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม ด้วยการใช้ทรัพยากรหน่วยงานและบริการด้านต่าง ๆ ในชุมชนมาดำเนินการร่วมกัน โดยการสนับสนุนจากชุมชนและระบบการส่งต่อ ทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเน้นเรื่องความสอดคล้องกับสภาพความพิการและความเหมาะสมกับสภาพของชุมชนเป็นสำคัญ เพื่อให้คนพิการสามารถที่จะดำรงชีวิตในชุมชนของตนเองได้ทัดเทียมกับคนทั่วไป

อังคณา (73) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสติปัญญา สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

โดยอาศัยวิธี ทางกายภาพ การศึกษา การฝึกอาชีพและความร่วมมือของคนพิการ ครอบครัว ชุมชนและได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและเอกชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO) อังใน สุภธรรม มงคลสวัสดิ์ (74) ได้ให้ความหมาย การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนว่าเป็นกระบวนการพัฒนาชุมชนในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ โอกาส สิทธิ ความเสมอภาคและการเข้าร่วมในสังคมของคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน สามารถดำเนินการได้จากความพยายามของคนพิการเองร่วมกับครอบครัวและ

ชุมชน ในเรื่องการ จัดบริการที่เหมาะสมให้แก่คนพิการทั้งในด้านสาธารณสุข การศึกษา อาชีพและ บริการด้านสังคม

2.3.2 เป้าหมายการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

ขนิษฐา (72) กล่าวถึงเป้าหมายของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน เกิดจากแนวคิดพื้นฐานหลัก 4 ประการ

1. ลดการพึ่งพิงสถาบัน (deinstitutionalization) เพื่อป้องกันการรับคนพิการไว้ในสถานสงเคราะห์หรือสถาบันต่าง ๆ โดยไม่จำเป็นโดยใช้ทรัพยากรบุคคลและหน่วยบริการที่มีอยู่ในชุมชนในลักษณะเครือข่ายทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อให้คนพิการไม่รู้สึกลด้อยคุณค่าหรือ รู้สึกถูกตีตราทางสังคม (social stigma)
2. การใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน (home base หรือ family based) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่พิการได้จะทำให้คนพิการมีความสุขและมีคุณค่าในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. การสร้างความเข้มแข็งของระบบเครือข่าย (social network) ในชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งในรูปวัตถุและจิตใจ
4. การพึ่งพาตนเอง (self reliance) การพึ่งตนเองได้ของคนพิการโดยใช้วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนต้องอาศัยแนวทางการระดมทรัพยากรในชุมชน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน กิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เกิดการขัดเกลาทางสังคม (socialization) ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีและวิถีชีวิตของชุมชน

2.3.3 หลักการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

จากความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นว่า ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและพัฒนาศักยภาพคนพิการ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม การยอมรับและให้โอกาสแก่คนพิการซึ่งการดำเนินงานตามแนวคิดดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จมีหลักการที่สำคัญดังนี้ (17)

1. คนพิการ ครอบครัวและชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
2. การดำเนินงานโครงการต้องเป็นไปตามปัญหาและความต้องการของชุมชน
3. ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนไม่ขึ้นกับทรัพยากรภายนอกมากนัก
4. ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ถูกต้องและประหยัด เช่น การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน

นอกจากนี้ พุนพิศ อมาตยกุล อังใน อังคณา (73) ได้เสนอแนวทางการให้บริการพื้นฐาน แก่คนพิการในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทร่วมมือช่วยเหลือคนพิการ ดังนี้

1. ชุมชนยอมรับสภาพความพิการ ยอมรับคนพิการเป็นสมาชิกของชุมชน
2. ชุมชนให้โอกาสคนพิการในการบำบัดรักษา แก้ไขความพิการตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ
3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือในการศึกษา การฝึกช่วยตนเองของคนพิการ
4. ชุมชนมีส่วนช่วยสนับสนุนผลผลิตการทำงานของคนพิการ

2.3.4 องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

องค์ประกอบในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนที่สำคัญมีดังนี้ (75)

1. เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทุกด้าน ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษาและสังคมเพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเอง ได้มากที่สุดตามศักยภาพ
2. การสนับสนุนการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น จำเป็นอย่างมากที่จะต้องให้ชุมชน ครู พระ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องและคนพิการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การวางแผนการดำเนินการและการติดตามประเมินผล
3. ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน สถานที่ในชุมชน
4. หน่วยงานภายนอกอาจเป็นผู้เริ่มนำแนวคิดไปให้ชุมชนได้ แต่มิใช่เจ้าของโครงการ เนื่องจากว่าที่สุดแล้วโครงการจะต้องดำเนินการโดยชุมชนเอง หน่วยงานภายนอกอาจมีบทบาทเป็นเพียงผู้ให้ความรู้สนับสนุนการอบรม ประสานงานและรับการส่งต่อ
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการบนพื้นฐานของการให้โอกาส สิทธิและความเสมอภาคแก่คนพิการ
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนมิได้เป็น โครงการที่ต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา แต่พึ่งผู้มีประสบการณ์ เช่น ญาติคนพิการ คนพิการหรือสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความสามารถในการดำเนิน โครงการเอง

สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้พิการในชุมชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัว สมาชิกในชุมชนและ บุคคลากรทุกภาคส่วน ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการส่งเสริมอาชีพแก่ผู้พิการ โดยร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อช่วยแก้ปัญหาและพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ให้แก่ผู้พิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

ในชุมชน เป็นหลัก เพื่อให้ คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้และเกิดการช่วยเหลือพึ่งพากันเองในชุมชนมากที่สุด

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน (community participation) เป็นแนวคิด การพัฒนาแนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาและพึ่งพาตนเองได้ (self reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (self confidence) และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ในการดำเนินการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและ ประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถ ยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง (76)

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นคำที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

บรรศักดิ์และถวิลวดี (77) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการกระจายโอกาส ให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น ได้ร่วมตัดสินใจ ปฏิบัติรับผลประโยชน์และประเมินผล ในโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ของพวกเขาเป็นการสอดคล้องกับหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

เพ็ญศรี (78) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนัก ถึงปัญหาในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหาและ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมทั้งแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการ ทันที ส่วนที่นอกเหนือจากความสามารถก็ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกเป็นผู้ แก้ไขปัญหานั้น

วันรักษ์ (79) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งแรง และเต็มที่ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการหรืองานพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมในอำนาจการตัดสินใจและหน้าที่การรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมจะเป็นเครื่อง รับประกันว่าสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการมากที่สุดนั้นจักได้รับการตอบสนองและทำให้เป็น ไปได้มากขึ้น สิ่งที่ทำไปนั้นจะตรงกับความต้องการที่แท้จริงและมั่นใจมากขึ้นว่าผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้ ประโยชน์เสมอกันและผู้มีส่วนร่วมจะต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการนั้นด้วย

วิรัช (80) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ส่งเสริมชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ชาวบ้านทั้งในรูปของส่วนบุคคลและกลุ่มคนต่าง ๆ ให้ได้เข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม โดยจะต้องเป็นไปด้วยความ สมัยครใจมิใช่เข้ามามีส่วนร่วมเพราะการหวังรางวัลตอบแทนและที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมนั้น จะต้องสอดคล้องกับชีวิต ความจำเป็น ความต้องการและวัฒนธรรมส่วนใหญ่ของชุมชนด้วย

อรทัย (81) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียมมีโอกาสได้แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือก และการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึง ควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อก่อให้เกิด ความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยน โครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

จากความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการ เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียมมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยน ข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อตัดสินใจ ว่าสิ่งนั้นตรงกับความต้องการที่แท้จริงหรือมากที่สุดและ ตัดสินใจปฏิบัติเพื่อรับผลประโยชน์และประเมินผลในกิจกรรมหรือ โครงการที่อาจมีผลกระทบต่อ ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน โดยประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากร ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.4.2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยมีผู้อธิบาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

เพ็ญศรี (78) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและการประสานงานที่ดีต่อกัน

เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วย ชุมชนเอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ให้และประชาชนเป็น เพียงผู้รับทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน การพัฒนาก็จะประสบความล้มเหลว และขาดความต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดีจะนำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิด สนิทสนมและความรู้สึกที่ว่าทุก ๆ คนต่างเป็นส่วนหนึ่งของโครงการนั้นๆ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะอันสั้น การกำหนดนโยบายและอำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง ภารกิจงานจึงมุ่งที่จะสั่งการมากกว่าให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง

3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ จิตวิทยาสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง รากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่าย การรวมตัวของชุมชนและการเสียดลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

นุมนวล (82) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

2. ปัจจัยด้านอื่น ๆ ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยจงใจ ได้แก่ การมองเห็นผลประโยชน์ตอบแทนจากการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้าน

2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ

2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การได้รับทราบรายละเอียดและระยะเวลาเกี่ยวกับกิจกรรมของชุมชนเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

2.4 ปัจจัยเกี่ยวกับรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในภาครัฐให้เข้าร่วมกิจกรรม

2.5 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารต่าง ๆ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม

2.6 ปัจจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคล ได้แก่ ความศรัทธาต่อบุคคล ความเกรงใจบุคคลที่เคารพนับถือ การได้รับการใช้อำนาจบังคับจากบุคคล

2.7 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วม เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.8 เจตคติต่อโครงการ

2.9 นิสัย ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ บรรทัดฐานทางสังคม

สรุปได้ว่าประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ความรู้สึก ความคาดหวังและความต้องการมีส่วนร่วม รวมถึงความเข้าใจและยอมรับในวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ปัจจัยด้านผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม คือ รางวัลตอบแทน ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมทั้งทาง

กายภาพ สังคม การเมือง การปกครอง เศรษฐกิจและวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจน
 จังหวะเวลาและช่วงระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม

2.4.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

ถวิลวดี (83) ได้อธิบายถึงระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของ
 ประชาชนมีหลายระดับ โดยวิธีการแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับ
 วัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญ การแบ่งระดับขึ้นการมีส่วนร่วมของ
 ประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุดออกเป็น 7 ระดับและจำนวนประชาชนที่
 เข้ามีส่วนร่วมในแต่ละระดับจะเป็นปฏิภาคกับระดับของการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ถ้าระดับการมี
 ส่วนร่วมต่ำจำนวนประชากรที่เข้ามีส่วนร่วมจะมากและยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด
 จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน
 เรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่

1. ระดับการให้ข้อมูล

เป็นระดับต่ำสุดและเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับ
 ประชาชนเพื่อให้ข้อมูลกับประชาชนเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้วางแผนโครงการ แต่ไม่เปิดโอกาส
 ให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ วิธีการให้ข้อมูลอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น
 การแถลงข่าว การแสดงนิทรรศการและการทำหนังสือพิมพ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน

เป็นระดับที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือ เจ้าหน้าที่เชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น
 เพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นและประเด็นในการประเมินข้อดีข้อเสียชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การสำรวจ
 ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริหารราชการและการบรรยายให้ประชาชนฟังเกี่ยวกับ
 กิจกรรมของหน่วย ราชการระดับจังหวัดแล้วขอความคิดเห็นจากผู้ฟัง เป็นต้น

3. ระดับการปรึกษาหารือ

เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่สูงกว่าการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นการเจรจา
 กันอย่างเป็นทางการระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนเพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็น
 หรือข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดการประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการและการเปิดรับฟังความ
 คิดเห็น เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน

เป็นระดับที่สูงกว่าการปรึกษาหารือ กล่าวคือเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมที่มีขอบเขตกว้าง
 มากขึ้นมีการรับผิดชอบร่วมกัน ในการวางแผนเตรียมโครงการและผลที่จะเกิดขึ้นจากการ

ดำเนินงานต่าง ๆ เหมาะสมที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. ระดับการร่วมปฏิบัติ

เป็นระดับขั้นที่สูงถัดไปจากระดับการวางแผนร่วมกัน คือ เป็นระดับผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานกับประชาชนร่วมกันดำเนินการเป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

6. ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ

เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีผู้เข้าร่วมน้อยแต่มีประโยชน์ที่ผู้เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบสามารถคอยติดตามการดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ ได้ รูปแบบของการติดตามตรวจสอบหรือประเมินผลอาจอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลที่มาจากหลายฝ่าย การสอบถามประชาชน โดยการทำการสำรวจเพื่อให้ประชาชนประเมินเป็นต้น

7. ระดับการควบคุมโดยประชาชน

เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ เป็นต้น ข้อสังเกตเกี่ยวกับการลงประชามติประการ คือ ประการแรก การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใดอย่างน้อยขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่ลงประชามติและการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าว ให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใดและประการที่สองในประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว ผลของการลงประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตาม

2.4.4 การประเมินการมีส่วนร่วม

1. ความหมายของการประเมินผลและการประเมินการมีส่วนร่วม

อรุณีและคณะ (84) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลว่า คือ การศึกษาว่าการดำเนินโครงการสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ภายใต้เงื่อนไขปัจจัยใด หากพิจารณาต่อไปน่าจะอย่างไรบ้าง การประเมินผลจึงมุ่งเน้นเพื่อให้เห็นว่าโครงการพัฒนาได้ดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่และแสดงให้เห็นคุณภาพของโครงการ

วันชัย (85) ได้อธิบายว่าการประเมินการมีส่วนร่วมของสาธารณชนเป็นการประเมินว่าคุณกำลังทำอะไรและจำเป็นที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อจะบอกได้ว่าโครงการการมีส่วนร่วมสำเร็จหรือไม่อย่างไรหรือควรมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเพื่อปรับปรุงโครงการในอนาคต

2. วิธีการประเมินการมีส่วนร่วม (85)

2.1 การประเมินโครงการทั้งหมด มี 3 วิธี ได้แก่

2.1.1 การประเมินที่ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และการวัดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การประเมินนี้พัฒนาขึ้นโดย จูดี รอสเนอร์ อังใน วันชัย (85) วิธีการนี้ประกอบด้วย 2 หลักการ คือ

1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์การมีส่วนร่วมจำเป็นต้องบอกกล่าวตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ
2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างจะมีวัตถุประสงค์และการวัดที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนแรก คือ ทำการสัมภาษณ์ก่อนกระบวนการกับตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และเกณฑ์การวัดให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่สอง คือ ให้สมาชิกตอบแบบสอบถามหลังจากการประชุมปฏิบัติการและกิจกรรมหลักแต่ละครั้ง เกณฑ์บางอย่างสามารถวัดได้โดยการสังเกตของผู้ประเมินในช่วงกิจกรรมการมีส่วนร่วม

เมื่อกระบวนการเสร็จสิ้นลงทำการสัมภาษณ์หลังกระบวนการเพื่อตัดสินว่าโครงการเป็นที่พึงพอใจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่ละประเด็นมากน้อยแค่ไหนและรายงานผลการประเมิน โดยแสดงระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียที่มาาร่วมแต่ละคน

รอสเนอร์ ได้เสนอว่าวิธีการประเมินวิธีนี้ช่วยให้ผู้มีส่วนได้เสียตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการวัดกระบวนการที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นซึ่งเชื่อว่าจะสามารถนำไปปรับปรุงคุณภาพและจุดมุ่งเน้นของการมีส่วนร่วมได้

2.1.2 การประเมินที่พิจารณาถึงการปฏิบัติที่ดีที่สุด

ทีมการวิจัยชาวอังกฤษ ซึ่งมีหัวหน้าคือ ลินน์ ฟลูเวอร์และจิน มาร์ช อังใน วันชัย (85) ได้พัฒนาชุดเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินการมีส่วนร่วม โดยจุดมุ่งเน้นขึ้นอยู่กับกระบวนการมีส่วนร่วมว่ามีการดำเนินการอย่างไร ซึ่งทีมวิจัยเชื่อว่าถ้าการสังเกตพบว่าการปฏิบัติการณ์ที่ดีที่สุดจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การประเมินจะดูว่ามีการบรรลุถึงเกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุดได้ดีมากน้อยเพียงใด ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด ดังตารางที่ 2.1

ตาราง 2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (best practices)

เกณฑ์	ความหมาย
เกณฑ์การยอมรับ	
การเป็นตัวแทน	ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมควรประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชาชนที่ได้รับผลกระทบอย่างครอบคลุม
ความเป็นอิสระ	กระบวนการมีส่วนร่วมควรทำอย่างมีอิสระไม่มีอคติ
การเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มแรก	ผู้มีส่วนร่วมควรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่ต้นที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
อิทธิพล	ผลกระทบของกระบวนการควรมีผลกระทบที่แท้จริงต่อนโยบาย
ความโปร่งใส	กระบวนการควรโปร่งใส เพื่อให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องสามารถเห็นว่าอะไรกำลังดำเนินอยู่และการตัดสินใจจะเกิดขึ้นได้อย่างไร
เกณฑ์แสดงตัวอย่าง	
การเข้าถึงทรัพยากร	ผู้มีส่วนร่วมควรเข้าถึงทรัพยากรที่เหมาะสม
ความหมายของงาน	ลักษณะและขอบเขตของงานมีส่วนร่วมควรให้ความหมายไว้อย่างชัดเจน
การตัดสินใจที่เป็นโครงสร้าง	การดำเนินการมีส่วนร่วมควรใช้หรือจัดเตรียมกลไกที่เหมาะสมสำหรับการกำหนดโครงสร้างการตัดสินใจและการแสดงให้เห็นวิธีการตัดสินใจ
การคุ้มครอง	กระบวนการที่ดำเนินการควรคุ้มครองในมุมมองของผู้สนับสนุน

2.1.3 การประเมินที่ใช้เป้าหมายทางสังคม

โรมัส อี เบียร์และเจอร์รี เคย์ฟอร์ด อ้างใน วันชัย (85) ได้เสนอวิธีการประเมินที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่พึงพอใจซึ่งเรียกว่า “เป้าหมายสังคม” ของการมีส่วนร่วมของสาธารณชนประกอบด้วย 5 เป้าหมาย ได้แก่

เป้าหมายที่ 1 รวมเอาค่านิยมความเชื่อทั้งหลายของสาธารณชนเพื่อการตัดสินใจ

เป้าหมายที่ 2 ปรับปรุงคุณค่าที่สำคัญในการตัดสินใจ

เป้าหมายที่ 3 แก้ไขความขัดแย้งระหว่างจุดสนใจที่แข่งขันเอาชนะกันอยู่

เป้าหมายที่ 4 สร้างความไว้วางใจในสถาบัน

เป้าหมายที่ 5 ให้ความรู้และให้ข้อมูลต่อสาธารณชน

2.2 การประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนเฉพาะเรื่อง (85)

ในบางสถานการณ์เมื่อต้องการประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมเฉพาะกิจกรรมบางอย่างหรือในบางขั้นตอน มีเทคนิคดังนี้

2.2.1 ใช้แบบแสดงความคิดเห็น เป็นการส่งแบบฟอร์มการแสดงความคิดเห็นให้ประชาชนเขียนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ประชาชนหลายคนที่จะเลือกจะไม่พูดจะเขียนลงในแบบสอบถาม คำถามไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่แค่หัวข้อที่อภิปรายให้ใส่คำถามถึง 3 คำถามลงในแบบสอบถาม เช่น “คุณประเมินวิธีการมีส่วนร่วมที่ดำเนินการนี้อย่างไร” “มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมอะไรอีกบ้างที่คุณอยากเห็น ” “มีข้อมูลอะไรอีกบ้างที่คุณอยากได้รับ ” “คุณจะแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมอะไรไหม”

2.2.2 การสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์ในตอนต้นของกระบวนการและหลังเสร็จสิ้นกระบวนการ ซึ่งช่วยให้เข้าใจว่ากลุ่มมองกระบวนการอย่างไร มองกระบวนการตัดสินใจอย่างไร โดยประชาชนสามารถเสนอแนะในช่วงการสัมภาษณ์ว่าเกิดอะไรขึ้นภายในกลุ่มและวิธีการหรือสิ่งที่รับรู้ที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มที่ไม่สามารถพูดในเวทีสาธารณะได้

2.2.3 การทบทวนด้วยการประชุมกลุ่ม อาจใช้การประชุมกลุ่ม (focus group) ช่วยในการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม โดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมซักถามแลกเปลี่ยนและเพิ่มเติมข้อมูล โดยผู้ดำเนินการประชุมควรวางแผนในการใช้วิธีการที่สามารถกระจายการมีส่วนร่วมให้ผู้เข้าร่วมการประชุมได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง เช่น การวาดรูป การลงคะแนนความพึงพอใจต่อผลสำเร็จของกลุ่ม การแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อยหรือการใช้กระดาษคำตอบรายบุคคล เป็นต้น (84)

2.2.4 การประชุมเพื่อตรวจสอบ เป็นการประชุมตรวจสอบเพื่อประเมินว่าต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนมากกว่าที่วางแผนตั้งแต่แรกหรือไม่ มีกิจกรรมหรืออื่น ๆ เพิ่มเติมหรือไม่ ช่วยให้มีโอกาสได้กำหนดเวลาและวางแผนให้กลุ่มมารวมกันอีกครั้งและทำการประเมินอีกครั้ง

2.2.5 การประเมินหลังโปรแกรมเสร็จสิ้น เป็นการประชุมเพื่อประเมินว่าอะไรทำไปดีแล้วและอะไรที่ผิดพลาดหลังจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนสิ้นสุดลงเป้าหมายเพื่อปรับปรุงว่าต้องการทำอะไรที่แตกต่างในอนาคต

2.2.6 การสำรวจความคิดเห็น (polls) บางหน่วยงานต้องการสำรวจความคิดเห็นเพื่อประเมินทัศนคติของสาธารณชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่พึงทำไป เพื่อดูว่าประชาชนมีการรับรู้อย่างไรหรือได้รับรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้หรือไม่

สรุปได้ว่าจะใช้วิธีใดเพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วม ถึงแม้ว่าแต่ละวิธีจะใช้มาตรฐานที่ต่างกันในการวัดผลสำเร็จของการมีส่วนร่วม วิธีการสำหรับวัดความสำเร็จจริง ๆ แล้วได้มาจาก 3 เทคนิคพื้นฐาน คือ (85)

1. การสัมภาษณ์ไม่ว่าจะเป็นก่อน โครงการ หลังโครงการหรือทั้งสองอย่าง
2. ใช้แบบสอบถาม
3. การสังเกตโดยบุคคลที่เป็นกลางที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้ว

2.5 เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (technology of participation: ToP)

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (technology of participation) ถูกพัฒนาขึ้นโดย The Institute of Cultural Affairs (ICA) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยการคิด พูดและทำงานร่วมกัน เป็นกลุ่ม ช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกในมุมมองที่แตกต่าง รวมทั้งพัฒนาสัมพันธภาพของทีม ความไว้วางใจและสร้างพลังของบุคคลและกลุ่มเพื่อนำไปสู่แนวทางที่คนส่วนใหญ่ต้องการ โดยเริ่มจากการสะท้อนมุมมองและแรงจูงใจของคนส่วนใหญ่ไปสู่การปฏิบัติ (86-88)

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมให้คุณค่าพื้นฐานในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (88, 89)

1. การมีส่วนร่วม (participation) ให้อำนาจทุกคนได้มีส่วนร่วมในการพูดและตัดสินใจในสิ่งที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม
2. การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ (teamwork & collaboration) ทำให้เกิดเจตนา ความมุ่งมั่นของทีมและบรรลุความสำเร็จ
3. ความสามารถในการสร้างสรรค์ (creativity) ทำให้เกิดแนวคิดใหม่
4. การปฏิบัติ (action) บุคคลได้พบปะและสนทนาร่วมกัน ทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในการตัดสินใจของกลุ่มซึ่งมีความหมายต่อการดำเนินงาน
5. การสะท้อนและการเรียนรู้ (reflection and learning) ทำให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้มากขึ้นเกี่ยวกับตนเองและประเด็นอื่น ๆ จากกระบวนการทำงานร่วมกัน

ตัวอย่างเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสนทนาแบบมีส่วนร่วม (focused conversation method) ซึ่งเป็นการสนทนาในประเด็นหรือหัวข้อที่สมาชิกมีประสบการณ์ร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายแต่ไม่เผชิญหน้า เป็นการทำความเข้าใจความมุ่งมั่นของกลุ่มให้ลึกซึ้งแน่นแฟ้น โดยการสนทนาผ่านระดับการสำนึก 4 ระดับ คือ วัตถุวิสัยหรือความเป็นจริง (objective) ไตร่ตรอง (reflective) ตีความ (interpretative) และตัดสินใจ (decisional) (90) การสนทนาที่เน้นการอภิปรายหรือเรียกว่าการสนทนากลุ่ม (focus group interview) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop method) ซึ่งอาจใช้ร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่อหาทางออกในการแก้ปัญหาชุมชน วิธีการวางแผนเชิงปฏิบัติการ (action planning method) วิธีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (participatory strategic planning) เป็นต้น (85, 89, 91)

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมโดยวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม (focus group interviews) เป็นเทคนิคที่สามารถใช้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) โดยมีเป้าหมายเพื่ออธิบายและเข้าใจการรับรู้ การแปลความหมายและความเชื่อของประชากรที่เลือกเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อาจเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม เพื่อเข้าใจประเด็นปัญหาเฉพาะจากมุมมองของสมาชิกกลุ่ม โดยใช้วิธีการอภิปรายแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มด้วยกันเองและกับนักวิจัยแล้วพยายามหาข้อสรุปในประเด็นเหล่านั้น การถกเถียงและแสดงความคิดเห็นในประเด็นสนทนามีความเป็นอิสระโดยมีผู้ดำเนินการกลุ่ม (moderator) เป็นผู้ผลักดันให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม รวมทั้งช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผลจากการสนทนากลุ่มจะถูกนำไปใช้ในกระบวนการตัดสินใจ พิจารณาโครงการหรือนโยบายต่าง ๆ เพราะประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ หรือเป็นผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากโครงการนั้น ๆ (91)

2.5.1.1 องค์ประกอบและขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มจะประกอบไปด้วยสิ่งต่าง ๆ และเป็นไปตามขั้นตอนดังนี้ (92)

1. กำหนดเรื่องที่จะศึกษา
2. กำหนดประเด็นหรือตัวแปรหรือตัวบ่งชี้เกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษา
3. เขียนแนวคำถามที่จะใช้เป็นแนวทางในการสนทนา โดยต้องจัดเป็นหมวดหมู่ตามลำดับเนื้อหาที่ต้องการสนทนาและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. คัดเลือกบุคคลหรือสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนา ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังนี้

4.1 คัดเลือกสมาชิกที่สอดคล้องกับเรื่องหรือประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งจะทำได้ผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้หรือมีความคิดเห็นต่อเรื่องที่ทำการศึกษาได้อย่างตรงประเด็น

คัดเลือกสมาชิกที่มีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่การงาน ฐานะครอบครัวและระดับการศึกษา จะทำให้ได้สมาชิกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นซักถามได้ตอบเกิดพลวัตของกลุ่ม

กำหนดจำนวนและขนาดของกลุ่มผู้วิจัยต้องพิจารณาตัดสินใจว่าจะจัดให้มีกลุ่มสนทนาจำนวนกี่กลุ่มและในแต่ละกลุ่มควรมีสมาชิกเท่าใด ในส่วนของสมาชิกกลุ่มสนทนาที่เหมาะสมสำหรับดำเนินการสนทนาจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6 ถึง 12 คน ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการสนทนากระทำได้ดีทั่วถึงกับสมาชิกทุกคนในกลุ่มขณะเดียวกันก็ไม่เหนื่อยเกินไปสำหรับการแสดงความเป็นตัวแทนของภาพในชุมชนที่ศึกษาวิจัย

คัดเลือกสมาชิกให้ได้ตามที่ต้องการ ดังนี้

เลือกพื้นที่ หมายถึง สนามวิจัยที่มีกลุ่มบุคคลตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

คัดเลือกกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดหรืออาจให้ผู้นำชุมชนช่วยเลือก โดยเลือกให้เหมาะสมกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาและเป็นสมาชิกที่ผู้วิจัยเชื่อว่าจะเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด (91)

นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่จะดำเนินการสนทนากลุ่ม

5. ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ ซึ่งการสนทนากลุ่มนั้นจะต้องประกอบด้วย

5.1 ผู้สนทนาหรือสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ต้องการ

5.2 ผู้ดำเนินการกลุ่มจะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม โดยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่และช่วยกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งช่วยควบคุมการสนทนากลุ่มให้เป็นไปอย่างตรงประเด็นและราบรื่น สิ่งที่ผู้ดำเนินการกลุ่มต้องพึงตระหนักถึงในการดำเนินการสนทนากลุ่ม คือ การอดทนรับฟังความคิดเห็นและแสดงอาการยอมรับเต็มใจฟังเมื่อสมาชิกในกลุ่มสนทนาแสดงความคิดเห็นที่ดูเหมือนว่านอก ประเด็น คำถามอย่ารีบขัดจังหวะหรือแสดงอาการเบื่อหน่ายผู้พูด นอกจากนั้นต้องระวังมิให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง แสดงความคิดเห็นคนเดียวหรือควบคุมการพูดไม่ให้สมาชิกคนอื่นได้พูด รวมทั้งช่วยกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่แสดงความคิดเห็นได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงและเมื่อจบการสนทนากลุ่มแล้วจะต้องแสดงความมีน้ำใจ ขอบคุนหรืออาจให้ของตอบแทนเล็กน้อยได้

5.3 ผู้จัดบันทึกทำหน้าที่จดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนาทั้งข้อมูลที่เป็นคำพูดของสมาชิกในการสนทนากลุ่มและข้อมูลที่ไม่ใช่คำพูดแต่เป็นเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในขณะที่สนทนากลุ่ม เช่น อากัปกริยา ท่าทาง การแสดงสีหน้าของผู้สนทนาเมื่อทำการโต้ตอบหรือนั่งงีบ เป็นต้น

5.4 ผู้ให้บริการทั่วไป ทำหน้าที่ในการเตรียมอาหารว่าง บันทึกเทป ถ่ายภาพ รวมทั้งการป้องกันไม่ให้บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามารบกวนขัดจังหวะการสนทนากลุ่ม

2.5.1.2 ข้อดีและข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม (91)

ข้อดี (advantages) ของการสนทนากลุ่ม

1. การสนทนากลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยค้นหาความรู้ในแนวคิดของสมาชิกกลุ่มได้อย่างรวดเร็วและมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการสัมภาษณ์เดี่ยว แต่การดำเนินการสนทนากลุ่มใช้เงินและเวลาในปริมาณมากเช่นเดียวกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ

2. การสนทนากลุ่มช่วยให้ผู้วิจัยได้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา เช่น เพื่อปรับปรุงหรือเพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชน

3. เนื่องจากธรรมชาติของการสนทนากลุ่ม นักวิจัยอาจค้นพบข้อมูลที่ซ่อนเร้นหรือที่ไม่ได้คาดหวัง ซึ่งอาจมีคุณค่าต่อการวิจัยและมีความสำคัญต่อการนำไปพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในท้องถิ่น

4. ข้อดีที่เห็นได้ชัดที่สุด คือ การเน้นที่การปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลและสมาชิกกลุ่มได้เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของประสบการณ์และมุมมองต่าง ๆ Morgan และ Kruger (93) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มทำให้ได้ทราบข้อมูลที่มีคุณค่าต่อพฤติกรรมที่ซับซ้อนและความคิดของประชาชนที่ทำได้ยากด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบอื่น

5. การสนทนากลุ่มเน้นที่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอาจช่วยให้บางคนอภิปรายประเด็นปัญหาที่พวกเขา รู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกคลุมเครือที่จะพูดถึงในการสัมภาษณ์แบบเดี่ยว โดยเฉพาะในหัวข้อที่ไวต่อความรู้สึก เช่น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเพศ ความรุนแรงในครอบครัว เมื่อบุคคลเห็นว่าบุคคลอื่นมีประสบการณ์หรือมุมมองคล้ายกันอาจรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นที่จะพูด

6. การปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสามารถช่วยส่งเสริมสมาชิกที่พูดน้อยให้พูดได้มากขึ้นได้ การได้ยินประสบการณ์ของผู้อื่นอาจช่วยกระตุ้นให้คนที่พูดน้อยให้แสดงความคิดเห็นหรือช่วยเตือนให้นึกถึงประสบการณ์ของตัวเองซึ่งอาจจะจำไม่ได้คือช่วยทำลายกำแพงน้ำแข็งของสมาชิกที่ขี้อายได้

7. การสนทนากลุ่มลดโอกาสการเข้าใจผิดเกี่ยวกับคำถามการวิจัย เนื่องจากสมาชิกสามารถถามทุกสิ่งทุกอย่างในช่วงการอภิปรายได้ สมาชิกกลุ่มยังช่วยแก้ไขความผิดพลาดที่ไม่ได้ตั้งใจของสมาชิกกลุ่มบางคนได้

8. ในการสนทนากลุ่มนักวิจัยและสมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยตรง นักวิจัยอาจช่วยด้วยการทำให้กระจำในทันที การติดตามและการกระตุ้นการตอบสนองสิ่งนี้จะช่วยเปิดโอกาสสำหรับการสังเกตการตอบสนองทางอวัจนภาษาโดยตรงระหว่างสมาชิก ซึ่งอาจมีคุณค่าในการแปลผลข้อมูลที่รวบรวมมาได้

9. การสนทนากลุ่มมีคุณค่าเมื่อผู้วิจัยต้องการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มด้วยโอกาส เช่น ชุมชนที่ไม่รู้หนังสือ คนจนจากชนบท เด็กและชุมชนกลุ่มน้อย ซึ่งผู้วิจัยมีความยากลำบากในการแสดงความคิดเห็นผ่านวิธีวิจัยอื่น เช่น การตอบแบบสอบถามหรือมีความกลัวเกี่ยวกับการแสดงออกถึงมุมมองของตนเอง การสนทนากลุ่มช่วยเสริมความกล้าแสดงออกของกลุ่มที่ด้อย โอกาสเพราะสมาชิกกลุ่มสามารถเป็นสมาชิกที่กระตือรือร้นในกระบวนการวิจัยได้

10. ระหว่างการดำเนินการสนทนากลุ่มโดยปกติสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยจะรู้สึกสนุก ความสนุกช่วยให้การอภิปรายราบรื่นมีชีวิตชีวารวมทั้งสร้างความรู้สึกทั้งสร้างความรู้สึกของการไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม บางครั้งสมาชิกกลุ่มจะกลายเป็นเพื่อนกันและช่วยกันขยายเครือข่ายทางสังคมขึ้นได้

ข้อจำกัด (limitations) ของการสนทนากลุ่ม

1. ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นเพียงตัวแทนมุมมองของสมาชิกกลุ่ม ระบุขอบเขต มุมมองในชุมชนที่ไม่ใช่มุมมองของคนส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนโดยภาพรวมได้
2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมีคุณค่าที่บ่งบอกถึงข้อมูลบางอย่าง ซึ่งผู้วิจัยไม่รู้เกี่ยวกับสมาชิกกลุ่ม แต่ไม่ได้บ่งชี้ถึงปริมาณของความรู้ ข้อมูลทางสถิติจึงไม่ควรเกิดจากข้อมูลการสนทนากลุ่ม
3. ถึงแม้ว่าการสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกแต่ไม่สามารถค้นหาความเชื่อที่ซับซ้อนและการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่สามารถค้นหาได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สิ่งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากธรรมชาติของการอภิปรายกลุ่มและข้อจำกัดของเวลา จึงเป็นไปได้ที่จะสร้างข้อมูลเชิงลึกจากสมาชิกกลุ่ม 8 ถึง 10 คนภายในเวลา 1 หรือ 2 ชั่วโมง
4. การสนทนากลุ่มสามารถตรวจสอบความรู้ เจตคติและประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่ม แต่ไม่สามารถตรวจสอบพฤติกรรมการแสดงออกที่ต้องอาศัยการสังเกตได้ ผู้คนอาจพูดในสิ่งที่ตนเองคิดแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่พวกเขาทำ ในกรณีนี้ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอาจไม่แม่นยำ
5. เนื่องจากการสนทนาเป็นกลุ่ม สมาชิกบางคนอาจคล้อยตามการตอบสนองของสมาชิกคนอื่นในกลุ่มถึงแม้ว่าพวกเขาอาจไม่เห็นด้วย ในทางตรงกันข้ามสมาชิกบางคนอาจไม่ต้องการพูดเกี่ยวกับความลับของตนเองในกลุ่มเพราะกลัวการนินทาจะกระจายไปในชุมชนแต่จะพูดเกี่ยวกับความลับของเขาเป็นการส่วนตัวกับผู้วิจัยหรือทีมงาน
6. ผู้วิจัยกระตุ้นการสนทนากลุ่มจากสิ่งที่ตนเองสนใจซึ่งอาจจะมีอคติต่อผลลัพธ์ที่ตั้งใจไว้เนื่องจากไม่ได้เป็นสิ่งที่สมาชิกกลุ่มสนใจ
7. ผู้ดำเนินกลุ่มเป็นผู้ชี้นำและควบคุมช่วงเวลาการสนทนากลุ่มตามที่ Mogan (94) ชี้ให้เห็นว่าผู้ดำเนินกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์กลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มที่มีอคติหรือไม่มีประสบการณ์อาจเป็นอุปสรรคต่อการแสดงความสนใจที่เป็นจริงเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสิ่งนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อข้อมูลที่เก็บได้จากการสนทนากลุ่ม
8. การสนทนากลุ่มให้ข้อมูลที่มีปริมาณมาก สิ่งนี้อาจแสดงถึงปัญหาบางอย่างในแต่ละด้าน เช่น วิจัยข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural research) สำหรับวิจัยข้ามวัฒนธรรมนี้ การแปลผลและการแปลผลกลับมีความจำเป็นต่อกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ปริมาณข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอาจเป็นงานที่ยากเพราะนอกจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ง่ายจากข้อมูลปริมาณมากแล้วยังต้องใช้เวลาอีกด้วย

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็น เทคนิคและวิธีการที่สามารถใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) เนื่องจากผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มทุกคนจะได้ร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ รวมทั้งการสนทนากลุ่มสามารถนำไปใช้ได้เกือบทุกตอนของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในขั้นของการปรึกษาหารือ การวางแผน การตัดสินใจและการประเมินผล (91) ดังนั้นการสนทนากลุ่มจะช่วยให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในด้านปัญหาและความต้องการและแนวทางการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและทำให้ผู้นำชุมชน รู้สึกมีคุณค่ามีพลังในการช่วยเหลือกันเอง ในชุมชน เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2550 (23) ที่ต้องการให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็นดังปรากฏชัดเจนนในมาตรา 57 ที่บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยของรัฐ ก่อนการดำเนิน โครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตหรือ ส่วนได้เสียที่เกี่ยวกับตนหรือชุมชนท้องถิ่นและมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

2.6 บทบาทและรูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด

2.6.1 บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชน

นักกิจกรรมบำบัดในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูรักษาสุขภาพของสาธารณสุขชน การให้การรักษาทงกิจกรรมบำบัดในชุมชน จะให้ความสนใจที่ความสามารถในการทำกิจกรรม (occupational performance) เน้นการให้บริการโดยยึดความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว (client-centered and family centered) (95) โดยทำงานร่วมกับบุคลากรหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหาร ส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชนอื่น ผู้พิการ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บ้าน เป็นต้น เพื่อพัฒนาทักษะการทำกิจกรรมและจัดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อภาวะสุขภาพและ อุปสรรค ในการทำกิจกรรมของผู้พิการ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพบริบทสังคมวัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้พิการอาศัยอยู่ ซึ่งบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชนสรุปได้ดังนี้

1. กระทบเสียงช่วยผู้พิการ (advocate) นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทเป็นกระทบเสียงช่วยผู้พิการในการนำข้อคิดเห็นรวมถึงปัญหาต่าง ๆ สู่สาธารณชน ส่งเสริมการมีสิทธิมีเสียงในชุมชน ช่วยหาทางลดอุปสรรคทั้งด้านทัศนคติทางลบและอุปสรรคด้านกายภาพที่ขัดขวางต่อการมีส่วนร่วมในสังคม ทัศนคติในทางลบ เช่น การที่คนในชุมชนคิดว่าผู้พิการไม่สามารถทำงานหรือเป็นผู้นำในหน่วยงานหรือองค์กรใด ๆ ได้ ส่วนอุปสรรคทางกายภาพ เช่น สิ่งก่อสร้าง อาคารสาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งถนนหนทางมีโครงสร้างที่ไม่เอื้อต่อผู้พิการ ในการเคลื่อนย้ายหรือเดินทางในชุมชนสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและขัดขวางความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมได้หมดทั้งในแง่ของกิจกรรมนั้นๆ การทำงาน รวมทั้งงานพิธีการต่าง ๆ ในหน่วยงานหรือชุมชน(95)

2. การเยี่ยมบ้านผู้พิการ (home visit) บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชนเริ่ม ตั้งแต่ก่อนที่ผู้พิการจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (96) โดยระหว่างโปรแกรมการฟื้นฟูนั้นผู้พิการควรมีโอกาสกลับไปเยี่ยมบ้าน เพื่อเรียนรู้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและเปิดโอกาสให้ผู้พิการได้ฝึกการปรับตัวกับการอยู่ในชุมชน ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งนักกิจกรรมบำบัดจะทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อรวบรวมข้อมูลสภาพบ้านของผู้พิการและใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดัดแปลงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้พิการนั้นนักกิจกรรมบำบัดควรทำทุกครั้งก่อนที่ผู้พิการจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล วิธีการนี้ทำให้ผู้พิการได้รับประโยชน์อย่างแท้จริงจากโปรแกรมการฝึกและเป็น การเปิดโอกาสให้วิชาชีพกิจกรรมบำบัดมีเอกลักษณ์ของตัวเองที่เด่นชัดขึ้น (97)

3. การมีส่วนร่วม (participation) นักกิจกรรมบำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้พิการ ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมตัดสินใจในกระบวนการรักษา (96) เนื่องจากเมื่อผู้พิการมีส่วนร่วมในการวางแผน เลือกรักษาและตั้งเป้าประสงค์การรักษาด้วยตัวเองแล้ว ย่อม ทำให้มีความกระตือรือร้นพยายามฝึกปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดนั้นผู้บำบัดควรแนะแนวทางที่เหมาะสมให้กับผู้พิการเพราะเป้าประสงค์บางอย่างที่ผู้พิการต้องการอาจไม่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้พิการ นอกจากนั้นผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้พิการเมื่อทราบแผนการรักษาแล้วย่อมมีแรงจูงใจในการกระตุ้นผู้พิการให้ไปสูเป้าหมายของการฟื้นฟูเพราะญาติควรช่วยเหลือผู้พิการในสิ่งที่ควรช่วยและไม่ช่วยในสิ่งที่ไม่ควรช่วย โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ(97)

4. การให้ความรู้ (education) หลังจากกลับไปอยู่ในชุมชนผู้พิการจำนวนมากที่มี ปัญหาแทรกซ้อนด้านสุขภาพ เช่น ปัญหาแผลกดทับ ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ปัญหาการหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้พิการเหล่านี้มักไม่สามารถกลับไปทำงานหารายได้ดั้งเดิม นักกิจกรรมบำบัดมี บทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้พิการในการดูแลสุขภาพ เช่น แนะนำให้ผู้พิการที่ต้องนอนนาน ๆ พลิกตัว

ทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น นักกิจกรรมบำบัดอาจทำงานร่วมกับผู้ให้ คำปรึกษา ด้านการประกอบอาชีพ(vocational counselor) เพื่อให้คำแนะนำในการฝึกประกอบอาชีพที่เหมาะสม ให้กับผู้พิการซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้พิการมีความมั่นใจในตัวเอง เพิ่มโอกาสการได้ งานที่มีรายได้ และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้พิการ ได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น รวมทั้งให้ข้อมูลในเรื่องกฎหมายและสิทธิของผู้พิการ (legal advocacy) (19, 98) เพื่อผลักดัน นโยบายเรื่องสิทธิ นโยบายสาธารณะ เช่น การกำหนดให้สิ่งก่อสร้าง ถนนต่าง ๆ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการทั่วประเทศ

5. ผู้ให้คำปรึกษา (consultant) นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคล หลายกลุ่ม เช่น บุคคลทั่วไปในชุมชน กลุ่มหรือชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เช่น บทบาท เป็นที่ปรึกษาการพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ โปรแกรมการพัฒนาชุมชน โปรแกรมเกี่ยวกับความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงาน (99)รวมทั้งมีบทบาทเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ ตามความต้องการของชุมชนด้วย (100)

6. นักวิจัย (research) นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทเป็นนักวิจัยในชุมชนเพื่อพัฒนาความรู้ ด้านต่าง ๆ แก่ชุมชนและพัฒนาความรู้เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานทาง กิจกรรมบำบัด (101)

7. ผู้ให้การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูสุขภาพของคนในชุมชน
นักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ประสานงานในการให้บริการให้คำแนะนำแก่ผู้พิการในชุมชน ที่ปรึกษาสุขภาพชุมชน ครอบครัวหรือผู้ดูแล ประเมินแหล่งทรัพยากรและให้การดูแลผู้พิการใน ระยะยาวเฉพาะบุคคลรวมทั้งครอบครัวผู้พิการในการแก้ไขปัญหาความพิการเรื้อรัง การให้บริการ แก่ผู้พิการในชุมชนผู้บำบัดควรมีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางคลินิกรวมทั้งมี ความสามารถในการจัดการองค์กรต่าง ๆ (99)

8. ประเมินและปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมในชุมชน นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาท ในการให้คำแนะนำญาติในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสถาปัตยกรรม การจัดวางวัสดุ อุปกรณ์ในบ้านที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ โดยคำแนะนำเหล่านั้นต้องอยู่บนความเข้าใจ ยอมรับและเห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง รวมถึงฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้พิการและมีบทบาทในการทำอุปกรณ์ช่วยหรือดัดแปลง อุปกรณ์เสริมต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของผู้พิการ

2.6.2 บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดตามรูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด The Samphan Framework of Practice

จากทฤษฎีทางกิจกรรมบำบัดเชื่อว่าความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บริบทสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมการดำเนินชีวิต (102) ดังนั้นบริบทในชุมชน ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ สมาชิกในชุมชน ความสัมพันธ์สมาชิกในชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนและเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมจึงมีความสัมพันธ์ กับความสามารถ ในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้พิการและสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน Pongsaksri (32) ได้เสนอรูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยและสิ่งแวดล้อมทางสังคมของประเทศไทย คือ The Samphan Framework of Practice ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ โดยอธิบายองค์ประกอบของ The Samphan Framework of Practice ได้ดังนี้ (แสดงภาพ The Samphan Framework of Practice ดังภาพที่ 2.1)

1. วงกลมในประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ client-family unit และ therapists

client-family unit เน้นที่ผู้รับบริการและครอบครัวเป็นหนึ่งหน่วยและมอง บริบทของผู้รับบริการและครอบครัวเป็นแบบองค์รวม ได้แก่ ความต้องการ ความเชื่อและบทบาท ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการและครอบครัวเป็นพันธมิตรที่รวมเป็นหนึ่งเดียวซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ client-family unit ปฏิสัมพันธ์กับ therapists โดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ independent or dependent expectations ต่อตัวผู้พิการเอง ครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งได้รับอิทธิพลของ health care system, social support และ community attitudes and expectations

therapists หมายถึง ความเป็นนักวิชาชีพของผู้บำบัดในการให้โปรแกรมทางกิจกรรมบำบัดที่จำเป็นและใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก client-family unit, independent or dependent expectations of client family unit, health care system และปฏิสัมพันธ์ระหว่าง social support และ community attitudes and expectations ทั้ง client-family unit และ therapists ได้รับอิทธิพลจากทุกองค์ประกอบในวงกลมกลาง

2. วงกลมกลางประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

independent or dependent expectation of client family unit หมายถึง ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับระดับการพึ่งพาตนเองในการ ทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความคาดหวังระหว่างผู้รับบริการและครอบครัวและระหว่างสมาชิก ครอบครัวด้วยกัน ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อผู้บำบัดและความคาดหวังต่อตนเอง

health care system หมายถึง นโยบายของรัฐด้านสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นโยบายของโรงพยาบาล สถาบันสุขภาพและหน่วยงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ขบประมาณของรัฐด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการทางกิจกรรมบำบัดและระดับความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐบาลอื่นกับหน่วยงานสุขภาพ ระบบสุขภาพนี้มีอิทธิพลต่อ client-family unit และ therapists ในการทำตามข้อกำหนดของระบบสุขภาพในการให้บริการด้านสุขภาพ

social support หมายถึง การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์และข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้รับบริการและครอบครัวซึ่งอาจรวมถึงการสนับสนุนที่เป็นทางการ ได้แก่ องค์กรการกุศล และสวัสดิการสังคมและระบบที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ตัวผู้รับบริการ ครอบครัวของผู้รับบริการญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน

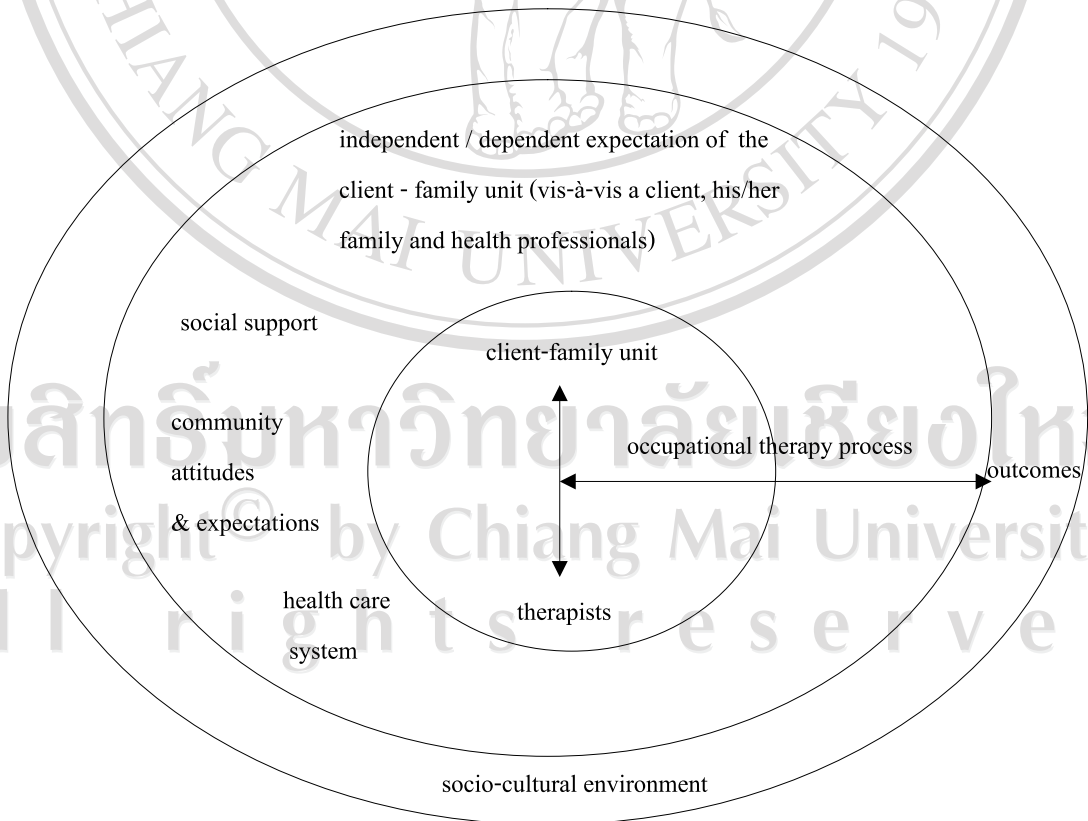
community attitudes and expectations หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อ ความคาดหวังทางวัฒนธรรมและเจตคติของประชาชนใน สังคมไทย รวมทั้งเจตคติของผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้บำบัด รวมถึงความเชื่อ ค่านิยมและความคาดหวังของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งตนเอง การ ใช้ทรัพยากรในชุมชน มุมมองเกี่ยวกับความพิการ ทุกองค์ประกอบของวงกลมกลางได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบภายในวงกลมนอก

3. วงกลมนอก

socio-cultural environment เป็นองค์ประกอบเดียวที่อยู่ภายในวงกลมนอกและมีอิทธิพลต่อองค์ประกอบอื่นทั้งหมดในกรอบอ้างอิง องค์ประกอบนี้หมายถึง ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ ครอบครัวและการปฏิบัติงานของกิจกรรมบำบัด รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้บำบัด ได้แก่ นโยบาย ของรัฐด้านสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการทางสวัสดิการสังคมและประกันสังคม การประกันสุขภาพ สิทธิผลประโยชน์อื่น ๆ ของผู้พิการรวมทั้งค่านิยมที่ตกทอดกันมาด้านการ พึ่งพากันและกันภายในครอบครัวและชุมชน

4. องค์ประกอบที่เป็นสะพานเชื่อม

กระบวนการทางกิจกรรมบำบัด เป็นองค์ประกอบที่ทอดผ่าน 3 วงกลมและให้ผลลัพธ์สุดท้าย องค์ประกอบนี้หมายถึง กระบวนการที่เน้นที่หน่วยผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อเตรียมบริการทางกิจกรรมบำบัดและผลลัพธ์สุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน การตั้งเป้าประสงค์สำหรับ โปรแกรมทางกิจกรรมบำบัด การให้โปรแกรมการช่วยเหลือและการประเมินผล กระบวนการทางกิจกรรมบำบัดประกอบด้วย การช่วยเหลือด้วยกิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupational guided intervention) ซึ่งแนะนำกลไกที่เหมาะสมในการให้หรือกระตุ้นการทำกิจกรรม การสนับสนุนด้านการรักษา (therapeutic support) การให้ข้อมูลและการชี้แนะที่เพียงพอต่อผู้รับบริการและครอบครัว กิจกรรมประจำวัน (activity of daily living) ที่เหมาะสม การช่วยเหลือครอบครัว (family guided intervention) ความต้องการของนายจ้าง (demands of employers) สถานบริการในระยะเฉียบพลัน (acute setting) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของประเทศและวิธีการทางองค์ประกอบนิยม (reductionist approach) ของนักกิจกรรมบำบัดไทย การช่วยเหลือด้วยกิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupational guided intervention) ควรที่จะสามารถปรับกระบวนการทางกิจกรรมบำบัดจากการประเมินเริ่มต้นจนถึงการประเมินผลครั้งสุดท้าย



ภาพ 2.1 The Samphan Framework of Practice (32)

พลวัตรและการทำหน้าที่ของ The Samphan Framework of Practice

การทำงานของ The Samphan Framework of Practice เป็นพลวัตรเมื่อมองขั้นตอนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยผู้รับบริการและครอบครัว (client-family unit) และผู้บำบัด (therapists) ที่อยู่ภายใต้กระบวนการทางกิจกรรมบำบัด การปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นและดำเนินอย่าง ต่อเนื่องจากวงกลมในไปสู่วงกลมนอก เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์สุดท้ายตามที่ต้องการ กระบวนการนี้เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจงและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบภายในวงกลมในได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบในวงกลมกลางและวงกลมนอกซึ่งกว้างกว่าและอยู่ล้อมรอบวงกลมใน ทำนองเดียวกันวงกลมกลางก็ได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบในวงกลมนอกซึ่งกว้างที่สุดและล้อมรอบวงกลมภายในทั้งหมด องค์ประกอบทั้งหมดในวงกลมใน วงกลมกลางและวงกลมนอกมีปฏิสัมพันธ์และอิทธิพลต่อกันและกัน อย่างไรก็ตามระดับของอิทธิพลขึ้นอยู่กับขอบเขตของแต่ละองค์ประกอบตามความหมายที่ให้ไว้แล้วข้างต้น ดังนั้นที่จุดเริ่มต้นของกระบวนการทางกิจกรรมบำบัด นักกิจกรรมบำบัดควรเน้นที่ผู้รับบริการและครอบครัว (client-family) ว่าเป็นหนึ่งหน่วยแล้วประสานหน่วยนี้กับข้อคำนึงหลักของนักกิจกรรมบำบัด ในทางกลับกันได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัว (client-family) ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ การกระทำของนักวิชาชีพอื่น ระบบการดูแลสุขภาพเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและเจตคติและความคาดหวังของชุมชนภายในบริบทของวัฒนธรรมไทยเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ผลลัพธ์นี้จะให้ข้อมูลย้อนกลับไปสู่กระบวนการปรับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและครอบครัว (client-family) และผู้บำบัด (therapists)

การประยุกต์ใช้ The Samphan Framework of Practice ในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน

นักกิจกรรมบำบัดสามารถประยุกต์ใช้ The Samphan Framework of Practice ในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน โดยการสนับสนุนความรู้สึกรับผิดชอบของสมาชิกในชุมชน ทั้งสมาชิกที่พิการและไม่พิการและกระตุ้นการเข้ามีส่วนร่วมในชุมชนในการดูแลสุขภาพ โดยสนับสนุนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากผู้บำบัดควรเรียนรู้เกี่ยวกับชุมชนเพื่อเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในชุมชน วัฒนธรรมและระบบความเชื่อ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน จากนั้นนักกิจกรรมบำบัดใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อสนับสนุนและจัดเตรียมการดูแลสุขภาพและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพต่อผู้พิการและครอบครัว ดังนี้

ทรัพยากรในชุมชนที่สามารถนำไปใช้ในการมีส่วนร่วมของชุมชนใน โปรแกรมการ รักษา เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขสวมบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข จัดเตรียมข้อมูล สํารวจ ผู้พิการในชุมชนและคัดกรองความพิการ นักกิจกรรมบำบัดควรส่งเสริมโปรแกรมเชิงรุกใน ชุมชน เช่น โปรแกรมให้ความรู้ สร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเองและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ พิการโดย ชุมชนซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสมาชิกในชุมชนที่มีต่อผู้พิการและ พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป ในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความพิการและ ความท้าทายในการดำเนินชีวิตของผู้พิการนักกิจกรรมบำบัดควรมีการแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความพิการและศักยภาพของผู้พิการ ใน การฟื้นคืนจากความพิการ นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดยังมีบทบาทในการสนับสนุนผู้พิการให้ ช่วยเหลือตนเองภายในครอบครัว นอกเหนือจากกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมแล้ว นัก กิจกรรมบำบัดควรส่งเสริมให้ชุมชนจัดเตรียม โอกาสและสร้างงานให้กับผู้พิการเพื่อให้ผู้พิการมี ส่วนร่วมและกลับคืนสู่ชีวิตตามปกติ เช่น เข้าร่วมกลุ่มพัฒนางานอาชีพ ตัวอย่างกลุ่มนี้ คือ โครงการ หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์

สมาชิกครอบครัวและชุมชนควรยอมรับผู้พิการและเต็มใจที่จะทำประโยชน์ให้ผู้พิการ โดยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของผู้พิการและครอบครัวให้มีชีวิตอยู่ร่วมกัน ได้กับผู้อื่น ในชุมชน ถึงแม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี2550 (23) มาตราที่ 30 สนับสนุนสิทธิมนุษยชน ที่เท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่อง ถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความ เชื่อทางศาสนา การศึกษาหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่ง รัฐธรรมนูญแต่ผู้พิการยังถูกตีตราว่าเป็นบุคคลที่มีความหมองหวังต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นตราบาป ของครอบครัวเนื่องจากทำกรรมไม่ดีไว้แต่ชาติก่อน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจะสนับสนุน ให้ผู้พิการและครอบครัวได้แสดงบทบาทที่มีคุณค่าเพื่อลดการถูกตีตราทางลบ การช่วยเหลือผู้พิการ และ ครอบครัวผู้บำบัดควรร่วมมือกับผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชน ในการสนับสนุน กิจกรรมแก่ผู้ พิการและครอบครัวของผู้พิการ เช่น ผู้บำบัดให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ชุมชนมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลผู้พิการ เป็นต้น

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไม่พบว่ามีการศึกษามีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

วริยาภรณ์ (17) ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 240 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนให้ประสบความสำเร็จประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรในชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชนและเสนอแนะว่าควรเพิ่มทักษะ การฝึกอบรมแก่อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ญาติ ครอบครัวคนพิการหรือผู้ที่มีความพร้อมในการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน รวมทั้งควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ได้และควรมีการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ไปยังชุมชนอื่น ๆ หรือองค์การบริหารส่วนตำบลต่าง ๆ

อัจฉรา (26) ได้ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการและหาแนวทางที่จะทำให้ชุมชนสามารถดูแลคนพิการในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าปัญหาและความต้องการของคนพิการและครอบครัวเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่าความต้องการด้านบริการสาธารณสุข และพบว่าชุมชนไม่มีบทบาทหรือกิจกรรมที่ชัดเจนในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของคนพิการ เนื่องจากชุมชนยังไม่เห็นว่าคนพิการเป็นปัญหาของชุมชน ชุมชนมีความเต็มใจยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือคนพิการ แต่ชุมชนคิดว่าคนพิการควรได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐมากกว่าให้ชุมชนช่วยเหลือดังนั้นชุมชนจึงยังไม่ได้ดำเนินบทบาทตามที่ควรจะเป็น คนพิการจะต้องรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) ใช้กลวิธีเพื่อนช่วยเพื่อน ในขณะที่เดียวกันรัฐก็ต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการคุ้มครองดูแลคนพิการในฐานะพลเมืองไทยคนหนึ่งเช่นกัน

พันธ์ทิพย์และคณะ (27) ได้ศึกษาการช่วยเหลือตนเองของชุมชนในการดูแลคนพิการอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดอุบลราชธานีพบว่ากลุ่มแกนนำในหมู่บ้านมีศักยภาพในการช่วยเหลือพิการและป้องกันความพิการในชุมชนของตัวเอง แต่กลุ่มแกนนำยังขาดความตระหนักและขาดการให้ความสำคัญกับปัญหามากพอที่จะมาร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาป้องกัน เพราะคิดว่าปัญหาดังกล่าวไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญไม่ได้กระทบทั้งชีวิตความเป็นอยู่ของคนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านแต่กระทบคนพิการและครอบครัวของคนพิการเองมากกว่า อีกทั้งในแต่ละหมู่บ้านมีคนพิการจำนวนไม่มากนักเฉลี่ยโดยประมาณหมู่บ้านละ 10 ราย ซึ่งช่วยตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นกลุ่มแกนนำจึงเห็นว่าการพัฒนาหมู่บ้านด้านอื่น ๆ เป็นเรื่องสำคัญกว่า อีกประการหนึ่งกลุ่มแกนนำเห็นว่าครอบครัวคนพิการ

มีหน้าที่ที่จะต้องเลี้ยงดูเอาใจใส่คนพิการในแต่ละครอบครัวอยู่แล้วไม่จำเป็นที่หมู่บ้านจะต้องเข้าไปช่วยเหลือมากนัก สำหรับเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการในชุมชนก็ไม่ได้แสดงบทบาทในการช่วยเหลือคนพิการเท่าที่ควร จากการประเมินของครอบครัวและชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้พิการได้ตามที่ต้องการ ผู้ที่ครอบครัวผู้พิการเห็นว่าเป็นผู้ที่ช่วยเหลือมากที่สุดคือ เพื่อนบ้านของตน มีร้อยละ 49.2 ในขณะที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความช่วยเหลือเพียงร้อยละ 4.6 ซึ่งน่าจะเป็นอิทธิพลจากวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย ตามหลักพระพุทธศาสนาที่มีความเมตตาปราณีเอื้อเฟื้อต่อกันและอีกส่วนหนึ่งเกิดจากวัฒนธรรมของชาวชนบทที่มีความรู้จักคุ้นเคยและช่วยเหลือกันอยู่แล้ว ในด้านการรับรู้ของครอบครัวต่อสาเหตุที่เกิดความพิการ สมาชิกส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของความพิการเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บและเชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมของผู้พิการ ส่วนทัศนคติต่อความพิการเปรียบเทียบระหว่างตัวผู้พิการ ครอบครัวและชุมชนพบว่าทั้งสามกลุ่ม มีทัศนคติต่อความพิการในเรื่องของเคราะห์กรรมในอัตราส่วนที่สูงมากคือร้อยละ 76.3 ถึง 89.7

พรพรรณและคณะ (103) ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย บ้านท่ามะโก หมู่ 8 ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชนจำนวน 6 คนและประชาชนเป็นตัวแทนของครอบครัวจำนวน 78 หลังคาเรือน พบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมมากในการเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานและการแสดงความคิดเห็นความสำคัญของปัญหา ร้อยละ 83.33 เท่า ๆ กัน รองลงมามีส่วนร่วมได้รับประโยชน์จากการวางแผนแก้ไขปัญหา ร้อยละ 66.67 มีส่วนร่วมปานกลางในเรื่องการนำ ความรู้เรื่อง การวางแผนงานไปใช้กับชุมชน ร้อยละ 83.33 มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ร้อยละ 66.67 มีส่วนร่วมน้อยในเรื่องการร่วมปรึกษากับเพื่อนบ้านหรือเจ้าหน้าที่หรือผู้นำชุมชน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพในหมู่บ้าน เมื่อสังเกตการมีส่วนร่วมในการเขียนแผนงานพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมน้อยเนื่องจากไม่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเขียนแผนมาก่อนแต่สามารถระบุสิ่งที่ต้องการแก้ไขและดำเนินการ ได้จึงควรให้ประชาชนเป็นผู้กำหนดแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยจัดฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้มีความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินงานและประเมินผล จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาชุมชนได้

ดรุณีและคณะ (104) ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย หมู่ 3 บ้านหนองโงง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยและศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำชุมชนจำนวน 8 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 75 มีส่วนร่วมมากในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่ในขั้นตอนการเขียนแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพมีส่วนร่วมมาร้อยละ 50 ถึง 62.5 การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการให้ความรู้ก่อนดำเนินการแก่กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งจัดเวลาการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความพร้อมของชุมชนซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและเป็นการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

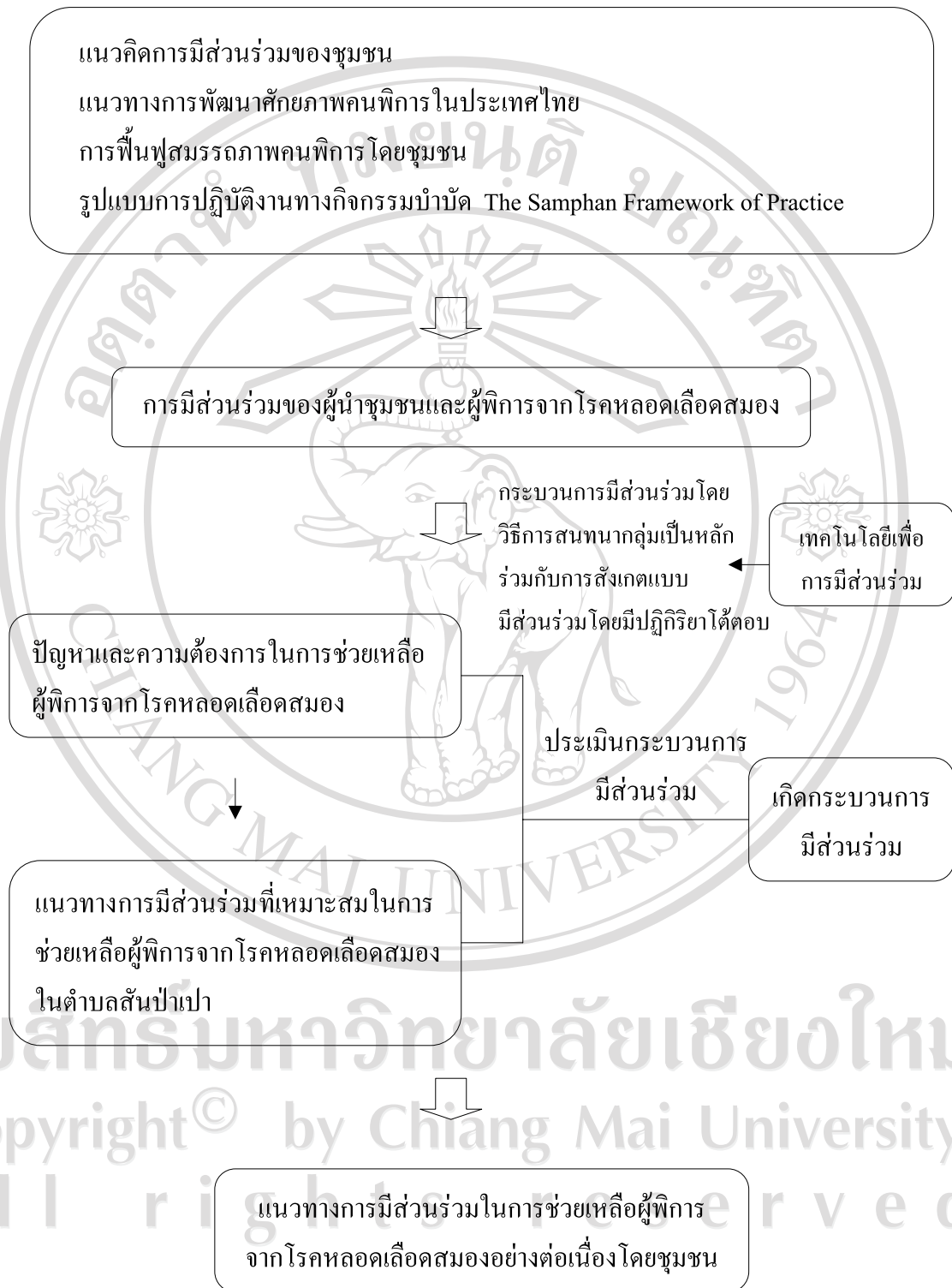
จันทร์เพ็ญ (105) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนศรีดอนชัย ตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูนโดยการศึกษาเชิงพรรณนา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 208 คนเป็นผู้นำชุมชน 55 คนกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน 19 คนและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 134 คน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชน ข้อมูลด้านการใช้บริการสุขภาพและการสนทนากลุ่ม พบว่าเหตุผลของการมีส่วนร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของผู้นำชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างความสามัคคีภายในหมู่บ้าน สำหรับขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอที่สุด คือ ขั้นตอนการร่วมค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหาและความต้องการ โดยเหตุผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมน้อยในขั้นตอนของการค้นหาปัญหาภาวะเบาหวานในชุมชนของผู้นำชุมชนเพราะผู้นำชุมชนส่วนหนึ่งเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมและได้ผ่านการฝึกทักษะเฉพาะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สุจินต์ (106) ได้ศึกษาถึงลักษณะและระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้านและความคิดเห็นทั่วไปของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนและสามีหรือภรรยาของหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 16 คนของหมู่บ้านที่ชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด ของจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปี พ.ศ. 2527 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม คือ ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้าน การรู้สึกรู้ว่าตนเองมีความสำคัญกับหมู่บ้านและมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน ส่วนอายุและเพศไม่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ และการเป็นเจ้าของที่ดินทำกิน ไม่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนและปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการเกียรติและการได้รับการชักชวนจากคณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน

กรณีการและคณะ (107) ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในบ้านถวายนหมู่ที่ 2 และบ้านสารภีหมู่ที่ 4 ตำบลขุนคอง อำเภอดงจังหวัดเชียงใหม่ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการของประชาชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้นำชุมชนจำนวน 20 คนและประชาชนที่เป็นตัวแทนของครอบครัวจำนวน 251 หลังคาเรือน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการของประชาชน กลุ่มผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมปานกลางถึงมากในการรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหาสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมในการปรึกษากับเพื่อนบ้าน ชุมชน เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการหาแนวทางการแก้ไขสุขภาพของประชาชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการเขียนแผนแก้ไขสุขภาพของประชาชน สำหรับการมีส่วนร่วมในการเข้าใจแผนทั้งหมดและรับผลประโยชน์จากการทำแผนและโครงการแก้ไขสุขภาพ ผู้นำชุมชนทั้งสองหมู่บ้านมีคะแนนการมีส่วนร่วมคิดเป็นร้อยละ 100 แต่ผู้นำชุมชนไม่มีการมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการคิดเป็นร้อยละ 100 ด้วยเหตุผลที่ไม่เข้าใจเรื่องการเขียนเพราะเป็นเรื่องวิชาการที่ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ เนื่องจากไม่เคยได้รับการอบรมมาก่อน ดังนั้นจึงควรจัดให้ผู้นำชุมชนได้รับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการดำเนินการค้นหาปัญหา การวางแผน การเขียนโครงการ การดำเนินงานตามแผนและการประเมินผลเพื่อพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของ ผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมโดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการพัฒนาศักยภาพ คน พิการในประเทศไทย การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนและรูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด The Samphan Framework of Practice เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อดำเนินกระบวนการมีส่วนร่วมโดยวิธีการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้นำชุมชนและผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาปัญหาและ ความต้องการและแนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในตำบลสันป่าเปา รวมทั้งประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่แนวทางการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชน ดังแผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย