

หนังสือบทนำ



Community-Based Rehabilitation **CBR Guidelines**

ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย



หนังสือบทนำ

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหนังสือ ห่องสมุดองค์การอนามัยโลก

การฟื้นฟูโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง: คู่มือซีบีอาร์

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพ. 2. คนพิการ. 3. บริการสุขภาพชุมชน. 4. นโยบายสุขภาพ. 5. สิทธิมนุษยชน. 6. ความเป็นธรรมทางสังคม. 7. การมีส่วนร่วมของผู้บริโภค. 8. แนวทาง. I. องค์การอนามัยโลก. II. ยูเนสโก. III. องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. IV. สหภาพพัฒนาคนพิการนานาชาติ.

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

สงวนลิขสิทธิ์ องค์การอนามัยโลก 2010

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

คำเรียกที่ใช้และการนำเสนอเนื้อหาใดๆ ในสิ่งพิมพ์นี้ไม่ได้เป็นการแสดงออกถึงความคิดเห็นขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อสถานะทางด้านกฎหมายของประเทศ อาณาเขต เมืองหรือพื้นที่ใดๆ หรือของทางการในประเทศ อาณาเขต เมืองหรือพื้นที่นั้นๆ ทั้งยังไม่เป็นการแสดงออกถึงความคิดเห็นในเรื่องของแนวชายแดนและขอบเขตใดๆ อีกด้วย เส้นประบนแผนที่เป็นการบ่งบอกถึงแนวชายแดนโดยสังเขปเท่านั้นโดยที่ประเทศที่เกี่ยวข้องอาจไม่เห็นพ้องต้องกันตามนั้นโดยสมบูรณ์

การระบุชื่อบริษัทหรือผู้ผลิตสินค้ารายใดในที่นี้ไม่ได้เป็นการสื่อว่าองค์การอนามัยโลกยอมรับหรือแนะนำบริษัทหรือผู้ผลิตนั้นๆ มากไปกว่าบริษัทหรือผู้ผลิตรายอื่นใดที่ไม่มีการกล่าวถึง ผิด ตก ยกเว้น ชื่อของผลิตภัณฑ์ต่างๆ จะสะกดตัวอักษรแรกด้วยตัวใหญ่ในภาษาอังกฤษ

องค์การอนามัยโลกได้ใช้ความระมัดระวังเท่าที่จะทำได้ในการตรวจสอบข้อมูลที่ปรากฏในสิ่งพิมพ์นี้ อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกแจกจ่ายเอกสารตีพิมพ์นี้โดยไม่มีการรับประกันใดๆ ทั้งสิ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผู้อ่านจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบในการตีความและการใช้เอกสารนี้เอง องค์การอนามัยโลกจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ อันอาจเกิดขึ้นจากการใช้งานเอกสารนี้

ออกแบบและจัดเรียงโดย Inis Communication (www.iniscommunication.com)

พิมพ์ที่ประเทศมอลตา

มุ่งสู่...

การพัฒนาแบบครบวงจร

โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง

บรรณาธิการใหญ่: Chapal Khasnabis และ Karen Heinicke Motsch

คณะที่ปรึกษา: Philippe Chervin, Mike Davies, Sepp Heim, Einar Helander, Etienne Krug, Padmani Mendis, Federico Montero, Barbara Murray, Alana Officer, Enrico Pupulin และ William Rowland

กองบรรณาธิการและนักเขียนอาวุโส: Kamala Achu, Kathy Al Jubah, Svein Brodtkorb, Philippe Chervin, Peter Coleridge, Mike Davies, Sunil Deepak, Kenneth Eklindh, Ann Goerd, Cindy Greer, Karen Heinicke-Motsch, Derek Hooper, Venus B Ilagan, Natalie Jessup, Chapal Khasnabis, Diane Mulligan, Barbara Murray, Alana Officer, Francesca Ortali, Bob Ransom, Aline Robert, Sue Stubbs, Maya Thomas, Venkatesh Balakrishna และ Roselyn Wabuge-Mwangi

บรรณาธิการด้านเทคนิค: Nina Mattock และ Teresa Lander

การออกแบบและจัดรูปเล่ม: Inis Communication

ภาพประกอบ: Regina Doyle

ภาพถ่ายลงปก: Chapal Khasnabis และ Gonna Rota

คำบรรยายภาพ: Angela Burton

เงินทุนสนับสนุน: รัฐบาลอิตาลี, United States Agency for International Development (USAID), รัฐบาลฟินแลนด์, รัฐบาลนอร์เวย์, รัฐบาลสวีเดน, รัฐบาลสหราชอาณาจักร, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ไอแอลโอ), องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (ยูเนสโก), CBM, Sightsavers, AIFO และ Light for the World

ธุรการ: Rachel MacKenzie

คู่มือซีบีอาร์

หนังสือบทนำ

สารบัญ

คำนำ.....	1
กิตติกรรมประกาศ.....	3
ข้อมูลเกี่ยวกับคู่มือซีบีอาร์.....	11
บทนำ.....	15
การจัดการ.....	33
บทนำ.....	33
ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์.....	40
ขั้นที่ 2: การวางแผนและการออกแบบ.....	47
ขั้นที่ 3: การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต.....	53
ขั้นที่ 4: การประเมินผล.....	60
ภาคผนวก: ตัวอย่างโครงสร้างการจัดการในโปรแกรมซีบีอาร์.....	67

คำนำ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชน (Community-based rehabilitation หรือ CBR) เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นหลังจากที่มีการประกาศใช้ปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) ในปี ค.ศ. 1978 เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการช่วยให้คนพิการในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำหรือปานกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นด้วยการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด และด้วยความร่วมมือขององค์กรต่างๆ ของสหประชาชาติ องค์กรพัฒนาภาคเอกชนและองค์กรเพื่อคนพิการคนพิการต่างๆ ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมาจึงทำให้ซีบีอาร์มีการพัฒนาจนกลายเป็นยุทธศาสตร์ พหุภาคีที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของ คนพิการได้อย่างหลากหลายยิ่งขึ้น ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของ คนพิการให้สูงขึ้นอีก

แนวทางที่ปรากฏในคู่มือซีบีอาร์นี้เป็นผลงานที่เกิดจากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งใช้ระยะเวลาเวลาห้าปีในการต่อยอดจากคำแนะนำสำคัญซึ่งได้จากการประชุม International Consultation to Review Community-based Rehabilitation ที่กรุงเฮลซิงกิในปี ค.ศ. 2003 และจากเอกสารเจดีย์ร่วมกัน ในเรื่องซีบีอาร์ ระหว่าง องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) องค์กรการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และ องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 2004 แนวทางดังกล่าวสนับสนุนการใช้ซีบีอาร์เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ที่มีศักยภาพ ในการปฏิบัติใช้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) และการออกกฎหมายระดับชาติที่คำนึงถึงคนพิการคนพิการด้วยซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการพัฒนาแบบครบวงจรโดยมีชุมชนเป็นฐานอีกด้วย

แนวทางนี้ช่วยชี้นำผู้จัดการซีบีอาร์ (CBR manager)และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในเรื่องของการพัฒนาและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของโปรแกรมซีบีอาร์ และช่วยให้คนพิการและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ด้าน การศึกษา ด้านความเป็นอยู่ที่ดีและด้านสังคมต่างๆ แนวทางนี้เน้นเรื่องการสร้างศักยภาพด้วยการทำให้คนพิการ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการกระบวนกรด้านการพัฒนาและการตัดสินใจทั้งปวง นอกจากนี้คู่มือซีบีอาร์ยังสนับสนุนให้มีการประเมินผลโปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ และให้มีการดำเนินการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของซีบีอาร์ในบริบทต่างๆ ที่หลากหลายอีกด้วย

องค์การอนามัยโลก องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ ยูเนสโก สหภาพพัฒนาคนพิการนานาชาติ (IDDC) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่มเฉพาะกิจซีบีอาร์อันได้แก่ Handicap International, Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO), Light for the World, Norwegian Association of Disabled และ Sightsavers ได้ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการ จัดทำเอกสารชุดนี้ขึ้น นอกจากนี้ยังมีบุคลากรอีกกว่า 180 คน และองค์กรต่างๆ อีกเกือบ 300 องค์กรซึ่งส่วนมากมาจากประเทศที่มีรายได้ต่ำหลายประเทศทั่วโลกได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและสนับสนุน ดังนั้นเราจึงขอขอบพระคุณทุกคนสำหรับความช่วยเหลืออันมีค่าในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ดร. อลา อัลวัน

รองผู้อำนวยการ

ฝ่ายโรคไม่ติดต่อและสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้มีส่วนสนับสนุน

Alireza Ahmadiyeh, Suman Ahmed, Anupam Ahuja, Flavia Ester Anau, Marta Aoki, ShitayeAstawes, Luis Fernando Astorga, Ruma Banerjee, Angelo Barbato, Alcida Perez Barrios, Denise Dias Barros, Mary Basinda, Raymann Beatriz, Beverly Beckles, Herve Bernard, Josse M. Bertolote, Francoise Boivon, Johan Borg, Wim Van Brakel, Vianney Briand, RonBrouillette, Lissen Bruce, Jill Van den Brule, Stephanie Lucien Brun, Cesar Campoverde, Joan Carey, Lorenzo Carraro, Blanca Castro, Mahesh Chandrasekhar, Gautam Chaudhury, Park Chul-Woo, Denis Compingt, Huib Cornielji, Enrique Coronel, Hannah Corps, AjitDalal, Tulika Das, Nan Dengkun, Bishnu Maya Dhungana, Pascal Dreyer, Servious Dube, Marcia Dugan, Livia Elvira Enriquez, Daniel Essy Etya'Ale, Amy Farkas, Harry Finkenflugel, Jonathan Flower, Ruiz Alix Solangel Garcia, Rita Giacaman, Susan Girois, Aloka Guha, Ghada Harami, Sally Hartley, Piet Van Hasselt, Sanae Hayashi, Damien Hazard, ElsHeijnen, Sepp Heim, Emma Howell, Patrick Hubert, Shaya A. Ibrahim, Djenena Jalovcic, N. Janardhan, Ivo de Jesus, Zhang Jinming, Donatila Kanyamba, Anita Keller, Jahurul AlamKhandaker, Charles Kilibo, Kalle Konkola, Pim Kuipers, Emmanuel Laerte, Silva Latis, Chris Lavy, Soo Choo Lee, Tirza Leibowitz, Anne Leymat, Yan Lin, Johan Lindeberg, AnnaLindstrom, Graziella Lippolis, Betty MacDonald, Geraldine Maison-Halls, M.N.G. Mani, Steve Mannion, Enzo Martinelli, Gloria Martinez, Phitalis Were Masakhwe, Roy Mersland, Rajanayakam Mohanraj, Ashis K. Mukherjee, Roselyn Mwangi-Wabuge, James Mwesigye, Margaret Naegeli, D.M. Naidu, Alex Ndeezi, Alice Nganwa, Tran Thi Nhieu, Stela MarisNicolau, Henry Mwizegwa Nyamubi, Lawrence Ofori-Addo, Joan Okune, Fatima Correa

Oliver, Francesca Ortali, Parvin Ortogol, Djibril Ouedreagou, R. Pararajasegaram, IstvanPatkai, Carole Patterson, Akhil S. Paul, Norgrove Penny, Hernan SOTO Peral, Debra Perry, Katharina Pfortner, Eric Plantier, Fiona Post, Grant Preston, Bhushan Punani, Sheila PurvesNandini Rawal, Eladio Recabarren, Chen Reis, Ramin Rezaei, Aline Robert, Silvia Rodriguez, Desire Roman, Gonna Rota, Theresa Rouger, Johannes Sannesmoen, Mary Scott, AlaaSebeh, Tom Shakespeare, Albina Shankar, Valerie Sherrer, Andrew Smith, Sian Tesni, Ongolo Thomas, Florence Thune, Heinz Trebbin, Daniel Tsengu, Veronica Umeasiegbu, Claudie Ung, Isabelle Urseau, Geert Vanneste, Johan Veelma, Rens Verstappen, John Victor, Mary Kennedy Wambui, Sheila Warenbourg, Patrick Wasukira, Terje Watterdal, Marc Wetz, Mary Wickenden, Hu Xiangyang, Miguel Yaber, Veda Zachariah, Daniel Zappala, Tizun Zhao และ Tuling Zhu

คณะผู้ตรวจทาน

Kamala Achu, Rosangela Berman-Bieler, Roma Bhattacharjea, Dan Blocka, Jean-Luc Bories, Wim Van Brakel, Matthias Braubach, Svein Brodtkorb, Rudi Coninx, Huib Cornielji, Kenneth Eklindh, Gaspar Fajth, Hetty Fransen, Beth Fuller, Cristina Gallegos, Donna Goodman, Demet Gulaldi, Praveena Gunaratnam, Sally Hartley, Sanae Hayashi, Sayed Jaffar Hussain, Djenena Jalovcic, Aboubacar Kampo, Etienne Krug, Garren Lumpkin, Chewe Luo, Charlotte McClain-Nhlapo, Asish Kumar Mukherjee, Barbara Murray, Brenda Myers, Kozue Kay Nagata, Alice Nganwa, Kicki Nordstrom, Alana Officer, Hisashi Ogawa, Malcolm Peat, Louise A. Plouffe, Fiona Post, Francesca Racioppi, Pia Rockhold, Hala Sakr, Chamaiparn Santikarn,

Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Helen Schulte, Kit Sinclair, Joe Ubiedo, Nurper Ulkuer, Armando Vasquez และ Alexandra Yuster

คณะผู้ตรวจทานภาคสนาม

บังคลาเทศ

Centre for Disability in Development (CDD) และ National Forum of Organizations Working with the Disabled (NFOWD)

เบอร์กินาฟาโซ

Centre Opthalmologique de Zorgho และ Community-based Rehabilitation programme (RBC) of Ouargaye and Garnago

กัมพูชา

Cambodian Development Mission for Disability (CDMD) และ National Centre of Disabled Persons

จีน

Anhui University Hospital, Beijing University 1st Hospital, China Association of Rehabilitation Medicine, China Disabled Persons' Federation, China Disabled Persons' Federation (Social Service Guidance Centre), China Rehabilitation Research Centre, Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation, Disabled Persons' Federation – Dong Guan City, Disabled Persons' Federation – Guangdong Province, Disabled Persons' Federation – Hubei Province, Disabled Persons' Federation – Nan Pi County, Disabled Persons' Federation – Shun De District, Disabled Persons' Federation – Wuhan City, Disabled Persons' Federation Rehabilitation Association – Guangdong Province, Disabled Persons' Federation Rehabilitation Centre – Guangdong Province, Disabled Persons Service Centre – Shenzhen, Disabled Persons Service Centre – ShunDe District, Fudan University – Huashan Hospital, Guangdong Rehabilitation Medical Association, Guangdong Worker's Rehabilitation Centre, Guangzhou Likang Family Resource Centre, Guangzhou Shi Jia Zhuang City 1st Hospital, Hua Zhong University of Science & Technology, Jiang Men City North Street Community Health Centre, Kuming Medical College 2nd Hospital, Nan Pi, Jin Ya Village, Nan Pi, Yu Shan Te Village, Save the Children – UK, Shenzhen 2nd People's Hospital, Shenzhen 9th People's Hospital, Shenzhen City Resource Centre for Assistive Technology for People with Physical Disabilities, WHO Collaborating Centre for Rehabilitation – The Hong Kong Society for Rehabilitation, WHO Collaborating Centre for Rehabilitation – Sun Yat-Sen University of Medical Sciences, WHO Collaborating Centre for Training and Research in Rehabilitation – Tongji Hospital, Xianning Public Health School, Zhejiang Provincial Hospital และ ZhongShan University 3rd Hospital

อียิปต์

Support, Education, Training and Integration Centre – Cairo

เอธิโอเปีย

Arba Minch Rehabilitation Center, CBM Ethiopia, CBR Network Ethiopia, Cheshire Foundation Ethiopia – Addis Ababa, Cheshire Foundation Ethiopia – Jimma, Cheshire Services – Dire Dawa, Cheshire Services – Harar, Cheshire Services Ethiopia, Ethiopian National Association for the Deaf, Ethiopian National Disability Action Network, Fiche (CBR), Gondar University (CBR), Gondar University (Physiotherapy department), Helpers of Mary, Sako (CBR), Medical Missionaries of Mary, Ministry of Education, Ministry of Health, National Association of Mentally Retarded Children and Youth, Nekemtie (CBR), RAPID (CBR), Rapid Adama (CBR) และ Rehabilitation Services for the Deaf

กานา

Action on Disability and Development (ADD), Agona District Assembly, Bawku Hospital (audiology, physiotherapy and orthopaedic units), Department of Social Welfare, Department of Social Welfare – Agona District, Department of Social Welfare – Volta Region, Department of Social Welfare – Winneba, District Assembly of Nkwanta, Swedru District Health Administration, Echoing Hills, Garu CBR, Ghana Association of the Blind – Ga-Adangme, Ghana Association of the Blind (GAB), Ghana Education Service (GES), Ghana Federation of the Disabled, Ghana National Association of the Deaf, Ghana Society for the Blind – Brong Ahafo Region, Ghana Society for the Blind (GSB), Krachi CBR Project, Ministry of Education, National Commission on Civic Education, Parents and Families of the Disabled, Presbyterian CBR – Garu, Salvation Army – Dunkwa, Salvation Army – Begoro, Salvation Army (Community Rehabilitation Project), Salvation Army (Integrated School for the Deaf), Salvation Army (Medical and Social Services) – Accra, Sandema Community Based Rehabilitation Programme – Upper West Region, Sightsavers – country office, Sightsavers – Karachi, Sightsavers – Nkwanta, Swedru District Planning Officer, traditional and religious leaders of Duakwa และ University of Education – Winneba

กัวยานา

Caribbean Council for the Blind, Guyana Community Based Rehabilitation Programme, Ministry of Health, National Commission on Disability และ Support Group for the Deaf

อินเดีย

Aaina, Action on Disability and Development – India, AIFO India, Basic Needs India, Blind People's Association – India, CBM, CBR Forum, CBR Network – Bangalore, Cheshire Homes India – Coorg, Human Rights Law Network, Leonard Cheshire International, Leonard Cheshire International – Bangalore, Ministry of Human Resource Development, Ministry of Social Justice and Empowerment, Mobility India, Movement for Rural Emancipation, Narendra Foundation, Office of the State Commissioner for Persons with Disabilities, Pallium India, Postgraduate Institute of Medical Education and Research – Chandigarh, Rehabilitation Council of India, Rohilkhand University (Institute of Advanced Studies in Education), Saha Foundation, Sense International – India, SEVA in Action, Shree Ramana Maharishi Academy for the Blind, Spastic Society of Karnataka, Spastic Society of Tamil Nadu, The Association of People with Disability และ Viklang Kendra

อินโดนีเซีย

CBR Development and Training Centre (CBR-DTC) และ CBR South Sulawesi Province

เคนยา

Association for the Physically Disabled in Kenya, Kenya National Association of the Deaf, Kenya Medical Training College, Kenya Society for the Blind, Kenya Union for the Blind, Leonard Cheshire Disability – East and North African Regional Office (ENAR), Little Rock ECD, Ministry of Health, Sense International – East Africa และ Voluntary Service Overseas (VSO) – Kenya

สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

Handicap International Belgium – country office

เลบานอน

Arc En Ciel, Community Based Rehabilitation Association, Diakonia, General Union of Palestinian Women, Medical Aid for Palestinians, Nahda Association, Norwegian People's Aid, Save the Children – Sweden และ The Norwegian Association of Disabled

มาลาวี

Federation of Disability Organizations in Malawi (FEDOMA), Feed the Children Malawi, Malawi Council for the Handicapped (Secretariat of the National CBR Programme for Malawi), Ministry of Education Science and Technology, Ministry of Gender and Child Development, Ministry of Health และ Ministry of Labour

เม็กซิโก

Pina Palmera

มองโกเลีย

AIFO – country office, Mongolia CBR Program และ National Rehabilitation Center of Mongolia, National CBR Programme

สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า

World Vision International – country office

นิการากัว

Juigalpa CBR Project

ปาเลสไตน์

Al-Noor Center, Al-Wafa Charitable Society, Al-Wafa Hospital, Al-Widad Society, Atfaluna Society for Deaf Children, Baituna Society, Bethlehem Arab Society for Rehabilitation, Birzeit University (Institute of Community and Public Health), CBR Program – Central West Bank, CBR Program – North West Bank, CBR Program – South West Bank, Community College, Diakonia and The Norwegian Association of Disabled, Gaza Community Mental Health Program, General Union of Disabled Palestinians, International Deaf Club, Hebron Islamic Relief, Jabalya Society, Jerusalem Rehabilitation Society, Media Institute, Medical Aid for Palestinians – UK, Ministry of Education and Higher Education (Special Education Department), Ministry of Health (Crisis Management Department), Ministry of Local Government, Ministry of Social Affairs, Ministry of Youth and Sports, National Center for Community Rehabilitation, National Society for Rehabilitation – Gaza, Palestinian Commission for the Rights of the Disabled, Palestinian Medical Relief Society, Palestinian Nunchaku Union, Physicians Without Frontiers, Radio A-Iradah (The Voice of the Disabled), Red Crescent Society, Right to Life Society, Save the Children – Palestine, Shams Center for Disability Care, Society for the Physically Handicapped, Sports Union for the Disabled, Stars of Hope Society, UNICEF, United Nations Relief and Works Agency (rehabilitation programme), WHO และ Wifaq Society for Relief and Development

ปาปัวนิวกินี

Callan Services for Disabled Persons

สาธารณรัฐฟิลิปปินส์

CBM (CBR Coordination Office), Simon of Cyrene Children's Rehabilitation and Development Foundation, University of the Philippines และ Philippines General Hospital (Department of Rehabilitation)

แอฟริกาใต้

Cheshire Homes South Africa, JICA (Japan International Cooperation Agency) – South Africa Office, Leonard Cheshire Disability – South African Regional Office (SARO) และ South African Non Government Organizations Network

ไทย

ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมคนพิการคนพิการแห่งประเทศไทยและแปซิฟิก (APCD), Handicap International ประจำประเทศไทย, สำนักงานระดับภูมิภาคองค์กรแรงงานระหว่างประเทศประจำประเทศไทย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น (คณะสหเวชศาสตร์), ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข) และสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการคนพิการแห่งชาติ

อูกันดา

Action on Disability and Development – Uganda, Busia District CBR Programme, CBM, CBR Africa Network, Community Based Rehabilitation Alliance, German Leprosy Relief Association, GOAL Uganda, Kyambogo University, Leonard Cheshire Disability – Uganda, Luzira Senior Secondary School, Mental Health Uganda, Ministry of Health, Ministry of Education and Sports, Ministry of Gender, Labour and Social Development, National Association of the Deafblind in Uganda, National Union of Disabled Persons of Uganda, Sense International, Sightsavers International – Uganda, The AIDS Support Organizations, Uganda National Association of the Deaf, Uganda Foundation for the Blind และ Uganda Society for Disabled Children

สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

CBM, Danang Rehabilitation and Sanatorium Hospital, Bach Mai Hospital (rehabilitation unit), Medical Committee Netherlands – Viet Nam และ World Vision International– Viet Nam

ซิมบับเว

African Rehabilitation Institute, Cheshire Foundation, Clinical Research Unit, Epilepsy Support Foundation, Ministry of Health, National Association of Societies for the Care of the Handicapped, National Council of Disabled People in Zimbabwe, University of Zimbabwe, WHO และ Zimbabwe Open University

ข้อมูลเกี่ยวกับคู่มือซีบีอาร์

ความเป็นมาของคู่มือซีบีอาร์

ได้มีการประมาณการไว้ว่าประชากรของโลกอย่างน้อย ร้อยละ 10 เป็นคนพิการคนพิการ (1) โดยส่วนมากอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งตกอยู่ภายใต้เงื้อมมือของความยากจนคนพิการคนพิการจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพน้อยที่สุดและตกอยู่ในความเสี่ยงสูงสุดกลุ่มหนึ่งของโลกและคนพิการคนพิการมักรู้สึกกว่าตนเองมีมลทินและมักจะประสบกับปัญหาเรื่องการกีดกัน ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ การศึกษาและโอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่จำกัด

การฟื้นฟูโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-based rehabilitation หรือ CBR) เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นหลังจากที่มีการประชุม International Conference on Primary Health Care ในปี ค.ศ. 1978 และปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) ที่ได้มีการประกาศใช้ตามมา (2) แต่เดิมนั้นซีบีอาร์จัดว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่ช่วยให้บุคคลพิการเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมาได้มีการขยายขอบเขตของซีบีอาร์ให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ มากขึ้นอีกพอสมควร

การประชุม *International consultation to review community-based rehabilitation* ที่กรุงเฮลซิงกิในปี ค.ศ. 2003 ได้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญสำหรับซีบีอาร์จำนวนหนึ่ง (3) อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนดังที่ระบุไว้ในเอกสารเจดีย์ร่วมกันในเรื่องซีบีอาร์ระหว่างองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) องค์กรการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าซีบีอาร์เป็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาชุมชนโดยทั่วไปเพื่อการฟื้นฟูการก่อให้เกิดโอกาสที่เท่าเทียมกัน การลดความยากจนและการทำให้คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (4) และในปี ค.ศ. 2005 การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติ (58.23) (5) ในเรื่องการป้องกันความพิการและการฟื้นฟูโดยเชื่อเชิญให้ประเทศสมาชิก “สนับสนุนและเสริมความแข็งแกร่งให้กับโครงการฟื้นฟูที่มีชุมชนเป็นฐาน...”

ขณะนี้ประเทศที่ใช้แนวทางปฏิบัติของซีบีอาร์อยู่กว่า 90 ประเทศ และแนวทางฉบับนี้นับว่าเป็นการตอบสนองต่อเสียงเรียกร้องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆ ทั่วโลกเพื่อให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาให้โปรแกรมซีบีอาร์ก้าวต่อไปข้างหน้าด้วยความสอดคล้องกับพัฒนาการต่างๆ ข้างต้น นอกจากนี้แนวทางฉบับนี้ยังเป็นการรวบรวมเอาความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับซีบีอาร์และประสบการณ์จากการปฏิบัติใช้จริงกว่า 30 ปีจากทั่วโลกมาถ่ายทอดเพื่อให้เกิดเป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติพร้อมด้วยคำแนะนำที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แนวทางฉบับนี้ได้รับอิทธิพลจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities หรือ CRPD) ตลอดจนโปรโตคอลเสริมของอนุสัญญา (6) ซึ่งออกมาในช่วงที่มีการจัดทำแนวทางฉบับนี้พอดี

วัตถุประสงค์ของคู่มือซีบีอาร์

- เพื่อให้แนวทางการพัฒนาและส่งเสริมความแข็งแกร่งของโปรแกรมซีบีอาร์ที่สอดคล้องกับเอกสารเจดีย์ร่วมกันในเรื่องซีบีอาร์ (CBR Joint Position Paper) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
- เพื่อสนับสนุนให้มีการใช้ซีบีอาร์ในฐานะยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบครบวงจรโดยมีชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการลดความยากจน

- เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจถึงความต้องการพื้นฐานและๆ ยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัวโดยการอำนวยความสะดวกให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านชีวิตความเป็นอยู่และด้านสังคมต่างๆ ได้สะดวกยิ่งขึ้น
- เพื่อสนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันเพิ่มศักยภาพให้กับคนพิการและครอบครัวด้วยการสนับสนุนให้คนเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการกระบวนการด้านการพัฒนาและการตัดสินใจทั้งปวง

กลุ่มเป้าหมายของคู่มือซีบีอาร์

กลุ่มเป้าหมายหลักของคู่มือซีบีอาร์ ได้แก่

- ผู้จัดการซีบีอาร์

กลุ่มเป้าหมายรองของคู่มือซีบีอาร์ ได้แก่

- บุคลากรซีบีอาร์
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ครูระดับโรงเรียน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชนอื่นๆ
- คนพิการและสมาชิกในครอบครัว
- องค์กรเพื่อคนพิการและกลุ่มพึ่งพาตนเองต่างๆ
- เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโปรแกรมเพื่อคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรของรัฐในท้องถิ่นและผู้นำท้องถิ่น
- บุคลากรจากองค์กรพัฒนา องค์กรพัฒนาภาคเอกชนและองค์กรที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร
- นักวิจัยและนักวิชาการ

ขอบเขตของคู่มือซีบีอาร์

จุดมุ่งเน้นที่สำคัญของคู่มือนี้คือการนำเสนอภาพรวมของโมดูลสำคัญต่างๆ ระบุเป้าหมายและผลที่ควรเกิดขึ้นจากโปรแกรมซีบีอาร์ และเสนอแนะกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (ทั้งนี้คู่มือนี้ไม่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเสนอแนะ วิธีการที่ตายตัว หรือใช้เพื่อเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับอาการทุพพลภาพใดๆ เฉพาะเพียงอาการใดอาการหนึ่ง หรือเพื่อการแนะนำกระบวนการแก้ไขทางด้านการแพทย์/ทางด้านเทคนิคหรือเพื่อบอกวิธีการพัฒนาและนำโปรแกรมซีบีอาร์ไปใช้แบบเป็นขั้นตอนโดยละเอียด)

คู่มือซีบีอาร์นี้จัดทำเป็นหนังสือทั้งหมดเจ็ดเล่มด้วยกัน

• เล่มที่ 1 หนังสือบทนำเป็นหนังสือที่อธิบายถึงภาพรวมของความพิการ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ การพัฒนาซีบีอาร์และเมทริกซ์ซีบีอาร์ มีบท “การจัดการ” ที่อธิบายถึงภาพรวมของวงจรการจัดการที่สัมพันธ์กับการพัฒนาและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้แก่โปรแกรมซีบีอาร์

• เล่มที่ 2-6 หนังสือแต่ละเล่มเป็นการนำเสนอรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบสำคัญของเมทริกซ์ซีบีอาร์ทั้งองค์ประกอบ (สุขภาพ การศึกษา ความเป็นอยู่ที่ดี สังคมและการเพิ่มศักยภาพ)

- เล่มที่ 7 หนังสือเสริมซึ่งครอบคลุมปัญหาที่สำคัญ 4 เรื่อง ได้แก่ สุขภาพจิต เชื้อเอชไอวี /โรคเอดส์ โรคเรื้อรังและวิกฤตทางด้านมนุษยธรรมซึ่งในโปรแกรมซีบีอาร์เดิมได้มองข้ามประเด็นปัญหาเหล่านี้ไป

กระบวนการพัฒนาคู่มือซีบีอาร์

เมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2004 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ยูเนสโกและองค์การอนามัยโลกได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านความพิการ และนักพัฒนาการโปรแกรมซีบีอาร์จำนวน 65 ท่านให้มาริเริ่มการจัดทำคู่มือซีบีอาร์นี้ร่วมกัน ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มดังกล่าวประกอบด้วยบุคลากรซึ่งบุกเบิกและเป็นใช้งานโปรแกรมซีบีอาร์ บุคลากรคนพิการ ตัวแทนจากองค์การสหประชาชาติ ประเทศสมาชิก องค์การพัฒนากาเอกชนระดับนานาชาติชั้นนำ องค์การเพื่อคนพิการ องค์การด้านวิชาชีพ และองค์กรอื่นๆจากการประชุมในครั้งนั้นส่งผลให้เกิดร่างเมทริกซ์ซีบีอาร์ซึ่งได้กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของคู่มือเล่มนี้ในภายหลัง

หลังจากนั้นจึงมีการพัฒนาคู่มือนี้เพิ่มเติมโดยการนำของคณะที่ปรึกษาและกลุ่มงานหลัก กลุ่มงานหลักนี้ได้เลือกกระบวนการเขียนที่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างหลากหลายจากประเทศที่มีรายได้ต่ำ สตรีและคนพิการ ทั้งนี้เพื่อให้เชื่อได้ว่าคู่มือฉบับนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติที่ดีเนื่องจากสร้างขึ้นจากองค์ความรู้ที่ได้ส่งสมมาจากประสบการณ์การใช้โปรแกรมซีบีอาร์หลายร้อยโปรแกรมในระยะเวลากว่า 30 ปีทั่วโลก ทั้งนี้แต่ละส่วนของคู่มือนี้เขียนโดยนักเขียนหลักอย่างน้อยสองท่านร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ จนได้เป็นเนื้อหาฉบับร่าง เนื้อหาที่ปรากฏในคู่มือนี้จึงเป็นความร่วมมือกันของผู้ทรงคุณวุฒิรวมกว่า 150 คนจากทั่วโลก

เนื้อหาในคู่มือนี้มาจากแหล่งข้อมูลหลากหลายทั้งที่มีการตีพิมพ์แล้วและที่ยังไม่มีการตีพิมพ์ซึ่งอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดในวงการพัฒนาชุมชนของประเทศต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศที่มีรายได้ต่ำโดยตรงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับซีบีอาร์ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังมีกรศึกษาจากความพยายามในการพัฒนาโปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ เพื่อเป็นตัวอย่างถึงประเด็นที่กล่าวถึงในเนื้อหา และตอกย้ำความสำคัญของประสบการณ์จริงด้วยเรื่องเล่าจากบุคคลต่างๆที่ยืนยันถึงความสำคัญและอรรถประโยชน์ของการใช้แนวทางซีบีอาร์

เอกสารฉบับร่างได้ผ่านการตรวจสอบภาคสนามใน 29 ประเทศซึ่งครอบคลุมทุกภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก และได้รับข้อมูลป้อนกลับจากผู้เกี่ยวข้องกับซีบีอาร์กว่า 300 คนจากนั้นจึงผ่านการทบทวนอีกครั้งหนึ่งโดยกลุ่มงานหลักก่อนที่จะส่งให้คณะนักวิชาการตรวจสอบซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านซีบีอาร์ คนพิการ หน่วยงานของสหประชาชาติ และนักวิชาการต่างๆ แล้วจึงมีการทบทวนครั้งสุดท้ายโดยกลุ่มงานหลักเอง

คู่มือนี้ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวันที่ 19 พฤษภาคม ค.ศ. 2010 และเป็นที่คาดกันว่าเนื้อหาในคู่มือนี้จะใช้ได้จนถึงปี ค.ศ. 2020 แล้วจึงมีการทบทวนใหม่โดยแผนกป้องกันความรุนแรง การบาดเจ็บและความพิการ ประจำสำนักงานใหญ่ องค์การอนามัยโลกที่ตั้งอยู่ ณ กรุงเจนีวา

เอกสารอ้างอิง

1. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf, accessed 10 August 2010).
2. *Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*, Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 10 August 2010).
3. *International consultation to review community-based rehabilitation (CBR)*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf, accessed 10 August 2010).
4. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 10 August 2010).
5. Resolution WHA58.23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25 May 2005 (www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html, accessed 10 August 2010).
6. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150, accessed 10 August 2010).

บทนำ

ความพิการ

วิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องความพิการ

การพิจารณาวิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องความพิการในอดีตสามารถช่วยให้เราเข้าใจมุมมองที่สังคมมีต่อความพิการในปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น ในประวัติศาสตร์ยุคโบราณคนเรายามใช้ศาสนาหรือเทวดานานต่าง ๆ เพื่อเป็นเหตุผลอธิบายถึงความพิการ เช่น คนที่พิการเป็นเพราะว่าปีศาจหรือวิญญาณเข้าสิง หรือเป็นเพราะว่าแต่ก่อนทำอะไรไม่ดีไว้จึงต้องรับผลแห่งกรรม แนวคิดเช่นนี้ยังคงมีอยู่ในสังคมแบบดั้งเดิมหลายแห่งในปัจจุบันนี้

ในช่วงศตวรรษที่ 19 และ 20 พัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์และการแพทย์ได้ช่วยสร้างความเข้าใจว่าความพิการนั้น เป็นสิ่งที่เกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานหรือในด้านลักษณะโครงสร้างของส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื่อมโยงกับเงื่อนไขด้านสุขภาพ ซึ่งที่จริงแล้วเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาซึ่งสามารถใช้เหตุผลทางการแพทย์อธิบายได้ รูปแบบในเชิงการแพทย์นี้จึงมองความพิการว่าเป็นปัญหาของแต่ละบุคคลและมุ่งเน้นเรื่องการรักษาและการให้การดูแลรักษาทางการแพทย์โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเป็นหลัก

จากนั้นในช่วงยุคศตวรรษที่ 1960 และ 1970 มุมมองเรื่องความพิการได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งโดยมีแนวทางด้านสังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาทิ รูปแบบทางสังคมว่าด้วยเรื่องของความพิการ (social model of disability) ซึ่งเปลี่ยนจุดสนใจจากมุ่งเน้นด้านการแพทย์ของความพิการไปเป็นเรื่องอุปสรรคทางสังคมและการแบ่งแยกอย่างที่คนพิการต้องประสบอยู่ รูปแบบนี้ให้คำนิยามความพิการใหม่ว่าเป็นปัญหาของสังคมมากกว่าที่จะเป็นปัญหาของบุคคล และการแก้ไขปัญหาก็มุ่งเน้นเรื่องการกำจัดอุปสรรคทางสังคมและการก่อเกิดความเปลี่ยนแปลงทางสังคมแทนที่จะมุ่งเน้นไปที่เรื่องการรักษาทางการแพทย์เหมือนแต่ก่อน

มุมมองเรื่องความพิการที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ขับเคลื่อนโดยกลุ่มองค์กรเพื่อคนพิการต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นขึ้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 ในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรปก่อนที่จะขยายออกไปทั่วโลก คำขวัญที่คุ้นเคยกันดีว่า “ Nothing about us without us” หรือ “ไม่มีอะไรที่เกี่ยวกับเราที่ปราศจากเรา” ได้แสดงให้เห็นชัดเจนแล้วว่ากลุ่มที่ได้มีการเคลื่อนไหวมีอิทธิพลมากเพียงใด องค์กรเพื่อคนพิการต่าง ๆ ได้มุ่งเน้นให้คนพิการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างบริบูรณ์และได้รับโอกาสต่าง ๆ เท่าเทียมกับผู้อื่น องค์กรเหล่านี้เองมีบทบาทสำคัญในการจัดทำอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (1) ซึ่งสนับสนุนการเปลี่ยนมุมมองเรื่องความพิการมาเป็นแบบอย่างของรูปแบบในเชิงสิทธิมนุษยชน

กรอบที่ 1: อิหร่าน

การเพิ่มศักยภาพให้ประชาชนด้วยการยกระดับความร่วมมือ

รัฐบาลแห่งสาธารณรัฐอิสลามอิหร่านได้ริเริ่มโปรแกรมซีบีอาร์ในสองพื้นที่ของประเทศในปี ค.ศ. 1992 เมื่อโปรแกรมดังกล่าวประสบความสำเร็จแล้วจึงมีการขยายโปรแกรมในปี ค.ศ. 1994 ให้ครอบคลุมอีกหกพื้นที่ในหกจังหวัด เมื่อถึงปี ค.ศ. 2006 โปรแกรมนี้จึงได้ครอบคลุมทั้ง 30 จังหวัดของประเทศโดยมีองค์กรสวัสดิการสังคม (Social Welfare Organization) ภายใต้กระทรวงสวัสดิการสังคม (Ministry of Social Welfare) เป็นผู้รับผิดชอบจัดการโปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ ทั่วประเทศโดยใช้บุคลากรกว่า 6,000คนได้แก่ เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ซีบีอาร์ระดับกลาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านซีบีอาร์และผู้จัดการซีบีอาร์ในการจัดกิจกรรมซีบีอาร์ที่เกี่ยวข้อง

ภารกิจของโปรแกรมซีบีอาร์ระดับชาติ คือ “การเพิ่มศักยภาพให้แก่คนพิการ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนโดยไม่คำนึงถึงชนชั้น สีผิว ความเชื่อ ศาสนา เพศ อายุหรือประเภทและสาเหตุของความพิการด้วยการยกระดับความตระหนัก ส่งเสริมให้คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความยากจน กำจัดความคิดว่าความพิการเป็นสิ่งที่น่าประณาม ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงโอกาสทางด้านสุขภาพ การศึกษาและความเป็นอยู่ที่ดี”

โปรแกรมนี้ได้กระจายการจัดการจากศูนย์กลางลงสู่ระดับชุมชนโดยที่กิจกรรมซีบีอาร์ส่วนมากจัดโดย “ศูนย์ซีบีอาร์ประจำเมือง” ศูนย์เหล่านี้จะดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานด้านสุขภาพหลักต่างๆ ซึ่งรวมถึง “เรือนสุขภาพหมู่บ้าน” ในชนบทและ “สถานีสภาพ” ในเขตเมือง บุคลากรด้านสุขภาพประจำศูนย์เหล่านี้จะได้รับการปฐมนิเทศเรื่องยุทธศาสตร์ซีบีอาร์และแผนสุขภาพแห่งชาติเป็นเวลาหนึ่งถึงสองสัปดาห์เพื่อให้มีความสามารถในการคัดหาคนพิการและแนะนำให้เขาเหล่านั้นไปติดต่อศูนย์ซีบีอาร์ประจำเมืองที่ใกล้ที่สุด

กิจกรรมหลักของโปรแกรมซีบีอาร์ ได้แก่

- การฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและซีบีอาร์โดยใช้คู่มือการฝึกอบรมซีบีอาร์ขององค์การอนามัยโลกเป็นเครื่องแนะนำทาง
- การให้ความช่วยเหลือทางด้านการศึกษาและอำนวยความสะดวกให้คนพิการมีส่วนร่วมในการศึกษาผ่านทางการสร้างศักยภาพให้กับทั้งบุคลากรทางการศึกษาและตัวนักเรียนเอง และผ่านทางปรับปรุงด้านกายภาพของอาคาร
- การแนะนำให้คนพิการไปรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญ อาทิ การผ่าตัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีที่มีนักกายภาพบำบัด นักบำบัดการพูดและนักอาชีพบำบัด
- การมอบอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ อาทิ ไม้เท้า ไม้ค้ำเดิน รถเข็น อุปกรณ์ช่วยฟังและแว่นตา
- การสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพโดยการจัดการฝึกอบรม การสอนงานและการให้เงินสนับสนุนสำหรับกิจกรรมที่สามารถสร้างรายได้ได้
- การให้การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสังคมต่างๆ ตลอดจนการกีฬาและการสันทนาการ
- การให้ความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการยกระดับความเป็นอยู่ การศึกษาและการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

คนพิการจำนวนกว่า 229,000 คนได้รับความช่วยเหลือจากโปรแกรมซีบีอาร์ระดับชาตินับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 เป็นต้นมา ปัจจุบันโปรแกรมนี้ครอบคลุมพื้นที่ชนบท 51% ของประเทศและมีเป้าหมายในการขยายให้ครอบคลุมหมู่บ้านในชนบททั่วประเทศภายในปี ค.ศ. 2011 ทั้งนี้ยังได้มีการจัดตั้งสภาซีบีอาร์ขึ้นด้วยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนที่ทำงานพัฒนาและเพื่อทำให้ซีบีอาร์ในประเทศอิหร่านก้าวต่อไปข้างหน้าได้อย่างต่อเนื่อง

นิยามในปัจจุบัน

ความพิการนั้นมีการนิยามไว้แตกต่างกันตามมุมมองต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้น อย่างไรก็ตามคำนิยามของคำว่าความพิการที่ได้มีการเสนอไว้ล่าสุดมีที่มาจากสองแหล่ง ได้แก่

- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ซึ่งระบุว่าความพิการ คือ “คำเรียกรวมสำหรับความทุพพลภาพ ข้อจำกัดของการทำกิจใดๆ หรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมในกิจกรรมใดๆ” (2) ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพทางสุขภาพและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (อาทิ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทัศนคติ) และปัจจัยส่วนบุคคล (อาทิ อายุหรือเพศ)
- อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการซึ่งระบุว่าความพิการมีการเปลี่ยนแปลงคำนิยามได้ต่อเนื่องและ “เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความทุพพลภาพและอุปสรรคทางด้านทัศนคติและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ตนไม่สามารถเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับผู้อื่น” (1)

บุคคลทั่วไปไม่มีประสบการณ์เรื่องความพิการที่แตกต่างกันมาก เพราะความทุพพลภาพนั้นมีหลายชนิดและคนที่มีความทุพพลภาพนั้นก็จะได้รับผลกระทบในรูปแบบต่าง ๆ กันไป บางคนมีความทุพพลภาพเพียงแบบเดียว บางคนมีหลายแบบ บางคนเกิดมาโดยมีสภาพนั้นแล้วในขณะที่บางคนอาจเกิดความทุพพลภาพขึ้นในภายหลังเมื่อเติบโตขึ้น ตัวอย่างเช่นเด็กคนหนึ่งอาจจะเกิดมาพร้อมด้วยสภาพที่สมองบางส่วนถูกทำลายก่อนหรือขณะคลอด ทหารหนุ่มคนหนึ่งอาจจะต้องสูญเสียขาข้างหนึ่งไปเพราะเหยียบโดนกับระเบิด หญิงวัยกลางคนผู้หนึ่งอาจเกิดเป็นโรคเบาหวานแล้วทำให้ตาบอด หรือผู้สูงอายุที่เกิดอาการจิตเสื่อมก็ถือว่าเป็นคนที่มีความพิการเช่นกัน โดยอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการระบุไว้ว่าคนพิการ คือ “...คนที่มีความทุพพลภาพทางกาย ใจ ปัญญาหรือประสาทรับรู้ในระยะยาว...”(1)

แนวโน้มในระดับโลก

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในระดับโลกแล้วจะเห็นได้ว่าสาเหตุหลักของความพิการ ได้แก่ โรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเมเร็ง) การบาดเจ็บ (เช่น จากอุบัติเหตุบนท้องถนน ความขัดแย้ง การตกจากที่สูงและถูกกับระเบิด) ปัญหาสุขภาพจิต ความผิดปกติตั้งแต่เกิด การไม่ได้รับสารอาหารที่เหมาะสม เชื้อเอชไอวี /โรคเอดส์และโรคติดต่ออื่นๆ (3) ทั้งนี้เราไม่สามารถประมาณจำนวนคนพิการทั่วโลกได้ แต่จำนวนคนพิการย่อมต้องเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจัยต่างๆ อาทิ การเติบโตของจำนวนประชากร ภาวะทางสุขภาพเรื้อรังต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น อายุของประชากรที่เพิ่มมากขึ้นและพัฒนาการทางการแพทย์ที่สามารถรักษาและทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้นได้ (3) ประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและระดับกลางจำนวนมากต้องมีการะในส่วนนี้มากเป็นสองเท่า เพราะนอกจากจะต้องแก้ไขปัญหาเดิมๆ อย่างเช่นการขาดสารอาหารและโรคติดต่อแล้วยังมีปัญหาค่าใหม่ๆ แทรกเข้ามาตัวอย่างเช่นอาการเรื้อรังประเภทต่างๆ เป็นต้น

กรอบที่ 2

สถิติเกี่ยวกับคนพิการทั่วโลก

- ประชากรของโลกราว 10%เป็นผู้มีความพิการ (4)
- คนพิการจัดเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีจำนวนมากที่สุดในโลก (5)
- คนพิการประมาณ 80% อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (5)
- 15-20% ของคนที่จนที่สุดในโลกมีความพิการ (6)
- คนพิการใน 62 ประเทศไม่มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพใดๆ ให้สามารถเข้าถึงได้(7)
- คนพิการเพียง 5-15% ในประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ (8)
- เด็กที่มีความพิการมีโอกาสที่จะได้เข้าโรงเรียนน้อยกว่าเด็กอื่นๆ มาก ยกตัวอย่างเช่นมาลาวีและสาธารณรัฐแทนซาเนียซึ่งความน่าจะเป็นที่เด็กจะไม่ได้เข้าโรงเรียนเลยจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหากเด็กนั้นมีความพิการ (9)
- คนพิการมักจะประสบปัญหาการว่างงานมากกว่าและมีรายได้ต่ำกว่าคนปกติ(10)

พัฒนาการ

ความยากจนและความพิการ

ความยากจนนั้นสามารถพิจารณาได้หลายลักษณะด้วยกันทั้งนี้เนื่องจากความยากจนไม่ได้เป็นเพียงสถานะของการที่ไม่มีเงินหรือขาดรายได้เท่านั้นดังนั้น “ความยากจนจึงเป็นสิ่งที่กีดกรอนหรือทำลายสิทธิในเชิงเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล อาทิเช่นสิทธิ ในการมีสุขภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารและน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัยและมีการศึกษา ตลอดจนสิทธิแห่งพลเรือนและสิทธิในทางการเมือง เช่น สิทธิในการได้รับการพิพาทภาคตัวอย่างยุติธรรม สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและในการที่จะมีความมั่นคงในชีวิต...” (11)

“การยกระดับชีวิตหนึ่งให้ขึ้นมาจากความยากจนไม่ว่าจะในที่แห่งใดก็ตาม เท่ากับเป็นการปกป้องสิทธิมนุษยชนของบุคคลผู้นั้นและเมื่อใดก็ตามที่เราล้มเหลวในการกิจนี้ก็เท่ากับว่าเราล้มเหลวในการธำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชนด้วย”

—โคฟี อานาน อดีตเลขาธิการองค์การสหประชาชาติ

ความยากจนเป็นเหตุให้เกิดความพิการและอาจเป็นผลจากความพิการด้วย (12) คนจนมีความเสี่ยงในการที่จะเกิดความพิการมากกว่า และคนพิการก็มีความเสี่ยงที่จะตกอยู่ในสภาพความยากจนมากกว่าด้วยเช่นกัน แม้ว่าคนพิการทุกคนจะไม่ได้เป็นคนจนก็ตามแต่ในประเทศที่มีรายได้นั้นพบว่าคนพิการมีจำนวนและอยู่ในท่ามกลางกลุ่มที่ยากจนที่สุดพวกเขาเหล่านี้มักถูกเพิกเฉย แบ่งแยกและกีดกันออกไปจากแนวทางการพัฒนาสายหลักต่างๆ เขาเหล่านี้ประสบอุปสรรคในการเข้าถึงโอกาสทางด้านสุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัยและความเป็นอยู่ที่ดี อันเป็นเหตุนำไปสู่ความยากจนที่รุนแรงยิ่งกว่าหรือความยากจนเรื้อรัง ความโดดเดี่ยวและอาจถึงขั้นเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ค่ารักษาพยาบาล ค่ากายภาพบำบัดและค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือยังเป็นปัจจัยที่ทำให้คนพิการจำนวนมากไม่สามารถหลุดพ้นจากวงจรแห่งความยากจนอีกด้วยเช่นกัน

การแก้ปัญหาเรื่องความพิการเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดความยากจนในทุกๆ ประเทศในขณะเดียวกันการแก้ปัญหาเรื่องความยากจนก็สามารถช่วยลดความพิการได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำจัดความยากจนเพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นหนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมซีบีอาร์ีต่างๆ จึงควรจะเป็นการลดความยากจนด้วยการทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงโอกาสทางด้านสุขภาพ การศึกษาและความ เป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้

กรอบที่ 3

ต่อชีวิตน้องเซลาม

ตั้งแต่อายุ 8 ปี เซลามต้องเป็นทุกข์จากอาการปวดศีรษะเรื้อรังของเธอไม่รู้ว่าจะทำอะไรก็ได้แต่ส่งเธอไปที่โบสถ์หลายครั้งแล้วเพื่อรับน้ำมนต์ แต่น้ำมนต์นั้นก็ไม่ได้ช่วยอะไรเธอไม่และเธอก็ค่อยๆ เริ่มสูญเสียการมองเห็นไป วันหนึ่งเซลามไปยังศูนย์สุขภาพที่มีแผนกจักษุด้วย แต่เจ้าหน้าที่ที่ศูนย์แห่งนี้รู้สึกว่าการณีของเธอเกินศักยภาพในการรักษาจึงได้ส่งเธอไปเพื่อรับการรักษาท่อที่โรงพยาบาลใหญ่ที่เมืองหลวงซึ่งลงชื่อของเซลามไว้ในรายชื่อผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม แม้เวลาจะล่วงเลยไปกว่า 1 ปี ก็ยังไม่ถึงลำดับที่เธอจะได้รับการรักษาและด้วยความยากจนของครอบครัวจึงไม่สามารถส่งเธอไปรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนเช่นกัน โดยในช่วงเริ่มแรกที่เซลามได้รับการบรรจุชื่อเพื่อรอรับการผ่าตัดนั้นเธอยังคงมองเห็นบ้างเล็กน้อย แต่เมื่อเวลาผ่านไปเธอก็สูญเสียการมองเห็นเกือบทั้งหมด

เพราะความพิการและความยากจนนี้เองทำให้เธอไม่สามารถศึกษาต่อได้ เซลามจึงเริ่มรู้สึกเครียด โดดเดี่ยวอยู่กับบ้านและไม่เข้าสังคมกับเพื่อนอีกต่อไป เธอเริ่มกลายเป็นภาระของครอบครัวซึ่งไม่รู้ว่าจะดำเนินการอย่างไรกับเธอดี และเธอก็ปวดศีรษะมากขึ้นเรื่อยๆ จนเริ่มมีอาการอาเจียนและเสียงการทรงตัว กระทั่งอาการได้ทรุดหนักและเธอก็จะนอนจะเสียชีวิตอยู่เต็มที

แต่แล้วบุคลากรซีบีอาร์ีก็สามารถดำเนินการนัดให้เซลามได้พบกับศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาทซึ่งพบว่าเธอมีเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงบริเวณเยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลัง จากนั้นเซลามจึงได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกดังกล่าวออกหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลและกองทุนเพื่อสังคมได้มอบค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดกว่า 75% และโปรแกรมซีบีอาร์ีสมทบค่าใช้จ่ายที่เหลืออีก 25% โดยทางครอบครัวของเธอเป็นผู้ออกค่าเดินทาง ค่าอาหารและค่าที่พัก ปัจจุบันนี้เซลามไม่มีปัญหาสุขภาพนั้นแล้วแต่เนื่องจากความยากจน กอปรด้วยระบบและการเข้าช่วยเหลือที่ล่าช้าจึงทำให้เธอเกือบจะมองอะไรไม่เห็นเลย แต่แล้วเจ้าหน้าที่ซีบีอาร์ีก็ช่วยฝึกเซลามจนเธอสามารถพึ่งตนเองได้และสามารถเคลื่อนตัวไปตามที่ต่างๆ ในชุมชนได้เอง นอกจากนี้เซลามยังเริ่มเรียนอักษรเบรลล์ด้วยเพื่อที่เธอจะได้กลับไปเรียนหนังสือได้ เพราะความช่วยเหลือของโปรแกรมซีบีอาร์ีนี้เองที่ทำให้คุณภาพชีวิตของเซลามจึงดีขึ้นได้เป็นอย่างมากและไม่เป็นภาระของครอบครัวอีกต่อไป ทั้งหมดนี้เห็นได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของเซลามและครอบครัวของเธอ การเชื่อมโยงกับศูนย์ส่งต่อและความช่วยเหลือของผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานต้นสังกัดโรงพยาบาล

เมื่อเดือนกันยายนปี ค.ศ. 2000 ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติตอบรับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal หรือ MDG) แปดข้อซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การกำจัดความยากจนและความหิวโหยในระดับที่ร้ายแค้นเป็นที่สุดไปจนถึงการทำให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาอย่างทั่วถึงกัน ทั้งหมดนี้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้สำเร็จภายในปี ค.ศ. 2015 (13) เป้าหมายการพัฒนาที่นานาประเทศตกลงร่วมกันนี้ถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานเพื่อการพัฒนา นับตั้งแต่เริ่มศตวรรษใหม่นี้ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษไม่ได้ระบุถึงความพิการอย่างชัดเจนแต่เป้าหมายแต่ละข้อนั้นโดยพื้นฐานแล้วมีส่วนร่วมกับความพิการและเป็นเป้าหมายที่ไม่สามารถบรรลุได้โดยไม่คำนึงถึงปัญหาเรื่องความพิการด้วย(14) ดังนั้นในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2009 ที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติครั้งที่ 64 จึงได้มีมติ *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities(A/RES/64/131)* ในที่สุด (15)

กรอบที่ 4

ธนาคารโลกส่งเสริมให้มีการนำคนพิการกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

“หากเราไม่นำเอาคนพิการกลับเข้าสู่การพัฒนาสายหลัก เราก็จะไม่สามารถลดความยากจนลงได้ครึ่งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2015 และจะไม่สามารถทำให้เด็กหญิงและชายทุกคนได้มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาภายในปีเดียวกันนั้น [ซึ่งนั่นถือเป็นหนึ่งใน] เป้าหมายที่ผู้นำโลกกว่า 180 คนตกลงร่วมกันที่การประชุม UN Millennium Summit เมื่อเดือนกันยายนปี 2000”

— เจมส์ วูลเฟนโซฮัน อดีตประธานธนาคารโลก
จาก *Washington Post* ฉบับวันที่ 3 ธันวาคม 2002

การพัฒนาแบบครบวงจรที่คำนึงถึงคนพิการ

การพัฒนาแบบครบวงจรคือการพัฒนาที่ครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับทุกคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่ถูกผลักให้ออกไปอยู่ชายขอบของสังคมและกลุ่มคนที่มักจะถูกแบ่งแยกก็ดกัน (16) คนพิการและสมาชิกในครอบครัวของคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ชุมชนที่อยู่ห่างไกลหรือชุมชนแออัดในตัวเมืองมักจะไม่ได้รับประโยชน์จากโครงการพัฒนาต่างๆ ดังนั้นการพัฒนาแบบครบวงจรที่คำนึงถึงคนพิการจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เขาเหล่านั้นสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการและนโยบายพัฒนาได้อย่างมีความหมาย(17)

การสร้างกระแสแห่งสิทธิของคนพิการในวาระของการพัฒนาต่างๆ เป็นเสมือนหนทางที่จะนำไปสู่การสร้างความเท่าเทียมของคนพิการ (18) และเราอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการแบบคู่ขนานในการที่จะทำให้คนพิการมีส่วนร่วมในการสร้างโอกาส มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและได้รับประโยชน์จากการพัฒนา วิธีการแบบคู่ขนานดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ทำให้แน่ใจได้ว่า (1) โครงการพัฒนาสายหลักมีการพิจารณาถึงปัญหาเรื่องความพิการอย่างจริงจัง และ (2) มีกิจกรรมที่เจาะจงและตั้งเป้าสำหรับคนพิการตามสมควร (12) ซึ่งกิจกรรมที่เสนอแนะสำหรับโปรแกรมซีบีอาร์ดังที่ปรากฏในคู่มือนี้มีพื้นฐานมาจากวิธีการแบบคู่ขนานนี้เอง

แนวทางการพัฒนาโดยชุมชน

นโยบายการพัฒนาต่าง ๆ มักเป็นสิ่งที่กำหนดจากเบื้องบนลงมาโดยผู้วางนโยบาย ซึ่งมีสถานะที่ห่างไกลจากชุมชนมากโดยที่ตัวชุมชนเองก็ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายเหล่านั้น แต่ปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาก็คือการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในฐานะของบุคคล กลุ่มบุคคลหรือองค์กรหรือการมีตัวแทนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาซึ่งรวมถึงการวางแผน การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต (19)แนวทางแบบมีชุมชนเป็นฐานช่วยให้มั่นใจได้ว่า การพัฒนาต่าง ๆ เข้าถึงคนจนและคนที่อยู่ชายขอบของสังคมได้จริง และส่งเสริมให้เกิดแนวทางต่าง ๆ ที่ยั่งยืน สามารถปฏิบัติได้จริงและเน้นการมีส่วนร่วม หน่วยงานและองค์กรจำนวนมากสนับสนุนแนวทางการพัฒนาแบบมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง อาทิ ธนาคารโลกกับโครงการซีดีดี (Community Driven Development) (20) และองค์การอนามัยโลกกับโครงการซีบีไอ (Community-based Initiatives) (21)

สิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชนคืออะไร

สิทธิมนุษยชนคือมาตรฐานที่นานาชาติตกลงร่วมกันว่าให้ใช้กับมนุษย์ทุกคนได้ (22)กล่าวคือมนุษย์ทุกคนมีสิทธิแห่งความเป็นมนุษย์โดยเท่าเทียมกัน เช่น สิทธิในการศึกษา สิทธิในการได้รับอาหารเพียงพอ สิทธิในการมีที่อยู่อาศัยและสิทธิในการมีการประกันสังคม ทั้งนี้โดยไม่ต้องคำนึงถึงสัญชาติ สถานที่อยู่อาศัย เพศ เชื้อชาติหรือถิ่นที่มาดั้งเดิม สีผิว ศาสนาหรือสถานะอื่นใด (23)สิทธิเหล่านี้มีการระบุไว้แล้วใน ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Declaration of Human Rights) ซึ่งประเทศสมาชิกสหประชาชาติทุกประเทศตกลงยอมรับในปี ค.ศ. 1948 (24) และในสนธิสัญญาระดับนานาชาติอื่นๆ ที่ว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและเจาะจงกลุ่มหรือประเภทของประชากรต่างๆ โดยเฉพาะอย่างเช่นคนพิการ เป็นต้น

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม ค.ศ. 2006 ที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้มีมติยอมรับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities)(1) อนุสัญญานี้เป็นผลจากการรณรงค์เพื่อคนพิการซึ่งใช้ระยะเวลานานหลายปี และอยู่บนพื้นฐานของกฎมาตรฐานของสหประชาชาติในเรื่องโอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับคนพิการ (ปี ค.ศ. 1993) [UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993)](25)และแผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยเรื่องคนพิการ(ปี ค.ศ. 1982)[World Programme of Action Concerning Disabled Persons (1982)] (26)ตลอดจนสอดคล้องกับกรอบแม่บทด้านสิทธิมนุษยชนที่มีอยู่แล้ว อนุสัญญานี้เกิดขึ้นโดยคณะกรรมการซึ่งมีตัวแทนจากรัฐบาลของประเทศต่างๆ สถาบันสิทธิมนุษยชนแห่งชาติองค์กรพัฒนาภาคเอกชนและองค์กรเพื่อคนพิการหลายสถาบันและหลายองค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ “ส่งเสริม ปกป้องและสร้างความมั่นใจว่าคนพิการทุกคนได้รับสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพพื้นฐานทุกประการเท่าเทียมกับผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมให้สังคมเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นคนของคนพิการ”(1 [ข้อ 1])

ยุคใหม่แห่งสิทธิสำหรับคนพิการ

“อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการของสหประชาชาติเป็นเสมือนอรุณรุ่งแห่งยุคใหม่ของคนพิการราว 650 คนทั่วโลก”
—โคฟี อานาน อธิบดีเลขาธิการองค์การสหประชาชาติ

อนุสัญญานี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ อาทิ การเข้าถึงทรัพยากรการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การศึกษา บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการประกอบอาชีพ และระบุมตรการซึ่งประเทศที่เป็นคู่สัญญาจะต้องนำไปปฏิบัติใช้เพื่อขจัดไว้ซึ่งสิทธิของคนพิการ อนุสัญญานี้ไม่ได้กำหนดสิทธิใหม่ใดๆ ให้กับคนพิการ เพราะว่าคุณคนพิการมีสิทธิมนุษยชนเช่นเดียวกับกับบุคคลอื่นๆ ในชุมชนอยู่แล้ว แต่อนุสัญญานี้ทำให้สิทธิที่มีอยู่แต่เดิมแล้วนั้นครอบคลุมและเข้าถึงได้โดยคนพิการนั่นเอง

แนวทางการพัฒนาโดยใช้สิทธิมนุษยชนเป็นฐาน

สิทธิมนุษยชนและการพัฒนา มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด สิทธิมนุษยชนคือองค์ประกอบพื้นฐานของการพัฒนา และการพัฒนา ก็คือวิธีการที่จะทำให้สิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นจริงได้ (27) ดังนั้นหน่วยงานและองค์กรจำนวนมากจึงเลือกใช้แนวทางการพัฒนาโดยใช้สิทธิมนุษยชนเป็นฐานในโปรแกรมการพัฒนาของตน และแม้ว่าจะไม่มีสูตรสำเร็จใดสำหรับแนวทางเช่นนี้แต่องค์การสหประชาชาติก็ได้บัญญัติลักษณะสำคัญ (28) ของแนวทางลักษณะดังกล่าวไว้ดังนี้

- **เติมเต็มสิทธิมนุษยชน** วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมและนโยบายพัฒนาควรจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดสิทธิมนุษยชนที่แท้จริง
- **มีความสอดคล้องกับหลักการและมาตรฐาน** ความร่วมมือและโปรแกรมพัฒนาในทุกภาคส่วน (เช่น สุขภาพและการศึกษา) ควรจะมีหลักการและมาตรฐานของสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติเป็นแนวทางในทุกขั้นตอนของโครงการ (เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนและการออกแบบ การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต การประเมินผล) (ดูหลักการทั่วไปที่ครอบคลุมภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการในกรอบที่ 6)
- **มีความเกี่ยวข้องกับเจ้าของสิทธิ์และผู้มีหน้าที่ดูแล** เจ้าของสิทธิ์คือผู้ที่มีสิทธิ์ เช่น เด็กเป็นผู้มีสิทธิ์ที่จะได้รับการศึกษา ผู้มีหน้าที่ดูแลคือกลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบให้เจ้าของสิทธิ์ได้รับสิทธิของตน เช่น กระทรวงศึกษาธิการคือผู้มีหน้าที่ดูแลให้เด็กสามารถเข้าถึงการศึกษาได้ และผู้ปกครองก็ถือเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลเช่นกันเพราะจะต้องให้การสนับสนุนให้บุตรหลานของตนไปโรงเรียนได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (ซีบีอาร์)

ยุคเริ่มแรก

ปฏิญญาอัลมา-อตาซึ่งประกาศใช้ในปี ค.ศ. 1978 (29) เป็นปฏิญญาระดับนานาชาติฉบับแรกที่รณรงค์เรื่องการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ “health for all” ขององค์การอนามัยโลก (30) การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมีเป้าหมายในการทำให้ทุกคนจะมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับได้ก็ ตามสามารถเข้าถึงบริการและสภาพแวดล้อมที่จำเป็นในการก่อเกิดสุขภาพที่ดีที่สุดของตน

หลังจากที่มีปฏิญญาอัลมา-อตาแล้วองค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำแนวทางซีบีอาร์ตามมา ในช่วงเริ่มแรกซีบีอาร์เป็น กระบวนการนำส่งบริการซึ่งได้รับการออกแบบมาให้สามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรด้าน การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและทรัพยากรชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ซีบีอาร์มีเป้าหมายในการนำบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้าไปให้ใกล้ตัวคนพิการมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ กระทรวงสาธารณสุขใน หลายประเทศ (อาทิ สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน มองโกเลีย สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม) ได้ ริเริ่มโปรแกรมซีบีอาร์ของตนโดยใช้บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นตัวขับเคลื่อน โปรแกรมในยุคเริ่มแรก มุ่งเน้นเรื่องการทำกายภาพบำบัด การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือและกระบวนการแก้ไขทางด้านการแพทย์หรือศัลยกรรม บาง โปรแกรมมีกิจกรรมทางการศึกษาและมีการมอบโอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดีด้วยผ่านทาง การฝึกทักษะและโปรแกรม สร้างรายได้ต่างๆ

ในปี ค.ศ. 1989 องค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์คู่มือชื่อ *Training in the community for people with disabilities* (31) เพื่อ เป็นการชี้แนะและสนับสนุนโปรแกรมซีบีอาร์และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งรวมถึงคนพิการ สมาชิกในครอบครัว ครูในระดับ โรงเรียน หัวหน้างานในระดับท้องถิ่นและสมาชิกสภาฟื้นฟูชุมชน คู่มือดังกล่าวนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 50 ภาษาและยังคงเป็นเอกสารซีบีอาร์ฉบับสำคัญที่ยังคงมีการใช้งานกันอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหลายประเทศ นอกจากนี้ยังมีคู่มือชื่อ *Disabled village children: a guide for community health workers, rehabilitation workers and families* ซึ่งมีส่วนสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมซีบีอาร์ด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (32)

ในทศวรรษที่ 1990 ในขณะที่โปรแกรมซีบีอาร์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น วิธีการจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ได้มีการเปลี่ยนแปลง ไปเช่นกัน หน่วยงานของสหประชาชาติอื่นๆ เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ไอแอลโอ) องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (ยูเนสโก) สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (ยูเอ็นดีพี) และ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงแนวทางแบบพหุภาคด้วยอันนำไปสู่การ ออกเอกสารจุดยืนร่วมฉบับแรกโดยไอแอลโอ ยูเนสโกและองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1994

ทบทวนซีบีอาร์ในโอกาสครบรอบ 25 ปี

ในเดือนพฤษภาคม 2003 องค์การอนามัยโลกร่วมกับหน่วยงานของสหประชาชาติอื่นๆ รัฐบาลและหน่วยงานพัฒนา ภาคเอกชนระดับนานาชาติ ตลอดจนองค์กรภาควิชาชีพและองค์กรเพื่อคนพิการได้จัดการประชุมหารือขึ้นที่กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์เพื่อทำการทบทวนซีบีอาร์ (33) รายงานที่ออกตามมานั้นเน้นย้ำเรื่องความจำเป็นที่โปรแกรมซีบีอาร์ จะต้องมุ่งเน้นประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การลดความยากจนด้วยค่านึงว่าความยากจนเป็นเหตุก่อกำเนิดและเป็นผลอันเนื่องมาจากความพิการ
- การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- การพัฒนาและเสริมสร้างความร่วมมือแบบพหุภาค

- การตั้งเอาองค์กรเพื่อคนพิการเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมต่างๆ
- การขยายขนาดโปรแกรม
- การสนับสนุนวิธีปฏิบัติแบบที่มีหลักฐานเป็นพื้นฐานสำคัญ

เอกสารจุดยืนร่วมซีบีอาร์

ในปี ค.ศ. 2004 ไอแอลโอ ยูเนสโกและองค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการปรับปรุงเอกสารจุดยืนร่วมซีบีอาร์ฉบับแรก เพื่อให้ครอบคลุมคำแนะนำของการประชุมที่เฮลซิงกิ เอกสารจุดยืนร่วมฉบับปรับปรุงใหม่นี้สะท้อนให้เห็นถึงวิวัฒนาการของแนวทางซีบีอาร์จากการนำส่งบริการเป็นการพัฒนาชุมชน เอกสารนี้ให้คำนิยามซีบีอาร์ไว้ว่าเป็น“ยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชุมชนโดยทั่วไปเพื่อการฟื้นฟู การลดความยากจน การทำให้เกิดโอกาสที่เท่าเทียมกันและการทำให้คนพิการทุกคนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม” และเอกสารนี้ยังสนับสนุนการใช้โปรแกรมซีบีอาร์ จาก“...ความร่วมมือกันระหว่างตัวคนพิการด้วยกันเอง ครอบครัวของคนพิการ องค์กรและชุมชน และหน่วยงานด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพ สังคมและบริการด้านอื่นๆ ของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง” (34)

เอกสารจุดยืนร่วมฉบับนี้ชี้ว่าคนพิการควรจะสามารถเข้าถึงบริการที่พึงปรารถนาที่มีให้สำหรับผู้คนในชุมชน อาทิ บริการด้านสุขภาพชุมชนและสุขภาพเด็ก ประกันสังคมและการศึกษา ทั้งยังเน้นย้ำเรื่องสิทธิมนุษยชนและเรียกร้องให้มีการดำเนินการเพื่อต่อสู้กับความยากจนและให้รัฐบาลให้การสนับสนุนและออกนโยบายในระดับชาติอีกด้วย

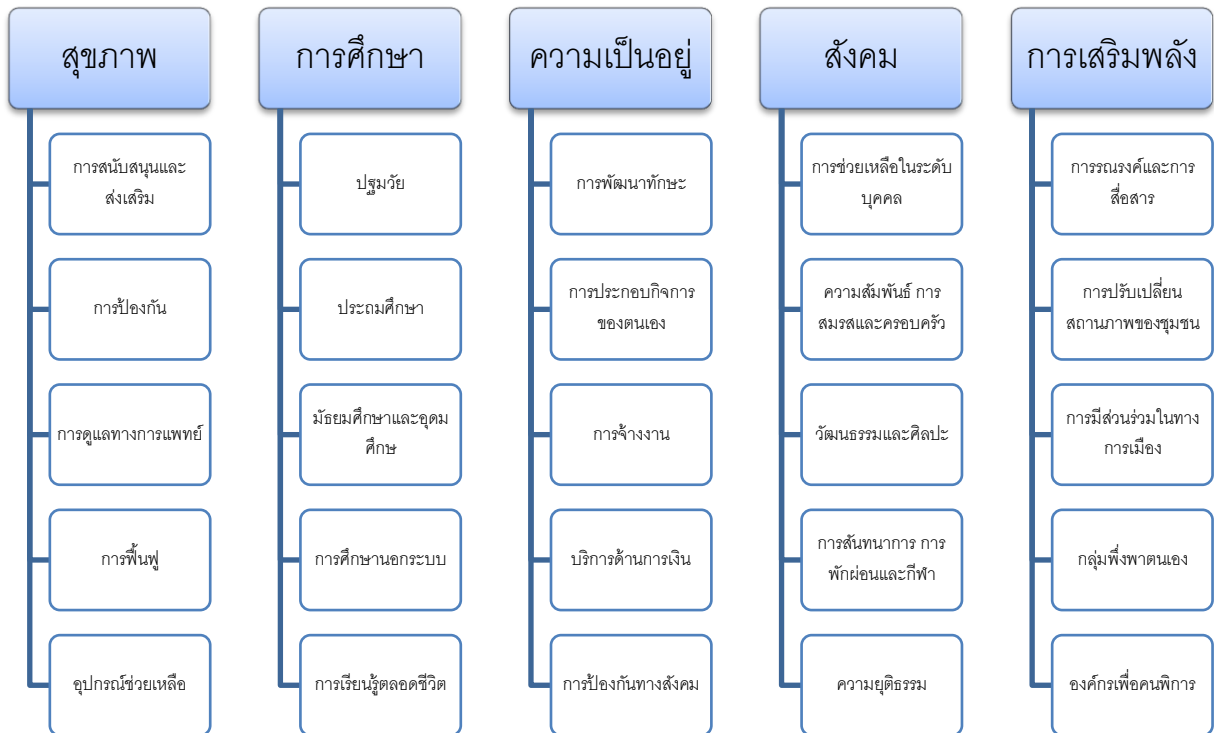
ซีบีอาร์ในวันนี้

เมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

เนื่องจากซีบีอาร์มีการพัฒนาจนกลายเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบพหุภาคีจึงมีการกำหนดเมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนขึ้นในปี ค.ศ. 2004 เพื่อให้เป็นกรอบพื้นฐานร่วมกันสำหรับโปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ (ภาพที่ 1) เมทริกซ์นี้ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญห้าองค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ สังคมและการสร้างศักยภาพ ในแต่ละองค์ประกอบทั้งห้านี้ประกอบไปด้วยห้าองค์ประกอบย่อย องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบแรกนั้นสัมพันธ์กับภาคส่วนหลักของการพัฒนา สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นพหุภาคีของซีบีอาร์ ส่วนองค์ประกอบย่อย สุดท้ายนั้นสัมพันธ์กับการสร้างศักยภาพให้คนพิการ ครอบครัวของคนพิการและชุมชนซึ่งถือเป็นรากฐานสำคัญของการทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงภาคส่วนของการพัฒนา การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการและการทำให้คนพิการได้รับสิทธิมนุษยชนของตน

อย่างไรก็ดีโปรแกรมซีบีอาร์ไม่สามารถก่อให้เกิดทุกองค์ประกอบของเมทริกซ์นี้ได้ จุดประสงค์ของการมีเมทริกซ์นี้คือเพื่อให้โปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ เลือกเอาองค์ประกอบที่ตรงกับความต้องการในพื้นที่ ลำดับความสำคัญและทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเองไปตั้งเป้าหมาย และนอกจากเหนือจากการจัดตั้งกิจกรรมต่างๆ สำหรับคนพิการโดยเฉพาะแล้ว โปรแกรมซีบีอาร์ยังจำเป็นต้องสร้างพันธมิตรและความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ ที่ซีบีอาร์ไม่ได้ครอบคลุมด้วยเพื่อให้แน่ใจได้ว่าคนพิการและสมาชิกในครอบครัวจะสามารถเข้าถึงประโยชน์ที่ภาคส่วนเหล่านั้นมีให้ ผู้อ่านสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนได้ในบท “การจัดการ” ของคู่มือนี้

ภาพที่ 1: เมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน



หลักการชีปี่อาร์

หลักการชีปี่อาร์ตั้งอยู่บนหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (1)ซึ่งมีอ้างอิงถึงข้างใต้ นี้ นอกจากนี้ยังมีอีกสองหลักการที่เพิ่มเข้ามา ได้แก่ การสร้างศักยภาพซึ่งรวมถึงการรณรงค์ด้วยตนเอง (ดูองค์ประกอบ “การสร้างศักยภาพ”) และความยั่งยืน (ดูบท “การจัดการ”) ทุกแง่มุมของงานชีปี่อาร์ควรมีหลักการเหล่านี้เป็นเครื่องนำทาง

กรอบที่ 6

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ, ข้อ 3: หลักการทั่วไป (1)

หลักการที่นำเสนอภายใต้อนุสัญญานี้ ได้แก่

- ก. ความเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคลและความเป็นตัวของตัวของเขาเหล่านั้น ตลอดจนอิสรภาพในการเลือกสิ่งต่าง ๆ ให้ตนเองและการที่ตนไม่ต้องขึ้นอยู่กับใคร
- ข. การไม่แบ่งแยก
- ค. การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ
- ง. ความเคารพในความแตกต่างและการยอมรับคนพิการว่าเป็นหนึ่งในความหลากหลายของมนุษยชาติ
- จ. โอกาสที่เท่าเทียมกัน
- ฉ. การเข้าถึงบริการต่างๆ
- ช. ความเท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิง
- ซ. ความเคารพในศักยภาพที่เพิ่มมากขึ้นอยู่เสมอของเด็กพิการและความเคารพในสิทธิของเด็กพิการในการที่จะรักษาไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของตนเอง

การก้าวต่อไปข้างหน้า

คู่มือซีบีอาร์เป็นเครื่องมือให้โปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ ได้แสดงออกให้เห็นประจักษ์ว่าซีบีอาร์นั้นเป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในการดำเนินการตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (1) และในการสนับสนุนการพัฒนาแบบครบวงจรโดยมีชุมชนเป็นฐาน

ซีบีอาร์เป็นยุทธศาสตร์พหุภาคีแบบที่พัฒนาจากระดับรากหญ้าขึ้นเพื่อให้แน่ใจได้ว่าอนุสัญญานี้จะเกิดประโยชน์จริงในระดับชุมชน ตัวอนุสัญญานี้เองมีการกำหนดปรัชญาและนโยบายให้แล้ว ซีบีอาร์จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการปฏิบัติใช้และจัดตั้งกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมซีบีอาร์ล้วนแล้วแต่ได้รับการออกแบบให้ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของคนพิการ ลดความยากจน เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ที่ดีและสังคมซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้สามารถเติมเต็มตามเป้าประสงค์ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการทั้งสิ้น

โปรแกรมซีบีอาร์เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างคนพิการและนโยบายด้านการพัฒนา คู่มือซีบีอาร์ได้รับการจัดทำขึ้นสำหรับภาคส่วนหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาซึ่งจำเป็นต้องมีความรอบด้านครบวงจรเพื่อที่คนพิการและสมาชิกในครอบครัวของคนพิการจะได้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นการก่อเกิดสังคมแบบองค์รวมหรือ “สังคมสำหรับทุกคน” การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนา ดังนั้นคู่มือนี้จึงเน้นความจำเป็นที่โปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ จะได้มุ่งพยายามดึงเอาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นด้วย

กรอบที่ 7

โปรแกรมซีบีอาร์เปลี่ยนสังคมได้จริง

ซีบีอาร์สามารถช่วยนำเอาผลประโยชน์ภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไปถึงคนพิการในระดับท้องถิ่นจริงด้วยวิธีการต่างๆ ดังต่อไปนี้

- **การสร้าง ความเข้าใจเรื่องอนุสัญญา** -- ประชาสัมพันธ์อนุสัญญาและช่วยให้ประชาชนเกิดความเข้าใจในความหมายของอนุสัญญา
- **ร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสีย** -- ประสานงานกับองค์กรพัฒนาภาคเอกชนและองค์กรเพื่อคนพิการต่างๆ และหน่วยงานรัฐในระดับท้องถิ่นในการปฏิบัติใช้อันุสัญญานี้
- **รณรงค์** -- จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของกฎหมายป้องกันการแบ่งแยกตลอดจนนโยบายระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับภาคส่วนต่างๆ อาทิ สุขภาพ การศึกษาและการว่าจ้างงาน
- **ประสานงานระหว่างระดับท้องถิ่นและระดับชาติ** -- สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เสริมสร้างความแข็งแกร่งของกลุ่มงานในระดับท้องถิ่นหรือองค์กรเพื่อคนพิการให้มีบทบาทที่สำคัญมากยิ่งขึ้นในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ
- **ดำเนินความช่วยเหลือในการสร้างและควบคุมการใช้แผนปฏิบัติการในระดับท้องถิ่น** -- สนับสนุนการจัดทำแผนดำเนินการระดับท้องถิ่นซึ่งระบุถึงขั้นตอนที่ชัดเจนและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการนำเรื่องความพิการบรรจุเข้าเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นและเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างแท้จริง
- **กิจกรรมภายใต้โปรแกรม** -- จัดกิจกรรมที่ช่วยทำให้คนพิการและคนยากจนตามชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา ความเป็นอยู่ที่ดีและสังคมได้มากยิ่งขึ้น

งานวิจัยและหลักฐาน

คู่มือชุดนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าซีบีอาร์เป็นยุทธศาสตร์แบบพหุภาคีที่มุ่งเน้นเรื่องการทำให้นักพิการและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาต่างๆ อย่างแท้จริง ความพยายามในครั้งนี้ถือเป็นความท้าทายสำหรับนักวิจัย และจำนวนชั้นของหลักฐานที่สามารถยืนยันถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของซีบีอาร์ยังคงมีจำกัดอยู่ อย่างไรก็ตามหลักฐานในลักษณะดังกล่าวนี้กำลังมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งจากการศึกษาอย่างเป็นทางการ ประสบการณ์อันหลากหลายในเรื่องความพิการและซีบีอาร์ การประเมินผลโปรแกรมซีบีอาร์และการใช้ชีวิตปฏิบัติที่ดีที่สุดซึ่งได้รับมาจากแนวทางอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกันในโครงการพัฒนาภาคสนามและโครงการพัฒนาระดับนานาชาติต่างๆ

งานวิจัยด้านซีบีอาร์ในประเทศที่มีรายได้ต่ำมีจำนวนเพิ่มขึ้นและคุณภาพสูงขึ้นเป็นอย่างมากในช่วงเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา (35) ทำให้สามารถสรุปข้อค้นพบสำคัญจากการวิจัยด้านซีบีอาร์ที่มีการตีพิมพ์และเอกสารข้อมูลอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การศึกษาแบบแยกรายดังต่อไปนี้

- โปรแกรมประเภทซีบีอาร์มีประสิทธิภาพ (36,37)และในบางกรณีมีประสิทธิภาพสูงมาก (38) ผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมซีบีอาร์ ได้แก่ คนพิการมีความเป็นอิสระมากขึ้น มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนสถานภาพทางสังคมและมีทักษะด้านการสื่อสารดีขึ้น (39)นอกจากนี้ยังมีการระบุถึงความคุ้มค่าของโปรแกรมซีบีอาร์อีกด้วย (36,37,38)
- การทบทวนงานวิจัยที่มีชุมชนเป็นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังจากได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองในประเทศที่มีรายได้ต่ำสูงพบว่าแนวทางเหล่านี้มีประสิทธิภาพอย่างน้อยเทียบเท่าแนวทางแบบเดิมหรือมีประสิทธิภาพสูงกว่า มีผลในทางจิตสังคมสูงกว่า และได้รับการยอมรับจากคนพิการและครอบครัวมากกว่า(40,41,42,43)
- การเข้าไปช่วยแก้ไขเรื่องความเป็นอยู่ของโปรแกรมซีบีอาร์ทำให้คนพิการและครอบครัวมีรายได้มากขึ้น (39)ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับความเคารพตนเองและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากยิ่งขึ้น(44)
- ในระบบการศึกษา ซีบีอาร์ได้ช่วยให้เด็กและผู้ใหญ่ที่มีความพิการสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นและมีส่วนร่วมกับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น (38,39,36)
- แนวทางซีบีอาร์สามารถช่วยฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บริการชุมชนได้อย่างสร้างสรรค์ในการที่จะนำบริการส่งถึงตัวผู้รับบริการ (38)
- งานวิจัยลักษณะคล้ายคลึงกันในประเทศที่มีรายได้สูงได้แสดงให้เห็นแล้วว่ากิจกรรมซีบีอาร์ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสังคมในเชิงบวก ช่วยปรับทัศนคติของชุมชนต่อคนพิการไปในทางที่ดีขึ้นและทำให้คนพิการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากยิ่งขึ้น (38,39,36)

เอกสารอ้างอิง

1. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm, accessed 18 June 2010).
2. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization, 2001 (www.who.int/classifications/icf/en/, accessed 18 June 2010).
3. *Disability and rehabilitation: WHO action plan 2006–2011*. Geneva, World Health Organization, 2006 (www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf, accessed 18 June 2010).
4. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html, accessed 18 June 2010).
5. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: some facts about disability*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml, accessed 18 June 2010).
6. Elwan A. *Poverty and disability: a survey of the literature*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172608138489/PovertyDisabElwan.pdf>, accessed 18 June 2010), accessed 18 June 2010).
7. *Global survey on government action on the implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. UN Special Rapporteur on Disability, 2006 (www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurvey_Report_Jan30_07_ReadOnly.pdf).
8. *Assistive devices/technologies: what WHO is doing*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/disabilities/technology/activities/en/, accessed 18 June 2010).
9. *EFA global monitoring report: reaching the marginalized*. Paris, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>, accessed 18 June 2010).
10. *Facts on disability in the world of work*. Geneva, International Labour Organization, 2007 (www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf, accessed 18 June 2010).
11. *Human rights dimension of poverty*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm, accessed 18 June 2010).
12. *Disability, poverty and development*. UK, Department for International Development, 2000 (www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf, accessed 18 June 2010).
13. *Millennium development goals*. New York, United Nations, 2000 (www.un.org/millenniumgoals, accessed 18 June 2010).
14. *Disability and the MDGs*. Brussels, International Disability and Development Consortium, 2009 (www.includeeverybody.org/disability.php, accessed 18 June 2010).
15. *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities* (UN General Assembly Resolution A/RES/64/131). New York, United Nations, 2009 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=36).
16. *Inclusive development*. New York, United Nations Development Programme (undated) (www.undp.org/poverty/focus_inclusive_development.shtml, accessed 18 June 2010).
17. *Inclusive development and the comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities* (International disability and

developmentconsortium reflection paper: Contribution for the 5th Session of the Ad Hoc Committee, January2005). International Disability and Development Consortium, 2005. (<http://hpod.pmhclients.com/pdf/lord-inclusive-development.pdf>, accessed 18 June 2010).

18. *Mainstreaming disability in the development agenda*. New York, United Nations, 2008 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=708, accessed 18 June 2010).

19. *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Handicap International, Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association, and the Swedish Disability Federation, 2008 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 18 June 2010).

20. *Community driven development: overview*. Washington, DC, The World Bank (undated) (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTCDD/0,,contentMDK:20250804~menuPK:535770~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430161,00.html>, accessed 18 June 2010).

21. *Community-based initiative (CBI)*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (<http://www.emro.who.int/cbi/>, accessed 18 June 2010).

22. *Human rights, health and poverty reduction strategies*. Geneva, World Health Organization, 2008. (http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR_PovertyReductionsStrategies_WHO_EN.pdf, accessed 18 June 2010).

23. *Your human rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx, accessed 18 June 2010).

24. *Declaration of Human Rights*. United Nations, 1948 (www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml, accessed 18 June 2010).

25. *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 (www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm, accessed 18 June 2010).

26. *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. New York, United Nations, 1982 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>, accessed 18 June 2010).

27. *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York, United Nations Development Programme, 2000 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>, accessed 18 June 2010).

28. *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2006 (www.un.org/depts/dhl/humanrights/toc/toc9.pdf, accessed 18 June 2010).

29. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 18 June 2010).

30. *Primary health care*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/topics/primary_health_care/en/, accessed 18 June 2010).

31. Helander et al. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 18 June 2010).

32. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
33. *International consultation to review community-based rehabilitation* (Report of a meeting held in Helsinki, Finland, 2003). Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_DAR_03.2.pdf, accessed 18 June 2010).
34. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint Position Paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 18 June 2010).
35. Finkenflugel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005, 28:187–201.
36. Mitchell R. The research base of community based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1999, 21(10–11):459–468.
37. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1231–1241.
38. Mannan H, Turnbull A. A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.
39. Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the- community programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
40. Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33(6):244–248.
41. Chard SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 2006, 3(4):525–534.
42. Evans L, Brewis C. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10):446–458.
43. Doig E et al (under review). Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
44. De Klerk T. Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):92–109.

เอกสารแนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

A handbook on mainstreaming disability. London, Voluntary Service Overseas, 2006 (www.asksource.info/pdf/33903_vsomainstreamingdisability_2006.pdf, accessed 18 June 2010).

ABC: teaching human rights (Practical activities for primary and secondary schools). Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2003. (<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/TrainingEducation.aspx>, accessed 18 June 2010).

Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-free and *Rights-based Society for*

Persons with Disabilities in Asia and the Pacific. Bangkok, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003 (<http://www.unescap.org/esid/psis/disability/>, accessed 18 June 2010).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A teaching kit and complementary resources). Lyon, Handicap International, 2007 (www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html, accessed 18 June 2010).

Disability, including prevention, management and rehabilitation (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 18 June 2010).

Disability Knowledge and Research (KaR) website. (www.disabilitykar.net/index.html, accessed 18 June 2010).

Griffo G, Ortali F. *Training manual on the human rights of persons with disabilities*. Bologna, AIFO, 2007 (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual_human_rights-disability-eng07.pdf, accessed 18 June 2010).

Hartley S (Ed). *CBR as part of community development – a poverty reduction strategy*. University College London, 2006.

Helander E. *Prejudice and dignity: An introduction to community-based rehabilitation*. United Nations Development Programme, 2nd edition, 1999 (www.einarhelander.com/PD-overview.pdf, accessed 18 June 2010).

Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO) website. (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/cbr.htm, accessed 18 June 2010).

Making PRSP inclusive website. (www.making-prsp-inclusive.org/fr/accueil.html, accessed 18 June 2010).
Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP). Washington, DC, International Monetary Fund, 2010 (www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm, accessed 18 June 2010).

The build-for-all reference manual. Luxembourg, Build-for All, 2006 (www.build-for-all.net/en/documents/, accessed 18 June 2010).

การจัดการ

บทนำ

เมทริกซ์การฟื้นฟูโดยมีชุมชน (ซีบีอาร์) ที่ได้กล่าวถึงไปก่อนหน้านี้ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญห้าองค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ สังคมและการสร้างศักยภาพซึ่งในแต่ละองค์ประกอบนั้นก็จะมีองค์ประกอบย่อยลงไปอีก เมทริกซ์นี้เป็นเหมือนกรอบแนวทางเพื่อการพัฒนาหรือจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ให้ได้อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีเมทริกซ์ที่ใช้ร่วมกันเป็นพื้นฐานเช่นนี้แล้วแต่โปรแกรมซีบีอาร์แต่ละโปรแกรมอาจมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันได้เนื่องด้วยปัจจัยอันหลากหลาย อาทิ ปัจจัยทางด้านกายภาพ ปัจจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์สังคม ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและปัจจัยทางด้านการเมือง เนื้อหาในบทนี้จะช่วยให้แนวทางแก่ผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์เพื่อให้เกิดความเข้าใจพื้นฐานว่าจะเลือกองค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยสำหรับโปรแกรมซีบีอาร์ของตนได้อย่างไร โดยการพิจารณาว่าองค์ประกอบใดจะเกี่ยวข้องและเหมาะสมตามความต้องการ ลำดับความสำคัญและทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นมากที่สุด

ในขณะที่โปรแกรมซีบีอาร์ทั้งหมดมีรายละเอียดที่แตกต่างกันแต่ลำดับขั้นตอนของการจัดตั้งโปรแกรมนั้นไม่ได้ต่างกันแต่อย่างใด ซึ่งสามารถเรียกขั้นตอนต่างๆ นี้ว่าวงจรของการจัดการซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ (ขั้นที่ 1) การวางแผนและการออกแบบ (ขั้นที่ 2) การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต (ขั้นที่ 3) และการประเมินผล (ขั้นที่ 4) บทนี้จะเป็นการลงรายละเอียดของวงจรการจัดการเพื่อช่วยให้ผู้จัดการโปรแกรมเข้าใจถึงแง่มุมต่างๆ ที่สำคัญและสามารถจัดตั้งโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมผู้มีส่วนได้เสียสำคัญทุกกลุ่มและตรงตามความต้องการของคนพิการและสมาชิกในครอบครัวของคนพิการได้

ทั้งนี้โปรดพิจารณาว่าเนื้อหาในบทนี้ไม่ใช่แนวทางที่เฉพาะเจาะจงหรือตายตัว เพราะว่าโปรแกรมซีบีอาร์มักเป็นการจัดตั้งร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อยู่แล้ว อาทิ หน่วยงานของรัฐบาลหรือหน่วยงานผู้ให้เงินทุนสนับสนุนซึ่งอาจจะมีแนวทางบังคับสำหรับการจัดตั้งโปรแกรมที่ต่างออกไปบ้างและแม้ว่าเนื้อหาในส่วนนี้จะมุ่งเน้นเรื่องการจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ขึ้นใหม่เป็นสำคัญแต่ผู้อ่านก็สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เพื่อการปรับปรุงโปรแกรมซีบีอาร์ที่มีการจัดตั้งไปแล้วด้วยเช่นกัน

กรอบที่ 8 อินเดีย

ขับเคลื่อนเพื่อสังคมที่เป็นหนึ่งเดียว

Mobility India เป็นองค์กรพัฒนาภาคเอกชนซึ่งมีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่เมืองบังกาลอร์ สาธารณรัฐอินเดีย มีพันธกิจในการส่งเสริมงานซีบีอาร์มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 โดยมีเป้าหมายในการสร้างสังคมที่เป็นหนึ่งเดียวที่ซึ่งคนพิการจะได้มีสิทธิเท่าเทียมกับผู้อื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย Mobility India ดำเนินโปรแกรมซีบีอาร์ในสามพื้นที่ด้วยกัน ได้แก่ 1) ชุมชนแออัดที่บังกาลอร์ 2) พื้นที่ชานเมือง (อเนกัล ตาลุก) ราว 35 กม. จากบังกาลอร์ และ 3) พื้นที่ชนบท (จังหวัดซัมราชานาการ์) ราว 210 กม. จากบังกาลอร์

โปรแกรมซีบีอาร์ในสามพื้นที่นี้มีกิจกรรมส่วนที่เหมือนกันบ้าง อาทิ การส่งเสริมการก่อตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเอง การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา ความเป็นอยู่ที่ดีและสังคมหรือแม้แต่การขับเคลื่อนชุมชน แต่ในรายละเอียดแล้วโปรแกรมเหล่านี้ก็มีส่วนที่ต่างกันเนื่องจากบริบทแวดล้อม ณ พื้นที่จริงนั่นเอง

จากการประเมินทำให้ Mobility India สามารถพิจารณาเห็นบทเรียนในเรื่องของการจัดการที่มีค่าต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา บทเรียนเหล่านี้ได้แก่เรื่องความสำคัญของ...

- การนำผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในวงจรการจัดการในทุกระดับชั้น
- การดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนที่จะเริ่มต้นใช้โปรแกรมซีบีอาร์ใดๆ
- การลงทุนกับการวางแผนในช่วงเริ่มแรกเพื่อให้ได้เครื่องซีบีอาร์ที่ชัดเจน
- การสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีส่วนได้เสียและการกำหนดบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน ทั้งนี้มองด้วยว่าความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่นถือเป็นเรื่องที่สำคัญ
- การก่อตั้งกิจกรรมที่ยังประโยชน์ต่อทั้งชุมชนไม่ใช่เพียงคนพิการจำนวนหนึ่งเท่านั้น
- การรับสมัครเจ้าหน้าที่ซีบีอาร์จากคนในพื้นที่และการเลือกเอาคนพิการเข้ามาทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นสุขภาพสตรี
- การทำให้การสร้างศักยภาพเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกคน อาทิ คนพิการ สมาชิกในครอบครัว สมาชิกอื่นๆ ในชุมชน ผู้ให้บริการ ผู้นำในท้องถิ่นและผู้มีอำนาจตัดสินใจ
- การร่วมแบ่งปันความสำเร็จและความล้มเหลวร่วมกับผู้อื่น

มโนทัศน์สำคัญ

โครงการซีบีอาร์และโปรแกรมซีบีอาร์แตกต่างกันอย่างไร

โครงการซีบีอาร์และโปรแกรมซีบีอาร์มีการดำเนินการในหลายประเทศทั่วโลก แต่อาจจะยังมีข้อสงสัยว่าระหว่างโครงการและโปรแกรมมีความเหมือนและความแตกต่างกันอย่างไรสำหรับโครงการซีบีอาร์โดยรวมแล้วมักจะมียุทธศาสตร์และมักจะมีเป้าหมายให้บรรลุผลที่ประสงค์ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของเมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเช่นองค์ประกอบสุขภาพเป็นต้น โครงการซีบีอาร์จึงมีระยะสั้น มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดที่ชัดเจน ในกรณีที่มีการสนับสนุนด้านซีบีอาร์จากรัฐบาลมีจำกัดก็นิยมจัดตั้งโครงการโดยกลุ่มชุมชนท้องถิ่นหรือองค์กรพัฒนาภาคเอกชน อย่างเช่นที่สาธารณรัฐอาร์เจนตินา ราชอาณาจักรภูฏาน สาธารณรัฐโคลอมเบีย สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกาและสาธารณรัฐยูกันดาซึ่งหากประสบความสำเร็จแล้วก็อาจจะสามารถขยายขนาดต่อเนื่องให้ถึงระดับโปรแกรมเช่นโปรแกรมรณรงค์ที่ได้กลายเป็นโปรแกรมระดับชาติในที่สุดที่สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐอียิปต์และสาธารณรัฐอิสลามอิหร่านเป็นต้น ส่วนโปรแกรมซีบีอาร์นั้นคือกลุ่มของโครงการที่เกี่ยวข้องกันหลายๆโครงการซึ่งมีการจัดการในรูปแบบลักษณะที่สัมพันธ์กัน ซึ่งสำหรับโปรแกรมนั้นมักมีลักษณะการดำเนินงานในระยะยาว ไม่มีกำหนดวันสิ้นสุด และมีขนาดใหญ่และซับซ้อนมากกว่าโครงการ แต่แม้ว่าโครงการและโปรแกรมจะมีคุณลักษณะที่ต่างกันแต่ในบทนี้จะใช้คำว่า “โปรแกรม” เพื่อแทนทั้งโครงการและโปรแกรม วงจรการจัดการตามแบบที่กล่าวถึงในบทนี้และผลลัพธ์ต่างๆ มโนทัศน์สำคัญและกิจกรรมที่แนะนำในองค์ประกอบอื่นๆ ของคู่มือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับทั้งโครงการและโปรแกรมด้วยเช่นกัน

การเตรียมการเบื้องต้น

การจัดตั้งซีบีอาร์นั้นมักได้รับการกระตุ้นจากภายนอกชุมชนก่อน เช่น โดยกระทรวงหรือโดยองค์กรพัฒนาภาคเอกชน (1) แต่ไม่ว่าความสนใจที่จะจัดตั้งนั้นเริ่มต้นจากภายในหรือภายนอกชุมชนก็ตามก็ย่อมถือเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องจะได้ตรวจสอบทรัพยากรต่างๆ ที่มีเสียก่อนและพิจารณาว่าชุมชนนั้นมีความพร้อมที่จะพัฒนาและจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์หรือไม่ (ดู “การจัดการการมีส่วนร่วม” ข้างใต้) อย่างไรก็ตามกระทรวง กรม หน่วยงานรัฐในท้องถิ่นหรือองค์กรที่จัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์อาจไม่สามารถจัดตั้งทุกองค์ประกอบของซีบีอาร์ได้ และองค์กรซึ่งทำหน้าที่จัดตั้งนี้ควรจะสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ ที่รับผิดชอบแต่ละองค์ประกอบของเมทริกซ์นี้ในการที่จะพัฒนาโปรแกรมที่มีความครอบคลุมครบวงจรได้ แต่ละภาคส่วนควรจะได้รับการกระตุ้นให้มีความรับผิดชอบในการทำให้โปรแกรมและบริการของตนมีอยู่เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเพื่อที่จะได้ตอบสนองความต้องการของคนพิการ ครอบครัวของคนพิการ และชุมชนโดยรวมได้ ยกตัวอย่างเช่นกระทรวงสาธารณสุขและ/หรือองค์กรพัฒนาภาคเอกชนที่ทำงานอยู่ในสายสุขภาพควรจะได้รับผิดชอบด้วยการนำองค์ประกอบด้านสุขภาพไปดูแล ส่วนกระทรวงศึกษาธิการและ /หรือองค์กรพัฒนาภาคเอกชนที่ทำงานอยู่ในสายการศึกษาควรจะได้รับผิดชอบด้วยนำองค์ประกอบด้านการศึกษาไปดูแล เป็นต้น

ขอบเขตทางภูมิศาสตร์ที่ครอบคลุม

โปรแกรมซีบีอาร์อาจจะจัดตั้งในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาคและระดับชาติก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าองค์กรหรือหน่วยงานใดจะเป็นผู้จัดตั้งโปรแกรม การเข้าไปช่วยแก้ไขมีในเรื่องใดบ้าง และมีทรัพยากรอะไรที่พร้อมสำหรับการใช้งานบ้าง ทั้งนี้จะต้องไม่ลืมว่าคนพิการและสมาชิกในครอบครัวต่างก็ต้องการความช่วยเหลือที่อยู่ใกล้ชุมชนของตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล ทั้งนี้เนื่องจากทรัพยากรในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำส่วนมากมักมีอยู่ในระดับจำกัด

และกระจุกตัวอยู่แต่ในเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่เท่านั้น ความท้าทายแรกที่ผู้วางแผนจัดตั้งซีบีอาร์ต้องประสบก็คือการหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพอยู่ใกล้บ้านเรือนของผู้ประสงค์จะรับบริการให้มากที่สุดโดยคำนึงถึงสภาพความเป็นจริงและทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในแต่ละสถานะนั้นๆ (ดู ชั้นที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์)

โครงสร้างการจัดการซีบีอาร์

ผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์แต่ละโปรแกรมจะต้องตัดสินใจเองว่าจะจัดการโปรแกรมของตนเองอย่างไรดังนั้นในเอกสารนี้จึงไม่สามารถนำเสนอโครงสร้างการจัดการเพียงลักษณะเดียวเพื่อให้ครอบคลุมทั้งหมดในส่วนนี้ อย่างไรก็ตามผู้อ่านสามารถดูตัวอย่างโครงสร้างการจัดการซึ่งนำมาจากโปรแกรมที่มีอยู่จริงในที่ต่างๆ ทั่วโลกได้ท้ายเล่มนี้ (ดู ภาคผนวก)

หลายครั้งในการจัดตั้งซีบีอาร์ก็มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อช่วยบริหารโปรแกรมด้วยซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดี คณะกรรมการซีบีอาร์มักจะประกอบด้วยคนพิการ สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนที่ให้ความสนใจและตัวแทนจากหน่วยงานของภาครัฐ คณะกรรมการนี้สามารถดูแลเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

- กำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโปรแกรมซีบีอาร์
- พิจารณาให้เห็นถึงความจำเป็นและทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น
- กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรซีบีอาร์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย
- พัฒนาแผนการดำเนินงาน
- ขับเคลื่อนทรัพยากรเพื่อการนำโปรแกรมไปใช้
- ให้การสนับสนุนและการชี้แนะแนวทางสำหรับผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์

การจัดการการเข้ามีส่วนร่วม

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินการขับเคลื่อนโปรแกรมซีบีอาร์ทุกแห่งก็คือการมีส่วนร่วม โดยทั่วไปแล้วผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์จะรับผิดชอบทำหน้าที่ตัดสินใจในท้ายที่สุด แต่ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยเฉพะอย่างยิ่งตัวของคนพิการเองและสมาชิกในครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของวงจรการจัดการ ผู้เกี่ยวข้องสามารถช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้โดยการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่ตัวเองได้พบมา แบ่งปันข้อสังเกตและเสนอแนะในสิ่งที่ตนเห็นสมควรเป็นต้น การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดทั้งวงจรการจัดการนี้จะทำให้โปรแกรมซีบีอาร์สามารถตอบโจทย์ความต้องการของชุมชนได้ดีที่สุดและทำให้ชุมชนมีส่วนช่วยให้โปรแกรมซีบีอาร์ดำเนินการก้าวหน้าต่อไปในระยะยาวด้วย (ดู ชั้นที่ 1: การวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้อง)

การสร้างความยั่งยืนให้โปรแกรมซีบีอาร์

ความตั้งใจที่ดีมักเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ แต่เพียงความตั้งใจอย่างเดียวนั้นอาจยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินและสร้างความยั่งยืนให้กับโปรแกรมซีบีอาร์ได้ จากประสบการณ์ของทุกฝ่ายพบว่าโปรแกรมที่นำโดยรัฐบาลหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลจะมีทรัพยากรมากกว่า สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึงกว่าและมีความยั่งยืนกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมที่องค์กรประชาสังคมดูแล แต่ในทางกลับกันโปรแกรมที่นำโดยองค์กรประชาสังคมก็กลับสามารถมีความสอดคล้องและเกิดผลมากกว่าในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ทั้งยังทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรมได้ดีกว่าอีกด้วย ด้วยเหตุนี้โปรแกรมซีบีอาร์ที่ประสบความสำเร็จสูงสุดก็คือโปรแกรมที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและมีการคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ในท้องถิ่น อาทิ วัฒนธรรม การเงิน ทรัพยากรมนุษย์และการสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้เสีย ตลอดจนหน่วยงานรัฐในท้องถิ่นและองค์กรเพื่อคนพิการ

ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยทำให้โปรแกรมซีบีอาร์มีความยั่งยืน ได้แก่

- **การนำอย่างมีประสิทธิภาพ** --การสร้างความยั่งยืนให้กับโปรแกรมซีบีอาร์จะเป็นเรื่องที่ยากมากหากไม่มีภาวะผู้นำและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์มีหน้าที่ในการกระตุ้น สร้างแรงบันดาลใจ กำกับและสนับสนุนผู้เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ของโปรแกรม ดังนั้นการเลือกผู้นำที่เข้มแข็ง ทุ่มเท สื่อสารเก่งและเป็นที่เคารพของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและชุมชนในวงกว้างจึงถือเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง
- **การเป็นพันธมิตรซึ่งกันและกัน** --โปรแกรมซีบีอาร์หลายๆ โปรแกรมที่ดำเนินงานแยกจากกันโดยอิสระมีความเสี่ยงที่จะทำงานแข่งหรือซ้ำซ้อนกันเองจนเป็นเหตุให้สิ้นเปลืองทรัพยากรอันมีค่าได้ การเป็นพันธมิตรซึ่งกันและกันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรไปถึงขีดสูงสุดและทำให้โปรแกรมซีบีอาร์มีความยั่งยืนด้วยการมอบโอกาส ความรู้และทักษะ บริการทางการเงินและเป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้มีการออกกฎหมายและนโยบายของภาครัฐในเรื่องของสิทธิของคนพิการ ในหลายกรณีนั้นการจัดแจงเรื่องต่างๆ อย่างเป็นทางการด้วยการทำสัญญาการให้บริการ บันทึกความเข้าใจและสัญญารูปแบบอื่นๆ ก็สามารถเป็นประกันถึงการมีส่วนร่วมในระยะยาวของพันธมิตรได้ด้วยเช่นกัน
- **ความรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน** --โปรแกรมซีบีอาร์ที่ประสบความสำเร็จมักเป็นโปรแกรมที่ประชาชนในชุมชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของของโปรแกรม เหล่านั้นการทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของจะเกิดขึ้นได้ด้วยการนำผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียเหล่านั้นเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของวงจรการจัดการ(ดูองค์ประกอบ การสร้างศักยภาพ: การขับเคลื่อนชุมชน)
- **การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น** --การลดความพึ่งพาทรัพยากรบุคคล ทุนทรัพย์และวัสดุต่างๆ จากแหล่งภายนอกจะช่วยทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนยิ่งขึ้น ชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้ทรัพยากรของตนเองในการแก้ปัญหาที่ตนประสบ โดยจัดลำดับให้มีการใช้ทรัพยากรระดับท้องถิ่นก่อนที่จะใช้ทรัพยากรระดับชาติ และใช้ทรัพยากรระดับชาติก่อนที่จะใช้ทรัพยากรจากประเทศอื่นๆ
- **การคำนึงถึงปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม** --วัฒนธรรมนั้นเป็นสิ่งที่มีความแตกต่างกันไปและสิ่งที่เหมาะสมในเชิงวัฒนธรรมสำหรับคนกลุ่มหนึ่งก็อาจจะไม่เหมาะสมสำหรับคนอีกกลุ่มหนึ่งก็ได้ ในการที่จะทำให้โปรแกรมซีบีอาร์มีความยั่งยืนในบริบทต่างๆ ได้นั้นจำเป็นต้องพิจารณาว่าโปรแกรมซีบีอาร์ที่พัฒนาขึ้นจะไปมีผลต่อธรรมเนียมและประเพณีในท้องถิ่นอย่างไร โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอาจจะประสบแรงต่อต้านอะไรบางอย่างและผู้ปฏิบัติงานจะสามารถจัดการแรงต่อต้านนั้นได้อย่างไร ในส่วนนี้ก็เป็นเรื่องสำคัญที่เราจะต้องหาจุดสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมที่ผิดๆ เกี่ยวกับคนพิการและการปรับเปลี่ยนโปรแกรมและกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทในท้องถิ่นด้วย
- **การก่อเกิดความสามารรถ** --การทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความสามารถในการวางแผน จัดตั้ง ฝ่าสังเกตุและประเมินโปรแกรมซีบีอาร์จะทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนยิ่งกว่าเดิม โปรแกรมซีบีอาร์ควรจะมององค์ประกอบในการสร้างความตระหนักและการฝึกอบรมที่แข็งแกร่งเพื่อช่วยให้เกิดความสามารรถนี้ในกลุ่มของผู้เกี่ยวข้อง ยกตัวอย่างเช่นการสร้างความสามารถในกลุ่มคนพิการจะทำให้เขาเหล่านั้นมีทักษะที่จำเป็นในการรณรงค์ให้เรื่องความพิการเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการพัฒนาสายหลักต่างๆ เป็นต้น
- **การสนับสนุนทางการเงิน** --โปรแกรมซีบีอาร์ทุกโปรแกรมควรมีการจัดหาแหล่งเงินทุนสนับสนุนที่มั่นคง แหล่งเงินทุนประเภทต่างๆ ได้แก่ เงินทุนจากรัฐบาล (เช่น การจัดสรรงบประมาณโดยตรงหรือการมอบเงิน) เงินทุนจากผู้บริจาค (เช่น การส่งข้อเสนอโครงการเพื่อการพิจารณาของผู้บริจาคในประเทศหรือจากต่างประเทศ การบริจาคด้วยสิ่งของหรือการอุปถัมภ์) และการสร้างรายได้ด้วยตนเอง (เช่น การขายผลิตภัณฑ์ ค่าธรรมเนียม ค่าบริการหรือไมโครไฟแนนซ์)

- การสนับสนุนจากภาคการเมือง --นโยบายซีบีอาร์ระดับประเทศ เครือข่ายซีบีอาร์และการสนับสนุนทางด้านงบประมาณที่จำเป็นจะทำให้ผลประโยชน์ภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (2)และแนวทางการพัฒนาต่างๆ ไปถึงคนพิการทุกคนและครอบครัวได้จริง การบรรจุเรื่องความพิการในกฎหมายและนโยบายของรัฐบาล จะช่วยทำให้เกิดผลประโยชน์ที่จริงสำหรับคนพิการในกรณีที่จะได้เข้าถึงบริการและโอกาสต่างๆ ในด้านสุขภาพ การศึกษา ความเป็นอยู่ที่ดีและสังคม

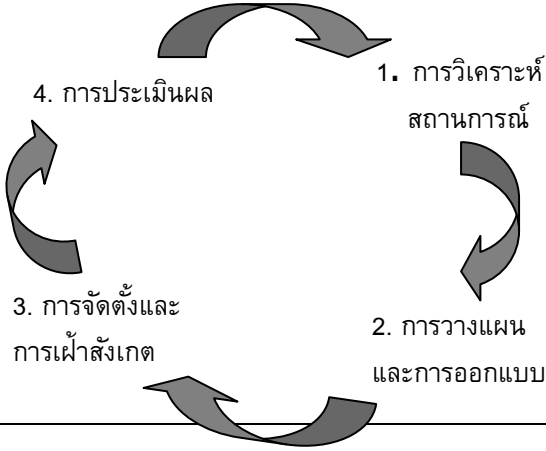
การขยายขนาดโปรแกรมซีบีอาร์

การขยายขนาดโปรแกรมซีบีอาร์หมายถึงการขยายวงกว้างของผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จแล้ว ประโยชน์ของการขยายขนาดโปรแกรมก็คือการนำซีบีอาร์ไปสู่คนพิการจำนวนมากขึ้นซึ่งยังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตน เพิ่มความตระหนักเรื่องความพิการในสังคมและอาจจะสามารถยกระดับการสนับสนุนให้มีการแก้ไขนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับความพิการด้วย การขยายขนาดนั้นจำเป็นต้องอาศัย 1)การแสดงให้เห็นที่ประจักษ์ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม2)การยอมรับของคนพิการและสมาชิกในครอบครัวของคนพิการ 3)การยอมรับโดยชุมชน4)ทรัพยากรทางการเงินที่เพียงพอ และ5)กฎหมายและนโยบายที่ชัดเจน

การขยายขนาดโปรแกรมซีบีอาร์สามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน วิธีหนึ่งก็คือการเพิ่มพื้นที่ที่โปรแกรมนั้นจากเพียงแต่เฉพาะชุมชนหนึ่งเป็นหลาย ๆ ชุมชน แล้วอาจขยายต่อไปเป็นระดับภูมิภาคและระดับชาติ อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปแล้ว โปรแกรมซีบีอาร์ควรจะเริ่มจัดตั้งเป็นขนาดเล็กในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ง่ายและก่อให้เกิดผลจริงก่อนที่จะมีการขยายขนาด และเนื่องจากโปรแกรมซีบีอาร์จำนวนมากเน้นเรื่องคนพิการที่มีความทุพพลภาพอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะดังนั้นการขยายขนาดโปรแกรมซีบีอาร์ก็สามารถทำได้ด้วยวิธีการเปิดกว้างให้ครอบคลุมคนพิการที่มีความทุพพลภาพรูปแบบอื่นด้วยเช่นกัน

วงจรการจัดการ

ในการพัฒนาและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของโปรแกรมซีบีอาร์นั้นเราจำเป็นต้องนิยามภาพกระบวนการจัดการทั้งหมดให้เห็นเป็นวงจร (ภาพที่ 2) เพื่อให้ครอบคลุมส่วนหลักๆ ทั้งหมดและเพื่อให้เห็นว่าทุกส่วนนั้นสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน ได้เป็นอย่างดี วงจรการจัดการตามแบบฉบับของคู่มือนี้ประกอบด้วยสี่ขั้นตอนด้วยกัน

<p>1. การวิเคราะห์สถานการณ์ - ขั้นตอนนี้เป็นการพิจารณาสถานการณ์ในปัจจุบันที่คนพิการและครอบครัวประสบ และระบุข้อปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข</p>	<p>ภาพที่ 2: วงจรการจัดการ</p> 
<p>2. การวางแผนและการออกแบบ- ขั้นตอนต่อไปคือการตัดสินใจว่าโปรแกรมซีบีอาร์ควรจะทำอะไรเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ จากนั้นจึงวางแผนเพื่อการลงมือทำจริง</p>	
<p>3. การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต- ณ ขั้นตอนนี้โปรแกรมมีการจัดตั้งขึ้นแล้ว มีการเฝ้าสังเกตและทบทวนเป็นประจำเพื่อให้แน่ใจได้ว่าโปรแกรมดำเนินไปในทิศทางที่เหมาะสม</p>	<p>4. การประเมินผล- ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินโปรแกรมเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้เพื่อดูว่าเป้าหมายต่างๆ มีการบรรลุแล้วหรือไม่อย่างไร และประเมินผลที่เกิดขึ้นโดยรวมของโปรแกรมนี้ เช่น ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเป็นผลสืบเนื่องจากโปรแกรมนี้</p>

ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์

บทนำ

<p>โปรแกรมซีบีอาร์จำเป็นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องและตรงประเด็นสำหรับแต่ละชุมชนเองเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง คุ่มค่าและมีความเป็นไปได้จริงที่สุด โดยมากผู้ที่วางแผนมักจะมีคิดก่อนเริ่มจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ว่าตนมีข้อมูลเพียงพอว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่จำเป็นและสิ่งใดเป็นสิ่งที่ต้องทำ แต่ในหลายต่อหลายกรณีกลับพบว่าข้อมูลนั้นไม่ครบถ้วนจริง ดังนั้นขั้นตอนแรกของวงจรการจัดการควรจะเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เสียก่อน</p>	
--	--

การวิเคราะห์สถานการณ์มุ่งตอบคำถามว่า “ในขณะนี้เราอยู่ที่ไหน” เพื่อที่ผู้วางแผนจะได้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ (หรือบริบท) ของการอยู่อาศัยและมีชีวิตอยู่ของคนพิการและครอบครัวอันจะนำไปสู่การเลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดได้ การวิเคราะห์สถานการณ์ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล การระบุบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียและอิทธิพลที่เกิดขึ้นจากคนกลุ่มนี้ การระบุปัญหาหลักและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม และการพิจารณาว่าทรัพยากรที่มีภายในชุมชนนั้นได้แก่อะไรบ้าง ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญในวงจรการจัดการเนื่องจากการทำให้เกิดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนและการออกแบบโปรแกรมซีบีอาร์ (ดู “ขั้นที่ 2: การวางแผนและการออกแบบ”)

ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์สถานการณ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อเท็จจริงและภาพรวมของชุมชน
2. การวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสีย
3. การวิเคราะห์ปัญหา
4. การวิเคราะห์วัตถุประสงค์
5. การวิเคราะห์ทรัพยากร

การรวบรวมข้อเท็จจริงและภาพรวมของชุมชน

การรวบรวมข้อเท็จจริงและภาพรวมของชุมชนพื้นฐานช่วยให้เห็นว่ามีสิ่งใดที่เราทราบอยู่แล้วเกี่ยวกับตัวคนพิการและสถานการณ์แวดล้อมในการใช้ชีวิตของเขา ทั้งยังเป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นฐานหรือสาเหตุบางประการซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์สำหรับการประเมินผลในอนาคตด้วย (ดู ขั้นที่ 4: การประเมินผล) ข้อเท็จจริงและตัวเลขดังกล่าวนี้เกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมืองในระดับชาติ ระดับภูมิภาคและ/หรือระดับท้องถิ่น

ตัวอย่างของข้อมูลที่ควรมีการเก็บ ได้แก่

- ประชากร เช่น จำนวนคนพิการ อายุ เพศ ประเภทของความทุพพลภาพ
- สภาพความเป็นอยู่ เช่น ลักษณะของบ้านเรือน แหล่งน้ำและสุขอนามัย
- สุขภาพ เช่น อัตราการเสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิตและป่วยเป็นโรค บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น
- การศึกษา เช่น จำนวนเด็กพิการที่เข้าเรียนในโรงเรียน อัตราผู้รู้หนังสือหรือสามารถอ่านเขียนได้
- เศรษฐศาสตร์ เช่น แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ต่อวันโดยเฉลี่ย
- รัฐบาล เช่น นโยบายและกฎหมาย ระดับความสนใจในปัญหาเรื่องความพิการ สถานะการยอมรับและปฏิบัติใช้ออนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ มาตรฐานและข้อบังคับเกี่ยวกับการเข้าถึงต่างๆ
- วัฒนธรรม เช่น กลุ่มวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติและทัศนคติที่มีต่อความพิการ
- ศาสนา เช่น ความเชื่อและกลุ่มทางศาสนา
- ภูมิศาสตร์และสภาพอากาศ

การรวบรวมข้อเท็จจริงอาจอาศัยการพูดคุยกับผู้คน เข้าพบหน่วยงานรัฐในท้องถิ่นและ/หรือศึกษาเอกสารและข้อมูลซึ่งอาจมีอยู่บนอินเทอร์เน็ต สิ่งพิมพ์ของรัฐบาล หนังสือและงานวิจัยต่างๆ

การวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสีย

เราจำเป็นต้องระบุว่าผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียหลักทั้งหมดมีใครบ้างและนำผู้มีส่วนได้เสียเหล่านั้นเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นวงจรการจัดการเพื่อให้เขามีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียจะทำให้เราเห็นถึงผู้มีส่วนได้เสีย (บุคคล กลุ่มบุคคลหรือองค์กร) ซึ่งอาจจะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมซีบีอาร์ อาจจะสามารถทำอะไรบางอย่างเพื่อโปรแกรมซีบีอาร์หรือส่งผลโน้มน้าวในทางใดทางหนึ่งได้ เราสามารถใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อการพิจารณาให้เห็นถึงตัวผู้มีส่วนได้เสีย บันทึกระดับอิทธิพลที่มีและกิจกรรมต่างๆ ของผู้มีส่วนได้เสียเหล่านั้น การวิเคราะห์ SWOT ก็เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สามารถใช้เพื่อวิเคราะห์ จุดแข็ง และจุดอ่อนของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียตลอดจน โอกาสและผลกระทบที่อันตรายจากภายนอกซึ่งผู้มีส่วนได้เสียอาจต้องประสบ

บทบาทและความรับผิดชอบของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียอาจทำให้ได้เห็นถึงบุคคลหลายฝ่ายด้วยกัน อาทิ คนพิการและสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน (รวมถึงผู้นำชุมชน ครู ฯลฯ) องค์กรประชาสังคม (องค์กรพัฒนาภาคเอกชน องค์กรศาสนา และกลุ่มสตรี) องค์กรเพื่อคนพิการและหน่วยงานภาครัฐ (ภาพที่ 3) นอกจากนี้ตัวบุคลากรซีบีอาร์และผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์เองก็ถือเป็นผู้มีส่วนได้เสียด้วย ซึ่งแต่ละฝ่ายสามารถนำทักษะ ความรู้ ทรัพยากรและเครือข่ายมาร่วมกันสร้างสรรค์ และจะมีบทบาทและความรับผิดชอบชัดเจนในการพัฒนาและจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์

ภาพที่ 3: ผู้มีส่วนได้เสียในโปรแกรมซีบีอาร์

รัฐบาลระดับชาติ ผู้นำทางการเมือง สื่อมวลชน

รัฐบาลระดับท้องถิ่น องค์กรพัฒนาภาคเอกชน กลุ่มคนพิการ

ผู้นำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน

ชุมชน

คนพิการและครอบครัว

คนพิการและครอบครัวของคนพิการ

คนพิการและครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญยิ่งในซีบีอาร์ บทบาทและความรับผิดชอบของคนพิการและครอบครัวมีระบุไว้ในคู่มือซีบีอาร์แล้วซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

- การมีบทบาทอย่างกระตือรือร้นในทุกแง่มุมของการจัดการโปรแกรมซีบีอาร์
- การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการซีบีอาร์ระดับท้องถิ่น
- การมีส่วนร่วมโดยการอาสาและทำงานเป็นบุคลากรซีบีอาร์
- การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความพิการในชุมชน เช่น การชี้ให้เห็นถึงกำแพงที่ขวางกั้นอยู่และการเรียกร้องให้สมาชิกในชุมชนหลายกำแพงนั้นลงเสีย

สมาชิกในชุมชน

ซีบีอาร์สามารถยังประโยชน์ให้ทุกคนในชุมชนได้ ไม่เพียงเฉพาะคนพิการเท่านั้น โปรแกรมซีบีอาร์ควรจะกระตุ้นให้สมาชิกในชุมชน**รับบทบาทและความรับผิดชอบดังต่อไปนี้**

- การเข้าร่วมในการฝึกอบรมเพื่อทำความเข้าใจกับความพิการ
- การเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติที่**อาจไป**จำกัดโอกาสของคนพิการและครอบครัว
- การพิจารณาให้เห็นถึงอุปสรรคอื่นๆ ที่จะทำให้คนพิการและครอบครัวไม่สามารถร่วมใช้ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้
- การเป็นตัวอย่างและการนำคนพิการและครอบครัวให้มาเข้าร่วมกิจกรรมด้วย
- การมอบทรัพยากร (เช่น เวลา เงิน อุปกรณ์) ให้กับโปรแกรมซีบีอาร์
- การปกป้องชุมชนและการพิจารณาให้เห็นถึงต้นเหตุแห่งความพิการ
- การให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับคนพิการและครอบครัว

องค์กรประชาสังคม

บทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรและกลุ่มประชาสังคมต่างๆ นั้นขึ้นอยู่กับระดับขององค์กร เช่น ระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับภูมิภาคหรือระดับชุมชน และยังได้รับอิทธิพลจากระดับประสบการณ์และการมีส่วนร่วมในงานด้านความพิการและซีบีอาร์ด้วย แต่เดิมองค์กรพัฒนาภาคเอกชนจำนวนมากเคยเป็นศูนย์กลางในการทำงานซีบีอาร์ตั้งนั้น องค์กรในกลุ่มนี้จึงเป็นแรงขับเคลื่อนเบื้องหลังโปรแกรมซีบีอาร์ที่จัดตั้งใหม่หรือมีอยู่แล้วได้ บทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรประชาสังคมโดยทั่วไปมีดังนี้

- การพัฒนาและจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ในกรณีที่มีการสนับสนุนจากรัฐบาลในระดับที่จำกัด
- การให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิค ทรัพยากรและการฝึกอบรมสำหรับโปรแกรมซีบีอาร์
- การสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อระหว่างผู้มีส่วนได้เสียด้วยกันเอง
- การสนับสนุนโปรแกรมซีบีอาร์ในการก่อเกิดความสามารภให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ
- การนำเรื่องความพิการเข้าสู่โปรแกรมและบริการสายหลักที่มีอยู่แล้วอื่นๆ
- การสนับสนุนให้มีการประเมิน วิจัยและพัฒนาซีบีอาร์

องค์กรเพื่อคนพิการ

องค์กรเพื่อคนพิการเป็นทรัพยากรสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของโปรแกรมซีบีอาร์และหลายองค์กรก็มีบทบาทอย่างมากในโปรแกรมซีบีอาร์ต่างๆ ด้วย (ดูองค์ประกอบ “การสร้างศักยภาพ : องค์กรเพื่อคนพิการ”) บทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรเพื่อคนพิการ ได้แก่

- การเป็นตัวแทนพิทักษ์ผลประโยชน์ของคนพิการ
- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความต้องการของคนพิการ
- การให้ความรู้คนพิการเกี่ยวกับสิทธิของตน
- การรณรงค์และโน้มน้าวให้เกิดการลงมือจริงเพื่อให้รัฐบาลและผู้ให้บริการคำนึงถึงสิทธิของคนพิการเช่น การจัดตั้งโปรแกรมที่สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
- การให้ข้อมูลด้านการบริการต่างๆ แก่คนพิการ
- การมีส่วนร่วมโดยตรงในการจัดการโปรแกรมซีบีอาร์

รัฐบาล

ปัญหาเรื่องความพิการนั้นมีส่วนสัมพันธ์กับรัฐบาลทุกระดับและทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพ การศึกษา การว่างงานและสังคม บทบาทและความรับผิดชอบของรัฐบาลมีดังนี้

- การเป็นองค์กรหลักในการนำการจัดการและ/หรือการจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์ระดับชาติ
- การออกกฎหมายและกรอบนโยบายที่เหมาะสมเพื่อการสนับสนุนสิทธิของคนพิการ
- การพัฒนาโยบายซีบีอาร์ระดับชาติ หรือการทำให้ซีบีอาร์เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายการฟื้นฟูหรือการพัฒนา
- การจัดทรัพยากรบุคคล วัสดุและเงินทุนให้แก่โปรแกรมซีบีอาร์
- การทำให้คนพิการและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงโปรแกรม บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะทั้งปวง
- การพัฒนาซีบีอาร์ให้เป็นวิธีการในเชิงปฏิบัติหรือเป็นกลไกนำส่งบริการฟื้นฟูต่างๆ ทั่วทั้งประเทศ

ผู้จัดการซีบีอาร์

บทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดการซีบีอาร์นั้นขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้จัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์และขึ้นอยู่กับว่าโปรแกรมนี้มีการกระจายการจัดการออกจากศูนย์กลางมากน้อยเพียงใด อาทิ โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมระดับชาติ ระดับภูมิภาคหรือระดับท้องถิ่น เป็นต้น แต่ในภาพรวมแล้วบทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดการซีบีอาร์มีดังต่อไปนี้

- การดูแลความเป็นไปของแต่ละขั้นตอนของวงจรการจัดการ
- การดูแลให้มีนโยบาย ระบบและกระบวนการเป็นที่เรียบร้อยเพื่อการจัดการโปรแกรม
- การสร้างและการรักษาเครือข่ายและพันธมิตรทั้งภายในและภายนอกชุมชน
- การทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลักทุกรายมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของวงจรการบริหาร และได้รับการแจ้งให้ทราบถึงความสำเร็จและพัฒนาการต่างๆ
- การขับเคลื่อนและจัดการทรัพยากร อาทิ ทรัพยากรด้านเงินทุน บุคคลและวัสดุ
- การก่อเกิดความสามารถให้กับชุมชนและการทำให้ปัญหาเรื่องความพิการเข้าเป็นวาระหนึ่งของแนวทางการพัฒนาสายหลัก
- การจัดการในแต่ละวันโดยการมอบหมายงานและความรับผิดชอบ
- การสนับสนุนและกำกับบุคลากรซีบีอาร์ อาทิ การทำให้บุคลากรซีบีอาร์ตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบ ตลอดจนการพบปะกับบุคลากรซีบีอาร์เป็นประจำเพื่อทบทวนประสิทธิภาพและพัฒนาการและเพื่อการจัดโปรแกรมฝึกอบรม
- การจัดการระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าสังเกตความก้าวหน้าและประสิทธิภาพ

บุคลากรซีบีอาร์

บุคลากรซีบีอาร์เป็นแกนกลางสำคัญของการขับเคลื่อนโปรแกรมซีบีอาร์และเป็นทรัพยากรสำหรับคนพิการ ครอบครัวของคนพิการและสมาชิกในชุมชน สำหรับในคู่มือนี้บทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรซีบีอาร์จะมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับแต่โดยทั่วไปแล้วมีดังต่อไปนี้

- การคัดหาคนพิการ การตรวจประเมินความสามารถเบื้องต้นและการให้การบำบัดขั้นพื้นฐาน
- การให้ความรู้และฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวให้สนับสนุนและช่วยเหลือคนพิการได้

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีภายในชุมชน และการเชื่อมโยงคนพิการและครอบครัวเข้ากับบริการเหล่านี้ โดยการส่งต่อและการติดตามผล
- การช่วยคนพิการให้รวมตัวกันเป็นกลุ่มพึ่งพาตนเองได้
- การรณรงค์เพื่อการปรับปรุงการเข้าถึงบริการต่างๆ และการทำให้คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยการติดต่อกับศูนย์สุขภาพ โรงเรียนและสถานที่ทำงานต่างๆ
- การยกระดับความตระหนักในชุมชนเกี่ยวกับความพิการเพื่อสนับสนุนให้มีการนำคนพิการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตครอบครัวและชีวิตชุมชน

ตารางที่ 1: โปรแกรมซีบีอาร์ระดับชาติของเวียดนาม -- บทบาทและความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง		
ระดับ	ผู้เกี่ยวข้อง	บทบาทและความรับผิดชอบ
หมู่บ้าน	คนพิการและครอบครัว	การจัดตั้งระบบการฟื้นฟูในบ้าน การดัดแปลงสภาพแวดล้อมในบ้าน การรวมตัวกันเป็นสมาคม การทำงานเป็นผู้ประสานงาน (อาสาสมัคร)
หมู่บ้าน	อาสาสมัครซีบีอาร์	การตรวจหาหรือระบุบุลัษณะความพิการโดยเร็ว การส่งต่อและติดตามผล การรวบรวมและรายงานข้อมูล การยกระดับความตระหนัก การกระตุ้น การรณรงค์กับคนพิการ ครอบครัวและชุมชน การสร้างความเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่นๆ
ชุมชน (กลุ่มหมู่บ้าน)	คณะกรรมการกำหนด ทิศทาง เจ้าหน้าที่ซีบีอาร์	การจัดการ การประสานงานและการสนับสนุนกิจกรรมของผู้ประสานงาน การรายงาน การขับเคลื่อนและจัดสรรทรัพยากร การจัดตั้งระบบการฟื้นฟูในบ้านและการอำนวยความสะดวกให้กับองค์กรเพื่อคนพิการ
เขต	คณะกรรมการกำหนด ทิศทาง ผู้จัดการซีบีอาร์ เลขานุการซีบีอาร์ ผู้ฝึกอบรมและผู้ชำนาญการ	การจัดการและการประสานงาน การเฝ้าสังเกต การรายงาน การสนับสนุนระบบการฟื้นฟูในบ้าน การวินิจฉัย การประเมิน การฝึกอบรมและการจัดสรรทรัพยากร
จังหวัด	คณะกรรมการกำหนด ทิศทาง ผู้จัดการซีบีอาร์ เลขานุการซีบีอาร์ ผู้ฝึกอบรมและผู้ชำนาญการ	การพัฒนา นโยบาย การจัดสรรทรัพยากร การเข้าไปช่วยแก้ไขโดยมีสถาบันเป็นศูนย์กลาง การประสานงานและการจัดการโดยรวม การเฝ้าสังเกตและการประเมิน การสนับสนุนระบบการฟื้นฟูในระดับบ้าน การวินิจฉัย การประเมินและการฝึกอบรม
ประเทศ	กลุ่มผู้ฝึกอบรมระดับสูง ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ออกนโยบาย	การพัฒนา นโยบาย การพัฒนาพัสดุ การเข้าไปช่วยแก้ไขโดยมีสถาบันเป็นศูนย์กลาง การฝึกอบรม การวิจัย

การวิเคราะห์ปัญหา

โปรแกรมซีบีอาร์ได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนสำหรับคนพิการและสมาชิกในครอบครัว การวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ จะช่วยให้เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องสามารถเห็นปัญหาสำคัญได้ และทราบถึงสาเหตุที่มาและผลกระทบหรือผลพวงที่อาจจะตามมาของปัญหานั้นๆ ปัญหาที่สำคัญที่สุดที่พบจึงควรจะเป็นวัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมซีบีอาร์ (ดู การเตรียมแผนโปรแกรม) ทั้งนี้วัตถุประสงค์ต่างๆ ของโปรแกรมซีบีอาร์ที่จะมีได้นั้นได้อธิบายเน้นไว้แล้วในหัวข้อ “บทบาทของซีบีอาร์” ในแต่ละองค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของคู่มือซีบีอาร์

การวิเคราะห์ปัญหาควรดำเนินการร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ ที่ระบุไว้ข้างต้นเนื่องจากว่าหากไม่มีมุมมองของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องของปัญหาใดๆ แล้ว ลักษณะของปัญหาและความต้องการการแก้ไขนั้นก็อาจไม่มีความชัดเจน การจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการก็ ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับผู้ เกี่ยวข้อง และสามารถช่วยสร้างความเข้าใจ กำหนดจุดมุ่งหมายและลงมือดำเนินการร่วมกันได้ อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ ปัญหาเชิงปฏิบัติการกับบุคลากรหรือผู้มีส่วนได้เสียหลายๆ กลุ่ม เพื่อที่ว่าผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มที่มีความมั่นคงน้อยกว่านั้นจะได้สามารถบอกเล่าถึงความคิดเห็นของพวกเขาได้อย่างเต็มที่มากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ปัญหาสามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือหลากหลายประเภท เครื่องมือหนึ่งที่ใช้กันแพร่หลายก็คือ “ต้นไม้ปัญหา” หรือ “problem tree” (3,4) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้การวาดรายละเอียดของสถานการณ์ที่เป็นปัญหาออกมาในรูปของภาพต้นไม้ โดยมีผลของปัญหายู่นกึ่งกันและมีต้นเหตุของปัญหาอยู่ที่ฐานราก

การวิเคราะห์วัตถุประสงค์

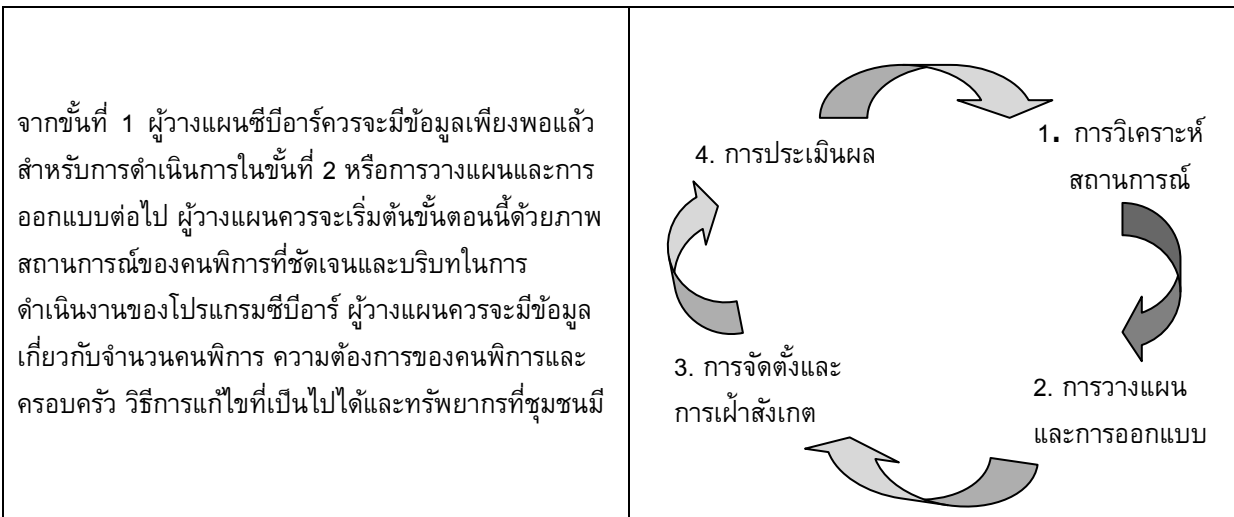
การวิเคราะห์วัตถุประสงค์เป็นจุดเริ่มต้นของการพิจารณาคำถามทางแก้ไขที่เป็นไปได้ต้นไม้วัดวัตถุประสงค์ (objectives tree) เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ที่สามารถใช้ในช่วงต้นต้นไม้วัดวัตถุประสงค์มีลักษณะที่คล้ายกับต้นไม้ปัญหาที่กล่าวถึงไปแล้วข้างต้น สิ่งที่แตกต่างกันก็คือว่า ต้นไม้วัดวัตถุประสงค์ เป็นการพิจารณา เฉพาะแต่ วัตถุประสงค์แทนที่จะพิจารณาปัญหานั้นเอง (3,4) หากมีการวาดต้นไม้วัดปัญหาก่อนแล้วก็สามารถนำมาปรับเปลี่ยนให้เป็นต้นไม้วัดวัตถุประสงค์ได้ โดยง่ายโดยการปรับเปลี่ยนต้นเหตุของปัญหา (ด้านลบ) กลับมาเป็นคำประกาศวัตถุประสงค์ (ด้านบวก) วัตถุประสงค์ที่สามารถระบุได้ในขั้นตอนการวิเคราะห์นี้เป็นส่วนสำคัญสำหรับการขึ้นตอนของการวางแผนและออกแบบเพราะนี่คือ พื้นฐานของแผนโปรแกรม เราสามารถระบุปัญหาและวัตถุประสงค์ได้ในขั้นตอนนี้ของวงจรโปรแกรม ดังนั้นจึงถือเป็นเรื่องสมควรที่จะจัดลำดับความสำคัญที่โปรแกรมนี้จะมุ่งเน้นตั้งแต่เวลานี้ (ดู การวางแผนและการออกแบบ)

การวิเคราะห์ทรัพยากร

ชุมชนทุกชุมชนมีทรัพยากรเป็นของตนเองแม้แต่ชุมชนที่ยากจนมากก็ตาม การวิเคราะห์ทรัพยากร คือการพิจารณาให้ว่าในเวลานี้ชุมชนมีทรัพยากรอะไรที่โปรแกรมซีบีอาร์สามารถนำมาใช้หรือพัฒนาต่อยอดขึ้นไปได้บ้างตลอดจน พิจารณาว่าทรัพยากรดังกล่าวมีศักยภาพเป็นอย่างไร (เช่น มีจุดแข็งและจุดอ่อนอะไรบ้าง) ในการที่จะตอบสนองต่อ ความต้องการของคนพิการ การวิเคราะห์ทรัพยากรควรจะครอบคลุมทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรพัสดุ (เช่น โครงสร้างพื้นฐาน อาคาร การขนส่ง อุปกรณ์ แหล่งเงินทุนและระบบสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่) และโครงสร้างต่างๆ อาทิ องค์กรหรือกลุ่มต่างๆ และโครงสร้างทางการเมือง พร้อมทั้งระบุที่ตั้งของทรัพยากรเหล่านี้ด้วย

ขั้นที่ 2: การวางแผนและการออกแบบ

บทนำ



การวางแผนช่วยให้ผู้ดำเนินการโครงการซีบีอาร์มองไปข้างหน้าและเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคตได้ ทั้งยังเป็นการแนะแนวทางสำหรับขั้นตอนต่อไปของวงจรการจัดการด้วย (ขั้นที่ 3: การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต) การวางแผนจะช่วยให้เกิดความมั่นใจว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะมีองค์ประกอบครบถ้วนมีการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นต่างๆ มีแผนที่ (หรือแผน) ที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ มีการพิจารณาถึงระบบการเฝ้าสังเกตและประเมินผลตลอดจนทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำให้แผนโปรแกรมซีบีอาร์บรรลุเป็นผลสำเร็จด้วย

ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

วางแผนร่วมกับบุคลากรผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียหลัก

การจัดการอภิปรายสาธารณะกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะได้ทบทวนและหารือเรื่องข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นที่ 1 เพื่อ นำมากำหนดลำดับความสำคัญ การออกแบบแผนโปรแกรมและการเตรียมงบประมาณ ทั้งนี้ควรมีคนพิการและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วม การอภิปราย ดังกล่าวนี้นี้ด้วยเพื่อที่พวกเขาเหล่านี้จะได้มีส่วนร่วมในโปรแกรมอย่างมีความหมายในภายหลัง ข้อมูลที่นำเสนออีกควรจะอยู่ในรูปแบบที่คนพิการที่มีความทุพพลภาพลักษณะต่างๆ สามารถเข้าถึงได้ และตั้งที่ได้กล่าวถึงในขั้นที่ 1 ทั้งนี้ในบางกรณี อาจมีความ จำเป็นต้องจัด การอภิปราย แยกกัน สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่ม อาทิ คนพิการและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ สมาชิกในแต่ละกลุ่ม สามารถบอกกล่าวมุมมองของตนเองได้โดยสะดวกและอิสระ

กำหนดลำดับความสำคัญ

การดำเนินการในขั้นที่ 1 อาจทำให้ดูเสมือนหนึ่งว่าผู้ดำเนินงานโปรแกรมซีบีอาร์จะต้องพิจารณาความต้องการทุกประการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีความแตกต่างกันตั้งแต่การจ้ดลำดับหรือการกำหนดลำดับความสำคัญ แก่ความต้องการเหล่านั้น จึงมีความสำคัญมาก ในการกำหนดลำดับความสำคัญนี้ต้องพิจารณาว่าความจำเป็นใดเป็นสิ่งที่ สำคัญที่สุด กล่าวคือเป็น เรื่องที่มีความเป็นไปได้ที่ อาจจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงมากที่สุดและทรัพยากรที่เรามีอยู่นั้นได้แก่อะไรบ้าง ผู้มีส่วนได้เสียหลักควรจะร่วมในการกำหนดลำดับความสำคัญนี้เพื่อให้โปรแกรมนี้สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของตนเอง การจ้ดลำดับความสำคัญนั้นต้องอาศัยทักษะและความเข้าใจในความเป็นจริง โดยในบางครั้งอาจจำเป็นจะต้อง ใช้ผู้กระตุ้นหรือสนับสนุน จากภายนอก ซึ่งอาจช่วยไม่ให้เกิดการหลงหรือ เบี่ยงเบน ออกจากเป้าหมายของโปรแกรมไป

เตรียมแผนโปรแกรม

กรอบแม่บทหลักคืออุปกรณ์ในการวางแผนที่เราสามารถใช้ในโปรแกรมซีบีอาร์ได้ กรอบแม่บทหลักช่วยให้เราพิจารณาได้ครอบคลุมถึงทุกแง่มุมที่จำเป็นต่อความสำเร็จของโปรแกรม และจะช่วยตอบคำถามต่างๆดังต่อไปนี้

- โปรแกรมนี้ต้องการบรรลุสิ่งใด (เป้าหมายและวัตถุประสงค์)
- โปรแกรมนี้จะบรรลุเรื่องดังกล่าวได้อย่างไร (ผลลัพธ์และกิจกรรม)
- เราจะทราบได้อย่างไรว่าโปรแกรมได้บรรลุสิ่งดังกล่าวแล้ว (ตัวบ่งชี้)
- เราจะยืนยันได้อย่างไรว่าโปรแกรมได้บรรลุเช่นนั้นแล้วจริง (เครื่องมือในการตรวจสอบและยืนยัน)
- ปัญหาที่อาจจะพบในขั้นตอนของการดำเนินงานได้แก่อะไรบ้าง (ความเสี่ยง)

ตารางที่ 2: กรอบแม่บทหลัก				
	สรุป	ตัวบ่งชี้	เครื่องมือยืนยัน	สมมติฐาน
เป้าหมาย				
วัตถุประสงค์				
ผลลัพธ์				
กิจกรรม		ทรัพยากรที่จำเป็น	ต้นทุน	

ความเข้าใจในขั้นตอนดังที่จะตามมามีความสำคัญอย่างมากต่อการเตรียมโปรแกรมซีบีอาร์โดยการใช้กรอบแม่บทหลักได้โปรดดูตารางที่ 2 ซึ่งแสดงถึงโครงสร้างโดยทั่วไปของกรอบแม่บทหลัก และตารางที่ 3 ซึ่งเป็นตัวอย่างของกรอบแม่บทหลักที่กรอกครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้คำศัพท์ที่ใช้ในตัวอย่างข้างได้อาจเหมือนหรือแตกต่างจากที่องค์กรหรือหน่วยงานสนับสนุนเงินทุนอื่นๆ ใช้

กำหนดเป้าหมาย

ก่อนที่จะเริ่มคิดว่าเราจะทำอะไร (กิจกรรมอะไร) สิ่งที่สำคัญมากกว่าคือเราจำเป็นต้องเข้าใจ ด้วยว่าอะไรเป็น เป้าหมายระยะยาวของโปรแกรมเสียก่อน เป้าหมายนี้เป็นการระบุถึงผลในท้ายที่สุดที่โปรแกรมซีบีอาร์มุ่งหวังให้เกิดขึ้น เช่นสามารถกำจัดปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จหรือว่าสถานการณ์มีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ดู ขั้นที่ 1 : การวิเคราะห์ปัญหา)

ระบุวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของโปรแกรมหมายถึงความเปลี่ยนแปลงที่ ผู้ดำเนินโปรแกรม ต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในภายหลัง โดยปกติวัตถุประสงค์ควรมีเพียงข้อเดียวเพื่อให้การจัดการโปรแกรมสามารถทำได้ง่ายแต่โปรแกรมซีบีอาร์บางโปรแกรมอาจจะมีวัตถุประสงค์มากกว่าหนึ่งข้อก็ได้เนื่องจากโปรแกรมเหล่านั้น อาจต้องการครอบคลุมมากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ /องค์ประกอบย่อยของเมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (เช่น สุขภาพและการศึกษา) ในสถานการณ์เช่นนี้เราจำเป็นต้องใช้กรอบแม่บทหลักแยกกันแต่ทั้งหมดจะต้องมีเป้าหมายในภาพรวมเหมือนกันด้วย (ดู ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์ปัญหา)

กำหนดผลลัพธ์

ผลลัพธ์คือสิ่งที่โปรแกรมซีบีอาร์ต้องการให้เกิดขึ้น ผลลัพธ์นี้จะครอบคลุมงานทั้งหมดที่จะทำ โดยปกติแล้วในกรอบแม่บทหลักแต่ละแผ่นจะมีผลลัพธ์ไม่เกินสามถึงหกรายการ (ดู ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์เป้าหมาย)

การพิจารณาเพื่อกำหนดกิจกรรม

กิจกรรม คืองานหรือ สิ่งที่ได้จัดกระทำเข้าไปแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจำเป็นสำหรับการบรรลุวัตถุประสงค์และผลลัพธ์สำหรับกรอบแม่บทหลักนี้เราสามารถระบุกิจกรรมหลักเพียงคร่าวๆ ได้แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มเติมลงในรายละเอียดภายหลัง เช่น เมื่อมีการพัฒนาแผนงานแล้ว (ดู ขั้นที่ 3: พัฒนาแผนงานแบบลงรายละเอียด)

ตั้งตัวบ่งชี้

ตัวบ่งชี้คือเป้าที่แสดงถึงพัฒนาการระหว่างทางไปถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมซีบีอาร์และเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการเฝ้าสังเกต (ดู ขั้นที่ 3: การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต) และการประเมินผล (ดู ขั้นที่ 4: การประเมินผล) ตัวบ่งชี้สำหรับโปรแกรมซีบีอาร์จะทำการวัดสิ่งต่างๆต่อไปนี้

- คุณภาพของบริการและความรวดเร็วในการให้บริการ
- กิจกรรมของโปรแกรมที่สามารถเข้าถึงตัวบุคคลกลุ่มเป้าหมายได้จริง
- การยอมรับที่มีต่อบริการและการใช้บริการจริง
- ต้นทุนในการจัดตั้งโปรแกรม
- การนำโปรแกรมไปใช้เมื่อเทียบกับแผนที่วางไว้
- การพัฒนาการโดยรวมของโปรแกรมและอุปสรรคในการพัฒนา

มีข้อพึงระลึกที่สำคัญว่าตัวบ่งชี้ที่กำหนดขึ้นนั้นต้องสอดคล้องกับหลักSMART ซึ่งประกอบด้วย

- **Specific** หรือมีความเฉพาะเจาะจง— ตัวบ่งชี้ควรระบุระดับของความเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังโดยเจาะจง ลงไป เช่น จำนวน (อย่างน้อยเพียงใด) ลักษณะของการเปลี่ยนแปลง เช่น คุณภาพ (ความพึงพอใจ ความคิดเห็น ความสามารถในการตัดสินใจหรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ) และ ระยะเวลาในการเกิดความเปลี่ยนแปลง (เมื่อใดหรือบ่อยเพียงใด)
- **Measurable** หรือสามารถวัดได้ – ตัวบ่งชี้ที่กำหนดขึ้นในความเป็นจริงแล้วสามารถวัดได้หรือไม่
- **Attainable** หรือสามารถทำได้ – ผู้ดำเนินโปรแกรม สามารถบรรลุตามตัวบ่งชี้ในต้นทุน หรือ ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผลได้หรือไม่
- **Relevant** หรือมีความสอดคล้อง— ตัวบ่งชี้สอดคล้องกับสิ่งที่วัดหรือไม่
- **Timely** หรือทันต่อเวลา—สามารถรวบรวมข้อมูลสำหรับตัวบ่งชี้เมื่อต้องการใช้ข้อมูลดังกล่าวหรือไม่

กำหนดเครื่องยืนยัน

หลังจากที่มีการกำหนดตัวบ่งชี้แล้วจำเป็นต้องตัดสินใจต่อไปว่าในการที่จะใช้ตัวบ่งชี้แต่ละตัวในการวัดนั้นเราจำเป็นต้องมีข้อมูลอะไรบ้างซึ่งข้อมูลดังกล่าวย่อมไม่ได้มาจาก เครื่องยืนยันนั่นเอง เครื่องยืนยัน ดังกล่าว ได้แก่ รายงาน บันทึกการประชุม สมุดลงทะเบียนการเข้าร่วมกิจกรรม งบการเงิน ตัวเลขสถิติจากรัฐบาล แบบสำรวจ การสัมภาษณ์ บันทึกการฝึกอบรม จดหมายโต้ตอบหรือการสนทนา กรณีศึกษา รายงานประจำสัปดาห์ ประจำเดือนหรือประจำไตรมาสของโปรแกรม การประเมินผลช่วงกลางโปรแกรมหรือปลายโปรแกรม โดยในขณะที่ ผู้ดำเนินการโปรแกรม กำหนดเครื่องยืนยันนี้จำเป็นที่จะต้องพิจารณาต่อไปด้วยว่าจะสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ได้จากใคร ที่ใดและเมื่อใด

พิจารณาว่าจะต้องตั้งสมมุติฐานอะไรบ้าง

ขอให้ผู้ดำเนินการพิจารณาความเสี่ยงและสิ่งที่อาจ จะผิดพลาดได้ในช่วงระยะเวลาของโปรแกรมเมื่อ ต้องจะกรอกช่องสมมุติฐานในกรอบแม่บทหลัก ความเสี่ยงคือสิ่งที่โปรแกรมซึ่งบิอาร์ทุกโปรแกรมต้องเผชิญ อย่างไรก็ตาม ผู้ดำเนินการโปรแกรมสามารถเห็นถึงความเสี่ยงเหล่านั้นได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ก็จะช่วยไม่ให้ทำให้เกิดความแปลกใจ ในภายหลังเมื่อ ความเสี่ยงได้เกิดขึ้นจริง เมื่อทราบถึงความเสี่ยงนั้นแล้ว ผู้ดำเนินการโปรแกรม ก็สามารถจัดการโดยการปรับเปลี่ยนแผนโปรแกรมเพื่อลดหรือกำจัดความเสี่ยงนั้นเสีย และสามารถเปลี่ยนความเสี่ยงให้เป็นประโยชน์เชิงบวก (สมมุติฐาน) เพื่อไประบุไว้ในกรอบแม่บทหลักได้

เตรียมแผนการเฝ้าสังเกตและประเมินผล

โปรแกรมทุกโปรแกรมควรมีระบบการเฝ้าสังเกตและประเมินผลเป็นของตนเอง ผู้ดำเนินการโปรแกรม จำเป็นต้องคำนึงถึงระบบเหล่านี้ตั้งแต่ขั้นตอนของการวางแผนเนื่องจาก จะต้องเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีที่การจัดตั้งโปรแกรมเริ่มต้นขึ้น ตัวบ่งชี้และเครื่องยืนยันที่พิจารณาได้ในแผนโปรแกรมจะเป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการเฝ้าสังเกตและประเมินผล (ดู ชั้นที่ 3: การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต และ ชั้นที่ 4: การประเมินผล)

พิจารณาว่าจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง

ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับโปรแกรมซีบีอาร์อาจไม่ได้มี มาพร้อมตั้งแต่ที่โปรแกรมเริ่มต้นขึ้น แต่ ผู้ดำเนินการโปรแกรม ควรจะพิจารณาให้เห็นถึงทรัพยากรเพื่อการจัดตั้งกิจกรรมของโปรแกรมเหล่านี้และเพื่อให้สามารถจัดหาทรัพยากรดังกล่าวได้ โปรดอย่าลืมอ่านหัวข้อการวิเคราะห์ทรัพยากรในขั้นที่ 1 อีกครั้งเพื่อพิจารณาว่าทรัพยากรใดบ้างที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น (ดู ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์ทรัพยากร) ทรัพยากรที่ควรพิจารณามีดังต่อไปนี้

ทรัพยากรมนุษย์

ประเภทของบุคลากรที่จำเป็นการนำโปรแกรมไปสู่การปฏิบัติ เช่น ผู้จัดการโปรแกรม บุคลากรซีบีอาร์ ผู้ช่วยงานธุรการ และพนักงานขับรถ เป็นต้น

ทรัพยากรพัสดุ

ประเภทของสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการจัดตั้งโปรแกรม เช่น พื้นที่สำนักงาน เฟอร์นิเจอร์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพทเคลื่อนที่ ยานพาหนะ โสตทัศนอุปกรณ์และอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

ทรัพยากรด้านการเงิน

ต้นทุนมักเป็นปัญหาใหญ่สำหรับโปรแกรมใหม่ๆ ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้อง พิจารณาให้ถ้วนถี่ว่า โปรแกรมจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนเท่าใด วิธีการที่ดีที่สุดในการที่จะทำเช่นนี้คือการจัดทำงบประมาณซึ่งเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าโปรแกรมซีบีอาร์ ที่จัดขึ้นจะใช้เงินทุนที่มีอยู่แล้วหรือจะใช้เงินทุนจากผู้บริจาคใดๆ ก็ตาม

เตรียมงบประมาณ

งบประมาณคือจำนวนเงินที่โปรแกรมวางแผนจะระดมทุนและใช้จ่ายเพื่อการจัดตั้งกิจกรรมต่างๆ ภายในระยะเวลาที่ระบุ งบประมาณช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงาน สามารถการจัดการด้านการเงินได้อย่างโปร่งใส สามารถวางแผน (ทำให้ทราบว่า โปรแกรมนี้จะมีต้นทุนทั้งหมดเท่าใด) สามารถระดมทุน (ทำให้ผู้บริจาคทราบว่าเงินของตนนั้นจะ มีการนำไปใช้อย่างไร) สามารถจัดตั้งโปรแกรมและเฝ้าสังเกตโปรแกรม (เปรียบเทียบต้นทุนจริงกับต้นทุนตามงบประมาณ) และสามารถ ประเมินผลโปรแกรมได้

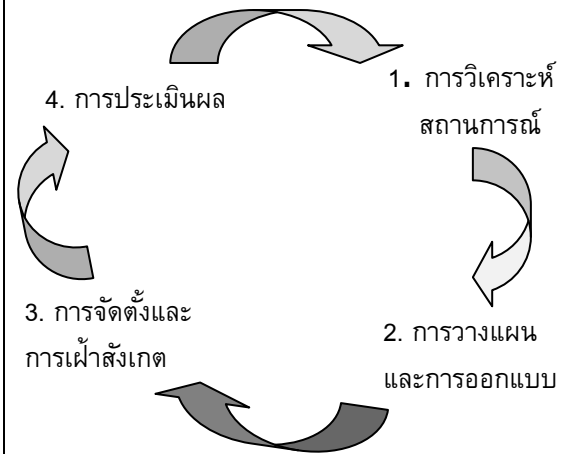
งบประมาณนี้จะต้องสะท้อนถึงต้นทุนที่สัมพันธ์กับทรัพยากรที่ระบุได้ในหัวข้อ “ พิจารณาว่าจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง” ข้างต้น สำหรับเรื่องงบประมาณถือเป็นเรื่องที่จะต้องให้ความสนใจ เพราะหาก ผู้ดำเนินงาน มีงบประมาณไม่เพียงพอก็อาจไม่สามารถดำเนินกิจกรรมบางประการของโปรแกรมได้ และหากตั้งงบประมาณ สำหรับบางอย่าง ไว้สูงเกินไป ผู้บริจาคก็อาจจะไม่ยินดีที่จะให้เงินสนับสนุนแก่โปรแกรมซีบีอาร์ของหน่วยงานเช่นกัน

ตารางที่ 3: ตัวอย่างกรอบแม่บทหลักสำหรับองค์ประกอบสุขภาพ				
	สรุป	ตัวบ่งชี้	เครื่องยืนยัน	สมมุติฐาน
เป้าหมาย	คนพิการสามารถมีสุขภาพในระดับมาตรฐานที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้	อัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยเป็นโรคของคนพิการลดลง X%	อาทิ สถิติจากศูนย์สุขภาพในท้องถิ่น	
วัตถุประสงค์	คนพิการสามารถเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพและด้านอื่นๆเช่นเดียวกับสมาชิกอื่นๆในชุมชน	จำนวนคนพิการที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพในท้องถิ่นเพิ่มสูงขึ้น X% ภายในสิ้นปี X X% ของคนพิการระบุว่าตนมีความพึงพอใจกับบริการด้านสุขภาพในท้องถิ่นในระดับที่สูง	อาทิ สถิติจากศูนย์สุขภาพในท้องถิ่น การประเมินผลช่วงกลางหรือปลายโปรแกรม	มีบริการด้านการดูแลสุขภาพของรัฐในท้องถิ่น
ผลลัพธ์	1. คนพิการมีความรู้เรื่องสุขภาพดีขึ้น และพยายามแสวงหาสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น	X% ของคนพิการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มพึ่งพาตนเองในท้องถิ่นภายในสิ้นปี X จำนวนผู้ที่มีอาการระดับทุติยภูมิลดลง X% ภายในสิ้นปี X	อาทิ บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม การเฝ้าสังเกต รายงานจากคนพิการและครอบครัว	คนพิการไม่ถูกกีดกันไม่ให้ได้รับการด้านการดูแลสุขภาพ
	2. ภาคสุขภาพมีความตระหนักถึงเรื่องความพิการในระดับที่ดีขึ้น	% ของเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพเข้ารับการฝึกอบรมเรื่องความเท่าเทียมกันของคนพิการภายในสิ้นปี X	อาทิ การเฝ้าสังเกต รายงานจากคนพิการและครอบครัว	บริการด้านการดูแลสุขภาพของรัฐในท้องถิ่นมีกำลังเพียงพอ
	3. สามารถลดอุปสรรคด้านกายภาพภายในสถานบริการด้านสุขภาพได้	% ของสถานบริการด้านสุขภาพมีลักษณะทางกายภาพที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงภายในสิ้นปี X	อาทิ การตรวจสอบสถานบริการด้านสุขภาพ การเฝ้าสังเกต การประเมินช่วงปลายโปรแกรม	
กิจกรรม	1.1 ให้ข้อมูลแก่คนพิการเกี่ยวกับที่ตั้งของสถานบริการและบริการด้านสุขภาพ 1.2 จัดตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเองซึ่งมุ่งเน้นเรื่องปัญหาสุขภาพเป็นสำคัญ 2.1 ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานบริการด้านการดูแลสุขภาพในท้องถิ่นเกี่ยวกับเรื่องความพิการ 3.1 ทำการตรวจสอบสถานบริการด้านสุขภาพเพื่อให้เห็นถึงอุปสรรคในทางกายภาพที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเข้าถึงได้ 3.2 จัดการประชุมร่วมกับหน่วยงานรัฐด้านสุขภาพในท้องถิ่นเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการกำจัดอุปสรรคทางกายภาพดังกล่าว	ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ ทรัพยากรมนุษย์ • ผู้จัดการโปรแกรม 1 คน • เจ้าหน้าที่ซีบีอาร์ 2 คน • ผู้ฝึกอบรมซีบีอาร์ 1 คน พัสดุ • เอกสารข้อมูล • เอกสารประกอบการสอน • สถานที่จัดการฝึกอบรม • เครื่องมือตรวจสอบ • ยานพาหนะ	ต้นทุน ระบุด้านทุนสำหรับทรัพยากรทั้งหมดที่จำเป็นต้องใช้	คนพิการใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อการเข้าถึงบริการต่างๆ คนพิการมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมและนำกิจกรรมของกลุ่มพึ่งพาตนเอง เจ้าหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพนำความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมไปประยุกต์ใช้ กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรทรัพยากรเพื่อการปรับปรุงอาคารและสำนักงาน

ขั้นที่ 3: การนำไปใช้และการควบคุม

บทนำ

ขั้นที่สามคือการนำไปใช้และการควบคุมซึ่งเป็นการนำเอาแผนที่ได้จากขั้นที่ 2 มาปฏิบัติใช้และดำเนินกิจกรรมทั้งปวงตามที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ในขั้นตอนของการจัดตั้งนี้ ผู้ดำเนินโครงการหรือผู้จัดการโปรแกรม จำเป็นต้องควบคุมความก้าวหน้าของโปรแกรมซึ่งมีอาร์อย่างต่อเนื่อง การควบคุมดังกล่าว จะทำให้ผู้จัดการมีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจและการเปลี่ยนแปลงการวางแผนในระยะสั้นเพื่อให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ได้จริงและบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลักในท้ายที่สุดด้วย ทั้งนี้ควรจะวางระบบการควบคุมและกำหนดตัวบ่งชี้และเครื่องยืนยันไว้แล้วตั้งแต่นั้นที่ 2 เมื่อมาถึงในขั้นที่ 3 นี้จึงสามารถเริ่มใช้ระบบการควบคุมดังกล่าวได้ทันทีเพื่อรวบรวม บันทึก วิเคราะห์ รายงานและใช้ข้อมูลต่างๆเพื่อการจัดการโปรแกรมซึ่งมีอาร์ได้



ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนต่างๆที่ระบุถึงข้างต้นนี้สามารถสลับเปลี่ยนลำดับกันได้ตามความเหมาะสมของการปฏิบัติจริง

พัฒนาแผนงานแบบลงรายละเอียด

สำหรับส่วนแรกของขั้นตอนการ นำโปรแกรมไปใช้ผู้จัดการหรือผู้ดำเนินโครงการ จะต้องนำเอาแผนโปรแกรมมาเป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาแผนงานแบบลงรายละเอียดด้วยความช่วยเหลือของทีมงานและ บุคลากรกลุ่ม อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แผนงานแบบลงรายละเอียดจะต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้

- มีงานเฉพาะเจาะจงงานใดบ้างที่สามารถทำให้กิจกรรมที่วางแผนไว้สำเร็จ
- งานแต่ละงานเหล่านั้นควรจะเริ่มดำเนินการเมื่อใดและจะสำเร็จสิ้นเมื่อใด
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการทำงานแต่ละอย่างให้เสร็จสิ้น

เราควรสรุปข้อมูลทั้งหมดของแผนงานให้เป็นรูปของตารางเพื่อให้เห็นภาพโครงสร้างได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ตารางแบบที่ใช้กันแพร่หลายก็คือตารางแกนต์ (Gantt chart) (3)

ขับเคลื่อนและจัดการทรัพยากร

ทรัพยากรด้านการเงิน

การระดมทุน: การพัฒนาโปรแกรมใหม่และการทำให้โปรแกรมที่มีอยู่แล้วสามารถดำเนินงานต่อไปได้จำเป็นต้องอาศัยการหาแหล่งเงินทุน ซึ่งเงินทุนสำหรับโปรแกรมซีบีอาร์สามารถหาได้จากแหล่งต่างๆ ในกรณีที่เป็นไปได้ควรเน้นการใช้สนับสนุนเงินทุนโดยชุมชนเองเนื่องจากจะทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนในระยะยาว แหล่งเงินทุนในชุมชน ได้แก่

- เงินให้หรือเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลในท้องถิ่น
- เงินบริจาคจากภาคธุรกิจท้องถิ่นและการอุปถัมภ์โดยองค์กร
- องค์กรประชาสังคม อาทิ สมาคมโรตารีและสมาคมไลออนส์
- ค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บจากคนพิการซึ่งมีฐานะ
- สลากเพื่อการกุศล กิจกรรมทางสังคม การแข่งขันและงานพิเศษอื่นๆ
- กิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้
- การทำไมโครไฟแนนซ์หรือกองทุนหมุนเวียนสำหรับชุมชน

หากในชุมชนมีทรัพยากรไม่เพียงพอก็อาจจำเป็นต้องระดมทุนในระดับภูมิภาค ระดับชาติหรือระดับนานาชาติเพื่อการพัฒนาและจัดตั้งโปรแกรมซีบีอาร์

การจัดการด้านการเงิน: เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ระบบการจัดการเงินต้อง มีความโปร่งใสเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อผู้มีส่วนได้เสียซึ่งรวมถึงหน่วยงานที่สนับสนุนเงินทุน สมาชิกในชุมชนและตัวคนพิการเอง การจัดการด้านการเงินถือเป็นบทบาทสำคัญประการหนึ่งของผู้จัดการโปรแกรมแต่บุคลากรอื่นก็อาจมีส่วนเกี่ยวข้องได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่โปรแกรมมีขนาดใหญ่และต้องอาศัยทุนจำนวนมากซึ่งการจัดการด้านการเงินประกอบด้วย

- การมีกลไกเพื่อการตรวจสอบว่าต้นทุนสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ระบุในขั้นตอนของการวางแผนหรือที่ตกลงกับผู้จัดการโปรแกรมจริงหรือไม่
- การเก็บรักษาบันทึกทางการเงินอย่างเพียงพอ
- การปรับตัวเลขทางการเงินให้ทันสมัยอยู่เสมอเพื่อให้สามารถใช้อ้างอิงได้ทันที
- การวางระบบเพื่อการตรวจสอบและถ่วงดุลอย่างเหมาะสม
- การแจ้งให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่มทราบเป็นประจำถึงสถานะทางการเงินของโปรแกรม

ทรัพยากรมนุษย์

การรับคนเข้า: การดำเนินโปรแกรม ควรมีการรับผู้จัดการโปรแกรมและบุคลากรซีบีอาร์จากชุมชนเองหาก เป็นไปได้ เพราะเขาเหล่านั้นมีความเข้าใจในวัฒนธรรมและภาษาถิ่นดีกว่า และสามารถเข้าถึงสมาชิกในชุมชนได้ง่ายกว่าด้วย โปรแกรมซีบีอาร์ควรจะมีคามมุ่งมั่นในการรับคนพิการหรือสมาชิกในครอบครัวของคนพิการเข้าทำงาน เพราะจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่โปรแกรมมีต่อหลักการซีบีอาร์เอง (ดู บทหน้า : ซีบีอาร์ในวันนี้) และยังคงช่วยสร้างศักยภาพให้แก่คนพิการและครอบครัวในอีกทางหนึ่งด้วย แต่ไม่ว่าในกรณีใดๆ การรับคนเข้า มาทำงานในโปรแกรม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้ดำเนินการควรมีการเตรียมคำอธิบายหน้าที่งานไว้ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการรับบุคลากรใหม่ เอกสารคำอธิบายนี้จะระบุถึงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้ที่จะมาทำงานในตำแหน่งดังกล่าวและประสบการณ์ที่บุคคลนั้นพึงมี

โปรแกรมซีบีอาร์บางโปรแกรมอาจมีความจำเป็นต้องพิจารณารับอาสาสมัคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ทรัพยากรมีจำนวนจำกัด อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับค่าตอบแทนแต่ก็จะได้รับสิ่งจูงใจและทรัพยากรเพื่อช่วยให้สามารถทำงานของตนได้ สมาชิกในชุมชนบางคนอาจจะยินดีทำงานให้กับโปรแกรมซีบีอาร์ในลักษณะอาสาสมัคร อาทิ คนพิการ สมาชิกในครอบครัวของคนพิการ นักเรียนนักศึกษา และบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ ด้วยเหตุนี้ ผู้ดำเนินโปรแกรมจำเป็นต้องพิจารณาให้เห็นถึงทั้งข้อดีและข้อเสียของการใช้อาสาสมัคร กล่าวคือในขณะที่อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับท้องถิ่นดีและเป็นการประหยัดงบประมาณ แต่ก็เป็นไปได้ว่าอาสาสมัครผู้นั้นอาจก็มีเวลาจำกัดและ ส่งผลให้อัตราการเลิกทำงานสูงด้วยเช่นกัน

การฝึกอบรม:ผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์และบุคลากรซีบีอาร์จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่หลากหลายเพื่อให้สามารถทำงานตามบทบาทและความรับผิดชอบของตนได้ (ดู ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย) และจากการที่มีการกำหนดเมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน(ดู บทนำ: ซีบีอาร์ในวันนี้) และคู่มือซีบีอาร์นี้ขึ้นก็จะทำให้ ผู้เกี่ยวข้อง ต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในอนาคต ดังนั้นโปรแกรมซีบีอาร์จำเป็นต้องปรับปรุงและสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมของตนเองอยู่เสมอหรือพัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมใหม่ๆ ตามที่จำเป็น

หลักสูตรฝึกอบรมซีบีอาร์สำหรับผู้จัดการโปรแกรมและบุคลากรซีบีอาร์มีกระจายอยู่ตามประเทศต่างๆทั่วโลก หลักสูตรเหล่านี้มีระยะเวลาและเนื้อหาสาระที่พัฒนาแตกต่างกันไปและจัดโดยหน่วยงานประเภทต่างๆ ยกตัวอย่างเช่นในบางประเทศ มีสถาบันระดับตติยภูมิ ที่มีหลักสูตรระดับอนุปริญญาสำหรับบุคลากรซีบีอาร์ ในขณะที่บางประเทศอาจจะมีหลักสูตรชนิดที่ไม่ได้รับวุฒิปริญญาและอาจจะใช้เวลาอบรมเพียงไม่กี่สัปดาห์หรือไม่กี่เดือนเท่านั้น

การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ซีบีอาร์มีจุดมุ่งหมายในการยกระดับความสามารถในการนำบริการที่มีคุณภาพสูง ส่งไปให้ถึงคนพิการและสมาชิกในครอบครัว การฝึกอบรมอาจครอบคลุมเรื่องต่างๆ อาทิ สิทธิของคนพิการ การพัฒนาชุมชนและการปฏิบัติแบบครบวงจร การสื่อสาร ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายขั้นพื้นฐาน (เช่น การระบุประเภทของความทุพพลภาพ การคัดกรองและการประเมินเบื้องต้น และกิจกรรมบำบัดขั้นพื้นฐาน) และกระบวนการกลุ่ม (เช่น การจัดตั้งกลุ่มพึ่งพาตนเอง)

ในการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรซีบีอาร์นั้นเราจำเป็นต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนว่าเนื้อหาประเภทใดที่มีความเหมาะสม เพราะหลักสูตรการฝึกอบรมมักอิงพื้นฐานมาจากหลักสูตรที่ออกแบบมาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างเช่นนักกายภาพบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด ดังนั้นหลักสูตรเช่นนี้จึงไม่เหมาะสมและไม่สามารถปฏิบัติได้จริง เนื่องจาก มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางคลินิกและเทคนิคในระดับที่สูงเกินกว่าที่จำเป็นสำหรับงานพัฒนาชุมชน

การฝึกอบรมผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์มีจุดมุ่งหมาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกิจกรรมของโปรแกรม ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้จัดการโปรแกรม จึงจำเป็นต้องมีความคุ้นเคยกับขั้นตอนทั้งสี่ของวงจรการจัดการซึ่งจำเป็นต่อความสำเร็จของโปรแกรมเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ผู้จัดการยังต้องมีความเข้าใจในเรื่องความพิการและยุทธศาสตร์ซีบีอาร์อย่างดียิ่งด้วย

กรอบที่ 9 หมู่เกาะโซโลมอน

การศึกษาในระดับวิชาชีพเพื่อความสามารถในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งกว่า

Solomon Islands College of Higher Education เริ่มจัดการเรียนการสอนหลักสูตรระดับประกาศนียบัตรสาขาการฟื้นฟูโดยมีชุมชนซึ่งมีพื้นฐานมาจากยุทธศาสตร์ซีบีอาร์เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 2010 เป้าหมายของหลักสูตรนี้คือการพัฒนาบัณฑิตให้มีทักษะและความรู้ในการปฏิบัติยุทธศาสตร์ซีบีอาร์ในระดับจังหวัด โดยหลักสูตรระยะเวลาสองปีดังกล่าวครอบคลุมองค์ความรู้ต่างๆดังต่อไปนี้

ทักษะการขยายผลการบำบัด– เรียนรู้เกี่ยวกับประเภทของความพิการและทักษะการทำกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด และการบำบัดด้วยการสนทนาในขั้นพื้นฐาน

ทักษะการฟื้นฟูชุมชน– ทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชน ตลอดจนการช่วยเหลือชุมชนให้เข้าใจในเรื่องความพิการ และการให้โอกาสที่เท่าเทียมกันแก่คนพิการ

ทักษะการพัฒนาชุมชน – ทักษะในการริเริ่มโครงการหรือกลุ่มระดับชุมชนที่ช่วยส่งเสริมคนพิการในชุมชน

ทักษะและความสามารถในการลงพื้นที่จริงในงานซีบีอาร์– ฝึกปฏิบัติทุกสิ่งที่ได้เรียนไปกับผู้คนจริงๆในชุมชน

หลังจากที่สำเร็จการศึกษาแล้วเป็นที่คาดว่าบัณฑิตตามหลักสูตรดังกล่าวจะมีทักษะและความรู้ที่เหมาะสมสำหรับการทำงานในหน่วยซีบีอาร์ (ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและบริการด้านการแพทย์) ในฐานะเจ้าหน้าที่ภาคสนามในจังหวัดต่างๆหรือในฐานะผู้ช่วยงานบำบัดประจำโรงพยาบาล หรือหากออกไปนอกภาคส่วนของการดูแลสุขภาพก็ยังสามารถทำงานในระบบการศึกษาและองค์กรพัฒนาภาคเอกชนได้ด้วยเช่นกัน

การพัฒนา การสนับสนุนและกำกับดูแลเจ้าหน้าที่: การพัฒนาเจ้าหน้าที่ (อาทิ การฝึกอบรมแบบต่อเนื่อง) เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์และผู้เกี่ยวข้องได้ทบทวนทักษะที่ตนมีอยู่แล้วและพัฒนาทักษะใหม่ที่เหมาะสมตามความจำเป็น โดยมากแล้วเราสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อการฝึกอบรมแบบต่อเนื่อง อาทิ หลักสูตรการฝึกอบรมที่มีอยู่แล้ว เอกสารการฝึกอบรมจากองค์กรอื่นและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมซีบีอาร์บางโปรแกรมอาจไม่ประสบความสำเร็จเพราะว่าไม่ได้ให้การสนับสนุนและการกำกับดูแลเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ บุคลากรซีบีอาร์จึงเป็นเสมือนกระดูกสันหลังสำคัญของโปรแกรมซีบีอาร์ ดังนั้นผู้จัดการจึงจำเป็นต้องทำให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นว่าเสียงของพวกเขาถูกรับฟังและมีผู้คอยให้การสนับสนุนบทบาทที่พวกเขาแสดงอยู่ การสนับสนุนและการกำกับดูแลประกอบด้วย การกำหนดสายการกำกับดูแลและรายงานที่ชัดเจน การทำให้บุคลากรทราบถึงบทบาทและความรับผิดชอบของตน และการพิจารณาประสิทธิภาพในการทำงานอยู่เป็นประจำ ผู้จัดการโปรแกรมจำเป็นต้องเผื่อระวังอาการ “หมดไฟ” ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้กับบุคลากรซีบีอาร์ที่รับงานมามากเกินไป หนักเกินไปหรือต้องปฏิบัติงานนานเกินไป

กรอบที่ 10 ปาปัวนิวกินี

ยกระดับความน่าเชื่อถือและสถานะของบุคลากรซีบีอาร์

หลังจากที่สำเร็จหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นแล้วบุคลากรซีบีอาร์ที่ปาปัวนิวกินีจะสามารถคัดกรองหาโรคเท้าปุกในเด็ก และโรคต่อกระดูกในผู้ใหญ่ได้และส่งผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไปเพื่อรับการเข้าไปแก้ไขช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็น การเข้าไปแก้ไขช่วยเหลือเช่นนี้มีประสิทธิภาพเป็นอย่างยิ่งสำหรับคนที่มีความทุพพลภาพดังกล่าวและสมาชิกในครอบครัว ทั้งยังเป็นยกระดับความน่าเชื่อถือและสถานะของบุคลากรซีบีอาร์ในชุมชนของตนอีกทางหนึ่งด้วย

ดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้

ผู้จัดการโปรแกรมควรจะมีใจกับแผนงานเป็นอย่างดีและสามารถเตรียมงานเพื่อให้เกิดความพร้อมในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ คู่มือฉบับนี้จะไม่อธิบายลงในรายละเอียดของกิจกรรมซีบีอาร์เนื่องจากข้อมูลในส่วนนั้นจะได้กล่าวถึงต่อไปในองค์ประกอบต่าง ๆ (ดู คู่มือเล่ม 2-6) และคู่มือเล่มเสริม (ดู คู่มือเล่ม 7) สำหรับกิจกรรมส่วนมากจะจัดได้เป็นประเภทหลักต่าง ๆ ดังนี้

การยกระดับความตระหนัก

กิจกรรมการยกระดับความตระหนักที่ใช้ในงานซีบีอาร์มุ่งเน้นไปที่กลุ่มบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก ๆ เพื่อให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความพิการ เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติและพฤติกรรม และก่อให้เกิดกระแสสนับสนุน ยุทธศาสตร์และโปรแกรมซีบีอาร์ และเพื่อกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้เสียได้มีส่วนร่วมในโปรแกรมด้วยตนเอง

การประสานงานและการสร้างเครือข่าย

กิจกรรมประสานงานและสร้างเครือข่ายเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างความสัมพันธ์และการเป็นพันธมิตรที่ดีกับผู้เกี่ยวข้องของโปรแกรมซีบีอาร์ กิจกรรมเช่นนี้ถือว่ามีสำคัญต่อการแบ่งปันความรู้และทรัพยากร ลดการดำเนินงานซ้ำซ้อน และช่วยในการขับเคลื่อนความร่วมมือร่วมใจของชุมชน

การนำคนพิการเข้าสู่กระแสหลัก

กิจกรรมการนำคนพิการเข้าสู่กระแสหลักของการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทำให้คนพิการสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ และได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในภาคส่วนต่างๆของการพัฒนา อาทิ ภาคสุขภาพ ภาคการศึกษา ภาคความเป็นอยู่ที่ดีและภาคสังคม กิจกรรมเหล่านี้จะต้องมีมาตรการเฉพาะประกอบด้วย เช่น การอำนวยความสะดวกตามสมควรเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงโอกาสที่เท่าเทียมกันได้

การให้บริการ

โปรแกรมซีบีอาร์แต่ละโปรแกรมจะให้บริการที่แตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับว่าโปรแกรมนั้นมุ่งเน้นไปที่สวนใดของเมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน กิจกรรมหลายกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการให้บริการนั้นจะต้องดำเนินการโดยบุคลากรซีบีอาร์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวอาจเป็นไปได้ตั้งแต่การคัดกรองคนพิการและการส่งต่อไปยังบริการสายหลักการให้บริการเฉพาะทางเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายขั้นพื้นฐานและอุปกรณ์ช่วยเหลือขั้นพื้นฐานต่าง ๆ เป็นต้น

การรณรงค์

ในการดำเนินการแต่เดิมของโปรแกรมซีบีอาร์ มิได้คำนึงถึงการรณรงค์ เพราะมุ่งเน้นที่จะให้บริการแก่คนพิการเพียงอย่างเดียว กิจกรรมรณรงค์มีหลายประเภทด้วยกันและสามารถใช้เพื่อให้คนพิการได้รับโอกาสและสิทธิ์เท่าเทียมผู้อื่นในด้านสุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ที่ดีและสังคม ตลอดจนในแง่มุมอื่นๆของชีวิตชุมชนด้วย

การสร้างความสามารถหรือศักยภาพ

การเสริมสร้างความสามารถหรือศักยภาพในการทำงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องของโปรแกรมซีบีอาร์ จะช่วยให้เกิดความมั่นใจว่า บุคลากรเหล่านั้นมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะทำหน้าที่ตามบทบาทและความรับผิดชอบของตน (ดู ชั้นที่ 1: การวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้อง) การฝึกอบรมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะพัฒนาความสามารถของบุคลากร และมีการระบุให้เป็นกิจกรรมแนะนำอยู่เสมอในชุดคู่มือนี้ อย่างไรก็ตาม บุคลากรผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียทุกคนหรือทุกกลุ่มไม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมประเภทหรือระดับเดียวกันเสมอไป แต่การฝึกอบรมควรจะอยู่บนพื้นฐานของบทบาทและความรับผิดชอบที่คาดหวัง และความจำเป็นที่เกิดขึ้นจากบทบาทและความรับผิดชอบดังกล่าวนี้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางรายอาจต้องการเพียงเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการในระยะสั้นๆ เช่น การสัมมนาหรือการฟังบรรยายเพื่อให้ตนเข้าใจในปัญหาเรื่องความพิการและยุทธศาสตร์ซีบีอาร์ แต่ผู้เกี่ยวข้องบางรายอาจถึงขั้นต้องการหลักสูตรการฝึกอบรมในลักษณะที่เป็นทางการเลยก็เป็นได้

โปรแกรมซีบีอาร์จำเป็นต้องพิจารณาให้เห็นถึงหลักสูตรฝึกอบรมที่มีอยู่แล้วในชุมชนก่อนเพื่อประหยัดทรัพยากรและใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์ที่สุด ทรัพยากรในการฝึกอบรมอาจหมายถึงหน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาสาขาหลักและองค์กรพัฒนาภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องเรื่องความพิการ การฝึกให้ผู้อื่นมีความสามารถในการฝึกอบรมผู้อื่นอีกทอดหนึ่งในเรื่องซีบีอาร์ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกันเพื่อที่จะทำให้แน่ใจได้ว่าในระดับท้องถิ่นมีคนที่มีความรู้เรื่องซีบีอาร์เป็นอย่างดีและมีทักษะในการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถให้บุคลากรคนอื่นๆ

การควบคุมและการเฝ้าสังเกต

การควบคุมและการเฝ้าสังเกตคืออะไร

การควบคุมคือการติดตามการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรม ในการควบคุมนี้ ผู้รับผิดชอบอาจต้องเฝ้าสังเกตและเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นประจำตลอดทั้งช่วงเวลาของขั้นตอนการเฝ้าสังเกต การควบคุมในลักษณะเช่นนี้จัดเป็นงานภายในของโปรแกรม (ดำเนินการโดยผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์และบุคลากรซีบีอาร์) เพื่อช่วยให้ทีมสามารถพิจารณาได้ว่ากิจกรรมใดดำเนินไปได้ด้วยดีและกิจกรรมใดดำเนินไปได้ไม่ดีนักผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะนำมาใช้ปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามความเหมาะสม หากโปรแกรมใดมีระบบการควบคุมและเฝ้าสังเกตที่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้การประเมินผลโปรแกรมทำได้ง่ายขึ้นเป็นอย่างมาก (ดู ชั้นที่ 4: การประเมินผล)

ขั้นตอนของการควบคุมและการเฝ้าสังเกต

ตั้งตัวบ่งชี้: การตั้งตัวบ่งชี้ควรตั้งตั้งแต่ขั้นที่ 2 หรือขั้นของการวางแผนและออกแบบ

ตัดสินใจว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร : การตัดสินใจว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการเฝ้าสังเกตอย่างไร (เครื่อง ยืนยัน) ควรจะทำการตั้งตั้งแต่ขั้นที่ 2 เช่นกัน

เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล: โปรแกรมควรจะมีระบบเพื่อการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการ ระบบที่ว่าการจะมีความถี่และวิธีการที่เรียบง่ายที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และเก็บรวบรวมเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจริงๆ เท่านั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนควรจะได้รับ การฝึกอบรมให้สามารถปฏิบัติตามและใช้ระบบนี้ได้ เช่น ควรจะสามารถใช้แบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องเป็นต้น นอกจากนี้ระบบแบบที่ไม่เป็นทางการก็อาจจะมีประโยชน์เช่นกัน เช่น ทางโปรแกรมอาจขอให้บุคลากรซึ่งมีอาร์บั้นที่ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของตนเองลงในสมุดบันทึกประจำวัน และจัดให้มีตารางการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นประจำ เช่น ทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือนและ /หรือทุกไตรมาส ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรายงานผลของโปรแกรม

วิเคราะห์ข้อมูล: การเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ได้ง่ายกว่าการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น อย่างไรก็ตาม ใ้หากผู้จัดการโปรแกรมซึ่งมีอาร์บั้นไม่พิจารณาข้อมูลที่ใ้ให้ถ่วงถึก็จะไม่สามารถสังเกตเห็นถึงความก้าวหน้าของกิจกรรมภายใต้โปรแกรมและปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากทึวิเคราะห์ข้อมูลแล้วก็อาจจำเป็นต้องศึกษาหรือสืบสอบเพิ่มเติมต่อไป เพื่อให้เกิดความกระจ่างว่าปัญหาที่พบนั้นแท้จริงแล้วคืออะไรกันแน่

รายงานและแบ่งปันข้อมูล: การรายงานและการแบ่งปันข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าสังเกตกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียหลักจะทำให้โปรแกรมมีความโปร่งใสและแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบ รายงานการเฝ้าสังเกตควรมีข้อมูลต่างๆ อาทิ กิจกรรมหรืองานที่รายงาน งานที่วางแผนไว้สำหรับระยะเวลาของการรายงานนั้นและงานที่สำเร็จจริง พัฒนาการไปสู่ผลลัพธ์ที่ประสงค์ของโปรแกรม ค่าใช้จ่ายตามงบประมาณเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายจริง ความสำเร็จ ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบ การแก้ไขที่ใ้ดำเนินการไปหรือที่แนะนำ และบทเรียนที่ใ้ได้รับ เกณฑ์ในการรายงานอาจแตกต่างกันตามโครงสร้างการจัดการของโปรแกรมซึ่งมีอาร์บั้นนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่นในระดับท้องถิ่นนั้นบุคลากรซึ่งมีอาร์บั้นจะต้องรายงานต่อผู้จัดการโปรแกรมทุกสัปดาห์ ผู้จัดการโปรแกรมอาจต้องรายงานขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้นทุกเดือน เป็นต้น

จัดการข้อมูล: ในการดำเนินโปรแกรมซึ่งมีอาร์บั้นโดยปกติแล้วจะมีการนำเสนอข้อมูลต่างๆออกมาเป็นจำนวนมาก อาทิ เอกสาร รายงาน จดหมายโต้ตอบและบัญชีต่างๆ การจัดการข้อมูลที่ดีจึงจำเป็นต้องอาศัยระบบการจัดเก็บแฟ้มข้อมูลที่ มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาและป้องกันความผิดพลาดในขั้นตอนของการเฝ้าสังเกตได้มาก และหากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นความลับด้วยก็จำเป็นต้องดูแลให้มีการรักษาข้อมูลนั้นไว้ในที่ที่ปลอดภัยเท่านั้น

ขั้นที่ 4: การประเมินผล

บทนำ

<p>การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรการจัดการ การประเมินผลดังกล่าวคือการประเมินโปรแกรมซีบีอาร์ที่กำลังดำเนินอยู่หรือที่เสร็จสมบูรณ์ไปแล้วเพื่อพิจารณาว่าผลลัพธ์ที่ระบุในแผนโปรแกรม (ดู ขั้นที่ 2: การวางแผน และการออกแบบ) บรรลุแล้วหรือไม่และสถานการณ์พื้นฐาน (ดู ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์) มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ การประเมินผลจะทำให้สามารถตัดสินใจได้ว่าจะดำเนินการโปรแกรมต่อ เปลี่ยนแปลงโปรแกรมหรือยุติโปรแกรม และยังสามารถเป็นหลักฐานชิ้นสำคัญอีกตัวว่าซีบีอาร์เป็นยุทธศาสตร์ที่ดีสำหรับการสร้างโอกาสที่เท่าเทียมกัน การลดความยากจนและการทำให้คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</p>	
---	--

ผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์ส่วนหนึ่งอาจเป็นกังวลว่าผลการประเมินอาจแสดงให้เห็นถึงความผิดพลาดหรือจุดอ่อนของตนเด่นชัดขึ้น ในเรื่องนี้จึงต้องทำความเข้าใจเสียก่อนว่าไม่มีโปรแกรมใดที่จะดำเนินการไปได้อย่างราบรื่นโดยสมบูรณ์อยู่แล้ว และแม้แต่โปรแกรมที่ประสบความสำเร็จสูงก็ยังประสบปัญหาบ้างระหว่างการดำเนินโปรแกรมอยู่ดี โปรแกรมซีบีอาร์ที่ประสบความสำเร็จจึงควรจะต้องสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ประสบเรียนรู้จากปัญหาเหล่านั้นและใช้ผลที่ได้จากการเรียนรู้ปัญหาเพื่อการวางแผนที่ดีในอนาคต

คนจำนวนมากคิดว่าการประเมินผลเป็นเรื่องที่ยากลำบากเพราะคู่มือ ส่วนใหญ่ มักบรรยายถึงกระบวนการและวิธีการต่างๆ ในรูปแบบที่ซับซ้อน เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่โปรแกรมซีบีอาร์จำนวนมากรู้สึกว่าจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นถึงจะทำการประเมินได้ อย่างไรก็ตามหากมีการวางแผนและเตรียมการอย่างเหมาะสมแล้วผู้ประเมินโปรแกรมซีบีอาร์ก็สามารถทำการประเมินผลอย่างง่ายได้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา

การประเมินผล

การประเมินผลคืออะไร

การประเมินผลคือการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาในด้านต่างๆ ของโปรแกรม กล่าวคือ เป็นการประเมินความสอดคล้อง ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลกระทบและความยั่งยืนของโปรแกรมซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยสำคัญทั้งสิ้น เมื่อทำการประเมินผลแล้วผู้จัดการโปรแกรมซีบีอาร์จะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของโปรแกรมเองและใช้บทเรียนที่ได้มาในการปรับปรุงกิจกรรมที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันและส่งเสริมให้เกิดการวางแผนที่ดียิ่งขึ้นโดยการเลือกวิธีการอื่นๆ สำหรับการดำเนินงานในอนาคต

ใครเป็นผู้ทำการประเมิน

ผู้ประเมินโปรแกรมซีบีอาร์ อาจเป็นเจ้าของหน้าที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมซีบีอาร์ที่ประเมินงานของตนเองเป็นการภายใน (การประเมินผลตนเอง) หรืออาจเป็นบุคคลหรือหน่วยงานอิสระจากภายนอกที่เข้ามาตรวจสอบการดำเนินงาน (การประเมินผลจากภายนอก) การประเมินผลทั้งสองรูปแบบมีข้อดีและข้อด้อยของตนเอง ดังนั้นการประเมินผลของแต่ละโปรแกรมจะมีความแตกต่างกันไป แต่หากจะให้ดีแล้วควรเป็นการประเมินผลด้วยการผสมระหว่างทั้งสองแนวทางที่ได้กล่าวถึงนี้

การประเมินผลจะมีขึ้นเมื่อใด

การประเมินผลแตกต่างจากการควบคุมหรือเฝ้าสังเกตเพราะว่าการประเมินผลไม่ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลเกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาบางช่วงของวงจรโครงการเท่านั้น โดยอาจมีขึ้นเมื่อถึงครึ่งทางของการจัดตั้งโปรแกรมทันทีหลังจากที่โปรแกรมเสร็จสมบูรณ์หรือหลังจากนั้น (เช่น การประเมินในรอบ 2 ปี)

ขั้นตอนของการประเมินผล

การประเมินผลโปรแกรมซีบีอาร์จะขึ้นอยู่กับสิ่งที่ทำการประเมิน ผู้ที่ขอให้มีการประเมินและผู้ที่ทำการประเมิน โดยปกติแล้วการประเมินผลจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

จุดมุ่งเห็นในการประเมิน

ขั้นตอนแรกของการประเมินผลคือการพิจารณาว่าจุดมุ่งเห็นของการประเมินผลคืออะไร หรือกล่าวคือการพิจารณาว่าเหตุใดจึงมีการประเมินผลเกิดขึ้น (วัตถุประสงค์) และพิจารณาว่าการประเมินผลในครั้งนี้นำไปสู่ข้อมูลที่เป็นคำตอบใด

เนื่องจากเราไม่สามารถทำการประเมินผลเพียงครั้งเดียวเพื่อให้ครอบคลุมทุกแง่มุมของโปรแกรมได้ ดังนั้นเราจึงจำเป็นต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนว่าวัตถุประสงค์ของการประเมินผลนั้นคืออะไร วัตถุประสงค์ของการประเมินผล ได้แก่

- ประเมินว่าบุคลากรซีบีอาร์สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถหรือไม่เพื่อที่จะได้พิจารณาต่อไปว่าบุคลากรเหล่านี้ควรต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมหรือไม่
- ประเมินว่ากิจกรรมใดเกิดผลดีที่สุด พิจารณากิจกรรมส่วนใดของโปรแกรมที่ควรจะมีการดำเนินการต่อและกิจกรรมส่วนใดที่ควรจะล้มเลิกไป
- ประเมินว่าโปรแกรมเกิดผลตามที่วางไว้หรือไม่ เพื่อพิจารณาว่าจะนำยุทธศาสตร์นี้ไปใช้ซ้ำที่อื่นหรือไม่
- ประเมินว่าทรัพยากรถูกใช้อย่างเหมาะสมหรือไม่ ผลลัพธ์ที่ได้รับและกระบวนการที่ตามมา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของโปรแกรม

เมื่อทราบถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลแล้วจึงสามารถกำหนดข้อคำถามที่การประเมินผลนั้นจะต้องตอบให้ได้ คำถามไม่ควรเป็นคำถามพื้นฐานเพียงเพื่อให้ได้คำตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เท่านั้นแต่ควรจะเป็นคำถามที่จะทำให้ทราบถึงความสอดคล้อง ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลกระทบและความยั่งยืนของโปรแกรม (ดู ตารางที่ 4: องค์ประกอบของการประเมินผล)

4:

ตารางที่ 4: องค์ประกอบของการประเมินผล	
ความสอดคล้อง	โปรแกรมนี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการ ครอบครัวของคนพิการและชุมชนหรือไม่
ประสิทธิภาพ	โปรแกรมได้มีการนำทรัพยากร (มนุษย์ การเงินและพัสดุ) ไปใช้ในวิธีการที่เหมาะสมหรือดีที่สุดหรือไม่
ประสิทธิผล	โปรแกรมสามารถบรรลุผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ ปริมาณและเวลาหรือไม่
ผลกระทบ	โปรแกรมสามารถบรรลุเป้าหมายในวงกว้างแล้วหรือไม่ โปรแกรมนี้ได้เปลี่ยนแปลงชีวิตของคนพิการ และครอบครัวอย่างไร โปรแกรมนี้มีผลต่อชุมชนในด้านทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อคนพิการอย่างไร
ความยั่งยืน	โปรแกรมนี้จะสามารถดำเนินต่อไปได้หรือไม่เมื่อการสนับสนุนจากภายนอกถูกตัดลงหรือถอยถอยไป

เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่สองคือการตัดสินใจว่าจะตอบคำถามของการประเมินผลอย่างไรโดยการพิจารณาถึงประเด็นต่อไปนี้

- **ใครสามารถให้ข้อมูลได้** – ผู้เกี่ยวข้องกับโปรแกรมซีบีอาร์ทุกฝ่าย คือแหล่งข้อมูลที่ดีซึ่งผู้ประเมินสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากคนพิการและครอบครัว โปรแกรมเพื่อชุมชนอื่นๆ หน่วยงานรัฐในท้องถิ่น (อาทิ สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ฯลฯ บุคลากรซีบีอาร์และบุคลากรในวิชาชีพอื่น ๆ ก็สามารถเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีได้เช่นกันเนื่องจากบุคลากรเหล่านี้มีการบันทึกกิจกรรมและการเข้าไปช่วยแก้ไขที่ตนได้ดำเนินการไปตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- **การเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำได้อย่างไร**– การเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถทำได้หลายทางด้วยกัน แต่ละทางก็มีข้อดีและข้อเสียในตัวเอง แต่โดยปกติแล้วการประเมินผลจะใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธี (ดู ตารางที่ 5: วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล)
- **จะเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อใด** – เราสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ในช่วงของขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินโปรแกรมการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนโปรแกรมเริ่มต้นขึ้นจะทำให้เรามีข้อมูลเบสไลน์ (ดู ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์) ข้อมูลเบสไลน์เป็นสิ่งสำคัญที่ควรจะต้องมีเวลาที่ต้องการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมซีบีอาร์ หากเราไม่ทราบสถานการณ์ก่อนที่โปรแกรมจะเริ่มขึ้นเราก็จะประเมินได้ยากกว่าโปรแกรมนี้มีผลกระทบใดๆบ้าง นอกจากนี้เรายังสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลขณะที่โปรแกรมกำลังดำเนินไป (ดู ขั้นที่ 3: การควบคุมและการเฝ้าสังเกต) หรือเมื่อถึงจุดสิ้นสุดสุดของโปรแกรมด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 5: วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการ	เชิงคุณภาพ	เชิงปริมาณ	วัตถุประสงค์โดยรวม
แบบสอบถาม	X	X	เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนของปัญหาที่เจาะจงและชัดเจนจากคนพิการ ผู้ปกครองหรือผู้มีส่วนได้เสียหลักอื่น
แบบประเมินรายบุคคล	X	X	เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันในด้านความเป็นอยู่ สุขภาพ กิจกรรมประจำวัน ฯลฯ ผลลัพธ์ที่ได้สามารถนำไปเปรียบเทียบกับรายงานกรณีศึกษาเริ่มแรกได้
แบบสำรวจ		X	เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของทัศนคติและคุณภาพชีวิต (หากจะให้ดีต้องเปรียบเทียบกับข้อมูลเบสไลน์) ผ่านทางการใช้แบบสำรวจ
การพิจารณาเอกสาร	X	X	เพื่อทำความเข้าใจนโยบายพื้นฐานของโปรแกรมและวิธีการดำเนินงานของโปรแกรม (การทบทวนนโยบาย ข้อบังคับ กระบวนการ การจัดการด้านการเงินและธุรการ)
การพิจารณาบันทึกข้อมูล		X	เพื่อให้ได้ภาพรวมของจำนวนและลักษณะของคนพิการที่มารับบริการ พัฒนาการที่เกิดขึ้น การเข้าไปช่วยแก้ไขที่ได้ดำเนินการไป ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลป้อนเข้าและผลลัพธ์ อัตราภาระงานของเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ฯลฯ
การสัมภาษณ์	X		เพื่อให้เกิดความเข้าใจในมุมมอง ความรู้สึกหรือประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์หรือเพื่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้นว่าเหตุใดเขาจึงตอบแบบสอบถามเช่นนั้น
การสังเกต	X	X	เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานที่แท้จริงของโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับกระบวนการและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ
การประชุมหรือการสนทนากลุ่ม	X		เพื่อทำความเข้าใจกับเรื่องใดๆในระดับที่ลึกลงไปอีกด้วยการสนทนากลุ่ม เช่น เพื่อให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเหล่านั้นมีปฏิกิริยาต่อประสบการณ์หรือคำแนะนำอย่างไร หรือเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาต่างๆร่วมกัน ฯลฯ

วิเคราะห์ข้อมูลและหาข้อสรุป

หลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้ประเมินจะต้องทำความเข้าใจกับข้อมูลนั้นต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำให้เห็นถึงรูปแบบ แนวโน้มหรือข้อค้นพบที่คาดไม่ถึงจากนั้นจึงพิจารณาว่าข้อมูลนั้นสามารถตอบข้อคำถามของการประเมินผลหรือไม่ และหากตอบได้แล้วสามารถตอบได้ดีเพียงใด ข้อมูลต่างประเภทกันก็จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ต่างกัน ยกตัวอย่างเช่นข้อมูลในเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม การทดสอบหรือบันทึกก็มักจะใช้วิธีการและโปรแกรมทางสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์หรือการประชุมสนทนากลุ่มก็มักจะวิเคราะห์โดยการจัดโครงสร้างตามหัวข้อหลักที่กำหนดไว้ และเมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วจึงจะสามารถหาข้อสรุปและเสนอคำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมนี้ได้

แบ่งปันข้อค้นพบและนำไปดำเนินการ

การประเมินผลจะไม่มีประโยชน์แต่อย่างใดเลยหากมิได้มีการนำข้อสรุปและคำแนะนำที่ได้ไปดำเนินการต่อ ดังนั้นจึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะได้มีการรายงานและแบ่งปันข้อค้นพบที่ได้การรายงานและแบ่งปันข้อค้นพบสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การนำเสนอรายงานการประเมินผลอย่างเป็นทางการในลักษณะของลายลักษณ์อักษร การนำเสนอผลการประเมินในที่ประชุมร่วมกับสมาชิกในชุมชน การเขียนบทความเพื่อตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น การเขียนกรณีศึกษาเพื่อตีพิมพ์ในจดหมายข่าวที่จะส่งเวียนไปยังหน่วยงานอื่นๆ การเขียนบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารหรือการนำเสนอรายงานในที่ประชุมใหญ่ หลังจากที่มีการประเมินผลแล้วก็จำเป็นที่จะต้องไต่ตรองและเรียนรู้ด้วยว่าสิ่งใดเกิดผลและสิ่งใดไม่เกิดผล สิ่งใดที่ท่านทำถูกแล้วและสิ่งใดที่ท่านทำผิดไป ผลของการประเมินควรมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมหรือส่วนต่างๆของโปรแกรมว่าควรมีการดำเนินการต่อไปปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จใดที่ควรจะไปขยายผลการดำเนินงานและปัญหาหรือสิ่งสำคัญอะไรบางที่ชุมชนจะต้องดูแลแก้ไขกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004). International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 March 2010).
2. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/disabilities/>, accessed 30 March 2010).
3. Blackman R. *Project cycle management*. Teddington, Tearfund, 2003 (<http://tilz.tearfund.org/Publications/ROOTS/Project+cycle+management.htm>, accessed 5 May 2010).
4. Australian Agency for International Development. *AusGuideline: 3.3: The logical framework approach*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005 (<http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf>, accessed 5 May 2010).

เอกสารแนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

ARC resource pack: a capacity-building tool for child protection in and after emergencies. London, Action on Rights for Children, 2009 (<http://www.arc-online.org/using/index.html>, accessed 5 May 2010).

Community based initiatives series. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003 (<http://www.emro.who.int/publications/series.asp?RelSub=Community-Based%20Initiatives%20Series>, accessed 5 May 2010).

Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 1994 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf, accessed 5 May 2010).

Cornielje H, Velema JP, Finkenflugel H. Community based rehabilitation programmes: monitoring and evaluation in order to measure results. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):36–49 (<http://www.leprosy-review.org.uk/>, accessed 5 May 2010).

During I, ed. *Disability in development: experiences in inclusive practices.* Lyon, Handicap International, 2006(http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_46088.html, accessed 5 May 2010).

FAO Socio-Economic and Gender Analysis Programme. *Project cycle management technical guide.* Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2001 (<http://www.fao.org/sd/Seaga/downloads/En/projecten.pdf>, accessed 5 May 2010).

Guidance Note 5: Tools for mainstreaming disaster risk reduction – project cycle management. European Commission, 2004 (http://www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN5.pdf, accessed 5 May 2010).

Guidelines for conducting, monitoring and self-assessment of community based rehabilitation programmes: using evaluation information to improve programmes. Geneva, World Health Organization, 1996 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_RHB_96.3.pdf, accessed 5 May 2010).

Handicap International/ Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association (SHIA)/ Swedish Disability Federation (HSO). *A guidance paper for an inclusive local development policy.* Make Development Inclusive, 2009 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 5 May 2010).

Helander E. *Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation*, 2nd ed. New York, United Nations Development Programme, 1999 (<http://www.einarhelander.com/books.html>, accessed 5 May 2010).

Make development inclusive: how to include the perspectives of persons with disabilities in the project cycle management guidelines of the EC – concepts and guiding principles. Make Development Inclusive (undated)(<http://www.inclusive-development.org/cbmtools/>, accessed 5 May 2010).

Managing the project cycle. Network Learning, 2009 (http://www.networklearning.org/index.php?option=com_docman&Itemid=52, accessed 5 May 2010).

Manual project cycle management. European Commission Directorate-General for Humanitarian Aid (ECHO), 2005 (http://ec.europa.eu/echo/files/about/actors/fpa/2003/guidelines/project_cycle_mngmt_en.pdf, accessed 5 May 2010).

McGlade B, Mendorza VE, eds. *Philippine CBR manual: an inclusive development strategy.* Bensheim, CBM/National Council on Disability Affairs (NCDA), 2009.

Ojwang VP, Hartley S. *Community based rehabilitation training in Uganda: an overview.* (<http://www.asksourc.info/cbr-book/cbr04.pdf>, accessed 5 May 2010).

Shapiro J. *Monitoring and evaluation.* Johannesburg, World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS) (undated) (<http://www.civicus.org/new/media/Monitoring%20and%20Evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

Thomas M. *Evaluation of CBR programmes* (<http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/workshop95/GBR%20evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

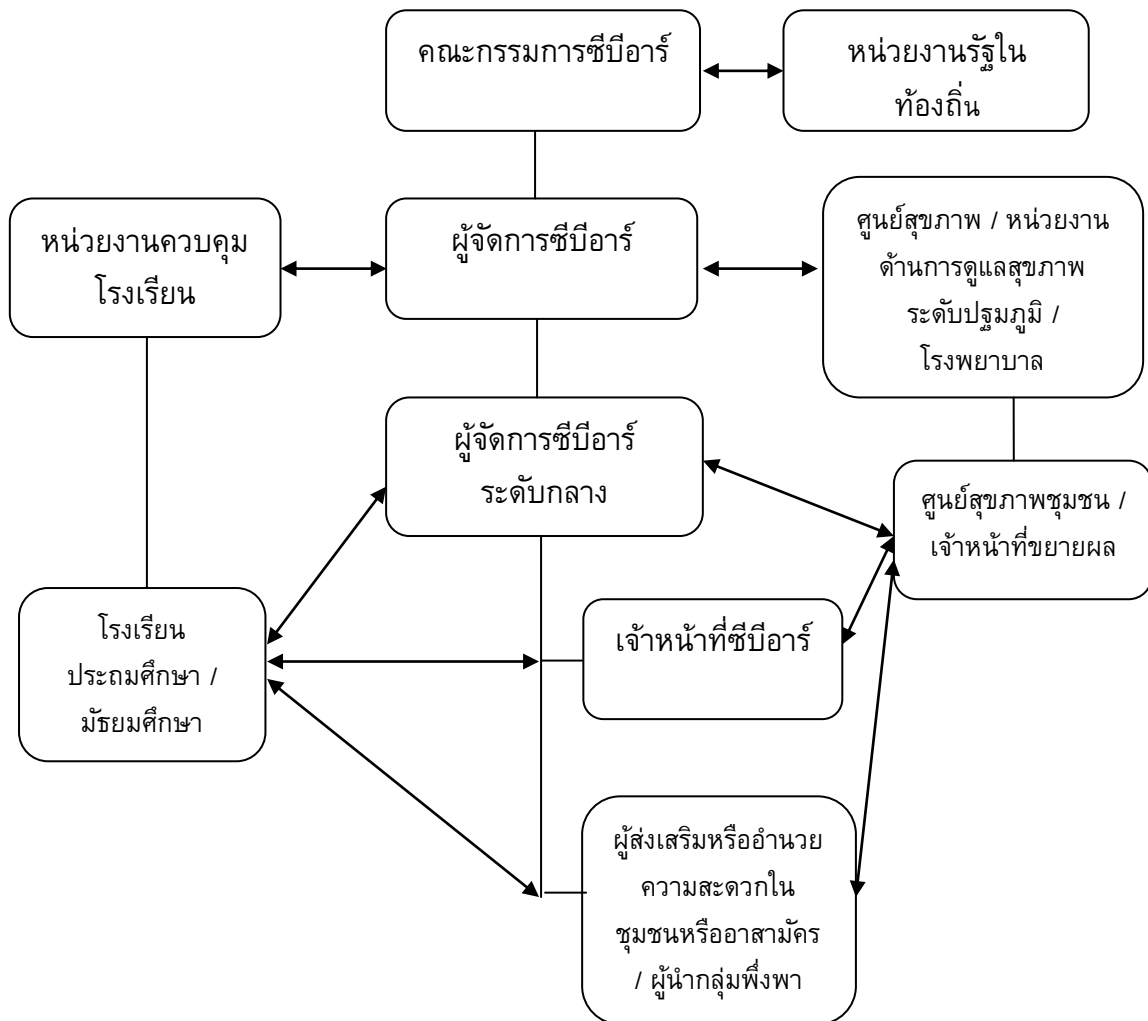
Thomas M, Thomas MJ, eds. *Manual for CBR planners*. Bangalore, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group, 2003 (http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/Manual%20for%20cbr_planners.pdf, accessed 5 May 2010).

WWF standards of conservation project and programme management. WWF, 2007 (http://www.panda.org/what_we_do/how_we_work/programme_standards/, accessed 5 May 2010).

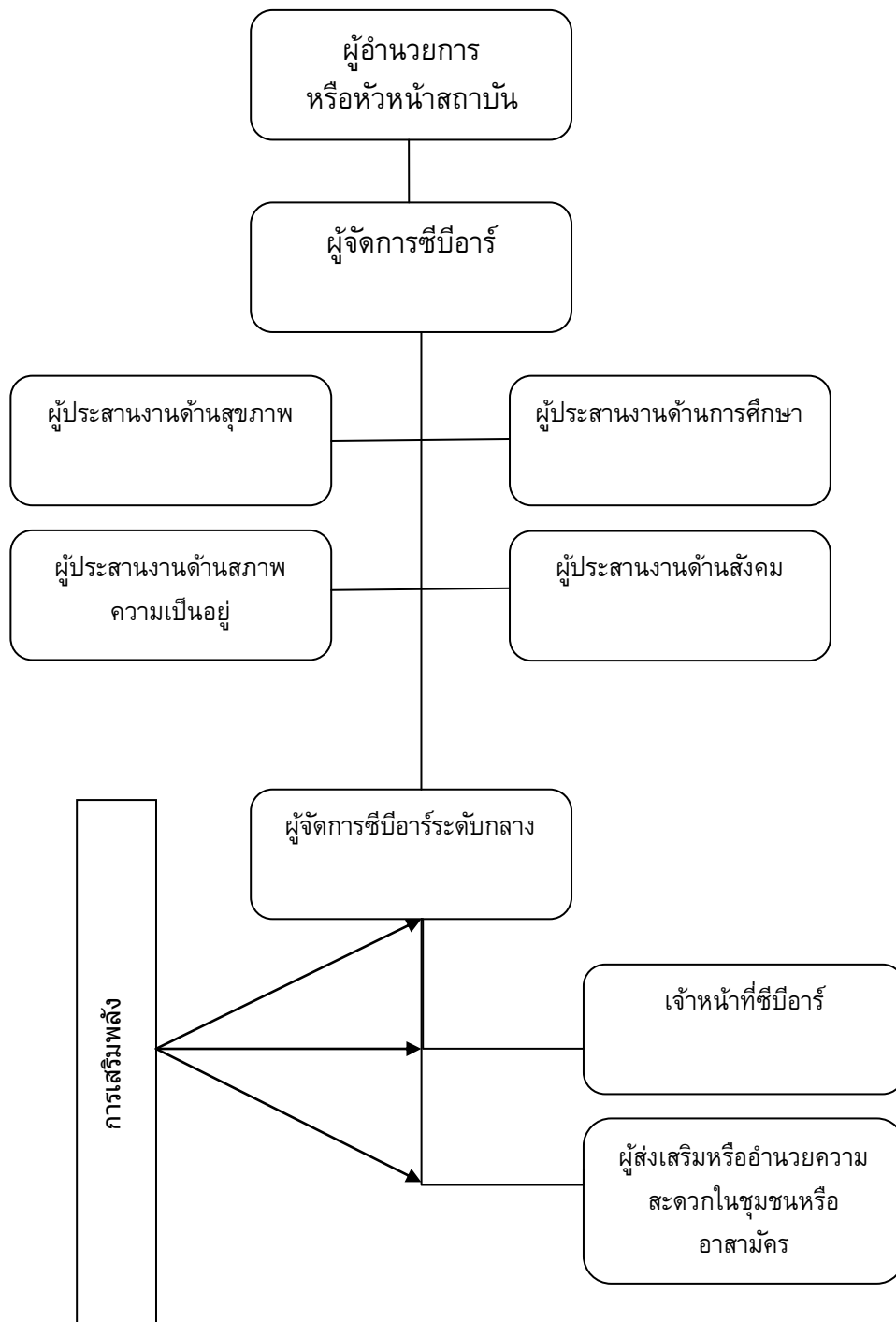
Zhao T, Kwok J. *Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific/ Regional NGO Network for Asia and the Pacific/Decade of Disabled Persons 1993 -2002/ Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region, 1999(<http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents>, accessed 5 May 2010).

ภาคผนวก: ตัวอย่างโครงสร้างการจัดการโปรแกรมชีปี่อาร์

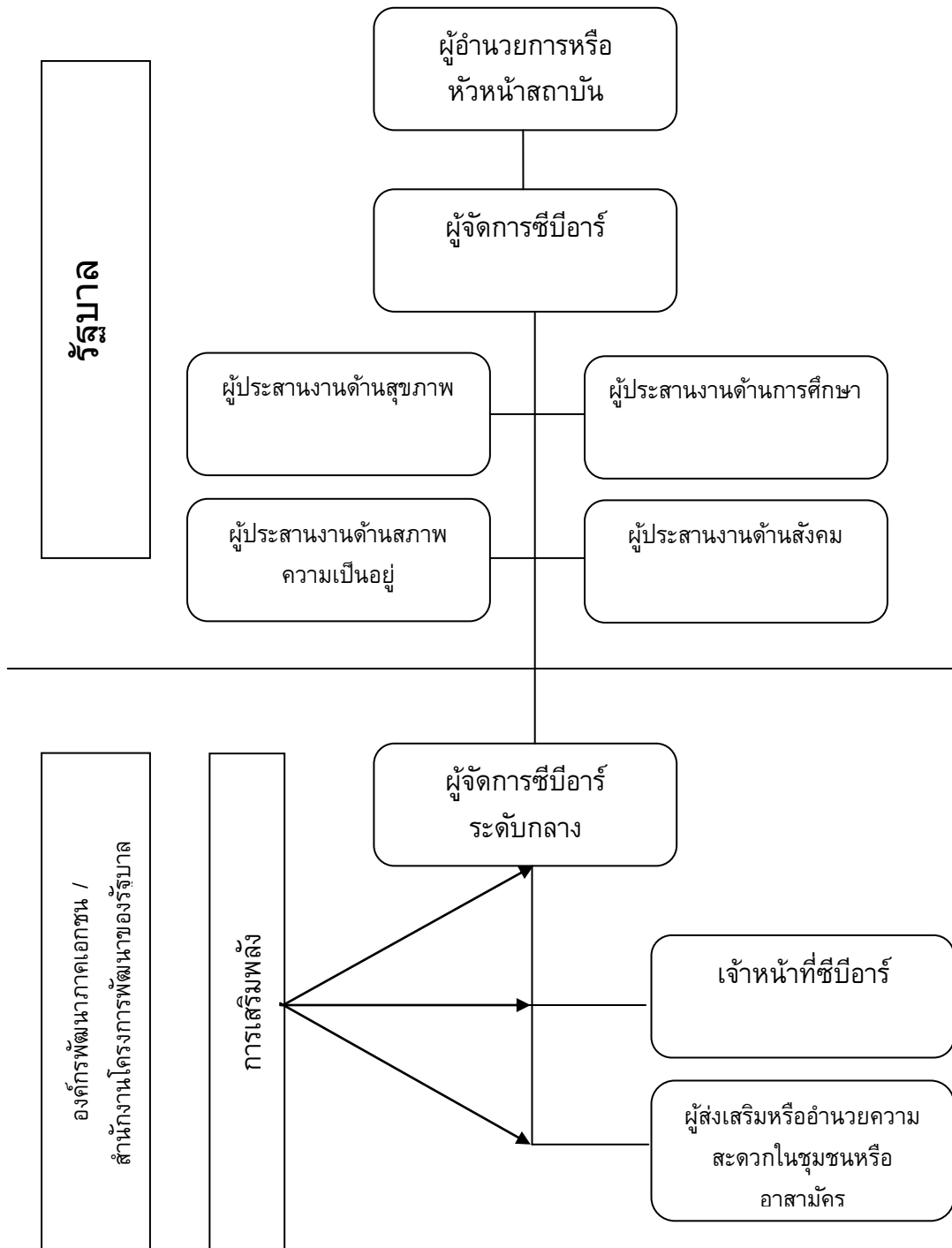
โปรแกรมชีปี่อาร์ในระดับท้องถิ่น



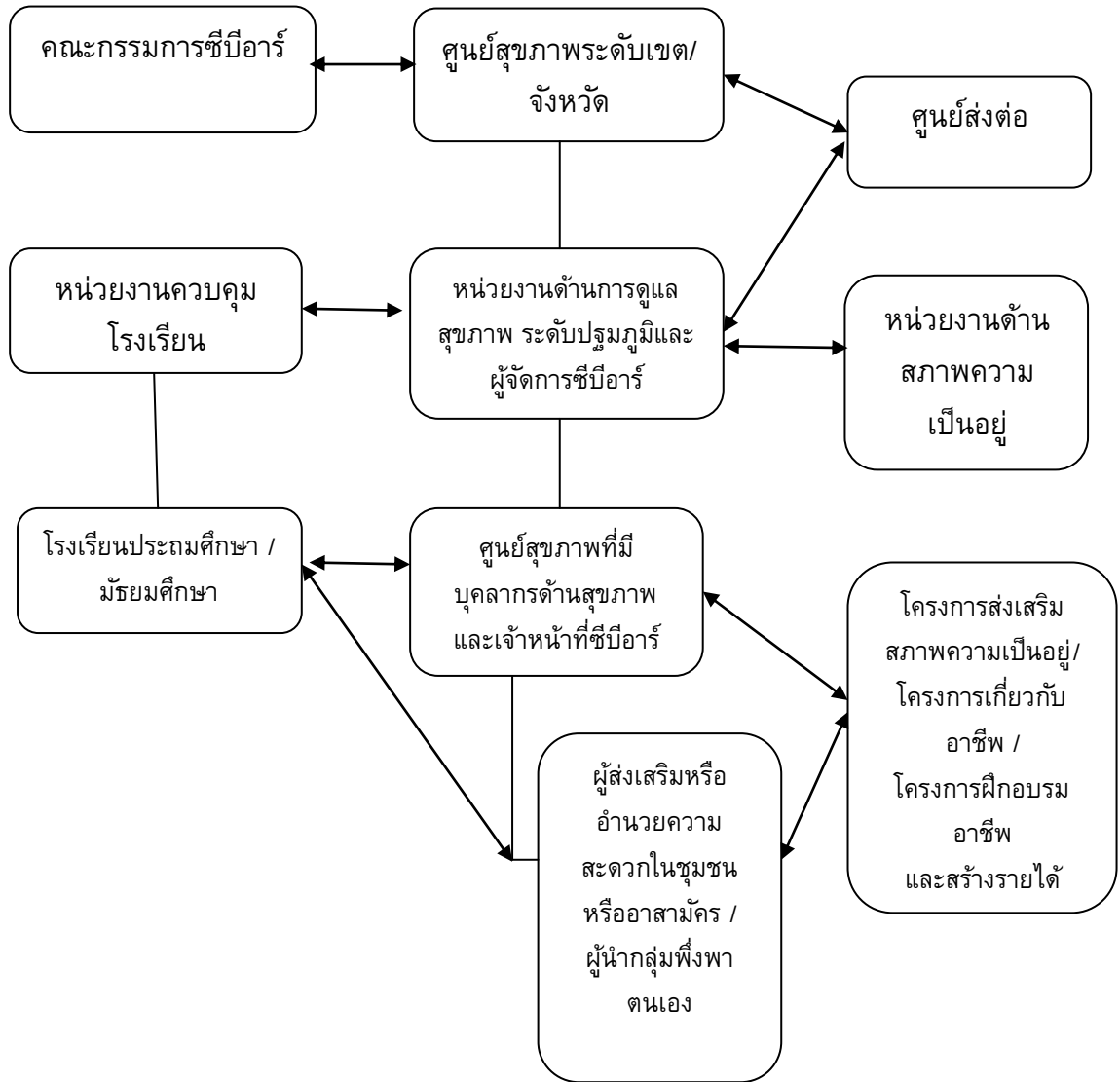
โปรแกรมซีปอาร์ในระดับตำบล/หมู่บ้านโดยรัฐบาลหรือองค์กรพัฒนาภาคเอกชน



โปรแกรมซีบีอาร์ร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน



โปรแกรมชีปี่อาร์โดยกระทรวงสาธารณสุข



กำหนดการ
“การแนะนำ CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก”
ฉบับภาษาไทย
ในวันจันทร์ที่ 3 มิถุนายน 2556
ณ ห้องกมลทิพย์ 1 โรงแรมเดอะสุโกศล ถนนศรีอยุธยา กรุงเทพฯ

- | | |
|-----------------------|---|
| เวลา 08.00 – 09.00 น. | ◆ ลงทะเบียนรับเอกสาร |
| เวลา 09.00 – 09.30 น. | ◆ พิธีเปิด
โดย ผู้แทนองค์การอนามัยโลก |
| เวลา 09.30 – 10.00 น. | ◆ ความเป็นมาและการผลักดันแนวทาง CBR Guidelines ของประเทศที่
ประสบความสำเร็จ
โดย • Ms.Karen Heinicke – Motsch : ผู้อำนวยการองค์การ CBM
ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงตอนกลาง |
| เวลา 10.00 – 10.15 น. | ◆ พักรับประทานอาหารว่าง |
| เวลา 10.15 – 10.35 น. | ◆ การบรรยาย “ประสบการณ์การดำเนินงานตามแนวทาง CBR Guidelines
ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์”
โดย • นางมยุรี ผิวสุวรรณ
ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ประธานเครือข่ายคณะทำงาน CBR ประเทศไทย |
| เวลา 10.35 – 10.50 น. | ◆ การบรรยาย “ประสบการณ์การดำเนินงานตามแนวทาง CBR Guidelines
ของกระทรวงสาธารณสุข”
โดย • แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ |
| เวลา 10.50 – 11.10 น. | ◆ การบรรยาย “แนวทาง CBR กับความเชื่อมโยง UNCRPD
ในมุมมองของคนพิการ”
โดย • นายมณฑิธร บุญตัน
สมาชิกวุฒิสภา
คณะกรรมการว่าด้วยสิทธิคนพิการของสหประชาชาติ |
| เวลา 11.10 – 11.30 น. | ◆ การบรรยาย “บทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านคนพิการ
ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น”
โดย • นายราม จินตมาศ
หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชน
สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการมีส่วนร่วม
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น |
| เวลา 11.30 – 12.00 น. | ◆ มุมมองการบูรณาการ CBR Guidelines ในพื้นที่ยากลำบาก
โดย • นางสาวศุษีรา ชนเห็นชอบ
นักวิจัยสถานการณ์ทุพพลภาพในประเทศไทย |
| เวลา 12.00 - 12.30 น. | ◆ ข้อเสนอแนะ / แลกเปลี่ยน |

เมทริกซ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน



องค์การอนามัยโลก
 World Health Organization
 Avenue Appia 20
 1211 Geneva 27
 Switzerland
 โทรศัพท์: + 41 22 791 21 11
 โทรสาร: + 41 22 791 31 11