

คาบเรียนที่ 1

ความเป็นมาและลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน

แผนการสอนคาบเรียนที่ 1

หลักสูตรสาขาวิชา กิจกรรมบำบัด ระดับ ปริญญาตรี ปีการศึกษา 1/2564

รหัสกระบวนวิชา 513451 ชื่อวิชา กิจกรรมบำบัดในชุมชน

เรื่อง ความเป็นมาและลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน

อาจารย์ผู้สอน: อาจารย์ ดร.....

จำนวนชั่วโมง: บรรยาย 1 ชั่วโมง

วันพฤหัสบดีที่ 24 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 เวลา 13:00 – 14:00 น.

สาระสำคัญ

กระบวนการทัศน์ของการเปลี่ยนแปลงสู่กิจกรรมบำบัดในชุมชน ประวัติศาสตร์ของการปฏิบัติงานทางคลินิกในชุมชน นิยามและความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดในชุมชน คุณลักษณะนักกิจกรรมบำบัดในชุมชน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป: นักศึกษาสามารถอธิบายความเป็นมาและลักษณะของงานการให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชนได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ: นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน
2. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ทางกิจกรรมบำบัดจากรูปแบบทางการแพทย์สู่การให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชน
3. อธิบายความสำคัญและลักษณะของการทำงานด้านกิจกรรมบำบัดในชุมชน

กิจกรรมการเรียนการสอน: การเรียนออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM meeting

ขั้นนำ

อาจารย์ผู้สอนสนทนากับนักศึกษาโดยตั้งคำถามเกี่ยวกับ “นักศึกษาเคยไปฝึกงานและเคยมีประสบการณ์ลงพื้นที่ชุมชนลองอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน” เพื่อเชื่อมโยงและกระตุ้นความคิดของนักศึกษา เป็นเวลา 5 นาที หลังจากนั้นอาจารย์ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียน

ขั้นสอนหลัก

- 1) บรรยาย ความเป็นมาและลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน เป็นเวลา 35 นาที
- 2) แบบฝึกหัดในชั้นเรียน 10 นาที

ขั้นสรุป

- 1) สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญของการเรียนรู้เป็นเวลา 5 นาที
- 2) เปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถาม เป็นเวลา 5 นาที

สื่อการเรียนการสอน

- 1) เอกสารประกอบการสอนบรรยาย
- 2) ไฟล์นำเสนอแผ่นภาพด้วยคอมพิวเตอร์ (PowerPoint presentation)

การวัดและประเมินผล

- 1) การประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษา
ความตรงต่อเวลาในการเข้าเรียน และการสอบปลายภาค
- 2) การวัดและประเมินผลการสอนของอาจารย์
นักศึกษาประเมินการสอนของอาจารย์ผ่านระบบออนไลน์ของมหาวิทยาลัยเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนปลายภาคการศึกษา

กิจกรรมเสนอแนะ

1. นักศึกษาศึกษาเอกสารประกอบการสอนก่อนการเข้าเรียน
2. นักศึกษาทบทวนความรู้เรื่องความเป็นมาและลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน
3. นักศึกษาศึกษาเพิ่มเติมจากวารสารวิชาการ และหนังสือที่แนะนำ

ตำรา หนังสือ หรือเอกสารอ่านประกอบ

- Abreu, B. C. & Chang, P-F. J. (2011). Evidence-based practice. In K. Jacobs & G. McCormack (Eds.), *The occupational therapy manager* (5th ed., pp. 331–347). AOTA Press.
- Baum, C., Bass-Haugen, J. & Christiansen, C. (2005). Person- environment-occupation-performance: A model for planning interventions for individuals and organizations. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation and wellbeing* (pp. 373–385). Slack.
- Baum, M. C. (2006). Centennial challenges, millennium opportunities. *The American journal of occupational therapy*, 60(6), 609-616.
<https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.609>
- Bonsaksen, T., Dolva, A., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C., & Arntzen, C. (2019). Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a Norwegian survey. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 27(1), 39-46.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1609085>
- De Bot, K., Lowie, W., & Verspoor, M. (2007). A dynamic systems theory approach to second language acquisition. *Bilingualism: Language and cognition*, 10(1), 7–21.
<https://doi.org/10.1017/s1366728906002732>
- Hernandez, B. (2011). *Foundation concepts of global community health promotion and education*. Jones & Bartlett Learning.
- Hodges, T. D., & Clifton, D. O. (2004). Strengths-based development in practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 256-268). John Wiley & Sons.
- Holmes, W. M., & Scaffa, M. E. (2009). An exploratory study of competencies for emerging practice in occupational therapy. *Journal of allied health*, 38(2), 81–90.

- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (3rd ed.). F.A. Davis.
- Kreuter, M. W., & Lezin, N. A. (2003). *Community health promotion ideas that work*. Jones & Bartlett Learning.
- Mike, E., & Murphy, C. (2018). Juvenile detention: A community-based fieldwork experience. *OT Practice*, 23(3). <https://doi.org/10.7138/otp.2018.2303.fwi>
- Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. S. (2013). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Scaffa, M. E. & Brownson, C. (2005). Occupational therapy interventions: Community health approaches. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation and well-being* (pp. 476-493). Slack.

เอกสารประกอบการสอนบรรยาย

กระบวนวิชา 513451 กิจกรรมบำบัดในชุมชน

หน่วยกิต 2(1-3-2)

ภาคการศึกษา 1

ปีการศึกษา 2564

อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ ดร.....

+++++

เรื่อง ความเป็นมาและลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน
2. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ทางกิจกรรมบำบัดจากรูปแบบทางการแพทย์สู่การให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชน
3. อธิบายความสำคัญและลักษณะของงานด้านกิจกรรมบำบัดในชุมชน

บทนำ

การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดสามารถเห็นกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมและบริบทของตนเองทั้งด้านทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี การเมืองการปกครอง สภาพเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตในชุมชน อย่างสอดคล้องกับบุคคลในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการเอง การทำงานในชุมชนจึงช่วยให้นักกิจกรรมบำบัดเข้าใจผู้รับบริการอย่างลึกซึ้งเพราะรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่เอื้ออำนวย และอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ นอกจากนี้เมื่อนักกิจกรรมบำบัดได้ข้อมูลสภาพที่แท้จริงจากบ้านและชุมชนของผู้รับบริการแล้ว สามารถช่วยให้เกิดความร่วมมือเพื่อกำหนดกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่เป็นกิจกรรมการรักษาได้สอดคล้องปัญหาและตรงกับต้องการของผู้รับบริการ

นอกจากนี้การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนนั้น นักกิจกรรมบำบัดทำงานในหลากหลายพื้นที่ นอกจากโรงพยาบาลหรือสถานสุขภาพ ยังช่วยให้เกิดการเผยแพร่วิชาชีพสู่การบริการมากยิ่งขึ้น และเป็นโอกาสในการช่วยผลักดันนโยบายการให้บริการกิจกรรมบำบัดต่อประชาชนสู่การปฏิบัติ ซึ่งการให้บริการแก่ชุมชนช่วยเพิ่มทักษะการเรียนรู้ให้กับนักกิจกรรมบำบัดในการทำงานกับนักวิชาชีพอื่น ๆ และช่วยสร้างเครือข่ายเป็นฐานพลังสำคัญทางวิชาชีพ นอกจากนี้การบริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนช่วยให้เกิดการพัฒนาความหลากหลายในบทบาทหน้าที่ของนักกิจกรรมบำบัด เนื่องจากในชุมชนเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบุคคลกระทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่างๆ เช่น การทำงาน เล่น ไปโรงเรียน และทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดจำเป็นต้องตระหนักและเห็นคุณค่าของกิจกรรมเหล่านี้ในชุมชนเพราะเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่สังคมต้องการ

ประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน

สำหรับประวัติการเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจในระดับสากล ขอยกตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงทางการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนของประเทศสหรัฐอเมริกา (Scaffa, 2013) ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของวิชาชีพกิจกรรมบำบัด การปฏิบัติงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (community-based practice) การบริการหรือรูปแบบการบริการกิจกรรมบำบัดชุมชนเริ่มต้นจากประเทศสหรัฐอเมริกาพบปรากฏหลักฐาน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1914 โดย George Barton ซึ่งเป็นผู้พิการจากวัณโรคและถูกตัดเท้าได้ก่อตั้งบ้านพักพิงในเมืองนิวยอร์กสำหรับผู้พิการเพื่อให้โปรแกรมเกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตช่วยฟื้นฟูแก่ผู้ที่มาพักอาศัยในบ้านพักพิงก่อนกลับไปออกไปทำงานและใช้ชีวิตของตนเองในสังคม ต่อมา ปี ค.ศ. 1915 Eleanor Clarke Slagle ทำงานใน The work program ที่ Hull House เมืองชิคาโก รัฐอิลลินอยด์ ได้ใช้โปรแกรมช่วยให้นักพิการด้านร่างกายและจิตใจได้มีการพัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองและมีโอกาสในการการทำงาน หลังจากนั้น ปี ค.ศ. 1936 Banyai ได้เรียกร้องสิทธิให้มีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับเข้าสู่ชุมชน ต่อมาใน ปี ค.ศ. 1937 Humphreys ได้ให้การอนุเคราะห์ช่วยเหลือสนับสนุนให้มีการบำบัดรักษาในชุมชนสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ปี ค.ศ. 1940 สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกาได้มีการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ทำให้เกิดขยายบทบาทของวิชาชีพครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน ทำให้เกิดการตื่นตัว มีการจัดทำรายงานเกี่ยวกับบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดต่อสุขภาพสำหรับผู้คนในชุมชนขึ้น ต่อมาจึงเกิดการสนับสนุนการทำงานในชุมชน อย่างเช่นในปี ค.ศ. 1968 Bockhoven ได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักกิจกรรมบำบัดมีส่วนร่วมในการเข้าไปให้บริการในชุมชนและรับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมของชุมชน เกิดการส่งเสริมกิจกรรมการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนให้สมดุลมากขึ้น ต่อมาในช่วง ในปี ค.ศ. 1969-1973 West, Reilly และ Mosey ได้อธิบายถึงความจำเป็นของการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนและความต้องการของชุมชน ทำให้สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยสามารถขยายบทบาทของวิชาชีพกิจกรรมบำบัดรวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนั้นในปี ค.ศ. 1972 Finn ได้กล่าวถึงวิชาชีพกิจกรรมบำบัดที่ไม่ได้มีแค่หน้าที่เป็นเพียงผู้บำบัด แต่สามารถทำในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับ “ตัวแทนสุขภาพ” ได้ด้วย

ในปี ค.ศ. 1973 Hasselkus และ Kiernat ได้ส่งเสริมโครงการดำรงชีวิตอิสระสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และในปี ค.ศ. 1974 สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยมีการกิจต่อสังคม โดยกำหนดนิยามของกิจกรรมบำบัดคือ “วิทยาศาสตร์ของการใช้กิจกรรมการดำเนินชีวิตเสมือนการกำหนดสุขภาพ ” [“The science of using occupation as a health determinant” (AOTA, 1974 น. 154)] ซึ่ง นิยามดังกล่าวช่วยให้กิจกรรมบำบัดไม่ได้มองเพียงแค่ประเด็นของข้อจำกัดจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่มีความรุนแรงหรือเรื้อรัง แต่มองความสามารถที่มีอยู่ผ่านการส่งเสริมศักยภาพและเพิ่มทักษะให้ทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ต่อมา Laukaran (1977) เสนอว่ากรอบทฤษฎีการทำงานในรูปแบบ Occupational behavior model,

Biopsychosocial model และ Developmental model มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based practice) ซึ่งก่อนหน้านี้มองว่ารูปแบบเหล่านี้ไม่เหมาะสมกับการนำเป็นแนวทางสำหรับการให้บริการในชุมชน ต่อมาในปี ค.ศ. 1982 Kirchman, Reichenback, และ Giambalvo ได้รณรงค์ส่งเสริมการให้การเกิดบริการสำหรับการป้องกันภาวะความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน ใน ค.ศ. 1997 การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุสุขภาพดีและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสมาคมการแพทย์อเมริกันเป็นครั้งแรก หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 2006 สภาวิชาชีพเพื่อการรับรองมาตรฐานการศึกษาทางกิจกรรมบำบัด (Accreditation Council for Occupational Therapy Education: ACOTE) ได้เพิ่มประเด็นการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการในระดับประชากรในการรับรองมาตรฐานการศึกษา และในปีเดียวกันสมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยได้จัดทำ วิทยุทัศน์แห่งศตวรรษ 2017

ประวัติการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกา (Scaffa, 2013 น.

3) เรียงลำดับเหตุการณ์ได้ดังนี้

ค.ศ.	เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง
1914	George Barton ก่อตั้งบ้านพักพิง (Consolation House) ในเมืองนิวยอร์ก
1915	Eleanor Clarke Slagle ก่อตั้งโปรแกรมการทำงาน ที่ Hull House ในเมืองชิคาโก
1936	Banyai อนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคในชุมชนหลังออกจากโรงพยาบาล
1937	Humphreys อนุเคราะห์ช่วยเหลือให้บริการทางชุมชนสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
1940	สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยได้รายงานการอภิปรายจากการประชุมแห่งชาติเกี่ยวกับบทบาทของกิจกรรมบำบัดในสุขภาพชุมชน
1968	Bockhoven ส่งเสริมให้นักกิจกรรมบำบัดเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยรับผิดชอบในการพัฒนากิจกรรมบำบัดในชุมชน
1969-1973	West, Reilly, และ Mosey ได้อธิบายถึงความจำเป็นของการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนและความต้องการของชุมชน
1972	Finn ได้กล่าวถึงวิชาชีพกิจกรรมบำบัดที่ไม่ได้มีแค่หน้าที่เป็นเพียงผู้บำบัด แต่สามารถทำในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับ “ตัวแทนสุขภาพ”
1973	Hasselkus และ Kiernat ได้ส่งเสริมโครงการดำรงชีวิตอิสระสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
1974	สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยมีภาระกิจต่อประชากรเป้าหมาย ทำให้ขยายบทบาทของวิชาชีพครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะการณไร้ความสามารถ
1977	Laukaran เสนอว่ากรอบทฤษฎีการทำงานในรูปแบบ หรือโมเดล Occupational behavior, Biopsychosocial และ developmental models มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และถึงปัญหาหลักคือการปฏิบัติงานทางคลินิกในชุมชน
1982	Kirchman, Reichenback, และ Giambalvo ส่งเสริมการป้องกันสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน
1997	การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้รับการตีพิมพ์ใน วารสารสมาคมการแพทย์อเมริกัน

ค.ศ.	เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง
2006	สภาวิชาชีพเพื่อการรับรองมาตรฐานการศึกษาทางกิจกรรมบำบัด (ACOTE) ได้เพิ่มการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการในระดับประชากรในมาตรฐานการศึกษา
2006	สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยจัดทำนิยาม 2017 วิสัยทัศน์แห่งศตวรรษครบรอบ 100 ปี กิจกรรมบำบัด

การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนของประเทศไทย

ในประเทศไทยเริ่มมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยหน่วยกิจกรรมบำบัดของทางโรงพยาบาลได้มีการออกเยี่ยมบ้านและทำงานร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ต่อมาใน พ.ศ. 2548 เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ขวัญฤทัย ธนารักษ์, อังคณา สามัตถิยะ และอรอุมา ภูโสภา ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามแนวทางกิจกรรมบำบัด พบว่ากรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญของการให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชน และนำไปสู่บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนในผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต วัดห้วยเกียง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับการบริการกิจกรรมบำบัดชุมชนจากโรงพยาบาลสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ (บุษราคัม คาบพิเชฐ, 2555) ต่อมาโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่เริ่มให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชน โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งเทศบาล หน่วยงานส่วนท้องถิ่น (นิรชา เหมืองอุ่น, 2555) จึงเกิดการให้บริการในชุมชนมากขึ้น

ต่อมาเมื่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ และนักกิจกรรมบำบัดมากขึ้น เพื่อให้บริการงานสาธารณสุขในระดับชุมชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้นักกิจกรรมบำบัดได้เข้าไปทำงานและมีบทบาทการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน ผ่านระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่งเสริมสุขภาพ บำบัดรักษาและการป้องกันให้ประชาชนในชุมชนได้มากขึ้น

ต่อมางานกิจกรรมบำบัดได้ขยายพื้นที่ให้บริการสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดตั้งหน่วยงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน เรียกว่า “คลินิกชุมชนอบอุ่น” เปิดทำการเพื่อให้ประชาชนที่อยู่ภายในตำบลหนองป่าครั่งได้รับการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพทั่วไปและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุภายในชุมชน ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือระหว่างการให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชนในลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพนอกสถานที่ (community out-reach rehabilitation) ซึ่งปัจจุบันได้มีนักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัดประจำในคลินิกชุมชนอบอุ่นดังกล่าว และได้มีการส่งเสริมให้ความรู้เทคนิควิธีการเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้สูงอายุ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และที่สำคัญคลินิกชุมชนอบอุ่นดังกล่าวเป็นต้นแบบให้กับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นๆ มาเรียนรู้ และเป็นพื้นที่สำหรับการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกเกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง

การเรียนการสอนเกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดในชุมชน

ในด้านกรเรียนการสอนภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ให้นักศึกษากิจกรรมบำบัดฝึกปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนมากขึ้นในกลุ่มผู้รับบริการต่างๆ ณ หน่วยงานในระดับชุมชน ได้แก่

ฝ่ายผู้หย่อนสมรรถภาพทางกาย

- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลสันกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
- คลินิกชุมชนอบอุ่น เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- ศูนย์ฟื้นฟูผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว เทศบาลตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัด เชียงใหม่

ฝ่ายผู้สูงอายุ

- ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- เทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่
- ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่
- โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ฝ่ายจิตเวช

- ชุมชนเทศบาลตำบลเหมืองแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
- ชุมชนเทศบาลตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ฝ่ายเด็ก

- ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กสิรินธร ณ ศูนย์ศึกษาพัฒนาการห้วยฮ่องไคร้ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

สำหรับการเรียนการสอนสาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้นักศึกษากิจกรรมบำบัดฝึกให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชน ได้แก่

- ชุมชนเทศบาลตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
- ชุมชนเทศบาลตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
- ชุมชนเทศบาลตำบลดอนตูม อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

การวิจัยทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนสำหรับประเทศไทย

จากศึกษาและทบทวรรณกรรมพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดในชุมชนพบได้น้อยมากในฐานข้อมูลวิจัย แต่เมื่อสืบค้นจากหนังสือ 35 ปี กิจกรรมบำบัดไทย (เทียม ศรีคำจักร และคณะ, 2557) พบว่างานวิจัยชุมชนมีจุดเริ่มต้นในสมัยเมื่อ รศ. สร้อยสุดา วิทยากร ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยความร่วมมือกับสาขาวิชากิจกรรมบำบัด ของ Auckland University of Technology ประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งหัวหน้าสาขาชื่อ Mrs. Valerie Wright-St. Clair ได้มาเยี่ยมเยือนที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และได้ริเริ่มการทำวิจัยร่วมกันเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการทำอาหาร ได้แก่เรื่อง The Meaning of Cooking and Recipe Work for Older Thai and New Zealand Women (Hocking et al., 2002) โดยได้ศึกษาถึงการให้คุณค่าและความหมายของการทำอาหารที่สัมพันธ์กับ

เทศกาลของผู้หญิงสูงวัยทั้งในประเทศไทยและนิวซีแลนด์ โดยเนื้อหาระบุถึงความร่วมมือของคนในครอบครัว และชุมชน ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมของทั้งสองประเทศ โดยเฉพาะจุดมุ่งหมายของการทำอาหาร และ เหตุผลที่มาของอาหารแต่ละชนิดซึ่งเกี่ยวเนื่องกับวันสำคัญตามประเพณีและวัฒนธรรม ได้แก่ วันคริสตมาสต์ ของนิวซีแลนด์กับวันสงกรานต์ของไทยซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมสำคัญของบุคคลที่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะบทบาทความเป็นผู้นำของผู้หญิงสูงวัยในการที่จะจัดการเกี่ยวกับการทำอาหารและต้อนรับอาหารใน เทศกาลพิเศษของครอบครัวและชุมชน สะท้อนถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามบริบท วัฒนธรรมของตนเอง โดยเฉพาะงานวิจัยเรื่อง Offerings: Food traditions of older Thai women at Songkran (Clair et al., 2004) ได้กล่าวถึงความสำคัญของบทบาทผู้หญิงในการส่งเสริมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และแขกผู้มาเยือน ซึ่งความเอื้ออาทรของความเป็นแม่ซึ่งอยู่ในตัวของผู้หญิงสูงวัย เป็นความเชื่อที่ฝังลึกของสังคมในวัฒนธรรมทางภาคเหนือของประเทศไทย และได้สืบทอดเป็นหลักคำสอน ของเกี่ยวกับกิจกรรมการทำอาหารในช่วงเทศกาลสงกรานต์ซึ่งเป็นประเพณีที่สำคัญของชุมชน ทั้งสองงานวิจัย ดังกล่าวได้ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Occupational Science และได้นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับ โลกอีกหลายครั้ง นับเป็นผลงานวิจัยร่วมระหว่างอาจารย์กิจกรรมบำบัดไทยและนิวซีแลนด์ที่สะท้อนให้เห็น คุณค่าเกี่ยวกับกิจกรรมการทำอาหารในเทศกาลสำคัญของผู้หญิงสูงวัยที่เป็นประเพณีและความเชื่อของคนใน ชุมชนสืบทอดจนกลายเป็นวัฒนธรรมและเอกลักษณ์ส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่นในครอบครัวและชุมชนซึ่งถือได้ว่าเป็นงานวิจัยในชุมชนที่เผยแพร่สู่ระดับสากลในยุคเริ่มต้น

การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ของกิจกรรมบำบัด

ในปี ค.ศ. 2017 เป็นปีที่วิชาชีพกิจกรรมบำบัด และสมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ได้ครบรอบ 100 ปี มีการเฉลิมฉลองในประวัติศาสตร์ของวิชาชีพกิจกรรมบำบัด ซึ่งได้ ให้ วิสัยทัศน์แห่งศตวรรษไว้ว่า “พวกเรามองเห็นว่ากิจกรรมบำบัดจะเป็นพลังอย่างยิ่ง ที่จะแสดงให้เห็นคุณค่าและ เป็นที่ยอมรับ ถูกขับเคลื่อนโดยวิทยาศาสตร์และหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับวิชาชีพ มีเครือข่ายทาง กิจกรรมบำบัดเชื่อมโยงกันทั่วโลก เกิดความหลากหลายของตลาดแรงงาน ต่อความต้องการกิจกรรมการ ดำเนินชีวิตของสังคม” (Baum, 2006, น. 610; AOTA, 2007, น. 613) ซึ่งกระบวนทัศน์การปฏิบัติงานทาง คลินิกในชุมชนมีความเกี่ยวเนื่องกับวิสัยทัศน์แห่งศตวรรษนี้ การขยายงานการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดใน ชุมชนและการให้บริการกับกลุ่มประชากรซึ่งเป็นมากกว่าวิสัยทัศน์ ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจ และตระหนักถึง คุณค่าของวิชาชีพกิจกรรมบำบัด การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของกิจกรรมการดำเนินชีวิตผ่านการให้บริการทาง กิจกรรมบำบัด ทำให้เพิ่มและขยายงานให้กับนักกิจกรรมบำบัดสำหรับการให้บริการต่อไปในอนาคต

ขอบเขตการปฏิบัติงานของสมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยประกอบด้วย 6 ขอบเขตได้แก่ เด็กและคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานหรือสร้างรายได้ สุขภาพจิต การฟื้นฟูสุขภาพ-การทำงาน-และ อุตสาหกรรม ผู้หย่อนสมรรถภาพกับการมีส่วนร่วม และ สุขภาพรวมทั้งภาวะสุขสมบูรณ์ (Baum, 2006) การ ให้บริการในชุมชนแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาในแต่ละขอบเขตการปฏิบัติงานเหล่านี้ เช่น การปรึกษาด้านการ ปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม หรือด้านการยศาสตร์ การประเมินการขับรถและการฝึกขับรถ และการได้รับ

สวัสดิการจากการทำงาน กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนการโปรแกรมป้องกันอันตรายจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม (Johansson, 2000; Scaffa, 2001)

นักกิจกรรมบำบัดเป็นอาชีพที่มีโอกาสในการให้ช่วยเหลือแก้ปัญหาสุขภาพและปัญหาทางสังคมในศตวรรษที่ 21 อันได้แก่ความยากจน การไร้บ้านและที่อยู่อาศัย ภาวะติดยาเสพติด ปัญหาซึมเศร้า ภาวะตกงาน โรคเรื้อรัง ความพิการ ปัญหาความรุนแรง การทารุณกรรม ปัญหาความเหลื่อมล้ำ และตราบาปทางสังคม การได้มาซึ่งความต้องการในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไม่ใช่แค่เพียงการเตรียมการเพื่อให้บริการทางกิจกรรมบำบัดต่อบุคคลและครอบครัวอย่างเดียว แต่ต้องเตรียมการเพื่อให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับองค์กร ชุมชน และประชากร สอดคล้องกับ Kielhofner (2004) กล่าวว่ากระบวนการทัศนคติของกิจกรรมบำบัดได้เกิดขึ้นและกลับมาใช้แนวความคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยพยายามนำอัตลักษณ์และเอกลักษณ์ของวิชาชีพกลับมาผ่านการดำเนินงานในทิศทางเป็นองค์รวม มีมุมมองที่เป็นระบบตระหนักถึงความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต จากการปฏิสัมพันธ์หรือมีส่วนร่วมที่เป็นพลวัตระหว่างบุคคล บริบทสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการดำเนินชีวิต ในการทำกิจกรรม นอกจากนั้นทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลายขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทำให้มีวิธีการแก้ปัญหาที่มีศักยภาพที่เพิ่มมากขึ้นต่อปัญหาความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ดังนั้น “วัตถุประสงค์ของกิจกรรมบำบัด คือการให้โอกาส และสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรที่สนับสนุน เพื่อช่วยให้เกิดรูปแบบใหม่ของความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในทุกวัน” (Kielhofner, 2004, น. 66)

ความสำคัญและลักษณะของงานกิจกรรมบำบัดในชุมชน

นักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการในชุมชนมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของตนเอง ครอบครัว และสังคมในชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดต้องตระหนักถึงการให้ความช่วยเหลือส่งเสริมทักษะที่มีคุณค่าและมุมมองทางสุขภาพในระดับชุมชน สุขภาวะ และโครงการริเริ่มหรือแผนพัฒนาการที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาชุมชน (Scaffa & Reitz, 2020) ซึ่งกระบวนการกิจกรรมบำบัดโดยการปฏิบัติงานทางคลินิกที่อิงแนวคิดกิจกรรมการดำเนินชีวิต (occupation-based practice) ในการฟื้นฟูผู้รับบริการในชุมชนมีส่วนช่วยส่งเสริมการเพิ่มคุณค่าของโครงการพัฒนาต่างๆ ภายใน ครอบครัว ชุมชน ในแง่มุมมองการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ช่วยลดปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ผ่านการป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานหรือกิจกรรมที่เสี่ยงได้รับอันตรายต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งช่วยเพิ่มสุขภาวะเกี่ยวกับการกิจวัตรประจำวันผ่านวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่ดีงาม

นักกิจกรรมบำบัดในชุมชนใช้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบริบทสภาพแวดล้อมของตนเองที่บ้านและที่ชุมชน ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรมการดำเนินชีวิต นำกิจกรรมที่มีความหมายและเป็นที่ต้องการของบุคคลนั้นมากำหนดเป็นกิจกรรมการรักษามุ่งให้เกิดความสามารถและทักษะในการทำกิจกรรมของตนเอง เพื่อเพิ่มสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้รับบริการ ญาติมิตร ผู้คนในชุมชน กิจกรรมการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ซึ่งกระบวนการทางกิจกรรมบำบัดจะสามารถประสบความสำเร็จได้นั้น นักกิจกรรมบำบัดจำเป็นต้อง

ร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อให้บริการสุขภาพในชุมชนได้มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ ไปผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านจากรูปแบบเชิงการแพทย์ สู่กระบวนการให้บริการ สุขภาพในชุมชน การร่วมมือกันของสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขในชุมชน จะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการ ให้บริการ จากการนำมุมมองแบบเชิงการแพทย์ ได้แก่ การควบคุม การจัดการกับผู้รับบริการเพื่อการรักษา สู่ กระบวนการให้บริการสุขภาพในชุมชนในด้านการส่งเสริม การรักษา สนับสนุน ป้องกันภาวะสุขภาพ และ เรียนรู้เพื่อให้คนในชุมชนสามารถช่วยเหลือกันและกัน สำหรับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน ลักษณะงานทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนจะมุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือ บูรณาการความรู้และบริบทชุมชนสู่การ ปฏิบัติ โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยปรับให้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของ ตนเอง เป็นบุคคลที่จะตัดสินใจในการส่งเสริม รักษา และป้องกัน สุขภาพ และนำไปใช้ในวิถีประจำวันบน พื้นฐานความต้องการของตนเอง หรือเกิดจากปัญหาและความต้องการพัฒนาผ่านการใช้ทรัพยากรและ งบประมาณ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งความคิดเห็นต่างๆ นำมาสู่การจัดการกับปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

สรุป

การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนจะประสบความสำเร็จได้ ต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง นักวิชาชีพกับหน่วยงานในท้องถิ่นและชุมชน อาทิเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชน ตลอดจน ภาคเอกชนที่เข้ามาช่วยเหลือให้เกิดการพัฒนาสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ต้องยอมรับและให้คุณค่าแก่บริบท ทางด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เพื่อการร่วมมือให้เกิดการบริการในชุมชนที่แท้จริง สะท้อนถึงการบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในฐานะที่เป็นสมาชิกในชุมชนและเป็นผู้ประเมินตนเอง หลังได้รับการบริการ นักกิจกรรมบำบัดและสหวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการสร้างและผลักดัน ความสามารถเพื่อพัฒนาความเป็นผู้นำของผู้รับบริการในชุมชน ส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนช่วยเหลือ พึ่งพา อาศัยซึ่งกันและกันในความ เป็นเพื่อนบ้าน ตลอดจนถ่ายทอดความสามารถและทักษะสู่เพื่อนสมาชิกในชุมชน เพื่อความสำเร็จร่วมกัน

คำถามท้ายบท

1. ประเทศไทยได้มีการริเริ่มการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนอย่างไร
2. การพัฒนางานกิจกรรมบำบัดในชุมชนของไทยจะให้เกิดความสำเร็จได้ต้องร่วมมือหน่วยงานใดบ้าง จงยกตัวอย่าง
3. ลักษณะงานการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนที่มีความแตกต่างกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลอย่างไร

เฉลยคำถามท้ายบท

1. ประเทศไทยได้มีการริเริ่มการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนอย่างไร
ตอบ ประเทศไทยได้มีการริเริ่มให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และต่อมาได้มีการขยายงานกิจกรรมบำบัดในชุมชนมากขึ้น ภายใต้การสนับสนุนของกรมสุขภาพจิต ต่อมา มีการขยายงานเพิ่มมากขึ้นสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนในผู้ป่วยอื่น ๆ
2. การพัฒนางานกิจกรรมบำบัดในชุมชนของไทยจะให้เกิดความสำเร็จได้ต้องร่วมมือหน่วยงานใดบ้าง จงยกตัวอย่าง
ตอบ การพัฒนางานกิจกรรมบำบัดในชุมชนของไทยจะต้องร่วมมือกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชน รวมทั้งภาคเอกชนและมูลนิธิต่างๆ ที่เข้ามาช่วยพัฒนาชุมชน
3. ลักษณะงานการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนที่มีความแตกต่างกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาล โรงเรียน และสถาบันอย่างไร
ตอบ การให้บริการกิจกรรมบำบัดในชุมชนจะมุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือ บูรณาการความรู้และบริบททางสังคมภายในชุมชนสู่การปฏิบัติโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการส่งเสริม รักษา และป้องกัน สุขภาพ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันบนพื้นฐานความต้องการของตนเอง หรือเกิดจากปัญหา และความต้องการพัฒนาผ่านการใช้ทรัพยากรและงบประมาณภายในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- American Occupational Therapy Association. (1974). Task force on target populations: Report of the task force on target populations, report I. *American Journal of Occupational Therapy*, 28, 158–163.
- American Occupational Therapy Association. (1999). Standards for continuing competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 559–560.
- American Occupational Therapy Association. (2007). AOTA's Centennial Vision and executive summary. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 613–614.
- Banyai, A. L. (1938). Modern trends in the treatment of tuberculosis. *Occupational Therapy in Rehabilitation*, 17, 245–254.
- Baum, M. C. (2006). Presidential address, 2006 Centennial challenges, Millennium opportunities. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), 609–616.
- Bockhoven, J. S. (1968). Challenge of the new clinical approaches. *American Journal of Occupational Therapy*, 22, 23–25.
- Clair, V. W., Bunrayong, W., Vittayakorn, S., Rattakorn, P., & Hocking, C. (2004). Offerings: Food traditions of older Thai women at Songkran. *Journal of Occupational Science*, 11(3), 115–124. <https://doi.org/10.1080/14427591.2004.9686539>
- Finn, G. L. (1972). The occupational therapist in prevention programs. *American Journal of Occupational Therapy*, 26, 59–66.
- Hocking, C., Clair, V. W., & Bunrayong, W. (2002). The meaning of cooking and recipe work for older Thai and New Zealand women. *Journal of Occupational Science*, 9(3), 117–127. <https://doi.org/10.1080/14427591.2002.9686499>
- Holmes, W. M., & Scaffa, M. E. (2009b). An exploratory study of competencies for emerging practice in occupational therapy. *Journal of Allied Health*, 38(2), 81–90.
- Johansson, C. (2000). *Top ten emerging practice areas*. *OT Practice*, 5(3), 7–8.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy*, (3rd ed.). F.A. Davis Company.
- Laukaran, V. H. (1977). Toward a model of occupational therapy for community health. *American Journal of Occupational Therapy*, 31(2), 71–74.
- Reilly, M. (1971). The modernization of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 25, 243–246.
- Scaffa, M. E. (2001). *Occupational therapy in community-based practice settings*. F.A. Davis Company.

- Scaffa, M. E., & Reitz, S. M. (2013). Occupational therapy in community-based practice settings. F A Davis Company.
- Scaffa, M. E., & Reitz, S. M. (2020). *Occupational therapy in community and population health practice*. F.A. Davis. Company.
- West, W. A. (1969). The growing importance of prevention. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 226–231.
- เทียม ศรีคำจักษ์, เพื่อนใจ รัตตากร, ทศพร บรรยมาก, หทัยชนก อภิโกมลกร, ศุภลักษณ์ ผาดศรี และ อีรภัทร์ ปัญญานนท์. (2557). *หนังสือ 35 ปี กิจกรรมบำบัดไทย*. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นیرชา เหมือนอ่อน. (2555). การให้บริการกิจกรรมบำบัดชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่/ ผู้สัมภาษณ์: ศุภลักษณ์ ผาดศรี. เชียงใหม่
- บุษราคัม คาบเพ็ชร. (2555). การให้บริการกิจกรรมบำบัดชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่/ ผู้สัมภาษณ์: ศุภลักษณ์ ผาดศรี. เชียงใหม่
- เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, ขวัญฤทัย ธนารักษ์, อังคณา สามัตถิยะ และอรอุมา ภูโสภา. (2548). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามแนวทางกิจกรรมบำบัด/ อาชีวบำบัด: การสำรวจความต้องการของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. รายงานการวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.