

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษามีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 การจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.1 การจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2.1.1 ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สถานการณ์ของการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนที่ผ่านมามักไม่ได้จัดตั้งองค์กรในการทำงานที่เด่นชัด ไม่มีบทบาทชัดเจน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนขาดจุดรวมทั้งด้านระบบข้อมูล ด้านสถานที่ปฏิบัติงาน และกองทุนพัฒนาสาธารณสุข นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ถูกกำหนดให้มาร่วมดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมากกว่าเป็นการริเริ่มหรือความต้องการของชุมชนเอง ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจุดมุ่งหมายให้ทุกครอบครัวสามารถ ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อบรรลุคุณภาพชีวิต จึงได้พัฒนาโครงสร้างของงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยปรับปรุงจัดระบบของทรัพยากรที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีศักยภาพมากขึ้น ให้สามารถดำเนินงานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงได้สนับสนุนให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (The Community Primary Health Care Center) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า 'ศสมช.' เป็นแนวคิดพื้นฐานจากโครงการจัดบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน (Health

Post) แนวคิดการดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นการจัดการในเรื่องกำลังคน กองทุน กรรมการ และการจัดระบบของข้อมูลข่าวสารในชุมชนให้เป็นรูปธรรมขึ้น โดยมีทรัพยากรบุคคลในชุมชนร่วมดำเนินการในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่งในชุมชนและเป็นแกนนำในการพัฒนามุ่บ้าน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เน้นระบบการสนับสนุนติดตามนิเทศงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างผสมผสานและครอบคลุมให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ส่งผลให้ชุมชนนั้นเกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเพื่อ 1) เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้าน 2) เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกประเภท 3) เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อให้ทำหน้าที่กลั่นกรองในระดับต้น 4) เป็นศูนย์กลางในการรองรับการสนับสนุนวิชาการ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ จากรัฐบาลและเอกชน 5) เป็นศูนย์กลางของข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุข 6) เป็นศูนย์กลางของความรู้และวิทยาการชาวบ้านในการดูแลตนเองของชุมชน 7) เป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการ และการบริหารจัดการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536)

สืบเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นให้มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ครบทุกหมู่บ้านในปี พ.ศ.2537 ประกอบกับปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการเร่งรัดการพัฒนาเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกำหนดให้ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั่วประเทศบรรลุจุดมุ่งหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปีงบประมาณ 2537 (กระทรวงสาธารณสุข, 2535) ในโครงการนี้ได้กำหนดเครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าของหมู่บ้านเพื่อใช้ประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานประกอบด้วย 3 กลุ่มตัวชี้วัด ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นตัวชี้วัดสำคัญในกลุ่มตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองของชุมชน อันเป็นตัวชี้วัด 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวชี้วัดความสำเร็จและความก้าวหน้าของโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า การดำเนินงานตามโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะที่เริ่มจากส่วนกลาง โดยส่วนกลางประชุมชี้แจงแก่ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกองและศูนย์วิชาการต่าง ๆ เพื่อให้ทราบนโยบาย แนวคิด แนวทางการดำเนินงานการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จากความสำคัญดังกล่าว อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น เป็นอำเภอหนึ่งที่อยู่ในแผนนโยบายการดำเนินงานตามโครงการ คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และคณะทีมงานจาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยงานประสานงานการดำเนินจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนแก่ผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอในเดือนกุมภาพันธ์ 2537 (ปีงบประมาณ 2536) โดยการประชุมชี้แจงให้คณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขอำเภอพระยืนให้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติและแจ้งกลวิธี เพื่อที่จะรองรับโครงการเร่งรัดพัฒนาเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 2) พัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน 3) พัฒนาระบบบริการ 4) พัฒนากลไกบริการ 5) พัฒนาการวางแผน 6) การประชาสัมพันธ์ (คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข, 2536) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลได้เตรียมชุมชนโดยประชุมชี้แจงการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้แก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการหมู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่มาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเข้ารับการอบรม การจัดหาสถานที่ และการระดมทุนต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2.1.2 ขั้นตอนในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน การที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้นจะต้องหากลวิธีในการที่จะกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนนั้นเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาความจำเป็นและแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ในระดับตำบลจึงมีการเตรียมชุมชนในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนซึ่งจะพิจารณาจากหมู่บ้านที่มีความพร้อมก่อน โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องเตรียมชุมชนตามแนวทาง 5 ขั้นตอน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คือ 1) ขั้นสำรวจตรวจสอบข้อมูลสถานการณ์สาธารณสุขมูลฐานตามเกณฑ์ของข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน 2) ปรับปรุงซ่อมแซมหาส่วนขาด โดยประชุมปรึกษาหารือผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง 3) คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข 4-5 คน เพื่อเป็นทีมทำงานแล้วดำเนินการปฐมนิเทศ ชี้แจงบทบาทหน้าที่ 4) จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยหาสถานที่ที่เหมาะสมจัดระบบการทำงานและจัดหาอุปกรณ์สนับสนุน 5) จัดกิจกรรมบริการตามปัญหาของชุมชนหรือตามองค์ประกอบ 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยกิจกรรมจะขึ้นอยู่กับความต้องการของชุมชน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537)

2.1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

จากวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ต้องการให้เป็นจุดรวมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข โดยดึงเอาประชาชนในชุมชนนั้นมาให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยการอบรมอาสาสมัครให้เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเหล่านี้ได้ทำหน้าที่ช่วยเหลืองานสาธารณสุขในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งแนะนำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาต่าง ๆ และมีความพร้อมในการที่จะแก้ไขปัญหาให้ตอบสนองกับความต้องการของชุมชน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีอาสาสมัครประเภทเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้ดำเนินการแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2537 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัย (Change agent) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535) และอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะเข้ารับการอบรมต้องเป็นบุคคลที่ประจำในหมู่บ้านนั้น ไม่จำกัดเพศ และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความรู้อ่านออกเขียนได้ เป็นผู้มีความสมัครใจทำงานเพื่อส่วนรวมเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้อื่นได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2537)

สำหรับวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนสามารถดำเนินการได้โดยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในหมู่บ้านรับทราบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุข มีหน้าที่อะไร ผู้จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขควรมีคุณสมบัติอย่างไร การประชุมชาวบ้านเพื่อคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเสนอชื่อผู้ที่มีความเหมาะสมหรือผู้ที่สนใจสมัครโดยดำเนินการคัดเลือกตามคุ้มหรือละแวกบ้าน แล้วใช้วิธียกมือออกเสียงหรือลงคะแนน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้นเป็นกรรมการการคัดเลือกด้วย ในกรณีที่ไม่มีบุคคลที่เหมาะสมในคุ้มหรือละแวกนั้น ให้พิจารณาคัดเลือกจากคุ้มหรือละแวกอื่นได้

2.1.4 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการอบรมถ่ายทอดความรู้เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความรู้จนสามารถดูแลตนเองและแนะนำเพื่อนบ้านได้นั้น ในบางแห่งมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบโดย อสม. 1 คน รับผิดชอบดูแลทุกครอบครัวภายในคุ้มหรือละแวกบ้านประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ส่วนบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ การให้บริการที่จำเป็นในหมู่บ้าน การดำเนินการจัดตั้งศูนย์ข้อมูล

ข่าวสารของหมู่บ้าน การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาของชุมชน (คณะกรรมการ
การสาธารณสุขมูลฐาน, 2536) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การให้บริการที่จำเป็นในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้บริการ
ที่จำเป็นแก่ประชาชนหลายประการ ซึ่งประกอบด้วย **การให้บริการด้านโภชนาการ** โดยการ
ชี้แนะหนักและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร รวมทั้งขาดสารไอโอดีน การคำนวณอายุเด็กและ
แปลผลภาวะโภชนาการ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น เครื่องชั่ง
น้ำหนัก แบบบันทึกการเจริญเติบโตของเด็ก แผ่นพับ โปสเตอร์ **การให้บริการด้านอนามัยแม่
และเด็กและการวางแผนครอบครัว** โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์ และตรวจ
ครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ได้รับการตรวจสุขภาพเด็กตามกำหนด จ่ายยา
เม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น แบบ
บันทึกสภาวะสุขภาพอนามัยประจำครอบครัว แผ่นพับ โปสเตอร์ ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย
การให้บริการด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด
และติดตามหญิงมีครรภ์ให้ไปรับวัคซีนป้องกันบาดทะยักให้ครบ 3 เข็มก่อนคลอด ศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น แบบบันทึกสุขภาพอนามัยประจำครอบครัว และประจำ
หมู่บ้าน **การให้บริการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโรคประจำถิ่น** โดยการจัด
แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สุ่มตรวจและช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีนสุนัขและกำจัดสุนัข
เถื่อน เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย เก็บเสมหะส่ง
ตรวจหาเชื้อวัณโรค ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น ทรายอะเบท ตลับ
อุจจาระ กล้องเก็บเสมหะ สไลด์สำหรับตรวจเลือด แผ่นพับโปสเตอร์ **การให้บริการด้านการจัด
หาน้ำสะอาดและกำจัดสิ่งปฏิกูล** โดยการสาธิตการจัดหาน้ำสะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย การ
สร้างหลุม การทำหลุมซึม การสุขาภิบาลอาหาร การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลง/หนู สาธิตการเติม
คลอรีนในน้ำบริโภค ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น งบประมาณค่าวัสดุ
สาธิตเพื่อพัฒนาเป็นกองทุนสุขาภิบาล ยาฆ่าแมลงวัน และการสนับสนุนให้มีการกำจัดหนู การ
อบรมช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน แผ่นพับ โปสเตอร์ **การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น**
โดยการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการในเรื่องไข้ตัวร้อน ไข้มาลาเรีย ปวดเมื่อย ผื่นคันบริเวณ
ผิวหนัง ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดหลัง ท้องเดิน เหน็บชา ไอ เจ็บตา บาดแผล สุนัขกัด น้ำร้อนลวก
กระดูกหัก ไฟไหม้ นอกจากนี้ให้การส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการในสถานบริการอื่น และติดตาม
ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการอื่นๆ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่ง
สนับสนุน อาทิเช่น ยาสามัญประจำบ้าน เครื่องปฐมพยาบาลและเวชภัณฑ์ การให้บริการด้าน

การจัดหาที่จำเป็น โดยจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน จัดกลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน แผ่นพับโปสเตอร์ การให้บริการด้านทันตสาธารณสุข โดยจัดนิทรรศการสาธิตการแปรงฟัน จัดหาและจำหน่ายแปรงและยาสีฟัน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น หุ่นจำลองชุดสอนการแปรงฟัน คู่มือทันตสุขภาพสำหรับหอกระจายแผ่นพับ โปสเตอร์ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน โดยจัดชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น คู่มือสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้บริการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุในชุมชน จัดศูนย์ชุมชนบำบัดและฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง เทปวัดระดับน้ำตาลในปัสสาวะ แผ่นพับ โปสเตอร์ คู่มือดูแลผู้พิการและป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย การให้บริการคุ้มครองผู้บริโภค โดยจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุหรือยาชุด ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น คู่มือคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข คู่มือการเลือกซื้อสินค้าสำหรับประชาชน แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้บริการป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันแหล่งแพร่โรคในชุมชนเพื่อคุ้มครองประชาชนจากการติดโรคเอดส์ การเฝ้าระวังและรักษามลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริโภคของชุมชน การเติมคลอรีนในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น แบบบันทึกผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำ น้ำยาตรวจวัดแบคทีเรียอย่างง่าย ชุดตรวจวัดคลอรีน

การดำเนินการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจะเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีกิจกรรมสำรวจข้อมูลหญิงมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มเสี่ยง แหล่งแพร่โรค กิจกรรมการประชุมนำเสนอข้อมูล การวางแผนร่วมกับชุมชนและกรรมการจัดระบบส่งข่าวอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น แบบบันทึกสุขภาพอนามัยประจำครอบครัว แบบบันทึกสุขภาพอนามัยประจำครอบครัว/หมู่บ้าน

การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้รายบุคคล/กลุ่มสำหรับหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด กลุ่มเสี่ยงต่อโรค ญาติผู้พิการ และผู้สูงอายุ การจัดแสดง

นิทรรศการหรือสาธิต การถ่ายทอดโดยผ่านหอกระจายข่าว ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับสิ่งสนับสนุน อาทิเช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพริก ชุดนิทรรศการเรื่องต่าง ๆ เทป บทความ

2.1.5 การสนับสนุนสำหรับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

การดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยแต่ละแห่งดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยให้พิจารณาความพร้อมของหมู่บ้านเพื่อดำเนินการจัดตั้งก่อนหลัง โดยผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นผู้ประสานงานให้ และให้การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ วิชาการ การฝึกอบรมและอื่น ๆ ดังมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สำหรับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จำนวน 13 รายการดังนี้คือ 1) กระเป๋าใส่เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ 1 กระเป๋า 2) เครื่องวัดความดันโลหิต 1 เครื่อง 3) นูฟิง 1 เครื่อง 4) เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดยืน 1 เครื่อง 5) แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ 1 ขวด 6) ปรอทวดใช้ 1 อัน 7) เทปวัดไข้ 1 ชุด 8) แผ่นวัดสายตา 1 ชุด 9) สำลี 1 ม้วน 10) พลาสเตอร์ปิดแผล 1 ม้วน 11) ผ้าพันแผล 12) กรรไกรปลายแหลม 1 อัน 13) คู่มือการดูแลสุขภาพ กรมอนามัยและกรมควบคุมโรคติดต่อได้จัดส่งวัสดุสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขได้แก่ แบบบันทึกการเจริญเติบโตของเด็ก แบบบันทึกสุขภาพครอบครัว ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ตลับใส่อุจจาระ กระดาษโลดตรวจเลือด และกล่องเก็บเสมหะ (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536)

การสนับสนุนด้านงบประมาณ สำหรับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านงบประมาณได้รับการสนับสนุนเงินหมวดอุดหนุนและเงินหมวดค่าใช้จ่ายวัสดุซึ่งหมวดอุดหนุนประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายสำหรับการอบรมอาสาสมัครต่อเนื่องเดือนละครั้ง (จำนวน 5 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน) ค่าใช้จ่ายสำหรับการอบรมประธานคณะกรรมการหมู่บ้านอบรมผู้นำศาสนา และเงินสนับสนุนกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ครั้งๆ ละ 1,000 บาท สำหรับหมวดค่าใช้จ่ายวัสดุจัดให้เป็นค่าวัสดุติดตามและการจัดฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในระดับต่างๆ ในบางจังหวัดจะได้รับเงินช่วยเหลือจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในการจัดซื้อยาให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนๆ ละ 1,000 บาท (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2537)

การสนับสนุนด้านการฝึกอบรม สำหรับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในด้านการฝึกอบรมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงความรู้เจตคติ และสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐาน กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (ดังในราย

ละเยียบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในหัวข้อ 2.1.4) (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534) ส่วนกระบวนการฝึกอบรมของจังหวัดขอนแก่น ได้แบ่งการอบรมเป็น 3 ระดับคือ 1) การอบรมระดับอำเภอ โดยดำเนินการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนรวมกันที่อำเภอเพื่อที่จะแสดงผล โดยมีคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอของอำเภอนั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบ โดยใช้ระยะเวลาการอบรม 1 วัน 2) การอบรมระดับตำบล ดำเนินการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขรวมหลาย ๆ หมู่บ้านโดยอบรมเป็นรุ่น ๆ ตามความเหมาะสม ประมาณ 50-100 คน มีครูฝึกระดับตำบลและระดับอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบ โดยใช้ระยะเวลาการอบรม 1 วัน 3) การอบรมระดับหมู่บ้าน ดำเนินการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านในแต่ละศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยใช้ระยะเวลาการอบรม 1 วัน นอกจากนี้ในระดับหมู่บ้านจะมีการอบรมต่อเนื่องที่หมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล หรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานออกนิเทศงาน และให้ความรู้ต่อเนื่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (จิระประภา ศิริสูงเนิน, 2537) ส่วนเนื้อหาหลักสูตรในการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขมีเนื้อหาความรู้ที่อบรมเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) เป็นวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน 2) กลุ่มความรู้เฉพาะเป็นความรู้ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536)

การสนับสนุนวิชาการและเอกสารสิ่งพิมพ์ สำหรับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สำนักงานสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข และผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น เทปบันทึกเสียงสำหรับหออกระจายข่าว โปสเตอร์ แผ่นพับ แบบบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

การสนับสนุนด้านการศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน สำหรับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน เป็นเรื่องที่ควรให้การสนับสนุนเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้ระหว่างชุมชนอย่างแท้จริง (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

การสนับสนุนเสริมสร้างขวัญกำลังใจ สำหรับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การเสริมสร้างขวัญกำลังใจด้านสวัสดิการของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นสิ่งที่

สำคัญมาก กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีพร้อมทั้งครอบครัว โดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของอาสาสมัครสาธารณสุข การใช้สิทธิสามารถใช้บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ารับบริการ การรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐและสามารถใช้ได้ทั่วประเทศในกรณีฉุกเฉินโดยผ่านระบบการส่งต่อของสถานบริการ (ถาวร ดวงบรรเทา, 2537) และมีการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้รู้จักช่วยเหลือตัวเองและส่วนรวม และก่อให้เกิดประโยชน์แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและสังคมต่อไป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2537) นอกจากนี้บางจังหวัดจะกำหนดให้มีเครื่องแบบสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และมีสัญลักษณ์เฉพาะซึ่งอาจใช้สัญลักษณ์ของคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานติดกระเป๋าก้น หรือเข็มกลัดติดกระเป๋าก้น นอกจากนี้มีการประกาศเกียรติคุณและการเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครโดยการจัดให้มีการประกวดผู้นำชุมชนดีเด่น ประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัคร และเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือจัดประชุมสัมมนา

จากการศึกษาเอกสาร และบทความเกี่ยวกับการจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นวิธีการที่สร้างให้ประชาชนมีการรวบรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นองค์กรในชุมชน การพัฒนาการทำงานในรูปแบบของกรรมการ ซึ่งประชาชนในชุมชนสามารถดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยซึ่งกันและกัน ทั้งนี้จะได้รับการสนับสนุนในด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การฝึกอบรมและวิชาการต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมหรือในด้านอื่น ๆ ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนมิใช่ของใหม่แต่เป็นเรื่องที่พยายามปฏิบัติกันมาหลายทศวรรษแล้ว (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2529 ; Whyte, A.V., 1982 ; Woelk, G.B., 1992) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นมาจากปัญหาของความล้มเหลวในการดำเนินงานพัฒนาในอดีต ซึ่งเน้นให้ความสำคัญกับบทบาทของคนภายนอกชุมชน โดยละเลยศักยภาพและความสามารถของคนในชุมชน อันนำมาซึ่งความไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชนนั้น ๆ และนอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันอีกด้วย การจะตอบคำถามว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนหมายถึงอะไร ใครเป็นผู้เข้าร่วมและการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนมีลักษณะอย่างไรจึงเป็นการยากที่จะอธิบายได้อย่างชัดเจน ไม่มีข้อยุติและไม่มีการยอมรับอย่างแท้จริง นักรัฐศาสตร์ให้ความหมายในเรื่องนี้เมื่อมีการเข้าร่วมกับสถาบันการเมือง นักจิตวิทยาใช้คำนี้ในความหมายของพฤติกรรมมนุษย์ในการทำงานที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน นักสังคมวิทยาใช้เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม (Douglass, 1970 อ้างถึงใน บัญชร แก้วสอง, 2531) และนักพัฒนาจะใช้คำนี้เมื่อประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชนบท ในองค์กรที่เป็นสิ่งสอดคล้องกับชีวิตมนุษย์ (ศกุนต์ สายบุญลี, 2537) จากการค้นคว้าเอกสาร บทความวิจัย ผู้ศึกษาได้รวบรวมความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

WHO (1991) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึงกระบวนการของบุคคล ครอบครัว ที่มีปฏิสัมพันธ์กันในการดูแลสุขภาพให้เกิดความผาสุก และเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชนให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้รวมถึงการมีส่วนร่วมสนับสนุนสิ่งของการให้ความช่วยเหลือ การจัดองค์กร และการมีอำนาจ

Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง นโยบายขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาประเทศ และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทั้งในระดับบุคคลรวมทั้งในระดับองค์กร FAO (1973, cited by Buijs, D. B., 1982) กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ใช่แนวคิดที่หยุดนิ่ง แต่เป็นกระบวนการที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา กล่าวคือเป็นกระบวนการของสมาชิกที่พยายามบริหารจัดการและจัดองค์กรโดยอาศัยการตัดสินใจของประชาชนเป็นที่ตั้ง นอกจากนี้ยังมีผู้ให้แนวคิดที่สอดคล้องกัน กล่าวคือการมีส่วนร่วมเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีความพร้อมและเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อโครงการพัฒนาเท่ากับเป็นการส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มขึ้นเพื่อดำเนินงานในโครงการพัฒนาในเพื่อดำเนินการในโครงการพัฒนา(White, A.T., 1981 ; Lele, U. 1975, cited by Oakley, P., 1989) รวมทั้งยังเป็นหนทางในการส่งเสริมหรือเป็นแนวทางเลือกใหม่ สำหรับการจัดองค์กรโดยสมัครใจ และปฏิบัติกิจกรรมเป็นกลุ่ม เพื่อให้การกระทำที่เกิดขึ้นบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ทั้งยังทำให้รู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อกันอีกด้วย (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527 ; Madan, T.N., 1987)

Lisk, F.A.N. (1981 cited by Oakley, P., 1989) ; Rifkin, S.B. (1990) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการทางสังคม ซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของกลุ่มที่มีความต้องการร่วมกันภายใต้สภาพพื้นที่เดียวกัน โดยจะมีการตัดสินใจในการปฏิบัติร่วมกัน รวมถึงการกำหนดความต้องการ การมีภาวะผู้นำ การจัดองค์กร การระดมทรัพยากร และการจัดการร่วมกัน การแบ่งปันผลประโยชน์ และการได้รับผลประโยชน์

Whyte, A.V. (1982) ; Bronfman, P. and Gleizer, M. (1992) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การตัดสินใจกระทำกิจกรรมที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เป็นเครื่องมือสำหรับการวางแผนและจัดการภายในองค์กร รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่รับประกันประสิทธิภาพโครงการโดยจะเป็นเพียงวิธีทางนำไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาเกี่ยวกับเศรษฐกิจและพัฒนากับการเมือง นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีทาง (As a means) หรือเป็นเป้าประสงค์ (As an ends)

อकिन รพีพัฒน์ (2527) ; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการ การควบคุม การใช้ และการกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม และความจำเป็นขั้นพื้นฐานอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม รวมทั้งพัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญาของประชาชน กล่าวคือ ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหาและเป็นผู้ทำทุกอย่างไม่ใช่ผู้อื่นเป็นผู้กำหนดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือมีส่วนร่วมในทุกอย่าง แต่ต้องเป็นเรื่องของประชาชนคิดขึ้นมาเอง

2.2.2 แนวคิดในการประเมินและการวัดการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าวมีความหมายแตกต่างกันไปตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล (Oakley, P. 1989) ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก และเป็นคำที่เป็นนามธรรม โดยสรุปแล้วการมีส่วนร่วมของชุมชน ความหมายจึงครอบคลุมถึงกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดความต้องการของชุมชน การวางแผน การดำเนินการ การจัดองค์กร การบริหารจัดการ การระดมทรัพยากรในและนอกชุมชน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ รวมทั้งสามารถให้การดูแลครอบครัวและชุมชนได้ นอกจากนี้จากการศึกษาเอกสาร รายงานการวิจัยพบว่านักวิชาการหลายท่านได้ให้รายละเอียดของมิติการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของแต่ละท่านที่จะประเมินการมีส่วนร่วม ดังมีรายละเอียดดังนี้

Ram, P.Y. (1976) ได้นำเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ประเด็นคือ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการและการวางแผน (Implementation) 3. การมีส่วนร่วมในการควบคุมและประเมินโครงการพัฒนา (Evaluation) 4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของการพัฒนา (Benefit)

Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980) ได้สร้างกรอบพื้นฐานและนำเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่ออธิบายและวิเคราะห์ตามขั้นตอนการพัฒนา 4 ประเด็น คือ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วยการกำหนดความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญ การเลือกนโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจจะเป็น

กระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินไปเรื่อย ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ช่วงวางแผน ช่วงดำเนินการ และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน (Implementation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยการให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การให้ความร่วมมือรวมทั้งการร่วมแรงร่วมใจ การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) เป็นการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งทางวัตถุ ทางสังคม และโดยส่วนตัว นอกจากนี้เป็นผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยพิจารณาจากการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มหรือกระจายผลประโยชน์ทั้งชุมชน ผลประโยชน์ของโครงการนี้เป็นได้ทั้งผลประโยชน์ทางบวกและผลประโยชน์ทางลบ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการควบคุมตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด สิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตโดยพิจารณาจากความเห็นชอบ และความคาดหวังซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจะแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไปได้

World Health Organization (1981) ได้นำเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 มิติคือ 1. การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย การกำหนดการใช้ทรัพยากร การกำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล 2. การดำเนินการ (Implementation) ประกอบด้วย ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการ การบริหารการใช้ทรัพยากร ความรับผิดชอบในการจัดสรร การควบคุมทางการเงิน และการบริการ 3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประกอบด้วย ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์เป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม 4. การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining benefits) ประกอบด้วย ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นฐานที่เท่ากัน ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว ก็ได้ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การจัดการเกี่ยวกับการเงิน งบประมาณ การวางแผน การดำเนินการ และการควบคุม นอกจากนี้สามารถนำทรัพยากรที่มีในชุมชนและนอกชุมชนออกมาใช้ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน (WHO, 1981 อ้างถึงใน Ahmed, M., 1982 ; Whyte, A.V., 1982 ; Agudelo, C.A., 1983)

United Nations Department of International Economic and Social Affairs (1981) ได้นำเสนอลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ประเภท ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง การมีส่วนร่วมแบบนี้จะไปโดยอาสาสมัครหรือเป็นการรวมตัวกันเองเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง โดยจะเน้น

การกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก 2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ เป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและพบการมีส่วนร่วมประเภทนี้ในประเทศกำลังพัฒนา 3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ เป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาล หรือโดยการบังคับโดยตรง การมีส่วนร่วมแบบนี้ผู้กระทำได้รับผลในทันทีแต่จะไม่ได้รับผลระยะยาว ต่อมาจะมีผลเสียถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล

Padron, M. (1982) ได้นำเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนตามลักษณะของการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง 4 ประเภทคือ 1. การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive participation) เป็นการยอมรับต่อการเข้าถึงประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม หรือการช่วยเหลือในด้านการบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกหรือการปรับปรุงและนำรูปแบบการผลิตทางเศรษฐกิจแบบใหม่ 2. การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนการถูกกระทำ (Passive reflex) ถือว่าเป็นกิจกรรมทางการศึกษา สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุสภาพความด้อยพัฒนา เข้าใจปัญหาโดยการจัดทำโครงการพัฒนา การแสวงหาความรู้หรือเรียกว่า “การสร้างมโนธรรมสำนึก” เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและมีจิตสำนึก 3. การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (Active participation) เป็นขั้นที่จะสะท้อนหรือประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัดของโครงการ รวมถึงยุทธศาสตร์ทางเลือกของการพัฒนาเกี่ยวกับลักษณะของโครงการและสังคม

Mochny, S. (1983) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งอาศัยประสบการณ์จากการศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนจากหลายประเทศ โดยให้ความสำคัญของวิถีทางการศึกษา (Education means) และการวางแผนอย่างเป็นระบบ เป็นตัวปลูกเร้าจิตสำนึกการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถแบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ประเภท คือ 1. การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบธรรมชาติ (Spontaneous participation) เป็นการกระทำที่เป็นความสมัครใจเป็นไปอย่างอิสระ ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจภายในของประชาชนเมื่อเกิดปัญหาหรือเกิดวิกฤตการณ์ขึ้นในชุมชน โดยปราศจากการช่วยเหลือจากรัฐบาลหรือองค์กรเอกชน การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบนี้ในปัจจุบันเป็นภาพซึ่งเกิดขึ้นในอุดมคติเท่านั้น และพบได้ยากในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2. การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถูกกระตุ้นหรือชี้นำให้เกิดขึ้น (Sponsored or Induced participation) เป็นการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดจากการปลูกเร้า การกระตุ้นจากรัฐราชการ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งเป็นการพัฒนาที่เรียกว่าการช่วยเหลือเพื่อช่วยตัวเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบนี้พบได้เสมอในโครงการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน 3. การมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นโดยการบังคับ (Forced participation) เป็นการมีส่วนร่วม

ร่วมที่เกิดจากการบังคับให้เข้าร่วมในกิจกรรมหรือเกิดจากคนยากจนในท้องถิ่นถูกเกณฑ์ให้ปฏิบัติตามผู้นำการพัฒนา

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ได้นำเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและจำแนกได้ 3 แบบคือ 1. การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยตรง (Direct participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยผ่านองค์การการจัดตั้งของประชาชน ได้แก่ การรวมกลุ่มของเยาวชน 2. การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอ้อม (Indirect participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกลุ่มเลี้ยงไหม 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการเปิดโอกาสให้ (Open participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน ได้แก่ สถาบัน หรือหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมเมื่อไหร่ก็ได้ทุกเวลา

Rifkin, S.B., Muller, F. and Bichmann, W. (1988) ได้นำเสนอเกี่ยวกับการประเมินการมีส่วนร่วมในมุมมองกว้าง ๆ ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 มิติที่เป็นตัวชี้วัดหรือสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ประกอบด้วย 1. การกำหนดความต้องการของชุมชน (Needs assessment) องค์ประกอบนี้ช่วยให้ทราบถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนหรือการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ว่ามีการกำหนดความต้องการของชุมชนอย่างไร การกำหนดความต้องการนั้นมุ่งสนองตอบด้านการบริการทางสุขภาพหรือไม่ ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ และบทบาทของการกำหนดความต้องการเป็นบทบาทของสมาชิกในชุมชนหรือไม่ 2. ภาวะผู้นำ (Leadership) องค์ประกอบนี้ช่วยให้ทราบว่าผู้นำชุมชนนั้นเป็นตัวแทนของประชาชนทั้งชุมชน หรือเป็นตัวแทนประชาชนเพียงกลุ่มเล็ก ๆ เท่านั้น กลุ่มที่แสดงภาวะผู้นำมักกระทำอย่างไร กลุ่มผู้ด้อยโอกาสสามารถเป็นผู้นำได้หรือไม่ มีการกำหนดขอบเขตของการเข้าร่วมกลุ่มในชุมชนรวมทั้งกลุ่มผู้นำสนองตอบต่อกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือกลุ่มผู้ยากจนหรือไม่ และเหตุผลของการตัดสินใจของผู้นำนั้นทำเพื่อคนกลุ่มใหญ่หรือเพียงบางกลุ่มหรือเฉพาะกลุ่มยากจนเท่านั้น 3. การจัดองค์กร (Organization) องค์ประกอบนี้ช่วยให้ทราบถึงผู้วางแผนจัดโครงสร้างองค์กรในชุมชนแบบใหม่หรือผสมผสานโครงการด้านสุขภาพให้เข้ากับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ องค์กรที่จัดตั้งขึ้นมา สนองตอบต่อความต้องการของชุมชนหรือเป็นการปฏิบัติเหมือนที่เคยปฏิบัติมา องค์กรนั้นสามารถยืดหยุ่นตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง หรือยึดติดกับการปฏิบัติที่เคยทำมาก่อน เนื่องจากกลัวการเปลี่ยนแปลง การจัดองค์กรทำให้เกิดอะไรเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มมีโครงการและผู้รับประโยชน์เป็นบุคลากรสาธารณสุข หรือสมาชิกในชุมชน 4. การระดมทรัพยากร (Resource mobilization) องค์ประกอบส่วนนี้ช่วยให้ทราบถึงการสนับสนุนที่มีต่อชุมชนทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน ชุมชนได้สนับสนุนอะไรและเสียค่าใช้จ่ายต่อโครงการเท่าไร สิ่งสนับสนุนสามารถให้การช่วยเหลือ

โครงการได้ทั้งหมดหรือได้เพียงบางส่วน มีการจัดทรัพยากรในชุมชนสนับสนุนโครงการหรือไม่
อย่างไร ผู้ใดที่เป็นผู้ดำเนินการระดมทรัพยากรและจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ 5. การจัดการ
(Management) องค์ประกอบส่วนนี้แสดงให้เห็นถึงจิตสำนึกในหน้าที่ การตอบสนองของชุมชน
ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดการ
เกี่ยวกับโครงการหรือการตัดสินใจเป็นของบุคลากรสาธารณสุข หรือเป็นตัดสินใจร่วมกันกับ
สมาชิกในชุมชน มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มบ้างหรือไม่
และมักเป็นกลุ่มใด องค์ประกอบของการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว ข้างต้น เป็นตัว
ชี้วัดที่สามารถอธิบายเท่านั้น ไม่สามารถประเมินได้ว่าการมีส่วนร่วมในโครงการเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี
การตัดสินใจนั้นขึ้นกับเป้าหมายของผู้วางแผนที่จะเลือกตัวชี้วัดในการอธิบาย

Oakley, P. (1989) ได้นำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 2 มิติคือ 1. การมีส่วนร่วม
ของชุมชนเป็นมรรค (As a mean) เป็นวิถีทางที่ใช้ทรัพยากรภายในชุมชนทั้งด้านเศรษฐกิจและ
สังคม โดยนำมาดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์นำไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาซึ่งกำหนดไว้ล่วงหน้า
กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นมรรคจะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Result) มากกว่า
การกระทำ (Act) ของการมีส่วนร่วมของชุมชน 2. การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเป้าหมาย (As an
end) เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดความ
สามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ส่งผลให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของ
ชุมชนเป็นเป้าหมายเน้นให้ความสำคัญในการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพใน
กระบวนการแก้ไขปัญหาให้ร่วมทำกิจกรรมมากกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ แม้ว่าโครงการจะ
สิ้นสุดแล้วก็ตามแต่การมีส่วนร่วมยังคงมีอยู่ต่อไปทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและ
ยั่งยืน

สำหรับการวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนผู้ศึกษาวิจัยรวบรวมและนำเสนอการวัดการมีส่วนร่วม
ของชุมชนดังนี้

Chapin (1971, cited by Bertrand, 1985) ได้สร้างมาตรวัดการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยยึด
หลักของลักษณะการมีส่วนร่วมมาคิดเป็นน้ำหนัก ประกอบด้วย การเป็นสมาชิก การเข้าร่วม การ
ออกเงิน การเป็นคณะกรรมการ และการเป็นประธาน โดยให้น้ำหนักคะแนน 1-5 คะแนนตาม
ลำดับ และนำค่าคะแนนตามน้ำหนักของการมีส่วนร่วมมารวมกันผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นค่าของการมี
ส่วนร่วมของแต่ละบุคคล ต่อมา Buck and Ploch ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลง
การมีส่วนร่วมทางสังคมชนบทเพนซิลวาเนีย ได้พัฒนาการวัดการมีส่วนร่วมของ Chapin โดยให้
น้ำหนักของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเป็นสมาชิก การเป็นสมาชิกในอดีตและปัจจุบันไม่ได้

เป็น การเป็นสมาชิกในอดีตและปัจจุบันก็เป็น การเคยเป็นประธานกรรมการ กลุ่มในอดีต การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในอดีตและไม่มีความกระตือรือร้น การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในอดีตและมีความกระตือรือร้น และการเป็นประธานหรือการเป็นกรรมการกลุ่มในปัจจุบัน โดยให้น้ำหนักคะแนน 0-6 คะแนนตามลำดับ

Arnstein (1971, cited by Buijs, D. and Galjart, B., 1982) ได้วัดการมีส่วนร่วมของชุมชน 8 ขั้น ประกอบด้วย 1. ถูกจัดกระทำ 2. บำบัดรักษา 3. รับฟังข่าวสาร 4. ปรีกษา 5. ปลอบใจ 6. เป็นหุ้นส่วน 7. ใช้อำนาจผ่านตัวแทน 8. ควบคุมโดยประชาชน และสามารถพิจารณาแบ่งการมีส่วนร่วมตาม 8 ขั้นดังกล่าวข้างต้นออกเป็น 3 ระดับคือ การมีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม (Pseudo-participation or no-participation) การมีส่วนร่วมระดับพิธีกรรมหรือมีส่วนร่วมบางส่วน (Degree of tokenism or partial participation) และการมีส่วนร่วมระดับอำนาจเป็นของประชาชน (Degree of citizen power) ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 2

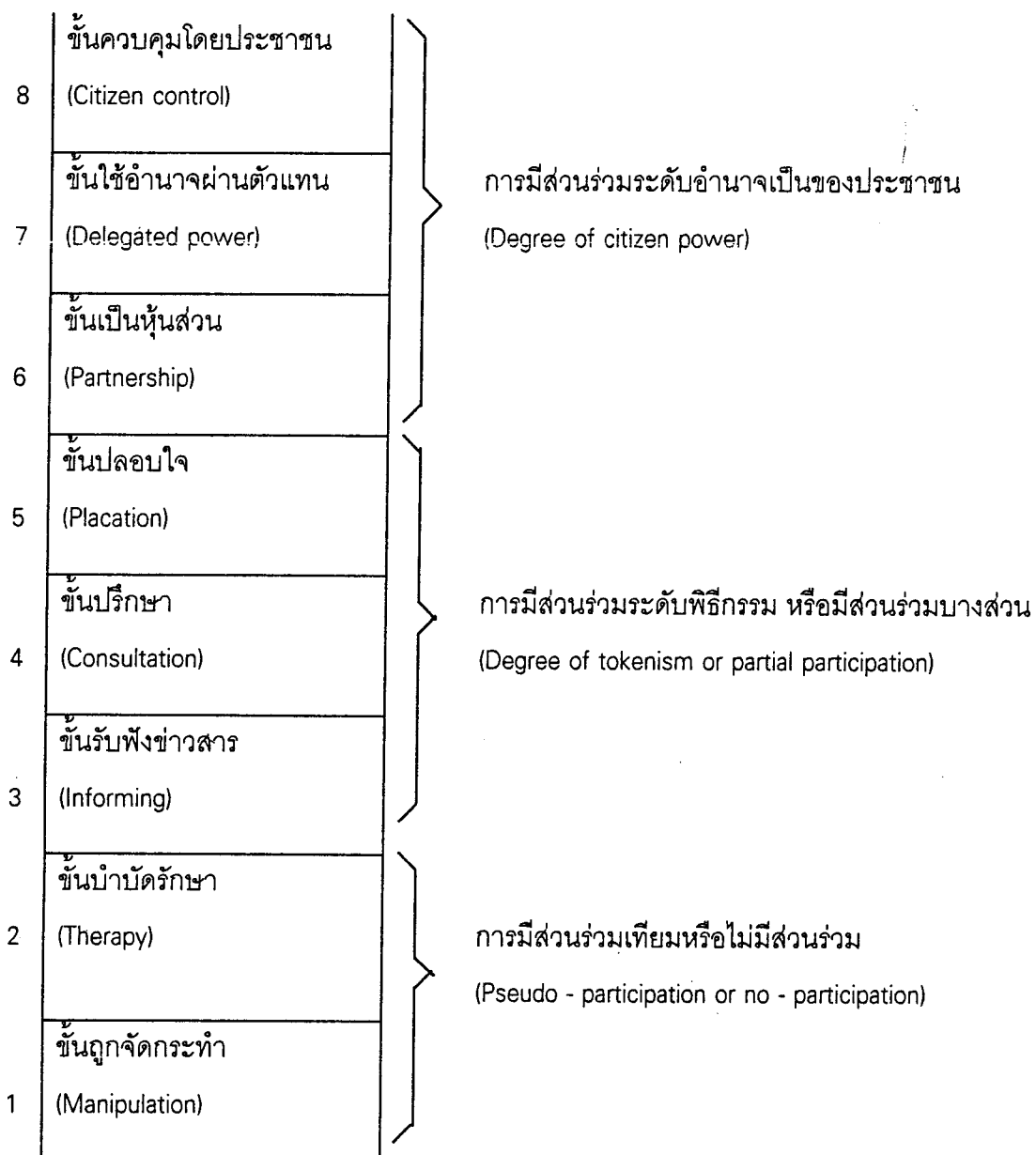
อาร์นสไตน์ กล่าวไว้ว่า ในขั้นต่ำของบันได คือขั้นถูกจัดกระทำ และขั้นที่สอง คือขั้นบำบัดรักษา เรียกว่า “การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม” เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการตัดสินใจ ขั้นนี้จะมีกลุ่มบุคคลจำนวนน้อยที่อยู่ในอำนาจเท่านั้นทำหน้าที่ตัดสินใจ โดยจะไม่มี การพูดถึงเนื้อหา วิธีการของการตัดสินใจ หรือตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ของผู้ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่นั้น ขั้นที่ 2 สร้างขึ้นมาเพื่อที่จะทดแทนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของสองขั้นนี้ไม่ใช่เป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือควบคุมโครงการ แต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจการให้การศึกษา (Educate) หรือทำการรักษา (Cure) แก่ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

บันไดขั้นที่ 3 ถึง 5 เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพิธีกรรม หรือการมีส่วนร่วมบางส่วน โดยขั้นที่ 3 ขั้นรับฟังข่าวสาร ขั้นที่ 4 ขั้นปรึกษานั้นความเห็นของประชาชนหรือข้อคิดของประชาชนได้ การรับฟังจากผู้กุมอำนาจอยู่มากขึ้น แต่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้ประชาชนไม่มีอำนาจที่รับประกันได้ว่า ความคิดเห็นของพวกเขาจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจเต็มเมื่อมีการมีส่วนร่วมถูกจำกัดอยู่ที่ระดับเหล่านี้ จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสภาพได้ ส่วนในขั้นที่ 5 ขั้นปลอบใจเป็นขั้นสูงของการมีส่วนร่วมบางส่วนนี้ที่ยอมให้คนจนได้รับคำแนะนำได้ แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจต่อไป

บันดาลำดับสูงขึ้นเป็นระดับที่เรียกว่า อำนาจเป็นของประชาชน เพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าไปสู่ขั้นที่ 6 ขั้นเป็นหุ้นส่วนซึ่งจะทำให้พวกเขาสามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสียกับผู้มีอำนาจดั้งเดิม ส่วนในขั้นที่ 7 ขั้นใช้อำนาจ

ผ่านตัวแทน และขั้นที่ 8 ขั้นควบคุมโดยประชาชน เป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชนโดยผ่านตัวแทน หรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจเอง

จากแนวคิดของอาร์นสไตน์ จะมองการมีส่วนร่วมตามความเข้มโดยเน้นในแง่ของการมีอำนาจในการตัดสินใจของประชาชน ซึ่งมีพิสัยของความเข้มตั้งแต่การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจไปจนถึงการมีอำนาจตัดสินใจเต็มที่



แผนภาพที่ 2 บันไดของการมีส่วนร่วม 3 ขั้น 8 ระดับ ของอาร์นสไตน์

American Public Health Associations (1983) ได้เสนอแนวทางการวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนตามระดับความเข้มในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ 3 ระดับ ประกอบด้วย 1. ระดับการตัดสินใจ (Decision-making) ระดับนี้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตนเอง ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมระดับการรับผิดชอบด้วยตัวเอง 2. ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก และต้องการความเสียสละจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพยากร แรงงานเพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จ ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ 3. ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ระดับนี้ประชาชนยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่วางโครงการไว้ ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น

Bichman, W., et al. (1989) ได้วัดการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการศึกษาในประเทศเนปาล โดยใช้โปรแกรมทางสุขภาพลงไปใช้ในระดับตำบล ซึ่งมีการผสมผสานระบบบริการสาธารณสุขให้กระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น สามารถวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนจากตัวชี้วัด 5 ประการคือ 1. ประเมินจากการกำหนดความต้องการ 2. ประเมินจากภาวะผู้นำ 3. ประเมินจากการจัดองค์กร 4. ประเมินจากการระดมทรัพยากร 5. ประเมินจากการบริหารจัดการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปมิติของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การกำหนดความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ การจัดองค์กร การระดมทรัพยากร การรับผลประโยชน์ การควบคุม การประเมินผล โดยจะเห็นได้ว่ามีส่วนร่วมของชุมชนจะมีความมุ่งหมายคล้ายคลึงกันคือมุ่งที่จะให้ประชาชนช่วยประชาชนโดยประชาชนและเพื่อประชาชน

2.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุข

มูลฐานชุมชน

จากการศึกษาเอกสาร บทความ และรายงานวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีผู้ศึกษาหลากหลายและมุ่งศึกษาแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย สำหรับการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการและการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขตามประเด็นดังกล่าวข้างต้น โดยนำเสนอรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำหนดความต้องการและการวางแผน

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขสำหรับการดำเนินงานในกองทุนยา พบว่า การริเริ่มจัดตั้งกองทุนยาเกิดจากแรงผลักดันของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าไปปฏิบัติงานในหมู่บ้าน มิได้เกิดจากความต้องการของประชาชนในหมู่บ้าน แต่บุคลากรสาธารณสุขจะใช้วิธีถ่ายทอดแนวคิดการจัดตั้งกองทุนยาผ่านทางผู้นำชุมชน ซึ่งประชาชนในหมู่บ้านมีส่วนร่วมเพียงแต่รับทราบเท่านั้น (กัญญา ศุภจรรยา, 2527 ; พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และดุขฎิ กาฬอ่อนศรี, 2527) ในบางแห่งพบว่า การริเริ่มและการสร้างความยอมรับเกี่ยวกับกองทุนยาเริ่มขึ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้นัดหมายประชาชนและผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการจัดตั้งกองทุนยาขึ้นในหมู่บ้าน (พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2527) ดังนั้นอำนาจการตัดสินใจจะขึ้นอยู่กับผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน ส่วนกองทุนยาที่ถูกริเริ่มจากสาธารณสุขอำเภอ นั้น สาธารณสุขอำเภอจะให้อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลไปดูงานเกี่ยวกับธนาคารยาจากอำเภออื่น ต่อมาอาสาสมัครสาธารณสุขได้นำแนวคิดการจัดตั้งธนาคารยามาเผยแพร่แก่ประชาชนด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกรรมการหมู่บ้านไม่ได้มีบทบาทชี้แจงแก่ประชาชน แต่ผลปรากฏว่าประชาชนในหมู่บ้านไม่ได้เห็นความสำคัญในการจัดตั้งกองทุนยา ดังนั้นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจัดตั้งจึงเป็นสาธารณสุขอำเภอ (พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และบังอร ฤทธิภักดี, 2527) นอกจากนี้การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการก่อตั้งกองทุนและกิจกรรมสุขภาพได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 69.84 กำนัน ร้อยละ 19.00 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียง 3.72 (เจียรชัย บุรพชนก, 2532) สำหรับการกำหนดความต้องการหรือการริเริ่มกิจกรรมสุขภาพมิได้เกิดจากความต้องการของประชาชนในชุมชน หากเกิดจากความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งต้องการปฏิบัติกิจกรรมให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (ประพันธ์ บรรลुศิลป์, 2531 ; เจียรชัย บุรพชนก, 2532 ; ไพเราะ ไตรดิลาพันธ์, 2534) นอกจากนี้การศึกษาของ กัญญา ศุภจรรยา (2527) ศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดสถานที่ขายยา พบว่าประชาชนได้มีการประชุมหาสถานที่เพื่อขายยา ซึ่งประชาชนเป็นผู้เสนอสถานที่ขายยาและจัดตั้งกองทุน หลังจากดำเนินการขายยาในสถานที่กำหนดแล้วนั้น ดำเนินการเพียง 1 เดือน ก็ต้องย้ายสถานที่เนื่องจากผู้รับผิดชอบมีภาระ ครอบครัวยากไม่มีเวลาดำเนินงานจึงต้องย้ายไปอยู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขและรับผิดชอบดำเนินงานแต่เพียงผู้เดียว ส่วนการศึกษาของพิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2527) พบว่า สถานที่ตั้งกองทุนยา ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้เสนอให้หรือถนนศาลากลางบ้าน บางส่วนออกแล้วสร้างที่ทำการกอง

ทุนยาแทน และประชาชนมีความเห็นชอบด้วย พนิษฐา พานิชชีวะกุล และคณะ (2531) ได้กล่าวไว้ในการประชุมผลกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านพบว่า กองทุนยาส่วนใหญ่มีวิธีการริเริ่มจัดตั้งตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ลักษณะที่พบมีดังนี้ 1.) เริ่มจากการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้แนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องกองทุนยา และมีอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งดำเนินงานกองทุนยาได้ดี ต่อมาอาสาสมัครสาธารณสุขนำแนวความคิดการจัดตั้งกองทุนยามาปรึกษากับกลุ่ม ผู้นำในหมู่บ้าน เมื่อผู้นำส่วนใหญ่เห็นพ้องด้วยจึงนำเข้าปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ หลังจากนั้นก็นำเข้าที่ประชุมของหมู่บ้านพร้อมทั้งเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาชี้แจงถึงหลักการและประโยชน์ที่จะได้รับ 2.) เริ่มจากการกระตุ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในบางเขต เช่น เขต 4 เริ่มจากเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวงหลักได้แก่ พัฒนาการ เกษตร ครุ และสาธารณสุขตำบล ซึ่งได้รับนโยบายจากทางจังหวัดให้เข้าไปกระตุ้นอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และกลุ่มผู้นำในหมู่บ้านรวมทั้งชาวบ้าน โดยการชี้แจงในที่ประชุมหมู่บ้านถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ และวิธีการดำเนินงานของกองทุนยา 3.) เริ่มจากผู้นำในหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการจัดตั้งกองทุนยาในหมู่บ้าน ทั้ง ๆ ที่หมู่บ้านนั้นเป็นที่ตั้งของสถานีอนามัย 4.) เริ่มจากกลุ่มยุทธศาสตร์ได้เปิดกองทุนของกลุ่มขึ้น เมื่อกองทุนดำเนินงานมาได้ดีจึงขยายกิจการให้มีกองทุนยาเข้าร่วมด้วยโดยมอบให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเป็นกรรมการส่วนนี้ 5.) เริ่มจากกลุ่มหนุ่มสาวจัดกิจกรรมการกุศลได้เงินมาจำนวนหนึ่ง จึงนำเงินจำนวนนั้นมาเป็นทุนสำหรับจัดตั้งกองทุนยา

สำหรับการศึกษาของ ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการริเริ่มก่อตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเกือบทั้งประเทศเกิดจากการชักชวนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รูปแบบการเตรียมชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ประโยชน์ที่หมู่บ้านจะได้รับจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะชี้แจงกับผู้นำชุมชนและกรรมการหมู่บ้านก่อนเพื่อให้กลุ่มแกนนำของหมู่บ้านตัดสินใจในการจัดตั้งหรือไม่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงนำข้อสรุปจากการตัดสินใจของผู้นำชุมชนและกรรมการหมู่บ้านแจ้งให้ประชาชนในหมู่บ้านรับทราบ สำหรับสถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่ในช่วงแรกของการจัดตั้งจะใช้สถานที่สาธารณะของหมู่บ้าน เช่น ศาลากลางบ้าน ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน ที่ทำการสภาตำบล ในขณะที่หมู่บ้านซึ่งจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งจัดตั้งในช่วงหลังส่วนใหญ่ใช้บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขและใช้

บ้านผู้ใหญ่นบ้านเป็นสถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537 ; ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ, 2537)

2.3.2 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากร

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการ รวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากร พิจารณาการมีส่วนร่วม 3 ประเด็น คือ 1.) การบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 2.) การสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขของชุมชน 3.) การดำเนินกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้รวบรวมนำเสนอตามประเด็น ดังกล่าวข้างต้นดังนี้

2.3.2.1 การบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

กรณีการเลือกผู้นำและการจัดตั้งคณะกรรมการ จากการศึกษาของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และบังอร ฤทธิภักดี (2527) พบว่าการกำหนดวิธีการบริหารและดำเนินงานของกองทุนยา จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้เสนอโครงสร้างคณะกรรมการกองทุนยาตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดไว้ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน กรรมการ เภรณุกและฝ่ายตรวจสอบ ซึ่งประชาชนจะเป็นผู้เสนอชื่อคณะกรรมการและคัดเลือกกรรมการดำเนินงานอีกครั้งหนึ่ง แต่การกำหนดโครงสร้างกองทุนยา มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดและคัดเลือกคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนยาเอง ซึ่งจะคัดเลือกผู้ที่มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกรรมการฝ่ายขาย (กัญญา ศุภจรรยา, 2527 ; พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2527)

ส่วนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนได้รับคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่ไปชักชวนและบางคนได้รับการคัดเลือกจากประชาชน โดยการยกมือเสนอชื่อในที่ประชุมหรืออาจได้รับการเสนอชื่อมาจากกลุ่มกรรมการ และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสมัครใจสมัครเอง ส่วนคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2537) ได้ประเมินผลการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรึกษาหารือกับผู้ใหญ่บ้านเพื่อพิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสอบถามความสมัครใจและความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน นอกจากนี้เหตุผลที่ประชาชนหรือผู้นำชุมชนคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีเหตุผลหลายประการ แต่ส่วนใหญ่จะคำนึงถึงความเสี่ยงสละ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเต็มใจทำงาน และซื่อสัตย์ มีความอดทน ขยันหมั่นเพียร (เจียรชัย บุรพชนก, 2532 ; ชิด บุญมาก และคณะ, 2536) และจากการประเมิน

ผลกองทุนยาและเวชภัณฑ์ยาประจำหมู่บ้าน พนิษฐา พานิชชีวะกุล และคณะ (2531) ได้สรุปไว้ว่า การจัดองค์กรของกองทุนยาและวิธีการเข้ามาเป็นกรรมการกองทุนยา ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโดยมีการเข้าร่วมประชุมเพื่อออกเสียงซึ่งมีการยกมือสนับสนุน ต่อจากนั้นจะไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ว่าต้องมีกรรมการจำนวนกี่คน มีบทบาทอย่างไร ส่วนใหญ่มักจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรับผิดชอบสูงเป็นผู้ขายยา สำหรับจำนวนกรรมการพบว่า จำนวนกรรมการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-15 คน ต่ำสุด 3 คน สูงสุด 25 คน ลักษณะโครงสร้างของคณะกรรมการของกองทุน พบว่า ดำเนินตามแนวทางที่ราชการกำหนด แต่มีรายละเอียดและชื่อตำแหน่งแตกต่างกันไป โดยพบ 2 รูปแบบ คือ 1) ลักษณะโครงสร้างของคณะกรรมการที่ขายยาเพียงอย่างเดียว จำนวนกรรมการพบระหว่าง 3-15 คน ประกอบด้วย ประธานกรรมการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่บ้าน บางแห่งเป็นกำนันหรืออาสาสมัครสาธารณสุขอาวุโส ผู้ขายยา ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่มีบ้านอยู่ในใจกลางชุมชน บางแห่งก็เลือก ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่มีอาชีพค้าขายเปิดร้านอยู่ในหมู่บ้านและเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เกือบทุกอย่าง ฝ่ายจัดซื้อกรรมการที่ได้รับการคัดเลือกอาจจะมาจากผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่กรรมการฝ่ายนี้มักไม่ค่อยได้ทำหน้าที่ มักปล่อยให้ผู้ขายเป็นผู้ทำหน้าที่แทน ฝ่ายตรวจสอบฝ่ายนี้มาจากการเลือกจากประชาชนทั่วไป มี 1-2 คน การทำหน้าที่ส่วนใหญ่ปีละครั้งเมื่อจะแบ่งเงินปันผลเท่านั้น บางแห่งอาจทำทุกเดือน ฝ่ายเหรียญกษาปณ์ ฝ่ายนี้มาจากที่ชาวบ้านเชื่อถือและให้ความไว้วางใจ และ เลขานุการ บางแห่งก็จัดฝ่ายนี้ขึ้นสำหรับทำหน้าที่บันทึกการประชุม 2) ลักษณะโครงสร้างกรรมการ กองทุนยาที่ดำเนินงานร่วมกับกิจการอื่น จำนวนกรรมการอยู่ระหว่าง 5-25 คน ประกอบด้วย ประธานกรรมการ ส่วนใหญ่มาจากผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน รองประธานกรรมการ มาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ผู้จัดการ มักเลือกจากบุคคลที่ชาวบ้านเชื่อถือ มีความสามารถด้านบัญชี กรรมการจัดซื้อ มาจากประชาชนทั่วไปที่เป็นสมาชิกกองทุน กรรมการฝ่ายขาย มีทั้งขายคนเดียว และให้สมาชิกจัดเวรกันมาขาย กรรมการตรวจสอบสินค้า มีจำนวน 2-5 คน บางแห่งตรวจสอบทุกวันหรือตรวจเช็คตามบิลส่งของเมื่อมีการจัดซื้อสินค้าเข้ากองทุน กรรมการตรวจสอบการเงิน ทำหน้าที่ควบคุมการจ่ายเงินบางแห่งเป็นผู้นำเงินไปให้สมาชิกกู้ ฝ่ายทะเบียน เลือกจากสมาชิกที่เขียนหนังสือได้เป็นระเบียบ ฝ่ายเลขานุการ เลือกจากสมาชิกที่ทำหน้าที่จดบันทึกการประชุม สำหรับการประสานงานระหว่างกรรมการกองทุนยาพบว่าไม่มีการประชุมถึงร้อยละ 20 และประชุมนาน ๆ ครั้งไม่แน่นอนร้อยละ 11 กรรมการกองทุนยาให้เหตุผลต่อการไม่ค่อยได้ประชุมเป็นทางการ เพราะเวลาว่างจากงานอาชีพไม่ตรงกัน และกรรมการกองทุนยาที่ทำงานอย่างต่อเนื่องมีเพียง 3-4 คนเท่านั้น จึงอาจไม่จำเป็นต้องมีการประชุมอย่างเป็นทางการ

การก็สามารถทราบความเป็นไปได้ในการดำเนินงานรวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันแก้ไข ปัญหาได้ ส่วนระยะเวลาการเปิดให้บริการในหมู่บ้านจะเปิดขายช่วงเวลา 6.00 - 9.00 น. และช่วงเวลา 15.00 - 18.00 น. ผู้ที่มีหน้าที่ขายยาจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาขาย และผู้ขายประจำวัน ต้องมาอยู่ที่ธนาคารยาประจำในเวลาที่กำหนดให้บริการ (พิมพ์วิทย์ ปริดาสวัสดิ์ และดุชนิภา พิอ่อนศรี, 2527) หากประชาชนต้องการใช้บริการนอกเหนือจากช่วงเวลาที่กำหนดมักจะไปขอความช่วยเหลือจากประธานอาสาสมัครสาธารณสุข

สำหรับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพิบาลด้านบริหารจัดการการดำเนินงานสุขภาพิบาล พิจารณาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างส้วม การสร้างตุ่มน้ำ ถังน้ำฝน และการรักษาความสะอาด พบว่ามี 2 ระบบ คือ 1.) ระบบการบริหาร เพื่อฝึกอบรมช่างสุขภาพิบาลหมู่บ้าน 2.) ระบบการบริหารโครงการสร้างงานในชุมชน ทั้ง 2 ระบบนี้ เป็นการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและการจัดการกองทุนสามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ กองทุนเฉพาะกิจกรรม เช่น กองทุนยาและเวชภัณฑ์ยาประจำหมู่บ้าน กองทุนสุขภาพิบาล กองทุนโภชนาการ มีกรรมการประมาณ 5-12 คน และกองทุนรวมในระดับหมู่บ้านหรือตำบล ได้แก่ กองทุนพัฒนาสาธารณสุข กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน ศูนย์สาธิตการตลาด มีกรรมการประมาณ 12-17 คน จากการศึกษาพบว่าเป็นกองทุนระดับหมู่บ้าน ร้อยละ 70.5 เป็นกองทุนระดับตำบล ร้อยละ 29.5 ส่วนใหญ่ดำเนินการมาแล้ว 1 ปี 6 เดือนขึ้นไป และการดำเนินงานกองทุน มีเงินทุนเริ่มต้น 5,000 บาท ร้อยละ 70.5 ทุกกองทุนมีคณะกรรมการดำเนินงาน โดยมีการเปลี่ยนเวรขาย การทำทะเบียนหุ้น ส่วนการดำเนินงานการเข้าร่วมกองทุนพบว่า การเข้ามาดำรงตำแหน่งของกรรมการกองทุน บุคคลนั้นจะได้รับการเสนอชื่อในการประชุม ร้อยละ 63.1 การได้รับการทาบทาม และเสนอชื่อร้อยละ 12.2 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชักชวนให้เข้าร่วมเป็นกรรมการเพียงร้อยละ 0.5 ในด้านการจัดการเกี่ยวกับการประชุมของคณะกรรมการพบว่าส่วนใหญ่มีการประชุม 1 ครั้ง/เดือน (เจียรชัย บุรพชนก, 2532)

สำหรับการจัดแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการคัดเลือกมานั้นใช้หลักการจาก 8-15 หลังคาเรือนควรจะมีอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จากการศึกษาของปัญญาวุฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) พบว่า หมู่บ้านหนึ่ง ๆ อาจมีอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 5-10 คน แต่ถ้าหมู่บ้านใดที่มีจำนวนหลังคาเรือนมากก็อาจมีอาสาสมัครสาธารณสุขถึง 30 คน ดังนั้นจึงมีวิธีการทำงานไว้หลายรูปแบบคือ 1.) การอิงงานหรือกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขอาจแบ่งบทบาทไปตามงานต่าง ๆ ได้แก่ งานโภชนาการ งานอนามัย

แม่และเด็ก งานจัดหาน้ำและสุขาภิบาล เป็นต้น 2.) การอิงงานแบบระบบราชการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจะแบ่งงานออกเป็นฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายป้องกันโรค ฝ่ายดูแลสุขภาพเบื้องต้น ฝ่ายข้อมูลและฝ่ายประชาสัมพันธ์ 3.) การแบ่งงานแบบละแวก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในละแวกไหนก็ทำหน้าที่หรือกิจกรรมทุกอย่าง ได้แก่ การสำรวจข้อมูล การให้คำแนะนำด้านสาธารณสุข การวางแผนครอบครัว และการแจกจ่ายทรายอะเบท

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2537) ได้กล่าวถึงลักษณะการจัดเวรให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเปิดบริการทุกวัน โดยไม่ระบุกิจกรรมในแต่ละวัน ระยะเวลาให้บริการมีความแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่เป็นช่วงเย็นวันละ 1-2 ชั่วโมง อาสาสมัครสาธารณสุขผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติงานวันละ 1 คน แต่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในภาคกลางเปิดเฉพาะวันเสาร์ - อาทิตย์ โดยมีแนวคิดว่าเป็นเวลาที่สถานีนอนมาเปิดบริการ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนควรเปิดบริการแทน ในขณะที่ภาคใต้บางแห่งปิดวันเสาร์และวันอาทิตย์ นอกจากนี้ ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดบริการ อาสาสมัครสาธารณสุขมีการจัดเวรมาให้บริการทุกวัน และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามฤดูกาล เช่น ฤดูหนาวก็จะปรับการให้บริการเป็นช่วงเย็น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ปรับเองโดยแจ้งให้ชาวบ้านรับทราบทางหอกระจายข่าว ในส่วนนี้ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการหมู่บ้านเข้ามาช่วยรวมทั้ง ครู พระ และภารโรงของโรงเรียนเป็นผู้ดูแลศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและเปิดหอกระจายข่าวตอนเช้า

2.3.2.2 การมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขของชุมชน

การสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขในชุมชนนั้นมีประโยชน์ เพื่อให้องค์กรชุมชนหรือประชาชนได้มีแหล่งศึกษาข้อมูลเพื่อหาปัญหา ตลอดจนหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และเป็นแนวเดียวกัน (ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และวนิดา วิระกุล, 2531) จากสภาพความเป็นจริงในการสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขของชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และการสำรวจข้อมูลครอบครัว

การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวกับความต้องการต่ำสุดที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์ดีขึ้นมาได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขพอสมควร (กระทรวงสาธารณสุข, 2535) นอกจากนี้การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเสมือนกรอบกำหนดให้ชาวบ้านคิดเป็น เริ่มต้นค้นหาปัญหาด้วยตนเอง จึงทำให้ประชาชนตระหนักในปัญหาที่เป็นพื้นฐานและประชาชนจะมีความคิดที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เอง หรือขอความช่วยเหลือจากรัฐบาลในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (กันยา กาญจนบุรานนท์ และพิศมัย จันทวิมล, 2537)

ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) ได้ศึกษาการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการใช้แบบสำรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลร่วมกับเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการสำรวจร่วมกับกรรมการหมู่บ้าน แบ่งกันตามเขตรับผิดชอบ โดยให้หัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง แต่ถ้าหากหัวหน้าครัวเรือนเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้สำรวจก็จะสัมภาษณ์แล้วบันทึกข้อมูลเอง ในบางหมู่บ้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูล จปฐ.1 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สรุปข้อมูล จปฐ.2 แต่ไม่ได้นำข้อมูลจากการสรุปมาแก้ปัญหาหมู่บ้าน ส่วนประชาชนในหมู่บ้านจะไม่มีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน และบางพื้นที่การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานจะเป็นบทบาทหน้าที่ของกรรมการหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่เท่านั้น อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ค่อยมีส่วนร่วมเท่าไร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้สรุปแล้วชี้แจงประชาชนให้ทราบปัญหาตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน นอกจากนี้การใช้ประโยชน์จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้สำรวจทราบความต้องการของแต่ละหลังคาเรือน ได้แก่ การขาดส้วม รายได้ไม่เพียงพอตามเกณฑ์ ขาดแหล่งทำการเกษตร การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบ ๆ การสูบบุหรี่

2.3.2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

กิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะให้ประชาชนและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการดูแลช่วยเหลือบริการประชาชนตนเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential element Primary Health Care) เดิมองค์การอนามัยโลกกำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ย้อยต่ำ 8 ประการ ในปัจจุบันประเทศไทยเพิ่มกิจกรรมรวมทั้งหมด 14 กิจกรรม (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537) ประกอบด้วย 1.) กิจกรรมโภชนาการ 2.) กิจกรรมสุศึกษา 3.) กิจกรรมการจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล 4.) กิจกรรมการเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น 5.) กิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 6.) กิจกรรมการรักษาพยาบาลง่าย ๆ 7.) กิจกรรมการจัดหายาจำเป็นที่ปลอดภัยและดียาอันตรายออกจากหมู่บ้าน 8.) กิจกรรมการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว 9.) กิจกรรมสุขภาพจิต 10.) กิจกรรมทันตสาธารณสุข 11.) กิจกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อม 12.) กิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 13.) กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและพื้นฟูสภาพผู้พิการ 14.) กิจกรรมการป้องกันโรคเอดส์

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2537) ได้ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุน การจัดตั้งและกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พ.ศ. 2535-2536 จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำและร่วมกำหนดกิจกรรมตามเป้าหมายงาน

สาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนใหญ่ และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการกำหนดกิจกรรมบริการที่เป็นการแก้ไขปัญหาข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน หรือปัญหาส่วนตัวของชุมชน กิจกรรมซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขมุ่งจัดกิจกรรมบริการด้วยวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุนในแต่ละภาคมีการจัดกิจกรรมแตกต่างกัน ได้แก่ ภาคเหนือและภาคกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักเด็ก และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นมากตามลำดับ ภาคอีสาน อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการชั่งน้ำหนักเด็ก การถ่ายทอดความรู้ทางหอกระจายข่าว และการจัดการและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านมากตามลำดับ ส่วนภาคใต้ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการชั่งน้ำหนัก ในภาพรวมของทั้งประเทศพบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็ก คิดเป็นร้อยละ 73.4 การวัดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 71.4 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น คิดเป็นร้อยละ 61.6 การจัดการและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.1 การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 46.8 และการให้คำแนะนำแก่หญิงมีครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 43.8 นอกจากนี้ การศึกษาของ ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) ศึกษากิจกรรมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการขายยา การวัดความดันโลหิต การตรวจเบาหวาน การจ่ายยาคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย การตรวจเสมหะและการทำแผลเล็ก ๆ น้อย ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขของต่างประเทศ ผู้วิจัยได้รวบรวมโดยสรุปไว้ดังนี้

Agudolo, C. ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมด้านสุขภาพ พบว่า การบริหารจัดการในกิจกรรมด้านสุขภาพในขั้นของการปฏิบัติการ ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้จะต้องจัดกิจกรรมบริการในด้านการจ่ายน้ำตาลผงเกลือแร่ จัดทำโครงการโภชนาการ การอนามัยโรงเรียน การเกษตรเพื่อชุมชน การสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ และการให้บริการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ทั้งในระยะสั้น การอบรม และการเผยแพร่ข้อมูลแก่ชุมชน (Agudolo, 1982) นอกจากนี้ Rifkin ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว พบว่า สิ่งที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว นั้น มีทั้งประชาชนถูกบังคับให้เข้าร่วม และสมัครใจเข้าร่วมเอง โดยอาสาสมัครจะร่วมดำเนินการตามโครงการ และจัดกิจกรรม

บริการในการส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้กำหนดบทบาทไว้ (Rifkin, 1992) สำหรับ Kowli, et al. ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่าการติดตามการให้ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก จะต้องอาศัยผู้นำชุมชน และอาสาสมัครเข้าร่วมในทีมด้วย โดยจะมีรูปแบบการให้บริการถึงทุกครัวเรือน ซึ่งจะมีอาสาสมัครเป็นผู้นำทางไปพบผู้รับบริการถึงบ้าน จึงส่งผลให้มารดานำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคได้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่วางไว้ (Kowli, et al., 1990)

Elmendorf ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าหลายประเทศได้นำกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้ในการบริหารจัดการ ในลักษณะของการระดมทรัพยากร ทั้งด้านบุคคล วัสดุสิ่งของต่าง ๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น กรณีศึกษาในประเทศปานามาสตรีจะมีบทบาทสำคัญในการเข้าร่วมบริหารจัดการเรื่องระบบน้ำ ซึ่งประชาชนในชุมชนได้เห็นความสำคัญในการดำเนินงานจัดหาน้ำสำหรับอุปโภคบริโภค โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวได้ดำเนินการสนับสนุนโดยการให้ความรู้และฝึกอบรมแก่อาสาสมัครเพื่อให้สมาชิกในชุมชนเกิดความพึงพอใจ (Elmendorf, 1982) ส่วน Ruebush และ Gody ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย พบว่าอาสาสมัครได้เข้ารับการฝึกอบรมและได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนในการเสมียร์เลือด การลงรายงานตามฟอร์มวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยประชาชนหรือผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น (Ruebush and Godoy, 1992)

2.3.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการรับผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการรับผลประโยชน์ จากการศึกษาเอกสาร บทความ รายงานการวิจัย สามารถพิจารณาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเด็นการได้รับผลประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และประโยชน์จากการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นในหมู่บ้าน การจัดการในการแบ่งผลกำไร การได้รับประโยชน์ในการฝึกอบรมและศึกษาดูงาน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวใช้ประโยชน์จากการบริการทางสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ดังมีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาของ ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่หมู่บ้านได้รับจากการมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีหลายประการ ได้แก่ เป็นที่บริการด้านสุขภาพ เป็นที่ประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกิดความสะดวกในการซื้อขายยาโดยเฉพาะตอนกลางคืนไม่ต้องไปซื้อยา

ไกล เป็นสถานที่นัดประชาชนมารับบริการจากหน่วยงานของรัฐบาลทั้ง 4 กระทรวงหลัก และเป็นศูนย์ข้อมูลของหมู่บ้าน นอกจากนี้เป็นศูนย์รวมขององค์กรและเป็นการกระตุ้น พื้นฟูกองทุนยา ซึ่งเมื่อก่อนจะล้มแล้วเนื่องจากดูแลคนเดียว แต่ตอนนี้ช่วยกันดูแลหลายคน ทำให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นที่รวมของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มาทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน สำหรับผลประโยชน์ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับโดยตรงจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจะได้ค่าตอบแทนเดือนละ 50 บาท และมีความสุขในการทำงานเพื่อส่วนรวม และมีสิทธิในการรับบริการรักษาฟรี สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่จะไปให้บริการซื้อยาสามัญประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และนำบุตรหลานไปร่วมซักร้านน้ำหนัก นอกจากนี้ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวไปใช้บริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น

2.3.4 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประเมินผล จากการศึกษาเอกสาร บทความ รายงานการวิจัย สามารถพิจารณาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเด็นการร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุข การร่วมสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนต่อการดำเนินงาน การให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและระบบการทำงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการนำข้อคิดเห็นของประชาชนไปปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

จากการศึกษาของ กัญญา ศุภจรรยา (2527) พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปไม่ได้มีส่วนร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเนื่องจากผู้นำชุมชน และกรรมการกองทุนไม่เคยประชุมชาวบ้าน และไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ส่วนบางแห่งมีการจับกลุ่มพูดคุยวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของคณะกรรมการดำเนินการกองทุนยาเกี่ยวกับการปันผลหุ้นล่าช้า โดยที่ประชาชนบางคนเมื่อไปซื้อยาที่ธนาคารยาได้เปิดสมุดบัญชีการขายยา พร้อมทั้งซักถามถึงสิ่งที่ตนเองสงสัย สำหรับตัวผู้ขายพยายามจัดทำบัญชีให้ชัดเจน และพยายามชี้แจงให้คนอื่นเข้าใจ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้นำข้อคิดเห็นจากประชาชนโดยนำเงินให้ประชาชนยืมเพื่อสร้างส้วม (พิมพ์วัลย์ ปริตาสวัสดิ์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2527) บางแห่งอาสาสมัครสาธารณสุขจะเสนอปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ และขอคำปรึกษาหารือในเรื่องการดำเนินงานของกองทุนยา แต่การเสนอความเห็นต่อการแก้ปัญหาในที่

ประชุมส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย รวมทั้งประชาชนไม่ค่อยให้ความสนใจต่อการดำเนินงานธนาคารยน้ำ เนื่องจากประชาชนถือว่าเป็นความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่แล้ว (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ และบังอร ฤทธิภักดี, 2527)

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

นโยบายงานสาธารณสุขมูลฐานจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสนับสนุนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทำให้งานดังกล่าวประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถส่งเสริม หรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหลายประการ ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.1.1 เพศกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

เพศเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังคำกล่าวของประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2529) กล่าวว่า ความแตกต่างของเพศนั้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ จากการวิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งและกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พ.ศ. 2535-2536 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.2 ซึ่งมีลักษณะเช่นนี้คล้ายคลึงกันทุกภาค ยกเว้นภาคอีสานซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) จากการรายงานการศึกษา กระบวนการจัดตั้งและการดำเนินงาน : ปัจจัยการดำรงอยู่ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในจังหวัดภาคเหนือ จำนวน 5 จังหวัด พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัคร สาธารณสุขจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในบางพื้นที่ของการศึกษา พบว่า ในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นเพศหญิงปฏิบัติงานทั้งหมดมีอยู่หลายแห่ง (ปัญญาวัดน์ สันติเวส และคณะ, 2537) ซึ่งก็คล้ายกับการศึกษาสตรีกับการจัดการเกี่ยวกับน้ำและสุขาภิบาลในชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่สตรีจะเป็นผู้นำการตัดสินใจริเริ่มพัฒนางานสุขาภิบาลและน้ำ กล่าวคือ ในการศึกษาได้ยกกรณีศึกษาในประเทศเม็กซิโกพบว่า สตรีได้ริเริ่มสำรวจความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับการต้องการน้ำดื่มและสตรีได้ขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกชุมชนในการจัดหาแหล่งน้ำสะอาด รวมทั้งดำเนินการระดมทุนจากประชาชนเพื่อจัดตั้งกองทุนในการจัดหาท่อน้ำและการส่งน้ำ และกรณีศึกษาในประเทศปานามา

พบว่าสตรีได้ริเริ่มสร้างระบบส่งน้ำให้หมู่บ้าน เนื่องจากภายในหมู่บ้านเกิดเหตุการณ์เสียชีวิตของเด็กในขณะขนน้ำเป็นจำนวนหลายคน นอกจากนี้ทำให้เกิดการเสียเวลาเพื่อการขนถ่ายน้ำมาก ดังนั้นสตรีจึงได้ร่วมกันจัดสร้างระบบส่งน้ำขึ้นภายในหมู่บ้าน (Elmendorf, M.L., 1982) ส่วนการศึกษาของเจียรชัย บุรพชนก (2532) พบว่าเพศชายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพในระดับปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 62 ส่วนเพศหญิงมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพในระดับปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 52.9 ดังนั้นชุมชนที่มีเพศชายมากจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมสุขภาพมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานในการก่อสร้าง มีเพียงการศึกษาของประพันธ์ บรรลุลีป (2531) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.4.1.2 อายุกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรม เนื่องจากคนในวัยต่างกันย่อมมีความต้องการแตกต่างกัน ทั้งนี้อายุของบุคคลเป็นสิ่งที่สัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ โดยปกติเมื่อคนมีอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะ ประสบการณ์ ความคิดอ่านจะสูงขึ้นตามวัย และการมองเห็นปัญหาจะถูกต้องชัดเจนตามความเป็นจริงมากขึ้น นอกจากนี้อายุเป็นสิ่งที่บ่งถึงวุฒิทางอารมณ์ มีผลทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ หรือสภาวะแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (เชียรศรี วิวิธศิริ, 2527) จากการวิจัยกระบวนการจัดตั้งและการดำเนินงาน : ปัจจัยการดำรงอยู่ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 57 ปี (ปัญญาวัดน์ สันติเวช และคณะ, 2537) ซึ่งคล้ายกับการประเมินผลการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีอายุระหว่าง 30-50 ปี (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) ส่วนจำริญ มีชนอน (2531) กล่าวไว้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 44 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จะดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและมีแนวโน้มแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีอายุค่อนข้างมากก็คือ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนี้บุคคลที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปี จะรับสิ่งใหม่ ๆ ได้เร็วกว่ากลุ่มบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2528) และจากการศึกษาของภัสสร มยาเศส (2535) พบว่าอายุมีผลต่อการมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาของเจียรชัย บุรพชนก (2532) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี จะมีส่วนร่วมมาก จะเห็นได้ว่าชุมชนที่มีอายุมากกว่าจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพไม่ต่างไป

กว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม อายุเป็นตัวเลขที่บอกคุณลักษณะของบุคคลได้ ส่วนใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทยจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่แบ่งได้ 2 ระยะ คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 20-39 ปี เป็นวัยซึ่งเริ่มประกอบอาชีพหลังการศึกษา เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบมาก สังคมจะคาดหวังว่าเป็นผู้มีความรับผิดชอบดี ส่วนในวัยกลางคน อายุระหว่าง 40-60 ปี เป็นวัยที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานแล้ว (ศรีณย์ ดำริสุข, 2535)

2.4.1.3 สถานภาพสมรสกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในด้านความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต จากคำกล่าวของ Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980) กล่าวว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่สมรสมีความสำคัญในอันที่จะคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ มีความรักใคร่ผูกพัน ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนบุคคลที่มีสถานภาพสมรสหย่าอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสามารถที่จะรบกวนรูปแบบของสัมพันธภาพในความเป็นสมาชิกกลุ่มในองค์กรต่าง ๆ ได้ วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2532) กล่าวว่า ครอบครัวในชนบทเป็นกลุ่มพลังที่มีความสำคัญยิ่งในการพัฒนาชุมชน และแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของผู้นำชุมชน กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใดจะขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนจากสมาชิกของครอบครัว นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเริ่มต้นชีวิต การแต่งงานเป็นครอบครัวในระยะเริ่มต้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ครอบครัวมั่นคงจึงจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจกันดี นอกจากนี้ ไชแสง ชวศิริ (2529) กล่าวว่า คนโสดสามารถมีเวลาให้กับงานได้มากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพคู่จะมีภาระทางครอบครัวมากกว่าคนโสด จากการศึกษาของปริดา เต๋ออาร์ักษ์ (2534) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น ร้อยละ 88.7 และอาสาสมัครสาธารณสุขที่แต่งงานมีครอบครัวแล้วจะมีบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ยังไม่แต่งงาน (บรรณสิทธิ์ ดวงศรีเสน, 2536) สถานภาพสมรสของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, 2531) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชนา วงศ์ภัทรดี (2536) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านบริหาร วิชาการ และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโสด ทั้งนี้เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่แต่ง

งานแล้ว ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพและมีรายได้มั่นคง ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้นำของหมู่บ้าน มีการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเต็มที่ ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นสัดส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน จึงอาจไม่มีเวลาว่างพอที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากต้องประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว ประกอบกับโอกาสที่จะแสดงบทบาทด้านสาธารณสุขมีน้อย โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเพื่อนบ้านด้านสุขภาพ

2.4.1.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ทรัพยากรบุคคลเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากในการพัฒนางานต่าง ๆ ในครอบครัวใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากจะทำให้เกิดทรัพยากรแรงงานมากขึ้นเช่นกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวดังกล่าวเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ มากกว่าครอบครัวเล็ก มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย ในปัจจุบันสถานะทางเศรษฐกิจที่บีบรัดตัว ค่าครองชีพสูงขึ้น หากผู้ที่มีรายได้น้อยหรือปานกลางและมีบุตรมากจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก จะทำให้บุคคลที่อยู่ในครอบครัวดังกล่าวต้องรับภาระหนักในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัวเพื่อความอยู่รอดจากการศึกษาของ ปรีดา แต่อาภรณ์ (2534) พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.7 คน และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีขนาดใหญ่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสูงกว่า บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก (บุญชร แก้วสอง, 2531) นอกจากนี้ การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่องานสาธารณสุขมูลฐาน แปรเปลี่ยนตามปริมาณการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และกิตติ พิทักษ์นินันท์, 2529) ดังนั้นหากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความจำเป็นต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวเพื่อความอยู่รอดและความสุขสบายจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2.4.1.5 รายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

รายได้ของบุคคลเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และรายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างบุคคล หากบุคคลที่มีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เกิดความสุขสบาย มีความพึงพอใจในชีวิต จึงส่งผลให้บุคคลนั้นเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดี ส่วนบุคคลที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานหนักเพื่อให้ได้เงินมาจุนเจือครอบครัวและแก้ปัญหาภายในครอบครัว จึงส่งผลให้บุคคลนั้นไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ

จากการศึกษาของคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2531) พบว่า ฐานะครอบครัวของผู้นำสาธารณสุขมูลฐานเกือบทั้งหมด มีฐานะครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางที่มีความเป็นอยู่ในหมู่บ้านโดยไม่เดือดร้อน และจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขต่างกล่าวว่า “รายได้เป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากช่วยตนเองไม่ได้แล้ว ก็ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้” “มีคนหลายคนที่อยากทำงานให้ส่วนรวมหรือทำอย่างต่อเนื่องแต่ทำไม่ได้ เพราะต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวเรื่องฐานะการเงิน” จะเห็นได้ว่าความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าครึ่งที่ยอมรับว่าฐานะการเงินของ ผู้นำมีส่วนสำคัญในการทำงาน เมื่ออยู่ในตำแหน่งนี้แล้วมีผลกระทบต่อฐานะการเงินของตนเอง กล่าวคือ จะมีรายได้ลดลงจากเวลาที่ให้กับการประกอบอาชีพลดน้อยลง แต่อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้เน้นว่ารายได้ มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากประกอบอาชีพทำนา ทำสวน และทำไร่ มีเวลายืดหยุ่นที่จะปลีกรตัวไปทำนาที่ได้อีก

ในการพัฒนางานสาธารณสุข บุคลากรที่อาสาปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยส่วนใหญ่จะไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินทอง ไม่มีค่าตอบแทนเป็นรายเดือน จากการศึกษารายได้ของครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน เมื่อพิจารณาแยกตามรายภาค จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขภาคกลางและภาคใต้ ส่วนใหญ่จะมีรายได้ระหว่าง 2,500-5,000 บาท/เดือน ซึ่งจะสูงกว่ารายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคเหนือและภาคอีสาน พบว่า มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) ส่วนการศึกษาของ ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2534) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีรายได้ไม่เกินปีละ 10,000 บาท และมีความคิดเห็นต่อฐานะครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และรายได้ของตนเองไม่เพียงพอกับรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 69.4 การศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (2530) พบว่า ประชาชนที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย จะมีกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า ประชาชนที่มีรายได้สมดุลกับรายจ่ายและรายได้น้อยกว่ารายจ่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา วงศ์ภักดิ์ (2536) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้เพียงพอ จะมีความสามารถมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ส่วนธีรชัย บุรพชนก (2532) พบว่า ชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมากกว่าชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประพันธ์ บรรลูลิลปี (2531) พบว่าบุคคลที่มีรายได้สูง ฐานะมั่นคง จะมีศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากผู้ที่มี

รายได้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้การศึกษาก็ยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนครนายก พบว่า ความเพียงพอในรายได้ของครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวารี สุขุมาลวรรณ, 2533) รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพจะทำให้เกิดผลต่อการทำงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข (วนิดา วีระกุล, 2538) จากการวิเคราะห์รายได้ประชากรปี 2536 พบว่า รายได้ประชากรในภาพรวมทั้งประเทศ มีรายได้เฉลี่ย 53,963 บาท/คน/ปี ส่วนรายได้ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายได้เฉลี่ย 16,630 บาท/คน/ปี นอกจากนี้รายได้ประชากรของจังหวัดขอนแก่น ปี 2537 มีรายได้เฉลี่ย 29,989 บาท/คน/ปี (สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2537)

2.4.1.6 สถานภาพทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพทางสังคมของบุคคลเป็นตัวแปรที่สำคัญ ทำให้เกิดโอกาสแก่บุคคลในการเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ด้วยเหตุผลที่ว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมสูงมีภาระกิจ และบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำประชาชนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ จากสภาพสังคมภายในหมู่บ้านทั่วไป ส่วนใหญ่ผู้นำการพัฒนามักจะเป็นผู้นำของหมู่บ้าน อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ซึ่งบุคคลที่มีตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นจะมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจได้มากกว่าบุคคลอื่น จากการศึกษาของคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2531) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จะมีตำแหน่งในหมู่บ้าน ประกอบด้วยตำแหน่งกรรมการหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 59.1 และกรรมการกลุ่มต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 46.2 จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่าไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำรงตำแหน่งเพียงตำแหน่งเดียวในหมู่บ้าน แต่การศึกษาของสุจิตรา สิกษะมณฑล (2537) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงตำแหน่งเดียว คิดเป็นร้อยละ 55.3 และปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งอื่นด้วย คิดเป็นร้อยละ 44.7 ส่วนจากการศึกษาของบุญชร แก้วสอง (2531) พบว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมสูงจะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสูงกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของเจียรชัย บุรพชนก (2532) พบว่าผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งในองค์กรมากกว่าจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมากกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่มีตำแหน่งในองค์กรหมู่บ้าน

2.4.1.7 ประสบการณ์ในด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานกล่าวคือ ประสบการณ์ของบุคคลจะเป็นเครื่องช่วยในการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่าง ๆ ต้องอาศัยประสบการณ์ที่มากพอและเกิดทักษะในเรื่องนั้น ๆ จากการศึกษารายงานของอัญญา วงศ์ภักดี (2536) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านอาสาสมัครถึงร้อยละ 100 และระยะเวลาของการทำงานด้านสาธารณสุขอยู่ในช่วง 1-2 ปี และช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 (สุจิตรา ลิกษะมณฑล, 2537) นอกจากนี้จากการประเมินผลการดำเนินงาน ส่งเสริม สนับสนุน การจัดตั้งและกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พ.ศ. 2535-2536 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาแล้ว 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 และมีเพียงอาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกใหม่มีระยะเวลาในการทำงานต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.3 (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) นอกจากนี้ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีประสบการณ์เคยร่วมเป็นกรรมการในงานพัฒนาหมู่บ้าน ถึงร้อยละ 87.3 อาสาสมัครสาธารณสุขล้วนเป็นบุคคลที่เคยทำงานพัฒนาด้านอื่นและมีผลงานที่ชาวบ้านยอมรับมาก่อน ก่อนที่จะได้รับคัดเลือกให้เข้ามาดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่าผู้นำทางสาธารณสุขมูลฐานในชนบทไทยที่ชนะการประกวดระดับจังหวัด ล้วนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่สร้างสมความพร้อมในการเป็นผู้นำที่ชาวบ้านและผู้เฒ่าผู้แก่หมู่บ้านรับรู้และเห็นแนวการทำงานดี เมื่อมีโอกาสจึงได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา'

2.4.1.8 สถานภาพในครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพในครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา (Cohen, J.M. and Uphoff, N.T., 1980) สถานภาพในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งแบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นหัวหน้าครอบครัว สำหรับสังคมไทยในปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวที่อยู่วัยทำงาน ต้องออกไปทำงานประกอบอาชีพเพื่อนำรายได้มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้มีเวลาแก่สมาชิกในครอบครัวลดลง ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวมีลักษณะห่างเหินกันมากยิ่งขึ้น และถ้าหากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ที่หารายได้เพียงคนเดียวในครอบครัว และต้องรับบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขอีกด้วย จะส่งผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมี

ส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขลดน้อยลง ดังนั้นสถานภาพในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่อาจส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีโอกาสเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในกิจกรรมได้

2.4.2 ปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.2.1 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

การฝึกอบรมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรมให้ความรู้จะทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขถูกต้องตามมาตรฐานและตรงตามเป้าหมายของงานที่วางไว้ วัตถุประสงค์การอบรมเพื่อต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีกว่าเดิม ทั้งในด้านบทบาทหน้าที่สถานภาพทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม รวมถึงพฤติกรรมอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุข (Asian Health Institute, 1990) จากการศึกษาของพิพัฒน์ ตันติเจริญ (2528) พบว่าผู้ที่ได้รับการอบรมจะมีความรู้และการปฏิบัติด้านสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม ซึ่งความรู้ดังกล่าวจะเป็นความรู้ด้านเทคนิคเฉพาะเรื่องที่ไม่สามารถหาได้จากสื่อมวลชน อัญชนา วงศ์ภัทรดี (2536) กล่าวว่า การฝึกอบรมช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจถึงบทบาทของตนเองและกิจกรรมในงานที่ต้องปฏิบัติได้อย่างชัดเจน กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีความรู้ความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของหมู่บ้าน สามารถดำเนินงานตามแผนและควบคุมงานให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Ruebush, T.K. and Godoy, H.A. (1992) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคมาลาเรียในละตินอเมริกา โดยคัดเลือกอาสาสมัครจากในหมู่บ้านให้ฝึกอบรมเฉพาะเทคนิคการเจาะเลือดและเสมียร์เลือดเพื่อหาเชื้อมาลาเรีย พร้อมทั้งมีการลงบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ และการฝึกอบรมครั้งนี้ใช้เวลาในการฝึก 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาการอบรม 2 วันต่อหลักสูตร ซึ่งวันแรกจะฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ วันที่สองจะลงปฏิบัติงานในชุมชน และจากการศึกษาในประเทศศรีลังกา พบว่าได้มีการฝึกอบรมสำหรับกลุ่มสตรีที่อาศัยในชุมชนเพื่อการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเรียนรู้เพิ่มทักษะสตรีเป็นระยะเวลา 24 วัน Elmendorf, M.L. (1982) กล่าวว่า ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานได้

การนิเทศงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงานและการดำเนินงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุข (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และลือชัย ศรีเงินยวง, 2524) ตามทฤษฎีการจูงใจของสกินเนอร์ กล่าวว่า “การกระตุ้น การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ปฏิบัติงานในการแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการให้คำแนะนำว่าได้ทำอะไรที่ถูกต้องไปแล้วจากการปฏิบัติที่ผ่านมา แล้วจึงอธิบายถึงวิธีการที่จะทำให้งานเป็นที่น่าพอใจในวันข้างหน้า” (เทพนม เมืองแมน และสรวง สุวรรณ, 2529) การนิเทศงาน หรือการติดตามเยี่ยมเป็นการจูงใจเสริมแรงบวกต่อการปฏิบัติงาน การนิเทศงานของ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เป็นสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องการและคาดหวังที่จะได้รับการชี้แนะแนวทางการทำงานเพื่อแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยการ ยกย่อง ชมเชย เพื่อขวัญและกำลังใจของอาสาสมัครสาธารณสุขอุทิศตนเพื่อการทำงาน (บรรณสิทธิ์ ดวงศรีเสน, 2536) Ruebush, T.K. and Godoy, H.A. (1992) กล่าวถึงการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำหรับอาสาสมัครในงานควบคุมโรคมาลาเรีย ประเทศกัวเตมาลา พบว่า การนิเทศงานเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนิเทศงานมีวัตถุประสงค์หลายประการคือ 1. เพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อชุมชน 2. เพื่อประชุมและทบทวนบทบาทในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข 3. เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสนใจและความผูกพันของอาสาสมัครสาธารณสุข 4. เพื่อเป็นการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ แก่อาสาสมัครสาธารณสุข 5. เพื่อติดตามเยี่ยมประชาชนในชุมชนซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขได้เคยดูแลให้ความช่วยเหลือมาก่อน ในการศึกษาการนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมมาลาเรีย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนิเทศงาน 8-12 สัปดาห์/ครั้ง ในการนิเทศงานจะใช้ระยะเวลาประมาณครึ่งวันต่อการนิเทศงานในแต่ละแห่ง สุจิตรา สิกะมณฑล (2537) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการนิเทศติดตามงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นประจำทุกเดือน คิดเป็นร้อยละ 68 ได้รับการนิเทศงานเป็นบางครั้งบางคราว คิดเป็นร้อยละ 31 และไม่เคยได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 1 คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2537) กล่าวถึงสภาพปัญหาการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ในบางหมู่บ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้นิเทศงานหรือนิเทศงานไม่ต่อเนื่อง ทำให้ขาดการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเป็นเหตุให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดที่จะลาออกจากการปฏิบัติงาน สำหรับพินิจฐา พานิชวิระกุล (2531) และคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2535) พบว่า การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านไม่มีความต่อเนื่องตามแผน เนื่องจากอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ในระดับตำบลมีน้อยเกินไปไม่เหมาะสมกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ และในบางพื้นที่มียานพาหนะ แต่ใช้การไม่ได้รวมทั้งการคมนาคมไม่สะดวกต่อการไปปฏิบัติงาน

ในพื้นที่หรือติดตามนิเทศงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขขาดประสิทธิภาพ การนำเสนอผลการปฏิบัติงานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการประเมินผลปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่องานหลายอย่าง และรับผิดชอบหลายอยู่บ้าน ทำให้การนิเทศงานไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) จากการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มที่ยังปฏิบัติงานอยู่ และที่พ้นสภาพการปฏิบัติงานแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขขาดการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กัญญา ศุภจรรยา, 2527 ; พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และดุษฎี กาฬอ่อนศรี, 2527 ; พรพรรณ ทพยไพฑูริย์, 2531 ; วนิดา วิระกุล, 2538) ในส่วนของการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดตาก โดย ชิด บุญมาก และคณะ (2536) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้สำเร็จประการหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้การนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษาดูงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข การศึกษาดูงานเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานและถ่ายทอดประสบการณ์การเรียนรู้ เทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผลจากการนำหลักของวิชาด้านจิตวิทยาการเรียนรู้มาประยุกต์ การเรียนรู้จะเกิดได้ดีผู้เรียนจะได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างประกอบกัน และมองเห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากนามธรรมให้เป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขเมื่อได้ศึกษาดูงานจะเกิดการเรียนรู้ในสภาพที่เป็นจริง สามารถมองเห็นการทำงานได้อย่างแท้จริง ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2537) อัญญา วงศ์ภักดิ์ (2536) พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเคยไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.3 และเคยไปศึกษาดูงาน 1-2 ครั้ง และสรุปผลการศึกษาพบว่า การศึกษาดูงานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน นอกจากนี้การศึกษาดูงานจะเป็นแรงจูงใจและกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความคิดที่จะปรับปรุงพัฒนาให้หมู่บ้านของตนเจริญทัดเทียมหมู่บ้านอื่น จากผลการวิจัยของอุไรวรรณ คณิสสุเกษม และอมรา สุนทรธาดา (2532) พบว่า การศึกษาดูงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เน้นหนักเรื่องการจัดตั้งกองทุนพัฒนาหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับคนส่วนใหญ่ในชุมชน กิจกรรมการศึกษาดูงานที่สำคัญและมีวัตถุประสงค์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้การบริหาร

จัดการคือการตั้งร้านค้าขายสินค้าราคาถูก จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยการซื้อหุ้นลงทุน และมีการปันผลในสมาชิกผู้ถือหุ้น และได้สรุปประโยชน์จากการศึกษาดูงานครั้งนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้เทคนิคการตลาดด้านการขาย การบริหารเงินทุนหมุนเวียน การทำบัญชี วิธีการขาย และแนวความคิดในด้านการใช้ผลกำไรจากกองทุน สามารถนำไปเสริมกิจกรรมเพื่อพัฒนาหมู่บ้านในอนาคต นอกจากนี้การศึกษาดูงานจะเป็นการถ่ายทอดความคิดวิธีการในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพชุมชนของตนเอง แล้วจึงขยายความคิด ออกสู่ชาวบ้านเพื่อขอความร่วมมือต่อไป

การสนับสนุนด้านงบประมาณกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข งบประมาณเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นทรัพยากรการบริหารที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากการสนับสนุนงบประมาณล่าช้า อาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจ และทำให้ความกระตือรือร้นของอาสาสมัครสาธารณสุขลดลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือของชุมชนในด้านต่าง ๆ ได้ จากการศึกษาศึกษาการประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พ.ศ. 2535 - 2536 พบว่า การจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางล่าช้ามาก งบประมาณสำหรับการสนับสนุนมีน้อย ไม่เพียงพอกับความต้องการ และการสนับสนุนนั้นไม่ต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลถึงการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537 ; จรัส บุตดีคำ และพิชิต พลอามาตย์, 2536 ; ดิภาพ ถาน้ำเที่ยง และคณะ, 2536) การศึกษาของอัญญา วงศ์ภักดิ์ (2536) พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเห็นว่างบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่เพียงพอ ร้อยละ 72.2 ซึ่งจะเห็นได้ว่างบประมาณมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข วัสดุอุปกรณ์ เป็นส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (เบญจายอดดำเนิน, 2522) และเป็นทรัพยากรการบริหารที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับสิ่งสนับสนุนไม่สม่ำเสมอไม่เพียงพอ มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน กล่าวคือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ได้แก่ วัสดุการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ยา ในบางแห่งได้รับวัสดุอุปกรณ์ล่าช้ามาก เนื่องจากต้องรอให้บุคคลสำคัญมามอบให้ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน, 2537 ; จรัส บุตดีคำ และพิชิต พลอามาตย์, 2536 ; วนิตา วิระกุล, 2538) จากการติดตามประเมินผลการอบรมช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน ปัญหาที่

สำคัญในการดำเนินงานของช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน คือ ขาดวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนกิจกรรมสุขาบาล สิ่งแวดล้อม

2.4.2.2 การสนับสนุนจากประชาชนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุข

องค์ประกอบที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานด้วยการทำงานอย่างเต็มความสามารถ คือการได้รับการยอมรับจากสังคม ความพอใจเป็นความรู้สึกชอบของบุคคล และเป็นแรงจูงใจทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีผลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคม กล่าวคือ ประชาชนมีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาจะมีเงื่อนไข 3 ประการคือ 1. มีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม 2. มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม 3. มีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527) และผลการศึกษาที่เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการยอมรับจากประชาชน พบว่า ผู้ที่มีความสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีประสิทธิภาพดีนั้นจะต้องได้รับการยอมรับศรัทธาและไว้วางใจจากประชาชนในหมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุขและให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ตลอดจนการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนเป็นสำคัญ (อัญชนา วงศ์ภัทรดี, 2536) ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับจากชุมชน ได้แก่ การได้รับคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2530 ; ชิด บุญมาก และคณะ, 2536) ความศรัทธาของประชาชนที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุข (ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ, 2537) จากการศึกษาของชิด บุญมาก และคณะ (2536) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในหมู่บ้าน จะมีกำลังใจในการปฏิบัติงานสาธารณสุขเป็นอย่างดี และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเสียสละ เชื้อมั่นในตัวเอง จะเต็มใจทำงานเป็นอย่างดี นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขจะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเป็นที่รู้จักของประชาชนและได้รับการสนับสนุนจากประชาชนทั้งในด้านการร่วมแรง ร่วมออกเงิน ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อีกทั้งประชาชนจะต้องมองเห็นประโยชน์ในสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้ปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแกนนำในหมู่บ้านจะปฏิบัติงานเพียงลำพังโดยไม่ได้รับความร่วมมือความช่วยเหลือในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้งานไม่ก้าวหน้า ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนางานสาธารณสุขนั้นอาจไม่ยั่งยืนก็เป็นได้ (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2527 ; อนันต์ เมนะรุจิ, 2527 ; อรุณ จิรวัดมนกุล และคณะ, 2531) จากข้อเสนอแนะของประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และคณะ (2537) ได้เสนอว่าการจัดตั้งและการดำเนินกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน นอกจากนี้

สาเหตุที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้รับความศรัทธาและไม่มารับบริการเท่าที่ควร เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้น้อยและทักษะการให้บริการไม่ค่อยดี

2.4.2.3 การสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานเพื่อส่วนรวมในหมู่บ้านจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลายอย่างที่เอื้ออำนวยให้งานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ Ahmed, M. (1982) ได้กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขได้นั้น ปัจจัยด้านกายภาพและชีวภาพของชุมชนก็มีส่วนสำคัญ จากการศึกษาวิจัยหลายชิ้น พบว่าสภาพทางกายภาพทั่วไป การคมนาคมในหมู่บ้าน และสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีส่วนช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาได้(คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537 ; ชิด บุญมาก และคณะ, 2356) จากข้อเสนอแนะของจิราพร สุวรรณธีรราษฎร์ และคณะ (2536) ได้เสนอว่า สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนควรอยู่ในทำเลที่เหมาะสม จึงจะสามารถพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริการได้ สำหรับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปะทะสังสรรค์ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป การปะทะสังสรรค์นี้จะรวมถึงการรับรู้ซึ่งกันและกัน เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ดังนั้นจึงไม่มีใครที่จะมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากการติดต่อปะทะสังสรรค์กับบุคคลอื่น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจึงเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอันสำคัญของมนุษย์เรา (จินตนา ลีละไกรวรรณ, ม.ป.ท.) ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะให้งานประสบความสำเร็จนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสัมพันธภาพกับประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ความรู้ความเข้าใจในแนวคิด หลักการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีส่วนที่ทำให้การดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขประสบความสำเร็จ หรือเกิดความล้มเหลวได้ (วนิดา วีระกุล, 2538) ทั้งนี้เนื่องมาจากความเข้าใจที่ตรงกันถึงวัตถุประสงค์และกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่ชัดเจน จะทำให้การดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีการพัฒนาต่อเนื่องไป และสามารถขยายผลไปสู่การมีส่วนร่วมจากกลุ่มอื่นที่ยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมการพัฒนาต่อไป (สมควร แบ่งกุลลจิต, 2538)

จากการศึกษารายงาน เอกสารการวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้วนั้น ชี้ให้เห็นว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมได้ดีเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพในสังคม ประสบการณ์ด้าน

อาสาสมัครและการเป็นกรรมการ การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน การนิเทศงาน การสนับสนุนด้านงบประมาณ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนจากประชาชน และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้วิจัยพิจารณาจากตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงเลือกศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้แก่ 1). ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพในครอบครัว สถานภาพในสังคม ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการ 2). ปัจจัยการสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากประชาชน และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน