

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ลักษณะทางประชากรและสังคม

4.1.2 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรม

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

- . การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำหนดความต้องการและการวางแผน
- . การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและระดมทรัพยากร
- . การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการรับผลประโยชน์
- . การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประเมินผล

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคมกับ

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

4.2.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ลักษณะทางประชากรและสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 236 คน ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเพศหญิง จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 เพศชายจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 สำหรับอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31-49 ปี มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65.3 กลุ่มอายุที่พบน้อย คือ กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.1 และ 7.6 ตามลำดับ อาสาสมัครสาธารณสุขมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.2 ส่วนสถานภาพหม้าย/หย่า และโสด มีเพียงร้อยละ 4.7 และ 2.1 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขมีจำนวน 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวสูงสุด 11 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวต่ำสุด 1 คน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.72 คน ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยต่อครัวเรือนทั้งประเทศในปี 2535 ซึ่งมีจำนวนคนเฉลี่ยต่อครัวเรือนเท่ากับ 4.5 คน แต่จะแตกต่างกับจำนวนคนเฉลี่ยต่อครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยมากกว่าคือเท่ากับ 5.3 คน (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538)

เมื่อพิจารณาถึงรายได้ของครอบครัว พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีรายได้ของครอบครัวต่อปีต่ำกว่า 29,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมารายได้ของครอบครัวต่อปีอยู่ระหว่าง 30,000 - 59,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.8 จากผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่ารายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่รายได้ต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลของจังหวัดขอนแก่น พบว่ารายได้ต่อหัวในปี 2537 ของจังหวัดขอนแก่น ยังมีค่า 29,989 บาท/ปี (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2537) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อครอบครัวต่ำกว่า 29,999 บาท/ปี

ส่วนสถานภาพในครอบครัว พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัว และหัวหน้าครอบครัวใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานภาพในสังคมพบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้านนอกจากมีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ตำแหน่งกรรมการหมู่บ้าน หัวหน้าคุ้ม ผู้ทรงวุฒิ คิดเป็นร้อยละ 54.7 และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีตำแหน่งใด ๆ ในหมู่บ้าน นอกเหนือจากตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 45.3

เมื่อพิจารณาประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเคยมีประสบการณ์ด้านอาสาสมัครและเคยเป็นกรรมการมาก่อนได้แก่ ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้านในงานโภชนาการ และช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.5 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครและการเป็นกรรมการคิดเป็นร้อยละ 41.5 แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเคยมีประสบการณ์ในการทำงานมาก่อน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	42.4
หญิง	136	57.6
รวม	236	100.0
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	19	8.1
31 ปี - 39 ปี	74	31.3
40 ปี - 49 ปี	80	33.9
50 ปี - 59 ปี	45	19.1
60 ปีขึ้นไป	18	7.6
รวม	236	100.0
($\bar{X}$ = 44.16 S.D = 10.50 Max = 68 Min = 17)		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	2.1
คู่	220	93.2
หม้าย/หย่า	11	4.7
รวม	236	100.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1 - 3 คน	47	19.9
4 - 6 คน	159	67.4
6 คนขึ้นไป	30	12.7
รวม	236	100.0
($\bar{X}$ = 4.72 S.D = 1.63 Max = 11 Min = 1)		
รายได้ของครอบครัว บาท/ปี		
ต่ำกว่า 29,999 บาท	100	42.4
30,000 - 59,999 บาท	75	31.8
60,000 - 89,999 บาท	23	9.7
90,000 บาทขึ้นไป	38	16.1
รวม	236	100.0
($\bar{X}$ = 54332.42 S.D 65231.54 Max = 450,000 Min = 5,000)		
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	114	48.3
สมาชิกครอบครัว	122	51.7
รวม	236	100.0
สถานภาพในสังคม		
ไม่มีตำแหน่งใด ๆ ในหมู่บ้าน	107	45.3
กรรมการหมู่บ้าน	87	36.9
ผู้ทรงคุณวุฒิ	7	3.0
หัวหน้าคุ้ม	10	4.2
ตำแหน่งอื่นๆ (กรรมการศึกษา สมาชิกกลุ่มแม่บ้าน)	25	10.6
รวม	236	100.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามลักษณะทางประชากร และสังคม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัคร และการเป็นกรรมการ		
เคยมีประสบการณ์มาก่อน	138	58.5
ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน	98	41.5
รวม	236	100.0

4.1.2 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 236 คน พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.5 พิจารณาตามรายด้านสำหรับการมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการและการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กร และการระดมทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 57.2, 61.9, 72.9 และ 61.4 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามระดับของการมีส่วนร่วม
ในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม	
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วม	15.7	66.5	17.8	236	100.0
การมีส่วนร่วมในด้าน					
การกำหนดความต้องการ	20.3	57.2	22.5	236	100.0
และการวางแผน					
การดำเนินการรวมทั้งการ	18.6	61.9	19.5	236	100.0
จัดองค์กรและการระดม					
ทรัพยากร					
การรับผลประโยชน์	11.9	72.9	15.2	236	100.0
การประเมินผล	18.6	61.4	19.9	236	100.0

สำหรับคะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 173.81 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 32.33 คะแนน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อประมาณค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 169.71 ถึง 177.92 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งคะแนนการมีส่วนร่วมจากการประมาณค่าก็มีช่วงอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ที่กำหนดเช่นกัน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3) และเมื่อพิจารณาคะแนนตามรายด้านที่ได้ผลการประมาณค่าในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกัน

คะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำหนดความต้องการและการวางแผน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.66 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.61 คะแนน การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อประมาณค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการกำหนด

ความต้องการและการวางแผนของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.05 - 11.27 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3)

คะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.72 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.92 คะแนน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อประมาณค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ รวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากรของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 134.43 - 141.01 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3)

คะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขในการรับผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.33 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82 คะแนน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อประมาณค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 12.97 - 13.69 คะแนนที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3)

คะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขในการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.11 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.78 คะแนน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อประมาณค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากรของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 13.50 - 14.72 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าเฉลี่ยที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน		
	คะแนนเต็ม		
	X̄ (S.D.)		
	คะแนนเต็ม	X̄ (S.D.)	95% CI ของคะแนนเฉลี่ย
การมีส่วนร่วม (คะแนน)	244	173.81(32.33)	169.71-177.92
การมีส่วนร่วมในด้าน			
. การกำหนดความต้องการและการวางแผน	12	8.66 (2.61)	6.05-11.27
. การดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและการระดมทรัพยากร	188	137.72 (25.92)	134.43-141.01
. การรับผลประโยชน์	20	13.33 (2.82)	12.97-13.69
. การประเมินผล	24	14.11 (4.78)	13.50-14.72

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 80 คน เพื่อให้ได้รายละเอียดจากข้อมูลเชิงคุณภาพ เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำแนกตามรายด้านมีรายละเอียดดังนี้

4.1.2.1 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำหนดความต้องการและการวางแผน

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำหนดความต้องการและการวางแผน ซึ่งได้แก่การระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ การประชุมวางแผนกำหนดวิธีดำเนินงาน และการประชุมวางแผนกำหนดกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จากการสัมภาษณ์ในด้านการกำหนดความต้องการและการวางแผนพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เริ่ม

หรือชักชวนให้ประชาชนจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นในหมู่บ้าน โดยถ่ายทอดแนวคิดและหลักการมาทางผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านสำหรับอำนาจการตัดสินใจจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด ที่ได้มีโอกาสร่วมตัดสินใจ นอกจากนี้ประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเพียงรับทราบว่าจะมีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นในหมู่บ้าน และในบางหมู่บ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลได้เข้าร่วมประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งประโยชน์ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปจะได้รับ โดยมีการประชุมร่วมกันกับผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน

- การกำหนดสถานที่ตั้งของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้ตัดสินใจเลือกสถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมเพียงรับทราบเท่านั้น เหตุผลของผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านต่อการเลือกสถานที่ตั้งพิจารณาจากความสะดวกของผู้มารับบริการโดยสถานที่ตั้งจะต้องตั้งอยู่ใจกลางของหมู่บ้าน สถานที่ตั้งควรเป็นสถานที่สาธารณะของหมู่บ้าน และเป็นสถานที่ซึ่งสะดวกต่อผู้มาดูแลหรือให้บริการในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4) สำหรับปัจจุบันสถานที่ตั้งของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในบริเวณบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขและตั้งอยู่ในบ้านผู้ใหญ่บ้านรวมเป็น ร้อยละ 71.1 มีเพียงส่วนน้อยซึ่งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจัดตั้งอยู่ในร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้อยละ 7.9 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5) ในการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในอำเภอพระยืนส่วนใหญ่จะผสมผสานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนรวมไว้ในสถานที่ส่วนบุคคล ได้แก่ บ้านอาสาสมัครสาธารณสุข และบ้านผู้ใหญ่บ้าน เพียงแต่ทำการซ่อมแซมบริเวณบ้านและปรับปรุงพื้นที่สำหรับจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยใช้เงินสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมได้ใช้เงินงบประมาณ 300-500 บาท/แห่ง

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามเหตุผล ในการเลือก
สถานที่ตั้งของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

เหตุผล	จำนวน (n=80 คน)	ร้อยละ
ความสะดวกของผู้มารับบริการโดยตั้งอยู่ใน- ใจกลางหมู่บ้าน	64	80.0
เป็นสถานที่สาธารณะ (บ้านพักครู ศาลากลางบ้าน)	45	56.3
สะดวกต่อผู้มาดูแลศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	39	48.8

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจำแนกตามสถานที่ตั้ง

สถานที่ตั้ง	จำนวน	ร้อยละ
บ้านอาสาสมัครสาธารณสุข	18	47.4
บ้านผู้ใหญ่บ้าน	9	23.7
สถานที่สาธารณะของหมู่บ้าน	8	20.0
ร้านขายของชำในหมู่บ้าน	3	7.9
รวม	38	100.0

● นอกจากนี้การวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนของแต่ละหมู่บ้าน พบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้นำในการปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการโดยนักอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกรรมการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เข้าร่วมประชุมเมื่อพบว่าในหมู่บ้านเกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมประชุม เสนอความคิดเห็นและแนวทางแก้ปัญหาหากปัญหาที่เกิดขึ้นเกินกว่าความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกจะดำเนินการแก้ไขได้จะมอบหมายให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวอย่างของปัญหาซึ่งต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ปัญหาการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงขึ้น

ในหมู่บ้าน อีสุกอีใส ไข้เลือดออก ตาแดง ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้วางแผนการควบคุมป้องกันโรคระบาดมิให้แพร่กระจายมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขเพียงแต่เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนดำเนินการควบคุมป้องกันโรคเพียงบางครั้งบางคราวเท่านั้น ลักษณะการเข้าร่วมในการกำหนดความต้องการและการวางแผน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมวางแผนกำหนดกิจกรรมร่วมกับผู้นำหมู่บ้าน หรือเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 36.0 และมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งประชุมวางแผนเพื่อกำหนดวิธีดำเนินงานภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 40.3 และ 36.9 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.1)

4.1.2.2 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการรวมทั้งการจัด องค์การและการระดมทรัพยากร

สำหรับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการรวมทั้งการจัด องค์การและการระดมทรัพยากร พิจารณาจากการบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและการระดมทรัพยากร การสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขชุมชนและการดำเนินกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน นำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

• การบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและการระดมทรัพยากร

สำหรับการคัดเลือกบุคคลให้เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เสนอแนะให้ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกบุคคลเข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจากผู้ที่เคยปฏิบัติงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ในช่วง พ.ศ. 2536 ยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนผู้สื่อข่าวสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข) ดังนั้นผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านจึงเป็นผู้ตัดสินใจคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (คนเดิม) ให้เป็นแกนนำและมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุข (คนเดิม) เป็นผู้คัดเลือกผู้สื่อข่าวสาธารณสุขอีก 4 คน (ในส่วนของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขถูกกำหนดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข) สำหรับคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น พิจารณาจากบุคคลที่มีความเสียสละเวลาเพื่อการทำงานให้แก่หมู่บ้านโดยไม่จำกัดเพศ อายุ และขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ในส่วนของเหตุผลในการอาสาเข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า ประธานและกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่ต้องการเข้ามาช่วยเหลือและทำประโยชน์ให้แก่หมู่บ้านตนเอง ร้อยละ 86.3 นอกจากนี้ได้ให้เหตุผลว่าเกรงใจ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เคยช่วยทำงานพัฒนาสาธารณสุขมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 68.8 และ 58.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ให้เหตุผลว่าได้รับผลประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ประชาชนให้การยอมรับ รู้สึกมีเกียรติ รวมทั้งได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแทนสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 15.0 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามเหตุผลในการตัดสินใจเข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

เหตุผล	จำนวน (n= 80 คน)	ร้อยละ
ต้องการช่วยเหลือและทำประโยชน์ให้แก่หมู่บ้าน	69	86.3
เกรงใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	55	68.8
เคยช่วยทำงานพัฒนาสาธารณสุขมาก่อน	47	58.8
ได้รับประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (มีเกียรติ ประชาชนให้การยอมรับ ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว)	28	35.0
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแทนสมาชิกในครอบครัว	12	15.0

• สำหรับการคัดเลือกบุคคลให้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการคัดเลือกบุคคลให้มาดำรงตำแหน่งต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำคิดเป็น ร้อยละ 66.1 และ 46.6 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2) กล่าวคือการเลือกประธานอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นการตัดสินใจของผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้คัดเลือกเอง สำหรับสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขจะลงมติเลือกกรรมการและกรรมการตำแหน่งอื่น ๆ เหตุผลในการเลือกและพิจารณาผู้ที่จะมาเป็นกรรมการ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้ “มีประสบการณ์” “ขยัน” “ซื่อสัตย์” “เสียสละเวลาเพื่อส่วนรวม” “รับผิดชอบต่อหน้าที่ดี” “ประชาชนส่วนใหญ่ให้การยอมรับนับถือ” ส่วนการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขที่

ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า วิธีดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จะยึดตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งได้กำหนดให้มีตำแหน่งประธาน รองประธาน เภรัญญิก และกรรมการ สำหรับตำแหน่งรองประธาน เภรัญญิก กรรมการ สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอชื่อกรรมการ หลังจากนั้นได้ลงคะแนนเพื่อคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหมาะสมกับตำแหน่ง สำหรับการมอบหมายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้มอบหมายตามความถนัดและความชำนาญ เช่น การแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปฝากครรภ์และไปคลอดที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่และชั่งน้ำหนักเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี จะมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิง ส่วนการแนะนำประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การแนะนำให้ประชาชนสร้างส้วมและใช้ส้วม และการให้ลูกศึกษาทางหอกระจายข่าว หรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานจะมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเพศชาย และในบางพื้นที่ที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามการแบ่งเขตความรับผิดชอบในหมู่บ้านตามคุ้มบ้านเพื่อให้บริการและดูแลกิจกรรมของการพัฒนางานสาธารณสุข นอกจากนี้ในด้านการให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนแก่ประชาชน พบว่า ในระยะแรกของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาให้บริการโดยสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้กำหนด ส่วนการกำหนดเวลาการให้บริการ ส่วนใหญ่จะแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงเช้าเวลา 7.00-8.00 น. และ ช่วงเย็นเวลา 18.00-19.00 น. ในบางพื้นที่ที่เปิดให้บริการในช่วงกลางวันครั้งเดียวคือเวลา 9.00 - 15.00 น. ส่วนช่วงกลางวันหรือกรณีฉุกเฉินประชาชนจะขอความช่วยเหลือจากประธานอาสาสมัครสาธารณสุข

- การมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.1 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) โดยส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้มาหาอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือถ้าหากมีข่าวสารด้านสุขภาพที่ต้องการประชาสัมพันธ์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเผยแพร่ให้ประชาชนรับทราบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้นำไปส่งให้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเองหรือฝากประชาชนในหมู่บ้านให้นำไปมอบให้อาสาสมัครสาธารณสุขโดยแนบหนังสือนำส่งและชี้แจงรายละเอียดเพื่อขอความร่วมมือไปพร้อมด้วย และถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่นการเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มาเป็นวิทยากร การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และการขอเงินสนับสนุนแก่ผู้ยากไร้ ส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ไปประสานงานส่วนการ

ประสานงาน กับประชาชนในหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขจะใช้วิธีประกาศหรือแจ้งข่าวสารทางหอกระจายข่าวโดยประธานหรือรองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ดำเนินการ ในบางพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้รับทราบในวันที่ผู้ใหญ่บ้านนัดประชุมชาวบ้าน

- การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการซื้อหุ้น และการแนะนำให้ประชาชนบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อดำเนินการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วมคิดเป็นร้อยละ 80.9 , 66.1 และ 53.0 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) กล่าวคือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ 13 รายการ และทุกแห่งได้รับการครบทุกรายการ (ดังรายละเอียดในบทที่ 2 หน้า 18) และได้รับเงินสนับสนุนสำหรับการบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1,000 บาท นอกจากนี้ในบางหมู่บ้านจะได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และเงินจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้แก่ องค์การนาชาติเพื่อร่วมกันพัฒนา เวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาชุมชน และสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ในด้านการระดมทุนจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเกือบทุกแห่ง ไม่ได้ดำเนินการระดมทุนจากประชาชนในหมู่บ้านและได้ให้เหตุผลที่ คล้ายกันทุกคนคือ “ไม่ต้องการรบกวนประชาชน” “เคยระดมหุ้นในครั้งก่อนแต่ก็จะเกิดปัญหาในการจัดเก็บและการปันผลกำไร” ดังนั้นจึงไม่มีการระดมเงินทุนจากประชาชนเพิ่มเติม และพบว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทุกแห่งไม่มีการซื้อหรือขายหุ้น แต่มีการขอความช่วยเหลือและขอความร่วมมือจากสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกันเองในด้านแรงงาน แรงกาย และการบริจาควัสดุอุปกรณ์เพื่อตกแต่งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน นอกจากนี้เกี่ยวกับความพอเพียงของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการวัสดุอุปกรณ์เพิ่มเติมสำหรับการให้บริการแก่ประชาชนได้แก่ ยาสามัญประจำบ้าน ก๊อส ลำลี ผ้าพันแผล และต้องการเงินสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

- การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบบัญชีวัสดุรายรับรายจ่ายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการตรวจสอบบัญชีวัสดุครุภัณฑ์อุปกรณ์ต่าง ๆ และเวชภัณฑ์ยา พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบบัญชีทั้งสองประเภท คิดเป็นร้อยละ 64.8 และ 54.2 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ส่วนใหญ่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ยาอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร แต่ดำเนินการตรวจสอบโดยสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะมีกรรมการ

เพียง 1-2 คนเป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่รับผิดชอบขายยา และเหรียญกษาปณ์ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหรือกรรมการอีกเพียง 1 คนเท่านั้น ในระยะแรกของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีการดำเนินการตรวจสอบทุกเดือน แต่ต่อมาการตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ได้ดำเนินการนาน ๆ ครั้ง สำหรับสาเหตุการไม่ตรวจสอบบัญชีวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ยา มีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ “เนื่องจากกรรมการตรวจสอบไม่มีเวลาว่าง” “เวลาว่างระหว่างกรรมการตรวจสอบและผู้รับผิดชอบไม่ตรงกัน” “กรรมการไว้ใจอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบขายยา” ส่วนการตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ยานั้นอาสาสมัครสาธารณสุขได้ตรวจสอบบ่อยกว่าวัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ เนื่องจากมีผู้มารับบริการในด้านยามากจึงจำเป็นต้องตรวจสอบเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบซื้อขายได้ดำเนินการจัดหาเพิ่มเติม ในด้านการตรวจสอบบัญชีรายรับรายจ่ายส่วนใหญ่ในช่วงแรกของการดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ กรรมการผู้ตรวจสอบบัญชีมีทั้งได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการและไม่มีการแต่งตั้งอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งบางพื้นที่ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิจะเข้าร่วมตรวจสอบด้วย ส่วนระยะเวลาของการตรวจสอบรายรับรายจ่ายนี้จะดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการตรวจสอบเวชภัณฑ์ยา คือประมาณเดือนละ 1 ครั้ง แต่ในบางพื้นที่ได้มีการแจ้งยอดรายรับรายจ่ายของการบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ประชาชนรับทราบ แต่บางพื้นที่ได้รับทราบกันเฉพาะกลุ่มคณะกรรมการหมู่บ้านและสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น แต่ปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่การบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจะไม่มีกรรมการตรวจสอบรายรับรายจ่าย จะมีเพียงอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบดูแลให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนเป็นผู้ตรวจสอบ และมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประมาณ 5-6 แห่งเท่านั้น ซึ่งยังมีการตรวจสอบรายรับรายจ่ายอย่างสม่ำเสมอ โดยเวลาของการตรวจสอบประมาณ 2 เดือน/ครั้ง ส่วนการเก็บรายได้จากการดำเนินการให้บริการในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า มีการเก็บรักษาเงินหลายวิธี เช่นการเปิดบัญชีในธนาคารสำหรับใช้บริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การเก็บรวมไว้ในบัญชีกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน การเก็บไว้เป็นเงินสดโดยให้กรรมการหมู่บ้านเก็บรักษา และนำรายได้บางส่วนแบ่งให้ประชาชนกู้ยืมโดยคิดดอกเบี้ยในราคาต่ำ ซึ่งลักษณะเช่นนี้ มีไม่มากนักในอำเภอพระยีน

- สำหรับการชักชวนประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการชักชวนประชาชนให้เข้าร่วมกิจกรรม โดยผ่านสื่อหอกระจายข่าว ถ้าหากมีกิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือจากประชาชนจะประชาสัมพันธ์ก่อนดำเนินการประมาณ 3-5 วัน ในบางพื้นที่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบก่อนดำเนินการ 1 วัน

โดยประชาสัมพันธ์ ในช่วงเวลา 19.00-20.00 น. สำหรับในวันรณรงค์ดำเนินกิจกรรมพัฒนางาน สาธารณสุขจะมีการประชาสัมพันธ์ ในช่วงเช้าเวลา 06.00-06.30 น. ส่วนใหญ่พบว่าประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขได้ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวเพื่อกระตุ้นประชาชนให้เกิดความร่วมมือ สำหรับผู้ที่ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวส่วนใหญ่จะมีเพียงประธานอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ใหญ่บ้านเท่านั้นซึ่งสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่นได้ออกถึงเหตุผลของการไม่ได้ไปให้ ความรู้ทาง หอกระจายข่าวเนื่องจาก “ไม่กล้าพูดโดยผ่านเครื่องขยายเสียง” และ “พูดไม่เก่ง” แต่ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ที่ไม่ได้พูดทางหอกระจายข่าวจะช่วยในการแจกโปสเตอร์ แผ่นพับ ภาพพริก โดยนำไปติดประชาสัมพันธ์ไว้ ณ ศาลากลางบ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน รวมทั้งบ้านอาสาสมัครสาธารณสุข และที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน

• การสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสำรวจ ข้อมูลด้านสาธารณสุขเป็นประจำประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลอนามัยครอบครัว และการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 78.0 และ 77.5 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) การสำรวจข้อมูลในหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับการมอบหมายจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขให้ดำเนินการสำรวจได้แก่ การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน การสำรวจข้อมูล ผู้พิการ การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การสำรวจข้อมูลผู้มีบัตรประกันสุขภาพ การย้ายเข้าย้ายออก ของประชาชน การเกิดใหม่และการตายของประชาชน การสำรวจผู้มีรายได้น้อย การสำรวจ ผู้ประสบภัยต่าง ๆ การสำรวจข้อมูลอนามัยครอบครัว พบว่าหน่วยงานที่มอบหมายให้สำรวจมี หลายหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลพระยีน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระยีน สถานีอนามัย ทั้ง 4 แห่ง พัฒนาการอำเภอพระยีน กรมประชาสัมพันธ์จังหวัด ส่วนขั้นตอนการสำรวจข้อมูล ต่าง ๆ เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานจะมาประสานงานกับกลุ่มแกนนำของหมู่บ้านเช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการสำรวจข้อมูลที่ต้องการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะประสานงานกับผู้นำชุมชนแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการสำรวจข้อมูลและ ผู้นำชุมชนจะมอบหมายให้ผู้แทนชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประชุมปรึกษาหารือเพื่อดำเนิน การสำรวจ ส่วนใหญ่มักจะแบ่งการสำรวจตามคุ้มบ้านของตนเอง เพื่อเดินสำรวจและกรอกข้อมูล ในแต่ละหลังคาเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนจะได้สำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานประมาณ 15-30 หลังคาเรือน และใช้ระยะเวลาของการสำรวจ ประมาณ 7-15 วัน หลังจากอาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจเรียบร้อยแล้วจะส่งแบบสำรวจข้อมูลให้ กับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อรวบรวมส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป ในระยะ 1-2 ปีที่ ผ่านมาในทุกพื้นที่ของอำเภอพระยีน อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับเงินค่าตอบแทนจากการสำรวจ

โดยคิดตามจำนวนหลังคาเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจได้ และได้รับค่าตอบแทน 2 บาท ต่อหลังคาเรือน โดยเฉลี่ยอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับเงินค่าตอบแทนจากการสำรวจข้อมูล ประมาณ 45-90 บาทต่อคน จากการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นสมาชิกในคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอพระยีน (คปสอ.พระยีน) พบว่าคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขอำเภอพระยีนมีมติให้จ่ายเงินค่าตอบแทนจากการสำรวจข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้บพัฒนาสาธารณสุขในระดับอำเภอพระยีน เพื่อช่วยแก้ปัญหาการได้มาซึ่งข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและไม่ถูกต้อง เมื่อการสำรวจข้อมูลแล้วเสร็จ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขได้รวบรวมแบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ และมีเพียงร้อยละ 50 ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเท่านั้นซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้นำผลการสำรวจลงไปชี้แจงเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขรับทราบข้อมูลเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่วางไว้

2.2.3 การดำเนินกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

• การดำเนินกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

กิจกรรมโภชนาการ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการ ชั่งน้ำหนัก แจกภาวะโภชนาการของเด็กให้ผู้ปกครองทราบ แนะนำการแก้ไขการขาดสารอาหารใน เด็กแก่ผู้ปกครอง เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 65.7 ,56.4 และ 52.1 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดใน ตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วม กิจกรรมส่วนใหญ่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นัดหมายสมาชิกให้ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยแบ่งตามความถนัดและความชำนาญของแต่ละบุคคล เช่น คัดอายุเด็ก ชั่งน้ำหนักเด็ก ให้ความรู้ แปลผลภาวะโภชนาการให้ผู้ปกครองรับทราบ และแนะนำวิธี แก้ไขปัญหา นอกจากนี้มีเพียง 1 ใน 3 ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมใน กิจกรรมดังกล่าว และเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมนี้ เป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“การชั่งน้ำหนักเด็กเป็นการปฏิบัติงานซึ่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามผลงานสม่ำเสมอ”

“การชั่งน้ำหนักเด็กเป็นงานที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำงานอย่างพร้อมเพรียงกัน”

“กิจกรรมนี้สามารถแบ่งหน้าที่กันทำตามความสามารถและความถนัด”

“การชั่งน้ำหนักเป็นสิ่งที่ทำประโยชน์ให้กับเด็กๆ ในหมู่บ้าน”

“ได้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำอาหารเสริมแก่เด็ก”

กิจกรรมสุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการนัดหมายประชาชนให้มารับบริการเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาให้บริการในหมู่บ้าน แจ้งข่าวของโรคระบาดให้แก่ประชาชน เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 56.8 และ 49.6 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่จะได้รับแจ้งสถานการณ์ของโรคต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และขอความร่วมมือในการนัดหมาย หรือแจ้งข่าวสารแก่ประชาชนในช่วงนั้น ๆ ซึ่งจะใช้สื่อทางหอกระจายข่าว และอาสาสมัครสาธารณสุขจะแจ้งเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ในคุ่มบ้านที่รับผิดชอบ สำหรับช่วงเวลาของการให้ความรู้มักจะเป็นช่วงเวลาอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่ได้ทำงานร่วมกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“ต้องการให้ประชาชนได้มารับบริการอย่างทั่วถึงกัน”

“การนัดหมายประชาชนนั้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

“กลัวหมู่บ้านของเราจะเกิดโรคระบาดอย่างรุนแรง”

“การแจ้งข่าวเรื่องโรคติดต่อต่าง ๆ นั้น เพื่อให้ประชาชนระมัดระวังและป้องกันตนเอง”

สำหรับการมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่ม รายบุคคลโดยใช้สื่อเอกสาร ภาพพลิก โปสเตอร์ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.1 และการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ประชาชนทางหอกระจายข่าว ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ 60.6 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เกือบทุกแห่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขและรองประธานจะเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทางหอกระจายข่าว หลังจากได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือได้รับข่าวสารทางวิทยุโทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการไม่เคยเข้าร่วมในการถ่ายทอดความรู้ทางหอกระจายข่าวโดยกล่าวว่า

“ไม่กล้าพูดทางหอกระจายข่าวเนื่องจากกลัวพูดไม่ดี ไม่มีคนฟัง”

“ใช้เครื่องกระจายเสียงไม่เป็น”

“ไม่เคยพูดทางหอกระจายข่าวมาก่อนและไม่อยากลองพูด”

“กลัวชาวบ้านไม่ยอมรับตนเอง”

“สายตาไม่ค่อยดี อ่านหนังสือไม่ค่อยออกจึงพูดให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวไม่ได้”

“เอกสารความรู้ด้านสุขภาพสำหรับให้แจกประชาชนมีจำนวนน้อย จึงมีเพียงพอ”

“มีอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนเท่านั้นที่ได้รับมอบหมายให้แจกเอกสาร”

“การให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขมักจะเป็นการจับกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เฉพาะเพื่อนบ้านประมาณครั้งละ 4-5 คน จึงสะดวกกว่าพูดทาง หอกระจายข่าว”

กิจกรรมอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปฝากครรภ์ แนะนำมารดาให้เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 56.4 และ 52.5 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิง และแบ่งความรับผิดชอบจะแบ่งให้ตามคุ้มบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“การฝากท้องเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้หญิง”

“สถานอนามัยและโรงพยาบาลมีคำแนะนำการปฏิบัติตัว ให้แก่ผู้จะเป็นแม่เป็นอย่างดี”

“ถ้ากินนมแม่แล้ว ... สังเกตเห็นว่าเด็กจะไม่ค่อยป่วย”

“เด็กกินนมกระป๋อง ส่วนใหญ่เด็กดื้อมาก”

“ส่วนใหญ่ฉันแนะนำความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเด็กและผู้หญิงเท่านั้น เพราะมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกและมีความถนัด”

สำหรับการมีส่วนร่วมในการแนะนำมารดาให้ไปรับการตรวจหลังคลอด และแนะนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 49.2 และ 44.9 ตามลำดับ ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงเช่นกัน โดยจะให้คำแนะนำแก่มารดาในช่วงหลังคลอด หรือถ้าหากเป็นเด็กวัยรุ่นจะถ่ายทอดความรู้หรือกระตุ้นผู้ที่ไปมารดาให้ชี้แนะบุตรด้วยตนเองอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“ฉันกล้าแนะนำเรื่องตรวจหลังคลอดเฉพาะลูกหลาน ญาติพี่น้องเท่านั้น”

“การบอกแม่หลังคลอดให้ไปตรวจหลังคลอดนั้นควรจะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงจะเหมาะสมมากกว่า”

“ผู้หญิงจะมีความอาย จึงไม่ค่อยอยากไปตรวจหลังคลอด”

“ได้ยินผู้หญิงส่วนใหญ่พูดคุยกันว่า ไม่ตรวจหลังคลอดก็ไม่มีอะไร”

“การฉีดยาคุมหรือกินยาคุม ส่วนใหญ่ประชาชนมักไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือ
สถานีนอนามัยอยู่แล้ว”

กิจกรรมจัดหาน้ำสะอาดและสุขาภิบาล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วน
ใหญ่มีส่วนร่วมในการแนะนำหมู่บ้านให้มีส้วมและใช้ส้วมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 53.8
(ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการกระตุ้นจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้ และให้การสนับสนุนการกู้ยืมเงินเพื่อสร้างส้วม รวมทั้งชี้แจง
ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับอาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งและชักชวนประชาชนซึ่งยังไม่มีส้วมให้
รีบดำเนินการ และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขและหมู่บ้านได้มีหน้าที่ประสานงานกับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับขั้นตอนการยืมเงิน อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วม
ในกิจกรรมนี้เป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“การมีส้วมในบ้านจะทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสะดวกสบาย”

“ต้องการให้ประชาชนใช้สิทธิในการยืมเงินสร้างส้วม เนื่องจากระยะเวลาการ
ใช้หนี้มีระยะเวลาถึง 1 ปี”

“หมู่บ้านเราจะได้ไม่เกิดโรคท้องร่วง”

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยบอกว่าอยากให้อำเภอเรามีส้วมใช้ทุกบ้าน จะได้ชื่อ
ว่าส้วม 100 เปอร์เซ็นต์ ต้องอำเภอพระยีน”

ในส่วนการมีส่วนร่วมในการแนะนำประชาชนให้ดื่มน้ำต้มและดื่มน้ำฝนอาสาสมัคร
สาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 49.6 (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2)
ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข จะแนะนำเฉพาะกลุ่มเพื่อนบ้านและสมาชิกใน
ครอบครัว และมักแนะนำในช่วงของการเกิดโรคระบาด อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการ
เข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“การดื่มน้ำที่สะอาดคือการดื่มน้ำต้มหรือน้ำฝน ประชาชนส่วนใหญ่ก็รู้กันอยู่แล้ว
ไม่จำเป็นต้องแนะนำก็ได้”

“ฉันจะบอกเฉพาะลูกหลานที่อยู่ในครอบครัวเท่านั้น”

“เด็กเกิดใหม่ ควรดื่มน้ำสะอาด ฉันแนะนำแม่หลังคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยน้ำ
ต้มสุก เนื่องจากเด็กเกิดใหม่ควรดื่มน้ำสะอาด”

กิจกรรมเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคติดต่อจากระบบทางเดินอาหาร และแนะนำประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นประจำคิดเป็นร้อยละเท่ากัน คือ 62.3 (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่เมื่อถึงฤดูกาลของโรคระบาดต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันมิให้เกิดโรค โดยสอบถามเพื่อนบ้านอยู่เสมอเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชาชนในหมู่บ้านและแจ้งให้ประชาชนส่วนใหญ่รับทราบ รวมทั้งแนะนำให้ป้องกันหรือปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับสิ่งสนับสนุนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ทรายอะเบท ปลาหางนกยูง หรือแม้แต่การให้มุ้งตาข่ายเพื่อ ปิดฝาโอ่ง ในบางหมู่บ้านจะได้รับสิ่งสนับสนุนมากเป็นพิเศษรวมทั้งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือกลุ่มวิจัยลงไปศึกษาการระบาดของโรคไข้เลือดออกบ่อย ๆ โดยเฉพาะหมู่บ้านซึ่งมีการระบาดของโรคอยู่เป็นประจำ อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้บ่อยมาก พวกเราจึงไม่ต้องแนะนำก็ได้”

“เป็นเรื่องที่ทำประโยชน์ให้ประชาชนโดยเฉพาะเด็ก ถ้าหากป่วยอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้”

“เป็นกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ และเห็นผลของการป้องกันได้ทันที”

“เคยเห็นคนตาย เนื่องจากท้องร่วง และป่วยด้วยไข้เลือดออกมาก”

“มีอุปกรณ์และยาป้องกันแจกให้ฟรี จึงอยากได้บ้าง”

“กลุ่มมาศึกษาวิจัย ไปสอบถามเรื่องต่าง ๆ บ่อยมาก และชักชวนให้ช่วยทำงานต่าง ๆ ด้วย”

“ทำงานนี้แล้วเกิดประโยชน์ขึ้นในหมู่บ้านมากกว่างานอื่น ๆ”

“ไม่อยากให้ชาวบ้านในบ้านเราต้องเจ็บป่วย”

สำหรับการแนะนำประชาชนให้นำอุจจาระส่งตรวจเพื่อหาไข่พยาธิ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 58.5 (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมนี้ จะถูกกำหนดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยแจ้งให้สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขทราบเพื่อประกาศให้ประชาชนในหมู่บ้านเก็บอุจจาระมาส่งตรวจหาไข่พยาธิ โดยเสียค่าใช้จ่าย 10 บาทต่อการตรวจในแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ได้ดำเนินกิจกรรมนี้ประมาณ 2-3

ครั้งต่อไป อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมและเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“กิจกรรมนี้มีไม่บ่อยสามารถเข้าร่วมได้สบาย”

“เป็นงานที่ไม่ต้องใช้คนมาก”

“ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้มารับดับอุจจาระในหมู่บ้านเอง”

“ถ้าเจ้าหน้าที่เข้ามาตรวจอุจจาระในหมู่บ้าน ฉันจึงไปช่วยงาน”

“ชาวบ้านให้ความสนใจมาก”

กิจกรรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ แนะนำผู้ปกครองให้นำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด แนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปรับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก เจ้าหน้าที่ในหมู่บ้านเมื่อพบเด็กในหมู่บ้านที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบตามอายุเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 61.4 , 53.4 และ 53.0 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขเกือบทุกคนปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ต้องรอการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติได้ด้วยการตัดสินใจด้วยตนเอง และสามารถบอกสถานที่และวันเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขไปรับบริการ อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“เด็กๆ ยังไม่แข็งแรงนัก จึงจำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกัน”

“ใครๆ ก็รู้ว่าการไปฉีดวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญมาก”

“กลัวญาติพี่น้อง ลูกหลาน ต้องเจ็บป่วย”

“กลัวหลานตนเองจะไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น”

“ถ้ามีเด็กในหมู่บ้านไม่ได้ฉีดวัคซีน เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือให้ อสม. ช่วยเหลือในการติดตาม”

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาหยอดวัคซีนในหมู่บ้านบ่อยมาก”

“ถ้าเด็กๆ ไม่ได้รับวัคซีน อาจตายได้”

กิจกรรมการรักษาพยาบาล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่แนะนำผู้ปกครอง แนะนำผู้ป่วยและญาติไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน รวมทั้งเยี่ยมเยียนให้คำแนะนำผู้ป่วยที่บ้าน และให้บริการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 59.7, 50.8 และ 45.3 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นไปตามการแบ่งบทบาทหน้าที่ตั้งแต่ช่วง

แรกของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ผู้มีหน้าที่ให้การรักษายาบาลส่วนใหญ่จะเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนมานาน นอกจากนี้ประมาณเกือบครึ่งของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทั้งหมด พบว่า คุณสมบัติของผู้ให้การรักษายาบาลจะมีความรู้ด้านยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณ หรือมีความชำนาญในการใช้สมุนไพรเพื่อช่วยรักษาโรค ส่วนการรับบริการนั้นประชาชนจะไปขอความช่วยเหลือจากผู้ให้การรักษายาบาลที่บ้าน ส่วนค่าตอบแทนนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ให้บริการจะคิดเฉพาะค่ายาเท่านั้น และการแนะนำประชาชนไปรับบริการรักษายาบาลในสถานบริการ เป็นสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขกระทำเป็นประจำ ถ้าหากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะแนะนำให้ไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ถ้าประชาชนเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงหรือมีอาการป่วยหนักได้แนะนำให้ไปโรงพยาบาลทันที อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“เป็นงานที่มีความสำคัญต่อสุขภาพมาก”

“เป็นสิ่งที่ต้องเกิดอยู่เป็นประจำ จึงมีโอกาสช่วยเหลือประชาชนบ่อย”

“ในหมู่บ้านนี้เป็นเครือญาติกันเป็นส่วนใหญ่ การเยี่ยมเยียน ถามทุกข์สุข จึงเป็นเรื่องธรรมดา”

“ถ้าให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยจะทำให้อาการไข้หายเร็วขึ้น”

“การช่วยเหลือชาวบ้านด้านสุขภาพ เป็นบุญ เป็นกุศล อันใหญ่หลวง”

กิจกรรมจัดหายาจำเป็น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วมในการจัดหายาสามัญประจำบ้านและร่วมจำหน่ายยาที่จำเป็นสำหรับบริการประชาชนในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนคิดเป็น ร้อยละ 47.9 และ 47.5 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ได้รับมอบหมายให้ขายยา 1-2 คนเท่านั้นเป็นผู้ดำเนินการ โดยสถานที่จำหน่ายยาร่วมกับความสะดวกของผู้ขายในแต่ละแห่งส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในบ้านผู้ขายยา และยาที่จัดจำหน่ายจะเป็นยาสามัญประจำบ้านซึ่งจัดหามาเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ยาแก้ปวดท้อง ยาลดไข้สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก ยาสำหรับใช้ทำแผล นอกจากนี้มีเพียงส่วนน้อยที่จำหน่ายยานอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยารักษาโรคหอบหืด และยาแก้ไอ เจียน ส่วนใหญ่ผู้จัดหาและผู้จำหน่ายจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขคนเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการไม่เคยเข้าร่วมในกิจกรรม โดยกล่าวว่า

“ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้มอบหมายให้ขายยาในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ตนเองจึงไม่เคยขายเลย”

“ตนเองไม่มีเวลา และมีความจำเป็นต้องประกอบอาชีพอื่นเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว”

“ไม่มีความรู้เรื่องการไช้ยา กลัวให้ยาชาวบ้านผิด”

“สถานที่ตั้งขายยาอยู่ในบ้านส่วนตัวของคนอื่น จึงไม่กล้าไปช่วยขาย”

“ขายยาหลายคนกลัวมีปัญหาเรื่องเงินหายและยาหาย”

“แบ่งหน้าที่ให้คนที่ว่างงานและอยู่บ้านเป็นประจำเป็นผู้ขายยา”

“ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่ขายยาและรักษาพยาบาลไปพร้อมกันจะเหมาะสมกว่า”

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการแนะนำประชาชนให้ส่งเสริมสุขภาพจิต และชักชวนประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 32.6 และ 30.5 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่จะดำเนินการไปพร้อมกับม้งงานประจำปี งานทำบุญเนื่องในโอกาสต่าง ๆ ของหมู่บ้าน ในบางหมู่บ้านจะมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้ช่วยกิจกรรมของผู้สูงอายุไม่บ่อยครั้งนัก และมีเพียง 4-5 หมู่บ้านซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสนใจและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยทางจิต พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีบทบาทแค่เพียงรับรู้เท่านั้น มิได้ดำเนินการแก้ไขหรือให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง เพียงแต่แนะนำให้ไปพบแพทย์เท่านั้น อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมบ่อยครั้ง โดยกล่าวว่า

“ส่วนใหญ่ในหมู่บ้านเมื่อมีงานบุญ ทุกคนจะพร้อมใจเข้าร่วมอยู่แล้ว”

“ชาวบ้านเราเชื่อว่าการใส่บาตร ทำบุญจะทำให้มีชีวิตที่สุขสบายในชาติหน้า”

“ไม่ว่าจะเป็นการฉายหนัง มีหมอมารักษาในหมู่บ้าน ใครๆ ก็ต้องไปดู”

“การเข้าวัด ฟังธรรม เป็นสิ่งที่พ่อแม่สั่งสอนมา ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องบอกชาวบ้าน ชาวบ้านก็ทำเอง”

“ได้แนะนำผู้ดูแลคนที่ผิดปกติหรือ มีอาการแสดงแปลก ๆ ให้นำส่งแพทย์ หรือไปรักษาที่จิตเวช”

“ไม่กล้าเข้าใกล้คนเสียสติ กลัวถูกทำร้ายจึงบอกผู้ใหญ่บ้านจัดการ”

กิจกรรมทันตสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการแนะนำประชาชนให้ดูแลสุขภาพเหงือกและฟันเป็นประจำและบ่อยครั้ง คือเป็นร้อยละ 29.2

และ 28.4 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาให้บริการในหมู่บ้านเท่านั้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจะประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับบริการและจะช่วยจัดสถานที่พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนการให้คำแนะนำประชาชนให้ดูแลสุขภาพฟันและเหงือกนั้นส่วนใหญ่ไม่ค่อยปฏิบัติ อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำและบ่อยครั้ง โดยกล่าวว่า

“การดูแลสุขภาพฟันเป็นเรื่องธรรมดา”

“การรักษาฟันให้แข็งแรงเป็นเรื่องที่ทุกคนน่าจะรู้อยู่แล้ว”

“สำหรับเด็กที่กำลังเรียนในโรงเรียน ครูที่อยู่ในโรงเรียนจะสอนให้แปรงฟันเป็นประจำ”

“ถ้าชาวบ้านเกิดฟันผุ บวดฟันมากๆ ต้องไปพบหมอฟัน ฉันช่วยได้เฉพาะบอกว่าควรไปพบหมอฟันที่ไหนจึงจะดีเท่านั้น”

“ในรอบปีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการในหมู่บ้านประมาณ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่จะมาพร้อมหน่วยเคลื่อนที่ของอำเภอ”

“ปัจจุบันการเดินทางไปรับบริการเรื่องฟันนั้นสะดวกสบาย จึงทำให้ชาวบ้านไปรับบริการโดยไม่ต้องมาขอคำแนะนำจากพวกเรา และหมอฟันให้บริการชาวบ้านเป็นอย่างดี ชาวบ้านจึงพอใจ”

กิจกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในหมู่บ้าน และแนะนำประชาชนให้จัดภาชนะสำหรับทิ้งขยะมูลฝอย เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 47.0 และ 46.6 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.2) ลักษณะการมีส่วนร่วมของกิจกรรมนี้ส่วนใหญ่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจในการแก้ปัญหาของหมู่บ้านโดยกลุ่มสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขและกรรมการหมู่บ้าน โดยมักจะจัดกิจกรรมนี้ในวันสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ วันเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคมหาราช และวันที่ 12 สิงหาคม วันอาสาสมัครสาธารณสุข วันที่ 20 มีนาคม วันเข้าพรรษา และวันพิเศษอื่นๆ ที่มีโอกาส ซึ่งจะมีแกนนำของแต่ละคุ้มบ้านเป็นผู้คอยกระตุ้นสมาชิกในแต่ละครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลในการเข้าร่วม กิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“ทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้านจะทำให้หน้าดู”

“ทำเพื่อความสวยงามของหมู่บ้าน”

“ถ้าบ้านเรือนไม่สะอาด ทำให้เกิดโรคภัยได้ง่าย”

“ทำดี ทำสะอาด ก็เป็นผลดีกับตัวเราและครอบครัวเรา”

“บ้านเรือนสกปรก ทำให้เจ้าของบ้านรู้สึกอาย”

“การร่วมทำความสะอาดหมู่บ้าน ทำให้เพื่อนบ้านรักใคร่กันดี”

“บางครั้งมีการจัดประกวดหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้านจึงชักชวนประชาชนร่วม
แข่งขันการประกวดด้านความสะอาด”

กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมแนะนำเกี่ยวกับอันตรายของยาชุดและแนะนำประชาชนให้เลือกซื้อและใช้ยาที่ถูกต้องเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 47.0 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) และแนะนำพ่อค้า/แม่ค้าในหมู่บ้านจำหน่ายอาหารที่มีคุณค่าและสะอาดถูกหลักอนามัยบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.6 ลักษณะการมีส่วนร่วมของกิจกรรมส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมักจะแนะนำเพื่อนบ้านและญาติพี่น้องให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากได้รับความรู้จากการเข้ารับการอบรม รวมทั้งได้รับความรู้จากสื่อ ทั้งจากโทรทัศน์ วิทยุ และเอกสารต่าง ๆ และพบว่าในบางหมู่บ้านได้เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านคุ้มครองผู้บริโภคร และมีผู้มาดูงานจากกระทรวงสาธารณสุขบ่อยครั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“หมอที่โรงพยาบาลเคยบอกว่ายาชุดมีอันตรายมาก ดังนั้นฉันจึงพยายามบอกเพื่อนบ้านให้งดกินยาชุด”

“เราได้รับความรู้เรื่องการใชยามาบ้าง จึงอยากให้ชาวบ้านร่วมรับรู้”

“ส่วนใหญ่ชาวบ้านที่ออกไปรับจ้างใช้แรงงาน และเดินทางไปต่างจังหวัดเพื่อค้าขาย
ในระยะเวลาานาน มักจะซื้อยาชุดกินกันมาก”

กิจกรรมป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการบริการวัดความดันโลหิตเป็นประจำ และไม่เคยมีส่วนร่วมในร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ 30.9 และ 26.7 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมจะเห็นได้ว่า หลังจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้ผ่านการอบรมความรู้เรื่องการให้บริการวัดความดันโลหิตและให้บริการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะเป็นประจำ และไม่เคยมีส่วนร่วมในร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ 31.4 และ 28.4 ตามลำดับ พร้อมกับได้รับอุปกรณ์สนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะให้บริการประชาชนในช่วงแรก ๆ แต่ต่อมาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเกือบทุกแห่งไม่ได้ให้บริการวัดความดันและตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลในการไม่เข้าร่วมกิจกรรม โดยกล่าวว่า

“ใช้เครื่องมือไม่เป็น สัมวิธีใช้แล้ว”

“แถบที่ตรวจปัสสาวะมีน้อย เมื่อใช้หมดแล้วไม่ได้ซื้อมาไว้ที่ศูนย์อีก”

“การวัดความดัน วิธีทำยากมาก”

“หลังอบรมแล้ว ไม่เคยเป็นผู้ปฏิบัติจึงไม่มั่นใจในการให้บริการ”

“กลัวชาวบ้าน ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง จึงไม่มาให้บริการ”

“ส่วนใหญ่เครื่องมือจะอยู่ในบ้านผู้เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจึงไม่สะดวกในการเข้าไปให้บริการ”

“ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้มีความสามารถที่สุด จึงเหมาะสมสำหรับเป็นผู้ให้บริการแก่ชาวบ้าน”

สำหรับการแนะนำประชาชนให้สวมหมวกกันน็อค พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 42.8 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) และเกิดกิจกรรมนี้ขึ้นจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ช่วยรณรงค์การสวมหมวกกันน็อคเพื่อป้องกันอันตราย

กิจกรรมป้องกันโรคเอดส์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นประจำและบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 41.9 และ 41.5 ตามลำดับ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในการแจกถุงยางอนามัยเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 39.0 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) กิจกรรมนี้เริ่มเกิดขึ้นจากได้รับอาสาสมัครสาธารณสุขการประชาสัมพันธ์ถึงอันตรายโรคเอดส์ อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีบทบาทเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ข่าวสารให้กับประชาชน โดยเผยแพร่ความรู้เป็นประจำ ประกอบกับได้รับสิ่งสนับสนุนจากรัฐบาลในด้านเอกสารความรู้ ถุงยางอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลของการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ โดยกล่าวว่า

“โรคนี้น่ากลัว ไม่มียารักษา จึงไม่อยากให้ชาวบ้านป่วย”

“เป็นห่วงวัยรุ่นในหมู่บ้าน กลัวไม่รู้จักระมัดระวังตัวเอง”

“ไม่อยากให้คนในหมู่บ้านต้องป่วยด้วยโรคนี้”

“อยากเตือนเพื่อนบ้านโดยเฉพาะผู้ที่ต้องเดินทางไปค้าขายต่างจังหวัดเวลานาน ถ้าไปเที่ยวผู้หญิง ต้องสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตัวเอง”

4.1.2.3 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการรับผลประโยชน์

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการรับผลประโยชน์ พิจารณาจากการได้รับบริการรักษาพยาบาลฟรีในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล การได้รับเลือกให้ไปศึกษาดูงานหรือฝึกอบรม การได้รับเบี้ยเลี้ยงจากการศึกษา ดูงานหรือฝึกอบรม และการได้รับแบ่งปันผลกำไรจากการดำเนินกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สำหรับความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และประโยชน์ของการดำเนินงานกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความคิดเห็นว่ามีประโยชน์ทั้งด้านส่วนตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และประโยชน์ทั้งด้านชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขได้กล่าวถึงประโยชน์ของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อตัว อาสาสมัครสาธารณสุขเอง ได้แก่ “รู้สึกภูมิใจและมีเกียรติที่ได้ทำงานเพื่อส่วนรวม” “ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว” “ตนเองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น” “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การ ยอมรับตนเองมากขึ้น” ส่วนประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่มีต่อชุมชนและหมู่บ้าน ได้แก่ “ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึง” “ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป ซื้อยาและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น” “มีสถานที่สำหรับการทำงานด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน”

- ในด้านการรับประโยชน์เกี่ยวกับการแบ่งผลกำไร พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัคร สาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ 81.80 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.3) กล่าวคือไม่มีการแบ่งผลกำไรให้แก่ผู้ดำเนินการขายยาสามัญประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่พบว่ามีเพียงแห่งเดียวที่กรรมการหมู่บ้านและประชาชนลงความเห็นให้แบ่งปันผลกำไรแก่ ผู้ดูแลหรือรับผิดชอบจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านให้แก่ประชาชน โดยให้ค่าตอบแทนร้อยละ 30 ของกำไรจากการขายยาได้ในแต่ละงวดนอกจากนั้นจะนำเงินที่เหลือไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ยามา เพิ่มให้แก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในบางแห่งจะนำรายได้และผลกำไรทั้งหมดเข้าในกองทุน พัฒนามูลบ้าน

- ส่วนการได้รับคัดเลือกเข้าอบรมและศึกษาดูงาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมเป็นประจำและปานกลางในร้อยละที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.8 (ดังรายละเอียดใน ตารางที่ ๑.3) กล่าวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอำเภอพระยีนเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรมเอง โดย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระยะเวลาของการ อบรม 3 วัน ซึ่งจะแบ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขออกเป็น 2 รุ่น และสถานที่สำหรับการอบรม 2 แห่ง คือ ห้องประชุมโรงพยาบาลพระยีน และศาลาวัดบ้านขาด รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำบลได้อบรมอย่างต่อเนื่องให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การ

ป้องกันโรคเอดส์ การเลือกซื้ออาหารและยา การดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน และโรคติดต่อทั่วไป อาทิ ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ในการเข้ารับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับเบี้ยเลี้ยงการอบรมคนละ 50 บาท/วัน อาสาสมัครสาธารณสุขได้ศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างตำบล โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนการดูงานรวมถึงค่าเดินทาง ค่าอาหารกลางวัน อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หลังจากไปศึกษาดูงานในพื้นที่อื่น และได้นำมาถ่ายทอดให้สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่นที่ไม่มีโอกาสได้ไปให้รับทราบ หลังจากไปศึกษาดูงานกลับมาอาสาสมัครสาธารณสุขบางหมู่บ้านได้นำแนวทางการพัฒนาจากหมู่บ้านที่ศึกษาดูงานนำมาปรับปรุงในหมู่บ้านของตนเอง ได้แก่ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบแก่อาสาสมัครสาธารณสุข การนำเสนอข้อมูลของหมู่บ้าน นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เสนอสถานที่สำหรับการศึกษาดูงานในครั้งต่อไปโดยแนะนำสถานที่ศึกษาดูงานคือวัดพระพุทธรูปหน้าพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และดูงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานดีเด่นในต่างจังหวัด และเสนอแนะหัวข้อการอบรมเพิ่มเติมได้แก่เทคนิคการปฐมพยาบาล การดูแลเด็กเมื่อป่วยด้วยไข้เลือดออก การจัดทำบัญชียาสามัญประจำบ้าน การป้องกันโรคติดต่อทั่วไป การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้ในหมู่บ้าน เพื่อสะดวกในการเดินทางของอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่านัดประชุมอบรมภายนอกหมู่บ้านเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนี้ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับเบี้ยเลี้ยงจากศึกษาดูงานหรือฝึกอบรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 69.5 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.3)

สำหรับการมีส่วนร่วมในการไปใช้สิทธิรับบริการรักษาฟรีจากสถานบริการสาธารณสุขเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 48.7 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.3) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่จะไปซื้อยาที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อบรรเทาอาการก่อนและรอสังเกตอาการเจ็บป่วยก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจะไปรับบริการการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน แต่ส่วนมากอาการมักจะหายในการมาใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี และได้รับความสะดวกในการให้บริการเป็นอย่างดีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกครอบครัว ได้แก่ อาการใช้สุง ปวดจุดแน่นท้อง อุจจาระร่วง และปวดตามกล้ามเนื้อต่าง ๆ

4.1.2.4 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประเมินผล

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประเมินผลพิจารณาจากการเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับอาสาสมัคร

สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและระบบการทำงาน และการทำข้อคิดเห็นของประชาชนไปปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

●อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขและร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 38.6 และ 33.5 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.4) พบว่า หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขกิจกรรมหนึ่งกิจกรรมใดแล้ว ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจะนัดพูดคุยปรึกษาหารือกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในช่วงเตรียมการช่วงกำลังดำเนินงาน และช่วงหลังดำเนินงาน โดยเปิดโอกาสให้เพื่อนสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งเสนอวิธีแก้ปัญหาด้วย การนัดพูดคุยปรึกษาหารือหรือประชุมนี้ ส่วนใหญ่การประชุมจะไม่เป็นทางการ และสมาชิกเข้าประชุมไม่ครบตามจำนวนที่มีอยู่ แต่อาศัยกลุ่มแกนนำที่มีบทบาทในกิจกรรมแต่ละอย่างเข้าร่วมประเมิณผล เมื่อสรุปผลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ถ้าหากต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู พัฒนาการอำเภอ เกษตรอำเภอ กรรมการหมู่บ้าน หรือแม้แต่ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขจะมอบหมายให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาซึ่งจะสามารถนำมาปรับปรุงในการดำเนินกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขครั้งต่อไป

●สำหรับการมีส่วนร่วมในการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงาน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขได้สอบถามความคิดเห็นในการดำเนินการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจากกลุ่มเพื่อนบ้านหรือครัวเรือนที่ตั้งบ้านเรือนใกล้เคียง ๆ บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 33.9 (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.4) และได้สอบถามเกี่ยวกับความต้องการในการให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ความพึงพอใจในการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะการสอบถามจะเป็นการพูดคุยกับกลุ่มย่อยๆ ประมาณ 4-5 คน/กลุ่ม ในส่วนของการสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนส่วนใหญ่อาสาสมัครมีส่วนร่วมบ่อยครั้งและไม่เคยมีส่วนร่วมคิดเป็นร้อยละ 33.9 และ 30.1 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ จ.4) นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เล่าให้ฟังว่าข้อเสนอแนะมักจะเกี่ยวกับการจัดหายามาจำหน่ายเพิ่มเติม และต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคติดต่อต่าง ๆ ทางหอกระจายข่าว รวมทั้งขอให้ประชาสัมพันธ์บ่อยครั้งกว่าเดิมและอาสาสมัครสาธารณสุขจะนำข้อเสนอแนะของประชาชนมาพูดคุยกับสมาชิกเพื่อปรับปรุงการทำงานเป็นบางครั้งบางคราว

● ส่วนการมีส่วนร่วมในเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกัน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 36.9 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.4) โดยให้เหตุผลว่า “ไม่กล้า” “กลัวเพื่อนจะโกรธ” “เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ใหญ่กันทุกคนแล้วควรจะรู้ว่าอย่างไหนเหมาะสม และอย่างไหนไม่เหมาะสม” มีเพียงอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งประธานหรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความอาวุโสจะคอยตักเตือนเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขให้ร่วมมือร่วมใจกันทำงานเพื่อหมู่บ้าน

● ในด้านระบบการทำงานของสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความกล้าที่จะเสนอข้อแนะนำและวิธีปรับปรุงงานเพื่อให้ผลงานดีขึ้นและมีส่วนร่วมบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.3 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.4) ตัวอย่างของข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ต้องการทุนเพื่อสร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนใหม่โดยต้องเป็นสถานที่เอิกเทศ และต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกมาให้บริการตรวจสุขภาพ หรือทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จะทำให้เกิดการกระตุ้นประชาชนให้มาใช้บริการด้านสุขภาพที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมากขึ้น และเพิ่มความมั่นใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

● สำหรับการมีส่วนร่วมในการนำข้อคิดเห็นของประชาชนไปปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยนำข้อคิดเห็นของประชาชนไปปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คิดเป็นร้อยละ 34.75 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.4) โดยให้เหตุผลว่า “เราไม่สามารถทำงานให้ชาวบ้านถูกใจได้ทั้งหมด” “ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยสอบถามจึงไม่ได้ปรับปรุง” “งบประมาณมีน้อยไม่สามารถแก้ไขการทำงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน”

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.1.3.1 ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม

ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ รายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยนำเสนอค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.7)

อาสาสมัครสาธารณสุขมีอายุเฉลี่ย 44.16 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.50 อายุสูงสุดเท่ากับ 68 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี

อาสาสมัครสาธารณสุขมีรายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัว 54,332.42 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 65,231.54 บาท รายได้ของครอบครัวที่สูงที่สุดเท่ากับ 450,000 บาท รายได้ของครอบครัวที่ต่ำสุดเท่ากับ 5,000 บาท

อาสาสมัครสาธารณสุขมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.72 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มากที่สุดเท่ากับ 11 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่น้อยที่สุดเท่ากับ 1 คน

ตารางที่ 4.7 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรอายุ รายได้ของครอบครัว
จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ตัวแปร	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
อายุ (ปี)	44.16	10.50
รายได้ของครอบครัว (บาท/ปี)	54332.42	65231.54
จำนวนสมาชิกของครอบครัว (คน)	4.72	1.63

4.1.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคมพบว่า ตัวแปรสถานภาพในสังคม ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($C = 0.3545, 0.1676$ ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8)

● สถานภาพทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีสถานภาพทางสังคม โดยมีตำแหน่งในหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งในหมู่บ้าน กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งในหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับสูง มีถึงร้อยละ 25.6 เมื่อเทียบกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งในหมู่บ้าน จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมระดับสูงมีเพียงร้อยละ 3.7

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์แล้วพบว่า สถานภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 33.93$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (C) เท่ากับ .3545

- ประสิทธิภาพในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีประสิทธิภาพในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับต่ำ มีถึงร้อยละ 25.5 เมื่อเทียบกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 12.3

เมื่อทดสอบความความสัมพันธ์แล้วพบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.817$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (C) เท่ากับ .1676

- เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพในครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับปานกลาง เป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 68.0 และ 65.5 ตามลำดับ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสคู่มีส่วนร่วมในกิจกรรมในระดับสูงเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 17.1 และ 15.0 ตามลำดับ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับปานกลางเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 65.8 และ 67.2 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความความสัมพันธ์แล้วพบว่า เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ($\chi^2 = 2.059, 1.232, 8.769$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว สถานภาพในสังคมและประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม		สถิติ ที่ใช้
	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	จำนวน	ร้อยละ	ทดสอบ
เพศ						
ชาย	18.0	68.0	14.0	100	100	$\chi^2=2.059$
หญิง	14.0	65.5	20.5	136	100	$P > 0.05$
รวม	15.7	66.5	17.5	236	100	
สถานภาพสมรส						
โสด/หม้าย/หย่า	17.1	52.6	30.3	16	100	$\chi^2=1.232$
คู่	15.0	67.3	17.7	220	100	$P > 0.05$
รวม	15.7	66.5	17.8	236	100	
สถานภาพในสังคม						
ไม่มีตำแหน่งใดๆ	3.7	66.4	29.9	107	100	$\chi^2=33.930$
มีตำแหน่งในหมู่บ้าน	25.6	66.7	7.7	129	100	$P < 0.05$
รว	15.7	66.5	17.8	236	100	$C = .3545$
สถานภาพในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	19.3	65.8	14.9	114	100	$\chi^2=8.769$
สมาชิกในครอบครัว	12.3	67.2	20.5	122	100	$P > 0.05$
รว	15.7	66.5	17.8	236	100	

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว สถานภาพในสังคมและประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม		สถิติที่ใช้ทดสอบ
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการ						
ไม่เคยมีประสบการณ์	14.3	60.2	25.5	98	100	$\chi^2=6.817$
เคยมีประสบการณ์	16.7	71.0	12.3	138	100	$P < 0.05$
รว	15.7	66.5	17.3	236	100	$C = .1676$

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1047, .0826$ และ $.0595$ ตามลำดับ) และตัวแปรทั้ง 3 ตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรอายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-Value
อายุ	.1047	P > .05
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	.0826	P > .05
รายได้ของครอบครัว	.0595	P > .05

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.1.4.1 ปัจจัยการสนับสนุน

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนโดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับการสนับสนุนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.3 เมื่อพิจารณาการสนับสนุนตามรายด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากประชาชน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ มีระดับการสนับสนุนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.6, 66.2 และ 62.7 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามระดับการสนับสนุน

ตัวแปร	ระดับการสนับสนุน			รวม	
	มาก	ปานกลาง	น้อย	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุน	16.1	70.3	13.6	236	100
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่					
สาธารณสุข	19.1	62.7	18.2	236	100
การสนับสนุนจากประชาชน	16.9	66.2	16.9	236	100
การสนับสนุนด้านการปฏิบัติ	2.1	82.6	15.3	236	100
งาน					

4.1.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

● ปัจจัยการสนับสนุน

พิจารณาการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่าคะแนนการสนับสนุนโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 70.44 คะแนน จากคะแนนเต็มเท่ากับ 87 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.46 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 87 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 46 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนตามรายด้าน ประกอบด้วย การ

สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนจากประชาชน และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.11)

อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ยเท่ากับ 20.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.29 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 27 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน

อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนการสนับสนุนจากประชาชนเฉลี่ยเท่ากับ 20.50 คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.89 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 27 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน

อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 29.19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.88 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 33 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 คะแนน

ตารางที่ 4.11 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากประชาชน และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
การสนับสนุน	70.44	6.46
. การสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	20.70	3.29
. การสนับสนุนจาก ประชาชน	20.54	2.89
. การสนับสนุนด้านการ ปฏิบัติงาน	29.19	2.88

• **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4202$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนตามรายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากประชาชน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนด้านปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4166, .2654$ และ .2205 ตามลำดับ) โดยการสนับสนุนจากประชาชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนสูงที่สุด ($r = .4166$) กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมากจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในลำดับรองลงมา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .2654 และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .2205 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุข

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-Value
การสนับสนุนโดยรวม	.4202**	P < .001
. การสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.2654**	P < .001
. การสนับสนุนจาก ประชาชน	.4166**	P < .001
. การสนับสนุนด้านการ ปฏิบัติงาน	.2205**	P < .001

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

4.2.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรและสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4.2.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ลักษณะการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละของการมีส่วนร่วมสูงสุดคือ ร้อยละ 72.9 รองลงมาได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและ

การระดมทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ และการวางแผน

● **การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการและการวางแผน** พบว่า ส่วนใหญ่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.2 กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมประชุมเพื่อกำหนดกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนร่วมกับผู้นำหมู่บ้าน และสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำ กล่าวคือสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำหมู่บ้านมีการประชุมเพื่อการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน โดยใช้วิธีการประชุมร่วมกัน ลักษณะของการประชุมจะเป็นการพูดคุยแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการจะขึ้นอยู่กับโอกาส เวลา และสถานที่ ซึ่งการประชุมเพื่อวางแผนแก้ปัญหาที่ดีกว่ามีความสำคัญและเป็นหัวใจในการพัฒนางานสาธารณสุข (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535) เพราะถือว่าการเข้าร่วมประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นการระดมความคิด การร่วมรับรู้ การเสนอแนวคิดและแนวทางเพื่อการดำเนินการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม จากข้อสรุปการวิจัยของปัญญาวัดน์ สันติเวช และคณะ (2537) ได้นำเสนอว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุขมีการประชุมกันเป็นกิจวัตรทุกเดือนก็จะมีแนวโน้มว่าการรับรู้การมีส่วนร่วมต่าง ๆ จะดำเนินไปด้วยดี ส่วนการร่วมปรึกษาหารือในการระบุความต้องการและปัญหาของชุมชน และการร่วมประชุมวางแผนเพื่อกำหนดวิธีการร่วมกับเจ้าหน้าที่นั้น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้นำหมู่บ้านและกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้ไปรับนโยบาย หลักการ และแนวทางการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง ประกอบกับอำเภอพระยืนได้ดำเนินการตามโครงการเร่งรัดการพัฒนาเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยสนับสนุนให้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้น ให้เป็นรูปธรรมและครอบคลุมทุกหมู่บ้านตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จึงมีส่วนร่วมเพียงรับทราบหลักการ และแนวทางการดำเนินกิจกรรมจากผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน ส่วนอำนาจการตัดสินใจในการจัดตั้ง การเลือกสถานที่ตั้ง การคัดเลือกบุคคลเข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จึงขึ้นอยู่กับผู้ใหญ่บ้านเป็นส่วนใหญ่ และจากข้อค้นพบจะมีความคล้ายคลึงกับการพัฒนางานสาธารณสุขที่ผ่านมาในอดีต กล่าวคือแม้แต่การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ยาในหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน พบว่า ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการก่อตั้งกองทุนและการดำเนินกิจกรรมคือผู้ใหญ่บ้าน (กัญญา ศุภจรรยา, 2527 ; เขียวชัย บุรพชนก, 2532) ทั้งนี้เพราะผู้นำหมู่บ้านเป็นจุดเชื่อมประสานและเป็นศูนย์รวมของชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นด้านสำคัญประการหนึ่งที่นำการพัฒนาของหมู่บ้านให้ดำเนินไปอย่างรุดหน้าอีกด้วย

• การมีส่วนร่วมในการดำเนินการรวมทั้งการจัดองค์กรและการระดม

ทรัพยากรพบว่าส่วนใหญ่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.9 กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการออกเสียงคัดเลือกบุคคลมาปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งต่าง ๆ ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่และพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำ กล่าวคือ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจะได้มาจากการคัดเลือกของผู้นำหมู่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ชี้แนะ ส่วนสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่นผู้มีตำแหน่งประธานจะเป็นผู้เลือกให้เข้ามาปฏิบัติงาน ซึ่งก็เป็นการคัดเลือกเจาะจงตัวโดยอาศัยการรู้จักคุ้นเคยกันเป็นส่วนตัวระหว่างประธานอาสาสมัครสาธารณสุขกับบุคคลผู้ได้รับเลือก ส่วนการกำหนดตำแหน่งและจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่จะยึดตามการกำหนดจำนวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยวิธีการยกมือเพื่อลงคะแนนเสียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนิชฐา พานิชชีวะกุล (2531) และปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข โดยวิธีการยกมือสนับสนุน กล่าวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดบทบาทหน้าที่และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขจะเสนอชื่อผู้มีความเหมาะสมเพื่อดำรงตำแหน่งต่าง ๆ โดยการยกมือเพื่อลงคะแนนพิจารณาจากบุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุข มีความขยันและซื่อสัตย์ นอกจากนี้จะพิจารณาผู้ที่มีความเสียสละเพื่อส่วนรวมและรับผิดชอบต่อหน้าที่ดี จากการศึกษาของจำริญ มีชนอน และคณะ (2531) พบว่า ลักษณะเด่นที่เป็นบุคลิกภาพเฉพาะตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนก้าวมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีคุณสมบัติคล่องแคล่ว มีจิตใจที่ช่วยเหลือและเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขเป็นประจำ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2531) ได้เสนอข้อคิดเห็นว่า การออกเสียงคัดเลือกจะใช้วิธียกมือและนับเสียงส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขในลักษณะดังกล่าวข้างต้นมิใช่เป็นการสรรหาแบบสังคมมิติตามหลักประชาธิปไตย ที่ดำเนินการตามขั้นตอนซึ่งกำหนดโดยชุมชนโดยเฉพาะเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงก็ตาม แต่ก็เป็นกระบวนการคัดเลือกที่เหมาะสมในขณะนั้น ด้วยเหตุที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ที่ได้รับคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งสำคัญในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แสดงให้เห็นว่าบุคคลผู้นั้นได้รับการยกย่องและได้รับการยอมรับจากชุมชน ดังคำกล่าวของวิจิตร ศรีสุพรรณ (2530) และชิต บุญมาก และคณะ (2536) ซึ่งได้กล่าวว่า ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับของชุมชนประการหนึ่งคือ การได้รับคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจอีกว่าส่วนใหญ่จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข

ทั้งหมดที่ไม่เคยมีส่วนร่วมในการซื้อหุ้นเพื่อลงทุนในการดำเนินงาน และแนะนำประชาชนให้ร่วมบริจาคเงินรวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนเคยได้รับประสบการณ์ความล้มเหลวในการดำเนินงานกองทุนยาในอดีต โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการจัดเก็บเงิน และการแบ่งปันผลกำไร จึงทำให้ไม่อยากจะเกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก ดังนั้นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขจะบริหารจัดการเฉพาะเงินและวัสดุหมุนเวียนซึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลจัดสรรให้และส่วนใหญ่เงินทุนหมุนเวียนของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมักไม่รวมกับเงินทุนอื่นของหมู่บ้าน แต่จากหลักการและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประการหนึ่งคือต้องการให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการและการบริหารจัดการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536) การจัดให้มีกองทุนขึ้นในหมู่บ้านเพื่อนำเงินและทรัพยากรต่าง ๆ มาช่วยแก้ปัญหาของชุมชน ฉะนั้นหลักการของการดำเนินการดังกล่าวจึงเป็นการระดมทรัพยากรในชุมชน ซึ่งการแก้ไขปัญหาของชุมชนจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้เงินทุน (กระทรวงสาธารณสุข, 2535 ; วนิดา วีระกุล, 2538) ด้วยเหตุนี้ไม่ว่าจะดำเนินการระดมทุนด้วยวิธีใดก็ตามเพื่อให้การบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนดำเนินกิจกรรมได้อย่างคล่องตัว อาสาสมัครสาธารณสุขอาจจะระดมทุนจากประชาชน หรือจากภาคเอกชนต่าง ๆ โดยให้ประชาชนเข้ามาร่วมเป็นสมาชิกของกองทุน สำหรับการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบบัญชีรายรับรายจ่าย การตรวจสอบบัญชีวัสดุครุภัณฑ์ รวมทั้งเวชภัณฑ์ยา พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วมตรวจสอบบัญชีถึงร้อยละ 64.8 และ 54.2 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ทั้งนี้เนื่องจากกรรมการผู้ดำเนินการตรวจสอบมีเวลาว่างไม่ตรงกัน จึงทำให้การตรวจสอบบัญชีต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่กำหนด ด้วยเหตุนี้การรับรู้ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและผลที่ได้จากการตรวจสอบบัญชีมีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่รับรู้ สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากสถานที่ตั้งของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมิได้ตั้งอยู่ในที่สาธารณะ จากการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่สถานที่ตั้งอยู่ในบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขและบ้านผู้ใหญ่บ้าน จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่กล้าไปตรวจสอบเกรงจะถูกตำหนิว่าก้าวก่ายการทำงาน หรือไม่วางใจ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อการสัมพันธ์ภาพได้ อย่างไรก็ตามเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นปัญหาอุปสรรคสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขให้เข้ามาร่วมในการปฏิบัติงาน แม้ว่าในบางพื้นที่ได้มีการเสนอให้ก่อสร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนใหม่ให้เป็นเอกเทศ แต่ก็นับว่าเป็นปัญหาใหญ่สำหรับหมู่บ้าน เพราะจะต้องจัดหาเงินทุนเอง อาทิเช่นจากการศึกษาของคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า การก่อสร้างสถานที่ตั้งใหม่มักจะจัดหาทุน

โดยการขอบริจาค เช่น การจัดผ้าป่าสามัคคีเพื่อสร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537)

ในส่วนของการสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขเป็นประจำ ทั้งการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานและการสำรวจอนามัยครอบครัว ทั้งนี้เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน ซึ่งทำให้การประสานงานในการสำรวจข้อมูลเกิดความสะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากการได้รับค่าตอบแทนในการสำรวจข้อมูลก็เป็นได้ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขเป็นประจำระบบข้อมูลข่าวสารในหมู่บ้านน่าจะดีตามไปด้วย แต่ยังพบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถนำข้อมูลจากการสำรวจมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับค้นหาปัญหาวางแผนแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมเฉพาะดำเนินการสำรวจและรวบรวมแบบสำรวจส่งคืนให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ส่วนการประมวลผล การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจ เป็นการดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ไปชี้แจงและสรุปผลที่ได้จากการสำรวจร่วมกับประชาชน

ในส่วนของการดำเนินกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ ประกอบด้วย กิจกรรมโภชนาการ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็ก การแจ้งภาวะโภชนาการของเด็ก การแนะนำการแก้ปัญหาการขาดสารอาหาร กิจกรรมเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคติดต่อ การแนะนำประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กิจกรรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การแนะนำผู้ปกครองให้นำเด็กไปรับวัคซีน การแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปรับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก และการแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบเด็กยังไม่ได้รับวัคซีนครบตามอายุ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่มีอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้เข้าร่วมในกิจกรรม (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมบริการขึ้นในหมู่บ้าน และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเด็กและกลุ่มสตรี นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมต้องอาศัยผู้มีความถนัดและมีความชำนาญในแต่ละเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ มาก่อน จะทำให้มีการกระทำกิจกรรมนั้นบ่อยขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น เป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องมาจากการร่วมปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อสามารถเห็นประโยชน์ที่ได้รับทันที แต่ถ้าหากเกิดปัญหาขึ้นจากการละเลยการควบคุมป้องกันโรค

อาจทำให้ประชาชนเกิดการเจ็บป่วยถึงชีวิตได้ จากคำกล่าวของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งกล่าวว่า “เคยเห็นคนตายเนื่องจากท้องร่วง และป่วยด้วยไข้เลือดออก..... จึงรู้สึกกลัว” และประการสำคัญ การได้รับสิ่งสนับสนุนเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาวิจัยในชุมชนสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขตื่นตัวในกิจกรรมมากขึ้น ในส่วนของกิจกรรมการรักษาพยาบาลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นประจำ ได้แก่ การแนะนำผู้ป่วยให้ไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ทั้งนี้เป็นเพราะว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และหากเกินขีดความสามารถของตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมักดำเนินการส่งต่อ ซึ่งผลที่เกิดจากการกระทำดังกล่าวนี้ได้สอดคล้องกับหลักการและวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขได้พัฒนาบทบาทหน้าที่ในการกลั่นกรองเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี (ระบบส่งต่อ) (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536 ; ไพจิตร ปะบุตร, 2537) และจากข้อค้นพบสำหรับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมรักษาพยาบาล สิ่งที่น่าสังเกตประการหนึ่งคือ คุณสมบัติเฉพาะตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถในการใช้ยาแผนโบราณและการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้ให้ความสนใจในการไปรับบริการเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วมในการจัดหาที่จำเป็น สาเหตุสำคัญประการหนึ่งอาจสืบเนื่องมาจากเคยประสบปัญหาการดำเนินงานกองทุนยามาในอดีต (กัญจนา ศุภจรรยา, 2527) กิจกรรมการจัดหาและจำหน่ายยา คือผู้มีบทบาทในการดำเนินกองทุนยา ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้มาดำเนินกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในการจัดหาและจำหน่ายยาจึงเป็นบุคคลเดิม นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้ที่มิบทบาทในกิจกรรมรักษาพยาบาลมักจะดำเนินกิจกรรมจัดหาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้านควบคู่กันไป นอกจากนี้ยังมีการจำหน่ายอันตรายในหมู่บ้าน โดยเฉพาะในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีเพียงส่วนน้อยแต่อาจส่งผลให้เกิดการขยายการจำหน่ายได้หากปล่อยไว้ ส่วนกิจกรรมสุขศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 60.6 ซึ่งไม่เคยมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) ทั้งนี้เนื่องมาจากความไม่เชื่อมั่นในความสามารถ และไม่มีประสบการณ์ในการใช้สื่อทางหอกระจายข่าว หอกระจายข่าวเป็นสื่อชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นเครื่องช่วยนำข่าวสารไปยังผู้รับให้เกิดความเข้าใจถูกต้องชัดเจน (Schramm, 1973 อ้างถึงใน อรรณพ ขาวฟอง, 2537) ด้วยเหตุนี้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่เผยแพร่ข่าวสารให้แก่ประชาชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ในด้านสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นำจะมีความสามารถในการใช้สื่อชนิดนี้ สำหรับกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

และโรคไม่ติดต่อ การให้บริการวัดความดันโลหิต พบว่าร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมเป็นประจำและไม่เคยเข้าร่วมมีร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 30.9 และ 26.7 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) และการให้บริการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ พบว่าร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมเป็นประจำและไม่เคยเข้าร่วมมีร้อยละที่ใกล้เคียงกันเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 31.4 และ 28.4 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.2) เนื่องจากการให้บริการทั้งสองอย่างดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิด ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-49 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะได้รับการฝึกอบรมให้ความรู้ก็ตาม แต่เนื่องจากการฝึกอบรมให้ความรู้จำเป็นต้องใช้ทักษะในการอ่านหนังสือและใช้ความจำบ้างพอสมควร นอกจากนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนไม่น้อยที่เคยเรียนแต่เป็นการเรียนที่ไม่มีประสิทธิภาพ ให้เกิดการลืมสิ่งที่เรียนรู้ในภายหลัง ประกอบกับสภาพชนบทไม่เอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ทักษะที่ตนเองได้ฝึกอบรมมารวมทั้งสายตาของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ค่อยดีจึงทำให้ไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมและเป็นสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะซึ่งต้องอาศัยอุปกรณ์และเครื่องมือเป็นพิเศษ จึงทำให้การรับความรู้และวิทยากรใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้อย่างลำบาก นอกจากนี้ระยะเวลาของการอบรมให้ความรู้ในเรื่องนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้อบรมมาแล้ว ประกอบกับไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจได้ ในส่วนของกิจกรรมทันตสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้ไม่ค่อยแตกต่างกันถึงแม้ว่าปัญหาเรื่องสุขภาพฟันและโรคในช่องปาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบมากในกลุ่มเด็กนักเรียนในอำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น (โรงพยาบาลพระยีน, 2537) แต่การจัดกิจกรรมดังกล่าวในชุมชนซึ่งเน้นบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพฟันพบว่ามีน้อยมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากสภาพปัญหาโดยทั่วไปในเรื่องฟันและโรคในช่องปากต้องใช้ระยะเวลาของการเกิดโรคนานจึงจะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเห็นว่า หากประชาชนเกิดปัญหาเรื่องโรคฟันถ้าพิจารณาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหามาให้ประชาชนได้ตามที่ประชาชนต้องการ เนื่องจากไม่ได้รับการเรียนรู้และฝึกอบรมเพื่อการรักษาฟันและปัญหาเรื่องทันตสาธารณสุขมีเรื่องที่เร่งด่วน แต่สิ่งที่ควรพิจารณาก็คือ โรคฟันและโรคทางช่องปาก เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และเกิดจากพฤติกรรมอนามัยของประชาชน ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ และกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมมากขึ้น

● **การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์** พบว่า ส่วนใหญ่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.9 อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการไปใช้สิทธิรับบริการการรักษาพยาบาลจากสถานอนามัยและโรงพยาบาลในร้อยละที่ใกล้เคียงกันทั้งการมีส่วนประจำ บ่อยครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคยเข้าร่วม (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.3) อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวได้รับสวัสดิการที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุขฟรี และเมื่อไปรับบริการด้านสุขภาพก็ได้รับการบริการที่ได้รับการอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ดังนั้นการได้รับสิทธิบริการรักษาพยาบาลฟรี เป็นการสร้างขวัญกำลังใจอย่างหนึ่งซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบแทนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2536 ; ไพจิตร ปวนบุตร, 2537 ; ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และคณะ, 2537) และอาจส่งผลให้เกิดแรงจูงใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าร่วมกิจกรรม และในปัจจุบันนี้มีการแข่งขันทางด้านธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีโอกาสนในการเลือกรับบริการด้านสุขภาพมากขึ้นเช่นกัน ในด้านของการศึกษาดูงานและการฝึกอบรม พบว่า มีอาสาสมัครเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดซึ่งมีส่วนร่วมในการศึกษาดูงานและฝึกอบรมน้อยครั้งถึงไม่เคยมีส่วนร่วมเลยโดยรวมเป็นร้อยละ 42.4 อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมศึกษาดูงานและเข้าร่วมในการฝึกอบรม โดยจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมและศึกษาดูงานจะมีจำนวนจำกัด ซึ่งขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่เพิ่งได้รับคัดเลือกหรืออาสาสมัครเข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนยังไม่ถึงปี มีประมาณ 1 ใน 5 ของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.3) และยังไม่ถึงช่วงเวลาของการศึกษาดูงานซึ่งจัดให้มีขึ้นเพียง 1 ครั้ง/ปี นอกจากนี้ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในการคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการอบรมและศึกษาดูงาน มักจะเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้คัดเลือก และส่วนใหญ่มักพบว่าจะเป็นการอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอเท่านั้นที่ได้รับการคัดเลือก ผลการวิจัยมีประเด็นน่าสังเกตคือ ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะไม่มีแบ่งผลกำไรจากการดำเนินกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขมิได้ระดมทุนจากประชาชนในหมู่บ้าน จึงทำให้เงินทุนหมุนเวียนสำหรับการดำเนินการมีน้อย กำไรที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมมีไม่มากสำหรับการแบ่งผลกำไรให้แก่สมาชิก

● **การมีส่วนร่วมในการประเมินผล** พบว่า ส่วนใหญ่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.4 กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขบ่อยครั้ง ลักษณะการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมักจะอยู่ในรูปของการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ โดยอาศัยกลุ่มแกนนำที่มีบทบาทในกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละกิจกรรมเป็นผู้เข้าร่วมในการประชุมประเมินผล ส่วนลักษณะการเสนอข้อคิดเห็นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่จะมอบหมายให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นผู้ชี้แจง และเป็นผู้ประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ่อยครั้ง และไม่เคยมีส่วนร่วมในร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 33.9 และ 30.1 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.4) ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับให้จัดหาวัสดุอุปกรณ์ประจำบ้านมาจำหน่ายเพิ่มเติม และให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางหอกระจายข่าวเพิ่มมากกว่าเดิม สำหรับการเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขและระบบการทำงาน ส่วนใหญ่จะมีเพียงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้นที่เป็นผู้ชักชวนเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกัน เนื่องจากมีความอาวุโสมากกว่าสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขอื่น ๆ และได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนมาก นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เคยนำข้อคิดเห็นของประชาชนไปปรับปรุงแก้ไขดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ถ้าหากเคยนำไปปรับปรุงแก้ไขก็มีส่วนร่วมน้อยครั้งโดยรวมเป็นร้อยละถึง 63.99 (ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.4) ทั้งนี้เนื่องมาจากการแก้ไขปรับปรุงงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำและตัดสินใจดำเนินการ

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรและสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพในสังคม สถานภาพในครอบครัว ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็นกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพในสังคมและประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขและการเป็นกรรมการ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

ร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

เพศ พบว่า เพศของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายและอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีจำนวนเพศหญิงถึงร้อยละ 57.6 และจำนวนเพศชายร้อยละ 42.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันมีการส่งเสริมบทบาทสตรีมากขึ้น (จำรูญ มีชนอน, 2531) ดังจะเห็นได้ว่า มีการจัดตั้งกลุ่มสตรีขึ้นมากมายในหมู่บ้านเพื่อให้เป็นผู้นำด้านต่างๆ ซึ่งประชาชนทั่วไปมีการยอมรับและสตรีจะมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2539) เพราะฉะนั้นสตรีจึงมีส่วนร่วมในการพัฒนา และมีโอกาสเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขได้มากขึ้น และลักษณะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ปฏิบัติมิได้แบ่งลักษณะงานให้ปฏิบัติตามเพศ ดังนั้นไม่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายจะต้องปฏิบัติหน้าที่เหมือน ๆ กัน นอกจากนี้คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งประชาชนหรือผู้นำชุมชนคัดเลือกจะพิจารณาจากบุคคลที่มีความเสียสละและทำงานเพื่อส่วนรวมโดยไม่จำกัดเพศและไม่จำกัดวัย และต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเอง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติงานในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะแบ่งการทำงานตามความถนัดและความชำนาญเฉพาะตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้เท่าๆ กันทั้งสิ้น ดังคำกล่าวที่ว่าหลักของการพัฒนาต่างๆ ต้องริเริ่มจากประชาชนและประชาชนต้องมีอิสระภาพที่จะมีส่วนร่วม ต้องมีความสามารถและต้องมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของประพันธ์ บรรลุมิลปี (2531) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

อายุ พบว่า อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อยและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมากไม่มีความแตกต่างกัน แม้ว่าอายุจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในพฤติกรรม กล่าวคือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปี จะรับสิ่งใหม่ได้เร็วกว่ากลุ่ม

บุคคลที่มีอายุเกิน 50 ปีขึ้นไป (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2528) และพฤติกรรมของบุคคลจะปรับเปลี่ยนไปตามวัยและอาจส่งผลต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ก็ตาม แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมากแม้ว่าจะมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขมาก่อนแต่อาจมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อยซึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขน้อย แต่จบการศึกษาระดับสูง (สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4) และมีความพร้อมที่จะรับสิ่งใหม่ ๆ ได้เร็วกว่าบุคคลที่มีอายุมาก จากสภาวะปัจจุบันพบว่าผู้นำทางสาธารณสุขมูลฐานมีอายุระหว่าง 20-60 ปี จะมีอายุตั้งแต่ 50 ปี ร้อยละ 80 (จำรูญ มีชนอน, 2531) และได้กล่าวเสริมว่าการพัฒนางานสาธารณสุขในอดีตและปัจจุบันมีความแตกต่างกันมาก กล่าวคือ ในอดีตกิจกรรมการพัฒนามีไม่มากเหมือนปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ต้องมีภาระหน้าที่มาก แต่สมัยนี้มีโครงการพัฒนาในด้านต่าง ๆ มากมาย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมากและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อย มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสรุปได้ว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอียร์ชัย บุรพชนก (2532) ที่พบว่าชุมชนที่มีอายุมากกว่าจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพไม่แตกต่างไปกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขมีการประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ และไม่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องรับผิดชอบมากหรือต้องแบกภาระเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ในบางครั้งถ้าหากมีการร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข แต่อาสาสมัครสาธารณสุขติดธุระจำเป็นไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นได้ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติหน้าที่แทน

สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีกับสถานภาพ

สมรสคู่ โสด หม้าย และหย่าไม่มีความแตกต่างกัน จากคำกล่าวของ Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980) ได้กล่าวถึงสถานภาพสมรสไว้ว่า เป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ แต่การศึกษาครั้งนี้จะมีความแตกต่างกับคำกล่าวข้างต้น กล่าวคือสภาพสังคมชนบทไทยในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านมักมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสโสด คู่ หม้าย หย่า ล้วนแล้วแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

รายได้ของครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้มาก ปานกลาง น้อย จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่ารายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างบุคคล และสามารถส่งผลให้บุคคลเข้าร่วมในกิจกรรม แต่จากผลการวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการช่วยเหลือและทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและในรอบปีที่ผ่านมาสามารถทำนา ทำไร่ ได้ผลผลิตดี ทำให้มีความพอเพียงและสามารถเก็บผลผลิตไว้บริโภคได้ตลอดปี รวมทั้งการดำเนินชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นไปอย่างเรียบง่าย จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกรักของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับพอกินพอใช้ ถึงแม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบรายได้ส่วนบุคคลสุทธิต่อหัวในภาพรวมของทั้งประเทศกับรายได้ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้ไม่น้อยกว่าก็ตาม

สถานภาพในครอบครัว พบว่า สถานภาพในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าในครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวจะไม่มี ความแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าสถานภาพในครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญซึ่งสามารถส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีโอกาสเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในการพัฒนาก็ตาม แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในชุมชนชนบทมีความผูกพันเอื้ออาทรซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ในครอบครัวเป็นสมาชิก

หรือเป็นหัวหน้า ต่างก็มีความรับผิดชอบช่วยเหลือในการะกิจของบุคคลในครอบครัวได้เป็นอย่างดี สม่่าเสมอ ดังคำกล่าวของวิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2532) กล่าวว่า ครอบครัวของคนชนบทมีการพบปะ เกือบทุกวัน มีความใกล้ชิด มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในสมาชิกของครอบครัวแม้ว่าสภาพ เศรษฐกิจจะบีบรัดตัว แต่ผู้นำครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวต่างช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อนำ รายได้มาจุนเจือครอบครัวเพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

สถานภาพในสังคม พบว่า สถานภาพทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 33.930$) ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (C) มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .3545 กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพในสังคม โดยมีตำแหน่งใน หมู่บ้านนอกเหนือจากตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชนมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งในหมู่บ้าน ดังจะเห็นได้ว่าในสังคม ทั่วไปบุคคลที่อยู่ในสังคมจะมีบทบาทที่สังคมนั้นมอบหมายให้กระทำหรือปฏิบัติต่อสังคม (พทยา สายหนู, 2536) อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและเข้าร่วมในกิจกรรมมากกว่าคนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บัญชร แก้วสอง (2531) พบว่า บุคคลที่มีสถานภาพ ทางสังคมสูงจะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสูงกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำ จากการศึกษพบว่าจำรูญ มีชนอน (2531) พบว่าผู้นำสาธารณสุขส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบ ตำแหน่งอื่น ๆ ด้วย ซึ่งเป็นกรรมการหมู่บ้านจำนวนมากถึงร้อยละ 59.1 และเป็นกรรมการกลุ่ม ต่างๆ ถึงร้อยละ 46.2 จนกล่าวได้ว่าไม่มีใครเลยที่ดำรงตำแหน่งนี้เพียงตำแหน่งเดียว และผลการ ศึกษาที่ได้จะคล้ายกับการศึกษาของ เขียรชัย บุรพชนก (2532) พบว่าผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งใน องค์การมากกว่าจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพีบาลมากกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่มีตำแหน่งในองค์การ หมู่บ้านและความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งในหมู่บ้านมีร้อยละของการมีส่วนร่วมในระดับ ที่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งในหมู่บ้านถึง 8 เท่า และพบค่าความสัมพันธ์อยู่ใน ระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีตำแหน่งทางสังคมมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น ร่วม ตัดสินใจและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มี ตำแหน่งทางสังคม ทั้งนี้อาจมีปัจจัยบางอย่างที่ทำให้ค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมีค่าต่ำ อาทิ บุคลิกภาพการเป็นผู้นำของอาสาสมัครสาธารณสุข และการยอมรับจากประชาชน

ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขและการเป็น กรรมการ พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขและการเป็นกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

ชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.817$; $C = .1676$) กล่าวคืออาสาสมัคร
 สาธารณสุขที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์
 สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับต่ำในร้อยละที่มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยมี
 ประสบการณ์มาก่อนถึง 2 เท่า โดยมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และ 12.3
 ตามลำดับ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เคยปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมา
 แล้ว 2-3 ปี และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครและการเป็น
 กรรมการกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมี
 ค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ นอกจากนี้พบว่าก่อนที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะมาปฏิบัติงานใน
 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่เคยมีตำแหน่งผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขมาก่อน จึงมี
 ประสบการณ์การทำงานทั้งที่เคยเผยแพร่ความรู้ ช่วยขังน้ำหนักเด็ก และประสานงานต่าง ๆ ให้แก่
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา สิกขะมณฑล (2537) ซึ่งพบว่าระยะ
 เวลาของอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำงานด้านสาธารณสุขอยู่ในช่วง 1-2 ปี และช่วง 1-3 ปี
 ทั้งนี้เนื่องมาจากประสบการณ์การทำงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นเครื่องช่วยในการรับรู้
 ต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ อาสาสมัครสาธารณสุขจะเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสาธารณสุข
 ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้อย่างเต็ม
 ที่จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะในการทำงาน

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุน
 จากประชาชน และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสา
 สมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนโดย
 รวม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากประชาชน และการสนับสนุนด้าน
 การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรม
 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน
 ข้อที่ 2

การสนับสนุนโดยรวม พบว่า การสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมี
 ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4202$) แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนโดยรวมมาก

จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2654$) กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับสูงเช่นกัน ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในระดับปานกลาง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10) กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขจะได้รับการนิเทศติดตามงาน การให้บริการด้านสุขภาพ การแก้ปัญหาและการให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการฝึกอบรม/การให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการนิเทศงาน การให้ข้อเสนอแนะและการแก้ปัญหาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงานและการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และลือชัย ศรีเงินยวง, 2524 ; Ruebush, T.K. and Godoy, H.A., 1992) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจนา ศุภจรรยา (2527) และชิต บุญมาก และคณะ (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการอบรมและให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจถึงบทบาทของตนเอง และเข้าใจกิจกรรมในงานที่ต้องปฏิบัติได้อย่างชัดเจน (อัญชนา วงศ์ภัทรดี, 2536) นอกจากนี้การฝึกอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน (Elmendorf, M.L., 1982) ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนน้อย ได้แก่ การสนับสนุนด้านงบประมาณ การสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ และการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้กับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นปัจจัยพื้นฐานในการบริหารจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่สำคัญประการหนึ่งและสามารถใช้อำนาจให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนงบประมาณและเวชภัณฑ์ยาต่าง ๆ พบว่า การสนับสนุนที่ได้รับไม่เพียงพอกับความต้องการเนื่องจากงบประมาณมีปริมาณจำกัด การสนับสนุนล่าช้ามาก และการสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เสนอแนะจำนวนเงินที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสนับสนุนให้เพียงพอและต่อเนื่อง คือประมาณ 1,500-3,000 บาท/ปี/แห่ง เพื่อจะได้นำเงินมาเป็นกองทุนหมุนเวียนในการบริหารจัดการภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนยาและเวชภัณฑ์ยาซึ่งอาสาสมัคร

สาธารณสุขต้องการให้สนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ ยาสามัญประจำบ้าน ประเภทยาขับลม ยาบรรเทาอาการปวดจุดแน่นท้อง และยาลดไข้สำหรับเด็ก ในส่วนของเวชภัณฑ์ยา อาสาสมัครสาธารณสุขต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำแผล ได้แก่ สำลี ก๊อซ และผ้าพันแผลเพิ่มเติมจากที่เคยสนับสนุน ส่วนด้านการศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขได้เสนอแนะสถานที่ดูงานที่น่าสนใจ ได้แก่ วัดพระพุทธรูปน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อศึกษาดูงานเกี่ยวกับ กิจกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และศึกษาดูงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ดีเด่นในอำเภอหรือจังหวัดอื่นๆ นอกจากนี้การจัดการเกี่ยวกับการศึกษา ดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหมู่บ้านและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาดูงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการเรียนรู้จากสภาพความเป็นจริงในการทำงานอย่างชัดเจนและสามารถมีความเข้าใจเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2537)

การสนับสนุนจากประชาชน พบว่า การสนับสนุนจากประชาชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4166$) กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมาก จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับสูง ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในระดับปานกลาง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10) และอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมาก ได้แก่ ประชาชนร่วมทำกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุข ประชาชนให้การยอมรับและศรัทธาการสนับสนุนด้านกำลังใจ และประชาชนเข้าร่วมประชุมเพื่อรับฟังคำชี้แจงต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีกำลังใจในการปฏิบัติงานสาธารณสุขเป็นอย่างดี และจะเต็มใจในการทำงานทำให้ผลงานที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเป็นที่รู้จักของประชาชนและส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและสรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในหมู่บ้านจะมีกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างดี และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนจะมีความสามารถมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ตลอดจนสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชิด บุญมาก และคณะ, 2536 ; อัญชนา วงศ์ภักดิ์, 2536) สำหรับการสนับสนุนจากประชาชนซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนน้อย ได้แก่ การบริจาคเงิน การบริจาควัสดุอุปกรณ์ และการให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากประชาชน ทั้งนี้เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขเคยมี

ประสบการณ์ในการระดมทุนเพื่อจัดตั้งกองทุนยา และส่วนใหญ่การบริหารจัดการภายในหมู่บ้านมักเกิดความล้มเหลวขาดทุน จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่กล้าที่จะระดมทุนจากประชาชน แต่สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขจะพร้อมใจกันบริจาควัสดุอุปกรณ์เพื่อตกแต่งสถานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนกันเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากประชาชนในด้านการเงินวัสดุอุปกรณ์ และการให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำจึงไม่ทำให้การดำเนินงานกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมากนัก

การสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน พบว่า การสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2205$) กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานมากจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับสูง ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานมาก ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และสภาพทางกายภาพทั่วไปของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขภายในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้นมีความสำคัญมาก ซึ่งสามารถส่งผลให้งานประสบความสำเร็จ ส่วนความรู้เป็นสิ่งที่สามารถจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเข้ามามีส่วนร่วมในองค์กรและมีแนวโน้มที่กระทำกิจกรรมนั้นได้อย่างต่อเนื่อง (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2530) และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้นที่จัดตั้งขึ้นในหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 94.1 จากอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด 236 คน และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมากที่สุดคือกิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมการควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ กิจกรรมการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และกิจกรรมการจัดหายาจำเป็นในหมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น เป็นกิจกรรมที่เป็นความต้องการและมีความจำเป็นต่อประชาชนอย่างยิ่ง ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้การสนับสนุน และรณรงค์จัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขคุ้นเคยกับกิจกรรมดังกล่าวเป็นอย่างดี