



การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

Participation of Village Health Volunteers' in Preventing Diarrhea
in Trang Province

จันทิมา ลิ่มหัน

Jantima Lymhan

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Science Thesis in Research and Health System Development
Prince of Songkla University

2543

Order Key 28955
BIB Key 176189

เลขที่ RA 61.4.01.1.63
เลขทะเบียน 2543 ก.2
..... 1 ส.ย. 2543

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรค

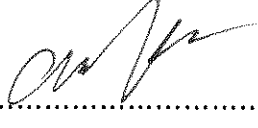
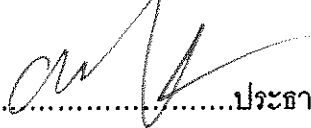
อุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ผู้เขียน นางจันทิมา ลิมหัน

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

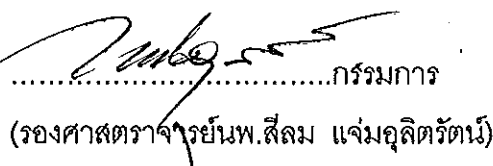
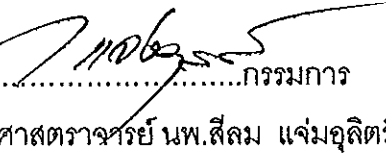


.....ประธานกรรมการ

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาคม ใจแก้ว)

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาคม ใจแก้ว)



.....กรรมการ

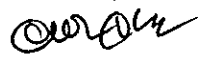
.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ นพ.สีลม แจ่มอุลิตรัตน์)

(รองศาสตราจารย์ นพ.สีลม แจ่มอุลิตรัตน์)



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมพร เพ็ญจันทร์)

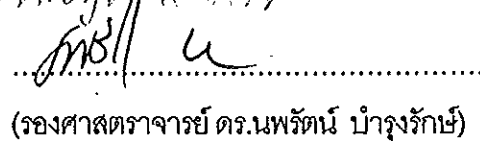


.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณี จันทร์สว่าง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

พัชรวิภา 2 (ตรัง) > นพ.จิตกมล และ คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย
โอบุสุมล ไลต์



.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ บำรุงรักษ์)

1 ๑๑๕ อักษร สาขาเภสัชฯ ประจำชั้น 2 - คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย
นพ.จิตกมล และ คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

วิเทศนิพนธ์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรค

อุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ผู้เขียน

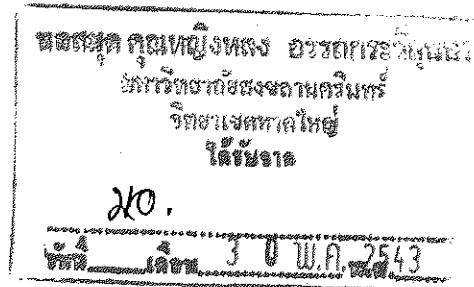
นางจันทิมา ลิ้มหัน

สาขาวิชา

การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

ปีการศึกษา

2542



บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบอรรถาธิบายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง และประมวลปัญหาอุปสรรค แนวทางการส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง โดยมีตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัย ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของ อสม. ปัจจัย ด้านระบบการทำงาน ตัวแปรตามคือการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ทุกอำเภอในจังหวัดตรัง จำนวน 380 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน จากประชากร อสม. 7,667 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผ่านการหาค่าความตรงตามเนื้อหาและความน่าเชื่อถือตอนที่ 2,3 และ 4 ได้ค่า ความเที่ยง 0.75, 0.78 และ 0.92 ตามลำดับ แล้วใช้วิธีการสัมภาษณ์ ทำการบันทึกข้อมูลด้วย คอมพิวเตอร์ โปรแกรม Epi info และประมวลผลข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS/PC⁺ ใช้สถิติร้อยละ มัชฌิมเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรังอยู่ใน ระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรังได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในการเผยแพร่ความรู้ เจตคติต่อการเป็นอสม. การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระดับการศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.385 และประ สติภาพของตัวพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ 0.148

ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัด ตรังคือ ชุมชนไม่ยอมรับในความรู้ความสามารถของ อสม. เนื่องจากเห็นว่า อสม.มีระดับ

การศึกษาที่ต่ำไม่มีความรู้ที่เพียงพอต่อการให้ความรู้ในงานด้านสาธารณสุขแก่ชุมชน ปัญหา อสม. ไม่เข้าใจในบทบาทและกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และปัญหาการขาดการวางแผน ร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ในชุมชน จากปัญหาดังกล่าวนำไปสู่แนวทางในการแก้ปัญหาและส่งเสริม การมีส่วนร่วมของ อสม. ที่สำคัญคือ อสม.ต้องมีการพัฒนาตัวเอง โดยการศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ เพิ่มเติมอยู่เสมอ อสม.ต้องรวมกลุ่มกันทำงาน ทั้งนี้ต้องมีการวางแผน ร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ในชุมชนเพื่อให้มีการแก้ปัญหาในชุมชนได้อย่างแท้จริง

from public health officers, and their educational level. The level of statistical significant of these factors was $p < 0.05$ and the multiple coefficient correlation (R) was 0.385 and the effectiveness of predictor (R^2) was 0.148

There were three important problems and obstacles to the participation of village health volunteers in preventing diarrhea in Trang Province : village health volunteers' knowledge and ability were unacceptable to the community due to their education level; the village health volunteers did not thoroughly understanding their role in the process of participation, and last, a lack of planning with other organization in the community. A recommended solution to these problems in promotion of volunteers' participation in terms of self improvement by continually seeking additional modern knowledge to keep up with the world; and teamwork improvement in relation to planning and working with other organizations in the community to solve problems

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.ดร.อาคม ใจแก้ว และ รศ.นพ.สีลม แจ่มอุติรัตน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.สมพร เฟื่องจันทร์ ผศ.วรรณิ์ จันทร์สว่าง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ประธานกรรมการหลักสูตรสาขาวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายแพทย์วิฑูรย์ เหลืองดิลก ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง นางสาวศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร นักวิชาการสาธารณสุข 7 ศูนย์ฝึมือกรรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ นางกรรณิการ์ บรรเท็งจิตร ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่ได้ให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยความสะดวก และให้กำลังใจตลอดมา

การทำวิทยานิพนธ์นี้ได้รับการสนับสนุนทุนบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ต่างๆ ให้กับผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ มารดา และพี่ ที่ได้ให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกทุกอย่าง ขอขอบคุณสามี และลูกๆ ที่เป็นกำลังใจที่ดีที่สุด ขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยทั้ง 5 คน ที่ทำให้งานสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย ขอขอบคุณ อสม.ทุกท่าน สมาชิกเทศบาลตำบลคลองเต็ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ร่วมให้ข้อมูล และขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสาขาวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุขรุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 ที่ได้ให้กำลังใจและข้อคิดต่างๆ ในการทำวิจัย คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

จันทิมา ลิ้มหัน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมติฐาน.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
2. แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	9
ความหมายและลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	15
ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	20
การมีส่วนร่วมของอสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน.....	32
	(8)

โรคอุจจาระร่วง.....	38
3. วิธีดำเนินการวิจัย	43
แบบการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
ตัวแปรที่ศึกษา	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	51
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	52
ลักษณะข้อมูลทั่วไปตัวแปรที่ศึกษา	53
ตัวแปรที่ศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมของอสม.	57
ตัวแปรที่ศึกษาที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม.....	64
ประมวลปัญหาอุปสรรคและแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอสม..	65
อภิปรายผล.....	70
5. สรุปและข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะ.....	85
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก	99
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	100
ภาคผนวก ข การประชุมกลุ่ม	111
ภาคผนวก ค แนวการให้คะแนนแบบสอบถามตอนที่ 4	117
ประวัติผู้เขียน	121

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1.	จำนวนตัวอย่างที่สุ่มตามสัดส่วนแยกตามอำเภอ.....44
2.	จำนวนตัวอย่างแต่ละอำเภอสุ่มตามสัดส่วนแยกตามตำบล 45
3.	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุดสูงสุดข้อมูลทั่วไป จำแนกตามคุณลักษณะของ อสม.53
4.	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุดสูงสุดข้อมูลทั่วไป จำแนกตามปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของอสม.:..... 54
5.	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุดสูงสุดข้อมูลทั่วไป จำแนกตามระบบการทำงานของอสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....55
6.	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของอสม..57
7.	ร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วมของอสม.จำแนกตามคุณลักษณะของ อสม.....58
8.	ร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วมของอสม. จำแนกตามปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของอสม.....60
9.	ร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วมของอสม. จำแนกตามระบบการทำงานของอสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....61
10.	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรกับการมีส่วนร่วมของอสม.....64
11.	สรุปประมุขกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม..... 114
12.	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอยกับตัวแทนคือการมีส่วนร่วมของอสม..... 118
13.	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของอสม.กับตัวแปรอิสระ..... 120

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กรอบแนวคิด	8
2. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	13

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ แม้ประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา ยังมีอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงเฉลี่ยถึง 1.2 ครั้งต่อคนต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อุบัติการณ์สูงถึง 1.95 ต่อคนต่อปี (ยูทอนา ศิลปรัสมิ, 2535: 22) สำหรับประเทศไทย โรคอุจจาระร่วง เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายที่สำคัญของประเทศพบว่าในปี 2527 อัตราการป่วยอันดับ 1 คือโรคอุจจาระร่วง อัตรา 817.7 (ต่อประชากรแสนคน) (ดุชนี สุทอปรียาศรี, 2531: 120 และในปี 2533, 2534, 2535, 2536 และ 2537 จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 693,307, 731,107, 774,049, 717,775 และ 872,781 รายตามลำดับ (กองระบาดวิทยา, 2538 : 32) นอกจากนี้เมื่อศึกษาตามรายภาคของประเทศไทยแล้วพบว่า ในปี 2536 ประชาชนที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคอุจจาระร่วงสูงที่สุดรองลงมาเป็น ภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ ตามลำดับ โดยมีข้อมูลอัตราป่วยดังนี้ 257,739, 178,791, 172,041 และ 109,204 ตามลำดับ(สรุปรายงานประจำปีกระทรวงสาธารณสุข, 2536 : 54)

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงของจังหวัดตรัง(คลังข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข จังหวัดตรัง, 2540 : 77-78) พบว่าอุจจาระร่วงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและรุนแรง จังหวัดตรังมีประชากร 564,660 คน ในปี 2536, 2537, 2538, 2539 และ 2540 มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน 1,951, 2,759, 2,786, 2,556 และ 2,257 รายตามลำดับ ซึ่งตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 กำหนดให้เกิดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้ไม่เกิน 1,000 รายต่อประชากรแสนคน และเมื่อศึกษาข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ต่อประชากรแสนคน ในอำเภอต่างๆ ของจังหวัดตรังซึ่งมี 9 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอ ในปี 2540 แล้วพบว่า อำเภอสิเกาจะมีอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงที่สุด 3,249 ราย รองลงมา อำเภอนาโยง 3,157 รายและอำเภอกันตัง 2,472 รายส่วนอำเภออื่นๆ ยังคงมีอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงทุกอำเภอ

ในระยะเวลาที่ผ่านมา การเกิดของโรคที่ควรจะป้องกันได้โดยชุมชนดังเช่นโรคอุจจาระร่วงไม่ลดลง กลับรุนแรงขึ้นและทำให้ต้องสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสูญเสียทางตรงนั้นพบว่าค่าเฉลี่ยของการรักษาโรคอุจจาระร่วง จะอยู่ระหว่าง 1,309-1,330 บาท/คน/ครั้ง หรือ 183-186 บาท/คน/วัน (ประนอม บุญมี, 2536 : 6) และจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2536 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 1.33 ครั้ง/คน/ปี จากจำนวนเด็กที่มีอายุ 0-1 ปี ทั่วประเทศ 1,031,521 คน (กองสถิติสาธารณสุข, 2536 : 23) นั้นหมายถึงว่ารัฐต้องเสียงบประมาณจำนวนมากมายมหาศาลในการรักษาพยาบาลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ปีละประมาณ 2,000 ล้านบาท ทั้งส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ และค่าใช้จ่ายในส่วนตัวประชาชนรักษาเองซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ก็คือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่มีค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจเพราะงบประมาณดังกล่าวนี้ รัฐสามารถนำไปใช้เพื่อกิจการอื่นที่เป็นประโยชน์ได้ ส่วนการสูญเสียทางอ้อมได้แก่ การสูญเสียผลผลิตที่ได้จากบุคคลวัยทำงาน เพราะบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กต้องหยุดงานเพื่อดูแลบุตรที่ป่วย รวมทั้งค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก นอกจากนี้ บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความวิตกกังวลในอาการป่วยของเด็กเกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันอันก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาได้อีกด้วย

อย่างไรก็ดี โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ป้องกันได้ หากประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาจนครบกระบวนการอย่างต่อเนื่อง จะสามารถป้องกันการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ในปัจจุบันหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวความคิดการพัฒนาที่สำคัญ และสอดคล้องอยู่ในนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของนานาประเทศ โดยมีการยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าวนี้เป็นทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ถูกต้อง และเป็นวิธีการพัฒนาที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาความเป็นอยู่ของคนส่วนใหญ่ในสังคม ทั้งนี้โดยมองความสำคัญของการมีส่วนร่วมจะทำให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ เป็นการขยายการบริการของรัฐให้ครอบคลุม เป็นวิธีการเพิ่มทรัพยากรเพื่อการพัฒนาที่มีราคาถูก การระดมทรัพยากรจากท้องถิ่น พร้อมทั้งเป็นเครื่องมือหรือกลไกในการให้การศึกษาแก่ชุมชน ที่จะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชนเอง วางแผนแก้ไข ตลอดจนรับผิดชอบต่อโครงการพัฒนาที่ชุมชนกำหนดขึ้น อันจะนำไปสู่ความสามารถที่จะยืนได้ด้วยตนเอง และก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชนต่อไป

จากแนวคิดในการดำเนินงาน " การสาธารณสุขมูลฐาน " (Primary Health Care) ซึ่งเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุ " สุขภาพดีถ้วนหน้า " ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองและพึ่งตนเองได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวคิดให้มี อสม.ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2507 เพื่อให้ประชาชนภายในชุมชนได้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันในเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคที่มีผลกระทบโดยภาพรวมต่อชุมชน เช่น การระบาดของไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง หากชุมชนมีความรู้และให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรดังกล่าว จะทำให้ความสูญเสียที่เกิดขึ้นน้อยลง ดังนั้น อสม. จะทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยของคนในชุมชนและเป็นแกนหลักในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในชุมชนนั้นๆ (ปรีชา ดีสวัสดิ์, 2540 : 152)

แต่ในเวลาที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข (2534 : 15) ได้สรุปไว้ในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พบว่า มีปัญหาหลายประการซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ประการแรก ด้านการบริหารจัดการองค์กรชุมชนด้านสาธารณสุขมูลฐานยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดจุดรวมของการบริหารจัดการกองทุนหมุนเวียนและกองทุนพัฒนาด้านสาธารณสุขต่างๆ นอกจากนั้น การบริหารจัดการโครงการต่างๆ ไม่เป็นเอกภาพและยากแก่การเข้าใจของชาวบ้าน ประการที่สอง ด้านการวางแผนงาน พบว่า การจัดทำแผนงานและโครงการเพื่อแก้ปัญหาของ ท้องถิ่น ตลอดจนการค้นหาปัญหายังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ประการที่สาม การถ่ายทอดความรู้ให้กับ อสม. ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ต่อเนื่องและไม่ทันต่อเหตุการณ์ ประการสุดท้าย การบริหารกิจกรรมขององค์ประกอบที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งถูกกำหนดไว้ 14 องค์ประกอบยังขาดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี จันทร์จารุภรณ์ (2541 : 31) พบว่าปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานข้อหนึ่งได้แก่ อสม. ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนไม่ดีเท่าที่ควร โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า อสม. มีความรู้ไม่เพียงพอที่จะแนะนำ มีอายุและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตต่ำกว่า ขาดความเข้าใจที่ชัดเจนที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสะท้อนว่า อสม. มีความรู้ ความสามารถไม่เพียงพอ และนอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุนทั้งด้านองค์ความรู้และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ ขาดการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

จากกลยุทธ์ส่วนหนึ่งในการมี อสม. เพื่อดำเนินการตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าด้วยระยะเวลาอันยาวนาน ในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนได้พึ่งตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันโรคอุจจาระร่วง น่าจะทำให้แนวโน้มการเกิดโรคลดลง แต่อุบัติการณ์การเกิดโรคอุจจาระร่วงของจังหวัดตรังกลับไม่ลดลง ดังนั้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงน่าจะมีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการหามาตรการที่ เหมาะสมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง
3. เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานและแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

คำถามการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรังของ อสม. อยู่ในระดับใด
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง และเพราะเหตุใด
3. อสม. มีปัญหาอะไรบ้างในการดำเนินงานป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง และจะมีแนวทางในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรังได้อย่างไร

สมมติฐาน

1. ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เจตคติต่อการเป็นอสม. มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง
2. ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคือ ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น ลักษณะการเข้าเป็น อสม. ระยะเวลาเป็น อสม. ความสะดวกในการเดินทางติดต่อระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานอนามัย มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

3. ปัจจัยด้านระบบการทำงาน คือ การร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิธีการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ การนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนด้านวัสดุงบประมาณ การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ความสำคัญของการวิจัย

ต่อระบบสาธารณสุข

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับทราบระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้หาแนวทางเพื่อไปพัฒนาการมีส่วนร่วมของอสม.และชุมชนในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อันจะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานอื่นๆในชุมชน และทำให้สามารถช่วยกันดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันและกันในชุมชนเพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีต่อไปได้
3. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด ในการกำหนดทิศทางและนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม.เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของจังหวัดตรัง

ต่อสถาบัน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังได้แนวทางในการจัดทำแผนดำเนินการร่วมกันกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการพัฒนาอบรมฟื้นฟูความรู้ของ อสม.จังหวัดตรังต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบอธิบาย (explanatory research) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พื้นที่ทำการศึกษาคครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอในจังหวัดตรัง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ อสม. จำนวน 7,667 คน ของจังหวัดตรัง ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในปี 2542 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. จาก 87 ตำบล 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ในจังหวัดตรังจำนวน 380 คน ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรอิสระ (independent variables) ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ของ อสม. ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเจตคติต่อการ

เป็นอสม. ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ ความยาวนานที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ลักษณะการเข้าเป็นอสม. ระยะเวลาเป็น อสม. ความสะดวกในเดินทางจากบ้านมาสถานเฝ้าระวัง ปัจจัยด้านระบบการทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ การพบปะร่วมประชุม การอบรมความรู้เพิ่มเติม การได้รับสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้ในการดำเนินงาน การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ และการติดตามนิเทศงาน ตัวแปรตาม (dependent variable) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในด้านการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหา การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมินผล

นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้กับ อสม. ได้ร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปฏิบัติการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ติดตามและประเมินผลการทำงานป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชน วัดการมีส่วนร่วมตามความถี่ในการกระทำตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ผู้ที่ยังคงปฏิบัติงานเป็น อสม. ในชุมชนนั้นๆ อยู่ในปี 2542

การป้องกัน (prevention) หมายถึง

การป้องกันโรคล่วงหน้า(primary prevention) คือ การมีและใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร การจัดหาน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด การกำจัดขยะ การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่เหมาะสม การควบคุมและกำจัดแมลงวัน

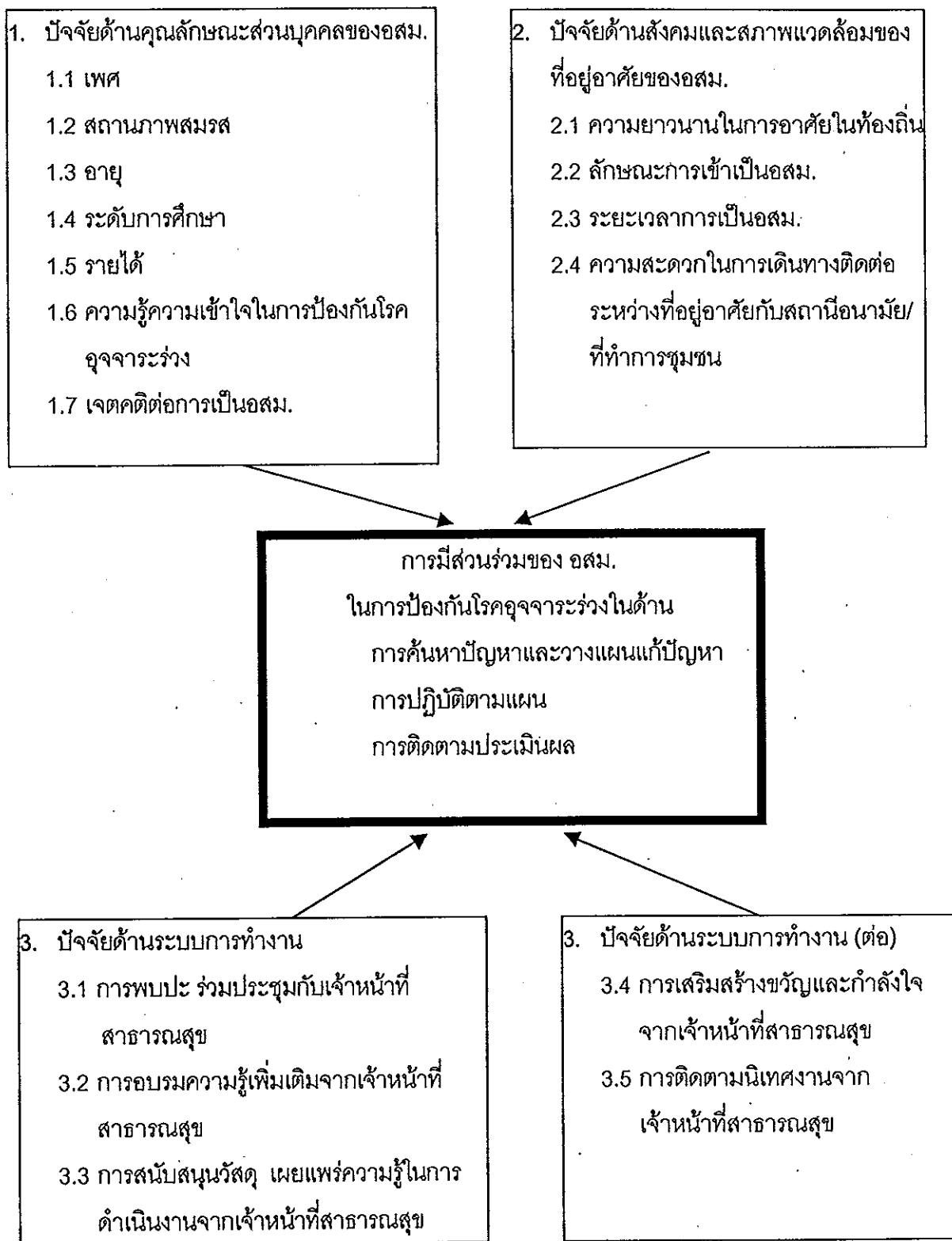
การป้องกันในระยะมีโรคเกิดขึ้น(secondary prevention) คือการค้นหาผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองและรักษาอย่างถูกวิธีและรวดเร็ว การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรค

การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (tertiary prevention) คือ การรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ได้ถูกต้องตามสภาวะการเจ็บป่วย

โรคอุจจาระร่วง (diarrhea) หมายถึง การถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นมูกเลือดเพียงครั้งเดียว ยกเว้นในเด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 เดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงอุจจาระจากขี้เทามาเป็นสีเหลือง ทารกจะถ่ายบ่อยไม่นับว่าเป็นอาการอุจจาระร่วง

จากสภาพปัญหาและความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้โดยศึกษาตามแนวคิดและลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนของเดชเลอร์(Dachler, อ้างถึงในสุนันทานิลเพชร, 2539 : 18-19) ที่ให้ความสำคัญในบริบทของการมีส่วนร่วม ได้แก่ลักษณะทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ รวมถึงค่านิยม เจตคติ ตลอดจนความสามารถของบุคคล แต่ในลักษณะต่างๆของกิจกรรมพัฒนายังคงเน้นให้เป็นไปตามบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง คือมิติของการร่วมวางแผนเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา มิติการดำเนินการปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยรวมไปถึงการรับประโยชน์จากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆด้วย และมิติการติดตามประเมินผล ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 1.1. แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม
 - 1.2. ความหมายและลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 1.3. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. การมีส่วนร่วมของ อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. โรคอุจจาระร่วง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.1 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม

ภายหลังจากแลกเปลี่ยนแนวคิดกับผู้เกี่ยวข้องและผู้ศึกษาจากผลงานด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา และรัฐศาสตร์จำนวนมาก ก็ให้การยอมรับว่า การตอบคำถามว่าอะไรหรืออย่างไรคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นปัญหาที่ย่างยากประการหนึ่ง ซึ่งยังไม่มีข้อยุติที่ยอมรับกันอย่างแท้จริง ทั้งในระดับแนวคิดและการปฏิบัติ

ในเอกสารของ WHO ไอแมน (Iman, 1983 : 7) ได้กล่าวถึงปัญหาการที่ความการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน (popular participation) ที่องค์การสหประชาชาติ ให้ไว้ นั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นว่าจะต้องมีคำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถูกต้องเพียงหนึ่งเดียว หรือสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ครอบคลุมทั้งหมด ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละประเทศหรือแม้แต่ภายในประเทศเดียวกัน ขึ้นอยู่กับระบบการเมือง และเศรษฐกิจสังคมของประเทศ

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งของการพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นหมายถึง ร่วมโดยใคร ?

ในเนื้อหาของคำประกาศ ขององค์การอนามัยโลกที่ อัลมา อตา (WHO, 1978 : 50) นั้น ใครในบทบาทของการมีส่วนร่วมถูกกล่าวในลักษณะของบุคคล (individual) และกลุ่มบุคคล

(collective) หรือชุมชนทั้งชุมชน (community) และคำว่าชุมชน คือ สังคมที่ประกอบด้วย ประชาชนที่อยู่อาศัยร่วมกัน ด้วยรูปองค์กร และความสัมพันธ์ (cohesion) รูปแบบหนึ่งสมาชิก ของชุมชนจะมีส่วนร่วม (share) ในลักษณะทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม ตลอดจน ผลประโยชน์ ความต้องการและรวมทั้งสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ชุมชนอาจมีความแตกต่าง กันได้มากในเรื่องของขนาด และรูปแบบของสังคม เศรษฐกิจ ตั้งแต่ชุมชนซึ่งมีบ้านเรือนเป็น กลุ่มแยกจากกัน จนถึงชุมชนที่มีความเป็นกลุ่มก้อนสูง และจากหมู่บ้านในชนบท เมืองขนาดเล็ก จนถึงชุมชนในเมืองใหญ่

การพิจารณาหรือตีความว่าใครคือ ผู้มีส่วนร่วมในอีกด้านหนึ่งถูกกำหนดจากจุดยืนหรือ แนวคิดในการวางแผนเกี่ยวกับเป้าหมายและการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมพัฒนา ไวท์ (White, 1982 : 18) กล่าวในตอนหนึ่งว่า ในการตัดสินใจว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน "ที่แท้จริง" นั้น จะ เกิดได้ก็ต่อเมื่อประชาชนในท้องถิ่นเป็นผู้ควบคุมหรือสามารถตัดสินใจใดๆ (เพื่อตนเอง) ในโครงการ ได้ทั้งหมดเท่านั้น อาจจะเป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และแนวคิด ลักษณะเช่นนี้ จะเป็นปัญหาในทางการปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐที่ทำงานเฉพาะด้านอิสระภาพ (autonomy) แห่งการมีส่วนร่วมในลักษณะเช่นนี้อาจจัดเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนลักษณะ พิเศษ ซึ่งจะเกิดภายใต้สถานการณ์เฉพาะเท่านั้น และการพิจารณาการมีส่วนร่วมนั้น "ใคร" ที่จะเข้าร่วม มีความสำคัญมากกว่า "จำนวน" ของผู้ที่จะเข้าร่วม และใครที่จะเข้าร่วมจะมาก น้อยหรือแคบ-กว้างเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับลักษณะโครงการหรือกิจกรรมที่มีเนื้อหา และเป้าหมายอยู่ที่กลุ่มบุคคลใด มากน้อยกว่ากัน รวมทั้งในแต่ละขั้นตอนของโครงการหรืออีกนัยหนึ่งชนิดของการ มีส่วนร่วมก็อาจต้องการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่ต่างกันด้วย ซึ่ง ทาร์ทาร์ (Tartar, 1996 : 42) ได้เสนอแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้ว่าอาจพิจารณาถึงการกระทำร่วมกันของบุคคลในกระบวนการ พัฒนา 2 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรคหรือกลวิธีพัฒนา (participation as means) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีหรือเป็นเครื่องมืออันจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ แนวคิดนี้จะเป็นการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่ระบุไว้ก่อน ซึ่งจะทำให้การมีส่วนร่วมในแนวคิดนี้มีข้อจำกัดอยู่ตรงที่ต้อง ให้ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำ มีการจูงใจให้ชุมชนมีส่วนร่วม แต่ในเวลาเดียวกันชุมชนไม่ได้มี ส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายการพัฒนา (participation as an end) ซึ่ง เน้นกระบวนการของการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน ทำให้ประชาชนทำกิจกรรม

ร่วมกันเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ เพราะการมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ แม้โครงการจะสิ้นสุดลง ทำให้เกิดประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืนต่อชุมชน

หากพิจารณาในส่วนนี้แล้วจะเห็นได้ว่าโดยเป้าหมายที่ต้องการในด้านงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เสนอต่อที่ประชุมกรุงอัลมา อตา มีความมุ่งหวังให้เกิดความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังแนวคิดที่ 2 แต่ทั้งนี้การดำเนินงานในระยะแรกของโครงการสาธารณสุขมูลฐานในปี 2507 ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงิน ในลักษณะการจัดหาทุนจากชุมชนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งปรากฏออกมาในรูปกองทุนยาและสหกรณ์ยาตามแนวคิดที่ 1 (อภิชัย พันธเสน, 2539 : 7-8)

ในด้านพลังการตัดสินใจการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ได้เสนอแนวคิดพลังในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนไว้ว่ามีลักษณะดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในอำนาจอย่างกว้างขวาง
2. การตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง โดยมีการปรึกษากับพวกที่ได้รับผลกระทบ นอกจากนี้ยังได้กล่าวอีกว่ากระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับตัวแปรดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลง
- 2.2 การชักจูง การประเมินผล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตัดสินใจ
- 2.3 การตัดสินใจที่ยอมรับหรือปฏิเสธอันมีผลจากการประเมิน
- 2.4 การสื่อสารเกี่ยวกับการตัดสินใจ
- 2.5 การกระทำการตัดสินใจ

นอกเหนือจากพลังในการตัดสินใจในการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วนั้น เดชเลอร์(Dachler, อ้างถึงใน สุรินทร์ นิลเพชร, 2539 : 18-19) ได้แสดงให้เห็นถึงมิติต่างๆ ของการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงกันของมิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ทฤษฎีทางสังคม ซึ่งอยู่เบื้องหลังแนวคิดการมีส่วนร่วม จะแสดงให้เห็นถึงค่านิยมและความเชื่อพื้นฐานของนักทฤษฎี นักวางแผน นักปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมซึ่งจะส่งผลถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ คุณลักษณะของการมีส่วนร่วม ตลอดจนผลการมีส่วนร่วม

มิตีที่ 2 คุณลักษณะการมีส่วนร่วม คือการทำความเข้าใจกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นจะต้องพิจารณา (1) การมีส่วนร่วมนั้นอยู่ในขั้นตอนใด (2) ใครบ้างที่เข้าร่วมและ (3) การมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้น ต้องมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1.1 การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

1.2 ร่วมดำเนินการในกิจกรรมการพัฒนา

1.3 ร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

1.4 ร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

2. องค์ประกอบการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนอาจเป็น ผู้นำหรือชาวบ้านทั่วไป เจ้าหน้าที่ของทางราชการ และเอกชน

3. การจำแนกของการมีส่วนร่วม เช่น การพิจารณาว่าจุดเริ่มของโครงการมาจากคนนอก คือข้าราชการ นักพัฒนา หรือคนในชุมชน เช่น ผู้นำหรือเกิดจากปัญหาและความต้องการ หรือไม่เป็นทางการเป็นแบบชาวบ้าน และเข้าร่วมด้วยความสนใจ ความเห็นใจหรือเพราะความเกรงใจ

มิตีที่ 3 บริบทของการมีส่วนร่วม ได้แก่ลักษณะทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ รวมถึงค่านิยม เจตคติ ตลอดจนความสามารถของบุคคล ในลักษณะต่างๆของกิจกรรมพัฒนา

มิตีที่ 4 ผลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยพิจารณาทั้งผลในแง่ของผลเชิงรูปธรรมและนามธรรมที่มีต่อบุคคลและชุมชน

นอกจากมิตีต่างๆ ข้างต้นแล้ว แคสเปอร์สันและไบรทแบงค์(Kasperson and Breitbank, 1969 : 1-3) ได้เสนอทฤษฎีการมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมนั้นมีมาตรฐาน 3 ประการ คือ

1. การกระทำโดยแต่ละบุคคล มิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่ม อาจจะทำให้การวิเคราะห์หรือได้ข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง เพราะการแสดงออกของแต่ละบุคคลในกระบวนการมีส่วนร่วม นั้นจะเห็นได้ถึงค่านิยม ความรับรู้ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ กริยาที่ว่าเป็นการมีส่วนร่วมก็คือ กริยาที่แสดงต่อผลของการกระทำนั้นโดยตรงของแต่ละบุคคล

2. ความหนาแน่นของการกระทำ ซึ่งแสดงออกโดยการร่วมกระทำบ่อยครั้ง ระยะของกิจกรรมที่ยาวนาน หรือมีความผูกพันและมีแรงจูงใจในการกระทำ

3. คุณภาพของการเข้าร่วม ซึ่งดูจากผลและผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้น เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจ การเปิดกว้างยอมรับความสามารถและความคิดเห็น มีการประเมินผล

ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนามีระดับมากน้อยแตกต่างกันไป ตามสถานภาพของชุมชน โครงสร้างการดำเนินงานของรัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ตลอดจนลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ด้วย ในเรื่องนี้ อาร์นสเทน (Arnstein, อ้างถึงใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2537 : 67) ได้จัดระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 8 ระดับคือ

ภาพประกอบ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

8	ประชาชนควบคุมเองหมด	อำนาจอยู่ที่ประชาชน
7	ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน	
6	ประชาชนและรัฐมีส่วนเท่าๆ กัน	
5	ประชาชนได้เข้าร่วมบางส่วนในโครงการ	ประชาชนมีส่วนร่วม
4	ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ	
3	ประชาชนได้รับการบอกเล่า	ปานกลาง
1	ประชาชนเป็นผู้รับบริการ	
2	ประชาชนเป็นผู้รอรับคำสั่ง	
		ประชาชนไม่มีส่วนร่วมเลย

จะเห็นได้ว่า ระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมคือ ระดับ 8 นั้น ประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญในการพัฒนา ตั้งแต่การค้นหาปัญหา ตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งควบคุมดูแลให้เป็นไปตามที่ชุมชนตัดสินใจ ระดับของการมีส่วนร่วมจะลดต่ำลงมาเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงระดับ 1 คือประชาชนไม่มีส่วนในการควบคุมหรือตัดสินใจเลย เพียงแต่เป็นผู้รอรับคำสั่งว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐจะมาสั่งให้ดำเนินการอย่างไรในชุมชน

นอกจากนี้ ไรต์เดอร์ (Reeder, 1991 : 92-94) ได้อธิบายปัจจัยการกระทำของบุคคลไว้ว่าเป็นการที่บุคคลมีความเชื่อหรือไม่เชื่อในสิ่งนั้นๆ ดังนั้น ในการตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคลในทุกเรื่อง เป็นผลมาจากความเชื่อหรือไม่เชื่อดังกล่าว และได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือไม่เชื่อเป็น 3 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยดึง (pull factors) ได้แก่

1.1 เป้าประสงค์ (goal) คือการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น ผู้กระทำจะกำหนดเป้าหมายหรือจุดประสงค์ไว้ก่อนล่วงหน้าแล้วจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์นั้น

1.2 ความเชื่อ (belief orientation) ความเชื่อเป็นผลที่มาจากสิ่งที่บุคคลได้รับรู้ และบุคคลจะเลือกรูปแบบพฤติกรรมบนพื้นฐานของความเชื่อที่ตนยึดมั่นอยู่

1.3 ค่านิยม (value standards) เป็นสิ่งที่บุคคลยึดมั่นเป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจและกำหนดการกระทำของตน ซึ่งบุคคลจะเลือกกระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมที่ตนยึดมั่นอยู่

1.4 นิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณี (habits and customs) คือแบบอย่างพฤติกรรมที่คนกำหนดสืบต่อกันมา ถ้าละเมิดก็จะถูกบังคับด้วยการที่สังคมไม่เห็นชอบด้วย ดังนั้นการกระทำของบุคคลส่วนหนึ่งจึงสืบเนื่องมาจากแบบอย่างพฤติกรรมที่กำหนดมาแต่เดิม

2. ปัจจัยผลัก (push factors) ได้แก่

2.1 ความคาดหวัง (expectations) ในการเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่ง จะขึ้นกับการคาดหวังและท่าทีของบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างด้วย

2.2 ข้อผูกพัน (commitment) การกระทำของบุคคลบางครั้ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เชื่อว่าเขาถูกผูกมัดหรือมีข้อผูกพันที่จะต้องกระทำ

2.3 การบังคับ (forces) บางครั้งบุคคลเกิดความไม่แน่ใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ แต่เมื่อมีการบังคับก็จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นเร็วขึ้น

3. ปัจจัยเรื่องความสามารถ (able factors) ได้แก่

3.1 โอกาส (opportunity) เป็นความคิดของผู้กระทำที่เชื่อว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ขณะนั้น ช่วยให้มีโอกาสที่จะกระทำ

3.2 ความสามารถ (ability) คือการที่บุคคลเชื่อว่า ความสามารถของตนเองจะกระทำในเรื่องนั้นๆ ได้สำเร็จ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ บุคคลนั้นจะพิจารณาความสามารถของตนก่อนทุกครั้ง

3.3 การสนับสนุน (support) คือสิ่งที่ผู้กระทำรู้หรือเชื่อว่าจะได้รับสิ่งนั้นๆ จากการแสดงพฤติกรรมออกมา

กล่าวโดยสรุปแล้ว สิ่งที่เป็นข้อพิจารณาหรือดัชนีชี้การมีส่วนร่วมของชุมชนของนักทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คือสิ่งที่เรียกว่า ชนิด ประเภท หรือมิติของการมีส่วนร่วมอันเป็นสิ่งที่แสดงเนื้อหา (content) ของบทบาทของชุมชนหรือประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมหรือ

โครงการพัฒนา จากเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะของการมี อสม. ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงบริบทที่จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง คือ ลักษณะที่แตกต่างของบุคคล อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ลักษณะทางเศรษฐกิจ รายได้ ลักษณะการเข้าเป็นอสม. ลักษณะทางภูมิศาสตร์ในการประสานการทำงาน ระบบการทำงาน เจตคติต่อการเป็นอสม. และความรู้ต่อการปฏิบัติงาน

1.2 ความหมายและลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทรายงานร่วมของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกและเลขาธิการองค์การยูนิเซฟ เสนอต่อที่ประชุมกรุงอัลมา อตา กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่บุคคลหรือครอบครัวเข้ารับผิดชอบต่อสุขภาพและสวัสดิการของตนเองและของชุมชนส่วนรวม และเป็นกระบวนการของการเกิดการพัฒนาศักยภาพที่จะก่อต่อการพัฒนาตนเองและส่วนรวม บุคคลและครอบครัวจะเรียนรู้สถานะของตนเองดีขึ้น และเกิดแรงจูงใจที่จะแก้ไขปัญหาส่วนรวมร่วมกัน ซึ่งด้วยกระบวนการเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนกลายเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาตนเองได้ด้วยตนเอง แทนการเป็นฝ่ายรับประโยชน์จากการพัฒนาแต่อย่างเดียว (WHO, 1978 : 3-4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานอย (Manoj, 1996 : 453,458) ที่เชื่อและยอมรับในศักยภาพ ประสพการณ์ ของประชาชน และเคารพในมุมมองของชุมชน การทำงานร่วมมือกันจากระดับล่างจะก่อให้เกิดผลที่ดีกว่าการนำแนวคิดทางทฤษฎีไปใช้ในชุมชนและทั้งนี้การดำเนินงานในชุมชนจะประสบผลสำเร็จหากได้มีการส่งเสริมให้ชุมชนได้ตระหนักในหน้าที่ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา มากกว่าจะร้องขอในสิทธิต่างๆ

ดิเรก ฤกษ์น่าย (2518 : 71)การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่สมาชิกของชุมชน มีความสนใจร่วมกัน และมีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายทางเศรษฐกิจ สังคม หรือการเมืองหรือการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้อิทธิพลต่ออำนาจมติชน ไม่ว่าจะเป็ทางตรงหรือทางอ้อม หรืออาจจะเป็นการดำเนินการร่วมในการเพิ่มอำนาจต่อรองทางการเมืองทางเศรษฐกิจและการปรับปรุงสถานภาพของกลุ่มชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องมีขึ้นโดยตลอด ตั้งแต่การวางแผนโครงการ การเสียสละแรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น

กรรณิการ ชมดี (2524 : 11) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า คือ ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันและเข้าร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านองค์การเพื่อ

ให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ และนิรันดร์ คงวุฒิเวศย์ (2527 : 185) ได้เพิ่มเติมต่อไปว่า นอกเหนือจากสิ่งดังกล่าวแล้วนั้นการทำงานร่วมกันต้องเกิดขึ้นภายในเวลาและสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ คือถูกจังหวะและเหมาะสมด้วยความรู้สึกผูกพันให้ประจักษ์ว่าเชื่อถือได้ ไว้ใจได้

เสนห์ จามริกและคณะ (2524 : 20) ได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของชาวชนบทว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยังอาจเป็นการปูพื้นฐานความมั่นคง สำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในบั้นปลาย และได้กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละคนมีประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่องราวไป ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านั้นต้องสัมพันธ์กับความต้องการและปัญหาของชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (2536 : 62-64) ได้ให้ความหมายที่เน้นถึงชุมชนต้องมีความตระหนักในปัญหาของชุมชนอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง สามารถวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีความสามารถแยกแยะได้ว่าวิธีการใดประชาชนแก้ไขปัญหาเองได้ วิธีการใดนอกเหนือความสามารถของชุมชน ต้องให้เจ้าหน้าที่รัฐหรือบุคคลภายนอกช่วยแก้ปัญหานั้นๆ

ไอแมน (Iman, 1983 : 17) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การให้การสนับสนุนต่อความพยายามใดๆ เพื่อการพัฒนา
2. การแบ่งปันผลประโยชน์จากการพัฒนาในลักษณะที่ยุติธรรม
3. การดำเนินโครงการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม ในการตัดสินใจบนพื้นฐาน

ของเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ การวางรูปแบบนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังกล่าวว่าการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนที่ประชาชนให้กับการพัฒนาในรูปแบบแรงงานและทรัพยากรต่างๆ คือสิ่งที่เชื่อมโยงโดยตรงกับผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากความพยายามของตนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชนทั้งระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างแรงที่ลงไปกับผลประโยชน์ที่ได้รับของชุมชนเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล

โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983 : 21) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า เป็นกระบวนการที่พัฒนาและเปลี่ยนแปลง (dynamic process) โดยที่ในกระบวนการนี้อาจรวมไว้ ซึ่งชนิดของการมีส่วนร่วม (type of participation) หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิด คือการวางแผนและการตัดสินใจ การดำเนินการ (การมีส่วนร่วมในเชิงองค์กร และการบริหารจัดการซึ่งเกี่ยวข้องกับ

ทรัพยากรด้านแรงงาน วัสดุ สิ่งของ เงินและการนิเทศงาน) การใช้บริการจากโครงการ (utilization) และการมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ (benefits) ด้านสังคม วัสดุ และบุคลากร จากโครงการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจปรับเปลี่ยนจากการมีส่วนร่วมในฐานะกลวิธีการ พัฒนา (means) มาสู่การมีส่วนร่วมในฐานะเป้าหมายของการพัฒนา (end) ดังนี้ย่อมแสดง นัยยะ การยกระดับการมีส่วนร่วม (degree of participation) ซึ่งนักวิชาการบางท่านอาจแบ่ง ระดับการมีส่วนร่วมเป็นการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (passive) กับการมีส่วนร่วมแบบเป็นฝ่าย กระทำ (active) ซึ่งในกรณีนี้จะมีการใช้คำ " การเข้าร่วมของชุมชน " เพื่อแสดงการมีส่วนร่วมครบ ทุกมิติ (การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล)

โฟนารอฟฟ์ ยังได้กล่าวขยายความว่า การมองกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนควรมองในลักษณะของกิจกรรมที่ต่อเนื่องในช่วงเวลา (continuum of activity over time) การมอง ลักษณะเช่นนี้จะไม่ก่อให้เกิดการแยกเอาการมีส่วนร่วมในการวางแผนในขั้นตอนแรกเริ่มของกิจกรรมออกจากการวางแผนที่เกิดขึ้นภายหลัง อันหมายถึงกิจกรรมประเมินผล นอกจากนั้นในเรื่องของการมีส่วนร่วมในประโยชน์ของกิจกรรมจะขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของโครงการที่จะให้ใครร่วมในอะไร และขั้นตอนไหนอย่างไร

แต่อย่างไรก็ตาม โฟนารอฟฟ์ เห็นว่า ตามความหมายของคำว่า ชุมชนนั้นไม่ได้ถูก กำหนดด้วยเกณฑ์เฉพาะอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เท่านั้นแต่ชุมชนอาจกำหนดบนพื้นฐานของ กลุ่มศาสนา กลุ่มเครือญาติ หรืออาชีพ ปัญหาของการอธิบายว่าชุมชน (community) ในความหมายของการเป็นกลุ่ม (collective) เป็นสิ่งที่ยากที่จะกำหนดลงไปตายตัว

ส่วน ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2526 : 25) อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วม ปฏิบัติ และร่วมมือรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงประชาชนเองและการที่จะทำให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นนั้น จำเป็นที่จะต้องยอมรับปรัชญา ที่ว่ามนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่าง เป็นสุข และได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรม ของกลุ่ม ขณะเดียวกันจะต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่า มนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามี โอกาสและการชี้ทางที่ถูกต้อง ในขณะที่ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527 : 2) ได้ให้ความหมายและ หลักการสำคัญเน้นเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้กับประชาชนทั้งในรูป ส่วนบุคคล กลุ่มชน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วน

ร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง ในการจัดการและควบคุมการใช้ การกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคม ในการมีส่วนร่วมนี้ จะได้มีการพัฒนาความรู้ และภูมิปัญญาซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการดำเนินวิถีชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตัวเอง

สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 18) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง เพื่อตัวประชาชนเอง โดยประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ดังที่ปรารถนาหรือตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ เฮย์ (Hay, 1985 : 13) ที่ให้ความเห็นในเรื่องของความสมัครใจในการเข้าร่วมของบุคคล ซึ่งอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ และ อคิน ระพีพัฒน์ (2527 : 11) ที่ได้ให้ความหมายเน้นที่ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่างไม่ใช่ไปกำหนดให้ประชาชนเข้ามาร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนจะพบว่ามีจุดร่วมกันอยู่ 4 ประการคือ ประการแรก กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ วางแผนควรทำอะไรและทำอย่างไร (มติการวางแผน) ประการที่สอง ชุมชนให้ความร่วมมือในการกระทำตามการตัดสินใจ (มติการดำเนินการ) ประการที่สาม ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วม นั้น ซึ่ง ริฟกิน (Rifkin, 1990 : 10-11) ได้ระบุว่าควรจะต้องประกอบด้วย

1. ประชาชนจะต้องใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้มากขึ้นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพนั้นๆ
 2. ประชาชน ต้องสามารถเสริมทรัพยากรในด้าน เงิน กำลังคน และอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนในส่วนที่ขาด
 3. ประชาชนจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเมื่อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการศึกษาผลที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว
 4. ประชาชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ที่จะช่วยให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้
- และในประการที่ 4 ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (มติการประเมินผล)

จากสรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เห็นถึงมิติต่างๆ ของการมีส่วนร่วมอย่างหลากหลายอย่างไรก็ตาม ได้มีผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ยังมีความคิดเห็นในเรื่องลักษณะของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น กองวิจัยและประเมินผล กรมการพัฒนาชุมชน (2518 : 23) ได้ทำการศึกษาการดำเนินงานพัฒนาชุมชนที่ดำเนินการมาแล้ว 5 ปี เขตพัฒนาตำบลตะเคียนเลื่อน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาในด้านต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1. มีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม
2. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรร่วมลงทุนหรือ

บริจาคเงินทรัพย์สิน

3. มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
4. มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา วิธีการแก้ปัญหา
5. มีส่วนร่วมในการวางแผน / ประชุม
6. มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม
7. มีส่วนร่วมในการออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้าน
8. มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการบริหาร
9. มีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิก
10. มีส่วนร่วมในการชักชวนหรือประชาสัมพันธ์
11. มีส่วนร่วมในการออกแรง
12. มีส่วนร่วมในการดูแล รักษา ติดตามผลและประเมินผล

ในขณะที่เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527 : 10) มีแนวคิดสอดคล้องกันกับ อคิน ระพีพัฒน์ (2527 : 100-101) และวิรัช วิรัชนิการวรรณ (2531 : 61-64) ได้พูดถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอนคือ

1. มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม
3. มีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติ
4. มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

จากความหมายและลักษณะการมีส่วนร่วมที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วผู้วิจัยได้สนใจศึกษาถึงความหมายและลักษณะการมีส่วนร่วมของอสม. ในมิติแนวความคิดของ เดชเลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุันันทา นิลเพชร, 2539 : 18-19) กล่าวคือของมิติของการร่วมวางแผนเพื่อค้นหาปัญหา

มิติการดำเนินการปฏิบัติที่รับประโยชน์จากการปฏิบัติ และมิติการติดตามประเมินผลการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชนทั้งนี้เนื่องจากเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานของรัฐ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดโดยการกำกับหรือสนับสนุนโดยราชการ (sponsored participation) ดังนั้นปัจจัยที่อาจมีผลต่อความแตกต่างของลักษณะการมีส่วนร่วม จึงมาจากทั้งฝ่ายชุมชนและจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของรัฐรวมทั้งระบบราชการ (UN Escap/ WHO/ Unicef, 2535 : 29)

1.3.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะของชุมชน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ เจตคติ

1.3.1.1 ปัจจัยด้าน เพศ กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) ได้กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือ เพศชาย มีส่วนร่วมมากกว่า เพศหญิง ขณะที่ ฉฮ่าน วุฑฒิกกรมรักษา (2526 : 109-113) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัล ดีเด่นของตำบลคุ้มพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า เพศชายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนมากกว่าเพศหญิง ทั้งชายและหญิงเข้าร่วมในขั้นตอนการมากที่สุด แต่เข้าร่วมในขั้นวางแผนน้อยที่สุด และการศึกษาของ อำนาจ สุอาประดิษฐ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์สาธิตการตลาด อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่า สมาชิกเพศชายมีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์สาธิตการตลาดสูงกว่าเพศหญิง และแนว สติพิพันธุ์ (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมของในกิจกรรมพัฒนาชุมชนของประชาชนชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีพื้นที่จังหวัดสงขลา พบว่า เพศชาย มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาชุมชนมากกว่าเพศหญิง และ พรศักดิ์ พัทธพจนภรณ์ (2530 : 68-70) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในสหกรณ์การเกษตร : ศึกษาเฉพาะกรณีสหกรณ์การเกษตรบ้านลาดจำกัด จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกเพศชายจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสหกรณ์การเกษตรมากกว่าสมาชิกหญิง และ กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) ได้สรุปรายงานการวิจัยโครงการสารภี ตำบลข่วง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในโครงการสมาชิกชายเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการมากกว่าสมาชิกหญิง

ในทางตรงกันข้าม สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 103) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนใจ เข็มเจริญ (2531 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ : ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า เพศไม่เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เจะสะปิอิง บารู (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกของศูนย์สาธิตการตลาดที่มีสถานภาพต่างกันในด้านเพศ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ มีคาแอล อุดลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า เพศ ไม่มี อิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

1.3.1.2 ปัจจัยด้าน อายุ กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) ได้กล่าวว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือ ผู้มีอายุมาก มีส่วนร่วมมาก และ การศึกษาของ อานาจ สุธาประดิษฐ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์สาธิตการตลาด อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่า สมาชิกที่มีอายุสูงกว่า มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์สาธิตการตลาด สูงกว่าสมาชิกที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้ กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) ได้สรุปรายงานการวิจัยโครงการสารภี ตำบลชวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในโครงการ ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุสูงกว่าเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุน้อย และบรูเนอร์ (Bruner, 1959 : 120) ได้ทำการสรุปผลการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม และ ลัดดาวัลย์ อนุกุล (2522 : 40) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมสังคมสงเคราะห์ของสตรีอาสาสมัคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีอายุมาก ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครสังคมสงเคราะห์ได้มากกว่า ผู้มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาร์โรลด์ (Harold, 1949 : 160) ได้ศึกษาเรื่องชุมชนในประเทศไทยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในขณะที่ สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 103) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน พบว่า อายุ ไม่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของ

ประชาชน และ สมใจ เข้มเจริญ(2531 : บทคัดย่อ)ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ : ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า อายุ ไม่เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ เจาะสะป๊อิ่ง บารู (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สวัสดิการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกของศูนย์สวัสดิการตลาดที่มีสถานภาพต่างกันในด้านอายุ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สวัสดิการตลาดไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ มีคาแอล อุดลย์เกษม.(2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อายุ ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

1.3.1.3 ปัจจัยด้าน สถานภาพสมรส กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) ได้สรุปรายงานการวิจัยโครงการสารภี ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในโครงการ ที่สมรสแล้ว เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการมากกว่า ผู้ที่เป็นโสด และการศึกษาของ อรพินท์ สุทธิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรในกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนรายได้พบว่าสมาชิกกลุ่มแม่บ้านที่แต่งงานแล้วมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนรายได้สูงกว่าสมาชิกกลุ่มแม่บ้านที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ มีคาแอล อุดลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

1.3.1.4 ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) ได้กล่าวว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน และ อำนาจ สุธาประดิษฐ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์สวัสดิการตลาด อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่า สมาชิกที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์สวัสดิการตลาด สูงกว่าสมาชิกที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ นอกจากนี้ กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) ได้สรุปรายงานการวิจัยโครงการสารภี ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในโครงการ ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า เข้ามามีส่วนร่วมใน

โครงการมากกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และการศึกษาของ อรพินท์ สุทธิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรในกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนรายได้ พบว่าสมาชิกกลุ่มแม่บ้าน ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนรายได้สูงกว่าสมาชิกกลุ่มแม่บ้านที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ เจาะสะปิ้อง บารู (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกของศูนย์สาธิตการตลาดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดมากกว่าสมาชิกที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และการศึกษาของ วิชาญ สุขสง (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสูงกว่ามีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้ายสูงกว่าประชาชนที่มี ระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่ง อาร์โรลด์ (Harold , 1949 : 160) ได้ศึกษาเรื่องชุมชนในประเทศไทยพบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน แอนเดอร์สัน (Anderson, 1952 : 198) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมทางสังคมที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในมลรัฐนิวยอร์ก พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมทางสังคม ในทำนองเดียวกันกับ บราวน์ (Brown, 1953 : 591) ได้ศึกษาเรื่องผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างแข็งขันและไม่แข็งขัน มักมีฐานะแตกต่างกันออกไป ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างแข็งขันมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ทำนองเดียวกันกับ เนลสัน และ เวอร์เนอร์ (Nelson and Verner, 1960 : 252) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมและองค์การที่เป็นทางการได้ชี้ให้เห็นว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมมักจะเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง และมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ อนุภรณ์ สุวรรณสทิศกร (2529 : 59-61) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสภาตำบลต่อโครงการสร้างงานในชนบท (กสช.) อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียรชัย นูรพชนก (2532 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพิบาลของหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดระยอง พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีคาเอลอดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มี อิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

1.3.1.5 ปัจจัยด้าน รายได้ กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) ได้สรุปรายงานการวิจัยโครงการสำรวจ ตำบลวังม่วง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้ ครอบคลุมทั่วประเทศ และมีที่ดินถือครองทำมาหากินมากเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการมากกว่าผู้ที่มี ฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า และลัดดาวัลย์ อนุกุล (2522 : 40) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยบาง ประการที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมสังคมสงเคราะห์ของสตรีอาสาสมัคร ผลการวิจัยพบ ว่า ผู้ที่มีรายได้ในขั้นดีใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครสังคมสงเคราะห์ได้มากกว่า ผู้ที่มีรายได้ ต่ำ และ อารยา วัฒนกิจ (2526 : 39) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ของ ผู้ปกครองในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้สูง จะมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การศึกษาของ วิชาญ สุขสง (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการ ศึกษาพบว่าประชาชนที่มีรายได้ สูงกว่ามีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปรามการ ก่อการร้ายสูงกว่าประชาชนที่มี รายได้ ต่ำกว่า กับการศึกษาของ ฮาร์โรลด์ (Harold , 1949 : 160) ได้ศึกษาเรื่องชุมชนในประเทศไทยพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วน ร่วมของประชาชน และ เมย์ (May, 1951 : 127) ได้ทำการศึกษาเรื่องความแตกต่างของบุคคล ในชนบท 4 แห่ง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลนั้นมีปัจจัย เกี่ยวข้องคือ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและ เศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและ เศรษฐกิจสูง เช่นเดียวกับ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1952 : 198) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วน ร่วมทางสังคมที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในมลรัฐนิวยอร์ก พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมี ส่วนร่วมทางสังคม ในทำนองเดียวกันกับ บราวน์ (Brown, 1953 : 591) ได้ศึกษาเรื่องผู้มีส่วน ร่วมในกิจกรรมทางสังคมพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างแข็งขันและไม่แข็งขันมักมีฐานะ แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ผู้ที่มีรายได้สูงมักจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างแข็งขันมากกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ กว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ บรูเนอร์ (Bruner, 1959 : 120) ได้ทำการสรุปผลการวิจัยของ นักวิชาการหลายท่านเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมเขาพบว่า มีตัวแปรมากมาย เช่น สถานภาพ ทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เจะสะปิอิง บารู (2534 : บทคัดย่อ) ได้ ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน

จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกของศูนย์สาธิตการตลาดที่มีสถานภาพต่างกันในด้านรายได้ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ มีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

1.3.1.6 ปัจจัยด้าน ความรู้ กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

อุบลวรรณ สืบบุคคล (2529 : 59) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัย : ศึกษากรณีการตั้งถิ่นฐานใหม่ของผู้มีรายได้น้อย โครงการฟื้นฟูนคร บางบัว กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความเข้าใจในหลักการของโครงการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้ที่มีความเข้าใจในหลักการของโครงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยมากกว่าผู้ที่มีความเข้าใจในหลักการของโครงการน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศักดิ์ พัทธพจนภรณ์ (2530 : 68-70) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในสหกรณ์การเกษตร : ศึกษาเฉพาะกรณีสหกรณ์การเกษตรบ้านลาดจำกัด จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการสหกรณ์การเกษตรมาก จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม สหกรณ์การเกษตร มากกว่าสมาชิกที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการ สหกรณ์การเกษตรน้อย การศึกษาของ เจาะสะปิ้อง บารู (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกของศูนย์สาธิตการตลาดที่มีความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมสูงและต่ำ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ บีล (Beal, 1971 : 249) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบ้านเมือง พบว่าตัวแปรที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในงานทุกอย่างที่มีนัยสำคัญสูงจะเป็นตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ความรู้ความเข้าใจในหลักการ ตลอดทั้งการศึกษาของ มีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัด สุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้ความเข้าใจในหลักการของโครงการ มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน และการศึกษาของ สกนธ์ จันทรวิเศษ (2528 : 63-71) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์เยาวชนตำบล จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าครอบครัวที่

เป็นสมาชิกกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์เยาวชน จะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์เยาวชนตำบล

1.3.1.7 ปัจจัยด้านเจตคติต่อการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

เรื่องของเจตคติเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการทำงาน สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2523 : 98) กล่าวว่า เดิมใช้คำว่า ทศนคติ ต่อมาคณะกรรมการบัญญัติศัพท์ของกระทรวงศึกษาธิการ โดยความเห็นชอบของราชบัณฑิตยสถานให้ใช้คำว่า " เจตคติ " มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของเจตคติ อารมณ เพชรชื่น (2527 : 115) ได้กล่าวถึงเจตคติไว้ว่า เจตคติหรือความรู้สึกของคนเปลี่ยนแปลงได้ คนที่มีความรู้สึกต่อสิ่งใดในทางบวก กล่าวได้ว่า เจตคติที่ชอบ (favorable Attitude) ต่อสิ่งนั้นและในทางกลับกัน คนที่มีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางลบ ก็กล่าวได้ว่ามีเจตคติที่ไม่ชอบ (unfavorable Attitude) ต่อสิ่งนั้นนอกจากนี้ สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2523 : 98) ได้กล่าวถึงคำว่า เจตคติโดยอ้างอิงจากนักวิชาการหลายท่าน เช่น Allport ได้ให้ความหมายว่า เจตคติหมายถึงสภาวะแห่งความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจาก ประสบการณ์และเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง Freedman ได้ให้ความหมาย เจตคติว่า หมายถึงระบบที่มีลักษณะมั่นคงถาวร ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก ความรู้ และการปฏิบัติ Sarnoff ได้ให้ความหมาย เจตคติว่า หมายถึง ความต้องการที่จะแสดงปฏิกิริยาของความ พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

กล่าวได้ว่าเจตคติตามความหมายที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาหมายถึง ความรู้สึก ความรู้ และการ ปฏิบัติของบุคคล ที่เกิดจากประสบการณ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดปฏิกิริยาของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นปัจจัยด้านเจตคดีย่อมจะมีความสำคัญยิ่งเช่นเดียวกันกับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการกระทำและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ได้มีผู้ศึกษาความสำคัญของเจตคติไว้หลายคนเช่น การศึกษาของ พรศักดิ์พัชรพจนภรณ์ (2530 : 68-70) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในสหกรณ์การเกษตร : ศึกษาเฉพาะกรณีสหกรณ์การเกษตรบ้านลาดจำกัด จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกที่มีทัศนคติที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตรจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสหกรณ์การเกษตรมากกว่าสมาชิกที่มีทัศนคติไม่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร และ รีดเดอร์ (Reeder, 1968 : 131) ได้ศึกษาวิจัยผู้นำทางศาสนาเปรียบเทียบกับสมาชิกที่แข่งขันและสมาชิกที่ไม่แข่งขันของชุมชนมอรมอน ในมลรัฐยูทาห์ ผลการวิจัยพบว่าบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกต่อองค์การจะเข้าร่วมในองค์การมากกว่าบุคคลที่มีทัศนคติทางลบ แต่การศึกษาของ เจอะสะบีง บารู (2534 : บทคัดย่อ) ได้

ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกของศูนย์สาธิตการตลาดที่มีเจตคติต่ำ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดมากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติสูง

1.3.2 ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมของ อสม. ได้แก่ ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น ลักษณะการเข้าทำงาน ระยะเวลาการทำงาน ความสะดวกในการเดินทาง

1.3.2.1 ปัจจัยด้านความยาวนานการอาศัยในท้องถิ่นกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของกรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) ได้สรุปรายงานการวิจัยโครงการสารภี ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่ในหมู่บ้านเป็นเวลานานกว่า 20 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของ โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) ได้กล่าวว่า ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาร์โรลด์ (Harold , 1949 : 160) ได้ศึกษาเรื่องชุมชนในประเทศไทยพบว่า ความยาวนานในการอาศัยอยู่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน และการศึกษาของ มีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านห้วยคริสต อำเภอนม จังหวัด สุราษฎร์ธานี พบว่า ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน แต่การศึกษาของ อรพินท์ สุทธิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรในกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนรายได้ พบว่าสมาชิกกลุ่มแม่บ้านที่มีความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่นแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพิ่มพูนรายได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แนว โสติพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ)

1.3.2.2 ปัจจัยด้านลักษณะการเข้าทำงาน กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ ชิด บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้ง ศูนย์สาธิตการดูแลสุขภาพชุมชน (ศสมช.) จังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้ง ศสมช. ให้สำเร็จประการหนึ่งคือ อสม. ควรเป็นผู้ที่ชาวบ้านคัดเลือกขึ้นมา มีความเสียสละ เชื่อมั่นในตนเอง และเต็มใจทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษากระบวนการจัดตั้งและการดำเนินงาน ปัจจัยการดำรงอยู่ของ ศสมช. ขึ้นอยู่กับประเด็นหนึ่งคือ อสม. ที่สมัครใจเป็นเองและอสม. ที่มาจากการคัดเลือก จะมีลักษณะการบริหารจัดการทีมเพื่อดำเนินการกิจกรรมที่ ศสมช. ได้ดีและ

เป็นที่รู้จักของประชาชนมากกว่าอสม. ที่เลือกโดยผู้นำหรือเจ้าหน้าที่ และทำให้ ศสมช.เป็นที่รู้จักยอมรับและไปรับบริการ

1.3.2.3 ปัจจัยด้าน ระยะเวลาการทำงาน กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ถึงแม้ผู้วิจัยไม่สามารถจะหาผลการศึกษาของบุคคลต่างๆ มาสนับสนุนว่าระยะเวลาในการทำงานจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชน แต่ทั้งนี้ รีเดอร์ (Reeder, 1968 : 131) ได้ศึกษาวิจัยผู้นำทางศาสนาเปรียบเทียบกับสมาชิกที่แข็งขันและสมาชิกที่ไม่แข็งขันของชุมชนมอริมอน ในมลรัฐยูทาห์ ได้กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ปัจจัยหนึ่งคือกิจกรรมนั้นต้องมี ประสบการณ์ที่ดีมาก่อน ซึ่งประสบการณ์ที่ดีได้นั้นจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานนั้นๆด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุภรณ์ สุวรรณศศิธร (2529 : 59-61) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสภาตำบลต่อโครงการสร้างงานในชนบท (กสช.) อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กรรมการสภาตำบลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก มีส่วนร่วมในโครงการมากกว่ากรรมการที่มี ประสบการณ์ในการทำงานน้อย

1.3.2.4 ปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางเพื่อร่วมประชุมปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่ กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ กิตติศักดิ์ สินธุวนิช (2527 : 19) ที่กล่าวว่า ความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ ความสะดวกในการเดินทาง เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2527 : 115-129) และการศึกษาของ ฉอาน วุฑฒิกกรมรักษา (2526 : 109-113) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัล ดีเด่นของตำบลคุ้งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมคือ ต้องการความสะดวกสบายในการคมนาคมขนส่งมากที่สุด

1.3.3 ปัจจัยด้านระบบทำงาน การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประกอบด้วยตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย

1.3.3.1 ปัจจัยด้านพบปะร่วมประชุมปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ อารยา วัฒนกิจ (2526 : 39) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบการติดต่อ กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะมีความสัมพันธ์

กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สกนธ์ จันทรวิเศษ (2528 : 63-71) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์เยาวชนตำบล จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าครอบครัวที่เป็นสมาชิกกลุ่ม การติดต่อกับพัฒนาการ การรับฟังข่าวสาร การติดต่อกับผู้นำท้องถิ่น จะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์เยาวชนตำบล และการศึกษาของ อนุภรณ์ สุวรรณสิทธิกร (2529 : 59-61) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสภาตำบลต่อโครงการสร้างงานในชนบท (กสช.) อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กรรมการสภาตำบลที่มีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่มาก มีส่วนร่วมกับโครงการ กสช. มากกว่ากรรมการสภาตำบลที่มีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่น้อย

1.3.3.2 ปัจจัยด้าน การอบรมเพิ่มเติมความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ วรณี หาวารี และ วนัสรา เขาวนนิยม (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. ได้แก่ การอบรมต่อเนื่อง มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิด บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้ง ศสมช. ให้สำเร็จประการหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ แก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ

1.3.3.3 ปัจจัยด้าน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ ชิด บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้ง ศสมช. ให้สำเร็จประการหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ เช่นวัสดุอุปกรณ์ แก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี หาวารี และ วนัสรา เขาวนนิยม (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. ได้งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. และการศึกษาของ ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวชาญ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและ

สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในเชิงบวก

1.3.3.4 ปัจจัยด้าน การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาของ ชิต บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จังหวัดตาก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งศสมช. ให้สำเร็จประการหนึ่งคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นผู้ให้การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจที่ดีต่ออสม. อย่างสม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมีค่าแอล อุดลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความคาดหวังในผลตอบแทน มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน และการศึกษาของ กรรณิการ์ พงษ์สนธิ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา คุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ แรงจูงใจและผลตอบแทนที่ชุมชนพึงได้รับ

1.3.3.5 ปัจจัยด้าน การติดตามนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การศึกษาของ ชิต บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จังหวัดตาก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้ง ศสมช. ให้สำเร็จประการหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นผู้ นิเทศติดตามแก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี หาวารี และ วนัสรา เชาวน์นิยม (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ อสม. ได้แก่ การนิเทศ มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช.

1.3.4 ตัวแปรตามที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้ คือการมีส่วนร่วม ของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในลักษณะของการร่วมวางแผนค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชน ทั้งนี้เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ซึ่งจากการศึกษาของ ฉอ้าน วุฒิภักดิ์รักษา (2526 : 109-113) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัล ดีเด่นของตำบลคุ้งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผล

การศึกษาพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ชุมชนในชั้นดำเนินการมากที่สุด รองลงมา
 ขึ้นติดตามผลงาน ขึ้นกำหนดความต้องการ ขึ้นการตัดสินใจในการเลือกโครงการ และขึ้นแผน
 งาน ในขณะที่การศึกษาของ มีคาเอล อุดลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล
 ต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม
 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านของประชาชนอยู่ในระดับปาน
 กลางทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน นอกจากนี้การศึกษาของ วิชาญ สุขสง (2539 : บทคัดย่อ)
 ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้ายในจังหวัดชาย
 แดนภาคใต้ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับต่ำ และการศึกษา ของดวงฤทัย
 พงศ์เชี่ยวชาญ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทาง
 สังคมในการป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้นำมีส่วนร่วมใน
 ชุมชนค่อนข้างต่ำ ส่วนการศึกษาของสำราญ จิตมานะ (2536 : บทคัดย่อ) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อ
 การมีส่วนร่วมของผู้นำสตรีในการพัฒนาชนบท พบว่า ผู้นำสตรีมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทใน
 ด้านการดำเนินการมากที่สุด รองลงมา ด้านการศึกษาชุมชน การติดตามประเมินผล และการวาง
 แผนตามลำดับ และการศึกษา ของ กรรณิการ์ พงษ์สนธิ (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วม
 ของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมการแก้ไขปัญหา
 สุขภาพยังเกิดขึ้นน้อยและไม่ได้เป็นไปอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอนของกระบวนการแก้ไขปัญหา และ
 การศึกษาของ ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวชาญ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน
 และสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มผู้นำมีส่วนร่วมใน
 ชุมชนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยเห็นว่าระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรค
 อหิวาต์ระวง น่าจะมีผลจากปัจจัยต่างๆจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาแล้วคือ เพศ
 สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่น
 ลักษณะการเข้าเป็น อสม. ระยะเวลาการเป็น อสม. ความห่างไกลและการเดินทางติดต่อระหว่าง
 บ้านที่อาศัยกับสถานีอนามัยของอสม. ระบบการทำงาน การติดต่อพบปะสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขที่สถานีอนามัย และการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้ การสนับสนุนวัสดุในการ
 เผยแพร่ด้านความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล การติดตามนิเทศงานให้คำแนะนำ
 จากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอหิวาต์ระวง
 เจตคติต่อการปฏิบัติงานเป็น อสม. ล้วนเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการ

ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของจังหวัดตรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ยึดถือเป็นแนวความคิดในการกำหนดตัวแปร และสมมติฐานในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2. การมีส่วนร่วมของอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

โครงการสุขภาพในระดับชุมชนได้ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานควรจะเป็นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ อสม. และสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะในสองกลุ่มหลังควรจะมีส่วนร่วมเป็นผู้กระทำ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งตนเองของแต่ละชุมชน อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งถูกมองในลักษณะ ผู้เปลี่ยนแปลง (agents of change) ยังไม่ได้รับการยอมรับในศักยภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะ การขาดการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพหรือการศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเหตุผลดังกล่าวไม่เป็นที่น่าแปลกใจ เพราะ อสม. จะได้รับการอบรมในระยะสั้นในเฉพาะบางประเด็นเท่านั้น และวิธีการอบรมไม่ได้อยู่บนรากฐานของการนำไปใช้อย่างแท้จริง ทำให้ขาดทักษะและความรู้ที่ดีที่จะช่วยชุมชนของตน และอีกเหตุผลหนึ่งก็คือ อสม. มีภาระงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ อสม. ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนทำได้ไม่เต็มที่ เบอร์แมน (Berman, 1988 : 25)

ถ้าได้ศึกษาในเรื่องแนวคิดและหลักการงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างละเอียดแล้วพบว่างานสาธารณสุขในรูปแบบที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมด้วยนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมหรือชุมชนของประเทศไทยมาเป็นเวลานานทีเดียว "หมอดำแย" ในภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ หรือ "แม่จ้ำง" ในภาคเหนือ ได้มีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือการคลอดและดูแลสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก ซึ่งภายหลังได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้จากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถให้สามารถบริการแก่เพื่อนบ้านและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถของหมอดำแยนี้ได้กระทำกันอย่างจริงจังมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมาหมอดำแยจึงได้ชื่ออีกชื่อหนึ่งที่เรียกว่า "ผดุงครรภ์โบราณ" (ปรีชา ตีสวัสดิ์, 2540 : 150)

ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยนั้น ประชาชนเองได้พยายามจัดการรักษาพยาบาลกันเองในระยะแรกของการเจ็บป่วยขึ้น โดยใช้ยาหรือวิธีการที่เคยมีประสบการณ์กันมาหลายชั่วอายุคน นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาการเจ็บป่วยต่างๆที่เรียกกันว่า "หมอโบราณ" หรือ "หมอกกลางบ้าน" ทำให้ผลของการรักษาการเจ็บป่วยบางชนิดผิดพลาดไป ประชาชนเกิดความไม่แน่ใจและเชื่อถือได้ ความนิยมของประชาชนลดลง แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าประชาชน

ทั่วไปจะขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง จากประสบการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขในการทดลองหลายๆ แห่งพบว่า ถ้านำประชาชนมาพัฒนาให้ถูกต้องในเรื่องความรู้ความเข้าใจของการรักษาโรคที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นแล้ว จะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคลงเป็นอย่างมาก ตัวอย่างเช่น อาสาสมัครกำจัดโรคมาลาเรีย ซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นเวลานานกว่า 10 ปีแล้ว เป็นตัวอย่างที่พิสูจน์ให้เห็นจริงได้อย่างแน่ชัด (ปรีชา ดีสวัสดิ์, 2540 : 154)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแนวคิดที่จะนำพลังหรือศักยภาพของประชาชนมาช่วยในการพัฒนางานสาธารณสุขก็มาจากผลของงานบริการสาธารณสุขที่ไม่สามารถจะมีผลครอบคลุมบริการที่จำเป็นของ ประชาชนทุกคนได้ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบททั้งบริการด้านรักษาพยาบาล บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือลักษณะของปัญหาสาธารณสุขที่พบในชนบทนั้นในอดีตเกิดจากการครอบงำของปรัชญาวิทยาศาสตร์การแพทย์ชั้นสูง (scientific medicine) ซึ่งกำหนดให้การสาธารณสุขเน้นการรักษา และมีทัศนคติวิเคราะห์การเจ็บป่วยอย่างคับแคบในเชิงวิทยาศาสตร์ชีวภาพเท่านั้นเน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูงและมีราคาแพง ทำให้ประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาลดต่ำลง มีข้อจำกัดในการกระจายบริการทางการแพทย์ให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (equity) และมีลักษณะแปลกแยกจากวิถีชีวิตคนส่วนใหญ่ที่สำคัญที่สุด คือมีแนวโน้มที่จะสนองตอบปัญหาและความต้องการเฉพาะกลุ่มที่มีความสามารถเข้าถึงบริการมากกว่าคนส่วนใหญ่ที่ควรทำความเข้าใจให้ถูกต้องคือสุขภาพมิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่สามารถแก้ไขด้วยเทคโนโลยี สุขภาพคือภาวะการดำรงอยู่อย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจของคน ซึ่งเป็นผลมาจากสังคมที่ครอบงำทั้งหมดส่วนหนึ่งด้วยการแก้ไขจึงต้องใช้มาตรการทางการแพทย์และสังคมไปพร้อมกัน (Rifkin, 1980 : 16) และมากกว่าร้อยละ 70 เป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจในเรื่องราวของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านั้นสามารถป้องกันได้ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจของตนเอง ในขณะที่เดียวกันความไม่รู้และไม่เข้าใจทำให้ประชาชนต้องประสบกับอันตรายมากลองดูแลรักษาพยาบาลกันเองโดยไม่พยายามไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดในระยะเริ่มแรก เป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยไม่ควร เหตุผลที่สำคัญมากประการหนึ่งคือเรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นเรื่องของส่วนบุคคลทุกคน เป็นสิทธิโดยชอบธรรมที่คนทุกคนจะต้องรู้และมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง รัฐบาลมีหน้าที่ที่จะต้องทำให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถที่จะป้องกัน ส่งเสริม และดูแลตนเองทุกๆ คน โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของคนทุกคนเป็นหลักการสำคัญ อันจะนำไปสู่หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) การพึ่งตนเอง (self-reliance) และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate

technology) การผสมผสาน (Integrate) โดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐในการแก้ไขปัญหา ของกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในชุมชน ลดความลึกลับของวิชาแพทย์ (demistification of medical profession) และการกระจายความรู้และเทคโนโลยีในการดูแลรักษา (localization of public health) ทั้งนี้เพื่อให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบที่สะท้อนและพัฒนามาจากสภาพเศรษฐกิจสังคม การเมืองของชุมชนและประเทศ สอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมและการดำรงชีวิตอยู่ใน วิสัยที่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศจัดหาให้ได้บนพื้นฐานสำนักแห่งการพึ่งพาตนเองและการกำหนดโดยประชาชนเอง (UNICEF/WHO, 1981 อ้างถึงใน อภิชัย พันธเสน, 2539 : 16)

สำหรับประเทศไทย ในปี 2505 และปี 2507 ได้มีโครงการทดลองเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลโดยการฝึกอบรมเพิ่มความรู้ทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้นและนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการพัฒนาฝึกอบรมให้กับนักศึกษาแพทย์ให้เห็นความสำคัญของการสาธารณสุขชุมชน โดยหวังกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทมากยิ่งขึ้น แต่ผลการทดลองของโครงการดังกล่าวไม่สำเร็จเท่าที่ควร ประชาชนยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดี และครอบคลุมได้ นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรโรทัย นายแพทย์อมร นนทสุต นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ จึงได้ทบทวนนโยบายใหม่ว่าควรดำเนินการแก้ไขใหม่ โดยเอาประชาชนมามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จากเหตุผลที่มองว่า อัตราการใช้บริการยังต่ำนั้นเพราะขาดความร่วมมือจากชุมชนประชาชนไม่เข้าใจลักษณะของบริการและการใช้ประโยชน์จากบริการ จึงได้ดำเนินการใหม่โดยคัดเลือกชาวบ้านมารับการฝึกอบรมในเรื่องต่างๆ ดังนี้ คือการรักษาโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยๆ ในท้องถิ่น ความสำคัญของการให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเน้นเรื่องล้าง น้ำ โรคพยาธิ มาลาเรีย ฝึกให้ชาวบ้านเจาะเลือดและให้การรักษายั้ต้นเพื่อควบคุมมาลาเรีย การวางแผนครอบครัว โดยให้ผู้ที่ได้รับการอบรมแล้วไปแนะนำการวางแผนครอบครัว การติดตามการวางแผนครอบครัว ซึ่งในช่วงนั้นเน้นยาเม็ดคุมกำเนิด (ปรีชา ดีสวัสดิ์, 2540 : 165-168) ซึ่งเมื่อได้ศึกษาวิเคราะห์แล้วจะพบว่า ในทางปฏิบัติมิได้ใช้แนวความคิดของการมีส่วนร่วมตามทฤษฎี แต่เป็นการมีส่วนร่วมจ่ายเงินของประชาชนมากกว่า ในลักษณะของการจัดหาทุนจากชุมชนเพื่อนำมาสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งปรากฏออกมาในรูปกองทุนยาและสหกรณ์ยา ส่วนอีกด้านหนึ่งก็นำเอาแนวความคิดแบบจีนมาใช้ คือการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Village Health Volunteer) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) (Village Health Communicator) โดย ผสส. ทำหน้าที่สื่อข้อมูลข่าวสารและคอยประสานกิจกรรมการพัฒนา

สาธารณสุขในหมู่บ้าน มีครัวเรือนรับผิดชอบประมาณ 8-15 หลังคาเรือนต่อ 1 คน ส่วน อสม. ทำหน้าที่เหมือน ผสส. แต่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วย สมมติฐานในการทำงานของ อสม. และ ผสส. ก็คือทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม มี อสม. เป็นหัวหน้ากลุ่ม โดยมีโครงการทดลองตั้ง แต่ปี 2513 เป็นต้นมา จากการทดลองที่ได้ผลในหมู่บ้านทำให้มีการพูดถึงการมีส่วนร่วมของ ประชาชนออกไปอย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขเน้นโครงการอบรมชาวบ้านให้ เป็น อสม. และ ผสส. มีเป้าหมายให้ทุกหมู่บ้านมี อสม. และ ผสส. ตลอดจนกองทุนยาอย่างทั่วถึง เพื่อเป็น หลักประกันการแพร่กระจายของงานสาธารณสุขมูลฐาน อสม. จึงเป็นทั้งยุทธศาสตร์และยุทธวิธี ของสาธารณสุขมูลฐาน ที่จะก่อให้เกิดภาวะสถาบัน เพื่อการต่อรองให้มีเพิ่มมากขึ้น แต่ในสภาพ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อสม. เป็นเพียงเครื่องมือส่วนที่เพิ่มขึ้นจากจุดสุดท้ายของบริการของรัฐเท่านั้น อสม. จึงไม่สามารถช่วยสร้างสถานภาพการต่อรองของประชาชนได้อย่างแท้จริง (อภิชัย พันธเสน, 2539 : 8,17)

อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มนี้ดำเนินงานในรูปแบบของอาสาสมัครเป็นภาคบริการสาธารณสุข ของประชาชนโดยร่วมมือกันจัดบริการสาธารณสุขของหมู่บ้านชาวบ้านได้ดูแลสุขภาพกันเอง และ เนื่องจากงานสาธารณสุขมูลฐานจะเน้นเรื่องเวชศาสตร์ป้องกัน การที่จะให้ประชาชนช่วยดูแลกัน เองและนำความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ก็จะช่วยลดปัญหาความเจ็บไข้ได้ ระดับหนึ่ง และถ้าหากประชาชนยังเกิดมีปัญหาในระดับที่ไม่รุนแรงมากนัก ก็พอจะอาศัยพึ่งดูยา จากหมู่บ้านในรูปของกองทุนยาหรือสหกรณ์ยาได้ ลักษณะการดำเนินงานเป็นการดำเนินงาน สาธารณสุขผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยได้รับการ สนับสนุนจากภาครัฐ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเหลือทางด้านวิชาการข้อมูลข่าวสาร การให้การรักษาต่อเนื่องและระบบส่งต่อผู้ป่วย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2524 : 51)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการรวบรวมข้อมูลพบว่า อัตราการใช้บริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้นจนเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค กระทรวง สาธารณสุขได้กระจายให้มี อสม. จนทั่วทั้งประเทศ ในปี 2537 ได้ยกเลิกการมี ผสส. ให้เหลือ เพียงแต่ อสม. แต่ทำงานครอบคลุมในบทบาทหน้าที่ของ ผสส. ด้วย อย่างไรก็ตามผลการวิจัย เกี่ยวกับ อสม. ส่วนยืนยันสอดคล้องกันว่า อสม. ที่ได้คัดเลือกและมีกอบรมันนั้นแม้ยังคงทำงานแต่ มีส่วนน้อย(ร้อยละ 24) ที่ยังคงทำงานอย่างอย่างกระตือรือร้น (Thavitong, 1968 : 25) ฉะนั้น อสม. จึงอาจไม่ใช่การแสดงออก ถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ด้คิดว่าเป็นการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน และที่สำคัญมีอัตราการสูญเสีย อสม. ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเกิดจากภาวะที่ อสม. ต้องแบกรับ ฉะนั้นกิจกรรมโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ในหมู่บ้านจะเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของ อสม. และ อสม.มองกิจกรรมเหล่านั้นว่าเป็นงานที่รัฐมอบหมาย หรือเป็นนโยบาย มิได้ยอมรับว่ากิจกรรมเหล่านั้นเป็นประโยชน์ต่อชุมชน มีความเป็นไปได้ว่า ระบบ อสม. ในฐานะรูปธรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่สผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบ อสม. เป็นรูปแบบมาตรฐานกับหมู่บ้านทั่วประเทศ ซึ่งนโยบายดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมในการปรับใช้ทั่วประเทศ ที่มีความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความร่วมมือของประชาชน (Thavitong, 1968 : 38) และจากการศึกษาของ ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และคณะ (2537 : 3-4) ได้ศึกษาโครงการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งและกิจกรรมของ ศสมช. พบว่า อสม.ที่เข้ามาปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้ จบการศึกษาภาคบังคับ มีความรู้น้อย และทักษะการบริการไม่ดี ประชาชนจึงไม่ศรัทธา และไม่มารับบริการเท่าที่ควร ส่วนการดำเนินงานของ อสม.ในเขตเทศบาล จากการศึกษานี้ของ เมธี จันทจักรภรณ์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเขตเมือง : การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ควรพิจารณา ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อการมี อสม.ในเขตเทศบาล ส่วนใหญ่เห็นว่ามีควมจำเป็นต้องมี อสม. (ร้อยละ 67.9) และส่วนใหญ่เห็นว่า อสม.ช่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการพัฒนาสาธารณสุขได้ (ร้อยละ 60.0) และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของ ศสมช. เขตเมืองที่พบคือประชาชนส่วนใหญ่ไม่สนใจ ไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ยอมรับ อสม. (ร้อยละ 71.7) อสม.มีศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ (ร้อยละ 56.6)

สำหรับบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในงานต่างๆ (ประกอบ บุญไทย , 2537 : 278-279)

1. งานโภชนาการ ผลส. อสม. มีหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี หรือเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำ เป็นต้น โดยความร่วมมือกับกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ ค้นหา สสำรวจ สภาวะอนามัยเด็ก ทำการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี ทุกคนเป็นประจำ เมื่อพบเด็กคนใดที่ขาดสารอาหารก็ดำเนินการให้อาหารเสริมโดยเร็วแก่เด็กที่ขาดสารอาหาร ให้ความรู้แก่มารดาในการให้อาหารแก่ทารก การดูแลรักษาเด็กเจ็บป่วยในระยะแรก ตลอดจนส่งเสริมการปลูกผัก เลี้ยงสัตว์ เพื่อนำมาใช้เป็นอาหาร

2. งานสุขศึกษา ผลส. อสม. ให้สุขศึกษาในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องที่หมู่บ้านได้เลือกจะดำเนินงานตามแผนงานสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือเรื่องที่เป็นปัญหาของท้องถิ่น โดยการสำรวจในด้านสาธารณสุขและสภาพของชุมชนที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น และ

ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านหรือในชุมชน

3. การรักษาพยาบาล ผสส. อสม. ให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้านและชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสามารถของผสส. อสม. ในการรักษาพยาบาลชี้แจงให้ทราบถึงสถานบริการของรัฐ อสม. ผสส. ร่วมกับประชาชนในหมู่บ้านช่วยจัดหาเวชภัณฑ์สำหรับหมู่บ้าน และส่งต่อผู้ป่วย ถ้าเกินความสามารถของอสม.

4. การจัดหายาที่จำเป็น ดำเนินการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน และดำเนินการให้ประชาชนสามารถซื้อยาได้จากอสม.หรือกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ได้ตลอดเวลา สะดวก รวดเร็ว และมีราคาถูก

5. การสุขภาพิบาลและจัดหาน้ำสะอาด ผสส. อสม. ชี้แจงให้ประชาชนกรรมการหมู่บ้าน ทราบถึงความสำคัญของการจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอยและการจัดบ้านเรือนให้สะอาดและรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้านพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายที่จะดำเนินการพัฒนาการสุขภาพิบาลในหมู่บ้าน

6. การวางแผนครอบครัว ผสส. อสม. ชี้แจงและจูงใจให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว รวบรวมข้อมูลในหมู่บ้านว่าบ้านใดได้ใช้บริการวางแผนครอบครัวบ้างและด้วยวิธีใด เพื่อ อสม. จะได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการจัดเตรียม ยาเม็ด อุปกรณ์และจ่ายยาเม็ดในรายเก่าที่เคยรับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดกับสถานบริการของรัฐอยู่แล้ว

7. การอนามัยแม่และเด็ก ผสส. อสม. ชี้แจงประชาชนทราบถึงความสำคัญ ความจำเป็นของการดูแลก่อนคลอด (การฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอด พร้อมทั้งนัดหมายเจ้าหน้าที่ในการออกไปตรวจครรภ์ก่อนคลอดและหลังคลอด นัดหมายมารดามารับบริการและความรู้ในการปฏิบัติตน การกินอาหาร ชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต นัดเด็กให้มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สถานอนามัย ในกรณีจำเป็นฉุกเฉิน ผสส. อสม. อาจจะต้องช่วยเหลือในระหว่างคลอดแก่ประชาชนด้วย

8. งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น ผสส. อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหาเช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ ไข้เลือดออก โรคขาดสารอาหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

9. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผสส. อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก 0-5 ปี และนัดหมายเจ้าหน้าที่

ออกไปให้บริการให้แก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นที่บ้าน ที่ประชุมหมู่บ้านหรือจากแนวทางการดำเนินงานดังกล่าว หมู่บ้านใดจะพิจารณาเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือทุกเรื่องก็ได้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผสส. อสม. หรือความต้องการของหมู่บ้านนั้น หรือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่พบในหมู่บ้าน ซึ่งประชาชนต้องการ

10. การส่งเสริมสุขภาพฟัน ผสส. อสม. มีหน้าที่ชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงการดูแลฟันโดยเฉพาะเด็ก จะต้องมีการรักษาสุขภาพของช่องปากและฟัน ผสส. อสม. นัดหมายให้ประชาชนรับบริการเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

11. การส่งเสริมสุขภาพจิต ผสส. อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตการค้นหาผู้ป่วย ในระดับชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำที่ถูกต้อง และคาดว่าจะงานนี้จะได้ผลต่อ เมื่อผสมผสานกับงานบริการอื่นรวมทั้งการร่วมมือของชุมชน

เมื่อพิจารณาจากบทบาทหน้าที่และเป้าประสงค์ในการมี อสม. แล้วผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอุจจาระร่วง ซึ่งจะเกี่ยวเนื่องไปถึงการดูแลด้านสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาดสำหรับชุมชน

3. โรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความ "โรคอุจจาระร่วง" ว่าเป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือ ถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมีปริมาณมากๆ แม้มีเพียงครั้งเดียวต่อวัน การถ่ายป่อยแต่ลักษณะของอุจจาระเป็นปกติหรือทารกแรกเกิดในระยะที่ถ่ายขี้เทา อุจจาระนิ่มเหลวถ่ายป่อยครั้งไม่ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง (วันดีวารวิทย์, 2531 : 85-92)

โรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ ข้อมูลเฉลี่ยโดยทั่วไปเกิดจากเชื้อไวรัส (Rotavirus) ประมาณร้อยละ 10-15 , Shigella ร้อยละ 9-12 , Saimonella ร้อยละ 9-12, E.coli ร้อยละ 12, Campylobacter jejuni ร้อยละ 8-12 ที่เหลือเป็นอหิวาต์ ถ้ามีระบาดและพวกที่เพาะเชื้อไม่ขึ้น โดยมีแหล่งโรค ของเชื้อต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงอาจมีแหล่งโรคอยู่ในคน สัตว์ หรือสิ่งแวดล้อม ระยะฟักตัวแตกต่างกันไปตามสาเหตุของเชื้อกล่าวคือ สาเหตุจากเชื้อไวรัสระยะฟักตัวค่อนข้างสั้นประมาณ 1-2 วัน สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียระยะฟัก

ตัวประมาณ 2-7 สาเหตุจากเชื้ออื่นเช่น อมีบา หนองพยาธิลำไส้ ระยะฟักตัวจะนานเป็นสัปดาห์ หรือนานกว่า

วิธีการติดต่อโดยทั่วไปเชื้อโรคจะออกจากร่างกายผู้ป่วยทางอุจจาระและอาเจียน แล้วเข้าสู่ร่างกายผู้อื่นโดยการกิน การแพร่เชื้อ เชื้อโรคอาจแพร่จากผู้หนึ่งไปยังผู้อื่นได้โดยตรงจากการสัมผัส เช่น ระหว่างแม่เลี้ยงดูลูก หรือแพร่ไปโดยแมลงนำไป หรือมีแหล่งโรคอยู่ในสัตว์ซึ่งมักใช้เป็นอาหาร คนติดโรคได้ด้วยการกินเนื้อสัตว์ที่มีโรคอยู่ หรือเชื้ออาจแพร่ไปโดยผู้ป่วยหรือพาหะของโรคถ่ายอุจจาระลงไปในพื้นที่แออัด เชื้อโรคจะลงไปอยู่ในแหล่งโรคซึ่งผู้อื่นจะมารับเชื่อนั้นได้

ระยะติดต่อ ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อได้ตลอดเวลาที่มีเชื้ออยู่ในอุจจาระโดยปกติจะประมาณ 1 สัปดาห์ แต่โรคบางโรคอาจจะอยู่ในคนที่เป็พาหะได้นาน เช่น เชื้อ Salmonella อาจอาศัยในถุงน้ำดีจึงแพร่เชื้ออยู่ได้นาน โรคอุจจาระร่วงเป็นกับบุคคลได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ในเด็กเล็กมักพบว่าเป็นกับเด็กที่ขาดสารอาหาร กำลังหย่านม เปลี่ยนอาหาร และเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสม

โรคอุจจาระร่วงมักเป็นกับกลุ่มประชากรที่ด้อยการพัฒนาทางการศึกษาและสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งมักเป็นได้กับกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ภูมิคุ้มกันของโรคอุจจาระร่วงอาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการติดเชื้อและอยู่ได้ไม่นาน ผู้ที่เป็นโรคแล้วจึงอาจเป็นได้อีก

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนโดยการกินส่วนใหญ่จะถูกทำลายโดยน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด ถ้าเชื้อถูกทำลายหมดก็จะไม่เกิดโรค แต่ถ้าเชื้อสามารถผ่านกระเพาะอาหารไปได้ก็จะไปสู่ลำไส้เล็กซึ่งมีสภาวะเป็นด่าง ซึ่งเชื้อสามารถอาศัยอยู่และแบ่งตัวได้ โรคอาจเกิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง คือ เชื้อจะผลิตพิษ (toxin) และพิษนี้จะไปกระตุ้นให้เยื่อบุลำไส้หลั่งน้ำและเกลือแร่จากร่างกายสู่ลำไส้มากกว่าปกติจนทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วง เชื้อซึ่งทำให้เกิดโรคโดยวิธีนี้ เช่น อหิวาตกโรค เชื้อทำให้เกิดการอักเสบและอาจเกิดแผลที่เยื่อบุลำไส้ น้ำและเกลือแร่ก็จะถูกขับออกมาจากรอยแผลนั้น เช่น เชื้อ Shigella

การวินิจฉัย โดยการเก็บอุจจาระผู้ป่วยส่งตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุ เชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบได้เป็นประจำคือ *Vibrioparahemolyticus* *Shigella* *Salmonella*

อันตรายที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงมี 2 ประการ คือการขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ การเกิดโรคอุจจาระร่วงแต่ละครั้งเท่ากับอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดสารอาหาร) เสียบบลันได้ เพราะมีการลดการดูดซึมของลำไส้ ปริมาณอาหารที่กินก็ลดลงด้วย เพราะจะเบื่้อาหาร

หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงคือ

1. ป้องกันมิให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่จะรู้วิธีการรักษาเบื้องต้นของโรคอุจจาระร่วง ดังการศึกษาของ ชัย กฤตยาภิชาติกุล และคณะ (2533-2534 : 36-37) ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มแม่บ้าน ในการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคอุจจาระร่วง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มแม่บ้าน พบว่าก่อนดำเนินการสนทนาแม่บ้านนั้น แม่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคท้องร่วงและสามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง ในส่วนของการรักษาโรคท้องร่วง แม่บ้านส่วนใหญ่ใช้ยาที่ซื้อจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน และใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ ภายหลังจากสนทนากลุ่ม แม่บ้านมีการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีมีแม่บ้านส่วนน้อยที่ใช้สมุนไพรรักษาโรคท้องร่วง แม่บ้านที่เข้าร่วมสนทนาได้ร่วมมือในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมตามกิจกรรมที่กลุ่มกำหนด กล่าวคือ มีการกำจัดสิ่งปฏิกูล การปรับปรุงครัวให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีอัตราการใช้ส้วม เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.85 มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน ร้อยละ 72.50 และมีการปรับปรุงครัวให้ได้มาตรฐาน ร้อยละ 88.82 และการศึกษาของ อรทัย อารยันและสมทรง (2526 : 20) พบว่าประชาชนร้อยละ 84.2 จะไปพบเจ้าหน้าที่อนามัยทันทีที่เกิดอาการท้องร่วงอย่างรุนแรง ร้อยละ 14 จะรอดูอาการหรือซื้อยารักษาตนเองก่อน ถ้าไม่หายหรืออาการรุนแรงขึ้น จะไปพบเจ้าหน้าที่อนามัย เหลือเพียงร้อยละ 0.8 ซึ่งจะไม่ไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่อนามัยเลย

2. หากมีภาวะขาดน้ำต้องรีบทดแทนน้ำ ซึ่งพบในการศึกษาของ ชัย กฤตยาภิชาติกุล และคณะ (2533-2534 : 36-37) ว่าแม่บ้านรู้จักวิธีการทำสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ใช้เองในครอบครัว มีการใช้ของเหลวอื่นๆ ทดแทนการเสียน้ำสำหรับผู้มีอาการท้องร่วง เช่นการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชาเข้ากับเกลือ เป็นต้น

3. ให้รับประทานอาหารระหว่างและหลังที่มีอุจจาระร่วงโดยการให้อาหารที่เหมาะสมในปริมาณน้อยๆแต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันภาวะขาดอาหาร

มาตรการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน

เนื่องจากโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำจึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการในการ ควบคุมและป้องกันโรคไว้ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน โดยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. สร้างส้วม โดยแนะนำให้ประชาชนมีส่วนร่วมใช้ทุกหลังคาเรือน และถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยคำนึงถึงบริเวณที่จัดสร้างส้วมควรอยู่ห่างไกลจากแหล่งน้ำของชุมชน หากจำเป็นต้องถ่ายอุจจาระนอกส้วมให้ถ่ายในหลุมที่ขุดแล้วฝังหรือกลบ โดยการศึกษาของ สิทธิพันธ์ ไชยอนันท์ และคณะ (2531 : 17-29) พบว่า

เมื่อพิจารณาตามลักษณะของชุมชนที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำก็พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การใช้ส้วม การกำจัดน้ำโสโครก ในชุมชนที่มีอัตราป่วยสูงจะต่ำกว่าชุมชนที่มีอัตราป่วยต่ำ

2. ปรับปรุงน้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตมนุษย์ ดังนั้นในคนทั่วไป จึงต้องการน้ำเพื่อดื่มและใช้ในปริมาณที่เพียงพอและต้องเป็นน้ำสะอาด ไม่มีเชื้อโรคและสารที่เป็นพิษปนเปื้อนอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพันธ์ ไชยอนันท์ และคณะ (2531 : 17-29) พบว่าเมื่อพิจารณาตามลักษณะของชุมชนที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำ ก็พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงการใช้แหล่งน้ำดื่มที่สะอาด การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม ในชุมชนที่มีอัตราป่วยสูงจะต่ำกว่า ชุมชนที่มีอัตราป่วยต่ำ

3. ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นในด้านการรักษาความสะอาดของบ้านเมืองและรอบๆบ้าน การกำจัดขยะมูลฝอยโดยการเผาหรือฝัง ไม่ปล่อยให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและหนู ซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อโรคได้ รวมทั้งการสร้างคอกสัตว์ให้พ้นใต้ถุนบ้านเรือน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อจากสัตว์มาสู่มนุษย์

4. ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วยสถานที่สำหรับใช้ในการปรุงอาหาร เก็บถนอมอาหารควรสะอาด และถูกหลักอนามัยปลอดจากเชื้อโรค รวมทั้งภาชนะที่ใส่อาหารหรือวิธีการปรุงอาหารต้องสะอาดด้วย ในการศึกษาของ สิทธิพันธ์ ไชยอนันท์ และคณะ (2531 : 17-29) พบว่าเมื่อพิจารณาตามลักษณะของชุมชนที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำ ก็พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร ในชุมชนที่มีอัตราป่วยสูงจะต่ำกว่าชุมชนที่มีอัตราป่วยต่ำ และการศึกษาของ ยุทธนา ศิลปรัสมิ์ และคณะ (2535 : 22-27) ได้ศึกษาการพัฒนาบทบาทของแม่ตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ทราบโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ติดต่อและสามารถป้องกันได้ วิธีการป้องกันส่วนใหญ่ จะให้เด็กรับประทานอาหารสุกสะอาด ไม่มีแมลงวันตอม และปรุงสุกใหม่ๆ และให้ดื่มน้ำต้มสุก และในการควบคุมการแพร่กระจายของโรค ชาวบ้านส่วนใหญ่รีบไปรักษาทันทีที่เป็นโรคเพื่อที่จะช่วยป้องกันไม่ให้ตายเผลวมากขึ้น และมีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลง เช่น แมลงวันซึ่งเป็นสัตว์นำโรคชนิดนี้

5. ปรับปรุงพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าส้วมทุกครั้ง ในการศึกษาของกานดา วัฒนโกวิท และคณะ (2529 : 156-161) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคม พฤติกรรมของมารดาในการที่จะป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงและสิ่ง

แวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังถ่ายอุจจาระ รวมทั้งการใช้ผ้าเช็ดรอบอาหาร มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของ บุศรา กาญจนบัตร (2530 : 21-22) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตชนบทตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มี พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงสำหรับบุตรในระดับที่แตกต่างกัน เช่น การล้างมือด้วยสบู่ก่อนป้อนอาหารหรือก่อนให้นมบุตรเพียงร้อยละ 27.8 และร้อยละ 31.2 ตามลำดับ สำหรับการให้ น้ำต้มสุกแก่บุตร 0-1 ปี ปฏิบัติร้อยละ 51.2 การให้อาหารปรุงสุกใหม่ ๆ และการอุ่นอาหารทุกครั้งก่อนป้อนบุตร มีการปฏิบัติร้อยละ 78.1 และร้อยละ 63.1 ตามลำดับ ส่วนการล้างภาชนะใส่อาหารด้วยสบู่หรือผงซักฟอก และการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระแล้วพบว่า มีการปฏิบัติร้อยละ 70.5 และร้อยละ 51.2 ตามลำดับ

จากลักษณะการเกิดของโรคอุจจาระร่วงผู้วิจัยได้สนใจในด้านการป้องกันและควบคุม เนื่องจากหากมีการป้องกันที่ดีจะทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้น่าจะลดลง ดังนั้นโดยบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงแล้วจะต้องมีความสามารถในการส่งเสริมและแนะนำให้ประชาชนมีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ส่งเสริมให้มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด ส่งเสริมและดูแลให้มีการกำจัดขยะที่ถูกต้อง ส่งเสริมและแนะนำให้มีการจัดหา การปรุงหรือการจำหน่ายอาหารที่สุกและสะอาด ส่งเสริมและแนะนำให้มียุติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบอรรถาธิบาย (explanatory research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง เพื่อมุ่งเน้นการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา อสม. ของจังหวัดตรัง โดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเป็นขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ อสม. จำนวน 7,667 คน ของ 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ในจังหวัดตรัง คืออำเภอห้วยยอด อำเภอปานตาขาว อำเภอกันตัง อำเภอปะเหลียน อำเภอสีเกา อำเภอวังวิเศษ อำเภอเมือง อำเภอวิภา และกิ่งอำเภอหาดสำราญ

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ทั้งจังหวัดตรัง แบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ตามลำดับดังนี้

2.1 โดยขั้นต้นใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1973 : 725) ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นทั้งหมดก่อนดังนี้

สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
ขั้นต่ำ จำนวน 380.2 คน บัดลงเหลือ 380 คน

2.2 ผู้วิจัยสุ่มจำนวนตัวอย่าง อสม. จากทุกอำเภอ คือ 9 อำเภอ และ 1 กิ่ง
อำเภอ โดยคำนวณตามสัดส่วนของ อสม.แต่ละอำเภอ

2.3 สุ่มรายชื่อตำบลจากแต่ละอำเภอโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random
sampling) ด้วยการเขียนชื่อของตำบลทั้งหมดคือ 87 ตำบล จับฉลากแบบไม่คืนกลับ
(sampling without replacement) 50 เปอร์เซ็นต์ ของตำบลทั้งหมด ได้ชื่อ 46 ตำบลจำนวน
ตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วนของ อสม.ที่มีทั้ง 46 ตำบล

2.4 สุ่มชื่อตัวอย่าง อสม. จากตำบลที่ได้แต่ละตำบล ตามบัญชีรายชื่อแบบมีระบบ
(systematic sampling) ตามสัดส่วนของ อสม.จนครบตามจำนวน

ตาราง 1 จำนวนตัวอย่างที่สุ่มตามสัดส่วนแยกตามอำเภอ

อำเภอ	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด (คน)	จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วน(คน)	จำนวนตำบล (แห่ง)	50 เปอร์เซ็นต์ของตำบล(แห่ง)
1.เมือง	1,265	63	15	8
2.ห้วยยอด	1,364	68	16	8
3.กันตัง	972	48	14	7
4.ปะเหลียน	895	44	10	5
5.ย่านตาขาว	756	38	8	4
6.สิเกา	533	26	5	3
7.วังวิเศษ	593	29	5	3
8.นาโยง	610	30	6	3
9.รัชฎา	446	22	5	3
10.หาดสำราญ	233	12	3	2
รวม	7,667	380	87	46

ตาราง 2 จำนวนตัวอย่างแต่ละอำเภอสุ่มตามสัดส่วนแยกตามตำบล

อำเภอ	ตำบล	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด (คน)	จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วน(คน)
เมือง	1.ทับเที่ยง	129	11
	2.โคกหล่อ	141	12
	3.นาท่ามใต้	96	8
	4.นาท่ามเหนือ	134	13
	5.นาบिनหลา	34	3
	6.นาโยงใต้	61	5
	7.บ้านควน	43	4
	8.หนองตรุด	80	7
		รวม	718
ห้วยยอด	1.ห้วยยอด	32	3
	2.เขากอบ	128	13
	3.เขาขาว	114	11
	4.เขาปูน	48	5
	5.นาวง	138	14
	6.บางกุ้ง	63	6
	7.ลำภูรา	86	8
	8.ทุ่งต้อ	79	8
		รวม	688
กันตัง	1.เกาะลิบง	80	7
	2.ควนธานี	60	5
	3.โคกยาง	54	4
	4.นาเกลือ	89	7
	5.บ่อน้ำร้อน	154	12
	6.บางเป้า	88	7
	7.คลองชีล้อม	75	6
		รวม	600
กิ่งอำเภอ	1.ตะเส๊ะ	67	7
หาดสำราญ	2.บ้านวี	116	5
	รวม	375	29

ตาราง 2 (ต่อ)

อำเภอ	ตำบล	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด (คน)	จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วน(คน)
ปะเหลียน	1.ท่าข้าม	124	11
	2.เกาะสุกร	53	5
	3.บ้านนา	151	13
	4.สุโสีะ	93	8
	5.แหลมสอม	74	7
	รวม	495	44
ย่านตาขาว	1.ย่านตาขาว	67	7
	2.ทุ่งค่าย	126	13
	3.โพรงจระเข้	80	9
	4.หนองป้อ	83	9
	รวม	356	38
สิเกา	1.เขาไม้แก้ว	109	9
	2.นาเมืองเพชร	82	7
	3.ไม้ฝาด	80	9
	รวม	313	26
วังวิเศษ	1.วังมะปรางเหนือ	94	7
	2.เขาวิเศษ	185	14
	3.ท่าสะบ้า	96	8
	รวม	375	29
นาโยง	1.นาโยงเหนือ	102	10
	2.ช่อง	80	8
	3.นาข้าวเสีย	124	12
	รวม	306	30
วังวิเศษ	1.คลองปาง	93	9
	2.หนองบรีอ	113	11
	3.เขาโพ	49	2
	รวม	255	22

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ (independent variables)

1. ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เจตคติต่อการเป็น อสม.
2. ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคือ ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น ลักษณะการเข้าเป็นอสม. ระยะเวลาเป็นอสม. ความสะดวกในการเดินทางติดต่อระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานีอนามัย
3. ปัจจัยด้านระบบการทำงาน คือ การร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ การนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนด้านวัสดุงบประมาณ การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ

ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่การมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) วิธีการสร้างเครื่องมือและการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนโดย ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้ศึกษาและรวบรวมคุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ อสม.รวบรวมปัจจัยที่มีผลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงและสร้างแบบสอบถามที่ครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดโดยแบ่งเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีจำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ในแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ถูกระบุว่าถ้าตอบถูกต้องที่สุดได้ 1 คะแนน ถ้าเลือกคำตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน

แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้ตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบคือ

ความรู้ความเข้าใจสูง ($\bar{X} + 1S.D.$ มากกว่า 18.17 คะแนน)

ความรู้ความเข้าใจปานกลาง (\bar{X} , 16.20 คะแนน)

ความรู้ความเข้าใจต่ำ ($= \bar{X} - 1S.D.$ น้อยกว่า 14.23 คะแนน)

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดเจตคติต่อการเป็น อสม. โดยสร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีจำนวน 18 ข้อ โดย ให้คะแนน 5 ระดับ ตามแนวทาง ลิเคอร์ท (Likert scale) ให้มีค่าระหว่าง 1 ถึง 5 ด้วยเจตคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การตอบมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึงผู้ตอบรู้สึกตามข้อความนั้นโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ

เห็นด้วย หมายถึงผู้ตอบรู้สึกตามข้อความนั้นโดยมีข้อแม้อยู่บ้าง

ไม่แน่ใจ หมายถึงผู้ตอบตัดสินใจเด็ดขาดลงไปไม่ได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึงผู้ตอบรู้สึกตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึงผู้ตอบไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นโดยสิ้นเชิง

แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม เมื่อคะแนนเฉลี่ย 4 ขึ้นไป เป็นเจตคติเป็นบวก คะแนนเฉลี่ย 2 ลงมาเป็นเจตคติเป็นลบ คะแนนเฉลี่ย 3 มีเจตคติเป็นกลาง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2537 : 43)

ตอนที่ 4 เป็นแบบวัดการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีจำนวน 20 ข้อ สร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคะแนน 5 ระดับ ตามแนวทาง ลิเคอร์ท (Likert scale) ให้มีค่าระหว่าง 1 ถึง 5 เริ่มจากการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด จนถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด ทั้งนี้การกำหนดคะแนนเป็นไปตามการตอบสัมภาษณ์ที่ อสม. มีหน้าที่รับผิดชอบและความถี่ในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวเลือกในการตอบแบบสอบถามแต่ละข้อไว้อย่างละเอียด จากนั้นจะนำคำตอบที่ได้มาเทียบกับระดับ 5 4 3 2 1 (ผวนก ค) แล้ววิเคราะห์จากเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2538 : 77) กำหนดไว้ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป ถือว่าระดับการมีส่วนร่วม สูงมาก
 ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.50 - 4.49 ถือว่าระดับการมีส่วนร่วม สูง
 ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.50 - 3.49 ถือว่าระดับการมีส่วนร่วม ปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.50 - 2.49 ถือว่าระดับการมีส่วนร่วม ต่ำ
 ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00 - 1.49 ถือว่าระดับการมีส่วนร่วม ต่ำมาก

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนในด้านต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของอสม.คือด้านวางแผน ด้านปฏิบัติ และด้านประเมินผล

2. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเพื่อหาความเที่ยงตรง (validity) ของแบบสอบถามโดยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน คือรศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายแพทย์วิฑูรย์ เหลืองดิลก ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง นางสาวศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร นักวิชาการสาธารณสุข 7 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบมาปรับปรุงใหม่

4. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปทำการทดลองใช้ (try out) กับ อสม. ตำบลนาตาล่วง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งไม่เป็นพื้นที่เป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 เป็นรายข้อ (item analysis) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก (discriminant power) รายข้อกระทำโดยการตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมคะแนนแต่ละคนเรียงคะแนนจากสูงไปหาต่ำ คัดเอากลุ่มต่ำ 25 เปอร์เซนต์ กลุ่มสูง 25 เปอร์เซนต์ ดูว่ามีคนในกลุ่มที่ได้คะแนนสูงและคะแนนต่ำ ทำคะแนนในแต่ละข้อเท่าไร แล้วนำคะแนนของทุกคนไปหา ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และความแปรปรวน (S^2) สำหรับแบบสอบถามและแบบทดสอบแต่ละข้อต้องหาค่าทั้งสองจนหมดทุกข้อทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละข้อจะได้ (\bar{X}) 2 ค่า และความแปรปรวน (S^2) 2 ค่า ของกลุ่มผู้ได้คะแนนสูง 1 ค่า และกลุ่มผู้ได้คะแนนต่ำ 1 ค่า แล้วเอาค่า ได้ (\bar{X}) และความแปรปรวน (S^2) ในแต่ละข้อไป

ค่า และกลุ่มผู้ได้คะแนนต่ำ 1 ค่า แล้วเอาค่า ได้ (\bar{X}) และความแปรปรวน (S^2) ในแต่ละข้อไปหาค่า T-Test (วิเชียร เกตุสิงห์, 2526 : 133) แบบสอบถามที่ได้ค่า T ตั้งแต่ 2.00 ขึ้นไป เป็นข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ แบบทดสอบตอนที่ 2 ได้ค่า $r = 13.57$ แบบสอบถามตอนที่ 3 และตอนที่ 4 ได้ค่า T = 4.19 และ 3.76 ตามลำดับ

4.2 คำนวณค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 โดยวิธีการของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตร KR-20 ตอนที่ 3 ตอนที่ 4 โดยใช้วิธีการหาแบบแอลฟา (alpha) ของ ครอนบัค (cronbach) ได้ค่าความเที่ยง 0.75, 0.78 และ 0.92 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบหาความเชื่อมั่นและความตรงตามเนื้อหาแล้วไปรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งสาธารณสุขอำเภอ 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ในจังหวัดตรัง เพื่อทราบและขอความร่วมมือ
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย 5 คน ที่ทำความเข้าใจแบบสอบถามตรงกันแล้วนำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง อสม. ตามที่มีรายชื่อจับฉลากได้
3. ประชุมกลุ่ม (focus group) กับ อสม. จำนวน 8 คน 1 ครั้ง หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดแล้ว ตามแนวคำถามในผนวก ข เพื่อเพิ่มเติมการอธิบายข้อมูลให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล

ตรวจสอบแบบสอบถามทุกวัน ชุดใดไม่สมบูรณ์ให้นำกลับไปสัมภาษณ์เพิ่มเติม แล้วทำการตรวจให้คะแนนแบบสอบถามทุกฉบับ ในแบบสอบถามตอนที่ 1 2 3 และ 4 ลงรหัสแบบสอบถามครบทุกตอน บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แบบสอบถามตอนที่ 5 และการประชุมกลุ่ม นำมาวิเคราะห์และเรียบเรียงตามการจัดกลุ่มของข้อมูล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป epi info version 6 แล้วทำการประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSPC⁺ (Statistical Package for the Social Science Personal Computer Plus) คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐานต่างๆ เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปรปรวนของข้อมูลตามตัวแปรอิสระต่างๆ ที่กำหนดไว้เพื่อพิจารณาผลการวิจัยและทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปโดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. และทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) ซึ่งเป็นการคัดเลือกตัวแปรที่ละขั้นตอนเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดเข้ามาเป็นตัวแรก และตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติรองลงมาเข้ามาเป็นตัวต่อไป จนไม่มีตัวแปรใดที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะเข้าสู่สมการ
3. ปัญหาในการดำเนินงานของอสม.และแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อภิปรายตามผลที่ได้จริงจากแบบสอบถามปลายเปิดและการประชุมกลุ่ม

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง เป็น การศึกษาการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการเสริม สร้างการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คน สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม อสม. ครบคลุมทั้ง 9 อำเภอ กับ 1 กิ่งอำเภอ ใน จังหวัดตรัง จำนวน 380 คน ตั้งแต่ สิงหาคม- ตุลาคม 2542

ในส่วนของผลการวิจัยนั้น จะนำเสนอในส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เจตคติต่อการเป็นอสม. ปัจจัยด้าน สังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของ อสม. ประกอบด้วย ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น ลักษณะการเข้าเป็นอสม. ระยะเวลาการเป็น อสม. ความสะดวกในการเดินทาง และปัจจัยด้าน ระบบการทำงาน ประกอบด้วย การพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมความรู้ เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้ในการทำงานจากเจ้า หน้าที่สาธารณสุข การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การติดตามนิเทศ งานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ตัวแปรที่ศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง

ส่วนที่ 3 ตัวแปรที่ศึกษาที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้อง กันโรคอุจจาระร่วงและทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของตัวกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของอสม.

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม.

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=380)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	23.2
หญิง	292	76.8
สถานภาพสมรส		
โสด	31	8.2
คู่	327	86.1
หม้าย หย่าร้าง	22	5.8
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 40 ปี	220	57.9
41 - 60	154	40.9
มากกว่า 60	6	1.6
ต่ำสุด-สูงสุด = 22 - 67	ค่าเฉลี่ย = 39.89	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.60
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	292	76.8
มัธยมศึกษา ขึ้นไป	88	23.2
รายได้ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 4,000	191	50.3
4,000 - 8,000	164	43.2
สูงกว่า 8,000	25	6.6
ต่ำสุด-สูงสุด=1,000-15,000	ค่าเฉลี่ย = 4868.42	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2717.05
ความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง		
สูง	94	24.7
ปานกลาง	221	58.2
ต่ำ	65	17.1
ต่ำสุด-สูงสุด = 8 - 20	ค่าเฉลี่ย = 16.20	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.97
เจตคติต่อการปฏิบัติงานเป็นอสม.		
เป็นบวก	194	51.1
เป็นกลาง	186	48.9
เป็นลบ	-	-
ต่ำสุด-สูงสุด = 2.94 - 4.89	ค่าเฉลี่ย = 3.99	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.34

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างอสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานะสมรสมากที่สุดเป็นคู่ รองลงมายังคงเป็นโสด ส่วนใหญ่จะมีอายุไม่เกิน 40 ปี รองลงมาอายุ 41 – 60 ปี และโดยเฉลี่ยจะมีอายุ 40 ปีอายุมากที่สุด 67 ปี น้อยที่สุด 22 ปี อสม.ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีเพียงส่วนน้อยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป สำหรับรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ส่วนใหญ่จะมีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน รองลงมาจะมีรายได้อยู่ในระหว่าง 4,000 – 8,000 บาทต่อเดือน และจะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4868 บาท รายได้สูงสุด 15,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท อสม.มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค อุจจาระร่วงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง โดยเฉลี่ยมีความรู้อยู่ในระดับสูง (16.27) เจตคติต่อการปฏิบัติงานเป็นอสม.ที่เป็นบวกและเป็นกลางมีจำนวนใกล้เคียงกัน ไม่มีจำนวนผู้ที่มีเจตคติเป็นลบต่อการเป็นอสม.

1.2 ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยของอสม.

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของ อสม.

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=380)	ร้อยละ
ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น (ปี)		
น้อยกว่า 5	6	1.6
5 - 10	36	9.5
มากกว่า 10	338	88.9
ต่ำสุด-สูงสุด = 3 - 63	ค่าเฉลี่ย = 34.76	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.26
ลักษณะการเข้าเป็นอสม.		
สมัคร	183	48.2
ชาวบ้านคัดเลือก	46	12.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือก	151	39.7
ระยะเวลาการเป็นอสม. (ปี)		
น้อยกว่า 5	173	45.5
5 - 10	146	38.4
มากกว่า 10	61	16.1
ต่ำสุด-สูงสุด = 1 - 21	ค่าเฉลี่ย = 6.17	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.04
ความสะดวกในการเดินทางมายังสถานีอนามัย/ที่ทำการชุมชน		
สะดวก	370	97.4
ไม่สะดวก	10	2.6

จากตาราง 4 อสม.ส่วนใหญ่จะเป็นคนพื้นเพเดิมในชุมชนนั้นๆ โดยมีความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ มานานมากกว่า 10 ปี มีเพียงส่วนน้อยที่อาศัยอยู่น้อยกว่า 5 ปี โดยเฉลี่ยจะอาศัยอยู่ในท้องถิ่นนาน 35 ปี อาศัยอยู่ในท้องถิ่นนานที่สุด 63 ปี น้อยที่สุด 3 ปี สำหรับวิธีการได้เข้าเป็นอสม. ส่วนใหญ่สมัครเอง รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือก และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นอสม. น้อยกว่า 5 ปี รองลงมาอยู่ระหว่าง 5 - 10 ปี เพียงส่วนน้อยที่เป็นมากกว่า 10 ปี โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาในการเป็นอสม. 6 ปีระยะเวลาในการเป็นอสม.มากที่สุด 21 ปี น้อยที่สุด 1 ปี ในด้านความสะดวกในการเดินทางมายังสถานีอนามัยหรือที่ทำการชุมชนส่วนใหญ่จะมีความสะดวกในการเดินทางเพียงส่วนน้อยที่ไม่สะดวกต่อการเดินทาง

1.3 ปัจจัยด้านระบบการทำงาน

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระบบการทำงานของ อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=380)	ร้อยละ
การพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครั้ง/ปี)		
น้อยกว่า 3	17	4.5
3-6	104	27.4
7 ครั้งขึ้นไป	259	68.2
ต่ำสุด-สูงสุด = 1-12	ค่าเฉลี่ย = 9.11	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.50
การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครั้ง/ปี)		
ไม่เคยได้รับ	10	2.6
1-5	192	50.5
6 ครั้งขึ้นไป	178	46.8
ต่ำสุด-สูงสุด = 0-12	ค่าเฉลี่ย = 3.92	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.70
การได้รับสนับสนุนวัสดุเพื่อเผยแพร่ ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครั้ง/ปี)		
ไม่เคยได้รับ	52	13.7
1-5	220	57.9
6 ครั้งขึ้นไป	108	28.4
ต่ำสุด-สูงสุด = 0-12	ค่าเฉลี่ย = 2.62	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.68

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=380)	ร้อยละ
การติดตาม นิเทศในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครั้ง/ปี)		
ไม่เคยได้รับ	21	5.5
1-3	242	63.7
4 ครั้งขึ้นไป	117	30.8
ต่ำสุด-สูงสุด = 0-12	ค่าเฉลี่ย = 3.50	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.36
การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ดี	350	92.1
ไม่ดี	30	7.9

จากตาราง 5 อสม.ได้พบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยหรือที่ทำการชุมชน ส่วนใหญ่ 7 ครั้ง/ปีขึ้นไป มีเพียงส่วนน้อยที่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยเฉลี่ยจะได้พบปะร่วมประชุม 9 ครั้ง/ปี การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ส่วนใหญ่ 1-5 ครั้ง/ปี มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติม โดยเฉลี่ยจะได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติม 4 ครั้ง/ปี ในการปฏิบัติงาน อสม.ได้รับการสนับสนุนวัสดุเพื่อเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ส่วนใหญ่ 1-5 ครั้ง/ปี มีบางส่วนที่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย โดยเฉลี่ยได้รับการสนับสนุน 3 ครั้ง/ปี อสม.ได้รับการติดตาม นิเทศ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล มากที่สุด 1-3 ครั้ง/ปี มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่เคยได้รับการนิเทศ ติดตาม โดยเฉลี่ยได้รับการ ติดตาม นิเทศ 4 ครั้ง/ปี นอกจากนี้พบว่า อสม.ได้รับการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่ ดี ประมวลจากคำถามปลายเปิดพบว่าได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ได้ใช้ความรู้ไปเผยแพร่เป็นประโยชน์กับชุมชนได้รับความไว้วางใจจากรัฐให้ดูแลสุขภาพประชาชน 130 คน (37.14 %) เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ติดตามให้คำแนะนำ และเป็นพี่ปรึกษาอยู่เสมอ 113 คน (32.28 %) ได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลที่ดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการอย่างเป็นกันเอง สนับสนุน 100 คน (28.57 %) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับ อสม. ให้เกียรติ 3 คน (0.85 %) ได้ไปศึกษาดูงาน พบปะเพื่อนฝูง 2 คน (0.57 %) และได้รับเงินค่าประชุม 2 คน (0.57 %) และมีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ดี (ร้อยละ 7.9) ไม่สนใจการทำงานของ อสม. ไม่ซื้อตรง ในเรื่องเงินค่าประชุมของ อสม. ที่ควรได้รับ และไม่เสียสละเวลา 12 คน (40 %) ขาดการเอาใจใส่ ติดตามดูแล เยี่ยมเยียนขาดการประสานงาน 12 คน (40 %) และไม่ถ่ายทอดความรู้วิธีการทำงาน ให้ อสม.ไม่เข้าใจกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง 6 คน (20 %).

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ตาราง 6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ตาม ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ.

ลักษณะการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม					\bar{X}	SD
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
ด้านการวางแผน	2.1	16.6	49.7	29.2	2.4	2.7	.76
ด้านการปฏิบัติงาน	2.1	17.1	60.5	18.4	1.8	2.9	.66
ด้านการติดตามประเมินผล	3.2	15.8	39.7	39.7	2.6	2.7	.79
รวมทุกด้าน	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	2.8	.62

จากตาราง 6 อสม.ในจังหวัดตรัง มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับปานกลาง มากที่สุดคือด้านการปฏิบัติงาน ระดับการมีส่วนร่วมที่พบว่าต่ำและต่ำมาก พบมากในด้านการติดตามประเมินผล รองลงมาเป็นด้านการวางแผน ในระดับการมีส่วนร่วมสูงมาก พบน้อยในทุกๆ ด้าน โดยภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในจังหวัดตรัง พบว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำในทุกๆด้าน เป็นส่วนมาก โดยเฉพาะด้านการติดตามประเมินผล ที่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับต่ำเท่ากัน ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของอสม.ในทุกๆด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 7 ร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง
ตาม ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม.

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม					รวม	จำนวน
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
เพศ							
ชาย	-	14.8	61.4	21.6	2.3	100	88
หญิง	2.4	12.7	64.4	18.5	2.1	100	292
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
สถานภาพสมรส							
โสด	3.2	22.6	41.9	25.8	6.5	100	31
คู่	1.2	12.2	65.4	19.3	1.8	100	327
หม้าย หย่าร้าง	9.1	13.6	68.2	9.1	-	100	22
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
อายุ(ปี)							
ไม่เกิน 40	1.4	12.7	66.4	17.7	1.8	100	220
41 - 60	2.6	13.6	60.4	21.4	1.9	100	154
มากกว่า 60	-	16.7	50.0	16.7	16.7	100	6
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	1.7	13.7	66.1	17.1	1.4	100	292
มัธยมศึกษา ขึ้นไป	2.3	11.4	55.7	26.1	4.5	100	88
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
รายได้ (บาท/เดือน)							
ต่ำกว่า 4,000	2.1	12.6	64.4	18.8	2.1	100	191
4,000 - 8,000	1.8	12.8	66.5	17.1	1.8	100	164
สูงกว่า 8,000	-	20.0	40.0	36.0	4.0	100	25
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม					รวม	จำนวน
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
ความรู้ความเข้าใจ							
สูง	2.1	12.8	64.9	19.1	1.1	100	3
ปานกลาง	2.3	13.1	64.3	18.6	1.8	100	115
ต่ำ	-	13.8	60.0	21.5	4.6	100	262
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
เจตคติต่อการเป็นอสม.							
เป็นบวก	3.6	16.0	63.4	15.5	1.5	100	194
เป็นกลาง	-	10.2	64.0	23.1	2.7	100	186
เป็นลบ	-	-	-	-	-	-	-
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380

จากตาราง 7 อสม. เพศหญิงมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าเพศชาย และอสม.เพศชาย จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับต่ำและต่ำมาก มากกว่า อสม.เพศหญิง ในขณะที่ระดับการมีส่วนร่วมสูงมากในอสม.เพศชายจะไม่มีเลย อสม.ที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่าร้าง จะมีระดับการมีส่วนร่วมสูงมาก มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็น โสดและคู่ นอกจากนี้จะเห็นว่า อสม.ที่เป็นโสดจะมีการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางที่น้อยกว่า อสม.ที่เป็นคู่ และหม้าย หย่าร้าง แต่จะมีการมีส่วนร่วมในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่า

สำหรับ อสม.ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าจะมีระดับการมีส่วนร่วมต่ำมาก มากกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 41 - 60 ปี พบว่าในทุกกลุ่มอายุจะมีการมีส่วนร่วมในระดับสูงมากค่อนข้างน้อยมาก โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไปจะไม่มีเลย อสม.ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่า ในขณะที่ อสม.ที่มีการศึกษาระดับมัธยม ปวช. ปวส.และปริญญาตรี จะมีระดับการมีส่วนร่วมต่ำ ค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

อสม.ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาทขึ้นไป มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท และรายได้ 4,000-8,000 บาท ในขณะเดียวกันพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท มีระดับการมีส่วนร่วมสูงมาก มากกว่า ผู้ที่มีรายได้ 4,000 - 8,000 บาท และผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 8,000 บาท ที่ไม่มีการมีส่วนร่วมในระดับนี้เลย อสม.ที่มี

ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงต่ำจะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับต่ำและระดับต่ำมาก มากกว่า อสม.ที่มีความรู้สูงและปานกลาง แต่ขณะเดียวกันผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางและสูงมีระดับการมีส่วนร่วมสูงมาก มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อสม.ที่มีเจตคติต่อการเป็นอสม.เป็นกลางจะมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่าอสม.ที่มีเจตคติเป็นบวก อสม.ที่มีเจตคติเป็นบวก จะมีส่วนร่วมในระดับสูงและสูงมาก มากกว่า อสม.ที่มีเจตคติเป็นกลาง ในขณะที่การมีส่วนร่วมในระดับปานกลางจะมีจำนวนใกล้เคียงกัน

ตาราง 8 ร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ตาม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของ อสม.

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม					รวม	จำนวน
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
ความยาวนานการอาศัย อยู่ในท้องถิ่น (ปี)							
น้อยกว่า 5	-	16.7	66.7	16.7	-	100	6
5 - 10	5.6	11.1	58.3	22.2	2.8	100	36
มากกว่า 10	1.5	13.3	64.2	18.9	2.1	100	338
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
ลักษณะการเข้าเป็นอสม.							
สมัคร	1.1	12.0	65.6	18.6	2.7	100	183
ชาวบ้านเลือก	-	21.7	58.7	17.4	2.2	100	46
เจ้าหน้าที่คัดเลือก	3.3	11.9	62.9	20.5	1.3	100	151
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
ระยะเวลาการเป็นอสม. (ปี)							
น้อยกว่า 5	2.3	12.1	64.2	18.5	2.9	100	173
5 - 10	2.1	12.3	63.0	21.2	1.4	100	146
มากกว่า 10	-	18.0	63.9	16.4	1.6	100	61
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
ความสะดวกในการเดินทาง							
สะดวก	1.9	13.5	63.2	19.5	1.9	100	370
ไม่สะดวก	-	-	80.0	10.1	10.0	100	10
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380

ตาราง 8 อสม.ที่มีความยาวนานการอาศัยอยู่ในท้องถิ่นน้อยกว่า 5 ปี มีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับสูง มากกว่าอสม.ที่มีความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่นนานกว่า อสม.ที่สมัครเข้าเป็นอสม.โดยตนเอง มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับ

ปานกลาง มากกว่า อสม.ที่ชาวบ้านเลือกและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือก และพบว่าอสม.ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือกมีส่วนร่วมในระดับที่ต่ำ มากกว่าในกลุ่มอื่นๆ

อสม.ที่มีระยะเวลาการเป็นอสม.มากกว่า 10 ปี มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระดับสูง มากกว่าอสม.ที่มีระยะเวลาในการเป็นอสม.น้อยกว่าทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่มีระยะเวลาเป็นอสม. 5 - 10 ปี มีส่วนร่วมในระดับที่ต่ำ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

อสม.ที่ไม่มีความสะดวกในการเดินทางมายังสถานีอนามัย/ที่ทำการชุมชนจะมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับต่ำมาก มากกว่าอสม.ที่มีความสะดวกในการเดินทางมายังสถานีอนามัย/ที่ทำการชุมชน อสม.ที่มีความสะดวกในการเดินทางมายังสถานีอนามัย/ที่ทำการชุมชน จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับสูงและสูงมาก มากกว่า อสม.ที่ไม่มีความสะดวกในการเดินทางมายังสถานีอนามัย/ที่ทำการชุมชน

ตาราง 9 ร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ตาม ปัจจัยด้านระบบการทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม					รวม	จำนวน
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
การพบปะร่วมประชุม (ครั้ง/ปี)							
น้อยกว่า 3	-	5.9	52.9	23.5	17.6	100	17
3 - 5	2.9	6.7	64.4	25.0	1.0	100	104
6 ครั้งขึ้นไป	1.5	16.2	64.1	16.6	1.5	100	259
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
การอบรมความรู้เพิ่มเติม (ครั้ง/ปี)							
ไม่เคยได้รับ	-	-	40.0	30.0	30.0	100	10
1 - 5	2.1	6.8	63.0	26.0	2.1	100	192
6 ครั้งขึ้นไป	1.7	20.8	65.7	11.2	0.6	100	178
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
การได้รับสนับสนุนวัสดุ (ครั้ง/ปี)							
ไม่เคยได้รับ	-	5.8	44.2	40.4	9.6	100	52
1 - 5	.9	10.5	69.1	18.2	1.4	100	220
6 ครั้งขึ้นไป	4.6	22.2	62.0	11.1	-	100	108
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380

ตาราง 9 ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม					รวม	จำนวน
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
ได้รับการติดตามนิเทศจาก (ครั้ง/ปี)							
ไม่เคยได้รับ	4.8	-	33.3	57.1	4.8	100	21
1 - 3	1.7	11.6	63.6	20.7	2.5	100	242
4 ครั้งขึ้นไป	1.7	18.8	69.2	9.4	.9	100	117
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380
การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ							
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข							
ดี	1.7	13.1	65.4	17.7	2.0	100	350
ไม่ดี	3.3	13.3	43.3	36.7	3.3	100	30
รวม	1.8	13.2	63.7	19.2	2.1	100	380

ตาราง 9 อสม.ที่มีการพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า 6 ครั้ง/ปีขึ้นไป มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ระดับสูง มากกว่า อสม.ที่มีการพบปะร่วมประชุมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี และ 3 - 5 ครั้ง/ปี นอกจากนี้ยังพบว่า อสม.ที่มีการพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี มีส่วนร่วมในระดับต่ำมากและต่ำ มากกว่า อสม.ที่มีการพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า 6 ครั้ง/ปีขึ้นไปส่วนอสม. ที่มีการพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า 6 ครั้ง/ปีขึ้นไป และ 3 - 5 ครั้ง/ปี มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง จำนวนใกล้เคียงกัน

อสม.ที่ได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า 6 ครั้ง/ปีขึ้นไป มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ระดับสูง และระดับปานกลาง มากกว่า อสม.ที่มีการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 5 ครั้ง/ปี และไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมนอกจากนี้ยังพบว่าอสม.ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่า อสม.ที่มีการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 5 ครั้ง/ปี และ 6 ครั้ง/ปี ขึ้นไป ส่วนอสม. ที่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีส่วนร่วมในระดับสูง และสูงมาก เลย

อสม.ที่ได้รับการสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า 6 ครั้ง/ปีขึ้นไป มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ระดับสูง และระดับสูงมาก มากกว่า อสม.ที่ได้รับการสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 5 ครั้ง/ปี และไม่เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า อสม.ที่ไม่เคยที่ได้รับการสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่า อสม.ที่ได้

รับการสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 5 ครั้ง/ปี และ 6 ครั้ง/ปี ขึ้นไป ส่วน อสม. ที่ไม่เคยได้รับที่ได้รับการสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีส่วนร่วมในระดับสูงมากเลย

อสม.ที่ได้รับการติดตาม นิเทศในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า 4 ครั้ง/ปี ขึ้นไป มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ระดับปานกลาง และระดับสูง มากกว่า อสม. ที่ได้รับการติดตาม นิเทศในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 3 ครั้ง/ปี และไม่เคยได้รับการติดตามนิเทศในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. ที่ไม่เคยที่ได้รับการติดตาม นิเทศในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่า อสม.ที่ได้รับการติดตาม นิเทศในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 3 ครั้ง/ปี และ 4 ครั้ง/ปี ขึ้นไป นอกจากนี้ อสม.ที่ได้รับการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดี มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับปานกลาง มากกว่า อสม. ที่ได้รับการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ดี และอสม. ที่ได้รับการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ดี มีส่วนร่วมในระดับต่ำ และต่ำมาก มากกว่า อสม. ที่ได้รับการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ตัวแปรที่ศึกษาที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 และทดสอบสมมติฐาน

ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอยกับ ตัวเกณฑ์ คือการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ตัวทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b)	Beta	R ²	R ² change	T	Sig.t
การได้รับสนับสนุนวัสดุ	4.857	.206	.097	.097	3.597	.000
เจตคติต่อการเป็นอสม.	.328	.175	.120	.024	3.568	.000
การอบรมเพิ่มเติมความรู้	3.054	.132	.138	.018	2.285	.023
การศึกษาของ อสม.	.154	.104	.148	.010	2.104	.036
Constant = 1.212, SSE =.5821, F = 16.323, Sig.= .000						
P<0.05						

โดยได้สมการพยากรณ์ดังนี้

การมีส่วนร่วมของอสม. = 1.212 + 4.837* การได้รับสนับสนุนวัสดุในการเผยแพร่ +.328* เจตคติต่อการเป็นอสม. +3.054* ได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้ +.154* ระดับการศึกษาของ อสม.

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรต่างๆ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้ประมาณร้อยละ 15 จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 16 ตัว มีตัวแปร 4 ตัว ที่มีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวมีผลในเชิงบวกกับตัวแปรตาม คือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวคือ การได้รับสนับสนุนวัสดุในการเผยแพร่ความรู้ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจตคติต่อการเป็นอสม. การอบรมความรู้เพิ่มเติม และการศึกษาของ อสม.

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

จากคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์ อสม. สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนมีอะไรบ้างและเนื่องจากอะไร

1. อสม. มีความเห็นเป็นส่วนใหญ่ในเรื่องเดียวกัน คือปัญหาชุมชนไม่ยอมรับ อสม. ในเรื่องความรู้ความสามารถ เนื่องจากชุมชนเห็นว่า อสม. มีพื้นฐานการศึกษาที่ไม่แตกต่างกับตัวเองมากนัก ดังนั้น เมื่อ อสม. ไปสอนหรือแนะนำ มักจะไม่ปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือ

2. อสม. ได้รับความทรมานการทำงานและกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่อง ในด้านการป้องกันโรคอุจจาระร่วงน้อย เนื่องจากเคยชินกับระบบการทำงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สั่งการ หรือชี้แนะ โดยขาดการให้เหตุผลในการทำให้ชัดเจน

ปัญหาดังกล่าวควรแก้ไขอย่างไร

1. อสม. ส่วนใหญ่ 243 คน (63.94 %) มีความคิดเห็นว่าการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ อบรมให้ความรู้เรื่องโรค ที่ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ พื้นฟูความรู้ อสม. อยู่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อ อสม. จะได้มีความรู้ความเข้าใจที่ดีพอ จะสามารถสร้างความมั่นใจ ในการไปสอน แนะนำ ให้กับชุมชนได้ และพร้อมกันนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องให้การสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ที่จะประกอบการเผยแพร่ความรู้ อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอด้วย นอกจากนี้การปฏิบัติตัวของ อสม. การดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ อสม. เอง การเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยๆ จะทำให้ชุมชน เชื่อถือ อสม. มากขึ้น ทำงานในชุมชนได้ง่ายขึ้น

2. ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ลงไปในพื้นที่บ่อยๆ บางพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยไปเยี่ยมเยียนเลย อย่างน้อย ควรมีการเยี่ยมเยียนการทำงานของ อสม. ในพื้นที่ 1 ครั้ง/เดือน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ อสม. ทำงานมากขึ้น 79 คน (20.78 %)

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรสาธิตให้ อสม. ดูในกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องให้ อสม. เรียนรู้และกระทำ เช่น การอบรมให้ความรู้กับชุมชน พร้อมทั้งให้อธิบายถึงการทำงานทั้งกระบวนการ ไม่ใช่สั่งให้ทำงานเป็นส่วนๆ หรืออย่างๆ ที่ไม่ต่อเนื่องกัน และไม่รู้เหตุผล 18 คน (4.73 %)

4. ให้เจ้าหน้าที่สนับสนุนงบประมาณที่ได้รับมาให้กับ อสม. ให้ชัดเจน เช่นเงินเบี้ยเลี้ยงประชุมของ อสม. หรือสนับสนุนรางวัลบ้านที่ผ่านเกณฑ์ความสะอาด 18 คน (4.73 %)

5. ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพูดคุยกับชุมชนเพื่อยืนยันความสามารถของ อสม. หากชุมชนเชื่อถือและยอมรับ อสม. จะทำให้ปฏิบัติงานได้มากขึ้น 15 คน (3.94 %)

6. ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยงให้กับ อสม.ห่างๆ และมีการทดสอบความรู้ ความสามารถของ อสม. อยู่เสมอๆ 5 คน (1.31 %)

7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดให้มีการประชุมกับ อสม. บ่อยๆ เพื่อรับฟังปัญหา และช่วยเหลือแก้ไขในเรื่องที่อสม. แก้ปัญหานั้นไม่ได้ อีกทั้ง ควรจัดให้ อสม. ได้ไปศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้านบ้าง 2 คน (0.52 %)

นอกจากนี้ได้มีการประมวลปัญหาการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนเพื่อหาสาเหตุของปัญหาและแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจากคำถามปลายเปิดของข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ ได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของอสม. ในการวางแผนเพื่อหาสาเหตุของปัญหาและแก้ปัญหา พบว่า อสม. ได้ร่วมวางแผนการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในชุมชน ในระดับที่ต่ำ และต่ำมาก ประมาณร้อยละ 32 โดยเหตุผลที่สำคัญคือ ขาดการวางแผนร่วมกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพราะเห็นว่า คนละบทบาทหน้าที่กัน ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกัน และที่สำคัญ ให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยให้ความรู้ คำแนะนำในการร่วมวางแผนกับหน่วยงานอื่น และแนวทางการร่วมมือกับชุมชน และความคิดเห็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ อสม. มีความคิดเห็นว่า การวางแผนน่าจะเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนหลัก อสม. เป็นเพียงผู้รับคำสั่งในการนำไปปฏิบัติเท่านั้น

2. การมีส่วนร่วมของอสม. ในด้านการปฏิบัติ พบว่าปัญหาที่ทำให้ อสม. มีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ต่ำ และต่ำมาก ร้อยละ 20 มีเหตุผลที่สำคัญคือ วัสดุอุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้ไม่พร้อม เช่น หอกระจายข่าว ไม่มี ชำรุด เป็นของผู้ใหญ่บ้านไม่กล้าใช้ ไม่มีแผ่นพับ รองลงมา ผู้ป่วยมักจะไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือไปโรงพยาบาลทันที ไม่ค่อยเชื่อในสิ่งที่ อสม. สอน แนะนำ ผู้ป่วยที่เฝ้ารักษาตนเอง ในชุมชนไม่เคยมีกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคอุจจาระร่วง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่แนะนำ และ อสม. ไม่มีเวลา

3. การมีส่วนร่วมของอสม. ในด้านการติดตามและประเมินผล พบว่าปัญหาที่ทำให้ อสม. มีส่วนร่วมในด้านการติดตามและประเมินผล ต่ำและต่ำมากถึงร้อยละ 43 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยบอกให้ทำกิจกรรมดังกล่าว พร้อมทั้งไม่ให้อำนาจ อสม. ในการดำเนินงาน เช่น การตรวจสอบร้านค้า รองลงมา อบต. รับผิดชอบดูแลเรื่องนี้อยู่แล้ว จึงไม่เคยสนใจติดตาม เช่น เรื่องขยะ นอกจากนี้ อสม. ไม่ไปติดตามประเมินผลในชุมชนที่รับผิดชอบเพราะกลัวถูกตำหนิไม่ไช้หน้าที่ยของ อสม. อสม. ไม่มีความรู้ดีพอในเรื่องดังกล่าว เช่น เรื่องสุขาภิบาลอาหารตามร้านค้าและสุดท้าย อสม. ไม่มีเวลา

มีแนวทางในการเสริมสร้างให้อสม.มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรังได้อย่างไร

1. ด้านวางแผนเพื่อหาสาเหตุและแนวทางป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ 175 คน (46.05 %) มีความคิดเห็นว่าจะจะมีการรวมกลุ่ม อสม.ในชุมชน และมีการประชุมกลุ่มร่วมกัน วางแผนร่วมกันเพื่อให้มีแนวทางเดียวกันทั้งหมู่บ้าน รองลงมา เห็นว่าควรมีการประชุมร่วมกันระหว่าง อสม. ชุมชนที่รับผิดชอบ ผู้นำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. เพื่อวางแผนร่วมกัน 102 คน (26.84 %) นอกจากนั้นคิดว่า ให้ประชุมวางแผนร่วมกันระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 43 คน (11.31 %) ประชุมวางแผนร่วมกันระหว่าง อสม. กับชุมชนที่รับผิดชอบทุกเดือน 40 คน (10.52%) ให้มีการสำรวจชุมชนที่รับผิดชอบทุก 3 เดือน เพื่อเอาข้อมูลมาวางแผนป้องกัน 13 คน (3.42 %) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาประชุมวางแผนร่วมกันกับ อสม.และชุมชนที่รับผิดชอบในระยะแรกเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตัว อสม. 5 คน (1.31%) ในการวางแผนแต่ละครั้ง อสม. ต้องร่วมกำหนดโครงการเพื่อดำเนินการให้ชัดเจนแน่นอน ไม่ใช่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำให้ หรือ อสม.แต่ละคนจัดทำเอง 2 คน (0.52%)

2. ด้านการปฏิบัติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรังพบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าจะ อสม. ต้องอบรมให้ความรู้ กับชุมชนที่รับผิดชอบ และเดินพูดคุยกับแม่บ้านหรือชุมชนที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ เช่น 1 ครั้ง/เดือน 185 คน (48.68 %) รองลงมา ต้องมีการรณรงค์เผยแพร่ ความรู้ ป้ายๆ โดยเฉพาะช่วงฤดูกาลที่จะมีการระบาดของโรคอุจจาระร่วง 112 คน (29.47 %) นอกจากนั้นคิดว่า ควรให้ อสม. รวมกลุ่ม ไปตักเตือน ให้คำแนะนำ หรือทำให้ดูเป็นตัวอย่าง 51 คน (13.42%) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมปฏิบัติงานโดยลงพื้นที่ให้คำแนะนำกับ อสม.บ่อยขึ้น เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือต่อ อสม. 14 คน (3.68 %) ให้มีการตั้งชมรมของ อสม.เพื่อรักษาโรคเฉพาะ 4 คน (1.05 %) ให้มีเงินค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของ อสม.บ้าง 4 คน (1.05 %) อสม. ในแต่ละชุมชนจะต้องปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างแก่ชุมชนได้ทุกอย่าง เช่น ความสะอาดบ้านเรือน สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมบริโภค การกำจัดขยะ เพื่อเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับชุมชน 4 คน (1.05 %) ควรให้แกนนำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อบต. รวมปฏิบัติงานในชุมชนทุกครั้ง 2 คน (0.52 %) ให้มีการดำเนินงานควบคู่ไปกับ กิจกรรมอื่นๆ เช่น การชั่งน้ำหนักเด็ก 1 คน (0.26 %) และอสม.ในแต่ละชุมชน จะต้องมีการนำภายในกลุ่ม เพื่อได้ปรึกษาหารือ และเป็นที่ยังพาดได้ 1 คน (0.26 %)

3. ด้านการติดตามและประเมินผล การป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรังพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าจะจะเดินสำรวจทุกหลังคาเรือนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบอยู่อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน จะทำให้รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพทุกคนได้ดี 271 คน

(71.31 %) จากนี้ อสม. มีความคิดเห็นว่าจะกำหนดเกณฑ์ความสะอาดของบ้านเรือนให้ชัดเจน นอกจากนี้ต้องมีแบบฟอร์มการประเมินที่เหมือนกัน บ้านที่ผ่านเกณฑ์ให้รางวัลหรือประกาศชมเชย ให้รับทราบกันในที่สาธารณะ 40 คน (10.52 %) หรืออาจใช้วิธีการประชุมกับชุมชนที่รับผิดชอบ เพื่อสอบถาม ความเข้าใจ และสิ่งที่ปฏิบัติหลังจาก อสม. ได้ดำเนินการไปแล้ว 25 คน (6.57%) อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามประเมินผลในชุมชนด้วยกัน 21 คน (5.52 %) อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน อบต. แกนนำชุมชน ติดตามประเมินผลชุมชนด้วยกัน 7 คน (1.84 %) ติดตามความเคลื่อนไหว ถึงความรุนแรงของโรค และเฝ้าระวังป้องกันอย่างต่อเนื่อง 5 คน (1.31%) ให้มีเงินค่าตอบแทนเป็นค่ายานพาหนะในการออกติดตามประเมินผลบ้าง 8 คน (2.10 %) ติดตามประเมินผล โดยทำงานแ่งไปกับงานอื่นๆ ที่ต้องทำอยู่แล้ว เช่น การชั่งน้ำหนักเด็ก การสำรวจหญิงตั้งครรภ์ ทารกเกิดใหม่ 2 คน (0.52 %) ให้มีการแลกเปลี่ยนกลุ่ม อสม. ในการติดตามประเมินผล อาจจะระหว่างเขตของ อสม. หรือระหว่างหมู่บ้าน เพื่อให้ อสม. มีการติดตามประเมินผลอย่างจริงจังและไม่เข้าข้างตนเอง 1 คน (0.26 %)

ผลการประชุมกลุ่ม (focus group)

จากการประชุมกลุ่มร่วมกับตัวแทน อสม. 8 คน ตามแนวคำถาม (ผนวก ข) สรุปได้ดังนี้ การปฏิบัติงานในบทบาท อสม. เพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง เพราะอะไร

1. กลุ่มมีความคิดเห็นว่าเป็นปัญหาการเกิดโรคอุจจาระร่วง แม้จะเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ยังมีกันมาก แต่จากลักษณะการเกิดที่ดูเหมือนว่าจะไม่มีความรุนแรงต่อสุขภาพมากนัก และคิดว่าเป็นปัญหาเฉพาะส่วนบุคคลที่บางครั้งจะรู้ยากกว่ามีการเกิดโรคอุจจาระร่วงกับใครหรือครอบครัวใด เนื่องจากเมื่อป่วย บางคนจะเป็นเพียงเล็กน้อย ก็จะหายไปโดยไม่ได้กินยาหรือไปหาหมอ แต่บางคนเมื่อเป็นรุนแรงอ่อนเพลียมากก็จะไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเองโดยไม่ได้แจ้งให้ อสม. ทราบ ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่จะคิดว่าอุจจาระร่วงไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงต่อตนเองและชุมชน ทำให้ขาดการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่จะเป็นการส่งเสริมความรู้ให้ชุมชนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้

2. ปัญหาการไม่เข้าใจกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมที่ต้องเป็นผู้คิด วางแผนการทำงาน เนื่องจากคุ้นเคยกับระบบการทำงานที่รอรับการสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจาก คิดเห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการเป็นผู้วางแผนการทำงาน การเชิญชวนให้สมาชิกในชุมชนเชื่อ และปฏิบัติตามได้

3. การขาดความร่วมมือจากองค์กรในชุมชน เช่น เทศบาล หรือ อบต. เพราะคณะบุคคลดังกล่าวจะมีบทบาทอย่างมากในการเอื้ออำนวยการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง เพราะมีอำนาจ (empowerment) ในการจัดการหรือจัดระเบียบภายในชุมชนอย่างมาก อสม.ไม่สามารถจัดการหรือสั่งการได้ สมาชิกในชุมชนไม่เชื่อถือ ดังเช่น การจัดการในเรื่องการกำจัดขยะของแต่ละครัวเรือน สามารถทำได้โดยการไปสอนหรือให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

4. ความตั้งใจจริงและการเสียสละของ อสม.ในการปฏิบัติงานเพื่อชุมชน ยังมีไม่เต็มที่ อาจเนื่องจากโดยสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว การประกอบอาชีพ ไม่เข้าใจเป้าหมายการเป็น อสม. ที่แท้จริง อาจเป็นเพียงต้องการให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นเท่านั้น

5. สภาพของชุมชนที่มีลักษณะค่อนข้างไปทางชุมชนเมืองผู้คนเร่งรีบในการประกอบอาชีพ จะทำให้ อสม.ไม่สามารถหาช่วงจังหวะเวลาไปสอนหรือให้คำแนะนำครัวเรือนที่รับผิดชอบได้ และนอกจากนี้ลักษณะที่ตั้งของครัวเรือนที่รับผิดชอบของ อสม.แต่ละคน จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานของอสม.ได้หาก ครัวเรือนมีที่ตั้งแต่ละหลังห่างกันมาก จะทำให้อสม.ไม่สามารถไปติดตามสอน ดูแล หรือให้คำแนะนำบ่อยครั้งได้

แนวทางแก้ไขปัญหา

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความรู้ และย้ำเน้นให้อสม.ได้ตระหนักในปัญหาที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และติดตามการทำงานของอสม.อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองจะต้องให้ความสำคัญกับปัญหาการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มิใช่เป็นการรณรงค์เป็นครั้งเป็นคราวเท่านั้น

2. กลุ่มมีความคิดเห็นว่า ถ้าจะต้องให้อสม.เป็นผู้วางแผนการเพื่อป้องกันโรคอุจจาระในชุมชนเองนั้น คงทำได้ยาก เพราะความรู้ไม่เพียงพอ และชุมชนไม่เชื่อถือ อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือในการวางแผน และต้องวางแผนร่วมกันกับองค์กรอื่นๆในชุมชน โดยเฉพาะ เทศบาล หรือ อบต. จะทำให้แก้ปัญหาได้อย่างจริงจัง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องสอน แนะนำกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมให้ อสม.ได้เข้าใจอย่างชัดเจนทุกขั้นตอน จึงจะทำให้ อสม.สามารถทำกิจกรรมต่างได้โดยตนเอง และต้องเสริมความรู้ในเรื่องการสาธารณสุขเบื้องต้น อย่างต่อเนื่อง ทันสมัย อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน เพื่อให้ อสม.ได้มีความรู้และความมั่นใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองและครัวเรือนที่รับผิดชอบ

4. ชุมชนควรช่วยมองและให้คำแนะนำในการเสนอบุคคลที่เหมาะสมเป็นอสม. และกลุ่มอสม.เองจะต้องเข้มงวดกับการทำงานของสมาชิกที่จะช่วยกันดูแลให้เกิดการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด

5. การดำเนินงานในชุมชนที่เป็นเขตเมือง ควรใช้วิธีการรณรงค์ผ่านทางการกระจายเสียง หรือสื่อป้ายรณรงค์ เชิญชวน ซึ่งวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ จะต้องได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ และต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรจะเพิ่มจำนวน อสม.ให้มากขึ้น ให้มีความรับผิดชอบครัวเรือนเพียง 3-5 ครัวเรือน/คน และควรมีที่ตั้งใกล้เคียงกัน เพื่อความสะดวกในการดูแลและการทำงานกิจกรรมของ อสม.

อภิปรายผล

ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

การมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ทั้งในภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และค่อนข้างต่ำ มากกว่าระดับสูง หากพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมตามลักษณะของ อาร์นสเทน (Arnstein, อ้างถึงใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2537 : 67) แล้วจะเห็นว่า การมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับ 3,4 และ 5 คือ อสม.ได้รับการบอกเล่าการปรึกษาหารือ และเข้าร่วมบางส่วนในโครงการ โดยรวมแล้ว อสม.มีส่วนร่วมในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายที่ต้องการในงานสาธารณสุขมูลฐาน แล้วนั้น จะมีความมุ่งหวังให้เกิดความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของชุมชน จากลักษณะของกระบวนการพัฒนาจะเห็นว่า ในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวคิด การมีส่วนร่วมเป็นมรรคหรือกลวิธีพัฒนา (participation as mean) มี อสม. ผสส.เกิดขึ้นมา เจ้าหน้าที่ของรัฐจะเป็นผู้คอยให้ข้อเสนอแนะ หรือคำแนะนำ มีการจูงใจให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยให้สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลที่ไม่คิดมูลค่า (social welfare) トラบเท่าที่ยังคงเป็น อสม.อยู่ แต่ทั้งนี้ จากลักษณะของกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว ยังคงมีจุดอ่อนที่ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ต่อมาจึงได้ผสมผสานแนวคิด การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายในการพัฒนา (participation as an end) จึงเกิดศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (ตสมช.) เพื่อให้ประชาชนร่วมบริหารจัดการทรัพยากรที่รัฐจัดหาให้ในระยะแรก และให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ในที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ในสภาพปัจจุบัน อสม.เป็นเพียงเครื่องมือส่วนหนึ่งที่เพิ่มขึ้น จากจุดสุดท้ายของระบบบริการของรัฐเท่านั้น อสม.จึงไม่สามารถช่วยสร้างสถานภาพการต่อรองของประชาชนได้อย่างแท้จริง (อภิชัย พันธเสน, 2539 : 8) ดังจะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมของ อสม.ในรายด้านพบว่า ด้านการวางแผนเพื่อหาสาเหตุและแนวทางป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับ ต่ำ ต่ำมาก ค่อนข้างมาก และสอดคล้อง กับผลจากการสัมภาษณ์ และสรุปประชุมกลุ่มว่า การทำงานของ อสม. แต่อย่าง ต้องรอคำสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กิจกรรมใดที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้แนะนำหรือสั่งการ จะเข้าใจว่าไม่ใช่หน้าที่ของ อสม. และไม่เข้าใจถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการทำงานที่ประชาชนต้อง

มีส่วนร่วม ไม่เข้าใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมต้องทำอย่างไร โดยเข้าใจเพียงแต่การให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บอกหรือ กำหนด ซึ่งจากคำตอบหลายข้อที่ อสม.มีความคิดเห็นว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังเช่นคำถามที่ว่า " การป้องกันโรคอุจจาระร่วง ควรเริ่มต้นที่ใคร " พบว่า มีถึงร้อยละ 65 ที่ตอบว่า " เจ้าหน้าที่สาธารณสุข " ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน อสม.ยังติดในรูปแบบการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้กำหนด วางแผนการทำงาน ให้กับ อสม.

นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ในด้านการวางแผนนั้น ยังเป็นการทำงานที่ขาดการวางแผนร่วมกับ องค์กรต่างๆ ภายในชุมชน เช่น อบต. จากคำตอบที่ อสม. ไม่เคยร่วมประชุมวางแผน เพื่อดำเนินการป้องกันโรคอุจจาระร่วงกับแกนนำชุมชน อบต. ในเรื่อง การกำจัดขยะ การวางแผนป้องกันการระบาดของโรคอุจจาระร่วง เพราะเห็นว่า ไม่เกี่ยวข้องกัน คนละหน่วยงาน คนละบทบาทหน้าที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยบอกให้ทราบว่าจะต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งจากลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ มีผลต่อการดำเนินงานในชั้นการปฏิบัติการที่อสม.มักจะประสบกับปัญหาอุปสรรคในเรื่องการไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ไม่มีอำนาจจัดการกับบางกิจกรรม องค์กรชุมชนต่างๆที่มีกันอยู่เป็นส่วนๆ ไม่ได้กำหนดเป้าประสงค์ (goal) ไว้ร่วมกันดังนั้นจึงไม่เกิดแรงพยายามที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ เพื่อแก้ปัญหาในชุมชน รีดเดอร์ (Reeder, 1991 : 92-94) จากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่ จึงมีความคิดเห็นว่าการประชุม วางแผนร่วมกันระหว่าง อสม. และองค์กรผู้นำในชุมชน เช่น อบต.

การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่า มีส่วนร่วมในระดับปานกลางมากที่สุด คือด้านการปฏิบัติงาน รองลงมาเป็นด้านการวางแผน และด้านการติดตามประเมินผล ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงาน ไม่ได้มีความต่อเนื่องและเกี่ยวพันต่อกัน เป็นการทำงานเป็นส่วนๆ ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดให้ อสม.ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการแก้ปัญหาที่ต่อเนื่องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพยังเกิดขึ้นน้อย และไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหา (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2541 : บทคัดย่อ) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง มีลักษณะไม่แตกต่างกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน (มีคาแอล อุดลยเกษม, 2538 : บทคัดย่อ) นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการ

พัฒนา ชุมชน โครงการสร้างงานในชนบท ในขั้นดำเนินการมากที่สุด รองลงมาเป็นการติดตาม ประเมินผลงาน และการวางแผนตามลำดับ (ฉอาน วุฑฒิกกรรมรักษา, 2536 : 109) แต่ในขณะที่ การศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วม ของชุมชนในการป้องกันโรคเอดส์ ของจังหวัดเชียงใหม่ อยู่ใน เกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (ดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ, 2537 : บทคัดย่อ) เช่นเดียวกับการศึกษา การมีส่วนร่วม ในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้าย อยู่ในระดับที่ต่ำ (วิชาญ สุขสง, 2539 : บทคัดย่อ) ทั้งนี้หากพิจารณาโครงการที่รัฐดำเนินการให้กับชุมชน ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่าหากเป็นโครงการ หรือกิจกรรมที่นำไปสู่ผลประโยชน์ที่ดี เห็นผลชัดเจน เสี่ยงต่ออันตรายน้อย จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วม กับกิจกรรมนั้นๆ สูงกว่า กิจกรรมที่เสี่ยงต่ออันตราย หรือได้รับผลประโยชน์ไม่ชัดเจน

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของอสม. ในแต่ละกิจกรรมหรือโครงการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำสู่ประชาชนแล้วจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงจะไม่เกิดขึ้นหากอสม. ไม่สามารถควบคุม หรือตัดสินใจใดๆ เพื่อตนเองได้ ไวท์ (White, 1982 : 18) ปัจจุบันการกำหนดเป้าหมายการทำงาน หรือการตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนไม่ได้อยู่ที่ อสม. แต่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเองดังนั้นการดำเนินงานในชุมชนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขควรจะได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดและปลูกฝังแนวคิดการทำงานให้กับอสม. อย่างชัดเจน มากขึ้น โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายของการพัฒนา (participation as end) ภาย ได้ความเชื่อและยอมรับศักยภาพ ประสบการณ์ของประชาชน อย่างจริงจัง มานอย (Manoj, 1996 : 453)

ถึงแม้โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง จะ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่อนข้างขัดแย้งกับอุปติการณ์ การเกิดโรคอุจจาระร่วงในจังหวัดตรังที่ยัง มีมากอยู่ น่าจะมีความเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการทำงานอีกด้านหนึ่งของ อสม. นั่นคือ ด้านการ ติดตามประเมินผล พบว่า อยู่ในระดับที่ต่ำ และต่ำมาก ถึงร้อยละ 43 ที่อสม. ไม่เคยปฏิบัติงาน เพื่อการติดตามและประเมินผลการทำงานในชุมชนรับผิดชอบเลย โดยให้เหตุผลว่า เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขไม่เคยบอกให้ทราบและไม่มีอำนาจในการทำกิจกรรมดังกล่าว ดังนั้นสิ่งที่ อสม. ได้ สอน แนะนำ ให้ความรู้แก่ชุมชนนั้นจะไม่ได้รับการยอมรับ และปฏิบัติตาม ซึ่ง อสม. ไม่สามารถ ประเมินได้ ความไม่ต่อเนื่อง ความไม่เข้าใจต่อกระบวนการ และไม่จริงจังต่อการแก้ปัญหา จึงทำ ให้ โรคอุจจาระร่วงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดตรัง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของ อสม.

เพศ พบว่าเพศ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ ไวท์ (White, 1982 : 18) ที่กล่าวว่าใครจะเข้าร่วมขึ้นอยู่กับลักษณะกิจกรรมหรือโครงการ จะเห็นได้ว่าลักษณะของกิจกรรมและเนื้องาน มีเป้าหมายที่การมีสุขภาพดีของตนเองและชุมชน การได้รับผลประโยชน์จากกิจกรรมที่ชัดเจนในด้านการรักษาพยาบาล ความรับผิดชอบต่อชุมชน (community responsibility) และมีอิสระโอกาส (opportunity) ที่ไม่แตกต่างกัน รีเดอร์ (Reeder, 1991 : 92) จึงทำให้บุคคลที่ถึงแม้จะมีเพศที่ต่างกัน แต่มีการแสดงออกที่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจาะสะปิง บารู (2534 : บทคัดย่อ) มีคาแอล อุดุลยเกษม (2538 : บทคัดย่อ) สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 103) และสมใจ เข็มเจริญ (2531 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า เพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการประชุมกลุ่มที่ อสม.สรุปว่า เพศไม่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาหลายๆ เรื่อง โดยกรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) ฉ้าน วุฑฒิกรรมรักษา (2526 : 109-113) แนว โสติพันธ์ (2534 : บทคัดย่อ) พรศักดิ์ พัชรพจนภรณ์ (2530 : 68-70) และอำนาจ สุธาประดิษฐ์ (2533 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า เพศที่ต่างกันมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ต่างกัน โดยเพศชายมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากกว่าเพศหญิง

สถานภาพสมรส กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ ไวท์ (White, 1982 : 18) ที่กล่าวว่าใครจะเข้าร่วมขึ้นอยู่กับลักษณะกิจกรรมหรือโครงการ และการศึกษาของ มีคาแอล อุดุลยเกษม (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก กิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพเป็นความจำเป็นที่ทุกคนปรารถนา ดังนั้นไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพทางสมรสแบบใด ย่อมต้องการให้ตนเองอยู่ในภาวะสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยเบียดเบียนกันทั้งสิ้น แต่ในกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องทางภาวะเศรษฐกิจ รายได้ ต่อครอบครัว จะพบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันคนที่สมรสแล้วจะมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อแสวงหารายได้เลี้ยงครอบครัว สูงกว่า คนโสด และผู้ที่หม้าย หย่าร้าง (กรมพัฒนาชุมชน, 2519 : 5) และอรพินท์ สุทธิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ของผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด จะมีระดับการมีส่วนร่วม ต่ำ ต่ำมาก มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส คู่ หม้าย หย่าร้าง อาจจะสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่ยังคงเป็นโสด มี

ความรับผิดชอบ ความสนใจ ความผูกพันต่อหน้าที่ และโอกาสที่จะกระทำต่อชุมชนยังมีน้อย ในขณะที่ในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่าร้าง จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมระดับสูงมาก มากกว่าผู้ที่เป็นโสด คู่ อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ที่อยู่ในสถานะดังกล่าว ต้องการรวมกลุ่มทางสังคม ที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และชุมชนมากขึ้น

อายุ กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า อายุไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. กล่าวได้ว่า ในเรื่องของการดูแลสุขภาพคนทุกวัยมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาได้ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย (วันดี วราวิทย์, 2531 : 27-29) ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นคนหนุ่มสาว คนวัยกลางคน หรือผู้สูงอายุ. หากมีกิจกรรมใดที่จะส่งเสริม ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ประกอบกับกิจกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติเหมือนกันสำหรับคนทุกวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจะสะปิอิง บารู (2534 : บทคัดย่อ) มีคาแอล อุดุลยเกษม (2538 : บทคัดย่อ) สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 103) และ สมใจ เข้มเจริญ (2531 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า อายุที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่ามีการศึกษาหลายเรื่อง ที่ อายุ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) ลัดดาวัลย์ อนุกุล (2522 : 40) และ อำนาจ สุธาประดิษฐ์ (2533 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้ที่มีอายุมาก จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องจาก ภาวะรับผิดชอบที่มีน้อยลงจึงทำให้มีเวลามากขึ้น และต้องการให้เป็นที่ยอมรับรู้สึกมีเกียรติจากสังคม

ระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ รีดเดอร์ (Reeder, 1991, 92-94) ที่เห็นว่าการตัดสินใจกระทำกิจกรรมของบุคคลขึ้นกับความสามารถของตนก่อนทุกครั้ง จากการสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่ม อสม.ส่วนใหญ่มีปัญหาในการทำงาน เนื่องจาก ชุมชนไม่ยอมรับในเรื่อง ความรู้ ความสามารถ ของ อสม. ชุมชนเห็นว่า อสม.ส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาที่ไม่แตกต่างกับตนเองมากนัก ซึ่งจากข้อมูล อสม.ส่วนใหญ่มีการศึกษา ในระดับประถมศึกษา (77 %) ดังนั้นเมื่อ อสม.สอนหรือ แนะนำ มักจะไม่ปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือ ทำให้ อสม.ขาดความพยายามที่จะไปดำเนินการในชุมชน อันเนื่องจากการยอมรับหรือปฏิเสธ ที่มีผลจากการประเมิน โรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยุทธ์ แสงสุรินทร์และคณะ (2537 : 3-4) และ เมธี จันทร์จารุกันธ์ (2541 : 301) เจะสะปิอิง บารู (2543 : บทคัดย่อ) บราวน์ (Brown, 1953 :

591) เนลสันและเวอร์เนอร์ (Nelson and Verner, 1960 : 252) วิชาญ สุขสง (2539 :บทคัดย่อ) อรพินท์ สุทธิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) และอำนาจ สุธาประดิษฐ์ (2533 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอย่างแข็งขันมากกว่าเป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า

รายได้กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า รายได้ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวความคิดของ เดชเลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุนันทา นิลเพชร, 2539 : 18-19) ที่เห็นว่าลักษณะทางเศรษฐกิจ เป็นบริบทสำคัญประการหนึ่งของการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งอธิบายโดยใช้ผลการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม ได้ว่า การดำเนินงานในบทบาทของ อสม. ไม่กระทบกับเวลาการประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้ เลี้ยงตนเองและครอบครัว เพราะการประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการไปสอน แนะนำ เยี่ยมบ้านชุมชนที่รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือนจะใช้เวลาในช่วงบ่ายหรือวันหยุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจะสะปิอิง บารู (2534 : บทคัดย่อ) และมีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน และรายได้ที่แตกต่างกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการไม่แตกต่างกัน

ความรู้ความเข้าใจในการในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า ความรู้ความเข้าใจ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวความคิดของโรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ที่เห็นว่าพลัง ในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง และ การศึกษาของ เจะสะปิอิง บารู (2534 : บทคัดย่อ) บีล (Beal, 1971 : 249) พรศักดิ์ พชรพชรภรณ์ (2530 : 68-70) มีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) สกนธ์ จันทร์วัชร (2528 : 63-71) และ อุบลวรรณ สืบสกุล (2529 : 59) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการของโครงการหรือ กิจกรรมที่มากกว่า จะมีส่วนร่วมสูงกว่าและความรู้ความเข้าใจในหลักการของโครงการมีอิทธิพล ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่ขัดแย้งอาจอธิบายได้ว่า กิจกรรมการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนทั้ง 3 ระยะเวลาเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และยุ่งยาก ดังนั้นถึงแม้ อสม. จะได้รับการอบรมให้ความรู้ถึงหลักการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ใน บางประเด็นก็สามารถดำเนินการได้ แต่อาจจะยังไม่เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมในทุกขั้นตอน จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติในหน้าที่ของ อสม. ได้ตามเป้าหมาย เบอร์แมน และคณะ (Berman 1988 : 28)

เจตคติ กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า เจตคติ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง สอดคล้องกับแนวความคิดของ เดชเลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุันทนา นิลเพชร, 2539 : 18-19) ที่เห็นความสำคัญของเจตคติต่อบริบทการมีส่วนร่วม กล่าวได้ว่า หากบุคคลมีความรู้สึกที่เกิดจากความรู้ ประสบการณ์ ในการปฏิบัติจะแสดงออกถึงปฏิกิริยา ต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงาน (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, 2523 : 98) โดย อสม.ที่มีเจตคติเป็นบวก จะมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ระดับสูง สูงมาก มากกว่าผู้ที่มีเจตคติเป็นกลาง สำหรับเจตคติในทางบวกที่เกิดขึ้นของ อสม.นั้น มีผลเนื่องมาจากหลายประการที่สำคัญคือ การยอมรับในการทำงานจากชุมชน การได้รับเกียรติ ความไว้วางใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้สึกตนเองมีคุณค่าสำหรับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศักดิ์ พัทธพจน์ภรณ์ (2530 : 68-70) และรีดเดอร์ (Reeder, 1968 : 131) ที่พบว่าผู้ที่มีทัศนคติทางบวกจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในชุมชนมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติทางลบ

ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของ อสม.

ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่นกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่าความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ไม่สอดคล้องกับแนวความคิดของเดชเลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุันทนา นิลเพชร, 2539 : 18-19) ที่เห็นว่าลักษณะทางสังคมเป็นบริบทของการมีส่วนร่วม อาจอธิบายได้โดยกิจกรรมของงานที่มีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน อีกทั้งไม่มีความซับซ้อน ยุ่งยาก เรียนรู้ได้ง่าย จึงทำให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ แนว โสติพิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) และ อรพินท์ สุทธิพันธ์ (2533 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่นแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่แตกต่างกัน ชัดแจ้งกับการศึกษาของ กรมพัฒนาชุมชน (2519 : 5) โคฟแมน (Kaufman, 1949 : 301) มีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) และ ฮาร์โรลด์ (Harold, 1949 : 160) ที่พบว่าความยาวนานในการอาศัยในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ลักษณะการเข้าเป็น อสม.กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่าลักษณะการเข้าเป็นอสม. ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม เป็นไปตามแนวคิดของ เดชเลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุันทนา นิลเพชร, 2539 : 18-19) ให้พิจารณาถึงการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนเกิดขึ้นได้อย่างไร เข้าร่วมด้วยความสนใจ ความเห็นใจ หรือเพราะความเกรงใจ อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้คัดเลือก อสม.เข้ามา ถึงร้อยละ 39.7 แต่ยังคงอยู่บนรากฐานของความ

สนใจยินยอม และสมัครใจของตัว อสม.เอง เป็นไปตามแนวคิดของ เฮย์ (Hay, 1985 : 13) แต่ยังคงมีการศึกษาของซิด บุนญมากและคณะ (2536 : บทคัดย่อ) และบัญญัติรัตน์ สันติเวชและคณะ (2537 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า อสม.ที่มาจากชาวบ้านคัดเลือก จะมีลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จกว่า อสม.ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือก

ระยะเวลาในการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า ระยะเวลาในการทำงานไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. เนื่องจาก ลักษณะการทำงานที่ไม่ยากต่อการเข้าใจและปฏิบัติ สามารถเข้าใจได้ง่าย แต่ทั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุภรณ์ สุวรรณทิศกร (2529 : 59-61) ที่พบว่า บุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากมีส่วนร่วมในโครงการมากกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย

ความสะดวกในการเดินทาง เพื่อร่วมประชุมปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมีส่วนร่วมของ อสม. พบว่า ความสะดวกในการเดินทางไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ซึ่งจากข้อมูล อสม.ส่วนใหญ่ (97.4 %) มีความสะดวกในเดินทางเนื่องจากสภาพที่ตั้งของสถานีอนามัยจะอยู่เป็นศูนย์กลางของชุมชน และในปัจจุบันความสะดวกทางการคมนาคมมีสูงจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเดินทาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ โรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ที่เห็นว่าการติดต่อสื่อสารมีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมในกิจกรรมและการศึกษาของ กิติศักดิ์ สินธุวนิช (2527 : 19) ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2527 : 115-129) และ ฉ้าน วุฒิภักดิ์รักษา (2526 : 109-113) ที่พบว่าความสะดวกในการเดินทางมีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วม

ปัจจัยด้านระบบการทำงานของ อสม. กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

การพบปะร่วมประชุมของ อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า การพบปะร่วมประชุมของ อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ที่เห็นว่าการติดต่อสื่อสารมีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมในกิจกรรม อธิบายได้ว่าเป็นไปตามลักษณะการดำเนินงานของอสม.ในปัจจุบันพบว่า ได้ปรับปรุงหลักเกณฑ์การทำงานที่สำคัญคือต้องมีการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกเดือน อสม.คนโดยขาดการประชุมติดต่อกัน 3 ครั้ง กรรมการอสม.พิจารณาให้หมดสภาพการเป็นอสม.ได้ และประกอบกับการประชุมแต่ละครั้ง กระทรวงสาธารณสุขมีสิ่งจูงใจเป็นเงินเบี้ยเลี้ยงครั้งละ 30 บาท และในการประชุมแต่ละครั้งจะใช้เวลาที่ปฏิบัติภารกิจที่เสร็จสิ้นแล้ว เช่น ประชุมช่วงบ่าย หรือวันหยุด ดังนั้นโดยสภาพการณ์แล้ว อสม.ส่วนใหญ่จะไม่ขาดการประชุมและจากการ

ประชุมทุกครั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดตามผลการทำงานทำให้เป็นการกระตุ้นให้อสม.มีส่วน
ร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ นอกจากนี้อสม. ส่วนใหญ่ เห็นว่าการเข้าร่วมประชุมกับเจ้า
หน้าที่สาธารณสุข บ่อยๆ จะทำให้ชุมชนเชื่อถือให้การยอมรับในความรู้ ความสามารถของอสม.
มากขึ้น และจะให้ความร่วมมือกับ อสม.มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สกนธ์ จันทร์รักษ์
(2528 : 63-71) อารยา วัฒนกิจ (2526 : 39) และอนุภรณ์ สุวรรณสทิศกร (2529 : 59-61) ที่
พบว่าการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของรัฐจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของ อสม.
พบว่า การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ทั้งนี้ยัง
ได้รับการยืนยันจาก อสม.โดย อสม.ส่วนใหญ่ (63.94 %) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำ
อบรมให้ความรู้เรื่องโรคที่ทันสมัย ฟื้นฟูความรู้อยู่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อ อสม.จะได้มีความรู้ ความ
เข้าใจที่ดีพอ สร้างความมั่นใจในการทำงานได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก
ให้ประชาชนมีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีความมั่นใจ เข้าใจมูลฐานของสภาพการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ จะ
สะท้อนออกมาซึ่งพฤติกรรมการมีส่วนร่วมอีกระดับหนึ่ง (ประกอบ พันธุ์งาม, 2529 : 15) เป็นการ
ศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิด บุญมาก และคณะ (2539 : บทคัดย่อ) และวรรณี หาวารี
และวนัสรา เขาวนนิย (2539 : บทคัดย่อ) พบว่าการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการ

การสนับสนุนวัสดุ เผยแพร่ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของ
อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า การสนับสนุนวัสดุ เผยแพร่ความรู้ มีผลต่อการมีส่วนร่วม
ร่วมของ อสม. ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิด ที่การเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคล ขึ้นกับปัจจัยการ
สนับสนุน (support) ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้น รีดเดอร์ (Reeder, 1991 : 92-94)
และ โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983 : 21) กล่าวว่าชุมชนจะต้องได้รับผลประโยชน์ด้านวัสดุจากการ
มีส่วนร่วมใน กิจกรรมนั้นๆ และเป็นไปตามความต้องการของ อสม.จากการประชุมกลุ่ม ที่
ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ให้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง สอดคล้องกับการ
ศึกษาของ ชิด บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ดวงฤทัย พงศ์เชียวบุญ (2537 : บทคัดย่อ)
และวรรณี หาวารี และ วนัสรา เขาวนนิย (2539 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์
มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับสนับสนุนวัสดุเผยแพร่อุปกรณ์ มากกว่า จะมีส่วน
ร่วมในระดับที่สูง สูงมาก มากกว่า

การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมี
ส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ไม่มีผล

ต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งขัดแย้งกับแนวความคิดของ โรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ที่เห็นว่าการตั้งใจมีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม และการศึกษาของ กรรณิการ์ พงษ์สนิท (2541 : บทคัดย่อ) ชิด บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) และ มีคาแอล อุดุลย์เกษม (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าการเสริมสร้างขวัญกำลังใจที่ดี แรงจูงใจ และผลประโยชน์ที่ชุมชนได้รับ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ด้วยผลการประชุมกลุ่ม ที่อสม.ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในผลประโยชน์ที่ได้รับไม่แตกต่างกัน กล่าวคือการได้รับสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล ที่มีความสำคัญต่อการคุ้มครองด้านสุขภาพของตนเอง

การติดตามนิเทศในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่าการติดตามนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของ รีเดอร์ (Reeder, 1991, 92-94) ที่เห็นว่าการติดตามบังคับอาจจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเพื่อทำกิจกรรมนั้น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากโดยลักษณะของการมีกิจกรรมพบปะร่วมประชุมกันเป็นประจำทุกเดือนระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. และโดยลักษณะงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องใช้เวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนจึงทำให้สามารถให้การดูแล แนะนำการทำงานของอสม.ได้อย่างใกล้ชิด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิด บุญมาก และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) และ วรณี หาวารี, วนัสรา เขาวรรณนิคม (2539 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่ มีผลต่อการดำเนินงานของกิจกรรมชุมชน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของอสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

จากปัญหาชุมชนไม่ยอมรับ อสม.ในเรื่องความรู้ความสามารถ เนื่องจากชุมชนเห็นว่า อสม. มีพื้นฐานการศึกษาที่ไม่แตกต่างกับตัวเองมากนัก ดังนั้นเมื่ออสม.ไปสอนหรือแนะนำ มักจะไม่ปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ โรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) ที่เห็นว่าชุมชนจะตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธมีผลจากการประเมิน ซึ่งหมายรวมไปถึงการประเมินความสามารถของอสม.ทั้งในด้านการศึกษาและความรู้ในการดำเนินงาน และการศึกษาของ เมธี จันท์จารุภรณ์ (2541 : 31) พบว่าปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานข้อหนึ่งได้แก่ อสม.ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนไม่ดีเท่าที่ควร โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า อสม. มีความรู้ไม่เพียงพอที่จะแนะนำ มีอายุและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตด้อยกว่าขาดความเข้าใจที่ชัดเจนที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสะท้อนว่าอสม. มีความรู้ ความสามารถ

ไม่เพียงพอ และจากการศึกษาของ ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และคณะ (2537 : 3-4) ได้ศึกษาโครงการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งและกิจกรรมของ ศสมช. พบว่า อสม.ที่เข้ามาปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้ จบการศึกษาภาคบังคับ มีความรู้น้อย และทักษะการบริการไม่ดี ประชาชนจึงไม่ศรัทธา และไม่มารับบริการเท่าที่ควร ด้วยปัญหาดังกล่าวควรแก้ไข โดยการยกระดับการศึกษาของอสม. อบรมพัฒนาความรู้ที่ใหม่และทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องพยายามทำความเข้าใจและยืนยันความสามารถของอสม. ให้ชุมชนรับทราบ

ปัญหาอสม.รับทราบและกระบวนการทำงานในด้านการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่ง โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983 : 21) กล่าวว่า การมองกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนควรมองในลักษณะของกิจกรรมที่ต่อเนื่องในช่วงเวลา (continuum of activity over time) การมองลักษณะเช่นนี้จะไม่ก่อให้เกิดการแยกเอาการมีส่วนร่วมในการวางแผนในขั้นตอนแรกเริ่มของกิจกรรมออกจากการวางแผนที่เกิดขึ้นภายหลังอันหมายถึงกิจกรรมประเมินผล ปัญหาการดำเนินงานดังกล่าวเนื่องจากระบบการทำงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนด หรือชี้แนะโดยขาดการให้เหตุผลในการทำที่ชัดเจน การทำความเข้าใจในหลักการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของกิจกรรมทั้งในระดับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. จึงเป็นแนวทางที่ควรปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาต่อไป

แนวทางเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ด้านวางแผนเพื่อหาสาเหตุและแนวทางป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่า อสม. เห็นว่า ควรจะมีการรวมกลุ่ม อสม. ในชุมชน ประชุมกลุ่มร่วมกัน วางแผนร่วมกันเพื่อให้มีแนวทางเดียวกันทั้งหมู่บ้าน และควรมีการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่าง อสม. ชุมชนที่รับผิดชอบ ผู้นำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. เพื่อกำหนดเป้าหมายในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชนร่วมกันหากมีการดำเนินไปได้ตามที่อสม. คาดหวังและต้องการ ก็จะเป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายการพัฒนา (participation as an end) ประชาชนมีความสามัคคี รวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและศักยภาพในการแก้ปัญหาของชุมชน จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สูงสุดคือความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในชุมชน ทาร์ทาร์ (Tartar, 1996 : 42) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มานอย (Manoj, 1996 : 453,458) ที่เชื่อและยอมรับในศักยภาพ ประสพการณ์ ของประชาชน และเคารพในมุมมองของชุมชน การทำงานร่วมมือกันจากระดับล่างจะก่อให้เกิดผลที่ดีกว่าการนำแนวคิดทางทฤษฎีไปใช้ในชุมชน และทั้งนี้การดำเนินงานในชุมชนจะประสบผลสำเร็จหากได้มีการส่งเสริมให้ชุมชนได้ตระหนักในหน้าที่ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าจะร้องขอในสิทธิต่างๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเหลือทางด้าน

วิชาการข้อมูล ข่าวสารการให้การรักษาต่อเนื่องและระบบส่งต่อผู้ป่วย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2524 : 51) ซึ่งในที่สุดแล้ว ริฟคิน (Rifkin, 1990 : 10-11) ได้ระบุว่าชุมชนจะได้รับประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมนั้นๆ โดยชุมชนจะต้องให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้มากขึ้นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพนั้นๆ และชุมชนต้องสามารถเสริมทรัพยากรในด้าน เงิน กำลังคน และอุปกรณ์ในชุมชนเพื่อสนับสนุนในส่วนที่ขาดได้

ด้านการลงมือปฏิบัติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง อสม. ต้องอบรมให้ความรู้กับชุมชนที่รับผิดชอบ และเดินพูดคุยกับแม่บ้านหรือชุมชนที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการรณรงค์เผยแพร่ ความรู้ บ่อยๆ โดยเฉพาะช่วงฤดูกาลที่จะมีการระบาดของโรคอุจจาระร่วง ควรให้ อสม. รวมกลุ่ม ไปตักเตือน ให้คำแนะนำ หรือทำให้ดูเป็นตัวอย่าง นอกจากนี้ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมปฏิบัติงานโดยลงพื้นที่ให้คำแนะนำกับ อสม.บ่อยครั้งขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของเดชลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุนันทา นิลเพชร, 2539 : 18-19) ที่ให้ความสำคัญบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยเกี่ยวกับอสม. ล้วนยืนยันสอดคล้องกันว่า อสม.ที่ได้คัดเลือกและฝึกอบรมนั้นแม้ยังคงทำงานแต่มีส่วน้อย(ร้อยละ 24) ที่ยังคงทำงานอย่างอย่างกระตือรือร้น (Thavitong, 1968 : 25) ทั้งนี้ อาจเกิดจากภาวะที่ อสม.ต้องแบกรับ ฉะนั้นกิจกรรมโครงการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านจะเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของ อสม. และ อสม.มองกิจกรรมเหล่านั้นว่าเป็นงานที่รุ่มอบหมาย หรือเป็นนโยบาย มิได้ยอมรับว่ากิจกรรมเหล่านั้นเป็นประโยชน์ต่อชุมชน มีความเป็นไปได้ว่า ระบบ อสม. ในฐานะรูปธรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่สบบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบ อสม. เป็นรูปแบบมาตรฐานกับหมู่บ้านทั่วประเทศ ซึ่งนโยบายดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมในการปรับใช้ทั่วประเทศที่มีความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความร่วมมือของประชาชน (Thavitong, 1968 : 38)

ด้านการติดตามและประเมินผล การป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ว่าจะเป็นของเดชลอร์ (Dachler, อ้างถึงใน สุนันทา นิลเพชร, 2539 : 18-19) โรเจอร์และชูเมกเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 81-86) โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff 1983 : 21) กองวิจัยและประเมินผล กรมการพัฒนาชุมชน (2518 : 23) เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527 : 10) อคิน ระพีพัฒน์ (2527 : 100-101) และวิรัช วิรัชนิการวรรณ (2531 : 61-64) ให้ความสำคัญในมิติของการติดตามและประเมินผลของการพัฒนา เพื่อสะท้อนถึงผลของการดำเนินงาน และปัญหาที่ควรนำไปพัฒนาต่อไป ด้วยแนวทางการเดินสำรวจทุกหลังคาเรือนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบอยู่อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพทุกคนได้ดี ในด้าน

ความสะอาดของชุมชนซึ่งเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน (ประกอบ
บุญไทย, 2537 : 278-279) อสม.เห็นว่าควรมีการกำหนดเกณฑ์ความสะอาดของบ้านเรือนร้านค้า
ให้ชัดเจน ต้องมีแนวทางการประเมินที่เหมือนกัน บ้าน ร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์ ให้รางวัล หรือ
ประกาศชมเชยให้รับทราบกันในที่สาธารณะ ควรจัดเป็นทีมที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ผู้ใหญ่บ้าน อบต. แกนนำชุมชน ติดตามประเมินผลชุมชนในทุกๆ ด้านเพื่อการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงได้อย่างจริงจัง

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากสภาพปัญหาการระบาดของโรคอุจจาระร่วงที่เพิ่มขึ้นทุกปีของจังหวัดตรัง ถึงแม้ในระบบสาธารณสุข โดยกลยุทธ์ของงานสาธารณสุขมูลฐาน จัดให้ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนกันเองแล้วก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และแนวทางการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

มีสมมติฐานที่สำคัญคือ อสม. ที่มีปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลคือ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เจตคติต่อการเป็นอสม. ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคือ ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น ลักษณะการเข้าเป็น อสม. ระยะเวลาเป็นอสม. ความสะดวกและความใกล้ชิดในการเดินทางติดต่อระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานีอนามัย และปัจจัยด้านระบบการทำงาน คือ การร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ การนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนด้านวัสดุ งบประมาณ การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

เป็นการวิจัยแบบอธิบาย (explanatory research) ประชากรในการวิจัย คือ อสม. จำนวน 7,667 คน ครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ในจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. สุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วนในแต่ละระดับ จับสลากตำบลแบบไม่ใส่กลับ (without replacement) จากนั้นจับชื่อ อสม. จากบัญชีรายชื่อ แบบมีระบบ (systematic sampling) ตามสัดส่วนจำนวน อสม. แต่ละตำบล ได้จำนวน อสม. 380 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วมและ บทบาทหน้าที่ของ อสม. ประกอบด้วย 5 ตอน ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติต่อการเป็น อสม. 18 ข้อ ตอนที่ 4 แบบวัดระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 5 แนวคำถามเพื่อประมวลปัญหาอุปสรรคในการทำงานแนวทางแก้ไขและ แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ตอน และการประชุมกลุ่ม (focus group) กับ อสม. 1 ครั้ง

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) 3 คน แล้วนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และไม่เป็นตำบลเป้าหมาย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ วิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 โดยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.75 ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 โดยวิธี cronbach alpha ได้ค่าความเที่ยง 0.78 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามตอนที่ 2 ตอนที่ 3 ตอนที่ 4 ได้ค่าอำนาจจำแนก 13.57, 4.19 และ 3.76 ตามลำดับ นำแบบสอบถามมาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีผู้ช่วยนักวิจัย 5 คนได้ทำความเข้าใจแนวคำถาม และการสัมภาษณ์ ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่ เดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2542 ได้ทำการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ก่อนให้รหัส จัดเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป epiinfo วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เสนอข้อมูลทั่วไป และระดับการมีส่วนร่วม ใช้สถิติข้างอิง การวิเคราะห์ถดถอย (stepwise multiple regression) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. และทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

สรุปผลการวิจัย

1. พบว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ทั้งในภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การได้รับสนับสนุนวัสดุเผยแพร่การทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(x15) เจตคติต่อการเป็น อสม.(x4) การ

อบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (x13) และระดับการศึกษาของ อสม.(x4) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.385 และประสิทธิภาพของตัวพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .148 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ตามสมการพยากรณ์ดังนี้

$$Y = 1.212 + 4.837x15 + .328x7 + 3.054x13 + .154x4$$

3. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ในการมีส่วนร่วมของ อสม. คือ ชุมชนไม่ยอมรับในความรู้ความสามารถ ของ อสม.เนื่องจากเห็นว่า อสม.มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ดังนั้นจึงไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ทำให้ อสม.ขาดความพยายามที่จะมีส่วนร่วมกับชุมชนในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ อสม.ไม่เข้าใจในบทบาท และกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อันเนื่องมาจาก ขาดความเข้าใจในแนวความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง อสม.ทำงานภายใต้การวางแผน การกำหนดโครงการ การสั่งการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัญหาขาดการวางแผน การทำงานร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ในชุมชน

4. สรุปแนวทางในการแก้ปัญหาและส่งเสริมให้ อสม.มีส่วนร่วมที่สำคัญโดย อสม.ต้องพัฒนาตัวเอง โดยการศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ เพิ่มเติมอยู่เสมอ จะโดยจากวิธีการได้รับการ อบรม การศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในตัว อสม.ต่อชุมชน ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ ที่จะส่งเสริมให้การสนับสนุน และสร้างแนวคิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงให้กับ อสม. การส่งเสริมในการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในด้านการวางแผนที่สำคัญ อสม.ควรรวมกลุ่มเพื่อวางแผนและกำหนดโครงการแก้ปัญหาให้เป็นไปในทิศทางเดียว และควรจะได้มีการวางแผนร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ในชุมชน เช่น อบต. ในด้านการปฏิบัติ อสม.ต้องติดตาม ให้ความรู้คำแนะนำ ชุมชน ที่รับผิดชอบอย่างจริงจัง โดยการเรียกประชุม หรือเดินไปพูดคุย ในด้านการติดตามประเมินผล จะต้องเดินสำรวจติดตามความร่วมมือของชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน และควรมีแนวทางในการประเมินโดยใช้เกณฑ์การประเมินที่เหมือนกัน ประกาศเชิดชูครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ด้วยระบบสาธารณสุขแล้วนั้น ประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย ๆ อีก 5 องค์ประกอบไม่ว่าจะเป็นด้านบริหารจัดการ ด้านโครงสร้าง การจัดสรรด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการเงินการ

คลัง และการจัดระบบบริการสาธารณสุข การผสมผสานขององค์ประกอบทั้ง 5 มีเป้าหมายอันสูงสุด เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชาติ ในการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ได้ให้ความสนใจในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากเห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแนวคิดที่จะนำพลังหรือศักยภาพของประชาชนมาร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขก็มาจากผลของงานบริการสาธารณสุขที่ไม่สามารถจะมีผลครอบคลุมบริการที่จำเป็นของประชาชนทุกคนได้ การแก้ไขจึงต้องใช้มาตรการทางการแพทย์และสังคมไปพร้อมกัน (Rifkin, 1980 : 16) ดังนั้นโดยกระบวนการของงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถสร้างความเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดีให้เกิดกับประชาชนในชาติได้อย่างทั่วถึงและเกิดความยั่งยืน (sustainability) สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ โดยใช้ต้นทุนในการดำเนินงานน้อย แต่ได้ผลที่ดีต่อสุขภาพ (good health at low cost) อันจะส่งผลให้การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) ทูติยภูมิ (secondary care) และตติยภูมิ (tertiary care) เป็นไปอย่างเหมาะสม รัฐสามารถบริหารจัดการทรัพยากรทั้งทางด้านกำลังคน และงบประมาณ ได้อย่างประหยัดและคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น ดังนั้น อสม.จึงเป็นกลไกที่สำคัญต่อการเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน จากผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะได้นำไปพัฒนาและปรับปรุงให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมต่อพื้นที่ได้โดย

1. ควรจะได้นำไปพิจารณาในระดับนโยบายคือ สำนักสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อนำไปหาแนวทางสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างจริงจัง
2. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง ควรเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลในเรื่องแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางสนับสนุนให้ อสม.ตลอดจนถึงประชาชนในชุมชน เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ในฐานะสถาบันทางการศึกษา ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ควรวางแผนร่วมกัน กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อจัดทำ แผนความต้องการพัฒนาฟื้นฟูความรู้ (training need) ของ อสม.อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรจะได้มีการศึกษาให้มีความครอบคลุมตัวแปรต่างๆ มากขึ้น ดังเช่นตัวแปรบางส่วนที่ได้เพิ่มเติมจากการประชุมกลุ่ม (ผนวก ข) เพื่อให้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของอสม. ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และนอกจากนี้ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ (phenomenology research) เพื่อหาความหมายของการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนในมุมมองของ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ แกนนำชุมชน

2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง อสม. แกนนำชุมชน โดยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (participatory action research) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงในงานสาธารณสุขมูลฐาน

บรรณานุกรม

กานดา วัฒโนภาส และคณะ. 2529. "การศึกษาด้านสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมของมารดา และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร", วารสารกรมการแพทย์, ปีที่ 69 เล่มที่ 2, 156-161.

การพัฒนาชุมชน, กรม. 2518. รายงานการศึกษาการดำเนินงานพัฒนาชุมชนที่ดำเนินการมาแล้ว 5 ปี เขตพัฒนาตำบลตะเคียนเลื่อน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์.
กรุงเทพมหานคร : ส่วนท้องถิ่น.

_____. 2519. การมีส่วนร่วมของประชาชนในรายงานการวิจัยโครงการสารภี ตำบลวังม่วง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร : ส่วนท้องถิ่น.

กระทรวงสาธารณสุข. 2536. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.

กรรณิกา ชมดี. 2524. "การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (สำเนา)

กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ. 2541. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัญจนา ศุภจรรยา. 2527. "การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านการศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในแถบภาคเหนือตอนบน", วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)

กิตติศักดิ์ สิทธิคุณ. 2527. "กองทุนพัฒนาหมู่บ้านมีความหวังแค่ไหน", วารสารเศรษฐกิจและสังคม. (พฤษภาคม - มิถุนายน 2532), 19.

ระบาควิทยา, กง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2538. สรุปรายงานประจำปี.
กรุงเทพมหานคร.

สถิตินสาธารณสุข, กง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . 2536. สรุปรายงานประจำปี.
กรุงเทพมหานคร.

จักรพงษ์ ทองเพชร. 2539. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาจังหวัดที่ใช้บ
ประมาณ ตามข้อเสนอของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสตูล",
วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

จะสะปิ๊ง บารู. 2534. "การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สถิติการตลาดของสมาชิกที่
มีสถานภาพต่างกัน", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขล
านครินทร์. (สำเนา)

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. 2527. การบริหารงานพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

ฉ้าน วุฒิภักดิ์รักษา. 2526. "ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในโครงสร้างงานชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัลดีเด่นของ
ตำบลคุ้มพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (สำเนา)

ฉลาดชาย รมิตานนท์. 2527. "สถานภาพทางเศรษฐกิจ การเมืองสังคมและวัฒนธรรมของสังคม
หมู่บ้านชนบทกับการมีส่วนร่วมของประชาชน วิเคราะห์กรณีภาคเหนือ", ใน การมีส่วน
ร่วมของประชาชนในการพัฒนาศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข, หน้า 115-117.
ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชัย กฤติยาภิชาติกุล และคณะ. 2533-2534. "การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มแม่บ้านในการ ควบคุม ป้องกัน และ รักษาโรคอุจจาระร่วง อำเภอเขาคอง จังหวัดแพร่", ในรายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. 6-37. ม.ป.ท.
- ชิด บุญมาก และคณะ. 2537. "การศึกษาแบบมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดตาก", ในการประชุมวิชาการเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อสนับสนุนสุขภาพดีทั่วหน้าเขต 8 ประจำปี 2537. (บทคัดย่อ). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- ดิเรก ฤกษ์หรั่ง. 2518. การพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์เนต.
- ดุชนี สุทธปรียาศรี. 2531. "การวิเคราะห์ระบบการสาธารณสุขในประเทศไทย", ใน สาธารณสุขศาสตร์ ความก้าวหน้าของการพัฒนาการสาธารณสุขในประเทศไทย. 120. ม.ป.ท.
- ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ. 2537. "การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคเอดส์ ในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่", บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (สำเนา)
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2524. "วิเคราะห์โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย", สังคมศาสตร์การแพทย์. ปีที่ 3 ฉบับที่ 13 (ตุลาคม - ธันวาคม 2524), 8-51.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2527. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา", ใน รายงานการประชุมเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนนโยบายและกลวิธี. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์วรรณ สุขสุพันธ์. 2535. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนราธิวาส", วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

- ธีรชัย บุรพชนก. 2532. "การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพิบาลของหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดระยอง", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)
- ธงชัย สันติวงษ์. 2524. พฤติกรรมผู้บริโภคทางการตลาด. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์. 2527. กลวิธี แนวทางวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2537 "การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการพัฒนาชนบท", วารสารสุขศึกษา, ปีที่ 8 ฉบับที่ 30,67.
- บุศรา กาญจนบัตร และคณะ. 2530. "พฤติกรรมกำป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ", ในเอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วงครั้งที่ 6, 21-22. ม.ป.ท.
- ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ. 2537. "รายงานการศึกษากระบวนการจัดตั้งและดำเนินงาน : ปัจจัยการดำรงอยู่ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน". นครสวรรค์ : สี่แควการพิมพ์. (สำเนา)
- ประกอบ บุญไทย. 2537. "วิทยาการระบาดของโรคอุจจาระร่วง", ในเอกสารการสอนชุดวิชา วิทยาการระบาดและการควบคุมโรคหน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 278-281. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประคอง กรรณสูตร. 2525. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : เจริญผลการพิมพ์.

- ประนอม บุญมี. 2536. "รายงานการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค
อุจจาระร่วง". ในรายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. 6,ม.ป.ท.
- ประเวศ วะสี. 2539. "การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์กับการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน",
หมอบอนามัย. ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2539), 17-22.
- ประยุทธ์ แสงสุรินทร์และคณะ. 2537. "รายงานการศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งและกิจกรรมคสมช. พ.ศ. 2535-2536", ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลัง
นานาวิทยา. (สำเนา)
- ปรีชา ดีสวัสดิ์. 2540. "การสาธารณสุขมูลฐาน", ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการ
สาธารณสุข 1 หน่วยที่ 3 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 150-170. สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรศักดิ์ พัทธพจน์ภรณ์. 2530. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรม
สหกรณ์การเกษตรศึกษาเฉพาะกรณีสหกรณ์การเกษตรบ้านลาดจำกัดจังหวัดเพชรบุรี",
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (สำเนา)
- มัลลิกา มัติโก. 2534. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับ
พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โครงการงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.
- มีคาแอล อุดุลยเกษม. 2538. "ปัจจัยที่มีต่ออิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา
หมู่บ้าน : กรณีศึกษาบ้านทับคริสต์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี", วิทยานิพนธ์
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- เมธี จันท์จารุภรณ์. 2541. "รายงานการศึกษาเรื่อง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเขตเมือง
: การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ควรพิจารณา", ในศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุข
มูลฐาน ภาคกลาง. 31. ม.ป.ท.

- ยุทธนา ศิลปรัสมิ์และคณะ. 2535. "การพัฒนาบทบาทของแม่ตัวอย่างในการควบคุมป้องกัน
 วัณโรคและรักษาโรคอุจจาระร่วง อำเภอเขาค้อชัยสน จังหวัดพิจิตร", ในรายงานการดำเนินงาน
 งานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. 5,22-27. ม.ป.ท.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. 2526. หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
 อнуเคราะห์ไทย.
- วันดี วราวิทย์. 2531. " พฤติกรรมสุขภาพกับโรคอุจจาระร่วง", ในเอกสารประกอบการ
 สัมมนาโรคอุจจาระร่วง ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลราช
 วิทยาลัย 27-29 กรกฎาคม. 85-92. ม.ป.ท.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. 2531. การพัฒนาชุมชนเปรียบเทียบ. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- วรรณี หาวารี และวนัสรา เขาวนนิยม. 2539. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการ
 ดำเนินงาน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน. จังหวัดสิงห์บุรี : มปป.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2526. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- _____. 2537. การวิจัยเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิชาญ สุขสง. 2539. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการก่อการ
 ร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- สกันธ์ จันทรักษ์. 2528. "ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัด
 ตั้งศูนย์เยาวชนตำบล จังหวัดตรัง", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (สำเนา)

- สิทธิพันธ์ ไชยนันท์ และคณะ. 2531. "เปรียบเทียบผลพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำ", วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 18 (มกราคม 2531), 17-29.
- สุจินต์ ดาววีระกุล. 2527. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด นครสวรรค์", วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (สำเนา)
- สุนันทา นิลเพชร. 2539. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของชาวประมงพื้นบ้านชายฝั่งทะเลจังหวัดกระบี่และตรัง", วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- สุภาณี รุ่งเรืองศรี. 2535. "การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสารประชากรศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และ อสม. ของจังหวัดชัยนาท ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานกระทรวงสาธารณสุข", วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์ มหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)
- เสน่ห์ จามริก และคณะ. 2524. นโยบายในการพัฒนาชนบท ชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.
- สมใจ เข้มเจริญ. 2531. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ : ศึกษากรณีตำบลสะเตียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่", วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. 2540. คลังข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข จังหวัดตรัง กลางปี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.
- _____. 2538. รายงานประจำปี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.

- สำราญ จิตมานะ. 2536. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำสตรีในการพัฒนาชุมชน", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2539. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุภรณ์ สุวรรณสิทสกร, รอ. 2529. "การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสภาตำบลต่อโครงการสร้างงานในชนบท (กสช.) ปี 2528 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (สำเนา)
- อารยา วัฒนกิจ. 2526. "ปัจจัยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอคลองหลวง ปทุมธานี", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (สำเนา)
- อคิน ระพีพัฒน์. 2527. "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย", ในการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการพัฒนา, 320,100-101. ทวีทองหงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- อภิชัย พันธเสน. 2539. ความหวังทางออกและทางเลือกใหม่. กรุงเทพมหานคร.
- อุบลวรรณ สืบยุค. 2529. "ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัย ศึกษากรณีการตั้งถิ่นฐานใหม่ของผู้มีรายได้น้อยโครงการพื้นนครบางบัว กรุงเทพมหานคร", วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (สำเนา)

หนังสือและวารสารภาษาอังกฤษ

- Anderson, Dwight. 1952. Rural community Organization. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Berman PA, Davidson GR, and Burger SE. 1988. "Community Base Health Workers Head Start or False Start toward Health for All", Social Science Medicine, p.25.
- Cohen M.J. and N.T. Uphoff. 1977. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design, Imprementation and Evaluation. Rural Development Monograph No. 2 1977 p.1.5.
- Fonaroff, A. 1983. Commnity involement in health system for primary health care SHS/83.6 WHO Geneva.
- Fry, J. 1973. "Self Care : Its place in the total health care system. London", Panel on self care.
- Goods Carter V. 1959. Dictionary of Education. New York : Hill book Company, Inc.
- Harold,F. 1949. A Community Study in Thailand. Local Valley : J.j August, Inc.
- Hay, Donold G. 1985. "Scale for the Measuring of Social Participation of Rural Houshelds", Rural Sociology. p.97.
- Iman S. Mochny. 1983. "Commnity Participation Health and Development : The primary health care approach in Health and Delvelopment Proceeding of

Intergovernmental Meeting in Asia and Pacific 7-10 June". Bangkok.
(Unpublished)

Kasperson, R.E. and Breitbank, M. 1969. "Participation Decentralization and Advocacy planning", Association of American Geography. Research Paper No.25
Washington D.C. p.1-3.

Kaufman, Harold F. 1949. Participation Organization Activities in Selected Kentucky Localities. Kentucky : Agricultural Experimental Station Bullentin.

Levin, L. S. 1976. "Self – Care", American Journal of Nursing. 79 (March), 487-489.

Manoj Sharma. 1996. "The Voluntary Community Health Movement in India : A Strengths Weakness Opportunities and threats (SWOT) Analysis", Journal of Community Health. Vol.21, No.6, p.453-458.

May, D.G. 1951. Social Participation of Individuals in four Rurals. New York :
Harper and Row.

Nelson, Charles E. and Coolic, Verner. 1960. Structure and Change. New York :
Macmillan Co.

Nunally, Jum.C. 1959. Test and Measurement. New York : Mc.Graw-Hill.

Reeder, William W. 1968. "Leadership Development in a Mormon Community".
(unpublished book manuscript).

_____. 1971. Level of Abstraction and Generation and Their Uses.
(mimeographed)

Rifkin SB. 1990. Community Participation in MCH/FP Program : an analysis based on case study materials. WHO Geneva.

Rogers, Everett M. and Shoemaker, Floyd F. 1971. Communication and Innovation : A Cross Cultural Approach. 2nd ed. New York : The Free Press.

Tartar M. 1996. "Community Participation in Health Care the Turkish Case", Social Science Medicine. 42(11), 1493-1500.

Thavitong Hongvivatna, et al. 1968. Alternatives to Primary Health Care Volunteers in Thailand. Center to Health Policy Studies Mahidol University Monograph Series No.5.

White A.T. 1982. "Why community participation : A Discussion of Argument", In Assignment Children, p.18.

* WHO/UNICEF Alma-Ata. 1978. Primary Health Care p.3-4, 50.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม
เรื่อง
การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยคำถาม 5 ตอน คือ
ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 15 ข้อ
ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
มี 20 ข้อ
ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดเจตคติต่อการเป็น อสม. มี 18 ข้อ
ตอนที่ 4 เป็นแบบวัดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มี 20 ข้อ
ตอนที่ 5 แนวคำถามเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
จังหวัดตรัง
2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง
3. คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำผลไปใช้สำหรับการทำวิจัย โดยจะ
เสนอผลในลักษณะรวม
4. การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จได้ด้วยดี หากได้รับความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลจากท่าน

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ข้อมูล
จันทิมา ลิ้มหัน
นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แบบสอบถาม
เรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 15 ข้อ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าคำตอบเพียงคำตอบเดียวตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้ให้
ข้อมูล

	สำหรับนักวิจัย
Question No.....	Questno [] [] []
Interview Date...../...../.....	Interdate [] [] / [] [] [] / [] []
Amphur	Amphurno [] []
Tambol.....	Tambolno [] []
Village	Villageno [] []
1.เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	Sex []
2.สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย หย่าร้าง	Status []
3.ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี	Age []
4.ท่านจบการศึกษาระดับ.....	Educa []
5.ปัจจุบันรายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัวโดยประมาณ.....บาท/เดือน	Income []
6.ท่านอาศัยอยู่ในท้องถิ่นนี้มานาน.....ปี	Live []
7.ท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยวิธีใด () 1. สมัคร () 2. ชาวบ้านคัดเลือก () 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือก	howv []
8.ท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มานาน.....ปี	Longv []
9. การเดินทางมายังสถานีอนามัย () 1. สะดวก () 2. ไม่สะดวก	Transp []
10. ท่านได้พบปะ ร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยครั้งต่อปี	Meet []

สำหรับนักวิจัย

11. ตั้งแต่ท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ท่านได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน.....ครั้ง/ปี

Develop []

12. ท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เพื่อเผยแพร่ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างไรในรอบปี

Support []

() ไม่เคยได้รับ () เคยครั้ง/ปี

13. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลได้ติดตาม นิเทศ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน.....ครั้ง/ปี

Supervise []

14. ท่านได้รับการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างไร

Motiva []

() 1. ดี เพราะ.....

() 2. ไม่ดี เพราะ (ระบุ).....

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง 20 ข้อ
คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว

สำหรับนักวิจัย

- | | |
|---|--------------------|
| <p>1. โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อโดยทางใด</p> <p>() 1. หายใจ</p> <p>() 2. อาหารและน้ำ</p> <p>() 3. ปัสสาวะ</p> | <p>Knowle1 []</p> |
| <p>2. ข้อใดกล่าวถูกต้องในเรื่องของโรคอุจจาระร่วง</p> <p>() 1. โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อโดยการหายใจ</p> <p>() 2. โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อโดยการกินอาหาร</p> <p>() 3. โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง</p> | <p>Knowle2 []</p> |
| <p>3. โรคอุจจาระร่วงเกิดจากสาเหตุใดในข้อต่อไปนี้</p> <p>() 1. ไอ จาม รดหน้าผู้อื่น</p> <p>() 2. มีการกินอาหารและน้ำที่มีเชื้อจุลินทรีย์</p> <p>() 3. การสัมผัสผู้ที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง</p> | <p>Knowle3 []</p> |
| <p>4. องค์ประกอบใดต่อไปนี้ที่ไม่เป็นสาเหตุเอื้อต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง</p> <p>() 1. ช่างบ้านมีอ่างน้ำซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง</p> <p>() 2. มีการสร้างส้วมใกล้แม่น้ำหรือบ่อน้ำ</p> <p>() 3. สมาชิกในครอบครัวชอบรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จร้อนๆ</p> | <p>Knowle4 []</p> |
| <p>5. พาหนะนำโรคที่สำคัญในการเกิดโรคอุจจาระร่วงคืออะไร</p> <p>() 1. แมลงวัน</p> <p>() 2. นู</p> <p>() 3. ไม่มีพาหนะนำโรค</p> | <p>Knowle5 []</p> |
| <p>6. อาการที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงคืออะไร</p> <p>() 1. นายธานิตถ่ายบ่อยครั้งต่อวัน ลักษณะของอุจจาระร่วงเป็นปกติ</p> <p>() 2. นายวิรัช ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน</p> <p>() 3. เด็กอายุ 2 เดือน ถ่ายเหลวเป็นสีเทา 2-3 ครั้ง/วัน</p> | <p>Knowle6 []</p> |
| <p>7. วันนี้ ดช.มานะ อายุ 7 ปี มีอาการถ่ายเหลว 8-9 ครั้ง อุจจาระมีกลิ่น
คาวคล้ายหัวกุ้ง อ่อนเพลียมาก ท่านคิดว่า ดช.มานะเป็นอะไร</p> <p>() 1. โรคอุจจาระร่วง</p> <p>() 2. โรคอุจจาระร่วงรุนแรง</p> <p>() 3. โรคบิด</p> | <p>Knowle7 []</p> |

สำหรับนักวิจัย

- | | |
|--|--------------|
| <p>8. จากข้อ 7 ท่านควรให้คำแนะนำผู้ป่วยปกครอง ดช.มานะอย่างไร</p> <p>() 1. ให้ดื่มน้ำตาลเกลือแร่มากๆ และงดรับประทานอาหาร</p> <p>() 2. ให้นำดช.มานะไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที</p> <p>() 3. แนะนำให้หายาแก้ท้องเสียกิน และดื่มน้ำตาลเกลือแร่มากๆ</p> | Knowle8 [] |
| <p>9. เมื่อมีอาการของโรคอุจจาระร่วงในระยะเริ่มแรกควรปฏิบัติอย่างไร</p> <p>() 1. ซึ้อยาแก้ท้องเสียกิน</p> <p>() 2. ดื่มน้ำตาลเกลือแร่</p> <p>() 3. ไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที</p> | Knowle9 [] |
| <p>10. เมื่อมีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงระยะแรกในครอบครัวของท่าน 1 คน ท่านจะแนะนำเพื่อป้องกันบุคคลอื่นในครอบครัวนี้ได้ได้อย่างไร</p> <p>() 1. ไม่ควรรับประทานอาหารร่วมกัน</p> <p>() 2. ไม่ควรใช้ส้วมร่วมกัน</p> <p>() 3. ปฏิบัติตัวตามปกติ แต่ระมัดระวังความสะอาดของน้ำและอาหาร</p> | Knowle10 [] |
| <p>11. อาหารที่เป็นของเหลวที่ไม่ควรแนะนำให้ผู้ที่ เป็นโรคอุจจาระร่วงกินคืออะไร</p> <p>() 1. น้ำซุบ</p> <p>() 2. นมเปรี้ยว</p> <p>() 3. น้ำข้าว</p> | Knowle11 [] |
| <p>12. วันนี้ นางวิมล ถ่ายเหลว 5 ครั้ง อ่อนเพลียเล็กน้อย ควรแนะนำให้นางวิมลควรรับประทานอย่างไร</p> <p>() 1. ไม่มีข้อห้ามรับประทานได้ทุกประเภท</p> <p>() 2. หลีกเลี่ยงอาหารมัน รสเผ็ด และให้ดื่มน้ำตาลเกลือแร่</p> <p>() 3. ควรดื่มน้ำตาลเกลือแร่</p> | Knowle12 [] |
| <p>13. ท่านจะแนะนำให้แม่บ้าน จัดทำน้ำตาลเกลือแร่ โดยประกอบด้วยอะไรบ้าง</p> <p>() 1. น้ำ เกลือ</p> <p>() 2. น้ำ เกลือ น้ำตาล</p> <p>() 3. น้ำ น้ำตาล</p> | Knowle13 [] |
| <p>14. การให้ความรู้แก่ชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง ข้อใดถูกต้อง</p> <p>() 1. ชยะไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง</p> <p>() 2. อนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดีทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากขึ้น</p> <p>() 3. การล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหารไม่ช่วยให้การเกิดโรคอุจจาระร่วงน้อยลง</p> | Knowle14 [] |

สำหรับนักวิจัย

- | | |
|--|--------------|
| <p>15. การถ่ายจุลจากระไข่ม้วนจะป้องกันไม่ให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้หรือไม่</p> <p>() 1. ได้</p> <p>() 2. ไม่ได้</p> <p>() 3. ไม่แน่ใจ</p> | Knowle15 [] |
| <p>16. การปฏิบัติต่อไปนี้จะทำให้เกิดอาการของโรคอุจจาระร่วงได้</p> <p>() 1. รับประทานผักสดโดยล้างสะอาดแล้ว</p> <p>() 2. ดื่มน้ำประปาที่ผ่านการต้ม</p> <p>() 3. ดื่มนมที่หมดอายุ</p> | Knowle16 [] |
| <p>17. การปฏิบัติต่อไปนี้ข้อใดสามารถป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้</p> <p>() 1. รับประทานอาหารที่เหลือค้างคืนไม่ต้องอุ่น</p> <p>() 2. ทิ้งเศษอาหารหลังบ้าน</p> <p>() 3. ล้างจาน ชาม สะอาดตั้งหักให้แห้งก่อนนำมาใช้</p> | Knowle17 [] |
| <p>18. ข้อใดกล่าวถูกต้องในการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง</p> <p>() 1. ค่าใช้จ่ายในการลงทุนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงจะมากกว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง</p> <p>() 2. โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้</p> <p>() 3. โรคอุจจาระร่วงสามารถป้องกันได้ง่าย</p> | Knowle18 [] |
| <p>19. การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนควรทำอย่างไร</p> <p>() 1. อสม. ให้ความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแก่ชุมชน</p> <p>() 2. ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยวางแผนแก้สาเหตุของปัญหา</p> <p>() 3. อสม. รอดั้รับให้การรักษาผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง</p> | Knowle19 [] |
| <p>20. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงควรเริ่มต้นที่ใคร</p> <p>() 1. ประชาชนในชุมชน</p> <p>() 2. อสม.</p> <p>() 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> | Knowle20 [] |

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติงานเป็น อสม. มี 18 ข้อ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน ช่องตรงข้อความแต่ละข้อตามความรู้สึกที่แท้จริง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับนักวิจัย
	5	4	3	2	1	
1. การเป็น อสม.ทำให้ท่านเป็นที่ยอมรับของชุมชน						Attitu1 []
2. การมี อสม.สามารถเป็นที่พึ่งให้กับประชาชนได้ เมื่อเกิดเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ						Attitu2 []
3. การมี อสม.ทำให้ประชาชนในชุมชนพึ่งตนเองใน การดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้						Attitu3 []
4. การเป็น อสม.ทำให้ท่านได้พัฒนาความรู้ตัวเอง ในการดูแลเรื่องสุขภาพ						Attitu4 []
5. ท่านคิดว่าในปัจจุบันไม่จำเป็นต้องมี อสม.เพราะ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบดูแล สุขภาพ ประชาชนอยู่แล้ว						Attitu5 []
6. การเป็น อสม.มีผลดีเฉพาะครอบครัว แต่ไม่มีผล ต่อชุมชนมากนัก						Attitu6 []
7. การเป็น อสม.ทำให้ท่านมีภาระยุ่งยาก เสียเวลาที่ มีให้แก่ครอบครัว						Attitu7 []
8. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ไม่ สมบูรณ์เพราะมีภาระมาก						Attitu8 []
9.การมี อสม.ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขใน ชุมชนได้อย่างแท้จริง						Attitu9 []
10. อสม.ไม่จำเป็นจะต้องรู้สภาวะการเจ็บป่วยของ ชุมชน						Attitu10 []
11. ภาระงานที่ท่านได้รับมอบหมายจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีมากเกินไป						Attitu11 []
12. สิ่งตอบแทนที่ท่านได้รับไม่เหมาะสม						Attitu12 []
13. ความรู้ที่ท่านมี ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานให้ เป็นที่ยอมรับของชุมชนได้						Attitu13 []
14. ท่านได้รับเกียรติและความไว้วางใจในการปฏิบัติ งานเป็น อสม. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						Attitu14 []

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับนักวิจัย
	5	4	3	2	1	
15. ประชาชนในชุมชนมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นอสม.ของท่าน						Attitu15 []
16. ท่านมีความสุขและพึงพอใจในการปฏิบัติงานของท่าน						Attitu16 []
17. การมี อสม.เป็นการเสริมสร้างความสามัคคีในชุมชนให้ประชาชนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพ						Attitu17 []
18. ท่านมีความภาคภูมิใจในการเป็น อสม.						Attitu18 []

ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดระดับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง มี 20 ข้อ
คำชี้แจง เติมจำนวนหรือคำ ตามความเป็นจริงที่ อสม.ปฏิบัติ

สำหรับนักวิจัย

1. ท่านประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อวางแผนป้องกันโรคอุจจาระร่วงครั้ง/ปี ไม่เคยประชุม เพราะ (ระบุ).....	Par1 []
2. ท่านได้ร่วมประชุมกับ อบต. / สภาตำบล หรือแกนนำหมู่บ้าน เพื่อวางแผนป้องกันการ เกิดโรคอุจจาระร่วงในชุมชนของท่านครั้ง/ปี ไม่เคยประชุม เพราะ (ระบุ).....	Par2 []
3. ท่านได้ร่วมประชุม พูดคุยกับหัวหน้าครอบครัว หรือแม่บ้าน ในชุมชนรับผิดชอบของท่าน เพื่อวางแผนป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงครั้ง/ปี ไม่เคยประชุม เพราะ (ระบุ).....	Par3 []
4. ท่านได้ร่วมวางแผนกับแกนนำชุมชนในการระดมทรัพยากรที่สิ้นจากชุมชนหรือองค์กรเอกชนในการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง เช่น การสร้างเตาเผาขยะ การทำป้ายรณรงค์ครั้ง/ปี ไม่เคยประชุม เพราะ (ระบุ).....	Par4 []

สำหรับนักวิจัย

5. ท่านได้ให้ความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในที่ประชุมของ อบต. /สภาตำบล แกนนำ
ชุมชน วัดครั้ง/ปี Par5 []
ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....
6. ท่านได้ให้ความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงโดยผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน
.....ครั้ง/ปี Par6 []
ไม่เคยร่วมกิจกรรมเพราะ (ระบุ).....
7. ท่านมีบทบาทอย่างไร เมื่อชุมชนของท่านมีกิจกรรมการณรงค์เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง Par7 []
() ไปร่วมและเป็นแกนนำทุกครั้ง () เป็นแกนนำบางครั้ง ไปร่วมทุกครั้ง
() ไม่เป็นแกนนำ แต่ไปร่วมทุกครั้ง () ไม่เป็นแกนนำ ไปร่วมบางครั้ง
() ไม่เคยร่วมกิจกรรม เพราะ (ระบุ).....
8. ท่านให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในชุมชนของท่านมาก Par8 []
น้อยเพียงใด
() ทุกราย () เกือบทุกราย
() บางราย () ได้รักษาน้อยมาก เพราะ.....
() ไม่เคยได้รักษา เพราะ.....
9. ท่านได้แนะนำการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในชุมชนของท่าน Par9 []
มากน้อยเพียงใด
() ทุกราย () เกือบทุกราย
() บางราย () ได้แนะนำน้อยมาก เพราะ.....
() ไม่เคยได้แนะนำ เพราะ.....
10. ท่านได้แนะนำการทำน้ำตาลเกลือแร่ให้กับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในชุมชนของท่านมาก Par10 []
น้อยเพียงใด
() ทุกราย () เกือบทุกราย
() บางราย () ได้แนะนำน้อยมาก เพราะ.....
() ไม่เคยได้แนะนำ เพราะ.....

สำหรับนักวิจัย

- | | |
|--|-----------|
| <p>11. ท่านเคยรณรงค์ให้ครัวเรือนที่ท่านรับผิดชอบดูแลความสะอาดบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง.....ครั้ง/ปี</p> <p>ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....</p> | Par11 [] |
| <p>12. ท่านได้แจ้งข่าวการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงรุนแรงที่ระบาดในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบอย่างน้อยเพียงใด.....ราย</p> <p>ไม่เคยแจ้ง เพราะ.....</p> | Par12 [] |
| <p>13. ท่านได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอบสวนสาเหตุการป่วยของโรคอุจจาระร่วงรุนแรงที่เกิดขึ้นในชุมชนของท่านอย่างน้อยเพียงใด.....ราย</p> <p>ไม่เคยสอบสวน เพราะ.....</p> | Par13 [] |
| <p>14. ท่านได้ติดตามรวบรวมข้อมูลการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงชุมชนที่ท่านรับผิดชอบอย่างน้อย.....ครั้ง/ปี</p> <p>ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....</p> | Par14 [] |
| <p>15. ท่านได้นำเสนอข้อมูลการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงให้แก่ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชนของท่านรับทราบ.....ครั้ง/ปี</p> <p>ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....</p> | Par15 [] |
| <p>16. ท่านได้ติดตามประเมินผลการใช้น้ำดื่มที่สะอาดของชุมชนที่ท่านรับผิดชอบครั้ง/ปี</p> <p>ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....</p> | Par16 [] |
| <p>17. ท่านได้ติดตามประเมินผลการดูแลบ้านเรือนให้สะอาดไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงนำโรคของชุมชนที่ท่านรับผิดชอบ.....ครั้ง/ปี</p> <p>ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....</p> | Par17 [] |
| <p>18. ท่านได้ติดตามประเมินผลการกำจัดขยะ ของชุมชนที่ท่านรับผิดชอบ.....ครั้ง/ปี</p> <p>ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....</p> | Par18 [] |

สำหรับนักวิจัย

19. ท่านได้ติดตามประเมินผลการใช้และใช้ส้วม ของชุมชนที่ท่านรับผิดชอบ.....ครั้ง/ปี ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....	Par19 []
20. ท่านได้ติดตามประเมินผลการปรุงและจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มของร้านค้าในหมู่บ้าน ให้ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร.....ครั้ง/ปี ไม่เคยปฏิบัติ เพราะ (ระบุ).....	Par20 []

ตอนที่ 5 แนวคำถามปัญหา ข้อเสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรค
อุจจาระร่วง จังหวัดตรัง
คำชี้แจง เขียนตามความรู้สึกและความคิดเห็นตามความเป็นจริงของ อสม.

1. ปัญหาในการปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. มีอะไรบ้าง เนื่องจากอะไร และควรแก้ไขอย่างไร
.....
.....
2. ควรมีการดำเนินการอย่างไรบ้างที่จะให้ อสม. ได้ร่วมวางแผนเพื่อหาสาเหตุการเกิดปัญหาโรคอุจจาระร่วงใน
ชุมชน และวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว
.....
.....
3. ควรมีการดำเนินการอย่างไรบ้างที่จะให้ อสม. ได้ร่วมดำเนินการ หรือลงมือปฏิบัติ ในการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงได้มากขึ้น
.....
.....
4. ควรมีการดำเนินการอย่างไรบ้างที่จะให้ อสม. ได้ร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงได้มากขึ้น
.....
.....
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้การช่วยเหลือ หรือสนับสนุนอย่างไรบ้างที่จะส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในชุมชนได้มากขึ้น
.....
.....

ภาคผนวก ข

การประชุมกลุ่ม (Focus Group)

วันเสาร์ที่ 18 ธันวาคม 2542 เวลา 13.30 – 16.45 น.

ณ ที่ทำการกลุ่ม อสม. ตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

สมาชิกร่วมประชุมกลุ่ม

1. นางสุจินต์	แก้วกล้า	อายุ 55 ปี	ประธาน อสม.ตำบลนาท่ามเหนือ อ.เมือง
2. นายจิตร	โออินทร์	อายุ 52 ปี	ประธาน อสม.ตำบลบ้านโพธิ์ อ.เมือง
3. นางวรรณภา	ชูช่วย	อายุ 45 ปี	ประธาน อสม.ตำบลลำภูรา อ.ห้วยยอด
4. นางฉวีวรรณ	เพชรฤทธิ์	อายุ 40 ปี	อสม. หมู่ 3 ต.นาท่ามเหนือ อ.เมือง
5. นางละออ	ทองรักษ์	อายุ 32 ปี	อสม. หมู่ 5 ต.นาท่ามใต้ อ.เมือง
7. นายผล	แก้วนวล	อายุ 52 ปี	อสม. หมู่ 12 ต.นาท่ามเหนือ อ.เมือง
8. นายวิวัฒน์	แช่ลิ้ม	อายุ 27 ปี	อสม. หมู่ 8 ต.ลำภูรา อ.ห้วยยอด

ผู้นำการประชุมกลุ่ม

นางจันทิมา ลิ้มหัน นักวิจัย

ผู้จัดบันทึกการประชุมกลุ่ม

นายนิพนธ์ ลิ้มหัน

แนวคำถามการประชุมกลุ่ม

1. การปฏิบัติงานในบทบาท อสม. เพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง เพราะอะไร ควรหาแนวทางแก้ปัญหานั้นอย่างไร
2. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน เพราะอะไร และควรแก้ไขอย่างไร
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสนับสนุนส่งเสริมการทำงานของท่านอย่างไรบ้าง

การประชุมกลุ่ม (Focus Group)

วันอาทิตย์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2543 เวลา 13.30 – 16.45 น.

ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

สมาชิกร่วมประชุมกลุ่ม

1. นายจัด	จันทร์เพชร	อายุ 72 ปี	นายกเทศมนตรี
2. นายวิทย์	ชูช่วย	อายุ 38 ปี	เทศมนตรีด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข
3. นายบุญลือ	ฉิมเพชร	อายุ 42 ปี	รองประธานสภาเทศบาลตำบล
4. นางประภา	ทองขาวแก้ว	อายุ 60 ปี	สมาชิกเทศบาล
5. นายวิศิษฐ์	ทองขาวแก้ว	อายุ 36 ปี	สมาชิกเทศบาล
6. นางวิมลรัตน์	ส่งแสง	อายุ 48 ปี	สมาชิกเทศบาล

ผู้นำการประชุมกลุ่ม

นางจันทิมา ลิมหัน นักวิจัย

ผู้จัดบันทึกการประชุมกลุ่ม

นายนิพนธ์ ลิมหัน

แนวคำถามการประชุมกลุ่ม

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน เพราะอะไร และควรแก้ไขอย่างไร
2. อสม. ควรมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขในชุมชนต่อไปอย่างไร

การประชุมกลุ่ม (Focus Group)

วันเสาร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2543 เวลา 13.30 – 16.45 น.
ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

สมาชิกร่วมประชุมกลุ่ม

1. นายไพฑูรย์	ทองรักษ์	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข
2. นายเสงห์	นุธรรมโชติ	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข
3. นายสุนทร	ปราบเขต	นักวิชาการสาธารณสุข
4. นายถนง	บุญดนม	นักวิชาการสาธารณสุข
5. นางสมศิริ	ทองรักษ์	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข

ผู้นำการประชุมกลุ่ม

นางจันทิมา	ลิ้มหัน	นักวิจัย
------------	---------	----------

แนวคำถามการประชุมกลุ่ม

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง เพราะอะไร และควรแก้ไขอย่างไร
2. อสม. ควรมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขในชุมชนต่อไปอย่างไร

ตาราง 11 สรุปประชุมกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

ตัวแปรที่ศึกษา	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ(ประชุมกลุ่ม)		
		อสม.	แกนนำชุมชน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
1. เพศ	✓	✓	✓	✓
2. สถานภาพสมรส	✓	✓	✓	✓
3. อายุ	✓	✓	✓	✓
4. ระดับการศึกษาของอสม.	✓	-	✓	✓
5. รายได้	✓	✓	✓	✓
6. ความรู้ในการป้องกันโรค อุจจาระร่วง	✓	✓	✓	✓
7. เจตคติต่อการเป็นอสม.	✓	✓	✓	✓
8. ความยาวนานการอาศัยใน ท้องถิ่น	✓	-	-	✓
9. ลักษณะการเข้าเป็นอสม.	✓	-	-	✓
10. ระยะเวลาเป็นอสม.	✓	✓	✓	✓
11. ความสะดวกในการเดินทาง ติดต่อสถานเฝ้าระวัง	✓	-	✓	✓
12. การพบปะร่วมประชุมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	✓	✓	✓	✓
13. การอบรมเพิ่มเติมความรู้ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	✓	✓	✓	✓
14. การสนับสนุนวัสดุจากเจ้า หน้าที่สาธารณสุข	✓	✓	✓	✓
15. การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	✓	✓	✓	✓
16. การติดตามนิเทศจากเจ้า หน้าที่สาธารณสุข	✓	✓	✓	✓
17. เจตคติต่อเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	-	✓	✓	✓
18. ความเข้มแข็งของชุมชน	-	✓	✓	✓

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ(ประชุมกลุ่ม)		
		อสม.	แกนนำชุมชน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
19. เขตเมืองและชนบท	-	✓	✓	✓
20. ระดับการศึกษาของคนในชุมชน	-	✓	✓	✓
21. ศาสนา	-	-	✓	✓
22. อสม. ในเขตที่ตั้งของสถานีอนามัย	-	✓	✓	✓
23. การประกอบอาชีพ	-	✓	✓	✓

จากตาราง 11 พบว่านอกเหนือจากตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาตามกรอบแนวคิดแล้ว ยังมีตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง ซึ่งได้จากการประชุมกลุ่มกับกลุ่มต่างๆ คือ อสม. ที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แกนนำชุมชนในที่นี้เป็นสมาชิกเทศบาลตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความคิดเห็นว่า เจตคติของอสม. ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. หากอสม. มีเจตคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอันจะมีผลต่อไปในการมีส่วนร่วมของอสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรปรับบทบาทตนเองต้องเป็นแบบอย่างในการทำงานที่ดีต่ออสม.

ความเข้มแข็งของชุมชน การรวมตัวของชุมชนที่เข้มแข็งและมีบทบาทที่ชัดเจนต่อชุมชน ทำประโยชน์ให้ชุมชนอย่างแท้จริง การเสียสละของผู้แทนชุมชน การทำงานอย่างจริงจัง จะมีผลต่อการประสานงานให้เกิดการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครต่างๆ ที่มีในชุมชน ให้สามารถทำงานประสานเพื่อประโยชน์ของตนเองและชุมชนได้ ทั้งนี้การทำงานทุกอย่างของอาสาสมัครในชุมชน ต้องมีการวางแผนร่วมกันอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง อสม.ไม่ควรจะเป็นเพียงการทำงานภายใต้การสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น นอกจากนี้ชุมชนใดที่ขาดความเข้มแข็งของชุมชน จะมีผลให้ อสม. ดำเนินงานตามที่คาดหวังไม่ได้เนื่องจากขาดอำนาจในการจัดการในชุมชน ดังเช่นปัญหาการกำจัดขยะที่จะมีผลต่อการระบาดของโรคอุจจาระร่วงได้

การเป็นเขตเมืองและชนบท อาจจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ได้เนื่องจาก การดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเขตเมือง ชุมชนเร่งรีบในการประกอบอาชีพ และส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่น การอยู่ในชุมชนไม่เป็นเวลา จึงไม่มีเวลาสนใจในกิจกรรมที่อสม. เสนอให้ ทำให้ อสม. ขาดความพยายามในการดำเนินงานได้

ระดับการศึกษาของคนในชุมชน น่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. สมาชิกของชุมชนที่มีการศึกษาในระดับที่สูง ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า จะขาดความไว้วางใจและการเชื่อถือต่ออสม. ที่มีความรู้และระดับการศึกษาที่น้อยกว่า ดังนั้นต้องยกระดับการศึกษาของอสม. และพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

ความเชื่อทางด้านศาสนาบางประการอาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ในชุมชนได้

อสม. ที่อาศัยอยู่ในเขตที่ตั้งของสถานีนอนามัย อาจมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้น้อยกว่า
เนื่องจากสมาชิกในชุมชนมีโอกาส ในการพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้สะดวก และรวดเร็ว มั่นใจและปลอดภัย
กว่า

การประกอบอาชีพอาจเป็นผลให้อสม. มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ เนื่องจากงานบาง
อย่างอาจทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการทำงานร่วมกับกลุ่ม หรือเวลาไม่สอดคล้องกันในการทำงานร่วมกัน

นอกจากนี้ ยังเห็นว่า อสม. ต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละต่อส่วนรวม ตั้งใจจริงในการทำงาน บทบาทที่
สำคัญต่อชุมชนคือ การเป็นผู้คอยเตือน และแนะนำให้กับสมาชิกในชุมชนในเรื่องของสุขภาพ ให้รับผิดชอบครัว
เรือนน้อยลง เช่น 3-4 หลังคาเรือน/คน และต้องสร้างจิตสำนึกต่อการเป็น อสม. โดยทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพต่อตน
เองและชุมชน โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนที่เป็นเรื่องเงินทองมากนัก อสม. ไม่ควรรวมกลุ่มกันเพื่อต่อรองด้าน
สวัสดิการ แต่ให้มุ่งหวังต่อด้านสุขภาพมากกว่าและในการดำเนินงานที่สำคัญ จะต้องประสานการทำงานกับแกน
นำของชุมชนอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องสนับสนุนการทำงานทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ การให้ความรู้
ด้านวิชาการอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ภาคผนวก ค

แนวการให้คะแนนแบบสอบภาคตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 5, ข้อ 6, ข้อ 10, ข้อ 14 - 20

ระดับ	5	มีการประชุม	10-12 ครั้ง/ปี
ระดับ	4	มีการประชุม	6-8 ครั้ง/ปี
ระดับ	3	มีการประชุม	3-5 ครั้ง/ปี
ระดับ	2	มีการประชุม	1-2 ครั้ง/ปี
ระดับ	1	ไม่เคยประชุม	

ข้อ 4

ระดับ	5	มีการวางแผน	3 ครั้ง/ปี
ระดับ	4	มีการวางแผน	2 ครั้ง/ปี
ระดับ	3	มีการวางแผน	1 ครั้ง/ปี
ระดับ	2	มีการวางแผนเป็นบางปี	
ระดับ	1	ไม่เคยวางแผนในรอบปี	

ภาคผนวก ง

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง กับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x10	x11	x12	x13	x14	x15	x16
Y	.062	-.052	-.020	.105	-.020	.033	.213	.068	-.020	.068	.059	.098	.274	.311	.222	.077
X1	1.000	-.095	-.094	.024	-.092	.036	.066	-.055	.092	-.055	.027	-.014	.079	.119	.106	.117
X2		1.000	.088	.139	.056	-.004	.025	.071	-.022	.071	.029	.054	.014	-.077	.024	.022
X3			1.000	.263	-.013	-.137	-.041	.684	-.231	.504	.004	.021	.011	-.023	.043	-.066
X4				1.000	-.081	-.154	-.133	.207	.080	.155	-.051	.186	.187	-.003	.061	-.045
X5					1.000	.043	.043	-.091	-.045	.056	-.038	.002	-.020	-.014	-.034	.101
X6						1.000	.091	-.052	.000	-.072	-.008	.031	.038	.013	.124	.046
x7							1.000	-.038	.043	.034	.053	.079	.078	.200	.025	.066
X8								1.000	-.170	.456	-.014	.038	.026	-.035	.015	-.066
X9									1.000	-.182	.027	.100	.069	-.008	-.012	.028
X10										1.000	-.030	.145	.088	.089	.140	.037
X11											1.000	.066	.007	.075	.028	.135
X12												1.000	.247	.170	.255	.004
X13													1.000	.528	.424	.053
X14														1.000	.404	.163
X15															1.000	.170
X16																1.000

จากตาราง 12 ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง

Y	= การมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง
X1	= เพศ
X2	= สถานภาพสมรส
X3	= อายุ
X4	= ระดับการศึกษา
X5	= รายได้
X6	= ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
X7	= เจตคติต่อการเป็น อสม.
X8	= ความยาวนานในการอาศัยในท้องถิ่น
X9	= ลักษณะการเข้าเป็นอสม.
X10	= ระยะเวลาการเป็นอสม.
X11	= ความสะดวกในการเดินทางติดต่อระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานีอนามัย
X12	= การพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
X13	= การอบรมเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
X14	= การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเผยแพร่ความรู้จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
X15	= การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
X16	= การติดตามนิเทศการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงของ อสม. กับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	X	S.D.
การมีส่วนร่วมของอสม.(คะแนน)	2.8858	.6274
เพศ (หญิง = 1)	.7684	.4224
สถานภาพสมรส (คู่ = 1)	.8605	.3469
อายุ(ปี)	39.89	8.60
ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา = 1)	.7684	.4224
รายได้ (บาท)	4868.42	2717.05
ความรู้ (คะแนน)	16.2079	1.9765
เจตคติ (คะแนน)	3.9908	.3353
ความยาวนานที่อยู่อาศัย (ปี)	34.76	13.26
การเข้าเป็นอสม.(สมัคร = 1)	.4816	.5003
ระยะเวลาเป็นอสม.(ปี)	6.17	4.04
ความสะดวกการเดินทาง (สะดวก = 1)	.8605	.3469
การพบปะร่วมประชุม(ครั้ง)	9.11	3.50
การอบรมเพิ่มเติม(ครั้ง)	3.92	2.70
การได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์(ครั้ง)	2.62	2.68
การติดตามนิเทศ(ครั้ง)	3.50	2.36
การเสริมสร้างขวัญ(ดี = 1)	.9211	.2700

จากตาราง 13 การมีส่วนร่วมของอสม.การป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรังอยู่ในระดับปานกลาง อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสเป็นคู่ อายุเฉลี่ยไม่เกิน 40 ปี มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา รายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท เฉลี่ย 4,900 บาท มีความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับสูง เจตคติเป็นบวกต่อการเป็น อสม. เป็นผู้ที่อาศัยในท้องถิ่นนั้นๆ มากกว่า 10 ปี เป็น อสม. โดยการสมัคร และเป็นอสม.น้อยกว่า 5 ปี มีความสะดวกในการเดินทางเพื่อติดต่อกับสถานีอนามัย มีการพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า 7 ครั้ง/ปี ได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้ เฉลี่ย 4 ครั้ง/ปี ได้รับสนับสนุนวัสดุเผยแพร่ความรู้เฉลี่ย 3 ครั้ง/ปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ย 4 ครั้ง/ปี การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางจันทิมา	ลิ้มหัน
วัน เดือน ปีเกิด	5 กันยายน 2503	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ปริญญาตรี	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา	2526

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุข 6 ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลตรัง ปฏิบัติราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จังหวัดตรัง ตั้งแต่ มกราคม 2540