

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลการให้บริการงานด้านสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวงเหนือ ในด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คลอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคไข้เลือดออก
2. งานสาธารณสุขในท้องถิ่น
3. การประเมินผลด้านสาธารณสุข
4. การมีส่วนร่วมของประชาชน
5. การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

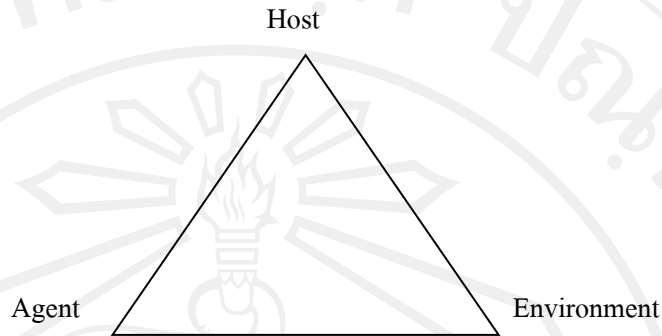
2.1 โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทย และประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์เกิดจากไวรัส เดงกี จึงเรียกว่า Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ซึ่งนับว่าเป็นโรคไข้เลือดออกที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และการแพทย์ เพราะมีผู้ป่วยปีละจำนวนมาก และผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจเกิดภาวะช็อก ซึ่งทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โรคนี้ นับได้ว่าเป็นโรคที่เกิดใหม่ (Emerging Disease) เมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้ว โดยเริ่มระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2497 และระบาดในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 ส่วนใหญ่จะเป็นกับเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ในผู้ใหญ่พบได้ประปราย (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2541: 1)

ระบาดวิทยาของโรค

ทฤษฎีในทางระบาดวิทยาถือว่าการเกิดโรค และการกระจายของโรคใดๆ เกิดจากอิทธิพลขององค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ Host สิ่งแวดล้อม และเชื้อโรค หรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค (Agent) โดยให้ความสำคัญของ 3 องค์ประกอบเท่าๆ กัน ความไม่สมดุลระหว่าง

ปัจจัยองค์ประกอบทั้ง 3 อย่าง จะมีผลต่อการเพิ่ม หรือลดลงในความถี่ของโรคได้ (The Epidemiologic Model)



ปัจจัยด้าน Host และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดความไวต่อโรค และโอกาสในการสัมผัสโรค (Susceptibility and Exposure to Agent) และตัวเชื้อโรค (Agent) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคโดยตรง

ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการได้แก่ บุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื้อไวรัสไข้เลือดออกเด็งกีไวรัส (Dengue Virus) มี 4 สายพันธุ์ (Serotypes) คือ DEN 1-4 และมียุงลาย (Aedes Aegypti) เป็นพาหนะนำเชื้อไวรัสไข้เลือดออกมาสู่คน

การกระจายของโรคตามบุคคล : โรคไข้เลือดออกพบได้ทั้งเพศหญิง และเพศชาย และทุกกลุ่มอายุ แต่อายุที่พบมากที่สุดคือ 5-14 ปี (ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทุกกลุ่ม) อายุที่พบน้อยที่สุดคือ 50 วัน ที่โรงพยาบาลเด็ก (สุจิตรา นิมนานนิตย์, 2541 : 7)

การกระจายของโรคตามเวลา : โดยจะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากในฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมเป็นต้นไป และสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม ปัจจุบันพบได้ตลอดปี

2.2 งานสาธารณสุขในท้องถิ่น

สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2540) ได้ศึกษางานสาธารณสุขเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งประเทศ รวมทั้งได้กำหนดไว้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานไว้ในรัฐธรรมนูญว่า รัฐบาลจะต้องดำเนินการเพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยรัฐบาลได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการแสดงบทบาทดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามยังมีหน่วยงานที่อยู่ในสังกัด กระทรวง ทบวง กรมอื่น ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และราชการบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการให้บริการด้านนี้ในพื้นที่รับผิดชอบคนไทยทุกคนไม่จำกัดในเรื่องเพศ อายุ

อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความปกติสุขทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม โดยประกอบด้วยการเกิด และเติบโตในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น การได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภค และมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ

การมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และเป็นธรรม การอยู่ในชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ การดำรงชีวิต และประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย และสุดท้าย คือ การมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ งานสาธารณสุขสุขเป็นภารกิจหน้าที่ของรัฐที่ต้องให้บริการแก่ประชาชนทุกคนอย่างครบวงจรตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย งานสาธารณสุขในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบไปด้วยงานต่างๆ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. งานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัย (Promotive) คือ บริการที่ให้กับประชาชนทุกเพศทุกวัยตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงวัยชรา เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งสภาพทางกาย จิตใจ และสังคม โดยเริ่มจากการให้บริการแก่ประชาชนที่อยู่ในภาวะปกติ หรืออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรืออยู่ในภาวะที่เป็น โรคก็ได้ ซึ่งบริการเหล่านี้ ได้แก่ การวางแผนครอบครัวเป็นบริการวางแผนครอบครัวแก่กลุ่มเป้าหมายหญิงชายวัยเจริญพันธุ์ ด้วยวิธีการให้ความรู้ และให้บริการวางแผนครอบครัว ซึ่งควรจัดบริการนี้ควบคู่กับการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก การอนามัย เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โครงการโภชนาการเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกายอันจะทำให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง โดยการให้โภชนาการศึกษาเฝ้าระวัง และติดตามภาวะโภชนาการ การอนามัยโรงเรียนเป็นบริการส่งเสริมป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน ให้มีภาวะสุขภาพปกติ ปราศจากโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียน และการเจริญเติบโตตามวัยด้วยการให้ความรู้ เพื่อปลูกฝังค่านิยมในการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ และให้บริการอนามัยโรงเรียน

การสุขศึกษาเพื่อให้เกิดการครอบคลุมทุกงานจึงสามารถแบ่งงานให้สุขศึกษาได้ 3 ประการ คือ สุขศึกษาในชุมชน สุขศึกษาในโรงเรียน และสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข การทันตสาธารณสุข เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพปาก และฟัน โดยการให้ทันต-สุขศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป และสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ เด็กระดับประถมศึกษาจะ

จัดบริการดูแลทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี (Incremental Dental Care) ด้วยการให้ทันตสุขศึกษาในโรงเรียน เพื่อให้เด็กมีสุขนิสัยที่ดีสามารถระวังรักษาทันตสุขภาพของตนเองได้ และให้บริการทันตกรรมป้องกันโดยใช้น้ำยาฟลูออไรด์อมบ้วนปาก

2. งานป้องกัน และอุบัติเหตุ และควบคุม โรค (Preventive) คือ การบริการให้กับประชาชนที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่ได้เจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ และกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความสนใจเห็นความสำคัญ และความจำเป็นของการมีสุขภาพดีซึ่งระดับของการป้องกันโรคสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ การป้องกันระดับที่ 1 (Primary Prevention) เป็นการป้องกันระยะแรก ซึ่งสำคัญมาก เนื่องจากการป้องกันในขณะที่ยังไม่เกิดโรค การป้องกันระดับที่ 2 (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันในขณะที่เริ่มมีอาการของโรค ซึ่งสามารถเรียกกระแสนี้ได้ว่า Early Diagnosis and Treatment เพื่อป้องกันไม่ให้โรคนั้นมีการแพร่กระจายออกไป การป้องกันระดับที่ 3 (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกัน ในขณะที่เป็นโรค เพื่อไม่ให้โรคระบาดแพร่กระจายไปยังผู้อื่น

วิธีดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค การป้องกันโรคติดต่อต่างๆ โดยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยผู้ใหญ่ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมด้วยการจัดหาน้ำดื่ม น้ำใช้ให้ประชาชนบริโภค การกำจัดของเสีย และพาหะนำโรค และบริการอาชีวอนามัย เพื่อป้องกันโรคภัยที่อาจเกิดจากการประกอบอาชีพ การเฝ้าระวังโรค ได้แก่ การรายงานการเกิดโรค การรวบรวมวัสดุส่งตรวจหาเชื้อ การติดตามศึกษาสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรค การรายงานโรค และสถานการณ์ของโรค ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาด ทั้งในและนอกประเทศอย่างสม่ำเสมอ

3. การรักษาพยาบาล (Curative) เป็นการให้บริการในลักษณะดังนี้ จัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน จัดให้มีระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาที่ถูกต้องทุกระดับมีการประสานงานด้านการรักษา เพื่อการติดตามผลการตรวจวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมา

4. งานการฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ (Rehabilitative) เป็นการบริการที่จัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย และจิตใจภายหลังการป่วย ให้กลับเข้าสู่ภาวะสภาพปกติ หรือใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข ซึ่งวิธีการให้บริการ โดยการกายภาพบำบัด และการให้คำปรึกษา แนะนำ บทบาทความเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ (เกษม วัฒนชัย, 2548: 6) (อ้างอิง ประชาบดี มุขแดง, 2543 : 15)

มิตินงานด้านสาธารณสุข ทั้ง 4 ด้าน ควรจัดให้มีการครอบคลุมผสมผสานการให้บริการ ทั้งงานการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัย งานป้องกัน และอุบัติเหตุ และควบคุมโรค เรียกรวมกันว่า

“การสร้างสุขภาพ” โดยให้ทำก่อนเกิดโรค ทั้งงานการรักษาพยาบาล และงานการฟื้นฟูสภาพ ผู้รับบริการ เรียกรวมกันว่า “การซ่อมสุขภาพ” “การสร้างสุขภาพ” เป็นมาตรการที่ประชาชนช่วยตัวเองได้มากกว่า “การซ่อมสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย และได้รับบริการรวดเร็ว คุ่มค่า โดยให้บริการแบบบูรณาการ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพไปพร้อมๆ กันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย ทั้งในภาวะที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลและเชื่อมต่อจากบุคคลไปสู่ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สามารถพึงตนเองได้

2.3 การประเมินผลด้านสาธารณสุข

นักวิชาการ และนักวิจัย ได้ให้ความหมายของการประเมินผลไว้หลายท่าน ดังนี้ Dror (1986) ได้ให้ความหมายของ “การประเมินผล” คือ การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตรงกับผลที่คาดว่าจะได้รับ

Franklin and Thrasher, 1976 (อ้างใน ประชาบดี มุ่ยแดง, 2543 : 15) ได้ให้ความหมายของ “การประเมินผล” ว่าเป็นกิจกรรมการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ความหมายจากข้อเท็จจริง เพื่อหาวิธีปรับปรุง และบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของแผนงาน/โครงการ

จากความหมายข้างต้น พอสรุปได้ว่า “การประเมินผล” หมายถึง กระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการดำเนินงาน ตามแผนงาน/โครงการนั้น กับเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินคุณค่า ตลอดจนวินิจฉัยทางเลือก เพื่อปรับปรุงแผนงาน/โครงการนั้นให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ และวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการ

หลักการสำคัญของการประเมินผล คือ การประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการดำเนินงานที่มีความสำคัญ ซึ่งจะให้ข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงาน (Performance) ว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือมีคุณค่าหรือไม่ ธรรมชาติของการประเมินนั้นจะเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง (Fact) และค่านิยม (Values) ซึ่งจะมีเกณฑ์ในการประเมิน และยังเกี่ยวข้องกับค่านิยมของผู้ประเมิน และสังคมในการพิจารณาตัดสินผลการดำเนินงานนั้นด้วย

การติดตาม (Monitoring) และการประเมินผล การติดตามเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญของกระบวนการดำเนินงาน และเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของกระบวนการบริหารงาน เมื่อได้มีการดำเนินการกำหนดนโยบาย หรือนโยบายไปปฏิบัติแล้ว จำเป็นต้องมีการติดตามผล เพื่อตรวจสอบเป็นระยะๆ ว่า นโยบาย หรือแผนงาน หรือโครงการนั้น ดำเนินไปตามกำหนดหรือไม่

มีปัญหา และอุปสรรคอย่างไร ได้ผลงานตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ให้ประโยชน์ คຸ່ມทุนหรือไม่ และเพื่อที่จะได้แก้ปัญหานั้นขณะปฏิบัติได้ทันทั่วทั้ง การประเมินผลมีความหมายที่ เจาะจง และใช้ระเบียบที่เคร่งครัดกว่าการติดตามผล และบางครั้งได้นำเอาการติดตาม (Monitoring) และการประเมินผลมาใช้ร่วมกัน เพื่อที่จะได้คำตอบ และข่าวสารเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ได้ ครบถ้วนสมบูรณ์

วัตถุประสงค์ และความสำคัญของการติดตาม และประเมินผล

1. เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่เป็นจริงของการดำเนินงาน รวมทั้งแผนงาน และ โครงการ ดังกล่าว ในด้านปัจจัยนำเข้าในกระบวนการของการดำเนินงาน กระบวนการปฏิบัติตามนโยบาย เพื่อที่จะได้นำเอาการติดตาม และการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามที่ต้องการ
2. เพื่อที่จะได้ทราบผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่าเป็นไปตามที่มุ่งหวังหรือไม่
3. เพื่อที่จะนำผลการประเมินมาพิจารณาปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงาน ให้ได้ผลตาม เกณฑ์ที่ต้องการ

เกณฑ์ (Criterion) ในการประเมินผล

รัชนี บัณฑิต (2540: 186) กล่าวถึง การกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน โครงการว่า เกณฑ์ หมายถึง สิ่งที่ใช้เป็นหลักสำหรับการตัดสินใจ ซึ่งกำหนดเกณฑ์เพื่อประเมินผลโครงการ มี 2 วิธี คือ การกำหนดเกณฑ์สมบูรณ์ หมายถึง หลักที่ใช้ตัดสินใจ ซึ่งมีการกำหนดล่วงหน้าอย่างชัดเจน ตายตัว เกณฑ์อาจถูกกำหนดโดยผู้รู้ และผู้เกี่ยวข้องกับโครงการนั้นมาร่วมกันกำหนด เป็นเกณฑ์ที่ ให้โอกาสในการเลือกตัดสินใจต่อโครงการเพียงทางเลือกเดียว และการกำหนดเกณฑ์สัมพัทธ์ หมายถึง การใช้หลักการตัดสินใจต่อผลการดำเนินโครงการใดโครงการหนึ่ง โดยการนำไป เปรียบเทียบกับผลของอีกโครงการหนึ่งที่มีลักษณะเดียวกัน หรือเปรียบเทียบกับผลของโครงการ เดิม ที่เคยดำเนินการผ่านมา เป็นการเปิดกว้าง หรือให้โอกาสทางเลือก และได้สรุปว่าไม่เป็นการ กำหนดเกณฑ์ประเภทใดสำหรับการประเมินโครงการ ถ้าจะให้เกณฑ์เป็นที่ยอมรับ และนำมาใช้ได้ อย่างเหมาะสมที่มาของเกณฑ์ดังกล่าว ควรได้มาจากหลายแห่งรวมกัน ซึ่งประกอบด้วยคณะผู้ทำ การประเมินโครงการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือเจ้าของโครงการ และผู้รับผลจากโครงการ

รูปแบบการประเมินผลที่ผู้ศึกษานำมาเป็นกรอบความคิด หรือแบบแผนในการประเมิน คือ การดำเนินงานทุกขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กำหนด ผลการดำเนินงานจะเกิด ประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบการประเมินดังกล่าว เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Object Based Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการตรวจสอบผลที่คาดหวังได้เกิดขึ้นหรือไม่ หรือประเมินโดย ตรวจสอบผลที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานโครงการ ว่าบรรลุจุดมุ่งหมายที่

กำหนดไว้หรือไม่ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของ Tyler (สัทกรี วิบูลย์, 2542) ได้ให้ความหมายของการประเมิน คือ การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ โดยมีความเชื่อว่าจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน รัดกุม และจำเพาะเจาะจงแล้ว จะเป็นแนวทางช่วยในการประเมินได้เป็นอย่างดีในภายหลัง โดยเน้นการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการให้อยู่ในรูปของวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแล้ว ประเมินความสำเร็จของวัตถุประสงค์เหล่านั้น โดยมีแนวความคิดว่าโครงการตรงตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ แนวคิดลักษณะนี้เรียกว่าแบบจำลองยึดความสำเร็จของจุดมุ่งหมายเป็นหลัก

รัตนะ บัวสนธิ์ (การประเมินผลโครงการ การวิจัยเชิงประเมิน, 2540:99) ได้ให้ความหมายของรูปแบบการประเมินโครงการว่า หมายถึง กรอบแนวคิด คำโครง หรือร่างในการประเมินโครงการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาพรวมทั้งหมดเกี่ยวกับการประเมินโครงการ

Juchman, E.A (1976 อ้างใน รัตนะ บัวสนธิ์, 2540 : 99) และคณะได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน เรียกว่า ชิปโมเดล (CIPP Model) เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาวัตถุประสงค์ของการประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ คำว่า CIPP เป็นคำย่อมาจากคำว่า Context, Input, Process และ Product โดย Juchman ได้ให้ความหมายว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สำคัญมุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Input Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

การวิจัยเชิงประเมินผลนักวิชาการ และนักวิจัยได้พยายามให้ความหมายของการประเมินในลักษณะที่แตกต่างกันหลายลักษณะ ถ้าจะจัดกลุ่มแนวคิดต่างๆ ให้เป็นหมวดหมู่ แต่ละกลุ่มแนวคิดได้สะท้อนถึงนิยาม หรือความหมายของการประเมินที่แตกต่างกันที่สำคัญๆ (นวรรตน์ สุวรรณพ่อน และฉวีวรรณ บุญสุยา, 2548) ดังนี้

กลุ่มแนวคิดที่ 1 มองการประเมินเสมือนกับการวัดผล หรือเทียบเท่าการวัดผลการปฏิบัติที่ค่อนข้างสอดคล้อง หรือสะท้อนตามแนวความคิดนี้อย่างชัดเจน คือ การวัดผลการเรียนรู้ชั้นเรียน การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมแล้วนำไปตัดสินเป็นคะแนน

กลุ่มแนวคิดที่ 2 มองการประเมินว่าเป็นการให้บริการตามแนวคิดนี้เห็นว่า การประเมินเป็นรวบรวมข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของลูกค้าผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ การประเมินที่สอดคล้องกับกลุ่มแนวคิดอย่างชัดเจน คือ การประเมินโครงการที่พบเห็นโดยทั่วไป

กลุ่มแนวคิดที่ 3 มองการประเมินว่าเป็นการตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ ตามแนวคิดนี้เห็นว่า การประเมิน คือ การตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ เช่น ตัดสินว่า ดี-เลว มีคุณภาพ-ไม่มีคุณภาพ

กลุ่มแนวคิดที่ 4 มองการประเมินในลักษณะรวม แนวคิดที่ 1+ 3 เข้าด้วยกันตามแนวคิดที่ 4 จะเห็นว่าการประเมินที่ดีจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน ผนวกกับการใช้ดุลยพินิจ หรือเกณฑ์ ในการตัดสินคุณค่า หากมีความครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งด้านการวัด และด้านเกณฑ์การตัดสินคุณค่า จะส่งผลให้การประเมินมีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือมากขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แนวคิดในการประเมินที่แตกต่างกันจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมกรรมการประเมิน หรือวิธีการที่ใช้ในการประเมินลักษณะของการวิจัยเชิงประเมิน ผลการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research) เป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้ในลักษณะเดียวกับการวิจัยโดยทั่วไป อาจมีจุดเน้นที่แตกต่างจากการวิจัยอยู่บ้าง บางลักษณะ เช่น การกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินมุ่งตอบสนองความอยากรู้ อยากรู้เห็นของผู้บริหารงาน/โครงการ หรือผู้เกี่ยวข้อง ในขณะที่วัตถุประสงค์ของการวิจัยมุ่งตอบสนองความอยากรู้หรืออยากรู้เห็นของนักวิจัยเป็นหลัก ในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือตัดสินใจลงข้อสรุปในงานวิจัยเชิงประเมินจะมีเกณฑ์ในการตัดสิน ในขณะที่การวิจัยโดยทั่วไปจะไม่เน้นในประเด็นนี้ ข้อสรุปจากการประเมินผลพาดพิง (Inference) ได้ในวงแคบกว่างานวิจัยโดยทั่วไป

Franklin and Thrasher (1976) (อ้างใน ประชาบดี มุ่ยแดง, 2543 : 15) ได้แบ่งประเภทของการประเมินผล โดยแบ่งตามจุดมุ่งหมายในการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่ 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ การประเมินผลเบื้องต้น (Formative Evaluation) เป็นการเน้นวิธีการดำเนินงาน (methodology) เพื่อดูความก้าวหน้าของแผนงาน/โครงการ ในการมุ่งสู่วัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ในขณะกำลังดำเนินงานอยู่ หรือเรียกว่าเป็นการติดตามประเมินผล (Monitoring) และการประเมินผลสรุปรวม (Summative Evaluation) เป็นการเน้นผลการปฏิบัติงาน (Implementation) ในแผนงาน/โครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ก่อให้เกิดผลกระทบตามที่คาดหมายหรือไม่ และตอบสนองความต้องการสังคมได้ดีเพียงใด

ประเภทของการประเมินโครงการที่ผู้ศึกษาใช้ในการประเมิน เป็นการประเมินผลเบื้องต้น เพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งต่อไปจะเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการดำเนินงานด้านนี้ รวมทั้งได้ทราบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบจากการประเมิน เพื่อนำไปเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และร่วมกันแก้ไขปัญหาส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศบรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

ความสำคัญของการประเมินผลเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขเป็นการประเมินผลเป็นเทคนิคที่ได้นำเข้ามาใช้ในการบริหารงานแผนงาน/โครงการพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงระยะเวลา

30 ปีที่ผ่านมา และเป็นเทคนิคที่ได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นเครื่องมือบริหารแผนงาน/โครงการ เพราะสามารถใช้ในการบริหารควบคุม กำกับ สร้างผลงานให้ตรงกับเป้าประสงค์ และวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถชี้วัดผลที่เกิดแก่คน กลุ่มคน สังคม และกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการพัฒนามนุษย์ และสังคมมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้จัดทำแผนงาน/โครงการ และ/หรือผู้ให้ทุนในการพัฒนางานสาธารณสุขเกิดความเข้าใจร่วมกัน รวมทั้งช่วยในการใช้ทรัพยากรการพัฒนาซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างประหยัด มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าการลองผิดลองถูกในระยะแรกของการดำเนินแผนงาน/โครงการพัฒนาสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้ ความสำคัญของการประเมินผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขจึงมีอยู่ 6 ประการ (นวรรตน์ สุวรรณพจน์ และฉวีวรรณ บุญสุยา, 2548: 3) คือ

1. เพื่อช่วยในการตัดสินใจก่อนจะดำเนินงาน เช่น เพื่อค้นหาความต้องการเกี่ยวกับการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ตรวจสอบเกี่ยวกับแนวความคิด และแหล่งทุน และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ
2. เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานแง่มุมใด หรือจุดหนึ่งจุดใดในช่วงระยะเวลาที่กิจกรรมกำลังดำเนินอยู่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ บุคลากร หรือระบบการให้บริการ หรือตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรมนั้นๆ ว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการ หรือปัญหาของประชาชนหรือไม่
3. เพื่อช่วยตัดสินใจว่าควรชะงัก หรือยุติการดำเนินงาน
4. เพื่อเป็นประจักษ์พยาน และเป็นเครื่องมือช่วยในการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการทางด้านสาธารณสุขว่าที่ได้ดำเนินงานไปแล้วคุ้มค่า และเกิดประโยชน์อย่างไร
5. เป็นเครื่องมือที่ช่วยสะท้อนให้เป็นสภาพการณ์ในอดีตว่า แผนพัฒนาสาธารณสุขที่ได้ดำเนินงานมาแล้วประสบผลสำเร็จจริงหรือไม่
6. เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจ และความรู้พื้นฐานในกระบวนการพัฒนาสาธารณสุข รวมทั้งวิทยาการ สังคมวิทยา จิตวิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชน

เกณฑ์ และตัวชี้วัดงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุข

คือ เกณฑ์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานในเครือข่ายทั่วประเทศ ซึ่งเครือข่าย หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เนื่องจากงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้บูรณาการกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้มาตรฐานการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจะ

ส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติงาน โดยมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกมี 3 กิจกรรมที่สำคัญ คือ

1. การควบคุมเมื่อมีการระบาด
2. การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด
3. การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมเมื่อถึงฤดูกาลระบาด

หลักการดำเนินงาน

ตามตัวชี้วัดมีแนวคิด คือ ผู้ปฏิบัติงานรู้เร็ว เข้าดำเนินการสอบสวน และควบคุมโรคได้เร็ว ผู้ป่วยรายแรกได้รับการสอบสวนทุกราย ทีมควบคุมโรคมีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ทันทีที่ได้รับรายงานผู้ป่วย และสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ครอบคลุมพื้นที่ หากปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ พื้นที่นั้นจะควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้โรคลดลงได้ ดังนั้น จึงกำหนดมาตรฐานการควบคุมโรคเป็นเกณฑ์ และตัวชี้วัดการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประเมินประสิทธิภาพการป้องกัน และควบคุมโรคทั้ง 3 กิจกรรมดังกล่าว เพื่อให้สามารถบอกคุณภาพโดยรวมของงานป้องกัน แลควบคุมโรค จึงได้กำหนดรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัดดังนี้

1. เกณฑ์ และตัวชี้วัดการควบคุมการระบาด มีดังนี้

1.1 ความทันเวลาของการได้รับแจ้ง เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก คือ เมื่อมีผู้ป่วยสงสัย หรือป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทีมควบคุมโรคต้องได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล หรือ สสจ. ภายใน 24 ชั่วโมง จากวันที่มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

1.2 ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index Case) ของทุกเหตุการณ์ เหตุการณ์ระดับหมู่บ้าน คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายแรก (Index case) ของทุกเหตุการณ์ระดับหมู่บ้านต้องได้รับการสอบสวนโรคทุกราย

2. เกณฑ์ และตัวชี้วัดการควบคุมแหล่งพาหะนำโรค มีตัวชี้วัดดังนี้

2.1 ความพร้อมของทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ คือ ทีมควบคุมโรค มีความสามารถดำเนินการปฏิบัติงานในการควบคุมพาหะนำโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย

2.2 ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค คือ บริเวณที่ได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วย โดยสาธารณสุขอำเภอว่าเป็นแหล่งแพร่โรคได้รับการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล/สาธารณสุขจังหวัด ว่ามีผู้ป่วย

2.3 ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค คือ พื้นที่ (หมู่บ้าน/ชุมชน) ที่ได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วยว่าเป็นแหล่งแพร่โรค ได้รับการควบคุมอย่างครอบคลุม

การป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนช่วงระบาด เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อไวรัสในหน้าแล้ง

สถานการณ์โรคไข้เลือดตั้งแต่ปลายปี คือ ประมาณเดือนตุลาคม – เดือนมีนาคม เป็นช่วงที่มีความหนาแน่นของยุง แหล่งเพาะพันธุ์ยุง และจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุด จึงมีเชื้อไวรัสหมุนเวียนในชุมชนน้อยที่สุด ดังนั้นในช่วงนี้หากสามารถดำเนินการควบคุมโรค โดยจัดการให้แหล่งเพาะพันธุ์ และจำนวนลูกน้ำยุงลายลดต่ำลงได้มากเท่าไร จะยิ่งเป็นการช่วยลดจำนวนยุงพาหะที่จะก่อให้เกิดโรคในช่วงที่กำลังจะเข้าสู่ระยะการระบาดได้มากขึ้น เป็นการช่วยลดการเกิดโรคไข้เลือดออกให้น้อยที่สุด หากดำเนินการในช่วงที่เกิดการระบาดแล้ว คือ ในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม ซึ่งจำนวนผู้ป่วยกำลังสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การควบคุมจะทำได้ยาก และสูญเสียงบประมาณเพิ่มมากขึ้น พื้นที่เป้าหมาย คือ หมู่บ้าน ชุมชน ซึ่งมีขั้นตอนที่ต้องพิจารณา ดังนี้

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์ต้นตอการระบาด และสืบค้นแหล่งรังโรค วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 2 กำจัดศักยภาพของแหล่งแพร่โรค

- กำจัดภาชนะเสี่ยงที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญในพื้นที่
- จัดการแหล่งเพาะพันธุ์ โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม ได้แก่ วิธีทางกายภาพ ชีวภาพ หรือการใช้สารเคมี
- กวาดล้างลูกน้ำยุงลายให้ลดลงต่ำที่สุด ค่า HI ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่าใกล้เคียง 0 มากที่สุด หรือเท่ากับ 0, CI = 0

ขั้นที่ 3 ระวังการแพร่เชื้อ

- เฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วยส่งตรวจวินิจฉัย และควบคุมยุงพาหะโดยเร็ว
- แนะนำวิธีการป้องกันยุงกัด

การจัดระบบ Epidemic Graph ที่ใช้ข้อมูล Baseline Median line และ Target line มี
การคำนวณ ดังนี้

Baseline หมายถึง ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยต่ำสุดรายเดือนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

Median line หมายถึง ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากการหาค่ากลางทางสถิติ (Median) รายเดือน จากข้อมูล 5 ปีที่ผ่านมา

Target line หมายถึง ค่าข้อมูลเป้าหมายของการควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น

ระดับประเทศ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานของประเทศ 5 ปีย้อนหลัง (2548 – 2552)

ระดับจังหวัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานของจังหวัด 5 ปีย้อนหลัง (2548 – 2552)

ตัวอย่างการคำนวณหาค่า Baseline, Median line และ Target line สำหรับปี พ.ศ. 2554

เริ่มด้วยการนำข้อมูลป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี นับจากปีที่จะดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค เช่น การติดตามการดำเนินงานควบคุมโรคในปี 2554 จะใช้ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 ซึ่งในตารางจะหาค่าต่างๆ โดยใช้จำนวนป่วย ดังตารางที่ 1 ค่า Baseline ในแต่ละเดือนจะเป็นจำนวนป่วยที่มีค่าต่ำสุด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 ในเดือนมกราคม ค่า Baseline คือ 1928 Median line ได้จากการนำ ค่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 เรียงจากน้อยไปหามาก ค่า Median คือ ค่าที่อยู่กึ่งกลางของข้อมูลทั้งหมด เช่น ในเดือนมกราคม ค่า Median line คือ 2114 สำหรับค่า Target line คือ ค่าเป้าหมายที่เราต้องการที่จะดำเนินการควบคุมโรคให้ได้ตามที่กำหนดไว้ เช่น ถ้ากำหนดให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงที่ร้อยละ 20 ของค่า Median หมายถึง จำนวนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจะต้องเป็นร้อยละ 80 ของค่า Median ดังนั้นค่า Target line สามารถคำนวณได้จากการนำค่า Median ที่ได้จากช่อง Median line ในช่วงรวมมาคูณด้วย 100,000 หารด้วยประชากรปี 2552 ก่อน แล้วจึงคูณด้วย 80 หารด้วยร้อย $((50550 * 100,00 / 63389730) * 80 / 100)$ จะได้ค่า Target line ดังนั้น ในระดับประเทศ ปี 2554 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกควรเป็น 63.80 ต่อแสนประชากร

2.4 การมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top – down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom – up) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakly, 1984 : 17) (อ้างในสุชาติ จักรพิสุทธิ์, 2547) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย (Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบาย และให้ความหมายปัจจัยขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็น และสอดคล้องกับแนวทางการศึกษา ดังนี้

ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen, J.M. and Uphoff, N.T., 1981 : 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไร และทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ออกมติ

3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981 : 5) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

นอกจากนี้ สุชาดา จักรพิสูทธิ์ (ออนไลน์, 2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจากการศึกษารูปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยเปิดโอกาสให้สังคมองค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่มการพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติ และการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน ให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุนิติบุคคลที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จากแนวคิด และทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้ การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี และสุดท้าย คือ การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความเสน่ห่า

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุนิติบุคคลของบุคคลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการรื้อให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้ คูฟแมน (Koufman, 1949 : 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว

อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วมว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม และปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชน และสื่อบุคคล

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้ ฟอว์นารอฟ (Formaroff. 1980 : 104) (อ้างใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2542 : 5) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้ การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การใช้บริการจากโครงการ และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

นอกจากนี้ อภิญา กังสนารักษ์ (2544 : 14-15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการ และร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินการ รวมถึงทรัพยากร และแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่อง หรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้ จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมดสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข
2. ตัดสินใจกำหนดความต้องการ
3. ลำดับความสำคัญ
4. วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร
5. วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร
6. ดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน

7. ประเมินผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา จากขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการร่วมทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น บนพื้นฐานของการเข้ามามีส่วนร่วม ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (ออนไลน์, 2547) ได้นำเสนอความคิดเห็นผ่านบทความ “แลหน้าเศรษฐกิจสังคมไทย” สรุปการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนที่รัฐเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เป็นการมองจากเบื้องบน หรือมาจากรัฐ ประชาชนเป็นเพียงผู้คอยรับนโยบาย และปฏิบัติตาม และการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความต้องการของประชาชนด้วยความสมัครใจ โดยที่รัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกเท่านั้น

ทั้งนี้ จากการที่กฎหมายได้กำหนดบทบาทของท้องถิ่น กับการศึกษาในสาระมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ที่ระบุไว้ว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิจัดการศึกษาในระดับใดระดับหนึ่ง หรือระดับตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการภายในท้องถิ่นนี้ วิจิต นันทสุวรรณ และจางังค์ แรกพิณิจ (2541 : 21-29) ได้นำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาไว้ดังนี้

รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง การจัดการศึกษาในลักษณะนี้ เกิดจากความสามารถ และความต้องการของคนในชุมชน ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และตอบสนองความต้องการสมาชิกในชุมชน โดยยึดหลักให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยไม่มีการจำกัดของระยะเวลา สถานที่ เพศ และอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้ตามอัธยาศัยที่แท้จริง ชุมชนได้เข้ามามีบทบาทหลักในการจัดการศึกษา ทั้งนี้ รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวทางนี้ต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 อย่างที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ คน ความรู้ และทรัพยากร โดยมีกระบวนการดำเนินการ คือ การวิเคราะห์ – สังเคราะห์ ปัญหาชุมชน การหาทางออกที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต การดำเนินการสร้างกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้แก้ไขปัญหามีอยู่ และสุดท้ายคือการประเมินผลกิจกรรม โดยการกำหนดเนื้อหา หรือกิจกรรมการเรียนรู้จะเริ่มจากจุดเล็กๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันแล้วขยายออกไปสู่เนื้อหา หรือกิจกรรมที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทั้งหมด

รูปแบบการเชื่อมประสานกับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะกับชุมชนที่มีกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็ง มีองค์กรชุมชน เพื่อจัดการเรียนรู้ร่วมกันมีเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนอื่น

นอกจากนี้การดำเนินงานยังเกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยประชาชนด้วยตนเอง สามารถกระทำได้ในระดับชุมชนเป็น

สาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพวิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสม และสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมรวมทั้ง ความต้องการของประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเอง ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

2.5 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม.จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบท และชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะด้อยกว่าเมื่อก่อนแต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูมามีความพร้อมที่จะต่อสู้ และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การรณรงค์สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยา และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม. เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 – 30 หลังคาเรือน เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่งๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10 -20 คนต่อหมู่บ้าน

การกำหนดคุณสมบัติของ อสม. คือ ต้องเป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวก หรือ คุ้มยอมรับ และเชื่อถือ สมัครใจ และเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ มีเวลาเพียงพอที่จะ

ช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1 – 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน อ่านออกเขียนได้ เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน ไม่ควรเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ

วิธีการคัดเลือก อสม. ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม. แบ่งละแวก หรือคุ้มบ้านออกเป็น คุ่มละ 8-15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจ และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัว ในละแวก หรือคุ้มบ้านนั้นๆ เพื่อลงมติโดยให้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน หรือคุ้ม หนึ่ง การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส

การฝึกอบรม อสม. ใหม่ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยมีวิธีการอบรม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้ และความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ เน้นเนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ความรู้พื้นฐาน (ภาพบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่บทบาทหน้าที่ของ อสม. สิทธิของ อสม. การถ่ายทอดความรู้ และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน การค้นหา วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น สุขวิทยาส่วนบุคคลการส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุขการจัดกิจกรรม การปฏิบัติงาน และการใช้เครื่องมือต่างๆ ใน ศสมช. และการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุข

ในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การขึ้นทะเบียนเป็น อสม. สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตร และบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตร และสิทธิได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ควรใช้การประชุม และปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น และฟื้นฟูสภาพอื่นนอกเหนือตามวาระ คือ ตาย ลาออก ย้ายที่อยู่ ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจงข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาด หรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

นอกจากนี้ อสม. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุข และการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพาลดสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการ และสุขภาพอาหาร การป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษา และป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและ

ส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และแพทย์แผนไทย ฯลฯ

งานในหน้าที่อื่นของ อสม. คือ เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้ และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน เฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

อสม. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้มีการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทอง พันทอง (2548) ศึกษาการประเมินประสิทธิผลการให้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าประชาชน และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต่างก็ประเมินผลการให้บริการของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่ามีประสิทธิผลในระดับมาก ส่วนความรู้ความเข้าใจของประชาชนนั้นประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมในระดับน้อย และยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในสิทธิประโยชน์จากโครงการสุขภาพ

ถ้วนหน้า สำหรับความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับปัญหาที่ควรแก้ไขเป็นอันดับแรกในด้านการบริการด้านบุคลากร และด้านอื่นๆ ดังนี้ ความล่าช้าในการให้บริการ เจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพ และการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุมทุกโรค ซึ่งประชาชน

ไพยนต์ คำใหญ่ (2546) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการนำนโยบายด้านสาธารณสุขไปปฏิบัติในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข การศึกษาสถานภาพส่วนบุคคลของสมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบลที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติในด้านการวางแผน และการปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคของ 37 องค์การบริหารส่วนตำบลในการนำนโยบายไปปฏิบัติจากการศึกษาพบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการวางแผนในการนำนโยบายด้านสาธารณสุขไปปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก 4 กิจกรรม คือ การมีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ การมีส่วนร่วมพิจารณาปัญหาสาธารณสุข และเสนอเป็น โครงการเข้าสู่สภาองค์การบริหารส่วนตำบล การมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ส่วนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขพบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ปัญหาอุปสรรคของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่า การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข การมีงบประมาณไม่เพียงพอ และการจัดทำแผนที่ไม่ชัดเจน และเร่งรีบเกินไปเป็นปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด

ประเวศ วะสี (2544) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2544 ซึ่งรัฐบาลได้ใช้อีกชื่อหนึ่งว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นการเรียกชื่อโครงการให้สะดวกในการจดจำ และเป็นภาษาง่ายๆ เท่านั้น แท้จริงโครงการนี้ต้องการสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เดียว คือ ไม่เพียงแต่การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาสู่การรักษาพยาบาลราคาถูกลงได้ทั่วถึงเท่านั้น ยังมีจุดประสงค์อื่นอีก คือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเน้นระบบการทำงานที่เชิงรุกให้มากขึ้น ซึ่งรวมทั้งการให้บริการของหน่วยงานในสังกัดด้วย โดยใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคควบคู่กับการรักษาพยาบาล เพื่อหวังผลระยะยาวทั้งด้านสุขภาพ และเรื่องการประหยัดงบประมาณ การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่ม องค์กร หน่วยงานราชการต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด โดยดูแลแบบองค์รวม และบูรณาการให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ เพราะสุขภาพหมายถึงสุขภาวะทางจิต สังคม และวิญญาณ ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก การที่สุขภาพดีจะเป็นของ

ทุกคนได้นั้นต้องทุกคนต้องร่วมกันสร้างสุขภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ) และในส่วนของ การบริการภาครัฐนั้น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเสนอว่า “ต้องให้การบริการเชิงรุก” คือ การให้บริการข้อมูลข่าวสารที่สื่ออย่างเหมาะสมกับประชาชนกลุ่มต่างๆ การบริการเยี่ยมบ้าน และการให้บริการในชุมชน เพื่อป้องกันโรค ป้องกันอาการป่วยซ้ำ หรือพิการที่รุนแรงขึ้น และเป็น การผสมผสานการทำงานทั้ง 4 ด้าน คือ การป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างให้ประชาชนสามารถมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยให้มากที่สุด โดยส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการ เรียนรู้ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ดูแลครอบครัว และชุมชนได้เต็มศักยภาพ

ประชาชนดี ม่วยแดง (2543) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมิน โครงการป้องกันและควบคุม ไข้เลือดออก อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จากการศึกษาพบว่า ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นความจำเป็นและต้องการให้มีโครงการ มีความเป็นไปได้ในการดำเนิน โครงการ นโยบายและวัตถุประสงค์มีความชัดเจน เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่บุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็น ในการดำเนินงานมีไม่พอเพียง

ในด้านปัจจัยเบื้องต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้ความสามารถที่จะดำเนินงาน โครงการ งบประมาณและสิ่งสนับสนุนยังไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม ไม่สะดวก ไม่ทันเวลา การ สนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังน้อย กิจกรรมที่ใช้ในการดำเนินงานมีความเหมาะสม การ จัดการโครงการยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก

สำหรับปัญหา อุปสรรคของการดำเนิน โครงการ ได้แก่ การขาดความตระหนักต่อ ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน ความไม่เพียงพอของจำนวนบุคลากร งบประมาณ และสิ่ง สนับสนุน ทั้งมีความล่าช้า ไม่ทันการณ์ ไม่สะดวก ในการเบิกจ่าย การบริหารจัดการ โครงการยัง ขาดประสิทธิภาพและปัญหาผู้อพยพแรงงานต่างชาติที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก

2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการป้องกันโรคลีดออก ต่าบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบแนวคิด และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

