

ความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ในการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม
อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

ญาดา โตอุตชนม์

นงนุช หลอมประโคน

โกเมศ อุรัตน์

นิยม ไกรปุย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่พัฒนาตำบลในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสาธารณสุข หนึ่งในหน้าที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้องทำในเขต คือ การป้องกันและระงับโรคติดต่อ ตำบลหนองไม้งามมีผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี, ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการศึกษาเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย, ผู้ปฏิบัติ กลุ่มผู้นำชุมชนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับตัวแทนประชาชน จำนวน 723 ราย รวมทั้งการประชุมกลุ่มโดยใช้เทคนิค FSC เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายมีความเห็นว่า นโยบายไม่ชัดเจน ควรทำงานแบบเครือข่าย งบประมาณด้านสาธารณสุขมีจำกัด มุมมองของผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่า งบประมาณมีเพียงพอ และควรทำงานเป็นทีม มุมมองของผู้นำชุมชน อยากให้ อบต. เป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรม และมุมมองของประชาชน ต้องการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานของ อบต. และเห็นว่า อบต. ควรดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัย จากข้อมูลดังกล่าวได้นำมาใช้ในการประชุมกลุ่มเพื่อหาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ และมีกิจกรรมเกิดขึ้นในลักษณะการดำเนินงานแบบเครือข่าย การใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อแก้ปัญหาเอดส์ในชุมชน เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพตำบลหนองไม้งาม การยืมตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาช่วยงาน อบต. สัปดาห์ละ 1 วัน การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์โดยชุมชนเพื่อชุมชน เช่น อบต. จัดซื้อตู้หยอดเหรียญถุงยางอนามัยติดตั้งในหมู่บ้านจำนวน 2 ตู้, อบต. สถานีอนามัยและเครือข่าย จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่เยาวชน, ทุกเดือนธันวาคม ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. เน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชนในทุกรูปแบบ, ให้การดูแลและส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อ, ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์โดย อสม. และผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ อบต. เป็นผู้ประสานงานและสนับสนุนงบประมาณ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนมีดังนี้ คือ ต้องมี นโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องประสานงาน นายก อบต. ให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ใช้กระบวนการกลุ่ม การจัดการความรู้ และกิจกรรมแทรกแซงให้ชุมชนตระหนักในปัญหาและแก้ไขปัญหาจากรากของปัญหา โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณ

Abstract

Tambon Administrative Organization (TAO) is responsible for developing tambon or sub-district in terms of economy, society, culture and public health. One of its mandate is prevention and control of Communicable Disease. Substantial number of people affected by HIV/AIDS reside in Tambon Nhong Mai Ngam. This study was aimed to identify the need and multi-sector participatory approach in implementing AIDS prevention intervention in Nhong Mai Ngam TAO, Amphur Ban Groud , Burirum province. The action research was carried out in policy makers, implementers, community leaders. Data collection was done by in-depth interview and Focus Group Discussions (FGDs) using questionnaires. To seek means in AIDS prevention and control, a number of 723 sampling community members were interviewed, while some of them were invited to participate in FGDs using FSC technique.

It was found that policy makers commented that the policy was not clear, network based implementation is preferable, and health budget was limited while the health workers perceived that the budget was enough and implementation should be done through teamwork. Community leaders would like TAO to serve as a focal point. Community members would like to be part of the team evaluating TAO performance and comment that TAO should cooperate with health center in implementing the intervention. This obtained information was used in FGDs process to seek means in AIDS prevention and control. A number of activities were carried out using network based and knowledge management process in solving AIDS problems for example establishment of health committee, allocating one health officer working at TAO once a week, and solving AIDS problems. The latter was done for community by community which was done by installing two condom selling machines in the village, provision of AIDS knowledge to the youth, provision of AIDS knowledge to community members by heads and health volunteers of the villages in every December of each year, vocational rehabilitation for people living with and affected by HIV/AIDS by health volunteers , community leaders , health staff who are responsible for technical aspect while TAO are responsible for coordination and financial aspects.

It was suggested that to carry out AIDS prevention and control in the community the policy should be clear and practical, health staff should act as the coordinator, activities should be given priority by head of TAO, participatory approach should be focused, knowledge management and raising awareness of the problems should be done to encourage the community members to solve their problem under the technical and financial support from the government officers.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่อนุมติให้เดินทางไปเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. พันธุ์ทิพย์ งามสุด และคุณสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบคุณ นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม อำเภอบ้านกรวด สถานีอนามัยหนองไผ่งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้มาโดยตลอด

คณะผู้ศึกษาวิจัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 เป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นมีฐานะเป็นนิติบุคคลที่มีอำนาจในตัวเอง มีความเป็นอิสระ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่พัฒนาตำบลในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม มีอำนาจหน้าที่ 2 ลักษณะ คือ อำนาจหน้าที่ที่ต้องทำในเขตและหน้าที่ที่อาจจัดทำในเขต หนึ่งในหน้าที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้องทำในเขต คือ การป้องกันและระงับโรคติดต่อ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2546) ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ตามมาตรา 30 ให้มีการถ่ายโอนภารกิจในการจัดบริการสาธารณะของรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองให้ชัดเจน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 5 ปี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่ไม่สามารถที่จะรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 10 ปี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมาเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการศึกษา วิเคราะห์วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน การควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ได้ดำเนินการประสานงานในด้านการป้องกันควบคุมโรคกับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยการจัดประชุมชี้แจงคู่มือเอกสารการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และในปีงบประมาณ 2546 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ได้ประเมินความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับ ค และยังพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง ขาดการประสานงานที่ดีในพื้นที่ กิจกรรมบางกิจกรรม องค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นต้น

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งามเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยดำเนินกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไผ่งาม เช่น โครงการฉีดวัคซีนสุนัขและแมวเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โครงการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก โครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน จากการสำรวจความคิดเห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพของตำบลหนองไผ่งาม พบว่าในตำบลหนองไผ่งามมีปัญหาเรื่องไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า และโรคเอดส์ แต่ชุมชนเลือกที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์เนื่องจากตำบลหนองไผ่งามมีผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชนและไม่มีมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อ เมื่อผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลงทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา เช่น ไม่มีผู้อุปการะเด็กจากพ่อแม่ที่เสียชีวิตและถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสองโรคที่มีปัญหานั้น จำนวนของผู้ป่วยโรคเอดส์อาจจะน้อยกว่าโรคไข้เลือดออก แต่ปัญหาที่ตามมาของโรคเอดส์จะมีความรุนแรงกว่าซึ่งเป็นปัญหาต่อการบริหารจัดการของ อบต. โดยเฉพาะปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะหาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งามโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน และประชาชนในตำบลหนองไผ่งาม การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาว่า ความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคีใน อบต.หนองไผ่งามในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างไร โดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

1.3 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยผู้ศึกษาได้กำหนดศัพท์ที่ใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ไว้ดังนี้

การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การควบคุมป้องกันโรคเอดส์และการให้การช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- จัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ให้ความรู้ ข่าวสาร และสื่อสารโดยการศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ (education information communication)
- รณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยทั้งในกลุ่มผู้ใช้บริการและให้บริการทางเพศ
- รณรงค์สร้างเสริมค่านิยมและคุณธรรมที่เหมาะสม เพื่อลดการสำส่อนทางเพศ
- ฝึกอาชีพและให้การสงเคราะห์แก่หญิงที่มีอาชีพด้านบริการทางเพศ

- ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเยาวชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทุกอย่าง อย่างแข็งขัน ในการดำเนินกิจกรรม

พหุภาคี หมายถึง องค์กรบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม สถานีอนามัยหนองไผ่งาม ประชาชนตำบลหนองไผ่งาม

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคเอดส์ขององค์กรบริหารส่วนตำบล

1.4.2 ประชาชนในตำบลหนองไผ่งามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์อย่างมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในครั้งนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดและหลักการกระจายอำนาจ
2. แนวคิดและหลักการกระจายอำนาจในงานสาธารณสุข
3. การมีส่วนร่วม
4. กระบวนการสอนสร้างภาพอนาคตร่วมกัน [Future Search Conference (F.S.C.)]
5. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและหลักการกระจายอำนาจ

นโยบายกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีบทบัญญัติที่กำหนดเป็นนโยบายและหลักการที่สำคัญของรัฐในการกระจายอำนาจ ดังนี้

1. แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น (มาตรา 75)

2. ความเป็นอิสระของท้องถิ่น ภายใต้บังคับมาตรา 1 (มาตรา 1 ประเทศไทยเป็นราชอาณาจักรอันหนึ่งอันเดียวจะแบ่งแยกไม่ได้) รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น (มาตรา 282)

3. สิทธิจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิได้รับจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 283 วรรคแรก)

4. ความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ (มาตรา 284 วรรคแรก)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.1 อำนาจหน้าที่ การกำหนดอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ (มาตรา 284 วรรคสอง)

5.2 การพัฒนาการกระจายอำนาจของรัฐ ให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ที่มีสาระเกี่ยวกับการกำหนดอำนาจหน้าที่ การจัดสรรสัดส่วนภาษีอากร และการมีคณะกรรมการทำหน้าที่ดังกล่าว (มาตรา 284 วรรคสาม)

5.3 การกำกับดูแล การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้มิได้ (มาตรา 283 วรรคสอง)

6. โครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มาตรา 285)

6.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีสภาท้องถิ่นและคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น

6.2 สมาชิกสภาท้องถิ่นต้องมาจากการเลือกตั้ง

6.3 คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นให้มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนหรือมาจากความเห็นชอบของสภาท้องถิ่น

6.4 การเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่นและคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน ให้ใช้วิธีออกเสียงลงคะแนนโดยตรงและลับ

6.5 สมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี

6.6 คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นจะเป็นข้าราชการซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือของราชการส่วนท้องถิ่นมิได้

7. การถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น ราษฎรผู้มีสิทธิเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีจำนวนไม่น้อยกว่าสามในสี่ของจำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งที่มาลงคะแนนเสียงเห็นว่าสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นใดไม่สมควรดำรงตำแหน่งต่อไป ให้ผู้นั้นพ้นจากตำแหน่ง การลงคะแนนเสียงต้องมีผู้มีสิทธิเลือกตั้งมาลงคะแนนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งทั้งหมด ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 286)

8. การริเริ่มเสนอข้อบัญญัติท้องถิ่น ราษฎรผู้มีสิทธิเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีจำนวนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อประธานสภาท้องถิ่นเพื่อให้สภาท้องถิ่นพิจารณาออกข้อบัญญัติท้องถิ่นได้ คำร้องนั้นต้องจัดทำร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นเสนอมาด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเข้าชื่อ รวมทั้งการตรวจสอบให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 287)

9. การบริหารงานบุคคลท้องถิ่น

9.1 การแต่งตั้งและการให้พ้นจากตำแหน่ง การแต่งตั้งและการให้พนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ้นจากตำแหน่ง ต้องเป็นไปตามความต้องการและความเหมาะสมของแต่ละ

ท้องถิ่นและต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่นก่อน ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 288 วรรคแรก)

9.2 คณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่น องค์ประกอบ 3 ฝ่ายที่มีจำนวนเท่ากันคือ ผู้แทนของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 288 วรรคสอง)

9.3 การบริหารงานบุคคล การโยกย้าย การเลื่อนตำแหน่ง การเลื่อนเงินเดือน และการลงโทษพนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 288 วรรคสาม)

10. หน้าที่ต่อศิลปะ จารีตประเพณีท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีหน้าที่บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น (มาตรา 289 วรรคแรก)

11. สิทธิการจัดการศึกษาและการฝึกอาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีสิทธิที่จะจัดการศึกษาอบรมและการฝึกอาชีพตามความเหมาะสมและความต้องการภายในท้องถิ่นนั้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาอบรมของรัฐ แต่ต้องไม่ขัดต่อมาตรา 43 และมาตรา 81 ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การจัดการศึกษาอบรมภายในท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องคำนึงถึงการบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นด้วย (มาตรา 289 วรรคสองและวรรคสาม)

(มาตรา 43 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย)

การจัดการศึกษาอบรมขององค์กรวิชาชีพและเอกชนภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ ย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ)

(มาตรา 81 รัฐต้องจัดการศึกษาอบรมและสนับสนุนให้เอกชนจัดการศึกษาอบรมให้เกิดความรู้คู่คุณธรรม จัดให้มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ ปรับปรุงการศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สร้างเสริมความรู้และปลูกฝังจิตสำนึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเมือง การปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข สนับสนุนการค้นคว้าวิจัยในศิลปะ วิทยาการต่าง ๆ เร่งรัดพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศ พัฒนาวิชาชีพครูและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะและวัฒนธรรมของชาติ)

12. การส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอำนาจหน้าที่ต่อไปนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ (มาตรา 290)

12.1 การจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในเขตพื้นที่

12.2 การเข้าไปมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกเขตพื้นที่ เฉพาะในกรณีที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตน

12.3 การมีส่วนร่วมในการพิจารณาเพื่อริเริ่มโครงการ หรือกิจกรรมใด นอกเขตพื้นที่ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่

แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐกับการกระจายอำนาจ

แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยได้กำหนดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจไว้ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

มาตรา 78

“รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น”

นโยบายรัฐบาลกับการกระจายอำนาจ

นโยบายรัฐบาล พ.ศ. 2544 ในส่วนที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ มีดังนี้

1. เน้นการกระจายอำนาจทางการคลังและการจัดเก็บรายได้ของท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถจัดงบประมาณของตนเองได้อย่างอิสระ
2. ส่งเสริมให้การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมีความชัดเจนและเหมาะสม ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพของท้องถิ่น
3. สนับสนุนให้ประชาชน ภาคประชาสังคมและองค์กรเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น รวมทั้งจัดให้มีระบบตรวจสอบและประเมินผลที่ดี

รูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 รูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยได้มีการปรับเปลี่ยน โครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบ

การปกครองท้องถิ่นไทยในปัจจุบันแบ่งออกเป็น

1. รูปแบบทั่วไป ได้แก่

- 1.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)
- 1.2 เทศบาล
- 1.3 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

2. รูปแบบพิเศษ ได้แก่

- 2.1 กรุงเทพมหานคร (กทม.)

2.2 เมืองพัทยา

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542 ซึ่งได้บัญญัติให้จังหวัดหนึ่งให้มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นนิติบุคคล และเป็นราชการส่วนท้องถิ่นเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้แก่ เขตจังหวัด ซึ่งมีโครงสร้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วย สภาจังหวัดซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชนและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดคนหนึ่ง ซึ่งเป็นสมาชิกสภาที่ได้รับการเลือกจากสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ในองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารกิจการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมอบหมาย

การบริหารงานบุคคลของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์กรกำกับดูแลการบริหารงานบุคคล ให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด ซึ่งการแบ่งหน่วยงานให้คำนึงถึงภาระงาน และเงินรายได้ซึ่งไม่รวมเงินอุดหนุนด้วย

เทศบาล

เทศบาลเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับที่ 11 พ.ศ. 2543

การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาจัดตั้งเป็นเทศบาลประกอบด้วย 3 ประการ ดังนี้

1. จำนวนและความหนาแน่นของประชากรในท้องถิ่นนั้น
2. ความเจริญทางเศรษฐกิจ โดยพิจารณาจากการเก็บรายได้ตามที่กฎหมายกำหนดและงบประมาณรายจ่ายในการดำเนินกิจการของท้องถิ่น
3. ความสำคัญทางการเมืองของท้องถิ่น โดยพิจารณาถึงศักยภาพของท้องถิ่นนั้นว่าจะสามารถพัฒนาความเจริญได้รวดเร็ว

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งได้บัญญัติให้สภาตำบลที่มีรายได้เฉลี่ย 3 ปี ย้อนหลังเกิน 150,000 บาท ให้ยกฐานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็นสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย สมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งของราษฎรในเขตหมู่บ้าน ๆ ละ 2 คน

และคณะกรรมการบริหาร มาจากมติสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเลือกสมาชิกคนหนึ่งเป็นประธาน กรรมการบริหาร และสมาชิกอีก 2 คน เป็นกรรมการบริหาร

พนักงานส่วนตำบลเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นประจำองค์การบริหารส่วนตำบลโดยได้แบ่งโครงสร้างของพนักงานส่วนตำบล ออกเป็น สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนการคลัง ส่วนโยธา และส่วนสาธารณสุข

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543

ความเป็นมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นกรอบทิศทางและแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน โดยเฉพาะการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย มีกระบวนการที่ยืดหยุ่น และสามารถปรับวิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3 : แสดงทิศทางและวิสัยทัศน์การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระยะเวลา	ทิศทางและวิสัยทัศน์การกระจายอำนาจ
พ.ศ.2544-2547	<ul style="list-style-type: none">-ปรับปรุงระบบบริหารงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการส่วนกลาง ภูมิภาค-สร้างความพร้อมในการรองรับถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ-การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
พ.ศ.2547-2553	<ul style="list-style-type: none">-ปรับบทบาทราชการส่วนกลาง ภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนที่เรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ-ปรับความสัมพันธ์ระหว่างราชการส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น-ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพัฒนาขีดความสามารถ

ระยะเวลา	ทิศทางและวิสัยทัศน์การกระจายอำนาจ
หลังปี พ.ศ.2554	<ul style="list-style-type: none">-ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณะได้ทั่วถึงและเป็นธรรม-ประชาชนมีบทบาทในการตัดสินใจ ดูแลและตรวจสอบ-องค์กรปกครองท้องถิ่นพึ่งตนเองได้และมีอิสระมากขึ้น-ได้ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีความรู้ความสามารถและวิสัยทัศน์-ส่วนภูมิภาคปรับตนเองเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและกำกับดูแลท้องถิ่น-การปกครองท้องถิ่นเป็นการปกครองตนเองโดยแท้จริง

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ยึดหลักการและสาระสำคัญ 3 ด้าน คือ

1.ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง โดยยังคงรักษาความเป็นรัฐเดี่ยวและความมีเอกภาพของประเทศ การมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และความมั่นคงของชาติเอาไว้ได้ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่น ภายใต้ระบอบประชาธิปไตย

2. ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น โดยปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคและเพิ่มบทบาทให้ส่วนท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค และภารกิจที่เกินกว่าขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบายและด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็นให้การสนับสนุน ส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ และตรวจสอบติดตามประเมินผล

3.ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนินงานและติดตามตรวจสอบ

วัตถุประสงค์ของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนการกระจายอำนาจมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. เพื่อให้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542
2. กำหนดกรอบทิศทางและแนวทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน โดยมีกระบวนการที่ยืดหยุ่น สามารถปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและมีกรเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น
3. กำหนดแนวทางการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการ ซึ่งจะกำหนดหลักการทั่วไปในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจที่ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลาการถ่ายโอน แนวทางการจัดแบ่งอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรด้านการเงิน การคลัง และบุคลากรให้แก่ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และราชการบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ให้มีการถ่ายโอนภารกิจในการจัดบริการสาธารณะของรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองให้ชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 5 ปี สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่ไม่สามารถที่จะรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 10 ปี
2. กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม โดยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้รัฐบาล ภายในปี พ.ศ. 2544 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลภายในไม่เกิน พ.ศ. 2549 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 โดยการเพิ่มสัดส่วนอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภารกิจที่ถ่ายโอน เพื่อให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะได้ด้วยตนเองและจัดสรรในสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย
3. การจัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณะในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนให้เป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

4.จัดระบบของการถ่ายโอนบุคลากรจากหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจ

5. ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่

2. แนวคิดและหลักการกระจายอำนาจในงานสาธารณสุข

การกระจายอำนาจ (Decentralization) หมายถึงสภาวะที่หน่วยงานหรือชุมชนระดับล่างสุดมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางและวิธีการดำเนินกิจกรรมของตนเองได้อย่างกว้างขวาง การกระจายอำนาจเป็นสภาวะที่ตรงกันข้ามกับ การรวมอำนาจ (Centralization) ซึ่งเป็นสภาวะที่หน่วยงานระดับบนสุดหรือองค์กรของรัฐระดับล่างสุดเป็นผู้กำหนดแนวทางหรือวิธีการดำเนินกิจกรรมต่างๆในทุกเรื่อง คำว่า Decentralization ในความหมายดั้งเดิมนี้ไม่ได้เน้นเรื่องอำนาจ (Power) แต่อย่างไร หากเป็นเรื่องของสภาวะศูนย์กลาง (Central) และ สภาวะการกระจาย (Decentral) เป็นสำคัญ หากจะมีเรื่องอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องจะหมายถึง อำนาจในการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม (จรัส สุวรรณมาลา : 2538)

การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือของรัฐในการบริหารงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงถือได้ว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารงานและการปฏิบัติงานขององค์กรรัฐ ด้วยการเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของความเหมาะสมและชัดเจนของการกระจายอำนาจที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง รูปแบบการกระจายอำนาจมีด้วยกัน 2 รูปแบบ คือ การกระจายอำนาจทางการบริหาร ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจที่อยู่ภายในขอบเขตองค์กรเดียวกัน โดยมีพันธกิจในการทำให้นโยบายและแผนงานของส่วนกลางได้รับการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และการกระจายอำนาจทางการเมืองหรือการปกครอง อันเป็นการโอนอำนาจการตัดสินใจและการดำเนินการต่างๆ ไปสู่ท้องถิ่น (ตระกูล มีชัย. 2538 : 13-14) ซึ่งสามารถบอกระดับการกระจายอำนาจ คือ

1. การกระจายอำนาจแบบมีการควบคุมจากส่วนกลาง (Controlled Decentralization)

หมายถึง รัฐมอบอำนาจการตัดสินใจให้ท้องถิ่นดำเนินการ โดยมีการควบคุมกำกับจากรัฐทุกขั้นตอน

2. การกระจายอำนาจแบบรัฐราษฎร์ร่วมดำเนินการ (Co-operative Decentralization) มี

ความหมายเป็นสองลักษณะ ลักษณะแรกหมายถึง รัฐมอบหมายให้องค์กรปกครองท้องถิ่นแต่เจ้าหน้าที่รัฐเข้าร่วมตัดสินใจในการดำเนินการตั้งแต่ร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนปฏิบัติตามแผนตลอดจนติดตามประเมินผล ลักษณะที่สอง แบ่งระดับความรับผิดชอบปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึงในกรณีงานนั้นๆ มีหลายขั้นตอน หรือหลายระดับของความยากง่ายของการปฏิบัติงาน บางขั้นตอนอาจมอบให้องค์กรปกครองท้องถิ่นตัดสินใจในการดำเนินการ บางขั้นตอนมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่รัฐดำเนินการ

3. การกระจายอำนาจแบบมีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบดำเนินการด้วยท้องถิ่น

เอง (Local-Self Decision Making) หมายถึง รัฐมอบอำนาจให้ท้องถิ่นตัดสินใจกำหนดนโยบายวางแผนดำเนินงาน ปฏิบัติงานตามแผนและควบคุมกำกับให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามท้องถิ่นที่กำหนดไว้โดยอิสระ (วรเดช จันทรศร. 2540 : 15)

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานทางด้านกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองในรูปของการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 และจะขยายครบทุกตำบลในปี 2541 ในขณะเดียวกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีนโยบายในการส่งเสริมการกระจายอำนาจด้วย

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น เช่นเดียวกัน ดังปรากฏในสาระของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 6 ข้อ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก

1. สร้างกลไกนโยบายระดับชาติและเร่งรัดมาตรการเพื่อสร้างความปลอดภัยของระบบอาหาร ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ ความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพ อันเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองภายในประเทศ และอิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์

2. เร่งรัดการปรับระบบการควบคุมป้องกันโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ทั้งในกลุ่มโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

3. เร่งรัดมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมทั้ง การสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมสุขภาพในชุมชน การพัฒนาทักษะสุขภาพและการปรับระบบบริการสุขภาพ

4. พัฒนาศักยภาพของกลไกและองค์กรทางสังคมทุกระดับ เพื่อสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่สถาบันครอบครัว ชุมชน สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สื่อมวลชน และสถานที่ทำงาน เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงได้สะดวก

2. เร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม และครอบคลุมบริการสุขภาพหลักที่จำเป็นให้แก่ทุกคน โดยใช้กลไกการเงิน การคลัง เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบอย่างมีเอกภาพ

3. สร้างกลไกการประกันคุณภาพบริการสุขภาพและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ โดยมีองค์กรรับผิดชอบในการประเมินและรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพ ประเมิน ประสิทธิภาพประสิทธิผลของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนสร้างกลไกเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้บริโภค

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปฏิรูประบบ โครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

1. สร้างกลไกนโยบายสุขภาพระดับชาติให้มีเอกภาพ โดยการจัดตั้งองค์กรระดับชาติให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในกิจการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ให้ครอบคลุมถึงนโยบายและทิศทางการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดนโยบายที่ส่งเสริม และสนับสนุนการมีสุข ภาพดีของประชาชนควบคู่กับการใช้กลไกกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมและทันสมัย

2. ปรับระบบงบประมาณและมาตรการในการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นผลงาน ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

3. การกระจายอำนาจโดยยึดหลักการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ให้สามารถตอบสนองต่อ ความต้องการของประชาชน และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในรูปแบบพหุภาคี โดยให้มีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการ เพื่อให้การตัดสินใจและการบริหารจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพรับผิดชอบ และโปร่งใส ตรวจสอบได้

4. สร้างกลไกระบบตรวจสอบและติดตามประเมินผลการบริการระบบสุขภาพในทุกระดับ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

1. ส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในการดำเนินการเพื่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบพหุภาคี

2. ส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคมเพื่อการริเริ่มผู้ การมีส่วนร่วมกับภาครัฐในรูปแบบพหุภาคี เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่นและการพัฒนาสังคมแบบยั่งยืน

3. พัฒนาโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการเสริมบทบาทและการสร้างเข้มแข็งของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ

1. สร้างกลไกการบริหารจัดการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการบริหารจัดการให้เกิดการผลิต การกระจายและการใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย

2. ยกย่องภูมิปัญญาไทยให้มีสถานะและใช้ประโยชน์ได้ทัดเทียมกับภูมิปัญญาสากลโดยการ สร้างระบบ การวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เข้มแข็ง และผสมผสานเข้า ผู้ระบบการศึกษาและระบบบริการ สาธารณสุขในทุกกระดับ

3. การสร้างหลักประกันให้เกิดการใช้ความรู้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อให้การตัดสินใจ และดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างใช้หลักฐาน ข้อมูลทางวิชาการเป็นพื้นฐานในการบริหารจัดการ โดยเน้นให้เกิด การกำหนดนโยบายที่ใช้ความรู้เป็นฐาน การมีการประเมินและการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมี ระบบข้อมูลความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์โดยสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่

1. สร้างกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้ ประโยชน์จากกำลังคนด้านสุขภาพของชาติให้ชัดเจน เป็นเอกภาพ สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และเป็นธรรมต่อวิชาชีพต่างๆ

2. เร่งรัดการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ให้มีศักยภาพ เจตคติ และทักษะการทำงานที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

3. การปฏิรูประบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับ สถานการณ์ที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลง

จากรายละเอียดของยุทธศาสตร์จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจทางด้าน การสาธารณสุขถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 3 และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ซึ่งกล่าวถึงการให้ภาคประชาสังคม ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบ สุขภาพของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบภาคี

ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรองรับงานสาธารณสุข

เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานท้องถิ่นที่มีการจัดตั้งขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ทำให้ มีคำถามมากมายเกี่ยวกับความพร้อมในการบริหารจัดการด้านต่างๆ รวมถึงศักยภาพขององค์การบริหาร ส่วนตำบลในการบริหารจัดการ ดังนั้น จึงแบ่งหัวข้อความพร้อมออกเป็นกลุ่มงานที่องค์การบริหารส่วน ตำบลมีความพร้อมในการดำเนินงาน และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อความพร้อมขององค์การบริหาร ส่วนตำบล มีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาของสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ(2541) เรื่อง กลุ่มงาน สาธารณสุขที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการบริหาร จัดการ พบว่ากลุ่มงานในกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 18 กลุ่มงาน มีกลุ่มงานที่น่าจะกระจายอำนาจให้ ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการด้วยตนเอง 8 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน กลุ่มงาน ออนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มงานโภชนาการ กลุ่มงานป้องกัน

ควบคุมโรคเอดส์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเท่านั้น ที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและความพร้อมที่จะดำเนินการได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักในความสำคัญของบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลที่จะมีต่อการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต จึงได้มีการศึกษาถึงสถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข โดยสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงบทบาทในการพัฒนาสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพยังมีความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินงานค่อนข้างน้อย ยกเว้นงานด้านการกำจัดขยะ

จากการศึกษางานสาธารณสุขในทศวรรษหน้า ปี 2541 (พันธุ์ทิพย์ รามสูต. 2541 : 43-45) พบว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานเห็นว่า องค์การบริหารส่วนตำบลยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการกระจายอำนาจในประเทศมีลักษณะจำกัดตัวเองมาก โครงสร้างทางการเมืองที่ระบบการปกครองประเทศยังรวมศูนย์กลางไว้ที่ส่วนกลาง และมีความเห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบล ใน 5-10 ปี ข้างหน้ายังไม่เข้มแข็งที่จะเข้ามารองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะไม่ใช่ปัญหาหลักขององค์การบริหารส่วนตำบลแต่จะไปเน้นการทำโครงสร้างพื้นฐานที่เขาได้รับผลประโยชน์ตอบแทนก่อน รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีความสามารถในการวางแผนและจัดการเรื่องทางสังคม โดยเฉพาะงานสาธารณสุขได้ ซึ่งรัฐจึงช่วยเพิ่มขีดความสามารถในเรื่องนี้กับองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้ทรงคุณวุฒิอีกกลุ่มมีความคิดแตกต่างจากกลุ่มแรกว่าองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นองค์กรการปกครองมีฐานจากฝูงชน เป็นรัฐบาลท้องถิ่น เป็นนิติบุคคล จะบริหารจัดการได้ดีกว่ารัฐบาลกลาง เพราะกลไกการปกครองเป็นธรรมชาติและเป็นท้องถิ่น เป็นตัวของตัวเอง คุณภาพน่าจะดีกว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะเป็น Self Autonomy ที่สามารถดูแลปกครองและพัฒนาตำบลของตนเอง และมีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน การที่มีการกระจายอำนาจปกครองบริหารสู่ท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิเชื่อว่าจะทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น คือ ประชาชนจะมีโอกาสตัดสินใจเอง ชาวบ้านจะมีงบประมาณ ทรัพยากร และเครื่องมือในการแสดงบทบาทมากขึ้นและจะทำให้เนื้อหาสาระตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น ถึงแม้จะเป็นนโยบายก็เป็นสิ่งที่เกิดจากประชาชน งานสาธารณสุขที่จะถูกปลดปล่อยออกจากกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลที่จะรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานอาจทำได้เพียงบางส่วนขึ้นอยู่กับระยะการพัฒนา ในที่ๆ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่เข้มแข็ง งานสาธารณสุขมูลฐานอาจจะยังอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ชี้นำ ชี้แนะ สนับสนุนมากกว่าเป็นผู้นำ จะเป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดหาทรัพยากรให้ แต่ไม่ปฏิบัติเอง จุดไหนที่องค์การบริหารส่วนตำบลเข้มแข็งกระทรวงสาธารณสุขก็ควรโอนงานรับผิดชอบตั้งแต่สถานีอนามัยให้เข้าไปบริหารจัดการเองทั้งหมด จึงควรขึ้นอยู่กับความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่ง

แต่ละแห่งคงพัฒนาไม่เท่ากันและบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่องานสาธารณสุขมูลฐานจะเข้มแข็งหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างได้แก่ สถานภาพทางการเงินงบประมาณที่สนับสนุน ความสามารถในการบริหารคุณค่าของระบอบประชาธิปไตย ตลอดจนจริยธรรมอุดมการณ์และความคิดความตั้งใจของผู้บริการที่จะทำเพื่อประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องมีบทบาทแก้ไขความขัดแย้งความไม่เสมอภาคในสังคมให้ทุกคนยอมรับได้ ถ้าองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่พร้อมแต่เร่งรีบเกินไปก็จะเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มบางกลุ่มเท่านั้น เพราะฉะนั้น การสร้างพลังให้องค์การบริหารส่วนตำบลต้องค่อยเป็นค่อยไป และงานสาธารณสุขมูลฐานจะโอนมอบงานเข้าไปในองค์การบริหารส่วนตำบลได้ ต้องเริ่มจากฝ่ายราชการ โดยเริ่มในแนวคิดที่กว้างและเริ่มในจุดที่เป็นไปได้ แต่จะค่อยๆทำในพื้นที่ที่ทำได้ก่อน

ในส่วนของงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกรมควบคุมโรคได้จัดทำมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ(CUP) ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานดังกล่าว เป็นไปอย่างมีระบบและสอดคล้องกับบทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เปลี่ยนไป มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่ เกิดการประสานดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพโดยการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (กรมควบคุมโรค. 2547 : ก) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับนโยบายและดำเนินการประเมินความสามารถของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขเขต 13 ในปี 2546 โดยทำการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสำรวจ หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสำรวจให้กับปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และให้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอบแบบสำรวจด้วยตนเองและนัดหมายรับแบบสำรวจ ซึ่งผลการสำรวจพบว่า จำนวนองค์การบริหารส่วนตำบลมีทั้งหมด 882 แห่ง ตอบกลับจำนวน 869 แห่ง เมื่อทำการจัดกลุ่มองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งแบ่งตามระดับคะแนน เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ก กลุ่ม ข และกลุ่ม ค พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 1 จำนวน 2 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค ทั้งสองแห่ง องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 2 จำนวน 4 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 75) องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 3 จำนวน 19 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 13 แห่ง (ร้อยละ 68.40) องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 4 จำนวน 73 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 83.60) องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 5 จำนวน 771 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 585 แห่ง พบปัญหาและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านป้องกันควบคุมโรคโดยตรงที่

ประจำอยู่ที่องค์การบริหารส่วนตำบล ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ มีข้อจำกัดด้านการเงินและเวลา กิจกรรมบางกิจกรรม อบต. ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องจากบุคคลสาธารณสุข ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ ควรอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ อบต. ทุกระดับ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัยให้เพียงพอ และสามารถใช้งานได้ดี หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรแจ้งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญให้ อบต. ทราบด้วย

3. การมีส่วนร่วม

โดยทั่วไป แนวคิดและหลักการพัฒนาชุมชนได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน ในฐานะที่เป็นวิธีการและเป้าหมายในการพัฒนา นำไปสู่ความสามารถในการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการพัฒนา นักวิชาการและนักปฏิบัติหลายท่านต่างก็ยอมรับถึงความจำเป็น และความสำคัญของการมีส่วนร่วม

จอห์น เอ็ม โคอห์น และ นอร์แมน ที อัฟฮอฟท์ (John M. Cohen and Norman T. Uphoff) (อ้างในมนตรี กรรพุมาลัย, 2539 หน้า 97-98) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม (Participation) ว่า ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินงานตามกิจกรรมที่ตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนานั้นๆ และ/หรือเข้าร่วมติดตามประเมินผลกิจกรรมดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ได้เสนอกรอบแนวคิดมิติของการมีส่วนร่วมประกอบด้วยประเด็นคำถาม 3 มิติ คือ มีส่วนร่วมอะไรบ้าง มีส่วนร่วมกับใครบ้าง และการมีส่วนร่วมอย่างไรบ้าง

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การกระตุ้นและเพิ่มพูนความรู้สึกรู้สึกถึงความสามารถของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในชนบทในการที่จะตอบสนองต่อโครงการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ของชุมชนด้วย (Oakley:2532 อ้างในเพ็ญศรี เปลียนขำ, 2542 หน้า 3)

เพ็ญศรี เปลียนขำ (2542, หน้า 84-86) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation) หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุขวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมทั้งการแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

สุจินต์ ดาววิระกุล (2527, หน้า 45-47) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็น กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนร่วมดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ซึ่งที่ประชาชนปรารถนาหรือที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช้การกำหนดกรอบแนวความคิดจากบุคคลภายนอก

ถนัด ไบยา (2541, หน้า 7-10) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมมิได้หมายถึงเฉพาะว่าชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมหรือร่วมในภาวะจำยอม หากแต่หมายถึงชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึง

ปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง มีความสามารถในการแยกแยะได้ว่า ปัญหาใดที่ชุมชนสามารถแก้ไขเองได้ ปัญหาใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถที่ต้องให้ภาครัฐหรือผู้อื่นนอกชุมชนที่สามารถช่วยเหลือในการแก้ปัญหานั้นได้ การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับ 3 ประการด้วยกัน ประการแรกมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจพัฒนา การค้นหาสภาพปัญหา สภาพที่คาดหวัง วิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกแห่งการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไข ประการต่อมา มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตัดสินใจให้เกิดการพัฒนา ประการสุดท้ายมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อย่างเป็นธรรมจากกิจการนั้น ๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกันและปรับปรุงพัฒนาต่อไป

นิตยา เพ็ญศิริธนา (2542, หน้า 394) ได้อธิบายบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานคือ การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงกำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ปัญหามุมชุมชน แยกวิธีการแก้ปัญหาก็สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนเองและวิธีการใดที่เกินความสามารถจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

จากความหมายของการมีส่วนร่วมสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นกระบวนการที่ชุมชนตัดสินใจกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ หาสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการวางแผนแก้ไขปัญหา กำหนดทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

จอห์น เอ็ม โคเฮน และ นอร์แมน ที อัฟฮอฟท์ (John M.Cohen and Norman T Uphoff) (อ้างใน ครุณี ทายะติและคณะ, 2543 หน้า 8-9) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอนคือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจ และมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ
- 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ทั้งทางด้านวัตถุประสงค์ที่เป็นผลประโยชน์ของสาธารณะหรือสังคม และผลประโยชน์ด้านบุคคลได้แก่ ความนับถือตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง ความคุ้มค่าของผลประโยชน์เป็นต้น
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผล ค้นหาข้อดีข้อเสียและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน การปรับปรุงแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด มีการประยุกต์การดำเนินงานให้เหมาะสมต่อไป

การสร้างการมีส่วนร่วมต้องอาศัยองค์ประกอบหลายสิ่งหลายอย่างประกอบกัน ที่สำคัญภายในชุมชนเอง (ถนัด ไบยา , 2541 อ้างแล้ว) ได้แก่

- 1) การติดต่อสื่อสารที่ดี (Two way communication) แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- 2) มีตัวแทนที่เหมาะสม (representativeness) มีตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการ และหลากหลายความร่วมมือ เป็นต้น
- 3) ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจ (relevant information) เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลในการตัดสินใจ
- 4) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ
- 5) มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร (resource mobilization) ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ริฟกิน (Rifkin) (อ้างในเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ) ,2542 หน้า 85) ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมระดับเบื้องต้น ประชาชนเป็นเพียงผู้รับผลประโยชน์จากโครงการหรือกิจกรรมเท่านั้น (people participate in the benefits of the programs) ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ เป็นการมีส่วนร่วมแบบรับผลประโยชน์ (passive)

ระดับที่ 2 ชุมชนมีส่วนร่วมด้านแรงงาน กำลังเงิน หรือทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (people participate in program activities) ชุมชนยังไม่ได้เป็นผู้ที่ร่วมงานอย่างแท้จริง จัดได้ว่าเป็นการร่วมมือแบบมีส่วนร่วม (active)

ระดับที่ 3 สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ (people participate in implementing health programs) แม้ว่าชุมชนจะได้มีส่วนร่วมมากขึ้น แต่เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของกิจกรรม/โครงการยังถูกกำหนดจากผู้วางนโยบาย

ระดับที่ 4 สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม ควบคุมกำกับและประเมินผลว่าผลของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด (people participate in monitoring and evaluating programs) แต่ผู้วางนโยบายยังกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของกิจกรรมโครงการ

ระดับที่ 5 สมาชิกของชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง (people participate in planning programs) ในระดับนี้ประชาชนดำเนินการเองทั้งหมด โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน อันจะมีผลทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน เป็นระดับสุดยอดของการมีส่วนร่วม

4. Future Search Conference (F.S.C.)

Future Search Conference (F.S.C.) เป็นกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้แทนกลุ่มหลายประเภท หลายระดับซึ่งต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆมาร่วมกันทำงาน โดยนำ ประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องนั้นและได้แผนหรือ แนวทางในการปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ใช้นาटकเป็นจุดประสงค์ในการทำงานแทนการใช้ปัญหาและการแก้ ปัญหาเป็นตัวตั้งในการทำงานซึ่งมักทำให้เกิดการขัดแย้ง F.S.C. ช่วยทำให้เป้าหมายและแนวทางของกลุ่มมีความชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ร่วมกันทำความเข้าใจสถานการณ์ในอดีตและปัจจุบันที่มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งจะมีผลกระทบ

อนาคต

2. เพื่อเสนอภาพรวมของสถานการณ์ปัจจุบัน

3. เพื่อลงมติและสร้างพันธสัญญาในการมีวิสัยทัศน์ของอนาคตร่วมกัน

4. เพื่อรวบรวมแนวคิด ความเข้าใจ ข้อมูลพื้นฐาน แผนปฏิบัติการ ที่จะใช้ในการสร้างอนาคตร่วมกัน

ข้อดี

1. เข้าใจ ปัจจัย องค์ประกอบ เหตุการณ์ในอดีตที่มีผลต่อสภาพปัจจุบันและแนวโน้มที่มีผลต่ออนาคต

2. ทุกคนเห็นภาพรวมเป็นภาพเดียวกันหมด เกิดวิสัยทัศน์ในอนาคตร่วมกัน เป็นการขยายเครือข่ายมี

สัมพันธภาพที่ดี เข้าใจและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ความคิดทุกอย่างอยู่ในสมองของทุกคนและตระหนักว่าทุกคนลงเรือลำเดียวกัน มีจุดมุ่งหมายปลายทางร่วมกัน มีแผนงานที่ชัดเจนร่วมกัน

ปรัชญาของ F.S.C.

1. นำระบบเปิดทั้งระบบ เข้าสู่ห้องประชุม คือคนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดของเรื่องที่จะประชุม

(Staker holder) โดยคัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมประชุม และต้องมีคนนอกเพื่อให้มีหลายมุมมอง หลายทัศนะ เปิดสายตาให้กว้างขึ้น ถ้าเราอยู่เฉพาะกลุ่มของเรา ความคิด มุมมองอาจไม่แตกออกไป

2. ระดมแนวคิดมุ่งไปที่อนาคตร่วมกัน ไม่พูดถึงปัญหา F.S.C. ยอมรับว่ามีปัญหาอยู่จริง แต่ไม่สนใจที่จะแก้ปัญหาแต่จะมุ่งไปสู่อนาคตร่วมกัน

3. เน้นเรื่องหาจุดร่วม ไม่สนใจจุดความขัดแย้ง ทำจุดร่วมให้แข็งแรง จุดต่างจะลดลงได้หรือหายไป มุ่งไปหาด้านบวกหรือด้านความหวัง

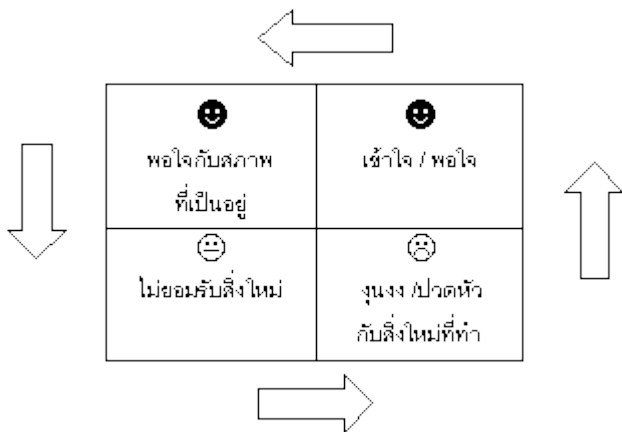
4. มองโลกแบบองค์รวม มองตัวเราอย่างไร เกี่ยวข้องกับสังคม ต่อโลกอย่างไร โลกมีผลกระทบต่อตัวเรา ต่อสังคม ต้องวิเคราะห์ ตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน อนาคต การณ์อนาคต แล้วจึงสร้างวิสัยทัศน์ได้

5. ทุกคนต้องทำงานกลุ่มอย่างอิสระ เป็นตัวของตัวเองเพื่อลดความคิดว่า ฉันไม่เกี่ยวเพราะไม่ใช่ความคิด

ของฉันทและถคนิสัยการพึ่งพาผู้อื่น ทุกคนมีความสามารถ ทุกคนมีกรยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นการประชุม ซึ่งเป็นประชาธิปไตย

6.ตกลงเรื่องเป้าหมายร่วมกัน เพื่อพูดถึงวิสัยทัศน์ล่อยๆแล้วเริ่มต้นตรงไหน ทำอย่างไร ต้องมีจุดเริ่มต้น ต้องหาเป้าหมายร่วมกัน แล้วทำให้เกิดเป็นจริงโดยการวางมาตรการ แผนการปฏิบัติงาน เพื่อได้ฉันทามติเกี่ยวกับอนาคตร่วมกัน

5.ใช้หลักจิตวิทยาของคนชื่อ Claesen ที่ว่า มนุษย์หากมีแรงบันดาลใจ ต้องมีอะไรเปลี่ยนแปลงในตัวเราเองก่อน หลักการ 4 ห้องของ Claesen มีดังนี้



ลักษณะการประชุม

การประชุม F.S.C. เต็มรูปแบบจะใช้เวลา 2-3 วัน จำนวนคนที่พอเหมาะประมาณ 50-60 คนถ้าน้อยเกินไป ความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์จะน้อย ถ้าคนมากเกินไปจะทำให้ใช้เวลานาน ควบคุมได้ยาก การบริหารจัดการประชุมไม่สะดวก วิทยากรดูแลกระบวนการได้ไม่ทั่วถึง

กระบวนการประชุมจะเริ่มจากการแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละไม่เกิน 10 คน กลุ่มย่อยที่แบ่งมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ 1) กลุ่มผสม สมาชิกในกลุ่มมีความหลากหลาย มีพื้นฐานและสถานะทางสังคมที่แตกต่างกัน 2) กลุ่มเฉพาะ สมาชิกในกลุ่มมีลักษณะเฉพาะบางประการร่วมกัน เช่นมีสถานะทางสังคมระดับเดียวกัน มีเพศเดียวกัน มีอาชีพเดียวกัน มีพื้นฐานความรู้ใกล้เคียงกัน เป็นต้น ในบางกิจกรรมจะใช้กลุ่มใหญ่ทั้งหมด กระบวนการสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ข้อมูลในอดีตในประเด็นต่างๆ สรุป/ตรวจสอบสภาพเหตุการณ์ปัจจุบันให้ชัดเจนแล้วร่วมกันหาอนาคตที่กลุ่มพึงปรารถนาาร่วมกัน สุดท้ายการประชุมจะมุ่งไปสู่แผนยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี แผนปฏิบัติการสำหรับอนาคตขององค์กรหรือกลุ่ม ผู้เข้าร่วมประชุมควรมีความหลากหลาย คือจากทุกๆหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

บทบาทของผู้เข้าร่วมประชุม

1. เป็นผู้ค้นหาข้อมูล ให้ข้อมูล ประสพการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล
2. ช่วยกันทำงานภายในกลุ่มตามที่ได้รับมอบหมายให้ทันเวลาที่กำหนด
3. ช่วยกันสร้างภาพของอนาคตที่พึงปรารถนา
4. ค้นหา “ความคิดเห็นร่วม” ของกลุ่ม
5. ช่วยกันกำหนดกิจกรรมที่จะนำ “ความคิดเห็นร่วม” ไปสู่การปฏิบัติ
6. ในกลุ่มย่อยให้มีการแบ่งหน้าที่เป็นผู้นำสนทนา (พยายามกระตุ้นให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น) ผู้บันทึก ผู้ควบคุมเวลา ผู้ช่วย (ดูแล Flip Chart)

กระบวนการ F.S.C ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วนได้แก่

- การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงกับสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบัน
- การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันเพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักของการประชุม
- การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาในประเด็นหลักของการประชุม เพื่อร่วมกันกำหนดความคิดเห็นร่วมและสร้างแผนปฏิบัติการไปสู่อนาคตร่วมกัน



อดีต

1. เส้นแบ่งเวลา (Timeline)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทุกคนได้สะท้อนข้อมูล (ประสบการณ์ในอดีตที่ตนเองมีอยู่) วิธีการ : ผู้เข้าร่วมประชุมจะนั่งรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มผสม แต่ละคนจะนั่งทบทวนข้อมูลหรือ เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นมาแล้วในอดีต โดยมีประเด็นหลัก 4 ประเด็นด้วยกันคือ

- การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญของโลก
- สภาพเหตุการณ์ในประเทศไทยที่เกี่ยวกับหัวข้อของการประชุมครั้งนี้
- การเปลี่ยนแปลงของชุมชน
- การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตแต่ละคน

แต่ละคนจะนำสิ่งที่ตนเองทบทวนได้ทั้ง 4 ประเด็น ไปเขียนบนแผ่นกระดาษที่ติดไว้บนฝาผนังห้องประชุม ข้อมูลนี้จะใช้เป็นฐานข้อมูลที่แต่ละคนจะนำไปใช้ในการทำงานในช่วงต่อไป

2. การวิเคราะห์ (เข้าใจ) อดีต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม นำข้อมูลจากเส้นแบ่งเวลา (Timeline) มาวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์เชื่อมโยงและตอบคำถาม ที่แต่ละกลุ่มได้รับมอบหมาย

วิธีการ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนดูข้อมูลที่ได้จากการทำเส้นแบ่งเวลาแล้วร่วมกันวิเคราะห์ และตอบคำถามที่วิทยากรมอบให้ ซึ่งวิทยากรจะเป็นผู้เตรียมจำนวนคำถามเท่ากับจำนวนกลุ่มที่จัดไว้ ประเด็นคำถามจะสัมพันธ์กับหัวข้อหลักของการประชุมและประเด็นหลักของเส้นแบ่งเวลา

3. การหยั่งเห็น (การสะท้อน)

วัตถุประสงค์ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็นและวิจารณ์ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มต่างๆ รวมทั้งสะท้อนสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับอดีตที่ผ่านมา

วิธีการ วิทยากรเชิญชวนให้สมาชิกเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการนำเสนอผลการวิเคราะห์ของกลุ่มต่างๆ ในขั้นตอนการวิเคราะห์อดีต ปัจจุบัน

4. แผนที่ความคิด

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างภาพรวม ทิศทางแนวโน้มและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อหัวข้อหลักของการประชุมในสถานการณ์ปัจจุบัน

วิธีการ ให้สมาชิกทุกคนเสนอความคิดที่ตั้งเอาไว้ อาจกำหนดกติกาให้เสนอเพียงคนละหัวข้อก่อนเพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม ทุกความคิดที่เสนอขึ้นมาวิทยากรจะจดบันทึกด้วยคำสั้นๆ เขียนตัวโตๆ ให้ทุกคน

มองเห็น พร้อมทั้งโยงเส้นเข้ากับก๊วต่างๆของผู้เสนอ วิธีนี้ทำให้ได้ความคิดที่หลากหลาย การมองเห็นความคิดของผู้อื่นที่ถูกบันทึกไว้ทำให้คนอื่นๆเกิดความคิดใหม่ต่อไปได้ เปรียบเสมือนการต่อภาพ Jigsaw นั่นเอง วิทยากรมีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกอธิบายความคิดให้กลุ่มฟังจนเข้าใจความหมาย ที่สมาชิกอธิบายเอาไว้ การจัดความสำคัญ ความสัมพันธ์ และความเป็นไปได้ตามความเห็นของสมาชิก กระทำได้โดยแจก Sticker สีให้คนละ 5-8 แด้มเท่าๆกันเพื่อให้สมาชิกนำไปติดข้างคำที่สมาชิกให้ความสนใจซึ่งอาจให้มากกว่า 1 แด้ม ต่อ 1 คำได้

5. มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนรับรู้ถึงมุมมองของกลุ่มเฉพาะที่มีต่อประเด็นของแผนที่ความคิด ทำให้มีการพิจารณาวิเคราะห์ได้ลึกซึ้งขึ้น

วิธีการ สมาชิกในกลุ่มเลือกประเด็นที่วิทยากรจัดลำดับ สรุปและนำเสนอไว้แล้วจากแผนที่ความคิดนำมาพิจารณาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเด็นต่างๆเสียใหม่ แล้วนำมาเสนอในที่ประชุม

6. ความภูมิใจและเสียใจ

วัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มทบทวนผลงานที่ผ่านมาของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน ทำให้แต่ละคนรับรู้เข้าใจถึงสภาวะ ความสามารถและขีดจำกัดซึ่งกัน

วิธีการ สมาชิกในกลุ่มร่วมกันระดมความคิดเห็น และร่วมกันคัดเลือกเอาหัวข้อที่สำคัญของข้อมูลที่ตนมีความภูมิใจและความเสียใจอย่างละ 3 ลำดับ นำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนในที่ประชุมร่วมกัน

7. การสังเคราะห์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้สะท้อนความรู้สึกเมื่อได้รับรู้ขีดจำกัดและความเสียใจของกลุ่ม เป็นการเปิดใจและยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อเตรียมทุกคนเข้าสู่อนาคตร่วมกัน และเกิดกำลังใจเมื่อรับรู้ถึงความภูมิใจ

วิธีการ วิทยากรเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้แสดงความรู้สึกหลังจากที่ได้รับรู้ความภูมิใจและเสียใจของกลุ่ม

อนาคต

8. การทำเป็นละคร

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกร่วมกันจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาในหัวข้อหลักของการประชุม โดยนำข้อมูลที่ได้เรียนรู้จากอดีตและปัจจุบันมาจินตนาการสร้างภาพ อนาคต

วิธีการ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนา โดยการระดมสมองหรือให้แต่ละคนวาดภาพจินตนาการของตน แล้วนำภาพจินตนาการของแต่ละคนมาร่วมกันเป็นภาพจินตนาการของกลุ่มจากนั้นจึง ถ่ายทอด ออกมาในรูปของการแสดงสั้นให้กลุ่มอื่นชม โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

9. การนำเสนอละคร

ขณะที่กลุ่มกำลังแสดงอยู่ ผู้ชมทุกคนต้องจับประเด็นความคิด และสาระต่าง ๆ ที่บทละครกล่าวถึง แล้วบันทึกเป็นข้อมูล ของคนเพื่อนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการทำงานกลุ่มช่วงต่อไป

10. ความคิดเห็นร่วม

วัตถุประสงค์ เพื่อแลกเปลี่ยนและค้นหาแนวความคิดในอนาคตที่พึงปรารถนา

วิธีการ ผู้เข้าร่วมประชุมรวมกลุ่มกันเพื่อร่วมกันพิจารณาค้นหา “ความคิดเห็นร่วม” และ “ความคิดเห็นที่เป็นไปได้” จากประเด็นความคิดและสาระที่บทละครกล่าวถึง ความคิดเห็นร่วมและความคิดเห็นที่เป็นไปได้ ที่รวบรวมได้จากสมาชิกทั้งห้องประชุมจะถูกเขียนไว้บนแผ่นพลิก สมาชิกทุกคนจะทำการลงคะแนนตามความคิดเห็นที่ตนเห็นว่าสำคัญ

11. แผนการปฏิบัติการส่วนบุคคล

จาก ความคิดเห็นร่วมและความคิดเห็นที่เป็นไปได้ ที่ผ่านการลงมติทั้งห้องประชุมแล้วสมาชิกแต่ละคนจะเลือกประเด็นที่ตนสนใจและ ให้ความสำคัญมากเพียงประเด็นเดียว โดยตอบคำถามว่า ตนและองค์กรที่สังกัดจะมีส่วนร่วมในการประสานงานต่อหัวข้อนั้นอย่างไร เพื่อเข้าร่วมพิจารณาและทำงานกับสมาชิกที่เลือกประเด็นเดียวกัน

12. แผนประปฏิบัติกรกลุ่มสนใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดอนาคตที่พึงปรารถนา

วิธีการ ผู้สนใจประเด็นเดียวกันจากความคิดเห็นร่วม และความคิดเห็นที่เป็นไปได้ ร่วมกลุ่มเป็นกลุ่มสนใจในเรื่องนั้นเพื่อพิจารณาภาพที่เป็นอยู่ กลยุทธ์หรือแนวทางและกิจกรรมหรือขั้นตอนพร้อมทั้งระบุปัญหา อุปสรรคข้อจำกัดที่มีอยู่ การนำเสนอในที่ประชุมรวมใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 3 นาที

13. แผนปฏิบัติการกลุ่มเฉพาะ

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดแผนปฏิบัติงานเฉพาะภายใต้เงื่อนไขที่สมาชิกกลุ่มเฉพาะมีศักยภาพในการนำไปปฏิบัติ สนับสนุน

วิธีการ กลุ่มเฉพาะร่วมกันค้นหาและวางกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่วิสัยทัศน์ที่กลุ่มพึงปรารถนาในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับการประชุม โดยเน้นประเด็นที่สำคัญและมีโอกาสเป็นไปได้จริงเพียง 3 ประเด็น จากความคิดเห็นร่วมและความคิดเห็นที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งระบบปัจจัย สนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางข้อจำกัด

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

เอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เรียกว่า เชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว สามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์เนื้อสมอง เมื่อมีการติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัส แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ เชื้อยังคงอาศัยอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่เชื้อต่อไปได้ เชื้อเอชไอวี จะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดลงเป็นผลให้ติดเชื้อชนิดฉวยโอกาส เช่น ปอดบวม วัณโรค หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่า อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

ประวัติการเกิดโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี พบได้สูงในกลุ่มชายรักร่วมเพศ คนที่ติดยาเสพติด โดยการฉีดเข้าเส้นและในคนที่ได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด ทำให้นักวิทยาศาสตร์ตั้งสมมติฐานตั้งแต่เริ่มแรกว่าเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ ในปี พ.ศ. 2526 ดอกเตอร์ ลัค มอนตานีออร์ (Dr. Luc Montagnier) และคณะจากสถาบัน ปาสเตอร์ ที่กรุงปารีสได้แยกไวรัสชนิดหนึ่งจากต่อมน้ำเหลืองของชายรักร่วมเพศที่มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว ซึ่งเป็นระยะหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวี จึงตั้งชื่อไวรัสนี้ว่า ลิมฟาดีโนพาที แอสโซซิเอตไวรัส หรือ แอลเอ (Lymphadenopathy Associated Virus (LAV)) และหนึ่งปีต่อมา ดอกเตอร์ โรเบิร์ต แกลโล (Dr. Robert Gallo) และคณะจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของ

สหรัฐอเมริกาได้แยกไวรัสชนิดหนึ่งจากเลือดของผู้ป่วยโรคเอดส์ และจากผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ และตั้งชื่อไวรัสนี้ว่า ฮิวแมน ที เซลล์ลิมโฟโทรปิก ไวรัส ไทป์ ตรี (Human T cell Lymphotropic Virus Type III หรือ เอชทีแอล วี ตรี (HTLV-III) เพราะมีสมบัติใกล้เคียงกับไวรัสอื่นในกลุ่มเอชทีแอลวี (HTLV) ต่อมาพบว่าไวรัสแอลเอวี กับ เอชทีแอล วี ตรี เป็นไวรัสชนิดเดียวกันเพื่อป้องกันความสับสน จึงเรียกชื่อใหม่ว่า เอชไอวี (HIV) (Human Immunodeficiency Virus) (อำนาจ ไตรสุภา และคณะ, 2530 : 1)

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี พบได้ในของเหลวที่ออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกายมีมากที่สุดในน้ำเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ ร่องลงมา คือ น้ำอสุจิในช่องคลอด ส่วนน้ำนม น้ำลาย น้ำตา เสมหะ เหงื่อปัสสาวะ มีปริมาณเชื้อเอชไอวีน้อย การแพร่กระจายทางน้ำตาและน้ำลายยังไม่มีรายงานพิสูจน์ที่ชัดเจน ที่เป็นเช่นนั้นเพราะความเข้มข้นของเชื้อในน้ำคัดหลั่งมีน้อยหรือไม่มีสารที่เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการแพร่เชื้อ วิธีการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา (2536:4-5) สรุปไว้ได้ดังนี้

1. การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งการแพร่เชื้อลักษณะนี้เกิดขึ้น โดยการรับเอาน้ำอสุจิ หรือน้ำในช่องคลอดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าไปทางรอยแผลที่เกิดขึ้นในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ อาจเป็นการแพร่กระจายในพวกร่วมเพศ รักต่างเพศ หรือรักสองเพศ โดยในขณะที่ร่วมเพศมักจะเกิดรอยปริหรือถลอกที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก ทำให้มีเลือดและน้ำเหลืองซึมออกมา และซึมเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่งได้ จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเพศชายสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ภรรยา ทำให้ภรรยาติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 18 ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อเพศหญิงสามารถแพร่เชื้อให้สามีได้เพียงร้อยละ 8 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้หญิงที่ผลเลือดเป็นปกติ ซึ่งเป็นแบบที่เรียกว่า รีเทนทีฟ อินเทอร์คอร์ส (retentive intercourse) จะติดเชื้อเอชไอวีง่ายกว่าการแพร่กระจายเชื้อจากผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้ชายที่ผลเลือดเป็นปกติ ซึ่งเป็นแบบที่เรียกว่า อินเซอร์ทีฟ อินเทอร์คอร์ส (insertive intercourse)

2. การแพร่กระจายโดยการรับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ซึ่งในเลือดของผู้ติดเชื้อไม่มีโอกาสจะมีเชื้อไวรัสอยู่ เมื่อร่างกายคนปกติได้รับเลือดของผู้ติดเชื้อก็จะเกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งอาจเกิดได้ดังนี้

2.1 การถ่ายเลือดผู้ป่วยที่เสียเลือดไปมาก หรือให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือด บางชนิดที่จำเป็นต้องได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย (Haemophilia) ถ้าในเลือดที่ถ่ายให้มีส่วนเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวีได้

2.2 ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฉีด ผู้ติดยาสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาเสพติดอันเดียวกับผู้ติดยาเสพติดที่มีเชื้อเอชไอวีติดเชื้อ เลือดของผู้ป่วยจะมีเชื้อเอชไอวีอยู่และติดอยู่ที่เข็มหรือกระบอกฉีดยา เมื่อติดยาเสพติดเข้าไปในร่างกายยาเสพติดจะพาเอาเลือดที่มีเชื้อนี้เข้าไปด้วย และมีผลให้ผู้นั้นได้รับเชื้อเอชไอวี ในทำนองเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์

สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่ง เช่น ถูกเข็มที่ใช้เจาะเลือดผู้ป่วยแทงเข้าผิวหนังโดยไม่ตั้งใจ เป็นต้น

2.3 การปลูกถ่ายอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ไช้กระดูก จากผู้ให้อวัยวะที่มีเชื้อเอชไอวี ก็ทำให้ผู้รับการปลูกอวัยวะติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่เนื่องจากปัจจุบันมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้บริจาคทุกคน การแพร่กระจายโรคเอดส์โดยวิธีนี้จึงไม่ค่อยปรากฏ

3. การแพร่กระจายจากมารดาสู่ทารก อาจผ่านไปทางเลือด รก สายสะดือ หรือทางน้ำคร่ำ ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อเอชไอวีทุกราย มีทารกเพียงร้อยละ 25-50 เท่านั้น ที่ติดเชื่อนี้ ทารกที่เหลือไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติใด ๆ นอกจากนั้นทารกอาจติดเชื้อจากเลือดแม่ขณะที่หลังคลอดออกมาจากช่องคลอดหรือโพรงมดลูก หรืออาจติดเชื้อจากการคุณแม่ ซึ่งยังไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัด

4. รูปแบบการกระจายของเชื้อเอชไอวีเชิงระบาดวิทยาในประเทศไทย รูปแบบการกระจายของเชื้อเอชไอวีระบาดวิทยาในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญโญธรรมากร, 2534 : 21-22)

4.1 ระยะที่หนึ่ง การแพร่ระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ในช่วงก่อนปี 2527 ถึงปี 2529 การแพร่ของเชื้อเอชไอวีในระยะนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศระหว่างชายกับชาย ผู้ป่วยที่พบในระยะแรกนั้นมักจะเป็นผู้ติดเชื้อจากชาวต่างประเทศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างประเทศ ชายที่ติดเชื้อบางคนมีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศก็จะแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ทั้งชายและหญิง บางคนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการก็แพร่เชื้อต่อไปยังหญิงบริการ

4.2 ระยะที่สอง การแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ในช่วงปลายปี 2530 จนถึงปี 2533 มีการระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างรุนแรงในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด อัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายจังหวัด จากต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี 2530 เป็นสูงกว่า ร้อยละ 40 เมื่อปลายปี 2531 การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากการติดยาเสพติดโดยใช้เข็มและกระบอกฉีดาร่วมกัน การแพร่ระบาดในกลุ่มนี้อยู่ในระดับทรงตัวอัตราการติดเชื้อในหลายพื้นที่ลดลง จากข้อมูลสรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2538 : 5) พบว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในการสำรวจ เมื่อเดือนมิถุนายน 2532 เท่ากับ ร้อยละ 39 และการสำรวจครั้งต่อ ๆ มา พบว่า อัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง ร้อยละ 27.8 – 38.2 ในเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม 2536 อยู่ร้อยละ 35.21 35.0 ในเดือนมิถุนายน 2537 อยู่ร้อยละ 34.27 และในเดือนธันวาคม 2537 พบร้อยละ 30.56 เนื่องจากมีการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ วิธีการป้องกันและการเข้ารับการรักษาเมื่อสงสัยว่าได้รับเชื้อ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นี้มีหลายหน่วยงานที่เข้ามาจัดการ ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา รวมทั้งหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งผล

จากการเผยแพร่ความรู้โรคเอดส์ดังกล่าว สามารถทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ต่าง ๆ ทรงตัว ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะลดลงอีกด้วย

ในระยะที่สองนี้อาจมีการแพร่กระจายจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติดไปสู่ประชาชนทั่วไป โดยทางเพศสัมพันธ์ผ่านทางหญิงบริการ กล่าวคือ ผู้ชายที่ติดเชื้อเสพติดบางคนระหว่างหยุดเสพติดก็อาจไปเที่ยวหญิงบริการ ในขณะที่เดียวกันผู้ติดเชื้อเสพติดที่เป็นหญิงบางคนก็อาจเป็นหญิงบริการ

4.3 ระยะที่สาม การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงบริการ ตั้งแต่ปี 2532 มาจนถึงปัจจุบันมีการระบาดของติดเชื้อเอชไอวีอย่างรุนแรงในกลุ่มหญิงบริการ โดยในปี 2532 มีการตรวจพบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงบริการสูงถึงร้อยละ 44 ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก ในจังหวัดท่องเที่ยวแห่งอื่น ๆ ก็มีอัตราสูงเช่นเดียวกัน ในขณะนี้แนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการในทุกจังหวัดของทุกภาคเพิ่มสูงขึ้น เรื่อย ๆ

4.4 ระยะที่สี่ การแพร่ระบาดในกลุ่มชายที่เที่ยวหญิงบริการ ตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา มีการตรวจพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่เที่ยวหญิงบริการในอัตราเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จากการสำรวจชายที่ได้รับการตรวจตามโรคตามจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เมื่อปลายปี 2533 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 4.4 และต่อมาได้สำรวจเมื่อเดือนมิถุนายน 2534 (ได้ข้อมูลจาก 34 จังหวัด) พบว่า อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยเป็นร้อยละ 5.2 มีผู้คาดประมาณว่าในประเทศไทยมีชายในวัยที่เที่ยวหญิงบริการมีอยู่ประมาณ 13-15 ล้านคน ในจำนวนนั้นอย่างน้อยร้อยละ 30-50 เคยเที่ยวหญิงบริการ และเชื่อว่าจะมีชายจำนวนไม่น้อยที่ได้สัมผัสเชื้อเอชไอวี และได้แพร่เชื้อต่อไปแล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่า การแพร่ระบาดในกลุ่มนี้จะควบคู่ไปกับกลุ่มหญิงบริการ เพราะมีการติดต่อซื้อขายบริการทางเพศกันตลอดเวลา ดังนั้น ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีคนเดียวจะสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นอีกมากมายโดยผ่านทางหญิงบริการ

4.5 ระยะที่ห้า การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงทั่วไปและเด็กทารก หลังจากการแพร่ระบาดในกลุ่มชายนักเที่ยวแล้ว กลุ่มที่จะติดเชื้อเอชไอวีต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ กลุ่มหญิงทั่วไป ได้แก่ แม่บ้าน หญิงที่กำลังจะสมรส หรือหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ จากการศึกษ พบว่า ชายที่เที่ยวหญิงบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 50-70 เป็นโสด ชายหนุ่มอายุ 20-30 ปี ในภาคเหนือประมาณร้อยละ 5-10 ติดเชื้อเอชไอวีไปแล้ว และในอนาคตอีก 5-10 ปี ข้างหน้าเมื่อชายหนุ่มเหล่านี้แต่งงานก็จะแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงทั่วไปเพิ่มขึ้น จากรายงานภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2535 มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี 1.24 % และต้นปี พ.ศ. 2536 (มกราคม – กุมภาพันธ์) มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.94% ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้มารับการฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2535 มี 1.81% ในต้นปี พ.ศ. 2536 มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเป็น 3.34% (พงษ์ศักดิ์ชัยศิลป์วัฒนา, 2536 : 8) ในทำนองเดียวกัน เมื่อหญิงทั่วไปติดเชื้อเอชไอวี ก็มีโอกาสจะแพร่เชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ได้ จากรายงานมีเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2535 (ถึง พฤษภาคม 2535) มีจำนวนทั้งสิ้น 2,973 ราย เมื่อดูแนวโน้มของโรคแล้วในโอกาสอันใกล้นี้จำนวนเด็กที่จะติดเชื้อจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า รูปแบบของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ได้เปลี่ยนทิศทางการแพร่โดยการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ และใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกันไปเป็นการแพร่ทางเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ โดยผ่านทาง การค้าประเวณี คือ มีการแพร่จากชายที่ติดเชื่อไปสู่หญิงบริการ และหญิงบริการที่รับเชื่อก็มีการแพร่เชื่อไปสู่ประชาชนทั่วไปที่รับบริการทางเพศ ซึ่งจะนำไปสู่การแพร่เชื่อไปสู่ภรรยา คู่นอน ตลอดจนหญิงบริการคนอื่น ๆ และแพร่เชื่อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ต่อไป

ผลกระทบของการติดเชื่อเอชไอวี

การติดเชื่อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์นั้น ถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ อีกทั้งผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วจะเสียชีวิตทุกราย ปัจจุบันผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กระจายไปในกลุ่มบุคคลรวมทั้งครอบครัวและเกือบทุกชุมชนทั่วประเทศ จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อร่างกาย ปัจจุบันพบว่า กว่าร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื่อทั้งหมด จะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2535 : 6) เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว ต่อม้ำเหลืองโต มะเร็งผิวหนัง บางรายเหนื่อยหอบ เนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนาน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537 : 214) ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน รวมทั้งมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ในที่สุดอาการจะเลวลงและเสียชีวิต

1.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีปฏิกิริยาทางจิตใจ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งอาจเป็นปฏิกิริยาที่รุนแรงมาก เพราะการติดเชื่อเอชไอวีนั้น อาจถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรง (Nichols, 1985 : 765-767) ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกผิดหรือโกรธตนเองได้ เนื่องจากการติดเชื่อเอชไอวีเป็นผลของพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดมากขึ้น นอกจากนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปกปิดหรือเป็นความลับของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์นอกชีวิตสมรส ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปิดเผยความลับของตนจากการเจ็บป่วย (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537 : 6) ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจ สิ้นหวัง หมดคุณค่า วิดกกังวล หมดความสุข กลัวมาก ไม่แน่ใจ สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างรู้และรังเกียจตนเอง โกรธตนเอง โกรธผู้ที่แพร่เชื่อมาสู่ตน โทษผู้อื่น โทษสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น อาการปรากฏให้ผู้อื่นเห็นจนไม่สามารถปกปิดได้อีกต่อไปก็จะยิ่งกังวล กลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป บางรายยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ความทุกข์ทางใจจะเพิ่มมากขึ้น บางรายถึงกับคิด

ทำร้ายตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจ อารมณ์ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์หมดความอดทนไม่เข้มแข็งที่จะสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้ร่างกายกลับทรุดโทรมลงไปอีกด้วย

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์ นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างรุนแรง สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวล มีความทุกข์ โกรธ รังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ป่วย เพราะทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง เกิดความอาย เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมรังเกียจกลัวโรคจะติดต่อสมาชิกในครอบครัว หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว โอกาสที่ภรรยาและบุตรจะได้รับเชื้อเอชไอวีสูงมาก ถ้าภรรยาไม่ได้มีการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์กับสามี และบทบาทหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวจะต้องสูญเสียไป หากเสียชีวิตบุตรจะกลายเป็นลูกกำพร้า ไร้ผู้อุปการะเลี้ยงดู นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับภาระดูแล และประคับประคองด้านจิตใจผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยอีกด้วย สำหรับครอบครัวที่สมาชิกไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ก็จะขาดความระมัดระวังตนเองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจมีโอกาสดูติดเชื้อเอชไอวีสูง

3. ผลกระทบต่อชุมชน ชุมชนจะเกิดความตระหนกจากการรับรู้ว่ามีคนติดเชื้อเอชไอวี หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมรับ รังเกียจและละทิ้ง ไม่สนใจให้ความช่วยเหลือ เกิดการแบ่งแยกกลุ่มระหว่างสังคมคนปกติและสังคมที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ขึ้น วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากการเคยมีชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข สัมผัสmano สามัคคี จะเปลี่ยนเป็นมีความระมัดระวังมากขึ้นที่ เคยคบหาสมาคมกับเพื่อนบ้านก็จะเปลี่ยนเป็นเก็บตัวมากขึ้น ประชาชนในชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์ จะเกิดความรู้สึกกลัว ละลดพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ เปลี่ยนค่านิยม เน้นการมีภรรยา น้อยเพิ่มขึ้นแทนการเที่ยวโสเภณี บางรายอาจมีการขอตรวจเลือดผู้รักก่อนการแต่งงาน

4. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เนื่องจากความกลัวอันเกิดจากความเข้าใจผิด และทัศนคติที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อ รวมทั้งการมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ไม่น่าเห็นใจ เพราะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มักง่าย เสื่อมโทรมทางศีลธรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน มีบางทัศนคติถึงกับมองว่าเป็นโรคที่ถูกส่งมาเพื่อกำจัดคนแล้ว นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจถูกไล่ออกจากงานหรือไม่สามารถสมัครงาน และจะต้องใช้จ่ายเงินทองในการดูแลรักษาตนเองมาก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537 : 6) ทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา และในระยะยาวโรคเอดส์จะทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อประเทศชาติอย่างรุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายสูงสุดในหมู่ประชากรวัยแรงงาน ซึ่งเป็นจักรกลสำคัญในการผลักดันภาวะเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษา จัดหาเวชภัณฑ์ จัดสถานบริการต่าง ๆ เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น ซึ่งรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายกว่า 25,000 บาท ต่อคนต่อเดือน เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2533 : 3) จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ เป็นภาระที่รัฐบาลจะต้องจัดเตรียมงบประมาณเพื่อซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุม

โรคเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข จัดงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และยังมีแนวโน้มว่าบุคลากรสาธารณสุขจะลาออกจากวิชาชีพ เนื่องจากกลัวการติดเชื้อเอชไอวี รัฐต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการเผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์และการศึกษาวิจัย เพื่อค้นคว้าหาวัคซีนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคเอดส์ยังมีผลกระทบถึงการท่องเที่ยวซึ่งเคยนำรายได้มาสู่ประเทศ ทำให้รายได้ของประเทศลดลง

จากผลกระทบทั้งหมดทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก และมีความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นกับระยะของการติดเชื้อ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ครอบครัว และสังคม

การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

1. กลวิธีหลักขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งประเทศไทยยึดเป็นหลักในการดำเนินงานอยู่ขณะนี้คือ

1.1 การเฝ้าระวังการศึกษาสำรวจหาความชุกของการติดเชื้อ (surveillance) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอื่นๆ

1.2 การให้ความรู้ ข่าวสาร และสื่อสารโดยการศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ (education information communication)

1.3 การป้องกันโดยให้มีการระวังการติดต่อโรคจากการให้เลือด หรือผลิตภัณฑ์จากเลือดรวมทั้งอวัยวะน้ำอสุจิที่ใช้ผสมเทียม และการควบคุมโรคเอดส์ที่สำคัญ คือ การตรวจทางห้องทดลอง เพื่อวินิจฉัยผู้ติดเชื้อเอชไอวี (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537 : 10-12)

2. มาตรการป้องกันโรคเอดส์ระดับ จากการศึกษาที่ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ปรากฏอาการเพิ่มขึ้นอย่างมาก คณะรัฐมนตรีได้มีมติตามข้อเสนอของคณะกรรมการฝ่ายสังคม ให้มีการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นนโยบายของชาติเร่งด่วน โดยเน้นให้มีการระดมความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนองค์การระหว่างประเทศให้ “ เร่งรัดควบคุมป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคเอดส์ให้ได้ผล และร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์การสาธารณสุขประ โยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในภัยของโรคและเกิดสำนึกว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ”

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โกวิท พวงงาม (http://203.185.131.13/printdoc?doc_id=1827&q) ได้ศึกษาภารกิจของบุคลากรสาธารณสุข และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนระดับตำบล โดยทำการสำรวจภาคสนาม จากการสุ่ม อดต.ทั่วประเทศไทย ได้จำนวน 40 อดต. ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและประชุม

อภิปรายแบบสนทนากลุ่ม และศึกษาเป็นกรณีเฉพาะ จำนวน 3 อบต. พบว่า ในปี 2541-2542 มีโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน ร้อยละ 36 จากจำนวนโครงการที่มีอยู่ของ อบต. โครงการส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็กและเป็นโครงการที่ อบต. ให้เงินสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สนับสนุนการซื้อเวชภัณฑ์ยาแก่สถานีอนามัย ซื้อเครื่องพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย

ปรีชา สันรัมย์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล เพื่อหาองค์ประกอบที่ทำให้คณะกรรมการบริหาร มีศักยภาพในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลและหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล โดยใช้กิจกรรมแทรกแซง คือการฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านโครงสร้างและบทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในด้านการวางแผนและการจัดทำแผนพัฒนาตำบล พบว่า คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลขาดศักยภาพในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล จึงใช้กิจกรรมแทรกแซง คือ การฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในด้านการวางแผนและการจัดทำแผนพัฒนาตำบล การฝึกปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาตำบล ผลการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงปรากฏว่า คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลมีความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างบทบาทหน้าที่ การวางแผน จัดทำแผนพัฒนาตำบลได้อย่างถูกต้อง

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2541) ได้ศึกษารูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนตำบล มีข้อเสนอที่ได้จากการสำรวจทั่วประเทศพบว่า สถานการณ์ด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับมีเฉพาะในองค์การบริหารส่วนตำบลชั้นที่ 1 คือ การจัดตั้งหน่วย / ฝ่ายสาธารณสุขที่ชัดเจนมีเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับชั้น ได้แก่ การมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบการประสานงานกับสถานีอนามัยในพื้นที่การดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งนี้การดำเนินงานส่วนมากเป็นการแก้ปัญหาขยะมูลฝอย / น้ำเสีย การรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด การป้องกันโรคเอดส์ โรคพิษสุนัขบ้า และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้การศึกษาและการสนับสนุนเวชภัณฑ์ การต่อเติมสถานีอนามัย ส่วนปัญหาของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล ทุกระดับชั้น พบว่า ส่วนมากเป็นปัญหาด้านการขาดเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ด้านสาธารณสุข ขาดงบประมาณขาดเอกสารคู่มือในการเผยแพร่ และขาดความร่วมมือจากประชาชน ความเห็นในการโอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับเห็นว่าเป็นไปได้ เพราะองค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมทางด้านทรัพยากร ทั้งงบประมาณที่มีแหล่งรายได้ที่ใช้สนับสนุน การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข พบว่า รายได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดสรรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขนั้นมีน้อยมาก โดยเมื่อพิจารณางบประมาณรายจ่ายที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดสรรไว้เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในปี 2539 พบรายละเอียดดังต่อไปนี้ ในปี 2539 มีองค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 1 จำนวน 10 แห่ง ใน 67 แห่ง ที่มีการตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณที่ตั้งไว้อยู่ระหว่าง 50,000 – 5,300,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 2 จำนวน 9 แห่ง ใน 42 แห่ง เท่านั้นที่มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณอยู่ระหว่าง 35,000 – 4,000,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 3 จำนวน 7 แห่ง ใน 52 แห่ง ที่มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณอยู่ระหว่าง 1,000 – 1,200,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 4 จำนวน 6 แห่ง ใน 78 แห่ง ที่มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณอยู่ระหว่าง 3,000 – 79,000 บาท ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 5 ไม่ปรากฏว่ามีการจัดตั้งงบประมาณไว้เพื่อการนี้(174 แห่ง) และในการศึกษารายนี้ ได้สำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง และมีประสบการณ์ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัยในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้

ข้อสรุปว่า ภารกิจหรือบทบาทหน้าที่ของสถานีนามัยที่สามารถถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้นั้น ส่วนมากทุกภารกิจในบทบาทของสถานีนามัยที่เป็นด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ การอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสาธารณสุขมูลฐานและงานบริหารทั่วไป สามารถโอนภารกิจให้ องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการต่อไปได้ แต่มีเพียงกิจกรรมที่ต้องใช้เทคนิคการตรวจสอบในห้วงปฏิบัติการเท่านั้นที่ยังไม่สามารถถ่ายโอนได้

ทัศนีย์ รอดชมภู (http://164.115.5.20/printdoc?doc_id=852&q=อบต.+การพัฒนา) ได้ศึกษาบทบาทหน้าที่และกระบวนการวางแผนขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในเขตการสาธารณสุข 6 ปี 2541 – 2542 พบว่า ปลัด อบต. มีบทบาทในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานของ อบต.มากที่สุด โดยมีบทบาท 3 ลำดับ คือ 1) ประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แนะ หรือเสนอข้อคิดเห็นในการจัดทำแผนคณะกรรมการบริหาร อบต. 3) ร่วมจัดทำโครงการแก้ปัญหา / พัฒนา งานของ อบต. ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลทุกแห่งจะมีบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นแกนในการจัดทำ ซึ่งพบว่า ปลัด อบต. ทำหน้าที่เป็นแกนมากที่สุด บุคคล/หน่วยงานที่ อบต. ประสานให้ร่วมจัดทำแผน ได้แก่ เกษตร ตำบล พัฒนาการ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย และครู ตามลำดับ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนมากที่สุด คือ โครงสร้างพื้นฐาน รองลงมา คือ เกษตร สุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมและการศึกษา ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คือ การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เด็ก 0-5 ปี ขาดสารอาหาร การแพร่ระบาดของยาเสพติดและไข้เลือดออก แต่การบรรจุแผนงานโครงการ / กิจกรรมด้านสาธารณสุขในแผนมากที่สุดและเป็นลำดับต้นๆ คือ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การควบคุมป้องกันยาเสพติด และการควบคุมป้องกันโรคหน้า โดยสัตว์และแมลง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบ 3 ลำดับแรก คือ 1) งบประมาณมีจำกัด 2) สมาชิก อบต. ขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน 3) ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตำบลร่วมกัน ข้อเสนอแนะของ อบต. ในด้านสาธารณสุข คือ การเข้าไปร่วมให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และการประสานการดำเนินงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อบต. ส่วน ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ คือ การให้ อบต. เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาตำบล จึงควรมีเจ้าหน้าที่ประจำทุกด้านใน อบต. และรองลงมา คือ การอบรมสมาชิกสภา อบต. ให้รู้ระเบียบกฎหมายข้อบังคับและบทบาทหน้าที่

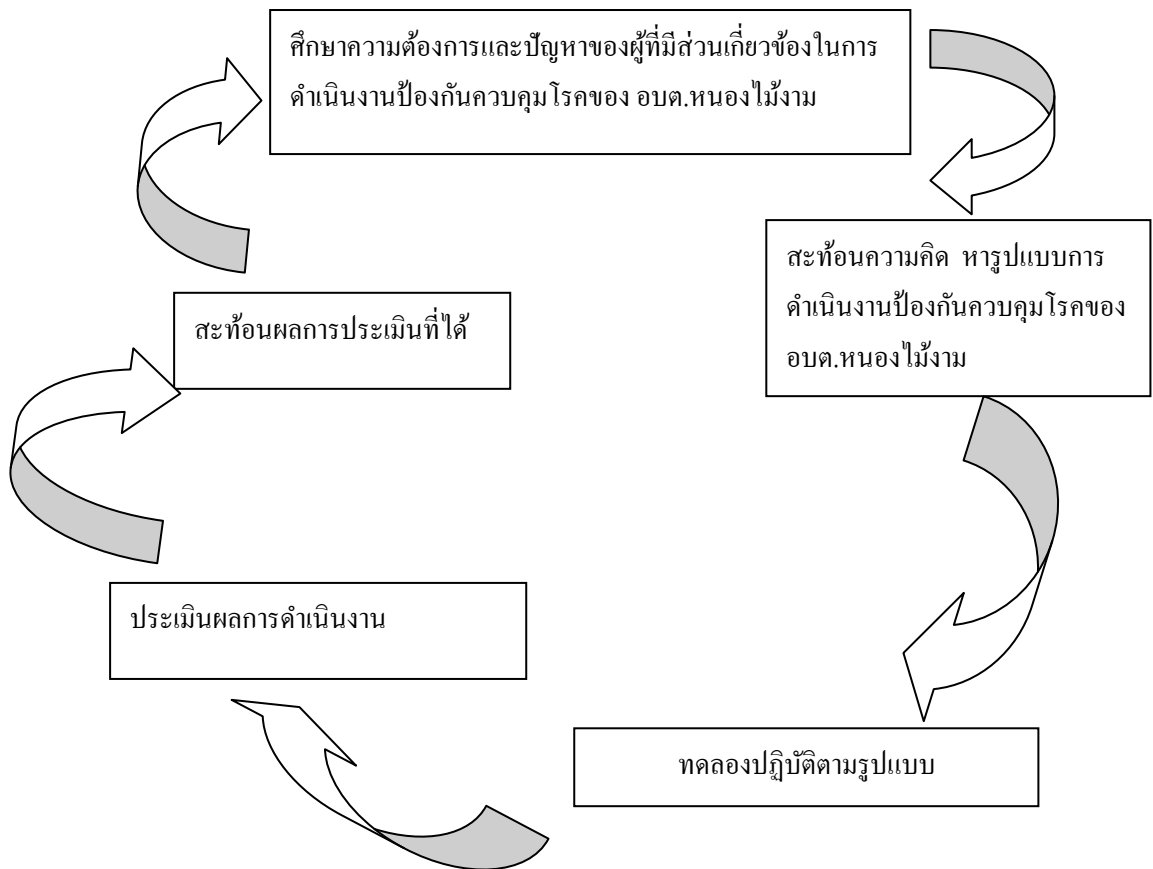
สลวย เทียมสระภู (http://164.115.5.20/printdoc?doc_id=852&q=อบต.+การพัฒนา) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ ของเจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับ อบต. ในเขต 8 ในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติของเจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับ อบต. โดยการสัมภาษณ์ พบว่า เจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับ อบต. มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 87.9 และพบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ พนักงานท้องถิ่นระดับ อบต. มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 89.3 และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีความสัมพันธ์ต่อเจตคติ ดังนั้น หากเจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับ อบต. ได้รับการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้มีการนำความรู้ไปปฏิบัติอย่างจริงจัง จะให้การจัดการและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในองค์การบริหารส่วนตำบลปรากฏผลเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเพิ่มประโยชน์คุ้มครองประชาชนในท้องถิ่นให้มีสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการดำรงชีวิตและจะนำไปสู่วิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในท้องถิ่นต่อไป

พัชรา ผิวขาว (2544) ได้ศึกษาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และเก็บข้อมูลภาคสนามจากการสัมภาษณ์ สังกัด พบว่า บุคลากรของ องค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน มีความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขจากการ เข้าร่วมกิจกรรมประชุมหรือฝึกอบรม รายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบลมีมากแต่ใช้ในการสนับสนุนงาน สาธารณสุขมูลฐานโดยตรงเพียงร้อยละ 0.42 ของงบประมาณ ส่วนใหญ่จัดสรรในงานควบคุมป้องกัน โรคติดต่อที่เกิดขึ้นในตำบลและป้องกันยาเสพติด ด้านการบริหารจัดการ มีการจัดตั้งองค์กรขึ้นรองรับงาน ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีวาระติดตามงานทุกเดือน ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ สำหรับสนับสนุนกิจกรรม ด้านสาธารณสุขมูลฐาน มีครุภัณฑ์ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะสิ่งปฏิกูล การจัดหา น้ำ สะอาด และการป้องกันโรคติดต่อ ด้านองค์กรภายนอก และด้านสภาพแวดล้อม หน่วยงานจากกระทรวง สาธารณสุขเข้ามาสนับสนุนกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขตามนโยบาย แต่บุคลากรด้านสาธารณสุขระดับ ตำบลยังมีการประสานข้อมูล และเสนอปัญหาความต้องการด้านสาธารณสุขระดับตำบลยังมีน้อย

จากการศึกษารรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิด



บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งที่เป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การใช้เทคนิค FSC และการจัดการความรู้ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

- 1) ผู้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานสาธารณสุขตำบลหนองไม้งาม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอาวุโส ท้องถิ่นอำเภอ นายค อบต.หนองไม้งาม ปลัด อบต.หนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด
- 2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขตำบลหนองไม้งาม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไม้งาม ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของ อบต. หนองไม้งาม
- 3) ผู้นำชุมชนที่มาจากการเลือกตั้ง/แต่งตั้ง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 45 คน
- 4) ประชากรในตำบลหนองไม้งาม จำนวน 6,567 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย

- 1) ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขตำบลหนองไม้งาม จำนวน 8 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน
- 2) ทำการเลือกกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ จำนวน 723 คน

3.3 พื้นที่ทำการศึกษา

เลือกพื้นที่แบบเจาะจงองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม(อบต.) อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพิจารณาจาก อบต. หนองไม้งาม เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก และเป็น อบต. ที่ได้รับรางวัลการบริหารดีเด่นประจำปี 2549

3.4 ขอบเขตการศึกษา

จากการค้นหาปัญหาด้านโรคติดต่อในตำบลหนองไผ่งาม พบว่าในตำบลหนองไผ่งามมีปัญหาเรื่องไข้เลือดออก โรคเอดส์และโรคพิษสุนัขบ้า แต่ในเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลาของผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเฉพาะโรคเอดส์ตามมติของชุมชน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.5.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก(Indepth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายตำบลหนองไผ่งาม ในประเด็นบทบาทหน้าที่ของ อบต. ในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข และแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ระดับผู้ปฏิบัติ ในประเด็น บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ลักษณะงาน ปริมาณงาน งบประมาณ ปัญหาอุปสรรค (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก)

2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับ บทบาทการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. ในการจัดทำแผนงานโครงการ การวางแผนแก้ไขปัญหา งบประมาณ วิธีการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก)

3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และบทบาทของ อบต. ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปลักษณะประชากร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ประกอบด้วย

1) ร่วมวางแผนการดำเนินงาน 2) ร่วมดำเนินงาน 3) จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมถูกหลักอนามัยเพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์ 4) ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน 5) ดูแลสุขภาพคนในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ความต้องการของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.

ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้โรคเอดส์ 2) ให้คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ 3) ควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในพื้นที่ 4) สนับสนุนงบประมาณ 5) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ 6) อบต. ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ร่วมกับสถานีอนามัย

การนำเสนอและแปลผลความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ โดยให้ใส่หมายเลขเรียงตามลำดับที่ปฏิบัติจริง และความต้องการของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. โดยให้หมายเลขเรียงตามลำดับความสำคัญ สามารถนำมาใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตีความและอภิปรายผลดังนี้

ลำดับที่ 1 จะเป็นกิจกรรมที่ชุมชนควรร่วมดำเนินการมากที่สุดและเป็นความต้องการของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. มากที่สุด เรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหา จนถึง

ลำดับที่ 5 และ 6 ที่เป็นกิจกรรมที่ชุมชนคิดว่าเป็นกิจกรรมและความต้องการของชุมชนต่อการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. ที่สำคัญน้อยที่สุด

3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเชิงโครงสร้าง (Content and Construct Validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามขอบเขตการศึกษา ตลอดจนการวางรูปแบบภาษาที่เหมาะสมแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.7 การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาและคณะเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

3.7.1 ทำหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ขออนุญาตในการดำเนินการศึกษาวิจัย ต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นายอำเภอบ้านกรวด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านกรวด สาธารณสุขอำเภอ บ้านกรวด และ นายก อบต. หนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

3.7.2 ประชุมทีมศึกษาวิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บข้อมูล กำหนดบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้ สอนทนากลุ่มและการจัดบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.7.3 ชี้แจงผู้ใหญ่บ้านให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล พร้อม ฝั่งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล

3.7.4 ดำเนินการเก็บข้อมูล

1) สํารวจข้อมูลทั่วไป ลักษณะหมู่บ้าน กิจกรรมต่างๆ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หมู่บ้าน หน่วยงานราชการ

2) สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของตำบลหนองไม้ งาม และผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคทั้งของสถานีอนามัย และ อบต. หนองไม้งาม

3) สนทนากลุ่มผู้นำชุมชน จัดแบ่งกลุ่มสนทนากับผู้นำชุมชน เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 15 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน

4) สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป ใน 14 หมู่บ้าน จำนวน 723 คน ดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

หมู่ที่ 1	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	74 คน
หมู่ที่ 2	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	72 คน
หมู่ที่ 3	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	83 คน
หมู่ที่ 4	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	45 คน
หมู่ที่ 5	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	39 คน

หมู่ที่ 6	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	55 คน
หมู่ที่ 7	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	57 คน
หมู่ที่ 8	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	45 คน
หมู่ที่ 9	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	39 คน
หมู่ที่ 10	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	77 คน
หมู่ที่ 11	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	26 คน
หมู่ที่ 12	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	42 คน
หมู่ที่ 13	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	42 คน
หมู่ที่ 14	สัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	จำนวน	52 คน

5) ประชุมกลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชน 2 ครั้ง เพื่อเสนอผลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน และวางแผนแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน โดยในการประชุมครั้งที่ 1 ได้ใช้เทคนิค FSC ในการให้กลุ่มได้เข้าใจองค์ประกอบ เหตุการณ์ในอดีตที่มีผลต่อสภาพปัจจุบันและแนวโน้มที่มีผลกระทบต่ออนาคต เกิดวิสัยทัศน์ในอนาคตร่วมกัน ประชุมระดมแนวคิดในการที่จะแก้ไขปัญหาเอดส์ ดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้ และประชุมติดตามงานเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น และมีการประชุมติดตามงานในครั้งที่ 2 โดยใช้เทคนิคการจัดการความรู้ เพื่อยกระดับหมุนเวียนของการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.8.3 ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไ้ม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษานำเสนอสรุปได้ 3 ส่วน คือ

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

4.2 ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตำบลหนองไ้ม้งาม

4.3 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ อบต. หนองไ้ม้งาม

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของชุมชน

บ้านหนองไ้ม้งามเป็นหมู่บ้านเก่าแก่ที่มีมานานหลายชั่วอายุคน แต่เดิมขึ้นอยู่ในเขตปกครองตำบลบึงกุ อำเภอบึงสามพัน ซึ่งต่อมาได้แยกมาขึ้นกับตำบลจรเข้มาก อำเภอบึงสามพัน เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2481 ตำบลบ้านกรวดได้ยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอบ้านกรวด บ้านหนองไ้ม้งาม จึงได้โอนมาขึ้นอยู่ในเขตปกครองของตำบลบ้านกรวด กิ่งอำเภอบ้านกรวด และในปี 2509 ได้แยกตำบลออกเป็นตำบลหนองไ้ม้งาม โดยมีกำนันปกครองคนแรก คือ นายถ่วง นิลประโคน

ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ตำบลหนองไ้ม้งามอยู่ห่างจากอำเภอบ้านกรวด ไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ ประมาณ 14 กิโลเมตร ทิศตะวันออกของตำบลหนองไ้ม้งามติดชายแดนประเทศกัมพูชา ทิศเหนือติดอำเภอบึงสามพัน ทิศตะวันตกและทิศใต้ติดอำเภอละหานทราย มีเนื้อที่ทั้งหมด 37,681.28 ไร่ พื้นที่ทางทิศใต้เป็นแหล่งน้ำ ดินน้ำ และป่าอุดมสมบูรณ์ ประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากจังหวัดอุบลราชธานี สระแก้ว ร้อยเอ็ด และจังหวัดใกล้เคียง มีโรงเรียนประถมศึกษา 3 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 2 แห่ง มีวัด 8 แห่ง มีสถานีอนามัยหนองไ้ม้งาม สถานีตำรวจตำบลหนองไ้ม้งาม

ลักษณะโครงสร้างของประชากรในหมู่บ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 6,567 คน เป็นเพศหญิง 3,409 คน เพศชาย 3,158 คน รวม 1,556 ครอบครัว ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและประกอบอาชีพเกษตรกรรม ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร คือ ภาษาไทยโคราช ภาษาอีสาน และภาษาเขมร ตำบลหนองไ้ม้งามมีการรวมกลุ่มเพื่อประกอบกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กลุ่มจักสาน
2. กลุ่มแปรรูปไม้ไผ่
3. กลุ่มเย็บจักร
4. กลุ่มโพพญาคา
5. กลุ่มเย็บเสื้อผ้า

6. กลุ่มปฎิชีวิภาพ
7. กลุ่มเกษตรกรรมปลูกยางพารา
8. กลุ่มไร่นาสวนผสม
9. กลุ่มไม้ดอกไม้ประดับ
10. กลุ่มสตรีแม่บ้าน
11. กลุ่มทอผ้าไหม
12. กลุ่มออมทรัพย์

ตำบลหนองไผ่งามแบ่งการปกครองออกเป็น 15 หมู่บ้าน ได้แก่

- หมู่ที่ 1 บ้านหนองไผ่งาม
- หมู่ที่ 2 บ้านหนองไผ่งามเก่า
- หมู่ที่ 3 บ้านหนองตะลุมพุก
- หมู่ที่ 4 บ้านหนองไผ่งามเก่าเหนือ
- หมู่ที่ 5 บ้านโคกวัด
- หมู่ที่ 6 บ้านสายตรี 9
- หมู่ที่ 7 บ้านหนองตะลุมพุก 2
- หมู่ที่ 8 บ้านสายตรี 16
- หมู่ที่ 9 บ้านหนองไผ่งามใหม่
- หมู่ที่ 10 บ้านสายตรี 10
- หมู่ที่ 11 บ้านสายตรี 16 พัฒนา 2
- หมู่ที่ 13 บ้านงามสะอาด
- หมู่ที่ 14 บ้านงามใต้สามัคคี
- หมู่ที่ 15 บ้านหนองตะลุมพุก 3

ตำบลหนองไผ่งาม มีประเพณีเก่าแก่หลายอย่างในหมู่บ้านกระจายในเดือนต่างๆเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

- เดือน 3 ประเพณีบุญบั้งข้าวจี
- เดือน 4 ประเพณีบุญพระเวส
- เดือน 5 ประเพณีวันสงกรานต์ รดน้ำผู้สูงอายุ
- เดือน 6 ประเพณีทำบุญเบิกบ้าน
- เดือน 7 ประเพณีบุญบั้งไฟ
- เดือน 8 ประเพณีทำบุญเข้าพรรษา
- เดือน 9 ประเพณีข้าวประดับดิน
- เดือน 10 ประเพณีทำบุญข้าวสารท

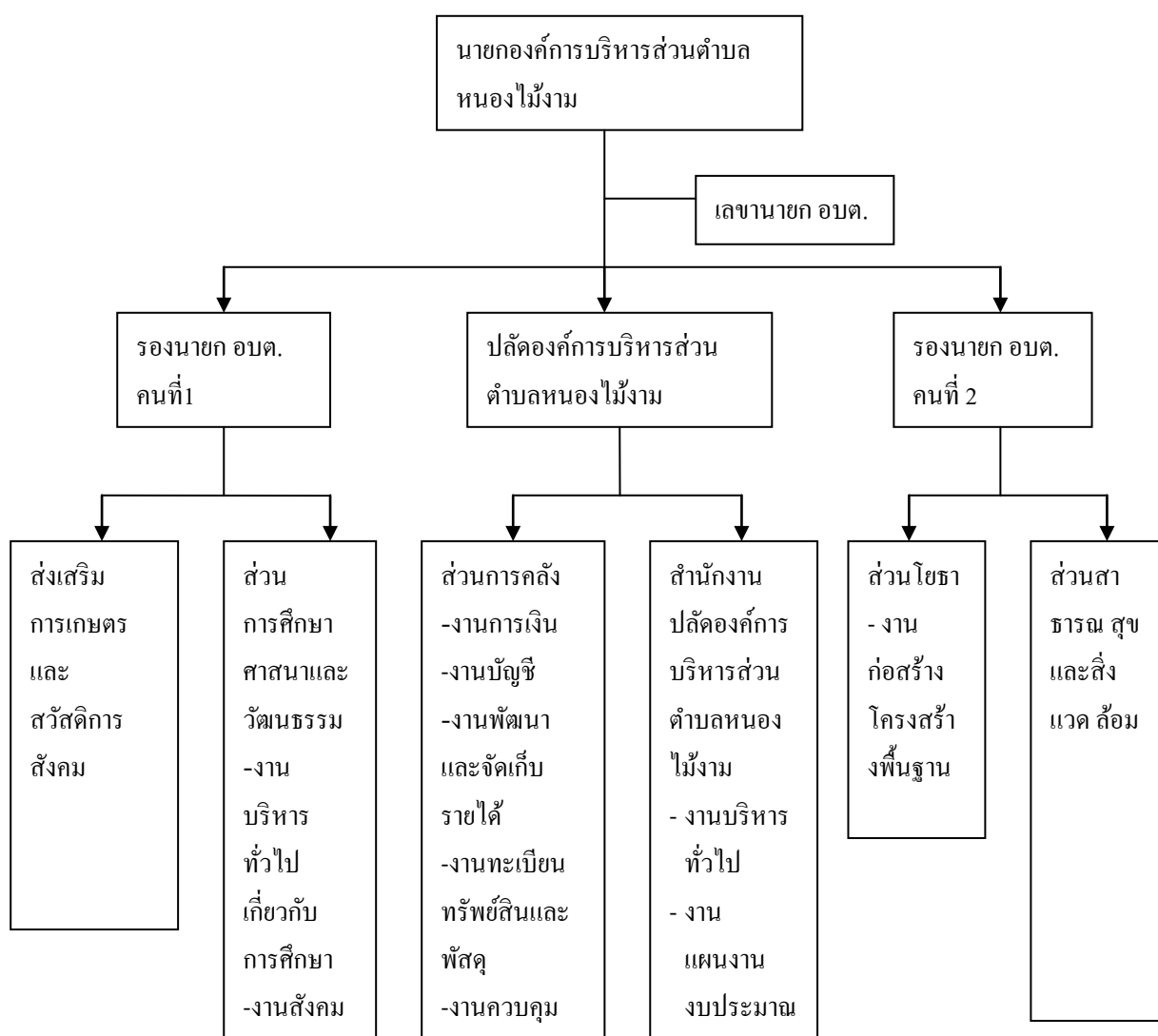
4.1.2 ลักษณะทั่วไปของสถานีอนามัยหนองไผ่งาม

สถานีอนามัยหนองไผ่งาม มีเจ้าหน้าที่จำนวน 3 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน, ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน

มีหน้าที่ความรับผิดชอบจัดการบริหารและบริการทั้งการรักษาพยาบาล ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและสุขภาพสิ่งแวดล้อม

4.1.3 ลักษณะทั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม เป็น อบต. ขนาดเล็ก มีนายหนา กิจเชื้อตรง เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม แบ่งการดำเนินงานออกเป็น สำนักงานปลัด อบต.หนองไผ่งาม, ส่วนการคลัง, ส่วนโยธา, ส่วนการศึกษาและวัฒนธรรม มีข้าราชการและลูกจ้าง จำนวน 18 คน ในกรดำเนินงานด้านสาธารณสุขนั้น มีนักวิชาการการศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ



แผนภาพแสดง แผนผังการดำเนินงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม

4.2 ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตำบลหนองไม้งาม

การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ อบต.หนองไม้งาม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านกรวด สาธารณสุขอำเภอบ้านกรวด ปลัดอาวุโสอำเภอบ้านกรวด ท้องถิ่นอำเภอบ้านกรวด นายก อบต.หนองไม้งาม ปลัด อบต.หนองไม้งาม และระดับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไม้งาม ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของ อบต. และสันทนากลุ่มย่อย กับกลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามชนิดของการเก็บข้อมูล

ชนิดของการเก็บข้อมูล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ชาย	หญิง
สัมภาษณ์เชิงลึก	8	6	2
ประชุมกลุ่มย่อย (3 กลุ่ม)	30	15	15
สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม	723	325	398
รวม	761	346	415

การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อถามความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายต่อบทบาทหน้าที่ของ อบต. หนองไม้งาม เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน พบว่า ผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย เห็นว่า นโยบายของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขไม่ชัดเจน ไม่มีการประชุมชี้แจงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ไม่ได้รับการประสานงานจากโรงพยาบาลถึงบทบาทหน้าที่ขอบเขตที่ต้องรับผิดชอบ อบต. มีบุคลากรจำนวนน้อย ขาดเจ้าหน้าที่ที่จบด้านสาธารณสุขโดยตรง ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรทำงานแบบเครือข่ายระหว่าง อบต. สถานีอนามัย อสม. งบประมาณด้านสุขภาพมีจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับงบด้านอื่นใน อบต. ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาของ อบต. หนองไม้งามที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งหน้าที่ของอบต. ควรดูแลสุขภาพของประชาชน ควรให้สถานีอนามัยรับผิดชอบด้านสาธารณสุขโดย อบต. สนับสนุนงบประมาณ ปัญหาที่พบในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ อบต. คือ ประชาชน ไม่ได้ร่วมวางแผนในการของบประมาณ

ส่วนระดับผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคของตำบลหนองไม้งามมีความเห็น ต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไม้งามว่า ในระดับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณ

แต่เห็นว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดบุคลากรที่จบด้านสาธารณสุข โดยตรงทำให้ทำงานตามนโยบายหรือตามหนังสือสั่งการเท่านั้น และเป็นการทำงานแบบแยกส่วน เช่น อบต.มีหน้าที่ในการพ่นหมอกควัน หยอดทรายอะเบท สถานีอนามัยมีหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ชุมชน ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานคิดว่าน่าจะเป็นทีมงานเดียวกัน

จากการสนทนากลุ่มของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคของ อบต.หนองไผ่งาม พบว่า ผู้นำชุมชนมีความเห็นว่า ในด้านการดำเนินการ อบต. ควรเป็นศูนย์กลางในการป้องกันโรคในชุมชนและจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ ควรมีการประสานงานที่ระหว่างผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และควรให้ อบต. จัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

สำหรับความเห็นเกี่ยวกับด้านงบประมาณคิดว่า อบต. ควรจัดตั้งค่าแรงในการพ่นหมอกควัน สำหรับผู้ช่วยทำการพ่นหมอกควัน เพราะทุกคนมีภารกิจต้องประกอบอาชีพ ในการดำเนินการต่างๆ งบประมาณมักจะล่าช้า ในด้านองค์ความรู้ อบต. ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ อสม. ต้องการอบรมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม

ความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ในการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในตำบลหนองไผ่งาม จำนวน 723 ราย พบว่าความคิดเห็นของชุมชนในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เรียงลำดับดังต่อไปนี้ **ตารางที่ 2** ความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ อบต.หนองไผ่งาม

ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์	จำนวน(ราย) N = 723	ร้อยละ
ต้องการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน	491	67.90
ต้องการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว	447	61.80
ต้องการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	378	52.30
ต้องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	359	49.70
ต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน	337	46.60

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ตารางที่ 3 ความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไม้งาม

ความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไม้งาม	จำนวน(ราย) N = 723	ร้อยละ
อบต. ควรดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัย	229	31.70
อบต. ควรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่	201	27.80
อบต. ควรให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ	197	27.20
อบต. ควรสนับสนุนงบประมาณ	183	25.30
อบต. ควรให้คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรค	178	24.60
อบต. ควรสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์	173	23.90

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

จากผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไม้งาม ได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามของตำบลหนองไม้งาม กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงาน โครงการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของตำบลหนองไม้งาม โดยมีเข้าร่วมกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. พระภิกษุตัวแทนฝ่ายศาสนา จำนวน 1 รูป
2. ครูตัวแทนฝ่ายการศึกษา จำนวน 2 คน
3. ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 14 คน
4. ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 4 คน
5. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 14 คน
6. ตัวแทน อบต. หนองไม้งาม จำนวน 2 คน
7. ตัวแทนจากสถานีอนามัย จำนวน 1 คน

จากผลการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โดยใช้เทคนิค FSC โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงกับสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบัน วิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาโรคติดต่อของชุมชน โดยชุมชนมีความคาดหวังคือ

- สุขภาพแข็งแรง ทั้งกายและใจ มีความสุข
- มีความรักและความสามัคคี
- เด็กเติบโตอยู่ในสังคม
- สวนสุขภาพในตำบล สถานที่ออกกำลังกาย
- ทุกคนอยู่ดีมีสุขทุกครัวเรือน
- รู้จักวิธีป้องกันโรคติดต่อ

-ไม่มีโรค

-เยาวชนมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง ห่างไกลยาเสพติด ออกกำลังกาย

-หมู่บ้านสะอาด

และได้กำหนดวิสัยทัศน์ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค อบต. หนองไม้งาม ดังนี้ประชาชนมีสุขภาพดีแข็งแรงทั้งกายและใจ รู้จักวิธีป้องกันโรคติดต่อ หลังจากนั้นจึงได้ให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์หาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม สามารถสรุปได้ดังประเด็นต่อไปนี้

จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	คุกคาม
-เศรษฐกิจดี -ส่วนใหญ่มีความสามัคคี -มีประเพณีเก่าแก่ -ปลอดภัยยาเสพติด -ผู้นำเข้มแข็ง -สภาพแวดล้อมดี -แหล่งน้ำอุดมสมบูรณ์ -อสม.เข้มแข็ง -มีแพทย์รักษาในหมู่บ้าน -อบต.สนับสนุนงบฯ -การไปศึกษาดูงานนอกสถานที่	- เกี่ยวกับเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ เช่นไม่มีที่ทำกิน, ทำงานต่างจังหวัด, ยากจน, ขาดความรู้ในการทำไร่, ขาดเงินทุน -เยาวชนหนีโรงเรียน -ดื่มเหล้า -การหย่าร้าง,ครอบครัว -ความคิดล้าสมัย -วัฒนธรรมเริ่มอ่อนขาดศีลธรรม -ขาดข้อมูลข่าวสาร -ไม่เคารพกฎกติกา -ผู้นำชุมชนไม่สนใจการพัฒนา -ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ	-ภาครัฐสนับสนุนกองทุน -มีทหาร นพค มาทำถนนลาดยาง,ส่งเสริมอาชีพ -อบจ.ให้การสนับสนุน -นิคม -โครงการอยู่ดีมีสุข -โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค -การอบรมด้านอาชีพ -มีหน่วย นปค. ที่ 26 -ธกส. ให้การสนับสนุน -มีกลุ่มส่งเสริมการเกษตร	-ราคาผลผลิตตกต่ำ -ไม่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง -สินค้าแพง,ค่าครองชีพสูง -การเมืองไม่แน่นอน -ฝนไม่ตก ภัยแล้ง -วัฒนธรรมต่างชาติ -โทรศัพท์มือถือ -เลือกตั้งบ่อย ทำให้แบ่งพรรคแบ่งพวก -ป่วยแพง

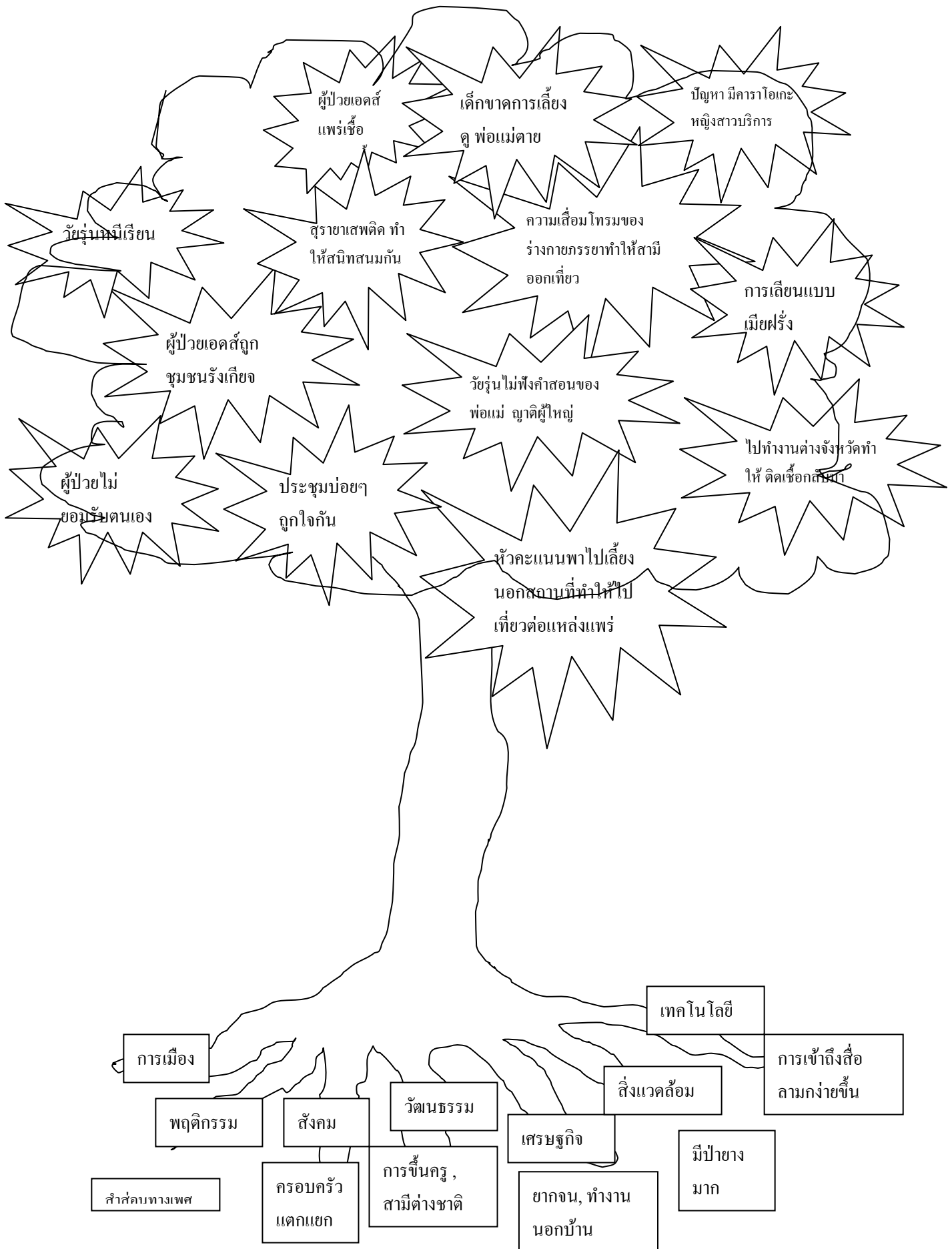
จากการคิดวิสัยทัศน์ การทำ SWOT Analysis เพื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาโรคติดต่อโดยชุมชน สามารถสรุปเป็นกิจกรรมได้ดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไม้งาม (ภาคผนวก)
2. กำหนดขอบเขต บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

3. อบต.หนองไม้งาม ดำเนินการยืมตัวเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไม้งามมาปฏิบัติราชการที่ อบต. หนองไม้งาม อาทิตย์ละ 1 วัน

4. ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนหมู่บ้านและทำประชาคม เพื่อนำเสนอของบประมาณต่อ อบต. หนองไม้งาม

จากนั้นได้กำหนดผังการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพ ตำบลหนองไม้งาม (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) และได้กำหนดงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นโรคแรกที่จะดำเนินการ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ในวันที่ 25 – 26 กันยายน 2550 เพื่อหาแนวทางกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ โดยได้คิดถึงสาเหตุ รากปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชนสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้



4.3 แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไม้งาม

จากผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง และการติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไม้งาม พบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไม้งาม มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยช่วยราชการที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งามสัปดาห์ละ 1 วัน
2. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไม้งาม ประชุมติดตามงานปีละ 2 ครั้ง
3. ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนหมู่บ้านและทำประชาคม เพื่อนำเสนอของบประมาณต่อ อบต. หนองไม้งาม
4. ดำเนินการแก้ปัญหาที่รากของปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เหมือนการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์) และต้องทำกิจกรรมในการแก้ปัญหาร่วมๆกันในทุกๆด้านของปัญหานั้นๆ
5. มีการ ติดตามประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในการแก้ปัญหาโรคเอดส์ สามารถสรุปเป็นกิจกรรมได้ดังนี้

การป้องกันโรคเอดส์

1. ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้าน ดำเนินการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ชุมชนทุกเดือนในวันที่มีการประชุมประจำเดือน และเน้นเรื่องโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์ ในเดือนธันวาคม เนื่องจากวันที่ 1 ธันวาคม เป็นวันเอดส์โลก
2. ปลุกฝังค่านิยมการรักนวลสงวนตัว โดยทำโครงการพาลูกจูงหลานเข้าวัด
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีอาชีพเสริม โดยให้หลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ต้องอพยพแรงงานเข้ากรุงเทพ จะได้มีเวลาดูแลลูกหลานและช่วยสอดส่องพฤติกรรมบุตรหลานให้อยู่ในศีลธรรม เช่น กลุ่มจักสาน กลุ่มแปรรูปไม้ไผ่ กลุ่มเย็บจักร กลุ่มไร่นาสวนผสม กลุ่มเกษตรกรรมปลูกยางพารา เป็นต้น
4. ปลุกฝังค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีพื้นบ้านให้กับเยาวชน และประชาชนให้มีสำนึกรักในบ้านเกิด เช่น เมื่อมีงานลอยกระทงประจำตำบลหนองไม้งาม จะมีการจัดนิทรรศการโรคเอดส์ ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ รวมถึงสาเหตุของการเป็นโรคเอดส์ว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ติดเชื้อ HIV นั้นเกิดจากการอพยพแรงงาน ทำให้สามีไปใช้บริการของหญิงบริการ และการที่ไปทำงานต่างถิ่นทำให้ไม่ได้เลี้ยงดูบุตร เด็กขาดความอบอุ่นและขาดการอบรมสั่งสอนจากบิดา มารดา เป็นต้น
5. ประสาน อบต. หนองไม้งามในการจัดตั้งตู้หยอดเหรียญถุงยางอนามัยประจำหมู่บ้าน

การช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อ HIV

1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไม้งามจะต้องประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่ติดเชื้อทราบถึงแนวทางการรับบริการสงเคราะห์จาก อบต. หนองไม้งามโดยวิธีประกาศทางหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน หากผู้ติดเชื้อยอมเปิดเผยตัวและมาพบ ผู้ใหญ่บ้านหรือ อสม. จะเป็นผู้ช่วยประสานงานกับ อบต.หนองไม้งามในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

2. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไผ่งาม ทำหน้าที่ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพและการป้องกันการแพร่เชื้อให้กับคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน โดยทำการติดตามเยี่ยมผู้ติดเชื้อเดือนละ 1 ครั้ง

3. จัดทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในกรณีที่คุณคิดจะยอมเปิดเผยตัว เช่น การส่งเสริมการประกอบอาชีพ จากผลการศึกษาพบว่าแนวทางและปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค อดต. หนองไผ่งาม มีดังนี้

1. นโยบายของรัฐบาลในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขต้องชัดเจน เช่น ควรมีหนังสือถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยระบุกิจกรรม ขอบเขตของงานให้ครบถ้วน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ จะต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถให้ข้อเสนอแนะหรือชี้แจงถึงความสำคัญของโครงการที่จะดำเนินการและสามารถทำให้นายก อบต. เห็นความสำคัญของงาน ป้องกันควบคุมโรคได้

3. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้กระบวนการจัดการความรู้มาช่วยในการติดตามการดำเนินงานโดยให้ตัวแทนของชุมชนนำผลการดำเนินงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ เขตสาธารณสุขที่ 13 ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและตื่นตัวในกระบวนการกลุ่มทั้งในเรื่องการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์และกระบวนการจัดการความรู้ โดยมีจุดประสงค์ที่จะดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายให้เกิดการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

การประเมินความพึงพอใจ

หลังจากที่ได้มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นเวลา 2 ปี (ปีงบประมาณ 2550-2551) ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียถึงความพึงพอใจในการดำเนินงาน พบว่า

ผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของ อบต. หนองไผ่งาม ทั้งในเรื่องของงบประมาณการฝึกอาชีพให้กับผู้ติดเชื้อ การให้การสงเคราะห์ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ อบต.และสถานีอนามัยที่มีการประสานงานในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างดี แต่ควรจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ชุมชนให้ความร่วมมือดี แต่ยังพบสิ่งที่จะต้องปรับปรุง คือ งบประมาณค่อนข้างจำกัด การให้ความรู้แก่ชุมชน ควรจะดำเนินการบ่อยๆ จึงจะทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีการป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้น คณะทำงานยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ทุกคน เนื่องจากบางคนมีภารกิจในการประกอบอาชีพ

ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน อบต. พบว่า มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากว่า คณะทำงานบางคนยังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร ควรจะขยายผลไปสู่แกนนำคนอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม และควรพากลุ่มวัยรุ่นไปดูงานที่วัดพระพุทธรูปหน้าพู่ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีนอนมัย พบว่า มีความพึงพอใจ ที่อบต. และชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความเข้มแข็ง มีการวางแผนการดำเนินงานด้วยกันทุกครั้ง สิ่งที่ควรปรับปรุง ควรหากลยุทธ์ในการดำเนินการใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยตัวมากขึ้น

บทที่ 5

สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งามเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยดำเนินกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไม้งาม เช่น โครงการฉีดวัคซีนสุนัขและแมวเพื่อป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า โครงการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก โครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ดังนั้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคีในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายมีความเห็นว่า นโยบายไม่ชัดเจน ควรทำงานแบบเครือข่าย งบประมาณด้านสาธารณสุขมีจำกัด มุมมองของผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่า งบประมาณมีเพียงพอและควรทำงานเป็นทีม มุมมองของผู้นำชุมชน อยากให้ อบต. เป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรม และมุมมองของประชาชน ต้องการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานของ อบต. และเห็นว่า อบต. ควรดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัย ปัญหาโรคติดต่อในตำบลหนองไม้งาม คือโรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ และโรคพิษสุนัขบ้าแต่ชุมชนมีความต้องการให้มีการดำเนินงานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เนื่องจากมีคนติดเชื้อ เอช ไอ วี มาก จากการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมได้ผลสรุปดังนี้ อบต. หนองไม้งามมีเลขานายก อบต. หนองไม้งาม เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบลหนองไม้งาม ทำให้งานด้านสาธารณสุขของ อบต. หนองไม้งามดำเนินการควบคุมโรคค่อนข้างเข้มแข็ง แต่ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากขาดผู้รับผิดชอบงานที่จับด้านสาธารณสุขโดยตรง จึงได้ดำเนินการแก้ไขโดยการทำงานแบบเครือข่าย โดย อบต. หนองไม้งาม ได้ทำเรื่องยืมตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยหนองไม้งามมาช่วยราชการสัปดาห์ละ 1 วัน เพื่อช่วยในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์และงานด้านสุขภาพอื่นๆ ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของ อบต.หนองไม้งาม มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพตำบลหนองไม้งาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงาน 3 ประสาน เพื่อสุขภาพดีตามยุทธศาสตร์อยู่ดีมีสุข (สำนักงานสาธารณสุขเขต 13 กระทรวงสาธารณสุข : 2550) ที่มุ่งเน้นให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีชุมชนบรรลุอยู่ดีมีสุข ซึ่งจะต้องทำการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาขีดความสามารถของสถานีอนามัยในการให้บริการ รวมถึงการประสานงานที่ชัดเจนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค FSC และการใช้กระบวนการจัดการความรู้ ทำให้ชุมชนเกิดกิจกรรมโครงการจากรากของปัญหา เช่น โครงการให้ความรู้โรคเอดส์แก่คนในชุมชนโดยคณะกรรมการสุขภาพ การจัดซื้อตู้หยอดเหรียญถุงยางอนามัยประจำหมู่บ้าน การให้การดูแล การ

สงเคราะห์และส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ โครงการจูงลูกจูงหลานเข้าวัด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล (ปรีชา สันรัมย์, 2541 :ก) ผลการศึกษาเรื่องบทบาทหน้าที่และกระบวนการวางแผนขององค์การบริหารส่วนตำบล (ทัศนีย์ รอดชมพู, 2550) และผลการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ ของเจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับ อบต. (สลวย เทียมสระคู, 2550) ที่พบว่ากิจกรรมแทรกแซงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ทำให้กิจกรรมบางอย่างที่วางแผนไว้ไม่เป็นไปตามที่กำหนดเนื่องจากภาระงานประจำของผู้ศึกษา อบต. และประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาได้วางแผนที่จะดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วยให้เกิดความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า อบต. ขาดผู้รับผิดชอบงานที่จบด้านสาธารณสุขโดยตรง ดังนั้นการยืมตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาช่วยราชการสัปดาห์ละ 1 วัน ทำให้เกิดการทำงานร่วมกับ อบต. แบบเครือข่ายอย่างชัดเจนมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดีสามารถชี้ให้ อบต. เห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การใช้กระบวนการกลุ่มและการจัดการความรู้ การใช้กิจกรรมแทรกแซงจะทำให้ชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหาจากรากของปัญหา และเกิดความตระหนักในปัญหานั้น ดังนั้น จึงควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบลให้มีสมรรถนะในการประสานงานและดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค FSC ทำให้ชุมชนเกิดกิจกรรมโครงการจากรากของปัญหา ดังนั้นในการแก้ปัญหาในการป้องกันควบคุมโรคทุกครั้ง ควรมีกิจกรรมแทรกแซงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นเพียงผู้กระตุ้นและสนับสนุนประชาชนให้คิดและวางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเพื่อชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการคิด การแก้ไขปัญหา และรับผิดชอบทำให้เกิดความยั่งยืนในกิจกรรมนั้นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับผู้สนใจจะทำการศึกษาเรื่องนี้ต่อไปดังนี้

อาจใช้รูปแบบอื่นในการศึกษาวิจัย เช่น การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อให้ชุมชนคิดเอง ทำเองเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหาในชุมชน

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. มาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานใน
ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น. 2547. อัดสำเนา.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย,2538 :
5
- โกวิทย์ พวงงาม. ภารกิจองค์การบริหารส่วนตำบลและความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการ
จัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนระดับตำบล. [http://
203.185.131.13/printdoc?doc_id=1827&q=สาธารณสุข+อบต](http://203.185.131.13/printdoc?doc_id=1827&q=สาธารณสุข+อบต).
- จรัส สุวรรณมาลา. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ศักยภาพและทางเลือกสู่นาคต
รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- ครุณี ทายะดีและคณะ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ
อนามัย หมู่ 3 บ้านหนองโหลง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- ตระกูล มีชัย. การกระจายอำนาจ. กรุงเทพฯ : สถาบันนโยบายการศึกษา, 2538.
- ถนัด ไบยา. ชุมชนมีส่วนร่วมเรื่องเก่าในวันใหม่ของการพัฒนาสาธารณสุข. วารสาร
สาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 11(4), 2541.
- ทักษิณี รอดชมพู. บทบาทหน้าที่และกระบวนการวางแผนขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขต
การสาธารณสุข 6 ปี 2541-2542. [http://164.115.5.20/
printdoc?doc_id=852&=อบต.+การพัฒนา](http://164.115.5.20/printdoc?doc_id=852&=อบต.+การพัฒนา).
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. “การวางแผนสาธารณสุขชุมชน,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนงาน
สาธารณสุข หน่วยที่ 8-15 นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2542.
- มยุรี ศิลป์ตระกูล. มุมมองของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาเอดส์ เขต 13. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา, 2549. อัด
สำเนา.
- ปรีชา สันรัมย์. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี เปลี้นงำ. การสาธารณสุขมูลฐาน. ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์, 2542 : 3-85.
- พัชรา ผิวขาว. ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน :
กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.
รายงานการค้นคว้าอิสระ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาไทยคดีศึกษา

- มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2544. อัดสำเนา.
- พันธุ์ทิพย์ งามสุด. บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนางานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- วรรณช จันทพร. การปรับปรุงและปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดินของไทย. ขอนแก่น : พี เอ็น การพิมพ์, 2541.
- สลวย เทียมสระคู. ความรู้ เจตคติ ของพนักงานท้องถิ่นระดับองค์การบริหารส่วนตำบลในเขต 8 ในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. http://164.115.5.20/printdoc?doc_id=852&=อบต.+การพัฒนา.
- สุจินต์ คาวีระกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนตำบล. 2541.
- สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ. กลุ่มงานสาธารณสุขที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการบริหารจัดการ, 2541.
- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. คู่มือการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว พ.ศ. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขเขต 13 กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานประสานเพื่อสุขภาพดีตามยุทธศาสตร์อยู่ดีมีสุข. บริษัท โชนเจอร์ยุมาร์เก็ตติ้ง จำกัด. 2550.

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์ เรื่อง ความคิดเห็นและความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค อบต.

หนองไม้งาม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นและความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค อบต.หนองไม้งาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง () และกรอกข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปี

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน		
การดูแลสุขภาพคนในครอบครัว		
การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน		
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค		
การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน		

ความคาดหวังเกี่ยวกับการความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ อบต.หนองไม้งาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
อบต.ควรดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัย		
อบต. ควรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่		
อบต. ควรให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ		
อบต. ควรสนับสนุนงบประมาณ		
อบต. ควรให้คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรค		
อบต. ควรสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์		

แบบสัมภาษณ์ ความคิดเห็นต่อบทบาทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล
(ผู้กำหนดนโยบาย, ผู้ปฏิบัติงาน)

1. ท่านคิดว่านโยบายด้านการสาธารณสุข สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นอย่างไร?
2. ท่านคิดว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขเป็นอย่างไร?
3. ท่านคิดว่าบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรเป็นอย่างไร?
4. ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของงานองค์การบริหารส่วนตำบล.....

แบบสัมภาษณ์ ความคิดเห็นต่อบทบาทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล
(ผู้นำชุมชน)

1. ท่านคิดว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขเป็นอย่างไร?
2. ท่านคิดว่าบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรเป็นอย่างไร?
3. ท่านต้องการให้องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรอย่างไร?

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	ญาดา โตอุตชนม์
วัน เดือน ปี เกิด	3 กุมภาพันธ์ 2510
ที่อยู่ปัจจุบัน	1164/304 หมู่ 1 ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 36000
ที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 36000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
พ.ศ. 2547	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ร่างคำสั่ง

คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพ ตำบลหนองไ้ม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

ตามบทบาทอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพ ตำบลหนองไ้ม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. จัดวางระบบการพัฒนาสุขภาพของประชาชน
2. วางแผนการดำเนินงาน
3. ประเมินผลการดำเนินงาน

อบต. หนองไ้ม้งาม จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพ เพื่อดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการและที่ปรึกษา
 1. นายก อบต. หนองไ้ม้งาม ประธานกรรมการ
 2. กำนันตำบลหนองไ้ม้งาม รองประธาน
 3. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 1 กรรมการ
 4. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 2 กรรมการ
 5. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 3 กรรมการ
 6. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 4 กรรมการ
 7. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 5 กรรมการ
 8. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 6 กรรมการ
 9. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 7 กรรมการ
 10. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 8 กรรมการ
 11. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 9 กรรมการ
 12. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 10 กรรมการ
 13. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 11 กรรมการ
 14. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 12 กรรมการ
 15. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 13 กรรมการ
 16. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 14 กรรมการ
 17. ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ 15 กรรมการ
18. นางกรวีร์ บุญกองชาติ กรรมการและเลขานุการ

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

1. อำนวยการให้เกิดแผนงาน

2. ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงานให้สามารถดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์
3. เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการดำเนินงาน
4. กำกับ ติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน

2. คณะกรรมการดำเนินการ

1. นายสุปัญญา ทองหล่อ ประธานกรรมการ
2. ประธาน อสม. หมู่ที่ 1 กรรมการ
3. ประธาน อสม. หมู่ที่ 2 กรรมการ
4. ประธาน อสม. หมู่ที่ 3 กรรมการ
5. ประธาน อสม. หมู่ที่ 4 กรรมการ
6. ประธาน อสม. หมู่ที่ 5 กรรมการ
7. ประธาน อสม. หมู่ที่ 6 กรรมการ
8. ประธาน อสม. หมู่ที่ 7 กรรมการ
9. ประธาน อสม. หมู่ที่ 8 กรรมการ
10. ประธาน อสม. หมู่ที่ 9 กรรมการ
11. ประธาน อสม. หมู่ที่ 10 กรรมการ
12. ประธาน อสม. หมู่ที่ 11 กรรมการ
13. ประธาน อสม. หมู่ที่ 11 กรรมการ
14. ประธาน อสม. หมู่ที่ 12 กรรมการ
15. ประธาน อสม. หมู่ที่ 13 กรรมการ
16. ประธาน อสม. หมู่ที่ 14 กรรมการ
17. ประธาน อสม. หมู่ที่ 15 กรรมการ
18. น.ส.กัลจนา ขาดรัมย์ กรรมการและเลขานุการ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1. เป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการอำนวยการในการดำเนินงาน
2. เป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพตำบลหนองไผ่งาม
3. เป็นผู้ดำเนินการและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่.....

หน้าที่ความรับผิดชอบการปฏิบัติงานของสถานอนามัยประกอบด้วย

การจัดสำนักงาน

- 1.การจัดบริเวณแวดล้อมสถานอนามัย
- 2.การจัดบริเวณภายในสำนักงาน

การบริหารงาน

- 1.การจัดรูปองค์กร
- 2.การบริหารบุคคล
- 3.การวางแผนงาน
 - การวางแผนงานสาธารณสุข
 - การควบคุมกำกับงาน
 - งานข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข
- 4.งานสารบรรณ
- 5.งบประมาณ การเงิน และการบัญชี
- 6.การพัสดุ
- 7.การซ่อมแซมบำรุงรักษาฯ
- 8.การประสานงาน

บริการส่งเสริมสุขภาพ

- 1.งานอนามัยแม่และเด็ก
- 2.งานวางแผนครอบครัว
- 3.งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประชาชนทั่วไป
- 4.งานอนามัยผู้สูงอายุ
- 5.งานโภชนาการ
- 6.งานอนามัยโรงเรียน
- 7.งานส่งเสริมอนามัยครอบครัว
- 8.งานส่งเสริมสุขภาพจิต
- 9.งานอาชีวอนามัย
- 10.งานสุขศึกษา

บริการ ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพสิ่งแวดล้อม

- 1.งานเฝ้าระวังโรค
- 2.งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทั่วไปและร้ายแรง
- 3.งานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

4.งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

- งานสุขาภิบาลหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ
- งานสุขาภิบาลในสถานีนอนามัย
- งานสุขาภิบาลอาหาร

บริการรักษาพยาบาล

- 1.งานบริการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไปและอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- 2.งานบริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ
- 3.งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- 4.งานรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

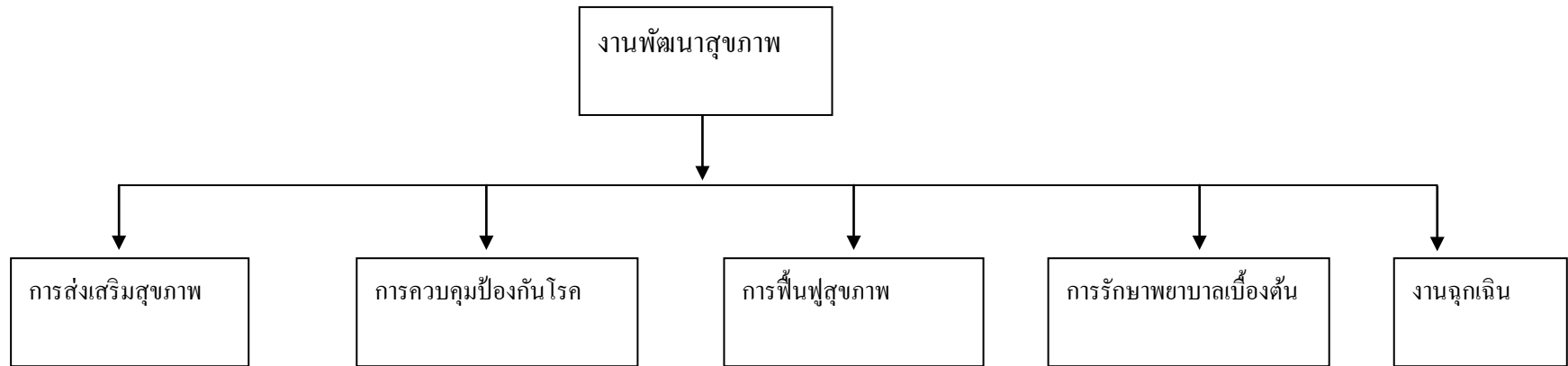
บริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน

- 1.งานฟื้นฟูสภาพคนพิการและทุพพลภาพ
- 2.งานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง
- 3.งานฟื้นฟูผู้สูงอายุ

งานสนับสนุน

- 1.โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
- 2.งานปฏิบัติงานในหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ พอ.สว. อำเภอเคลื่อนที่
- 3.งานสนับสนุนสถานีนอนามัยในเครือข่าย
- 4.งานกองทุนต่างๆในหมู่บ้าน
- 5.งานสนับสนุนการดำเนินงานแม่ตัวอย่างและผดุงครรภ์โบราณ
- 6.งานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ในหมู่บ้าน/เขตรับผิดชอบ

แผนผังการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพ ตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์



-การออกกำลังกาย - ใช้เลือดออก (คนพิการ , ผู้สูงอายุ -คณะกรรมการทุกท่าน

-การใช้ปุ๋ย EM - โรคพิษสุนัขบ้า เอคส์, อุบัติเหตุ) มีความรู้ความสามารถ

ปุ๋ยธรรมชาติ - เอคส์ -ส่งเสริมฝึกอาชีพ ในการรักษาพยาบาล

-การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ-เบาหวาน -เสริมสร้างกำลังใจ เบื้องต้น

ในชุมชน -มะเร็งปากมดลูก

-การตรวจสุขภาพ

-สิ่งแวดล้อมดี

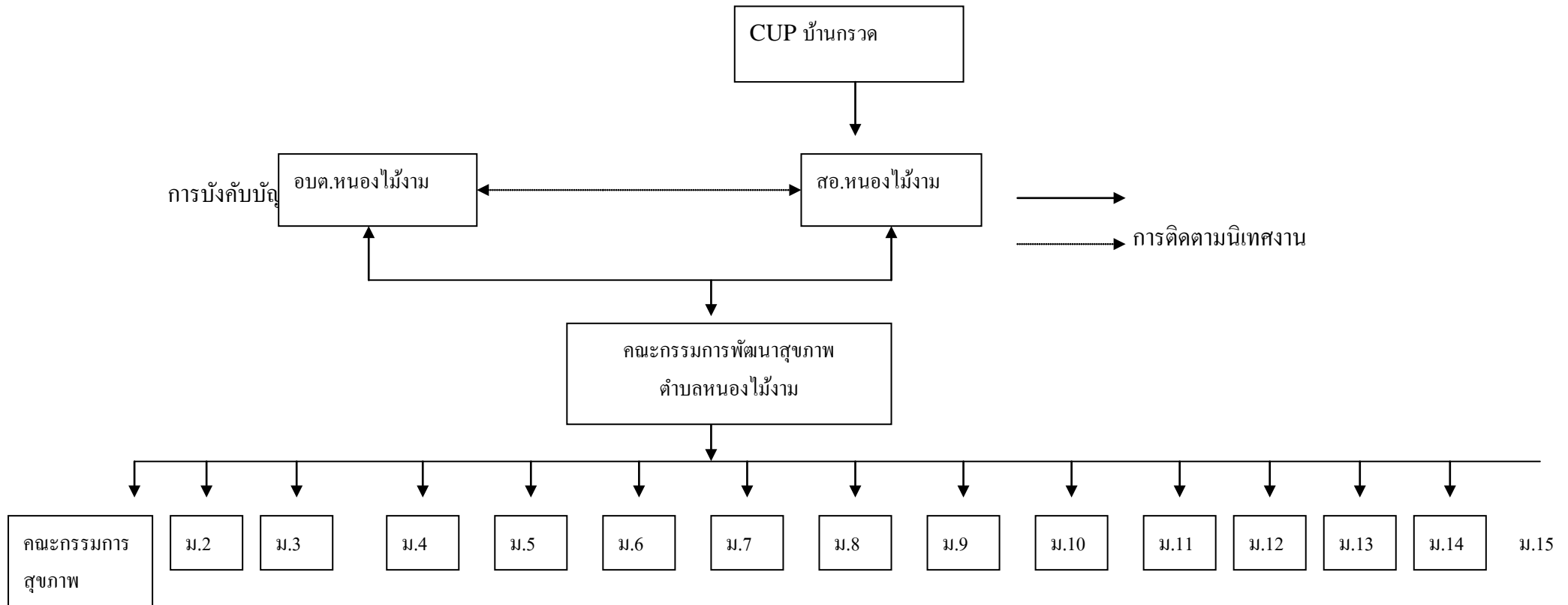
-ประชาชนไม่ใช้สารเสพติด

ขนบธรรมเนียมประเพณี

-รักษาวัฒนธรรมท้องถิ่น

-หมู่บ้านปลอดภัย

โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพ ตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์



ม.1

-ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน

- อสม. ทุกท่าน กรรมการ

-ประธาน อสม. กรรมการและเลข