

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นหลักฐานและแนวทางการวิจัย โดยแยกประเด็นการทบทวนวรรณกรรมออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความเป็นมาและบทบาทการมีส่วนร่วมของสตรี ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน
2. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 – 9 (พ.ศ. 2520 – 2549)
3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
4. ระบบสุขภาพภาคประชาชน
5. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของสตรีในงานอาสาสมัครสาธารณสุข
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเป็นมาและบทบาทการมีส่วนร่วมของสตรี ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ในความคิดที่ผ่านมามหาบทบาทของสตรีนั้นไม่ได้รับการยอมรับจากคนในสังคม เนื่องมาจากวัฒนธรรมและความเชื่อในการยกย่องชายเป็นใหญ่ เช่น ปรัชญากรีกโบราณของอริสโตเติล (Aristotle) มีฐานคติที่ว่า ความเหนือกว่าของเพศชาย เป็นเรื่องของธรรมชาติหรือชีวภาพนั่นเอง และจริยศาสตร์ของเขาจึงเป็นเรื่องที่ผู้ชายพยายามควบคุมผู้หญิงไว้เพื่อให้เธอเชื่อฟัง ดังนั้นผู้ชายที่ปฏิบัติต่อผู้หญิงอย่างเสมอภาคจึงเป็นเรื่องน่าละอาย (Lange, 1983, pp. 1- 14) การที่ผู้หญิงถูกผูกติดอยู่กับธรรมชาติ ถูกกำหนดให้สนใจเรื่องรูปร่างหน้าตา ถูกระบุว่าเป็นเพศที่ต้องการความรัก ความอบอุ่น และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มักจะไม่ค่อยมีความสามารถที่จะคิดเรื่องราวที่ละเอียดลึกซึ้งซึ่งเป็นนามธรรมได้ ดังนั้นผู้หญิงในสังคมตะวันตกในยุคนี้จึงถูกจำกัดบทบาทอยู่ภายในบ้าน โดยมีหน้าที่หลักคือรับใช้ครอบครัว มีภาระเรื่อง “งานบ้าน” ซึ่งรวมถึงการให้กำเนิดและเลี้ยงดูเด็ก ด้วยเหตุนี้เองผู้หญิงในตะวันตกจึงได้รวมตัวกันเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของตน ดังต่อไปนี้

1. การต่อสู้ของปัจเจกชน ผู้หญิงตะวันตกเริ่มพูดถึงปัญหาของผู้หญิงจากจุดยืนในฐานะที่เป็นมนุษย์และพึงได้รับการปฏิบัติต่ออย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ ในราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 ในประเทศอังกฤษและฝรั่งเศส ซึ่งในช่วงเวลานั้นทั้งสองประเทศเริ่มก้าวเข้าสู่การปฏิวัติอุตสาหกรรม และระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม

ผู้หญิงฝรั่งเศสที่เป็นนักปฏิวัติซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี คือ Olympe de Couges ได้ตั้งชมรมผู้หญิงหลายแห่ง ที่สำคัญที่สุดในปี ค.ศ. 1789 เมื่อมีการอ่านคำประกาศสิทธิมนุษยชนในสมัชชาแห่งชาติ เธอได้ลุกขึ้นประกาศ “สิทธิสตรี 17 ข้อ” เช่น เสรีภาพทางความคิด สิทธิทางการศึกษา เป็นต้น แต่ในท้ายที่สุดเธอก็ได้ถูกประหารด้วยข้อหาที่ว่า “ละเลยคุณธรรมที่เพศหญิงควรจะมี”

ในอังกฤษ Mary Wollstonecraft (1759 – 1797) ได้เสนอปัญหาของผู้หญิงอย่างเป็นระบบโดยการเขียนหนังสือชื่อ “การพิทักษ์สิทธิสตรี” ซึ่งเป็นการท้าทายทัศนคติที่มีต่อสตรีในยุคนั้น คือ ผู้หญิงเป็นมนุษย์ซึ่งมีเหตุผล จึงมีสิทธิโดยธรรมชาติและสิทธิทางการเมืองเช่นเดียวกับชาย (อมรสิริ สันต์สุรดิกุล และจิรติ ดิงศักดิ์, 2526, หน้า 17)

2. ขบวนการสิทธิสตรีในช่วงต้นศตวรรษที่ 19 ในช่วงนี้กระแสอนุรักษ์นิยมได้ครอบคลุมบรรยากาศทางการเมืองในยุโรปตะวันตก ความคิดในเรื่องสิทธิสตรีถูกตราว่าเป็นความคิดอุบาทว์ที่ทำลายครอบครัว และสร้างความระส่ำระสายให้แก่สังคม อย่างไรก็ตามแม้ว่าพลังเสรีนิยมได้จะรับชัยชนะในเวลาต่อมา แต่ว่าสิทธิขั้นพื้นฐานในระบอบประชาธิปไตยหาได้ครอบคลุมถึงผู้หญิงไม่ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงไม่มีสิทธิในการเลือกตั้ง ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วไม่สามารถเป็นพยานในศาลได้ เป็นต้น ผู้หญิงชั้นกลางถูกตัดขาดจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจกลายเป็นแม่ศรีเรือนและแทบจะไม่มีโอกาสทางการศึกษา ขณะที่กรรมกรหญิงส่วนหนึ่งได้เริ่มเคลื่อนไหวภายใต้อิทธิพลของความคิดสังคมนิยม หญิงชนชั้นกลางก็ได้เคลื่อนไหวในเรื่อง การศึกษา โอกาสในการทำงานนอกบ้าน การคุมกำเนิด สิทธิในทรัพย์สิน การหย่าร้าง และสิทธิทางการเมือง โดยเฉพาะผู้หญิงอังกฤษได้รวมตัวกันเป็นสมาคมต่าง ๆ มากมาย ออกหนังสือพิมพ์ จัดการประชุม ปราศรัยเดินขบวน

3. ขบวนการผู้หญิงก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ในระยะนี้ขบวนการต่อสู้ของผู้หญิงเกี่ยวข้องกับขบวนการกรรมกรเป็นอย่างมาก เมื่อปรากฏว่าผลกระทบของระบบทุนนิยมคือโครงสร้างและชีวิตในครอบครัวอย่างชัดเจน เพราะบ่อยครั้งที่ผู้หญิงกลายเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวด้วยเหตุผลง่าย ๆ คือผู้ชายตกงานหรือละทิ้งครอบครัวไป การที่ผู้หญิงต้องออกมาทำงานนอกบ้านก็เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้หญิงเป็นอิสระจากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้ชายทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการปลดปล่อยผู้หญิง

4. ขบวนการปลดปล่อยสตรีตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1960 ภายหลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ผู้หญิงตะวันตกในหลายประเทศได้นับสิทธิในการเลือกตั้งที่พวกเธอพยายามเรียกร้องมานับสิบ ๆ ปี เช่น ออสเตรีย แคนาดา เดนมาร์ก เยอรมัน อังกฤษ รัสเซีย สวีเดน สหรัฐอเมริกา เป็นต้น องค์การสตรีที่มีเครือข่ายในระดับนานาชาติ เช่น สภาสตรีนานาชาติ ได้เน้นประเด็นการเคลื่อนไหวในเรื่องการพิทักษ์สันติภาพ และพิทักษ์สิทธิของผู้หญิงในด้านต่าง ๆ เช่น สวัสดิภาพของกรรมกรหญิง ความเสมอภาคในการมีงานทำ ฯลฯ

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง มีผู้หญิงจำนวนมากเข้าร่วมในขบวนการต่อต้านเผด็จการฟาสซิสต์ ขณะที่ผู้หญิงบางส่วนถูกระดมกำลังเพื่อการผลิตสาขาท่าง ๆ แทนที่ผู้ชายซึ่งถูกเกณฑ์ไปรบ แต่ภายหลังสงครามผู้หญิงก็ถูกขอร้องให้กลับไปอยู่บ้านรับบทบาทเป็นเพียงคู่รัก แม่ และภรรยาตามเดิม (สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541, หน้า 32 – 34)

ต่อมาด้วยความพยายามระดับนานาชาติในการพัฒนาสตรีได้มีการจัดการประชุมระดับนานาชาติและประชุมอื่น ๆ อีกจำนวนมาก เพื่อแสดงเจตนารมณ์ร่วมในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของสตรีองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ปีพ.ศ. 2518 เป็นปีสตรีสากล (united nations international women years) และปี พ.ศ. 2519 – 2528 เป็นทศวรรษสตรีเพื่อความเสมอภาค การพัฒนา และสันติภาพ เพื่อให้ทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญของสตรี องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องสตรีเป็นระยะ ๆ โดยมีสาระสำคัญของการประชุมแต่ละครั้งดังต่อไปนี้

1. การประชุมสตรีระดับโลกครั้งที่ 1 ณ กรุงเม็กซิโก พ.ศ. 2518 (ค.ศ.1975) ได้เสนอแผนพัฒนาสตรี ในลักษณะของแผนปฏิบัติการและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการพัฒนาสตรีในช่วง 10 ปี ด้านความเสมอภาคของสตรี และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตลอดจนการสร้างสันติภาพ

2. การประชุมสตรีระดับโลกครั้งที่ 2 ณ กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980) (copenhagen conference on status of women) ซึ่งมีนโยบายหรือการสร้างสรรค์โครงการต่าง ๆ ที่จะมีส่วนช่วยปรับปรุงสถานภาพของสตรี

3. การประชุมสตรีระดับโลกครั้งที่ 3 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา พ.ศ. 2528 (ค.ศ. 1985) (the neighbor forward looking strategies of the advancement of women toward the year 2000) เป็นการประชุมที่ว่าด้วยการส่งเสริมบทบาท ความเสมอภาค การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและการสร้างสันติภาพของสตรีในทุกด้านเพราะไม่มีการประเมินสถานการณ์ความก้าวหน้าเกี่ยวกับการพัฒนาสตรีในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

ในระดับภูมิภาคได้มีการตกลงในการประชุมว่าด้วยประชากรและการพัฒนาที่ยั่งยืน ระหว่างการประชุมเอเชียแปซิฟิก ครั้งที่ 4 ที่บาห์ลี ประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2535 ชื่อ “the Bali declaration 1992” โดยระบุว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่สถานภาพและบทบาทสตรีในทุกสังคมควร ได้รับการปรับปรุงส่งเสริมให้ดีกว่าเดิม ในขณะที่เดียวกันควรต้องมีมาตรการส่งเสริมให้ชายมี บทบาทและความรับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น การกำหนดนโยบายเพื่อเป็นการยกระดับสตรี เกี่ยวกับการส่งเสริมบทบาทสถานภาพและการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างเต็มที่ตาม เจตนารมณ์ของรัฐบาล

4. การประชุมสตรีระดับโลกครั้งที่ 4 ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พ.ศ. 2538 (ค.ศ.1995) โดยจัดประชุมเกี่ยวกับสตรีและประชุมองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ การพัฒนาสตรี (NGO women forum 95) ซึ่งได้ยกประเด็นการพัฒนาสตรี มาตรการต่าง ๆ ที่ช่วยยกระดับบทบาทและสถานภาพสตรีรวมทั้งการปกป้องสิทธิในหลายด้าน ที่สอดคล้องกับแผน ปฏิบัติการสิทธิสตรีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญในการสร้างพลังให้กับ สตรีที่มีจำนวนมากประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรโลกให้สามารถตัดสินใจในเรื่องสำคัญเกือบทุก เรื่องเพื่อเป็นกำลังใจในการพัฒนาสังคมต่อไป (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2534, หน้า 3)

นอกจากนี้ที่ประชุมได้มีการรับรองปฏิญญาปักกิ่งและแผนปฏิบัติการเพื่อความก้าวหน้า ของสตรี (Beijing declaration and platform for action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศ สมาชิกสหประชาชาติร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาของสตรี ซึ่งมีการระบุประเด็นปัญหาของสตรี ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความยากจน เนื่องจากทุกวันนี้ประชากรกว่าหนึ่งพันล้านคนตกอยู่ในความยากจน และส่วนใหญ่เป็นสตรี ในทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนสตรีและบุรุษที่ยากจนเพิ่มขึ้นอย่างไม่ได้ ลัดส่วนกัน อีกทั้งสตรียังมีโอกาสกลายเป็นผู้ยากจนมากกว่าบุรุษ ยิ่งในชนบทแล้วปัญหาจะ รุนแรงเป็นพิเศษ

ดังนั้นที่ประชุมจึงเสนอแนะให้มีการพัฒนาที่ใส่ใจกับความต้องการ และความพยายาม ของสตรีผู้ยากจน เสนอกฎหมายให้สตรีได้รับสิทธิมนุษยชนและทรัพยากรทางเศรษฐกิจอย่าง เสมอภาค

2. การศึกษาและการฝึกอบรม การศึกษาเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง และเป็น เครื่องมือสำคัญในการบรรลุความเสมอภาค การพัฒนา และสันติภาพ ถึงแม้ว่าโดยรวมแล้ว เด็กผู้หญิงจะได้เข้าเรียนในชั้นประถมและมัธยมมากขึ้น แต่ในหลายประเทศยังคงมีการเลือกปฏิบัติ อันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น เจตคติดั้งเดิมสตรีต้องแต่งงานและมีบุตรตั้งแต่อายุยังน้อย

ดังนั้นที่ประชุมจึงเสนอแนะให้มีการให้การศึกษาฝึกอบรมแก่เด็กผู้หญิงและสตรีทั้งในระบบและนอกระบบเป็นหนทางหนึ่งที่จะพิสูจน์ว่าจะสามารถสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ดีที่สุด โดยรัฐบาลจะต้องประกันความเสมอภาคในด้านการศึกษแก่สตรี จัดช่องว่างระหว่างหญิงชายในชั้นประถมและมัธยมศึกษาให้หมดไป ให้สตรีมีโอกาสเข้าถึงการฝึกอบรมวิชาชีพ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และการศึกษาค้นคว้า

3. สุขภาพ สุขภาพของสตรีเกี่ยวข้องกับสภาวะความเป็นอยู่ทางจิตใจ สังคม และกายภาพ และยังถูกกำหนดโดยบริบทของสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ชีวิตและความเป็นอยู่ของสตรียังขึ้นอยู่กับการมีสุขภาพทางกายและใจในมาตรฐานสูงสุด และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสามารถเข้าร่วมในทุกสาขาของชีวิตสังคมและส่วนตัวสตรีต้องได้รับสิทธิดังกล่าว ตลอดทุกขั้นตอนของชีวิตอย่างเสมอภาคกับบุรุษ

แผนปฏิบัติการเสนอให้สตรีมีโอกาสเพิ่มขึ้น ที่จะได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สนับสนุนหญิงและชายให้รับผิดชอบต่อพฤติกรรมทางเพศและการเจริญพันธุ์ของตน โดยที่ผู้หญิงสามารถตัดสินใจได้โดยเสรีและด้วยความรับผิดชอบว่าจะมีบุตรจำนวนกี่คน เมื่อใด

4. ความรุนแรง ในทุกสังคมสตรีและเด็กหญิงถูกกระทำทารุณทางกาย ทางเพศและทางจิตใจ ทั้งในชีวิตสาธารณะและส่วนตัวมากน้อยต่างกันไปโดยไม่จำกัดฐานะ ชนชั้น และวัฒนธรรม มีการข่มขืนทารุณกรรมและฉ้อฉลทางเพศ รวมทั้งการคุกคามในที่ทำงาน ในสภาวะสงครามสตรียังต้องได้รับความเสี่ยงเป็นพิเศษต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การใช้สตรีเป็นทาสทางเพศ บังคับให้ตั้งครรภ์ บังคับให้ทำหมันและทำแท้ง เลี่ยงเพศทางก่อก่อนคลอด และกำจัดทารกหญิงถือเป็นความรุนแรงเช่นกัน การกระทำความผิดกล่าวล่วงเกินเป็นการละเมิดและทำลายหรือลดล้างสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพเบื้องต้นที่สตรีควรได้รับ

ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความรุนแรงต่อสตรี จึงควรให้รัฐใช้กฎหมายเครื่องมือช่วยป้องกันและคุ้มครองสตรี โดยรัฐจะต้องนำเอากฎหมายนั้นบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ความขัดแย้งที่มีการใช้อาวุธ แผนปฏิบัติการตระหนักดีว่า การข่มขืนซึ่งเกิดขึ้นเป็นประจำในระหว่างความขัดแย้งนั้นจัดเป็นอาชญากรรม และภายใต้บางสถานการณ์เป็นเครื่องมือการสังหารชนชาติให้สูญพันธุ์ จึงขอประณามการใช้ “การทำลายล้างชาติพันธุ์” เป็นยุทธวิธีในการทำสงคราม รวมถึงการข่มขืนอันเป็นผลที่เกิดขึ้นตามมา การกระทำความผิดต้องยุติลงโดยทันที และนำตัวผู้กระทำความผิดมารับโทษ เพิ่มการมีส่วนร่วมของสตรีในระดับที่มีอำนาจตัดสินใจในการแก้ไขความขัดแย้ง ลดการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยทางทหาร และควบคุมการมีอาวุธยุทธภัณฑ์

6. เศรษฐกิจ สตรีมีส่วนสำคัญในชีวิตเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลกโดยมีส่วนสูงชันเรื่อย ๆ ในกำลังแรงงาน รายได้จากการทำงานของสตรีกลายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครัวเรือน

ทั้งหลายมากขึ้นทุกที แต่สตรีกลับถูกละเลยในการตัดสินใจทางเศรษฐกิจต้องเผชิญกับการถูกกดขี่ ค่าจ้าง สภาพการทำงานที่เลวร้าย ค้อยโอกาสในการจ้างงานและอาชีพ

ดังนั้นแผนปฏิบัติการจึงเสนอให้มีการส่งเสริมสิทธิทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงการจ้างงาน และสภาพการทำงานที่เหมาะสม ขจัดการแบ่งแยกทางอาชีพ และการเลือกปฏิบัติในการจ้างงานทุกรูปแบบ

7. การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมอย่างเสมอภาคของสตรีในการตัดสินใจไม่เพียงเป็นการเรียกร้องความยุติธรรมทางสังคมหรือประชาธิปไตยเท่านั้น แต่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจะได้รัฐบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบของสังคมโดยถูกต้องและสมดุล ถึงแม้จะมีการเคลื่อนไหวแสวงหาประชาธิปไตยเกิดขึ้นแพร่หลายในหลายประเทศ แต่ตัวแทนของสตรียังเป็นเพียงส่วนน้อยในทุกระดับรัฐบาล เป้าหมายที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและสังคมแห่งสหประชาชาติตั้งไว้คือ ให้สตรีได้เข้าถึง และมีส่วนร่วมในโครงสร้างอำนาจและการตัดสินใจขององค์กร รัฐบาลและหน่วยงานบริหารรัฐกิจ รวมถึงตุลาการ องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรเอกชน ตลอดจนพรรคการเมืองและสหภาพแรงงานอย่างเท่าเทียมและเต็มที่ เพิ่มสมรรถนะของสตรีที่จะเข้าร่วมในการตัดสินใจ และในตำแหน่งระดับผู้นำ

8. กลไกทางสถาบัน ประเทศต่าง ๆ ได้จัดตั้งสถาบันเพื่อความก้าวหน้าของสตรีขึ้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว สถาบันเหล่านี้มักจะอยู่เพียงชายขอบของโครงสร้างรัฐบาลระดับชาติ กล่าวคือ ไม่มีอำนาจชัดเจน ขาดแคลนทั้งกำลังคนและทรัพยากร และไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ

แผนปฏิบัติการจึงเสนอแนะให้สร้างเสริมความแข็งแกร่งให้กลไกระดับชาติและองค์กรอื่น ๆ ของรัฐ ให้ประกันว่าความรับผิดชอบเรื่องความก้าวหน้าของสตรีถูกจัดไว้ในระดับสูงสุดที่จะเป็นไปได้ในรัฐบาล บูรณาการมุมมองบทบาทหญิงชายเข้าไว้ในกฎหมาย นโยบายภาครัฐ แผนงานและโครงการ

9. สิทธิมนุษยชน เป็นสิ่งสากลแบ่งแยกมิได้เกี่ยวโยงและขึ้นต่อกัน รัฐบาลและสหประชาชาติต้องให้ความสำคัญต่อการที่สตรีและเด็กจะได้รับสิทธิต่าง ๆ อย่างเต็มที่และเสมอภาค เนื่องจากเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับความก้าวหน้าของสตรี โดยเฉพาะการปฏิบัติตามข้อตกลงในทุกเรื่องเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ตามอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ

10. สื่อมวลชน สื่อมวลชนในประเทศต่าง ๆ ยังคงเสนอภาพลักษณ์ของสตรีในทางลบ และเสื่อมศักดิ์ศรี สิ่งที่กระทบต่อสตรีเป็นพิเศษ คือ สื่อลามกอนาจาร เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว แผนปฏิบัติการจึงเสนอให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของสตรีในการแสดงความคิดเห็นและการ

ตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสื่อมวลชนและเทคโนโลยีทางด้านสื่อสารใหม่ ๆ ส่งเสริมการเสนอ
ภาพลักษณ์ของสตรีในแบบที่ไม่ซ้ำซาก ล้าสมัย โดยให้สอดคล้องกับเสรีภาพในการแสดงออก

11. สิ่งแวดล้อม การเสื่อมสภาพของทรัพยากรธรรมชาติก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อ
ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงและสตรีทุกวัย สตรีซึ่งไม่ค่อยได้รับ
การฝึกอบรมอย่างเป็นทางการในฐานะผู้บริหารทรัพยากร มักไม่เข้าร่วมในการตัดสินใจ

ดังนั้นที่ประชุมจึงเห็นควรให้สตรีมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจทุกระดับที่เกี่ยวข้อง
กับสิ่งแวดล้อม ทั้งในฐานะผู้บริหาร ออกแบบ วางแผนปฏิบัติงาน และประเมินผลของโครงการ
สิ่งแวดล้อม

12. เด็กผู้หญิง ต้องเผชิญกับการเลือกปฏิบัติตั้งแต่เกิด ตลอดจนวัยเด็กจนเข้าสู่ผู้ใหญ่
เจตคติและการปฏิบัติที่เป็นอันตราย การขาดกฎหมายคุ้มครองหรือความล้มเหลวในการบังคับใช้
กฎหมาย ทำให้เด็กผู้หญิงต้องเสี่ยงต่อความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ มากกว่าเด็กผู้ชาย

แผนปฏิบัติการจึงมีข้อเสนอแนะให้จัดการเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิงในทุกรูปแบบ
ออกและบังคับใช้กฎหมายที่เหมาะสม เพื่อความเสมอภาคของเด็ก รวมทั้งขจัดเจตคติทาง
วัฒนธรรมและการปฏิบัติในแง่ลบต่อเด็กผู้หญิง

ในส่วนของประเทศไทยนั้นการต่อสู้เรียกร้องสิทธิของสตรีแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 หลังสนธิสัญญาเบาริง เป็นการต่อสู้ของปัจเจกบุคคล โดยหญิงชาวบ้านสอง
คน ที่ต่อสู้เพื่อสิทธิทางเพศของตน คือ อำแดงจั่น และอำแดงเหมือน ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นครั้งแรกที่
มีการบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์และเป็นครั้งแรกที่ผู้หญิงเรียกร้องสิทธิพึงมีพึงได้ของตนในฐานะที่
เป็นคน อำแดงเหมือนเรียกร้องสิทธิที่จะเลือกคู่ครองตามที่ตนปรารถนา ส่วนอำแดงจั่นเรียกร้อง
สิทธิที่จะเป็นเจ้าของร่างกายของตนมิให้ถูกขายเป็นทาส

การต่อสู้ของของหญิงทั้งสองทำให้รัชกาลที่ 4 ทรงตระหนักถึงความไม่เป็นธรรมที่
หญิงได้รับในสมัยนั้น โดยทรงโปรดให้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมายลักพาเมื่อ พ.ศ. 2408
โดยให้สิทธิในการเลือกคู่ครองแก่หญิง และกฎหมายผัวขายเมีย บิดามารดาขายบุตร ที่ทำให้
“หญิงเป็นควาขายเป็นคน” นั้นเสีย เมื่อ พ.ศ. 2411 โดยระบุว่าผัวจะขายเมียไม่ได้ถ้าเมียไม่
ยินยอม (ชกเว้นเมียทาส)

นอกจากนี้ผู้หญิงชนชั้นกลางซึ่งเติบโตขึ้นมาพร้อม ๆ กับการแทรกตัวของระบบทุนและ
การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการผลิต และการปรับปรุงประเทศให้ทันสมัยได้กลายเป็นผู้นำในการ
เรียกร้องสิทธิสตรี ประเด็นที่เรียกร้องมี 2 เรื่องคือ การศึกษา และกฎหมายผัวเดียวเมียเดียว ซึ่ง
จะพบว่ามิโรงเรียนสำหรับผู้หญิงทั่วไปจัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2444 โดยมีการประกาศใช้พระราช
บัญญัติประถมศึกษาเมื่อ พ.ศ. 2464

ช่วงที่ 2 การเคลื่อนไหวของสตรีในช่วง พ.ศ. 2475 – 2516 ในปี พ.ศ. 2475 ได้จัดตั้ง สมาคมสตรีไทยแห่งกรุงสยามขึ้นโดยการรวมตัวกันของผู้หญิงชนชั้นกลางที่ได้รับโอกาสในการ ศึกษา จากการที่ผู้แทนสมาคมสตรีไทยได้มีโอกาสไปร่วมประชุมในต่างประเทศและได้เห็น รูปแบบองค์กรสตรีของประเทศต่าง ๆ จึงเกิดแนวคิดที่จะรวมตัวกันเป็นองค์กรที่ใหญ่ขึ้น ดังนั้น สภาสตรีแห่งชาติฯ จึงได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2499 กิจกรรมของ สมาคมส่วนใหญ่อยู่ในขอบเขตของงานสังคมสงเคราะห์ (สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541, หน้า 40)

ช่วงที่ 3 การเคลื่อนไหวของสตรีในช่วง 2516 – ปัจจุบัน ก่อนหน้าเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ได้มีการรวมตัวกันของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภายใต้ชื่อกลุ่มหญิง มหาวิทยาลัย และกลุ่มผู้หญิงในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ได้ประสานความร่วมมือกัน โดยได้รณรงค์ ปัญหาโสเภณี ปัญหาค่าจ้างแรงงาน รวมทั้งได้สนับสนุนสหภาพแรงงาน และการต่อสู้ของคน งานสตรี

ในปี 2523 นักวิชาการกลุ่มหนึ่ง นักเขียน และคนงานบางส่วน ได้ร่วมกันจัดตั้งกลุ่ม เพื่อนหญิงเพื่อให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ปัญหาสิทธิสตรี กลุ่มเพื่อนหญิงได้รับการยอมรับอย่าง กว้างขวางทั้งภายในและภายนอกประเทศ ในฐานะตัวแทนผู้ต่อสู้เพื่อสิทธิของสตรี ปัจจุบันกลุ่ม เพื่อนหญิงได้จดทะเบียนเป็นมูลนิธิโดยได้เน้นไปที่ปัญหาความรุนแรงทางเพศ ผู้หญิงชนบท และ การให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายแก่สตรี นอกจากนั้นมูลนิธิเพื่อนหญิงแล้วยังมีมูลนิธิผู้หญิงที่ ก่อตั้งขึ้นในเวลาไล่เลี่ยกัน แต่จะแตกต่างกันที่จุดเน้นของมูลนิธิผู้หญิง คือ ปัญหาโสเภณีข้ามชาติ

ต่อมาได้มีการจัดทำแผนพัฒนาสตรีฉบับแรกขึ้น คือแผนพัฒนาสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2525 - 2544) ซึ่งใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนพัฒนาสตรีระยะ 5 ปี ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) และฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534)

ใน พ.ศ. 2528 มีการจัดทำรายงานสถานภาพสตรีไทย โดยระบุไว้ว่า ประเด็นสตรีเริ่ม เป็นที่สนใจและได้รับการให้ความสำคัญมากขึ้นทั้งในระดับชาติและนานาชาติ การที่ประเทศไทย เข้าร่วมในการประกาศทศวรรษเพื่อสตรีในปี พ.ศ. 2519 เป็นการกระตุ้นให้มีการนำเอาความ ต้องการของสตรีเข้าสู่ความสนใจในระดับชาติด้วย จนเป็นผลให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดงานฉลองปีสตรีสากลขึ้น เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของปีสตรีสากล

ในการประชุมที่กรุงไนโรบี พ.ศ. 2528 ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญาว่า ด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ซึ่งอนุสัญญานี้มีบทบัญญัติรวม 30 มาตรา เพื่อให้รัฐภาคีหรือประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย และมาตรการดำเนินงาน ด้านนิติบัญญัติ ตุลาการ การบริหาร หรือมาตรการอื่น ๆ เกี่ยวกับการขจัดการเลือกปฏิบัติทั้งมวล ต่อสตรี และให้หลักประกันว่าสตรีจะต้องได้รับสิทธิประโยชน์และโอกาสต่าง ๆ จากรัฐบน

พื้นฐานของความเสมอภาคกับบุรุษ โดยมาตราที่ 1 – 16 เป็นการระบุนาตรการในการดำเนินการเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านต่าง ๆ ส่วนมาตราที่ 17 – 30 เป็นการกำหนดขั้นตอนและกลไกในการติดตามการปฏิบัติงานตามอนุสัญญา โดยไทยได้มีข้อสงวน 7 ข้อที่ยกเว้นไม่ผูกพันตามอนุสัญญา ได้แก่

- อนุสัญญาข้อ 7: เรื่องความเสมอภาคทางการเมืองและการรับตำแหน่งทางราชการ
- อนุสัญญาข้อ 9: เรื่องการถือสัญชาติของบุตรที่เกิดจากหญิงไทย
- อนุสัญญาข้อ 10: เรื่องความเสมอภาคทางการศึกษา
- อนุสัญญาข้อ 11: เรื่องสิทธิและโอกาสที่จะได้รับการจ้างงานชนิดเดียวกัน
- อนุสัญญาข้อ 15: เรื่องการทำสัญญา
- อนุสัญญาข้อ 16: เรื่องความเสมอภาคในด้านครอบครัวและการสมรส
- อนุสัญญาข้อ 29: เรื่องการให้อำนาจอศาลโลกในการตัดสินกรณีพิพาท

การที่ประเทศไทยตั้งข้อสงวนไว้ในประเด็นที่เป็นสาระสำคัญถึง 7 ข้อจากจำนวน 16 ข้อของอนุสัญญา ทำให้ประเทศไทยถูกหักท้วงและเพ่งเล็งจากประเทศต่าง ๆ และจากองค์กรที่มีใช้รัฐบาลในเวทีการประชุมระหว่างประเทศ โดยเห็นว่าประเทศไทยไม่มีความจริงใจต่อการส่งเสริมสถานภาพสตรีซึ่งขัดต่อวัตถุประสงค์ของอนุสัญญาฯ แต่ต่อมาได้ยกเลิกข้อสงวนแล้ว 5 ข้อ คงเหลือข้อสงวนข้อ 16 และ 29 ไว้เท่านั้น (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2541, หน้า 1 - 2)

ในปี 2532 มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) เป็นองค์กรถาวรระดับชาติในด้านสตรี ได้มีการทบทวนแผนพัฒนาสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2525 - 2544) และจัดทำนโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2534 - 2554) เป็นแผนระยะยาวฉบับที่สอง ซึ่งใช้เป็นฐานในการจัดทำแผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) และฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) โดยแผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้พิจารณาครอบคลุมถึงอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบของสหประชาชาติ ที่ไทยเข้าร่วมภาคีเมื่อปี 2528 และปฏิญญาและแผนปฏิบัติการปักกิ่ง เพื่อความก้าวหน้าของสตรีจากการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องสตรี ครั้งที่ 4 เมื่อปี 2538 เพื่อให้พันธกรณีสากลที่ประเทศไทยได้ร่วมให้การรับรองมีผลในทางปฏิบัติ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2544, หน้า 1)

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสตรี

การพัฒนาสตรีถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญไม่เพียงแต่ในระดับประเทศเท่านั้น แต่ได้มีการตระหนักถึงความสำคัญนี้ในระดับสากลด้วย ดังจะเห็นได้จากการเตรียมแผนปฏิบัติการของโลกว่าด้วยการพัฒนาสตรี (world plan of united nation decade of women) จากการที่สหประชาชาติได้จัดการประชุมสตรีระหว่างชาติ เมื่อ พ.ศ. 2518 ที่ประเทศเม็กซิโก เนื่องจากสตรีมีจำนวนมากถึงครึ่งหนึ่งของประชากรในประเทศต่าง ๆ และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างเยาวชนของชาติ การพัฒนาสตรีให้มีสถานภาพและบทบาทเท่าเทียมกับบุรุษ และได้มีโอกาสที่จะพัฒนาตนเองได้เต็มที่ตามกำลังความสามารถ จะทำให้สตรีเป็นพลังที่สามารถในการพัฒนาประเทศได้ ดังนั้น สหประชาชาติจึงได้มีมติ เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2516 กำหนดให้ปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) เป็นปีสตรีสากล ทั้งยังได้กำหนดให้รอบสิบปีต่อมาจากปีสตรีสากลระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2519 - 2528) เป็นศตวรรษแห่งการพัฒนาสตรี เพื่อให้สตรีและบุรุษในประเทศสมาชิกได้ร่วมกันขจัดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อสตรีด้วยความมุ่งหมายที่จะให้สตรีมีความเสมอภาค มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศชาติและมีส่วนในการสันติสุขมาสู่ครอบครัว หมู่คณะ และมวลมนุษยชาติ ในฐานะประเทศสมาชิกประเทศไทยได้ยอมรับหลักการดังกล่าวและเริ่มให้ความสำคัญกับการพัฒนาสตรีมากขึ้นกว่าเดิม

ปัจจุบันการพัฒนาสตรียังต้องเผชิญกับปัญหา ดังต่อไปนี้ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537, หน้า 67) คือ ปัญหาความไม่เสมอภาคทางโอกาสของสตรี ทั้งทางด้านเศรษฐกิจหรือการได้รับบริการทางสังคมต่าง ๆ เป็นต้น การขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมทางการเมืองและการพัฒนาชุมชนของตนเอง การเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกด้าน รวมถึงการมีค่านิยมและเจตคติต่อสตรีในเชิงลบจากสังคม

ปัญหาของสตรีอาจกล่าวได้โดยสรุปว่า เป็นปัญหาความไม่เสมอภาคซึ่งสตรีไม่สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ทั้งในด้านปัญหาที่เกิดแก่ตัวสตรีเอง เช่น การขาดโอกาสทางการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ การขาดการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว และปัญหาการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งเห็นได้ชัดว่าการมีส่วนร่วมของสตรีมีน้อยกว่าชาย หรือมีส่วนร่วมในบทบาทที่ด้อยกว่าชาย ดังนั้น แนวทางการพัฒนาสตรีในอนาคตจึงควรประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (ทัศนีย์ ปุวรรณ์, 2529, หน้า 63 - 64)

1. การช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพของสตรีแต่ละคน โดยการสร้างจิตสำนึกของผู้หญิงให้ตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ตลอดจนบทบาทหน้าที่ สิทธิ และความรับผิดชอบของสตรีต่อชุมชนและสังคม

2. การจัดองค์กรสตรี โดยเฉพาะในระดับพื้นฐาน นอกจากนั้นโครงการพัฒนาสตรีจะต้องไม่เพิ่มภาระของสตรีให้มากขึ้น และควรช่วยแบ่งเบาภาระทั้งสองด้านของสตรีได้ด้วย

จากความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาสตรีดังกล่าวมาแล้ว ได้มีหน่วยงานทั้งทางราชการ และรัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาสตรี โดยจัดทำแนวทางการพัฒนาสตรีของไทย ดังต่อไปนี้

1. แนวทางและนโยบายการพัฒนาสตรีของรัฐบาล ประเทศไทยได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2504 แต่ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) และแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510 - 2515) ยังมิได้มีการระบุถึงปัญหาเกี่ยวกับสตรีในลักษณะต่างจากปัญหาอื่นแต่อย่างใด ปัญหาเกี่ยวกับสตรีและแนวทางการพัฒนาสตรีเริ่มมีการกล่าวถึงในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) แต่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 และฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ซึ่งเป็นเพียงการกล่าวถึงปัญหาและแนวทางการพัฒนาสตรีไว้ในบทที่ว่าด้วยกิจการสังคมเท่านั้น นโยบายที่เกี่ยวกับสตรีถูกกล่าวถึงอย่างจริงจังในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ซึ่งเป็นช่วงที่มีการจัดทำแผนพัฒนาสตรีระยะยาวขึ้นเป็นครั้งแรก

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) ได้กล่าวถึงปัญหาสตรีที่สำคัญว่า สตรีชนบทและแรงงานสตรียังมีระดับการศึกษา รายได้ และความมั่นคงในการทำงานที่ต่ำกว่าชาย สตรีที่มีบุตรมากยังขาดสวัสดิการและบริการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้สตรีซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมแต่ยังขาดการสนับสนุน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2515, หน้า 374) ดังนั้นแนวทางการพัฒนาสตรีที่สำคัญซึ่งแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับนี้กำหนดขึ้นคือ การให้สังคมสงเคราะห์รูปแบบต่าง ๆ แก่สตรีและการส่งเสริมให้องค์กรเอกชนมีบทบาทยิ่งขึ้น การกวัดกันในการใช้แรงงานสตรี การบริการอนามัยแก่มารดาและทารก การวางแผนครอบครัว (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2515, หน้า 377, 422)

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ระบุว่าสตรีมีจำนวนกึ่งหนึ่งของประเทศแต่สถานะของสตรียังด้อยกว่าชายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เด็กชายได้รับโอกาสในการศึกษามากกว่าเด็กหญิง โดยเฉพาะในครอบครัวยากจน และในการประกอบอาชีพสตรีก็มีโอกาสที่จะก้าวหน้าในการทำงานในระดับสูงน้อยกว่าชาย และมีรายได้ต่ำ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2520, หน้า 321 - 322)

แนวทางการพัฒนาสตรีในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ได้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ในด้านการศึกษา กำหนดให้มีการเร่งรัดให้การศึกษาขั้นต้นเนื่องอัน

จำเป็นแก่สตรีชนบท และให้การศึกษอบรมแก่สตรีในรูปการศึกษานอกโรงเรียน ในด้าน เศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ จะให้โอกาสก้าวหน้าอันดีร่วมกันในการทำงานฝ่ายรัฐ และขยาย งานและอัตรากำลังของฝ่ายแรงงานหญิง พร้อมทั้งสอดคล้องให้สตรีที่เป็นลูกจ้างได้รับค่าจ้างและ สวัสดิการที่เท่าเทียมกับการใช้แรงงานชายในประเภทเดียวกัน ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วย ราชการและเอกชนร่วมกันฝึกอบรมอาชีพให้แก่สตรี ทั้งนี้เพื่อยกระดับฝีมือสตรีให้มีมาตรฐานยิ่ง ขึ้น และให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดท้องถิ่นด้วย ส่วนในด้านกฎหมายให้มีการแก้ไข ปรับปรุงกฎหมายต่าง ๆ ที่ขัดต่อหลักความเป็นธรรมและสิทธิเสมอภาคของสตรี พร้อมทั้งเน้น เรื่องการคุ้มครองแรงงานสตรีในอาชีพต่าง ๆ เร่งปราบปรามและเพิ่มบทลงโทษผู้ล่อลวงหญิง (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2520, หน้า 322 - 323)

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) นับเป็น แผนพัฒนาฯ ฉบับแรกที่ให้ความสำคัญกับเรื่องของสตรีโดยกำหนดให้สตรีเป็นกลุ่มเป้าหมาย พิเศษกลุ่มหนึ่งในการพัฒนาสังคม และยังได้กล่าวถึงปัญหาสตรี 4 ประการ คือ ด้านการใช้แรง งานสตรีในภาคเกษตรกรรม ยังมีการศึกษาน้อย ต้องรับภาระทั้งในบ้านและนอกบ้าน แต่มักจะไม่ ได้รับผลตอบแทนในลักษณะของตัวเงิน สตรีในภาคอุตสาหกรรมยังมีรายได้ ความก้าวหน้าและ สวัสดิการ ไม่เท่าเทียมชาย ด้านการศึกษา สตรีรู้หนังสือน้อยกว่าชาย ด้านสาธารณสุข มีปัญหา ความเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ไม่สมบูรณ์ มีบุตรมาก และยังคงรับภาระด้านการวางแผนครอบครัว ส่วนในด้านสังคมและการเมือง สตรียังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร ปัญหาทั้งหมดนี้ทำให้สตรียังมี บทบาทในสังคมไม่เต็มที่ เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น ปัญหาค่านิยมในสังคม เจตคติของสังคมและบางครั้งสตรีเองก็มีส่วนในการละโอกาสในการศึกษา และฝึกอาชีพ ทำให้ สตรีมีโอกาสเลือกงานหรือประกอบอาชีพในลักษณะจำกัด การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยยังไม่ทั่วถึงและเพียงพอ การขาดองค์การการดำเนินงานด้านสตรี

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ได้กำหนดแนวนโยบายเกี่ยวกับ สตรีไว้ 7 ประการ คือ

1. รัฐจะเร่งรัดปรับปรุงคุณภาพและทักษะในการทำงาน รวมทั้งการขยายโอกาสและ ทางเลือกในการประกอบอาชีพของสตรี เพื่อให้สตรีได้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่สูงขึ้น เพื่อให้ สตรีได้มีโอกาสในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น
2. รัฐจะเร่งรัดในการขยายการศึกษาภาคบังคับให้ทั่วถึงและเสมอภาค และจะขยายการ ศึกษาในระบบโรงเรียน โดยเน้นทั้งขั้นพื้นฐานและวิชาชีพที่เหมาะสมต่อสภาพสังคมและท้องถิ่น
3. รัฐจะเร่งรัดการให้ความรู้ด้านโภชนาการและสุขศึกษาแก่สตรีอย่างทั่วถึง
4. รัฐจะขยายการบริการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่สตรีอย่างพอเพียงและทั่วถึง

5. รัฐจะส่งเสริม และสนับสนุนให้สตรีมีบทบาทที่ถูกต้องในการเผยแพร่กิจกรรมในด้านศิลปวัฒนธรรมและศาสนา

6. รัฐจะแนะนำ ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น

7. รัฐจะจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสตรีแห่งชาติให้เป็นองค์กรทำหน้าที่ประสานงาน ส่งเสริม สนับสนุน ติดตามประเมินผลและดำเนินการเกี่ยวกับสตรี และจะสนับสนุนส่งเสริมให้มีองค์การที่สนับสนุนเกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมและบทบาทของสตรีในระดับตั้งแต่ท้องถิ่นขึ้นไป และให้มีหน่วยราชการระดับชาติ ประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งของรัฐบาลและเอกชน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2525, หน้า 307 - 312)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) แผนพัฒนาฯ ฉบับนี้มีลักษณะเป็นกรอบกว้าง ๆ ให้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานพัฒนาประเทศ มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมโดยตรง คือ แผนพัฒนาคน สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ การพัฒนาคุณภาพคนและแรงงาน การสร้างความสงบสุขในสังคม และการปรับปรุงกลไกการพัฒนาสังคม โดยระบุว่าการพัฒนาคุณภาพของคนจะต้องสอดคล้องกับปัญหาของคนในกลุ่มอายุต่าง ๆ ทุกกลุ่ม มิได้กล่าวถึงปัญหาประชากรกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดเป็นพิเศษ รวมทั้งสตรี และมีได้มีแนวทางพัฒนาเฉพาะกลุ่มดังเช่นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ผ่านมา สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับสตรีมีเพียงในด้านการพัฒนาคนและแรงงานให้มีการแก้ไขปัญหาการใช้แรงงานให้มีการแก้ไขปัญหาการใช้แรงงานเด็กและสตรี และในด้านการปรับปรุงกลไกการพัฒนาสังคม จะสนับสนุนให้องค์กร ชุมชน และประชาชนให้บริการสังคม และร่วมกันแก้ไขปัญหาสังคม และให้มีการสนับสนุนบทบาทของสตรีในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และระดับชาติ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2530, หน้า 81 - 82, 97, 103 - 105)

เนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 นี้ได้เน้นกำหนดแนวทางพัฒนาสตรีไว้ คณะกรรมการพัฒนาสตรีแห่งชาติที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2529 จึงได้จัดทำมีแผนพัฒนาสตรี เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลา 5 ปี ของแผน โดยได้กำหนดนโยบายและกลวิธีในการพัฒนาสตรีที่สำคัญไว้ดังนี้

1. พัฒนาคุณภาพชีวิตสตรี เน้นในชุมชนแออัด ในเมืองและพื้นที่ล้าหลังในชนบท
2. แก้ไขกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาสตรี
3. ส่งเสริมความเสมอภาคและความมั่นคงในสังคม โดยเสริมสร้างความมั่นคงในครอบครัวและพัฒนาสวัสดิการสำหรับสตรีสูงอายุ

4. สนับสนุนให้สตรีมีบทบาททางสังคม การเมือง การปกครอง และสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรสตรีระดับต่าง ๆ
5. เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาสตรี
6. ปรับปรุงกลไกการพัฒนาสตรีภาครัฐให้มีเอกภาพในการบริหารและเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้กล่าวถึงสตรีไว้ในแนวทางการพัฒนาของประเทศในส่วนที่เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ข้อ 7 “สนับสนุนบทบาทของสตรีในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยการให้โอกาสสตรีได้พัฒนาตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขจัดการเลือกปฏิบัติทางเพศโดยการปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบให้เหมาะสมและมีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง รวมทั้งพัฒนาค่านิยมของสังคมให้ยอมรับคุณค่าของสตรี และการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย จัดให้มีสวัสดิการที่จะเอื้ออำนวยและช่วยเหลือแก่สตรีคือยอโอกาส ตลอดจนส่งเสริมให้สตรีมีจิตสำนึก มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม” (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535, หน้า 21) และได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาเด็ก เยาวชน และสตรีไว้ดังนี้ คือ ด้านประชากร การศึกษาและการฝึกอบรม การยกระดับรายได้ และสวัสดิการแรงงาน การพัฒนาจิตใจ วัฒนธรรมและสังคม โดยมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้คือ

1. ด้านประชากร ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้เหลือร้อยละ 1.2 ในปีสุดท้ายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 โดยขยายการวางแผนครอบครัวให้ทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย และรักษาระดับการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ซึ่งมีการคุมกำเนิดสูงแล้วไว้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการณรงค์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและประชากรกับการพัฒนา

2. การศึกษาและการฝึกอบรม จัดให้มีการเร่งรัดการจัดการศึกษาภาคบังคับ (6 ปี) ให้ครอบคลุมประชากรในกลุ่มอายุ โดยเฉพาะเด็กในชนบทห่างไกล เด็กที่เคลื่อนย้ายตามผู้ปกครองไปทำงานยังที่ต่าง ๆ รวมทั้งเยาวชนและสตรีที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจอย่างไม่เป็นธรรม

3. การยกระดับรายได้และสวัสดิการแรงงาน เช่น ส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มผู้ทำงานที่คือยอโอกาสทางเศรษฐกิจ ได้แก่ กลุ่มแรงงานภาคเกษตรในชนบท กลุ่มแรงงานยากจนในเมือง แรงงานหญิงและเด็กให้มีความมั่นคงในการทำงานได้รับรายได้ และค่าจ้างที่เป็นธรรม มีสภาพการทำงานที่เหมาะสม มีความปลอดภัยและได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึง โดยดำเนินการสนับสนุนให้แรงงานหญิงและแรงงานเด็กที่ถูกกฎหมายอนุญาตให้ทำงานได้มีโอกาสพัฒนาตนเองในรูปแบบ

ต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ตามกฎหมายแรงงาน ทักษะฝีมือเพื่อการประกอบอาชีพ และพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งการปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน โดยขยายขอบเขตให้ครอบคลุมแรงงานรับจ้างภาคเกษตร ในเรื่องสภาพการทำงาน สวัสดิการ ความปลอดภัย และการจ่ายค่าจ้างที่เป็นธรรม รวมทั้งการขยายอายุเด็กที่อนุญาตให้ทำงานได้จาก 13 ปี เป็น 15 ปี ตามมาตรฐานสากล และเพิ่มสิทธิแก่แรงงานหญิงในการลาคลอดและอภิบาลบุตร

4. การพัฒนาจิตใจและวัฒนธรรม เช่น สนับสนุนบทบาทของเด็ก เยาวชน สตรี และประชาชนในการดำเนินการทางศิลปวัฒนธรรมและเร่งรัดจัดสำนึกว่า วัฒนธรรมเป็นเรื่องของทุกคนซึ่งจะต้องมีหน้าที่ร่วมกันในการอนุรักษ์และพัฒนา

5. การส่งเสริมความมั่นคงของสถาบันครอบครัว เช่น สนับสนุนให้ชุมชนและองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสงเคราะห์ช่วยเหลือหัวหน้าครัวเรือนไร้คู่ และสมาชิกในครอบครัวที่ประสบปัญหา

6. การจัดระบบสวัสดิการสังคมและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น ปรับปรุงบทพจนกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวกับการให้มีการช่วยเหลือและสงเคราะห์ประชาชนผู้ด้อยโอกาสให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และส่งเสริมการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน และสตรี โดยขยายการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเมืองและชนบท รวมทั้งฝึกอบรมวิธีเลี้ยงดูเด็กเล็ก แม่บ้าน พ่อบ้าน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กเล็ก ให้การสนับสนุนสถาบันครอบครัวหน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน สถาบันศาสนา ตลอดจนสื่อมวลชนเข้ามามีบทบาทในการป้องกันแก้ไขปัญหา และพัฒนาเด็กเล็กและเยาวชนในภาวะยากลำบาก ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมทั้งป้องกันและแก้ไขปัญหางานเด็กและโสเภณีเด็กชายและเด็กหญิงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วย ฝึกอบรมอาชีพและเพิ่มทุนทักษะในการประกอบอาชีพแก่สตรีให้เป็นไปอย่างกว้างขวางทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมีรูปแบบของการจัดการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) การจัดทำแผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้ เป็นช่วงเวลาที่ต้องคัดสรรสหประชาชาติได้ประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องสตรี ครั้งที่ 4 ณ กรุงปักกิ่ง ประกอบกับแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้เน้นคนเป็นศูนย์กลางหรือเป็นจุดหมายหลักของการพัฒนา เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนตลอดชีวิต มุ่งการพัฒนาคนอย่างเต็มที่ตามศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้เป็นทั้งคนดี คนเก่ง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ และให้ทุกคนมีสิทธิและมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถรวมทั้งมีส่วนร่วมเข้าร่วมการพัฒนาประเทศทุกชั้นตอน

ดังนั้น แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 จึงได้จัดทำขึ้นโดยคำนึงถึงพันธะผูกพันในการปฏิบัติตามผลการประชุมโลกและสอดคล้องกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และแผนงานสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554) ด้วย ทิศทางการพัฒนาสตรีจึงมีจุดเน้นดังนี้ (สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2540 หน้า 23)

1. เน้นการพัฒนาสตรีให้สตรีทุกคนได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ตามศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อเป็นทั้งคนดี มีศักยภาพ มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ และให้สตรีทุกคนมีสิทธิและมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศทุกขั้นตอนอย่างแท้จริง รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2. เน้นพัฒนาสภาพแวดล้อมรอบตัวสตรี โดยมุ่งพัฒนาทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน ตลอดจนระบบความมั่นคงทางสังคมให้เอื้อต่อการพัฒนาสตรี

แผนพัฒนาสตรี ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) (สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2545, หน้า 18 - 33) มีแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนพัฒนาสตรี ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่เน้นการพัฒนาคนและสังคม รวมทั้งยึดทิศทางและแนวทางตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพคนให้ทันการเปลี่ยนแปลงและการคุ้มครองทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม ตลอดจนหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชาวไทย ในมาตรา 30 ซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่ากัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ...จะกระทำมิได้”

นอกจากนี้ ได้ให้ความสำคัญกับทิศทางและการดำเนินงานตามนโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ปฏิญญา และแผนปฏิบัติการปักกิ่งเพื่อความก้าวหน้าของสตรี

สำหรับเป้าหมายหลักของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 นี้ได้แก่

1. ลดอัตราการไม่รู้หนังสือของสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป และเพิ่มอัตราการเข้าเรียนและส่งเสริมการศึกษาเป็นร้อยละ 100
2. ขยายการคุ้มครองแรงงานให้ครอบคลุมแรงงานสตรีนอกระบบ
3. ลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของสตรีจากโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ 10 อันดับแรกลงร้อยละ 20 เช่นการตั้งครรภ์และการคลอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ฯลฯ
4. เพิ่มการมีส่วนร่วมของสตรีในภาคการเมืองและภาคการบริหารอย่างน้อยเป็นสองเท่า

5. แก้ไขกฎหมายทุกฉบับที่ขัดต่อหลักการรัฐธรรมนูญมาตรา 30 และอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ข้อ 16

6. ออกพระราชบัญญัติขจัดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี

7. ขยายเครือข่ายสื่อสตรีให้ครอบคลุมสื่อมวลชนทุกสาขา เพื่อประสานความร่วมมือในการเสริมสร้างความเสมอภาคระหว่างหญิงและชายและขจัดอคติต่อสตรี

8. สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้แก่สตรีในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกชุมชน

9. สร้างระบบการเฝ้าระวังปัญหาและการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรงในทุกชุมชน

10. ยกฐานะสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) เป็นหน่วยงานระดับกรมหรือเทียบเท่า เพื่อให้มีสถานภาพและอำนาจหน้าที่ในการประสานงานกับหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

11. มีข้อมูลตัวชี้วัดสถานภาพสตรีตามมาตรฐานของสหประชาชาติที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และถูกต้อง

12. มีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เป็นแหล่งข้อมูลมิติหญิงชาย เพื่อให้การพัฒนาสตรีได้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพสตรี เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ลดอัตราการไม่รู้หนังสือของสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพิ่มจำนวนนักศึกษาหญิงในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีวิศวกรรมศาสตร์ นิติศาสตร์ และสตรีศึกษาขึ้นร้อยละ 50 ลดอัตราการเจ็บป่วยและชีวิตของสตรีจากโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ 10 อันดับแรกลง

2. ยุทธศาสตร์การให้สตรีมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจทุกระดับ เน้นให้สตรีเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหารทุกระดับ ให้สตรีมีบทบาทในการเสนอ/แจกแจงปัญหา และความต้องการของชุมชน จากมุมมองของสตรีในการกำหนดนโยบาย การบริหาร และการออกกฎระเบียบในทุกระดับ

3. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความเสมอภาคและการคุ้มครองทางสังคม เน้นให้สตรีได้รับการบริการคุ้มครองเกี่ยวกับสุขภาพ การศึกษา การทำงาน รายได้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสื่อเพื่อการดำเนินงานด้านสตรี เน้นให้สื่อทุกประเภทนำเสนอภาพลักษณ์ของสตรีโดยปราศจากอคติทางเพศและสะท้อนถึงศักยภาพและความสามารถของสตรี

5. ยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์กรและการบริหารจัดการเพื่อการดำเนินงานด้านสตรี เน้นให้องค์กรพัฒนาสตรีทั้งภาครัฐและเอกชนในทุกระดับประสานการดำเนินงานเชื่อมโยงเป็น

เครือข่าย ให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ทันสมัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน/โครงการ ติดตามตรวจสอบและเผยแพร่งานพัฒนาสตรีไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนพัฒนาสตรีระยะยาว

1. ลักษณะของแผน

1.1 แผนนี้ประกอบด้วยบทสรุปพร้อมเอกสารศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาพร้อมข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการหลักเพื่อสามารถให้บรรลุเป้าหมาย เอกสารเหล่านี้มีทั้งสิ้น 14 ฉบับ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมกับการพัฒนาสตรี สตรีกับครอบครัว สตรีกับสุขภาพอนามัย สตรีกับการศึกษา สตรีกับอาชีพ สตรีกับการมีส่วนร่วมในสังคม สตรีกับสิ่งแวดล้อม สตรีกับสื่อมวลชน สตรีกับศาสนา สตรีกับธุรกิจบริการทางเพศ สตรีกับกฎหมาย บทบาทของรัฐและเอกชนในการพัฒนาสตรี ทรัพยากรในการพัฒนาสตรี และตัวบ่งชี้สถานการณ์สตรีและหัวข้อการวิจัย

1.2 มีลักษณะเป็นแผนชี้นำซึ่งจะมีบทสรุปประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นลักษณะสตรีที่พึงประสงค์ วัตถุประสงค์ และนโยบายหลักในการพัฒนาสตรี ตอนที่ 2 เป็นการสรุป และตอนที่ 3 เป็นแผนงานหลัก 7 แผนงานและแผนงานย่อย 22 แผนงาน

1.3 แผนฉบับนี้จะไม่ครอบคลุมเนื้อหาด้านปรัชญาและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาสตรี รวมทั้งประวัติความเป็นมาของการพัฒนาสตรีในประเทศไทย และการประเมินการพัฒนาสตรีที่ผ่านมา เนื่องจากสาระเหล่านี้ได้นำเสนอไว้อย่างละเอียดแล้วในแผนพัฒนาสตรีระยะยาวฉบับแรก (พ.ศ. 2524 - 2544) อย่างไรก็ดี แผนฯ นี้มุ่งเน้นการมองไปที่อนาคตและเน้นการพัฒนาศักยภาพของสตรีเป็นหลัก

1.4 การดำเนินการให้ได้ผลจึงต้องนำแผนนี้ไปแปลงเป็นแผนช่วงระยะเวลา 5 ปี และนำแผนช่วง 5 ปีนี้ไปทอนเป็นแผนปฏิบัติการ ซึ่งจะรวมโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ยิ่งไปกว่านั้นก็คือ แผนปฏิบัติการนั้นจะต้องเป็นแผนประสานงานด้วย กล่าวคือมีหน่วยงานรับผิดชอบ และตัวบ่งชี้ด้วยว่ารับผิดชอบส่วนใด เพื่อให้สามารถติดตามงานและประเมินผลงานได้

2. เหตุผลที่ต้องมีการพัฒนาสตรี

2.1 สตรีมีจำนวนประมาณกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งประเทศและโดยทั่วไปตามสถิติแล้วจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าบุรุษ ซึ่งจะทำให้จำนวนสตรีที่สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วย ทรัพยากรมนุษย์ที่มีจำนวนมากนี้ น่าจะต้องได้รับการพิจารณาให้เป็นทั้งเป้าหมายในการได้รับการพัฒนาและเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาสังคมและประเทศได้

2.2 ประเทศไทยไม่สามารถจะพัฒนาให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ ถ้าขาดความร่วมมือจากสตรีในฐานะที่เป็นภรรยา มารดา กำลังแรงงาน และในฐานะประชาชน การพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตและการส่งเสริมให้สตรีมีโอกาสพัฒนาศักยภาพของคนอย่างเต็มที่ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศโดยรวม

2.3 ปัจจุบันการพัฒนาสตรีต้องเผชิญปัญหาดังต่อไปนี้

2.3.1 ความไม่เสมอภาคทางโอกาสของสตรี หมายถึง โอกาสที่จะได้รับบริการทางเศรษฐกิจ และสังคมต่าง ๆ รวมทั้งการไม่ได้รับส่วนแบ่งหรือผลประโยชน์จากการพัฒนาทรัพยากรในรูปแบบต่าง ๆ

2.3.2 สตรีขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการเป็นผู้นำ โดยเฉพาะกระบวนการการพัฒนาและการเมือง ทำให้ไม่สามารถดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังคมหลายด้านที่เกี่ยวกับสตรี

2.3.3 การมีการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทั้งทางนิตินัยและพฤตินัย

2.3.4 การขาดการคุ้มครองสถานภาพในฐานะที่เป็นบุคคลและในฐานะที่เป็นสตรี

2.3.5 ค่านิยมและเจตคติต่อสตรีในเชิงลบยังมีอยู่ทั่วไป ดังสะท้อนในรูปของการกีดกัน การเลือกปฏิบัติ การมีอคติทางเพศและการเหยียดเพศ

2.3.6 เศรษฐกิจสังคมของประเทศกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และถ้าการพัฒนาดำเนินการไปอย่างไม่ระมัดระวัง กลุ่มสตรีจะถูกกลืนและถูกทอดทิ้งไว้เบื้องหลัง ทำให้ทรัพยากรมนุษย์กลุ่มนี้ไม่สามารถมีส่วนช่วยพัฒนาประเทศไปอย่างน่าเสียดาย

2.4 สตรีและเด็กมักเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบและความยากลำบากก่อน เมื่อสังคมหรือครอบครัวอยู่ในสภาพวิกฤติ จึงควรได้รับความสนใจด้านป้องกันและแก้ไข

2.5 กระบวนการพัฒนาสตรีเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในระดับสากลโดยสหประชาชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) กระบวนการนี้ได้แพร่ขยายไปทุกมุมโลก และได้รับการขานรับจากรัฐบาลเกือบทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทยที่ได้ลงนามในอนุสัญญาการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี และเป็นกรรมการในคณะกรรมการของสหประชาชาติว่าด้วยสถานภาพของสตรี และกรรมการในคณะกรรมการวิจัยและฝึกอบรมระหว่างประเทศ เพื่อความก้าวหน้าของสตรีจึงมีส่วนร่วมในการพัฒนาสตรีอย่างเป็นขบวนการด้วยอีกทางหนึ่ง

3. วัตถุประสงค์ของการพัฒนาสตรี

3.1 เพื่อพัฒนาศักยภาพของสตรีทั้งทางด้านกาย สติปัญญา ความถนัด สังคมและจิตใจ โดยเพิ่มโอกาสในการรับบริการเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ อันจะนำไปสู่ลักษณะสตรีที่พึงประสงค์ การยกระดับคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของสังคม และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติ

3.2 เพื่อให้เกิดความเสมอภาคโดยจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ทั้งทาง
 นิติบัญญัติและพฤตินัย เฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มประกอบอาชีพและกลุ่มด้อยโอกาสเพื่อให้สตรีได้รับ
 การคุ้มครองทุกด้านในฐานะที่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์รวมทั้งในสภาพทำงานและสภาพการ
 เป็นมารดา

3.3 เพื่อส่งเสริมให้สตรีมีส่วนร่วมจริงจิ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการ
 เมือง รวมทั้งการพัฒนาสันติสุขในครอบครัว ชุมชน ประเทศและประชาคมนานาชาติ

4. กลยุทธ์พื้นฐานในการดำเนินงานพัฒนาสตรี

4.1 พัฒนาองค์กรกลางของรัฐที่รับผิดชอบเรื่องสตรีและให้มีเครือข่ายในภาครัฐเอง
 และระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการประสานงานและเครือข่ายงานภายใน
 ในระดับและระหว่างระดับต่าง ๆ จากระดับชาติจนถึงระดับหมู่บ้าน โดยให้บุรุษเข้ามามีส่วนร่วม
 ด้วย

4.2 ดำเนินการให้มีแผนงานและโครงการที่มุ่งเน้นเฉพาะสำหรับการพัฒนาสตรีให้
 มากขึ้นดำเนินการให้มีบูรณาการให้สตรีได้เป็นส่วนหนึ่งในฐานะของผู้ให้และผู้รับผลประโยชน์ใน
 ระดับแผนงานและโครงการพัฒนาของกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ตลอดจนของภาคเอกชนเพื่อ
 ให้สตรีได้พัฒนาเคียงคู่ไปกับบุรุษในทุกด้าน

4.3 ดำเนินการให้แผนพัฒนาสตรีเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม
 แห่งชาติทุกฉบับ

4.4 ส่งเสริมให้มีหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนโครงการและกิจกรรมที่ได้รับการ
 สนับสนุนจากรัฐตระหนักถึงความต้องการเฉพาะของสตรี และให้ความสำคัญต่อประโยชน์ที่สตรี
 จะพึงได้รับจากการดำเนินงาน

4.5 ดำเนินการให้มีการรวมกลุ่มเป็นพลัง เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของสตรีและ
 การพัฒนาสตรีโดยการรวมกลุ่มระหว่างสตรีและบุรุษ และการรวมกลุ่มระหว่างภาครัฐ ภาค
 เอกชนและภาคธุรกิจเอกชน

4.6 รณรงค์ให้นโยบายการพัฒนาสตรีเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายของพรรคการเมือง
 ทุกพรรค

4.7 ประสานกับองค์กรต่างประเทศและประชาคมนานาชาติ เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับ
 นโยบายและวิธีการใหม่ ๆ ในการพัฒนาสตรี เผยแพร่กิจกรรมและภาพลักษณ์ที่ดีของสตรีไทย
 และเพื่อเป็นส่วนกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสตรีไปในทางที่ดีภายในประเทศ

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 – 9 (พ.ศ. 2520 – 2549)

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 6 - 13) โดยเน้นหนักที่การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในชนบทและสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์มูลค่า 500 บาท เพื่อเป็นการเริ่มต้นของการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

ต่อมาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525–2529) กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการอบรม ผสส./อสม. ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตชนบทโดยให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ ได้แก่ การสุศึกษา การโภชนาการ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การให้การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น นอกจากนี้ได้มีการส่งเสริมให้เกิดการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ระหว่างหมู่บ้าน โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านและสนับสนุนให้เกิดการพึ่งตนเองของประชาชน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานในปีพ.ศ. 2525 โดยทดลองดำเนินการ 12 หมู่บ้านใน 9 เขตทั่วประเทศ ซึ่งรัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณ และกำลังการพัฒนาต่าง ๆ ในหมู่บ้านให้เข้มแข็งมากขึ้น เรียกหมู่บ้านนี้ว่า “หมู่บ้านพึ่งตนเอง” และได้ขยายพื้นที่การดำเนินการทุกจังหวัด ๆ ละ 1 หมู่บ้าน ในปีพ.ศ. 2527

ในปีพ.ศ. 2526 ได้มีการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพทดลองใน 7 จังหวัด 8 ตำบล 1 หมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนทุกระดับมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจะมีการคัดกรองผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและส่งต่อไปยังสถานบริการของรัฐแต่ละระดับ นอกจากนี้รายได้ส่วนหนึ่งจากการขยายพื้นที่ดำเนินงานจนครบทุกตำบลในปีพ.ศ. 2530

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) ได้ดำเนินการพัฒนาทางคุณภาพ ส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีระหว่างชุมชน มีการตั้งงบประมาณสนับสนุนการอบรมอาสาสมัครทั้งหมดไว้ที่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

มูลนิธิฯ ได้ทำการประเมินผล ทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ของความก้าวหน้าสู่จุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อจะได้เป็นกลไกสำคัญในการกระจายความรู้ และเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชน ตลอดจนนำพาทุกครอบครัวในชุมชนร่วมกันพัฒนาเพื่อให้ชุมชนบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงได้ดำเนินการยกระดับให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเคียวกือ อาสาสมัครสาธารณสุข

นอกจากนั้นยังส่งเสริมสนับสนุนให้หมู่บ้านหรือชุมชนจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อต้องการให้ ศสมช. เป็นศูนย์กลางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และเป็นจุดรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานและให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนเป็นจุดในการประสานงานเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ให้มีการมอบอำนาจความรับผิดชอบและสิทธิแก่ประชาชนและชุมชน ในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขของตน พัฒนาระบบเครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันและกัน ให้มีการดำเนินแผนงาน/โครงการต่อจากแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เช่น การสร้างและสนับสนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข โครงการคุณภาพชีวิตงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยสิ่งแวดล้อม จัดหายาที่จำเป็นสำหรับชุมชน ฯลฯ

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีแนวคิดหลักคือ พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ โดยการระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (all for health) ทำให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่าง ๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาพะ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีบทบาทร่วมในการพัฒนาสุขภาพ ให้ทุกคนมีสิทธิเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมชนอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพโดยเน้นพื้นที่เป็นหลักและให้จังหวัดสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2535, หน้า 34 - 36)

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

สหประชาชาติ (United Nation, 1975, pp. 4) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการกระทำ ที่เกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่

1. ในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับ จุดประสงค์ทางสังคม และการจัดสรรทรัพยากร

2. ในการกระทำโดยสมัครใจต่อกิจกรรมและโครงการ

ไวท์ (White, 1982, pp. 18) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่าประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติที่หนึ่งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอะไรควรทำและทำอย่างไร มิติที่สองมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาการ ลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ และมิติที่สาม มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน

ลิก(Lisk, 1985, pp. 15 - 16) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่า เป็นการเข้าร่วมอย่างแข็งขันของประชาชนในการดำเนินการตัดสินใจในทุกระดับ และทุกรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง และโดยเฉพาะในบริบทของกระบวนการวางแผนที่มีการกำหนดรูปแบบ แนวคิดการมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับการเข้าร่วมของมวลชนอย่างกว้างขวางในการเลือก การบริหาร และการประเมินผลของแผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่จะนำมาซึ่งการยกระดับความเป็นอยู่ให้สูงขึ้น

เสถียร เหลืองอร่าม (2526, หน้า 139) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วม คือ การที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มด้วยจิตใจ มีส่วนในการสนับสนุน ริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มและรับผิดชอบในกิจกรรมของกลุ่มตามคำนิยามนี้ การเข้ามีส่วนร่วมประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ ดังนี้

1. การเข้ามีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าเกี่ยวข้องกับด้วยจิตใจ จึงเป็นเรื่องทางจิตวิทยายิ่งกว่ากายภาพ

2. การเข้ามีส่วนร่วมกระตุ้นผู้ปฏิบัติให้มีส่วนออกกำลังปัญญา และกำลังความคิดในการสร้างสรรค์เพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์การหรือสถาบัน โดยนัยนี้การเข้ามีส่วนร่วมจึงแตกต่างจากการให้ความยินยอม การให้ความยินยอมนั้นเพียงแค่ใช้แนวคิดของผู้บริหาร เพื่อขอความเห็นชอบของกลุ่ม ผู้ให้ความยินยอมมิได้มีส่วนให้แนวความคิดเพียงแค่ให้ความเห็นชอบเท่านั้น

3. การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนรับผิดชอบในกิจกรรมขององค์กรหรือสถาบัน โดยที่ฝ่ายปฏิบัติงานมีส่วนริเริ่ม และสร้างสรรค์จึงมีความต้องการได้เห็นว่าการดำเนินงานตามแนวความคิดของคนนั้นบรรลุความสำเร็จ โดยนัยฝ่ายปฏิบัติงานจึงมีส่วนรับผิดชอบในกิจกรรมขององค์กรอยู่ในตัว เมื่อผู้ปฏิบัติงานเริ่มมีส่วนรับผิดชอบยิ่งสนใจต้องทำงานโดยร่วมมือกันเป็นกลุ่มก้อนจะทำคนเดียวไม่ได้

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527, หน้า 6) ได้เสนอความหมายหลักสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำสนับสนุน และองค์การอาสาสมัครระบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกันในกิจกรรมต่อไปนี้ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และนโยบายที่กำหนดไว้ ได้แก่

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
 2. ร่วมคิด และสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไข และลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชนขจัดและแก้ไขปัญหา
 3. ร่วมวางแผนนโยบาย หรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อขจัดและแก้ไข ปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
 4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม
 5. ร่วมจัด หรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
 6. เพื่อร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงานที่วางไว้
 7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
 8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และซ่อมบำรุงรักษาโครงการ
- นอกจากนี้ ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้สรุปหลักการและแนวการพัฒนาให้ประชาชนมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า

1. ต้องยึดหลักความต้องการ และปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม
2. กิจกรรมต้องดำเนินการในรูปกลุ่ม เพื่อสร้างพลังกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน
3. ให้คำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชน และปลูกฝังให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ
4. กิจกรรมที่ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ทรัพยากร วัฒนธรรมของชุมชน
5. การเริ่มต้นควรอาศัยผู้นำชุมชนที่ชาวบ้านเคารพนับถือ

6. ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534, หน้า 1) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า คือสิทธิของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการพัฒนา และร่วมรับผิดชอบในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่นที่ตนอยู่อาศัย

สุริยา วีรวงศ์ (2536, หน้า 41) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่ามีความหลากหลายและหลายมิติในแต่ละมุมมอง กล่าวคือ

มุมมองของนักรัฐศาสตร์ การมีส่วนร่วม คือการที่ประชาชนได้ไปใช้สิทธิในการเลือกตั้ง หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการเมือง นั่นคือการมีจิตสำนึกทางการเมืองที่ประชาชนมีอยู่ และได้รับการกระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในระดับหนึ่ง

มุมมองของนักพัฒนา องค์กรพัฒนาเอกชน การมีส่วนร่วม คือการที่ประชาชนในท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาดังแต่จุดเริ่มต้น กล่าวคือตั้งแต่การวางแผนความคิดไปจนถึงที่สุด เป็นการเน้นถึงการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม

สุพจน์ พิสุทธิวงศ์ (2539, หน้า 16) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องที่บุคคลและกลุ่มคนเห็นพ้องต้องกันในเรื่องความต้องการ และการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อตนเอง และส่วนรวม ซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดวิถีชีวิตของคนอย่างเป็นตัวของตัวเอง

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527 อ้างถึงใน ชินรัตน์ สมสืบ, 2539, หน้า 21) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่ม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ โดยกระทำการดังกล่าวในห้วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่ทรงประสิทธิภาพ คือถูกจังหวะและเหมาะสมกับทั้งการทำงานดังกล่าว ด้วยความรู้สึกผูกพันให้ประจักษ์ว่าเชื่อถือได้ แสดงว่าการมีส่วนร่วมเป็นผลของความร่วมมือร่วมใจ การประสานงานและความรับผิดชอบ

อภิชัย พันธเสน และคณัย ศรีโมรา (2536, หน้า 164) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การสร้างความรู้สึกร่วม และอาจหมายถึงการลดช่องว่างของการสื่อสารระหว่างรัฐกับประชาชน หรืออาจหมายถึงการให้ความสำคัญในการเข้าถึง หรือกลไกการได้รับปัจจัยใหม่เพิ่มจากการเมืองและ โครงสร้างทางเศรษฐกิจท้องถิ่นที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง หรือก่อให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นบ้างในการสนอง ตอบความต้องการพื้นฐานหรือสิ่งที่ประชาชนรู้สึกต้องการ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ศึกษาได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคล หรือกลุ่มคนในชุมชน สังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่จุดเริ่มต้นของงาน/แผนงาน/กิจกรรมด้วยความสมัครใจ โดยร่วมแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ จนกระทั่งสิ้นสุด เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือสังคมของตนเอง

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมถือได้ว่าเป็นกลวิธีที่ดีที่สุดในการกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับท้องถิ่นหรือชุมชนระดับชาติ และในระดับนานาชาติที่ได้มีการปฏิบัติกันมาหลายทศวรรษแล้ว กระแสแนวความคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นได้เกิดมาจากความล้มเหลวในการดำเนินการพัฒนาในอดีตที่เน้นให้ความสำคัญต่อบทบาทของคนภายนอกชุมชน ในเวลาเดียวกันก็ละเลยศักยภาพ ความสามารถของคนในชุมชน ซึ่งไม่ได้ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในชุมชนเลย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันอีกด้วย จึงได้มีการทบทวนถึงการพัฒนาที่ผ่านมาว่า ประชาชนหรือองค์กรท้องถิ่นน่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และแสวงหาทางออกด้วยตัวของตนเอง มีการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการประเมินผลด้วยตนเองว่าเป็นอย่างไร อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527, หน้า 183 - 186) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขในการมีส่วนร่วมของชุมชนว่ามีอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

ถวิล ธารโกชน (2534, หน้า 103) ได้กล่าวว่าสาเหตุการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อร่วมมือกัน โดยเฉพาะกลุ่มขนาดเล็กและขนาดกลางมีอยู่ 4 ประการ คือ

1. มีความพึงพอใจในกิจกรรมนั้น
2. มีความรู้สึกที่มั่นคงและปลอดภัย
3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสถานภาพของตนเอง
4. เพื่อวัตถุประสงค์ทางธุรกิจ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

1. ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (the theory of social action)

รีคเดอร์ (Reeder, 1974, pp. 39 - 53) ได้กล่าวว่าการกระทำทางสังคมมิได้จำกัดอยู่เพียงปัจเจกปัจเจกหนึ่ง แต่จะประกอบด้วยปัจเจกหลายกลุ่ม และได้อธิบายถึงเหตุผลในการกระทำสิ่งใด ๆ ของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เราริเรียกกันว่า ความเชื่อหรือความไม่เชื่อ (believe or unbelieve) และยังได้กล่าวว่าการกระทำของมนุษย์ในเรื่องใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. เป้าหมาย (goal)
2. ความเชื่อที่สืบทอดกันมา (believe oriented)
3. ค่านิยม (values)
4. นิสัย และขนบธรรมเนียม ประเพณี (habit and custom)
5. ความคาดหวัง หรือความคาดหวัง (expectation)
6. ความผูกพัน (commitments)
7. แรงเสริมหรือแรงผลักดัน (reinforcement)
8. โอกาส (opportunity)
9. ความสามารถ (ability)
10. การสนับสนุน (supporting)

นอกจากนี้ยังได้อธิบายถึงปัจจัย หรือสาเหตุที่มีผลต่อการกระทำทางสังคมไว้ว่า

1. ในสถานการณ์ของการกระทำทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะมีเหตุผลของตัวเองในการกระทำนั้น ๆ ในสถานการณ์นั้น
 2. บุคคลหรือองค์กรจะตัดสินใจและกระทำบนพื้นฐานของการตัดสินใจของกลุ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่มีอยู่
 3. จะมีเหตุผลบางประการที่จะสนับสนุนหรือต่อต้านการตัดสินใจก็ได้
 4. ในการตัดสินใจนั้นผู้ตัดสินใจจะให้น้ำหนักที่ต่างกันในการเลือกหาเหตุผลหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
 5. เหตุผลในการตัดสินใจนั้นมิใช่มาจากเหตุผลเดียว
 6. กลุ่มของเหตุผลหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลนั้นย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์
 7. กลุ่มของเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น ๆ จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทุกครั้ง
 8. ในกรณีพิเศษก็อาจจะมีทางเลือกได้หลายทาง
 9. ผู้ตัดสินใจอาจเลือกทางใดทางหนึ่งได้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม
 10. เหตุผลที่จะต้องตัดสินใจสามารถมองได้จากการเลือกทางที่ถูกต้อง
- เวเบอร์ (Weber, n.d. อ้างถึงใน อุดม แต้มนิพนธ์, 2537, หน้า 21 – 22) กล่าวว่า การกระทำทางสังคมมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การกระทำที่มีเหตุผล (rational) เป็นการกระทำที่ใช้วิธีการอันเหมาะสมในอันที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ที่เลือกไว้อย่างมีเหตุผล โดยมุ่งไปทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม

2. การกระทำที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม (value) เป็นการกระทำที่ใช้วิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ทำให้ค่านิยมสูงสุดในชีวิต และมีความสมบูรณ์พร้อม การกระทำเช่นนี้มุ่งไปในด้านจริยธรรม และศีลธรรมอย่างอื่น เพื่อการดำรงไว้ซึ่งความเป็นระเบียบในชีวิตทางสังคม

3. การกระทำตามประเพณี (tradition) เป็นการกระทำที่ไม่เปลี่ยนแปลง โดยยึดแบบอย่างที่ทำกันมาในอดีตเป็นหลัก

4. การกระทำที่แฝงด้วยความเสนาหา (affective) การกระทำที่คำนึงถึงอารมณ์และความผูกพันทางจิตใจ ระหว่างผู้กระทำกับวัตถุที่เป็นจุดมุ่งหมายของการกระทำ การกระทำเช่นนี้ไม่คำนึงถึงเหตุผลอื่นใดนอกจากเรื่องส่วนตัว

จากทฤษฎีที่กล่าวมานี้ พอสรุปได้ว่า การที่มนุษย์เข้ามามีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้ ความเชื่อของบุคคล วัฒนธรรม ประเพณี ขนบธรรมเนียม วิถีชีวิต และค่านิยม ซึ่งเป็นสิ่งนำไปสู่การสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนโดยคนในชุมชนเอง

2. ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (structural and functional theory)

พาร์สัน (Parsons, n.d. อ้างถึงใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2534, หน้า 63 - 65) กล่าวว่า ระบบการกระทำทุกระบบไม่ว่าจะเป็นระบบวัฒนธรรม สังคม บุคลิกภาพ และอินทรีย์ภาพ จะต้องแก้ไขปัญหา 4 ประการ ซึ่งมีความจำเป็นเพื่อที่จะให้ระบบอยู่รอด มีดังนี้คือ

1. การปรับตัว
2. การบูรณาการรวมหน่วย
3. การดำเนินตามวัตถุประสงค์
4. ความพึงเครียด

นอกจากนี้ยังได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบของกระบวนการเฉพาะ มีอยู่ 4 แบบคือ

1. สมดุลยภาพ (equilibrium) เกี่ยวข้องกับกระบวนการภายในระบบ คือพยายามที่จะรักษาขอบเขตของระบบให้เป็นดุลยภาพ อาจจะคงที่หรือเคลื่อนไหวก็ได้สุดท้ายจะต้องปรับตัวให้สู่ดุลยภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานของระบบซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามค่านิยมต่าง ๆ ภายในสังคม และระหว่างสังคมย่อยต่าง ๆ อีกด้วย

3. ความแตกต่างทางโครงสร้างเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในระบบย่อยแต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงในระบบใหญ่ทั้งหมด

4. วิวัฒนาการ เป็นกระบวนการที่บรรยายการพัฒนาแบบแผนของสังคมที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน อธิบายในเรื่องของความแตกต่าง ซึ่งเกิดขึ้นมาจากปัญหาการบูรณาการรวมหน่วยเริ่มตั้งแต่ระดับสังคมที่ง่ายไปสู่ระดับสังคมที่ซับซ้อน

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2534, หน้า 63) กล่าวว่าทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่มีสมมุติฐานที่สำคัญคือ สังคมต้องมีความมั่นคง ไม่ค่อยสนใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลง เพราะเชื่อว่าถ้าส่วนประกอบส่วนหนึ่งส่วนใดของสังคมเปลี่ยนแปลงไป ส่วนประกอบอื่น ๆ ก็จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปด้วย เพื่อที่จะให้สังคมส่วนรวมมีความมั่นคง

ลักษณะธรรมชาติของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ได้มีข้อสมมุติที่สำคัญดังนี้

1. ทุกสังคมประกอบขึ้นด้วยบูรณาการรวมหน่วย (integration) ของหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนประกอบหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ทางสังคม
 2. ทุกองค์ประกอบทางสังคมแต่ละส่วนจะทำหน้าที่หรือทำประโยชน์ซึ่งกันและกันเพื่อความสมบูรณ์และความอยู่รอดทางสังคม
 3. ทุกสังคมมีแนวโน้มที่รักษาความสมดุลภาพ
 4. ทุกสังคมจะมีความมั่นคงเนื่องจากสมาชิกภายในสังคมมีความสอดคล้องและความเข้าใจในเรื่องของสถานภาพ บทบาท ค่านิยมซึ่งกันและกัน
3. ทฤษฎีการมีส่วนร่วมทางสังคม

เฮย์ (Hay, 1951, pp. 127) ได้กล่าวว่า ในการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ และที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง และในทำนองเดียวกันเกษตรกรผู้ทำไร่ไถนาเต็มเวลาจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมากกว่าเกษตรกรผู้ทำไร่ไถนาไม่เต็มเวลา

จากทฤษฎีนี้พอสรุปได้ว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคมมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก ต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน คือถ้าประชาชนมีความเป็นอยู่ดีก็จะเข้ามามีส่วนร่วมได้เต็มที่ แต่ถ้าประชาชนยังมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ดีพอระดับของการเข้ามามีส่วนร่วมก็จะน้อยลงตามไปด้วย

รูปแบบและขั้นตอนการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมต่าง ๆ นั้น อาจมีส่วนร่วมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งก็ได้ นักวิชาการได้แบ่งรูปแบบ และขั้นตอนต่าง ๆ ของกิจกรรมไว้แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ

ในรูปแบบของการมีส่วนร่วม แครี่ (Cary, 1976, pp. 144) ได้แบ่งไว้เป็น 5 รูปแบบ ดังนี้

1. เป็นสมาชิก (membership)
2. เป็นสมาชิกผู้เข้าประชุม (attendance at meetings)
3. เป็นสมาชิกผู้บริจาค (financial contribution)
4. เป็นกรรมการ (membership on committees)
5. เป็นผู้นำ หรือประธาน (position of leadership)

นอกจากนี้แครี่ยังได้แบ่งแบบของผู้มีส่วนร่วม (type of participants) ออกเป็น 3 แบบ คือ

1. ผู้กระทำ (actor)
2. ผู้รับผลการกระทำ (recipient)
3. สาธารณชนทั่วไป (public)

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980, pp. 213 - 218) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision-making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่
 - 1.1 การตัดสินใจตั้งแต่ในระยะเริ่ม
 - 1.2 การตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม
 - 1.3 การตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปแบบของการเข้าร่วมโดยการให้มีการสนับสนุนด้านทรัพยากร การเข้าร่วมบริหาร การร่วมมือ ทั้งการเข้าร่วมแรงร่วมใจ

3. การมีส่วนร่วมในประโยชน์ (benefits) ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางด้านสังคม หรือประโยชน์ส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุม และตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

กรรณิการ์ ชมดี (2524, หน้า 13) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมประชุม (attendance at meetings)
2. การมีส่วนร่วมออกเงิน (financial contribution)
3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (membership on committee)

4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (position of leadership)
5. การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (interviewer)
6. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (solicitor)
7. การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (customers)
8. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (entrepreneur)
9. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงานหรือเป็นลูกจ้าง (employee)
10. การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (material contribution)

นอ่าน วุฒิกรรมรักษา (2526, หน้า 16) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมเป็น 5 แบบ

คือ

1. ร่วมประชุม
2. ร่วมแสดงความคิดเห็น
3. ร่วมตัดสินใจ
4. ร่วมออกแรงและวัสดุอุปกรณ์
5. ร่วมเป็นกรรมการ

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534, หน้า 30) ได้สรุปไว้ว่าการมีส่วนร่วมจะมีรูปแบบลักษณะอย่างไร ขึ้นอยู่กับการมอง หรือการพิจารณาบทบาทของการมีส่วนร่วมว่าอยู่ในฐานะอะไร โดยแบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น

1. การมีส่วนร่วมในกระบวนการ
2. การมีส่วนร่วมในโครงการ
3. การมีส่วนร่วมในเทคนิควิธีการ
4. การมีส่วนร่วมในกรรมวิธีต่าง ๆ

จากการศึกษารูปแบบและขั้นตอนที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่า มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน แต่จะมีความแตกต่างในรายละเอียดปลีกย่อยเล็กน้อย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้สรุปรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้
3. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

ระบบสุขภาพภาคประชาชน

การมี “สุขภาพดี” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม หรือความเชื่อถือทางการเมือง ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองให้มี “สุขภาพดี” อันหมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีไข้เพียงปราศจากโรค หรือไม่มีความพิการเท่านั้น แต่หมายถึงการมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างดีด้วย

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ. 2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ “health for all” เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และจากผลการประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมา อตา(Alma Ata) ประเทศรัสเซีย ได้มีข้อตกลงระบุให้ “การสาธารณสุขมูลฐาน” หรือ “primary health care” เป็นกลวิธีหลักที่จะช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2535, หน้า 3) เนื่องจากพบว่า ประมาณ 3 ใน 4 ของพลโลก ยังไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม และในประเทศที่กำลังพัฒนายังมีคนตายด้วยโรคติดต่อ ซึ่งบางโรคสามารถป้องกันได้ อัตราการตายของทารกยังอยู่ในระดับสูง และยังมีประชาชนอีกจำนวนล้านที่ต้องมีชีวิตอยู่อย่างแร้นแค้นหรือทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการขาดสารอาหารและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2527, หน้า 1)

สำหรับประเทศไทยได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นที่ระดับครอบครัวหรือระดับหมู่บ้าน บุคลากรที่ใช้บริการหรือช่วยเหลือประชาชน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นมา หรือผู้นำที่มีอยู่ในชุมชน ในหมู่บ้านมาอบรมพัฒนาให้มีความสามารถช่วยเหลือชาวบ้าน โดยรัฐให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาศึกษาฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และให้มีการพัฒนาสาธารณสุขไปพร้อมกับการพัฒนาชุมชนในด้านอื่น ๆ ตลอดจนทำหน้าที่ประสานและดำเนินงานให้กรม กองต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงที่ผ่านมาพบว่ามีจุดอ่อนในการดำเนินงานอยู่ ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำภายในประเทศส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งผลให้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 นำเอาปรัชญาเศรษฐกิจแบบ

พอเพียง ตามแนวพระราชดำรัสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานแก่ประชาชนมาเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการเชื่อมโยงเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ คือ เน้นการพึ่งพาตนเอง ให้มีความพอเพียงทางสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ

ระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงหมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546, หน้า 22)

โดยองค์ประกอบของการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

“คน” เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใด ๆ ก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่างหลายกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกันเพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อย ๆ

“องค์ความรู้” ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ วิธีการเทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

“ทุน” เพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัวเงิน และทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงินการคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพื่อจัดการบริการให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มเวลาที่ทำงานและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร แล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบหลัก 3 ประการแล้ว หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุล เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย องค์ความรู้หรือวิธีการทำงาน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน

ด้วยแนวคิดพื้นฐานว่าระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นการจัดการสุขภาพของประชาชน โดย ดังนั้นในการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงมีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การปรับแนวคิดและบทบาท ระบบสุขภาพภาคประชาชน จะเกิดขึ้นและมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนในทุกภาคทุกส่วน จะต้องปรับแนวคิดและบทบาทในการดำเนินงาน ให้ภาคประชาชนได้กระทำด้วยตัวเองอย่างแท้จริง โดยเฉพาะกระบวนการวางแผน การคิด การตัดสินใจ รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผล และตรวจสอบ ทั้งนี้และเจ้าหน้าที่และกลุ่มแกนนำจะต้องสร้างเวที เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตั้งประเด็นคำถาม หรือตั้งข้อสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ พูดคุยกันบ่อย ๆ เพื่อจะได้ปรับแนวคิดและบทบาทของตนเอง

ในส่วนของเจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องปรับแนวคิดและบทบาทจากปฏิบัติ ผู้สั่งการ หรือคิดตัดสินใจแทนประชาชน ควบคุม ตรวจสอบและประเมินผล เพื่อสนองงานหรือความต้องการของหน่วยงาน มาเป็นผู้สนับสนุนและสร้างกลไก ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นหุ้นส่วนในการทำงานซึ่งกันและกัน เป็นที่พึ่งเคียงข้างประชาชน ด้วยความจริงใจ มีความหนักแน่น ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน ด้วยความจริงใจ มีความหนักแน่น ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน เป็นผู้ลดความขัดแย้งในการทำงาน สร้างความร่วมมือทุกระดับ สร้างความพร้อมและความสามารถในการทำงานให้แก่ทีมงาน สร้างพลังปัญญาอย่างรู้เท่าทันให้แก่ประชาชน เป็นผู้ขยายแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้กระตุ้นให้มีการใช้ทุนทางสังคมของท้องถิ่น ทำงานเป็นเครือข่ายและเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทของตนเอง รู้ว่าอะไรคือปัญหาของชุมชน ถ่ายทอดให้ชุมชน จุดสำคัญประชาชนจะต้องวินิจฉัยปัญหาได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้แนะนำการวางแผนอย่างง่าย การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา การเตรียมวิธีแก้ปัญหาที่ง่าย โดยกระบวนการทั้งหมดประชาชนจะต้องเป็นผู้คิด ตัดสินใจทำงานด้วยตนเอง ตามวิถีของประชาชน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (กระทรวงสาธารณสุข, 2537, หน้า 1 - 6)

1. จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน

พื้นที่ชนบท: อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง: เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20–30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชนเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8–15 หลังคาเรือน

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม.

2.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

2.1.1 นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข

2.1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น

2.1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

2.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อน อสม. และเพื่อนบ้าน

2.2.1 รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ

2.2.2 รับข่าวแล้วจดบันทึกไว้ใน “สมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.”

2.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่

2.3.1 การใช้สถานบริการและการใช้ยา

2.3.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ

2.3.3 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด

2.3.4 การรักษาอนามัยของร่างกาย

2.3.5 โภชนาการและสุขาภิบาล

2.3.6 การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น

2.3.7 การวางแผนครอบครัว

2.3.8 การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ

2.3.9 การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน

2.3.10 การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต

2.3.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

2.3.12 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

2.3.13 การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย

2.3.14 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

2.3.15 การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน

2.3.16 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

2.4 ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาล

2.4.1 ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง ใช้ตัวร้อน ปวดท้อง ไข้มาลาเรีย ปวดหัว ไอ ไข้ ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ผื่นคันบนผิวหนัง ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลำไส้ เหน็บชา โลหิตจาง

2.4.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด เป็นลม กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ยาพิษ ชัก จมน้ำ งูกัด สุนัขกัด

2.4.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

2.4.4 ถ่ายขี้มดคุมกำเนิดในรายการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และถ่ายอุจจาระอนามัย

2.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

2.5.1 ด้านโภชนาการ: โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาหาร และขาดธาตุไอโอดีน

2.5.2 ด้านอนามัยแม่และเด็ก: โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด

2.5.3 ด้านสร้างภูมิคุ้มกันโรค: โดยติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

2.5.4 ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น: โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย

2.5.5 การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค: โดยการใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย และการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค

2.5.6 ด้านทันตสาธารณสุข: โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

2.5.7 ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย: โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน

2.5.8 ด้านโรคไม่ติดต่อ: โดยการวัดความดันระดับโลหิต จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการ

2.5.9 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข: โดยจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

2.5.10 การป้องกันโรคเอดส์: โดยจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน
การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

2.5.11 การควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย:
โดยตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน ตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับ
องค์กรต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

2.6 เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตามกระบวนการ
จปฐ.

2.7 คຸ້ມครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน

2.8 เป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยการ
กระตุ้นให้มีการประชุม วางแผน และร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร
กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับ
เจ้าหน้าที่ของรัฐ

3. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน

3.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ โดย อสม. 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชนทุกคน
ทุกครอบครัวภายในคุ้มหรือละแวกบ้านประมาณ 8–15 หลังคาเรือน ตามบทบาทหน้าที่
ความรับผิดชอบของ อสม. ที่กำหนดไว้ในฐานะ อสม. ประจำคุ้มหรือละแวกบ้านนั้น ๆ

3.2 หมุนเวียน: ปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
ร่วมกับอาสาสมัครคนอื่น ๆ ตามข้อตกลงของกลุ่ม

3.3 ร่วมปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้านกับกรรมการหมู่บ้าน

4. การคัดเลือกและวาระการเป็นอาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุข

4.1 คุณสมบัติ

4.1.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มให้ความยอมรับและเชื่อถือ

4.1.2 สม่ัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

4.1.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นใน
ระยะเวลา 1–2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

4.1.4 อ่านออกเขียนได้

4.1.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

4.1.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิภษุ หรือ
แพทย์ประจำตำบล

4.2 วิธีการคัดเลือก ให้ใช้วิถีทางประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

4.2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อสม. จำนวน อสม. และบทบาทหน้าที่ของ สสมช. แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการในการสรรหา อสม.

4.2.2 แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน ถ้าเดิมมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุขอยู่แล้ว ก็ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. แต่ในกรณีที่ไม่มีให้ผู้สมัครใจและคุณสมบัติตามข้อ 4.1 คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. และถ้ามีผู้สมัครใจเกินกว่าหนึ่งคน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาจัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้ม นั้น เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม.

4.3 วาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน

4.4 การฟื้นฟูสภาพ

4.4.1 ฟื้นฟูภาวะตามวาระ

4.4.2 ตาย

4.4.3 ย้ายที่อยู่

4.4.4 ลาออก

4.4.5 ประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ

5. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

5.1 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

5.1.1 เนื้อหาหลักสูตร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

5.1.1.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน(ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข สุขวิทยาส่วนบุคคล การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น เอชไอวี อุบัติเหตุ ฯลฯ

5.1.1.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม

5.1.2 ระยะเวลาการอบรม กำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) และกลุ่มความรู้เฉพาะโดยทำต่อเนื่องกันในระยะเวลา 3 วัน หลังจากนั้นควรมีการให้ความรู้ต่อเนื่องและฝึกปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอนมัย/โรงพยาบาลชุมชน ตามความเหมาะสมอย่างน้อย 12 ครั้ง

5.1.3 วิธีการฝึกอบรม การจัดอบรม อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนดำเนินการได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ แต่ทั้งนี้ต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

5.1.4 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกบัตรประกาศนียบัตรและประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

5.2 การพัฒนา อสม. ต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเสริม เพิ่มเติมหรือฟื้นฟูความรู้ ความสามารถของ อสม. ให้มีความก้าวหน้าต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการเป็น อสม. เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการแก้ปัญหา และการพัฒนางานของพื้นที่ โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ

5.2.1 ด้านความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขตามความเหมาะสมของคุณวุฒิ สภาพท้องถิ่น และสภาพปัญหาต่อเนื่องกัน โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น

การฝึกอบรมต่อเนื่อง คือ การจัดอบรมให้ความรู้ ทักษะเพิ่มเติมในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ หลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานแล้ว โดยควรเลือกวิชาที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่และปัญหาของท้องถิ่น ได้แก่ การวางแผน การบริหารจัดการโครงการ การบริหารจัดการงานสาธารณสุขในชุมชน การเป็นผู้นำ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ ความมีคุณธรรมและจริยธรรม ฯลฯ

การฝึกปฏิบัติ (learning by doing) คือ การจัดให้ อสม. ได้เรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การให้ฝึกปฏิบัติในสถานีนอนมัยหรือในโรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นผู้ช่วยในการให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการ ฝึกปฏิบัติงานใน สสมช. หรือให้จัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาในชุมชน

ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเรียนรู้ด้วยตนเอง (จากการศึกษาแบบเรียนด้วยตนเองและเอกสารความรู้ต่าง ๆ)

การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน โดยการจัดให้ อสม. ไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่นที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา เพื่อเป็นแบบอย่างและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ (เช่น สื่อทางไกล วิดีโอ เทป) การประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ (เช่น การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) การนิเทศติดตาม

5.2.2 การพัฒนาการเรียนการสอนสาขาสมาคม ถือเป็นการพัฒนาอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับด้านสาธารณสุข เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน มีผลต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน ดังนั้นการพัฒนาคนโดยเฉพาะผู้ที่เป็แกนนำให้มีความพร้อมที่จะปรับตัว รู้จักคิด ตัดสินใจได้อย่างเท่าทันสังคม เลือกที่จะนำความก้าวหน้าและเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนได้ จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น การให้การศึกษาจึงเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ นอกจากนี้การพัฒนา อสม. ยังเป็นการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแผนฯ 8 ซึ่งจากการสำรวจข้อมูล อสม. ทั่วประเทศจำนวน 653,262 คน พบว่ามีพื้นฐานการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อยู่ถึง 419,590 คน คิดเป็นร้อยละ 64.23 กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดคเป็นเป้าหมายหลักที่ต้องสนับสนุนให้เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 และได้ร่วมมือกับกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการจัดวางแนวทางความร่วมมือจัดการศึกษานอกโรงเรียนให้แก่ อสม. และจัดทำเกณฑ์การเทียบโอนผลการเรียน เพื่อให้ อสม. สามารถนำผลการเรียนที่ได้รับจากการฝึกอบรม และผลการปฏิบัติงานมาใช้เทียบโอนได้ในบางหมวดวิชาทำให้สามารถเรียนจบได้เร็วกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไป

5.2.3 ด้านการพัฒนาสังคม ในที่นี้หมายถึง การให้ความรู้ในแนวกว้างเป็นเรื่องของ การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคมอาทิเช่น เรื่องความก้าวหน้าของข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีต่าง ๆ การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติ การเมืองการปกครอง การกระจายอำนาจ บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่องานสาธารณสุข วัฒนธรรม ท้องถิ่นกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสอดแทรกไปในการประชุมต่าง ๆ หรือส่งเสริมให้ อสม. ได้ศึกษาจากสื่อทางไกล เช่น จาการายการโทรทัศน์ของช่องต่าง ๆ โดยเฉพาะช่อง 11 และทางสือไทยคม ซึ่งในปัจจุบันสิ่งเหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของคนทั่วไป การให้ความรู้พูดคุยกับ อสม. ในเรื่องเหล่านี้ จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชน มีการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพและการบรรลุดุคณภาพชีวิต

6. สวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (เมธี จันทร์จารุภรณ์ และอุทัยทิพย์ เครือละม้าย, 2541, หน้า 14 - 15)

6.1 การได้รับสวัสดิการ อสม. มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว โดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึงบิดามารดา คู่สมรส และบุตรของ อสม. และ อสม. สามารถใช้บัตรประจำตัวในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐและสามารถใช้ได้ทั่วประเทศในกรณีฉุกเฉิน

6.2 การประกาศเกียรติคุณและเชิดชูเกียรติอาสาสมัครสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้มีวันสำคัญแก่ อสม. ทั้งประเทศ โดยกำหนดวันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ

6.2.1 จัดประกวด อสม. ที่มีผลงานดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับชาติ เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่ อสม.

6.2.2 มอบเข็มเชิดชูเกียรติสำหรับ อสม. ที่ปฏิบัติงานครบ 10 ปีและ 20 ปีขึ้นไป

6.3 ส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรม อสม. ในทุกระดับ

6.4 ส่งเสริมให้มีเครื่องแบบ อสม. แต่ละจังหวัดได้มีการกำหนดเครื่องแบบสำหรับ อสม. และมีสัญลักษณ์เฉพาะหรือมีเข็มกลัดติดกระเป๋าเสื้อ

จากการที่กระทรวงได้มีการเชื่อมโยงเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ คือ เน้นการพึ่งพาตนเอง ให้มีความพอเพียงทางสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ จนเกิดเป็นระบบสุขภาพภาคประชาชนขึ้นมา ส่งผลให้มีการปรับบทบาทของ อสม. ให้สอดคล้องตามไปด้วย โดยมีข้อแตกต่างกับบทบาทหน้าที่ อสม. ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานดังต่อไปนี้ (สนธยา มโหทาน, 2547, 1-4)

- ปรับหน้าที่ความรับผิดชอบ จากเดิมที่ อสม. 1 คนดูแลครัวเรือน 8-15 หลังคาเรือน เป็น อสม. 1 คน ต่อ 10 หลังคาเรือน ทั่วประเทศ

- ให้ อสม. เป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

- ในการสรรหา อสม. จะใช้วิธีการสรรหาคณะแนวทางประชาธิปไตยยุคใหม่ ให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มบ้านเป็นผู้มีสิทธิคัดเลือกผู้ที่สมัครเข้าเป็น อสม. โดยประชาชนใน 10 หลังคาเรือน จะเป็นผู้ที่รับรองการเป็นผู้แทน อสม. ของกลุ่มบ้านตนเอง ไม่ใช่เกิดจากการยอมรับของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

- ให้ อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบูรณาการ คือ ให้มีการพัฒนาด้านสาธารณสุข ผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตร การสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน ให้มีศูนย์กลางการบริหารจัดการเดียวกัน เพราะปัญหาด้านสุขภาพมิได้เกิดขึ้นเป็นปัญหาเดี่ยว ๆ แต่มี

ความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกับปัญหาอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะแก้ไขด้วยกลยุทธ์ทาง ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว

- เน้นการพึ่งพาตนเองของประชาชน ลดการพึ่งพารัฐ ลดการร้องขอจากรัฐ ชี้ความ ต้องการของชุมชนท้องถิ่นเป็นสำคัญ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของสตรีในงานอาสาสมัคร สาธารณสุข

จากการสำรวจวรรณกรรมทางด้านการผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับหัวข้อในการศึกษา พบว่า มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี (2537) ได้ศึกษารายงานการนิเทศงาน สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองชลบุรี ศึกษาข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า อสม. ยัง ปฏิบัติงานไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เกิดปัญหาประชาชนไม่ ให้ความเชื่อถือ ศสมช. บางแห่งไม่มีผู้รับบริการเป็นเวลาหลายเดือนติดต่อกัน ปัญหาอุปสรรคใน การดำเนินงานคือ อสม. ขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน

วิทยา โคตรท่าน (2537, หน้า 133) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อประสิทธิผลในการดำเนินงานของ อสม. โดย อสม. ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูงจะมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานมากกว่า ทำให้เกิด ประสิทธิภาพในการทำงานได้ดี

เกษมธิดา สพลมัย (2537, หน้า 57 - 58) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทใน การสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชน (ศสมช.) ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อายุ การนิเทศงาน การได้รับการ ฝึกอบรม และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีผลต่อบทบาทในการสนับสนุนการดำเนิน งานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนสถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ไม่มีผลต่อบทบาทในการ สนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เมธี จันทจักรภรณ์ (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคกลาง พบว่า ระยะ เวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ มีผลต่อผลการดำเนินงานของ อสม.

วรณี หาวารี และวันตรา เขาวนนิคม (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ การดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การอบรมอย่างต่อเนื่อง การนิเทศงาน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มีผลต่อการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

วัฒนา บรรเทิงสุข (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ตามการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. คือ ด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น อสม. ที่มีอาชีพ ลักษณะพื้นที่ที่ปฏิบัติงานและวิธีการที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาแตกต่างกันจะมีปัญหาการปฏิบัติงานต่างกัน เพศที่ต่างกันจะมีปัญหาในการปฏิบัติงาน

บรรจง พลไชย (2540, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2539 พบว่า วิธีการเผยแพร่สารสนเทศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ใช้กันมากคือ การพูดคุยแบบตัวต่อตัว และระดับการศึกษามีผลต่อการเผยแพร่สารสนเทศของ อสม. คือ อสม. ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่วน อสม. ที่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา จะไม่ค่อยมีเวลาในการปฏิบัติงานการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน

สุมาลี ทิพยะวัฒน์ (2540, หน้า 42) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดราชบุรี พบว่าการได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานโดยเจ้าหน้าที่และการสนับสนุนงบประมาณมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินใน สสมช. โดยเฉพาะอาสาสมัครที่ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้มีแนวคิดและตัวอย่างในการดำเนินงานอย่างชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานก็จะสามารถแก้ไขด้วยตนเองได้

ชูศรี มีบุญเกิด และยุพิน สุขเจริญ (2540, หน้า 12) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าระดับการศึกษา มีผลต่อการดำเนินงานของ สสมช. โดย อสม. ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการพิจารณาเหตุผลได้ดี มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ในการให้บริการตามตารางปฏิบัติงานใน สสมช.

เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2541, หน้า 45 - 46) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการแจ้งข่าวความเคลื่อนไหวและก้าวหน้าในกิจกรรมสาธารณสุขให้แก่ชาวบ้าน เป็นเรื่องที่อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติมากที่สุด เพราะว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยาก ไม่มีขั้นตอนมากนัก

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีมนุษยสัมพันธ์ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ปัจจัยเหล่านี้อยู่ในระดับสูง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ หากว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีอยู่ในระดับต่ำจะทำให้ขาดความมั่นใจ ไม่รู้และไม่กล้าทำอะไร จึงมิได้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

รพีพร มหรรณพนที (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมกับแบบบรรยาย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วม จะมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานหลังอบรมทุกช่วงดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบบรรยาย เพราะการอบรมแบบมีส่วนร่วมจะยึดเอาผู้เข้าอบรมเป็นศูนย์กลางทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าอบรมสามารถแสดงความคิดเห็น ได้เต็มที่ มีความเข้าใจในการปฏิบัติงานดีขึ้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองสูงขึ้น

นิตยา เข็มจิตต์ และชงยุทธ ธนิกกุล (2542, หน้า 59) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตชนบท จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมในกิจกรรมสำรวจข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 96.20) เพราะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย และมีส่วนร่วมประเมินผลกิจกรรมน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.30) เพราะเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นผู้รับหน้าที่ดูแล ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานะทางผู้นำชุมชน ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการบริหารงบประมาณของหมู่บ้าน การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง แนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และง่ายต่อการปฏิบัติตามมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

สุธิดา รัตนวาณิชพันธ์ (2542, หน้า 44) ได้ศึกษาเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยชุมชน: กรณีศึกษาโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน พบว่า อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีระบบ จะสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์ลดลง

วนิดา วีระกุล (2542, หน้า 31) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการพัฒนาสุขภาพจิตถ้วนหน้า พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ

อาสาสมัครสาธารณสุข เพราะการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ จึงทำให้การเสียสละของ อสม. มีข้อจำกัด อีกทั้ง อสม. ยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัวและหน้าที่การทำงานที่ทำอยู่ ทำให้ อสม. ไม่สามารถรับผิดชอบงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ขอความร่วมมือได้ ซึ่งปัญหานี้จะพบบ่อยมากกับ อสม. ในเขตเมือง เขตอุตสาหกรรมหรือเขตที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว

รุ่งทิพย์ มั่นคง (2543, หน้า 14 - 15) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามกิจกรรมเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ โดย อสม. ที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่า อสม. ที่มีความรู้และความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน คือ ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวและการทำมาหากิน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ปัญหาเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร การติดตามสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ต่อเนื่อง

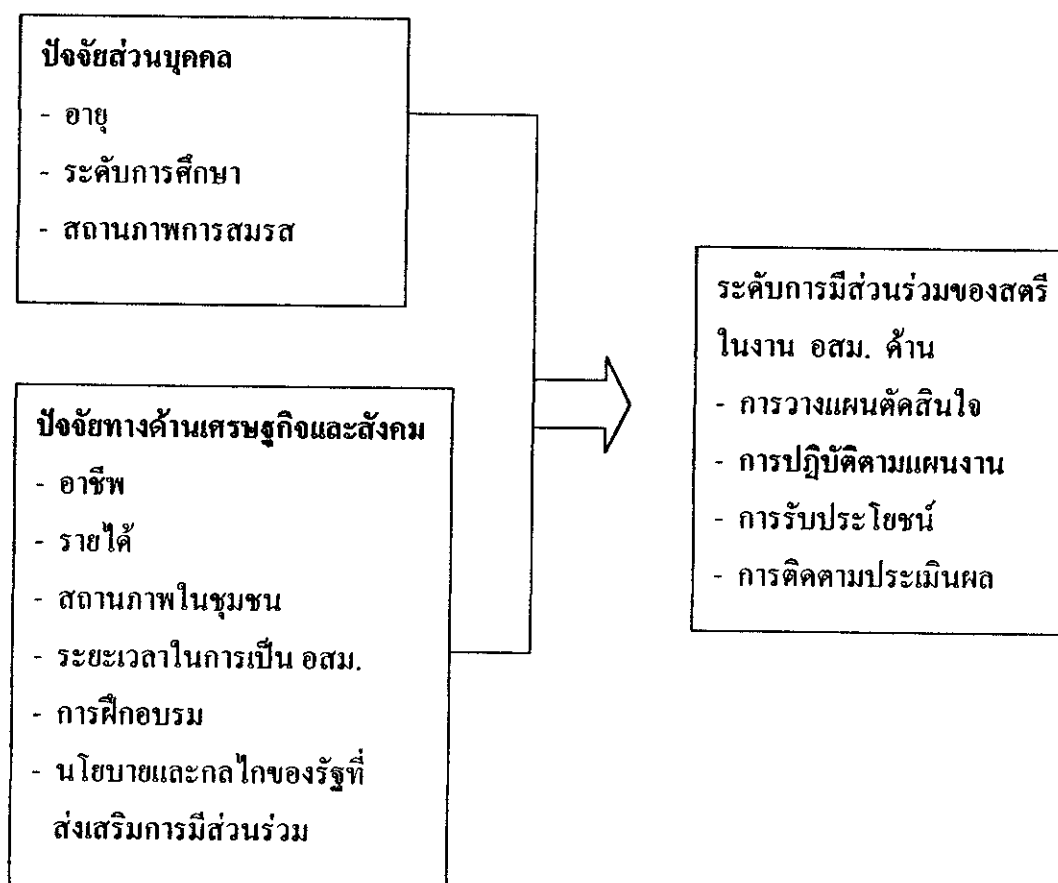
ประนอม พยัคฆพันธ์ (2544, หน้า 51) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติกับการปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคในการบริหารการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะมีการวางแผนก่อนเข้าดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประธานหมู่บ้าน เป็นผู้วางแผนมีการจัดทำแผนการดำเนินงานรวมทั้งจัดตั้งทีมงานโดยแบ่งความรับผิดชอบและให้คำแนะนำแก่ประชาชน ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง และมีปัญหาด้านขาดแคลนยานพาหนะในการออกปฏิบัติการ ไม่มีเวลาในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว และงบประมาณมีจำกัด

อัมภา สังข์วิชัย (Online, 12 พฤศจิกายน 2545) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ระดับการศึกษา การได้รับความร่วมมือจากอสม. การได้รับการฝึกอบรมมีผลต่อพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

จากผลการศึกษางานวิจัยที่ใกล้เคียงกับหัวข้อในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดังกล่าวมาแล้วนั้น จึงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจะสามารถมีส่วนร่วมในงานอาสาสมัครสาธารณสุขได้คือเพียงใด ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยประกอบกัน อาทิเช่น อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรม เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของสตรีในงานอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ศึกษาสามารถวางกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย