

เมื่อพิจารณาถึงจัดเปลี่ยนด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจ-สังคม-นโยบายทางการเมือง ตามแนวคิดด้านโครงสร้าง-หน้าที่ (The Structural-Functional Approach)⁵ ที่เน้นด้านความคงอยู่และความต่อเนื่อง (Maintainance and Continuity) ใน การรักษาดุลยภาพของสังคมที่พิจารณาจากกลไกในการปรับตัว (Self-Adjusting Mechanism) ของมนุษย์ในสังคม และจากทฤษฎีการไร้ระเบียนของสังคม⁶ (Social Disorganization Theory, Ross 1957) มองว่า “ปัญหาสังคมเกิดขึ้นได้เมื่อแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กันโดยขาดค่านิยมร่วมกัน (Absence of Common Values)” ในกรณีนี้ จึงสามารถมองเห็นความจำเป็นของการที่นักสังคมสงเคราะห์ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง (Social Intervention) ในการเตรียมประชาชนและเตรียมสังคมให้พร้อมรับกับสถานการณ์ในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง ให้รู้จัก “คิดเป็น ทำเป็น” (Think right do right) เพื่อป้องกันไม่ให้ตกลอยู่ในฐานะผู้เสียเปรียบ (Disprivileged) ในอนาคต ฉะนั้น รูปแบบและวิธีการสังคมสงเคราะห์ชุมชน จึงมีความจำเป็นในการประยุกต์ใช้เป็นอย่างมากในสังคมยุคใหม่ “นิกส์” นักสังคมสงเคราะห์ไม่สมควรอุทิศตนให้เกิดปัญหาความเดือดร้อนแล้วจึงเข้าแก้ไข (Social Treatment Aspect) แต่ควรพิจารณาถึงการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาของคนและสังคมขึ้น (Preventive Aspect) จะได้นำไปสู่สวัสดิภาพทางสังคม และการพัฒนาสังคมได้อย่างจริงจัง ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

แนวความคิดด้านการใช้ชุมชนเป็นฐาน

การใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Approach/CBA) ในการปฏิบัติงานช่วยเหลือประชาชนในชุมชนได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในปัจจุบัน มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำแนวความคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในงานต่างๆ อาทิ งานสาธารณสุขมูลฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข การจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราชภรร婆ประจำหมู่บ้าน ของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม การจัดการฝึกอบรมพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ของมูลนิธิอนุเคราะห์และพื้นฟูคนพิการ สถาบันสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นต้น

ที่มาของแนวความคิดด้านการใช้ชุมชนเป็นฐาน

ในปี ค.ศ. 1978 องค์กรอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศนโยบายว่า “ประชากรทั่วโลกจะมีสุขภาพดีกันหน้า ในปี ค.ศ. 2000” (In the year 2000, people all over the world will receive health development in the range to live their lives happily according to their social and economical circumstances or good health for all by the year 2000.)⁷ และเพื่อความสำเร็จของจุดมุ่งหมายนี้ จึงได้แนะนำให้ใช้มาตรการในเรื่องสาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชนบทให้ใช้

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน (utilizing community participation) เป็นพื้นฐานในการให้บริการทั้งปวงด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อมา องค์กรอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation/CBR) ขึ้นหลายครั้งในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำคู่มือการฝึกอบรมคนพิการขึ้นในปี ค.ศ. 1981 และได้นำไปทดลองปฏิบัติที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ในปี ค.ศ. 1986 และอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ในปี ค.ศ. 1987 จนกระทั่งปรับปรุงเป็นคู่มือเรียนรู้ด้วยตนเอง (the self-learning manual) ใช้ในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (village health volunteers) ทั่วประเทศ โดยได้รับความร่วมมือจากฝ่ายอนุเคราะห์คนพิการ สถาลังค์สัมสังเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

ในปี ค.ศ. 1984 – 1988 สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ได้ดำเนินการพัฒนาชนบทแบบผสมผสาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เรียกว่า^๘ โครงการ CBIRD (Community-Based Integrated Rural Development) ที่อำเภอทางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นระยะเวลา 4 ปี และได้ทำการศึกษาประเมินผลโดยใช้การประเมินผลแบบก่อน-หลังการดำเนินการ (Before-After Design) รวม 3 ระยะ แต่ละระยะใช้เทคนิคและวิธีการวิจัยหลายแบบ เช่น การสำรวจสำมะโนประชากร (census) การสำรวจกลุ่มตัวอย่าง (sample survey) การอภิปรายกลุ่มย่อง (focus group discussion) การศึกษาด้านมนุษยวิทยา (anthropological study) การศึกษาด้านกายภาพ (physical examination) และการเฝ้าระวังด้านสุขภาพอนามัย (health surveillance) เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านการพัฒนาทั้งก่อนและหลัง ใน 10 หมู่บ้าน จาก 40 หมู่บ้าน ที่มีโครงการกิจกรรมกับกลุ่มหมู่บ้านที่ไม่มีโครงการกิจกรรม (target-village and non target-village) แผนการใช้คำว่า “หมู่บ้านทดลองกับหมู่บ้านควบคุม” (Experimental and control village) วัดถูกประสิทธิภาพของโครงการคือ มุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนให้สามารถต่อสู้กับปัญหาความยากจน โดยใช้กิจกรรม การฝึกอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนด้านต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการจัดหารายได้เพิ่มเติม การปรับปรุงบริการด้านสาธารณสุขและสุขาภิบาล การจัดตั้งชุมชนแม่ การพัฒนาเงินกองทุนด้วยกิจกรรมของกองทุนยา กองทุนข้าว กองทุนปุ๋ย เป็นต้น

เมื่อสิ้นสุดโครงการ CBIRD ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานช่วยเหลือในหมู่บ้านเป้าหมายเหล่านั้น พบว่าประชาชนมีศักยภาพและสมรรถนะสูงขึ้น ในการเรียนรู้และรอบรู้ถึงแนวทางพัฒนาการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มพูนรายได้ของตนเองให้สูงขึ้น ในทางปฏิบัติ ช่วงแรกของการดำเนินโครงการ CBIRD ได้สนับสนุนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐในการพัฒนาชุมชน ด้านสาธารณสุขปีกอขัน พื้นฐาน เช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา เป็นต้น โครงการ CBIRD สนับสนุนด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์ การช่วยเหลือบางส่วน เช่น การจัดหาตุ่มและถังเก็บน้ำขนาดใหญ่ ถังส้วม มอบให้แก่ประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ ได้จัดการฝึกอบรมด้านการประกอบอาชีพ เช่น เทคโนโลยีทางการเกษตร โครงการพัฒนาด้านการสุขาภิบาล และสาธารณสุข ฯลฯ ทำให้ประชาชนได้เรียนรู้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน การช่วยเหลือเพื่อพัฒนาองค์กรและเพื่อนบ้านโดยผ่านกระบวนการกรุ่น และมีการรวมกลุ่มจัดตั้งองค์กรประชาชนในท้องถิ่น อาทิ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มกองทุนพัฒนา กลุ่มกองทุนยา กลุ่มกองทุนปุ๋ย และ

สืบฯ ต้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ พนบว่า ผู้หญิงที่มีครรภ์ควรรับประทานอาหารคุณภาพเนิดและการห้ามน้ำ จากโรงพยาบาลของรัฐ ศูนย์แม่และเด็ก และสถานอนามัยประจำตำบลเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดและ死ญูมีครรภ์ลดลง มีการคลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดสมัยใหม่

ในปี พ.ศ. 2530 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดยจัดตั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานและแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ระหว่างอาสาสมัครและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนได้กำหนดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 10 ประการ เป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและชาวบ้านร่วมมือกัน ดังนี้

1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่เพื่อนบ้าน
 2. การจัดทำยาที่จำเป็นไว้ในชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์
 3. การสุขาภิบาลและการจัดหน้าสะอาด ได้แก่ ส่งเสริมให้ประชาชนมีภาระเก็บน้ำสะอาด ไว้ดื่มและใช้ให้เพียงพอ การกำจัดขยะมูลฝอยให้ถูกวิธี
 4. การสร้างภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การแนะนำผู้ป่วยรองให้นำเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ให้ครบถ้วนราย
 5. การส่งเสริมโภชนาการ ได้แก่ การแนะนำประชาชนให้รู้จักรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเฝ้าระวังทางโภชนาการโดยการซั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ทุกราย
 6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การปฐมพยาบาล การทำแผล การให้ยาสามัญประจำบ้าน การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย
 7. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การแนะนำการปฏิบัติในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด การเลี้ยงดูเด็ก และการคุ้มกำเนิดวิธีต่างๆ
 8. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น ได้แก่ แจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ
 9. การทันตสาธารณสุข ได้แก่ การแนะนำประชาชนให้รู้จักดูแลรักษาปากและฟัน สอนการแปรงฟันที่ถูกวิธี
 10. การป้องกันบำบัดสารเสพย์ติดและสุขภาพจิต ได้แก่ การแนะนำประชาชนให้รู้จักรับร่วมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว หลีกเลี่ยงสารเสพย์ติดทุกชนิด

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังจัดให้มีสวัสดิการแก่สมาชิกและครอบครัวอาสาสมัครด้วย เช่น ได้รับเงินช่วยเหลือเมื่อประสบอุบัติเหตุหรือป่วยเป็นค่ารักษาพยาบาลครั้งละไม่เกิน 500 บาท ปีละ ไม่เกิน 2 ครั้ง เมื่อประสบภัยพิบัติจะได้รับเงินช่วยเหลือ 1,000 บาท เมื่อตายได้เงินสวัสดิการที่หักจาก สมาชิกรายละ 10 บาท เป็นต้น

วิธีคํานวณการ

- ค่าสมัครสมาชิก 20 บาท
 - เงินค่าน้ำรุ่งปีละ 10 บาท
 - เงินสวัสดิการส่วนหน้าปีละ 100 บาท

ในปี พ.ศ. 2532 กรมประชาสงเคราะห์ ได้เริ่ม โครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเคราะห์ราชภรัฐประจำหมู่บ้าน (ศสบ.) เป็นองค์กรประชาธิรัฐดับหมู่บ้านเพื่อรับผิดชอบนโยบายเชิงรุก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็น

ศูนย์กลางดำเนินการช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาสและผู้ทุกข์ยากลำบากให้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ได้อย่างทั่วถึงและทันต่อเหตุการณ์ และให้พวากษาเหล่านี้สามารถพึ่งตนเองได้

กรมประชาสงเคราะห์ได้มอบนโยบายดังกล่าวสู่ประชาสงเคราะห์จังหวัดทุกจังหวัดไปดำเนินการ ดังนั้นจึงได้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่กรมประชาสงเคราะห์ให้เข้าใจในแนวความคิดของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการช่วยเหลือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดส่งบริการสวัสดิการสังคมให้เข้าถึงมือประชาชนผู้เดือดร้อนหรือผู้ยากไร้ เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และคนพิการ ฯลฯ ตามสิทธิของประชาชนที่พึงจะได้รับ ได้ดำเนินการฝึกอบรมคณะกรรมการศูนย์ส่งเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน (ที่ประชาชนเป็นผู้เลือกตั้งเข้ามาทำหน้าที่) ให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการใช้ชุมชนเป็นฐานการช่วยเหลือ มีการประชุมซึ่งเน้นให้คณะกรรมการฯ เข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการช่วยเหลือเพื่อนบ้านเป็นการเบื้องต้น ให้การสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียน (ศูนย์ละ 12,500 บาท) เพื่อเป็นค่าใช้สอยในเหตุการณ์จำเป็นเฉพาะหน้า เช่น ค่าพาหนะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ซึ่งได้รับผลลัพธ์เรียบเป็นอย่างดี ทำให้ประชาชนผู้เดือดร้อนสามารถได้รับความช่วยเหลือเร็วขึ้นและตรงกับความต้องการแท้จริงของคน เนื่องจากผู้พิจารณาให้ความช่วยเหลือที่เป็นคณะกรรมการศูนย์ก็คือ เพื่อนบ้านที่ทราบลักษณะของปัญหาความต้องการช่วยเหลืออย่างแท้จริงอยู่แล้ว และสามารถจัดหาทรัพยากรให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันต่อความต้องการ ย่นระยะเวลาการรอคอยการติดต่อขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานกรมประชาสงเคราะห์ที่อยู่ห่างไกล ออกไป จึงมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น กรมประชาสงเคราะห์ จึงมีนโยบายให้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ส่งเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้านขึ้นในทุกอำเภอ

ขั้นตอนการจัดตั้งศูนย์ส่งเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน

1. การจัดฝึกอบรมความรู้ให้แก่ผู้นำชุมชน
2. การจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน
3. การจัดประชุมราชภูมิในหมู่บ้านเพื่อรับทราบและเข้าใจการขอรับบริการช่วยเหลือ
4. การคัดเลือกคณะกรรมการศูนย์ฯ
5. การคัดเลือกสถานที่ตั้งศูนย์ฯ (จะเป็นที่ใดก็ได้ที่สะดวกและมีอยู่แล้วในชุมชน โดยไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นมาใหม่ เช่น วัด บ้านกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน)
6. การกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์การปฏิบัติงาน
7. การสำรวจจัดทำทะเบียนข้อมูล
8. การระดมทุน
9. การขอจัดตั้งศูนย์ฯ (ตามระเบียบของทางราชการ)
10. การประกาศจัดตั้งศูนย์ฯ

หลักการดำเนินงานของศูนย์ฯ คือเป็นผู้ดำเนินงานและเป็นสื่อกลางระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในการนำบริการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์มาสู่สาธารณะ เช่น ให้สิทธิ์ประชาชนในหมู่บ้าน

กรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย กองส่งเสริมสุขภาพ ได้นำแนวความคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน มาประยุกต์ใช้ในการก่อตั้ง ชุมชนผู้สูงอายุ โดยศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ของสำนักอนามัยจะประสานงานติดต่อและร่วมมือกับสำนักงานเขตในพื้นที่เดียวกันจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุขึ้น โดยมีสมาชิกไม่น้อยกว่า 50 คน และสนับสนุนให้ชุมชนผู้สูงอายุเป็นฐานในการช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนชุมชนทั้งผู้สูงอายุในพื้นที่นั้น ให้ได้รับการช่วยเหลือและบริการสังคมต่างๆ ตามที่ตนต้องการ ชุมชนผู้สูงอายุ เป็นฐานการให้