



## บทความพิเศษ

นพ. โกมาตกร จิ่งเสถียรทรัพย์  
ปารณัฐ สุขสุทธิ  
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ



# อสม. : ศักยภาพและยุทธศาสตร์ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

“

การล่มสลายของัว-  
อุตสาหกรรมที่แบ่งโลกเป็นเสรีนิยมกับ  
คอมมิวนิสต์ทำให้เส้นแบ่งเดิมที่เคยจัด  
จำแนกประเทศตามอุตสาหกรรมทางการเมือง  
สลายลง ในขณะที่การค้าเสรี ทุนนิยมโลก และ  
โลกาภิวัตน์ แห่งกลางจนางตัว ได้ทำให้การ  
สาธารณสุขมีสภาพที่ไร้พรมแดนอย่าง  
ที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

”

### ความหวัง

งานสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ได้ทำให้งานสาธารณสุขในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้นและเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้นำเอาอุตสาหกรรมทางสังคมเป็นเครื่องชี้นำการทำงานเพื่อชุมชนอย่างจริงจัง กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานและเป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนก็คือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลส.) ซึ่งดำเนินการได้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างกว้างขวางจนในปัจจุบัน



ประเทศไทยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 800,000 คนทั่วประเทศ

ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้มีการประเมิน-ผลซึ่งนำไปสู่การปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุข-มูลฐานอยู่เป็นระยะ แต่ในช่วงเกือบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสงานสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลงทั้งในระดับสากล ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากขึ้น ในระดับโลก การล่มสลายของขั้วอุดมการณ์ที่แบ่งโลกเป็นเสรีนิยมกับคอมมิวนิสต์ทำให้เส้นแบ่งเดิมที่เคยจัดจำแนกประเทศตามอุดมการณ์ทางการเมืองสลายลง ในขณะที่การค้าเสรี ทุนนิยมโลก และโลกาภิวัตน์แพร่หลายขยายตัวได้ทำให้การสาธารณสุขมีสภาพที่ไร้พรมแดนอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โรคแพร่ระบาดอย่างไร้ขอบเขตพรมแดนใด ๆ ไม่แตกต่างไปจากสินค้า ข้อมูลข่าวสารและผู้คน

ในระดับประเทศ การประกาศเปลี่ยนแปลงสนามรบให้เป็นสนามการค้าหลังสงครามเย็นสิ้นสุดลงเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงประเทศให้เป็นอุตสาหกรรมและเป็นส่วนหนึ่งของทุนนิยมบริวารในระบบทุนโลกอย่างแนบแน่น การเปิดเสรีทางการค้ารวมทั้งการไหลเข้าของเงินทุนจากต่างประเทศได้ทำให้ประเทศไทยพัฒนาเป็นประเทศทุนนิยมอย่างก้าวกระโดด สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่างชัดเจนต่อโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยที่สัดส่วนของคนชั้นกลางขยายตัวอย่างรวดเร็ว ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตทันสมัยแบบตะวันตกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยในยุคหลังสงครามเย็น

ในขณะเดียวกัน นโยบายการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล การปฏิรูประบบราชการ การเกิดขึ้นของกองทุนและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตลอดจนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะ รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตลอดจนมีการพยายามนำเอาอาสาสมัคร



สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปร่วมในการกิจใหม่ด้านอื่น ๆ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องยาเสพติด เหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการทบทวนให้ เห็นถึงยุทธศาสตร์การทำงานที่ชัดเจนในสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

แม้ว่า การดำเนินการต่าง ๆ ที่ผ่านมานั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ได้ ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากมาต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชน แต่การดำเนินการ เกี่ยวกับการอาสาสมัครที่เป็นอยู่ก็มีปัญหาหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการที่มี รูปแบบที่ค่อนข้างตายตัวซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้ในชุมชนชนบทเป็นหลัก ปัญหา การสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่มักใช้การเพิ่มค่าตอบแทนหรือการให้สวัสดิการเพิ่มเติมโดยมัก ไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจน หรือปัญหาการเมืองที่มักเข้ามาใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นฐาน คະແນເລີຍ

สภาวะดังกล่าวทำให้จำเป็นต้องประเมินและ วิเคราะห์ให้เห็นชัดเจนว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านทำงานอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขใด ในปัจจุบัน มีศักยภาพแท้จริงอยู่ตรงจุดไหนในสถานการณ์ ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำเป็นต้อง ประเมินให้เห็นว่าแนวคิดเรื่องอาสาสมัครที่ใช้ในการ ดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นยังเป็น แนวคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงทางสังคม การเมืองใหม่อยู่หรือไม่ หากจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน จะต้องมีการปรับเปลี่ยนในลักษณะใด เพื่อที่จะได้ใช้การ ประเมินนี้ในการกำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงาน อาสาสมัครในอนาคตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ของโลก ปัจจุบัน

“  
กระบวนการถอดบท-  
เรียนและประสบการณ์การทำงาน  
อาสาสมัคร เน้นหนักไปที่การประเมินรูปแบบ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบท  
ทางเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาสุขภาพที่  
เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถบรรลุผลตาม  
วัตถุประสงค์การศึกษา  
”

### ถอดบทเรียน สังเคราะห์ภาพรวมงานอาสาสมัครสาธารณสุข

กระบวนการถอดบทเรียนและประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครเน้นหนักไปที่การ ประเมินรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และปัญหา สุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถบรรลุผลตามวัตถุประสงค์การศึกษา กระบวนการวิจัยมีทั้ง ในส่วนของการสำรวจในเชิงปริมาณ การทบทวนแนวคิด และสังเคราะห์สถานการณ์ผ่านการจัด ทำ commissioned papers และจากกรณีศึกษา จากกระบวนการสังเคราะห์บทเรียนและ กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในทิศทางข้างหน้า ทำให้สามารถประมวล ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้





### อสม. กับบริบททางประวัติศาสตร์

การเริ่มขึ้นของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยนั้นเกิดจากการรับเอาแนวความคิดมาจากคำประกาศของที่ประชุมที่ “อัลมา อตา” โดยแนวคิดอาสาสมัครดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมการเมืองและปัญหาสุขภาพอนามัยที่สำคัญในยุคนั้น บริบททางสังคมการเมืองไทยในยุคที่มีการต่อสู้ทางอุดมการณ์ทางการเมืองและการแย่งชิงมวลชน อำนาจและบทบาทของรัฐที่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรูปแบบที่ขึ้นต่อระบอบราชการ หากเปรียบเทียบกับเงื่อนไขทางการเมืองในปัจจุบันที่พื้นที่ทางสังคมเปิดกว้างให้กับการแสดงออกทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขตกอยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของภาครัฐและราชการ เมื่ออำนาจรัฐมีการเคลื่อนจากภาคราชการไปสู่ภาคการเมืองมากขึ้น และภาคราชการกลายเป็นแกนของภาคการเมืองโดยไม่มีความคิดอิสระทางวิชาการและไร้อำนาจต่อรองทางการเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงถูกนำเข้ามาเป็นฐานเสียงและเป็นเครื่องมือทางการเมือง การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองโดยไม่มีจิตสำนึกพลเมืองได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถมีบทบาทเป็นตัวแทนหรือเป็นปากเป็นเสียงให้กับชุมชนของตนเองได้

ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สาธารณสุขในยุคนั้นก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากปัจจุบัน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จึงถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ซึ่งมีปัญหาสำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดต่อ เช่น อหิวาต์-ร่วง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคพยาธิ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด เป็นต้น ฉะนั้นบทบาทของ อสม. จึงตั้งอยู่บนสถานการณ์สุขภาพแบบหนึ่ง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระดับการศึกษาที่ทำให้ปัญหาสาธารณสุขและบริบทการทำงานเปลี่ยนแปลงไปจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง

## สามทศวรรษ อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขไทย เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในรอบ 30 ปีของการพัฒนาสาธารณสุขไทย กล่าวได้ว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระตือรือร้นนี้เอง ที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล ความสำเร็จอันโดดเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้น ยังเห็นได้จากการที่หน่วยงานต่าง ๆ มีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร ป่าไม้ การศึกษา เป็นต้น ที่สำคัญบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศอื่น ๆ หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้น โดยส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปมากแล้ว แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยนั้นยังคงอยู่และมีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หาก อาศัยลำพังแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น

ที่สำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน ซึ่งย่อมมีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนหรือเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยแรงจูงใจจากสิทธิประโยชน์เล็ก ๆ น้อย ๆ แต่เราสามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข มีความไว้วางใจ และมีเข้าใจที่ดีต่องานสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง ๆ โดยไม่ต้องชี้แจงหรือทำความเข้าใจมาก จนอาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ติดอยู่เสมอ การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย



ปี พ.ศ.	สัดส่วน อสม. ชาย 1 คน ต่อ อสม. หญิง (คน)
2536	1.7553
2537	1.8144
2538	1.8729
2539	1.9233
2540	1.9994
2541	2.0378
2542	2.0786
2543	2.1203
2544	2.1618
2545	2.1953
2546	2.2656
2547	2.3112
2548	2.3340
2549	2.3410

## กระบวนการ อสม. ยังมีชีวิตอยู่และมีความเป็นผู้หญิงมากขึ้น

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้น ส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปแล้ว แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยทั้งประเทศนั้น พบว่ากระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไทยยังคงมีชีวิตอยู่ ในจำนวน อสม. 791,383 คนนั้น ปรากฏว่ามีอาสาสมัครจำนวนถึง 292,598 คน (ร้อยละ 36.97) หรือมากกว่า 1 ใน 3 ที่มีช่วงเวลาของการเป็น อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในขณะที่งานสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินการมาเกือบ 30 ปีแล้ว ซึ่งหมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อายุการทำงานน้อย ๆ เหล่านี้เป็นสมาชิกใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครไม่นาน นี่แสดงให้เห็น

เห็นว่า กระบวนการ อสม. ยังคงมีชีวิตอยู่และยังมีอาสาสมัครใหม่ ๆ เข้ามาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระบวนการสนับสนุนและกระแสความตื่นตัวในเรื่องนี้จะไม่สูงนักในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา

นอกจากนั้น การวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลจากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขยังปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนว่าผู้หญิงเป็น อสม. มากขึ้น โดยมี อสม. ที่เป็นเพศชาย 236,833 คน (ร้อยละ 29.93) และเพศหญิง 551,299 คน (ร้อยละ 69.66) หรือเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มี อสม. ชาย 1 คนต่อ อสม. หญิง 1.7553 คน ในปี พ.ศ. 2536 มาเป็น อสม. ชาย 1 คนต่อ อสม. หญิง 2.3410 คนในปี พ.ศ. 2549 กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้หญิงเป็นองค์ประกอบหลักนี้ทำให้การพัฒนา อสม. ต่อไปในอนาคตจะพึงเจตต่อข้อเท็จจริงที่ว่าคนกลุ่มนี้เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ ความเป็นผู้หญิงมากขึ้นนี้ทำให้กระบวนการ อสม. มีศักยภาพในงานบางด้านเป็นพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือการทำงานที่ต้องการความละเอียดและความซื่อสัตย์ เป็นต้น

## จุดแข็ง อสม. คือการทำงานเป็นครั้งคราวในระยะเวลาสั้นๆ

การสำรวจการทำงานตามบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนคือ อสม. ที่มีอยู่มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูล จปฐ. ข้อมูลอนามัย ประชากร สัตว์ปีก การฉีดวัคซีน เป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตามเงื่อนไขของวัยและอาชีพที่กว่า ร้อยละ 61.4 ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และ อสม. ร้อยละ 44.4 มีอาชีพเป็นเกษตรกรและร้อยละ 25.4 ทำงานรับจ้าง ช้อ-

จำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. ใช้เวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้

ในขณะเดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราว ๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดัน-



อสม.

โลหิตสูง ซึ่งภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่น ๆ จึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

### คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง

หากพิจารณาจากคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.9 ไม่มีการศึกษาต่อเนื่อง ร้อยละ 51.1 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 13.4 ลักษณะดังกล่าวทำให้ไม่น่าแปลกใจที่งานอาสาสมัครสาธารณสุขจึงประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมือง ในขณะเดียวกัน





อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะดีนั้นไม่ใช่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ อสม. ต้องเข้าถึง อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นอยู่นั้นมีวุฒิการศึกษาระดับ ปวช/ปวส. เพียงร้อยละ 7.3 และปริญญาตรีเพียงร้อยละ 1.0 และเป็นข้าราชการเกษียณอยู่เพียง ร้อยละ 4.4 เท่านั้น ทำให้อาจต้องตั้งคำถามว่า ทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพการงานที่สูงขึ้น และมีภาระครอบครัวน้อยเข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

### อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง

ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปปรากฏให้เห็นเด่นชัดที่สุดจากการกระจายอำนาจ ซึ่งทำให้การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้านละ 10,000 บาทผ่านไปทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ อบต. และเทศบาล เพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบสนับสนุนที่ว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในส่วนข้อดีนั้น การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นจะทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการชุมชนได้ดีขึ้น แต่ก็อาจมีข้อเสียก็คือระบบดังกล่าวได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงในระยะประชิด ซึ่งหากไม่มีระบบที่เป็นอิสระมาเป็นตัวกลางก็อาจทำให้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่นส่งผลโดยตรงต่อระบบ อสม. เช่น หาก อสม. ทำงานใกล้ชิดหรือเอื้อประโยชน์ให้กับ อบต. ชุดแรก ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้บริหาร อบต. หลังการเลือกตั้ง อบต. ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่อาจจะยกเลิก อสม. กลุ่มเดิม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการ อสม. ไม่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้รับผลกระทบจากการเมืองในท้องถิ่น

“การเกิดชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรม ดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของกระบวนการ อสม.

”

ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีพัฒนาการของรูปแบบการจัดการและการประสานงานองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการก่อตัวตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนอาจปรับเปลี่ยนไปจากเดิมที่การสนับสนุนด้านงบประมาณต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม. เป็นรายชุมชน แต่ในขณะนี้การเกิดชมรม อสม. ในระดับต่าง ๆ ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของกระบวนการ อสม. โดยรวม อีกทั้งชมรมในระดับต่าง ๆ เหล่านี้ยังคงอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาโลกของตนเอง เพราะข้อมูลที่เราพบก็คือ อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ต่อความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ กลไกที่มีลักษณะรวมศูนย์ในระดับที่สูงกว่าจังหวัดอาจมีความจำเป็นน้อยและตกเป็นเครื่องมือทางการเมืองได้ง่าย ในระดับนโยบายจึงควรให้การสนับสนุนชมรมในระดับอำเภอและ



ตำบลให้มีความเข้มแข็งเพียงพอสำหรับการเป็นฐานของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับท้องถิ่น

## การเกิดขึ้นของ อสม. ชนชั้นหน้าและความเก็งวข้องกับการเมือง

เช่นเดียวกันกับการประเมินผลการดำเนินงานของ พสส. และ อสม. ที่เกิดขึ้นในช่วง 10 ปีแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อปี พ.ศ. 2529 การประเมินบทบาทของ พสส. และ อสม. ที่กำหนดไว้แตกต่างกัน มีข้อค้นพบว่า อสม. สามารถมีบทบาทได้ชัดเจนในขณะที่ พสส. มีบทบาทน้อยกว่ามาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นแม้จะไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นหัวหน้าของ พสส. แต่ในทางปฏิบัติ พสส. มีสถานะเป็นเพียงผู้ช่วย การประเมินผลดังกล่าวได้ทำให้มีการตัดสินใจในเวลาต่อมาให้มีการยกระดับให้เป็น อสม. เหมือนกันหมดและให้มีการตั้งตำแหน่งประธาน อสม. ขึ้น จากการวิเคราะห์พบว่า ประธาน อสม. ในปัจจุบันมีบทบาทมากขึ้นในงานด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ประธาน อสม. ต้องเข้าไปสัมพันธ์กับหน่วยงานราชการที่เอางานต่าง ๆ มาลงอย่างต่อเนื่อง บทบาทและหน้าที่จึงมากระจุกอยู่ที่ประธาน อสม. ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่ที่เหลือกลับกลายมามีบทบาทไม่ต่างจาก พสส. เดิมมากนัก กล่าวคือมีหน้าที่หลักในด้านการแจ้งข่าวสาร สืบหาข้อมูล และรณรงค์งานสาธารณสุขเป็นครั้งคราวและมีบทบาทค่อนข้างจำกัดในงานด้านการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น

ในขณะเดียวกัน ฐาน อสม. ที่มีอยู่อย่างทั่วถึงทุกชุมชนและเป็นองค์กรที่เน้นการทำประโยชน์ให้กับชุมชน (คือเน้นพระคุณมากกว่าพระเดช) ทำให้ อสม. กลายเป็นเป้าหมายที่ภาคการเมืองต้องการเข้ามาเกี่ยวข้องและครอบครองเป็นฐานคะแนนเสียงในรูปของการพยายามหาเสียงกับ อสม. ด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเพิ่มสวัสดิการให้ ด้วยการพา อสม. ไปเที่ยวหรือการจัดงานชุมนุม อสม. เพื่อให้ นักการเมืองมหาเสียง กลไกราชการที่รับผิดชอบในการให้การสนับสนุน อสม. เองก็ขาดความเข้มแข็งและความเป็นอิสระพอที่จะทนแรงรุกรจากฝ่ายการเมือง หรือไม่ก็สมรู้ร่วมคิดกับฝ่ายการเมืองเพื่อประโยชน์จากความก้าวหน้าในอาชีพราชการของตนเอง ยิ่งนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้เป็นนโยบายหลักที่โดดเด่นก็ยิ่งทำให้การตรวจสอบจากภาคส่วนต่าง ๆ ลดน้อยลง ปัญหาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องระบบธรรมาภิบาลที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับธรรมาภิบาลและจุดเด่นของงานอาสาสมัครที่ต้องมีความเป็นอิสระและไม่ยึดถือความเป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมือง

## การเกิดขึ้นของรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลาย

แนวโน้มของการเกิดความหลากหลายของรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่ทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นไปอย่างกว้างขวางขึ้น ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ได้ทำให้ อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคมและได้ร่วมเรียนรู้จากความสำเร็จของทางสังคมอื่น ๆ ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่น ๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุขด้วย เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน To be Number One เครือข่ายจิตอาสา การทำความดีเพื่อในหลวง อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา รวมไปถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิที่ได้ทำให้เกิดความตื่นตัวของอาสา-



สมัครโดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวซึ่งหลังไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยและพัฒนาเป็นกระบวนการและเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น ในท่ามกลางความหลากหลายเหล่านี้เราอาจเห็นแบบแผนของอาสาสมัครอย่างน้อย 4 ลักษณะ คือ

**1. มีความหลากหลายทางชนชั้น** ในหมู่คนชั้นล่าง แนวคิดเรื่องการอาสาตนเพื่อการทำงานส่วนรวมนั้นเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับโลกทัศน์แบบจารีตที่ให้ความสำคัญกับเรื่องบาปบุญคุณโทษและเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ รูปแบบอาสาสมัครจึงอยู่ในวิถีชีวิตและวิถีปฏิบัติทางศาสนา ส่วนในหมู่คนชั้นกลางซึ่งเป็นชนชั้นที่มีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วนั้นได้ก่อตัวจนมีบทบาทสำคัญในงานด้านอาสาสมัครและองค์กรสาธารณประโยชน์ อาสาสมัครในหมู่คนชั้นกลางมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกับอุดมคติและการทำความดีเพื่อความอิจฉใจและเพื่อความหมายที่สมบูรณ์ของชีวิต ในขณะที่แนวคิดอาสาสมัครในหมู่ชนชั้นสูงมีลักษณะสัมพันธ์กับการสงเคราะห์ที่เกื้อกูลแก่ผู้ด้อยโอกาสหรือคนทุกซี่ยาก การส่งเสริมอาสาสมัครในงานสาธารณสุขจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความหลากหลายที่แตกต่างกันของชนชั้นต่าง ๆ

**2. ความหลากหลายตามลักษณะพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ความแตกต่างนี้ไม่ใช่ลักษณะของวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่เป็นความแตกต่างทั้งรูปแบบโครงสร้างทางสังคม การก่อตัวและการยอมรับในบทบาทอาสาสมัคร รวมทั้งภารกิจของอาสาสมัครที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อม ในเขตชนบท จากเดิมที่มีกลุ่มที่ทำงานสาธารณะด้านสุขภาพที่คงที่แน่นอนอยู่ ในปัจจุบันก็มีการรวมกลุ่มที่ถือว่าเป็นงานอาสาสมัครที่มีเนื้อหาและรูปแบบหลากหลายขึ้นระดับหนึ่ง ทั้งในด้านอาชีพ กองทุน ผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น ในขณะที่งานอาสาสมัครในเขตเมืองมีความหลากหลายอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครเพื่อผู้บริโภค อาสาสมัครช่วยเหลือผู้พิการ อาสาสมัครในสถานเด็กอ่อน รวมทั้ง องค์กรบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแบบคนเมืองที่สามารถให้เวลาได้เฉพาะในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์เป็นหลัก

**3. นอกจากนั้น ยังมีความแตกต่างหลากหลายของการเป็นอาสาสมัครที่มีตั้งแต่อาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะสูงไปถึงอาสาสมัครที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ** อาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะมากนัก เช่น อาสาสมัครปลูกป่า หรือทำความสะอาดสาธารณสุขสถานเป็นกิจกรรมที่มีอาสาสมัครเล่นสามารถมีส่วนร่วมได้ง่าย ในระดับปานกลาง เช่น การอ่านหนังสือบันทึกเสียงให้ผู้พิการทางตาใช้ฟัง หรือที่ต้องการทักษะขั้นสูง เช่น อาสาสมัคร

สมาลิตันที่รับโทรศัพท์ให้คำแนะนำปรึกษาคนที่คิดจะฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนอบรมมาอย่างดี หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นต้น

4. ในความหลากหลายของอาสาสมัครที่เกิดขึ้นนี้ ยังปรากฏให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองช่วงของบทบาทในการทำงานช่วงหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือกับรัฐในการทำงานต่าง ๆ แต่ในอีกช่วงหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่ทำงานตรวจสอบ ทวงสิทธิ์และต่อรองกับรัฐ ซึ่งอาสาสมัครบทบาทหลังเป็นพัฒนาการที่เกิดควบคู่กับการเติบโตของจิตสำนึกพลเมืองที่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและทำหน้าที่ตรวจสอบรัฐมากกว่าที่จะอยู่ใต้อาณัติของรัฐอย่างสยบยอม อาสาสมัครบางประเภท เช่น อาสาสมัครเอดส์ มีทั้งสองบทบาทผสมกันระหว่างความร่วมมือกับรัฐในการทำงานช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์และการต่อสู้ต่อรองกับรัฐ เช่น การต่อสู้เพื่อผลักดันมาตรการให้รัฐยอมรับ สิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

### ทิศทางพัฒนา : สู่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขทุกพื้นที่สร้างสุขภาพสร้างความดีเต็มแผ่นดิน

จากการทบทวนและวิเคราะห์แนวคิด สถานการณ์และประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขและบริบทการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เห็นถึงศักยภาพ จุดอ่อน และโอกาส ของการทำงานที่ผ่านมา ดังนี้

#### จุดแข็งหรือศักยภาพ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องกว่าสามทศวรรษเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขและเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำคัญ
2. อสม. ที่ดำรงอยู่มีศักยภาพสูงในด้านการทำงานที่สำเร็จเสร็จสิ้นเป็นคราว ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์ด้านการควบคุมโรคระบาด หรือ การกระจายแจ้งข่าวสารแก่ชุมชน ซึ่งเป็นงานที่ไม่ยืดเยื้อ
3. กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผู้นำในระดับชุมชนที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนสูงและมีการขยายบทบาทไปสู่งานที่ไม่ใช่งานสาธารณสุขโดยตรง เช่น งานประชาคม การได้รับเลือกเป็นกรรมการต่าง ๆ หรือ เป็นผู้แทนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. แนวโน้มอาสาสมัครที่มีคนรุ่นใหม่ ๆ เข้าร่วมอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเป็นสตรีมากขึ้นเป็นคุณภาพใหม่ที่สะท้อนศักยภาพในอนาคตของ อสม.

#### จุดอ่อน

1. แนวทางการทำงานอาสาสมัครที่เป็นอยู่เน้นที่การใช้เงื่อนไขความสัมพันธ์ ความคุ้นเคย และระบบอุปถัมภ์แบบราชการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ขาดการพัฒนาจิตวิญญาณของการอาสาสมัครที่เข้มแข็ง
2. รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ชนบท
3. รูปแบบการระดมอาสาสมัครที่เป็นอยู่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระดมการมีส่วนร่วมจากกลุ่มทางสังคมอื่น ๆ อาสาสมัครเกือบทั้งหมดมาจากชนชั้นพื้นฐานทางสังคมที่มีการศึกษาต่ำ มีภาระด้านการประกอบอาชีพและการเลี้ยงดูบุตรหลาน แม้อาสาสมัครจะทำงานได้ดี แต่ก็เป็นการระดมสำหรับกลุ่มคนเหล่านี้ที่ต้องเสียสละอยู่เสมอ ในขณะที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถระดมคนชั้นกลางและชั้นสูงทางสังคมที่มีศักยภาพที่จะเสียสละมากกว่าเข้าเป็นอาสาสมัครได้เท่าที่ควร
4. ระบบสนับสนุนและองค์กรในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงต่องานอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีศักยภาพที่จะพัฒนาแนวทางการทำงานอาสาสมัครใหม่ ๆ ในขณะที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีศักยภาพที่จะพัฒนา

งานอาสาสมัครก็ไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนานโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมงานอาสาสมัคร

### โอกาส

1. การเกิดขึ้นและการเติบโตของรูปแบบอาสาสมัครและการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เน้นบทบาทของภาคพลเมือง
2. การเปลี่ยนแปลงไปของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในชุมชนที่ปรากฏมีโรคเรื้อรังและความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิมเป็นโอกาสสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบองค์กรอาสาสมัครที่เหมาะสมกับสถานการณ์
3. การเกิดขึ้นของกลไกการสนับสนุนงานอาสาสมัครที่หลากหลาย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
4. สถานการณ์ความจำเป็นใหม่ ๆ ที่ต้องการงานอาสาสมัคร เช่น การเกิดภัยธรรมชาติต่าง ๆ ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อดูแลปัญหาทางสังคมและการสังคมสงเคราะห์ต่าง ๆ
5. การเกิดขึ้นของเครือข่ายและเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทำให้การติดต่อประสานงานเป็นไปได้อย่างรวดเร็วในสถานการณ์ที่ต้องการอาสาสมัคร

### ภัยคุกคาม

1. นโยบายประชานิยมที่เน้นการสงเคราะห์ที่รัฐเป็นผู้ให้ผลประโยชน์ในลักษณะของการโปรยทานให้สวัสดิการสังคมแลกกับคะแนนเสียงโดยที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมและสังคมไม่มีการตรวจสอบ
2. มีการใช้ประโยชน์ทางการเมืองจากองค์กรอาสาสมัครทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ซึ่งการแทรกแซงทางการเมืองจะทำให้กระบวนการอาสาสมัครมีความอ่อนแอในระยะยาว
3. กระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนในขณะเดียวกันประชาชนมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้ต้องการอาสาสมัครที่มีความรู้ความสามารถสูงขึ้น

## ข้อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาอาสาสมัครสุขภาพ

แนวทางการพัฒนางานอาสาสมัครจึงจำเป็นต้องก้าวไปสู่ความหลากหลายของงานอาสาสมัคร คือการมีอาสาสมัครหลากหลายรูปแบบ ที่นอกจากเป็นการแบ่งเบาภาระการทำงานของ อสม. แล้วยังจำเป็นต้องขยายความสำเร็จจากพื้นที่ชนบทที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการไว้เป็นแบบอย่าง ไปสู่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่โดยให้สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเครื่องมือเสริมสร้างจิตใจเสียสละ ให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อให้มาร่วมกันสร้างสุขภาวะและสร้างเสริมความดีให้เต็มแผ่นดินไทย ยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว มีดังนี้

1. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขมาสู่การเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ในขณะนี้การสนับสนุนงบประมาณทำงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปรับไปสู่การสนับสนุนผ่านไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลให้บทบาทการเป็นเจ้าของ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขปรับไปสู่การเป็นพี่เลี้ยงและผู้ให้การสนับสนุนทางความรู้ ขณะเดียวกันที่แนวทางการสนับสนุนรูปแบบอาสาสมัครอื่น ๆ จะช่วยขยายฐานอาสาสมัครให้มีความหลากหลายและกว้างขวางขึ้น
2. สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเองในพื้นที่ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการสร้างและสนับสนุนให้เกิดระบบอาสาสมัครในด้านที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเองขึ้นเป็นการ



# อสม.



เฉพาะ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องนำงานของทุกกรมกองไปลงที่ อสม. แต่ให้มีกลุ่มหรือเครือข่ายของผู้มีจิตอาสาที่สนใจช่วยเหลืองานของตนขึ้น เช่น อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครส่งเสริมสมุนไพร หมอยาอาสา หมอนวดอาสา อาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือกันต้านโรคเอดส์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครอนุภาค ลูกเสือหมออาสา อาสาสมัครด้านเหล่า-บุหรื อาสาสมัครดูแลเหยื่อเมาแล้วขับ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องเป็นการดำเนินงานบนหลักปรัชญาอาสาสมัคร คือการสร้างผู้มีจิตอาสาสมัคร สมัครใจทำงานเพื่อประโยชน์แห่งประชาชนและสังคม

**3. เปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขรองรับอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด** โดยทำให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถเปิดรับอาสาสมัครมาช่วยงานในหน่วยงานได้ ไม่ว่าจะเป็นการรับอาสาสมัครมาช่วยงานในสำนักงานและงานบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล งานสงเคราะห์ผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครรับฝากดูแลเลี้ยงเด็กเล็กเพื่อให้แม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลได้ อาสาสมัครในงานประชุมสัมมนาที่มีอยู่ตลอดทั้งปี

**4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครด้านสุขภาพ** เพื่อเป็นข้อมูลแก่หน่วยงานที่ต้องการอาสาสมัคร อาจเป็นการ matching หรือ placement services รวมถึงการจัดการฝึกอบรมให้แก่ผู้สนใจมาเป็นอาสาสมัครในระบบสาธารณสุข ในอนาคตอาจกำหนดให้การมีองค์กรอาสาสมัครเข้าร่วมงานในระบบโรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล


**5. ควรมีนโยบายส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนให้กว้างขวางหลากหลายมากขึ้น** เพื่อหนุนช่วยงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว ซึ่งปัจจุบันทำงานเป็นหลักได้ในบางด้านที่สำเร็จเสร็จสิ้นเป็นครั้งคราว ส่วนงานที่ใช้เวลาต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาระที่ต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุดจนแทบจะเรียกได้ว่าเป็นงานเต็มเวลาอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นทั้งภาระและข้อจำกัดที่ อสม. เฝ้าดู พร้อมกันนั้นจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพัฒนารูปแบบขององค์กรอาสาสมัคร (voluntary organization) อื่น ๆ เข้ามาเสริม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) กลุ่มญาติผู้ป่วย เครือข่ายผู้ปกครองหรือพ่อแม่ของเด็กป่วย หรือหากเป็นไปได้อาจมีการจัดตั้งนักเรียน ลูกเสือ อนุภาค หรือครูในโรงเรียนอาสาที่จะมาช่วยทำเรื่องเหล่านี้ ก็จะมีเกิดรูปแบบใหม่ ๆ ของงานอาสาสมัครได้ เช่น กลุ่ม-

มิตรภาพบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เกิดขึ้น หรือกลุ่มเฟ้าระวังขนม-หวานเด็กของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และกลุ่มเฟ้าระวังความรุนแรงที่มีการดำเนินการโดยโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

**6. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัคร** ที่ผ่านมาการเป็นอาสาสมัคร เป็นบทบาทที่บุคลากรสาธารณสุขคาดหวังให้คนอื่นเป็น และหน่วยงานราชการต่าง ๆ เป็นผู้ได้รับประโยชน์จากผลงานของอาสาสมัคร รัฐจึงสนับสนุน “จิตอาสา” ในหมู่บุคลากรเพื่อสร้างวัฒนธรรมการอาสาสมัครให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันได้มีบุคลากรที่มีจิตใจเสียสละช่วยเหลืองานสาธารณะอยู่แล้ว เช่น การเป็นอาสาสมัครเลือกตั้งหรืออาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย สิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติมคือการทำให้เป็นระบบและสร้างให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร

**7. สร้างระบบงานและกลไกการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระของ อสม.** ให้กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้ ในลักษณะที่ไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมืองและไม่กลายเป็นที่แสวงประโยชน์ทางการเมือง กลไกหนึ่งในการดำเนินการก็คือการสร้างระบบการสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระแทนการจ่ายเงินสนับสนุนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจเป็นปัญหาในระยะยาว เพราะบั่นทอนกระบวนการ อสม. โดยรวม ทำให้ อสม. แบ่งเป็นฝักเป็นฝ่าย

## บทส่งท้าย

การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครในงานด้านการแพทย์และสุขภาพนอกจากจะเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสร้างศักยภาพของระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยโดยรวมอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าอาสาสมัครนั้นเป็นทั้งแนวทางและเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะการที่ประชาชนพลเมืองมีจิตสำนึกในการชั้นอาสาทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทนนั้น เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลแก่สังคมส่วนรวมที่ไม่เพียงก่อให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณะ แต่ที่สำคัญยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งใหญ่ต่อการพัฒนาตนเองของผู้ที่อาสาเข้ามาทำงานส่วนรวม เพราะผลตอบแทนที่ได้นั้นเป็นความภาคภูมิใจและการเรียนรู้คุณค่าความหมายของชีวิตที่ไม่อาจซื้อหาได้ด้วยเงิน 

บทความวิชาการชิ้นนี้เป็นผลลัพธ์ของความร่วมมือทางวิชาการของหลายฝ่ายในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา โดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้เขียนขอขอบคุณนักวิจัยที่ร่วมกันดำเนินโครงการดังกล่าว ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณโดย สุจินดา สุขกำเนิด, แสงเทียน อัจฉิมางกูร, ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร, กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ และนักวิชาการที่ทำหน้าที่ทบทวนองค์ความรู้และจัดทำกรณีศึกษาต่าง ๆ ได้แก่ ชชาติชาย มุกสง, ประชาธิป กะทา, ฉันทนา ผดุงทศ, วิชิต เปานิล, รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชชาติชาย สุวรรณนิษฐ์, ยงศักดิ์ ตันติปฏิภน, ชัยณรงค์ สังข์จ่าง, พนมวรรณ คาคัพโน, เริงชาญ โนจา, สมพงศ์ สระแก้ว, ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล, วีรวัฒน์ แดงกะเปา, รุ่งนภา มลารัตน์, ศิริพร เหลืองอุดม, ศิลเรืองศักดิ์ สุขใส, เสณี จำวิสูตร, ประสิทธิ์ชัย หนูนวล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล, สฤษฎ์ สุฤทธิ, ธนัช กนกเทศ และเทียนทอง ต๊ะแก้ว รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในวาระต่าง ๆ ที่ทำให้การศึกษาวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เนื้อหาบทความนี้สรุปจาก หนังสือ “อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา กับสุขภาพไทย” โดย โกมาตร จึงเสถียร-ทรัพย์ และคณะ จัดพิมพ์โดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) 2550.