

ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข:
บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์*

น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ*

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการมานานกว่าสามทศวรรษ การศึกษาชิ้นนี้เป็นการประเมินศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพ อสม. ที่ปัจจุบันมีจำนวนเกือบ ๘๐๐,๐๐๐ คนถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครส่วนใหญ่มักได้รับความเชื่อถือเป็นผู้อุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ การศึกษาพบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังดำเนินไปอย่างแข็งขัน มากกว่าร้อยละ ๓๕ ของอสม.ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน ๕ ปี ในขณะที่เดียวกันก็มี อสม.หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ ๗๐ อสม.เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ หรือการกระจายข้อมูลข่าวสาร และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก จึงมีคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่สูงขึ้นและมีความพร้อมที่จะเสียสละได้ให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไทยในระยะหลังทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเข้าไปมีส่วนร่วมพัวพันกับการเมืองในลักษณะต่างๆ เพิ่มขึ้น สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบเดิมของ อสม. มีข้อจำกัดมากขึ้น อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาต่างๆ ได้แสดงให้เห็นนวัตกรรมทางความคิด ปฏิบัติการและรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่มีหลากหลายมากขึ้น รูปธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครได้รับความยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ : อาสาสมัคร, อาสาสมัครสาธารณสุข, สุขภาพชุมชน, สาธารณสุขมูลฐาน, จิตอาสา, การมีส่วนร่วมของชุมชน

* สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข

Abstract:

Health Volunteers in the Context of Changes: Potentials and Developmental Strategies

Village Health Volunteer (VHV) was the hallmark of Primary Health Care during the past three decades. It exemplifies the concept of “Community Participation,” one of the most important strategies to achieve Health for all by the Year 2000. As health situation and political landscape changed, there was a need to re-conceptualize the roles and functions of health volunteer in health development. This study aims to assess the roles and potentials of village health volunteers in the changing contexts of Thailand. Village health volunteers in Thailand, numbered almost a total of 800,000, are an extremely valuable health resource. Although the recruitment of village health volunteers has occasionally been questioned as being nepotistic or incentive-driven, village health volunteers are irrefutable those chosen by their communities for having not only public mind, being generous, and willing to help those in need, but also comparatively knowledgeable and concern about health matter.

The study found that village health workforces were still very much active and have become increasingly feminized. More than 35% of existing volunteers were recruited in less than five years, while the number of female volunteers rose to almost 70%. These volunteers performed comparatively well on short-termed task such as ad hoc health survey, periodic collecting data, or disease prevention campaign. They did not fare well, however, in the areas of work that need long-term, continuing dedication, such as caring of chronically ill patients. Existing volunteer workforces were found to be comparatively low educational and economic background. As health issues have become more complicate, this finding poses the question of how could volunteer workforce with higher attribute and economic status more prepared to dedicate be recruited. The changing administrative system and decentralization has resulted in village health volunteer being increasingly implicated in local and national politics. Changing contexts and concerns called into question the relevance of conventional model of VHVs. Case studies, however, suggested an increasing innovative roles and forms of volunteers in health development, ranging from volunteers in hospital settings to disaster relief volunteers. This strongly indicated that the idea of volunteer has been progressively more accepted and will have increasing role in Thai society in the future.

Key words: volunteers, village health volunteers, community health, primary health care, volunteer spirit, community participation.

ความเป็นมา

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่ได้ทำให้ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขไทยในช่วงกลางทศวรรษที่ ๒๕๒๐ มีความชัดเจนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ^(๑) โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านหรือ อสม.เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น^(๒, ๓) ปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนเกือบ ๘๐๐,๐๐๐ คนในทุกชุมชนของไทยมีบทบาทสำคัญได้ร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจนปรากฏเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขไทยที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลก ความสำเร็จดังกล่าวเป็นสิ่งที่ไม่อาจบรรลุได้ด้วยการดำเนินการโดยอาศัยการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลไกภาครัฐแต่เพียงลำพัง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยดำรงอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองและการปรับเปลี่ยนทางนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา ในระยะแรกของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แรงผลักดันขององค์ระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ รวมทั้งเงื่อนไขและสถานการณ์ทางสังคมและการเมืองมีส่วนสำคัญที่เร่งรัดให้การสาธารณสุขมูลฐานและงานอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว^(๔) แต่ทว่าในช่วงเกือบ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสความตื่นตัวในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลงทั้งในระดับสากล ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ^(๕) ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในระดับโลก การล่มสลายของขั้วอุดมการณ์ที่แบ่งโลกเป็นเสรีนิยมกับคอมมิวนิสต์ทำให้เส้นแบ่งเดิมที่เคยจัดจำแนกประเทศตามอุดมการณ์ทางการเมืองสลายลง ในขณะที่การค้าเสรี ทุนนิยมโลก และโลกาภิวัตน์แพร่หลายขยายตัวและได้ทำให้การสาธารณสุขมีสภาพที่ไร้พรมแดนอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน^(๖) โรคแพร่ระบาดอย่างร้ายขอบเขตพรมแดนใด ๆ ไม่แตกต่างไปจากสินค้า ข้อมูลข่าวสารและผู้คน^(๗)

ในระดับประเทศ การประกาศเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้าหลังสงครามเย็นสิ้นสุดลงเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงประเทศให้เป็นอุตสาหกรรม ระบบเศรษฐกิจไทยได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของทุนนิยมบริวารในระบบทุนโลกอย่างแนบแน่น การเปิดเสรีทางการค้ารวมทั้งการไหลเข้าของเงินทุนจากต่างประเทศได้ทำให้ประเทศไทยพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศทุนนิยมอย่างก้าวกระโดด สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่างชัดเจนต่อโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยที่สัดส่วนของชนชั้นกลางขยายตัวอย่างรวดเร็ว^(๘) ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตทันสมัยแบบตะวันตกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยในยุคหลังสงครามเย็น

ในขณะเดียวกัน นโยบายการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล การปฏิรูประบบราชการ การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตลอดจนจนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่าง ๆ^(๙) กระแสตกต่ำของงานสาธารณสุขมูลฐานและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพเหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่

จำเป็นต้องมีการทบทวนให้เห็นถึงยุทธศาสตร์การทำงานที่ชัดเจนในสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การศึกษาชิ้นนี้เป็นการประเมินบทบาทและศักยภาพของ อสม. ในบริบทใหม่ๆ ของการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น โดยมุ่งวิเคราะห์ให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานอยู่ภายใต้เงื่อนไขใดในปัจจุบัน ศักยภาพของ อสม. ในสถานการณ์สังคมและปัญหาสุขภาพใหม่ๆ เป็นอย่างไร รูปแบบการดำเนินการเรื่องอสม. ในปัจจุบันยังมีความเหมาะสมหรือไม่และจำเป็นต้องมีการปรับแนวคิดเรื่องอาสาสมัครให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ๆ หรือไม่ อย่างไร การศึกษานี้ยังมีเป้าหมายเพื่อเสนอทิศทางการและยุทธศาสตร์ใหม่ๆ เพื่อให้บรรลุถึงศักยภาพสูงสุดของอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในสังคมไทย

วัตถุประสงค์

การศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์และศักยภาพของ อสม. นี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญๆ ดังนี้

๑. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงาน และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปัจจุบัน
๒. เพื่อประเมินแนวคิดและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมใหม่และสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนารูปแบบงานอาสาสมัครและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบวิธีและกระบวนการสังเคราะห์ความรู้

กระบวนการถอดบทเรียนการทำงานอาสาสมัครเริ่มจากการทบทวนสถานการณ์และประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขเบื้องต้นโดยการรวบรวมและวิเคราะห์บทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อระดมประเด็นความคิดเห็นโดยมีนักวิชาการด้านสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคลุกคลีกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสมาคมหมออนามัยและเจ้าหน้าที่อนามัย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนอาสาสมัครเข้าร่วม เพื่อให้ได้ประเด็นการประเมินผลที่ชัดเจนทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสถานการณ์การทำงานสุขภาพชุมชนและการพัฒนาชุมชนโดยภาพรวม ข้อค้นพบจากการประชุมปฏิบัติการดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการพัฒนากรอบการประเมินเชิงปริมาณและการทบทวนสถานการณ์เชิงลึกในขั้นตอนต่อๆ มา

การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในภาพรวมระดับประเทศมุ่งประเมินความรู้ วิธีคิดการทำงาน ทักษะความสามารถ กลไกสนับสนุนและระบบสวัสดิการ ขวัญ และกำลังใจ รวมทั้งประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำงานของ อสม. การศึกษาเชิงปริมาณใช้ฐานข้อมูลจากทะเบียนประวัติ อสม. ทั้ง ๗๖ จังหวัด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๙ และข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ๔ กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชนชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน ๑๑ จังหวัด จังหวัดละ ๒ อำเภอ อำเภอละ ๒

ตำบล ตำบลละ ๓ หมู่บ้าน รวม ๑๓๒ หมู่บ้าน จากแบบสอบถามทางไปรษณีย์ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนชมรม อสม.ระดับจังหวัด จำนวน ๗๕ จังหวัด

นอกจากการทบทวนประเด็นความรู้และสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมของอาสาสมัครหรือจิตอาสาในสังคมไทย อาสาสมัครกับการรับมือภัยพิบัติ กลไกสนับสนุนและสิทธิประโยชน์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว การศึกษาชั้นนี้ยังได้มีการจัดทำกรณีศึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่น่าสนใจซึ่งเน้นการถอดประสบการณ์และรูปแบบใหม่ๆ ในการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุข เช่นอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ อาสาสมัครในกลุ่มแรงงานต่างด้าว หมอพื้นบ้านกับการเป็นอาสาสมัคร และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น กรณีศึกษาเหล่านี้เป็นวัตถุดิบสำหรับการสังเคราะห์ให้เห็นถึงศักยภาพ ทิศทางและความเป็นไปได้ใหม่ๆ ของขบวนการอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในอนาคต

ข้อค้นพบ: สถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุข

จากกระบวนการวิจัยทั้งในส่วนของการสำรวจในเชิงปริมาณ การทบทวนแนวคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านกรณีศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในการประชุมปฏิบัติการเพื่อสังเคราะห์บทเรียนและกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในช่วงข้างหน้า ทำให้สามารถประมวลข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

อสม. กับบริบททางประวัติศาสตร์และอุดมการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

บทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสัมพันธ์กับวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน และเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมการเมืองและปัญหาสุขภาพอนามัยที่สำคัญในยุคนั้น^(๑๐) จึงกล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผลผลิตของยุคสมัยแห่งการพัฒนาในบริบทของทศวรรษที่ ๒๕๒๐ อันเป็นบริบททางสังคมการเมืองที่มีการต่อสู้ทางอุดมการณ์ทางการเมืองและการแย่งชิงมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นในเงื่อนไขความสัมพันธ์เชิงอำนาจและบทบาทด้านความมั่นคงของรัฐในบริบทดังกล่าวทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและขึ้นตรงต่อระบบราชการ^(๑๑)

หากมองถึงเงื่อนไขทางการเมืองยุคหลังสงครามเย็นในปัจจุบัน พื้นที่ทางสังคมได้เปิดให้การแสดงออกทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขเดิมที่อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของภาครัฐและราชการทำให้มีจิตสำนึกทางการเมืองแบบติดแน่นกับภาครัฐและราชการ จนทำให้จิตสำนึกพลเมืองที่เป็นอิสระไม่สามารถพัฒนาขึ้นได้ กว้างขวางเท่าที่ควร ภาวะดังกล่าวกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนขึ้นเมื่ออำนาจรัฐมีการเคลื่อนจากภาคราชการไปสู่ภาคการเมืองมากขึ้น ในขณะที่ภาคราชการขาดความเข้มแข็งทางวิชาการและไร้อำนาจต่อรองทางการเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงถูกนำเข้ามาเป็นฐานเสียงและเป็นเครื่องมือทางการเมือง การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองโดยขาดจิตสำนึกพลเมืองที่เข้มแข็งนี้ทำให้

อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถมีบทบาทเป็นตัวแทนหรือเป็นปากเป็นเสียงให้กับชุมชนของตนเองได้ กระนั้นก็ตาม บทบาท อสม. สะท้อนความก้าวหน้าของรฐภาคสาธารณสุขที่สามารถสร้างแนวร่วมการทำงานกับภาคประชาชนได้สูงกว่าส่วนราชการอื่น^(๑๒)

ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สาธารณสุขในอดีตก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากปัจจุบัน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จึงถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ซึ่งมีปัญหาสำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดต่อ เช่น อูจจาระร่วง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคพยาธิ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด เป็นต้น บทบาทของ อสม. จึงตั้งอยู่บนสถานการณ์สุขภาพแบบหนึ่ง ในขณะเดียวกัน กระแสนโยบายสาธารณสุขมูลฐานตกต่ำลงทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น จากการเป็นนโยบายเชิงรุกที่ขึ้นำกำหนดทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงกลางทศวรรษที่ ๒๕๒๐ กลายเป็นงานเชิงรับที่ถอยร่นและถูกช่วงชิงพื้นที่งานจากนโยบายและทิศทางการใหม่ ๆ จากงานที่สามารถระดมบุคลากรที่มีศักยภาพสูงและเป็นพลังฝ่ายก้าวหน้าที่สุดของการสาธารณสุขไทยกลายเป็นงานที่ได้รับลำดับความสำคัญต่ำและยังต้องประคับประคองเอาตัวให้รอดเมื่อเกิดการเปลี่ยนผ่านด้านระบาดวิทยาและบริบทการทำงานดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง

สามทศวรรษ อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ ๘๐๐,๐๐๐ คนที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขไทยเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในรอบ ๓๐ ปีของการพัฒนาสาธารณสุขไทย กล่าวได้ว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระตือรือร้นนี่เองที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล ความสำเร็จอันโดดเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นยังเห็นได้จากการที่หน่วยงานต่างๆ มีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร ป่าไม้ การศึกษา เป็นต้น ที่สำคัญ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศอื่นๆ หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้นโดยส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปมากแล้ว แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยนั้นยังดำรงอยู่และมีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น

ที่สำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่างๆ กัน ซึ่งย่อมมีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนหรือเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยแรงจูงใจจากสิทธิประโยชน์เล็กๆ น้อยๆ แต่เราสามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคน ที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี นอกจากนี้ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข มีความไว้วางใจและมีเข้าใจที่ดีต่องานสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ โดยไม่ต้องชี้แจงหรือทำความเข้าใจมาก จนอาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอ การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย

กระบวนการ อสม. ยังมีชีวิตอยู่และมีความเป็นผู้หญิงมากขึ้น

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนา งานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบาย

สาธารณสุขมูลฐานนั้นส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปแล้ว แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูล อสม. ของประเทศไทยพบว่ากระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไทยยังคงมีชีวิตอยู่ในจำนวน อสม. ๗๙๑,๓๘๓ คนนั้น ปรากฏว่ามีอาสาสมัครจำนวนถึง ๒๙๒,๕๙๘ คน (๓๖.๙๗%) หรือมากกว่า ๑ ใน ๓ ที่มีช่วงเวลาของการเป็น อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ^(๑๓) ในขณะที่งานสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินการมาเกือบ ๓๐ ปีแล้ว ซึ่งหมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อายุการทำงานน้อยๆ เหล่านี้เป็นสมาชิกใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครไม่นาน นี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการ อสม. ยังคงมีชีวิตอยู่และยังมีอาสาสมัครใหม่ ๆ

ปี พ.ศ.	สัดส่วนอสม.ชาย ๑ คนต่อ อสม.หญิง (คน)
๒๕๓๖	๑.๗๕๕๓
๒๕๓๗	๑.๘๑๔๔
๒๕๓๘	๑.๘๗๒๙
๒๕๓๙	๑.๙๒๓๓
๒๕๔๐	๑.๙๙๙๔
๒๕๔๑	๒.๐๓๗๘
๒๕๔๒	๒.๐๗๘๖
๒๕๔๓	๒.๑๒๐๓
๒๕๔๔	๒.๑๖๑๘
๒๕๔๕	๒.๑๙๕๓
๒๕๔๖	๒.๒๖๕๖
๒๕๔๗	๒.๓๑๑๒
๒๕๔๘	๒.๓๓๔๐
๒๕๔๙	๒.๓๔๑๐

เข้ามาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการสนับสนุนและกระแสความตื่นตัวในเรื่องนี้จะไม่สูงนักในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา

นอกจากนั้น การวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลจากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขยังปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนว่าผู้หญิงเป็น อสม. มากขึ้น โดยมีอสม.ที่เป็นเพศชาย ๒๓๖,๘๓๓ คน (๒๙.๙๓%) และเพศหญิง ๕๕๑,๒๙๙ คน (๖๙.๖๖%) หรือเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มี อสม. ชายหนึ่งคนต่อ อสม.หญิง ๑.๗๕๕๓ คนในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ มาเป็นอสม. ชายหนึ่งคนต่อ อสม.หญิง ๒.๓๔๑๐ คนในปี ๒๕๔๙ กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้หญิงเป็นองค์ประกอบหลักนี้ทำให้การพัฒนาอสม.ต่อไปในอนาคตจะพึงเคยต่อข้อเท็จจริงที่ว่าคนกลุ่มนี้เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ ความเป็นผู้หญิงมากขึ้นนี้ทำให้กระบวนการ อสม. มีศักยภาพในงานบางด้านเป็นพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรือการทำงานที่ต้องการความละเอียดและความซื่อสัตย์ เป็นต้น

จุดแข็ง อสม. ที่เป็นอยู่คือการทำงานที่เสร็จเป็นครั้งคราวในระยะเวลาสั้น ๆ

การสำรวจการทำงานตามบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนคือ อสม. ที่มีอยู่มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูลจปฐ. ข้อมูลอนามัย ประชากร สัตว์ปีก การฉีดวัคซีน เป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล ดังที่มีบทบาทโดดเด่นในเรื่องไข้หวัดนก^(๑๔) ไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตามเงื่อนไขของวัยและอาชีพที่กว่า ๖๑.๔% ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และ อสม. ร้อยละ ๔๔.๔ มีอาชีพเป็นเกษตรกรและร้อยละ ๒๕.๔ ทำงานรับจ้างข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. ใช้เวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้

ในขณะเดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น หรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราว ๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่น ๆ จึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนไป

หากพิจารณาจากคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ ๘๖.๙ ไม่มีการศึกษาต่อเนื่อง ร้อยละ ๕๑.๑ มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้าง ๑๓.๔ % ลักษณะดังกล่าวทำให้ไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่งานอาสาสมัครสาธารณสุขจึงประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมือง^(๑๕) ในขณะเดียวกัน อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่มีเศรษฐฐานะดีนั้นไม่ใช้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่อสม. ต้องเข้าหา อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นอยู่นั้นมีวุฒิการศึกษาระดับ ปวช/ปวส. เพียง ๗.๓ % และปริญญาตรีเพียง ๑.๐% และเป็นข้าราชการเกษียณอยู่เพียง ๔.๔ % เท่านั้น ทำให้อาจต้องตั้งคำถามว่า ทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่พร้อมที่จะเสียสละให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง

ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปปรากฏให้เห็นเด่นชัดที่สุดจากการกระจายอำนาจซึ่งทำให้การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้านละ ๑๐,๐๐๐ บาทผ่านไปทาง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ อบต.และเทศบาลเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบสนับสนุนที่ว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสีย^(๑๖) ในส่วนข้อดีนั้น การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นจะทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการชุมชนได้ดีขึ้น แต่ก็อาจมีข้อเสียก็คือระบบดังกล่าวได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงในระยะประชิด ซึ่งหากไม่มีระบบที่เป็นอิสระมาเป็นตัวกลางก็อาจทำให้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่นส่งผลโดยตรงต่อระบบ อสม. เช่น หาก อสม. ทำงานใกล้ชิดหรือเอื้อประโยชน์ให้กับ อบต. ชุดแรก ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้บริหาร อบต. หลังการเลือกตั้ง อบต. ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่อาจจะยกเลิก อสม. กลุ่มเดิม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการ อสม. ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเมืองในท้องถิ่น

หากพิจารณาจากบทเรียนในประเทศอื่นๆ เช่น เนเธอร์แลนด์ ระบบการสนับสนุนงานอาสาสมัครของเขาจะไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากราชการ แต่จะเป็นการให้การสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระที่ทำงานสาธารณะประโยชน์และมีระบบธรรมาภิบาล^(๑๗) เช่น การมีคณะกรรมการบริหารที่เป็นอิสระเพื่อให้มีหลักประกันว่าเอาเงินไปใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ ที่สำคัญก็คือ การพัฒนาระบบองค์กรสาธารณะประโยชน์ที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการทำงานด้านอาสาสมัคร โดยองค์กรเหล่านี้สามารถทำงานในเนื้อหาที่หลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องเป็นอาสาสมัครเฉพาะด้านและสามารถทำหน้าที่ต่อรองกับอิทธิพลทางการเมือง รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนที่หลากหลายโดยไม่ต้องผูกติดอยู่กับแหล่งทุนใดแหล่งทุนหนึ่ง

ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีพัฒนาการของรูปแบบการจัดการและการประสานงานองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยของการก่อตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับภาคและระดับประเทศขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนอาจปรับเปลี่ยนไปจากเดิมที่การสนับสนุนด้านงบประมาณต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม.เป็นรายชุมชน แต่ในขณะนี้การเกิดชมรม อสม.ในระดับต่างๆ ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของกระบวนการ อสม. โดยรวม อีกทั้งชมรมในระดับต่างๆ เหล่านี้ยังคงอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาโลกของตัวเอง เพราะข้อมูลที่พบก็คือ อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ต่อความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ กลไกที่มีลักษณะรวมศูนย์ในระดับที่สูงกว่าจังหวัดอาจมีความจำเป็นน้อยและตกเป็นเครื่องมือทางการเมืองได้ง่าย ในระดับนโยบายจึงควรให้การสนับสนุนชมรมในระดับอำเภอและตำบลให้มีความเข้มแข็งเพียงพอสำหรับการเป็นฐานของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับท้องถิ่น

การเกิดขึ้นของ อสม. ชนชั้นนำและความเกี่ยวข้องกับการเมือง

เช่นเดียวกับกับการประเมินผลการดำเนินงานของ ผสส. และ อสม. ที่เกิดขึ้นในช่วง ๑๐ ปีแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๙ การประเมินบทบาทของ ผสส. และ อสม. ที่กำหนดไว้แตกต่างกัน มีข้อค้นพบว่า อสม. สามารถมีบทบาทได้ชัดเจนในขณะที่ ผสส. มี

บทบาทน้อยกว่ามาก^(๑๘) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นแม้จะไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นหัวหน้าของ ผสส. แต่ในทางปฏิบัติ ผสส. มีสถานะเป็นเพียงผู้ช่วย การประเมินผลดังกล่าวได้ทำให้มีการตัดสินใจในเวลาต่อมาให้มีการยกระดับให้เป็น อสม. เหมือนกันหมดและให้มีการตั้งตำแหน่งประธาน อสม. ขึ้น จากกรณีวิเคราะห์พบว่าประธาน อสม. ในปัจจุบันมีบทบาทมากขึ้นในงานด้านต่างๆ ทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ประธาน อสม. ต้องเข้าไปสัมพันธ์กับหน่วยงานราชการที่เอางานต่างๆ มาลงอย่างต่อเนื่อง บทบาทและหน้าที่จึงมากระจุกอยู่ที่ประธาน อสม. ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่ที่เลือกกลับกลายมามีบทบาทไม่ต่างจาก ผสส. เดิมมากนัก กล่าวคือมีหน้าที่หลักในด้านการแจ้งข่าวสาร สํารวจข้อมูลและรณรงค์งานสาธารณสุขเป็นครั้งคราวและมีบทบาทค่อนข้างจำกัดในงานด้านการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น

ในขณะเดียวกัน ฐานอสม. ที่มีอยู่อย่างทั่วถึงทุกชุมชนและเป็นองค์กรที่เน้นการทำประโยชน์ให้กับชุมชน (คือเน้นพระคุณมากกว่าพระเดช) ทำให้ อสม. กลายเป็นเป้าหมายที่ภาคการเมืองต้องการเข้ามาเกี่ยวข้องและครอบครองเป็นฐานคะแนนเสียง มีการพยายามหาเสียงกับ อสม. ด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเพิ่มสวัสดิการให้ การพา อสม. ไปเที่ยวหรือการจัดงานชุมชน อสม. เพื่อให้ให้นักการเมืองมาหาเสียง กลไกราชการที่รับผิดชอบในการให้การสนับสนุน อสม. เองก็ขาดความเข้มแข็งและความเป็นอิสระพอที่จะทนแรงรุกรจากฝ่ายการเมือง หรือไม่กี่สมรู้ร่วมคิดกับฝ่ายการเมืองเพื่อประโยชน์จากความก้าวหน้าในอาชีพราชการของตนเอง ยิ่งนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้เป็นนโยบายหลักที่โดดเด่นก็ยิ่งทำให้การตรวจสอบจากภาคส่วนต่างๆ ลดน้อยลง ปัญหานี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องระบบธรรมาภิบาลที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับธรรมชาติและจุดเด่นของงานอาสาสมัครที่ต้องมีความเป็นอิสระและไม่ยึดถือความเป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมือง

การเกิดขึ้นของรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลาย

แนวโน้มของการเกิดความหลากหลายของรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่ทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นไปอย่างกว้างขวางขึ้น ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ได้ทำให้ อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคมและได้ร่วมเรียนรู้จากความสำเร็จขององค์กรอื่น ๆ ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่น ๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุขด้วย เช่น กรณีหมอพื้นบ้านที่ดูแลเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยด้วยความเอื้อเฟื้อตามวัฒนธรรมท้องถิ่น^(๑๙) อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ทูบีนัมเบอร์วัน เครือข่ายจิตอาสา การทำความดีเพื่อในหลวง อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา รวมไปถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย^(๒๐) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิได้ทำให้เกิดความตื่นตัวของอาสาสมัคร โดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวซึ่งหลั่งไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยและพัฒนาเป็นกระบวนการและเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น ในท่ามกลางความหลากหลายเหล่านี้เราอาจเห็นแบบแผนของอาสาสมัครอย่างน้อย ๔ ลักษณะ คือ

● มีความหลากหลายทางชนชั้น ในหมู่คนชั้นล่าง แนวคิดเรื่องการอาสาดนเพื่อการทำงานส่วนรวมนั้นเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับโลกทัศน์แบบจารีต ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องบาปบุญคุณโทษทางศาสนธรรม และเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความสัมพันธ์แบบระบบอุปถัมภ์ รูปแบบอาสาดนจึงอยู่ในวิถีชีวิตและเป็นส่วนหนึ่งของวิถีปฏิบัติทางศาสนา ส่วนในหมู่คนชั้นกลางที่มีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว นั้น ได้ก่อตัวจนมีบทบาทสำคัญในงานด้านอาสาดนและองค์กรสาธารณประโยชน์ อาสาดนแบบคนชั้นกลางจึงมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกับอุดมคติของชีวิต อาทิ การทำความดีเพื่อความอิมใจและเพื่อความหมายที่สมบูรณ์ของชีวิต ในขณะที่แนวคิดอาสาดนในหมู่ชนชั้นสูงมีลักษณะสัมพันธ์กับแนวคิดการสงเคราะห์ที่เกื้อกูลแก่ผู้ด้อยโอกาสหรือคนทุกข์ยาก การส่งเสริมงานอาสาดนจึงต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความหลากหลายที่แตกต่างกันของชนชั้นต่าง ๆ

● ความหลากหลายตามลักษณะพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท อาสาดนสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ความแตกต่างนี้ไม่ใช่ลักษณะของวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่เป็นความแตกต่างทั้งรูปแบบโครงสร้างทางสังคม การก่อตัวและการยอมรับในบทบาทอาสาดน รวมทั้งภารกิจของอาสาดนที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อม ในเขตชนบท จากกลุ่มที่ทำงานสาธารณะด้านสุขภาพ ในปัจจุบันมีการรวมกลุ่มที่ถือว่าเป็นงานอาสาดนที่มีเนื้อหาและรูปแบบหลากหลายเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านอาชีพ กองทุน ผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น สำหรับงานอาสาดนในเขตเมืองเองก็เกิดลักษณะความหลากหลายอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นอาสาดนเพื่อผู้บริโภค อาสาดนช่วยเหลือผู้พิการ อาสาดนในสถานเด็กกำพร้า รวมทั้ง องค์กรบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนเมือง เช่น เรื่องเวลาอาสาดนที่คนเมืองทำงานประจำออฟฟิศสามารถให้เวลาได้เฉพาะในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ เป็นต้น

● ความหลากหลายด้านทักษะและความรู้ของอาสาดน ที่มีตั้งแต่อาสาดนที่ไม่ต้องการทักษะสูงไปถึงอาสาดนที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ อาสาดนที่ไม่ต้องการทักษะมากนัก เช่น อาสาดนปลูกป่า หรือทำความสะอาดสาธารณสุขสถาน เป็นกิจกรรมที่มือสมัครเล่นสามารถมีส่วนร่วมได้ง่าย ทักษะระดับปานกลาง เช่น การอ่านหนังสือบันทึกเสียงให้ผู้พิการทางตาใช้ฟัง หรืออาสาดนแบบทักษะสูง เช่น อาสาดนสมาลิตันที่รับโทรศัพท์ให้คำแนะนำปรึกษาคนที่คิดจะฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนอบรมมาอย่างดี หรืออาสาดนดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

● ความหลากหลายของอาสาดนแบบร่วมมือจนถึงตรวจสอบภาครัฐ ในความหลากหลายของอาสาดนที่เกิดขึ้นนี้ ยังปรากฏให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองขั้วของบทบาทในการทำงานขั้วหนึ่งเป็นอาสาดนที่ให้ความร่วมมือกับรัฐในการทำงานต่าง ๆ แต่ในอีกขั้วหนึ่งเป็นอาสาดนที่ทำงานตรวจสอบ ทวงสิทธิ์และต่อรองกับรัฐ ซึ่งอาสาดนในบทบาทหลังนี้เป็นพัฒนาการที่เกิดควบคู่กับการเติบโตของจิตสำนึกพลเมืองที่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและทำหน้าที่ตรวจสอบรัฐมากกว่าที่จะอยู่ใต้อาณัติของรัฐอย่างสยบยอม อาสาดนบางประเภท เช่น อาสาดนเอดส์ มีทั้งสองบทบาทผสมกันระหว่างความร่วมมือกับรัฐในการทำงานช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์และการต่อสู้ต่อรองกับรัฐ เช่น การต่อสู้เพื่อผลักดันมาตรการให้รัฐ

ยอมรับสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ หรือเครือข่าย อสม. อำเภอบาง
ชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ทำงานด้านสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เป็นต้น^(๒๑, ๒๒)

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งก็คือ เมื่อการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมากขึ้น
อาสาสมัครสาธารณสุขต้องทำงานสนองเจตนาหรือวาระงานขององค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละ
แหล่งก็มีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเองที่แตกต่างกันทำให้ อสม. ต้องผันตัวเองไปตามโจทย์
นั้น ๆ มากขึ้นไปด้วย จึงเป็นประเด็นที่ทำทนายว่า หาก อสม. ไม่สามารถบูรณาการงานต่าง ๆ ที่
เจ้าภาพล้วนแต่มีวาระงานของตนเพื่อให้เป็นวาระสุขภาพท้องถิ่น (Local health agenda) ของ
ตัวเองได้แล้ว การทำงานก็จะไปแบบแยกส่วนเป็นเรื่อง ๆ จนเกิดภาระงานหลายด้านและขาด
การบูรณาการ จนทำให้ อสม. บางส่วนหลุดออกจากการเป็นคนของชุมชน เพราะองค์กรภายนอกมี
ผลต่อการทำงานมากกว่า ในแง่จึงมีเสียงเรียกร้องให้คืน อสม. ให้ชุมชนซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้อง
กับการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาสังคมด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: สู่การสร้างอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ

จะเห็นได้อย่างชัดเจนจากการวิเคราะห์ข้างต้นว่าแนวทางการพัฒนางานอาสาสมัคร
สาธารณสุขจำเป็นต้องก้าวไปสู่การสร้างควมหลากหลายของงานอาสาสมัคร โดยการมีอาสาสมัคร
หลากหลายรูปแบบนอกจากจะช่วยแบ่งเบาภาระการทำงานของ อสม. แล้ว ยังจะสามารถพัฒนางาน
อาสาสมัครสุขภาพในพื้นที่ที่ไม่สามารถใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขมาตรฐานได้ ซึ่งจะเป็นการ
ขยายความสำเร็จจากพื้นที่ชนบทที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการไว้เป็น
แบบอย่างไปสู่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่ โดยใช้สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็น
เครื่องมือส่งเสริมจิตสำนึกสาธารณะและจิตอาสาให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของสังคมเพื่อให้
ร่วมกันสร้างสุขภาวะและทำความดี เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องดำเนินยุทธศาสตร์ดังนี้

๑. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขมาสู่
การเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ในขณะที่การให้การสนับสนุนทางการเงิน
แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ปรับไปสู่การให้การสนับสนุนไปที่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นแทนได้ทำให้บทบาทการเป็นเจ้าของ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุข
ปรับไปสู่การเป็นพี่เลี้ยงและผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการเป็นหลัก การสนับสนุนรูปแบบ
อาสาสมัครอื่น ๆ จะช่วยขยายฐานอาสาสมัครให้มีความหลากหลายและกว้างขวางขึ้น

๒. การสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเองใน
พื้นที่ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการสร้างและสนับสนุนให้เกิดระบบอาสาสมัครในด้านที่
เกี่ยวข้องกับงานของตนเองขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องนำงานของทุกกรมกองไปลง
ที่ อสม. แต่ให้มีกลุ่มหรือเครือข่ายของผู้มีจิตอาสาที่สนใจช่วยเหลืองานของตนขึ้น เช่น
อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครส่งเสริมสมุนไพร หมอยาอาสา หมอนวดอาสา
อาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือกันต้านโรคเอดส์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครอนุภาษาด
ลูกเสือหมอยาอาสา อาสาสมัครต้านเหล้า-บุหรี่ อาสาสมัครดูแลเหยื่อเมาแล้วขับ เป็นต้น ทั้งนี้
ต้องเป็นการดำเนินงานด้วยการสร้างจิตอาสาสมัครอย่างแท้จริง เพื่อไม่ให้กลายเป็น
องค์กรภายใต้ระบบอุปถัมภ์และตกอยู่ในวังวนของการหาสิทธิประโยชน์มาเพิ่มเติมเสมือน

องค์กรอาสาสมัคร โดยให้การจัดสรรสิทธิประโยชน์เป็นเรื่องขององค์กรที่อาสาสมัครเหล่านี้เป็นผู้จัดการ การดำเนินการดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้เกิดงานอาสาสมัครที่กว้างขวางขึ้นแล้ว ยังทำให้หน่วยงานสาธารณสุขได้พัฒนางานของตนเองให้มีคุณค่าเพียงพอที่จะเชื่อเชิญคนให้อาสามาช่วยเหลืองานของหน่วยงานตนได้อย่างสมัครใจ

๓. การเปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขรองรับอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด โดยทำให้หน่วยงานต่างๆ สามารถเปิดรับอาสาสมัครมาช่วยงานในหน่วยงานได้ ไม่ว่าจะเป็นการรับอาสาสมัครมาช่วยงานในสำนักงานและงานบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล งานสงเคราะห์ผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครรับฝากดูแลเลี้ยงเด็กเล็กเพื่อให้แม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลได้ อาสาสมัครในงานประชุมสัมมนาที่มีอยู่ตลอดทั้งปี ทั้งนี้ควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูลอาสาสมัคร ข้อมูลหน่วยงานที่ต้องการอาสาสมัคร รวมทั้ง Matching หรือ placement services และระบบการฝึกอบรมให้แก่ผู้สนใจมาเป็นอาสาสมัครในระบบสาธารณสุข ในอนาคตอาจกำหนดให้การเมืองค์กรอาสาสมัครเข้าร่วมงานในระบบโรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล

๔. ควรมีนโยบายส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนชนบทให้กว้างขวางหลากหลายมากขึ้น เพื่อสร้างและหนุนช่วยงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งปัจจุบันทำงานเป็นหลักได้ในบางด้าน เช่น งานสำรวจข้อมูล งานณรงค์และการเผยแพร่ข่าวสาร ส่วนงานที่ยืดเยื้อเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นภาระที่ต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุดจนแทบจะเรียกได้ว่าเป็นงานเต็มเวลาอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ อสม. ไม่สามารถที่จะทำได้มากนัก ในแง่นี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบขององค์กรอาสาสมัคร (Voluntary Organization) อื่นๆ เข้ามาเสริม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group) กลุ่มญาติ เครือข่ายผู้ปกครองหรือพ่อแม่ของเด็กป่วย หรือหากเป็นไปได้ อาจมีการจัดตั้งนักเรียน ลูกเสือ อนุภาคชาดหรือครูในโรงเรียนอาสาที่จะมาช่วยทำเรื่องเหล่านี้ก็จะเกิดรูปแบบใหม่ๆ ของงานอาสาสมัครได้ เช่น กลุ่มมิตรภาพบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เกิดขึ้น หรือกลุ่มเฝ้าระวังขนมหวานเด็กของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและกลุ่มเฝ้าระวังความรุนแรงที่มีการดำเนินการที่โรงพยาบาลน้ำพอง จ. ขอนแก่น เป็นต้น

๕. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัคร ที่ผ่านการเป็นอาสาสมัครเป็นบทบาทที่บุคลากรสาธารณสุขคาดหวังจากผู้อื่นโดยตนเองเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากผลงานของอาสาสมัคร เพื่อการสร้างสำนึกที่เห็นคุณค่าของงานอาสาสมัครอย่างแท้จริง ควรสนับสนุน “จิตอาสา” ในหมู่บุคลากรอันเป็นการสร้างวัฒนธรรมการเป็นอาสาสมัครให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันได้มีบุคลากรที่มีจิตใจเสียสละช่วยเหลืองานสาธารณสุขอยู่แล้ว เช่น การเป็นอาสาสมัครเลือกตั้งหรืออาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย สิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติมคือการทำให้เป็นระบบและสร้างให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร

๖. การสร้างระบบงานและกลไกการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระของ อสม. ให้กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้ในลักษณะที่ไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมืองและไม่ถูกการเมืองมาแสวงประโยชน์ เพื่อให้ อสม. สามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว การไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายไม่ได้หมายความว่าไม่สามารถรับการสนับสนุนจากพรรคการเมืองได้ แต่ให้สามารถแสวงหาการสนับสนุนจากภาคการเมืองต่างๆ ส่วนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีการผูกขาดจากผู้ถือครองอำนาจรัฐ แนวทางหนึ่งในการดำเนินการก็คือการสร้างระบบการสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระแทนการจ่ายเงินสนับสนุนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจเป็นปัญหาในระยะยาวเพราะจะบั่นทอนกระบวนการ อสม. โดยรวม ทำให้ อสม. แบ่งเป็นฝักเป็นฝ่าย ดังที่เริ่มพบว่า คณะผู้บริหารเทศบาลที่ได้รับเลือกตั้งใหม่ได้ยกเลิก อสม. ชุดเดิมเพื่อเลือก อสม. ของตนขึ้นมาใหม่ หากเป็นเช่นนี้ อสม. ก็จะแตกออกเป็น 2 พวกทันที

บทส่งท้าย

การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครในงานด้านการแพทย์และสุขภาพนอกจากจะเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสร้างศักยภาพของระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยโดยรวมอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าอาสาสมัครนั้นเป็นทั้งแนวทางและเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะการที่ประชาชนพลเมืองมีจิตสำนึกในการขึ้นอาสาทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทนนั้น เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลแก่สังคมส่วนรวมที่ไม่เพียงก่อให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณะ แต่ที่สำคัญยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งใหญ่ต่อการพัฒนาตนเองของผู้ที่อาสาเข้ามาทำงานส่วนรวม เพราะผลตอบแทนที่ได้นั้นเป็นความภาคภูมิใจและการเรียนรู้คุณค่าความหมายของชีวิตที่ไม่อาจซื้อหาได้ด้วยเงิน

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการชิ้นนี้เป็นผลลัพท์ของความร่วมมือทางวิชาการของหลายฝ่ายในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนาโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้เขียนขอขอบคุณนักวิจัยที่ร่วมกันดำเนินโครงการดังกล่าวทั้งการวิจัยเชิงปริมาณโดย สุจินดา สุขกำเนิด, แสงเทียน อัจฉิมางกูร, ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร, กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ และนักวิชาการที่ทำหน้าที่ทบทวนองค์ความรู้และจัดทำกรณีศึกษาต่างๆ ได้แก่ ชาตชาย มุกสง, ประชาธิป กะทา, ฉันทนา ผดุงทศ, วิชิต เปานิล, รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชาตชาย สุวรรณนิตย์, ยงศักดิ์ ตันติปฏิภน, ชัยณรงค์ สังข์จ่าง, พนมวรรณ คาดพันโน, เชิงชาญ โนจา, สมพงศ์ สระแก้ว และ ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล, อีรวัฒน์ แดงกะเปา, รุ่งนภา มลารัตน์, ศิริพร เหลืองอุดม, ศीलเรืองศักดิ์ สุกใส, เสณี จำวิสูตร, ประสิทธิ์ชัย หนูนวนล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล, สฤกษ์ สุฤทธิ, ธนัช กนกเทศ, และเทียนทอง ตะแก้ว รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในวาระต่างๆ ที่ทำให้การศึกษาวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

๑. WHO. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981.
๒. Amorn Nondasuta, Raden Husdee. Thailand from policy to implementation. In: Tarimo E, Creese A, eds. Achieving health for all by the year 2000. WHO, Geneva, 1990; 244-255.
๓. Pricha Desawadi. Primary Health Care in Thailand. In: Reynolds DC, Harinasuta C, eds. Rural Health Research for Primary Health Care in Southeast Asia. Bangkok, 1985; 47-54.
๔. Morgan L. Community Participation in Health: The Politics of Primary Health Care in Costa Rica. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1993.
๕. Sambo L. Revitalizing Health Services Using the Primary Health Care Approach in the African Region. International Hospital Federation Reference Book, 2006-2007; 12-15.
๖. Friedman T. The World is Flat: A Brief History of the Twenty-First Century. New York: Farrar, Staus & Giroux, 2007.
๗. Komatra Chuengsatiansup. Health and Human Condition in the Age of Violence, Epidemics, and Natural Disaster: Localizing Global Crises. Paper presented at Kyoto University International Symposium, "Co-existing with Nature in a "Glocalizing" World - Field Science Perspectives, held on November 23-24, 2005, Bangkok, 2005.
๘. Pasuk Phongpaichit, Baker C. Thailand's Boom and Bust. Bangkok: Silkworm, 1998.
๙. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐
๑๐. Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. American Journal of Public Health 2004; 94: 1864-74.
๑๑. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ชับเคลื่อนนาระสุขภาพะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, ๒๕๔๘.
๑๒. บัณฑิต อ่อนดำ และคณะ. บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๕.
๑๓. ข้อมูลเชิงปริมาณในการประเมินศักยภาพ อสม. ตูรายละเอียดได้จาก สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ. การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ๒๕๕๐.
๑๔. WHO. Thailand's Village Health Volunteers Blaze the Trail for Avian Flu Work in the Communities. New Delhi: World Health Organization, Southeast Asia Regional Office, 2006; 7.
๑๕. ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานในทศวรรษก่อนของ Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in Northeast Thailand: an ethnographic field study. International Journal of Nursing Studies 1997; 34: 249-255.

๑๖. วิชิต เปานิล, รุจยา ชัชวาลยางกูร,ชาติชาย สุวรรณนิตย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. กลไกสนับสนุนกับ
บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข. ในโกมาตรและคณะ บก. อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา กับ สุข
ภาวะไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๐.
๑๗. Weekers S. A report from the Netherlands. In: Weekers S, Pijl M, eds. Home care
and care allowances in the European Union. Utrecht: NIZW, 1998; 147-77.
๑๘. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ. ปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม. นครปฐม: ศูนย์ศึกษา
นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๐.
๑๙. ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับหมอฟันบ้าน. โครงการประเมิน
ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคม
และสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), ๒๕๔๙.
๒๐. สมพงษ์ สระแก้ว, ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล. อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (ออสต.): กลไกการเข้าถึง
สิทธิบริการสุขภาพอนามัยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร. โครงการประเมินศักยภาพ
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549
๒๑. อีรวัฒน์ แดงกะเป่า. บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์รวม กรณีที่บ้านสี่แยกสวนป่า จังหวัด
นครศรีธรรมราช. .โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์
การพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๙.
๒๒. ชาติชาย มุกสง. ธรรมภิบาลและการเมืองแบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ศึกษากรณีกลุ่ม
คุ้มครองผู้บริโภคสี่แยกสวนป่า อ. บางขัน จ. นครศรีธรรมราช. เอกสารวิชาการสำนักวิจัยสังคม
และสุขภาพ หมายเลข 3. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๔๘.