



ผลสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การสังเคราะห์งานวิจัย
วันที่ ๕ - ๖ กรกฎาคม ๒๕๔๙
ที่ กรุงเทพมหานคร

ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการโครงการโดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
และคณะนักวิจัย

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พ.ศ. ๒๕๔๙

ผลสรุปจากการประชุมเพื่อสังเคราะห์การวิจัย
ในวันที่ 5 - 6 กรกฎาคม 2549 ณ กรุงเทพมหานคร
โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา
(เดือน เมษายน ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2549)

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนานี้ เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานสุขภาพ ภายใต้กลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปัจจุบัน อีกทั้งศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยคาดหวังให้ได้ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนายที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเหมาะสม โครงการนี้จึงออกแบบกระบวนการศึกษาที่มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ส่วนแรก เป็นงานศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้ประสานงานโครงการกลางได้ร่างกรอบแนวคิดการศึกษา และปรึกษากับคณะผู้ศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 4 คนหลัก และได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการผู้มีความเชี่ยวชาญจากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ส่วนภูมิภาค เพื่อหารือร่วมกันพัฒนารอบแนวคิด เป็นกลุ่มย่อย 3 ครั้ง จนได้กรอบแนวทางการศึกษา วิจัยที่ชัดเจน กลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลโดยการศึกษาภาพรวม ให้ทราบสถานการณ์การทำงาน บทบาท และการสนับสนุน อสม. ที่ดำรงอยู่ และแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่สอง เป็นงานศึกษาคุณภาพ

คณะวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 25 คนประมวลข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา ผ่านการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ตรง และข้อเสนอจากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งแรกของโครงการ จึงได้ประเด็นและทิศทางการประเมินผลสถานการณ์การดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างชัดเจน แล้วจึงแบ่งบทบาทการศึกษา เป็น 2 ส่วน โครงการนี้ได้แบ่งแนวทางศึกษา เป็น 2 วิธี โดยการสนับสนุนการศึกษาดูงานในภาพรวม 4 เรื่อง และจัดทำกรณีศึกษาจากรูปธรรมของพื้นที่มี 16 เรื่อง (รายละเอียดเนื้อหา ได้นำเสนอไว้ในเอกสารสรุปสังเคราะห์ โดย

น.พ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ แล้ว)

นอกจากนั้นแล้ว ในกระบวนการศึกษาของโครงการนี้ นักวิจัยได้ทำงานด้านสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้รู้และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้ง อสม. จำนวนหนึ่ง และจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group) กับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว โดยคาดว่าจะการประเมินศักยภาพ อสม.

ของโครงการนี้ ครอบคลุมสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่และนโยบายเพียงพอ กับการเสนอ ยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะต่อไป

ในระยะ 3 เดือนของกระบวนการศึกษาของคณะวิจัยทั้ง 3 คณะ โดยได้ประชุมระดมสมองและ แลกเปลี่ยนความรู้ความเห็นในการประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 7 มีนาคม แล้ว การประชุมครั้งนี้ จึงเน้นการ สังเคราะห์งานวิจัย โดยการประชุมนำเสนอเนื้อหาผลการศึกษาที่เกิดขึ้น และแลกเปลี่ยนระดมสมอง กันเพิ่มเติม กระบวนการกลุ่มย่อยเป็นวิธีการแลกเปลี่ยนและเพิ่มเติมประเด็นและเนื้อหาที่จะช่วยเพิ่มความ สมบูรณ์ของเนื้อหาแต่ละเรื่อง ในการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 1 โครงการย่อย และการศึกษาเชิง คุณภาพ จำนวน 20 เรื่อง

ผลการประชุมสังเคราะห์การวิจัยโครงการในภาพรวม

ผลสรุปจากกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็น โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้ไปทบทวน งานสุขภาพในสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลง และบทบาทอาสาสมัครสุขภาพ หรือ อสม. ในประเด็น ต่าง ๆ มาอย่างหลากหลาย 20 เรื่อง ทั้งที่เป็นสถานการณ์ แนวคิดและรูปธรรมในพื้นที่ รวมทั้งมีการ ศึกษาวิจัยเชิงปริมาณที่ทำให้เห็นสถานการณ์ อสม. ของสังคมไทย นำมาประกอบการประชุมและมี กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ พอจะสรุปได้ดังนี้

จากการศึกษาและการทบทวนเรื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านทำให้เห็นว่าในเรื่อง อาสาสมัครนั้นจะต้องเข้าใจ โดยที่มองเห็นวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดนี้ซึ่งเป็นผลของ ยุคสมัยและก็มีมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมตลอดมา ตั้งแต่ยุคแรก ๆ การ นำอาสาสมัครสุขภาพมูลฐานมาดำเนินการ แนวความคิดนี้น่ามาจากที่ประชุม “อัลมา อดา” นั้น คือมาจาก แนวความคิดที่เห็นความสำคัญของอำนาจและบทบาทของรัฐที่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนในบางลักษณะ ประกอบกับสถานการณ์สุขภาพยุคนั้นในบางลักษณะ ก็ได้ประกอบกันขึ้นมาเป็นบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ที่เหมาะสมกับสภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ยกตัวอย่างที่เราพูดกัน มากคือ ในสมัยนั้นมีเด็กที่ขาดสารอาหารจำนวนมาก มีโรคติดเชื้อ มีท้องเสียอะไรต่าง ๆ นี้ ฉะนั้น บทบาทของ อสม. จึงผูกติดอยู่กับแบบจำลอง (model) นั้น ต่อเมื่อสังคมวิวัฒนาการไปแล้ว ก็มีความ จำเป็นที่ต้องปรับเป็นระยะ ๆ

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศที่รวมอยู่ในระบบสาธารณสุข ไทยเป็นทุนสำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดในรอบ 30 ปีในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของ สังคมไทยและก็เป็นรูปธรรมที่ยั่งยืนได้รับการยอมรับจากหลายประเทศทั่วโลก ในขณะที่บางประเทศ ยกเลิกไปแล้วก็ตาม แต่ อสม. ไทยยังดำรงอยู่และดำรงอยู่อย่างมีความหมายในการช่วยให้ระบบ สาธารณสุขดำเนินการไปได้ โดยที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถดำเนินการได้จากอาศัยเจ้าหน้าที่เพียง ลำพัง คือมีเฉพาะเจ้าหน้าที่อย่างเดียวไม่มี อสม.เลย สาธารณสุขจะดำเนินมาไม่ได้แบบนี้ถึงปัจจุบัน ถึงแม้มีข้อจำกัดอะไร ก็ตาม ขณะนี้เรายังพบ อสม. ใหม่ที่มีอายุการเป็นเพียง อสม. 1-5 ปี

ข้อมูลนี้มีนัยยะสำคัญในแง่ที่ว่ามันไม่ตายไม่ฝ่อ แต่มันมีคนใหม่ ๆ เข้ามาอยู่ตลอดเวลาข้อมูลจากการทบทวนเอกสารต่างๆ อสม. 700,000 กว่าคนบนพื้นฐานของข้อมูลจริง คือมีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าผู้หญิงมีบทบาทในการเป็น อสม.มากขึ้น สัดส่วนในปัจจุบันนี้คือ หญิง 1 / อสม. 1 คน, หญิง 2 / อสม. ชาย 1 คน อย่างน้อยมากกว่า 2 อย่างน้อยที่สุดคือ 2 ต่อ 1 ธรรมชาติที่มีผู้หญิงเป็นองค์ประกอบหลักนั้นทำให้ อสม.เองมีความน่าสนใจโดยตัวเอง สิ่งที่จะพัฒนา อสม. ต่อไปในอนาคตคือ จะไม่เพิกเฉยต่อข้อเท็จจริงที่ว่าคนกลุ่มนี้เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่

จากภาพรวมการนำเสนอผลการศึกษาของบทความ 4 เรื่อง และกรณีศึกษาเชิงรูปธรรมอีก 16 เรื่อง และการศึกษาเชิงปริมาณ สามารถสรุปผลเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. แนวโน้มที่ชัดเจนของ อสม. เกือบ 800,000 คน คือทำงานได้ดี ในกิจกรรมการรณรงค์ตามช่วงเวลาที่ชัดเจนเนื่องจากข้อจำกัดของการที่เขาต้องมีอาชีพต้องทำมาหากิน ต้องเลี้ยงดูครอบครัว จึงไม่ควรไปคาดหวังให้เขาเป็น อสม.แบบเต็มเวลา ซึ่งนั่นมีความเป็นไปได้ยาก และเราไม่ควรไปรบกวนเขาให้ทำงานตามที่เรากำลังต้องการ เพราะฉะนั้น รัฐพึงสนับสนุนงานที่เหมาะสมและ อสม.ทำได้คืออยู่แล้ว นั่นคือทำอะไรให้เกิดมีประสิทธิภาพที่ต่อเนื่องกันไป งานสุขภาพจึงควรคิดค้นหารูปแบบใหม่ขึ้นมาเพื่อที่จะนำส่วนที่แตกต่างจากธรรมชาติชุดนี้ และใช้กลไกมาจัดการให้สอดคล้อง คือแนวโน้มอีกอันหนึ่งที่เกิดจากผู้เข้าร่วมประชุมมองเห็น

2. ในช่วงที่ผ่านมาได้เห็นกระบวนการที่ทำให้เป็นการเมืองเกิดขึ้นชัดเจน คือการเมืองทุกระดับตั้งแต่ ระดับท้องถิ่นมาจนถึงระดับชาติ มีส่วนได้ส่วนเสียกับอาสาสมัครสาธารณสุขชัดเจนมากขึ้นและรูปแบบก็มีการพัฒนาการมากขึ้นอยู่เรื่อย ๆ จากเดิมที่เป็นกลไกราชการประจำเป็นตัวหลักในการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ข้าราชการประจำต้องยอมรับว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ในการลงคะแนนเสียง ธรรมชาติของความสัมพันธ์มีอยู่แล้ว พอเกิดการเมืองเข้ามามากขึ้นธรรมชาติความสัมพันธ์ชุดนี้ก็เปลี่ยนแปลงไป ยกตัวอย่างเช่น เหตุการณ์การระดม อสม. มาเพื่อที่จะพบนักการเมืองเพื่อช่วยในการหาเสียงให้ไปได้ง่าย จนกระทั่งการเป็นหัวคะแนน หรือจนกระทั่งการที่จะพยายามที่จะสร้างระบบอุปถัมภ์ นี่ก็เป็นแนวโน้มอีกประการหนึ่ง

3. ประเด็นที่เรียกว่า การแบ่งแยกชนชั้นของ อสม. (Stratification) เช่นเดียวกันว่ามีสืบเนื่องมาจาก 10 ปีแรกของ อสม. ในส่วนของปีแรกนั้นมีการสรุปว่า อสม.มีบทบาทมาก แต่ผลส.มีบทบาทน้อย การมีชนชั้นนี้ถูกนำไปใช้ในการตัดสินใจของ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานว่าถ้าเอามายกระดับให้เป็น อสม.แต่ในขณะที่ยกเป็นอสม.ให้หมดแล้วนั้น ก็เกิดมีประธาน อสม. ขึ้นมาอีก ผ่านมา 30 ปี ประธาน อสม.แยกตัวไป เพราะว่ามีภารกิจและเรียนรู้เยอะ จึงเข้าไปสัมพันธ์กับองค์กรทางราชการฉะนั้นบทบาทและหน้าที่มากระจุกับประธาน อสม. แล้วก็เกิดปรากฏการณ์คล้ายเดิมคืองานมากระจุกับตัวที่ อสม. เป็นปรากฏการณ์ที่ต่อเนื่องของการมีระดับชั้นเกิดขึ้น การมีชนชั้นสัมพันธ์ไปกับการที่จะต้องสวมหมวกหลายใบ อสม. กับการเป็นส่วนผู้นำซึ่งจะมีบทบาทหลายอย่างด้วย ประธาน อสม.นั้นก็จะมามีบทบาทและไปมีส่วนร่วมกับกระทรวงและกรมอื่น ๆ

4. แนวโน้มที่กำลังเกิดขึ้น คือ การเกิดพหุลักษณะของ อสม. ก็คือว่า อสม. เองนั้นไม่ได้เป็น อสม. อย่างเดียว แต่ไปเป็นอาสาสมัครในลักษณะอื่น ๆ ในตัวอสม.เองด้วย หมายความว่า อสม. เกือบ 800,000 คนที่คิดว่าแทนที่จะเป็น อสม.อย่างเดียวก็เป็นอาสาสมัครแบบอื่นด้วย ถือว่าเป็นการทำให้มีความหลากหลายของ อสม. แต่ในขณะเดียวกันก็มีความหลากหลายของอาสาสมัครอื่น ๆ ในสังคมด้วย ดังเช่น อาสาสมัครสารพัดรูปแบบที่เกิดขึ้นจากเรื่องที่เล่า (พิสุทธเดช เศรษฐมวงษ์ จ.พิจิตร เล่าให้ฟังในการประชุมครั้งนี้) กันตั้งแต่ ยายเหวียนกับลุงจรัสที่ไปดูแลเพื่อนบ้านด้วยจิตอาสา ดูแลเด็กนักเรียนด้วยจิตอาสา และเรื่องเล่าอื่น ๆ อีกจำนวนหนึ่งที่ไล่ไปถึงสถานการณ์จิตอาสาการทำความดีต่าง ๆ อาสาสมัครที่จะทำงานในโรงพยาบาล อาสาสมัครรับโทรศัพท์ อาสาสมัครไปนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา รวมไปถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เขามาทำงานในประเทศไทย เหตุการณ์เหล่านี้ก็ชัดเจนว่า นั้นมีความหลากหลายอย่างน้อยอยู่ 4 แบบ คือ

- มีความหลากหลายเฉพาะทางชนชั้น สำหรับชนชั้นล่างมีทักษะต่อเรื่องอาสาสมัครก็ไม่ใช่เป็นเรื่องจิตอาสาเท่านั้นแต่ยังไปเกี่ยวกับบาปบุญ คุณโทษ ความเชื่อถือเรื่องบุญ การช่วยเหลือผู้อื่นด้วยใจเป็นบุญนี้ก็ได้บุญ และสำหรับชนชั้นกลางเกี่ยวข้องกับอุดมคติเรื่องของความดีต่างๆ ในขณะที่ชนชั้นสูงมีลักษณะความสัมพันธ์กับการให้ในลักษณะการสงเคราะห์คนอื่น เพราะฉะนั้นในความหลากหลายก็มีลักษณะที่แตกต่างไปตามชนชั้นอีกลักษณะหนึ่ง

- ความแตกต่างที่หลากหลายจากความเป็นไปได้ในลักษณะพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท จะเห็นได้ชัดเจนโดยลักษณะของพื้นที่ ไม่ใช่ลักษณะของวัฒนธรรมความเชื่อ ยกตัวอย่างประเพณีของในเมือง เช่น ในชุมชนแออัดมีความเชื่อและประเพณีที่ยังมีความเป็นชนบทอยู่ รูปแบบการก่อตัวของชุมชนเมืองทำให้อาสาสมัครแตกต่างไปจากชนบท

- ความหลากหลายในการเป็นอาสาสมัครทั่วไป หรืออาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะสูง ไล่เรียงไปถึงอาสาสมัครที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ ยกตัวอย่าง ที่มีการพูดกันคือ สมาคมสมาพันธ์เป็นเครือข่ายการรับบริจาคคนที่จะฆ่าตัวตาย ที่พูดถึงบ่อยว่าถ้าคุณได้รับการฝึกฝนอบรมมาอย่างดีแล้วคุณมาเป็นอาสาสมัครรับบริจาคคนฆ่าตัวตายนั้นคุณก็อาจจะฆ่าตัวเองตาย เพราะคุณรับทุกข์ของคนอื่นไม่ไหวหรือแม้คุณให้คำปรึกษาที่ผิด ๆ ไป เขาก็ฆ่าตัวตายเพราะว่าคุณให้คำปรึกษาผิดไป ฉะนั้นในความหลากหลายมีสเปกตรัมของความเป็นไปได้ ซึ่งต้องทำความเข้าใจแยกแยะและอาจต้องจัดกระบวนการฝึกอบรมกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่เท่ากันในประเภทต่าง ๆ ของอาสาสมัคร

- ความหลากหลายของอาสาสมัครที่เกิดขึ้นนั้น ข้างหนึ่งของสเปกตรัมเป็นการให้ความร่วมมือกับรัฐ แต่อีกด้านหนึ่งกำลังต่อรองต่อสู้กับรัฐ ซึ่งการต่อรองต่อสู้กับรัฐนั้น ในกรณีของอาสาสมัครที่เราเห็นอยู่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ อย่างกรณี ที่บ้านสี่แยกสวนป่า ตำบลวังหิน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเครือข่าย อสม. ที่บางขันได้ก่อตัวและขยายการพัฒนาจิตสำนึกชุดหนึ่งขึ้นมา โดยการเลือกที่จะทำงานกับภาครัฐ และ อสม. ก็ทำได้ดีและมีประโยชน์ด้วย

สำหรับบางเรื่องที่ไม่ต่อต้าน หรือเรื่องบางเรื่องที่เข้ามาคุกคามความผาสุกของชุมชนเครือข่าย อสม. ก็สามารถทำได้ด้วยเช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นความหลากหลายตรงนี้มีประเด็นชัดเจน

ข้อสรุปของแนวโน้มจากการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์

1. เรื่องการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปปรากฏเห็นชัดเจนว่าระบบการสนับสนุนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกลไกที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมงานในชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดที่สุดจากผลของการกระจายอำนาจซึ่งทำให้เงิน 10,000 บาทผ่านช่องทางไปสู่ อบต.และเทศบาล คือกลไกการบริหารจัดการ ซึ่งส่วนนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ อาจตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดี แต่มีข้อเสียคือการกลายเป็นการเมืองระยะประชิด การเมืองระยะประชิดหมายความว่า อสม.เองนั้นต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงไม่มีตัวกลางรองรับ ในระยะก่อนนี้จะมีตัวกลาง เช่นว่า นโยบายของพรรคการเมืองมาผลักดันในเรื่องนี้ มีปฏิบัติการ(implement) ผ่านระบบราชการ ราชการก็เป็นตัวกลางให้ แต่ตอนนี้ไม่ได้แล้ว อบต. รุ่นใหม่ที่เลือกตั้งเข้ามาใหม่อาจจะไปไล่รุ่นเก่าทิ้งหมดเลยแล้วเอาของตัวเองขึ้นมา ในลักษณะอย่างนี้ ถ้าพิจารณาจากประเทศอื่นๆ เขาจะไม่ให้การสนับสนุนโดยตรงจากองค์กรที่เป็นภาคราชการทางการเมืองอย่างเช่นที่ เนเธอร์แลนด์นั้นรัฐบาลให้การสนับสนุนโดยตรงแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (municipation) โดยจะต้องผ่านองค์กรที่สาม ซึ่งองค์กรที่ 3 จะมีบอร์ดของตัวเองที่จะทำให้เกิดธรรมาภิบาล (governance) ที่ดีได้ และก็มีหลักประกันว่าเอาเงินไปใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ และไม่เอาเงินไปใช้เพื่อบริโภค แคมเปญ

2. รูปแบบการทำงานที่ไม่สนับสนุนพรรคการเมือง (โดยตรง) ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนต่อพรรคการเมืองที่มีอำนาจอยู่แล้วก็ตาม ซึ่งลักษณะอย่างนี้เราเรียกว่าเป็น non-partisan สปสข., ผู้ว่า CEO, สสส., อบต. หรือแม้แต่องค์กร OTOP อะไรต่าง ๆ ที่สนับสนุน อสม.ก็เป็นไกหลักที่เข้าไป ซึ่งทำให้เราเห็นว่ามีกรณีเอาสินค้า OTOP จากนนทบุรีมาขายในกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำ ฉะนั้นรูปแบบการสนับสนุนก็หลากหลายนี้ที่ไม่อาจตัดสินตรงนี้ว่ามันดีหรือไม่ดี แต่ต้องลงไปวิเคราะห์พอสมควรก่อนที่จะเราได้ข้อเท็จจริงนั้นขึ้นมา

3. รูปแบบการก่อตัวขึ้นของการเป็นนิติบุคคลของชมรม อสม. นั้นก็ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนมีลักษณะแตกต่างไปจากเดิมด้วยเช่นเดียวกัน จากเดิมนั้นเป็นระบบที่ต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม.เป็นรายชุมชน แต่ตอนนี้มีการเกิด อสม.ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับภาคและระดับประเทศ ตัวชมรมเองยังอยู่ในช่วงตอนของการพัฒนาตัวเอง เพราะข้อมูลที่ได้ก็คือ อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย

4. จากข้อสังเกต ที่ว่าระบบการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมาก อสม.ต้องทำงานตามเจตนาของกลุ่มที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งที่ให้การสนับสนุนนั้นก็จะมีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเอง โดยปริยายนั้น อสม. ต้องผันตัวเองไปตามโจทย์นั้น ๆ ตรงนี้ก็เป็นประเด็นที่ท้าทายที่ว่า ถ้า อสม. ไม่สามารถในการบูรณาการงานต่าง ๆ ที่มีเข้ามามีเกิดขึ้นมากมายท่วมทับไปด้วย Agenda ของคนอื่น โดยไม่มีโอกาสรู้เลยว่า วาระสุขภาพท้องถิ่น(agenda) ของตัวเองเป็นอย่างไร ในแง่นี้ก็

เสียงเรียกร้องให้คืน อสม.ให้ชุมชนซึ่ง ก็ย่อมหมายความว่าอย่างไรให้ อสม.ไม่ต้องมาทำงานตาม agenda ของผู้ให้ทุนอื่น อันนี้เป็นประเด็นการสนับสนุน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ ข้อเสนอแนะต่อภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีผลอย่างมากกับเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ก็มีข้อเสนอแนะ 3 ข้อ คือ

1. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขสู่การเป็นพี่เลี้ยงให้มากขึ้น พี่เลี้ยงในที่นี้ หมายความว่าโดยปริยายที่ไม่ได้เป็นผู้ให้เงินเขา เงิน 10,000 บาท ไปผ่านช่องทางอื่น ถ้ารัฐยังติดอยู่กับกรอบวิธีคิดเก่าที่มีกิจกรรมลงไปพร้อมกับให้เงิน แต่ก่อนนี้กิจกรรมไปพร้อมกับเงินถึง่ายที่จะบริหารจัดการให้เกิดอะไรหรือให้ทำอะไร ที่นี้เงินไปทางหนึ่งแล้วถ้ากระทรวงยังติดอยู่กับกรอบคิดกิจกรรมที่พ่วงไปกับเงินนั้นจะไม่เกิดขึ้นแล้ว รัฐจะต้องปรับบทบาทมาเป็นพี่เลี้ยง

2. กระทรวงน่าจะมีการพัฒนานโยบายรวมเพื่อที่จะส่งเสริมอาสาสมัครในลักษณะที่หลากหลายและกว้างขวางมากขึ้น ตัวอย่างที่น่าเสนอกันคือ งานที่ อสม. ทำได้อย่างจำกัดยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน การไปดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันนั้นเป็นภาระที่ต่อเนื่องตลอดปีและไม่มีที่สิ้นสุดแล้ว ในชุมชนหนึ่งก็มีผู้ป่วยเบาหวาน และความดันจำนวนมากขึ้น ถ้า อสม. ต้องไปวัดความดัน ไปตรวจเบาหวาน ไปให้บริการเหล่านั้น แทบจะเรียกได้ว่างานนี้เป็นงานเต็มเวลาของ อสม. ข้อมูลที่พบคือว่าในด้านนี้ อสม. ไม่มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จะทำได้ โจทย์ที่ต้องคิดคือ จะให้ อสม. ทำงานตรวจวินิจฉัยโรคหรือสร้างเสริมสุขภาพ

ในแง่มีข้อเสนอว่า รูปแบบขององค์กรอาสาสมัคร (voluntary organization) จะมีรูปแบบอื่น ๆ ที่เข้ามาเสริมได้ และควรจะมีการพัฒนาขึ้น เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) คนที่เป็นเบาหวานด้วยกันเองสามารถจะเกิดการเกาะกลุ่มกันขึ้นมาทำงานอาสาที่ช่วยเหลือดูแลกันเองได้ด้วย หรือมีนักเรียนหรือครูในโรงเรียนรับอาสาที่จะมาช่วยทำเรื่องพวกนี้ก็ได้ ก็เกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเองขึ้นอีกแบบหนึ่ง เช่น กลุ่มดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน กลุ่มเฝ้าระวังความรุนแรงในครอบครัว อย่างที่ อำเภอ น้ำพอง จ.ขอนแก่น ได้ทำกันมา นอกจากนี้ยังมีกลุ่มช่วยเหลือกันเองเรื่องอื่น ๆ อีก กลุ่มเฝ้าระวังอาหารไม่ปลอดภัยสำหรับเด็ก หรือลักษณะอื่น ๆ เพื่อที่จะให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น จึงเป็นข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขว่าควรจะมีร่นนโยบายที่จะกางออกให้อาสาสมัครหลายรูปแบบต่าง ๆ นั้นได้งอกงามขึ้น

3. ความเป็นอิสระของ อสม. มีความสำคัญในดับบทบาท อสม. เอง รวมทั้งลักษณะที่ไม่ได้ผูกฟัพรรคการเมืองใด นั่นไม่ได้แปลว่า ไม่รับการสนับสนุนจากพรรคการเมืองใด มีความหมายต่างกัน กรณีมีการรับการสนับสนุนจากพรรคการเมืองทุก ๆ พรรคเท่าเทียมกัน ก็เป็นลักษณะที่ไม่ได้ผูกฟัพรรคการเมืองใดเช่นกัน เพราะฉะนั้นตรงนี้นั้นเพื่อที่จะให้เกิดความเป็นอิสระจากพรรคการเมือง ระบบการสนับสนุนต่างๆ ควรพัฒนาไปในรูปแบบที่สนับสนุนผ่านองค์กรอิสระ เรื่องนี้สำคัญและเป็นข้อที่มีผลต่อสาธารณสุขและรัฐท้องถิ่นด้วย รัฐท้องถิ่นจะได้รับเงิน 10,000 บาท หากจ่ายตรงก็อาจมีปัญหาได้ ซึ่งปัญหานี้ก็น่ามองได้ในระยะยาวว่าจะบั่นทอนกระบวนการ อสม. โดยรวม อสม. จะเริ่มทะเลาะกัน

ในเทศบาลที่จะเลือกอสม.ใหม่ อสม. เกิดการแตกเป็น 2 พวกทันทีแล้วแตกเลย แบบนี้เราก็มีบทเรียนมาพอแล้วในหมู่บ้านที่มีการเลือกตั้ง พวกที่เลือกตั้งแพ้กับชนะก็ไม่มีทางประนีประนอมกันได้ในอนาคต

ข้อเสนอที่สนับสนุนองค์กรแบบนี้รวมทั้งองค์กรสาธารณสุขประโยชน์อื่นด้วย ก็คือเรื่องของการสนับสนุนเพิ่มเติมขึ้น โดยเสนอให้มีการคิดค้นการทำกิจกรรมอื่นแทรกขึ้นเช่น การทำระบบข้อมูลการส่งเสริมการทำแผนที่อาสาสมัครสุขภาพชุมชน (mapping service) ก็คือให้รู้ว่ามีอาสาสมัครตรงไหนทำอะไรได้บ้างก็สามารถที่จะให้คนเข้าถึงและเข้าเป็นอาสาสมัครได้

4. การสนับสนุนให้องค์กรเหล่านี้มีความเป็นอิสระและทำงานตอบสนองท้องถิ่นได้มากขึ้นจากระบบการฝึกอบรมที่สามารถสร้างรูปแบบอื่น ๆ ขึ้นมารองรับได้ เช่น โรงเรียน อสม. ซึ่งโรงเรียน อสม. ที่จะทำขึ้นโดยชุมชนเองนี้เนื้อหาที่จะต่างกับหลักสูตรของกระทรวงที่กำหนดไป ข้อเสนออื่น ๆ คือ ข้อเสนอต่อผู้สนับสนุนและเกี่ยวข้องกับ อสม. ควรจะนึกถึงว่า ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดความสำนึกเป็นอาสาสมัครขึ้นทั้งในส่วนผู้สนับสนุนหรือผู้เกี่ยวข้องและตัว อสม.เอง เพื่อที่จะให้สามารถเข้าร่วมกับกิจกรรมด้านอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากเรื่องสุขภาพได้ด้วยอย่างเป็นอิสระ

5. การรักษาความเจ็บป่วยเป็นงานที่ทำยากและเราก็ยังตอบโจทย์นี้ไม่ได้ งานการดูแลสุขภาพมีขอบเขตที่งานง่ายและขอบเขต (area) ที่งานยาก งานที่ยาก ยกตัวอย่างเช่น เรื่องการควบคุมโรคใหม่ๆ และเรื่องของภัยพิบัติ หรือเรื่องการคุ้มครองสิทธิซึ่งเป็นเรื่องที่ชาวบ้านยังไม่ถนัด ตรงนี้ยังเป็นจุดอ่อนที่ปัจจุบันหาคำตอบไม่ได้ มีชุมชนที่เข้มแข็งถึงจะทำเรื่องพวกนี้ได้ ซึ่งเราก็เคยมี อย่างเช่น ที่หมู่บ้านศิรีวงค์นั้นสามารถทำเรื่องรับมือกับภัยธรรมชาติได้อย่างดี สามารถพลิกฟื้นชุมชนได้อย่างรวดเร็ว หรือว่าชุมชนคุ้มครองสิทธิของตัวเองได้ เช่น กรณีของบางขันธุ์ เป็นต้น ซึ่งก็ถือว่าเป็นส่วนน้อยใน area ที่ทำงานได้ยาก

ประเด็นเพิ่มเติม

- ย้อนรอยประวัติศาสตร์เดิมในบทบาทของ อสม.ก็จะลดลงเรื่อย ๆ บทบาทของอสม.ก็จะมากขึ้นเรื่อย ๆ เพียงแต่เกรงว่าเรื่องนี้จะซาร์รอยเก่าเท่านั้นเอง สำหรับเรื่องของการจัดสรรบทบาทที่มีความจำเป็นต้องมีบทบาทหลักและกับบทบาทเสริมของ อสม. อยู่แล้ว จะให้เสมอเท่ากันไม่ได้ เพียงแต่เกรงว่าแนวโน้มจะไปในลักษณะที่ย้อนรอยเดิม ซึ่งจะทำให้อสม.ถ่างเตอออกไป (outlet) สูงในยุคนั้นและก็คุณภาพ (premium) ต่ำ

- อีกประเด็นหนึ่งที่มองจากการศึกษาครั้งนี้เราคิดว่า การที่ระบบอสม.มีคุณภาพน้อยลงมันมาจากพี่เลี้ยงเจ้าหน้าที่ในตำบลนั้น ย้อนไป 10 ปีก่อน การสะสมความรู้หมายถึงเจ้าหน้าที่เข้าใจในความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน ที่ปัจจุบันนี้ไม่ใช่แล้ว ความรู้ความเข้าใจตรงนี้มีไม่พอ เวลาถามกับพี่เลี้ยงตรงนี้ก็อาจจะไม่มีประสบการณ์ตรงนี้ ก็เลยทำให้ อสม. ที่มีคุณภาพตรงนี้หายไป หากมองจุดหลักแล้วนั้น อสม.จะขึ้นอยู่กับตำบลและมีพี่เลี้ยงเป็นหัวใจสำคัญ

■ แนวโน้มของงานที่ทำอยู่มาเป็นแนวโน้มที่เคลื่อนไปในทิศทางที่ให้น้ำหนัก (load) งานการรักษาพยาบาล (curative) เพิ่มขึ้นมาก ซึ่งเขายอมรับว่าเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ทศวรรษสถานีนามัยเป็นต้นมา ซึ่งพยายามที่จะเอากล้องจุลทรรศน์บ้าง เอาเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เข้าไปในชุมชนพอเข้าไปแบบนั้นก็ไปเน้นในงานการรักษา นับตั้งแต่เป็นต้นมา ต่อเนื่องมาถึงโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ภาระงานก็เพิ่มขึ้นมาก จุดเด่นเดิมที่เขาทำในงานสาธารณสุขมูลฐาน ก็เลยลดลงอย่างชัดเจน และเจ้าหน้าที่ที่ลงไปนั้นก็ไปเน้นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ยังขาดพื้นฐานความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานอาจเพราะว่าเขาเติบโตมาก่อนในช่วงนี้ ลักษณะเหล่านี้จึงเกิดมีแนวโน้มไปเน้นเรื่องการรักษา ข้อนี้อาจจะแสดงออกอย่างชัดเจน

สรุปกลุ่มย่อยที่ 1 หัวข้อ ระบบบริการสุขภาพ

1. เรื่อง พลวัตบทบาทอาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชน

โดย นางรุ่งนภา มาลารัตน์

ข้อค้นพบ เครือข่ายการเรียนรู้ระบบสุขภาพภาคประชาชน (ช่วงผญา) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีพัฒนาการจากการที่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในชุมชนสรุปบทเรียนร่วมกันว่า ปัญหาทางสาธารณสุขชุมชนเกิดจากวิถีคิดที่แยกส่วน ขาดความเชื่อมโยง จึงนำไปสู่กระบวนการกลุ่มและการพบปะเสวนาร่วมกันของเจ้าหน้าที่ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและวิธีการทำงานชุมชน โดยเริ่มจากเจ้าหน้าที่ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่พี่เลี้ยงชุมชน ได้ร่วมกันทำงานในรูปแบบเครือข่ายที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่และชุมชนจากการปฏิบัติจริง และสรุปบทเรียนเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง บทเรียนสำคัญของเครือข่ายฯ คือ

1. เริ่มจากการปรับวิถีคิดของเจ้าหน้าที่ในการทำงานสุขภาพชุมชน เพราะถ้าไม่สามารถปรับวิถีคิดของเจ้าหน้าที่ได้ พลังในการทำงานสุขภาพชุมชน รวมทั้งการสร้างและพัฒนาอาสาสมัครสุขภาพเพื่อชุมชนจะไม่เกิดประสิทธิภาพ

2. ค้นหา...เสริมศักยภาพอาสาสมัครสุขภาพเพื่อชุมชน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหา คัดเลือก 2) การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสุขภาพชุมชน

สำหรับข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษาเห็นว่า

1. การสร้างสุขภาพชุมชนควรมีกลไกที่หลากหลาย
2. ควรมีการปรับและพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นกลไกของชุมชนอย่างแท้จริง
3. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่สำคัญคือการค้นหาผู้ที่มีศักยภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน จัดพื้นที่และสร้างโอกาสให้คนเหล่านี้เข้ามาร่วมเคลื่อนไหวงานพัฒนาสุขภาพชุมชน
4. ควรมีการปรับวิถีคิดของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องทั้งการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงและการปรับนโยบายให้เอื้อต่อการเรียนรู้มากกว่าการสั่งการจากเบื้องบน

2. เรื่อง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกับการบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลน้ำพอง

โดย นางศิริพร เหลืองอุดม

ข้อค้นพบ โรงพยาบาลน้ำพองพยายามปรับบทบาท อสม.ให้เข้าร่วมในการทำงานสุขภาพชุมชนมากขึ้น บทบาท อสม. ที่ช่วยพยาบาลชุมชนในการทำงานสุขภาพชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลถึงเวดล้อมในชุมชน การประสานงานให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และการประสานงานกับองค์กรในท้องถิ่น เป็นต้น

ผลลัพธ์จากการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. ทำให้เจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการทำงานดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เรียนรู้ที่จะยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน ไม่ยึดตามกรอบระเบียบราชการที่เคร่งครัด นอกจากนั้น สามารถกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ และประชาชนเริ่มเข้าใจเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพมากขึ้น เกิดความพึงพอใจในระบบบริการปฐมภูมิ

จากการศึกษา แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ความภูมิใจของ อสม. อยู่กับการได้รับโอกาสในการใช้ความรู้ ความสามารถช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วย และการที่ชาวบ้านยอมรับบทบาทการทำงาน

3 เรื่อง บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์กรร่วม กรณีบ้านสี่แยกสวนป่า ตำบลวังหิน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

โดย นายธีรวัฒน์ แดงกะเปา

ข้อค้นพบ กิจกรรม อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า ได้ชวนกลับไปหารากเหง้าแท้จริงของงานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยการจัดตั้งโรงเรียน อสม.ขึ้น มีการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงาน อสม.ในยุคแรก ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำหลักสูตรการอบรม มีการเดินทางไปดูงาน อสม.ยังต่างพื้นที่เพื่อร่วมเรียนรู้ ตลอดจนมีการส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมวิชาการสาธารณสุขเพื่อรับรู้แนวทางการทำงานรูปแบบใหม่ ๆ

โรงเรียน อสม. ของบ้านสี่แยกสวนป่า มีแนวคิดและพัฒนาการจากการรวมตัวระหว่างชาวบ้านในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ที่มีการประชุมพบปะแบบไม่เป็นทางการกันมาตลอด จนเกิดกิจกรรมการเคลื่อนไหวการเมืองภาคประชาชนในพื้นที่ที่หลากหลาย เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค จนในที่สุดพัฒนามาเป็นโรงเรียน อสม.

บทเรียนสำคัญจากการเคลื่อนไหวการเมืองภาคประชาชนร่วมกันของเจ้าหน้าที่กับอสม.ในพื้นที่ เช่น

- 1) อสม. ในพื้นที่จะเข้าร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่ได้ดีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชาวบ้าน

- 2) การทำงานเป็นทีมจะเอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันที่ดี รวมทั้งควรมีการประชุมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการสม่ำเสมอ
- 3) ควรแบ่งหน้าที่ อสม. ตามที่แต่ละคนถนัด และกระจายบทบาท อสม. แต่ละคนอย่างเท่าเทียม
- 4) การเชื่อมต่อกับองค์กรภายนอกมีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยให้งาน อสม. ในพื้นที่ได้เกิดการเรียนรู้ในแง่มุมใหม่ของการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- 5) นอกจากงบประมาณประจำปีของทางราชการ หากจะเคลื่อนงาน อสม. ได้ดี ควรต้องมองหาแหล่งสนับสนุนเงินทุนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและหลากหลายของกิจกรรม

4. เรื่อง แผนสุขภาพชุมชนกับงาน อสม.

โดย นายศีลเรืองศักดิ์ สุทธิไส

ข้อค้นพบ งานศึกษาเริ่มต้นจากการทบทวนสถานการณ์บทบาท อสม. ที่ทำงานในชุมชนในปัจจุบันที่พบว่า ความเป็น อสม. ในชุมชนนั้นมีฐานะของการถูกใช้จากหลายหน่วยงาน อสม. มีหลายบทบาทในชุมชน อสม. กลายเป็นที่พึ่งสำคัญของคนในชุมชน จากสถานการณ์ตรงนี้ ทำให้ลักษณะงาน อสม. ในชุมชนจึงค่อนข้างจะโดดเด่นกว่างานอาสาสมัครอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ลักษณะการทำงาน อสม. ก็พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวจำกัดอยู่เฉพาะงานสาธารณสุขไม่ถูกยกระดับสู่การพัฒนาชุมชนในมิติอื่น ๆ

จากปัญหาดังกล่าว ได้นำมาสู่การพัฒนา อสม. พันธุ์ใหม่ในพื้นที่ โดยเน้นกิจกรรมที่สำคัญ เช่น การสร้างปัจจัยและโอกาสให้ได้เรียนรู้ใหม่ ๆ มีการจัดตั้งโรงเรียน อสม. มีเวทีการเรียนรู้ของ อสม. ที่ต่อเนื่อง และหมออนามัยเข้ามามีบทบาทเสริม อสม. ที่มากขึ้น ผลที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. และยกระดับเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ระหว่าง อสม. กับกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจนเกิดการพัฒนาคูณภาพงาน อสม. เช่น เกิดรูปธรรมการทำงานที่หลากหลาย ขยายกรอบการมองเรื่องสุขภาพ ที่สำคัญ อสม. กลายเป็นแกนนำสำคัญของการเคลื่อนงานพัฒนาชุมชน

5. เรื่อง ชุมชนฝ่าละมื จากแผนสุขภาพสู่รูปธรรมความสุขของชุมชน

โดย นายเสถียร จำวิสตร

ข้อค้นพบ การพัฒนาชุมชนฝ่าละมื เริ่มต้นจากการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนซึ่ง อสม. ในพื้นที่ถือว่ามีความสำคัญ เช่น การเก็บข้อมูลด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน เพื่อทราบสถานะรายรับรายจ่ายของคนในชุมชน โดยมี อสม. ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่ครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ เมื่อได้ข้อมูลแต่ละครัวเรือนทำให้มองเห็นภาพรวมสถานะทางเศรษฐกิจของชุมชน จนนำมาสู่การทำกิจกรรมเพื่อ

แก้ปัญหาดังกล่าว เช่น การผลิตสินค้าทดแทนเพื่อให้ชุมชนเกิดการพึ่งตนเองด้านการผลิต การฟื้นฟูการทำตามวิถีดั้งเดิม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นอกจากชาวบ้านและ อสม.เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในหลายแง่มุม ยังนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาตามอีกหลายอย่างที่ชุมชนริเริ่มกันเอง รวมทั้งกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกชุมชน ตลอดจนการขยายเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนอื่น ๆ

สรุปบทเรียนได้ว่า กิจกรรมพัฒนาของชุมชนฝัละมีที่หลากหลายและเกิดขึ้นเองจากการริเริ่มของชาวบ้าน เป็นผลมาจากพัฒนาการเรียนรู้เรื่องสิทธิพลเมือง สิทธิชุมชน ของชาวบ้าน ตลอดจนการคลี่คลายของการเมืองภาคประชาชนในหลาย ๆ กิจกรรมในพื้นที่

สรุปกลุ่มย่อยที่ 2 ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับอาสาสมัครสุขภาพ

1. เรื่อง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และหมอพื้นบ้าน โดย ยงศักดิ์ ตันติปัญญา

แนวคิดก่อกำเนิดอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ได้รับอิทธิพลมาจาก “หมอเท้าเปล่า” ของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่เห็นความสำคัญของภูมิปัญญาความรู้ของภาคประชาชนและเป็นการกระจายบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยหลักการสาธารณสุขมูลฐานก็มีการกล่าวถึงการพึ่งตนเองและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับท้องถิ่น มีการแนะนำให้คัดเลือกสมุนไพรเพื่อใช้ในการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว หลักการพึ่งตนเอง การใช้เทคโนโลยีพื้นบ้าน การประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนยังคงถูกจำกัดกรอบวิธีคิดและกลไกการสนับสนุนแบบนักวิชาชีพการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงพบว่า หมอพื้นบ้านซึ่งเป็นผู้รู้และมีบทบาทดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่นมาอย่างยาวนาน ก็ยังคงขาดการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

จนกระทั่งเกิดวิกฤตการณ์เอชไอวี เมื่อปี พ.ศ. 2536 บทบาทหมอพื้นบ้านจึงได้รับการกล่าวถึง โดยการต่อสู้ต่อรองระหว่างผู้คิดเชื่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาครัฐ ในการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่งเข้ามามีบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยเหลืองานภาครัฐ ขณะเดียวกันบทบาทหมอพื้นบ้านก็เป็นอีกภาระหน้าที่ที่ต่างไปจากบทบาท อสม. และหมอพื้นบ้านก็ทำหน้าที่ทั้งสองไปด้วยกัน นอกจากนั้น การศึกษาในมิติสังคมวัฒนธรรมยังพบว่า หมอพื้นบ้านมีพื้นฐานแนวคิดมาจากการมีจิตใจช่วยเหลือและเอื้ออาทรต่อเพื่อนบ้าน กระบวนการกลายเป็นหมอพื้นบ้านมาจากการหล่อหลอมทางสังคมและวัฒนธรรมชุมชน ไม่ใช่การสร้างอาชีพ จึงสอดคล้องกับแนวคิดอาสาสมัครในลักษณะที่เกิดจิตใจอาสาดูแลความเจ็บป่วยให้กับเพื่อนบ้านของหมอพื้นบ้าน โดยเป็นข้อสังเกตว่า หมอพื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่นที่มีมาก่อนการก่อกำเนิด อสม.

2. เรื่อง จาก อสม. ผู้ปราชญ์ชาวบ้าน : กรณีนายณรงค์ แฉล้มวงศ์ โดย ชัยณรงค์ สังข์จำง

กระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ทำงานบนฐานชีวิตและชุมชน สามารถนำไปสู่ความเป็นอิสระ โดยการเรียนรู้และสรุปบทเรียนการทำงานที่ไม่แยกออกจากวิถีชีวิต ใช้หลักการรู้ทุกข์ หาดูเหตุแห่งทุกข์ รู้เหตุแห่งทุกข์และสร้างวิธีการแก้ทุกข์ได้ เป็นหลักศาสนธรรมของชีวิตชาวบ้านและเกษตรกรบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของลุงณรงค์ แฉล้มวงศ์ เป็นเพียงบทบาทหนึ่งของอีกหลายบทบาท ลุงณรงค์มีความเป็นผู้นำตามธรรมชาติอยู่แล้ว เรียนรู้การเป็นหมอฟันบ้านจากปู่ สนใจฝึกฝนการปฏิบัติธรรมเจริญสติภาวนาอย่างสม่ำเสมอ พร้อมกับการฝึกหัดและทำการเกษตรกรรมช่วยเหลือครอบครัวมาโดยตลอด จนได้รับการคัดเลือกให้มาเป็น อสม. ซึ่งได้รับการยอมรับจากชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมาก

เป็นที่ยอมรับได้ว่า ลุงณรงค์ มีคุณสมบัติสำคัญหลายประการที่ทำให้ได้เข้าไปร่วมงานและเป็นผู้นำชุมชนอีกหลายบทบาท จุดเปลี่ยนสำคัญของชีวิตลุงณรงค์ คือ การเข้าร่วมโครงการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ลุงณรงค์กลายเป็น อสม. ผู้มีความสนใจด้านเกษตรผสมผสานอย่างเด่นชัด ชอบคันคว่ำฝึกฝนและทดลอง จนกระทั่งมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตรจัดไปศึกษาดูงานและเข้าร่วมการประชุมปราชญ์ชาวบ้านและพหุภาคีภาคอีสาน ที่สวนป่าครูบาสุทธินันท์ ปรัชญาพยุภรณ์ เป็นจุดสร้างแรงบันดาลใจให้ลุงณรงค์เป็นอย่างมาก และยืนยันแนวนโยบายว่า “เราต้องพึ่งตนเองก่อน คนอื่นถึงจะพึ่งพาเราได้” ความมั่นใจและทุ่มเทเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อคนอื่น ๆ จนทำให้ลุงณรงค์ก้าวขึ้นมาเป็นประธานชมรมเกษตรธรรมชาติจังหวัดพิจิตร และจากคุณลักษณะเฉพาะตัวพร้อมกับการสั่งสมประสบการณ์ และการเรียนรู้ที่เข้มข้น จึงได้รับฉายานามว่า “ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้อุทิศตน” โดยลุงณรงค์กล่าวว่า “การเป็น อสม. ถือเป็นโอกาสได้รับความรู้เพื่อพัฒนาตนเอง ครอบครัวและชุมชน...” แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นโอกาสการเรียนรู้มาจากการเปิดกว้างจากแนวคิดและทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐด้วย นอกจากปัจจัยความใฝ่รู้ส่วนบุคคลของลุงณรงค์

3. อาสาสมัครเยียวยาผู้ติดเชื้อดั่งเครื่องยา โดย เชิงชาญ โนจา

วิกฤตการณ์เอดส์ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านต่างๆ ทางภาคเหนือ ราวปี 2537 ที่ไทยพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลหลายฝ่ายตื่นตัวเข้าร่วมมือกันแก้ไขปัญหา อสม. เป็นกลุ่มคนที่ใกล้ชิดชาวบ้านที่ถูกคาดหวังให้มีส่วนร่วมและเป็นผู้แก้ไขปัญหามาในแต่ละหมู่บ้าน กลุ่ม อสม. ที่เกิดจากการสมัครใจและการแต่งตั้งให้เป็นผู้แทนชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมการทำงานด้านสุขภาพ กลุ่ม อสม. มาจากบุคคลที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นหมอฟันบ้าน แม่บ้าน ผู้นำชุมชน ฯลฯ ระยะเวลาแรกเป็นการติดตามให้ความรู้และการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องยาก เพราะความหวาดกลัวของทุกคน ดังคำกล่าวของ อสม. คนหนึ่งว่า “... ต้องใช้ความพยายามมาก ต้องพูดคุยเรื่องอื่นๆ ก่อน หรือแม้กระทั่งไปเยี่ยม แต่ไม่สามารถเข้าถึงบ้านผู้ติดเชื้อได้ ต้องไปไล่ถามคน

ข้างบ้านใกล้ ๆ กัน บางวันต้องไปถึง 2-3 ครั้งก็มี กว่าที่จะเข้าถึงตัวผู้ติดเชื้อ” งานนี้ยากและเป็นปัญหาโรคที่ทำงานลำบาก อาสาสมัครสาธารณสุขจึงไม่สามารถทำงานได้อย่างเดียวกันทุกคน จึงต้องสร้างทีมใหม่โดยคัดเลือก อสม. ที่สมัครใจและชาวบ้านที่สมัครใจมาทำงานร่วมกัน ปี 2540-2547 ความชัดเจนในการทำงานเพิ่มขึ้นพร้อมๆ กับพบผู้ติดเชื้อและการแพร่กระจายเพิ่มขึ้น การสนับสนุนจากองค์กรรัฐและเอกชนมาหนุนเสริมการทำงานกับ อสม.

อย่างไรก็ตาม อสม. เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดในชุมชนและได้รับความไว้วางใจจากชาวบ้านด้วยกัน กิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพก็เกิดขึ้นติดตามมา งานขยายสู่กลุ่มแม่บ้าน/เครือข่าย และกลุ่มเด็ก-เยาวชน การดูแลผู้ติดเชื้อมีวิธีการทำงานที่ชัดเจนขึ้น เหมือนการดูแลเครือข่าย “ผู้ติดเชื้อจึงแทบจะอยู่ในสายตาตลอดเวลา” เมื่องานต่อเนื่องจึงนำไปสู่เรื่องการเลี้ยงชีพและหารายได้ให้กับผู้ติดเชื้อและครอบครัว ก็ได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนเป็นอย่างดี ภายหลังที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัว กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนมีมากขึ้นและใกล้ชิดขึ้น ความเห็นอกเห็นใจมีมากขึ้น อสม. เองก็ทำงานในฐานะเครือข่ายมากกว่าอาสาสมัครทั่วไป ระยะหลังก็มีผู้ติดเชื้อและญาติมาเป็นอาสาสมัครช่วยกันดูแลคนอื่น ๆ ไม่ให้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น วิกฤตเอดส์จึงกลายเป็นการเรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการเยียวยาทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมชุมชน ดังเครือข่ายไม่ใช่อาสาสมัคร

4. อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ กรณีจังหวัดสมุทรสาคร โดย ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล

อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติเกิดจากการที่มีแรงงานชาวพม่ามาทำงานและมีปัญหาสุขภาพ เมื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลก็สื่อสารภาษาคนละภาษาไม่เข้าใจกัน ก็มีการจัดหาตัวกลางเป็นผู้สื่อสารด้านภาษา ต่อมาจึงพบว่าคนกลางที่สื่อสารระหว่างคนป่วยกับเจ้าหน้าที่และแพทย์จะกลายเป็นผู้รู้เรื่องราวความเจ็บป่วย และได้รับความไว้วางใจ อีกอย่างหนึ่งคือ ปัญหาเชิงกฎหมายปิดช่องการดูแลรักษาพยาบาลจากหน่วยงานรัฐ ขณะนั้นมีปัญหาโรคเอดส์แพร่ระบาดด้วย เมื่อไปโรงพยาบาล/คลินิกเอกชนก็มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเครือข่ายคุ้มครองแรงงานต่างชาติ จังหวัดสมุทรสาคร จึงจัดอบรมอาสาสมัครของชาวต่างชาติเหล่านี้ จากข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร แรงงานที่อยู่ร่วมกันในตึกแถวราว 500-600 คน มีเด็กจำนวนมาก และมีการเคลื่อนย้ายกันบ่อย โดยเฉพาะโรคติดต่อจะดูแลยากมาก

“อย่างกรณีผู้ป่วยที่เรา กำลังศึกษาติดตามอยู่ 1 สัปดาห์ อยู่ๆ ก็ย้ายไป โดยที่เขาถึงยังไม่รู้เลยว่าเขามีโรคติดเชื้อ เพราะเรากำลังทำเรื่องบัตรและสิทธิต่างๆ อยู่” จึงมองว่าการมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) จะช่วยลดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหานี้ได้ เพราะถึงอย่างไรก็ตามที่ผ่านมาไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นแกนนำแรงงานต่างชาติก็จะสามารถสื่อสารกับเพื่อนเขาได้มากกว่าเราที่เป็นคนภายนอก โดยอาสาสมัครจะได้รับความรู้เรื่องสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและสิทธิต่างๆ เพราะถึงแม้ว่าเราจะมีบัตรประกันสุขภาพ แต่แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ก็ไม่มีความรู้ในการเข้าถึงบริการและ

ดูแลสุขภาพ อาสาสมัครจะเป็นคนมอญ พม่าและกะเหรี่ยงที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจกับภาษาท้องถิ่นและภาษาทางการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่ให้ความรู้และสื่อสารให้เข้าใจกัน และช่วยเหลือดูแลทั้งด้านการรักษา การป้องกัน โดยต้องเชื่อมโยงความรู้ทางกฎหมายและทางสังคมมาใช้ด้วย

5. งานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดโศธร โดย พนมวรรณ คาคพันโน

รูปธรรมการพัฒนางานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพของพื้นที่จังหวัดโศธรมีความชัดเจนมากขึ้นจนเกิดเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ จังหวัดโศธร บทเรียนการเรียนรู้และต่อสู้ของเครือข่ายและผู้นำชุมชนพบว่า มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแนวร่วมอยู่ด้วย กรณีน้ำสอง หรือนายสองศรี แสงศรี ประธานชมรม อสม. จังหวัดโศธร หรือผู้นำชุมชนคนสำคัญคนหนึ่ง และเป็นผู้ผ่านการอบรมด้านการเกษตรกับชุมชนชาวโศกจังหวัดอำนาจเจริญ จนเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติมาเป็นการทำการเกษตรและกินอยู่แบบพอเพียง

น้ำสองมีพื้นฐานเป็นชาวนาที่เลี้ยงชีพด้วยผลิตผลทางการเกษตร แม้กระนั้นก็ตาม น้ำสองได้ทำงาน อสม. มานานกว่า 10 ปี ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้นำที่มีความเสียสละและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ น้ำสองจึงมีบทบาทเป็นผู้นำหลายด้าน เคยเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ปัจจุบันนอกจากเป็น อสม. แล้ว ยังเป็นอาสาสมัครปศุสัตว์ และเป็นรองนายก อบต. สร้างมิ่งด้วยในปี 2544 จึงได้รับคัดเลือกให้เป็น อสม. ดีเด่นระดับชาติ และปี 2546 เพื่อนๆ ชมรม อสม. ระดับจังหวัดจึงยกให้เป็นประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด กรณี น้ำสองได้ สะท้อนผ่านการมองเห็นพลังของชุมชนและเครือข่ายที่มาจากพื้นฐานวัฒนธรรมสังคม ชาวนาอีสาน สุขภาพคือการพึ่งตนเองได้ ที่หมายรวมไปถึง การมีข้าวที่ปลอดสารพิษและมีอาหารปลอดสารพิษ จึงจะทำให้สุขภาพดีได้ แนวคิดนี้ได้รับการหนุนเสริมจากองค์กรพัฒนาเอกชน และภาครัฐบางส่วน ที่ไปเสริมจุดแข็งทางวัฒนธรรมของชุมชน งานอาสาสมัครที่ไปด้วยกันกับทุนสังคมวัฒนธรรมเช่นนี้ จึงเป็นวิธีการเสริมศักยภาพ อสม. เมื่อมั่นคงและมั่นใจในวิถีชีวิต ความสุขก็เกิดขึ้นและเป็นความสุขของเกษตรกรที่มีวิถีการเป็นชาวนา เป็นเหมือนหัวใจของจังหวัดชีวิตชุมชน

กลุ่มย่อยที่ 3 การกระจายอำนาจท้องถิ่นกับอาสาสมัครสุขภาพ

บทความที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลน้ำเกี๋ยนและกระบวนการพัฒนาก่อนจะเป็นสภาสุขภาพ

โดย นายสุฤทธิ์ สุฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข

บทความนี้เป็นการทบทวนให้เห็นถึงพัฒนาการของสภาสุขภาพของตำบลน้ำเกี๋ยนว่าอสม. ได้เข้าไปมีบทบาทมาตั้งแต่ต้นในฐานะที่เป็นผู้เชื่อมโยงเรื่องสุขภาพของชุมชนมาตั้งแต่ยังเป็น ผสส. รวมทั้งการรวมตัวกันทำงาน อสม. ในเรื่องของการป้องกันและดูแลรักษาโรคในชุมชน จนปรากฏรูปธรรมชัดเจนเป็นสภาสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งถึงแม้จะต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคใหม่ ๆ เช่น โรคไร้เชื้อโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นในชุมชน หรือการที่ อสม. บางคนไม่สามารถเป็นตัวอย่างหรือผู้นำด้านการดูแลป้องกันสุขภาพในชีวิตประจำวัน ที่ยังคงมีเหล้าสุบнуหรี ซึ่งหมออนามั่มมองว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนอยู่ก็ตาม แต่ด้วยทุนทางสังคมที่น้ำเกี๋ยนมีอยู่ก็จะสามารถจัดการได้ไม่ยาก

บทความที่ 2 อสม. บนฐานการเรียนรู้ใหม่สู่อาสาสมัครรักถิ่น : บทเรียนจากการ “ผูกเกลอ” เป็นเครือข่ายที่ปากได้

โดย นายประสิทธิ์ชัย หนูนวล โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้: ดับบ้านดับเมือง เรียนรู้ที่ดีที่ปากได้

เป็นบทความที่น่าสนใจในแง่ของการศึกษาการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีอยู่เดิมคือการ “ผูกเกลอ” อันเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกันของบุคคลในแนวราบและเคารพกันและกันในวัฒนธรรมเดิมมาใช้ในบริบททางสังคมในปัจจุบัน ที่เปิดโอกาสให้เกิดการเคลื่อนไหวของการเมืองภาคประชาชนที่รัฐไม่ได้สอดคล้องเหมือนเมื่อสมัยการต่อสู้ของพรรคคอมมิวนิสต์ จึงทำให้ชาวบ้านภาคใต้ภาคภูมิใจในอัตลักษณ์และวัฒนธรรมดั้งเดิมของตน โดยเฉพาะในกรณีของการสร้างเครือข่าย อสม. ของภาคใต้ตอนกลางคือจังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุงและตรังในฐานะที่เป็นพื้นที่เข้มข้นไปด้วยวัฒนธรรมจึงได้นำเอาวัฒนธรรมการ “ผูกเกลอ” มาปรับใช้จนกลายเป็นเครือข่าย อสม. ที่เข้มแข็งพอสมควร ในการทำกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาชุมชนระหว่างกันอันเป็นการทำงานออกไปนอกพื้นที่เพื่อเป้าหมายสำคัญในการยกระดับการทำงานในพื้นที่นั่นเอง

บทความที่ 3 วงศาวิทยาการเมืองวัฒนธรรมของ “อาสาสมัคร” หรือ “จิตอาสา” ในสังคมไทย

โดย นายชาติชาย มุกสง นักวิจัยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

บทความนี้ได้พยายามแสดงให้เห็นถึงพลวัตของประวัติศาสตร์และได้สืบสาวให้เห็นถึงพัฒนาการทางสังคมการเมืองที่มีผลต่อการทำงานในลักษณะของ “อาสาสมัคร” ในสังคมไทย โดยใช้การศึกษาวิเคราะห์ในแนวทางการเมืองวัฒนธรรมที่เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของวัฒนธรรมมากกว่า

การพัฒนาการเมืองในเชิงสถาบันทางการเมืองโดยเฉพาะการค้นหาจิตสำนึก (mentality) ของแต่ละยุคสมัยที่สังคมให้ความหมายของการทำงานแบบอาสาสมัคร และยังต้องการชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาหรือส่งเสริมการทำงานเพื่อส่วนรวมแบบ “อาสาสมัคร” หรือ “จิตอาสา” ก็ตามจะต้องมีความเข้าใจถึงบริบทและความสำคัญของปัจจัยทางวัฒนธรรม การเมือง สังคมและเศรษฐกิจอย่างแยกไม่ออก

บทความที่ 4 บทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านกับงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดย เทียนทอง ต๊ะแก้ว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทความนี้เป็นความพยายามที่จะสำรวจและวิเคราะห์ถึงทิศทางและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำกับดูแลงานด้านสุขภาพในชุมชน โดยในการศึกษาได้เน้นไปที่การสร้างกลไกเชิงโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการบริหารจัดการงบประมาณเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อให้เห็นถึงความพร้อมขององค์กรส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน และการบริหารจัดการและสนับสนุนการทำงานของ อสม. ภายใต้ร่มใหม่คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่มีการสะดุดของการทำงานแต่อย่างใด

บทความที่ 5 บทบาท “อาสาสมัครสาธารณสุข” กับงานสุขภาพใน “ชุมชนเมือง”

โดย ธนัช กนกเทศ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทความนี้พยายามจะแสดงให้เห็นถึงบริบทที่แตกต่างกันของการทำงานของอสม. ในเมืองที่มีลักษณะแตกต่างไปจากชนบทซึ่งเป็นโมเดลที่ อสม. ถูกออกแบบมาให้ทำงานด้วยเป็นหลัก โดยการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าการทำงานในเมืองมีความแตกต่างกันในแต่ละชุมชนเมืองอีกด้วย ดังนั้นจึงไม่สามารถเอาการทำงานรูปแบบเดียวไปใช้ได้เลย ต้องศึกษาชุมชนให้เข้าใจก่อนถึงจะสนับสนุนการทำงานของอสม. ในเมืองได้ ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งของอสม. ในเมืองก็คือการทำงานด้านสุขภาพในประเด็นเฉพาะได้ดี เช่น การตั้งกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มช่วยเหลือตนเองในหมู่ผู้ป่วยโรคเดียวกัน (self help group) ชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มตามความสนใจเรื่องสุขภาพ เป็นต้น แต่ก็มีข้อจำกัดที่พบร่วมกันคือทำงานยาก เพราะในเมืองต่างคนต่างอยู่ และเวลาการทำงานของคนเมืองจะมีความเป็นทางการสูงและพื้นที่ของบ้านก็มีลักษณะส่วนตัวสูงเช่นกัน

สรุปและข้อสังเกตจากกลุ่มย่อย

โดยสรุปแล้วการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นตามประเด็นหลักและประเด็นรองในกลุ่มย่อย ทั้ง 3 กลุ่ม เป็นประโยชน์ต่อการค้นหาและพัฒนาแนวทางเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น อสม. หรือ อาสาสมัครเพื่อสุขภาพหรืออาสาสมัครสุขภาพก็ตาม มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

ประเด็นเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุข สะท้อนให้เห็นความจำเป็น เพราะเป็นช่องการพึ่งตนเองของชุมชนและ อสม. ด้วย เป็นฐานสำคัญของชีวิตชุมชน รวมทั้งตัว อสม. เองก็มีศักยภาพ อย่างกรณีศึกษาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นลุงณรงค์ แด้ลม่วงค์ ที่จังหวัดพิจิตรและน้ำสองศรี แสงใส ที่จังหวัดยโสธร อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมชุมชนด้วย ซึ่งจะทำให้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพชุมชนด้วย สรุปว่าเราจะต้องทำงานสุขภาพพร้อมไปกับวัฒนธรรมชุมชน

ประเด็น ระบบบริการสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับ อสม. ในแง่ของขบวนการขับเคลื่อน อสม. โดยการปรับเปลี่ยนวิธีคิดของบุคลากรภาครัฐ ซึ่งจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการทำงานของ อสม. และผู้นำชุมชนอื่น ๆ มีการศึกษาที่น่าสนใจมา แสดงให้เห็นความสำคัญการทำงานสุขภาพชุมชนจากการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและบทบาทการทำงานของภาครัฐ อาทิ กรณีที่จังหวัดเชียงรายที่เกิดเครือข่ายการเรียนรู้และทำงานสุขภาพเชิงรุก โดยมีชุมชนเป็นตัวตั้ง จะเห็นพลวัตของบทบาทเจ้าหน้าที่และ อสม. ด้วยและกรณีที่จังหวัดขอนแก่น เกิดการเรียนรู้ใหม่ของเจ้าหน้าที่ และ อสม.

ประเด็น การกระจายอำนาจของท้องถิ่นกับบทบาทอาสาสมัครสุขภาพและ อสม. จากแรงขับเคลื่อนการเมืองภาคประชาชนและมีอาสาสมัครแสดงตัวตนให้เห็นจำนวนมาก จากกรณีศึกษาเราจะเห็นลักษณะการทำงานแนวราบมากขึ้น โดยที่กรณีภาคใต้ จะมีการเชื่อมโยงแนวคิดวัฒนธรรมชุมชนเรื่อง “เกลอ” มาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการทำงานอาสาสมัคร การผูกเกลอซึ่งเป็นต้นทุนวัฒนธรรมที่มีอยู่แล้วของท้องถิ่นภาคใต้ จึงเป็นกระบวนการเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. ด้วย

อย่างไรก็ตาม บทบาทอาสาสมัครด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย ทั้งในกลุ่ม อสม. เองและอาสาสมัครท้องถิ่นด้านอื่น ๆ เป็นศักยภาพที่สำคัญ โดยสถานการณ์สังคมเปลี่ยนไปมากแล้ว ภาครัฐจะต้องปรับบทบาทและการสนับสนุนในทางที่เสริมศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพเหล่านี้

ความคิดเห็นที่เกิดขึ้นจากการประชุมกลุ่มย่อยที่น่าสนใจ

บทความที่ 1 สภาพสุขภาพที่น่าสนใจ

ประเด็นหลักจากบทความ

- สถานภาพของอสม.ที่น่าสนใจเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการมาก แม้แต่อบต.ก็ยังอยากเข้ามาเป็นอสม. ซึ่งผู้นำเสนอวิเคราะห์ว่า เนื่องจากที่น่าสนใจมีการให้คุณค่ากับงานอาสาสมัครและมีกระบวนการหล่อหลอมที่เข้มข้น ได้แก่ 1) การกำหนดคุณสมบัติด้านพฤติกรรมที่ต้องเป็นแบบอย่าง 2) ใช้กระบวนการวิจัยท้องถิ่นเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และแก้ปัญหา 3) มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
- จุดเด่นของที่น่าสนใจก็คือ บทบาทอสม. ถูกยกระดับให้เป็น “สภาพสุขภาพ” ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในกระบวนการบริหารจัดการชุมชนโดยคนในท้องถิ่น และมีโครงสร้างการบริหารแบบมีส่วนร่วม อสม.จึงมีบทบาทที่อยู่ในระนาบเดียวกับแกนนำฝ่ายอื่นๆ

ประเด็นเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- ในบทความวิชาการวิเคราะห์ให้เห็นถึงต้นทุนทางสังคมของน้ำเกียน เช่น ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ มิติเชิงประวัติศาสตร์ของชุมชน
- น่าจะถอดบทเรียนข้อเรียนรู้ของน้ำเกียนออกมาให้เห็นชัดเจนเพื่อให้ชุมชนอื่นๆ ได้ร่วมเรียนรู้ด้วย
- ให้เพิ่มส่วนที่เป็นรูปแบบที่หลากหลายในการขับเคลื่อนงานอสม.

บทความที่ 2 บทเรียนเครือข่ายอสม.พัทลุง ตรัง นครศรีธรรมราช

ประเด็นหลักจากบทความ

- บทเรียนจากตรัง พัทลุง นครศรีธรรมราช ชี้ให้เห็นว่า อสม. ถูกพัฒนาในบริบทของชุมชน ซึ่งมีความซับซ้อนมีเงื่อนไขปัจจัย และมีความหลากหลายขององค์ประกอบของคนในชุมชน ซึ่งทำให้อสม.มิได้ถูกใช้แต่ฝ่ายเดียว แต่สามารถสร้างอัตลักษณ์ของตนเองขึ้นมาจนโดดเด่นเป็นที่ยอมรับ และสามารถยกระดับความสัมพันธ์ใหม่กับกลุ่มองค์กรต่างๆ ในลักษณะแนวราบ
- มีเงื่อนไขปัจจัยทางวัฒนธรรม (ผูกเถล) ที่เอื้อให้อสม.ใน 3 จังหวัด ดังกล่าวเกิดกลุ่มพลังของการเรียนรู้ ขณะเดียวกันก็มีบริบทของการพัฒนาการเมืองภาคประชาชนขึ้นในหลายพื้นที่ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงภาคี และเกิดความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายซึ่งหนุนเสริมให้อสม.ทำได้มากขึ้น และมีบทบาทที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาในระดับท้องถิ่นได้มากขึ้น

ประเด็นเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- เป็นตัวอย่างของการนิยามตนเองจากคำว่า “ราษฎร” เป็น “พลเมือง”

บทความที่ 3 อสม. และการเมืองวัฒนธรรม

ประเด็นหลักจากบทความ

- เป็นการวิเคราะห์อสม. จากมุมมองของการเมืองวัฒนธรรม ที่เสนอว่า “อาสาสมัคร” เป็นเรื่องของการสร้างนิยามความหมาย โดยมีการช่วงชิงพื้นที่ในการสร้างความหมายของกลุ่มต่างๆ ได้แก่ รัฐ เอกชน และชุมชน
- รัฐ มองความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัคร กับรัฐ ว่าเป็น “แขนขา” หรือเป็นคนที่มาช่วยงานรัฐ ในขณะที่องค์กรเอกชนในยุคหนึ่งได้พยายามนิยามงานอาสาสมัครว่าเป็น “งานพัฒนา” ทำให้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชนมากมายหลังจากนั้น

ประเด็นเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- ควรจะนิยามอาสาสมัครอย่างไรที่เอื้อให้อสม.สามารถพัฒนาและทำงานในกรอบของท้องถิ่นได้มากขึ้นโดยไม่ต้องติดกับกรอบของกระทรวงสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครรักถิ่น
- ในการนิยามจำเป็นต้องระมัดระวังว่าจะไม่ไปผูกกับการเป็นตัวแทนของนักการเมืองท้องถิ่น

บทความที่ 4 บทบาท อสม. กับงานปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นหลักจากบทความ

- มีการวิเคราะห์บทบาทของอสม. กับงานปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมองว่ามีทั้งส่วนที่อสม. เข้าไปหนุนเสริมงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และส่วนที่เป็นปัจจัยขัดขวางอยู่ด้วยไม่น้อยทีเดียว โดยเฉพาะปัจจัยแทรกซ้อนทางการเมือง ซึ่งทำให้มีเรื่องผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องทางด้านการจัดสรรงบประมาณและคน ทำให้เกิดความแตกแยกใน อปท.

ประเด็นเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- ในบทความเป็นการนำเสนอปรากฏการณ์ทั่วไป แต่ยังขาดการวิเคราะห์บทบาทอสม.อย่างเข้มข้น ทำให้ไม่มีข้อเสนอที่เด่นชัด

บทความที่ 5 บทบาท อสม. กับงานสุขภาพในเขตเทศบาลเมือง

ประเด็นหลักจากบทความ

- อสม.กับชุมชนเมือง มีทั้งส่วนที่เป็นปัจจัยขัดขวางและโอกาสในการสร้างสรรค์บทบาท อสม.ใหม่ๆ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความซับซ้อนของเมือง
- ปัจจัยขัดขวางที่สำคัญก็คือ ไม่สามารถสร้างอัตลักษณ์ของตนเองในการตอบสนองกับสุขภาพภาคประชาชน ในขณะที่บางส่วนกลับไปตอบสนองค่อนโยบายของรัฐและนักการเมืองมากกว่า ทำให้ขาดพลังในการประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ
- อสม.ในเขตเมืองน่าจะต้องพัฒนากลไกระดับนโยบายหรือการมีนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่นที่เอื้อให้เกิดการทำงานที่ตอบสนองกับปัญหาที่ซับซ้อนของเมืองได้มากขึ้น เช่น การกำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ การดูแลที่บ้าน ฯลฯ

ประเด็นเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- มีข้อสังเกตว่าบริบทของเมืองมีความแตกต่างหลากหลาย แม้แต่ในเมืองด้วยกันก็มีความต่างในการพัฒนากลไกเชิงนโยบายจึงไม่สามารถลอกเลียนไปใช้ที่อื่นๆ

- อสม. ในเขตเมืองมีโอกาที่จะถูกแทรกแซงจากนักการเมืองได้ง่าย โดยเฉพาะอสม. ที่จัดตั้งโดยเทศบาล

ข้อคิดเห็นโดยทั่วไปของกลุ่ม

- อสม. ถือเป็นหน่วยอ่อนที่ดีของงานอาสาสมัครในพื้นที่ อาจต้องพิจารณาต่อไปว่า งานอาสาสมัครมีโอกาสอะไรอยู่บ้างที่จะไปหนุนเสริมบทบาทของอสม. ให้สามารถทำงานในบริบทของท้องถิ่นได้มากขึ้น โดยไม่จำกัดอยู่ทำงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ในขณะเดียวกันก็อาจต้องคิดถึงระบบหล่อเลี้ยงเกื้อหนุนที่ดีให้กับอสม. ด้วย

**รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 : สังเคราะห์งานวิจัย
ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา
วันที่ 5-6 กรกฎาคม พ.ศ. 2549
ณ จังหวัดกรุงเทพมหานคร**

วิทยากรส่วนกลาง - กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. น.พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. น.พ.ขวัญชัย วิศิษฐานันท์ | รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| 3. น.พ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | ผู้อำนวยการ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| 4. นางสาวณิษฐ์ กุลสมบุญ | หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 5. รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

วิทยากรส่วนภูมิภาค

- | | |
|------------------------|--|
| 1. น.พ.บัญชา พงษ์พานิช | สวนสร้างสรรค่นาคร-บวรรัตน จ. นครศรีธรรมราช |
|------------------------|--|

คณะวิจัยชุดจัดทำกรณีศึกษา – วิทยากร

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นายสุภฎ์ สุฤทธิ์ | สถานีอนามัยตำบลน้ำเกี๋ยน กิ่งอำเภอกุพียง จ.น่าน |
| 2. นางสาวรุ่งนภา มาลารัตน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย |
| 3. นายเชิงชาญ โนจา | มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน (NORTHNET) จ. เชียงใหม่ |
| 4. นางพนมวรรณ คาคัพโน | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร |
| 5. นายยงศักดิ์ ตันติปัญญา | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 6. นายชัยณรงค์ สังข์จำง | สอ.ต.วังตะกูน อ. บางมูลนาก จ.พิจิตร |
| 7. นางศิริพร เหลืองอุดม | โรงพยาบาลน้ำพอง จ.ขอนแก่น |
| 8. นายธีรวัฒน์ แดงกะเปา | สถานีอนามัยบ้านสี่แยกสวนป่า ต.วังหิน อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช |
| 9. นายสีลเรืองศักดิ์ สุกใส | เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชน จ.นครศรีธรรมราช |
| 10. นายเสณี จำวิสุต | เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชน จ.นครศรีธรรมราช |
| 11. น.ส.มธุรส ศิริสถิตย์กุล | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 12. นางเทียนทอง ด้วงแก้ว | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก |
| 13. นายชนันท์ กนกเทพ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก |

- | | |
|----------------------------|---|
| 14.นางปัทมา ตั้งปรัชญากุล | เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน จ.สมุทรสาคร |
| 15. พญ.ฉันทนา ผดุงทศ | สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค |
| 16. นายประสิทธิ์ชัย หนูนวล | โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขภาคใต้ จ. นครศรีธรรมราช |

คณะวิจัยชุดบทความวิชาการ -วิทยากร

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. นายชาติชาย มุกสง | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 2. นายประชาธิป กะทา | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 3. นางกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
จ.นครสวรรค์ |
| 4. ดร.วิจิต เปานิล | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

คณะวิจัยชุดการศึกษาเชิงปริมาณ - วิทยากร

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. น.ส.สุจินดา สุขกำเนิด | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น |
| 3. น.ส.ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมานูร | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน
จ.นครศรีธรรมราช |
| 4. น.ส.แสงเทียน อัจฉิมานูร | ภาควิชาการจัดการประมง คณะประมง
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |

วิทยากร - อาสาสมัคร

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. นายวินัย เมฆไตรภพ | เครือข่ายจิตอาสา กรุงเทพฯ |
| 2. น.ส.วรรณ จารุสมบัติ | นักวิชาการอิสระ กรุงเทพฯ |
| 3. นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร อ. เมือง จ. พิจิตร |
| 4. น.ส.ชลลดา ทองทวี | นักวิจัยด้านอาสาสมัคร กรุงเทพมหานคร |

ผู้ร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. นายปัญญาวัฒน์ สันติเวส | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 2. น.ส.รุจิรา อรรถสิทธิ์ | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 3. นายชยยุทธ ตรีนุชกร | เครือข่ายเรียนรู้ภูมิปัญญาไทอีสาน จ. มหาสารคาม |
| 4. น.ส.สุมาลี ตราชู | โรงพยาบาลน้ำพอง อ. น้ำพอง จ.ขอนแก่น |
| 5. นายกฤษณพร สุวรรณาร | เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ จ.นครศรีธรรมราช |

- | | |
|------------------------------|---|
| 6. นางวันสร่า เชาวน์นิม | ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคกลาง จ.ชลบุรี |
| 7. นายไพรัตน์ อ้นอินทร์ | มหาวิทยาลัยนเรศวร จ. พิษณุโลก |
| 8. นายธงชัย สาระกุล | ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาค
ประชาชนภาคเหนือ จ. นครสวรรค์ |
| 9. นายฉัฐวุฒิ ภิรมย์ไทย | ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาค
ประชาชน ภาคใต้ จ. นครศรีธรรมราช |
| 10. นางวรารัตน์ กิจพจน์ | สำนักงานพัฒนาวิชาการและนิเทศงาน สปส.
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 11. นางสาวกรรณิการ์ ชมภูศรี | มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน จ.เชียงใหม่ |
| 12. นายสุรกิต จัตรเจริญพัฒน์ | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ |
| 13. นายณฤศณ อ่วมสุข | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ |

คณะกรรมการและจัดประชุม

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. นางวรวรรณ ศรีเจริญ | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 2. น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 3. น.ส.ภาวิณี สวัสดิมานนท์ | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 4. นางรุจยา ชัชวาลยางกูร | กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 5. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ | กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 6. นางบุษรา โพธิ์เที่ยง | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |

**สรุปการสนทนากลุ่มชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข
กรณี ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่
ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับการยุทธศาสตร์การพัฒนา
วันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2549
ที่ห้องประชุมโรงเรียนบ้านทรายมูล ต. หางดง อ. หางดง จ. เชียงใหม่**

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายวิโรจน์ ลาป็น	ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอสารภี
2. นางสุพร คันธาร	เลขาฯชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอสารภี
3. พ.อ.อ.สุขเกษม ชั่งไทย	รองประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอสันป่าตอง
4. นางจรรยา คุณาทิพย์	เลขาฯชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอสันป่าตอง
5. นางเพียรศรี ประทุมทา	เลขาฯ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอคอยหล่อ
6. นายมนี อินตะ	รองประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่
7. นายนิเวช วิยะ	สมาชิกชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่
8. นางกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ
9. น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

บทสรุป

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ก่อตั้งกันในปี 2537 การรวมตัวกันนี้นามว่า “ชมรม อสม. จังหวัดเชียงใหม่” นั้น เกิดจากการเห็นความสำคัญของการรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่จะสามารถทำให้เกิดพลังในการทำงานและการไปติดต่อประสานงานกับองค์กรภายนอกต่างๆ ได้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดความสัมพันธ์และการช่วยเหลือกันในรูปแบบอื่น ๆ ได้ อาทิ การระดมทุน โดยเริ่มจากการเก็บค่าบำรุงสมาชิกด้วยความสมัครใจ เพื่อเป็นเงินกองทุนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว อสม. เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตหรือประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ชมรมจะมีเงินช่วยเหลือ อสม. และครอบครัวได้ นอกจากนี้ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขได้เกิดความภาคภูมิใจจากการได้ทำงานช่วยเหลือเพื่อนบ้านในเรื่องความเจ็บป่วยแล้ว อีกทั้งยังได้รับความรู้ต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพและเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ อสม. แต่ละคนจึงชอบออกมาทำงานอาสาสมัคร

เมื่อ อสม. มารวมตัวกัน ทำงานด้วยกันบ้าง ประชุมกันบ้าง ไปศึกษาดูงานด้วยกันบ้าง พบปะกันบ่อยๆ จึงเกิดความร่วมมือกัน แม้ว่าแต่ละคนก็มาด้วยใจ ดังที่ อสม. แต่ละคนยืนยันว่า “เฮา

มาด้วยใจ” และในวงการสนทนากลุ่มชมรม อสม. จังหวัดเชียงใหม่ แต่ละคนต่างยืนยันกันอย่างแข็งขันด้วยว่า “พวกเราเข้าใจบทบาทการเป็น “อาสาสมัคร” เราทำด้วยใจรัก พอได้พบปะ (เพื่อน) อาสาสมัครด้วยกัน เราชู้สึกสบายใจและดีใจ มีความสุข (ไปได้เสแสร้งเลย) พูดยกันฟังกัน ร่วมมือร่วมใจกัน เรามีความผูกพันกันเหมือนพี่เหมือนน้อง เกิดความภาคภูมิใจ”

ปัจจุบัน ชมรม อสม. จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับแรงบันดาลใจจากปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว แต่เดิม อสม. ก็ได้รับรู้โครงการเศรษฐกิจพอเพียงมาบ้างแล้ว แต่เหตุการณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2549 เฉลิมฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จึงเป็นจุดปะทะของแรงบันดาลใจที่จะนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางการทำงานพัฒนาชุมชนหมู่บ้านต่อไป ซึ่งขณะนี้ ชมรมมีประสบการณ์และความรู้ในการทำงานด้วยตนเอง นับแต่เขียนโครงการ วางแผนพัฒนาชุมชน ประสานงานกับแหล่งทุนต่าง ๆ ทั้งภายในท้องถิ่นและนอกพื้นที่ ขณะนี้ อสม. หลายคนในชมรมทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีโครงการด้านสุขภาพ

กระบวนการสนทนากลุ่ม

การเลือกชมรม อสม. จังหวัดเชียงใหม่ เป็นกลุ่มศึกษาและสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบทบาท อสม. ในระดับจังหวัด และกลไกสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงในช่วงที่มีนโยบายกระจายอำนาจนั้น มาจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบว่า หากจะศึกษารูปแบบและพัฒนาการของ อสม. ที่มีการรวมกลุ่มกันทำงานสุขภาพให้กับท้องถิ่นตัวเอง กลุ่มไหนมีการรวมตัวและพัฒนาการที่น่าจะเป็นกรณีให้เกิดการเรียนรู้ และกลุ่มนั้นมีเป้าหมายและวิธีการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มและท้องถิ่นตนเอง

ในวันนัดหมายการสนทนากลุ่มที่อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ นั้น คณะกรรมการชมรมจำนวน 12 คน ที่นัดหมายกันไว้มาไม่ครบ เนื่องจากเหตุการณ์ฝนตกหนักในช่วงวันก่อนการนัดหมายประชุม จนเส้นทางหลายเส้นทางถูกน้ำและดินตัดขาด จึงมี อสม. มาประชุมด้วยจำนวน 9 คน พร้อมกับผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มอีก 2 คน แม้ อสม. หลายคนบอกว่าป็นห่วงเรื่องน้ำท่วมสวนและบ้าน แต่นัดไว้แล้วก็ต้องมา

เมื่อเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่มโดยการเปิดประเด็น ชี้แจงวัตถุประสงค์และการทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนพูดคุยตามสบาย ไม่มีกรอบงานสุขภาพและสถานะของเจ้าหน้าที่กับ อสม. บรรยากาศการสนทนาจึงดำเนินไปอย่างเปิดใจ สังเกตได้จากการผ่อนคลายและอาการยิ้มแย้มแจ่มใส จึงถือได้ว่ากระบวนการสนทนากลุ่มครั้งนี้ เป็นการเสริมพลังระหว่างเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย

ข้อสังเกตที่น่าสนใจ พบว่า อสม. แต่ละคนแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นกันเองและไม่แสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวพันกับเจ้าหน้าที่และภาครัฐมากนักจนไม่เป็นตัวของตัวเอง แต่กลับเห็นความสัมพันธ์ที่

ซ้อนกันอยู่ระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะพี่เลี้ยงที่ดี ดังคำบอกเล่าที่เกิดขึ้น และแสดงถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นเองของ อสม. ที่จังหวัดเชียงใหม่ และที่น่าสนใจเพิ่มขึ้น เมื่อสนทนาไปได้ระยะหนึ่ง จะพบว่า อสม. แต่ละคนมีบทบาทการทำงานอาสาสมัครหลายด้าน เคยมีบทบาทและกำลังดำรงบทบาทอาสาสมัครการทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในด้านต่าง ๆ อาทิ อาสาสมัครเกษตรกลุ่มสตรี ผู้ประสานเรารัฐอำเภอ กรรมการวัฒนธรรมอำเภอ อาสาสมัครกลุ่มคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพระดับตำบล ชมรม อพม. (อาสาสมัครพัฒนาหมู่บ้าน) จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น ปัจจุบันยังพบว่า อสม. แต่ละคนทำงานหลายด้าน ทั้งด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสุขภาพ โดยประวัติของแต่ละคนเคยดำรงบทบาทและยังดำรงบทบาทในชุมชนอย่างน้อย 10 บทบาทต่อคน

กลไกสนับสนุน อสม.

อสม. กลุ่มนี้มองว่า การเป็น อสม. เป็นเรื่องของจิตใจ และไม่เห็นด้วยกับการมีค่าตอบแทน เนื่องจาก การมีค่าตอบแทนจะไม่ใช่อาสาสมัคร และจะทำให้แก่งแย่งกันเป็น และมองว่าคนที่คิดเรื่องการให้ค่าตอบแทนอาสาสมัคร ไม่เข้าใจคำว่าอาสาสมัครอย่างแท้จริง อาสาสมัครคือ ผู้มีใจและผู้ที่ทำให้กับคนอื่น สิ่งที่เป็นการตอบแทนจึงเป็นเรื่องความศรัทธาและการยอมรับจากชุมชนและสังคม จะเป็นขวัญกำลังใจให้มากกว่า ที่ผ่านมามองว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงที่ดี (กว่าเจ้าหน้าที่กระทรวงอื่น) แม้อตอนนี้จะต้องประสานงานเองและเขียนโครงการเอง แต่ก็ยังทำงานร่วมกับรัฐ และต้องการให้รัฐทำงานเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนด้านความรู้และเครื่องมือ/อุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดัน เพราะ อสม. สามารถตรวจค้นผู้ป่วยได้

ทิศทางต่อไปชมรมจะทำงานเชิงรุก ปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชนรักษาดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย คว้ากะลา และจะทำงานไปหาคนจนผู้สูงอายุ เยาวชนและกลุ่มสตรีให้มากขึ้น ใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงและประสานกับหน่วยงาน สอ., สสอ., สสจ. และ อบต. ขณะนี้กำลังเขียนโครงการขอทุนจาก สสส. อยู่