

รายงานการศึกษา



ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง :

การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา

Health Volunteers in the Context of Changes:

Potentials and Development Strategies

ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

โดย

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

หัวหน้าโครงการ

ดำเนินการโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และคณะวิจัย

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปี ๒๕๕๙

บทคัดย่อ

ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

: การสังเคราะห์ความรู้ยุทธศาสตร์การพัฒนา

การศึกษานี้ต้องการประเมินศักยภาพที่ดำรงอยู่ของอสม.ในประเทศไทยที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยใช้กระบวนการสังเคราะห์ความรู้จากการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งจากเอกสารและการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ มีการทบทวนสถานการณ์และแนวคิดสำคัญโดยนักวิจัยที่มีศักยภาพในประเด็นต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับสุขภาพชุมชน วงศาวิทยา และการเมืองวัฒนธรรมของอาสาสมัครในประเทศไทย อาสาสมัครกับโรคอุบัติใหม่ และกลไกสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งใช้การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินศักยภาพ ระบบสวัสดิการ และปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของ อสม. ด้วย นอกจากนี้ ยังจัดทำกรณีศึกษางานอาสาสมัครสาธารณสุขที่น่าสนใจ 15 กรณีศึกษา เพื่อมองหาความเป็นไปได้ใหม่ๆ ในการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งหมดนี้ได้นำไปสู่การสังเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่น่าจะเป็นทิศทางในอนาคตได้

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้มี 8 ประการ ได้แก่ (1) จากการที่แนวคิดและรูปแบบของปฏิบัติการเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผลผลิตจากพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ ดังนั้น เมื่อสถานการณ์การเมืองและสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและรูปแบบของปฏิบัติการเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (2) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่จำนวน 800,000 คน นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่ง แม้ว่า อสม.บางส่วนอาจมีปัญหาในการเข้ามาเป็นอาสาสมัครเพราะระบบพวกพ้องหรือต้องการสิทธิประโยชน์เล็กๆ น้อยๆ แต่อาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ได้รับเลือกมักเป็นผู้ที่ชุมชนเชื่อถือและไว้วางใจว่าจะอุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน (3) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ และมีผู้หญิงเข้ามาเป็นอาสาสมัครมากขึ้นถึงร้อยละ 70 ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 35 ของอาสาสมัครเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี (4) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่มีความสามารถในการทำงานซึ่งเสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจรวบรวมข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรค แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (5) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีคำถามว่า เราจะทำอย่างไรเพื่อให้สามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีคุณภาพและฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่านี้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขได้มากขึ้น (6) ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้บริหารท้องถิ่น และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าจะมี

พัฒนาการของกลไกการประสานงานในระดับต่างๆ เกิดขึ้น แต่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมีส่วนร่วมในกลไกการประสานงานในระดับที่สูงกว่าจังหวัดค่อนข้างน้อย (8) กรณีศึกษาต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นนวัตกรรมและรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่หลากหลาย นับตั้งแต่ การเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาลจนถึงการเป็นอาสาสมัครบรรเทาพิบัติภัย รูปธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครในสังคมไทยได้ก้าวหน้าจนเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคตมีดังนี้ (1) กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขไปเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น (2) สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกๆ ด้านของงานสาธารณสุข โดยทุกหน่วยงานของสาธารณสุขควรสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเองแทนที่จะหวังพึ่งเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น (3) เปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อรองรับงานอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด (4) ส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนให้มีความหลากหลาย เพื่อเสริมส่วนที่เป็นข้อจำกัดซึ่ง อสม. ไม่สามารถทำได้มากนัก (5) ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัครด้วยตนเอง (6) พัฒนากลไกการควบคุมดูแลกันเองเพื่อให้เกิดองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ฝักใฝ่พรรคการเมือง

Abstract
**Health Volunteers in the Context of Changes:
Potentials and Development Strategies**

Komatra Chuengsatiansup, MD. Ph.D
Director of Society and Health Institute,
Ministry of Public Health, Thailand

This study aims to assess the existing potentials of village health volunteers in Thailand in the context of changes. The research process involved the review of related situation both from relevant documents and from a technical workshop with experienced health workers. Commissioned papers were assigned to potential researchers in various areas of inquiry such as the changing situation in community health, the historical evolution of the concept of health volunteers in Thailand, community volunteer in the context of emerging diseases, as well as the review of supporting system for village health volunteers. A quantitative study was also undertaken to identify existing performance, incentives, and obstacles of village health volunteers. In addition, in order to identify future potential of health volunteers, interesting volunteer works in related health fields were identified. 15 case studies were documented and used as input for the final synthesis of developmental strategies.

Findings of the study can be summarized in an eight-point synopsis. (1) Concept and operational model of village health volunteer was the product of historical development. As health situation and political landscape has changed in the past few decades, there was a need to reconceptualize the idea of health volunteer; (2) Village health volunteers in Thailand numbered almost a total of 800,000. It was an extremely valuable health resource. Village health volunteers were mostly selected by local communities. Although the recruitment of a number of them was relatively problematic, village health volunteers were mostly well respected by local villagers. Volunteers were generally selected because local people knew them as ones who devoted to collective affair and people trusted them. (3) Existing system of village health volunteer in Thailand was still very much alive and has 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%. (4) Existing village health 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 in the area of work that need long-term, continuing devotion, such as caring of chronically ill patients.

(5) Existing volunteer workforce was recruited from comparatively low educational and economic background. This poses the question, how could higher quality of volunteer workforce with an economic status more prepared to dedicate be recruited? (6) The changing supporting system and decentralization has greatly affected the relationship between health volunteers, local administration, and the role of Ministry of Health. Although a coordination mechanism was recently created at various levels, local health volunteers have little participation above the district level. (7) Village health volunteer has been apparently politicized and become instrumental in local and national politics. (8) A number of case studies 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 in Thai society.

The followings are recommendation for future development of health volunteers. (1) The Ministry of Public Health needs to shift its role from being the possessor of health volunteers to the role of promoting the idea of health volunteers in various appearances. (2) Support the formation of health volunteers in every field of health activities. Each and every organization in public health should be encouraged to create and organize its own network of volunteer workforce, rather than depending solely on village health volunteers as the only form of people participation. (3) Create more spaces for volunteer work in various public health offices by promoting health organizations to open up more opportunity for volunteer work in the organizations (4) Pluralize forms of health volunteers in local communities. The standard operational model of village health volunteers, while contributed greatly to last few decades' health accomplishment, has reached its limit. (5) Encourage public health officers to work as volunteer themselves as a way to promote volunteer spirit in public health organization. (6) Develop self-governing mechanism to make health volunteer a non-partisan organization.

ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง: การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา

โดย นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (หัวหน้าคณะวิจัย)

ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ความนำ

งานสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ทำให้งานสาธารณสุขในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้นและเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้นำเอาอุดมการณ์ทางสังคมเป็นเครื่องชี้นำการทำงานเพื่อชุมชนอย่างจริงจัง กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งดำเนินการได้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างกว้างขวางจนในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 700,000 คนทั่วประเทศ

ตลอดช่วงระยะการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้มีการประเมินผลซึ่งนำไปสู่การปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่เป็นระยะ แต่ในช่วงเกือบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสงานสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลงทั้งในระดับสากล ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากขึ้น ในระดับโลก การล่มสลายของขั้วอุดมการณ์ที่แบ่งโลกเป็นเสรีนิยมกับคอมมิวนิสต์ทำให้เส้นแบ่งเดิมที่เคยจัดจำแนกประเทศตามอุดมการณ์ทางการเมืองสลายลง ในขณะที่การค้าเสรี ทุนนิยมโลก และโลกาภิวัตน์แพร่หลายขยายตัวและได้ทำให้การสาธารณสุขมีสภาพที่ไร้พรมแดนอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โรคแพร่ระบาดอย่างไร้ขอบเขตพรมแดนใดๆ ไม่แตกต่างไปจากสินค้า ข้อมูลข่าวสารและผู้คน

ในระดับประเทศ การประกาศเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้าหลังสงครามเย็นสิ้นสุดลงเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงประเทศให้เป็นอุตสาหกรรมและเป็นส่วนหนึ่งของทุนนิยมบริวารในระบบทุนโลกอย่างแนบแน่น การเปิดเสรีทางการค้ารวมทั้งการไหลเข้าของเงินทุนจากต่างประเทศได้ทำให้ประเทศไทยพัฒนาเป็นประเทศทุนนิยมอย่างก้าวกระโดด สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่างชัดเจนต่อโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยที่สัดส่วนของชนชั้นกลางขยายตัวอย่างรวดเร็ว ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตทันสมัยแบบตะวันตกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยในยุคหลังสงครามเย็น

ในขณะเดียวกัน นโยบายการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล การปฏิรูประบบราชการ การเกิดขึ้นของกองทุนและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะ รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติ

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

จัดทำโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และคณะวิจัย

ขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่างๆ ตลอดจนมีการพยายามนำเอาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปร่วมในการกิจใหม่ด้านอื่น ๆ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องยาเสพติด เหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการทบทวนให้เห็นถึงยุทธศาสตร์การทำงานที่ชัดเจนในสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

แม้ว่า การดำเนินการต่างๆ ที่ผ่านมานั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกว่า 700,000 คนเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากมาต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชน แต่การดำเนินการเกี่ยวกับการอาสาสมัครที่เป็นอยู่ก็มีปัญหามากมายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการที่มีรูปแบบที่ค่อนข้างตายตัวซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้ในชุมชนชนบทเป็นหลัก ปัญหาการสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่มักใช้การเพิ่มค่าตอบแทนหรือการให้สวัสดิการเพิ่มเติมโดยมักไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจนหรือปัญหาการเมืองที่มักเข้ามาใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นฐานคะแนนเสียง

สภาวะดังกล่าวทำให้จำเป็นต้องประเมินและวิเคราะห์ให้เห็นชัดเจนว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขใดในปัจจุบัน มีศักยภาพแท้จริงอยู่ตรงจุดไหนในสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำเป็นต้องประเมินให้เห็นว่าแนวคิดเรื่องอาสาสมัครที่ใช้ในการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นยังเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงทางสังคมการเมืองใหม่อยู่หรือไม่ หากจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนจะต้องมีการปรับเปลี่ยนในลักษณะใด เพื่อที่จะได้ใช้การประเมินนี้ในการกำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานอาสาสมัครในอนาคตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ของโลกปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนากำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงาน และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปัจจุบัน
2. เพื่อประเมินแนวคิดและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมใหม่และสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
3. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนารูปแบบงานอาสาสมัครและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระบวนการสังเคราะห์ความรู้

กระบวนการถอดบทเรียนและประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครเน้นหนักไปที่การประเมินรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบททางเศรษฐกิจสังคมและปัญหาสุขภาพที่

เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ กระบวนการสังเคราะห์มีการดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทบทวนสถานการณ์และประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขเบื้องต้น โดยการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดการประชุมปฏิบัติการเพื่อระดมประเด็นความคิดเห็น โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่

- นักวิชาการจากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค 4 ภาค
- คนทำงานในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานคลุกคลีกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- เครือข่ายสมาคมหมออนามัยและเจ้าหน้าที่อนามัย
- ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต. และอบจ.)
- นักวิชาการสาธารณสุขที่ติดตามสถานการณ์ด้านงานสุขภาพชุมชน
- ตัวแทนจากแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการด้านอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น สสส.
- ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

การประชุมปฏิบัติการดังกล่าวได้ทำให้เกิดประเด็นการประเมินผลที่ชัดเจนทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องสถานการณ์การทำงานสุขภาพชุมชนและการพัฒนาชุมชนโดยภาพรวม ปัญหาและอุปสรรคการทำงานทั้งในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และระบบการสนับสนุน รวมทั้งยังทำให้ได้ภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการปรับเปลี่ยนประยุกต์อย่างสร้างสรรค์ในระดับท้องถิ่น ข้อค้นพบจากการประชุมปฏิบัติการดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการพัฒนารอบการประเมินเชิงปริมาณและการทบทวนสถานการณ์เชิงลึกในขั้นตอนต่อไป มา

2. การทบทวนประเด็นความรู้และสถานการณ์สำคัญด้วย Commissioned research papers ได้ดำเนินการโดยการคัดเลือกนักวิจัยที่เหมาะสมเพื่อทำหน้าที่ทบทวนและวิเคราะห์ประเด็นสำคัญทั้งในส่วน of สถานการณ์และแนวคิดดังต่อไปนี้

- สังคมที่เปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนไป โดย *ปารณัฐ สุขสุทธิ และกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์*
- วงศาวิทยาและการเมืองวัฒนธรรมของอาสาสมัครหรือ จิตอาสา ในสังคมไทย โดย *ชาติชาย มุกสง*
- ทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข: มองผ่านมิติสังคมวัฒนธรรมของโรคเรื้อรัง โดย *ประชาธิป กะทา*
- อาสาสมัครกับการรับมือภัยพิบัติในสถานการณ์สุขภาพใหม่: กรณีศึกษาหน่อไม้ป๊อป โดย *ฉันทนา ผดุงทศ*

- กลไกสนับสนุนและสิทธิประโยชน์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข โดย วิจิต เปานิล รุญา ชัชวาลยางกูร ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ

3. การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในภาพรวมระดับประเทศ โดยเน้นประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ประเมินศักยภาพของอสม. ในชุมชน ได้แก่ ความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทของ อสม.กระบวนการทำงาน วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา
- วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมอสม.ระดับจังหวัด
- ทบทวนระบบสวัสดิการ ขวัญและกำลังใจที่เหมาะสมและยั่งยืนให้กับ อสม.
- ประเมินคุณค่าของอสม.ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน
- ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.

ในด้านระเบียบวิธีวิจัยนั้นการศึกษาเชิงปริมาณใช้ฐานข้อมูลจาก 2 แหล่งคือข้อมูลทุติยภูมิฐานทะเบียนประวัติอสม. ทั้ง 76 จังหวัดที่รวบรวมไว้ที่กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2549 เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของ อสม. ที่ปรากฏในทะเบียนจำนวน 791,383 คน และข้อมูลปฐมภูมิ จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มในหมู่บ้าน และการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ รายละเอียดมีดังนี้

- แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชนชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน 11 จังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 3 หมู่บ้าน รวม 132 หมู่บ้าน
- แบบสอบถาม โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด จำนวน 75 จังหวัด

4. การจัดทำกรณีศึกษางานอาสาสมัครสาธารณสุขที่น่าสนใจ เป็นการศึกษาวิจัยที่เน้นการถอดประสบการณ์และการนำเสนอความเป็นไปได้ใหม่ๆ ในการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุข มีการดำเนินการรวมทั้งสิ้น 15 กรณีศึกษาได้แก่

กรณีศึกษาที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) กับหมอพื้นบ้าน

โดย ยงศักดิ์ ตันติปฏิภน

กรณีศึกษาที่ 2 จาก อสม. สู่ปราชญ์ชาวบ้าน: กรณี นายณรงค์ แฉล้มวงศ์

โดย ชัยณรงค์ สังข์จำเริญ

กรณีศึกษาที่ 3 งานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพกับงานพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดยโสธร

โดย พนมวรรณ คาดพันโน

กรณีศึกษาที่ 4 อาสาสมัครเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อดื้อยาต้านไวรัส โดย เจริญชาญ โนจา

- กรณีศึกษาที่ 5 อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) : กลไกการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพ
อนามัยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร
โดย สมพงศ์ สระแก้ว และ ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล
- กรณีศึกษาที่ 6 บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์กรร่วม กรณีที่บ้านสี่แยกสวนป่า
โดย ชีรวัฒน์ แดงกะเปา
- กรณีศึกษาที่ 7 การเรียนรู้บทบาทอาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชน ที่จังหวัดเชียงราย
โดย รุ่งนภา มลารัตน์
- กรณีศึกษาที่ 8 บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกับงานบริการปฐมภูมิ อำเภอป่าพอง จังหวัด
ขอนแก่น **โดย ศิริพร เหลืองอุดม**
- กรณีศึกษาที่ 9 ลาไม : ผืนดินสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่ **โดย ศीलเรืองศักดิ์ สุกลใส**
- กรณีศึกษาที่ 10 ชุมชนฝ่าละมึ : จากแผนสุขภาพสู่รูปธรรมความสุขของชุมชน
โดย เสนีย์ จำวิสุต
- กรณีศึกษาที่ 11 อาสาสมัครรักถิ่น : บทเรียนจากการ “ผูกเกลอ” ของ อสม. เป็นเครือข่ายที่ปากได้
โดย ประสิทธิ์ชัย หนูนวล
- กรณีศึกษาที่ 12 อาสาสมัครสาธารณสุขกับหลักประกันสุขภาพ กรณีผู้ติดเชื้อ
โดย มธุรส ศิริสถิตยกุล
- กรณีศึกษาที่ 13 กว่าจะมาเป็นสภาสุขภาพที่น่าเกียช **โดย สฤณี สุฤทธิ์**
- กรณีศึกษาที่ 14 บทบาท “อาสาสมัครสาธารณสุข” กับงานสุขภาพใน “ชุมชนเมือง”
โดย ธนัช กนกเทศ
- กรณีศึกษาที่ 15 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับงานองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น
โดย เทียนทอง ต๊ะแก้ว

5. การประชุมปฏิบัติการเพื่อสังเคราะห์ภาพรวม เป็นการประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์
ทั้งในส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ การวิเคราะห์สถานการณ์ การทบทวนแนวคิด และกรณีศึกษาเพื่อระดม
ความเห็นประมวลเป็นภาพรวมและสังเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่น่าจะเป็นทิศทางในอนาคตได้
ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นคณะผู้วิจัยที่มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขโดยตรงและได้
เข้าร่วมในกระบวนการทบทวนหรือจัดทำกรณีศึกษา

ถอดบทเรียน สังเคราะห์ภาพรวมงานอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทย

ในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิด
นโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ และบทบาทของภาคส่วนต่างๆ พัฒนาการสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นใน

ระยะหนึ่งทศวรรษดังกล่าวสะท้อนพลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลายด้านและบางเหตุการณ์อาจเป็นเค้าร่างของปัญหาที่จะเกิดขึ้นและต้องการแก้ไขในอนาคต แต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นบุพนิมิตของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด ได้แก่

- **กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพ**

กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในชุมชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมือง และต้องเผชิญกับเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่ ในขณะที่กระแสสุขภาพก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรม การเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และเกษตรอินทรีย์ ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มาทับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินจากธรรมชาติทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้น สะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิбы่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา

- **การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพ**

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน กว่า 95% ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นไปได้ ที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่เกิดขึ้นพร้อมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้การจัดสรรงบประมาณการแพทย์และสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีความเป็นธรรมตามจำนวนประชากรที่แต่ละหน่วยบริการต้องรับผิดชอบ นอกจากนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้านอีกด้วย

- **การก่อตัวและความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพ**

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ก่อตั้งโดยการนำรายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีรัฐที่ได้จากสุราและบุหรี่นับเป็นนวัตกรรมสำคัญที่มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกเท่านั้นที่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ งบประมาณจากกองทุนและการดำเนินการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับองค์กรภาคีและเครือข่ายที่กว้างขวางทั้งในภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคสังคมและชุมชนได้ทำให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขยายตัวและเข้มแข็งขึ้นทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล การเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ เช่น เรื่องสุรา บุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารหวาน เป็นต้น ด้วยรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจและมีผลกระทบ การรณรงค์ดังกล่าวได้เปิดมิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหากมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องก็จะสามารถสร้างจิตสำนึกสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวไทยได้

- **ความเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ**

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้ก่อตัวมาเป็นระยะเวลากว่า 5 ปีที่ผ่านมาได้สร้างปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมของสังคมวงกว้างในการที่จะร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาและคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ทำงานประสานกันทั้งด้านวิชาการ ด้านสังคม และการเมือง เพื่อผลักดันให้เกิดธรรมาภิบาลสุขภาพของคนไทยที่ใช้เป็นกรอบแนวทางที่ทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการสร้างสุขภาพได้อย่างมีเอกภาพ โดยเน้นให้ระบบสุขภาพทั้งระบบทำงานเชื่อมประสานกันและเชื่อมโยงกับภาคประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและสถาบันทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แม้ว่าร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะยังไม่ผ่านการรับรองของรัฐสภา แต่กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปที่เปิดกว้างและเน้นการมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของสังคมอย่างกว้างขวาง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่จะพัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

- **การตื่นตัวเรื่องการแพทย์ไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทย**

ในราวสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยถูกนำเสนอและเป็นที่ตอบรับอย่างกว้างขวาง จากความคิดทวนกระแส ปัจจุบันการสืบสานภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยกลายเป็นภารกิจของรัฐ และพัฒนาจากแนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทยที่เฟื่องฟูขยายตัวไปทั่ว จนมีบริการการนวดไทยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน ในโรงแรมและสปาต่าง ๆ รวมทั้งตามปั้มน้ำมัน และศูนย์การค้าแทบทุกแห่ง แม้ว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทย

ส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนและภูมิปัญญาสุขภาพท้องถิ่นไม่ใช่สิ่งมลาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน

- **แนวคิดใหม่ กระบวนทัศน์ใหม่:**

สุขภาพองค์รวม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

การก่อตัวของแนวคิดใหม่ๆ หรือสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ข้อจำกัดของกรอบวิธีคิดแบบแยกส่วนที่พันนาการระบบสุขภาพไทยมาช้านาน วิธีคิดการแพทย์แบบแยกส่วนอาจเพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยทางกายได้ แต่เป็นวิธีคิดที่ไม่เพียงพอในการเข้าถึงสุขภาวะที่ไปพ้นจากมิติทางกายภาพ แนวคิดสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ เช่นสุขภาพองค์รวมที่เน้นการบูรณาการอย่างมีคุณภาพของส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลย์พอดี แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ชี้ให้เห็นถึงสุขภาวะที่เชื่อมโยงกับมิติทางปัญญา ศาสนธรรม และโลกุตรวินัย หรือจินตนาการระบบบริการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเน้นการสร้างคุณลักษณะอันดีต่อมิติของความเป็นมนุษย์ให้ระบบบริการมีความอ่อนโยนต่อชีวิตและอ่อนไหวต่อความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์โดยถือว่าการทำงานสุขภาพเป็นโอกาสของการเรียนรู้และขัดเกลาตนเองให้เข้าถึงความสมบูรณ์และศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ แนวคิดสุขภาพกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพไทยนี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพที่จะพัฒนาให้ไปพ้นจากกรอบจำกัดเดิมๆ เพื่อการเรียนรู้ที่จะไปให้ถึงสุขภาวะในความหมายที่กว้างไกลและลุ่มลึกยิ่งขึ้น

ส่วนที่สอง บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมที่เป็นไปอย่างรวดเร็วได้สร้างบริบทใหม่ของการพัฒนาสุขภาพไทยที่ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้สอดคล้องกับความเป็นจริงทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงที่เป็นบริบทใหม่ของการพัฒนานี้เกิดขึ้นทั้งในระดับโลกและในระดับการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน ซึ่งพอจะประมวลได้ดังนี้

- **กระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลก การค้าเสรี**

กระแสโลกาภิวัตน์ การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจและการเงินของโลก และการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพในประเด็นสำคัญดังนี้

1) **การผูกขาดสิทธิบัตรยา** หากไทยยอมรับข้อเสนอที่ว่าด้วยการเพิ่มความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (TRISs Plus) ของสหรัฐอเมริกาจะเกิดการผูกขาดตลาดยาและทำให้ยามีราคาแพงจะพบว่าในปี 2548 ประเทศไทยจะสูญเสียเงินมหาศาลกว่าหมื่นล้านบาทจากการไม่สามารถใช้ยาชื่อสามัญที่ผลิตขึ้นทดแทนยาต้นตำรับส่งผลให้ประชาชนต้องบริโภคยาราคาแพงจากการนำเข้ายามาจากต่างประเทศเข้ามาให้บริการในสถานบริการเอกชนและรัฐ

2) การเปิดเสรีบริการสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่างชาติมารับการรักษาพยาบาลในไทยเพื่อนำเงินเข้าประเทศตามแนวคิด“ศูนย์กลางบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย (Medical Hub)” จะส่งผลให้ภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงมากขึ้นจากการหลั่งไหลของแพทย์สู่ภาคเอกชน คนไทยส่วนใหญ่ทั้งในเมืองและชนบทที่ใช้บริการการแพทย์ในภาครัฐจะต้องรอคอยคิวนานและเข้าถึงบริการยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ เนื่องจากการผลิตแพทย์ต้องมีการลงทุนและใช้เวลานาน ประเทศที่มีเศรษฐกิจดีได้ทำการคัดแพทย์ที่มีคุณภาพจากประเทศกำลังพัฒนาไปทำงานโดยให้ค่าตอบแทนสูงโดยที่ตนไม่ต้องลงทุนในการผลิตแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งยิ่งทำให้โอกาสและแนวโน้มการขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหานักยิ่งขึ้น

3) ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security) ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากสนธิสัญญาการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา ไทย-สิงคโปร์ต่อพันธุ์พืชสมุนไพร ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อาหารที่มีการคัดค้านพันธุ์กรรม ส่งผลให้การปรับปรุงพันธุ์พืชเศรษฐกิจทุกชนิดของไทยตกอยู่ภายใต้ระบบสิทธิบัตรและการคุ้มครองพันธุ์พืช โดยมีบริษัทเมล็ดพันธุ์ข้ามชาติจะเข้ามาถกฉวยแย่งชิงทรัพยากรพันธุ์กรรมในประเทศไทย ส่งผลให้ความมั่นคงทางอาหารอาจเสียมูลค่าและความหลากหลายทางชีวภาพสูญเสียไปได้ นับเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยด้วย

- **การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองการบริหารของภาครัฐ**

เกือบหนึ่งทศวรรษของการปฏิรูปการเมืองและการใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองและการบริหารของภาครัฐอย่างกว้างขวางดังนี้

1) การปฏิรูปภาครัฐและการบริหารจัดการแนวใหม่ การปฏิรูปทางการเมืองที่ทำให้เกิดรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้ทำให้รัฐบาลปฏิรูประบบบริหารจัดการของภาครัฐโดยเน้นการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การปรับเปลี่ยนบทบาทภาครัฐสู่การทำงานแบบพหุภาคีภายใต้หลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี การปฏิรูประบบราชการโดยการปฏิรูปโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ระบบบริหารและการทำงาน เพื่อให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ กำหนดให้มีแผนบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการ และการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ โดยมีการทำความเข้าใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถวัดผลสัมฤทธิ์ได้ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในกระบวนการดำเนินการที่ไม่สามารถบูรณาการการจัดทำแผน ทรัพยากร การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล และการตรวจสอบได้อย่างแท้จริง เพราะยังมีลักษณะแยกส่วน มีความซ้ำซ้อน ขาดเอกภาพ ขาดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

2) การกระจายอำนาจและการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 จะทำให้การบริหารงานระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสมเพื่อเป็นกลไกเชิงนโยบายในระดับประเทศ ทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมโยงประสานทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมกันทำงาน

ด้านสุขภาพทั้งระหว่างองค์กรนโยบายระดับชาติ ระดับหน่วยงานส่วนกลาง ระดับปฏิบัติส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยลดบทบาทการเป็นผู้ดำเนินการเองลงให้เหลือเฉพาะ บทบาทหลักเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งต้องมีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดแนวทาง การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทดูแลสุขภาพอนามัยของ ประชาชนมากขึ้น และการปรับเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็น ใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

● โครงสร้างประชากรและการเคลื่อนย้าย

คนไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้นและสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.43 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2553 ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาภาวะโรคเรื้อรังและโรคที่ เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางทันตกรรม รวมทั้งเผชิญกับภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ใน

โรคร้ายชนิดใหม่	
2516	Rota virus ไวรัสที่ทำให้เกิดการ อักเสบในช่องท้องและลำไส้
2520	Ebola virus ไวรัสอีโบล่า
2520	Legionnaire's disease จากเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบรุนแรง
2524	Toxic shock syndrome จากสารพิษที่ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว
2525	Lyme disease จากเชื้อที่ทำให้เกิดไข้ รุนแรง ทำอันตรายต่อระบบประสาท
2526	HIV/AIDS โรคเอดส์
2529	โรควัวบ้า (BSE; Mad cow disease)
2534	Multiple drug resistant TB วัณโรคที่ คื้อยาหลายชนิด
2536	อหิวาตกโรคสายพันธุ์ 0139
2537	Cryptosporidium
2541	ไข้หวัดนก
2542	ไข้เวสต์ไนล์
2546	โรคซาร์ส (SARS) ระบบทางเดิน หายใจและปอดอักเสบรุนแรง

ขณะเดียวกันสถานการณ์ผู้ใช้แรงงานปรากฏมีการเพิ่ม จำนวนของแรงงานต่างชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มากขึ้น แรงงานเหล่านี้ไม่เพียงแต่ไม่สามารถเข้าถึง บริการสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นกลุ่ม เสี่ยงทั้งในแง่ที่ต้องทำงานในสภาพที่ไม่ถูกหลักอาชีวอนามัย ถูกกดขี่แรงงานเพราะการเข้าเมืองผิดกฎหมาย และในแง่ที่อาจนำโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เข้ามาสู่ประเทศ ไทย เช่น ไข้มาเลเรีย โรคพยาธิต่างๆ โรคเท้าช้าง เป็นต้น

● โลกไร้พรมแดนกับระบาดวิทยาโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำที่ส่งผลกระทบในวงกว้างท่ามกลางโลกยุคไร้พรมแดน ภาวะโรคติดเชื้อใหม่ๆ โรคอุบัติใหม่หรือโรคระบาดซ้ำที่เป็น การแพร่ระบาดของเชื้อโรคที่มีรหัสพันธุกรรมใหม่ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างมาก เช่น โรคซาร์สไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ และยังคงประสบกับโรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคเอดส์ ที่เป็นปัญหาที่ยากจะ ประเมินสถานการณ์ องค์ความรู้ยังไม่เพียงพอและทัน

ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตทั้งระดับปัจเจกและสังคมอย่างมาก ปัจจุบันผู้ติดเชื้อไวรัสซาร์สทั่วโลกมีกว่า 1,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 167 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีอาการประมาณ 7 คน และเสียชีวิต 2 คน ส่วนโรคไข้หวัดนกได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกที่มีความรุนแรงและซับซ้อนก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทั่วโลกมีการทำลายสัตว์ปีกซึ่งตายหรือถูกฆ่าประมาณ 120 ล้านตัว คนป่วย 174 คน เสียชีวิต 94 คน ในประเทศไทยมีจำนวน 63.4 ล้านตัว ผู้ป่วย 22 คน เสียชีวิต 14 คน โรคภัยชนิดใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหวัดบ้า อีโบล่า หรือ Malberg Disease ยังมีการค้นพบอยู่เป็นระยะในขณะที่โรคติดเชื้อเก่าก็ดื้อต่อยามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อวัณโรคที่ทวีการดื้อยาจาก วัณโรคที่ดื้อยาหลายตัวยา (Multiple drug resistant TB) มาเป็นวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรง (XDR TB, Extreme drug resistant TB) ที่กำลังเป็นข้อวิตกกังวลในระดับโลกในปัจจุบัน

● แนวโน้มอุบัติภัยที่ทวีความรุนแรงขึ้น

อุบัติภัยทั้งภัยจากธรรมชาติ ภัยที่มนุษย์ก่อขึ้น ภัยจากเทคโนโลยี และภัยโรคระบาดมีแนวโน้มทวีมากขึ้นในขอบเขตทั่วโลก ทั้งในด้านความรุนแรง ความถี่ และขอบเขตพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยพบว่าในปี พ.ศ. 2548 เกิดสาธารณภัยทั้งสิ้นจำนวน 4,270 ครั้ง แยกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังตารางที่แสดงไว้

วาทภัย	1,399 ครั้ง
อัคคีภัย	1,329 ครั้ง
วินาศกรรม	1,126 ครั้ง
ภัยจากการคมนาคม	317 ครั้ง
ภัยจากสารเคมี	42 ครั้ง
ฟ้าผ่า อุทกภัย	40 ครั้ง
ความแห้งแล้ง ภัยหนาว	9 ครั้ง
แผ่นดินไหว คลื่นยักษ์ แผ่นดินถล่ม อาคารถล่ม	5 ครั้ง
ภัยจากการทำงาน	3 ครั้ง

● การแพร่ระบาดของความรุนแรง

ปัญหาความรุนแรงที่แพร่ระบาดไปทั่วในทุกระดับของสังคมไทยเป็นผลลัพธ์มาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง การอดทนและอดกลั้นต่อความแตกต่างลดน้อยลงในขณะที่ความเป็นธรรมทางสังคมเสื่อมทรามลง คนที่เข้มแข็งและมีโอกาสทางสังคมใช้โครงสร้างที่ตนได้เปรียบเอารัดเอาเปรียบและกระทำความรุนแรงต่อคนที่อ่อนแอ ในขณะที่คนที่อ่อนแอกว่าไม่มีหนทางที่จะแสดงออกหรือต่อรองได้ เป็นผลให้หันไปหาวิธีการที่รุนแรงเพื่อตอบโต้ ความรุนแรงทั้งที่ปรากฏและที่แอบแฝงแพร่ระบาดไปทุกพื้นที่ทางสังคม ในครอบครัวมีการทำร้ายร่างกายและการคุกคามทางเพศต่อสตรีและเด็ก ในโรงเรียนมีการใช้อำนาจในชั้นเรียนและมีการทะเลาะทำร้ายกันของนักเรียนนักศึกษา เรายังพบความรุนแรงในสื่อ ตามท้องถนน ในความขัดแย้งในระบบอิทธิพล ในชุมชน รวมทั้งในระบบบริการทางการแพทย์

ข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
พ.ศ. 2548

ที่สำคัญที่สุดคือปัญหาจากความรุนแรงของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา) ซึ่งทำให้ในปี 2547-2548 มีผู้เสียชีวิต 953 คน บาดเจ็บ 1,704 คน ปัญหาความรุนแรงที่รุนแรงที่สุดในช่วงหลายทศวรรษนี้เป็นปัญหาจากการใช้อำนาจอย่างขาดความเป็นธรรมและการจัดการกับปัญหาโดยไม่เคารพและไม่ละเอียดย้อนต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากสาเหตุความซับซ้อนทางอัตลักษณ์ ศาสนา และชาติพันธุ์ ซึ่งจะเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยเวลาในการเยียวยา

ส่วนที่สาม สถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุข: ข้อค้นพบจากกระบวนการศึกษา

จากกระบวนการวิจัยทั้งในส่วนของการสำรวจในเชิงปริมาณ การทบทวนแนวคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านการจัดทำ Commissioned papers และจากกรณีศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในการประชุมปฏิบัติการเพื่อสังเคราะห์บทเรียนและกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในช่วงข้างหน้า ทำให้สามารถประมวลข้อค้นพบและข้อเสนอแนะที่สำคัญดังนี้

ข้อค้นพบประการที่ 1:

อสม. กับบริบททางประวัติศาสตร์และอุดมการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

การทำความเข้าใจต่อบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องเห็นถึงวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดนี้ แนวคิดเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นผลผลิตของยุคสมัยแห่งการพัฒนาในช่วงทศวรรษที่ 2520 การประเมินศักยภาพของแนวคิดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องพิจารณาให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การเริ่มขึ้นของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยนั้นเกิดจากการรับเอาแนวความคิดมาจากคำประกาศของที่ประชุมที่ “อัลมา อตา” โดยแนวคิดอาสาสมัครดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมการเมืองและปัญหาสุขภาพอนามัยที่สำคัญในยุคนั้น บริบททางสังคมการเมืองไทยในยุคที่มีการต่อสู้ทางอุดมการณ์ทางการเมืองและการแย่งชิงมวลชน อำนาจและบทบาทของรัฐที่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรูปแบบที่ขึ้นต่อระบบราชการ

หากเปรียบเทียบกับเงื่อนไขทางการเมืองในปัจจุบันที่พื้นที่ทางสังคมเปิดกว้างให้กับการแสดงออกทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของภาครัฐและราชการได้ทำให้พัฒนาการของจิตสำนึกทางการเมืองมีลักษณะติดแน่นอยู่กับภาครัฐและราชการจนทำให้จิตสำนึกพลเมืองที่เป็นอิสระไม่สามารถพัฒนาขึ้นได้กว้างขวางเท่าที่ควร ภาวะดังกล่าวไม่ใช่ว่าเป็นปัญหามากนักในช่วงที่ภาคราชการเป็นกลไกหลักในการกำหนดทิศทางการพัฒนา แต่เมื่ออำนาจรัฐมีการเคลื่อนจากภาคราชการไปสู่ภาคการเมืองมากขึ้น และภาคราชการกลายเป็นแขนงขาของภาคการเมืองโดยไม่มีความคิดอิสระทางวิชาการและไร้อำนาจ

ต่อรองทางการเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงถูกนำเข้ามาเป็นฐานเสียงและเป็นเครื่องมือทางการเมือง การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองโดยไม่มีจิตสำนึกพลเมืองได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถมีบทบาทเป็นตัวแทนหรือเป็นปากเป็นเสียงให้กับชุมชนของตนเองได้

ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สาธารณสุขในยุคนั้นก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากปัจจุบัน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จึงถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ซึ่งมีปัญหาสำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดเชื้อ เช่น อหิวาต์ การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคพยาธิ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสุขาภิบาลและการจัดการน้ำสะอาด เป็นต้น ฉะนั้นบทบาทของ อสม. จึงตั้งอยู่บนสถานการณ์สุขภาพแบบหนึ่ง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาที่ทำให้ปัญหาสาธารณสุขและบริบทการทำงานเปลี่ยนแปลงไปจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง

นอกจากนั้น บริบทเชิงนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับโลก ระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ได้ทำให้กระแส นโยบายสาธารณสุขมูลฐานตกต่ำลง จากการเป็นนโยบายเชิงรุกที่ชี้นำกำหนดทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงกลางทศวรรษที่ 2520 นโยบายสาธารณสุขมูลฐานกลายเป็นงานเชิงรับที่ถอยร่น และถูกช่วงชิงพื้นที่งาน โดยนโยบายและทิศทางการใหม่ ๆ จากงานที่สามารถระดมบุคลากรที่มีศักยภาพสูงและเป็นพลังฝ่ายก้าวหน้าที่สุดของการสาธารณสุขไทยกลายเป็นงานได้รับการจัดลำดับความสำคัญต่ำที่ต้องประคับประคองเอาตัวให้อยู่รอด บุคลากรด้านสาธารณสุขมูลฐานที่เคยถูกเคี่ยวกรำจนเข้าใจและมีทักษะในการทำงานกับชุมชนด้วยอุดมการณ์และอุดมคติที่ชัดเจนมีการย้ายย้ายถ่ายเทไปสู่งานอื่นหรือเกษียณอายุราชการไปบ้าง บุคลากรสาธารณสุขระดับชุมชนในรุ่นต่อมาเติบโตขึ้นในบริบททางนโยบายที่แตกต่างออกไป ซึ่งนอกจากจะทำให้มีทัศนคติและทักษะในการทำงานที่แตกต่างออกไปแล้ว สิ่งสำคัญที่สุดก็คือ อุดมการณ์และอุดมคติในการทำงานที่จะเป็นพลังขับเคลื่อน รวมทั้งแรงบันดาลใจซึ่งเป็นรากฐานของการปฏิบัติงานที่มั่นคงได้ขาดหายไปจากจิตสำนึกของบุคลากรเหล่านี้

ข้อค้นพบประการที่ 2:

สามทศวรรษ อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขไทยเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในรอบ 30 ปีของการพัฒนาสาธารณสุขไทย กล่าวได้ว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระตือรือร้นนี้เองที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล ความสำเร็จอันโดดเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นยังเห็นได้จากการที่หน่วยงานต่างๆ มีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร ป่าไม้ การศึกษา เป็นต้น ที่สำคัญ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศอื่นๆ หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้น

ในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้น โดยส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปมากแล้ว แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยนั้นยังดำรงอยู่และมีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยลำพัง แต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น

ที่สำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่างๆ กัน ซึ่งย่อมมีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนหรือเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยแรงจูงใจจากสิทธิประโยชน์เล็กๆ น้อยๆ แต่เราสามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนดีที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และความรู้ลึกผูกพันกับงานสาธารณสุข มีความไว้วางใจและมีเข้าใจที่ดีต่องานสุขภาพชุมชน พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ โดยไม่ต้องชี้แจงหรือทำความเข้าใจมาก จนอาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ดียิ่งขึ้น เสมอ การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย

ข้อค้นพบประการที่ 3:

กระบวนการ อสม. ยังมีชีวิตอยู่และมีความเป็นอยู่สูงมากขึ้น

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้นส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปแล้ว แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยทั้งประเทศนั้นพบว่ากระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไทยยังคงมีชีวิตอยู่ในจำนวนอสม. 791,383 คนนั้น ปรากฏว่ามีอาสาสมัครจำนวนถึง 292,598 คน (36.97%) หรือมากกว่า 1 ใน 3 ที่มีช่วงเวลาของการเป็น อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในขณะที่งานสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินการมาเกือบ 30 ปีแล้ว ซึ่งหมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อายุการทำงานน้อยๆ เหล่านี้เป็นสมาชิกใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครไม่นาน นี่แสดงให้เห็นว่า กระบวนการ อสม. ยังคงมีชีวิตอยู่และยังมีอาสาสมัครใหม่ ๆ เข้ามาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการสนับสนุนและกระแสความตื่นตัวในเรื่องนี้จะไม่สูงนักในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา

ปี พ.ศ.	สัดส่วนอสม.ชาย1คนต่อ อสม.หญิง (คน)
2536	1.7553
2537	1.8144
2538	1.8729
2539	1.9233
2540	1.9994
2541	2.0378
2542	2.0786
2543	2.1203
2544	2.1618
2545	2.1953
2546	2.2656
2547	2.3112
2548	2.3340
2549	2.3410

นอกจากนั้น การวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลจากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขยังปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนว่าผู้หญิงเป็น อสม. มากขึ้น โดยมีอสม.ที่เป็นเพศชาย 236,833 คน (29.93 %) และเพศหญิง 551,299 คน (69.66 %) หรือเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มี อสม. ชายหนึ่งคนต่อ อสม.หญิง 1.7553 คนในปี พ.ศ. 2536 มาเป็นอสม. ชายหนึ่งคนต่อ อสม.หญิง 2.3410 คนในปี 2549 กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้หญิงเป็นองค์ประกอบหลักนี้ทำให้การพัฒนา อสม.ต่อไปในอนาคตจะพึงเคยต่อข้อเท็จจริงที่ว่าคนกลุ่มนี้เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ ความเป็นผู้หญิงมากขึ้นนี้ทำให้กระบวนการ อสม. มีศักยภาพในงานบางด้านเป็นพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรือการทำงานที่ต้องการความละเอียดและความซื่อสัตย์ เป็นต้น

ข้อค้นพบประการที่ 4:

จุดแข็ง อสม. ที่เป็นอยู่คือการทำงานที่เสร็จเป็นครั้งคราวในระยะเวลาสั้นๆ

การสำรวจการทำงานตามบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนคือ อสม. ที่มีอยู่มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูลปฐ. ข้อมูลอนามัย ประชากร สัตว์ปีก การฉีควัคซีน เป็นต้น) การณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตามเงื่อนไขของวัยและอาชีพที่กว่า 61.4% ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และ อสม.ร้อยละ 44.4 มีอาชีพเป็นเกษตรกรและร้อยละ 25.4 ทำงานรับจ้าง ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. ให้อะไรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้

ในขณะเดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน หรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น หรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราวๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่นๆ จึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

ข้อค้นพบประการที่ 5

คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนไป

หากพิจารณาจากคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 86.9 ไม่มีการศึกษาต่อเนื่อง ร้อยละ 51.1 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้าง 13.4 % ลักษณะดังกล่าวทำให้ไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่งานอาสาสมัครสาธารณสุขจึงประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมือง ในขณะที่เดียวกัน อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่มีเศรษฐกิจดีนั้นไม่ใช่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่อสม. ต้องเข้าถึง อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นอยู่นั้นมีวุฒิการศึกษาระดับปวช./ปวส. เพียง 7.3 % และปริญญาตรีเพียง 1.0% และเป็นข้าราชการเกษียณอยู่เพียง 4.4% เท่านั้น ทำให้อาจต้องตั้งคำถามว่า ทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพการงานที่สูงขึ้นและมีภาระครอบครัวน้อยเข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

ข้อค้นพบข้อที่ 6

อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง

ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปปรากฏให้เห็นเด่นชัดที่สุดจากการกระจายอำนาจซึ่งทำให้การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้านละ 10,000 บาทผ่านไปทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ อบต.และเทศบาลเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบสนับสนุนที่ว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในส่วนข้อดีนั้น การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นจะทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการชุมชนได้ดีขึ้น แต่ก็อาจมีข้อเสียก็คือ ระบบดังกล่าวได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงในระยะประชิด ซึ่งหากไม่มีระบบที่เป็นอิสระมาเป็นตัวกลางก็อาจทำให้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่นส่งผลโดยตรงต่อระบบ อสม. เช่น หาก อสม. ทำงานใกล้ชิดหรือเอื้อประโยชน์ให้กับ อบต. ชุดแรก ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้บริหาร อบต. หลังการเลือกตั้ง อบต. ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่อาจจะยกเลิก อสม. กลุ่มเดิม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการ อสม. ไม่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้รับผลกระทบจากการเมืองในท้องถิ่น

หากพิจารณาจากบทเรียนในประเทศอื่นๆ เช่น เนเธอร์แลนด์ ระบบการสนับสนุนงานอาสาสมัครของเขาจะไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากรัฐบาล แต่จะเป็นการให้การสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระที่ทำงานสาธารณะประโยชน์และมีระบบธรรมาภิบาล เช่น การมีคณะกรรมการบริหารที่เป็นอิสระเพื่อให้มีหลักประกันว่าเอาเงินไปใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ ที่สำคัญก็คือ การพัฒนาระบบองค์กรสาธารณะประโยชน์ที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการทำงานด้านอาสาสมัคร โดยองค์กร

เหล่านี้สามารถทำงานในเนื้อหาที่หลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องเป็นอาสาสมัครเฉพาะด้านและสามารถทำหน้าที่ต่อรองกับอิทธิพลทางการเมือง รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนที่หลากหลายโดยไม่ต้องผูกติดอยู่กับแหล่งทุนใดแหล่งทุนหนึ่ง

ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีพัฒนาการของรูปแบบการจัดการและการประสานงานองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยของการก่อตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับภาคและระดับประเทศขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนอาจปรับเปลี่ยนไปจากเดิมที่การสนับสนุนด้านงบประมาณต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม.เป็นรายชุมชน แต่ในขณะนี้การเกิดชมรม อสม.ในระดับต่างๆ ยังเป็นการจัดตั้งจากภาวราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของกระบวนการ อสม. โดยรวม อีกทั้งชมรมในระดับต่างๆ เหล่านี้ยังคงอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนากลไกของตัวเอง เพราะข้อมูลที่เราพบก็คือ อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ต่อความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ กลไกที่มีลักษณะรวมศูนย์ในระดับที่สูงกว่าจังหวัดอาจมีความจำเป็นน้อยและตกเป็นเครื่องมือทางการเมืองได้ง่าย ในระดับนโยบายจึงควรให้การสนับสนุนชมรมในระดับอำเภอและตำบลให้มีความเข้มแข็งเพียงพอสำหรับการเป็นฐานของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับท้องถิ่น

ข้อค้นพบประการที่ 7

การเกิดขึ้นของ อสม. ชนชั้นนำและความเกี่ยวข้องกับการเมือง

เช่นเดียวกันกับการประเมินผลการดำเนินงานของ ผสส. และ อสม. ที่เกิดขึ้นในช่วง 10 ปีแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อปี พ.ศ. 2529 การประเมินบทบาทของ ผสส. และ อสม. ที่กำหนดไว้แตกต่างกัน มีข้อค้นพบว่า อสม. สามารถมีบทบาทได้ชัดเจนในขณะที่ ผสส. มีบทบาทน้อยกว่ามาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นแม้จะไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นหัวหน้าของ ผสส. แต่ในทางปฏิบัติ ผสส. มีสถานะเป็นเพียงผู้ช่วย การประเมินผลดังกล่าวได้ทำให้มีการตัดสินใจในเวลาต่อมาให้มีการยกระดับให้เป็น อสม. เหมือนกันหมดและให้มีการตั้งตำแหน่งประธาน อสม. ขึ้น จากการวิเคราะห์พบว่าประธาน อสม. ในปัจจุบันมีบทบาทมากขึ้นในงานด้านต่างๆ ทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ประธาน อสม. ต้องเข้าไปสัมพันธ์กับหน่วยงานราชการที่เอางานต่างๆ มาลงอย่างต่อเนื่อง บทบาทและหน้าที่จึงมากระจุกอยู่ที่ประธาน อสม. ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่ที่เหลือกลับกลายมามีบทบาทไม่ต่างจาก ผสส. เดิมมากนัก กล่าวคือมีหน้าที่หลักในด้านการแจ้งข่าวสาร สืบหาข้อมูลและรณรงค์งานสาธารณสุขเป็นครั้งคราวและมีบทบาทค่อนข้างจำกัดในงานด้านการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น

ในขณะเดียวกัน ฐานอสม. ที่มีอยู่อย่างทั่วถึงทุกชุมชนและเป็นองค์กรที่เน้นการทำประโยชน์ให้กับชุมชน (คือเน้นพระคุณมากกว่าพระเดช) ทำให้ อสม. กลายเป็นเป้าหมายที่ภาคการเมืองต้องการเข้ามาเกี่ยวข้องและครอบครองเป็นฐานคะแนนเสียงในรูปของการพยายามหาเสียงกับ อสม. ด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเพิ่มสวัสดิการให้ ด้วยการพา อสม. ไปเที่ยวหรือการจัดงานชุมชน อสม. เพื่อให้พนักงานการเมืองมาหาเสียง กลไกราชการที่รับผิดชอบในการให้การสนับสนุน อสม. เองก็ขาดความเข้มแข็งและความเป็นอิสระพอที่จะทนแรงรุกรจากฝ่ายการเมือง หรือไม่ก็สมรู้ร่วมคิดกับฝ่ายการเมืองเพื่อประโยชน์จากความก้าวหน้าในอาชีพราชการของตนเอง ยิ่งนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้เป็นนโยบายหลักที่โดดเด่นก็ยิ่งทำให้การตรวจสอบจากภาคส่วนต่างๆ ลดน้อยลง ปัญหานี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องระบบธรรมาภิบาลที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับธรรมชาติและจุดเด่นของงานอาสาสมัครที่ต้องมีความเป็นอิสระและไม่ยึดถือความเป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมือง

ข้อค้นพบประการที่ 8

การเกิดขึ้นของรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลาย

แนวโน้มของการเกิดความหลากหลายของรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่ทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นไปอย่างกว้างขวางขึ้น ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ได้ทำให้ อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคมและได้ร่วมเรียนรู้จากความเคลื่อนไหวทางสังคมอื่นๆ ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่นๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุขด้วย เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน To be Number One เครือข่ายจิตอาสา การทำความดีเพื่อในหลวง อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา รวมไปถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิที่ได้ทำให้เกิดความตื่นตัวของอาสาสมัคร โดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวซึ่งหลังไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยและพัฒนาเป็นกระบวนการและเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น ในท่ามกลางความหลากหลายเหล่านี้เราอาจเห็นแบบแผนของอาสาสมัครอย่างน้อย 4 ลักษณะ คือ

1. **มีความหลากหลายทางชนชั้น** ในหมู่คนชั้นล่าง แนวคิดเรื่องการอาสาตนเพื่อการทำงานส่วนรวมนั้นเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับโลกทัศน์แบบจารีตที่ให้ความสำคัญกับเรื่องบาปบุญคุณโทษและเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ รูปแบบอาสาสมัครจึงอยู่ในวิถีชีวิตและวิถีปฏิบัติทางศาสนา ส่วนในหมู่คนชั้นกลางซึ่งเป็นชนชั้นที่มีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วได้ก่อตัวจนมีบทบาทสำคัญในงานด้านอาสาสมัครและองค์กรสาธารณะประโยชน์ อาสาสมัครในหมู่คนชั้นกลางมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกับอุดมคติและการทำความดีเพื่อความอิมใจและเพื่อความหมายที่สมบูรณ์ของชีวิตในขณะที่แนวคิดอาสาสมัครในหมู่ชนชั้นสูงมีลักษณะสัมพันธ์กับการสงเคราะห์เกื้อกูลแก่ผู้ด้อยโอกาสหรือคน

ทุกซีก การส่งเสริมอาสาสมัครในงานสาธารณสุขจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความหลากหลายที่แตกต่างกันของชนชั้นต่างๆ

2. ความหลากหลายตามลักษณะพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ความแตกต่างนี้ไม่ใช่ลักษณะของวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่เป็นความแตกต่างทั้งรูปแบบโครงสร้างทางสังคม การก่อตัวและการยอมรับในบทบาทอาสาสมัคร รวมทั้งภารกิจของอาสาสมัครที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อมในเขตชนบท จากเดิมที่มีกลุ่มที่ทำงานสาธิตด้านสุขภาพที่คงที่แน่นอนอยู่ ในปัจจุบันก็มีการรวมกลุ่มที่ถือว่าเป็นงานอาสาสมัครที่มีเนื้อหาและรูปแบบหลากหลายขึ้นระดับหนึ่ง ทั้งในด้านอาชีพ กองทุน ผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น ในขณะที่งานอาสาสมัครในเขตเมืองมีความหลากหลายอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครเพื่อผู้บริโภค อาสาสมัครช่วยเหลือผู้พิการ อาสาสมัครในสถานเด็กอ่อน รวมทั้ง องค์การบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแบบคนเมืองที่สามารถให้เวลาได้เฉพาะในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์เป็นหลัก

3. นอกจากนั้น ยังมีความแตกต่างหลากหลายของการเป็นอาสาสมัครที่มีตั้งแต่อาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะสูงไปถึงอาสาสมัครที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ อาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะมากนัก เช่น อาสาสมัครปลูกป่า หรือทำความสะอาดศาสนสถานเป็นกิจกรรมที่มีอสม. เล่นสามารถมีส่วนร่วมได้ง่าย ในระดับปานกลางเช่น การอ่านหนังสือบันทึกเสียงให้ผู้พิการทางตาใช้ฟัง หรือที่ต้องการทักษะขั้นสูง เช่น อาสาสมัครรมาดันที่รับโทรศัพท์ให้คำแนะนำปรึกษาคนที่คิดจะฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนอบรมอย่างดี หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยต่างๆ เป็นต้น

4. ในความหลากหลายของอาสาสมัครที่เกิดขึ้นนี้ ยังปรากฏให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองชั่วของบทบาทในการทำงานชั่วหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือกับรัฐในการทำงานต่างๆ แต่ในอีกชั่วหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่ทำงานตรวจสอบ ทวงสิทธิ์และต่อรองกับรัฐ ซึ่งอาสาสมัครบทบาทหลังเป็นพัฒนาการที่เกิดควบคู่กับการเติบโตของจิตสำนึกพลเมืองที่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและทำหน้าที่ตรวจสอบรัฐมากกว่าที่จะอยู่ใต้อำนาจของรัฐอย่างสยบยอม อาสาสมัครบางประเภท เช่น อาสาสมัครเอดส์ มีทั้งสองบทบาทผสมกันระหว่างความร่วมมือกับรัฐในการทำงานช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์และการต่อสู้ต่อรองกับรัฐ เช่น การต่อสู้เพื่อผลักดันมาตรการให้รัฐยอมรับ สิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งก็คือ เมื่อการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขต้องทำงานสนองเจตนาหรือวาระงานขององค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งก็มีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเองที่แตกต่างกันโดยปริยายทำให้ อสม. ต้องผันตัวเองไปตามโจทย์นั้น ๆ มากขึ้นไปด้วย จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายว่า หาก อสม. ไม่สามารถบูรณาการงานต่าง ๆ ที่

เจ้าภาพล้วนแต่มีวาระงาน (Agenda) ของตนเพื่อให้เป็นวาระสุขภาพท้องถิ่น (local agenda) ของตัวเอง ได้แล้ว การทำงานก็จะกันไปแบบขาดการบูรณาการ รวมทั้งจะทำให้ อสม. หลุดออกจากการเป็นคนของชุมชน เพราะองค์กรภายนอกมีผลต่อการทำงานมากกว่า ในแง่จึงมีเสียงเรียกร้องให้คืน อสม. ให้ชุมชนซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาสังคมด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: ยุทธศาสตร์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนและวิเคราะห์แนวคิด สถานการณ์และประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขและบริบทการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เห็นถึงศักยภาพ จุดอ่อนและ โอกาสของการทำงานที่ผ่านมาดังนี้

จุดแข็งหรือศักยภาพ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องกว่าสามทศวรรษเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขและเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำคัญ
2. อสม. ที่ดำรงอยู่มีศักยภาพสูงในด้านการทำงานที่สำเร็จเสร็จสิ้นเป็นคราว ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การณรงค์ด้านการควบคุมโรคระบาด หรือ การกระจายแจ้งข่าวสารแก่ชุมชน ซึ่งเป็นงานที่ไม่ยืดเยื้อ
3. กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผู้นำในระดับชุมชนที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนสูงและมีการขยายบทบาทไปสู่งานที่ไม่ใช่งานสาธารณสุขโดยตรง เช่น งานประชาคม การได้รับเลือกเป็นกรรมการต่างๆ หรือ เป็นผู้แทนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. แนวโน้มอาสาสมัครที่มีคนรุ่นใหม่ๆ เข้าร่วมอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเป็นสตรีมากขึ้นเป็นคุณภาพใหม่ที่สะท้อนศักยภาพในอนาคตของ อสม.

จุดอ่อน

1. แนวทางการทำงานอาสาสมัครที่เป็นอยู่เน้นที่การใช้เงื่อนไขความสัมพันธ์ ความคุ้นเคย และระบบอุปถัมภ์แบบราชการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ขาดการพัฒนาจิตวิญญาณของการอาสาสมัครที่เข้มแข็ง
2. รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ชนบท
3. รูปแบบการระดมอาสาสมัครที่เป็นอยู่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระดมการมีส่วนร่วมจากกลุ่มทางสังคมอื่นๆ อาสาสมัครเกือบทั้งหมดมาจากชนชั้นพื้นฐานทางสังคมที่มีการศึกษาดำ มีภาระด้านการประกอบอาชีพและการเลี้ยงดูบุตรหลาน แม้อาสาสมัครจะทำงานได้ดี แต่ก็ยังเป็นภาระสำหรับกลุ่มคนเหล่านี้ที่ต้องเสียสละอยู่เสมอ ในขณะที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถระดมคนชั้นกลางและชั้นสูงทางสังคมที่มีศักยภาพที่จะเสียสละมากกว่าเข้าเป็นอาสาสมัครได้เท่าที่ควร
4. ระบบสนับสนุนและองค์กรในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงต่องานอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีศักยภาพที่จะพัฒนาแนวทางการทำงานอาสาสมัครใหม่ ๆ ในขณะที่

หน่วยงานอื่นๆ ที่มีศักยภาพที่จะพัฒนางานอาสาสมัครก็ไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนานโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมงานอาสาสมัคร

โอกาส

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

ภัยคุกคาม

1. นโยบายประชานิยมที่เน้นการสงเคราะห์โดยรัฐเป็นผู้ให้ผลประโยชน์ในลักษณะของการโปรยทานให้สวัสดิการสังคมแลกกับคะแนนเสียงโดยที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมและสังคมไม่ส่วนในการตรวจสอบ
2. มีการใช้ประโยชน์ทางการเมืองจากองค์กรอาสาสมัครทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ซึ่งการแทรกแซงทางการเมืองจะทำให้กระบวนการอาสาสมัครมีความอ่อนแอในระยะยาว
3. กระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนในขณะที่เดียวกันประชาชนมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้ต้องการอาสาสมัครที่มีความรู้ความสามารถสูงขึ้น

ยุทธศาสตร์การพัฒนา:

สู่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขทุกพื้นที่สร้างสุขภาพสร้างชาติเต็มแผ่นดิน

จะเห็นได้อย่างชัดเจนจากการวิเคราะห์ข้างต้นว่าแนวทางการพัฒนางานอาสาสมัครจำเป็นต้องก้าวไปสู่ความหลากหลายของงานอาสาสมัคร โดยการมีอาสาสมัครหลากหลายรูปแบบนอกจากจะช่วยแบ่งเบาภาระการทำงานของ อสม. แล้ว ยังจะสามารถพัฒนางานอาสาสมัครสุขภาพในพื้นที่ที่ไม่สามารถใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขมาตรฐาน ซึ่งจะเป็นการขยายความสำเร็จจากพื้นที่ชนบทที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการไว้เป็นแบบอย่างไปสู่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่

โดยใช้สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเครื่องมือส่งเสริมจิตใจเสียสละให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อให้มาร่วมกันสร้างสุขภาวะและสร้างความดีให้เต็มแผ่นดินไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องดำเนินยุทธศาสตร์ดังนี้

1. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขมาสู่การเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ในขณะที่การให้การสนับสนุนทางการเงินแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ปรับไปสู่การให้การสนับสนุนไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทนได้ทำให้บทบาทการเป็นเจ้าของ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขปรับไปสู่การเป็นพี่เลี้ยงและผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการเป็นหลัก การสนับสนุนรูปแบบอาสาสมัครอื่น ๆ จะช่วยขยายฐานอาสาสมัครให้มีความหลากหลายและกว้างขวางขึ้น

2. สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเองในพื้นที่ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการสร้างและสนับสนุนให้เกิดระบบอาสาสมัครในด้านที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเองขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องนำงานของทุกกรมกองไปลงที่ อสม. แต่ให้มีกลุ่มหรือเครือข่ายของผู้มีจิตอาสาที่สนใจช่วยเหลืองานของตนขึ้น เช่น อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครส่งเสริมสมุนไพร หนองน้ำอาสาสมัครอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือกันด้านโรคเอดส์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครอนุชาด ลูกเสืออาสาสมัครด้านเหล่า-บุหรื อาสาสมัครดูแลเหยื่อเมาแล้วขับ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องเป็นการดำเนินงานด้วยการสร้างจิตอาสาสมัครอย่างแท้จริง เพื่อไม่ให้กลายเป็นองค์กรภายใต้ระบบอุปถัมภ์และตกอยู่ในวังวนของการหาสิทธิประโยชน์มาเพิ่มเติมเสมือนองค์กรอาสาถึงราชการ โดยให้การจัดสรรสิทธิประโยชน์เป็นเรื่องขององค์กรที่อาสาสมัครเหล่านี้เป็นคนจัดการดำเนินการดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้เกิดงานอาสาสมัครที่กว้างขวางขึ้นแล้ว ยังทำให้หน่วยงานสาธารณสุขได้พัฒนางานของตนเองให้มีคุณค่าเพียงพอที่จะเชิญชวนให้อาสาสมัครช่วยเหลืองานของหน่วยงานตนได้อย่างสมัครใจ

3. เปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขรองรับอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด โดยทำให้หน่วยงานต่างๆ สามารถเปิดรับอาสาสมัครมาช่วยงานในหน่วยงานได้ ไม่ว่าจะเป็นการรับอาสาสมัครมาช่วยงานในสำนักงานและงานบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล งานสงเคราะห์ผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครรับฝากดูแลเลี้ยงเด็กเล็กเพื่อให้แม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลได้ อาสาสมัครในงานประชุมสัมมนาที่มีอยู่ตลอดทั้งปี ทั้งนี้ควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูลอาสาสมัคร ข้อมูลหน่วยงานที่ต้องการอาสาสมัคร รวมทั้ง matching หรือ placement services และระบบการฝึกอบรมให้แก่ผู้สนใจมาเป็นอาสาสมัครในระบบสาธารณสุข ในอนาคตอาจกำหนดให้มีการมีองค์กรอาสาสมัครเข้าร่วมงานในระบบโรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการไปทำงานอาสาสมัครด้วยตนเองให้มากขึ้น

4. ควรมีนโยบายส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนชนบทให้กว้างขวางหลากหลายมากขึ้น เพื่อสร้างและหนุนช่วยงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งปัจจุบันทำงานเป็นหลักได้ในบางด้าน เช่น งานสำรวจข้อมูล งานรณรงค์และการเผยแพร่ข่าวสาร ส่วนงานที่ยึดถือจริงจัง เช่น การดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นการต่อเนื่อง และไม่มีที่สิ้นสุดจนแทบจะเรียกได้ว่าเป็นงานเต็มเวลาอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ อสม. ไม่สามารถที่จะทำได้มากนัก ในแง่นี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบขององค์กรอาสาสมัคร (Voluntary Organization) อื่น ๆ เข้ามาเสริม ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) กลุ่มญาติ เครือข่ายผู้ปกครองหรือพ่อแม่ของเด็กป่วย หรือหากเป็นไปได้ อาจมีการจัดตั้งนักเรียน ลูกเสือ อนุชาดหรือครูในโรงเรียน อาสาที่จะมาช่วยทำเรื่องเหล่านี้ก็จะเกิดรูปแบบใหม่ๆ ของงานอาสาสมัครได้ เช่น กลุ่มมิตรภาพบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เกิดขึ้น หรือกลุ่มเฝ้าระวังขนมหวานเด็กของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและกลุ่มเฝ้าระวังความรุนแรงที่มีการดำเนินการที่โรงพยาบาลน้ำพอง จ. ขอนแก่น เป็นต้น

5. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัคร ที่ผ่านมามีการเป็นอาสาสมัครเป็นบทบาทที่บุคลากรสาธารณสุขคาดหวังให้คนอื่นเป็น โดยตนเองเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากผลงานของอาสาสมัคร ควรสนับสนุน “จิตอาสา” ในหมู่บุคลากรเพื่อสร้างวัฒนธรรมการอาสาสมัครให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันได้มีบุคลากรที่มีจิตใจเสียสละช่วยเหลืองานสาธารณะอยู่แล้ว เช่น การเป็นอาสาสมัครเลือกตั้งหรืออาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย สิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติมคือการทำให้เป็นระบบและสร้างให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร

6. สร้างระบบงานและกลไกการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระของ อสม. ให้กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้ในลักษณะที่ไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมืองและไม่ถูกการเมืองมาแสวงประโยชน์ เพื่อให้ อสม. สามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว การไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายไม่ได้หมายความว่าไม่สามารถรับการสนับสนุนจากพรรคการเมืองได้ แต่ให้สามารถแสวงหาการสนับสนุนจากพรรคการเมืองทุก ๆ พรรคอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่จำเป็นต้องเป็นพรรครัฐบาล แนวทางหนึ่งในการดำเนินการก็คือการสร้างระบบการสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระแทนการจ่ายเงินสนับสนุนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจเป็นปัญหาในระยะยาวเพราะจะบั่นทอนกระบวนการ อสม. โดยรวม ทำให้ อสม. แบ่งเป็นฝักเป็นฝ่าย ดังที่เริ่มพบว่า คณะผู้บริหารเทศบาลที่ได้รับเลือกตั้งใหม่จะยกเลิก อสม. ชุมเดิมเพื่อเลือก อสม. ใหม่ หากเป็นเช่นนี้ อสม. ก็จะแตกออกเป็น 2 พวกทันที

มาตรการรูปธรรม

เพื่อให้การดำเนินยุทธศาสตร์เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการรูปธรรมต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่สามารถดำเนินการในเบื้องต้นได้ทันที

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

จัดทำโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และคณะวิจัย

1. จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมอาสาสมัครสุขภาพและจัดทำแผนงานส่งเสริมอาสาสมัครสุขภาพขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และตัวแทนองค์กรอาสาสมัครต่างๆ โดยอาจให้มีกลวิธีและกิจกรรมต่างๆ เช่น

- กำหนดเป้าหมายให้ได้อาสาสมัครเพื่อสุขภาพต่อฐานประชากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 และมีเวลาของการทำงานอาสาสมัครเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 2 ชม. ต่อสัปดาห์ ภายในหนึ่งทศวรรษ

- ประกาศให้ปี พ.ศ. 2550 เป็นปีเริ่มต้นทศวรรษแห่งการทำความดีด้วยการเป็นอาสาสมัครสุขภาพ โดยจัดให้มีการทำสัญญาประชาคมร่วมกัน

- รณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างแนวคิดอาสาสมัครโดยเน้นคุณลักษณะสำคัญของจิตวิญญาณการเป็นอาสาสมัคร ได้แก่ การขันอาสาด้วยความสมัครใจ การมุ่งประโยชน์ของผู้อื่นหรือประโยชน์ของสาธารณะ การไม่มุ่งแสวงหาผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนที่เป็นเงิน และเน้นการทำงานอาสาสมัครร่วมกันในรูปองค์กร

- จัดทำแผนที่ให้การสนับสนุนแก่งานอาสาสมัครอย่างน้อยใน 5 ด้าน คือ (1) การให้คุณค่าและการยกย่องแก่งานอาสาสมัคร (2) การเอื้ออำนวยด้านต่างๆ ให้กับงานอาสาสมัคร (3) การสร้างระบบงาน องค์กรรับผิดชอบและกลไกประสานงานที่ชัดเจน (4) การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร และ (5) การสร้างธรรมาภิบาลและระบบสนับสนุนที่ทำให้กระบวนการอาสาสมัครมีอิสระทางการเมือง

- จัดทำ annual report เสนอต่อสาธารณะเพื่อรายงานสถานการณ์และความคืบหน้าด้านการส่งเสริมอาสาสมัครสุขภาพ (ดูตัวอย่างรายงานประจำปีของประเทศต่างๆ ด้านงานอาสาสมัครได้ที่ <http://www.cev.be/facts&figures.htm#country>)

ในสหรัฐอเมริกา พลเมืองผู้ชายกว่า 25% และผู้หญิงกว่า 32.4% ทำงานเป็นอาสาสมัคร ส่วนในสิงคโปร์ ประชาชนมากกว่า 28% เสียสละเวลาทำงานอาสาสมัคร ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสวัสดิการสังคม ระบุว่า มีอาสาสมัคร 9.7 ล้านคน คิดเป็น 15 % ของประชากร

2. ปรับบทบาทให้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนทำหน้าที่ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านอาสาสมัครสุขภาพเพื่อทำหน้าที่

- พัฒนาระบบการสนับสนุนอาสาสมัครเพื่อสุขภาพทั้งในด้าน advocacy ด้านการประสานงาน และด้านวิชาการ

- จัดระบบข้อมูลและจัดทำ website รวบรวมข้อมูลด้าน Volunteer resource ในระบบสุขภาพทั้งในส่วน demand side และ supply side

- เป็นศูนย์ประสานงานอาสาสมัครด้านสุขภาพของประเทศที่สามารถให้คำแนะนำแก่องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ในการสร้างงานอาสาสมัคร จัดหางานให้ผู้ต้องการเป็นอาสาสมัครตลอดจนจัดทำ guideline หรือแนวทางการทำงานด้านต่างๆ ในการสนับสนุนงานอาสาสมัคร

3. ปรับบทบาทหน้าที่ของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานและฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพในระดับภาค โดยให้ทำงานประสานการสนับสนุนและจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการอาสาสมัครในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- การฝึกอบรมด้านการบริหารจัดการงานอาสาสมัครให้แก่หน่วยงานต่างๆ
- การฝึกอบรมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่เพื่อปรับบทบาท อสม. จากการเป็นอาสาสมัครเองไปเป็นผู้สนับสนุนการจัดตั้งอาสาสมัครที่หลากหลายในชุมชน
- ประสานการฝึกอบรมเนื้อหาใหม่ ๆ ที่ต้องการความรู้ทางเทคนิคที่เฉพาะมากขึ้น เช่น โรคใหม่ๆ สิทธิประโยชน์ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ การค้าเสรีกับผลกระทบต่อสุขภาพและการปรับตัวของชุมชน เป็นต้น
- การฝึกอบรมอาสาสมัครรูปแบบใหม่ๆ เพื่อรองรับรูปแบบอาสาสมัครใหม่ๆ ที่มีการส่งเสริมให้เกิดขึ้น

4. มอบหมายให้กองนิติการทบทวนกฎระเบียบต่าง ๆ และดำเนินการตามที่จำเป็นให้มีกฎระเบียบต่างๆ เพื่อรองรับและป้องกันปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมจิตอาสาในระบบสาธารณสุข

5. มอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกันจัดทำแผนงานและดำเนินการสนับสนุนการวิจัยด้านอาสาสมัครสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการติดตามประเมินสถานการณ์ด้านการอาสาสมัคร (โปรดดูตารางแสดงหัวข้อวิจัยที่จำเป็นสำหรับการติดตามสถานการณ์และการพัฒนางานอาสาสมัคร)

6. สนับสนุนให้นางงานอาสาสมัครเข้าในเกณฑ์การประเมินบุคลากรและประเมินงานของหน่วยงานในระบบสาธารณสุข เช่น

- การรับนักศึกษาเข้าสู่สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้กำหนดให้ต้องมีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครมาก่อนในระดับที่เหมาะสม
- การประเมินให้จบการศึกษาให้มีเกณฑ์การทำงานอาสาสมัครระหว่างที่เป็นนักศึกษาด้วย
- การประเมินบุคลากรเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งหรือการพิจารณาความดีความชอบให้กำหนดเกณฑ์การเป็นผู้มีจิตอาสาเป็นเกณฑ์หลักประการหนึ่งในการประเมิน
- การประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลควรกำหนดเรื่องการมีอาสาสมัครช่วยเหลืองานในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์การประเมินด้วย

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

จัดทำโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และคณะวิจัย

- สนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจของอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นแรงจูงใจในอีกลักษณะหนึ่งแก่องค์กรในการสนับสนุนงานอาสาสมัคร

บทส่งท้าย

การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครในงานด้านการแพทย์และสุขภาพนอกจากจะเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสร้างศักยภาพของระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยโดยรวมอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าอาสาสมัครนั้นเป็นทั้งแนวทางและเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะการที่ประชาชนพลเมืองมีจิตสำนึกในการขันอาสาทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทนนั้น เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลแก่สังคมส่วนรวมที่ไม่เพียงก่อให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณะ แต่ที่สำคัญยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งใหญ่ต่อการพัฒนาตนเองของผู้ที่อาสาเข้ามาทำงานส่วนรวม เพราะผลตอบแทนที่ได้ นั้นเป็นความภาคภูมิใจและการเรียนรู้คุณค่าความหมายของชีวิตที่ไม่อาจซื้อหาได้ด้วยเงิน

Main Questions

A. Attitudes towards volunteering

- What are the traditions and cultural acceptances of volunteerism, how have they changed, and how does Government policy reflect this?

B. Evolution of volunteerism

- Recent national initiatives and methods used to recruit and retain volunteers.

C. Volunteer Infrastructure

- Is there a national volunteer organisation? What resources are available to volunteer centres and NGOs, and who recruits and places volunteers?

D. General data on volunteering

1. Sectors that volunteers are involved in

- What do the volunteers do and what was the impact on the sector of the United Nations International Year of Volunteers?

2. Volunteer profiles

- Who volunteers in each country? – Analysed by gender, age, education and socio-economic background.

3. Training of volunteers

- What training the national and local volunteer centres offer and how many volunteers benefit from it.

4. Volunteers Motivations

- Why people volunteer and how these motivations have changed in recent years.

5. Economic value of volunteers

- An estimation of the economic value of voluntary activity, including the socio-economic impact of volunteering as seen by society.

6. Rewarding volunteers

- How are volunteers acknowledged and thanked for their contributions?

Excerpt from The European Volunteer Center : www.cev.be

กรณีศึกษา



อาสาสมัครสาธารณสุข ๑๖ กรณี

ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการโครงการโดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
และคณะนักวิจัย

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พ.ศ. ๒๕๕๙

สารบัญ

กรณีศึกษาที่ 1	อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับหมอพื้นบ้าน โดย ยงศักดิ์ ตันติปฏิภม
กรณีศึกษาที่ 2	จาก อสม. สู่ปราชญ์ชาวบ้าน: กรณี นายณรงค์ แฉล้มวงศ์ โดย ชัยณรงค์ สังข์จ่าง
กรณีศึกษาที่ 3	งานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพกับงานพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดยโสธร โดย พนมวรรณ คาคัพโน
กรณีศึกษาที่ 4	อาสาสมัครเยี่ยมยาผู้ติดเชื้อมีดั่งเครือญาติ โดย เชิงชาญ ในจา
กรณีศึกษาที่ 5	อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) : กลไกการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพอนามัย กลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร โดย สมพงศ์ สระแก้ว และ ปวีณา ตั้งปรัชญากุล
กรณีศึกษาที่ 6	บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์กรรวม กรณีที่บ้านสี่แยกสวนป่า โดย ธีรวัฒน์ แดงกะเปา
กรณีศึกษาที่ 7	การเรียนรู้บทบาทอาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชน ที่จังหวัดเชียงราย โดย รุ่งนภา มาลารัตน์
กรณีศึกษาที่ 8	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกับงานบริการปฐมภูมิ อำเภอ น้ำพอง จังหวัด ขอนแก่น โดย ศิริพร เหลืองอุดม
กรณีศึกษาที่ 9	ลาไม : ผืนดินสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่ โดย ศीलเรืองศักดิ์ สุขใส
กรณีศึกษาที่ 10	ชุมชนฝาดะมี : จากแผนสุขภาพสู่รูปธรรมความสุขของชุมชน โดย เสนีย์ จำวิสุตระ
กรณีศึกษาที่ 11	อาสาสมัครรักถิ่น : บทเรียนจากการ “ผูกเกลอ” ของ อสม. เป็นเครือข่ายที่ปากได้ โดย ประสิทธิ์ชัย หนูนวล
กรณีศึกษาที่ 12	อาสาสมัครสาธารณสุขกับหลักประกันสุขภาพ กรณีผู้ติดเชื้อ โดย มธุรส ศิริสถิตยกุล
กรณีศึกษาที่ 13	อาสาสมัครสาธารณสุขในสภาวะการณสุขภาพใหม่ กรณีภัยพิบัติ โดย ฉันทนา ผดุงทศ
กรณีศึกษาที่ 14	กว่าจะมาเป็นสภาสภาพที่น่าเกียช โดย สฤษฐี สุฤทธิ์
กรณีศึกษาที่ 15	บทบาท “อาสาสมัครสาธารณสุข” กับงานสุขภาพใน “ชุมชนเมือง” โดย ธนัช กนกเทศ
กรณีศึกษาที่ 16	บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย เทียนทอง ต๊ะแก้ว
ภาคผนวก	โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

กรณีศึกษาที่ 1

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับหมอพื้นบ้าน

โดย ยงศักดิ์ ตันติปัญญก

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับหมอพื้นบ้าน

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก*

แม้ว่าการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นต้นธารของการก่อกำเนิดอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในประเทศไทยจะเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจาก “หมอเท้าเปล่า” ของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนผ่านคำประกาศอัลมา อะตาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2521 ที่ต้องการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ.2543” ซึ่งมีกลิ่นไอของแนวคิดสังคมนิยมที่ต้องการเห็นความเท่าเทียมกันบังเกิดขึ้นในสังคม โดยเฉพาะในประเด็นสุขภาพซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญของความเป็นมนุษย์ แต่การสาธารณสุขมูลฐานของไทยในระยะเริ่มต้นก็มีได้นำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการทำงานเพื่อให้การสาธารณสุขสามารถกระจายไปอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะในท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกล ข้อแตกต่างนี้ ทำให้เราไม่อาจนำเอา อสม. ของไทยไปเปรียบเทียบกับหมอเท้าเปล่าของจีนได้โดยตรง

แต่หากเราพิจารณา อสม. ภายใต้นโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในช่วงเวลาดังกล่าว เราจะพบว่า กระแสภูมิปัญญาท้องถิ่นและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 2530 มีส่วนสำคัญที่ทำให้ อสม. ซึ่งเป็นผู้รู้ในภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถแสดงบทบาทที่ล้ำเส้นความเป็น “อสม.ในระบบ” แต่เมื่อพิจารณาสิ่งที่ถูกมองว่าล้ำเส้นนั้นโดยไม่ติดกรอบที่ราชการกำหนด โดยสาวไปให้ลึกถึงรากเหง้าความเป็นมาของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานแล้ว เรากลับพบว่าหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นผู้รู้ในภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สวมหมวกความเป็น อสม. อยู่ด้วยนั้น กำลังแสดงบทบาทที่อาจไม่แตกต่างไปจากหมอเท้าเปล่าของจีนมากนัก โดยเฉพาะความสามารถในการเป็นที่พึ่งในยามเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในชุมชนเมื่อยามที่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นทางการไม่อาจตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาธารณสุขมูลฐานกับกระแสภูมิปัญญาท้องถิ่น

ก่อนที่ประเทศไทยจะรับเอาแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ อำนาจในการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วยล้วนถูกผูกขาดไว้โดยวิชาชีพทางการแพทย์ภายใต้ระบบราชการแบบรวมศูนย์ การดูแลรักษาสุขภาพของภาคประชาชนและการแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งต้องห้ามและเป็นที่ดำหนิตีเดียวน วาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ว่า “เจ็บป่วยเป็นอะไร อย่าซื้อยากินเอง ให้ไปหาแพทย์” ทำให้ความชอบธรรมในการ

* สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

จัดการกับสุขภาพของประชาชนตกอยู่ภายใต้วิชาชีพทางการแพทย์ คนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วิชาชีพทางการแพทย์อย่างเช่นหมอพื้นบ้านถูกเหมารวมเป็นหมอเถื่อนซึ่งไม่แตกต่างไปจากหมอฉีดยาซึ่งทางสาธารณสุขต้องตรวจจับกำราบเป็นระยะ ๆ ชาวบ้านที่ไปโรงพยาบาลต้องปิดบังไม่บอกให้แพทย์รู้ว่าตัวเองไปรักษากับหมอพระ หมอกลางบ้าน หรือกินยาสมุนไพร หรือกำลังรักษาด้วยวิธีการแบบพื้นบ้านแบบใดอยู่ แม้แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะถูกต้องตามกฎหมายก็ถูกมองว่าเป็นเรื่องล้าสมัย มีความรู้สู้แพทย์สมัยใหม่ไม่ได้ ยาแผนโบราณออกฤทธิ์ช้าไม่เหมาะที่จะนำมาใช้หากมียาสมัยใหม่ที่ออกฤทธิ์เร็วกว่าให้เลือกใช้ได้

การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในยุคประชาธิปไตยเบ่งบานหลัง 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 ทำให้นิสิตนักศึกษามุ่งสู่ชนบทและได้เรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้านมากขึ้น แต่ดูเหมือนว่า ความปรารถนาดีที่ต้องการทำงานช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ซึ่งเน้นไปที่ชาวนา ชาวไร่ ผู้ใช้แรงงาน จะยังคงติดอยู่กับกรอบความคิดการต่อสู้ทางชนชั้นระหว่างผู้ปกครองและนายทุนฝ่ายหนึ่งกับชนชั้นผู้ใช้แรงงานอีกฝ่ายหนึ่ง แม้ นิสิตนักศึกษาสายการแพทย์และสาธารณสุขจะมีวิถีคิดที่ต้องการทำประโยชน์เพื่อคนส่วนใหญ่มากกว่ายุคก่อนหน้านี้ แต่วิถีคิดที่มากับการแพทย์สมัยใหม่มีส่วนทำให้การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของสังคมไทยยังคงหนีไม่พ้นมุมมองของวงจรรูปทวิ “โง่ จน เจ็บ” เนื่องจากวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นรากฐานของการแพทย์สมัยใหม่ได้ทำให้ผู้คนส่วนหนึ่งมองเห็นความรู้จากฐานวัฒนธรรมดั้งเดิมว่าเป็นสิ่งล้าหลัง ไม่เป็นวิทยาศาสตร์

แม้จะมีเจตนาดีอย่างไรก็ตาม แต่ด้วยมุมมองแบบ “โง่ จน เจ็บ” ทำให้นักวิชาชีพทางการแพทย์มองไม่เห็นสิ่งที่เป็นศักยภาพของชาวบ้าน สิ่งที่ได้ดีที่สุดภายใต้มุมมองนี้ก็คือ การช่วยเหลือสงเคราะห์ และการสอนให้ชาวบ้านมีความรู้ทางการแพทย์ บนพื้นฐานที่ตัวเองเป็นผู้รู้ การมองชุมชนและชาวบ้านเป็นเหมือนภาชนะที่ว่างเปล่าซึ่งเป็นมิจฉาทิฎฐิประการหนึ่งของนักวิชาชีพทางการแพทย์ในยุคนั้น ทำให้นักวิชาชีพเสียโอกาสในการเรียนรู้ภูมิปัญญาของชาวบ้าน ในขณะที่การให้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่แก่ชาวบ้านเป็นเรื่องที่ยากลำบาก เพราะเป็นการแพทย์ที่นำเอาความรู้มาจากต่างประเทศ¹ และมักสูดกลยุทธการโฆษณาขายยาของพ่อค้าและบริษัทที่มีทั้งการลดแลกแจกแถมประกอบการฉายหนังกลางแปลงไม่ได้

¹ ผู้เขียนเองก็เคยเป็นหนึ่งในนักวิชาชีพทางการแพทย์ที่แสดงความปรารถนาดีด้วยการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อให้ชาวบ้านตระหนักถึงอันตรายและพิษภัยของการใช้ยาและลดการใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น ผู้เขียนพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับยาสมัยใหม่ซึ่งมีชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาอังกฤษที่ชาวบ้านไม่คุ้นเคย และการอธิบายวันที่หมดอายุยาซึ่งเขียนเป็นภาษาอังกฤษและใช้คริสต์ศักราชแทนที่จะเป็นพุทธศักราช เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับชาวบ้านมาก

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่ประเทศไทยรับเอามาเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศปรากฏเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขในยุคนั้นอย่างกว้างขวาง จนอาจเรียกได้ว่า เป็น “อุดมการณ์สาธารณสุข” เลยทีเดียว (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2527 อ้างใน บัณฑิต อ่อนดำ 2545: 14) แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานทำให้มุมมองในการแก้ไขปัญหาเปลี่ยนจากการช่วยเหลือสงเคราะห์ไปเป็นการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การประสานงานระหว่างสาขา และการผสมผสานการให้บริการสาธารณสุขระหว่างรัฐและประชาชน ซึ่งเป็นหลักการสื่่ประการของการสาธารณสุขมูลฐาน (จิรวรรณ หัสโรค์ และคณะ 2548: 6)

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานจึงเปรียบเสมือนร่มที่แผ่กว้างหน้าในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยใช้ในการทำงานพัฒนาในระดับชุมชนได้โดยอาจถูกมองด้วยสายตาไม่ไว้วางใจน้อยกว่าการทำกิจกรรมของนิสิตนักศึกษาในยุคประชาธิปไตยแบ่งบานหลังเหตุการณ์ 14 ตุลา การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนภาคสาธารณสุขหลายองค์กรในยุคนั้น โล่เรียงมาตั้งแต่ กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) มูลนิธิหมอชาวบ้าน โครงการสมุนไพรรเพื่อการพึ่งตนเอง มูลนิธิโกลบอลคิมทอง คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) และกลุ่มสาธารณสุขมูลฐานในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้มีนักกิจกรรมทั้งที่เป็นอาสาสมัครเต็มเวลาและอาสาสมัครซึ่งปกติทำงานรับราชการเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เขาและเธอซึ่งเป็นคนรุ่นหนุ่มสาวที่เพิ่งก้าวพ้นรั้วมหาวิทยาลัยต่างพากันทุ่มเทให้กับการทำงานพัฒนาร่วมกับชาวบ้านในหลายพื้นที่ นี่เป็นช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้และป่มเพาะที่สำคัญ เพราะบุคลากรในสายสาธารณสุขทั้งภาคราชการและองค์กรพัฒนาเอกชนได้มีโอกาสเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ในพื้นที่ผ่านชาวบ้านและหมอพื้นบ้านผู้มีความรู้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่เคยเกิดขึ้นอย่างเด่นชัดมาก่อนหน้านี้

สมุนไพรรซึ่งแต่เดิมเคยเป็นเพียงพืชที่ถูกจับจองสังเกตและนำมาสกัดเพื่อศึกษาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ กลายเป็นสิ่งที่บัณฑิตหนุ่มจากรั้วมหาวิทยาลัยนำมาเป็นเครื่องมือในการศึกษาความรู้ท้องถิ่นของชาวบ้านด้วยความเชื่อมั่นว่า ความรู้เหล่านี้เป็นฐานสำคัญของการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชน ความมุ่งมั่นลงไปค้นหาความรู้จากประสบการณ์ชาวบ้าน ทำให้สังคมไทยได้รู้จักกับพืชสมุนไพรรในแง่มุมใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม เพราะมันไม่ใช่เพียงความรู้ดั้งเดิมของชาวบ้านหรือเป็นเพียงผลงานวิจัยในห้องปฏิบัติการ แต่มีทั้งสองสิ่งผสมผสานกันในส่วนที่ชาวบ้านรับได้และนักวิชาการก็ไม่ปฏิเสธ ว่านหางจระเข้ หญ้าหนวดแมว ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร เสลดพังพอน สมุนไพรรยอดนิยมนที่ผู้คนในยุคนีรรู้จักกันเป็นอย่างดี เป็นตัวอย่างของผลผลิตจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรรของชาวบ้านผสมผสานกับการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ

ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แล้วนำเสนอกลับไปสู่ชาวบ้านโดยผ่านสื่อ วารสาร “ข่าวสารสมุนไพรมะเขือ”² ซึ่งกลายเป็นตำนานของการวางอิฐก้อนแรก ๆ ในการก่อร่างสร้างกระแสภูมิปัญญาชาวบ้านและการแพทย์แผนไทยในยุคต่อ ๆ มา

ด้วยความศรัทธาของกระแสความยอมรับเกี่ยวกับสมุนไพรมะเขือที่มีมากขึ้นในหมู่นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานจึงประสบความสำเร็จในการผลักดันให้เกิด “รายการสมุนไพรมะเขือในงานสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งมีได้เป็นเพียงชุดความรู้หนึ่งที่ชาวบ้านจะได้ประโยชน์โดยตรงเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่ที่รุกรายทางให้ความรู้ของชาวบ้านที่มีที่ทางอยู่ในสารบบความรู้ของสาธารณสุขไทยอีกด้วย ดังที่เราจะเห็นว่า ต่อมาเมื่อมีการผลักดันให้เกิด “รายการยาไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน” และ “การนวดไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน” ในเวลาต่อมา

ภายใต้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเปิดโอกาสให้การแพทย์แผนดั้งเดิมมีบทบาทในการสาธารณสุขของประเทศด้วยการแทรกตัวเองในฐานะเทคโนโลยีที่เหมาะสมอย่างหนึ่งสำหรับชาวบ้าน องค์การพัฒนาเอกชนทางด้านสาธารณสุข³ ได้ร่วมมือกับสมาคมแพทย์แผนโบราณหลายแห่งและสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานในการจัดตั้งโครงการฟื้นฟูการนวดไทยขึ้น โดยชูประเด็น “ทดแทนการใช้ยาแก้ปวดด้วยนวดไทย” และจัดการฝึกอบรมการนวดไทยสำหรับชาวบ้าน โดยใช้ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ภาคเป็นฐานปฏิบัติการ จนกิจกรรมการอบรมการนวดไทยแพร่หลายไปอย่างกว้างขวางผ่านบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงไปสู่ชาวบ้านรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ในทุก ๆ ภาคแทบทุกจังหวัด

ในห้วงเวลาเดียวกัน ประสบการณ์การทำงานพัฒนาชนบทที่เกิดขึ้นในหมู่นักกิจกรรมทางสังคมก็มาถึงการเคี้ยวกรำจนเกิดแนวคิดที่เรียกขานกันว่า “แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน” ซึ่งกระแสดังกล่าวให้ความสำคัญต่อศักยภาพของชาวชนบทว่า เราสามารถนำวิถีชีวิต โลกทัศน์ ภูมิปัญญา หรือที่รวมเรียกว่า “วัฒนธรรมชุมชน” นี้ มาเป็นพื้นฐานของการพัฒนาชนบทได้ แทนที่จะอาศัยแนวทางการพัฒนาที่มาจากภายนอกชุมชน คือจากรัฐ และจากต่างประเทศ ซึ่งก่อปัญหาให้แก่ชาวชนบทมากกว่าที่จะช่วยพัฒนา ในช่วงเวลานี้เองที่คำว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ได้ถูกสถาปนาขึ้นมา

² วารสารข่าวสารสมุนไพรมะเขือ จัดทำโดย โครงการสมุนไพรมะเขือเพื่อการพึ่งตนเอง มูลนิธิโกลบอลคิมทอง

มี ภก.สุพจน์ อัครพินธุกุล และ นางสาวรสนา โตสิทธิ์กุล เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้ง เริ่มตีพิมพ์ฉบับแรก เมื่อปี พ.ศ.2523 และยุติการจัดทำลงในปี พ.ศ.2533

³ ได้แก่ กลุ่มศึกษาปัญหา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิหมอชาวบ้าน และ คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณสุขมูลฐาน

เพื่อรองรับความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของชาวบ้านซึ่งมีผู้รู้ของท้องถิ่นที่เรียกกันกันว่า “ปราชญ์ชาวบ้าน” เป็นตัวแทนของชาวบ้านผู้ทรงภูมิปัญญานั้น

นักพัฒนาและนักวิชาการในสายวัฒนธรรมชุมชนซึ่งยังเชื่อมั่นแนวทางในการทำงานชุมชนที่ต้องสอดคล้องกับรากฐานทางวัฒนธรรมของชาวบ้าน ได้ค้นพบจากการทำงานว่า สุขภาพไม่อาจแยกขาดจากมิติอื่น ๆ ของชุมชน สุขภาพมีความเชื่อมโยงกับ อาหาร อาชีพ วิธีการผลิต ทรัพยากร ฯลฯ อย่างแยกกันไม่ออก การเรียนรู้ปัญหาและการตั้งโจทย์ร่วมกันกับชาวบ้าน โดยมีผู้จัดกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ เป็นวิถีทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ประสบการณ์ในแนวทางนี้ปรากฏให้เห็นรูปธรรมของการทำงานในหลายชุมชนที่ชาวบ้านเรียนรู้ที่จะสร้างองค์ความรู้จากฐานประสบการณ์ของตนเองเพื่อตอบโจทย์ของชุมชน ซึ่งแม้แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนจะมีได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง แต่ก็มีส่วนสำคัญทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขในหลายพื้นที่ซึ่งเป็นชาวบ้านที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านสมุนไพร หรือการแพทย์พื้นบ้าน เกิดความตื่นตัวกับการหันกลับมาพึ่งตนเองโดยใช้ความรู้ของตนเองเป็นฐานในการพัฒนา

อสม. กับ หมอพื้นบ้าน

แม้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐานจะดูน่าเลื่อมใสอย่างไรก็ตาม แต่เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติ หลักการการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนก็อาจกลายเป็นเพียงการเข้าร่วมของชาวบ้านภายใต้การชี้นำของข้าราชการและผู้ปกครองในระดับท้องถิ่น เพราะกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานยังผูกติดอยู่กับระบบราชการ (ประสิทธิ์ ลิระพันธ์และคนอื่นๆ 2544) การคัดเลือก อสม. ซึ่งแม้จะกำหนดบทบาทที่ชัดเจนไว้แล้วว่า ต้องการชาวบ้านที่จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change Agent) แต่การเลือกชาวบ้านไปเป็น อสม. ก็หลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการชี้นำของราชการและระบบอุปถัมภ์ภายในท้องถิ่นอยู่นั่นเอง

การผูกขาดความถูกต้องของระบบบริการสาธารณสุขไว้กับภาครัฐมาเป็นเวลานาน นอกจากจะทำให้เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นมองไม่เห็นศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านของชุมชนแล้ว ยังทำให้เกิดความเป็นปฏิปักษ์ระหว่างหมอโรงพยาบาลกับหมอชาวบ้านอย่างยากที่จะลดความหวาดระแวงลงไปได้อย่างรวดเร็วเหมือนกับการเปลี่ยนแปลงของนโยบายจากเบื้องบน การเลือกชาวบ้านเข้าไปเป็น อสม. จึงหลีกเลี่ยงที่จะเอาหมอชาวบ้านที่แอบรักษาชาวบ้านอยู่ด้วยสารพัดวิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอจากสาธารณสุขเห็นว่าไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการแพทย์ที่ตนเองสมารถอยู่ แต่ก็ยังพบว่าหมอพื้นบ้านหลายคนที่ถูกเลือกไปเป็น อสม. ซึ่งเมื่อสอบถามว่าเจ้าหน้าที่รู้หรือไม่ว่า อสม.คนนั้นเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน เราอาจได้คำตอบว่า ไม่รู้ เพราะหมอพื้นบ้านที่ถูกเลือกเข้าไบนั้นถูกเลือกด้วยคุณสมบัติที่สามารถไปช่วยเหลือทางราชการได้มากกว่าที่จะเจาะจงเลือกคนที่เป็นหมออยู่ก่อนแล้ว และหมอพื้นบ้านที่ถูกเลือกเข้าไปเป็น อสม. ก็อาจหลีกเลี่ยงที่จะแสดงว่าตนเองมีความรู้

ในการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน เพราะงานของ อสม. มีกรอบที่ชัดเจนอยู่แล้วว่าเป็นไปตามที่ราชการกำหนด เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การชั่งน้ำหนักเด็ก ซึ่งเป็นงานของสาธารณสุขที่ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทของหมอพื้นบ้านแต่อย่างใด

การหลีกเลี่ยงที่จะเลือกหมอชาวบ้านที่ไม่เข้าใจมาเป็น อสม. ซึ่งบางครั้งก็ตีขลุมไปถึงหมอพื้นบ้านด้วยนั้น ด้านหนึ่งก็เป็นเรื่องที่เราจะเข้าใจได้ว่า การสร้างความชอบธรรมให้กับหมอเถื่อนที่หากินกับการฉ้อฉลให้กับชาวบ้านเป็นเรื่องที่เสี่ยงเกินไปสำหรับฝ่ายสาธารณสุข แต่ด้านหนึ่งก็ปฏิเสธความเป็นจริงไม่ได้ว่า ชาวบ้านยังต้องพึ่งพาอาศัยคนเหล่านี้อยู่จริง ๆ การละเลยหรือมองข้ามความจริงนี้ไป ย่อมทำให้โลกของสาธารณสุขกับโลกของชาวบ้านเป็นคนละโลกกัน และต่างคนต่างก็สร้างโลกแห่งสุขภาพไปบนวิถีทางของตนเอง

การวางบทบาทของ อสม. ไว้กับการเป็นแขนขาของกระทรวงสาธารณสุขในการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแรก ละเลยการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน แต่หันไปให้ความสนใจกับสมุนไพรรายการที่ส่วนกลางกำหนดขึ้น หรือไม่ก็เป็นการเผยแพร่อบรมการนวดไทยตามรูปแบบที่ราชการยอมรับได้ ซึ่งเมื่อความรู้จากส่วนกลางดังกล่าวนี้ลงไปสู่ชุมชน แม้จะมีส่วนในการเปิดพื้นที่ให้กับการแพทย์แผนไทยหรือพื้นบ้านในชุมชนมากขึ้น แต่ความรู้ที่เป็นมาตรฐานจากส่วนกลางก็มีส่วนเบียดขับให้ความรู้ท้องถิ่นซึ่งมีความหลากหลายและยากที่จะจัดทำให้เป็นมาตรฐานกลายเป็นสิ่งที่ยังคงอยู่ที่ชายขอบของระบบสุขภาพอยู่เช่นเดิม (ดูจุฑาโกะ อีตะ 2548) สถานการณ์ดังกล่าวมีส่วนทำให้หมอพื้นบ้านไม่มีที่ยืนอยู่ในงานสาธารณสุขมูลฐาน หากไม่เข้ามาในฐานะของ อสม.

ในช่วงสิบปีหลังของงานสาธารณสุขมูลฐาน สถานการณ์โรคเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ความตื่นตระหนกจากโรคร้ายและการประชาสัมพันธ์ของรัฐที่ทำให้เกิดความกลัวว่า โรคเอดส์เป็นแล้วต้องตายสถานเดียว ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากซึ่งสิ้นหวังจากระบบสาธารณสุขของรัฐต้องดิ้นรนหาทางเลือกอื่น ๆ ที่พอจะเป็นที่พึ่งได้ ไม่ว่าจะเป็นการหาสมุนไพรรักษาพื้นบ้านมาต้มกินเอง การรักษาด้วยพิธีกรรมต่าง ๆ และการรักษาโรคด้วยสมาธิ เป็นต้น หมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่งทนเพิกเฉยต่อการล้มตายของชาวบ้านไปต่อหน้าต่อตาไม่ได้ หลายคนกลับไปรื้อฟื้นความรู้ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษด้วยการค้นคว้าหาตำรับยาในป่าเพื่อช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยในการหาวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน หาวิธีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร และการฟื้นฟูจิตใจ ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการเผชิญกับโรคภัยนี้ได้อย่างมีสติ

การแสดงบทบาทครั้งใหม่ของหมอพื้นบ้านภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นี้ทำให้องค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องหันมาให้ความสนใจและสนับสนุนการทำงานในรูปแบบใหม่

ของหมอพื้นบ้าน มีความพยายามประสานการทำงานของหมอพื้นบ้านที่ดูแลผู้ติดเชื้อจนเกิดเครือข่ายหมอพื้นบ้านขึ้น หมอพื้นบ้านได้มีโอกาสเรียนรู้และแลกเปลี่ยนการทำงานระหว่างกัน เกิดการช่วยเหลือส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน รวมทั้งได้เรียนรู้แง่มุมใหม่ ๆ ของความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมจากองค์กรพัฒนาเอกชนและนักวิชาการที่เข้ามาสนับสนุน (ดู ชัยนันทน์ วรรณะภุติ และมาลี สิทธิเกรียงไกร 2542) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เปิดกว้างให้หมอพื้นบ้านมีเวทีที่จะแสดงศักยภาพของตนเองจนเป็นที่ยอมรับของผู้คนในสังคมรวมทั้งชาวบ้านในชุมชนเองด้วย

ในช่วงเวลาดังกล่าว ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ถูกรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่โดยหมอพื้นบ้านและกลุ่มผู้ติดเชื้อจึงมีที่ทางเป็นของตัวเองซึ่งแตกต่างจากการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่อิงกับตำราดั้งเดิมที่มาจากราชสำนักส่วนกลาง กระแสท้องถิ่นนิยมที่กลับมาภายหลังช่วงเวลาแห่งวิกฤตนี้ เอื้ออำนวยให้หมอพื้นบ้านสามารถแสดงบทบาทอื่น ๆ ในชุมชนเพิ่มมากขึ้นโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ดังเช่นกรณีของพ่อสม ทิพย์ยอม อสม. และหมอพื้นบ้านแห่งบ้านแม่ผาแพน ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

พ่อสม อสม. และหมอเมืองในสถานการณ์โรคเอดส์

พ่อสมเป็นหมอเมืองที่สืบทอดความรู้มาจากพ่ออู้อยู่ที่วัดตั้งแต่ครั้งที่ยังเป็นสามเณรอายุได้เพียง 17 ปี และในช่วงเวลาดังกล่าวยังได้มีโอกาสเข้ามาในกรุงเทพและได้เรียนวิชาการนวดแผนโบราณที่วัดโพธิ์ ทำให้พ่อสมมีความรู้ทั้งการไชยาพื้นบ้านและการนวดตั้งแต่อายุน้อย เมื่ออายุได้ 20 ปีก็สึกจากการเป็นเณร หลังจากนั้นอีก 2 ปี พ่อสมก็ออกเรือนแต่งงาน ทำอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไป การเป็นหมอพื้นบ้านของพ่อสมในช่วงวัยทำงานจึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตซึ่งไม่ได้มีลักษณะที่เป็นอาชีพหลักหรืออาชีพเสริมอย่างที่หมอในยุคสมัยใหม่นิยมทำกัน

เมื่อเริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ในช่วงปี พ.ศ.2534-2537 มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากได้เข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ออนจนเป็นภาระที่เกินกว่าโรงพยาบาลจะรับมือได้ ทำให้โรงพยาบาลหันมาขอให้หมอเมืองในละแวกอำเภอสันกำแพงและกิ่งอำเภอแม่ออนเข้ามาช่วยเหลือทางโรงพยาบาลในการรักษาผู้ติดเชื้อโดยใช้ยาพื้นบ้าน พ่อสมเป็นหมอเมืองคนหนึ่งที่ถูกชักชวนให้ไปช่วยเหลือโรงพยาบาล โดยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มาก่อนเลย ในช่วงแรกพ่อสมและหมอเมืองจากหมู่บ้านอื่น ๆ ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ออนเป็นประจำ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่หมอเมืองได้รับการยอมรับจากฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ถึงขนาดเข้าไปร่วมให้บริการในโรงพยาบาล ต่อมาโครงการหมอเมืองกับการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของมูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน (NORTHNET) ได้เข้ามาทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ออน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยในพื้นที่ เมื่อปี พ.ศ.2539 และสนับสนุนให้หมอเมืองที่มาร่วมมือกับทางโรงพยาบาล รวมตัวกันเป็นกลุ่มที่ชื่อว่า “ชมรมปัญญาศิลา” ซึ่งเป็นกลุ่มหมอเมืองกลุ่มแรกที่

ตั้งขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ แต่หมอพื้นบ้านเข้าไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้ไม่นาน ก็ต้องกลับออกมา
ดำเนินการที่ตำบลของตนเอง เพราะวัฒนธรรมในการทำงานของหมอเมืองแตกต่างจาก
วัฒนธรรมการทำงานของโรงพยาบาลที่เป็นแบบราชการ ในเขตตำบลออนใต้ ทางกลุ่มหมอเมืองตกลง
ว่าให้ใช้บ้านของพ่อสมเป็นที่ตั้งของ “ชมรมหมอพื้นบ้านตำบลออนใต้” โดยการสนับสนุนขององค์การ
บริหารส่วนตำบลออนใต้และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากสถานีอนามัยตำบลออนใต้ ต่อมาใน
ปี พ.ศ.2541 ผู้ว่าราชการจังหวัดได้มาทำพิธีเปิดและตั้งชื่อเป็น “หมู่บ้านยาไทย” ซึ่งพ่อสมเล่า
เหตุการณ์ตอนที่มีตำรวจมาติดต่อกันว่า “เห็นตำรวจไปยืนเหยียบไม้ที่ตากไว้แล้วพูดคุยโทรศัพท์
ติดต่อกัน ก็เลยคิดว่าตัวเองจะต้องถูกจับแน่แล้ว” พอคุยกันจึงรู้ว่าผู้ว่าฯ ต้องการให้บ้านพ่อสมเป็น
หมู่บ้านยาไทย ซึ่งพ่อสมก็เห็นดีด้วย หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2543 คณะภคินีศรีชุมพาบาลได้มา
สนับสนุนการสร้างศาลาสำหรับให้บริการผู้ป่วยและตั้งชื่อให้ว่า “ศูนย์สมุนไพรชุมชน”⁴

พ่อสมเล่าให้ฟังว่า ในช่วงนั้นเปิดให้บริการทั้งการนวด อบ ประคบ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน
และเขียนเขียนสะเดาะเคราะห์ โดยมีหมอเมืองในตำบลออนใต้มาช่วยกันให้บริการชาวบ้าน ส่วนผู้ติด
เชื้อที่เคยรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลก็ยังคงมาหาหมอและรับยาที่บ้านที่บ้านหมอ และจากเดิมที่เคย
รวมกลุ่มผู้ติดเชื้ออยู่ที่สถานีอนามัยก็พากันมาอยู่ที่บ้านพ่อสมแทน โดยตอนกลางวันผู้ติดเชื้อซึ่งส่วน
ใหญ่เป็นผู้หญิงจะมาทำงานเย็บผ้า เย็บกระเป๋ และทำอาหารกินกันอยู่ที่บ้านพ่อสม ซึ่งกิจกรรม
เหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อโรคเอดส์

การเปิดศูนย์และมีกลุ่มผู้ติดเชื้อมาอาศัยอยู่ด้วยในตอนกลางวัน ทำให้ชาวบ้านบางส่วนมี
ปฏิกิริยาต่อต้าน เช่น ชาวบ้านไม่กล้าซื้อไก่ที่พ่อสมเลี้ยงไว้ เพราะเห็นผู้ติดเชื้อถ่มน้ำลายตามพื้นดิน
แต่การที่มีองค์การจากภายนอกเข้ามาสนับสนุน และสมาชิกในครอบครัวของพ่อสมเองก็เข้าใจและ
ยอมรับที่จะเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยอีกทางหนึ่ง ทำให้พ่อสมสามารถทำหน้าที่ของหมอเมือง
ในการ “เฝ้าคน”⁵ ได้ตามที่ตั้งใจไว้

ในช่วงที่ต้องดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ พ่อสมได้เรียนรู้ลักษณะอาการของการติดเชื้อในระยะต่างๆ
ได้ติดตามผลการใช้ยาพื้นบ้านกับผู้ติดเชื้อ และสังเกตเรื่องอาหารหรือสิ่งที่ส่งผลต่อโรคร่วมกับผู้ติดเชื้อ

⁴ สรุปว่าที่บ้านพ่อสมมีป้ายแสดงชื่อสถานที่อยู่ 3 ป้าย คือ “ชมรมหมอพื้นบ้านตำบลออนใต้” สนับสนุนโดย อบต.
สถานีอนามัยตำบลออนใต้ และกิ่งรพ.ออนใต้ “หมู่บ้านยาไทย” บ้านแม่ผาแห่น หมู่ที่ 6 ตำบลออนใต้ อำเภอสัน
กำแพง เชียงใหม่” และ “ศูนย์สมุนไพรชุมชน” สนับสนุนโดยคณะภคินีศรีชุมพาบาล” มีข้อสังเกตว่า ชื่อแรกเป็นชื่อที่
กลุ่มหมอเมืองต้องการให้ใช้ แต่คนภายนอกไม่ยอมรับชื่อนี้ จึงตั้งชื่ออื่นให้ตรงกับความต้องการของตนเอง ซึ่งแสดง
ให้เห็นถึงการพัฒนาที่ยังให้ความสำคัญกับการปักป้าย ซึ่งพ่อสมก็ได้ปฏิเสธชื่อต่างๆ เหล่านี้

⁵ เฝ้าคน หมายถึง การส่งเคราะห์ช่วยเหลือคนโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน

ซึ่งพ่อสมมักพูดเสมอว่า ผู้ติดเชื้อเป็นครูของเรา เพราะผู้ติดเชื้อที่เป็นลูกเลี้ยง⁶ จะมาบอกว่าเมื่อมีอาการต่าง ๆ แล้วกินยาอะไรได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไร หรือหากไปกินอาหารบางอย่าง เช่น น้ำมะพร้าว สาหร่าย ปลาไม่มีเกล็ด แล้วอาการทรุดลงหรือไม่ หรือหากไปกินเหล้า เล่นไฟ อดหลับอดนอน อาการจะทรุดลงอย่างเห็นได้ชัด ประสบการณ์ดังกล่าวทำให้พ่อสมเรียนรู้ว่านอกจากการใช้ยา ถูกกับโรคหรือไม่แล้ว การรักษาผู้ติดเชื้อให้ได้ผลดียังขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรม จิตใจ และอาหารการกินอีกด้วย

กล่าวได้ว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ทำให้พ่อสมผู้ซึ่งมีความรู้และได้รับสืบทอดตำรายาพื้นบ้านมาจากบรรพบุรุษ มีโอกาสแสดงบทบาทของหมอเมืองโดยการเรียนรู้ร่วมกับผู้ติดเชื้อรวมทั้งองค์กรภายนอกที่มาสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ และเป็นบททดสอบครั้งสำคัญที่ทำให้คนในหมู่บ้านยอมรับการดำรงอยู่ของพ่อสมในฐานะหมอเมืองของหมู่บ้านแม่ผาแพน และเป็นก้าวอย่างที่สำคัญทำให้การเป็นหมอพื้นบ้านของพ่อสมขยายไปสู่การทำงานในปริมนทอลอื่นๆ ของสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่ไม่จำเป็นต้องแสดงบทบาทอยู่ในกรอบของอสม.แบบเดิม ๆ เท่านั้น

พ่อหมอสมกับวงกินน้ำยามเช้า

ผู้เขียนเดินทางไปที่บ้านพ่อสมเป็นครั้งที่สอง และยังพบว่าลานหน้าบ้านยังคงมีแผ่นไม้ที่สลักข้อความว่า “หมู่บ้านยาไทย” ปักเรียกความสนใจของคนที่จะมาเยี่ยมบ้านหลังนี้อยู่เช่นเดิม ป้ายไม้นี้เป็นสักขีพยานว่าครั้งหนึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่เคยมาทำพิธีเปิดป้ายนี้เมื่อ 8 ปีที่ผ่านมา แม้ชื่อที่สลักบนแผ่นไม้จะถูกตั้งโดยคนในระบบราชการซึ่งไม่เข้าใจความเป็นท้องถิ่นของ “ยาเมือง” ที่แตกต่างจาก “ยาไทย” ก็ตาม แต่ดูเหมือนว่าเจ้าของบ้านจะรู้สึกยินดีให้แผ่นป้ายนี้ยังคงทำหน้าที่ของมันต่อไป ทั้งๆ ที่สีขาวที่ฉาบทาบนร่องตัวอักษรจะเริ่มหลุดล่อนไปตามกาลเวลาแล้วก็ตาม เพราะความชอบธรรมที่มากับแผ่นป้ายนี้สำคัญยิ่งกว่าความหมายอื่น ๆ ที่แผ่นป้ายนี้อาจสื่อไปถึงได้

ผู้เขียนได้รับรู้มาเบื้องต้นว่า ลานหน้าบ้านของพ่อสมได้กลายเป็นที่ชุมนุมของชาวบ้านทั้งชายวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และแม่บ้านวัยทำงาน โดยเฉพาะในช่วงเวลาเช้า ชาวบ้านหลายคนจะเริ่มการออกไปทำงานด้วยการมาตั้งวงเสวนาและดื่ม “น้ำยา” กันที่หน้าบ้านพ่อสม

พ่อสมเล่าให้ฟังว่าเริ่มดื่มยาสมุนไพรให้ชาวบ้านกินหลังจากผู้ว่าฯ มาเปิดหมู่บ้านยาไทย คือตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2541 เป็นต้นมาจนถึงวันนี้ก็ยังไม่เคยขาดแม้แต่วันเดียว ตวยาที่นำมาดื่มมีสองปาก⁷ ปากหนึ่งมีตัวยา 6 ตัว ปากสองมีตัวยา 5 ตัว กว่าจะได้สูตรยาที่ลงตัวทั้ง 2 ปาก พ่อสมต้องใช้

⁶ ลูกเลี้ยง หมายถึง คนที่หมอบริการช่วยเหลือ

⁷ ปาก หรือ ภาค เป็นคำเรียกยาตำรับหนึ่งหรือสูตรหนึ่ง

เวลาในการศึกษาทดลองอยู่เป็นเวลานาน เพราะพอลัวว่าการกินยาปากเดียวเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับคนกิน ซึ่งเป็นสิ่งที่พ่อต้องระวังเป็นอย่างมาก เพราะมีคนคอยจับผิดอยู่ตลอดเวลา

“ละครบ้านเดียวกัน คนเขาไม่ค่อยอยากดู” พ่อสมพูดเปรียบเปรยให้ฟังถึงเรื่องราวในอดีตที่ชาวบ้านบางคนตั้งแง่และไม่ยอมรับบทบาทการเป็นหมอเมืองของตัวเอง นี่เป็นเหตุให้ต้องระแวงระวังเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดใด ๆ ขึ้นได้ เพราะหากพลาดแม้เพียงเล็กน้อย นั้นย่อมหมายถึงปัญหาต่างๆ มากมายที่อาจตามมา และคงเป็นการตอกหมุดปิดประตูชีวิตของตนเองไว้กับคำว่า “หมอเถื่อน” ซึ่งชาวบ้านบางคนพร้อมที่จะยึดเยียดให้ตามที่สาธารณสุขเคยตีตราไว้ก่อนหน้านี้

แต่มาถึง ณ วันนี้ พ่อสมคิดว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ยอมรับยาที่พ่อต้มให้กิน ได้จากเวลาไม่นาน บุญพระอยู่กำที่วัด งานศพ หรือมีงานที่โรงเรียน จะมีคนมาขอให้พ่อสมต้มยาไปให้ชาวบ้านที่ร่วมงานได้กินกัน ซึ่งพ่อสมก็เต็มใจทำให้โดยไม่คิดค่ายา เพราะตัวยาที่นำมาต้มสามารถเก็บได้ในหมู่บ้านหรือป่าที่อยู่ใกล้ ๆ นอกจากนี้ ชาวบ้านที่มากินยาต้มที่บ้านพ่อสมต่างบอกเป็นเสียงเดียวกันว่า ทำให้กินข้าวได้ มีแรง ไม่ปวดไม่เมื่อย

แม้ตัวยาที่พ่อสมนำมาต้มให้ชาวบ้านกินจะเป็นยาพื้นบ้านซึ่งส่วนใหญ่ไม่ใช่ตัวยาที่อยู่ในรายการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน และยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์เพื่อพิสูจน์สรรพคุณของยาทั้งสองสูตรนี้ก็ตาม แต่ผลในเชิงประจักษ์และการมีประสบการณ์ร่วมกันของชาวบ้านดูเหมือนจะเป็นใบรับรองที่สำคัญกว่าการรับรองจากหน่วยงานราชการเสียอีก

ประสบการณ์ร่วมของคนกลุ่มหนึ่งที่ขับมอเตอร์ไซด์มาบ้างเดินมาบ้างเพื่อมาชุมนุมกันที่หน้าบ้านพ่อสมตอนเช้าตรู่ บางคนมีฟันติดไม้ติดมือมาด้วยเพื่อเป็นเชื้อเพลิงสำหรับการต้มยา แต่ละคนไปหยิบเก้าอี้พลาสติกสีแดงหม่นซึ่งเป็นของหน้าหมู่บ้านที่ได้มาตั้งแต่หลังจัดงานเปิดหมู่บ้านยาไทย แล้วก็หาที่นั่งเหมาะ ๆ ล้อมวงหม้อมต้มยาไปเก่าที่แม้จะดูคร่ำคร่าเพราะกันหม้อมีแต่คราบเขม่าสีดำ แต่มันก็ทำหน้าที่ส่งผ่านความร้อนจากฟืนไม้ไปยังน้ำในหม้อมเพื่อสกัดเอาตัวยาจากรากไม้ใบหญ้าออกมาได้ไม่แพ้หม้อใบอื่น ๆ คว้นไฟจากฟืนไม้ที่ลอยคลุ้งไปกับไอน้ำจากหม้อมต้มยา เป็นสัญลักษณ์แห่งการเริ่มต้นวันใหม่ของทุกคนที่นั่งล้อมวงอยู่ เพราะมันบอกพวกเขาว่า น้ำยากำลังเดือดได้ที่แล้ว และมันกำลังรอให้ใครบางคนเอกระบวยมาตักใส่ถ้วยเพื่อละเมียดจิบบนอย่างชื่นอกชื่นใจ ยิ่งอากาศยามเช้าที่หนาวเหน็บด้วยแล้ว ไอร้อนของมันแผ่ซ่านไปทั่วอกและลึกลงไปถึงท้องไส้ได้สินัก

เสียงพูดคุยคำเมืองและเสียงหัวเราะของคนที่นั่งล้อมวง บอกให้ผู้เขียนรู้ว่า ประสบการณ์ร่วมนี้ต่างจากการกินยาชมเถวย่านเยวราช หรือการนั่งกินกาแฟยามเช้าในโรงแรมหรู หากแต่มันเฉียดๆ กับบรรยากาศการนั่งกินโกปีไสนมชั้นหวานกับจก้วยตัวเชื่องในร้านกาแฟยามเช้าที่บ้านเกิดของผู้เขียน เพราะวงสนทนายามเช้ากับคนที่พูดคุยกันถูกคอบ โดยมีน้ำต้มสมุนไพรร้อน ๆ รสสุขุมรอให้จิบบได้ตามต้องการ ต่างจากวงสภากาแฟตรงที่ทุกคนที่มานั่งกินน้ำยาสมุนไพรกันโดยไม่มีคนซื้อคนขาย

เพราะมีคนใจบุญคนหนึ่งอาสาที่จะทำให้ลานหน้าบ้านของตนเป็นประโยชน์กับเพื่อนบ้านและชุมชน ด้วยความรู้ที่สืบทอดมาจากพ่อและปู่ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้าน

แม้สรรพคุณของน้ำยาสมุนไพรของพ่อสมจะเป็นที่เลื่องลือไปทั่วหมู่บ้านจนครูผู้ชายที่โรงเรียนยังอดไม่ได้ที่จะพูดเชียวอย่างออกนอกหน้าว่า “ยาของพ่อหมอกินแล้ว คนกินแข็งแรง แต่คนที่บ้านเดือดร้อน” แต่นั่นก็เป็นเพียงด้านหนึ่งของการทำหน้าที่ของยาตำขานานี้เท่านั้น เพราะมันยังมีหน้าที่ทางสังคมที่ช่วยทำให้ผู้คนเกิดความสัมพันธ์กัน สื่อสารพูดคุยกันยามเช้า โดยมี “น้ำยา” ซึ่งเป็นวัตถุดิบของอย่างหนึ่งที่เชื่อมร้อยให้ผู้คนมานั่งล้อมวงอยู่ด้วยกันได้ จนเป็นวาระประจำทุกวันต่อเนื่องกันมา 7 ปีแล้ว หน้าที่เช่นนี้ย่อมไม่ใช่สิ่งที่จะสร้างขึ้นได้ง่าย ๆ นี้อย่อมเป็นตัวอย่างของการทำให้เห็นว่าภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มีอยู่สามารถเข้ามาทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมเจาะกับวิถีชีวิตของชาวบ้านที่ต้องใช้แรงงานหนักได้อย่างไร ท่ามกลางการโหมโฆษณายาแก้ปวด และยาบำรุงกำลังที่พบได้ทั่วไปตามสื่อวิทยุและโทรทัศน์ ซึ่งกระจายไปทั่วทุกหมู่บ้านและหัวไร่ปลายนา

พ่อหมอสัมกับบทบาทการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต

แม้ตะวันจะสายถึงเก้าโมงเศษแล้ว แต่เช้าวันนั้นอากาศยังคงเย็นสบาย เพราะฝนที่ตกมาอย่างหนักเมื่อค่ำคืนที่ผ่านมา ทำให้ผืนดินชุ่มฉ่ำไปด้วยน้ำฝน ต้นไม้ใบหญ้าสองข้างทางแลดูสดชื่นกว่าวันแรกที่เข้ามาถึงอย่างเห็นได้ชัด ผู้เขียนนั่งซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์ของพ่อสมฝ่าละอองฝนเล็ก ๆ ที่โปรยปรายมาเป็นระยะ ๆ เดินทางออกจากบ้านแม่ผาแหนเข้าไปยังหมู่ 5 ตำบลอนกลางอำเภอแม่อน ซึ่งแม้จะเป็นคนละอำเภอกับบ้านพ่อสม แต่ก็ใช้เวลาในการขับมอเตอร์ไซด์ไม่ถึงยี่สิบนาที เพราะเป็นเขตพื้นที่ติดต่อกัน

พ่อสมพาผู้เขียนไปที่บ้านหลังหนึ่งซึ่งมีชายวัยกลางคนกำลังดาบหญาอยู่หน้าบ้าน เมื่อเห็นครั้งแรกผู้เขียนแทบจะดูไม่ออกว่า เมื่อปีที่แล้ว ชายคนนี้ (ซึ่งทราบในเวลาต่อมาว่าชื่อมนัส) จะเคยเป็นผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เพราะภาพที่เห็นในขณะที่กำลังเดินมาต้อนรับผู้เขียนกับพ่อสมนั้น เป็นผู้ชายวัยกลางคนที่สามารถเดินเหินได้ตามปกติ

พ่อมนัสเล่าให้ฟังว่า หลังจากล้มป่วยลงก็ถูกพาส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่อน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ ทำให้เป็นอัมพาตซีกขวา ปากเบี้ยว และพูดไม่ได้ ต่อมาไปรักษาที่โรงพยาบาลในตัวเมืองเชียงใหม่อยู่ 6 วัน ก็กลับมาพักฟื้นที่บ้าน โดยที่ร่างกายซีกขวายังไม่ฟื้นตัว มีคนมาบอกว่า หมอสมที่ออนได้สามารถรักษาอัมพาตได้จึงให้คนไปตามหมอมารักษาที่บ้าน ซึ่งหมอก็ก็นำมาในวันนั้นเลย

พ่อสมมานวดและประคบสมุนไพรให้ถึงที่บ้านทุกวัน และให้พ่อมนัสกินยาต้มต่อเนื่องกันปรากฏว่าหลังจากนั้น 6-7 วัน นิ้วมือเริ่มกระดิกได้ พ่อมนัสเล่าให้ฟังถึงประสิทธิภาพของยาต้มว่า “รู้สึกถูกชะตากับยาต้ม เพราะพอกินเข้าไปแล้ว จะปัสสาวะบ่อย ทำให้เบาไปทั้งตัว” เมื่อผ่านไป 10

กว่าวันอาการก็ดีขึ้นมาก จึงไปวัดที่บ้านพ่อสมแทนที่จะให้หมอมานวดที่บ้าน ขณะนี้แขนขวายังมีอาการอ่อนแรงอยู่บ้าง⁸ แต่ก็สามารถทำงานที่ไม่หนักเกินไปได้ ทุกวันนี้ พ่อมนัสยังคงไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่อนเป็นประจำเพื่อตรวจวัดและควบคุมความดันโลหิตรวมทั้งกินยาละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันการอุดตันของลิ่มเลือดในสมองซึ่งอาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

เสร็จจากบ้านพ่อมนัส เราเดินทางย้อนกลับมาที่บ้านอีกหลังหนึ่งซึ่งอยู่ในหมู่บ้านที่ติด ๆ กันกับบ้านพ่อมนัส เรื่องราวของสามีที่ป่วยด้วยโรคอัมพาตพรั่งพรูออกมาจากคำบอกเล่าของภรรยา คู่ทุกข์คู่ยาก โดยเฉพาะการตะลอนไปรักษาตามโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่ยังไม่ช่วยให้สามีของเธอฟื้นฟูสภาพร่างกายจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเป็นคนที่ทำอะไรไม่ได้ทำให้เธอเกือบจะสูญเสียสามีไป แต่ทุกอย่างก็ดีขึ้นตามลำดับ เมื่อมีคนแนะนำให้เธอไปตามหมอสอนใจได้มารักษาสามี พ่อสมก็มารักษาให้ที่บ้านเช่นเดียวกับที่ทำให้กับพ่อมนัส ปัจจุบันสามีของเธอสามารถเดินได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วย และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี แม้จะยังเห็นร่องรอยของโรคหลงเหลืออยู่บ้าง แต่ทุกคนในบ้านก็มีความสุขที่เรื่องราวในครอบครัวผ่านพ้นไปได้ด้วยดี เธอจบเรื่องเล่าของเธอด้วยคำสั้น ๆ ว่า “บุญแท้ ๆ”

ความสุขของหมอเมืองจากการเฝ้าคน

ผู้เขียนไม่แปลกใจกับประสิทธิภาพของยาพื้นบ้านและการนวดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตมากนัก เพราะประสบการณ์ที่เคยทำงานโครงการฟื้นฟูการนวดไทยมาร่วม 20 ปี ได้พบเห็นกรณีผู้ป่วยอัมพาตที่มีอาการดีขึ้นจากการฟื้นฟูด้วยวิธีการแบบนี้มาแล้วจำนวนมาก ทั้งญาติของผู้เขียนเอง ญาติของเพื่อนฝูงและคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติ แต่สิ่งที่ผู้เขียนประทับใจก็คือ การได้เห็นสิ่งที่เปี่ยมความหวังซึ่งเกิดขึ้นในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง จากการที่หมอพื้นบ้านคนหนึ่งทำหน้าที่เฝ้าคนที่เจ็บไข้ได้ป่วยด้วยการเดินทางไปหาเขาถึงที่บ้าน ให้กำลังใจ ให้การเยียวยารักษาโดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ เลย

นี่น่าจะเป็นงานอาสาสมัครที่แท้ งานอาสาสมัครที่ไม่จำเป็นต้องมีการแต่งตั้งให้เป็นนั่นเป็นนี่ หรือกะเกณฑ์ให้ต้องทำนั่นทำนี่ตามที่มอบหมาย เพราะคนทำมีอุดมคติของความปรารถนาที่จะช่วยเหลือคนอื่นเป็นฐานรองรับที่มั่นคงอยู่ในจิตใจ

ผู้เขียนเฝ้าสังเกตและคอยซักถามอยู่หลายครั้งว่า พ่อสมได้อะไรตอบแทนจากการช่วยเหลือชาวบ้านโดยไม่เรียกร้องเงินทอง คำตอบที่ได้เห็น เพราะไม่เคยได้ยินจากปากของพ่อสมตรง ๆ ก็คือ พ่อสมได้ความสุขจากการช่วยเหลือผู้คนที่มีความทุกข์เป็นสิ่งที่ตอบแทน ความสุขที่ว่านี้ยังทิ้งร่องรอยไว้ให้เห็นอยู่ที่ถาดบนหิ้งบูชาครูซึ่งมีกรวยดอกไม้ธูปเทียนตั้งใหม่และแก้วางสุ่มอยู่ เพราะนั่นเป็น

⁸ พ่อมนัสบอกว่าแขนขวายังไม่มีแรงเหมือนเดิม หากไปทำงานบังคับเครื่องไถนาจะบังคับให้เลี้ยวขวาไม่ได้ แต่เมื่อผู้เขียนลองจัดข้อกับพ่อมนัส ปรากฏว่าพ่อมนัสสามารถออกแรงต้านไม่ให้ข้อขอลงได้

เครื่องหมายของการตอบแทนที่ผู้ป่วยซึ่งหายดีแล้วจะพึงกระทำให้กับหมอตามธรรมเนียมของคนทางเหนือ การตอบแทนด้วยเงินทองข้าวของหลังหายจากโรคแล้วและการมารดน้ำดำหัวในเทศกาลปีใหม่ของคนเมืองรวมทั้งการที่คนในหมู่บ้านและลูกเลี้ยงยินดีที่จะมาช่วยเหลือพ่อสมโดยไม่จำเป็นต้องเอ่ยปากร้องขอ เหล่านี้คงมีส่วนหล่อเลี้ยงชีวิตให้พ่อสมสามารถยืนหยัดเฝ้าคนมาได้เป็นเวลานาน

บทส่งท้าย

กรณีของพ่อหมอสม ทิพย์ยอม ไม่ใช่กรณีเดียวที่เป็นตัวอย่างของหมอเมืองที่มีจิตอาสาปรารถนาจะ “เฝ้าคน” เพราะมีหมอเมืองและหมอพื้นบ้านในภาคอื่น ๆ อีกหลายคนที่มีจิตใจตรงกันและกำลังทำงานในลักษณะเดียวกันนี้ คนกลุ่มนี้กำลังพิสูจน์ให้คนในชุมชนและสังคมเห็นว่า แม้โลกาภิวัตน์จะรุนแรงเรียวกรากจนทำให้หมอแผนไทยและหมอพื้นบ้านบางส่วนไม่สามารถยึดถือกับคติ “ยาขอหมอวาน” ได้อีกต่อไป แต่การจะดำรงตนเป็นหมอพื้นบ้านโดยขาดจิตวิญญาณของการเฝ้าคนก็เป็นสิ่งที่ไม่อาจยอมรับได้เช่นเดียวกัน การรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้านเพื่อธำรงรักษาอุดมคตินี้ไว้จึงกลายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสถานการณ์ปัจจุบัน เช่นเดียวกับการที่ชุมชนและองค์กรสนับสนุนจากภายนอกต้องตระหนักอยู่เสมอว่า การอุ้มชูหมอพื้นบ้านที่ช่วยเหลือผู้คนโดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนเป็นหนทางหนึ่งของการจรรโลงศีลธรรมของชุมชนและสังคมซึ่งเป็นปรากฏการณ์สุดท้ายที่จะยึดเหนี่ยวให้สังคมและชุมชนไม่แตกสลายไปจากการขัดกระหน้าของโลกาภิวัตน์

งานสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทของ อสม. ในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงต้องไปพันกรอบของหน้าที่และระเบียบข้อกำหนดที่ทางราชการขีดเส้นไว้ โดยต้องกลับไปหาหัวใจของการพึ่งตนเองของชุมชน และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนเป็นแนวทางสำคัญ หากไม่ติดอยู่ในกรอบที่ทางราชการกำหนดให้จนเกินไปนัก เราย่อมมีคนอื่นอย่างพ่อสมอยู่ในหลายชุมชนได้โดยไม่ยากนัก และหากเราสนับสนุนให้คนเหล่านี้สามารถแสดงบทบาทในชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยสวมหัวโชนเป็น อสม. อยู่หรือไม่เป็นเพียงรูปแบบอย่างหนึ่งที่ไม่ใช่สาระสำคัญของการทำงานทั้งหมด และไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องเอาคนเหล่านั้นเข้ามาไว้ในอาณัติของทางราชการ เพียงเพื่อให้ได้สวัสดิการหรือสิ่งจูงใจอื่น ๆ ที่ทางราชการหยิบยื่นให้ เพราะการอยู่ภายใต้การโอบอุ้มของชุมชนที่เข้มแข็ง ย่อมเพียงพอที่จะทำให้คนเหล่านี้มีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีตามอุดมคติของการเป็นหมอพื้นบ้านที่พวกเขาใฝ่ฝัน

บรรณานุกรม

- จิรวรรณ หัสโรจน์ และคนอื่น ๆ. (2548). การพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- จุฑาภา อีตะ. (2548). การส่งเสริมการนวดแผนไทยในหมู่บ้านทางภาคเหนือของไทย: และอำนาจของวาทกรรม “ภูมิปัญญาไทย”. ใน ภูมิปัญญาสุขภาพ: ปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ชัยันต์ วรรณะภูติ และมาลี สิทธิเกรียงไกร. (2542). กลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ: การเรียนรู้ และการสร้างตัวตนในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม. (เอกสารอัดสำเนา).
- บัณฑูร อ่อนดำ. (2545). บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประสิทธิ์ ลิระพันธ์และคนอื่น ๆ. (2544). การประเมินสองทศวรรษของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กรณีศึกษาที่ 2

จาก อสม. สุ่มประชาชนชาวบ้าน :
กรณี นายณรงค์ แฉล้มวงศ์

โดย ชัยณรงค์ สังข์จำง

หัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนไปสู่สังคมสุขภาพะ มักจะวางอยู่บนรากฐานความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยที่ “ผู้นำชุมชน” จะเป็นเหมือนองค์ประกอบสำคัญลำดับแรก ๆ ที่มักถูกกล่าวถึงหรือหยิบยกขึ้นมาใช้ในกระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพะ

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นยุทธศาสตร์เพื่อเสริมระบบสุขภาพของรัฐให้สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนในชนบท ยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ “สร้าง” อาสาสมัครสาธารณสุข จากผู้นำธรรมชาติในท้องถิ่น ให้มีความชอบธรรมในการนำบริการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ และ “ความรู้ด้านการสาธารณสุข” จากระบบการแพทย์แบบชีวภาพไปสู่ประชาชนผู้ยากไร้และขาดแคลน โดยอาศัยพื้นฐานทางสังคมที่มีความเอื้ออาทร และการเคารพนับถือของคนในชุมชนมาอย่างต่อเนื่องกว่า 30 ปี จนถึงปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุข หรือที่ชาวบ้านเรียกติดปากว่า อสม. ยังมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของไทยอย่างเข้มแข็ง

สภาพการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ทั้งจากภายนอกและ การตอบสนองทางวัฒนธรรมของสังคมไทยเอง ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพภาคประชาชน การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 1-2 ทศวรรษ ได้ส่งผลให้สุขภาพเคลื่อนไปสู่สังคมที่กว้างขวางและหลากหลาย การแพทย์พื้นบ้าน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ระบบการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น รวมทั้งการพิจารณาสุขภาพในแง่ของสิทธิของประชาชนที่ต้องสะท้อนความรับผิดชอบตนเองมากขึ้นในด้านสุขภาพอนามัย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ก่อกระแสอย่างต่อเนื่องภายใต้วาทกรรม “การปฏิรูประบบสุขภาพ” (Health System Reform)¹

บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ได้สร้างพัฒนาการใหม่และขบเน้นบทบาทของ อสม. ให้มีความหลากหลายและขยายขอบเขตพื้นที่ทางสังคมอย่างน่าสนใจ กำหนดทิศทางการเคลื่อนไหวในบทบาทและศักยภาพของ อสม. ให้สอดคล้องเป็นเนื้อเดียวของระบบสุขภาพภาคประชาชนที่กำลังเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน

เรื่องเล่าบนเส้นทางเดินชีวิต

ณรงค์ แฉล้มวงศ์ หรือที่คนทำงานเครือข่ายรู้จักกัน ชื่อ “ลุงดำ” เติบโตขึ้นไปอยู่ในฐานะผู้นำทางธรรมชาติ ระดับชุมชน จากการเป็น อสม. ก้าวเข้าสู่ประธานชมรมเกษตรธรรมชาติ จังหวัดพิจิตร จนได้รับการยอมรับว่าเป็นปราชญ์ชาวบ้านพิจิตร ด้านเกษตรผสมผสาน

* นักวิชาการสาธารณสุข 6 สถานีอนามัยตำบลวังตะกู อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

¹ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548) การขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย . นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

“ผมเป็นคนพื้นเพ จังหวัดอ่างทอง พ่อแม่ ทำนา และทำฟาร์มไก่ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัด อ่างทองขณะนั้น เรียกได้ว่ามีฐานะปานกลาง”

ช่วงชีวิตในวัยเด็กของลุงณรงค์ ได้รับการปลูกฝังถ่ายทอดวิชาชีพระด้านเกษตรกรรม และ โดยเฉพาะวิชาการเลี้ยงไก่จนเข้าขั้นชำนาญการ พร้อมๆ กับการเรียนรู้การเป็นหมอพื้นบ้าน ทั้งด้าน สมุนไพร การพ่น การเป่า จากปู่ ในขณะที่สุขภาพของตนเองก็ไม่สู้จะแข็งแรง จนกระทั่งอายุ 17 ปี สามารถที่จะใช้ความเป็นหมอพื้นบ้านช่วยเหลือคนในละแวกบ้านได้พร้อม ๆ กับการมีอาชีพทำฟาร์ม

แต่ชีวิตการทำฟาร์มไก่ก็ไม่ได้รุ่งเรืองมากพอที่จะทำให้มีฐานะมั่นคง แต่กลับได้รับผลกระทบ จากมรสุมเศรษฐกิจจนกระทั่งฟาร์มไก่ต้องเลิกกิจการ ทั้งไว้เพียงหนี้สินและโรงเรียนเปล่าให้กับลุงณรงค์ ซึ่งต้องหันมาประกอบอาชีพรับจ้าง “ช่วงนั้นราคาไก่แย่มาก พ่อต้องขายนาและฟาร์มไก่ หนี้สินรุงรัง บัญชีธนาคารนี้ติดตัวแดงเลย เลยตัดสินใจเลิกเลี้ยงไก่ ไปทำอย่างอื่น” ลุงณรงค์แต่งงานกับป้าสมจิตร คนตำบลวังตะกั่ว จังหวัดพิจิตร มีลูกชายหญิง รวม 3 คน และต่อมาถูกเกณฑ์ไปเป็นทหาร อยู่ในฝ่าย เสนารักษ์ ซึ่งได้ช่วยให้ ลุงณรงค์ ส่งสมประสงค์การเป็นแพทย์ในแวดวงทางการแพทย์อีกแขนงหนึ่ง

ภายหลังกลับจากการเป็นทหาร ลุงณรงค์จึงได้ผันชีวิตเข้าสู่การเป็นลูกจ้างรับจ้างทำทุกอย่าง ตั้งแต่ส่งเหล้าโรง ค้าถ่าน ปลูกกล้วยไม้ เดินทางรอนแรมไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย จะกลับมาบ้าน ที่จังหวัดพิจิตร จนกระทั่งลูก ๆ เริ่มโต จึงต้องหันกลับมาทบทวนคิดถึงอนาคตของครอบครัวและลูกว่า จะเป็นอย่างไรต่อไป

“ผมตัดสินใจเลิกอาชีพรับจ้างเร่ร่อน หันกลับมาอยู่บ้านที่วังตะกั่ว ดูแลครอบครัว พ่อตายใครให้ 40 ไร่ เลยมาทำนา จนส่งเสียจนลูกโตแล้ว หันกลับมาดูพบว่าตัวเองยังมีหนี้สินพอกพูน สุขภาพ ร่างกายก็ทรุดโทรมลง จึงเริ่มสนใจการทำอาชีพไร่นาสวนผสม ซึ่งทางรองผู้ว่าราชการจังหวัด (นายจ เด็จ อินสว่าง) ได้ริเริ่มโครงการและเข้ามาส่งเสริม โดยที่ผม กศ.เพิ่มมาอีกสองแสนกว่าบาท มา ปรับปรุงทำเป็นไร่นาสวนผสม ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเกษตรจังหวัด จนสร้างไร่นาสวนผสม จน เป็นรูปเป็นร่าง แต่ก็ยังใช้สารเคมี”

ในปี พ.ศ.2537 - 2538 ไร่นาสวนผสมของลุงณรงค์ ประสบผลสำเร็จ จนได้รับการคัดเลือกจาก กศ. ให้เป็นผู้นำดีเด่น 2 ปีซ้อน ได้มีโอกาสไปดูงานโครงการพระราชดำริที่เพชรบุรี และด้วยเป็นคน ชอบช่วยเหลือผู้อื่น มีอัธยาศัยดี จึงคุ้นเคยกับอาจารย์ดีพร้อม ไชยวงศ์เกียรติ จาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จากการดูงานจึงได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ทางด้านการเกษตรอย่าง หลากหลาย ทั้งการปลูกพืช การขยายพันธุ์ การดูแลรักษาต้นไม้ ประกอบกับเป็นบุคคลที่สนใจใคร่รู้และ ชอบฝึกฝนทดลอง จนเกิดความชำนาญด้านการทำปุ๋ยชีวภาพและการทำเกษตรผสมผสาน รวมทั้งการ มีพื้นฐานด้านสมุนไพรที่มีอยู่เดิม ริเริ่มทำใช้จนเป็นที่รู้จักแพร่หลายและยอมรับของคนในชุมชนวังตะกั่ว

ผลผลิตจึงถูกจำหน่ายอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะพุทราจากสวนเป็นที่ชื่นชอบของตลาดในท้องถิ่นเนื่องจากมีรสชาติดี

การได้รับการยอมรับจากชุมชนอย่างดี ประกอบกับโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เริ่มได้รับการฟื้นฟูเพื่อที่จะผลักดันนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าให้บรรลุผลก่อนปี พ.ศ.2543 ลุงณรงค์ จึงได้รับการเชิญชวนจาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้เข้ามาเป็น อสม. ในปี พ.ศ.2539

“ตอนนั้น หัวหน้าสถานีอนามัยก็มาชักชวนให้เป็น อสม. ด้วยที่เราก็มียี่สิบฐานทางด้านการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว เป็นหมอพื้นบ้านอยู่ และเป็นผู้นำอาชีพของชุมชน จึงเข้าร่วมเป็น อสม. ก็เข้าประชุมอบรม และรณรงค์ด้านสุขภาพพร้อมกับสถานีอนามัยมาโดยตลอด ทั้งการรณรงค์ใช้เลือดออก การรณรงค์อุบัติเหตุ การสำรวจข้อมูล ก็ทำร่วมกันมา”

จากสุขภาพสู่เกษตรธรรมชาติ

สายสัมพันธ์ที่สนิทสนมคุ้นเคยระหว่าง อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบกับการที่เป็นคนที่สนใจด้านสุขภาพและเป็นผู้นำอาชีพของชุมชน จึงมีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าคิด กล้าแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อคนทั่วไป จึงได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมเป็นกลุ่ม อสม. ผู้สนใจด้านเกษตรผสมผสาน ตามโครงการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจิตร เพื่อสร้างตัวแบบ (Model) การพัฒนาชุมชนหมู่บ้านอย่างยั่งยืน โดยได้รับอิทธิพลแนวความคิดจากเครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านภาคอีสาน ซึ่งมีคุณสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ เป็นผู้จัดการโครงการ แม้โครงการดังกล่าวฯ ได้สิ้นสุดลงไปแล้ว แต่ยังส่งผลต่อเนื่องคลี่คลายตัวไปสู่การพัฒนาจัดตั้งเป็นชมรมเกษตรธรรมชาติ และมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร ซึ่งเป็นภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกร โดยที่ลุงณรงค์ได้เข้าร่วมอยู่ในเครือข่ายชมรมเกษตรธรรมชาติและอาหารปลอดภัยสารพิษต่อเนื่องมา

ปี พ.ศ. 2544 มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร ได้เข้าร่วมในการประชุมปราชญ์ชาวบ้านและพหุภาคีภาคอีสาน ที่สวนป่าครูบาสุทธินันท์ ปรัชญพฤทธิ การประชุมในครั้งนั้นได้สร้างแรงบันดาลใจ และพบหนทางที่ชมรมเกษตรธรรมชาติค้นหา และได้เริ่มจัดตั้งเป็นเครือข่ายการประชุมสัญจรเครือข่ายชมรมเกษตรธรรมชาติขึ้น เพื่อสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่าย

ปี พ.ศ.2545 มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร ได้รับทุนสนับสนุนจาก AusAID ช่วยชุมชนผลักดันโครงการเผยแพร่และขับเคลื่อนภาคประชาชนด้านเกษตรปลอดภัยสารพิษ สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายระดับอำเภอ โดยได้รับงบประมาณจัดการสัมมนาเครือข่ายตำบลที่สนใจด้านเกษตรปลอดภัยสารพิษ ซึ่งสัญจรไปยังพื้นที่ตำบลในเขตอำเภอบางมูลนาก โดยอาศัยการเล่าผ่านเรื่องอัตชีวประวัติของลุงดำ บอกเล่าถึงความยากลำบากบนเส้นทางชีวิตและการต่อสู้ จนกระทั่งหันเหมาทำอาชีพแบบเกษตรธรรมชาติ

มีชีวิตอยู่อย่างพอเพียง พร้อมทั้งสาธิตการทำปุ๋ยชีวภาพแบบน้ำหมักและปุ๋ยมูลสัตว์ ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจแก่ผู้เข้ามาขอเรียนรู้เป็นแบบอย่าง รวมไปถึงการขยายความร่วมมือเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชนและสิ่งแวดล้อม โดยได้ประสานความร่วมมือจากสถาบัน และองค์กรจากภายนอกชุมชน

ครั้งหนึ่งลุงณรงค์เข้าไปร่วมประชุม ที่กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัดพิจิตร และได้พบกับคุณบำรุง สุวรรณชาติ เกษตรกรดีเด่นแห่งชาติ จังหวัดพิจิตร และคุณสุวรรณ คำแสง เครือข่าย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนจังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นองค์กรภาคประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิจิตร ได้พูดคุยและรู้แนวทางการส่งเสริมของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน(พอช.) กลับมาที่จังหวัดพิจิตร เครือข่ายภาคประชาชน พอช. ได้ดำเนินการในพื้นที่เขตชุมชนเมืองก่อน ทั้งยังมีแนวคิดที่จะขยายขอบเขตไปสู่ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนชนบท จึงได้รับการแต่งตั้งเป็น **ผู้ประสานงาน พอช.** ของอำเภอบางมูลนาก ซึ่งเป็นกลไกการประสานงานผ่านระบบเครือข่ายจังหวัดพิจิตร จนกระทั่งขึ้นไปสู่การเป็นผู้ประสานงานจังหวัดพิจิตร ในเครือข่ายระดับภาค

“ปี 45 นี้ ถือเป็นปีที่มีกิจกรรมการพัฒนาค่อนข้างเยอะเพราะเราเริ่มรู้จักคนมากขึ้น โดยผ่านทางมูลนิธิ เริ่มมาทำโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในเขตเทศบาล เรื่องธนาคารขยะในชุมชน และในโรงเรียน และพอเริ่มรู้จักกับ พอช. ก็ได้รับการประสานงานมาทำเรื่องบ้านมั่นคง แต่ก็หาแกนนำได้ยาก จึงล้มเลิกไป มาทำอีกครั้งก็เรื่องการทำเครือข่ายสินค้าของ พอช. โดยการเชื่อมโยงเครือข่ายออมทรัพย์ 12 หมู่บ้านเข้ามาเป็นเครือข่ายเดียวกัน เริ่มสร้างระบบการออมวันละบาทให้กับชุมชนร่วมกับเครือข่ายระดับภาค”

เพื่อพยายามผลักดันงานพัฒนาในชุมชนของตนเอง ลุงณรงค์ได้ริเริ่มเครือข่ายออมทรัพย์ตำบลวังตะกั่ว และจัดทำระบบ “เครือข่ายการออมทรัพย์วันละบาท” ให้กับสมาชิก รวมทั้งยังผลักดันโครงการการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในชุมชนเทศบาลและโรงเรียน ร่วมกับสถานีอนามัยและเทศบาล โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสถานทูตเดนมาร์ก เพื่อรณรงค์การจัดการขยะโดยชุมชน จึงได้รับการเชิญให้เข้าร่วมกระบวนการของ พอช. โดยการนำผลงานการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จไปนำเสนอ จนเป็นที่ประจักษ์ในผลงาน โดยเฉพาะด้านเกษตรกรรม เป็นที่ไว้วางใจเป็นตัวแทนในคณะกรรมการต่าง ๆ ของระดับชุมชน ระดับจังหวัด และระดับภาค ได้แก่ เป็นประธานชุมชนเทศบาลตำบลวังตะกั่ว (ตำแหน่งเทียบเท่าผู้ใหญ่บ้าน) กรรมการและเหรัญญิกกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง ประธานเครือข่ายออมทรัพย์ตำบลวังตะกั่ว กรรมการชมรมเกษตรธรรมชาติ กรรมการศูนย์ประสานงานองค์กรชุมชนระดับตำบล (ศอชต.) โดยคัดสรรกลุ่มอาชีพที่มั่นคงเข้ามาเป็นเครือข่ายระดับตำบล ร่วมกับผู้นำชุมชนท้องถิ่น โดยได้รับมอบหมายให้เป็นพี่พี่รักษาของ ศอชต.ตำบลวังตะกั่ว ทำหน้าที่สนับสนุนชี้แนะให้กลุ่มต่างๆ ในเครือข่าย เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน สร้างเสริมศักยภาพเพื่อความเข้มแข็ง รวมไปถึงงานที่ปรึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“ในส่วนของหมู่บ้าน หมู่ 3 บ้านวังตะกั่วเองพ่อก็เป็นกรรมการกองทุนหมู่บ้าน ประธาน SML อสม. เภรณญิกกลุ่มออมทรัพย์ เภรณญิกกลุ่มปุ๋ยชีวภาพ เป็นที่ปรึกษาแผนพัฒนาเทศบาลตำบลวังตะกั่ว”

“อย่างแผนพัฒนาชุมชนเทศบาลที่ทำอยู่ ก็ร่วมกันวางแผนไว้ตั้งแต่เป็นประธานชุมชนเทศบาลตำบลวังตะกั่ว สมัยแรก (2544-2547) การทำถนนริมคลองเพื่อทำเป็นสถานที่วิ่งออกกำลังกาย การทำสวนสาธารณะ การปรับปรุงตลาดคลองนุชบงค์ เทศบาลก็หยิบเอาไปทำต่อเรื่อยมา เหลือเพียงไฟส่องสว่างตามรายทางยังไม่ได้ดำเนินการ ตำแหน่งประธานชุมชนไม่ค่อยชอบเพราะต้องไปดูเรื่องก่อสร้าง เรื่องอะไรซึ่งไม่ค่อยสนุก ก็เลยลาออก แล้วเทศบาลก็แต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาแผนพัฒนาและนโยบาย”

การเข้ามาเกี่ยวข้องกับ พอช. และระบบการออมทรัพย์ของชุมชนจึงเป็นการเชื่อมโยงเอาองค์การภาครัฐเข้ามาร่วมด้วย คือ พัฒนาชุมชนและธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) เพื่อสนับสนุนระบบการเงินของชุมชน เป็นการขยายเครือข่ายที่สร้างขึ้นเป็นทุนทางสังคม ทำให้เครือข่ายออมทรัพย์เป็นต้นแบบซึ่งพัฒนาชุมชน นำไปขยายแนวคิดให้กับกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง

สู่วิสาหกิจชุมชน

ด้วยฐานความรู้ด้านการเกษตรผสมผสาน โดยทำการทดลองคิดค้นสูตรปุ๋ยชีวภาพ จนเกิดความเชี่ยวชาญด้านการทำปุ๋ยชีวภาพหลากหลายสูตรของลุงณรงค์ ลุงณรงค์จึงได้ร่วมกับลุงบุญสืบ กลิ่นชาติ บ้านหมู่ 3 ตำบลวังตะกั่ว ก่อตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชนเป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของชาววังตะกั่วจนมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักของชุมชนใกล้เคียงและภายในจังหวัดพิจิตร ไปสู่การพัฒนาของกลุ่มองค์กรชุมชน ลุงณรงค์จึงถูกเสนอชื่อโดยพัฒนาชุมชนอำเภอเพื่อเป็นกรรมการวิสาหกิจชุมชน ระดับจังหวัด (Small and Medium Enterprises: SMEs) เพื่อทำหน้าที่ในการวางนโยบายในการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนของจังหวัดรวมถึงการเป็นคณะกรรมการร่างและประเมินผล โดยการเข้าไปร่วมวางแผนการพัฒนาให้ธุรกิจชุมชนขนาดเล็กและขนาดกลางให้ความรู้และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาและยกระดับให้มีความเข้มแข็งขึ้น

การทำงานเครือข่ายที่กว้างขวาง ลุงณรงค์ยังได้รับการเชิญชวนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสำคัญของชุมชนและกิจกรรมระดับจังหวัด เช่น เป็นกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เป็นคณะกรรมการวิสาหกิจชุมชนระดับจังหวัด

รวมถึงความเชี่ยวชาญด้านปุ๋ยชีวภาพของลุงณรงค์ จึงได้รับความไว้วางใจทั้งจากหน่วยงานราชการ พัฒนาชุมชน ธกส. มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร โดยได้รับความไว้วางใจให้เป็น “วิทยากรด้านการเกษตรชีวภาพ” ทำหน้าที่ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านเกษตรผสมผสานและเกษตรชีวภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหาความยากจนภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งยังได้รับการ

พัฒนาเป็นฐานการเรียนรู้ด้านเกษตรผสมผสานของเครือข่ายเกษตรธรรมชาติ จนมีความชำนาญ ลง
ณรงค์ แฉล้มวงศ์ ได้ร่วมกับเครือข่ายเกษตรธรรมชาติ ภายใต้โครงการ “วิทยากรการเปลี่ยนแปลง
เพื่อการพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง” (วปอ.ภาคประชาชน) พัฒนาหลักสูตรเพื่อทำการฝึกอบรม
ให้กับเกษตรกรในจังหวัดพิจิตร กว่า 10 รุ่น จนได้รับการขนานนามเป็น “ปราชญ์ชาวบ้านพิจิตร”
โดยที่ลุงณรงค์ได้รับความไว้วางใจคัดเลือกให้เป็นประธานชมรมเกษตรธรรมชาติ จังหวัดพิจิตร ตั้งแต่ ปี
พ.ศ.2547 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อสร้างชุมชนนักปฏิบัติการด้านเกษตรธรรมชาติ (Community of
Practice: CoPs)²

จากผลงานร่วมกับเครือข่าย ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพและสังคม
โดยการนำองค์ความรู้จากชุมชนสู่สังคมวงกว้าง โดยที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรสาธารณะ เช่น
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.)
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) รวมถึง องค์การสำคัญที่ผลักดันให้เครือข่ายชมรมเกษตรธรรมชาติ
จังหวัดพิจิตร เป็นโครงการนำร่องด้าน “การจัดการความรู้” คือ สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม
(สคส.) โดย ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช รวมถึงการเป็นวิทยากรบรรยาย ในโครงการเมธีวิจัยอาวุโสของ สกว.
โดยผ่านทางมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงองค์กรชุมชนท้องถิ่นในจังหวัดพิจิตร

ลุงณรงค์ได้ผ่านการสั่งสมประสบการณ์ในด้านการเกษตรผสมผสานมายาวนานจนมีความ
ชำนาญและเชื่อมั่นที่จะสามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ รวมทั้งได้ศึกษาหาความรู้ในดำเนินชีวิตอย่างรู้
เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม จนกระทั่งได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้นำอาชีพก้าวหน้า จาก
กระทรวงมหาดไทย จึงเป็นโอกาสในการเป็นแกนนำ จะไปชักชวนชาวบ้านในเวทีสัมมนาของสำนักงาน
พัฒนาชุมชน ให้ชาวบ้านหันมาทำอาชีพที่มั่นคง ช่วยลดหนี้สิน ไม่ทำลายสภาพแวดล้อมและสุขภาพ
ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน จนได้รับการยอมรับให้เป็นวิทยากรบรรยาย
ของพัฒนาชุมชนเขต 3 จังหวัดพิษณุโลก เพื่อช่วยพัฒนา

ศูนย์พัฒนาชุมชนภาค 3 จังหวัดพิษณุโลก (ศพช.) ได้คัดเลือกให้เป็นวิทยากรระดับภาค โดย
การลงมาประเมินสภาพวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ องค์ความรู้ แนวความคิด และประสบการณ์ รวมถึง
การมีแหล่งความรู้คือ พื้นที่ไร่นาสวนผสม เป็นฐานการเรียนรู้ เพื่อนำไปเผยแพร่ความรู้เรื่องเศรษฐกิจ
พอเพียง และการแก้ไขปัญหาความยากจน การลดต้นทุนการผลิต ลดรายจ่าย เพื่อจะนำองค์ความรู้ไป
ยังประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน สร้างอาชีพที่มั่นคง ครอบครัวยั่งยืน ชุมชนเข้มแข็ง เป็นหนึ่ง
ในฐานการเรียนรู้ และเป็นวิทยากรเขตภาคเหนือตอนล่าง 4 จังหวัด ที่ผ่านมามีได้ทำการจัดการฝึกอบรม
ให้กับศูนย์มาแล้ว 2 รุ่น รวมทั้งการบรรยายรวมหลายครั้ง

² แนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoPs) เครือข่ายชมรมเกษตรธรรมชาติจังหวัดพิจิตร
ได้รับการสนับสนุนการพัฒนา CoPs จาก สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม สืบค้นได้จาก WWW.KMI.OR.TH

ในฐานะปราชญ์ชาวบ้านพิจิตร ลุงณรงค์ แฉล้มวงศ์ ได้ทุ่มเทเสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อสังคม โดยไม่เห็นแก่ความสุขส่วนตัว ด้วยวัย 59 ปี สู่การเป็นนักพัฒนา ที่มาจากประชาชนคนธรรมดา ต้องผ่านชีวิตที่ยากลำบาก และการสังสมประสบการณ์ที่เข้มข้น ทำให้ลุงดำก้าวขึ้นมาอยู่ในฐานะ “ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้อุทิศตน”

ประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้จนเป็นที่รู้จัก จากการทำงานในด้านเกษตรธรรมชาติจนประสบความสำเร็จ พัฒนาตนเองจนมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้ ทำให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญ โดยพัฒนาชุมชนอำเภอต้องการสรรหาผู้นำอาชีพก้าวหน้าเพื่อส่งเข้าประกวดเป็นตัวแทนระดับอำเภอ ส่งประกวดระดับจังหวัด ซึ่งเป็นอาชีพไร่นาสวนผสม เน้นพออยู่พอกิน ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ทำให้สุขภาพของตนเองและผู้บริโภคไม่ถูกทำลายจากสารเคมี และสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ จึงได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้นำอาชีพก้าวหน้า ระดับจังหวัดจนได้เฝ้ารับเสด็จ และรับพระราชทานรางวัล จาก พล.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในปี 2546 แต่ตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับการยกย่องกลับไม่ใช่เป้าหมายสำคัญ

“ผมทำงานไม่ได้ต้องการหวังชื่อเสียง แต่ผมตั้งปณิธานไว้ว่าตั้งแต่อยู่ในวัย 40 ว่าหากอายุ 50 ปีเต็มเมื่อไหร่ ความรู้ ความชำนาญทุกอย่างที่มีอยู่ในตัว จะเอามาเผยแพร่ถ่ายทอดให้กับผู้อื่นและคนรุ่นหลังได้สืบสานต่อ โดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ”

“การเป็น อสม. ถือเป็นโอกาส ที่จะได้รับความรู้เพื่อพัฒนาตนเอง ครอบครัว และชุมชน หากเราเรียนรู้ได้ดี และสร้างฐานความรู้ที่มั่นคง ก็จะเป็นโอกาส หรือช่องทางที่เราจะได้เรียนรู้เข้าไปสู่เครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น และได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ ได้ตลอดเวลา รวมไปถึง การได้รับรางวัล ได้รับการเชิดชูเกียรติ เพื่อเป็นกำลังใจให้เรามีความเข้มแข็ง ให้ต่อสู้กับงานในหน้าที่ที่ได้รับ ความไว้วางใจ ไม่ทอดทิ้ง มุมานะที่พัฒนาความรู้ให้กับสังคมได้กว้างขวางขึ้นไปอีก แต่หากเราไม่เรียนรู้ ไม่ใฝ่รู้ ไม่หมั่นฝึกฝนตนเอง เราก็จะไม่ก้าวหน้าทั้งในเรื่องความรู้ ความสามารถ และขาดการยอมรับจากกลุ่ม การทำงานในหน้าที่ อสม. หรือบทบาทอื่น ๆ ก็ทำได้ไม่เต็มที่”

ฐานคิดบนวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง

“เราต้องพึ่งตัวเองก่อน คนอื่นถึงจะพึ่งพาเราได้”

การที่คนหนึ่งคนจะสามารถขัดเกลาตัวเองผ่านการปฏิบัติการทางสังคม (Social Action) เพื่อสร้างศักยภาพของตนปรับเปลี่ยนตัวเองไปสู่ตำแหน่งแห่งที่ในเครือข่ายทางสังคม (Social Network)³ ในสถานะที่ต่างกันได้นั้น สิ่งแรกที่ผู้นำธรรมชาติที่จะยืนหยัดอยู่บนวิถีทางการพัฒนาได้ย่อมต้องมีหลักยึดที่มั่นคง ลุงณรงค์ สะท้อนภาพของการเป็นบุคคลที่สามารถ พึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคง ทั้งใน

³ แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม. เสรี พงศ์พิศ. 2545. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การทำงานอาชีพครอบครัว การสนับสนุนกลุ่มองค์กรและเครือข่าย โดยอาศัยความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อมั่นในองค์ความรู้ของตนเองว่าสามารถแก้ไขปัญหาของคนอื่นได้

“เกษตรเชิงเดี่ยวทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่น หมดช่วงฤดูเก็บเกี่ยวก็ว่างงานเข้ากรุงเทพ เป็นแรงงานรับจ้างหาเช้า กินค่ำ...ผมยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวง ดูจากที่ในสวนจะมีปลากินตลอด แต่ชาวบ้านทั่วไปไม่มีปลากินก็จะมาซื้อจากเรา หากเรามีเหลือเราก็แบ่งปันให้ เศรษฐกิจพอเพียงของผมก็คือ ทำให้ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว บนดินมีผลไม้หลากหลาย คือ ทำให้มีพร้อมสำหรับตัวเอง เหลือก็แบ่งปันผู้อื่น มีกินมีใช้ตลอดชีวิต ช่วยเหลือตัวเองให้ได้ พึ่งตัวเองให้ได้”

ประการต่อมา การมองเรื่องราวสิ่งต่างๆ อย่างบูรณาการ และเข้าใจความเป็นองค์รวมของสรรพสิ่งในเชิงระบบ เป็นรากฐานสำคัญของการตั้งมั่นอยู่ในขอบข่ายความรู้ ความเข้าใจและสติปัญญาของลัทธิธรรมด้วยเช่นกัน โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ภายใต้เครือข่ายทางสังคมนั้น ๆ

“การพัฒนาชุมชน องค์กร หรือเครือข่าย ต้องเริ่มจากการพัฒนาคน พัฒนาชีวิตคน พัฒนาความเป็นกลุ่ม/องค์กร ขึ้นมา เพื่อทำการพัฒนาชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเองและสมาชิกในกลุ่มในเครือข่าย ซึ่งจะเห็นว่า ชีวิตและความเป็นอยู่ของเกษตรกร หรือชาวบ้านไม่ได้แยกแยะเป็นเรื่อง ๆ แต่เป็นองค์รวมอยู่ด้วยกัน ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ วิถีชีวิต เรื่องสุขภาพ การทำมาหากิน การศึกษา สิ่งแวดล้อม เรื่องคุณภาพชีวิต มันเกี่ยวพันและเชื่อมโยงอยู่ในแวดวงเดียวกัน”

การที่มีพื้นฐานความรู้และฐานการปฏิบัติที่มั่นคงทั้งเรื่องศาสนา การภาวนาเจริญสติ เรื่องสมุนไพรร และหมอพื้นบ้าน การเป็นวิทยากรเกษตรธรรมชาติ ไร่นาสวนผสม และการเป็นกรรมการวิสาหกิจชุมชน องค์ความรู้เหล่านี้มันเกื้อกูลกันอยู่ไม่ได้แยกออกจากกัน แต่ยังเป็นความรู้ที่เกื้อกูลกันอยู่อย่างการเป็นหมอพื้นบ้านรู้เรื่องสมุนไพรร นำเอามาประยุกต์ใช้กับการทดลองใช้สมุนไพรรไล่แมลงได้ ซึ่งต้องอาศัย การปฏิบัติจริงที่อยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน

การปฏิบัติให้เห็นจริง ช่วยทำให้แนวความคิดที่เป็นนามธรรม สามารถจับต้องผลงานหรือกิจกรรมได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม วัดได้ประเมินผลได้ และสามารถอธิบายเชื่อมโยงกลับเข้าไปสู่คุณค่าเชิงนามธรรมได้ จึงจะเกิดการยอมรับ การมีตำแหน่งแห่งที่ไม่ใช่เพราะบุคคลนั้นๆ เป็นผู้สถาปนาตนเองขึ้นสู่ตำแหน่ง หากแต่เป็นเพราะเครือข่ายทางสังคมเป็นผู้ให้ยอมรับ ยกย่อง และผลักดันเข้าสู่ตำแหน่ง เพื่อให้เข้าไปทำงานในฐานะผู้นำธรรมชาติ โดยไม่ยึดติดกับรูปแบบหรือหัวชนในตำแหน่งใด ๆ

“หากงานไหนลองทำแล้วไปไม่ไหว เราก็จะไม่ฝืน และก็ยอมถอยกลับออกมา จะไม่ไปอยู่เป็นภาระของผู้อื่น หากงานไหนเราทำแล้วคนอื่นยอมรับ คนอื่นได้ประโยชน์จากการทำหน้าที่ของเรา เราก็ต้องพยายามทำให้ดีขึ้นไปเรื่อย ๆ”

ยิ่งบทบาทมีเพิ่มมากขึ้น ย่อมต้องสร้างความภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบให้กับตนเองเป็นเงาตามตัว

จุดที่ลงตำเียนอยู่ได้ทุกวันนี้ ต้องอาศัยระบบคิดและการจัดการตนเองอย่างเข้มแข็ง โดยยึดหลัก 4 ประการคือ 1) แบ่งเวลา จัดสรรเวลาให้ได้ 2) มีความมุ่งมั่นและมีหลักคิดหลักการที่มั่นคง 3) ทำให้เรื่องที่ตนเองถนัดและมีความรู้ 4) สร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ปัจจัยมบทแห่งการเรียนรู้

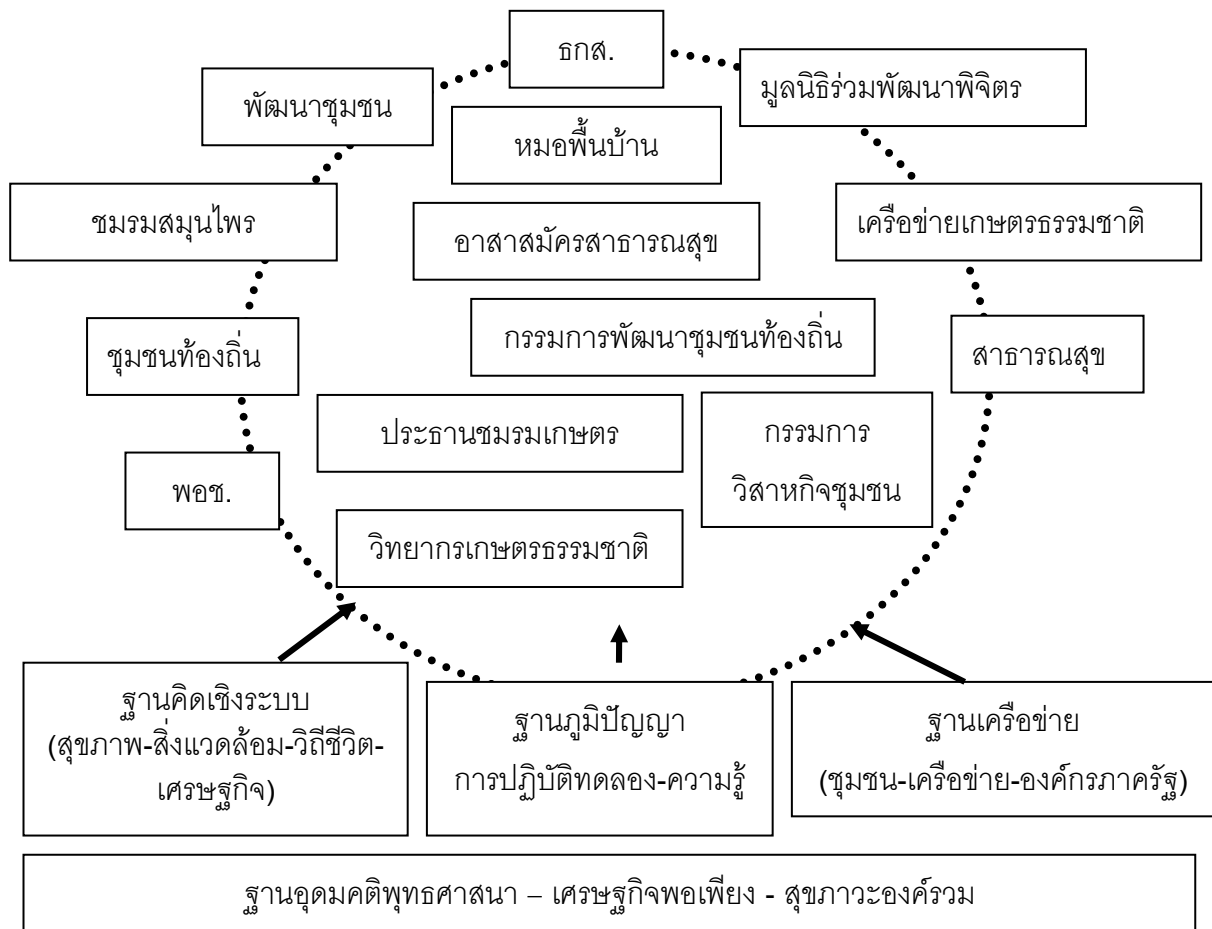
“การมีบทบาทต่าง ๆ ไม่ใช่สาระสำคัญ แต่การมีหลากหลายบทบาทเปลี่ยนไปมาทำให้เรามีโอกาสขยายความสัมพันธ์ทางสังคมกับเครือข่ายอื่น ๆ ที่เราสนใจ ที่จะทำงานในเป้าหมายของเรา ในการทำงานที่จะช่วยเหลือสังคม ช่วยเหลือชาวบ้านให้มีสุขภาพดี มีความเป็นอยู่ที่มั่นคง มีคุณภาพชีวิตให้บรรลุได้”

อาจกล่าวได้ว่าการรับบทบาทหน้าที่อย่างหลากหลายของลุงณรงค์ แฉล้มวงศ์ ปราชญ์ชาวบ้าน พิจิตร สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการเปลี่ยนหน้าที่ทางสังคมจำเป็นต้องอาศัยรากฐานสำคัญ ได้แก่ **ฐานความรู้เชิงระบบ (Systematic Thinking) ฐานการปฏิบัติที่สอดคล้องวิถีชีวิต (Practical Knowledge) หรือ ภูมิปัญญา ฐานเครือข่าย และการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Networking)** ซึ่งเติบโตขึ้นมาจากกระบวนการขัดเกลา การเรียนรู้ และตกผลึก ผ่านช่วงวัยมาอย่างเข้มข้น โดยที่แม้จะมีบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างหลากหลายแต่ด้วยรากฐานที่มั่นคงในการที่จะรับใช้สังคม จึงเป็นเสมือนเข็มทิศที่ช่วยกำกับวิถีปฏิบัติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีได้แปลกแยกไปจากวิถีชีวิตปกติของคนในสังคมโดยทั่วไปที่ร่วมทุกข์ ในอันที่จะสร้างให้ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมไปสู่สุขภาวะอย่างแท้จริง (ตามแบบจำลอง 1)

ระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นการประกอบสร้างทางสังคม (Social Construction) ซึ่งเป็นผลผลิตของกลยุทธการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมถึงการเสริมพลังอำนาจให้กับองค์กรภาคประชาชนในอดีต ซึ่งส่งผลให้เกิดความเติบโตของภาคประชาชนในบริบทการเมือง ที่ปฏิสัมพันธ์อยู่กับภาคส่วนทางสังคม ประกอบด้วยภาคประชาชน (Popular Sector) ภาคสาธารณะ (Public Sector) และภาคเอกชน (Private Sector) โดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพของคนในท้องถิ่น ทิศทางของนโยบายและความต่อเนื่อง การลดอำนาจวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทำให้เกิดสนามปฏิบัติการทางสังคมที่สำคัญที่จะเปิดแนวคิดหรือกระบวนการทัศน์ทางสังคม เปิดพื้นที่ปฏิบัติการด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้กว้างขวางมากเพียงพอที่จะทำให้เกิดการฟื้นฟูภูมิปัญญาของท้องถิ่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน และยังเป็นผลมาจากกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพของภาคประชาสังคม

การมีบทบาทที่หลากหลายของ อสม. ในระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นบทสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เป็นการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบ (Interaction Learning) ในลักษณะการเสริมพลัง การเคลื่อนไหวปฏิบัติการ ภายใต้ขอบเขต (Boundaries) หรือขนาดขององค์กรเครือข่ายทางสังคม ทั้งองค์กรชุมชนและท้องถิ่น หน่วยราชการส่วนภูมิภาค องค์กรสาธารณะประโยชน์ของรัฐ และเครือข่ายประชาสังคมระดับจังหวัด เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ปัจเจกบุคคลนั้นอิงอาศัย ยังรวมไปถึงปัจจัยภายนอกคือกระจายอำนาจของความรู้ด้านสุขภาพของวิชาชีพ และอำนาจทางการเมืองของรัฐ ไปสู่ประชาชนที่ทำให้บุคคลหรือชุมชนนั้นเป็นเจ้าของความรู้เป็นของตนเองที่ผ่านการทดลองปฏิบัติ จนเกิดความเชื่อมั่น ผ่านประสบการณ์ที่เชื่อมโยงมิติสุขภาพที่สัมผัสลงไปยังมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีได้จำกัดขอบเขตของสุขภาพไว้เพียงแค่มิติทางการแพทย์ หากแต่เกิดจากการขยายมิติสุขภาพขนานไปกับกิจกรรมทางสังคมของเครือข่ายการเรียนรู้บนรากฐานภูมิปัญญาของตนเอง ที่กลับเป็นแหล่งกำเนิดสุขภาพให้กับคนในสังคมและชุมชน

แบบจำลอง 1 : การเลื่อนไหลบทบาททางสังคม



แหล่งข้อมูล

1. สัมภาษณ์เจาะลึก นายณรงค์ แฉล้มวงศ์ 2 ครั้ง

วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2549

วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2549

2. สังเกตการแบบมีส่วนร่วม การอบรมชมรมเกษตรธรรมชาติ การฝึกอบรม และการจัดเวที
สัญจรเครือข่าย ที่ผู้ศึกษาทำงานร่วมกับเครือข่ายชมรมเกษตรธรรมชาติ และนายณรงค์ แฉล้มวงศ์
ตลอดช่วงเวลา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 – 2549 (ปัจจุบัน)

กรณีศึกษาที่ 3

งานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพ
กับงานพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดยโสธร

โดย พนมวรรณ คาดพันโน

งานเกษตรปลอดสารพิษเพื่อสุขภาพกับศักยภาพของ อสม. จังหวัดยโสธร

พนมวรรณ คาดพันโน*

เกริ่นนำ

แม้ว่างานเกษตรปลอดสารพิษเป็นเรื่องของสุขภาพโดยตรง แต่การส่งเสริมให้ชาวบ้านทำเกษตรปลอดสารพิษอย่างกว้างขวางก็ใช่ว่าเกิดได้อย่างง่ายดาย หลายคนไม่เชื่อว่าเกษตรปลอดสารพิษจะได้ผล หลายคนชินกับการใช้ปุ๋ยเคมีแบบเดิม และอีกสารพัดเหตุผลที่เป็นอุปสรรคในการส่งเสริมเกษตรกรรมที่ปลอดภัย ที่สำคัญการทำเกษตรปลอดสารพิษต้องเริ่มที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติจากทุนนิยมเป็นการอยู่แบบพอเพียง จึงเป็นเรื่องของการทวนกระแสสังคมหลักค่อนข้างมาก และการปรับเปลี่ยนทัศนคติก็เป็นเรื่องยาก จุดเริ่มต้นของการทำเกษตรปลอดสารพิษส่วนหนึ่งเกิดเพราะชาวบ้านคิดเรื่องเศรษฐกิจเป็นพื้นฐานเบื้องต้นก็ตาม เช่นเดียวกับที่ตำบลสร้างมิ่ง อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ชาวบ้านกลุ่มเล็ก ๆ กลุ่มหนึ่งได้เริ่มทำเกษตรปลอดสารพิษด้วยแรงจูงใจด้านเศรษฐกิจในเบื้องต้น แต่เมื่อได้ลงมือปฏิบัติทำคนกลุ่มนี้ก็กลับได้เรียนรู้ว่า นอกจากจะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจแล้ว ยังส่งผลดีต่อสุขภาพที่ผู้สัมผัสรู้สึกได้และเกิดผลต่อร่างกายเป็นรูปธรรมชัดเจน

การเกิดขึ้นของงานเกษตรปลอดสารพิษที่จังหวัดยโสธรนั้นเป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้และความพยายามของเกษตรกรกลุ่มหนึ่ง แต่ในความสำเร็จที่เกิดขึ้นของกลุ่มเกษตรปลอดสารพิษนั้นจะเกิดขึ้นไม่ได้หากปราศจากพัฒนาการของงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกิดขึ้นมากกว่า 2-3 ทศวรรษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากปราศจากบทบาทสำคัญของนายสองศรี แสงศรี

รู้จักน้ำสอง

น้ำสอง หรือนายสองศรี แสงศรี ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดยโสธรเป็นคนแรก ๆ ของตำบลสร้างมิ่งที่หันมาทำเกษตรปลอดสารพิษหลังจากผ่านการอบรมเพียง 3 วัน ที่สวนสร้างฝัน (สร้างฝัน) ของชาวอโศก จังหวัดอำนาจเจริญ

หลังจากทดลองทำเพียงปีเดียว น้ำสองได้เรียนรู้ว่าการทำเกษตรปลอดสารพิษเป็นแนวทางที่จะทำให้ชาวบ้านฝ่าวิกฤติของความยากจนและสุขภาพได้ จึงพยายามส่งเสริมและสนับสนุนให้เพื่อนชาวบ้านคนอื่น ๆ หันมาทำเกษตรปลอดสารพิษทุกครั้งที่มีโอกาส โดยการทำเป็นแบบอย่าง การพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์ของตนเอง ไปจนถึงการสาธิตการทำปุ๋ยอินทรีย์ให้กับผู้ที่สนใจได้ดูเพื่อจะได้นำไปลองทำเอง

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

น้ำสอง เป็น อสม.มานานกว่า 10 ปี ทำงานอย่างแข็งขันเคียงบ่าเคียงไหล่กับเพื่อน อสม. คนอื่นในหมู่บ้าน ด้วยลักษณะของผู้นำ เสียสละแก่ส่วนรวม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ จนเป็นที่ประจักษ์ และได้รับการยอมรับให้เป็นประธาน อสม.ในหมู่บ้านกุดเสียว นอกจากเป็น อสม.แล้ว น้ำสองยังเป็นอาสาสมัครปศุสัตว์อีกด้วย ด้วยพื้นฐานที่เป็นคนชอบเรียนรู้และขยัน ชอบทำงานเพื่อส่วนรวมและมีความเป็นผู้นำ ทำให้น้ำสองมีผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนบ้านเป็นที่รู้จักของคนมากมายทั้งในตำบลเดียวกัน ต่างตำบล และต่างอำเภอ

น้ำสองไม่เพียงเป็น อสม. และอาสาสมัครปศุสัตว์เท่านั้น ยังเคยเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ก่อนที่ชาวบ้านจะพร้อมใจกันมอบตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านแทนผู้ใหญ่บ้านคนเดิมที่เสียชีวิตลง และต่อมาน้ำสองได้รับเลือกให้เป็น อบต. และปัจจุบันเป็นรองนายก อบต.สร้างมิ่ง

ผลงานการเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่โดดเด่นทำให้น้ำสองได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. ดีเด่นระดับชาติในปี 2544 และเมื่อประมาณปี พ.ศ.2546 เพื่อน ๆ ชมรม อสม.ระดับจังหวัดได้ยกตำแหน่งประธาน ชมรม อสม.ระดับจังหวัดให้อีกตำแหน่งหนึ่ง และยังทำหน้าที่เป็นอย่างดีมาจนถึงปัจจุบัน

การทำนาปลอดสารพิษที่สร้างมิ่ง

บทเรียนการทำเกษตรปลอดสารพิษที่เขียนขึ้นครั้งนี้ อาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์น้ำสอง การสังเกตและถอดบทเรียนจากการร่วมทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กรณีชุมชนนาอยู่ตำบลสร้างมิ่ง เพื่อสะท้อนถึงความเป็นมา ประสบการณ์ และบทเรียนการทำเกษตรปลอดสารพิษของตำบลสร้างมิ่ง

จะอย่างไร? หากทำมาแล้ว...ทุกข์ใจ...ตายผ่อนส่ง

ย้อนหลังไปเมื่อ 6 ปีก่อน การทำนาของครอบครัวน้ำสอง ไม่ต่างจากครอบครัวชาวนา คนอื่นมากนัก คือต้องใช้ปุ๋ยเคมีจำนวนมาก และซื้อหามาด้วยราคาแพง ต้องพึ่งคนอื่นเพราะผลิตเองไม่ได้ และต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ

“ปีหนึ่ง ๆ ผมต้องซื้อปุ๋ยเคมีใส่ข้าวในนาไม่ต่ำกว่า ห้าถึงหกพันบาท นี่ยังถือว่าไม่มากเพราะเป็นนาดีนบ้าน ดินดีอยู่แล้ว เพราะปุ๋ยธรรมชาติจากหมู่บ้านไหลมาลงนาผม และที่บ้านก็เลี้ยงวัวไม่เคยขาด ได้อาศัยขี้วัวเป็นปุ๋ยอีกทางหนึ่งเลยประหยัดไปหลาย”

น้ำสองเล่าว่ายังดีที่ไม่ได้ใช้ยาปราบศัตรูพืช แต่เป็น อสม. มานานก็รู้ว่าสารเคมียังไงก็ต้องมีผลเสียต่อสุขภาพแน่นอน แต่รู้ทั้งนี้ก็ไม่มีทางเลือกเพราะหากไม่ใช้ปุ๋ยก็ได้ข้าวน้อย

“เวลาหว่านปุ๋ยฝุ่นเข้าจมูกก็อึดอัด ถ้ามีทางเลือกก็อยากเลิก อยากจ้างคนมาหว่าน”

นอกจากทำน่าน้ำสองยังมีรายได้จากการเป็นอาสาสมัครปศุสัตว์อีกทาง โดยการรับผสมเทียมวัว ซึ่งน้ำสองจะใช้เวลาตอนเช้าตรู่ หรือไม่กี่เย็น ๆ ออกผสมเทียมวัวตามบ้านต่าง ๆ ซึ่งเขาจะโทรศัพท์มาตาม

หรือบางทีก็มาตามถึงบ้าน ตอนกลางวันก็ทำนา รายได้จากการขายข้าวปีละ 70,000 บาท กับรับผสมเทียมวัวก็พอส่งลูกเรียนได้สบาย

แต่ชาวนาคนอื่นที่ไม่มีอาชีพเสริมนับวันจะตกที่นั่งลำบาก อาศัยขายข้าวอย่างเดียวปีละครั้งเลยต้องเร่งทั้งปี สารกำจัดศัตรูพืช สารเร่ง ฮอโมนต่าง ๆ ซึ่งล้วนต้องซื้อหามาแพง ยิ่งทำก็ยิ่งต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นทุกปี สุขภาพยังไม่ต้องพูดถึง มีการสะสมสารเคมีในเลือดจนตรวจพบว่าอยู่ในขั้นที่ไม่ปลอดภัยหลายราย

อสม. หนูพิศ คนบ้านเดียวกับน้ำสอง ใช้ยาฆ่าหญ้า ช่วงที่หญ้ากำลังยุบ ๆ ยังไม่ตายดี หนูพิศกลัวว่าหญ้ามันจะไม่ตายจริงก็ลงไปถอนหญ้าด้วยมือเปล่า ช่วงหน้านาเลียบของหนูพิศจะเขียวคล้ำดูน่ากลัว

อสม.อีกคนมีที่นาอยู่ใกล้ถนน แต่แต่ละปีที่ผ่านมาใช้ยาฆ่าหญ้าไม่น้อย เวลานั่งรถผ่านได้กลิ่นเหม็นยา ฆ่าหญ้าจนต้องปิดจมูก ตัวแกเองก็มีอาการเวียน โผลมลง ๆ นับประสาอะไรกับปู ปลา กบ เขียด ในนา

ยังไม่นับสุขภาพจิตที่นับวันก็ยิ่งรุมเร้า ทำนาต้องลงทุนมากขึ้น บางปีขายข้าวแล้วไม่พอใช้หนี้ ข้าวส่วนหนึ่งต้องเก็บไว้กิน จึงต้องกู้ยืมเงินเพิ่มเพราะต้องใช้เงินทุกวัน ไหนจะลูกไปโรงเรียน ค่ากับข้าวแต่ละวัน ค่าข้าวของเครื่องใช้ใช้อีกอย่างอื่นสารพัด ไป ๆ มา ๆ เลยมีหนี้สินรุงรัง ชาวนาจึงตกอยู่ในสภาพ “ทุกข์ใจ ตายผ่อนส่ง”

เกษตรอินทรีย์...ทางเลือก...ทางรอด

ปี พ.ศ.2544 น้ำสองได้รับเลือกเป็น อสม.แห่งชาติ ในปีเดียวกันนั้นทีมวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ก็ได้มีโอกาสทำงานวิจัยร่วมกับทีมงานจากส่วนกลางที่อยู่ในสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน หรือ สสม. (ชื่อเรียกในตอนนั้น ตอนนี้อยู่เปลี่ยนเป็นกองสาธารณสุขภาคประชาชน หรือ สช.) ชื่อเรื่องวิจัยค่อนข้างยาวจึงจำไม่ได้ เราเรียกชื่อเล่นว่า “วิจัยประชาคม”

ด้วยเห็นแนวของความเป็นผู้นำที่โดดเด่นในช่วงคัดเลือก อสม.ดีเด่น ทีมวิจัยจึงเลือก น้ำสองไปอบรมการทำเกษตรอินทรีย์ที่ “สวนสร้างฝัน” จังหวัดอำนาจเจริญ พร้อมกับทีมวิจัยและ อสม.จากพื้นที่อื่นอีกหลายคน

กลับจากสวนสร้างฝัน น้ำสองได้แรงบันดาลใจ จนถึงกับตัดสินใจลงมือทดลองทำเกษตรอินทรีย์ตามความรู้ที่ได้ร่ำเรียนมา ยังไม่กล้าแนะนำใคร อยากลองทำดูให้แน่ใจก่อน ซึ่งแน่นอนว่าน้ำสองถูกภรรยา พ่อตาและแม่ยายทัดทานด้วยเกรงว่าจะเสียเวลาเปล่า พ่อตาถึงกับพูดแรง ๆ ใส่หน้าว่า “จ้างกะบ่ได้กินข้าว ถ้าบ่ใส่ปุ๋ย (เคมี)”

ที่นาของครอบครัวน้ำสองมี 3 แปลง น้ำสองจึงขอลองดูแปลงเดียวก่อนท่ามกลางความไม่เห็นด้วยของครอบครัว แต่ในที่สุดน้ำสองก็หวานล้อมภรรยาให้มาช่วยทำสำเร็จ ทั้งสองทำใจเผื่อไว้ว่าคงจะได้ข้าวน้อยกว่าทุกปี

“ผมเลือกนาต้นบ้านซึ่งมี 15 ไร่ ทำปุ๋ยเอง ทำน้ำหมักเองตามสูตรที่ได้มาจากสวนสร้างฝัน ก็ไม่ค่อยมั่นใจนัก แต่ก็อยากลองเผื่อจะเป็นทางเลือก ก็ช่วยกันกับแม่บ้าน นาแปลงอื่นก็ทำเหมือนเดิมใส่ปุ๋ยเคมีเหมือนที่เคยใส่”

เพียงปีแรกนาข้าวอินทรีย์ของน้ำสองก็ได้ผลเกินคาด ผลผลิตที่คาดว่าจะลดกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทำให้น้ำสองและครอบครัวมั่นใจเปลี่ยนมาเป็นนาข้าวอินทรีย์ทั้ง 3 แปลง เป็นครอบครัวแรกของตำบล

โรงงานปุ๋ยอินทรีย์ของชาวสร้างมิ่ง

ปีต่อมาตำบลสร้างมิ่งได้เข้าร่วมวิจัยกับ สสม.ภาคอีสาน ทำเรื่องการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดเวทีเสวนาชาวบ้านทั้ง 11 หมู่บ้าน โดยให้ชาวบ้านช่วยกันระดมความคิดโดยอิสระว่าทุกวันนี้มีปัญหาอะไรบ้างที่ชาวบ้านประสบอยู่ และจะมีทางออกอย่างไร ผลออกมาคล้ายคลึงกันคือปัญหาด้านเศรษฐกิจมาก่อน เรื่องหนี้สิน เรื่องการทำนาได้ผลผลิตน้อยต้องลงทุนสูง ตามด้วยปัญหาสุขภาพ ในที่สุดเวทีตั้งคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะพึ่งตัวเองได้ น้ำสองเองได้มีโอกาสเล่าถึงประสบการณ์การทำเกษตรอินทรีย์ของตนเอง และบอกว่าหากผลิตปุ๋ยอินทรีย์ขายกันเองในตำบลไม่ต้องมีกำไรมาก ทำพออยู่ได้คงจะช่วยลดต้นทุนการทำนาได้มาก ไม่เพียงลดต้นทุนทางการเงินเท่านั้น ยังเพิ่มทุนทางสุขภาพให้ดีขึ้นด้วย

ประจวบกับปีนั้น (2545) จังหวัดยโสธร มีการตั้งวิสัยทัศน์จังหวัดว่า “ยโสธรเมืองน่าอยู่ นำเกษตรอินทรีย์สู่สากล” มีนักส่งเสริมการเกษตรเข้ามาในตำบลสร้างมิ่งส่งเสริมให้จัดตั้งกลุ่มทำเกษตรอินทรีย์ มีการทำโรงงานปุ๋ยอินทรีย์อัดเม็ด โดยงบประมาณกระตุ้นเศรษฐกิจตำบลสร้างมิ่ง ในการจัดสร้าง โรงเรือน จัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องมือทำปุ๋ยอัดเม็ด และวัสดุในการผลิตจำนวนทั้งสิ้น 955,102 บาท ซึ่งได้ทำการผลิตและจำหน่ายปุ๋ยแก่สมาชิกในตำบล โดยใช้คนที่มีความรู้ในการทำปุ๋ยอินทรีย์ โดยมี

น้ำสองกับภรรยาเป็นกำลังสำคัญ

ในตอนแรกปุ๋ยที่ทำจะเป็นแบบอัดเม็ดเพื่อสะดวกในการใช้ (และมีรูปลักษณะคล้ายปุ๋ยเคมี) แต่ต่อมาพบว่าปุ๋ยอัดเม็ดคุณภาพไม่ดีเท่าแบบผงซึ่งมีราคาถูกกว่า จึงใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในและนอกตำบล น้ำสองกล่าวถึงความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้นโดยใช้เหตุของการทำปุ๋ยอินทรีย์อัดเม็ดว่า

“ปุ๋ยอัดเม็ดต้องเพิ่มค่าใช้จ่าย เสียเวลาด้วย หลายขั้นตอนไม่มีประโยชน์ จะอัดเม็ดได้ต้องบดส่วนผสมทุกอย่างให้ละเอียดก่อนซึ่งต้องใช้ไฟ ใช้เวลามาก สู้ผสม ๆ แล้วเอาไปใช้เลยไม่ได้ ต้นทุนต่ำกว่ากันมาก”

โรงงานปุ๋ยจึงสร้างบทเรียนอีกบทหนึ่งที่สำคัญ จากปุ๋ยอัดเม็ด.....เป็นปุ๋ยผง เหลือเครื่องอัดเม็ดราคาเรือนแสนไว้เป็นอนุสรณ์

ผีบ้า....นามเรียกขานเกษตรกรอินทรีย์รุ่นแรก

ในปีแรก ทั้งตำบล 1,200 ครอบครัว มีเพียง 9 ครอบครัวเท่านั้นที่ทำเกษตรอินทรีย์ และถูกชาวบ้านคนอื่น ๆ เรียกว่า “ผีบ้า” เพราะคิดและทำต่างจากคนทั่วไป ไม่เว้นแม้แต่บรรดาเจ้าหน้าที สถานีอนามัยสร้างมิ่งที่ร่วมวิจัยมาตั้งแต่แรกจนถึงงานวิจัยชุมชนน่าอยู่ ก็ถูกเพื่อน ๆ ชาวสาธารณสุขด้วยกันเองมองว่าถ้าจะเพี้ยน เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ดี ๆ ไปส่งเสริมให้ชาวบ้านทำเกษตรอินทรีย์ บรรดาเจ้าหน้าทีในงานเขียนเรื่อง “เกษตรอินทรีย์ผีบ้า” ตอนหนึ่งว่า

“...ตอนที่เริ่มกลุ่มทำนาแบบเกษตรอินทรีย์ใหม่ ๆ จะถูกชาวบ้านคนอื่นในหมู่บ้านเรียกว่า “ผีบ้า” เพราะทำไม่เหมือนคนส่วนใหญ่ นางเสน่ห์ อรุณดี หนึ่งในผีบ้าได้สะท้อนคำพูดที่ถูกเหยียดหยามว่า ‘ถ้าทำแบบนี้แล้วได้ข้าว หนูจะไม่กินข้าวอีกต่อไป’...”

“... ตัวผมเองก็อาจจะเข้าข่ายผีบ้าด้วยเหมือนกัน เพราะหลาย ๆ คนเคยสงสัยและถามว่า ‘หมออะไรมาส่งเสริมให้ชาวบ้านทำเกษตรอินทรีย์ ควรที่จะเป็นเกษตรตำบลมากกว่า’ และมีหัวหน้าสถานีอนามัยหลายคนสงสัยผมอยู่เหมือนกัน เมื่อเห็นหน้าผมก็มักจะถามว่า ‘ตอนนี้ยังส่งเสริมให้ชาวบ้านทำเกษตรอินทรีย์อยู่หรือไม่’...”

ต่อมาสมาชิกกลุ่มเกษตรอินทรีย์ได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 9 ครอบครัวในปี พ.ศ.2545 เป็น 96 ครอบครัวในปี พ.ศ.2549

ทำนามาชั่วชีวิต...ไยยังต้องเรียนรู้

ชาวนาหลายคนอดสงสัยไม่ได้เมื่อได้ยินว่าใครจะทำเกษตรอินทรีย์ต้องเข้าโรงเรียน ส่วนของโรงเรียนนี้มีนักส่งเสริมการเกษตรซึ่งเป็น NGO มาสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ โดยจะเลือกแปลงนาใครคนใดคนหนึ่งในกลุ่มเป็นแปลงทดลองแล้วมาเรียนรู้ร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง บางทีก็ตัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปนาคนอื่น ๆ การเรียนเริ่มตั้งแต่ทำความรู้จักกับที่นา (สภาพของดิน) ฝึกสังเกต ฝึกทำน้ำหมัก ปุ๋ยอินทรีย์ และทำความรู้จักกับสัตว์และพืชในนาตนเอง

น่าสงสัยว่าได้เรียนรู้อะไรหลายอย่างจากโรงเรียนชาวนา รู้จักสังเกตมากขึ้น เรียนไปด้วยปรับการทำนาไปด้วย ยิ่งเรียนก็ยิ่งค้นพบสิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอ

“ทำนามานานอย่างนี้ก็จะรู้อะไรมา ชาวนาไม่รู้ด้วยซ้ำว่าดินของตัวเองมีสภาพแบบไหน จะบำรุงยังงี้จึงจะสมบูรณ์ เมื่อก่อนผมเผาใบไม้ทิ้งทุกปี เดียวนี้เอามาทำปุ๋ยเพราะใบไม้บำรุงต้นข้าวดีที่

หนึ่ง ปุ๋ยก็ปรับสูตรไปเรื่อย ๆ ไม่ตายตัวขึ้นอยู่กับเรา อันไหนไม่มีก็ไม่จำเป็นต้องไปดิ้นรน พยายามศึกษาว่าอะไรแทนกันได้บ้าง ยังมีที่ไม่รู้อีกเยอะ”

ทำเกษตรอินทรีย์ มีความสุขเพราะ...

ลงทุนน้อย...ได้ข้าวมาก

ความสุขของชาวนาคงหนีไม่พ้น ทำนาได้ข้าวมาก ลงทุนน้อย ตัวน้ำสองเองทำเกษตรอินทรีย์มา 5 ปี แล้วจากเดิมที่เคยซื้อปุ๋ยเคมีปีละ 5,000-6,000 บาท กลายเป็นว่าได้ใช้ปุ๋ยฟรี 2 ปีมาแล้ว

“2 ปีที่ผ่านมาผมลงทุนซื้อวัสดุมาทำปุ๋ยอินทรีย์หมดเงิน 6,000 บาท ผมก็ใช้เองด้วย ขายให้คนอื่นด้วยได้ทุนกลับคืนมา ข้าวได้มากกว่าเดิม”

งานเขียนเกษตรอินทรีย์ฉบับของบรรพตสะท้อนเรื่องนี้ชัดเจนว่า

“...และแล้ววันเวลาก็มาถึงเมื่อเก็บเกี่ยวข้าวเสร็จ นางหนูพิศ พันธุ์เลิศ หนึ่งในสมาชิกที่เป็นสมาชิกใหม่พูดกับผม ด้วยน้ำเสียงที่ตื่นเต้น และดีใจว่า ‘ทุก ๆ ปีพี่ขายข้าวได้ไม่เกิน 8,000-9,000 บาทแต่ปีนี้ พี่ขายข้าวได้ 23,000 กว่าบาท พี่ดีใจมากเลย’ ผมเองก็พลอยดีใจตามไปด้วยและผมก็ถามต่อไปอีกว่า ‘แล้วปีหน้าล่ะ’ พี่หนูพิศตอบว่า ‘อยากจะให้ถึงฤดูทำนาเร็ว ๆ’ ตั้งแต่ผมเกิดมายังไม่เคยได้ยินชาวนาคอนไหนที่อยากจะให้ถึงฤดูทำนาเร็วเลยซักคน เพราะรู้ว่าเหนื่อยและส่วนมากก็เมื่อขายข้าวแล้วก็ไม่พอใช้หนี้ ซึ่งถือว่าเป็นมิติใหม่แห่งความสำเร็จในการทำนาแบบเกษตรอินทรีย์...”

“...พี่สุณา โคตรวิชา เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็งมาก ครอบครัวยุติการสนับสนุนอย่างเต็มที่ตั้งแต่ภรรยาและลูก ๆ ช่วยกันทำอย่างตั้งใจ จากที่เคยใช้ปุ๋ยเคมีจำนวนมากปีละเกือบ 10,000 บาทแต่หันมาทำเกษตรอินทรีย์ใช้เงินทำปุ๋ยเองลดลงจากเดิมประมาณ 3,000-4,000 บาทต่อปี และ ผลผลิตที่ได้มากกว่าการใช้ปุ๋ยเคมีเสียอีก...”

สุขภาพดีขึ้น

ชาวเกษตรอินทรีย์มีสุขภาพดีขึ้นชัดเจน หนูพิศเองหลังจากเลิกใช้ยาฆ่าหญ้า เด็ดขาดเล็บที่เคยเขียวคล้ำก็กลับเป็นปกติ คนที่เคยกินไม่ได้นอนไม่หลับหน้าตาซีดเซียวก็กินข้าวได้นอนหลับ หน้าตาเริ่มสดชื่นขึ้น บรรพตสรุปว่าการส่งเสริมให้คนทำเกษตรอินทรีย์เป็นการทำงานสาธารณสุขอย่างไม่ต้องสงสัย โดยยกตัวอย่างประกอบหลายกรณี

“... ถึงแม้จะได้ไม่มากเท่าคุณหนูพิศ เนื่องจากสภาพพื้นที่แต่ละแห่งไม่เหมือนกันแต่อย่างน้อยก็สบายใจที่ได้ไม่ต้องสารเคมีแล้ว ส่วนผลผลิตจะได้มากได้น้อยไม่ค่อยกังวลเพราะถึงอย่างไรต้นทุนในการผลิตก็ลดลงกว่าครั้งที่ยังทำเกษตรเคมี...”

“...แต่ก่อนเมื่อครั้งใช้ปุ๋ยเคมี น้ำที่ใช้ในนาข้าวจะกัดทำจนเปื่อยและคันตามผิวหนังสัตว์ต่าง ๆ เช่นปู ปลา กบ เขียด ไม่ค่อยมี หรือมีก็เป็นโรค... สุขภาพดีขึ้นกว่าเดิมแน่นอน เพราะได้กินข้าวที่ปลอดสารพิษเคมี ร่างกายสดชื่นขึ้น น้ำไม่กัดทำเหมือนเมื่อก่อน และ สุขภาพจิตดีขึ้น...”

“...ชีวิตดีขึ้นอย่างไม่คาดคิด อย่างแรกที่สุดคือตัวเองไม่ได้แต่ต้องกับสารเคมีก็รู้สึกสบายใจขึ้น การกินการอยู่ก็รู้สึกปลอดภัยไม่ต้องระแวงระวัง ความเป็นอยู่มีชีวิตชีวาขึ้น แม้จะยังมีหนี้สินแต่ก็สามารถปลดหนี้ได้ทีละเล็กละน้อย สุขภาพจิตดีขึ้น กินข้าวแทบ นอนหลับดี...”

“...ครั้งที่ใช้สารเคมีรู้สึกได้อย่างชัดเจนว่าร่างกายมีความอ่อนแอ เป็นหวัดบ่อย รู้สึกแพ้อากาศ ปวดเมื่อยตามร่างกาย หลังจากเลิกใช้ รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น จิตใจดีขึ้น ไม่ต้องกังวลกับอาการเจ็บป่วย และสบายใจที่ได้กินอาหารที่ปลอดสารพิษ...”

“...รู้สึกหายใจอึดอัดทุกครั้งที่ใช้สารกำจัดแมลง และมักคันตามง่ามมือง่ามเท้าในยามที่ปักกล้าหรือดำนา แต่หลังจากที่ทำเกษตรอินทรีย์อาการต่าง ๆ เหล่านี้ก็หายเป็นปลิดทิ้ง...”

“...มีความสุข สนุกสนานที่ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์จากการร่วมกิจกรรมทั้งจากการประชุมกลุ่มและการศึกษาดูงาน...”

ดินดี อาหารเพิ่ม

เพียงหนึ่งปีหลังจากทดลองทำเกษตรอินทรีย์ในนาแปลงแรก น้ำสองสังเกต เห็นว่าดินสมบูรณ์ขึ้น ดูได้จากหญ้างามขึ้น ดินนุ่ม กบเขียดในนาก็เริ่มมีมากขึ้น

“เวลาเดินดินเปล่าจะรู้สึกได้เลยว่าดินนุ่มขึ้น ชุ่มชื้นขึ้น มันรู้สึกว่ามันเย็นน่าอยู่ คนยังรู้สึกว่ามันน่าอยู่ กบเขียดก็คงเหมือนกัน”

นอกจากนี้หากที่นาของใครมีพืชครบ 100 ชนิดจะได้รางวัลเป็นเงิน 1,000 บาท น้ำสองเองเพิ่งได้รับเงินเมื่อปีที่ผ่านมาเอง มูลค่าของเงิน 1,000 บาท คงเทียบไม่ได้กับมูลค่าและคุณค่าของต้นไม้หนานาที่ยังประโยชน์ให้กับเจ้าของ มีทั้งอาหาร สมุนไพร ไม้ดอก ไม้ยืนต้น ผักหญ้าที่ต่างอยู่อย่างเกื้อกูลกัน เป็นความหลากหลายที่มีคุณค่าโดยตัวของมันเอง

“เดิมก็ไม่เคยนับ คงสัก 60-70 อย่าง ก็ค่อย ๆ ปลุก ค่อย ๆ เติม ๆ ไปไหนก็ซื้อต้นไม้กลับมาด้วย”

ฮักแพงกันขึ้น

นอกจากต้นไม้ ปู ปลา กบ เขียด ที่เพิ่มขึ้นแล้ว น้ำสองบอกว่าสิ่งที่เปลี่ยนแปลงชัดที่สุดคือความสัมพันธ์ของคนที่ทำเกษตรอินทรีย์ด้วยกัน กล่าวคือ มีความรักความผูกพันต่อกันมากขึ้น คุยกันถุกคอโดยเฉพาะเรื่องการทำเกษตรอินทรีย์

“บ้านผมเป็นศูนย์รวมของทั้งตำบล เวลาจะไปไหนด้วยกัน ก็มารอที่บ้านผม ขณะที่รอก็คุยกันไปด้วย บางครั้งนะถ้าคุยเรื่องการทำเกษตรอินทรีย์คุยได้เป็นชั่วโมงสองชั่วโมง มีความสุข คอเดียวกัน ทำแล้วสำเร็จมีความสุข ต่างคนต่างไปเจออะไรแปลก ๆ ก็มาเล่าสู่กันฟัง”

น้ำสองบอกว่าได้การดีเยี่ยมงานบวช งานแต่งงาน จากต่างหมู่บ้านเพิ่มขึ้น

ชาวบ้านธรรมดา...กลายเป็นวิทยากรท้องถิ่น

เมื่อทำเกษตรอินทรีย์ประสบผลสำเร็จก็มีคนมาดูงาน โดยจะติดต่อผ่านน้ำสอง น้ำสองบอกว่หลัง ๆ มาตนจะพูดน้อยลง ให้คนอื่นพูดมากขึ้น น้ำสองจะแบ่งหัวข้อให้แต่ละคนพูดตามความถนัด แรก ๆ แต่ละคนก็กลัวว่าตัวเองจะพูดไม่ได้ น้ำสองก็ให้กำลังใจว่าไม่ยากหรอก ขอให้พูดอย่างที่ทำได้แต่ละคนก็ทำได้ดีเพราะทำกับมือจึงพูดได้ จากชาวบ้านธรรมดาจึงกลายมาเป็นวิทยากรท้องถิ่น ได้ให้ความรู้เพื่อเป็นวิทยาทาน เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น

สรุป

เกษตรอินทรีย์จึงเป็นทางเลือกให้ชาวนาได้มองเห็นความมั่นคงของชีวิต สุขใจที่พึ่งตนเองได้ ไม่มีกลิ่นยาฆ่าหญ้ามารบกวน มีเพื่อนมากขึ้น รวมทั้งเพื่อนอย่างกบเขียด ปู ปลา ต้นไม้ใหญ่น้อย มีความสุขจากการได้พบปะพูดคุย และได้ทำประโยชน์กับผู้อื่น

ด้วยเหตุนี้ น้ำสอง จึงใช้ช่องทางต่าง ๆ ชักชวนคนอื่น ๆ ให้หันมาทำเกษตรอินทรีย์อยู่เสมอ บางครั้งก็ใช้เวทีประชุมประจำเดือนของกรรมการชมรม อสม.จังหวัด หรือ ล่าสุดน้ำสองใช้งานเขียนคอลัมน์ “มุมเกษตรเพื่อสุขภาพ” ลงในวารสาร อสม.มั่นยืน ฉบับปฐมฤกษ์ของยโสธร โดยแนะนำผู้ที่ทำเกษตรอินทรีย์แล้วเห็นผล เช่น พ่อมณี แสงแก้ว อ่านแล้วสัมผัสได้ถึงความสุข จึงขอยกบางตอนที่เล่าถึงนาของพ่อมณี มาฝาก

“...ท่านมีนา 3 แปลง มีอยู่แปลงหนึ่งน่าสนใจมีเนื้อที่อยู่ประมาณ 22 ไร่ ทำนา 10 ไร่ ปลูกพืชผักอีกจำนวน 12 ไร่ มีพรรณไม้นานาชนิดที่จะสร้างรายได้ตลอดปี จะพาคณะไปศึกษาดูงานหรือจะพาครอบครัวไปพักผ่อนวันหยุด รับประทานอาหารจากแปลงเกษตรอินทรีย์ภายใต้ร่มไม้เขียวขจี มีกลิ่นหอมบาง ๆ จากมวลดอกไม้้นานาชนิด สงบร่มรื่น...”

ในอนาคต น้ำสองวาดหวังไว้ว่าจะขอบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เพื่อขยายงานเกษตรอินทรีย์ให้กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ด้วยกัน จะได้ช่วยกันเป็นผู้นำด้านสุขภาพ สุขภาพที่เป็นเรื่องเดียวกันกับการทำมาหากิน ไม่แยกออกจากชีวิตและการเรียนรู้

เกษตรปลอดสารพิษกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการสร้างสุขภาพ

น้ำสองเล่าว่า หมู่บ้านของน้ำสองมีคนที่ย้ายมาทำเกษตรปลอดสารพิษมากกว่าคนจากหมู่บ้านอื่นในตำบลเดียวกัน และหากเปรียบเทียบสัดส่วน อสม. เป็นกลุ่มคนที่ย้ายมาทำเกษตรปลอดสารพิษมากกว่าคนทั่วไป เฉพาะที่หมู่บ้านน้ำสองซึ่งมีประมาณ 100 หลังคาเรือนเศษ ชาวบ้านทั่วไป มีเพียง 20 หลังคาเรือนเท่านั้นที่ย้ายมาทำเกษตรปลอดสารพิษ ในขณะที่ครอบครัว อสม. ย้ายมาทำเกษตรปลอดสารพิษเกือบหมด มีเพียง 2 หลังคาเรือนจาก 10 หลังคาเรือนที่ยังไม่เปลี่ยนมาทำเกษตรปลอดสารพิษ

น้ำสองคิดว่าน่าจะเกิดจาก อสม. มีลักษณะของการเป็นผู้นำที่กล้าคิด กล้าเปลี่ยนแปลงอยู่แล้ว ประกอบกับทำงานเพื่อสุขภาพอยู่ด้วยจึงเป็นการง่ายที่จะชักชวน อสม. ด้วยกันมาทำเกษตรปลอดสารพิษ (และอาจเป็นเพราะความเชื่อถือในตัวน้ำสองเป็นทุนเดิมอยู่ด้วย)

“อสม. พูดถึงเรื่องสุขภาพอยู่แล้ว โดยเฉพาะการสร้างสุขภาพ ทำนาปลอดสารพิษมาช่วงแรก พูดเรื่องเศรษฐกิจเป็นตัวนำ แต่ตอนหลังพูดเรื่องสุขภาพเยอะ”

งานเกษตรปลอดสารพิษจึงเหมาะที่จะนำมาสร้างศักยภาพให้กับ อสม. (และคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ อสม.) ในหลายแง่มุม...

สร้างสุขภาพไปพร้อมกับการทำมาหากิน

การทำหน้าที่ของ อสม. ต้องปลีกเวลาจากการทำมาหากินไปควบคุมโรค ไปช่วยซัชน้ำหนักเด็ก หรือเรื่องอื่น ๆ แต่การทำเกษตรปลอดสารพิษไม่แยกจากวิถีชีวิตจึงเป็นการดีที่สามารถทำประโยชน์ส่วนตัวไปพร้อม ๆ กับทำประโยชน์ให้ผู้อื่น หลังจากทำมาหากินทำปุ๋ยอินทรีย์เสร็จนอกจากจะสร้างมิตรสหายได้เป็นอย่างดีแล้วยังได้แบ่งปันปุ๋ยไปใช้ประโยชน์ในนาของทั้งผู้สาธิตและคนดูอีกด้วย ช่างเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์และก่อให้เกิดความสุขอย่างยิ่ง

ความรู้ไม่ผูกขาดกับคนใดคนหนึ่ง

ความรู้ที่เกิดจากการทำเกษตรปลอดสารพิษนั้นไม่ได้ผูกขาดอยู่ที่คนใดคนหนึ่ง ยิ่งทำก็ยิ่งเพิ่มพูนความรู้แตกต่างหลากหลายไม่เหมือนกัน เป็นความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติสั่งสมมากขึ้นตามกาลเวลา ใครทำก็เกิดประสบการณ์กับคนนั้น เป็นความรู้ที่ผู้ทำสร้างองค์ความรู้ได้ด้วยตัวเอง

สร้างผู้นำหลากหลาย

เมื่อเป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรง ก็สามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นฟังอย่างมีพลัง สามารถยกตัวอย่างที่เกิดกับตนเองให้ผู้อื่นฟังได้อย่างเข้าใจ ตอบคำถามได้อย่างชัดเจน ยิ่งมีโอกาสถ่ายทอด

ความรู้อีกยิ่งทำให้พัฒนาศักยภาพเพิ่มมากขึ้นไปอีก จึงเกิดผู้นำที่หลากหลาย เป็นชาวนาธรรมชาติ เป็นวิทยากรได้ ไม่เหมือนงาน อสม.เดิม ที่ใครเคยเป็น อสม.ก็มักจะเป็นคนเดิม ๆ เลือกระบะจาน อสม. คราวใดก็มักจะได้คนเดิม ๆ งานเกษตรปลอดสารพิษจึงสร้างผู้นำได้อย่างมากมายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่ผูกขาดที่คนใดคนหนึ่ง ที่สร้างมีจึงมีผู้นำใหม่ ๆ จากการทำเกษตรปลอดสารพิษอีกหลายคนทั้งหญิงและชาย

มีจิตอาสาจากการทำเกษตรปลอดสารพิษ

จากการได้ใคร่ครวญ ครุ่นคิด ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทำนาปลอดสารพิษจะเกิดชุดความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง ในขณะที่เดียวกันมันก็มีสภาพปัญหาที่ชาวนาเผชิญคล้ายกันซึ่งหลายคนเมื่อมั่นใจในแนวทางการทำนาแบบใหม่นี้จะมีความอยากถ่ายทอดอยากชักชวนคนอื่นมาทำด้วย ตัวน้ำสองและกลุ่มผู้นำรุ่นแรก ๆ จึงรู้สึกยินดีและเต็มใจอย่างยิ่งหากมีโอกาสได้พูดคุย สาธิตถึงการทำนาปลอดสารพิษ หรือได้ให้คำชี้แนะ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้อื่น ภรรยาของน้ำสองเล่าว่า

“เราทำแล้วเห็นผลก็อยากให้คนอื่นมาทำด้วย บางครั้งก็ตามไปสาธิตการทำปุ๋ยถึงบ้านถึงนา เขาก็มี”

“เราเป็นผู้นำหมู่บ้านผู้นำชุมชนก็อยากเห็นลูกบ้านอยู่ดีมีสุขอยู่แล้ว แนวทางนี้นั่นใช้ก็อยากส่งเสริมคนอื่นมาทำด้วย” น้ำสองเล่าเสริม

สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

จากบทเรียนการทำนาปลอดสารพิษที่สร้างมี ก่อนข้างเห็นภาพของสังคมแห่งการเรียนรู้ที่ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ที่ทำนาปลอดสารพิษด้วยกันเองและผู้ที่สนใจ การคุยกันถึงประสบการณ์การทำนาทุกครั้งที่มีโอกาส ก่อให้เกิดความรู้ที่เพิ่มพูน เรียนรู้ที่จะอยู่อย่างเกื้อกูลกันกับเพื่อนบ้าน กับสิ่งมีชีวิตในนา เรียนรู้ถึงสิ่งรอบกาย นอกจากเป็นการแบ่งปันความรู้ยังเกิดการแบ่งปันความสุขสัมผัสสภาพอันดีงามถึงอกเงย

ในยุคสมัยของโรคไร้เชื้อเช่นนี้ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในเรื่องเกษตรปลอดสารพิษจึงน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะก่อให้เกิดพลังและความรู้ในการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจะสามารถพลิกบทบาทของ อสม. จากการเป็นเพียงแขนขาของเจ้าหน้าที่ เป็นผู้ที่สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ทำงานจากวาระที่ตนเองเป็นผู้กำหนด สามารถสร้างเครือข่ายที่ทรงพลังไม่แปลกแยกจากพื้นที่และการทำมาหากิน

กรณีศึกษาที่ 4

อาสาสมัครเยียวยาผู้ติดเชื้ดั่งเครือญาติ

โดย เชิงชาญ โนจา

อาสาสมัครเยี่ยมเยียนผู้ติดเชื้อมีชีวิต

เชิงชาญ โนจา*

ในสถานการณ์ที่บ้านเมืองถูกพลังโลกาภิวัตน์เข้ามารวดเร็ว ปัญหาสุขภาพก็เป็นกระแสหนึ่งที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นปัญหาที่เราคนไทยต้องร่วมกันแก้ไขกันไปพร้อมกัน เราอาจมองปัญหาเพื่อการแก้ไขปัญหาที่แยกแยะปัญหาหรืออาจมองให้เกิดการเชื่อมโยงของปัญหากับระบบโครงสร้างของสังคมแล้วแต่การมองปัญหานั้น บางทีบางครั้งเราไม่ได้มองปัญหาเป็นการเรียนรู้เพื่อเป็นบทเรียนการทำงาน ปัญหาจึงทับถมและหาทางออกหาทางแก้ไขไม่ได้

มิติการมองปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนภาคเหนือในอดีตเป็นการมองปัญหาที่รวมเข้ากับชีวิตของคนหนึ่งคนในชุมชน จะสังเกตเห็นได้ว่ามีหมอพื้นบ้าน (หมอเมือง) และมีพิธีกรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้อง พร้อมทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตั้งแต่เกิดจนถึงตาย แต่เมื่อมีระบบการดูแลสุขภาพที่มีความทันสมัยที่เกิดขึ้นและเข้ามาในชุมชน อาจเป็นส่วนที่ดีสำหรับสถานการณ์ปัจจุบันโดยมีทั้งความเชี่ยวชาญการรักษาเฉพาะด้านของร่างกายอาการของโรค และมีบุคลากรประจำพื้นที่ทั่วประเทศในการให้บริการสุขภาพรวมถึงการให้กลุ่มคนในชุมชนเข้ามามีร่วมทำงานด้านสุขภาพไม่ว่าประเด็นเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ สิ่งแวดล้อม เกษตร ยาเสพติด ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และรวมถึงโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นมาประมาณ 20 ปี มีการแต่งตั้งคนทำงานที่เข้ามารับผิดชอบช่วยเหลือการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐและภาคเอกชนทั้งภายในและภายนอกชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ เข้ามาทำงานแบบที่เรียกกันว่าย่างมีส่วนร่วม

กรณีกลุ่มคนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล ก็เช่นเดียวกันเป็นกลุ่มคนที่เกิดจากการแต่งตั้งเพื่อมีส่วนร่วมการทำงานด้านสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งคนกลุ่มนี้อาจมาจากหลากหลายในชุมชนทั้งเป็นหมอพื้นบ้าน พ่อบ้าน แม่บ้าน ฯลฯ เข้าร่วมเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

การเกิดกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ตามที่กล่าวมาเป็นกลุ่มคนที่ร่วมจะแก้ไขปัญหามาจากนโยบายและการแก้ไขปัญหามาจากการเรียนรู้ในชุมชนเอง ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่แต่ละแห่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขที่เราคุ้นเคยและเห็นโดยทั่วไป เป็นเรื่องของการเก็บข้อมูลในชุมชน เช่น ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต (จปฐ.) ข้อมูลเด็กแรกเกิด ฯลฯ หรือ

* มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน (NORTHNET) จังหวัดเชียงใหม่

ทำหน้าที่การรณรงค์เรื่องต่าง ๆ เช่น วันเอดส์โลก ใช้เลือดออก ยาเสพติด และอื่น ๆ ตามสถานการณ์ในพื้นที่นั้น แต่ความจริงแล้วกลุ่มคนกลุ่มนี้ที่มาจากหลากหลายในชุมชนที่เข้ามามีบทบาทอาจมีการทำงานมากกว่าที่เราเห็น ซึ่งอาจไม่ได้มีโอกาสนำเสนอในแง่มุมอื่น ๆ ที่เป็นแง่บวกการทำงานทั้งเรื่องสุขภาพเรื่องการศึกษาหรือเรื่องราวที่น่าสนใจในชุมชน และไม่ได้พูดถึงกล่าวเหยียบย่ำมากทำให้เราเห็นบทบาทสำคัญในเรื่องการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

ด้วยเหตุนี้เองบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขพื้นที่ภาคเหนือเป็นพื้นที่ที่มีรายงานการแพร่ระบาดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์มากในช่วงประมาณปี พ.ศ.2537 - 2538 ในสถานการณ์นั้นเองกลุ่มคนที่ถูกคาดหวังมากที่สุดกับการให้ความรู้เรื่องเอดส์คือคนทำงานด้านสุขภาพและก็เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข นโยบายหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องคือการกำหนดให้มีคนทำงานในหมู่บ้านที่ถูกจัดตั้งขึ้นอีกครั้งให้เป็นกลุ่ม 4 อาสา โดยให้หมู่บ้านคัดเลือกแกนนำที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำในชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทร่วมแก้ไขเรื่องเอดส์ในพื้นที่ และจำเป็นต้องมีการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพตัวแกนนำในเรื่องเอดส์ไปด้วย การให้ความรู้เรื่องการติดต่อของโรครวมถึงการป้องกัน โดยผ่านกลุ่มคนจาก 4 อาสา ที่ทำหน้าที่แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทุกคนทำได้เหมือนกันทั้งหมด หรือบางครั้งยังมีกลุ่มคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็น 4 อาสา ก็เข้ามามีบทบาทการทำงานร่วม เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

อสม.กับผู้ติดเชื้อ

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เริ่มเข้ามาทำหน้าที่ทั้งสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์ การให้ความรู้การป้องกัน และการเฝ้าระวังดูแล รักษา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จึงเริ่มต้นขึ้นนั้นก็หมายถึงการได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาไปด้วยไม่ใช่เป็นการเฝ้าระวังดูแลรักษาเพียงอย่างเดียว เพราะเอดส์เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความกลัว ตามมาด้วยความรังเกียจ ทำให้กลุ่มคนทำงานต้องมีการเรียนรู้ปัญหาและทางออกการแก้ไขที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน ปัญหาเอดส์เกิดขึ้นกับคนในชุมชน และบางครั้งเป็นญาติและครอบครัวตัวเอง การแก้ไขปัญหาเหล่านั้นจึงเป็นการเรียนรู้ทำความเข้าใจและทำงานที่เป็นเรื่องของชีวิตคนที่รู้คุ้นเคยใกล้ชิด กลุ่มคนทำงานได้เห็นปัญหาอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถทอดทิ้งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ให้อยู่ในชุมชนโดยลำพัง และนั่นเป็นที่มาที่สำคัญอีกอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เฝ้าระวังสุขภาพกาย สุขภาพใจ และการอยู่ร่วมในสังคม แต่ความสำคัญและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับการเฝ้าระวังเป็นเพียงเนื้องานแรกที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น การมองถึงแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน การมองถึงการป้องกันจึงเกิดขึ้นในคนที่ในกลุ่มเดิมที่ติดเชื้อและป่วยจากคนวัยแรงงาน พ่อบ้าน แม่บ้าน รวมถึงมองกลุ่มใหม่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ หนุ่มสาวและวัยรุ่น

การทำงานป้องกันเอดส์ในกลุ่มคนหนุ่มสาว เยาวชน จึงเริ่มต้นด้วยการให้เยาวชนเข้ามามีบทบาทร่วมกับกลุ่มคนทำงานสุขภาพชุมชนโดยใช้กลไกจากบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเยาวชน ที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวชักชวนและพร้อมใจให้เข้ามาช่วยกันทำงาน ในบทบาทที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเข้าทำหน้าที่หลากหลายและยังทำหน้าที่เชื่อมโยงประสานคนทำงานเรื่องสุขภาพในชุมชน และยังทำหน้าที่เรื่องงานเอดส์ในชุมชนที่มีประเด็นหลักทั้งทางด้านการดูแลรักษา และด้านการป้องกัน

จากการสัมภาษณ์ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จะนำเสนอกรณีอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ที่ทำงานด้านเอดส์ 2 คน โดยแยกส่วนจากเนื้อหา 2 ประเด็นในเรื่องการดูแลรักษา และการป้องกันเอดส์ในชุมชน

กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. กรณีที่ 1

เนตร (นามสมมติ) เล่าว่า การทำงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข ในสถานีนามัย ในช่วงแรก ๆ ที่ทำงานเรื่องเอดส์ เป็นไปตามทะเบียนที่มีรายชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคนเกี่ยวกับผู้ป่วยในชุมชน เป็นงานเรื่องให้ติดตามเรื่องดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ ครอบครัวยุติผู้ติดเชื้อทั้งด้านในความรู้ครอบครัวยุติ และตัวของผู้ติดเชื้อ การทำงานเน้นที่ไปออกเยี่ยมที่บ้านและเราทำงานเป็นทีม ในสมัยก่อน (ประมาณปี พ.ศ.2537-2539) นั้น ผู้ติดเชื้อและครอบครัวยุติจะไม่ให้ความร่วมมือกับทางอาสาสมัครสาธารณสุขเท่าไร ทำงานลำบากมาก ต้องใช้ความพยายามมากต้องพูดคุยเรื่องอื่น ๆ ก่อน หรือแม้กระทั่งไปเยี่ยมแต่ไม่สามารถเข้าถึงบ้านผู้ติดเชื้อได้ต้องถามคนที่บ้านติดกันและไปบ่อย ๆ บางครั้งวันเดียวกันไป 2-3 ครั้งก็มี กว่าจะได้ถึง ตัวผู้ติดเชื้อ ต้องทำงานหนักมาก บางครั้งผู้ติดเชื้อยอมรับแต่ครอบครัวยุติไม่ยอมรับ ครอบครัวยุติยอมรับผู้ติดเชื้อไม่ยอมรับ บางบ้านภรรยาไม่ยอมรับสามีไม่ยอมรับก็มีและเป็นส่วนใหญ่ด้วยที่สามียอมรับน้อยมากเรื่องการติดเชื้อเอดส์ ทำให้ทำงานลำบากเพราะถือว่าฝ่ายชายเป็นหัวหน้าครอบครัว

แต่ช่วงปลายปี 39-40 ก็เริ่มจะให้ความร่วมมือบ้าง บางครั้งไปประชุมได้ความรู้มาอยากจะถ่ายทอดประสบการณ์เลยมีการนัดการประชุมคนเข้าร่วมน้อย น้อยใจมากที่เขาไม่ค่อยเห็นความสำคัญที่มาร่วมแก้ไขปัญหายุติ หรือบางทีผู้ติดเชื้อก็ไม่มาเลยไม่ให้ความร่วมมือเลย ซึ่งไม่ใช่ครั้งเดียว คนทำงานน้อยบุคคลผู้ติดเชื้อไม่ค่อยมา อาจเป็นเพราะการไม่ยอมรับเรื่องเอดส์ช่วงนั้น ต้องมีการออกเยี่ยมบ่อย ๆ และตลอดเวลาทั้งกลางวัน กลางคืน และไปงานไหนก็พูดคุยเรื่องเอดส์ตลอดเป็นการถ่ายทอดให้ความรู้การป้องกันเป็นส่วนใหญ่ จะคุยว่าติดเชื้อแล้วไม่ตายง่าย ๆ และการติดเชื้อก็ไม่ใช้ติดกันง่าย ๆ ต้องพูดซ้ำ ๆ หลายที หลาย ๆ คน เพื่อให้ความรู้ไปด้วย มีงานศพ

ขึ้นบ้านใหม่ งานที่วัดเราก็ต้องหาเวลาที่เหมาะสมเรื่องเอดส์ตลาดเวลา รวมถึงการเห็นใจการให้กำลังใจผู้ติดเชื้อด้วยที่เราต้องพูด ซึ่งก็ต้องทำงานเป็นทีม

ในปี 2540-2542 เริ่มมีผู้เสียชีวิตมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในยุคนั้น หมู่บ้านหนึ่งจะมีผู้ติดเชื้อ 2-3 คน ซึ่ง จะมีอาสาสมัครสาธารณสุข 10-15 คน ที่ต้องช่วยกันดูแล แต่ก็นั่นแหละว่าอาสาสมัครสาธารณสุข บางคนก็ไม่สามารถช่วยงานได้ทั้งหมด จึงมีแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข มาทำงานร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นทีม โดยมอบหมายบทบาทเป็นแกนนำช่วยกันดูแลและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อ ครอบครัวและญาติผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีการหาทุนมาให้ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบด้วย แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ชาวบ้าน ที่แบ่งหน้าที่ประมาณ 2 -3 คนในหมู่บ้านให้ช่วยดูแลผู้ติดเชื้อญาติ โดยออกเยี่ยมอย่างต่อเนื่องแต่เราต้องทำควบคู่กับผู้ป่วยเรื่องจริงไปด้วยเพราะระยะแรกนั้น คนในชุมชนยังยอมรับผู้ติดเชื้อน้อยมาก

ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในชุมชนบางคนมาเปิดตัวกับทางเราว่าติดเชื้อ แต่ทางบ้านบางคนก็ไม่ว่าเราต้องออกเยี่ยมทั้งผู้ป่วยที่เรื้อรังด้วย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยสบายใจว่าเราทางอาสาสมัครสาธารณสุขออกเยี่ยมผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปในหมู่บ้าน พอทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งการออกเยี่ยมและออกไปให้ความรู้ เป็นกำลังใจกับผู้ป่วยมีทุนให้ผู้ติดเชื้อรักษาสุขภาพ ทุนให้ไปหาหมอตตามนัดที่โรงพยาบาลทุนการประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อ และทุนการศึกษาเด็กด้อยโอกาส จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้นและยอมรับจากผู้ติดเชื้อ ครอบครัว ญาติผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย เข้ามาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่สถานีนานามัยจัดขึ้น ทั้งการรณรงค์การป้องกัน การดูแลผู้ป่วยการประชุมกลุ่ม มอบทุนให้ความรู้เรื่องเอดส์และการประสานแหล่งงบประมาณ และช่วงระยะเวลาปี พ.ศ.2540-2543 มีทางองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เข้ามาทำงานร่วมกับทางสถานีนานามัย และให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเอดส์ขึ้น ทำให้มีกิจกรรมทั้งเรื่องการประชุม มอบทุนเรื่องเอดส์สุขภาพ รณรงค์ ในหมู่บ้านและตำบล ทั้งยังมีงบประมาณให้ผู้ได้ผลกระทบโดยมีการจัดตั้งกองทุนเด็กกำพร้า กองทุนผู้ป่วยเอดส์ งบประมาณสนับสนุนการประชุมคณะกรรมการเอดส์ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนภายใน และภายนอกพื้นที่ เพื่อการวางแผนงานเรื่องเอดส์

ในตอนนั้นเป็นช่วงที่ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานีนานามัยในชุมชน องค์กรการบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน เข้ามามีบทบาทค่อนข้างมากเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ เพราะชาวบ้านเห็นจากการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อมากขึ้น เด็กถูกผู้ติดเชื้อมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องดูแลเด็กมากขึ้น จึงร่วมการทำงานอย่างเต็มที่จากปี พ.ศ.2540-2549 จนทำให้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องมาตลอดทั้งเรื่องรณรงค์วันเอดส์โลก การให้ทุนการศึกษาเด็ก การให้การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และการให้ความรู้กลุ่มเด็ก/เยาวชน คนในชุมชน

ในอนาคตคิดว่าเป็นไปทางที่ดี ถึงแม้ปัจจุบันการทำงานเรื่องเอดส์จะมีกิจกรรมไม่มากเหมือนช่วงปี พ.ศ.2541-2543 แต่การทำงานยังมีอย่างต่อเนื่องและอย่างที่บอกว่าทาง องค์การบริหารส่วนตำบลมีงบประมาณให้เด็กผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ทุกปี มีงบประมาณสำหรับผู้ติดเชื้อ และมีงบประมาณรณรงค์วันเอดส์โลกจนถึงปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่าการทำงานที่มีการของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเป็นคนพื้นที่เพราะต้องรู้เรื่องที่เกิดขึ้นในชุมชนจึงสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ าจเหมือนกับหมอพื้นบ้านที่รู้ชีวิตคนในชุมชนซึ่งนั่นหมายความว่ารู้ตั้งแต่เกิด เป็นลูกใคร ครอบครัวใคร เมื่อตอนเป็นเด็กป่วยไหม เป็นอะไร และปัจจุบันมีอาชีพอะไร และต้องวิเคราะห์ความเป็นอยู่ด้วย หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จึงต้องมีอายุมาก

เช่นเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่แยกเป็นแกนนำตามหมู่บ้านเพื่อทราบความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจึงแทบจะอยู่ในสายตาตลอดเวลา รวมถึงการสืบเสาะค้นหาข้อมูลจากคนใกล้ชิด ญาติ คนข้างบ้านรู้จักติดกัน ที่เป็นแหล่งข้อมูลให้สามารถปฏิบัติและคอยดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึงต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ามามีบทบาทมากเท่าไร การทำงานเรื่องการดูแลก็เริ่มมีการยอมรับมากขึ้นและ อาสาสมัครสาธารณสุข บางท่านยังมีตำแหน่งที่เป็นหมอพื้นบ้านด้วย หรือบางที่เป็นลูกหลานของหมอพื้นบ้านนั้นก็หมายความว่ามีความรู้จากการสืบทอดองค์ความรู้การดูแลสุขภาพจากเรื่องสมุนไพรกับการดูแลสุขภาพไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขมีอาชีพและความถนัดหลากหลายเป็นข้อเด่นของการทำงานในพื้นที่เพราะเนื่องจากพื้นที่มีปัญหาที่หลากหลายเช่นเดียวกัน ความหลากหลายนั้น รวมถึง หลากหลาก อายุ เพศ และตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชนจึงเป็นข้อเด่น เพื่อการทำงานที่มีความหลากหลายเช่นเดียวกับอย่างกรณีตัวอย่างอีกกรณีหนึ่งที่ทำงานด้านสุขภาพเน้นเรื่องงานป้องกันและการประสานงานสุขภาพร่วมกับคนในชุมชน

กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. กรณีที่ 2

น้อย (นามสมมติ) เป็นคนที่อื่นย้ายมาอยู่ประมาณ 9-10 ปี และสนใจการทำงานเรื่องสุขภาพเป็นคนชอบทำงานด้านนี้ แต่ก็ต้องอาศัยคนพื้นที่เดิมอยู่และก็ต้องทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นทั้งแม่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข เวลาที่มีโครงการเข้ามาทั้งเรื่องเอดส์เรื่องอื่น ๆ ก็จะเข้าไปช่วยเหลือทีมงานตลอด ทั้งงานของสถานีอนามัย งานกลุ่มแม่บ้าน งานองค์การบริหารส่วนตำบล งานกลุ่มเยาวชน และกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน เพราะว่าเป็นคนชอบด้านนี้เลยจึงต้องมีการศึกษาบ่อย ๆ ไปอบรม ประชุม หาเอกสารที่เกี่ยวข้อง แลกเปลี่ยนการทำงานกับกลุ่มต่าง ๆ ศึกษาดูงาน

ทำงานอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันที่กำลังทำงานเป็นเรื่องการทำงานด้านการให้ความรู้เรื่องเอดส์ เป็นส่วนใหญ่แต่นั่นเรื่องการป้องกันในกลุ่มเยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้าน เพราะมีความถนัดเรื่องนี้ อย่างแม่บ้านที่สนิทกับเขาก็จะมาปรึกษาเรื่องสุขภาพตลอด แม้แต่เยาวชนที่เข้ามาหาและบ่อยมาก จะปรึกษาเรื่องสุขภาพของผู้หญิง การป้องกันการตั้งท้อง และป้องกันเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์ กับแฟน ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ความรู้พร้อมกับคำแนะนำการใช้ชีวิตของเยาวชนไปด้วย เพราะฉะนั้น ต้องศึกษาความรู้ตลอด

เนื่องจากเด็กและเยาวชนจะมีเรื่องใหม่ ๆ เข้ามาเราต้องมีข้อมูลติดตามทัน การปรึกษากับ เด็กเยาวชนนั้นไม่เหมือนกับผู้ใหญ่เขาไม่ต้องการให้ชี้แนะ บอกให้ทำ บอกให้หยุด แต่มักจะให้ คำตอบเป็นกลาง ๆ ไว้ เพื่อให้เขาตัดสินใจได้ว่าจะเลือกวิธีไหนเหมาะกับเขาที่สุด หรือบางครั้งก็จะ ชวนกลุ่มเพื่อนเขามาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยน บางครั้ง เพื่อนของเขามีประสบการณ์เดียวกันด้วย ซึ่ง ทำให้เขาสบายใจมากขึ้น และสามารถตัดสินใจเองได้จากการพูดคุยกันในวัยเดียวกัน

การทำงานระยะแรกก็มีปัญหาบ้างเพราะเรื่องเอดส์เป็นเรื่องที่พูดคุยกันมานานมาก ต้อง หาโครงการ กิจกรรม ด้านสุขภาพอื่นเข้ามาร่วม เพื่อให้เกิดความสนใจเพราะงานเอดส์เป็นงานที่ ทำตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 นานจนน่าเบื่อ การมาประชุมหลัง ๆ การอบรมความรู้เอดส์ชุมชนชาวบ้าน ไม่ค่อยจะเข้ามาร่วม มันซ้ำซากและจำเจ ผู้ติดเชื้อมีโอกาสหางบประมาณสนับสนุนตัวเองได้ มากขึ้น ความเดือดร้อนไม่มากเหมือนเก่า การยอมรับในสังคมก็มีมากขึ้น บางครั้งชาวบ้านที่ ยากจนไม่ติดเชื่อเขายังพูดกันเล่น ๆ ว่าติดเชื่อดีมีแต่คนมาหยิบยื่นให้ตลอด หรือผู้ติดเชื้อที่มี ความรู้ก็พัฒนาเป็นแกนนำเป็นวิทยากรให้ความรู้ชาวบ้านได้อีก บางคนมีโครงการกิจกรรมโดย ของงบประมาณเองได้ ซึ่งก็ดีสำหรับเขา บางคนไปทำงานเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับภาค รวมถึง ประเทศ ทำให้งานหรือกิจกรรมในชุมชนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนใหม่ซึ่งก็ไม่ได้หมายความว่าไม่ได้ ทำเรื่องเอดส์เลย กิจกรรมใหม่หมายถึงอาจเป็นเทคนิคการอบรม รูปแบบกิจกรรม เป็นเรื่องราว ที่ใกล้ตัวและเป็นเรื่องราวพูดถึงสุขภาพโดยรวมไม่ใช่เรื่องเอดส์อย่างเดียวล้วน ๆ เหมือน 9-10 ปี ก่อน ซึ่งงานลักษณะนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนที่จะมีความเคลื่อนไหวการดำเนินกิจกรรม โดยเฉพาะตัวเยาวชนเป็นกลุ่มที่สามารถคิดอะไรใหม่ได้ เช่น ทำหนังสือเรื่องสุขภาพของตัวเยาวชน เอง ทำศูนย์ข้อมูลเคลื่อนที่เล่าเรื่องสุขภาพเยาวชนด้วยกัน ฯลฯ ซึ่งเรื่องเหล่านี้ทางอาสาสมัคร สาธารณสุขเราก็จะเข้าร่วมโดยอาศัยจังหวะที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เยาวชนไว้วางใจได้ พร้อมทั้ง จะรับคำปรึกษาพร้อมแก้ปัญหาด้วยกัน

อย่างที่กล่าวมาแล้วเยาวชนจะมีเรื่องใหม่ ๆ เข้ามาปรึกษาบ่อยเพราะฉะนั้นคนทำงานที่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องมีการปรับตัว และรับข้อมูลทุก ๆ ด้าน จึงทำให้มีกลุ่มเพิ่มขึ้นที่จะ ทำงานร่วมกันเรื่องสุขภาพ แต่อาสาสมัครสาธารณสุข ก็มีหลายคนที่ยอมรับเรื่องนี้ได้และไม่ได้

การป้องกันงานสุขภาพเป็นงานที่ต้องใช้เวลาเหมือนกัน ความสำเร็จมักไม่เห็นเพราะไม่ใช่เป็นเรื่อง การมีทุนสำหรับผู้ติดเชื้อ และทุนสำหรับเด็ก ที่เห็นชัด แต่การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ เป็นการ ทำงานให้ความรู้และกักตุนเป็นเกรด เอ บี แบบนักเรียนไม่ได้ด้วยเช่นกันจะรู้ว่าได้ทำหรือไม่ก็ต่อเมื่อ มีเยาวชนมาแล้วเรื่องของเขาให้ตลอด จะมีแม่บ้านจะมาปรึกษาเสมอ คิดว่าเป็นการทำงานต่อเนื่อง และเป็นผลงานที่ได้ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

จะเห็นได้ว่าการประมวลสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการปรับการทำงานให้ เข้ากับปัญหาพื้นที่เกิดจากการได้เรียนรู้ปัญหาร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่องจึงให้เกิดแผนงานการ ดำเนินงานเชื่อมระหว่างกลุ่มในชุมชน ถึงแม้ว่าบางครั้งการทำงานอาจจะไม่เป็นไปตามที่คิดว่าเป็น บรูณาการทั้งหมดอาจเนื่องมาจากคนทำงานคิดคนละมุมและกิจกรรมที่ทำ ก็ไม่ได้ หมายความว่าไม่ได้เชื่อมโยงกัน กรณีที่บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขเริ่มมีการปรับการทำงาน ตัวของผู้ติดเชื้อก็เช่นเดียวกัน ก็มีการเปลี่ยนบทบาทจากผู้ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ให้บริการด้าน สุขภาพก็มี ความแตกต่างจุดนี้เองทำให้คนในชุมชนเริ่มมองถึงศักยภาพกลุ่มคนมากขึ้น

ผู้ติดเชื้อก็ไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ในชุมชนที่คนไม่ติดเชื้อ แต่ยังรอความช่วยเหลืออยู่ เช่นกัน เพราะเรามีระบบอุปถัมภ์ในสังคมอยู่ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อบางคนก็สามารถผลักดันตัวเองเข้า มาทำงานร่วมกับชุมชนอาจมาจากการที่อยากช่วยเหลือเพื่อนด้วยกัน ทั้งด้านการรักษากาย ใจ แม้การรักษาทางสังคม หรือบางที่ผู้ติดเชื้อเองพัฒนาศักยภาพให้สังคมยอมรับการมีส่วนร่วมการ ทำงานไม่ใช่รอรับการอนุเคราะห์อุปถัมภ์อย่างเดียวเป็นการพิสูจน์ตัวเองของผู้ติดเชื้ออย่างกรณี ตัวอย่างที่จะกล่าวในตอนต่อไป

กรณีศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ผู้ที่มีบทบาททางสังคม

“ความจริงก็ไม่ว่าจะพูดอย่างไรนานมากแล้วแต่คงลืมไม่ได้บางครั้งถูกถามมาก เริ่มเบื่อเหมือนกันแต่ทำอย่างไรได้เมื่อเราเป็นอย่างนี้ต้องยอมรับความจริงแม้บางครั้ง ต้องทำใจอยู่เรื่อย ๆ เป็นอย่างนี้ทุกที” เป็นคำกล่าวที่ได้ฟังจากคนที่คุ้นเคยนาน 7- 8 ปี เมื่อ ถูกถาม ถ้าหากเป็นคนอื่นที่ไม่คุ้นเคยกัน เขาจะเอ่ยคำไหนประโยคไหนยังติดคาในใจอยู่ เลยขอประมวลจากการพูดคุยมากกว่าเป็นประโยคสัมภาษณ์โดยตรง และจะใช้ประมวลการ พูดคุยอย่าง 2 กรณีตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขเช่นกัน

หญิง(นามสมมติ) เริ่มรู้ว่าตัวเองติดเชื้อประมาณปี พ.ศ.2539 จากสามี ซึ่งมีลูกด้วยกัน 1 คน ก็เหมือนคนอื่นทั่วไปที่หลังจากรู้ตัวติดเชื้อก็ไม่อยากให้ชุมชนสังคมรับรู้ ช่วงนั้นเป็นช่วงที่ ต้องต่อสู้กับการไม่ยอมรับของคนติดเชื้อในชุมชน ทำให้วางตัวลำบากมาก กลัวกระทบถึงลูก แม้

ผลกระทบอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขปรับเปลี่ยน คือ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เคยได้รับสิทธิพิเศษสามารถรักษาสุขภาพฟรีโดยตามเงื่อนไขของบัตรที่ได้รับ แต่เมื่อเกิดนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเข้ามาอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนเห็นว่าประโยชน์ในการใช้ตำแหน่งลดน้อยลง งานที่ได้รับมอบหมายเท่าเดิม และอาจเพิ่มขึ้นในกรณีอื่น ๆ ที่เข้ามามีผลกระทบกับกลุ่มทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขหลายคนลาออกจากตำแหน่งหรือมีเวลาการทำงานร่วมกันน้อยไปด้วย การให้ความสำคัญในฐานะที่สามารถใช้ประโยชน์จากตำแหน่งกับการให้ความสำคัญเป็นผู้ดูแลคนในชุมชน เป็นวิธีคิดที่แตกต่างกันซึ่งเราก็ไม่สามารถรับรู้ถึงข้อมูลความคิดในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดได้ แต่เท่าที่ผ่านมาการให้อาสาสมัครสาธารณสุขก็มีบทบาทตามความเหมาะสมกับงานและได้รับความชื่นชมจากคนส่วนใหญ่ที่ทำงานในชุมชน

การให้ความสำคัญการดูแลรักษาแบบเครือญาติและพร้อมที่จะพัฒนาตามศักยภาพเพิ่มความรู้ทักษะการทำงานและให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันและการดูแลไปควบคู่พร้อม ๆ กันไป โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ให้สอดคล้องกับคนทำงานที่เรียกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขก็จะเป็นประโยชน์ทั้งตัวอาสาสมัครสาธารณสุขและคนในชุมชน บางครั้งคนในชุมชนขาดการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพทั้งความรู้เบื้องต้นและสิทธิที่จำเป็นต่อสุขภาพ ฉะนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขต้องเป็น **อสม.ญ** ความรู้สึกความเป็นเครือญาติในชุมชน และความละเอียดอ่อนบทบาทที่เป็นผู้หญิงและละเอียดอ่อนแบบเพศแม่ **อสม.ย** ความรู้สึกการเยียวยา เยี่ยมเยียน ที่มีความรักความเอาใจใส่ต่อคนในชุมชนการให้กำลังใจกับคนที่ประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีความสำคัญทั้ง 2 ในบางครั้งอาจไม่ใช่ตำแหน่งหน้าที่มาเกี่ยวข้องแต่อย่างใด แต่เป็น **การใช้หัวใจความรู้สึกเป็นญาติ พี่ น้อง พร้อมที่จะรักษาดูแลเยียวยา** ซึ่งถือว่าเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ของคนในชุมชน

กรณีศึกษาที่ 5

อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) : กลไกการเข้าถึง
สิทธิบริการสุขภาพอนามัยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
จังหวัดสมุทรสาคร

โดย สมพงศ์ สระแก้ว และ ปวิมา ตั้งปรัชญากุล

อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) :
กลไกการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพอนามัยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร

สมพงศ์ สระแก้ว*
ปัทมา ตั้งปรัชญากุล*

สถานการณ์แรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย กำลังเป็นประเด็นของประชาคมโลก การเคลื่อนย้ายแรงงานจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งเพื่อแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า เช่นเดียวกัน ประเทศไทย มีแรงงานข้ามจากประเทศเพื่อนบ้านในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณการณ์จำนวนอาจมากถึง 5 ล้านคน นั้นหมายถึงประเทศไทยต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดีต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติในมิติต่างๆ ที่ต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก มิได้คำนึงถึงเฉพาะการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ความต้องการแรงงานไม่สิ้นสุด การจับกุมผลักดันที่ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การย้ายถิ่นที่ปลอดภัย การได้รับการปฏิบัติที่ดี การคุ้มครองสิทธิที่พึงมีและพึงได้รับการช่วยเหลือในกระบวนการยุติธรรม ดังนั้น หากพูดถึงแรงงานข้ามชาติ จึงเป็นการพูดถึงในบริบทแบบองค์รวม ที่ต้องมองในเชิงโครงสร้างนโยบาย สังคม และชุมชน ร่วมด้วย

ที่ผ่านมา แรงงานข้ามชาติ และครอบครัว และผู้ติดตาม ถูกนิยามจากผู้คนหลายๆ กลุ่มและหลากหลายทัศนคติทั้งเชิงลบและเชิงบวก สำหรับผู้ที่มองในด้านลบ ก็มองว่าเป็นแรงงานไร้ฝีมือ มาแย่งงานคนไทย นำโรคติดต่อเข้ามา มาสร้างปัญหาอาชญากรรม นำบุตรและลูกหลานเข้ามา ไม่มีการวางแผนครอบครัว จึงทำให้เกิดในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก สร้างปัญหาต่อเนื่องในระยะยาว ในเรื่องสถานะบุคคล เป็นต้น กระนั้นเอง ผู้ที่มองว่า แรงงานข้ามชาติก็เป็นคุณภาพประชากร สร้างเศรษฐกิจของประเทศแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ประกอบกับประเทศไทยขาดแคลนแรงงาน ถึงจำเป็นต้องดำเนินการทำข้อตกลงร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้าน 3 สัญชาติ คือ พม่า กัมพูชา และลาว ซึ่งปัจจุบันการนำเข้าแรงงานแบบถูกกฎหมาย ผ่านระบบการจัดทำพาสปอร์ต วีซ่า เพื่อขออนุญาตทำงานในประเทศได้ ขณะนี้ไทยสามารถดำเนินการได้เฉพาะกับลาว และกัมพูชาเท่านั้น ส่วนพม่ายังไม่สามารถดำเนินการนำเข้าแรงงานแบบถูกกฎหมายได้

แรงงานข้ามชาติยังเป็นประเด็นปัญหาใหญ่ของประเทศไทย นโยบายของรัฐบาลในแต่ละปีก็ยังไม่สามารถมองปัญหาได้อย่างรอบด้าน เพียงแค่ทำอย่างไรให้แรงงานข้ามชาติมาเข้าสู่การจดทะเบียนแรงงาน เพื่อขอใบอนุญาตทำงานเท่านั้น แต่การบริหารจัดการด้านอื่น ๆ ยังประสบปัญหาคือ

* เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพชีวิตแรงงาน จังหวัดสมุทรสาคร

แรงงานไม่ได้รับบริการรักษาพยาบาลที่ดี เท่าเทียม แม้ว่าส่วนหนึ่งแรงงานได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม สิทธิแรงงานไม่ได้รับการคุ้มครองที่ดีในแง่การปฏิบัติใช้กฎหมาย การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาเด็กต่างชาติ แรงงานข้ามชาติถูกเป็นเหยื่อค้ามนุษย์ ถูกบังคับใช้แรงงานเยี่ยงทาส ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับแรงงาน ยังเป็นปัญหายืดเยื้อต่อเนื่อง ขาดหน่วยงานทั้งรัฐ และเอกชนที่ให้ความสนใจจริงๆ

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้ นโยบายต่าง ๆ ที่ออกมาในช่วงสองปีที่ผ่านมา ทำให้แรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งเข้าถึงสิทธิแรงงานอยู่บ้าง เข้าถึงสุขภาพอนามัยส่วนหนึ่ง เด็กต่างชาติเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาส่วนหนึ่ง ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมา ยังเป็นอุปสรรคในระดับการนำนโยบายไปปฏิบัติใช้ในระดับปฏิบัติการในพื้นที่แต่ละจังหวัด

แรงงานข้ามชาติที่สมุทรสาคร

สภาพการดำรงอยู่ของแรงงานข้ามชาติ ด้านการบริหารคุ้มครอง และมีมุมมองด้านความมั่นคงของมนุษย์¹ จากสถานการณ์ด้านแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา หากกล่าวอย่างตรงไปตรงมาพบว่า มีทัศนคติมุมมองจากหลายภาคส่วนตั้งแต่ผู้มีความต้องการใช้แรงงาน นายจ้าง ที่สะท้อนถึงปัญหาการขาดแคลนแรงงาน แรงงานไม่พอใช้ รัฐบาลไม่เข้าใจปัญหาความต้องการของผู้ประกอบการธุรกิจ รัฐบาลซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายพยายามที่จะกำหนดให้ บังคับใช้กฎหมาย ออกมติคณะรัฐมนตรีปีต่อปี ที่จะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตาม และพยายามที่จะให้มาตรการต่าง ๆ สอดคล้องกับสภาวะทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน นักวิชาการจากหลายสำนักศึกษาเชิงประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอประเด็นในเชิงนโยบาย ส่วนนักพัฒนาจากองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งใน และต่างประเทศ ที่มีความพยายามทำงานเพื่อให้แรงงานได้เข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับตามหลักการสิทธิมนุษยชน ตามกฎหมายของไทย ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องต่าง ๆ ตามอนุสัญญาต่าง ๆ ที่ไทยได้ทำข้อตกลงไว้กับนานาประเทศ และรวมถึงการที่ไทยทำบันทึกข้อตกลงร่วมมือกับ 3 ประเทศเพื่อนบ้านข้างต้น

อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติ เป็นประเด็นระดับชาติ ที่ทุกคนมีส่วนเกี่ยวข้อง เริ่มจากมุมมองว่า แรงงานข้ามชาติมีใช้ปัญหาก่อนลำดับแรก เพราะปัญหาไม่ได้เกิดจากแรงงานแต่เพียงฝ่ายเดียว เกิดจากอุปสงค์ อุปทาน ที่ต้นทางปลายทาง หากแต่เริ่มมองว่า ทำไมแรงงานข้ามชาติถึงหลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทยจำนวนมาก ด้วยต้นทุน สาเหตุใด และความเป็นรัฐไทยจะแสดงความเป็นรัฐที่เข้าใจปัญหาถ้อยแถลงอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างไร รัฐไทยต้องปรับทัศนคติใหม่เรื่องอะไรบ้าง จะต้องบริหารคุ้มครองแรงงานข้ามชาติในฐานะที่ปฏิเสธไม่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ภาพของสังคมไทย

¹ เป็นประเด็นเนื้อหาจากเอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง ประเทศไทยกับความมั่นคงของมนุษย์: จุดยืนและก้าวต่อไป โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วันที่ 8-9 พฤษภาคม 2549 ณ โรงแรมปรีชาเลซ กรุงเทพมหานคร

ไปแล้ว องค์การพัฒนาเอกชน เหมือนผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับแรงงานข้ามชาติ จะสามารถมองปัญหาของแรงงานอย่างทะลุปรุโปร่งรอบด้าน ถ่องแท้ รวมถึงการนำเสนอประเด็นทางนโยบายที่เอื้อต่อการคุ้มครองต่อแรงงาน การเสนอเพิ่มบทบาทสำคัญของรัฐไทยในการเคารพลสิทธิมนุษยชนต่อประชาคมโลก

ที่กล่าวมาข้างต้น จะนำเสนออย่างตรงไปตรงมาว่า ไม่ว่าจะเป็นใคร มีความเกี่ยวข้องมากน้อยแค่ไหน มีผลประโยชน์ร่วมหรือไม่อย่างไร จะต้องมองด้วยหัวใจที่เป็นธรรม การเคารพลสิทธิความเป็นมนุษย์ การไม่เลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม แห่งที่มาของการอพยพย้ายถิ่นเพื่อการแสวงหาความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตที่ดี การเข้าใจในความเป็นคน เป็นเบื้องต้น ซึ่งจะสะท้อนถึงความคิดในเชิงบวก จะนำมาซึ่งการปฏิบัติที่ดีต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยโดยรวม

จังหวัดสมุทรสาครกับแรงงานข้ามชาติ

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดติดชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย มีพื้นที่ครอบคลุม 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอกระทุ่มแบน และอำเภอบ้านแพ้ว มีจำนวนประชากรในพื้นที่จำนวน 501,891 คน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจำนวน 340,699 คน และมีประชากรย้ายถิ่นจากทั่วทุกภาคในประเทศไทยมาเป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรมกว่า 6,603 แห่ง ในจำนวนนี้มีแรงงานที่มาจากจังหวัดแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดถึงร้อยละ 46.61 และภาคกลางรองลงมาคือร้อยละ 14.46

เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาคร เป็นแหล่งอุตสาหกรรมส่งออกอาหารทะเล จึงมีแรงงานย้ายถิ่นที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก 3 ประเทศคือ พม่า ลาว และกัมพูชา เข้ามาทำงานจำนวนมาก จากมติคณะรัฐมนตรีปี 2547 มาจดทะเบียนราษฎรต่างด้าว จำนวน 104,417 คน และจากมติคณะรัฐมนตรีปี 2548 มีนายจ้างแจ้งจดทะเบียนนายจ้าง 6,031 ราย มีความต้องการแรงงานข้ามชาติ 184,960 คน มีนายจ้างที่แจ้งขอใบอนุญาตทำงานให้คนต่างด้าวจำนวน 73,896 คน แยกเป็นพม่า 69,455 คน ลาว 3,771 คน และกัมพูชา 670 คน² แรงงานส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคอุตสาหกรรมต่อเนื่องประมงมากกว่าร้อยละ 50 แต่ทั้งนี้ จะสังเกตได้ว่า ปัจจุบัน ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยเฉพาะเขตอำเภอเมือง และกระทุ่มแบน มีการขยายกิจการอุตสาหกรรมจำนวนมาก การขาดแคลนแรงงาน นายจ้างมีความต้องการแรงงานจำนวนมาก

ดังนั้น แรงงานข้ามชาติ ถือว่าเป็นปัจจัยความต้องการหลัก จึงทำให้เกิดการไหลทะลักแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านมาทำงานในสถานะที่ผิดกฎหมายจำนวนมาก กล่าวได้ว่า อาจมากกว่า 1 เท่า ของแรงงานที่มีการจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน

² ข้อมูลจากจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร ปี 2549

สถานการณ์แรงงานข้ามชาติที่พบในปี 2548

ภายหลังจากการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติปี 2548 สิ้นสุดลง รัฐบาลมีนโยบายการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ ตามมาตรการในระยะที่ 2 มีการกำหนดให้คนต่างด้าวดำเนินการพิสูจน์สัญชาติเพื่อปรับเปลี่ยนสถานะให้คนต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายทั่วประเทศ จังหวัดสมุทรสาครได้มีหน่วยพิสูจน์สัญชาติของทางรัฐบาลลาว เข้ามาพิสูจน์สัญชาติเพื่อรับรองสถานะของคนต่างด้าวสัญชาติลาว ซึ่งมีแรงงานลาวมาแจ้งและได้รับการรับรองสถานะจำนวน 1,976 คน ส่วนแรงงานสัญชาติพม่า และกัมพูชา ยังไม่มีความคืบหน้าแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม สภาพปัญหาของแรงงานข้ามชาติ แม้ว่า แรงงานจะได้รับการจดทะเบียนแรงงานใบอนุญาตทำงาน ปัญหายังมีติดตามมาอีกมาก จากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร คือ

- แรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งไม่ได้รับบัตรตัวจริง เช่น ใบทะเบียนราษฎรต่างด้าว หรือ ทร. 38/1 ใบเสร็จรับเงินค่าจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน บัตรพาสติก ตท. 10 (บางรายแรงงานได้รับบัตรตัวจริง แต่ถือน้อยมาก) เหตุผลหลักที่แรงงานข้ามชาติไม่ได้รับบัตรตัวจริงจากนายจ้างคือนายจ้างอ้างว่า เกรงว่าลูกจ้างจะหนีออกจากงาน ไปหางานทำที่อื่น และจะสามารถควบคุมได้ง่าย ส่วนบัตรประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่แรงงานได้รับบัตรจริงจากโรงพยาบาลที่ให้ประกันสุขภาพในกรอบการรักษา 30 รักษาทุกโรค

- แรงงานข้ามชาติ ประสบปัญหาไม่สามารถเปลี่ยนนายจ้างได้ เนื่องจากบางกิจการผู้ประกอบการเจตนาจงใจ ไม่ต้องการให้ลูกจ้างลาออก หรือออกจากสถานที่ทำงานของตน อาจสืบเนื่องจากแรงงานไม่สามารถทนสภาพการจ้างงานได้ ไม่ได้รับสวัสดิการที่ดีเพียงพอ ได้รับค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐานการจ้างงานค่าจ้างขั้นต่ำของจังหวัด ต้องการย้ายไปอยู่ใกล้ครอบครัวที่พัก และต้องการเปลี่ยนด้วยแรงจูงใจจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน ได้รับค่าจ้างตามมาตรฐาน ค่าล่วงเวลา ระบบสวัสดิการที่ดีพอ ซึ่งทำให้ผู้ประกอบการรายย่อยประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานกรณีนี้ เช่นกัน อย่างไรก็ตาม นายจ้างพยายามที่จะไม่ดำเนินการแจ้งออกให้แรงงานเพื่อย้ายงานไปทำสถานที่อื่น และนายจ้างใหม่ไม่สามารถรับลูกจ้างใหม่ได้ แต่ที่ผ่านมา นายจ้างที่มีความต้องการสูง ไม่ได้สนใจว่า แรงงานจะมีใบแจ้งออกหรือไม่ก็ตาม

- ปัญหาเกี่ยวกับนายหน้าที่เป็นกระบวนการดำเนินการจดทะเบียนแรงงาน บางรายไม่ได้ไปดำเนินการต่อขอใบอนุญาตทำงานที่จัดหางานจังหวัด เมื่อแรงงานประสบปัญหาการย้ายงานแรงงานไปขอคัดสำเนา แต่ค้นหลักฐานเอกสารไม่พบ อีกทั้งพบว่า มีการทำงานเป็นกระบวนการกระทั่งใบเสร็จที่ออกให้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัด มีผู้ไม่หวังดีจัดทำเป็นเอกสารปลอม เพื่อให้แรงงาน หลังจากกรณีที่แรงงานจ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว ซึ่งก่อนหน้านี้ เมื่อปี 2547 มีกระบวนการที่ทำใบทะเบียนราษฎรต่างด้าวปลอม สวมบัตร เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ในทางมิชอบ

■ ปัญหาเรื่องบัตรอนุญาตทำงาน ที่ทางกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยออกให้ แต่ล่าช้าในส่วนที่ดำเนินการเสร็จแล้ว แรงงานจำนวนมากถูกนายจ้างเก็บไว้ และอีกจำนวนมากยังไม่ได้รับ จึงส่งผลต่อการตรวจจับกุมแรงงานที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน เจ้าหน้าที่ตำรวจจึงใช้ดุลยพินิจจับกุมไว้ก่อน และให้ทางผู้ประกอบการมาดำเนินการประกันตัวออกมา ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่ง ดังนั้น การจับกุมของเจ้าหน้าที่ตำรวจส่งผลต่อนายจ้างอยู่พอสมควร

สภาพปัญหาแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ และครอบครัวในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า มาจากความหลากหลายชาติพันธุ์ ซึ่งมีเชื้อชาติพม่า มอญ กระเหรี่ยง ทะวาย คะฉิ่น แต่ในกลุ่มแรงงานที่เป็นเชื้อชาติมอญมีมากกว่าร้อยละ 70 กระจายปะปนตามแหล่งงานทั่วไป

สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของจังหวัดสมุทรสาคร นั้น ปัญหาหลักๆ ที่พบคือ แม้ว่าแรงงานได้มาจดทะเบียนจำนวนมาก แต่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าแรงงานอยู่ที่ไหน การเป็นอยู่ที่ไหนหลักเป็นแหล่งอย่างไร ทั้งนี้ แรงงานจำนวนมากมีการเปลี่ยนสถานที่พัก หรือปรับเปลี่ยนตามนายจ้าง ยังขาดระบบฐานข้อมูลแรงงานข้ามชาติ และการเชื่อมต่อกับระดับการจัดการที่เกี่ยวข้องในจังหวัด ปัญหาต่อมา คือ จากสภาพความเป็นอยู่ของแรงงานข้ามชาติกระจัดกระจายตามชุมชนเล็กจนถึงชุมชนขนาดใหญ่ กลมกลืนกับประชากรไทย การจัดการเชิงระบบที่สามารถบริหารจัดการ ไม่สามารถเข้าถึงการจัดการ คัดกรอง ดูแล อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะเรื่อง สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะ ปัญหาด้านสาธารณสุขในแรงงาน และปัจจุบันทางจังหวัดสมุทรสาคร โดยผู้ว่าราชการจังหวัด ได้ให้ความใส่ใจมิติด้านการบริหารคุ้มครองแรงงานอย่างเป็นรูปธรรม

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความพยายามที่จะจัดให้มีการจัดการศึกษาบุคคล ในกลุ่มเด็กต่างชาติ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนับสนุนให้เด็กสามารถเข้าเรียนในระบบโรงเรียน และการจัดการศึกษาที่เหมาะสมตามสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของแรงงาน รวมถึงความพร้อมของครอบครัว ผู้ปกครอง แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มเด็กดังกล่าว ยังไม่สามารถเข้าถึงได้มากนัก ตั้งแต่ข้อมูลด้านจำนวนที่แท้จริง กลุ่มอายุ การเข้าถึงบริการของรัฐด้านต่าง ๆ และทางจังหวัดยังให้ความสนใจกับประเด็นการอยู่ร่วมกันในสังคม การสร้างกลไกตัวแทนแรงงาน อาสาสมัครแรงงานมาช่วยทำงาน รับผิดชอบสังคมร่วมกัน และการรณรงค์รักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชน และตัวแทนแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวแรงงานข้ามชาติ ในระยะที่ผ่านมา ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนย้ายงาน หรือเปลี่ยนนายจ้าง แรงงานโดยส่วนใหญ่ประสบปัญหาไม่ได้รับบัตรแสดงสถานะทางกฎหมายของตัวเองจากแรงงาน ส่งผลถึงการไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิตามมา หากเกิดปัญหาถูกจับ

ต้องพึ่งตนเอง หรือจ้างนายจ้างเพื่อประกันตัวออกมาทำงานต่อ ส่วนการไม่ได้รับคุ้มครองสิทธิแรงงานตามพระราชบัญญัติ ยังคงมีผู้ประสบปัญหามาปรึกษาขอความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาการละเมิดทางเพศมีทั้งการละเมิดทางเพศกลุ่มแรงงานด้วยกันเอง และถูกคนไทยทำร้ายร่างกาย ไม่ได้รับความเป็นธรรม ซึ่งปัญหาของแรงงานข้างต้น ยังไม่มีกลไกการคุ้มครองสิทธิ หรือกลไกเชิงประสานงานอย่างเป็นทางการช่วยเหลือทางกฎหมายที่ต่อเนื่อง ผู้ประสบปัญหาต่างๆ ในจำนวนมาก ขาดการได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมหรือถูกระทำให้ปัญหาคลี่คลายไปเองในระบบสังคมของแรงงาน ปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถมองข้ามไปคือ แรงงานส่วนใหญ่ยังไม่รู้สิทธิ และใช้สิทธิของตัวเองตามที่รัฐบาลไทยให้สิทธิที่พึงมีพึงได้

ปัญหาต่อมา คือ กลุ่มเด็ก ผู้ติดตาม และกลุ่มแรงงานเด็ก เด็กต่างชาติจำนวนมากทั้งที่จดทะเบียนราษฎรต่างด้าว และไม่ได้จดทะเบียนจำนวนมาก บริการด้านสุขภาพจะเข้าไม่ถึง และการได้รับโอกาสทางการศึกษาที่เหมาะสม หรือการศึกษาทางเลือก ประกอบกับส่วนหนึ่งการเคลื่อนย้ายเด็กกลับสู่ภูมิลำเนา ประเทศต้นทางไปเข้าเรียนต่อเพราะในพื้นที่ยังไม่มีโอกาส หรือสถานที่สะดวกให้เรียนหนังสือ และเด็กจำนวนมากเข้าสู่ระบบแรงงาน เป็นแรงงานเด็กในสถานประกอบการ ขนาดเล็กตามบ้านมีจำนวนคนงานไม่เกิน 200 คน รับงาน เช่น แกะกุ้ง ตกหมึก ลอกหมึก ทำลูกชิ้น ฯลฯ ภาษาถิ่น เรียกว่า “ลั้ง” และโรงงานขนาดกลาง สาเหตุหนึ่งที่เด็กเข้าสู่ระบบแรงงานคือ ความขาดแคลนแรงงานในกิจการต่อเนื่องประมงทะเล และการต้องการเอาตัวรอดในแบบแผนการดำเนินชีวิตของแรงงานในชีวิตประจำวันเอง

มิติเชิงสังคมของแรงงานข้ามชาติกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

การเข้ามาทำงานของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า เข้ามาทำงานและพักอาศัยกระจุกตัวอยู่ในเขตเทศบาลนครเมืองสมุทรสาคร และเขตปกครองท้องถิ่น ในอำเภอเมืองสมุทรสาคร ส่งผลให้เกิดปัญหาที่เกิดจากตัวแรงงานข้ามชาติ เช่น การอุบัติขึ้นของโรคติดต่อ การไม่ทราบแนวทางปฏิบัติการมีส่วนร่วมอยู่อาศัย การไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย การทิ้งขยะ น้ำทิ้งจากที่พัก การขาดสุขลักษณะ สุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี และการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ลั้ง โรงงานขนาดเล็กและกลาง เกิดขึ้นจำนวนมาก และจังหวัดไม่ได้จัดวางผังที่ดีพอทำให้สภาพแวดล้อมในชุมชน ไม่ได้รับการใส่ใจเท่าที่ควร ดังนั้น ปัญหาน้ำเสียในแม่น้ำลำคลองมีจำนวนมาก ขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลที่ไม่สามารถย่อยสลายได้

ในที่นี้ จะวิเคราะห์จากสภาพแบบแผนการดำเนินชีวิตของแรงงานข้ามชาติดังนี้

1. **แบบแผนการทำงาน** แรงงานข้ามชาติทำงานตามสภาพแวดล้อมที่สถานประกอบการจัดให้ตามเงื่อนไขและข้อจำกัดต่างๆ หากผู้ทำงานในลั้ง โรงงานขนาดเล็ก จะค่อนข้างไม่เข้มงวดเท่าใดนัก ช่วงเวลาทำงานไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับวัตถุดิบที่มีมากหรือน้อย หากมีจำนวนมาก แรงงาน

จะต้องทำให้เสร็จ แม้ว่าจำนวนชั่วโมงที่ยาวนาน รายได้ขึ้นอยู่กับความสามารถ ทักษะพิเศษ เช่น การแกะกึ่ง เป็นต้น ทางผู้ประกอบการจะให้ค่าตอบแทนเป็นรายเหมา กิโล ซึ่งจะทำให้การตกลงราคา อาทิ กิโลกรัมละ 5-8 บาท หากในแต่ละวันสามารถแกะกึ่งได้จำนวนมาก นั้นหมายถึง การได้รับค่าจ้างมากด้วยเช่นกัน ดังนั้น ช่วงเวลาการทำงาน ขึ้นอยู่กับสถานที่ บางแห่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 03.00 น. เป็นต้นไป บางแห่งเริ่ม 06.00 น. และเลิกงานหลังจากวัดฤดูบิที่แกะหมดสิ้นในแต่ละวัน

2. แบบแผนด้านความรู้ แรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร มากกว่าร้อยละ 70 เป็นกลุ่มแรงงานชาติพันธุ์มอญ รองลงมา คือ พม่า ดังนั้น สื่อภาษามอญ มีน้อยมาก หรือแทบจะไม่มี ส่วนใหญ่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขจะผลิตสื่อเอกสารเป็นภาษาพม่า ประกอบกับการแสวงหาความรู้ของแรงงานยังมีข้อจำกัด การศึกษาของแรงงานมีการศึกษาน้อย ภาษาที่ใช้จะเป็นภาษาพูดมากกว่าการเขียนและการอ่าน ดังนั้น เมื่อมีสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน เช่น การขึ้นทะเบียนแรงงาน มติคณะรัฐมนตรี ประกาศต่างๆ จึงจำเป็นต้องใช้การประชุมเพื่อการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจร่วม ส่วนการแสวงหาความรู้ จะเป็นทางด้านการบันเทิงเริงรมณ์มากกว่า สังเกตได้จากสถานที่พักมากกว่าร้อยละ 50 จะมีเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น ทีวี เครื่องเล่นวีซีดี เป็นต้น

3. แบบแผนการใช้บริการสุขภาพ แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน ส่วนใหญ่จะได้การประกันสุขภาพ มีบัตรประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนที่รับขึ้นประกันสุขภาพทำงาน เมื่อแรงงานประสบปัญหาด้านการเจ็บป่วยก็สามารถไปใช้บริการของโรงพยาบาลได้ แต่ในรายที่แรงงานไม่ได้จดทะเบียนแรงงานจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ แต่สามารถใช้บริการสุขภาพในคลินิกเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนได้ แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตามปกติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าส่วนหนึ่งมีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนหนึ่งไม่มีเนื่องจากเข้าเมืองผิดกฎหมาย แรงงานข้ามชาติก็ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่มากนัก มีสาเหตุจากหลายประการ เช่น ความเชื่อในการรักษา หากการรักษาของแพทย์ พยาบาล ให้เพียงยารักษาโรคพื้นฐาน ก็จะไม่ค่อยนิยมกัน แรงงานเชื่อว่าการรักษาทุกครั้ง แพทย์ หรือพยาบาลจะต้องมีการฉีดยาให้ จึงจะรู้สึกว่าเป็นการรักษา และหายได้ หรือหากไม่เจ็บไข้หนักหนาสาหัสจริงๆ ก็จะไม่ค่อยไปใช้บริการรักษา ส่วนหนึ่งแรงงานข้ามชาติจะพึ่งพาหมอพื้นบ้าน หมอไสยศาสตร์ตามความเชื่อของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมา กระทั่ง ผู้หญิงแรงงานที่ตั้งครรภ์ ยังต้องพึ่งหมอตำแยในชุมชนแรงงาน ซึ่งเป็นผู้ติดตามมาดูแล ลูกหลาน การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ ที่จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องก็ถือว่า ได้รับน้อยมาก จึงทำให้แรงงานต้องพึ่งการดูแลสุขภาพตนเองสูงมากพอสมควร

4. แบบแผนการจัดความเครียด แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ประสบปัญหาเรื่องความเครียดมาก เป็นอันดับต้นๆ อาทิ เครียดจากการทำงานหนัก จากการรับผิดชอบหนี้สินที่เกิดจากการเข้ามาเพื่อใช้ค่านายหน้า การกู้เงินนอกระบบ การกลัวถูกจับ การเปลี่ยนหรือย้ายนายจ้าง การถูกเอารัด

เอาเปรียบอยู่เสมอจากผู้แสวงหาผลประโยชน์ทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น การจัดการความเครียดจากการพักผ่อน หรือกับเพื่อน และให้กำลังใจตนเอง

5. แบบแผนด้านสิ่งแวดล้อม แรงงานข้ามชาติกับสภาพความเป็นอยู่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานที่ ชุมชน หรือสถานที่ที่ผู้ประกอบการจัดหาให้ เช่น บางแห่ง ความเป็นอยู่ลักษณะเหมือนชุมชนแออัด บางแห่งอยู่ในอาคารคอนกรีต หรือแฟลต บางแห่งอยู่ในโรงงาน แต่ละแห่งที่มีความคล้ายคลึงบางอย่างคือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ดังนั้น จะเห็นภาพความสกปรก มีขยะทิ้งข้างสถานที่พัก ปล่องน้ำเสียลงแม่น้ำลำคลอง ห้องพักที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่จะอยู่ด้วยทั้งหญิง และชาย ประมาณ 6-10 คน เป็นอย่างน้อย ดังนั้น สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงจะส่งผลต่อสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต เป็นต้น

6. แบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ แรงงานข้ามชาติ และครอบครัว ผู้ติดตาม หลังจากการเลิกงาน บางคนต้องทำงานกะกลางคืน พักผ่อนตอนกลางวัน บางคนทำงานเวลา 01.00 น. เป็นต้นไป มีเวลาพักผ่อนช่วงเย็นหลังเลิกงาน หรือบางคนทำงานหลายแห่ง เวลาพักผ่อนน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตาม สังเกตเห็นในแต่ละชุมชน เวลาประมาณ 15.00 น. เป็นต้น เป็นช่วงพักผ่อนเป็นส่วนใหญ่ จะเห็นภาพการมาออกกำลังกาย เล่นกีฬา พบปะเพื่อนฝูง ดื่มเหล้าเปียร์ ร้องคาราโอเกะ และที่พบมากคือ การเสพยาเสพติด ซึ่งเป็นวัฒนธรรมการกินหมากของแรงงานพม่า มอญ มีร้านค้าขายหมากอยู่ในชุมชนที่มีแรงงานอยู่เป็นจำนวนมาก

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ 6 แบบแผนการดำเนินชีวิตของแรงงานข้ามชาติ จะเห็นได้ว่า แรงงานข้ามชาติชาวพม่า ที่เข้ามาแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า พบทั้งสิ่งที่ปรารถนา พึงพอใจกับการเป็นแรงงานได้รับค่าจ้างที่มากกว่าที่ประเทศที่อยู่ต้นทาง แต่ก็พบปัญหาที่หลากหลาย ทั้งที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารจัดการระดับจังหวัด การปฏิบัติตามนโยบายแรงงานที่ถือว่า เอื้อในระดับหนึ่ง แต่ไม่ดีพอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องหาแนวทางในการดำเนินการแก้ไขต่อไป

เด็กข้ามชาติ³ : ภาพที่ปรากฏในบริบทพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร

เด็กข้ามชาติ เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านพม่า เกิดที่พม่า และติดตามครอบครัวแรงงานเข้ามาทำงาน พักอาศัย และมีเด็กอีกกลุ่มหนึ่งเกิดในประเทศไทย ดังนั้นภาพที่ปรากฏชัดว่า เราไม่สามารถแยกเด็กออกจากครอบครัวได้ หรือทัศนะยะนายจ้างที่ต้องการเฉพาะแรงงานเข้ามาทำงาน จึงมิใช่เหตุผลหลักในปัญหาความต้องการแรงงาน ดังนั้น ปัญหาที่ต้องใคร่ครวญมากขึ้นคือ จะทำให้เด็ก หรือเด็กเติบโตเป็นแรงงานเด็ก ได้เข้าถึงบริการของรัฐด้านต่างๆ และการคุ้มครองที่มองมีความมั่นคงมนุษย์ และการเป็นแรงงานที่มีคุณภาพดีในอนาคตได้อย่างไร トラบได้ก็ตามที่จังหวัดสมุทรสาคร ยังมีความต้องการแรงงานไม่สิ้นสุด

³ ในที่นี้จะใช้คำว่า เด็กข้ามชาติ หมายถึง เด็กต่างด้าว เด็กต่างชาติ และรวมถึงแรงงานเด็ก

จากการจดทะเบียนราษฎรต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีปี 2547 มีเด็กข้ามชาติมาจดทะเบียนทั้งผู้หญิง และผู้ชาย ตั้งแต่อายุ 0-14 ปี จำนวน 2,800 คน อีกทั้งที่ไม่ได้จดทะเบียน และตามครอบครัวมาตามหลังอีกจำนวนหนึ่ง คาดว่า ไม่น้อยกว่า 5,000 คน ในจำนวนที่แรงงานจดทะเบียนแรงงานเพื่อขอใบอนุญาตทำงานมีแรงงานที่คาดว่าอายุน้อยกว่า 15 ปี อีกจำนวนหนึ่ง นั้น หมายถึงว่า การใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมต่อเนื่องจากประมง มีแรงงานเด็ก ประมาณการณ์เป็นจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของแรงงานผู้ใหญ่ทั้งหมด

จากการสำรวจชุมชนแรงงานข้ามชาติที่อยู่กระจายตามพื้นที่ต่างๆ ในเขตอำเภอเมือง และเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร มีมากถึง 20 ชุมชนใหญ่ และ 60 ชุมชนย่อย⁴ หากคำนวณชุมชนย่อยกับจำนวนแรงงานที่มีอยู่ และจำนวนเด็กที่มีอยู่ในแต่ละชุมชนอย่างน้อยชุมชนละ 50 คน ก็สามารถเทียบเคียงกับจำนวนการขึ้นทะเบียนราษฎรต่างด้าวได้

ดังนั้น จะสามารถสรุปประเด็นปัญหาที่เป็นผลกระทบโดยตรงต่อเด็กข้ามชาติได้ดังนี้ คือ

1. ไม่ได้รับสถานะทางกฎหมาย ทะเบียนการเกิดของเด็กข้ามชาติ เด็กแรกเกิด แม่ของเด็กข้ามชาติซึ่งเกิดในโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน ที่ขึ้นประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะได้รับการคุ้มครอง ส่วนลูกที่เกิดจะได้รับใบรับรองการเกิด ทร. 1/1 จะต้องได้รับใบเกิด หรือสูติบัตรจากสำนักงานงานเขตเทศบาลในท้องที่ หรือสำนักทะเบียน กรมการปกครอง ณ ที่ว่าการอำเภอ แต่ในหลายรายที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่สามารถไปรับใบสูติบัตรได้ เนื่องจาก การขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่กล้าที่จะไปแจ้งรับเอกสาร ประกอบกับอาจมีเงื่อนไขบางอย่างในทางปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ที่เลือกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน เด็กที่เกิดใหม่ในพื้นที่ ได้รับการอำนวยความสะดวกพอสมควร และเด็กหลายรายที่เกิดสามารถได้รับใบสูติบัตรแล้ว แต่สำหรับที่ผ่านมา ต้องมีการสำรวจเพิ่มเติม

2. การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพอนามัย เนื่องจากเป็นเด็ก ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น เมื่อประสบปัญหาการเจ็บไข้ ครอบครัวต้องดูแลกันเอง และรักษาตามคลินิกเอกชน หรือในรายที่ประสบปัญหาหนัก เข้าไปรับบริการตามโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายตามปกติ แม้ว่าปัจจุบัน รัฐบาลกำลังจะมีแนวนโยบายให้สิทธิรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ออกมาเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้น ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กยังเป็นปัญหาที่สำคัญ และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

3. ขาดการขัดเกลาสั่งสอน และภาวะโภชนาการไม่ดีพอ เนื่องจากพ่อแม่ของเด็กต้องทำงาน ไม่มีเวลามากในการเลี้ยงดู ต้องฝากคนอื่น หรือผู้ใกล้ชิดในชุมชนเลี้ยงดู หรือต้องจ้างเลี้ยง เพราะฉะนั้น การอยู่การกิน จะไม่ค่อยดีนัก เด็กขาดสารอาหาร ส่งผลต่อภาวะการเจริญเติบโตตาม

⁴ ข้อมูลจากการประชุม เพื่อสำรวจหาชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่อาศัยและทำงานในพื้นที่อำเภอเมือง และเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร โดยมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เทศบาลนครสมุทรสาคร และมูลนิธิรักไทย สมุทรสาคร เมื่อปลายปี 2547

วัยของเด็ก แบบแผนการดำเนินชีวิตของเด็กเป็นไปตามวิถีการอยู่ร่วมในชุมชน เด็กบางคนประสบอุบัติเหตุถึงขั้นเสียชีวิต เนื่องจากการปล่อยละเลยของผู้ปกครอง

4. ครอบครัวประสบกับการติดเชื้อเอชไอวี แม้ว่าแม่ที่ได้รับการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโรงพยาบาลจะได้รับยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกก็ตาม ปัญหาต่อมาคือ การติดตามสนับสนุนดูแลรักษา และฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในเชิงสังคม รวมถึงทางเศรษฐกิจ หากครอบครัวที่ขาดการเตรียมตัวรับสภาพปัญหาจะส่งผลต่อภาวะความเจ็บป่วยในอนาคต ความเป็นอยู่ การยอมรับจากชุมชนแรงงานด้วยตนเอง มีหลายรายที่ประสบปัญหาระยะหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร และต่อมาเดินทางกลับประเทศต้นทาง ขณะที่ไม่สามารถดูแล หรือมียาที่รักษาได้เพียงพอ

5. เด็กไม่ได้เข้าเรียนในระบบโรงเรียน แม้ว่าปัจจุบันทางกระทรวงศึกษาธิการอนุญาตให้เด็กไร้สัญชาติสามารถเข้าเรียนได้ในระบบ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า โดยส่วนใหญ่จะเป็นเด็กบนพื้นที่สูงที่อพยพย้ายถิ่นฐานมาทำงานในแถบพื้นที่สวนเกษตร อำเภอบ้านแพ้ว อำเภอกระทุ่มแบน ส่วนเด็กในชุมชนแรงงานที่เป็นแรงงานหลบหนีเข้าเมือง และได้รับอนุญาตปีต่อปี ในชุมชนเมือง ยังมีจำนวนน้อยมากที่เด็กได้เข้าเรียน ปัจจุบันเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการด้านแรงงานข้ามชาติ ทำงานในพื้นที่ จัดการศึกษาที่เหมาะสม และเป็นการเตรียมเด็กเพื่อให้เข้าสู่ในระบบโรงเรียน ปัจจุบันมีจำนวนกว่า 70 คน ดังนั้น จึงเป็นประเด็นในทางปฏิบัติ นโยบายที่จะแสวงหาแนวทางที่เป็นรูปธรรมให้เด็กข้ามชาติ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากจะสามารถเข้าเรียนในระบบโรงเรียนได้อย่างไร

6. แรงงานเด็ก เด็กข้ามชาติที่เป็นผู้ติดตาม และเด็กที่เกิดในเมืองไทย เติบโตจนใกล้วัยทำงาน อายุระหว่าง 10-14 ปี ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 จะออกไปช่วยพ่อแม่ทำงาน ซึ่งถือว่าเป็นแรงงานเด็ก หากประเมินจำนวนตัวเลขเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 10-18 ปี สามารถบอกได้ว่ามีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของแรงงานที่จดทะเบียนแรงงาน การเข้าสู่การทำงานมีหลายปัจจัยคือ เป็นความต้องการของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ที่ต้องหารายได้สำหรับครอบครัว เป็นความต้องการแรงงานของผู้ประกอบการที่ขาดแคลนแรงงาน ประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่ยังไม่มีผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจเท่าที่ควร ดังนั้น ปัญหาแรงงานเด็กข้ามชาติ จึงเป็นปัญหาหนึ่งที่ไม่อาจมองข้าม

7. การละเมิดสิทธิทางเพศเด็กต่างชาติ เนื่องด้วยเด็กต่างชาติขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครอง หรือเด็ก และเยาวชนที่กำลังย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โอกาสเสี่ยงในการถูกละเมิดทางเพศเป็นจำนวนมาก จากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในห้องที่อยู่รวมหลายคน หรือระหว่างเดินทางกลับที่พัก ซึ่งการละเมิดทางเพศ สามารถเกิดขึ้นได้ในกลุ่มด้วยตนเอง และคนไทยไปข่มขืนกระทำชำเรา ในหลายกรณีที่เกิดขึ้นทางเจ้าหน้าที่บ้านเมืองไม่สามารถดำเนินการเอาผิดกฎหมายอาญาได้ ประกอบกับผู้เสียหายไม่รู้กระบวนการ ขั้นตอนการเรียกร้องสิทธิของตนเอง

8. การไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ในภาษาไทย และภาษาต้นทางของเด็ก (ภาษาพม่า มอญ) ของเด็กเล็ก และเด็กโต เนื่องจากไม่ได้รับการเรียนการสอน และฝึกภาษาทักษะด้านการเขียน อ่าน เพราะยังไม่มีหน่วยงานให้บริการด้านนี้อย่างพอเพียง ปัจจุบัน ทางกรมได้มีความพยายามให้แรงงานข้ามชาติได้เรียนภาษาไทย เพื่อใช้สำหรับการสื่อสารในชุมชนสังคม และในสถานที่ทำงาน ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสดี และจะทำอย่างไรให้เด็กข้ามชาติ แรงงานเด็ก แรงงานผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านการศึกษาทางเลือกเพื่อการเพิ่มทักษะการประกอบอาชีพที่ดีต่อไปได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยหน่วยงานรัฐ หรือองค์กรเอกชน หรือจัดโดยเครือข่ายทางสังคมของแรงงานข้ามชาติในชุมชน

สภาพความต้องการทางสังคมของกลุ่มเด็กต่างชาติ และแรงงานเด็กต่างชาติ

เด็ก และแรงงานเด็กต่างชาติ โดยสภาพปัญหาไม่ค่อยแตกต่างกันมากนักในบริบทความเป็นอยู่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การใช้เวลารว่างหลังเสร็จสิ้นจากการช่วยพ่อแม่ทำงานที่ล้ง หรือโรงงาน เด็กส่วนใหญ่ยังขาดภาวะโภชนาการที่ดี ขาดพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย เด็กในช่วงอายุ 5-10 ปี พ่อแม่ไม่มีเวลาเอาใจใส่ในการเลี้ยงดู บ่มเพาะ จะปล่อยให้เด็กอยู่ตามชุมชน เรียนรู้การใช้ชีวิตเอง ชุมชนบางแห่งที่มีการปะปนทั้งคนไทย และแรงงานข้ามชาติ เด็กได้ซึมซับวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ การใช้ภาษาไทยสื่อสาร ค่อนข้างดี แต่ไม่สามารถอ่าน หรือเขียนได้ เด็กบางคนประสบอุบัติเหตุจมน้ำเสียชีวิตในลำคลองบริเวณชุมชน เด็กบางรายถูกคุกคามทางเพศ การละเมิดทางเพศ โดยไม่รู้ตัวจากเพื่อนกันเอง หรือวัยรุ่นไทยในละแวกนั้น⁵ เด็กในช่วงอายุ 11-14 ปี สามารถช่วยเหลือตัวเองในระดับหนึ่ง ส่วนใหญ่จะไปทำงานกับพ่อแม่ หรือคนใกล้ชิด ดังนั้น จะสามารถสรุปปัญหาและความต้องการของเด็กต่างชาติได้ดังนี้

มิติเชิงสังคม และวัฒนธรรม ในครอบครัวของแรงงาน หลังจากเข้ามาทำงานในเขตพื้นที่ความเป็นเมือง แต่ยังไม่สามารถปรับให้เข้ากับสังคมได้มากนัก การปฏิบัติตัวตามความเชื่อบางอย่างที่ติดตัวมา รู้สึกแปลกแยกจากสังคม ยังไม่สามารถกลมกลืนในเชิงสังคม และวัฒนธรรมไทย เกิดข้อแตกต่าง เปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กไทยที่เข้าอยู่ในระบบโรงเรียน เด็กขาดการหล่อหลอมเลี้ยงดูที่ดี การปล่อยปละละเลย ขาดความเข้าใจเรื่องการกินอยู่ หรือความรู้ด้านโภชนาการ เหตุหนึ่งคือ ไม่สามารถมีทางเลือกได้มากนักเพราะต้องอยู่กินกับครอบครัว กลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และพ่อแม่ยังไม่มีอาชีพเป็นหลักแหล่ง อาศัยการเก็บของขาย เก็บกึ่งตกตามสถานที่ซื้อขาย เพื่อนำไปขายต่อเพื่อหาเลี้ยงชีพ ดังนั้น การอยู่ร่วมที่เป็นบรรทัดฐานในสังคม ที่ยอมรับในเฉพาะกลุ่มแรงงานสามารถปฏิบัติเป็นพื้นฐานเพื่อการอยู่รอดได้ แต่ในทัศนะทางสังคม คาดหวังว่า เขาเหล่านั้นจะสามารถอยู่ในสังคมอย่างปกติเฉกเช่นคนอื่นที่จะได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

⁵ จากเสียงสะท้อนของกลุ่มเด็ก และแรงงานเด็กในชุมชนโกรกกรากใน เป็นพื้นที่ชุมชนที่เชื่อมต่อกับเทศบาลนครสมุทรสาคร และองค์การบริหารส่วนตำบลบางหญ้าแพรก

มิติด้านสุขภาพ เด็ก และแรงงานเด็กต่างชาติ ไม่ได้รับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเจ็บป่วย ต้องดูแลรักษาเองเป็นส่วนใหญ่ หากครอบครัวมีรายได้มากพอจึงจะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือใช้บริการคลินิกใกล้ชุมชน อนึ่ง เด็กกลุ่มหนึ่งที่มีอายุ 0-15 ปี ประมาณร้อยละ 50 สามารถเข้าถึงการป้องกันโรคโปลิโอได้จากการรณรงค์ป้องกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างไรก็ตามกลุ่มเด็กต่างชาติประสบปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาหลัก และส่งผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้อะไร

มิติด้านเศรษฐกิจ ในครอบครัวเด็กที่มีความต้องการให้ลูกช่วยหารายได้เพิ่ม เด็กต่างชาติที่มีช่วงอายุ 11-14 ปี ต้องไปช่วยงานในสถานที่พ่อแม่ทำงานอยู่ และสถานประกอบการไม่ได้มีระเบียบกฎเกณฑ์มากนัก สามารถไปทำงานในลักษณะงานที่ไม่แตกต่างกับผู้ใหญ่ จำนวนชั่วโมงใกล้เคียง เช่น ต้องรีบพักผ่อนตั้งแต่เวลา 20.00 น. รีบตื่นไปทำงานตอนเวลา 01.00 น. จนถึงเวลา 15.00-17.00 น. แต่รายได้ที่ได้รับเป็นการรวมกับของพ่อแม่ อาจจะสามารถมีรายได้ต่อครั้งประมาณ 300-400 บาท ขึ้นอยู่กับปริมาณวัตถุดิบที่มีมากพอ เด็กบางคนต้องเข้าทำงานในระบบโรงงาน และต้องปรับฐานอายุของตนเองจากเดิมอายุ 13 ปี ปรับมาเป็น 17 ปี เพื่อสามารถทำใบอนุญาตทำงานได้⁶ ซึ่งเราสามารถประมาณจำนวนเด็กที่มีอายุ 12-14 ปี มากถึง 10,000 คน เข้าสู่ระบบการทำงานในภาคธุรกิจที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัย แม้ว่าตนเอง และครอบครัวจะมีรายได้เพิ่มจำนวนมาก และส่วนหนึ่งได้เอาเข้าสู่ระบบการทำงานที่มี Work permit ก่อนอายุ 15 ปี ที่กฎหมายอนุญาต

การเข้าไม่ถึงสิทธิคุ้มครองตามกฎหมาย ในกรณีเด็กถูกคุกคามทางเพศ ถูกข่มเหง และทำร้ายร่างกาย ในรายที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่สามารถเข้าถึงกลไกการคุ้มครองสิทธิตามกระบวนการช่วยเหลือทางกฎหมายได้มากนัก บางรายถูกข่มขู่จากกระบวนการค้ามนุษย์ และถูกข่มขืน ต้องหลบซ่อนตัวเองให้พ้นจากการคุกคามต่อเนื่องไม่ให้อำนาจความหรือฟ้องเป็นคดีความได้⁷ ส่วนการละเมิดสิทธิการทำงาน โดยสภาพการจ้างงานของนายจ้าง ผู้ประกอบการบางรายไม่ได้ให้ความคุ้มครองตามกฎหมายตามที่กำหนดเท่าที่ควร เช่น การจ้างงานแบบมหาช่วง การจ้างแบบเหมาภิโ (กรณีการแกะกุ้งซึ่งตามน้ำหนัก และกำหนดราคา) การจ้างตามวัตถุดิบที่มี ดังนั้นสภาพการจ้างงานหลายอย่างอยู่ในสภาพที่เลวร้าย ไม่ได้รับสวัสดิการ ทำงานจำนวนชั่วโมงมาก บางแห่งอยู่ในสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย

อนึ่ง ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ปี 2547 ไม่ว่าจะเด็กไทย หรือเด็กต่างชาติ ซึ่งเด็กต่างชาติถือว่าเป็นเด็กผู้ด้อยโอกาสในสังคม จะต้องได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย และหากทำงาน

⁶ เด็กต่างชาติที่อยู่และทำงานกับครอบครัวในพื้นที่โคราชกรากใน ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการทำงานของตนเอง

⁷ นางมณญ ชาวพม่า (นามสมมุติ) อายุ 15 ปี เข้ามาในพื้นที่สมุทรสาครจากกระบวนการนำพาแรงงาน และให้นายหน้าจัดหางานให้และถูกนายหน้าบังคับข่มขืนกับเพื่อน 2 คน มาร้องทุกข์ที่เครือข่ายฯ และได้ดำเนินการแจ้งความช่วยเหลือทางกฎหมาย

จะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิแรงงาน และรวมถึงได้รับการปฏิบัติตามอนุสัญญาต่างๆ ที่ประเทศไทยลงนาม อาทิ อนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศฉบับที่ 182 เป็นต้น

ความต้องการด้านการศึกษา และการอยู่ร่วมในสังคมไทย กลุ่มเด็กต่างชาติ ประสบปัญหาเรื่องการอยู่ร่วมในชุมชน สังคม ทศนคติของคนไทยบางกลุ่มมองว่า เด็กควรที่จะกลับไปอยู่ประเทศต้นทาง เพราะประเทศไทยต้องการเฉพาะแรงงาน ทำให้ต้องแบกภาระหลายเรื่อง ทั้งเรื่องงบประมาณการจัดการ การมองที่ขาดทักษะสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เด็กส่วนใหญ่ได้รับการรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ การรับเอาวัฒนธรรม ค่านิยม ที่ไม่ได้รู้เท่าทัน เด็กสามารถเรียนรู้ได้หลายภาษา ที่เป็นภาษาที่มาจากวัฒนธรรมตนเอง และสามารถสื่อสารภาษาไทย เป็นภาษาพูดได้ แต่ในจำนวนภาษาที่พูดได้ ไม่สามารถสื่อเป็นภาษาเขียน หรืออ่าน ออก เขียนได้ การที่เด็กไม่ได้เข้าสู่ระบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองตามความเหมาะสมของวัย อยู่ในระบบโรงเรียน อนาคตกลุ่มเหล่านี้ จะเข้าสู่การเป็นแรงงานไร้ทักษะ ฝีมือ ขาดการพัฒนาทักษะชีวิต ความคิดอ่านอื่นๆ ในการพึ่งตนเอง เด็กเหล่านี้ จากการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการอยากเรียนหนังสือ เรียนภาษาเพื่อสื่อสาร เช่น ภาษาไทย ภาษาพม่า มอญ และภาษาอังกฤษ ไม่ว่าจะอยู่ในระบบใด โดยความคาดหวังว่า หากยังอยู่ในประเทศไทยต่อเนื่องต่อไป จะสามารถดำรงอยู่ในเชิงมิติทางสังคมที่ปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินได้ ดังนั้น การที่ครอบครัวเด็กมีความต้องการให้เด็กได้รับการพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ พัฒนาการเรียนรู้ จะส่งผลให้ประเด็นการอยู่ร่วมกันในสังคมที่มีความหลากหลายที่มาของชาติพันธุ์ และคนไทย อยู่อย่างปกติสุข

สำหรับการศึกษาเด็กต่างชาติ ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2548 จะส่งผลให้กลุ่มเด็กต่างชาติสามารถเข้าเรียนในระบบของโรงเรียนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ทางผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสาคร ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญกับการศึกษาเด็กต่างชาติ ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็ก ที่เด็กทุกคนสามารถจะได้รับโอกาสทางการศึกษาในการเรียนทั้งในระบบและนอกระบบ และทางสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ได้ทำการสำรวจเด็กต่างชาติที่เรียนหนังสือตั้งแต่ระดับประถมศึกษา ถึงระดับมัธยมศึกษา มีถึง 500 กว่าคน⁸ และรวมถึงการส่งเสริม และสร้างไว้ในเชิงวัฒนธรรมประเพณี

สรุปได้ว่า กลุ่มเด็ก และแรงงานเด็กที่กำลังกล่าวถึงความสำคัญของปัญหาอย่างเป็นองค์รวม จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงอยู่ในระบบการจ้างงาน อยู่ในสภาพการจ้างงานทั้งที่เป็นระบบและไม่เป็นระบบ และกลุ่มที่จะมีโอกาสเสี่ยงเข้าสู่การจ้างงานในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่ตนเองมีข้อจำกัดต้องทำงานเพราะเหตุผลใดๆ ก็ตาม เพื่อการมีชีวิตในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามกลุ่มเด็กที่ดำเนินชีวิต ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง และครอบครัว จึงจำเป็นต้องได้รับการเอา

⁸ ข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร

ใจใส่คุ้มครองดูแลตามสิทธิที่พึงมี หรือความพยายามที่จะทำอย่างไรที่จะสามารถปกป้องคุ้มครอง ปัญหาต่างๆ โดยคำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เสมอเหมือนเด็กทั่วไป

แนวนโยบายที่เกี่ยวข้องด้านเด็กต่างชาติ ในพื้นที่และการทำงานเชิงนโยบาย

ภายหลังจากนโยบายแรงงานข้ามชาติปี 2547 ส่งผลให้เด็ก ผู้ติดตาม และครอบครัว สามารถอาศัยอยู่กับแรงงานที่เป็นผู้ปกครองได้ แต่ไม่ได้มีนโยบายหรือมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับเด็กต่างชาติ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย การให้การศึกษาเด็กต่างชาติ แต่อย่างไรก็ตามในระดับพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่และทำงานจำนวนมากที่ต้องบริหารจัดการอย่างเป็นบูรณาการ ต้องมีนโยบายที่จะสามารถให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการต่อ

จังหวัดสมุทรสาคร โดยผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสาคร และคณะกรรมการอำนวยการแก้ไข ปัญหาคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจังหวัดสมุทรสาคร เห็นความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาแรงงานข้ามชาติ และการจัดการที่เป็นระบบครบวงจร หนึ่งในประเด็นที่กล่าวถึงและให้ความสำคัญมากคือ การจัดการศึกษาบุคคลสำหรับเด็กต่างชาติ และการจัดการศึกษาอบรมให้กับแรงงานข้ามชาติเพื่อพัฒนาทักษะ กระบวนการเรียนรู้ การปรับตัวอยู่ในสังคม ซึ่งทางสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ได้พัฒนาหลักสูตรการเรียนสำหรับเด็กต่างชาติ และเสนอเป็นยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด ในการเสนองบประมาณมาดำเนินการเป็นการเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายของ กระทรวงศึกษาธิการที่กำหนดให้เด็กทุกคนสามารถเข้าเรียนได้ แต่ติดขัดเรื่องงบประมาณจาก ส่วนกลาง

อนึ่ง ภายหลังจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดในที่ประชุมสัมมนา “แนวทางความร่วมมือดำเนินการด้านการคุ้มครองเด็ก กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และเด็กต่างชาติ ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร” ได้มีการเสนอความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็กต่างชาติ สภาพปัญหา แนวทางความร่วมมือต่างๆ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลใช้ร่วมกันเพื่อบางนโยบายด้านการจัดการศึกษา เด็กต่างชาติ และเพื่อจัดทำหลักสูตรที่เหมาะสม รวมถึงข้อมูลขององค์กรที่เกี่ยวข้อง บทบาทของ แต่ละหน่วยงาน การประสานงานสร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น องค์กรภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน และการดำเนินการต่อเนื่องเพื่อการวางแผนร่วมกันต่อไป⁹ ถือได้ว่า เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่จะทำให้เกิดทิศทางการทำงานร่วมกัน การกำหนดเป้าหมายร่วม และที่สำคัญ เป็นการทำงานบนพื้นฐานปัญหา ข้อเท็จจริง และเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการ

⁹ สรุปการประชุมสัมมนา “แนวทางความร่วมมือดำเนินการด้านการคุ้มครองเด็กกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และเด็กต่างชาติ” ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร” เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2548 ณ เหล่ากาชาดจังหวัดจังหวัดสมุทรสาคร จัดโดย เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิต แรงงาน ร่วมกับ สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดสมุทรสาคร พัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัดสมุทรสาคร จัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร ภาคี ร่วมดำเนินการ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร และศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดสมุทรสาคร

เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเด็กที่จะสามารถเข้าถึงการบริการของรัฐด้านต่างๆ โดยเฉพาะการคุ้มครองเด็กต่างชาติ อย่างเป็นรูปธรรม

ความมั่นคงด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

จากสถานการณ์ด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ผ่านมา ถือว่าประเทศไทยให้ความสำคัญเคียงคู่นานกับการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติในแต่ละปี และในแต่ละปีรัฐบาลไทยมีรายได้จากการตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแรงงานข้ามชาติในกรอบสิทธิประโยชน์ 30 บาท รักษาทุกโรค ในการดำเนินการด้านรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคติดต่อต่างๆ อย่างไรก็ตาม หากมองว่า สุขภาพ ควรที่จะเป็นต้นทุนแรงงานในการผลิต จำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยได้อย่างทั่วถึง เฉลี่ยทุกซ์ เฉลี่ยสุขให้กับแรงงานส่วนหนึ่งที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ด้วยเงื่อนไขทางการเมืองประเทศต้นทาง และการอพยพเข้ามาใหม่ รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตต้นทางที่ส่งผลต่ออุบัติการณ์ของโรคในประเทศไทย หากรัฐไทยบอกว่า แรงงานคนใดก็ตามที่เข้ามาผิดกฎหมาย ไม่ขออนุญาตจดทะเบียนแรงงาน จะไม่รับรักษา เพราะจะเป็นการแบกภาระค่าใช้จ่าย นั่นถือว่า รัฐบาลไทยกำลังเดินทางขัดขวางกับหลักสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน สิทธิทางสุขภาพที่รัฐพึงจัดให้ โดยไม่เลือกปฏิบัติ

แต่ถ้าหากกล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยในแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่สมุทรสาคร ถือว่าอยู่ในระดับที่ดี แรงงานส่วนหนึ่งที่จดทะเบียนแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพอสมควร แต่แรงงานส่วนหนึ่งทั้งที่มีบัตร และไม่มีบัตรก็ยังมีประสบปัญหา เนื่องด้วยเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ ของแรงงานเอง และการจัดระบบบริการสุขภาพของรัฐที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ

การอยู่ร่วมในสังคมไทยกับความมั่นคงทางสังคม

แรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่เข้ามาเป็นจำนวนมาก ส่วนหนึ่งก็คิดว่าเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข แต่ส่วนหนึ่งต้องถือว่าเป็นคุณูปการแรงงานข้ามชาติที่มาเสริมสร้างพลังเศรษฐกิจของไทย สมุทรสาครมีแรงงานอยู่เป็นจำนวนมาก การเป็นอยู่กลมกลืนกับสังคมไทย ทศนคติเชิงบวกของคนไทยที่อยู่ชุมชนมีผลต่อการดำรงอยู่และอยู่ร่วมในสังคมไทยอย่างปกติสุข

ด้วยทัศนะ แนวคิดของผู้บริหารของจังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา มองเห็นว่าแรงงานข้ามชาติ ครอบครัว ลูกหลาน ควรได้รับการคุ้มครองแรงงาน เด็กทุกคนที่เกิดในสมุทรสาครต้องได้เรียน นั้นแสดงให้เห็นว่า การรับนโยบายไปปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐ จะส่งผลอย่างยิ่งเรื่อง การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน แรงงานข้ามชาติ เด็ก บุตรของแรงงานข้ามชาติ มีพื้นที่สาธารณะ มีที่ยืนที่เข้าสามารถเข้าถึงการบริการของรัฐได้มากขึ้น การเปิดเผยข้อมูลความจริง และแสวงหาการมีส่วนร่วมดำเนินการในระดับจังหวัด รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ทำให้การบริหารจัดการแรงงาน

ข้ามชาติโดยภาพรวมออกมาเป็นรูปธรรมการบริหารจัดการคุ้มครองที่ดี หรือเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับ จังหวัดอื่นๆ

ดังนั้น การทำงานด้านการคุ้มครองแรงงานในมิติต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้กำหนดนโยบาย ในระดับพื้นที่เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ สามารถบริหารจัดการได้อย่างรอบด้าน ผู้ปฏิบัติการที่นำ นโยบายมาปฏิบัติสามารถมองปัญหา และป้องกันปัญหาได้อย่างรอบด้านเช่นกัน เพราะมีฉะนั้นแล้ว แรงงานข้ามชาติที่ถูกปฏิบัติทางมาตรการนโยบาย จะไม่สามารถได้รับการคุ้มครองอย่างเป็นธรรม ดังที่พบปัญหาข้างต้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน แรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร ถือได้ว่า มีพื้นที่แสดงตัวตนใน บทบาทการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณี การสร้างสรรค์สังคม การช่วยเหลือเกื้อกูลแบ่งปันในรายที่ ประสบปัญหา ซึ่งจะเห็นได้ว่า เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงานที่ทำงานในพื้นที่ได้ทำงานร่วมกับ กลุ่ม เครือข่ายทางสังคมของแรงงาน การเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่ม เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพ การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาสุขภาพ การสร้างกลไกคุ้มครองสิทธิแรงงาน ที่ แรงงานมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาตนเอง และที่สำคัญ จังหวัดสมุทรสาครมองเห็นปัญหา และได้ ทำงานร่วมกันเป็นภาคีร่วมทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ที่มองเห็นแนวทางการ แก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลักดันประเด็นในเชิงนโยบายของรัฐ นั้นหมายถึง ทั้งผู้ประกอบการยอม ปรับเปลี่ยนจากการควบคุมแรงงานมาเป็นคุ้มครองแรงงานในประเด็นต่างๆ กระทั่งการที่ประเทศไทย จะนำเข้าแรงงานข้ามชาติจากประเทศลาว และกัมพูชา อย่างถูกกฎหมาย ผู้ประกอบการจ้างต้องวาง มาตรการคุ้มครองอย่างเป็นรูปธรรม นั่นคือ มิติความมั่นคงมนุษย์จะถูกนำมาปรับใช้อย่างเท่าทัน สถานการณ์

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าวันนี้ สมุทรสาครกำลังเดินหน้าเพื่อบริหารจัดการคุ้มครองแรงงานข้าม ชาติ บางปัญหาถูกแก้ไข บางปัญหากำลังจะเกิดขึ้น ในขณะเดียวกันปัญหาที่เกิดขึ้นดำรงอยู่จากการ อยู่ร่วมกันในสังคม ชุมชนต่างๆ ข้อตกลงร่วม และกฎหมายจะถูกใช้อย่างเป็นธรรม และการเสริมสร้าง กลไกการคุ้มครองแรงงานจะเกิดขึ้นในระดับต่างๆ ในชุมชน จังหวัด และประเทศ เกิดเครือข่ายทาง สังคมร่วมกัน ซึ่งจะสะท้อนถึง การขับเคลื่อนเข้ามาดำเนินการร่วมกันในมิติความมั่นคงของมนุษย์ อย่างเป็นสมานฉันท์ต่อไป

แรงงานข้ามชาติกับปัญหาด้านสาธารณสุข กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดอันดับต้นๆ ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะส่วนใหญ่ มาจากประเทศพม่า ลาว และ เขมรรองลงมา กว่า 1 แสนคน แรงงานข้ามชาติดังกล่าว เข้ามา ทำงานอาชีพกรรมกรในประเภทกิจการประมง กิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล งานก่อสร้าง

เกษตร ผู้รับใช้ในบ้าน เป็นต้น แต่โดยส่วนใหญ่แรงงานจะอยู่ในประเภทกิจการต่อเนื่องจากประมง ทะเล อาทิ งานแกะกุ้ง แล่ปลา ต้มหอย โรงน้ำแข็ง ทั้งในโรงงานขนาดใหญ่ กลาง เล็ก หรือล้ง เป็นหลัก แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในที่นี้จะขอกว่าถึงเฉพาะ แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า และมาจากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น พม่า มอญ กระเหรี่ยง คะฉิ่น คะยา ไทยใหญ่ ปล่อย จะอาศัยอยู่ตามที่พัก หอพัก คอนโด และมีแรงงานจำนวนหนึ่งอาศัยอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม

ในปี 2547 ตามมติคณะรัฐมนตรี ให้มีการจดทะเบียนแรงงานทั่วประเทศ จังหวัดสมุทรสาคร ได้จดทะเบียนราษฎรต่างด้าว ท.ร. 38/1 จำนวน 103,426 คน ในจำนวนนี้มีเด็กต่างชาติอายุ 0-14 ปี จำนวนกว่า 2,800 คน และขอใบอนุญาตทำงาน จำนวน 77,409 คน ซึ่งตามข้อมูลการวิเคราะห์จากสถานการณ์ความเคลื่อนไหว การย้ายถิ่นเข้ามาทำงาน หรือพำนักรอยู่ในพื้นที่น่าจะมีมากกว่านี้ ซึ่งอาจมีมากถึง 200,000 คน¹⁰

ต่อมาภายหลังได้มติ ครม. เมื่อเดือนพฤษภาคม 2548 ทางรัฐบาลได้ให้มีการขึ้นทะเบียนแรงงาน แต่จะให้ผู้ที่จดทะเบียนราษฎรต่างด้าว มีสิทธิอยู่ในประเทศไทย โดยมีเงื่อนไขต้องทำงานและขอใบอนุญาตทำงาน Work permit เท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่มีนายจ้าง หลังวันที่ 30 สิงหาคม 2548 จะไม่มีสิทธิอยู่ในประเทศไทย แต่เด็ก ผู้ติดตาม สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ต่อมาในปี 2548 นายจ้างแจ้งขอจดทะเบียนนายจ้างจำนวน 5,875 ราย มีความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว 182,910 คน แยกเป็นพม่า 168,904 คน ลาว 11,642 คน และกัมพูชา 2,364 ซึ่งภายใน 30 สิงหาคม 2548 เป็นกำหนดการวันสุดท้ายสำหรับการจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน แต่คาดหวังว่า จะมีแรงงานมาขึ้นทะเบียนมากถึงร้อยละ 90

จากสถานการณ์ด้านแรงงานข้ามชาติดังกล่าว จังหวัดสมุทรสาคร มีความห่วงใยในเรื่องการบริหารจัดการ ทั้งที่เป็นความต้องการในภาคธุรกิจ และต้องการให้แรงงานข้ามชาติ อยู่ในกฎระเบียบ มาตรการตามกฎหมายต่างๆ ที่บังคับ และความคุ้มครอง แต่ทั้งนี้ จังหวัดสมุทรสาคร ยังไม่ทราบตัวเลขที่แท้จริงของแรงงาน ว่าอยู่ที่ไหน ทำงานอะไร แม้ว่าจะทราบเพียงที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรต่างด้าวตาม ท.ร. 38/1 ประกอบกับการเคลื่อนย้ายแรงงานจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งด้วยปัจจัยแบบแผนการทำงานที่หลากหลาย เช่น ต้องการเปลี่ยนนายจ้าง หาสถานที่ทำงานใหม่ ไม่ได้รับค่าแรงงานตามความเป็นจริงกับมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำ หรืออยากเปลี่ยนงานด้วยเหตุผลส่วนตัวต่างๆ นานา จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มผู้ประกอบการเรือประมง กำลังขาดแคลนแรงงานอย่างหนัก เนื่องจากแรงงานขยับขึ้นมาทำงานบนฝั่ง ซึ่งกำลังดำเนินการแก้ไขกันอยู่ และมีความพยายามที่จะนำเข้าแรงงานถูกต้องตามกฎหมายจากประเทศลาว

¹⁰ ข้อมูลจากจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ความเคลื่อนไหวด้านแรงงาน ดังกล่าว จะมีระดับหนึ่งในเรื่อง การบริหารจัดการของจังหวัด เสมือนพยายามควบคุมปัญหาให้เกิดขึ้น และพยายามแสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ

ในส่วนของการจัดการด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ นั้น สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร มีนโยบาย และมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับ การประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับ แรงงานข้ามชาติ และส่งเสริม ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ ที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยยังประสบปัญหาอยู่มาก และหน่วยงาน สาธารณสุข ยังประสบปัญหาไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากการ กระจุกและกระจายกลุ่มอยู่ตามที่ต่างๆ การสื่อสารภาษาที่เข้าใจตรงกัน ความแตกต่างในเรื่องชาติพันธุ์ วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตของแรงงาน ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาด้านสุขภาพ

ดังนั้น แรงงานข้ามชาติ กับปัญหาด้านสาธารณสุข เป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญเป็น อันดับต้นๆ นั่นคือ การวางแผนเชิงนโยบายที่จะให้หน่วยงานปฏิบัตินำแนวคิดไปปฏิบัติใช้ และมี เทคนิค วิธีการที่เข้าถึงการบริการสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึง จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำเสนอ ประเด็นปัญหาได้ดังนี้ คือ¹¹

ประการที่ 1 จังหวัดสมุทรสาคร ยังขาดฐานข้อมูลในเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับตัวของแรงงาน ข้ามชาติ ครอบครัวและผู้ติดตาม รวมถึงสถานการณ์ปัญหาในชุมชนแรงงานข้ามชาติที่เปลี่ยนแปลง ไปในแต่ละปี

ประการที่ 2 สาเหตุของปัญหาแรงงานข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ อย่างทั่วถึง แม้ว่า แรงงานจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 ตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพกับ โรงพยาบาล เป็นสาเหตุมาจาก โดยส่วนใหญ่ แรงงานข้ามชาติ ไม่สามารถเลือกประกันสุขภาพกับ โรงพยาบาลได้โดยอิสระ เพราะถูกโรงงาน หรือนายหน้า หรือผู้ทำหน้าที่แทนนายจ้าง กำหนดเลือก โรงพยาบาลให้ ซึ่งแรงงานส่วนหนึ่ง หรือโดยส่วนใหญ่ต้องการขึ้นประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลที่ อยู่ใกล้สถานที่พัก หรือที่ทำงาน หรือโรงพยาบาลของรัฐ สามารถเดินทางไปใช้บริการได้ในระยะเวลา ไม่นาน เมื่อแรงงานประสบปัญหาเจ็บไข้ได้ป่วย ไปใช้บริการกับโรงพยาบาลที่ไม่ได้ผู้ในระบบประกัน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายแพงมากขึ้น

ประการที่ 3 แรงงานข้ามชาติ ยังขาดความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ และมี ข้อสงสัยว่า บางครั้งไปโรงพยาบาลและต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงกว่าปกติมากกว่า 30 บาท เช่น กรณี แรงงานหญิง ไปทำคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งตัวในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร

¹¹ สมพงศ์ สระแก้ว จากการลงเก็บข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น เดือนกรกฎาคม 2548

ประการที่ 4 แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใหม่ และได้รับใบอนุญาตทำงาน ยังไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย กับหน่วยงานสถานพยาบาลได้มากนัก บางหน่วยงานสถานบริการมีล่ามคอยสื่อสาร จะช่วยอำนวยความสะดวกในการบริการสุขภาพได้พอสมควร แต่คาดว่าส่วนใหญ่ ยังประสบปัญหานี้พอสมควร

ประการที่ 5 ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ เกิดจากแบบแผนสิ่งแวดล้อมในชุมชน สภาพความเป็นอยู่ หรือใกล้เคียงกับสถานที่ทำงาน ที่พัก ที่มีปัญหาเรื่องขยะ น้ำเสีย เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ใช้เชื้อดื้อยา หรือการพักอาศัยอยู่แต่ละห้องอยู่อย่างแออัด ขาดสุขลักษณะที่ดี

ประการที่ 6 ขาดกลไกการทำงานร่วมกันในชุมชน แม้ว่าจังหวัดสมุทรสาคร จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) แต่ยังขาดการประสานงานเชื่อมต่อกับ อาสาสมัครสุขภาพต่างดาว (อสต.) และอาสาสมัครต่างดาว ยังไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ด้วยเงื่อนไขปัจจัยต้องทำงาน ช่วงเวลาที่เหมาะสม การขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความสามารถในการทำงานส่งเสริม ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ และประการที่สำคัญ ขาดการปลูกจิตสำนึกในการเป็นอาสาสมัคร หรือทำงานอย่าง “จิตอาสา” ของแรงงานข้ามชาติ

ประการที่ 7 สถานประกอบการ โรงงาน ล้ง เจ้าของห้องพัก เป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี คือ การมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ มีนโยบายที่ชัดเจน เกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรง ที่ผ่านมา การทำงานด้านสาธารณสุข ได้รับความร่วมมือกับสถานประกอบการน้อยมาก หากเปรียบเทียบปริมาณจำนวนที่มีอยู่

ประการที่ 8 เด็ก ผู้ติดตาม แรกเกิด ถึงอายุ 14 ปี และผู้สูงอายุ จำนวนหนึ่ง ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ เพื่อประกันสุขภาพ แม้ว่า ทางกระทรวงสาธารณสุขจะมีการให้ซื้อประกันสุขภาพก็ตาม และจำนวนเด็กที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกรมปกครองจำนวน 2,800 คน คาดว่ายังมีเด็กอยู่ในชุมชนอีกจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงพัฒนาการ ขาดภาวะโภชนาการ ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา เข้าเรียนตามระบบโรงเรียน แม้ว่า จะมีหลายหน่วยงานพยายามจะเข้าถึงกลุ่มเด็ก แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมจำนวนทั้งหมดได้

ประการที่ 9 ขาดสื่อในรูปแบบต่างๆ และเอกสาร ประชาสัมพันธ์ ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจริงๆ เพราะร้อยละ 70 เป็นเชื้อชาติมอญ บางคนสามารถอ่านออก เขียนได้ในภาษาพม่า การผลิตสื่อที่ผ่านมา มีการผลิตเฉพาะภาษาพม่าเท่านั้น ดังนั้น ทำอย่างไรจะให้สื่อหลากหลายภาษา ที่สามารถเข้าถึงมากที่สุด และสอดคล้องกับวิถีความเป็นอยู่ ซึ่งปัจจุบัน แรงงานร้อยละ 90 บริโภคสื่อ และมีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น

ประการที่ 10 แรงงานข้ามชาติ เข้าเมือง และทำงานผิดกฎหมาย จำนวนมาก ไม่สามารถประมาณการณตัวเลขได้ชัดเจน บางราย มีโอกาสถูกค้ามนุษย์ และที่สำคัญเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุม ป้องกัน ในเรื่องการระบาดของโรคติดต่อจากประเทศต้นทางได้ ประกอบกับอุบัติเหตุโรค

ชายแดน เช่น วัณโรค มาลาเรีย เป็นต้น ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากมาก เนื่องด้วยต้องหลบซ่อนตามแหล่งชุมชนต่างๆ

ประการสุดท้าย เนื่องจากสถานประกอบการ มีความต้องการแรงงานจำนวนมาก และนโยบายที่ผ่านมาอาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ทำให้การขยายภาคธุรกิจมีมากขึ้น มีความต้องการแรงงานจำนวนมาก ดังนั้น แรงงานผิดกฎหมาย ที่เข้ามาหลังปี 2547 บางส่วนลักลอบทำงานในสถานประกอบการ และสถานประกอบการก็อนุญาตให้ทำงาน การหลบพัก ซ่อนตัว และที่สำคัญไม่ได้เข้าถึงการตรวจสุขภาพ ทำให้อัตราการระบาดของโรคต่าง ๆ มีโอกาสเข้ามาเผยแพร่ในชุมชน

สรุปได้ว่า การทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ และการทำงานส่งเสริม ควบคุม และป้องกันโรค ยังต้องมียุทธศาสตร์การทำงานที่ชัดเจน เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และคนไทยในชุมชนที่มีจิตอาสา ประการสำคัญต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคส่วนธุรกิจ ที่ใช้แรงงานข้ามชาติ ร่วมด้วย

อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) กรณีจังหวัดสมุทรสาคร

การก่อเกิดของอาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพแรงงาน การป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ การคุ้มครองสิทธิแรงงาน ส่วนใหญ่มีความจำเป็นใช้แรงงานข้ามชาติที่ได้รับการอบรมเพิ่มศักยภาพในด้านต่างๆ และมีจิตอาสาสมัคร มาเป็นพนักงานสุขภาพต่างชาติ หรืออาสาสมัครต่างชาติในแ่งมุมหรือประเด็นปัญหาต่างๆ ที่พบ

การพูดถึง อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ เริ่มมาพูดถึงกันมากเมื่อ 3 ปีที่แล้วในแวดวงทั้งนักวิชาการ นักพัฒนา นักส่งเสริมสุขภาพ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ขึ้นประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในกระบวนการทำงานเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่พยายามผลักดันกลไกเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ ใหัรัฐบาลเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติสามารถจดทะเบียนแรงงานเป็นผู้ช่วยสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือเป็นผู้ช่วยงาน ให้หน่วยงานที่จำเป็นสามารถใช้แรงงานเหล่านั้นได้ตามความจำเป็น แต่ทางรัฐบาลยังไม่สามารถดำเนินการได้ในทางนโยบาย ในทางปฏิบัติถือว่า เป็นการอนุโลมให้หน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนสามารถดำเนินการสร้างกลไกอาสาสมัครได้ และรวมถึงการให้นายจ้าง มอบหมายงานให้ทำตามขอบเขตงานที่รับผิดชอบ

ฐานแนวคิดอาสาสมัคร กับความเหมือนและความต่างของอาสาสมัครสาธารณสุข

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน หรือเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน จังหวัดสมุทรสาคร อาจมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป อาทิ พนักงานสุขภาพต่างชาติ¹² (พสต.) เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่แรงงานภาคสนาม¹³ อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) อาสาสมัครคุ้มครองสิทธิแรงงาน Labour Rights Promotion Volunteer¹⁴ (LPV) เป็นต้น แต่คนภายนอกมักเรียกว่า อาสาสมัครสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ในส่วนของแรงงานที่เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ทำงานเต็มเวลา เสมือนเจ้าหน้าที่หรือพนักงานคนหนึ่ง มีการจัดการเป็นค่าจ้าง ค่าตอบแทนให้ แต่การช่วยเหลืออาสาสมัครทั่วไป ก็ไม่มีค่าตอบแทนให้ ซึ่งพบว่าเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน จะเป็นการจัดจ้างมากกว่า แต่ทั้งนี้ อาสาสมัครต่างชาติยังถือว่าเป็นกลไกหลักที่สำคัญอย่างยิ่ง ในกระบวนการทำงานเพื่อเข้าถึงสิทธิแรงงาน

“อาสาสมัคร” ตามที่เข้าใจตั้งแต่ต้น คือ ผู้ที่ทำงานให้ด้วยความเต็มใจไม่มีผลประโยชน์ตอบแทนไม่ได้รับเงิน เป็นการทำงานให้กับส่วนรวม สำหรับอาสาสมัครต่างชาติ ตามพื้นที่ต่างๆ ในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติจำนวนมาก และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มักต้องการ และจำเป็นต้องให้แรงงานข้ามชาติมาเป็นอาสาสมัคร

แนวคิดเรื่องอาสาสมัครเกิดขึ้น จึงเป็นการมุ่งสู่การพึ่งตนเองของแรงงาน จะทำอย่างไรกับแรงงานประสบปัญหาสามารถพึ่งพิงตนเองได้ก่อน มีการรวมกลุ่มแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม เป็นต้น

การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครต่างชาติ

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย มีความแตกต่างกันในชาติพันธุ์ ภาษา วัฒนธรรม ประเพณี การเรียนรู้ การรับรู้ บุคคลใดที่เข้ามาเป็นอาสาสมัครต้องมีการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้เขามีโอกาสแสดงความสามารถ แสดงเจตจำนงในการเข้ามาช่วยเหลือ การไปให้พื้นที่ข้อจำกัดของตนเอง การพร้อมยอมรับการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความสนใจในประเด็นที่องค์กรดำเนินการ

การได้มาซึ่งอาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ต้องใช้ระยะเวลา การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การจัดการกับสภาพการทำงานของตนเอง เพราะแรงงานส่วนใหญ่ความมุ่งหวังอันดับแรกสุด คือ

¹² พนักงานสุขภาพต่างชาติ (พสต.) เป็นหนึ่งในกลไกของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

¹³ Field officer migrants (FOM) เป็นกลไกหนึ่งของโครงการฟาร์มิตร์ ที่ทำงานด้านป้องกันเอตส์ในแรงงานประมง

¹⁴ LPV เป็นกลไกหนึ่งขององค์กรเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน (LPN)

การมีงานทำ และได้รับค่าจ้างตอบแทน องค์กรที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ ต้องมีทักษะ มีการบริหารจัดการที่ดี การสร้างแรงจูงใจ กระบวนการคัดสรร การสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ความคาดหวังในคุณสมบัติของอาสาสมัคร อาจมีเกณฑ์เบื้องต้นว่า มีทักษะ ความสามารถแค่ไหนอย่างไร ที่จะเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ อาทิ สามารถสื่อสาร ถ่ายทอดภาษาไทย ภาษาท้องถิ่นของตนเองได้ หรือมีความสามารถอื่นๆ ขึ้นอยู่กับหน่วยงานต่างๆ ที่จำเป็นใช้

อาสาสมัครสุขภาพกับกลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และครอบครัว ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชุมชนของแรงงาน ทั้งที่เป็นชุมชนไทย และชุมชนแรงงานข้ามชาติ อาสาสมัครจะเป็นคนที่รู้สึกในสภาพปัญหา รัฐบาล ชุมชนมากที่สุด จะทำอะไรให้อาสาสมัครเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง กรอบ และขอบเขตการทำงานโดยภาพรวม ทั้งนี้ ต้องมีการเสริมแรงงานอย่างต่อเนื่อง บทบาทหน้าที่เบื้องต้น อาทิ เช่น การเตรียมชุมชน การหาอาสาสมัครเพิ่มเติม การสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อแรงงาน เป็นล่าม การส่งต่อกรณีผู้ประสบปัญหา เป็นต้น

จากโจทย์ปัญหาเบื้องต้น คือ แรงงานไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง การส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ต่อไป

เสียงสะท้อนจากแรงงานที่อาสาสมัครสุขภาพ

1. บทบาทและการทำงานที่สะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการยอมรับ ความมั่นใจ และความรู้ที่ได้รับยังไม่พอเพียง ดังตัวแทนอาสาสมัครสุขภาพต่างชาติที่พื้นที่สมุทรสาคร

“การลงไปในชุมชนพวกเขายังไม่มีความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับ และการยอมรับของชุมชน ความน่าเชื่อถือยังมีน้อยเพราะพวกเขาก็มีสถานะที่เป็นแรงงานเหมือนกับพวกเขา แต่ถ้ามีคนไทยเข้าไปช่วยพูดแรงงานจะให้ความสนใจและเชื่อถือพวกเขามากขึ้น”

“พอมีเสื้อทีมและมีบัตรพนักงานที่แสดงตัวว่าเรามาทำอะไรในชุมชนทำให้เราทำงานง่ายขึ้น ในการลงหน่วยบริการสุขภาพ”

“เรายังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่เพียงพอ เราไม่เข้าใจภาษาทางการแพทย์”

2. อุปสรรคที่ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ สะท้อนจากคำบอกเล่า ดังนี้

“ถ้าเป็นแผลหรือเจ็บป่วยเราก็รักษาตัวเอง ส่วนมากใช้ความรู้ที่มีมาแต่เดิม ถ้าตาแดงก็หยอดน้ำนม ถ้าเป็นแผลก็ใส่ผงชูรส เป็นไข้ก็กินยาห่อหรือยาหม้อ เรื่องจะไปหาหมอที่โรงพยาบาล เราไม่กล้าไปหรอกเพราะพูดไม่เป็น ไม่รู้จะต้องไปตรงไหน ไม่รู้จักใคร” (ผู้ปกครองของเด็กข้ามชาติ)

“ถ้าไม่สบายมาก ๆ ก็ให้หมอช่วยดูให้ บางทีมีอาจะเข้า” (ผู้ปกครองของเด็กข้ามชาติ)

“ครูหนูจะต้องพาแม่ไปโรงพยาบาลจริง ๆ หรือครู แม่ไม่อยากไปเพราะแม่ไม่รู้จักใครและพูดไทยไม่เป็น” (เด็กข้ามชาติที่เรียนในศูนย์เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน)

“ฉันไปหาหมอถึงมีบัตรประกันสุขภาพ แต่ก็เสียเงินเท่า ๆ กับไปคลินิก ใช้เวลาทั้งวัน โรงพยาบาลก็อยู่ไกลไปคลินิกใกล้ ๆ ห้างพักดีกว่า” (พ่อแม่เด็กข้ามชาติ)

“เราเห็นเพื่อนแรงงานที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานบางครั้งเราไม่รู้ว่าจะช่วยเข้าได้อย่างไร เพราะค่ารักษาแพงมาก ถ้าป่วยมาก ๆ นายจ้างก็ไล่ออก พวกเขาก็ไม่กล้าต่อรองอะไรกับนายจ้าง” (ครูอาสาศูนย์เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน)

3. มิติด้านชาติพันธุ์/อคติทางชาติพันธุ์

พบการแสดงท่าทีและคำพูดที่มีคำตำหนิตีเยียน รังเกียจและไม่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“โรงพยาบาลไม่ไปหอรอก ถึงมีลามแต่ก็พูดไม่ดี เพราะลามเป็นมอญ ก็จะพูดดีกับเฉพาะพวกมอญ ถ้าเป็นพม่าเขาไม่แปลให้ บางครั้งก็พูดไม่ดี” (ผู้ป่วยที่ใช้บริการกับโรงพยาบาล)

“พวกแรงงานต่างด้าวสกปรก นำโรคร้ายเข้ามาประเทศไทย” (ชุมชนคนไทยในย่านที่แรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่)

“พวกพม่า ไม่สบายด้วยโรคที่หนักๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก” (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)

“ผ้าตัดหัวใจหรือ เด็กไทยบางคนยังไม่ได้ผ่าเลย ทำไมเด็กพม่าผ่าตัดได้” (แพทย์ที่ตัวเด็กพม่าที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ)

“ค่าตรวจเอ็กซเรย์หัวใจมันแพง ถ้าเป็นเด็กไทยให้ตรวจได้ แต่นี่เป็นพม่าเราไม่สามารถออกค่าใช้จ่ายได้” (ผู้ช่วยพยาบาลที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)

“เด็กพม่าป่วยมาก ๆ อย่างนี้ให้ส่งกลับไปตายที่พม่าดีกว่า รักษาไปก็สิ้นเปลืองงบประมาณ” (ผู้ช่วยพยาบาลที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)

4. ความต้องการของอาสาสมัครในการช่วยเหลือเพื่อนแรงงาน

“มีลูกเรือประมงที่ตาบอดจากการทำงานเราช่วยอะไรเข้าได้บ้าง” (ครูอาสาจากการลงพื้นที่ชุมชนแรงงานข้ามชาติ)

“ผมอยากช่วยเหลือเพื่อนแรงงานที่มาอยู่ประเทศไทยและได้รับความเดือดร้อน เพราะผมรู้ว่าบางคนไม่มีความรู้อะไร” (เยาวชนแรงงานข้ามชาติที่มาเรียนภาษาไทยที่ศูนย์เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน)

“มาฟังการอบรมสิทธิอย่างนี้ดี ทำให้ได้รู้อะไรมากขึ้น อย่างน้อยก็ไม่ถูกหลอกง่าย ๆ” (เยาวชนแรงงานข้ามชาติที่มาเรียนภาษาไทยที่ศูนย์เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน)

“ทำไมถ้าช่วยพวกเข้าไม่ได้ให้ค่าแรงไม่ได้และช่วยให้แรงงานที่เสียชีวิตการทำงานครั้งนี้ ผมก็รู้ว่าจะสู้หน้าแรงงานเขาอย่างไร” (อาสาสมัครเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน)

จากเสียงสะท้อนจากแรงงานและคำบอกเล่าจากผู้เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติทำให้ผู้ศึกษามองว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ของแรงงานข้ามชาติจำเป็นต้องใช้ระบบของอาสาสมัครเข้ามามีบทบาทในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. สร้างความเข้าใจถึงปัญหาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อของแรงงานข้ามชาติ
2. สร้างทัศนคติที่ดีต่อแรงงานข้ามชาติ ในแง่ของการให้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และมีการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับประโยชน์จากแรงงานข้ามชาติเพื่อดูแลแรงงานให้เหมาะสม
3. สร้างกลไกที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงาน
4. สร้างองค์ความรู้ในด้านการพึ่งพาตนเองระหว่างแรงงาน เช่น ความรู้ในด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสิทธิของแรงงานที่ควรได้รับ และความรู้เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับคนไทยอย่างสันติ
5. สร้างความเข้าใจในการเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์

บทสรุป

จากการนำเสนอปัญหา และบริบทในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ที่จำเป็นต้องมีกลไกเสริมในการทำงานคุ้มครองสิทธิแรงงาน สิทธิทางสุขภาพ สิทธิทางการศึกษา และปัญหาอื่นๆ

การจัดการและสร้างรูปแบบในการดูแลแรงงานข้ามชาติจำเป็นต้องเข้าใจถึงความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมและรูปแบบที่ดีในการจัดการปัญหาต่าง ๆ จำเป็นต้องใช้ระบบอาสาสมัครในการที่จะเข้าถึงปัญหา เข้าใจบริบทของแรงงานข้ามชาติได้อย่างชัดเจน

ถึงแม้ว่าอาสาสมัครต่างชาติ มีความสำคัญในกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติก็ตาม แต่ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ จะทำอย่างไรให้ “อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ” มีพื้นที่สาธารณะที่จะเข้าเป็นส่วนหนึ่งขององคาพยพ ที่ช่วยส่งเสริมป้องกัน และบำบัดบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่และเอื้อต่อการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขต่อไป ไม่ว่าจะเป็น

1. อาสาสมัครด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มคนที่ทำงานด้านสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพให้คำแนะนำกับชุมชนแรงงานข้ามชาติ อาสาสมัครเป็นส่วนช่วยเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นสถานีนามัย โรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการที่จะทำงานได้การป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อร้ายแรง และดูแลรักษาสุขภาพของแรงงานได้อย่างครบวงจร อีกประการหนึ่งคือแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้ได้อย่างเท่าเทียมกัน

2. อาสาสมัครด้านการคุ้มครองสิทธิ หมายถึง อาสาสมัครที่ดูแลเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิในทุก ๆ ด้านเกี่ยวกับสิทธิ เช่น สวัสดิการในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ หรือเรื่องการได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมอาสาสมัครเป็นผู้ให้ความรู้และเป็นตัวแทนในการรวบรวมปัญหาในการจัดการแรงงานข้ามชาติ เพื่อผลักดันประเด็นเชิงนโยบายในการวางแผนบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่ดี
3. อาสาสมัครด้านการศึกษา หมายถึง อาสาสมัครที่ดูแลด้านการให้การศึกษาแก่แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม (เด็ก) เพื่อที่จะเข้าใจในวัฒนธรรมและการสร้างระเบียบวินัยในการอยู่ร่วมกันในสังคมไทย และเข้าใจถึงความรู้พื้นฐานเบื้องต้นในการใช้ชีวิตอยู่เป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

จากการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ อาจจะมีเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2546 ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีความพยายามในการสร้างกลไกที่เอื้อและเหมาะสมกับการทำงานของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ในทุก ๆ ด้าน การสร้างอาสาสมัครในทุกรูปแบบล้วนแต่เป็นต้นแบบในการที่สร้างระบบการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่มีพัฒนาการและให้ครอบคลุมกับการแก้ไขปัญหาในทุกมิติ

ประเมินผลการทำงานของอาสาสมัครแรงงานต่างชาติ ผู้ศึกษาเสนอว่าระบบอาสาสมัครเป็นการจุดประกายเพื่อให้การแก้ไขปัญหาเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติสอดคล้องกับความเป็นจริงตามบริบทของแรงงานอย่างแท้จริง ถึงแม้กลไกของรัฐยังไม่เอื้อเท่าใดนัก ก็ตามแต่ความพยายามทั้งหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน ร่วมกับองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของการจัดให้มีระบบอาสาสมัครเพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยหาระดับความรุนแรงของปัญหาลดน้อยลง

ระบบงานอาสาสมัครมีความสำคัญกับการทำงานพัฒนาที่ทุก ๆ ระดับ รวมถึงการนำไปสู่การพึ่งพาตนเองที่ยั่งยืน ซึ่งผู้ศึกษาเล็งเห็นว่าการใช้อาสาสมัครถือว่าระบบที่เป็นสากลและทำให้สภาพปัญหาต่าง ๆ ในสังคมคลี่คลายไปในทิศทางที่ดี อีกทั้งยังนำไปสู่การก้าวข้ามมายาคติต่าง ๆ เช่น อคติทางชาติพันธุ์ และการเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสมานฉันท์

กรณีศึกษาที่ 6

บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์รวม
กรณีที่บ้านสี่แยกสวนป่า

โดย อธิวัฒน์ แดงกะเปา

บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์รวม กรณีที่บ้านสีแยกสวนป่า

ธีรวัฒน์ แดงกะเปาะ*

สัญญาณแห่งการแปรเปลี่ยน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า อสม. ชื่อนี้เป็นที่รู้จักของคนทั่วไป โดยเฉพาะในแวดวงสาธารณสุขคุ้นเคยชื่อนี้เป็นอย่างดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาจากประชาชนในพื้นที่ที่สมัครเข้ามารับการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อนำไปใช้ในบทบาทอาสาสมัครด้านสาธารณสุขในชุมชนตนเอง รับผิดชอบดูแลเพื่อนบ้านละแวกใกล้เคียง 9 หลัง 10 หลัง ตามจำนวนที่แบ่งกับเพื่อน ๆ อสม. คนอื่น ๆ ในหมู่บ้านตนเอง

เกือบ 3 ทศวรรษ กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครของอสม. ระยะเวลาอันยาวนานสร้างผลงานสร้างความสำเร็จ เป็นที่ชื่นชมทั้งในวงการสาธารณสุข วงการนักพัฒนา และสาธารณสุขชนทั่วไป นับได้ว่าอสม. เป็นกลุ่มอาสาสมัครที่มีบทบาทเด่นชัดที่สุดในชุมชนที่ยังหลงเหลืออยู่ในขณะนี้ก็ว่าได้ ตลอดเวลา 30 ปีมีผลงานเป็นที่ประจักษ์มากมาย เช่น การรณรงค์ให้ประชาชนในหมู่บ้านสร้างส้วม การสร้างถังเก็บน้ำฝน โถงน้ำ การร่วมกวาดล้างโรคระบาดต่าง ๆ การรณรงค์วางแผนครอบครัว การฝากครรภ์และคลอดบุตรกับสถานบริการสาธารณสุข และอีกหลายกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่คืองานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน หรือที่เรียกว่า งาน 14 องค์ประกอบของ อสม. ซึ่งงาน 14 องค์ประกอบนั้น จากเดิมมีเพียง 8 - 9 กิจกรรม แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นมาจนเป็น 14 กิจกรรมในปัจจุบัน

คงไม่มีใครปฏิเสธว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนมีทิศทางดีขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากความเพียรพยายามของกลุ่มอาสาสมัครอสม. ในหมู่บ้าน ลำพังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คงมีกำลังไม่เพียงพอ หรืออาจต้องใช้เวลาอันยาวนานกว่าที่จะทำให้ประชาชนเข้าใจเรื่องสุขภาพ ต่อความสำเร็จมากมายดังกล่าว ณ ปัจจุบัน ที่สังคมเปลี่ยนแปลงไป กระแสแห่งการบริโภค แข่งขัน เรียกได้ว่าแทบทุกคนต้องดิ้นรนเพื่อเอาตัวรอดกับการแปรเปลี่ยนอย่างรวดเร็วนี้ สร้างความสั่นคลอนกับบทบาทอาสาสมัคร ของ อสม. บ้างหรือไม่อย่างไร เป็นประเด็นที่ชวนคิด เรียนรู้หาคำตอบ

เป็นเรื่องธรรมดาที่องค์กรใดองค์กรหนึ่งจะเปลี่ยนแปลง ปรับรูปแบบ ทิศทางการทำงาน หรือเรื่องใดก็ตาม เพื่อปรับองค์กรให้ดำรงอยู่ได้ กลุ่มอสม. ก็เช่นเดียวกัน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบทิศทางการทำงานมาหลายครั้งหลายครา เพิ่มพูนประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เรียกได้ว่าการพัฒนาทั้ง

* สถานีนามัยบ้านสีแยกสวนป่า ตำบลวังหิน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปริมาณ และคุณภาพไปพร้อม ๆ กัน ที่เห็นชัดเจนในการพัฒนา คือ โครงสร้างอสม. ที่มีการทำงาน เชื่อมโยงเป็นชมรมที่เข้มแข็งและกำลังขยับสู่การเป็นนิติบุคคล เป็นสมาคมต่อไป ในส่วนของปริมาณก็ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเกือบล้านคนเลยทีเดียว

อย่างไรก็ตาม ยังมีบางมุมมองที่สะท้อนการทำงานของอสม. ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นมุมมองที่ต่าง ไปจากกับคำว่า “พัฒนา” เป็นมุมมองที่เห็นว่า เวลาอันยาวนานอย่างก้าวสู่ทศวรรษที่ 3 แล้ว หาก เปรียบกับคนที่อยู่ในช่วงโตเต็มวัยแข็งแรง มีกำลังวังชาเต็มที่ แล้วอสม. เป็นเช่นนั้นตามกาลเวลา หรือไม่ หรือยังเป็นเด็กที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด หรือตรากตรำอ่อนล้าจนแก่เฒ่าชราหมดเรี่ยวแรง เรื่องราวเหล่านี้เป็นประเด็นที่น่าเก็บเกี่ยวเรียนรู้ร่วมกัน

สัญญาณใดเป็นเหตุปัจจัยให้มององค์กรอสม. ในมุมที่ต่างจากคำว่าพัฒนา บางคนบางท่าน อาจมีมุมมองที่แตกต่างกันไป เป็นทั้งบวกและลบ แต่การให้ความเห็นในครั้งนี้มีเจตนาเพื่อหาสิ่งที่ดีกว่า เพื่อต้องการให้องค์กรอสม. มีคำว่าพัฒนา ต่อไปจึงเสนอบางมุมมองที่ชวนใคร่ครวญให้รอบคอบ เพื่อ เรียนรู้ก้าวอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป ขอหยิบยกบางกรณีเพื่อทบทวนภาระหน้าที่อสม. ที่ส่ง สัญญาณว่าแปรเปลี่ยนไป เพื่อใคร่ครวญเรียนรู้

การรวมพลคน อสม.

การรวมพลคนอสม. เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างกระแส สร้างสถิติ ตอบสนองนโยบาย หรือเพื่ออะไรก็ตาม นับวันเรื่องเฉพาะกิจเหล่านี้จะมากขึ้น ๆ แรก ๆ ก็อยู่ในแวดวงสาธารณสุข หลัง ๆ ได้รับเชิญเข้าร่วมหลากหลายองค์กร บางคนล้อเลียนว่า “อสม. สายรุ่ง” เพราะมีสื่อให้ใส่หลายสังกัด มากมายหลากหลายสี กันนับว่าจำเป็นที่บางครั้งบางคราต้องการพลังคนจำนวนมากในการขับเคลื่อน กิจกรรม แต่ควรสร้างความตระหนัก เห็นคุณค่า ต่อเนื่อง และที่สำคัญเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ต่ออสม. อย่างตรงไปตรงมา หากทำแล้วไม่ก่อเกิดประโยชน์เท่าที่ควร

การล่าลายมือชื่อ เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมนั้นกิจกรรมนี้ หารายชื่อให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ที่มาที่ไปของเรื่องราวต้นสายปลายเหตุแทบไม่ได้รับรู้เลย ขอให้ได้รายชื่ออย่างเดียวเป็นพอ ด้วยความ เกรงใจเจ้าหน้าที่อสม. ก็ต้องทำตาม กลายเป็นภาระ เสียเวลา ไม่ก่อประโยชน์ ที่ซ้ำร้ายกลายเป็น การสอนงานที่ผิด ๆ ให้อสม. เสียด้วยซ้ำ

งานด่วนงานร้อนงานพ่วงงานฝาก นับวันอสม. จะต้องทำงานตามใบสั่งเจ้าหน้าที่มากขึ้น แทบไม่ได้คิดเลยว่าทำเพื่ออะไร เกิดผลมากน้อยเพียงไหน งานเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจ เก็บ ข้อมูล ได้ข้อมูลมาส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ถือว่างานเสร็จ แม้บางงานเป็นเรื่องที่อสม. ควรเรียนรู้ ก็ไม่ได้ เรียนรู้ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจเบาหวาน ได้ตัวเลขมาก็แจ้งเจ้าหน้าที่ ถือว่างานเสร็จ น้อยมากที่จะมาร่วมเรียนรู้เรื่องที่ทำอย่างจริงจัง และเห็นว่าเรื่องเหล่านี้เป็นภารกิจของอสม. ที่ควรทำ

เพื่อชุมชนมากกว่าทำเพื่อเจ้าหน้าที่ การทำงานลักษณะไม่คิดไม่ใช้สมองบ่อยครั้งเข้าก็จะเกิดความเคยชินรอแต่คำสั่ง มีคำสั่งก่อนจึงทำ “อาจเรียกว่า อสม. ใบสั่ง”

อสม. แอบแอบ เป็นคำที่ไม่ตรงนัก แต่นับวันมีอสม. ที่เป็นอสม. เพียงชื่อ หรือเพียงมีชื่ออยู่ในทะเบียนอสม. เท่านั้น น้อยคนนักที่กล้าประกาศตัวเองและแสดงบทบาทหน้าที่ของอสม. ให้คนในชุมชนรับรู้ หมู่บ้านหนึ่งมีเพียงไม่กี่คนที่ชาวบ้านรับรู้และเห็นบทบาทของอสม. มีสาเหตุมากมายที่ทำให้ อสม. ไม่กล้าประกาศตัว อาจเนื่องจากการเข้ามาเป็นอสม. ไม่ได้ผ่านการบ่มเพาะวิชาความรู้ใด ๆ เลย สมัครมาก็ได้บัตรเป็นอสม. เลย เรียกว่า “อสม. แดกเดียว” คือวันเดียวเสร็จกระบวนการเป็นอสม. เลย และการพัฒนาความรู้ความสามารถอสม. ในระยะยาวก็ขาดหายไป ไม่มีรูปแบบชัดเจน จนอสม. ที่มีอยู่ขาดความรู้ ขาดความมั่นใจไม่กล้าบอกใครว่าที่ตนเองเป็น อสม. ทำอะไรได้บ้าง กล้า ๆ กลัว ๆ ไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่

ที่กล่าวมาเป็นตัวอย่างที่น่าจะดูคร่าวๆ ให้องค์กรอสม. หยุดเดิน หรือเดินได้ช้า หรือบางอย่างอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้องค์กรล้มเหลว ยังมีเรื่องอีกมากที่ควรศึกษา วิเคราะห์สังเคราะห์ เรียนรู้ นำมาพัฒนาให้ดีขึ้น การปล่อยให้องค์กรเดินต่อไปเรื่อย ๆ โดยขาดการทบทวนเรียนรู้ อาจเป็นการทำลายองค์กรโดยไม่รู้ตัวก็เป็นได้

เหตุเกิดที่บ้านสี่แยกสวนป่า บางชัน

ทีมงานอสม. บ้านสี่แยกสวนป่า เป็นกลุ่มองค์กรหนึ่งที่เห็นว่าจะถึงบางช่วงบางตอนที่ต้องทบทวนเรื่องเหล่านี้แล้ว จึงอาสาบอกกล่าวเรื่องราวที่ผ่านมา เพื่อหาทิศทางที่จะก้าวต่อไป

“บ้านสี่แยกสวนป่า” เป็นชุมชนเล็กๆ ในพื้นที่ตำบลวังหิน อำเภอบางชัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 4 บ้านห้วยบ้าน หมู่ที่ 6 บ้านมุด หมู่ที่ 7 บ้านด่านปลิง หมู่ที่ 9 บ้านทุ่งอินทนิล หมู่ที่ 12 บ้านไผ่ฝ้าย และ หมู่ที่ 13 บ้านบ่อน้ำร้อน เดิมพื้นที่ทั้งหมดอยู่ในเขตบริการของสถานีอนามัยบ้านหนองเจ ซึ่งรับผิดชอบทั้งตำบล 13 หมู่บ้าน ต่อมาได้มีการสร้างสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งแห่ง ในปี พ.ศ. 2542 คือ สถานีอนามัยบ้านสี่แยกสวนป่า ตั้งอยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 12 บ้านไผ่ฝ้าย จึงแบ่งพื้นที่รับผิดชอบใหม่ดังที่กล่าวมา สถานีอนามัยบ้านสี่แยกสวนป่า เปิดให้บริการเข้าสู่ปีที่ 7 แล้ว รับผิดชอบทั้งหมด 850 หลังคาเรือน ประชากร 3,600 คน มีอสม. ทั้งหมด 90 คน ประชากรที่ส่วนใหญ่ย้ายถิ่นฐานมาจากอำเภอต่าง ๆ ในเขตจังหวัด และจังหวัดใกล้เคียง มีคนถิ่นเดิมบางส่วน อาจเรียกได้ว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ในเขตอำเภอบางชันเป็นพื้นที่ปลูกเบญจลักษณะพื้นที่ที่เป็นที่ราบสนับเนินสูงปลูกยางพารา ประชากรประกอบอาชีพทำสวนยางพาราเกินกว่าร้อยละ 90 ประชากรเขตสี่แยกสวนป่านับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาตั้งแต่เนิ่นมได้กรุ่นใหม่ได้รับการส่งเสริมการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

อสม. ตำบลวังหิน ก่อนปี พ.ศ.2542 ซึ่งสังกัดเขตบริการสถานีอนามัยบ้านหนองเจ ยังจดจำเรื่องราวกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ผ่านคำบอกกล่าวในวงสนทนา น้ำเลิศ (นายเลิศ กุญชรินทร์) ซึ่งเป็นประธานอสม.เขตตำบลวังหินขณะนั้น ป้าเลียบ (นางเลียบ ทองทิพย์) อามอน (นายอามอน หนูรินทร์) พี่ทีป (นายประทีป ศิริวัตร) และเพื่อนพ้อง ผสส / อสม. รุ่นแรก ๆ ของตำบลวังหิน และอำเภอบางขัน อีกจำนวนหนึ่ง มีเรื่องน่าสนใจให้ค้นหาเรียนรู้มากมาย

เริ่มตั้งแต่กว่าจะได้ใครสักคนมาเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) คนในชุมชนต้องเสาะหาเลือกสรร ทาบตามเชิญชวน เพื่อหาคนที่เหมาะสมที่สุดมาเป็นตัวแทนหมู่บ้าน ที่สำคัญสุด คนคนนั้นต้องชอบ มีแวว และใจรัก เพื่อเป็นตัวแทนชุมชนทำเรื่องนี้ เมื่อได้ตัวแทนคนในชุมชนก็เข้ารับ การอบรมเป็นผสส.ที่น่าสนใจ คือความพิเศษของการอบรม เนื่องจากเมื่อ 20 กว่าปีที่แล้ว เส้นทางในอำเภอบางขันกันดารมาก และยังมีพื้นที่สีส้มสีแดงในบางชุมชน การเดินทางต้องอาศัยการเดินทาง คนที่จะเข้ารับการอบรมผสส.สมัยนั้นจึงต้องเดินทางที่อาจเรียกว่าทางเดินมากกว่าเรียกว่าถนนเป็นระยะทางหลายกิโลเมตร ทันทีที่มีแสงแดดส่องเห็นทางก็จ้ำอ้าวทันที เพื่อให้ทันเวลาเริ่มอบรมแปดโมงครึ่ง แต่ยังมีเรื่องที่น่าสนใจตามต่อ คือ การเตรียมตัวไปอบรม ป้าเลียบเล่าอย่างออกรสชาติว่า **“ลูกหมอรู้อย่างนี้ ป้าเลียบต้องตื่นแรกตีสี่หัวรุ่งเพื่อทำกับข้าวใส่ขันไปกินตอนพักเที่ยง”** อบรม 5 วัน ป้าเลียบก็ทำอย่างนี้ทุกวัน เอกสารประกอบการอบรมก็น่าสนใจ เป็นหนังสือหลายเล่มมาก ติดมือกลับมาอ่านอย่างจริงจังที่บ้าน ป้าเลียบบอกต่อว่า ป้าเรียนเอาจริงกว่าตอนเรียนหนังสือตอนเด็ก ๆ เสียอีก ไปกลับไปกลับอย่างนี้อยู่ 5 วันเต็ม ๆ กว่าจะได้เป็นผสส.ครบตามหลักสูตร คนในวงสนทนา ยังไม่อยากผ่านความหลังเรื่องการอบรมผสส. ในอดีต พูดเสริมต่อว่า ตอนเย็นอบรมเสร็จเดินกลับบ้านกว่าจะมาถึงก็มีดีค่าพอดี ต้องให้คนที่บ้านหุงหาอาหารมื้อค่ำไว้ให้ นับว่าเป็นเรื่องที่ชวนติดตามอย่างมาก

หลังจากผ่านการอบรมหลักสูตรผสส. ก็มีการเลือกตัวแทนเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอสม.ต่อทันที คราวนี้ต้องอบรมรวมกันทั้งอำเภอ หลักสูตรยาวนาน 15 วัน ทั้งทฤษฎี ทั้งฝึกปฏิบัติ เอกสารหนังสือเรียนเป็นสิบ ๆ เล่ม นับว่าเข้มข้นจริง ๆ บางคนก็เดินทางไปกลับ บางคนก็พักบ้านเพื่อนฝูงที่อบรมด้วยกัน บางคนก็พักบ้านคนรู้จัก แต่ที่เหมือนเดิมก็คือการหัวปิ่นโตมาทานพักเที่ยงทุกวัน และเขาเหล่านั้นก็จบออกมาเป็นอสม. เป็นคนของหมู่บ้านที่มาเคลื่อนไหวงานต่อในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน

อสม.บางคนได้รับการเลือกสรรต่อเพื่อรับการอบรมเป็นช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน พี่ทีปเป็นคนหนึ่งที่ผ่านการอบรมเป็นชม.แล้วว่า “ผมไปอบรม ชม. ที่สีชล 15 วัน (อำเภอสีชล ห่างจากอำเภอบางขัน ประมาณ 150 กิโลเมตร) เขาสอนจนผมทำเป็นทุกอย่าง ส้วม โถง ถังขยะ เตาเผาหลาย ๆ อย่างผมทำเป็นจากการอบรม ชม.”

นับว่าเป็นความตั้งใจจริงของกลุ่มคนเหล่านั้น ทั้ง ผสส. อสม. และ ชสม. ที่ต้องเสียสละอย่างมากเพื่อเป็นตัวแทนคนในชุมชนเข้ารับการพัฒนาและนำกลับมาทำงานให้ชุมชน เขาเหล่านั้นอยู่ในความคาดหวังของชุมชน ภาระหน้าที่จึงเป็นเรื่องที่ชุมชนจับตามอง เขาจึงตอบสนองชุมชนด้วยผลงานที่ผ่านการฝึกปรือมาอย่างสมความภาคภูมิ เป็นที่ยอมรับชื่นชมและเป็นความทรงจำที่ไม่ลืมเลือน

ที่กล่าวมาเป็นเพียงเศษเสี้ยวหนึ่งของการพูดคุยย้อนอดีตเท่านั้น มีเรื่องที่ควรเรียนรู้อีกมากจากกลุ่มคนเหล่านี้ เรื่องหนึ่งที่อยากนำมาบอกกล่าวต่อ คือ การทำงานที่เข้มขันของ ผสส. / อสม. พื้นที่หนึ่ง คือ หมู่ที่ 7 บ้านด่านปลิง ช่วงก่อนปี พ.ศ.2542 อยู่ในเขตพื้นที่ที่สถานีอนามัยบ้านหนองเจ หลังผ่านการสร้างคนเป็น ผสส. / อสม. ตัวแทนชุมชนด่านปลิงแล้ว กลุ่มคนเหล่านั้นนำเรื่องราวมาสานต่อในพื้นที่อย่างต่อเนื่องจริงจัง ทั้งการจัดตั้งกองทุนฯ สร้างสถานที่ทำงานอย่างชัดเจน (ต่อมาเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน / ศสมช.) กองทุนสุขภาพีบาล รณรงค์การสร้างส้วม โองน้ำ ถังขยะ เตาเผา อย่างจริงจัง กองทุนสุขภาพีบาลอาหาร กองทุนบัตรประกันสุขภาพ และอีกหลายกองทุนด้านสาธารณสุขในขณะนั้น (ปัจจุบันกลายมาเป็นกองทุนพัฒนาหมู่บ้านด้านสาธารณสุขที่เงินเป็นจำนวนมาก) แต่ที่เห็นชัดเจนมากในการทำงานสาธารณสุขของกลุ่มคนเหล่านี้ คือ งานสาธารณสุขมูลฐาน จาก 8 - 9 เรื่อง เพิ่มเติมมาเรื่อย ๆ จนกลายเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ และที่ด่านปลิงก็ทำได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใต้การร่วมมือกันของทุกภาคส่วน จนเป็นที่ยอมรับของคนในแวดวงนักพัฒนาว่า บ้านด่านปลิงเป็นแนวหน้าเรื่องงานสาธารณสุขมูลฐานจริงๆ และในปี พ.ศ. 2538 ชุมชนด่านปลิงก็ได้รับการคัดเลือกเป็นหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นรองชนะเลิศระดับประเทศ บนความทุ่มเทของทีมงาน ความจริงจังของคนในพื้นที่ น้ำหนึ่งใจเดียวกันในการพัฒนา ความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ พื้นที่ด่านปลิงกลายเป็นพื้นที่เรียนรู้ศึกษาดูงานจากทุกสารทิศในเวลาต่อมา

5 ปีหลังจากนั้น ชุมชนบ้านด่านปลิงก็ค่อย ๆ เปลี่ยนไป การพัฒนาน้อยลง ก้าวเดินอย่างช้า ๆ ในที่สุดก็หยุดเดิน จากพื้นที่แนวหน้ากลายเป็นหมู่บ้านที่การพัฒนาช้ากว่าหมู่บ้านใกล้เคียงอย่างชัดเจน จากการทบทวนพูดคุยในวงเพื่อน อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้านด่านปลิง พบว่าสิ่งที่เปลี่ยนไปอย่างชัดเจน คือ

อสม.คนเดิม ๆ หายไป เนื่องจากภาระหน้าที่ที่มากขึ้น ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะมาทุ่มเทสำหรับเรื่องนี้ คนที่เข้ามาใหม่ ก็เข้า ๆ ออก ๆ เป็นว่าเล่น ขาดความต่อเนื่องจริงจังในการทำงาน นี่ก็อยากจะทำก็ทำ ไม่อยากทำก็หายไปเลย ปัญหาความต่อเนื่องทั้งคนและงานจึงตามมา และในที่สุดก็ขาดคนทุ่มเทเพื่องานหมู่บ้าน อสม.ที่มีอยู่ก็ทำเท่าที่ทำได้

ความร่วมมือ จากเมื่อก่อนมีการประชุมปรึกษาหารือกันว่าจะทำอะไรอย่างไร หลังจากตกลงกันในที่ประชุมแล้ว ทุกคนก็ถือปฏิบัติกลับไปทำตามมติทันที แต่ปัจจุบัน การมาประชุมก็จางหายไป

มาบ้างขาดบ้าง การแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมก็น้อยลง เรียกว่าความตั้งใจเพื่อส่วนรวม ลดลงมาก ความพร้อมเพรียงสามัคคีที่เคยมีก็หดหายไป

แรงเสียดทานจากคำว่าพัฒนาหรือการปรับเปลี่ยนแบบต่าง ๆ ทำให้กลุ่มคนทำงานเปลี่ยนไป ทั้งการเลือกตั้งท้องถิ่นที่เกิดความขัดแย้ง นโยบายเน้นเงินมากกว่าเน้นคน จนเกิดปัญหาคนดีต้องล่าถอย กระแสสังคมที่เราร้อนตลอดเวลาจนบางคนไม่อยากเดินตามกระแสเหล่านั้นก็เดินจากไป สิ่งเหล่านี้เป็นผลพวงให้คนทำงานลดน้อยถอยหนี

นโยบายของต้นสังกัดหรือทิศทางการทำงานของสาธารณสุขุขที่เปลี่ยนไป อสม.บอกว่ามีแต่งงาน และ งาน ลงมาที่ อสม.ทุกเรื่อง ไม่รู้ว่าทำเพื่อใคร ทำแล้วเกิดประโยชน์มากน้อยแค่ไหน และเพื่อนพ้องพี่น้องในพื้นที่ได้อะไรจากสิ่งที่ทำ จนสับสนหมดสภาพที่จะเดินต่อไปได้ ขาดขวัญขาดกำลังใจในการทำงานอาสาสมัคร

ทุกประเด็นที่เป็นแรงต้านถาโถมเข้าใส่ด้านปลิงอย่างรวดเร็ว เวลาเพียงไม่นานก็เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจน สิ่งที่เคยเป็นผลงานสร้างความภาคภูมิใจ เหลือเพียงแค่ความทรงจำเท่านั้น ชุมชนด้านปลิงขาดการพัฒนาอยู่เป็นเวลานานกว่า 2 ปี แม้กระทั่งมีการสร้างสถานีอนามัยบ้านสี่แยกสวนป่าแยกมาจากหนองเจ แล้วก็ตามบทบาทของอสม. ขณะนั้น ทำเท่าที่ทำได้ เรียกได้ว่าหยุดมากกว่าเดิน จนมีอยู่วันหนึ่ง ที่อสม.ทั้งรุ่นเก่าและรุ่นใหม่ จำนวนหนึ่งที่เรียกว่า “**อสม.สายพันธุ์แท้**” ได้มีโอกาสพูดคุยกัน อย่างเพื่อน อย่างมิตร ที่ไม่ใช่การประชุมเป็นทางการใด ๆ ความอัดอั้นตันใจที่ทับถมอยู่ก็พรั่งพรูออกมา คนเก่าที่เคยมีผลงานก็เสียดายเรื่องที่เคยทำมาถูกลืมเลือนไป เหลือเพียงความทรงจำ ส่วนคนใหม่ก็อยากสร้างผลงาน อยากแสดงความสามารถ จึงเกิดความเข้าใจ เห็นใจ หัวอกเดียวกัน ในจังหวะเวลานั้น

บอบช้ำ เมฆฝนจางหาย สู่ความหวังร่วม

อสม. กลุ่มที่เรียกว่าสายพันธุ์แท้ ได้พูดคุย บอกเล่าเรื่องราวที่คับข้องใจของแต่ละคน มีการพบกันหลายครั้ง จากเมื่อก่อนที่เป็นเพียงความคิดในใจก็ได้บอกกล่าว เพื่อนพ้องรับรู้ เห็นใจ เข้าใจ ปัญหาาร่วมกัน การพูดคุยอย่างไม่ตั้งใจในครั้งแรก กลายเป็นการนัดหมายอย่างเป็นทางการบ่อยขึ้น มีคนสนใจเข้าร่วมวงมากขึ้น จากสามสี่คน กลายมาร่วม ๆ สิบคน นับว่าเป็นจุดแรก ในการพลิกวิกฤตครั้งนี้ของกลุ่ม อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า กลุ่มคนเหล่านั้นประกอบด้วย นายเลิศ กุญชรินทร์ (ประธานอสม.เขตสี่แยกสวนป่าในขณะนั้น ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษา) นายสอด อักษรนำ เป็นรองประธานอสม.ในขณะนั้น ปัจจุบันเป็นประธาน) นายดิชา จันทรอ่อน , นางจิตตรา แซ่ซี้ , นายอำมร หนูรินทร์ , นายประทีป ศิริวัตร , นายสมใจ ฤทธิ์ช่วยรอด , นายประทีป ดำเกลี้ยง และนายสุวิทย์

ธานีรัตน์ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ นายสุเทพ มิตรเมธ นางกัญญา แสงเงินและ นายธีระวัฒน์ แดงกะเปา เป็นแรงหนุนในการทำงาน

เมื่อได้กลุ่มคนที่เข้าใจกัน ก็มีการประชุมหาทิศทางการทำงาน นำบทเรียนที่บอบช้ำมาเรียนรู้ ตริกตรอง และสร้าง “ความหวังร่วม” มีการระดมความคิดเห็นทั้งในวงเล็กที่เป็นแกนนำดังกล่าว และชนวนเพื่อนพ้องอสม. ในที่ประชุมใหญ่ร่วมคิด ช่วยกันเสนอแนะวิพากษ์วิจารณ์อย่างเต็มที่ เท่ากับ เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งองค์กร เรื่องทิศทางเคลื่อนของ อสม.บ้านสีแยกสวนป่า เรื่องนี้ นำเข้าพูดคุยในที่ประชุมประจำเดือน อสม. 2 - 3 ครั้ง กว่าจะมีแนวร่วมเห็นด้วยว่าต้องมีการปรับหรือ การทำงานของอสม.

แล้วจะเริ่มตรงจุดไหน นี่คือการประเด็นคำถามที่ตอบยากมาก เพราะเราไม่รู้ว่าจะเริ่ม ตรงไหน อย่างไร และที่สำคัญ เพื่อนพ้องอสม. ที่อื่น ๆ เขาก้าวไปถึงไหนกันแล้ว หลายปีที่เราขาดการ รับรู้เรื่องนี้ จึงเป็นที่มาของจุดเริ่มต้น คือเราจะเรียนรู้กันดีกว่าว่า เพื่อนพ้องอสม. ต่างถิ่นเขาก้าวไปถึง ไหนอย่างไร โดยตกลงกันว่าทำเรื่องหลัก ๆ 3 อย่างคือ

อย่างแรก เอกสารเรื่องราวที่พอหาได้ถูกหยิบยกมาศึกษาค้นคว้าอย่างมาก รวมทั้งขอ เอกสารเพิ่มเติมจากที่ที่พอรับรู้มีชื่อเสียงมาบอกกล่าวเล่าสู่กันฟัง **อย่างที่สอง** คือ การไปศึกษาดูงาน เท่าที่กำลังเราทำได้ ทั้งการขี่จักรยานยนต์ รถกระบะ รถเมล์ รถทัวร์ ทั้งใกล้ทั้งไกล จำนวนคนที่ไปก็ มากบ้างน้อยบ้าง งบประมาณขุดหนุนบ้าง นับเป็นหลายสิบแห่งที่ได้ไปเรียนรู้เจาะลึก และ**อย่างที่ สาม** ส่งตัวแทนร่วมกิจกรรมวิชาการสาธารณสุข เท่าที่พอทำได้ เช่นงานสมัชชาสุขภาพ งานปฏิรูป ระบบสุขภาพ กิจกรรมของสสส. เป็นต้น เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ๆ ในการมาทำงานในพื้นที่

ใช้เวลาศึกษาเรียนรู้เรื่องนี้อยู่ 2 ปีกว่า จึงขยับตัดสินใจ **จุดเริ่มต้นจริง ๆ ที่ทำ คือศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)** ด้วยเหตุผลที่ว่า ศสมช. เปรียบเสมือนบ้านของอสม. หาก อสม.ไม่มีบ้านไม่มีที่อยู่ก็ไม่รู้ว่าจะทำงานอะไรที่ไหน หรือ เรียกว่า **อสม.ไม่มีหัวใจ** จึงมีการระดมทุนใน การสร้าง ศสมช. สำหรับหมู่บ้านที่ยังไม่มีศสมช. หรือปรับปรุงบางหมู่บ้าน มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนา ศสมช. ระดมเงินบริจาคจนเกิดกองทุนพัฒนา ศสมช. ทุกหมู่บ้าน ในระยะแรกมีการสร้าง ศสมช. 2 หมู่บ้าน คือหมู่ที่ 4 และ หมู่ที่ 6

ภารกิจตามมาจากมี ศสมช. คือ **เรื่องระบบข้อมูลข่าวสารนับว่าเรื่องนี้สำคัญมาก ๆ ที่ทีมงานให้น้ำหนักเรื่องนี้มากที่สุดและทุ่มเทเป็นอย่างมาก** ที่จริงอาจเรียกได้ว่าทำก่อนมี ศสมช. เสียด้วยซ้ำ และมีการปรับแก้หลายครั้ง ใช้เวลาในการออกแบบ เก็บข้อมูล บันทึกผล และนำไปปรับ ใช้เป็นเดือน ๆ แม้ขณะนี้เวลาผ่านไปตั้ง 3 - 4 ปี ก็ยังถือว่าไม่สมบูรณ์ มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนเติม เต็มอยู่เสมอ ๆ

เรื่องที่ตามมาอีกอย่างหลังเกิด ศสมช. คือระบบบริการ ทั้งเรื่องคนที่จะมาทำกิจกรรม หรือตัวกิจกรรมบริการว่าจะมีมากน้อยเพียงไร เช่น บางแห่งมีการหมุนเวียนมาทำงาน บางแห่งมีคนประจำ หรือบางแห่งไม่ต้องบริการเรื่องยา ทำแต่ข้อมูล เป็นต้น ซึ่งเรื่องเหล่านี้ก็นำมาพูดคุยหาทางออกร่วมกัน ในที่ประชุมที่งานเสมอ และทั้ง 6 หมู่บ้านก็มีการตั้งเป็นทีมงานพัฒนาร่วมกัน เพื่อได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ผลผลิตที่เกิดจากการทุ่มเทเพื่อพัฒนาศสมช. ที่เห็นชัดเจนมาก คือ ความใกล้ชิดระหว่าง อสม. และเพื่อนบ้านที่รับผิดชอบ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย เนื่องจากการต้องเก็บข้อมูล เช่น การชั่งน้ำหนัก การสอบถามข้อมูลสุขภาพ วัคซีน อย่างนี้เป็นต้น อสม.ต้องเดินเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น ชาวบ้านได้รับการสุขภาพ สอบถามเรื่องราว สร้างความรู้สึกที่ดีกว่าเดิม จนเป็นที่พอใจของอสม. และทีมงาน ระดับหนึ่ง กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานก็เป็นระบบ ครอบคลุมมากขึ้น ที่สำเร็จสูงสุดในการพัฒนา ศสมช. ครั้งนี้ คือ ระบบข้อมูลที่ ศสมช. ที่ก่อประโยชน์ทั้งผู้ทำ ประชาชนในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคนภายนอกที่ต้องการข้อมูล

แถมกะลา ฝากอบเดิมๆ

หลังจากการพัฒนาระบบงานของ ศสมช. มาระยะหนึ่งทีมงาน อสม. ก็มีความชัดเจนมากขึ้น ความร่วมมือ การตอบรับมากกว่าเดิม คณะทำงานที่เป็นแกนหลักจึงมองหากิจกรรมที่กลุ่มอยากทำ มากกว่าทำเฉพาะภารกิจที่เป็นงานประจำ หรือนโยบายที่ภาครัฐกำหนดเท่านั้น กอปรกับส่วนหนึ่งที่เกิดจากการส่งทีมงานเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรภายนอก จึงเห็นกิจกรรมที่น่าสนใจมากมาย มีการระดมความคิดเห็นเรื่องนี้อย่างจริงจัง

ทั้งงานประจำ งานนโยบาย และงานเฉพาะกิจต่าง ๆ ได้รับการทบทวน เพื่อหาจุดเด่นจุดด้อย ที่สำคัญเน้นประเด็นของพื้นที่ว่าต้องการอะไร เกิดประโยชน์สูงสุดกับเพื่อนพ้องประชาชนในเขตรับผิดชอบ หลายเรื่องน่าสนใจ เช่น เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิต สิ่งแวดล้อมขยะมูลฝอย ใช้เลือดออก เป็นต้น แต่ที่ตัดสินใจเลือก คือ เรื่อง คุ่มครองผู้บริโภคร ด้วยเหตุปัจจัยในวันที่ประชุมหารือเรื่องนี้ น้ำเลิศจึงเสนอในที่ประชุมว่า

“ผมเห็นคนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปวดเมื่อยตามตัวตามข้อ ออกด ๆ แอด ๆ ไม่ค่อยสบายเนื่อบายตัว กันเป็นส่วนใหญ่ หมอเองก็หาสาเหตุไม่ค่อยได้ ให้กินยาตามอาการ โดยเฉพาะเมื่อยผมรักษามานานปวดข้อ เข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาล คลินิกเป็นว่าเล่น ไม่หายสักที ครั้งหลังสุดหมอเจาะเลือด พบสารพิษในเลือด หมอบอกว่าน่าจะมาจากอาหารที่กิน ผมว่าเราทุกคนต้องกิน น่าจะทำเรื่องนี้ให้จริงจัง”

โครงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

นี่คือประกายความคิดแรก และดูเหมือนทุกคนจะเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผ่าน มาเรื่องคุ้มครองผู้บริโภคการตรวจอาหาร ตรวจร้านชำใช้ว่าจะไม่เคยทำ เรื่องนี้เป็นหนึ่งใน 14 งาน ของอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ต้องตรวจร้านชำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งอยู่แล้ว แต่เมื่อเรา ร่วมกันวิเคราะห์กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคที่ผ่านมาพบว่า **หนึ่ง** เป็นเพียงการทำงานประจำตามที่รัฐ กำหนด ขาดจิตวิญญาณ ขาดชีวิตชีวาในการทำ **สอง** งานที่ทำตามไม่ทันปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากรัฐ มีข้อจำกัดเรื่องคน เรื่องงบประมาณ หากทำตามแผนที่วางไว้คงไม่เพียงพอ **สาม** ขาดการมีส่วนร่วมของพื้นที่ รอบแต่ภายนอกมาดำเนินการให้ การแก้ไขปัญหาจึงไม่ตรงจุด **สี่** ขาดนวัตกรรมใหม่ ๆ อยู่ในกรอบ เดิมๆ **ห้า** มาตรการทางกฎหมายแทบไม่มีความหมายที่จะนำมาใช้ในชนบท เรื่องกฎหมายไกลเกิน กว่าที่จะหยิบมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ **หก** ขาดการยอมรับจากชุมชน บางครั้งยังมองเป็นการกลั่น แกล้ง สร้างความขัดแย้งอีก เช่น อสม. นำเจ้าหน้าที่ที่ตรวจร้านชำก็ถูกมองจากเจ้าของร้านว่าเป็นคน แฉเจ้าหน้าที่ให้มาจับผิด และสรุปว่าแม้เรื่องคุ้มครองผู้บริโภคจะดำเนินการมายาวนาน ใช้ทรัพยากร จำนวนมาก ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ การเจ็บป่วยที่เกิดจากเรื่องนี้นับวันจะเพิ่มขึ้นตลอดเวลา รวมทั้ง การร้องเรียน ฟ้องร้องต่าง ๆ ก็สูงขึ้น

ประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นแรงผลักดันให้กลุ่ม ซึ่งตอนนั้นมีอยู่ไม่กี่คน (8 - 10 คน) ต้อง ขบคิดกันครั้งใหญ่ว่าจะเดินอย่างไรสำหรับเรื่องนี้ กลุ่มรับทราบดีว่ากระแสเรื่องการบริโภคมาแรงมาก กิจกรรมที่จะทำคงไม่ไปด้านกระแสที่เป็นอยู่ เพราะคงไม่มีกำลังมากขนาดนั้น ที่ตั้งใจ จะเริ่มจากตัวเอง จากเพื่อนฝูงกลุ่มเล็ก ๆ ไม่กี่คนที่อยู่ พินิจพิจารณาทางออกให้ตัวเอง ให้กลุ่ม พยายามแสวงหา ทางเลือกที่ปลอดภัยเหมาะสมตามสถานการณ์

โอกาสหนึ่ง ในการพบปะประชาสังคมสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช (เครือข่ายสร้างเสริม สุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช) มีการพูดคุยถึงการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีคณะทำงาน พัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพ คอยขับเคลื่อน ได้รับแรงหนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นจังหวะที่กลุ่มต้องการขยับเรื่องนี้ ซึ่งตอนนั้นมีเพียง ความคิดกว้าง ๆว่าจะทำเรื่องอาหารปลอดภัย ตั้งใจจะทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมชัดเจน ทำระบบ ชาวบ้าน จึงเสนอตัวรับโอกาสนี้ จากแนวคิดกว้าง ๆ เรื่องอาหารปลอดภัย ถ่ายทอดสู่คณะทำงาน พัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพนครศรีธรรมราช ร่วมเรียนรู้สาระเนื้อหากิจกรรมเพิ่มเติมมากมาย แต่มีอยู่ครั้งหนึ่งในการร่วมหารือ ที่นำไปสู่ประกายความคิดของกลุ่ม คือ ทุกคนรับทราบว่าอาหาร หลายชนิดมีสารเจือปนที่เป็นอันตราย ทราบว่าอาหารทะเลมีฟอร์มาลีน ทราบว่าเนื้อไม้ต้องมีสารฟอก ขาว สารกันเชื้อรา และอาจมีสารอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายเจือปนอยู่ แต่เราเพียงรับทราบ บอกกล่าวกัน เท่านั้น ถ้าเรามีเครื่องมือที่แยกสิ่งที่เป็นอันตรายเหล่านั้นออกมา ชี้ให้เห็นหน้าตาที่ปะปนอยู่ คนที่ได้เห็น ได้สัมผัส คงตระหนักถึงพิษภัยเป็นอย่างดี และคงไม่ต้องให้ใครบอกเตือนอีก

“ไม่เห็นโรงศพ ไม่หลังน้ำตา” เป็นประกายความคิดที่เธออยากทำ อยากนำมาดำเนินการในพื้นที่ และอีกหลายกิจกรรมที่ผ่านไปตามกระบวนการพัฒนา จนนำไปสู่โครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บ้านสีแยกสวนป่า

งานคุ้มครองผู้บริโภคที่สม.ริเริ่มปฏิบัติการ

การพัฒนากำลังคน แก่นนำทุกหมู่บ้านได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติการใช้ชุดทดสอบอาหาร เน้นการใช้ชุดทดสอบอาหารเป็นเครื่องมือสู่ความตระหนักในการเลือกซื้ออาหาร การฝึกอบรมเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ลองผิดลองถูก ทำเองรู้เองเป็นหลัก ที่โดยคนที่มาฝึกอบรมทุกหมู่บ้านสมัครเข้ามาเอง คัดเลือกกันมาเอง ในกิจกรรมนี้สร้างคนทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคภาคชาวบ้านจำนวนหนึ่งที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน หมู่ละ 2 - 3 คน

การจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเดิมกลุ่มนี้มีอยู่แล้ว แต่เป็นการจัดตั้งจากภาครัฐ ตามภารกิจงาน 14 องค์ประกอบ รูปแบบใหม่ที่ดำเนินการคือ แก่นนำในพื้นที่ดำเนินการให้ความรู้ บอกกล่าวถึงความสำคัญของ “พลังผู้บริโภค” จำเป็นสำคัญอย่างไรกับทุกคน พร้อมเชิญชวนสมัครเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มกันเองในหมู่บ้าน เมื่อสมัครเข้าเป็นสมาชิกก็มีกิจกรรมให้เรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เท้าทันสถานการณ์ เกิดประโยชน์กับตนเอง ครอบคลุม ทุกคนเห็นคุณค่า เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องทำตามใครสั่งอย่างที่เคยทำมาอีกต่อไป

เมื่อสมาชิกเรียนรู้ตระหนักถึงพิษภัยในอาหาร ที่ใช้ชุดทดสอบอาหารเป็นเครื่องมือสร้างความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคได้แล้ว จึงได้ร่วมกันพัฒนากิจกรรมสู่ทางเลือกที่ปลอดภัยและการร่วมหาทางเลือกทางรอดที่ปลอดภัยจากการบริโภค โดยเน้นการพึ่งตนเองเป็นหลักที่สำคัญ ๆ เช่น ส่งเสริมการปลูกพืชผัก การเลี้ยงสัตว์ เท้าที่พอทำได้ไว้กินเองในครอบครัว เริ่มที่บ้านตนเองก่อน สิ่งไหนที่หลีกเลี่ยงการซื้อไม่ได้ก็เรียนรู้การเลือกการล้างการปรุงที่ถูกต้อง กิจกรรมนี้สร้างการเรียนรู้ให้สมาชิกกลุ่มเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการปลูกผักสวนครัว สมาชิกพบว่านอกได้ผักที่ปลูกไว้กินอย่างสบายใจแล้ว ได้ออกกำลังกายได้เหงื่อจากการทำแปลงผักอีกต่างหา และได้จากการปลูกผักอีกอย่างคือ ได้เพื่อนจากการแบ่งปันผักให้กัน แลกพันธุ์ผักกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนความรู้วิธีการบำรุงดูแลผักที่ปลูก เป็นกัลยาณมิตรต่อกันจากการปลูกผัก

ผลพวงที่ตามมา

การทำกิจกรรมของกลุ่ม เป็นเรื่องค่อยเป็นค่อยไป กลุ่มคนน้อย ๆ ที่สนใจจึงมาร่วมงานกันอาศัยความจริงใจ ต่อเนื่อง และเป็นเรื่องที่ทำเพื่อปากท้องตนเอง ในช่วงแรกของโครงการ เป็นการยากที่จะทำให้อื่นสนใจ มาระยะหนึ่งกลุ่มคนเหล่านั้นตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หันมาสนใจ

เรียนรู้เรื่องอาหารการกิน กิจกรรมที่ทำที่บ้านใครใคร่ทำ เช่น เรื่องการปลูกผักต่างคนต่างปลูก ไม่มีแปลงผักขนาดใหญ่ให้เห็น การปรับปรุงครวัก็เช่นกันเรียนรู้แล้วนำไปปรับใช้กับบ้านตนเอง ทุกกิจกรรมเริ่มที่บ้านและจบที่บ้าน เวทีภายนอกเป็นเพียงการร่วมกันขบคิดหาทางออกร่วมกันเท่านั้น โครงการดำเนินมาระยะหนึ่ง ใช้เวลาค่อนข้างนาน กิจกรรมโครงการเป็นรูปเป็นร่าง เกิดผลตามที่ได้ร่วมกันคาดหวังไว้

- กลุ่มสามารถรวมกลุ่มสมาชิก เกิดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคภาคชาวบ้าน มีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง สมาชิกมีความพอใจในสิ่งที่ร่วมกันคิดร่วมกันทำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารการกิน และกระหายเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อาจมองไม่เห็นผลต่อสุขภาพในทันที แต่มั่นใจว่าความพิถีพิถันในเรื่องอาหาร เลือกลงในสิ่งที่ปลอดภัย จะส่งผลดีต่อร่างกายอย่างแน่นอน

- กลุ่มสามารถจัดกิจกรรมเฝ้าระวังในงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ เช่น เรื่องการตรวจหาสารพิษในอาหารโดยใช้ชุดทดสอบอาหาร การถ่ายทอดความรู้แก่กันและกัน การตรวจเยี่ยมร้านค้าเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ การประสานกิจกรรมต่าง ๆ กับภาครัฐ ซึ่งเรื่องเหล่านี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- เกิดกลุ่มทางเลือกที่ปลอดภัย เรื่องการทำเกษตรปลอดสารพิษ การแลกเปลี่ยนแบ่งปัน เรื่องอาหารการกินจนกลายเป็นของติดไม้ติดมือในการออกเยี่ยมเยียนเพื่อนสมาชิก เครื่องมือชุดทดสอบอาหารมีความจำเป็นน้อยลง ระยะหลัง ๆ แทบไม่มีใครพูดถึง เราเชื่อสายตา เชื่อเพื่อนในกลุ่มด้วยกันมากกว่าเชื่อเครื่องมือ

ความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม กอปรกับเป็นเรื่องที่ถูกใจสมาชิก กิจกรรมต่างๆจึงเล่าขานบอกต่อกันเรื่อยมา ได้รับการขยายผลในภาพกว้างของพื้นที่ทั้งอำเภอ เป็นรูปแบบที่นำเข้าสู่การทำกิจกรรมภาครัฐ มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน ได้รับการตอบรับให้เป็นกิจกรรมต่อเนื่องขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และพร้อมให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ส่วนการปกครองอำเภอเห็นความสำคัญนำเป็นกิจกรรมหนึ่งในการออกบริการอำเภอเคลื่อนที่เป็นประจำทุกเดือน นอกจากนั้น กลุ่มได้นำแนวทางการทำโครงการเสนอต่อเวทีสาธารณะในหลายโอกาส เช่น งานรวมพลังสร้างสุขภาพ หลายงาน เวทีวิชาการสาธารณสุขหลายเวที การจัดเวทีสมัชชาระดับต่าง ๆ และได้รับการขยายผลสู่สาธารณะผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และโทรทัศน์ในหลายโอกาส เรื่องราวดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่เกินความตั้งใจของกลุ่มเป็นอย่างมาก

วิกฤตระลอกสอง

โครงการคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการด้วยดีเรื่อยมา เป็นที่พอใจของทุกฝ่าย แต่ท่ามกลางความสำเร็จเป็นที่พึงพอใจนั้น เรื่องอื่น ๆ ก็มีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้เป็นระบบ ทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพควรได้รับการดูแลเท่าเทียมกัน ทีมงานจึงเลือกกิจกรรมอื่นที่สนใจมาทำต่อ คือ การคัดกรองเบาหวานความดัน กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยให้ผสมแต่ละพื้นที่

ดำเนินการเอง ปรากฏว่ากิจกรรมนี้ล้มอย่างไม่เป็นท่า เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือไม่เป็น ที่พอทำได้ก็มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอที่จะทำให้ครอบคลุมทั้งชุมชนได้ เรียกว่า **อสม. แกนนำลาก อสม. พ่วงไม่ไหว งานก็ไม่สำเร็จ**

ความล้มเหลวจากกิจกรรมคัดกรองเบาหวานความดัน และกิจกรรมอื่นๆอีกจำนวนหนึ่ง ที่เกิดจาก อสม. ขาดความรู้ความสามารถ ขาดทักษะบริการ เป็นประเด็นชวนให้ทีมงานคิดทบทวนเรื่องกำลังคน กำลัง อสม. ที่มีอยู่ ระบบการเรียนรู้ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร หมู่บ้านหนึ่ง ๆ มี อสม. เป็นสิบคน แต่มีคนที่ทำกิจกรรมได้คนสองคน แล้วจะเดินต่อเรื่องสุขภาพได้อย่างไร

ทีมแกนนำจึงร่วมกันออกแบบประเมินความรู้ความสามารถ เรียกว่าประเมินความรู้เรื่องสุขภาพทั่ว ๆ ไป ทั้งของประชาชน และอสม. ในพื้นที่ นับว่าเป็นเรื่องสะท้อนความรู้สึกรู้สึกคนทำงานสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากทั้งประชาชนและเพื่อนอสม. เกือบทั้งหมดไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน **เราใช้คำว่า ทั้ง อสม. และประชาชน ไม่รู้เรื่องสุขภาพพอ ๆ กัน**

เมื่อการประเมินผลความรู้ความสามารถของอสม. ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนอย่างมากที่ทีมงานต้องหาทางคลี่คลายแก้ไขเรื่องนี้ ขณะนั้นที่ประชุมหาทางออก 2 ทาง คือ **ทางแรก** ที่ต้องทำและด่วนที่สุด คือ การพัฒนาความรู้ ทักษะบริการที่จำเป็นแก่ อสม. โดยมีการประชุมหารือกันหลายรอบทั้งวงเล็กในคณะทำงาน และที่ประชุมใหญ่ประจำเดือนว่าจะดำเนินการอย่างไร สุดท้ายก็ตกลงกันว่า อสม. ต้องช่วยกันเรียนต้องช่วยกันสอน เน้นหนักใน 14 กิจกรรมหลักคืองานสาธารณสุขมูลฐาน ทางเลือกแรกเป็นระยะสั้น ทางเลือกที่สองคือ มีการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และเป็นที่มาของคำว่า **โรงเรียน อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า** ในลำดับต่อมา

โรงเรียน อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า หากมองย้อนอดีตที่ผ่านมาถึงกระบวนการหล่อหลอมกว่าจะมาเป็น ผสส. / อสม. ตามที่ยกมาพูดคุยข้างต้น นับว่าเข้มข้นจริงจัง ถือว่าผลิตคนคุณภาพออกมาทำกิจกรรมในชุมชน เมื่อกาลเวลาเปลี่ยนไป ข้อจำกัดมากมายเกิดขึ้นในสังคมแห่งการแข่งขัน โดยเฉพาะประเด็นการสร้างความรู้ ทักษะบริการ ขาดหายไปเป็นอย่างมาก บางพื้นที่สมัยครุวันนี้เป็น อสม. วันนี้ สิ่งที่ต้องทำ สิ่งที่ต้องรู้ ก็ไม่ได้รับความสนใจ อาจมีการอบรมบ้างปีละวันครั้งวัน หรือพบปะให้ความรู้สั้น ๆ ในวันประชุม ตามแผนงานงบประมาณที่พอทำได้ อสม. รุ่นหลัง ๆ จึงเป็นอสม. เพียงในนามน้อยคนนักที่กล้ารับอย่างภาคภูมิใจว่าเป็น อสม. และน้อยคนนักที่จะเห็นภารกิจ อสม. แล้วลงมือทำให้สมกับบทบาทการเป็น อสม. บางหมู่บ้านแทบไม่มีเรื่องสาธารณสุขบอกกล่าวในที่ประชุม หรือกล่าวชวนให้เพื่อนบ้านรับรู้เลย

ข้อจำกัด เหล่านี้ คือปัญหาคับใจทีมงานเป็นอย่างมาก ทำอย่างไรจึงแก้ไขที่ยั่งยืนใหญ่เรื่องนี้ได้ นับว่าท้าทายความสามารถองค์กร อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า จริง ๆ ทำอย่างไรให้ อสม. ได้รู้ ได้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตัวเอง เรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ มากกว่าการประชุม หรืออบรมสั้น ๆ ตามที่ท่า ๆ มา และนี่แหละ คือ เรื่องราวที่ไปที่มาของโรงเรียนอสม. บ้านสี่แยกสวนป่า เมื่อทุกคน

เห็นว่า โรงเรียน น่าจะสื่อสารเรื่องนี้ได้ดีที่สุด จึงมีการตั้งกลุ่มคนทำงาน ยกร่างเรื่องนี้ ซึ่งก็มีไม่มาก เป็นกลุ่มแกนนำเดิมจากโครงการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นส่วนใหญ่ ทีมงานใช้เวลาไตร่ตรองเรื่องนี้อยู่นานหลายเดือน จนสุดท้ายตัดสินใจเปิดการเรียนการสอน บนข้อจำกัดมากมาย หรือเรียกได้ว่า ไม่มีอะไรเลยแม้แต่สิ่งเดียวที่เรียกว่าพร้อมสำหรับงานนี้

สถานที่ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนการสอน เรามีห้องเรียนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลวังหิน ในการต่อเติมชั้นล่างสถานีนอนมัย 2 ห้อง เป็นห้องเรียนและห้องทำกิจกรรมชมรม อีกส่วนหนึ่งที่เป็นห้องเรียนกลุ่มย่อยในพื้นที่ คือ ศสมช. ซึ่งทั้ง 6 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบมีครบทุกหมู่แล้ว

นักเรียน ผู้ที่จะมาเรียนในโรงเรียน อสม. แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ **หนึ่ง** อสม. รุ่นเก่า เปิดโอกาสให้สมัครเข้ามาเรียน ใครจะเรียนหรือไม่เรียนก็ได้ไม่บังคับ หากจะเรียนก็รวมกลุ่มกันมา 10 - 15 คนต่อกลุ่ม **สอง** คนที่จะมาเป็น อสม. ใหม่ เป็นภาคบังคับที่ต้องผ่านการอบรมเพาะวิชาความรู้ครบตามหลักสูตรของโรงเรียน และต้องผ่านการสอบจึงออกมาเป็น อสม. ในชุมชนได้นอกจากนั้นยังมีนักเรียนรุ่นพิเศษที่เลือกเรียนบางเรื่องเป็นการเฉพาะตามที่สนใจ เมื่อรวมกลุ่มกันได้จำนวนหนึ่งก็แจ้งทางโรงเรียน ก็มาเรียนรู้เป็นหลักสูตร ๆ ไป ตามที่สนใจ

ครู ผู้ถ่ายทอดความรู้เป็นใครมาจากไหนบ้าง นับว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาในการบริหารจัดการเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นเรื่องนอกกรอบงานปกติ จึงต้องสร้างความเข้าใจกับวิทยากรพอสมควร และเป็นการขอช่วยกันมากกว่าที่จะมีคำตอบแทนใด ๆ ในส่วนของสุขภาพคงหนีไม่พ้นคนในแวดวงสาธารณสุขเป็นผู้สอน เรื่องอื่น ๆ จะใช้บุคคลภายนอก แต่ทั้งครูและนักเรียน มีความสำคัญพอ ๆ กัน คือเรามุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้แบบเป็นหุ้นส่วนกัน มากกว่าการรอพึ่งผู้สอนเพียงฝ่ายเดียว และบางครั้งก็ไม่จำเป็นต้องมีใครสอน เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน เช่นกิจกรรมที่ ศสมช. ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย นักเรียนอสม. ก็ร่วมคิดร่วมรู้ไปพร้อม ๆ กัน

เนื้อหา หลักสูตรการเรียนการสอนเป็นอย่างไร เามาจากไหน ใครรับรองหรือไม่อย่างไร คำถามเหล่านี้คงมีคำอธิบายไม่ครบถ้วนนัก เนื่องจากเนื้อหาต่าง ๆ เกิดจากการเก็บเล็กผสมน้อย เกิดจากการประเมินส่วนของ อสม. อยากเรียนอยากรู้เรื่องไหน ทีมงานวิชาการก็ขึ้นอาสาเป็นผู้ประสานให้ ซึ่งเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน **ส่วนที่ 1** คือ เนื้อหาด้านสาธารณสุข **ส่วนที่ 2** คือเรื่องราวทั่วไป ที่ต้องการรู้ อยากรู้ เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต แถมด้วยการเข้าค่ายอบรมเข้มก่อนจบหลักสูตร และปิดท้ายด้วยการสอบทั้งภาคทฤษฎี และฝึกปฏิบัติ เป็นธรรมดาที่มีทั้งอสม. ที่สอบผ่าน และต้องแก้ตัว หรือเรียนใหม่กับรุ่นน้อง กรอบเนื้อหากว้างที่กำหนด มี 4 ขั้นตอน คือ

หนึ่ง ความรู้พื้นฐานสำหรับอสม. ใช้เอกสารคู่มือประกอบการเรียนการสอนโรงเรียน อสม. เป็นหลัก ซึ่งก็เป็นเนื้อหาทั่วไปสำหรับอสม. ส่วนใหญ่ใช้เอกสารวิชาการที่มีอยู่เดิมประกอบการเรียนการสอน

สอง การจัดระบบข้อมูล ออกแบบบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในส่วนของแบบบันทึกประจำตัว อสม. แบบบันทึกข้อมูลที่ ศสมช. และแบบสรุปผลข้อมูลหมู่บ้าน เน้นการทำให้เอง ใช้เอง เป็นประโยชน์จริงๆ ต่อชุมชน ไม่ใช่ทำเพื่อรายงานหรือต้องทำส่งใคร

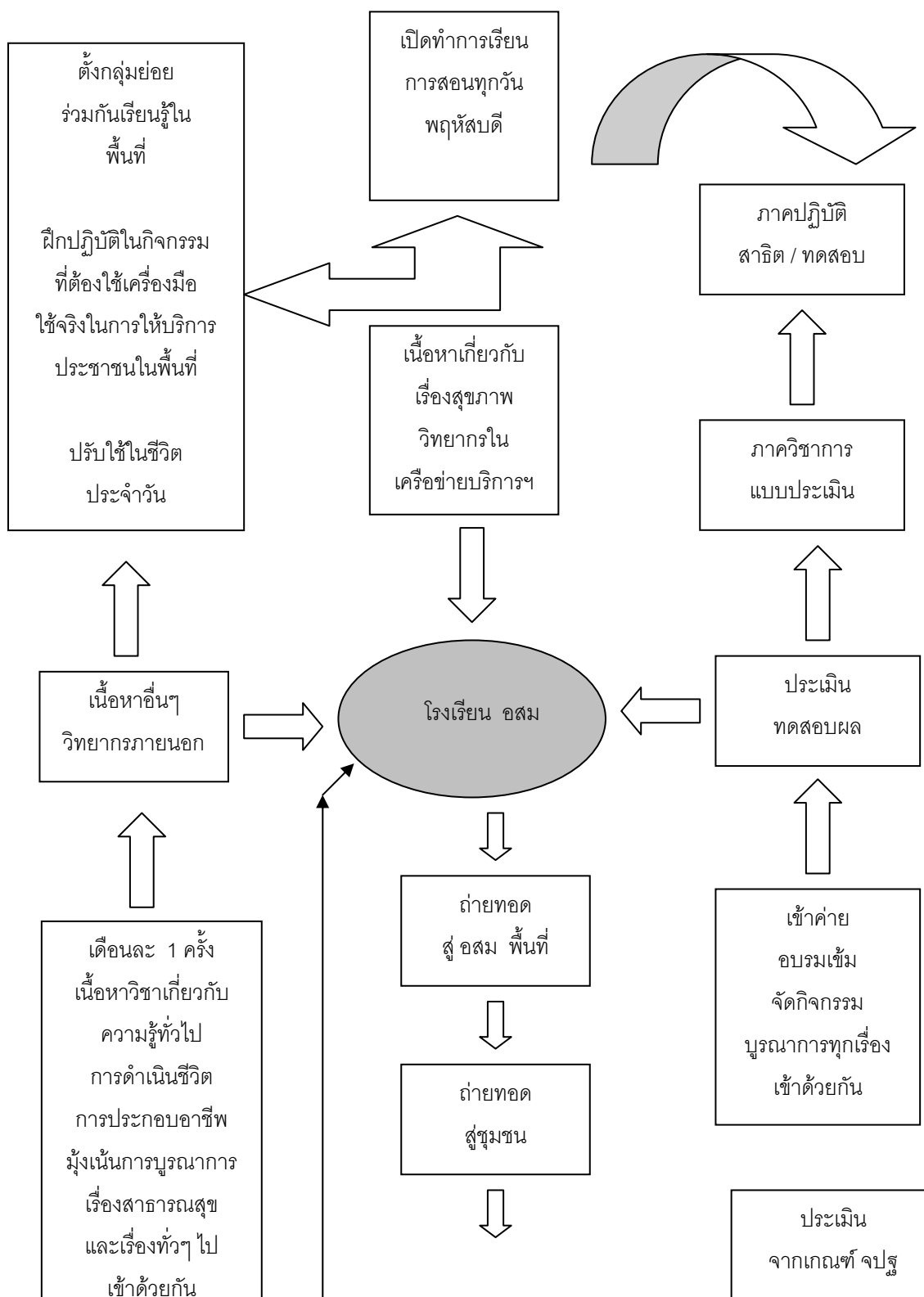
สาม การจัดทำเอกสารประกอบการนำเสนอผลงาน เพื่อรวบรวมเรื่องราวที่ทำอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบที่ถูกต้องครบถ้วน นักเรียนทุกคนได้รับการฝึกให้จัดเก็บเรื่องราวที่ทำเป็นเชิงวิชาการเพิ่มขึ้น จากที่เมื่อก่อนทำแล้วผ่านเลย คือจากนั้นทำอย่างเดียวกันก็มาทำด้วยเก็บเรื่องราวด้วย

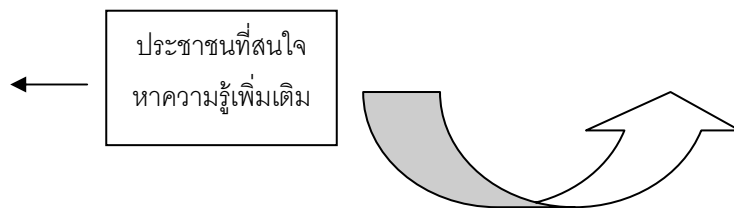
สี่ การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ เมื่อ อสม. ก้าวผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มาระดับหนึ่ง ขั้นตอนนี้เป้าหมายเพื่อให้ อสม. เรียนรู้หลักสูตรเฉพาะ เช่น หลักสูตรนักบริหารชุมชน เทคนิคการนำเสนอ การผลิตสื่อต่างๆ เป็นต้น ซึ่ง อสม. ที่ผ่านขั้นตอนนี้สามารถนำเรื่องราวออกสู่สาธารณะอย่างมั่นใจ

งบประมาณ สำหรับเรื่องงบประมาณที่เป็นตัวหล่อเลี้ยงให้กิจกรรมเดินต่อไปได้ ที่ต้องใช้ งบประมาณหลัก ๆ ก็เรื่องสถานที่ที่ได้รับการอุดหนุนจาก อบต. วังหิน ในส่วนของกระบวนการเรียนการสอน เอกสารวิชาการ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางชัน และที่ไม่ใช้เงินก็มีเป็นจำนวนมากทั้งเพื่อน้องวิทยากรสาธารณสุขและนอกราชการ ที่สนับสนุนเป็นอย่างดี

ผลผลิต นับว่าเป็นเรื่องที่น่ายินดีที่ทุกฝ่ายทุ่มเทเรื่องนี้อย่างมาก โดยเฉพาะนักเรียน อสม. ที่ตั้งใจสุด ๆ กับการเรียน จบการเรียนการสอนไปแล้ว 3 รุ่น ๆ ละ 15 คน และหลักสูตรพิเศษ อีก 3 รุ่น ๆ ละ 20 คน ยังมีเรื่องที่ต้องปรับแก้อีกมากให้ลงตัว และคงตอบยากว่าพอใจมากน้อยแค่ไหน กับงานครั้งนี้ โดยเฉพาะประชาชนในเขตรับผิดชอบ แต่ก็มีเรื่องเป็นแรงใจให้ทีมงานทำต่อพอควร เพียง นักเรียน อสม. บอกว่า อยากรู้ อยากเรียนเรื่องนั้นเรื่องนี้ต่อ อยากให้ถึงวันพฤหัสบดีซึ่งเป็นวันเรียน อยากเจอเพื่อน เจอครู แค่นี้ก็คงพอเป็นแรงใจกับทีมงานต่อไป

โครงสร้างกิจกรรมโรงเรียน อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า





อสม. วิไอพี ที่บางชัน

เมื่ออสม. ส่วนหนึ่งได้รับการพัฒนา ผ่านการเรียนรู้ การเรียนการสอน ฝึกฝนตนเอง และดำเนินกิจกรรม สาธารณสุขอย่างจริงจัง เกิดผลอย่างเด่นชัดเป็นรูปธรรม อสม. เหล่านั้นควรหรือไม่ที่จะได้รับการดูแล ยกย่องมากกว่า อสม. ทั่วๆ ไป นี่คือการประเมินต่อมาจากการพัฒนากิจกรรม อสม. เขตสี่แยกสวนป่า ทีมงานมองทิศทางการพัฒนา อสม. ที่ผ่าน ๆ มาว่า อสม. อ่อนล้า เบื่อหน่าย ไม่มีผลงานส่วนหนึ่ง เกิดมาจากการวางทิศทางการพัฒนาที่ไม่ถูกต้อง เช่นทำอะไร ได้อะไร ก็ต้องเหมือน ๆ กันทั้งกระบวนการ อบรม เรื่องเดียวกัน เวลาเท่ากัน เนื้อหาเดียวกัน ขาดเกินอะไร ก็เหมือน ๆ กัน ทำแบบปูพรม ทำให้ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ลำบาก ไม่คุ้มทุน ทางออกที่ทีมงานเลือกต่างไปจากเดิม คือ พื้นที่ใด กลุ่มใด ประเด็นไหน น่าจะไปก่อน ทำได้ก่อน น่าจะหนุนเสริมในเรื่องนั้น เชิดชูยกย่อง สร้างแบบอย่างให้ กลุ่มอื่นๆ ได้เรียนรู้ ขยับตามมา จึงเป็นที่มาของโครงการอสม. วิไอพี ที่บางชัน

เริ่มต้นโครงการจากการคิดกรอบงานพัฒนา อสม. / ศสมช. ที่คิดว่าสมบูรณรูปแบบ จนได้เกณฑ์ ประเมิน อสม. / ศสมช. มาเป็นแนวทางในการทำงาน (ดูเกณฑ์ประเมินประกอบ) ซึ่งกว่าจะได้มา สำหรับเกณฑ์ประเมินก็ต้องร่วมกันคิดร่วมกันกำหนด เพราะเป็นสิ่งที่ต้องนำกลับไปทำ ที่สำคัญ เป้าหมายคือ ต้องเกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่มากกว่าตัว อสม. เอง มีการปรับแก้เกณฑ์ 3 - 4 ครั้งกว่าจะลงตัวและนำไปใช้จริง

ต่อมาเป็นการเปิดรับสมัครหมู่บ้านที่จะเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพ ตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งสี่แยกสวนป่าชั้นอาสาเป็นแกนในเรื่องนี้ มีหมู่บ้านที่สนใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 11 หมู่บ้าน จาก 60 หมู่บ้านทั้งอำเภอ อสม. จำนวน 135 คน จากทั้งหมด 600 กว่าคน หลังจากการสมัครเข้าร่วมโครงการแล้ว แต่ละพื้นที่ก็ไปดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ ช้าบ้างเร็วบ้าง ตามแต่ศักยภาพของหมู่บ้าน เมื่อหมู่บ้านใดเห็นว่าตนเองดำเนินการครบถ้วนแล้วก็แจ้งให้คณะทำงานทราบ เพื่อออก ประเมินต่อไป โครงการนี้เป็นการสมัครใจ ไม่เร่งรีบ มีการประเมินเมื่อพื้นที่แจ้งว่าพร้อม รอบแรกของ โครงการ มีหมู่บ้านที่ผ่านการประเมิน 5 หมู่บ้าน อสม. จำนวน 60 คน ซึ่งถือว่าน้อย แต่ก็พอเป็น แบบอย่างให้ได้เรียนรู้สำหรับพื้นที่อื่น ๆ

คงมีคำถามว่า แล้วเกี่ยวกับคำว่าอสม. วิไอพี ตรงไหน สำหรับเรื่องนี้ อสม. ผู้เข้าร่วมโครงการ ต้องทำงานหนักมาก พุ่มเทแรงใจแรงกาย ใช้เวลายาวนาน กว่าที่จะผ่านเกณฑ์ประเมิน จากการพุ่มเท ดังกล่าว จึงน่าจะมียุทธศาสตร์เป็นพิเศษเป็นขวัญและกำลังใจบ้าง เราเรียก อสม. กลุ่มนี้ว่า อสม. พิเศษ เพื่อให้สื่อความหมาย น่าสนใจ ดุติ จึงใช้คำว่า วิไอพี แทนคำว่าพิเศษ แล้วอะไรที่เรียกว่าขวัญกำลังใจ ที่พิเศษกว่า อสม. ทั่วไปบ้าง เรื่องนี้มีการหารือหลายฝ่าย ทั้งโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ สถานีอนามัย และตัวแทนกลุ่ม อสม.ในเบื้องต้น ที่ประชุมมีความเห็น ให้สิทธิพิเศษแก่ อสม. วิโอพี 3 ข้อ ดังนี้

1. อสม.วิโอพี คือคนสำคัญของโรงพยาบาล / สถานีอนามัย มีการจัดช่องทางด่วนไว้รองรับ มีชื่อบอกไว้ที่โรงพยาบาลเมื่อมารับบริการ
2. รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ครบระบบจากทางโรงพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า
3. หากเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล สามารถนอนห้องพิเศษได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

เมื่อมีกิจกรรมชัดเจน เรื่องนี้ได้รับการหารือในที่ประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางขัน และได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี แม้มีการตั้งข้อสังเกตบ้างว่า หากอสม. เจ็บป่วยใช้สิทธินอนห้องพิเศษมากจะจัดการเรื่องนี้อย่างไร หรือทำแล้วประชาชนทั่วไปจะได้อะไรนอกจากตัว อสม. เอง ที่จริงเรื่องนี้มีการพูดคุยในแกนนำมาบ้างแล้ว ประเด็นอยู่ที่ว่าอสม. เป็นผู้หน้าที่ดีด้านสุขภาพ เป็นแบบอย่าง เข้าใจการดูแลสุขภาพ และเกณฑ์ประเมินส่วนใหญ่ก็ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ จึงน่าจะเป็นการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ เป็นแน่ จึงได้รับการขานรับและเดินโครงการต่อไป แต่ก็ยังติดเงื่อนไขไว้วางใจคือโครงการทดลองเท่านั้น

ทั้งสามข้อที่เป็นสิทธิพิเศษเป็นการสร้างความภาคภูมิใจแก่ อสม. อย่างมาก รวมทั้งการออกบัตร อสม. วิโอพี และมอบในวันสำคัญ ให้สาธารณชนรับรู้ ขวัญ กำลังใจ อสม. ดีขึ้นตามลำดับ พื้นที่ใกล้เคียงก็ขยับตาม ๆ กันมา แต่เชื่อว่า อสม. วิโอพี เมื่อผ่านเกณฑ์ประเมินแล้วจะผ่านตลอดไป มีการประเมินเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง 6 เดือนครั้ง พื้นที่ไหนรักษาสุขภาพได้ดีก็ให้บัตรต่อ พื้นที่ไหนต่ำกว่าเกณฑ์ก็งดใช้บัตรชั่วคราว

อสม. วิโอพี ที่บางขัน ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 -2547 เป็นเวลาร่วม 3 ปี ก็ต้องปิดโครงการลง เนื่องจากมีนโยบายจากรัฐที่ออกบัตรให้สิทธิพิเศษบางประการกับอสม.ทุกคน ทางทีมงานโครงการเห็นว่าบางเรื่องเป็นการทับซ้อน จึงยุติโครงการและให้ใช้สิทธิตามที่รัฐกำหนด

มุมมองสุขภาพ ที่เปลี่ยนไป

ผ่านโครงการที่ค่อนข้างนอกกรอบงานปกติทั่วไปมา 2 - 3 โครงการ ในช่วงเวลาดังกล่าว ทีมงานได้ร่วมกิจกรรมกับองค์กรภายนอกอย่างต่อเนื่อง ทั้งเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจังหวัด เรียนรู้เรื่องราวสุขภาพผ่านโครงการต่าง ๆ ร่วมกัน พร้อมการหนุนเสริมพัฒนาคนทำงานด้วยหลักสูตรพิเศษ

ต่าง ๆ มากมาย เช่น การคิดเชิงระบบ การสนทนาอย่างสุนทรีย์ เทคนิคการถอดบทเรียน เป็นต้น หรือการเข้าร่วมกิจกรรมสมัชชาสุขภาพ ตามแนวทางของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ทีมงานก็มีส่วนร่วมตลอดมา ที่สำคัญได้รับเป็นเจ้าภาพจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดในปี 2546 ซึ่งส่งผลให้พื้นที่บางชนต้นตัวเรื่องสุขภาพอย่างมาก และเป็นโอกาสที่ได้เรียนรู้ผ่านงานต่าง ๆ มากมาย

จากการเรียนรู้ผ่านองค์กรภายนอก เป็นการสร้างโอกาสเปิดกว้างให้ทีมงาน พื้นที่บ้านสี่แยกสวนป่า ได้รับการติดต่อจากผู้ประสานโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุข เรียนรู้วิถีที่ปากใต้ หรือที่เรียกกันว่า “ดื่มน้ำดื่มนมดื่มน้ำ” ให้เข้ามาเรียนรู้เป็นพื้นที่ดำเนินการร่วมกัน

พัฒนาชุมชนเป็นสุข เรียนรู้วิถีที่ปากใต้ “ ดื่มน้ำดื่มนมดื่มน้ำ ”

จากการทำความเข้าใจแนวทางโครงการเบื้องต้นกับผู้ประสานโครงการ ต้องกลับมาคิดทบทวนกันหลายรอบว่าพื้นที่จะต้องทำอะไรบ้าง เรียกว่าเปิดเวทีแสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางในชุมชนเลยทีเดียว ซึ่งในการเลือกพื้นที่เพื่อดำเนินการเรื่องนี้ เจาะจงเลือกหมู่ที่ 9 บ้านทุ่งอินทนิล เป็นพื้นที่เป้าหมาย ด้วยเหตุผลว่าหมู่อื่น ๆ รับงานไปพอสมควรแล้ว ถึงคราวหมู่บ้านบ้าง ซึ่งที่จริงเลือกพื้นที่ไหนก็เหมือนกัน เพราะตกลงร่วมกันว่าทั้ง 6 หมู่บ้านจะช่วยเหลือ ตั้งเป็นทีมงานร่วมกันอยู่แล้ว

ในระยะแรกของโครงการยังไม่มีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมให้เห็น มีเพียงการระดมความคิดเห็นเพื่อเคลื่อนงานสุขภาพในชุมชนเท่านั้น ความเข้มข้นของระยะนี้อยู่ตรงเรื่อง “สุขภาพ” ในชุมชนจะทำอะไรอย่างไร เมื่อเรื่องสุขภาพได้นำมาทบทวนขบคิดอย่างจริงจังในพื้นที่ จากมุมมองเดิมที่มุ่งแต่เรื่องการป่วยไข้ และการรักษาพยาบาลอย่างเดียว มุมมองอื่นๆ ก็ถูกหยิบยกมาพูดคุยด้วย การประกอบอาชีพ สังคม เศรษฐกิจ รายได้ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม หลากหลายเรื่องถูกมองหาเหตุผลเชื่อมโยงกับคำว่าสุขภาพอย่างไร จนเกิดมุมมองสุขภาพที่เปลี่ยนไป บทสรุปปิดท้ายในระยะแรกของโครงการคือ **มุมมองสุขภาพที่เชื่อมโยงหลายเรื่องเข้าด้วยกันเป็นองค์รวม หรือเรียกว่า “สุขภาพองค์รวม”** และคำนี้เป็นโจทย์ให้ผสมผสาน นำพื้นที่บ้านทุ่งอินทนิลคิดกิจกรรมโครงการต่อไป

เวทีระดมความคิดเห็น เพื่อเคลื่อนงานพัฒนาชุมชนเป็นสุข เรียนรู้วิถีที่ปากใต้ ดื่มน้ำดื่มนมดื่มน้ำ ที่บ้านทุ่งอินทนิล ย้อนอดีตกับคนรุ่นแรกที่มาอาศัยบุกเบิกพื้นที่แห่งนี้ เล่าว่า เมื่อก่อนมีความอุดมสมบูรณ์มาก สัตว์น้ำสัตว์ป่า พืชพรรณต่าง ๆ มากมาย รอบ ๆ บ้านเต็มไปด้วยอาหาร ตามแต่จะเลือกกินเลือกหา ในช่วงเวลาที่ยังจำความได้ ทุกอย่างหดหายไปกับการปลูกยางพารา ไม้ต้นใหญ่ ๆ สะตอ เหยียง ทุเรียน ไข่ ถั่วลิสง รวมทั้งต้นอินทนิล ที่เป็นชื่อต้นไม้ประจำหมู่บ้านก็หายไปด้วย ทุกอย่างหมดไปเพื่อใช้พื้นที่ปลูกยางพารา

เกษตรเชิงเดี่ยว ยางพารา นำสิ่งเหล่านี้เข้ามาสู่พื้นที่ทุ่งอินทนิล เครื่องจักร สารเคมี แรงงาน ต่างถิ่น ยางพาราเปลี่ยนเป็นเงิน เงินเปลี่ยนเป็นปัจจัยต่างๆในการดำรงชีวิต รวมทั้งเงินจากการขาย ยางพารานำมาซื้ออาหารที่เคยมีในพื้นที่แห่งนี้ด้วย แต่ตอนนี้ต้องซื้อจากตลาดในเมืองแทน นับวันทุกอย่างผูกติดกับยางพาราอย่างเดียว รายรับไม่พอรายจ่าย สุขภาพแย่ ทุกคนทำงานหนัก เอาตัวรอด ครอบครัวยากจนเพราะมุ่งหาแต่เงิน สังคมขาดคนสนใจ มีแต่การแก่งแย่ง เอาเปรียบ ศาสนา ประเพณีที่ดีงามไม่เหลือให้ลูกหลานชื่นชม

ท่ามกลางกระแสการแก่งแย่งหาเงินที่รุนแรง มีคนกลุ่มหนึ่งเหนื่อยล้าที่จะวิ่งตามกระแส เหล่านั้น มองย้อนกลับไปยังอดีตที่ตนเองเคยอยู่เคยเป็น ไม่รุ่มรวยขนาดนี้ มีกินมีใช้อย่างสบาย เวลาสำหรับตนเองครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อสังคมส่วนรวมก็พอมี แต่ขณะนี้เวลาเหล่านั้นหายไปไหน เพราะอะไร นี่จึงเป็นที่มาของการทำกิจกรรม ดับบ้านดับเมืองที่ทุ่งอินทนิล ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

เกษตรไร้สารพิษ ปลูกพืชเลี้ยงสัตว์กินเอง เริ่มจากตัวเองและคนในครอบครัว ปลูกสิ่งที่กิน ปลูกให้พอ เหลือแบ่งปันเพื่อนพ้อง เหลือมากขายเป็นรายได้ ใช้แรงงานคนที่มีไม่พึ่งเครื่องจักร ไม่ใช้ สารเคมี ขยายเรื่องนี้จากแกนนำสู่สมาชิกในชุมชน รวมกลุ่มกันรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

บ้านแสนสุข ให้ความสำคัญกับคนในครอบครัว พุดคุยกัน หันหน้าเข้าหากัน เห็นอกเห็นใจ กัน เชื้ออาหารต่อกัน ชื่นชมให้กำลังใจแก่กันและกัน เชิดชูยกย่อง เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน รวมทั้งการจัดบ้านเรือนที่อยู่ สุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

สนุกกับพืชสมุนไพร ร่วมกันส่งเสริมพืชผักสมุนไพร เรียนรู้คุณค่า มีเรือนเพาะชำกลาง เป็นของชุมชน มีผู้รู้คอยแนะนำการใช้ ที่สำคัญปลูกเพื่อกินเพื่อใช้ มากกว่าปลูกเพื่อโชว์ และช่วยกัน ดูแลรักษาพืชพรรณที่มีอยู่ตามธรรมชาติให้คงอยู่ต่อไป

เข้าใจการเงิน คนในครอบครัวร่วมกันเรียนรู้เรื่องการเงิน รายรับรายจ่ายในแต่ละวันแต่ละ เดือนสรุปรายปี อย่างเป็นระบบ ที่เรียกว่าบัญชีรับจ่ายครอบครัว เพื่อนำมาพินิจพิจารณาว่ารายรับ รายจ่ายที่เป็นอยู่สมเหตุสมผลแค่ไหน อะไรควรอะไรไม่ควร ก่อเกิดความเข้าใจ เห็นใจ รู้คุณค่าเงิน มากขึ้น

เดินถึงศาสนา มีการทวนรำลึกถึงคุณค่าประเพณีวัฒนธรรมดีงามที่เคยมี แล้วนำมาบอกเล่า ขานต่อจากรุ่นพ่อแม่สู่รุ่นลูกหลาน ร่วมกันเรียนรู้แก่นแท้ศาสนา เหตุแห่งทุกข์ แนวทางลดทุกข์ที่เป็นอยู่ จนสามารถต่อสู้กับกระแสวัฒนธรรมแก่งแย่งในสังคมบริโภคนิยมปัจจุบันได้

ร่วมพัฒนากิจกรรม เป็นเรื่องสุดท้ายที่ทำร่วมกัน คนในชุมชนหันมาทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ให้มากกว่าแค่การให้ความร่วมมือ เกิดหุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนร่วมกัน ยกย่องคนทำดีเพื่อชุมชน ส่งเสริมให้โอกาสคนในชุมชนได้ทำความดี

2 ปีที่ผ่านมา เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ยังไม่สามารถดับเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ครบถ้วน มีเพียงบางสิ่งบางอย่างเท่านั้นที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เป็นความชื่นใจร่วมกันของคนในชุมชน นั่นคือ **อาหาร** มีการปลูกผัก เลี้ยงเป็ดเลี้ยงไก่ในชุมชนมากกว่าแต่ก่อน บ้านหลายหลังมีแปลงผักสวนครัว หลายคนรวมกลุ่มกันปลูก พึ่งพาจากตลาดภายนอกน้อยลง ปลูกผัก นอกจากได้ผักกินแล้ว ยังได้ออกกำลังกาย ได้เพื่อน ได้สังคมที่มีคุณค่า เกิดวงคนกินผัก แทนวงคนกินเหล้า ที่ทุ่งอินทนิ **ครอบครัว** มีการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการแก้ปัญหาชี้รับจ่ายครอบครัว เกิดกลุ่มเยาวชน ที่เรียกว่า กลุ่มแทนคุณรู้ค่า กลุ่มต้นกล้า ทุ่งอินทนิ ที่จัดรายรับรายจ่ายแล้วสรุปผลให้ทุกคนในครอบครัวรับรู้จนเกิดความเปลี่ยนแปลง พ่อเลิกเหล้าเลิกบุหรี่ ลูกลดค่าบัตรเติมเงินโทรศัพท์ แม่สบายใจที่ทุกคนในครอบครัวมารู้เรื่องรับจ่ายและช่วยกันประหยัดเก็บออม แม้บางเรื่องจะเห็นทิศทางแล้วก็ตาม แต่ยังต้องทำ ต้องปรับอีกมากกว่าจะบรรลุผลตามที่ตั้งใจไว้สำหรับโครงการ ดับบ้านดับเมืองที่ทุ่งอินทนิ

บทสรุปเบื้องต้นของโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุข เรียนรู้ยุดิที่ปากใต้ “ดับบ้านดับเมือง” ที่บ้านทุ่งอินทนิ เป็นการเชื่อมโยงกิจกรรมที่หลากหลายในชุมชนเข้าด้วยกัน และกิจกรรมเหล่านั้นได้รับการมองในมิติสุขภาพหลอมรวมเป็นเรื่องเดียวกัน เกิดมุมมองใหม่ สู่การร่วมกันสร้างสุขภาพ “องค์กรรวม” ในพื้นที่ แม้ยังไม่บรรลุผลครบทุกกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ก็นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของ อสม. กลุ่มหนึ่ง ที่มองเรื่องสุขภาพกว้างไกลกว่าที่ผ่าน ๆ มา

บทสรุป

เป็นที่ยอมรับกันว่า กิจกรรมสาธารณสุขในพื้นที่ อสม. มีส่วนร่วมให้งานเหล่านั้นประสบผลสำเร็จ หรือล้มเหลว การศึกษาเรียนรู้กิจกรรม อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า หลายโครงการที่ผ่านมาเป็นโครงการที่ต่างไปจากงานประจำ แต่ละโครงการประสบผลเป็นที่น่าพอใจ เหตุปัจจัยสู่ความสำเร็จเหล่านั้นประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่ทำ เป็นเรื่องที่สมาชิกทุกคนเกี่ยวข้อง มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยกันทุกฝ่าย บางเรื่องเป็นปัญหาร่วมกันหากไม่ทำก็เป็นผลเสียต่อทุกคน บางเรื่องเห็นความสำคัญทำแล้วเกิดผลประโยชน์ร่วมกัน

2. ทีมงาน สมาชิกอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้านสี่แยกสวนป่า ให้ความสำคัญกับการสร้างทีมงานเป็นอย่างมาก มีการประชุมปรึกษาหารือทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ
3. การแบ่งบทบาทหน้าที่ แบ่งคนแบ่งงานตามที่ถนัดที่ชอบ ไม่นักเรื่องใดที่ใครคนใดคนหนึ่งเท่านั้น และทุกคนมองเห็นงานช่วยเหลือกันจนสำเร็จ
4. การเชื่อมต่อกับองค์กรภายนอก เรื่องนี้สำคัญมาก ทีมงานสี่แยกสวนป่า สร้างโอกาสการเรียนรู้โดยการเชื่อมต่อกับองค์กรภายนอกที่หลากหลาย รับรู้เรียนรู้ ในเรื่องใหม่ ๆ เกิดมุมมองใหม่ ๆ เพื่อนำมาพัฒนาปรับใช้กับพื้นที่ตนเอง
5. งบประมาณ กิจกรรมโครงการที่นอกเหนือจากงานประจำ มีความจำเป็นที่จะต้องมองหาแหล่งงบประมาณจากภายนอกมาหนุนเสริม เนื่องจากงบประมาณที่มีอยู่ในองค์กรลำพังงานประจำก็แทบไม่พอใช้อยู่แล้ว

ณ เวลานี้ ทีมงานบ้านสี่แยกสวนป่าเห็นว่า ถึงเวลาที่องค์กร อสม. ควรหันมาทบทวนบทบาทภารกิจหน้าที่อย่างจริงจัง เพื่อปรับทิศทางการทำงาน กรณีศึกษากิจกรรมอสม. บ้านสี่แยกสวนป่า เป็นพื้นที่หนึ่งที่องค์กรอสม. ขยับปรับตัว ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ เลือกรับกิจกรรมที่ตรงใจมาทำ ทั้งสำเร็จและล้มเหลว เช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ ใช่มุ่งหวังเป็นแบบให้นำไปทำต่อ แต่เจตนาร่วมกันเพื่อการขับเคลื่อนองค์กรอสม. ไปในทิศทางที่เหมาะสมมากกว่า

กรณีศึกษาที่ 7

การเรียนรู้บทบาทอาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชน
ที่จังหวัดเชียงราย

โดย รุ่งนภา มลารัตน์

การเรียนรู้บทบาทอาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชน ที่จังหวัดเชียงราย

รุ่งนภา มาลารัตน์^{*}

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาของงานสาธารณสุขมูลฐานหรืองานสุขภาพภาคประชาชน ทางกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการสร้างและพัฒนากลไกหลักของชุมชนด้านสุขภาพ ซึ่งก็คือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ที่คาดหวังให้มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change Agent) แต่จากสถานการณ์ความเป็นจริงในการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่แล้ว มักจะมีคำถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่เสมอว่า บทบาท อสม. ในยุคนี้ควรเป็นอย่างไร ? และใครบ้าง? ที่จะเป็นอาสาสมัครเพื่อสุขภาพของชุมชนได้ นอกจาก อสม. (ในที่นี้ อาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชน อาจเรียกว่าแกนนำสุขภาพชุมชน ซึ่งหมายถึงกลไกสุขภาพต่าง ๆ ของชุมชน)

เอกสารนำเสนอในครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่ทางเครือข่ายการเรียนรู้ระบบสุขภาพภาคประชาชน (ช่วงผลญา) ได้ร่วมกันสังเคราะห์ จากการจัดเวที เรื่องดี ดี ภาคสุขภาพ (เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2549 ณ. โรงแรมลิตเติลดัก จังหวัดเชียงราย โดยการสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโครงการบ้านจุ่มเมืองเย็นฯ สสส.) รวมทั้งบทเรียน/ แง่คิด จากการจัดเวทีต่าง ๆ ของเครือข่ายการเรียนรู้ระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังนั้นสิ่งที่ได้จึงเป็นการเรียนรู้ภายในเครือข่ายเอง ที่มุ่งหวังใช้บทเรียนดังกล่าวปรับวิธีคิด กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ที่เลี้ยงชุมชนให้สามารถเสริมศักยภาพ อสม. และแกนนำชุมชนอื่น ๆ ในการขับเคลื่อนไปสู่ชุมชนสุขภาพะที่พอเพียงตามบริบทและเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่

เข้าใจวิกฤติ ...จุดเริ่มของการเปลี่ยนแปลง

จังหวัดเชียงรายดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามนโยบายของกระทรวงมาโดยตลอด ซึ่งเน้นการพัฒนา 3 ก. (กำลังคน กองทุน การบริหารจัดการ) และพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบต่าง ๆ ที่มุ่งหวังนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ที่เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงจากวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทุก ๆ ด้านจนเกิดกระแสของการปฏิรูประบบต่าง ๆ อย่างมากมายอีกทั้งรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ.2540 ที่เน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นทำให้ภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทและมีความส่วนร่วมมากขึ้น และภายในระบบสาธารณสุขก็เกิดการปรับเปลี่ยนค่อนข้างมากไม่ว่าจะเป็น ร่างพรบ.

^{*} เครือข่ายการเรียนรู้ระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สุขภาพของระบบสุขภาพไทย ซึ่งการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน
วิถีคิดกลไก/การจัดการ ของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับและประชาชนทั่วไป

จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เข้ามาอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2543 จึงเริ่มมีการทบทวนสถานการณ์
ของงานสาธารณสุขมูลฐานหรืองานสุขภาพภาคประชาชนของจังหวัด โดย การจัดเวที ระดับอำเภอ
ระดับจังหวัด ในหลาย ๆ ครั้ง (เจ้าหน้าที่ฯ อสม. อบต.และแกนนำชุมชน) พบว่างานสาธารณสุขมูลฐาน
ของจังหวัดเชียงรามีจุดอ่อนอยู่หลายประการ (เข้าใจว่าอาจเป็นจุดอ่อนร่วมของทั้งประเทศ) เช่น

- การจัดการ ที่ผ่านมาเป็นระบบการจัดการแบบรวมศูนย์ TOP – DOWN (สั่งต่อกันเป็น
ทอดๆ) และใช้รูปแบบการจัดการแบบมาตรฐานเดียว (แบบสำเร็จรูป) ทั่วประเทศ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ
ความเป็นจริงแต่ละพื้นที่มีเงื่อนไขต่างกัน

- กลไกชุมชน อสม. ไม่ได้ถูกสร้างให้เป็น Change Agent แต่ถูกสร้างให้เป็นกลไกของเจ้าหน้าที่ฯ
“ เาหม่อว่า ” แล้วแต่หมอจะให้ทำอะไร ” และบทบาทของอสม.บางอย่าง เป็นการ “ทำให้” หรือ “ทำ
แทน” ชาวบ้าน มากกว่าการ “จัดการเรียนรู้” ให้ชาวบ้านปฏิบัติเอง เช่นการสำรวจข้อมูล การชักนำหนัก
การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ฯลฯ ที่สำคัญบทบาทการสร้างสุขภาพชุมชนกลับถูกจำกัดอยู่ในกลุ่ม อสม.
แทนที่จะเป็นบทบาทของทุกคนในชุมชนเหมือนที่เป็นมาในอดีต

- การเรียนรู้และการมีส่วนร่วม จากกลไก/การจัดการดังกล่าวส่งผลให้ อสม./ชุมชน มีส่วนร่วม
น้อย (ได้เพียงความร่วมมือ)เนื่องจากการขาดโอกาสตัดสินใจในการจัดการตนเอง และในด้านการ
จัดการเรียนรู้สำหรับ อสม.ยังขาดวิธีการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายและมีพลัง ส่วนใหญ่ยังเน้นในเรื่อง
ของ “การฝึกอบรม” ซึ่งบางครั้งขาดความต่อเนื่องและการผสมผสานความรู้ทางวิชาการ (ภายนอก) เข้า
กับความรู้ท้องถิ่น (ภายใน)

- กิจกรรม/แผนงาน /โครงการต่าง ๆ ขาดการบูรณาการเชื่อมโยง แยกเป็นเรื่อง ๆ ส่วน ๆ มา
จากกรม กองที่ต่างกัน หรืออีกนัยหนึ่ง ยังไม่ได้เอาชุมชนหรือสุขภาพะของชุมชนเป็นตัวตั้งอย่างแท้จริง

ปรับวิถีคิด....วิธีการทำงานเปลี่ยน

ปัญหาดังกล่าวเกิดจากทางกลุ่มแกนนำเจ้าหน้าที่ได้วิเคราะห์ร่วมกันว่าเกิดจาก **วิถีคิดที่แยกส่วน**
ขาดความเชื่อมโยง จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและวิธีการทำงานชุมชนโดยเริ่มจากเจ้าหน้าที่ซึ่งมี
บทบาทสำคัญในการทำหน้าที่พี่เลี้ยงชุมชน ได้ร่วมกันทำงานในรูปแบบเครือข่ายที่เน้นกระบวนการ
เรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่ฯและชุมชนจากการปฏิบัติจริง และสรุปบทเรียนเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

ในช่วง ปี พ.ศ. 2546 – 2549 ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ร่วมกับองค์กรเครือข่ายองค์กร
บ้านจุ่มเมืองเย็น (บ้านจุ่มเมืองเย็น บ้านเหินบักกินไก่ บ้านบ่มีโรคภัยไข้เจ็บ) หรือ โครงการชุมชนเป็นสุข
ภาคเหนือตอนบน ภายใต้โครงการชุดชุมชนเป็นสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหารูปแบบกระบวนการพัฒนาและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการ

จัดการตนเองภายใต้บริบทแต่ละชุมชน ตลอดจนพัฒนาเจ้าหน้าที่และแกนนำชุมชน ให้สามารถขับเคลื่อนความคิดในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้นโครงการบ้านจุ่มฯ จึงเป็นอีกโครงการหนึ่งที่เข้ามาเสริมความเข้มแข็งงานสุขภาพภาคประชาชนของจังหวัดเนื่องจากมีทิศทางการดำเนินงานไปในทางเดียวกัน โดยมีพื้นที่เรียนรู้ทั้งหมด 148 ชุมชน ใน 18 อำเภอ และสถานบริการสาธารณสุข (สอ. รพ.) 80 แห่ง

ค้นหา แกนนำชุมชนอาสาสมัครสุขภาพ

การดำเนินงานสุขภาพชุมชนที่ผ่านมากลไกชุมชนมักจะจำกัดอยู่ในกลุ่มอสม.และผู้นำตามโครงสร้างระบบราชการ และจากการปรับวิถีคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ส่งผลต่อท่าทีพฤติกรรมในการทำงานกับชุมชนที่เปลี่ยนไปจากเดิม มองเห็นความเชื่อมโยงหลากหลายทำงานภายใต้สถานการณ์จริงของพื้นที่และยึดชุมชนเป็นตัวตั้ง จึงเริ่มจากการค้นหาแกนนำชุมชนในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการอย่างหลากหลาย เช่น การพูดคุย ชักชวน ต่อตัว การจัดเวทีพูดคุย ฯลฯ พบว่าแกนนำในการขับเคลื่อนงานส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นแกนนำตามโครงสร้างของทางราชการ และเป็นกลุ่มคนทั้ง 3 รุ่น ได้แก่ รุ่นเด็ก/เยาวชน ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ (ส่วนหนึ่งมาจากวิธีการ จัดเวทีวิเคราะห์บทพทชุมชน ที่ใช้มิติของเวลา เป็นมา เป็นอยู่ เป็นไป) อย่างไรก็ตามพบว่ามี อสม.เป็นแกนนำหลักอยู่ทุกชุมชน นอกจากนี้มี ผู้นำศาสนา ครู ผู้รู้ต่าง ๆ ในชุมชน ฯลฯ ดังกรณีตัวอย่าง

กรณีตัวอย่าง

■ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

พ่อก๊น สุริยะ อายุ 62 ปี บ้านร่องกอก ตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย
พ่อก๊น สุริยะ ดำรงตำแหน่งอสม.ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นผู้มีสำนึกของความเป็นคนบ้านร่องกอกและทำหน้าที่ของอสม.ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน บ้านร่องกอกมีความสัมพันธ์ตามระบบเครือญาติผ่านการร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาตั้งแต่อดีต ชาวบ้านอพยพมาจากจังหวัดน่านตั้งแต่ปี พ.ศ.2460 ด้วยอยู่ที่แร่นแค้นข้าวไม่พอกินเป็นหนี้สินนายทุนแทบทุกครัวเรือนพ่อก๊นได้เป็นแกนนำสำคัญในการแก้ไขปัญหาโดยการออมและตั้งกลุ่มข้าววัดเพื่อช่วยเหลือแบ่งปันกันในชุมชนจนทุกคนมีข้าวเพียงพอสำหรับการยังชีพและเหลือจำหน่ายเป็นทุนหมุนเวียนและทำประโยชน์ต่อชุมชน จากประสบการณ์นำไปสู่การจัดการตนเองของชุมชนในด้านต่าง ๆ ทั้งในเรื่องกองทุนโค การอนุรักษ์น้ำ การทำปุ๋ยชีวภาพ ฯลฯ รวมทั้งด้านสุขภาพเป็นผู้มีส่วนร่วมในการริเริ่มการจัดตั้งกองทุนยาในหมู่บ้านโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือคนในหมู่บ้านด้านสุขภาพ มีการระดมทุนกันเองในหมู่บ้านลองผิดลองถูกจนมาถึงระยะเวลาหนึ่งกองทุนยาได้ปิดกิจการชั่วคราวต่อมาระทรวงสาธารณสุขมี

นโยบายให้ทุกหมู่บ้านจัดตั้งกองทุนฯ จึงมีการฟื้นฟูกองทุนฯ ขึ้นมาอีกมีการขยายหุ้น ขยายกิจการ กลายเป็น สหกรณ์ร้านค้าของคนในชุมชนจำหน่ายเครื่องอุปโภค บริโภค อาหารสัตว์บ้านผลกำไรคืนให้ สมาชิกทุกปีรวมทั้งจัดสวัสดิการให้กันคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้สูงอายุฯลฯ พอกัน สุริยะจึงเป็นแกนนำความคิดที่ชุมชนยอมรับนับถือมีจิตสำนึกเสียสละ นึกถึงความเป็น “หน้าหมู่บ้าน” ตามแนวทางพุทธธรรมตลอดเวลา โดยมีวิธีคิดอยากให้คนในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข พอกัน พอกิน ดังคำกล่าวที่ว่า “พอกัน พอกิน ปอดาน” (พอกัน พอกิน พอทำบุญทำทาน)

■ **ผู้นำศาสนา** ท่านพระครูอุปถัมภ์วรการ เจ้าอาวาสวัดป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ชุมชนป่าซางตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลป่าซาง ส่วนใหญ่เป็นชาวล้านนา(ไทยอง) ที่ยังยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีค่านิยมเคร่งครัด มีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ เจ้าอาวาสเป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถืออย่างสูง ท่านเป็นแกนนำสุขภาพสำคัญของชุมชน โดยใช้หลักของพุทธธรรมเชื่อมโยงกับสุขภาพในมิติต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เช่น

- ตั้งกลุ่มฝึกปลอดสารโดยใช้ศรัทธา และเรื่องของบาป – บุญ – คุณโทษ มาเป็นคุณค่ายึดเหนี่ยวซึ่งการนำผักที่มีสารเคมีปนเปื้อนไปให้/ขายผู้อื่นนั้นเป็นบาป จึงนำไปสู่การแลกเปลี่ยนแบ่งปันพันธุ์ผักพื้นบ้านและการทำบุญหมักเพื่อลดขยะในชุมชน (เดิมชุมชนมีปัญหาเรื่องขยะ) ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมและช่วยลดค่าใช้จ่าย และสุขภาพดีขึ้น
- รวมกลุ่มผู้สูงอายุ จัดทำเครื่องประกอบในพิธีกรรม สืบชะตา สะเดาะเคราะห์ เพื่อใช้งานบุญของชาวบ้านในชุมชนแทนการว่าจ้าง ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายของเจ้าภาพและเป็นการสร้างความสัมพันธ์ของชุมชนและสืบทอดวัฒนธรรมประเพณีให้ลูกหลานเนื่องจากมีเด็ก/เยาวชนมาช่วยกันทำด้วย
- ปรับประยุกต์คุณค่าของวัฒนธรรมมาใช้กับสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น การกินอ้อผญา เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่เยาวชนที่เคยเสพยาเสพติด (คุณค่า/ความหมายของพิธีกรรมอ้อผญา คือการให้สติ/ปัญญาที่ดี)
- การสนับสนุนอาคาร/สถานที่ เป็นศูนย์สุขภาพของชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอบสมุนไพร การออกกำลังกาย การประชุม ฯลฯ
- การสอดแทรกเรื่อง สุขภาพ ในทุกมิติโดยเฉพาะด้านจิตใจ เข้ากับกิจกรรมต่าง ๆ ของวัดและชุมชน (เป็นสื่อบุคคล)

เจ้าอาวาสจึงเป็นแกนนำสำคัญที่มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของชุมชนโดยใช้สถานภาพของความเป็นพระสงฆ์ และความศรัทธาของชุมชน

■ **แกนนำชุมชน** พ่อหนานสิงห์แก้ว อุ่นศรี อายุ 63 ปี บ้านปางค่า ตำบลดับเต้า อำเภอเทิง

แกนนำความคิดที่ชาวบ้านยอมรับนับถือเป็นผู้ที่สามารถชักชวนชาวบ้านวิเคราะห์ความเป็นอยู่ของตนเองและประมวลปัญหาออกเป็นหมวดหมู่นำไปสู่แนวทาง 8 ดี (คนดี ดินดี ป่าดี น้ำดี สังคมดี สิ่งแวดล้อมดี เศรษฐกิจดี) เพื่อเป็นกระบวนการและเป้าหมายการพัฒนานำไปสู่สุขภาวะที่หมายถึงการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นปกติสุขของชุมชน และยังเป็นแกนนำกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มรักษาสภาพ ร้านค้า สหกรณ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ และยังมีความเชี่ยวชาญทางพิธีกรรม อาทิเช่น

กลุ่มข้าวซ้อมมือ เกิดขึ้นจากแกนนำกลุ่ม คือพ่อหนานสิงห์แก้ว อุ่นศรี กลุ่มอสม. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานะสุขภาพของชาวบ้านทั้ง 6 หมู่บ้านพบว่าหมู่บ้านที่สุขภาพดีที่สุด อัตราการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือบ้านขุนต้าซึ่งเป็นชนชาวไทยเผ่าม้ง จากเวทีวิเคราะห์พบว่าสุขภาพชาวม้งดีเนื่องจากการกินอาหารที่ส่วนใหญ่ยังคงตำข้าวกิน กินผักพื้นบ้าน มีการเคลื่อนไหวการทำงานโดยใช้แรงกายเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงชักชวนผู้สนใจจำนวน 23 คนระดมทุนคนละ 100 บาทช่วยกันผลิตข้าวซ้อมมือเป็นประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วันเสาร์หรืออาทิตย์) แบ่งปันกันกินไม่เน้นการขาย สมาชิกกลุ่มกล่าวว่าการตำข้าวคือการสร้างสุขภาพเป็นการออกกำลังกายได้ข้าวที่มีวิตามิน เด็กเล็ก ๆ ลูกหลานมาช่วยได้เรียนรู้เป็นการฟื้นฟูวัฒนธรรมดั้งเดิมที่พึ่งตนเอง ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ / คุณค่าร่วมกันระหว่างสมาชิกและลูกหลาน ภายในกลุ่มยังจัดให้มีการออมทรัพย์ร่วมกันเพื่อเป็นสวัสดิการของกลุ่ม ปัจจุบันมีเงินดำเนินการภายในกลุ่มจำนวน 47,000 บาท ข้าวซ้อมมือจึงเป็นการเชื่อมโยงสุขภาพกับมิติอื่น ๆ เข้าด้วยกัน

■ **กลุ่ม อสม.** บ้านปางค่า ตำบลดับเต้า อำเภอเทิง

จัดและพัฒนากลไก อสม.ตามความถนัดและเชื่อมโยงกับแกนนำกลุ่มต่างในชุมชน โดยจัดแบ่งงาน อสม. ของชุมชน ตามความถนัด 6 กลุ่ม (ตาม 6 อ.) แต่ละกลุ่มมีการจัดการตนเองภายในและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มอสม.ทั้งหมดภายในหมู่บ้านทุกเดือน เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านม อสม.ผู้หญิง จะเป็นผู้นำคัดกรอง บันทึกข้อมูล (ตามแบบบันทึกที่อสม.กับเจ้าหน้าที่สร้างร่วมกัน) และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากนั้นก็นำมาแลกเปลี่ยนในที่ประชุมอสม.ทุกเดือน และทุกวันที่ 4 ของทุกเดือน แกนนำกลุ่ม อสม. ทุกหมู่บ้านร่วมแลกเปลี่ยนกับแกนนำอื่นๆ เช่น กลุ่มรักษาสภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มเครือข่ายบ้านจุ่มฯ นอกจากนี้ทุก ๆ 2 เดือน อสม. ทุกคน ในเขตรับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งนี้กิจกรรมต่าง ๆ มีเป้าหมายร่วมกัน คือ ชุมชนสุขภาวะ โดยปรับประยุกต์นโยบายของภาครัฐเข้ากับวิถีของชุมชนและเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (เน้นการเรียนรู้ของชุมชนมากกว่าการจัดการของภาครัฐ)

- **แกนนำเกษตรกร** นางเปริยวจันทร์ ต๊ะตันยาง อายุ 36 ปี บ้านสันปูเลย ตำบลดับเต่า อำเภอเทิง

“ตัวเองทำอาชีพเกษตรกรมาตั้งแต่อายุ 19 จนถึง 36 ปี ทำนา ทำสวน ทำไร่ข้าวโพด ใช้ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า มาตลอดบอกตรง ๆ ว่ายิ่งทำยิ่งเป็นหนี้ และยิ่งร้ายกว่านั้น ในปี พ.ศ.2544 ตัวเองได้ป่วยแบบไม่ทราบสาเหตุ คือมีก้อนที่รักแร้และราวนม เป็นอยู่ประมาณ 4 เดือน หลังจากนั้นก็น้ำหนองไหล ไปรักษาทั้งหมอเมืองและหมอฝรั่งก็ไม่หาย จึงคิดว่าตัวเองจะเป็นมะเร็ง ด้วยความเจ็บปวดที่ทรมานมา 4 – 5 เดือน คิดว่าตัวเองคงไม่รอด แต่คิดว่ายังกายไม่ได้ จึงมาคิดทบทวนดูว่า น่าจะเกิดจากการใช้สารเคมีมากเกินไป จึงมีผลต่อสุขภาพ หลังจากนั้นมาจึงได้ไปเรียนรู้การทำเกษตรชีวภาพจากเชียงใหม่รายอโคก จึงได้หันชีวิตกลับมาทำการเกษตรแบบชีวภาพ กินอาหารชีวจิต จึงทำให้สุขภาพดีขึ้น ถึงแม้จะทำงานหนัก แต่ก็ไม่เจ็บป่วย ตอนนี้ทำต่อเนื่องมา 3 ปีแล้ว”

นางเปริยวจันทร์ ประธานกลุ่มสามัคคีชีวภาพ ที่ทำการเกษตรแบบ “พุทธเกษตรกรรม” คือ ยึดหลักของศีล ไม่ทำลาย คน สัตว์ สิ่งแวดล้อม ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการช่วยเหลือเกื้อกูลของสรรพสิ่ง (แนวทางของอโคก) ได้ริเริ่มตั้งกลุ่มจาก 3 คนขยายเป็น 56 ครัวเรือนในกิจกรรมกลุ่มเน้นการแบ่งปัน ความรู้ ผลผลิต (ปุ๋ย) การลด-ละ-เลิก อบรมฯ และขยายการทำผลิตภัณฑ์ปลอดสารในระดับครัวเรือน ได้แก่ ปุ๋ยชีวภาพ น้ำยาอเนกประสงค์ ประมาณร้อยละ 70 ของครอบครัว และยังขยายเป็นเครือข่ายระดับตำบล ปัจจุบันชุมชนสันปูเลยเป็นแหล่งเรียนรู้อีกแห่งหนึ่งของจังหวัด

- **ครู** นางพรพรรณ นามรัตน์ โรงเรียนบ้านป่าถ่อน ตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย

จัดการเรียนการสอนระบบนิเวศน์ในนาข้าว ร่วมกับสถานีนามัยและอบต. โดยนักเรียนสำรวจการใช้สารเคมีปุ๋ย/ยาฆ่าแมลงในครอบครัวและชุมชน และเจาะเลือดหาสารเคมียาฆ่าแมลงที่ตกค้างในกระแสเลือด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างนักเรียน ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน โรงเรียน สถานีนามัย และอบต. นำไปสู่การการศึกษาระบบนิเวศน์ในนาข้าว การทำปุ๋ยชีวภาพ การปลูกผักปลอดสารในโรงเรียนและขยายไปสู่ชุมชน ผลการเจาะเลือดในกลุ่มนักเรียน และชาวบ้านเปรียบเทียบ 3 ปี พบการตกค้างของสารเคมีในกระแสเลือดลดลงดังนี้ ปี2546 ตรวจ 216 คน พบว่าปลอดภัยร้อยละ 23.15 ภาวะเสี่ยงร้อยละ 34.72 ไม่ปลอดภัยร้อยละ 42.13 ปี 2547 ตรวจ 267 คน พบว่าปลอดภัยร้อยละ 24.72 ภาวะเสี่ยงร้อยละ 41.20 ไม่ปลอดภัยร้อยละ 34.08 ปี พ.ศ.2549 ตรวจ168 คน ปลอดภัยร้อยละ 50 ภาวะเสี่ยงร้อยละ 22.62 ไม่ปลอดภัยร้อยละ 27.38 ปัจจุบันโรงเรียนมีข้าว/ผักปลอดสารให้เด็กนักเรียนบริโภคและผสมผสานงานดังกล่าวเข้าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

- **เด็กและเยาวชน** นางสาวกิตติญา พรราช อายุ 17 ปี แกนนำเด็กและเยาวชนตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล

กลุ่มเยาวชน สำนักเรียนบ้านเกิด เริ่มจากโรงพยาบาลขุนตาลชักชวนแกนนำร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชนพบปัญหาเด็กและเยาวชน แบ่งเป็นกลุ่ม/กิก ทะเลาะวิวาทฟันแทง มั่วสุม เสพ/ค้ายา เทียวเตร่ มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมและก่อวินาศกรรม เนื่องจากมีปัญหาของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ละทิ้งไปทำงานต่างถิ่น / ครอบครัวแตกแยก จึงได้จัดกระบวนการเรียนรู้โดยมีเด็กและเยาวชนเป็นแกนนำ จากการสนับสนุนของผู้ใหญ่ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่นการเข้าค่ายสร้างความสัมพันธ์, การอนุรักษ์ป่า-น้ำ , การจัดรายการวิทยุชุมชน, การสืบทอดภูมิปัญญาจากพ่อ-แม่-ยาย เช่น การทำขนมพื้นบ้าน การทำบายศรี นิทานพื้นบ้าน การเข้าวัดปฏิบัติธรรม เป็นต้น การดำเนินงานดังกล่าวได้ใช้ทุนทางสังคม สร้างพื้นที่ความมั่นใจให้แก่เด็กเยาวชน และผู้ปกครอง/ชุมชน ช่วยกันดูแลลูกหลานมากขึ้น ปัจจุบันเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้กำลังได้รับการพัฒนาให้เป็น อสม.น้อย เพื่อเป็นอีกกลไกหนึ่งของที่จะช่วยเรื่องสุขภาพในครอบครัว/เพื่อนๆและชุมชน ในปี พ.ศ.2549 ได้รับรางวัลชนะเลิศ To Be Number One ระดับประเทศ

- **ผู้มีสุขภาพดี** นางบุญเทียม สุธรรมรักษ์ อายุ 73 ปี บ้านสันกอง ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน

เป็นบุคคลตัวอย่างด้านสุขภาพของชุมชน มีร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรงใด ๆ และให้การช่วยเหลือชุมชนมาโดยตลอด เช่น สอนแม่บ้าน/ผู้สูงอายุปักผ้าเพื่อเป็นรายได้เสริม จนกระทั่งรวมกลุ่มกันผลิตเป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) ออกก่าลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดูแลตนเองและครอบครัวในการรับประทานอาหารที่ปลอดภัยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผักพื้นบ้านปลอดสารและข้าวซ้อมมือ นอกจากนี้จัดพื้นที่บริเวณบ้าน (พื้นที่ 16 ไร่) เพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านพืชพันธุ์ไม้หายาก /สมุนไพร ของเด็กนักเรียนและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นที่จัดกิจกรรม/จำหน่ายผลิตภัณฑ์กลุ่มปักผ้า (บุตรเป็นผู้ช่วยในการจัดการ)

- **ผู้ป่วยเบาหวาน** นางตีบ ชันธิวงศ์ อายุ 62 ปี บ้านเลขที่ 173/2 บ้านป่าซาง ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน

เป็นเบาหวานมาเกือบ 3 ปี เริ่มต้นค้นพบจากการคัดกรองของอสม. ในชุมชน เมื่อตรวจที่โรงพยาบาลพบระดับน้ำตาลในเลือด 200 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิตร แพทย์ให้การรักษาด้วยยาเม็ด glybenclamide (500 mg) วันละครั้งเม็ด และส่งมาดูแลรักษาต่อที่สถานีนามัย ปัจจุบันสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 90-110 มิลลิกรัม เจ้าหน้าที่สถานีนามัยได้ติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า นางตีบ อาศัยอยู่กับลูกชาย อายุ 40 ปี ที่ไม่มีงานทำและเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

ฐานะไม่ดีนัก (สามีและบุตรชายอีก 1 คนเสียชีวิต) เป็นบุคคลที่ดูแลตนเองและควบคุมอาหารได้เป็นอย่างดี ปลูกผักสวนครัวปลอดสารไว้กินเองและจำหน่าย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เข้าวัดปฏิบัติธรรมอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ชักชวนกลุ่ม อสม. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอื่น ๆ ที่สนใจมาร่วมเรียนรู้ และ ขยายรู้ไปสู่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของสถานีอนามัย

จากกรณีตัวอย่างสรุปได้ว่าอาสาสมัครสุขภาพเพื่อสุขภาพชุมชนในสถานการณ์จริงของชุมชนนั้นมีหลากหลาย ไม่ได้จำกัดให้เป็นบทบาทเฉพาะของนักวิชาชีพสาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่สร้างโดยกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น **ประเด็นสำคัญที่พบคือ “เป็นใครก็ได้” แต่ต้องมีคุณลักษณะร่วม อย่างน้อย 3 ประการ ดังนี้**

- เรียนรู้และพัฒนาตนเองผ่านประสบการณ์การต่อสู้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของตนเอง (สุขภาพ หรืออื่น ๆ) ปัญหาของชุมชน (ปัญหาหนี้สิน ถูกเอาเปรียบ) หรือ มองเห็นปัญหาผ่านการวิเคราะห์จนตกผลึก
- ส่วนมากมีและใช้ฐานพุทธธรรม เป็นทั้งวิถีคิด ทั้งการกำกับท่าทีพฤติกรรม (คิด พูด ทำ)
- มีบทบาทในการจัด/สร้างการเรียนรู้ และสร้างการมีส่วนร่วม หลากหลายรูปแบบ/วิธีการ ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขในแต่ละแห่ง เช่น การเป็นตัวอย่าง การใช้การวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ เช่น วิเคราะห์เหตุปัจจัย (กรณีข้าวซ้อมมือ ปางคำ) วิเคราะห์แบบเชื่อมโยง เช่น 8 ดีปางคำ กรณีสันปูเลย ป่าซางที่เชื่อมโยง เรื่องผักปลอดสาร กับ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ ศิลธรรม มีการผสมผสานความรู้พื้นบ้านกับความรู้ภายนอก (การตรวจเลือด) หรือการเรียนรู้ที่จะประยุกต์ใช้คุณค่า ความหมาย หรือความรู้เดิมให้รับใช้กับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง

บทเรียน

จากประสบการณ์การทำงานของเครือข่ายการเรียนรู้ระบบสุขภาพภาคประชาชนจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ สนใจในงานชุมชน จำนวน 140 คน (ซึ่งยังนับว่าเป็นกลุ่มเล็กๆ) ที่ได้ร่วมกันเรียนรู้โดยลองผิด-ลองถูก ระยะเวลาหนึ่ง พบว่า มีบทเรียนบางประการที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของจังหวัดเชียงราย ดังนี้

■ เริ่มจากการปรับวิถีคิด

งานสาธารณสุขเป็นงานที่ต้องปฏิบัติกับคน/ชุมชนและสังคมโดยตรง แต่ที่ผ่านมาเราให้ความสำคัญกับเรื่องนี้น้อยมาก โดยเฉพาะมิติทางวัฒนธรรมชุมชน จึงมีรูปแบบสำเร็จตายตัวที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศมากำหนดให้เจ้าหน้าที่ฯ และชุมชนทำอย่างต่อเนื่อง ในการทำงาน

ระบบสุขภาพชุมชนจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องทะลุกรอบคิดเดิม ๆ ที่เป็นเชิงเดี่ยว มองเห็นความเชื่อมโยงของ “สุขภาพะ” จากประสบการณ์ของเชิงรายนเองการปรับวิธีคิดให้ทะลุจากกรอบเดิม เป็นเรื่องที่ยากพอสมควรและต้องใช้ระยะเวลาสร้างโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ แต่ก็เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ถ้าไม่สามารถปรับ/สร้างวิธีคิดใหม่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ไม่อาจทำหน้าที่อำนวยความสะดวก Facilitator ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีพลังที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้ รวมทั้งการสร้าง/พัฒนาอาสาสมัครสุขภาพ เพื่อชุมชนขึ้นอยู่กับวิธีคิด มุมมองของเจ้าหน้าที่ด้วย เช่น ถ้ามองแบบเชื่อมโยงก็จะค้นหา/ สร้าง อาสาสมัครสุขภาพที่หลากหลายทั้งสถานภาพ เพศ กลุ่มวัย ซึ่งเป็นการให้พื้นที่และโอกาสแก่ทุกคนได้เข้าถึงระบบสุขภาพชุมชน

■ ค้นหา..เสริมศักยภาพ อาสาสมัครสุขภาพเพื่อชุมชน

1. การค้นหา /คัดเลือก

- วิธีการค้นหา ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการมากนัก เช่นการพูดคุย ชักชวน ผู้รู้/ ผู้มีประสบการณ์ ทั้งที่เป็นบุคคล/กลุ่ม ที่มีภาวะผู้นำหรือสามารถนำมาเป็นตัวอย่างในขยายความคิด ขยายการเรียนรู้ออกไปได้

- จัด/ปรับ กลไก อาสาสมัครสุขภาพให้มีความหลากหลายและเชื่อมต่อ เพื่อกระจายการมีส่วนร่วมไปสู่กลุ่มต่าง ๆ เช่นกรณีชุมชนปางค่า จัดกลไกการเชื่อมต่อถึงระดับครัวเรือนและพูดคุยกันอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

แกนนำความคิด 4-5 คน เป็นผู้ให้ความคิด เตือนสติ และกลั่นกรองสิ่งที่มากระทบชุมชน

แกนนำกลุ่มต่าง ๆ เช่น อสม. เด็กเยาวชน แม่บ้าน ร้านค้าสหกรณ์ กลุ่ม 8 ดี

แกนนำคุ้ม/เขต ใน 12 คุ้ม 4 เขต ของชุมชน

- วิธีคิดของอาสาสมัครสุขภาพชุมชน (หรืออาจเรียกว่า แกนนำสุขภาพ) ผู้ที่เป็น อสม. บทบาทก็ไม่ได้จำกัดแค่เรื่องสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีสถานภาพเป็น อสม. ก็สามารถทำบทบาทในด้านสุขภาพได้ เนื่องจากแกนนำเหล่านี้มีวิธีคิดที่เชื่อมโยง ดังนั้น “สุขภาพะ” คือการเป็นอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขของชุมชน

2. การเสริมสร้างศักยภาพ อาสาสมัครสุขภาพชุมชน

จัดกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนมีการใช้วิธีการและเครื่องมือการเรียนรู้หลากหลาย และนำทุนทางสังคมที่มีอยู่มาใช้และผสมผสานความรู้ภายในและภายนอกชุมชน เช่น กลุ่มข้าวหอมมะลิบ้านปางค่า กลุ่มผักปลอดสารบ้านป่าซาง และสันปูเลย การใช้สื่อบุคคลทั้งผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ ฯลฯ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในอดีต การดูแลสุขภาพ เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนในชุมชน แต่จากผลพวงของการพัฒนาที่ผ่านมา เรื่องสุขภาพถูกทำให้เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข และนักวิชาชีพ แม้ว่าทางกระทรวงสาธารณสุขได้นำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สร้าง/พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นกลไกหลักของชุมชนและเชื่อมต่อบริเวณระหว่างรัฐกับชุมชน

ในการดำเนินงานกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา อสม. ได้ผ่านยุคสมัยที่มีการปรับเปลี่ยนมาโดยตลอด และ หากบทบาทของ อสม. คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของชุมชน ก็จะเป็นชุมพลังสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของชุมชน จึงมีข้อคิดเห็นต่ออาสาสมัครสุขภาพเพื่อชุมชน ดังนี้

1. การสร้างสุขภาพชุมชน ควรมีกลไกที่หลากหลาย ในชุมชนมีแกนนำสุขภาพ / อาสาสมัครสุขภาพต่าง ๆ ทั้งที่จัดตั้งตามโครงสร้างราชการ และกลุ่ม/คนริเริ่มด้วยตนเอง อาจเป็นคนเล็กคนน้อย ผู้มีสุขภาพดี ผู้ป่วยที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ บุคคลเหล่านี้เป็นสามารถทำบทบาทอาสาสมัครสุขภาพได้ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้โดยมี อสม. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

2. ควรมีการปรับและพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นกลไกของชุมชนอย่างแท้จริง โดยมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และให้อิสระตัดสินใจในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง โดยการปรับวิธีคิด วิธีการทำงาน ตลอดจนปรับระบบสนับสนุนให้เอื้อและสอดคล้องเหมาะสม

3. การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ที่สำคัญ คือ ศักยภาพในการค้นหาผู้ที่มีศักยภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน และจัดพื้นที่และสร้างโอกาสให้บุคคล/กลุ่มคนเหล่านั้น ได้แสดงศักยภาพ ทั้งความรู้ ความสามารถ และขยายการเรียนรู้ไปสู่คน กลุ่ม และชุมชนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการปรับวิธีคิด กระบวนการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องโดยเรียนรู้จากการปฏิบัติตามเงื่อนไขสถานการณ์จริงของแต่ละพื้นที่ และปรับนโยบายให้เอื้อต่อการเรียนรู้มากกว่าการจัดการที่มาจากข้างบน (กรอบนโยบาย ควรกำหนดเป็นแนวทางกว้าง ๆ ให้ความสำคัญของกระบวนการดำเนินงาน และไม่เน้นตัวชี้วัดเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว) ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความสำคัญในฐานะบทบาทพี่เลี้ยงของชุมชน

กรณีศึกษาที่ 8

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกับงานบริการปฐมภูมิ
อำเภอหนองน้ำโพ จังหวัดขอนแก่น

โดย ศิริพร เหลืองอุดม

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกับงานบริการปฐมภูมิอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ศิริพร เหลืองอุดม *

ความเป็นมา

จากประสบการณ์การทำงานสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่าเจ้าหน้าที่ยังทำงานโดยยึดตัวเองและระบบบริการเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นไปตามแนวทางหรือนโยบายที่กระทรวงสั่งมาเท่านั้น บ่อยครั้งไม่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชน จึงเป็นการพัฒนาที่ไม่ยั่งยืน เนื่องจากขาดความมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง อีกทั้งนโยบายมักเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร ประกอบกับกระแสการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และกระแสแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพใน พ.ศ.2543 โรงพยาบาลน้ำพองได้จัดสัมมนาเครือข่ายประชาคมร่วมกับองค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพในอำเภอน้ำพองขึ้น

ในปีดังกล่าว อบต.น้ำพอง ได้จัดซื้อบัตรสุขภาพแก่ประชาชน 13 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยงบประมาณ 8 แสนบาท และได้พัฒนาเป็นโครงการพยาบาลชุมชนโดยในเดือนตุลาคม พ.ศ.2544 อบต.น้ำพอง ได้จัดสรรงบประมาณ 960,000 บาท แก่โรงพยาบาลน้ำพอง จัดหาพยาบาล 6 คน และผู้ช่วยซึ่งคัดเลือกจากเยาวชนในหมู่บ้าน อีก 6 คน เพื่อสร้างมิติใหม่ของการดูแลสุขภาพชุมชน ที่เน้นความสัมพันธ์ ความเข้าใจชุมชนผ่านงานเชิงรุกในระดับหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำไปเติมส่วนขาดในการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเน้นการบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ต่อไป

ซึ่งโครงการพยาบาลชุมชนเป็นอีกขั้นหนึ่งของการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากการพัฒนางานเวชปฏิบัติ ครอบคลุมในโรงพยาบาลน้ำพอง และเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพโดยยึดแนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีความหมายกว้างกว่าการรักษาโรค ให้ความสำคัญกับแนวคิดสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

จะเห็นว่าการพัฒนาที่ผ่านมาเน้นการให้บริการในสถานพยาบาล แม้จะมีการบริการในชุมชน แต่ก็ยังเป็นเฉพาะการติดตามดูแลที่บ้านแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งได้แก่การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พิการที่ต้องฟื้นฟูสภาพ เยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด เยี่ยมผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัดซึ่งมักใช้เวลาเฉพาะในช่วงบ่ายในการให้บริการในชุมชน

* หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ส่วนการทำงานร่วมกับอสม.นั้น ส่วนใหญ่เป็นงานทำตามนโยบายของกระทรวงสั่งให้ทำเท่านั้น ซึ่งจริง ๆ แล้วต้องปฏิบัติตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Elements Primary health care) 14 องค์ประกอบ ได้แก่

- N= Nutrition (ภาวะโภชนาการ)
- E= Education (การสุขศึกษา)
- W= Water Supply and Sanitation (การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด)
- S= Surveillance for local disease control (การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น)
- I= Immunization (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)
- T= Simple Treatment (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น)
- E= Essential drugs (การจัดหาาาที่จำเป็นไว้ในชุมชน)
- M= Maternal and child Health and Family planning (การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว)
- D= Dental Health (การทันตสาธารณสุข)
- E= Environmental Health (การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย)
- C= Consumer protection (การคุ้มครองผู้บริโภค)
- A= Accident and non-communicable disease control (การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ)
- A= AIDS (การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์)

แต่ทั้งนี้บทบาทที่ อสม.ปฏิบัติจริงส่วนมากแล้วจะเป็นการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กแรกเกิด -5 ปี โดยชั่งน้ำหนักเด็กกลุ่มนี้ทุก 3 เดือน การรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ยาที่กองทุนยาในชุมชน การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การติดตามเด็กที่ไม่ไปฉีดวัคซีนตามนัด นอกจากนี้ยังมีการสำรวจข้อมูลต่างๆในชุมชน เช่น ข้อมูลประชากรกลางปี ข้อมูลคนเกิด คนตาย ข้อมูลการวางแผนครอบครัว เป็นต้น ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าบทบาทของอสม.ในอดีตเป็นบทบาทของผู้ตามโดยเป็นผู้ปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งรับนโยบายมาจากกระทรวงสาธารณสุขสั่งมาให้ทำเท่านั้นซึ่งที่จริงแล้วบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่พึงประสงค์ควรมีดังนี้

1. สร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
2. ตอบสนองนโยบาย และแผนงาน เกี่ยวกับสุขภาพ
3. เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. รณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม
5. เตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลชุมชนกับการบริการระดับบริการปฐมภูมิ

- สำรวจข้อมูลหมู่บ้าน เพื่อสร้างสัมพันธภาพและศึกษาวิถีชีวิตของชุมชนโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น คู่มือศึกษาวิถีชุมชน (ของ อาจารย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์) แฟ้มครอบครัว แบบ จปฐ . และข้อมูลประชากรประยุกติ์ให้เข้ากับความรู้และทักษะการทำงานชุมชนที่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้รู้อื่น ๆ เพื่อทำความเข้าใจชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเกิดบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจและให้บริการดูญาติมิตร
 - ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็นดังนี้
 - งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก เด็กแรกเกิด 0-5 ปี งานอนามัยโรงเรียน กลุ่มวัยแรงงาน และผู้สูงอายุ
 - งานควบคุมป้องกันโรค โดยประสานกับฝ่ายสุขภาพิบาลป้องกันโรค
 - งานรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนที่ไปรับการรักษาที่อื่น ที่บ้าน และประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ
 - กิจกรรมอื่น ๆ ในหมู่บ้านตามสภาพปัญหาและเรียนรู้วัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ เพื่อเชื่อมโยงให้เกิดการสร้างสุขภาพได้แก่ การร่วมรณรงค์ในกิจกรรมของหมู่บ้าน สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มแพทย์แผนไทย ฯลฯ
 - การเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างผู้รับบริการในชุมชนกับภาครัฐ เช่นการติดตามทำบัตรประชาชนร่วมกับผู้ด้อยโอกาสในชุมชนเพื่อให้สามารถใช้สิทธิในการทำบัตร 30 บาทรักษาทุกโรคได้ การประสานวิทยากรมาให้ความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสภาพดินแก่กลุ่มเกษตรกรปลอดสารพิษในชุมชน การประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อของบประมาณสนับสนุน

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการบริการระดับปฐมภูมิ

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลชุมชนร่วมกับอสม.ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณ จาก อบต.น้ำพองมีการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมสร้างสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ (ฤๅษีตัดตน) การออกกำลังกายในเยาวชนและประชาชนทั่วไป โดยมีอสม.เป็นผู้บริหารจัดการ งบประมาณและประสานในการดำเนินกิจกรรมในชุมชน เป็นผู้นำเดินแอโรบิค

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวานแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการลดการใช้สารเคมีในเกษตรกร โดยมีการใช้วัสดุที่มีในชุมชน เช่น มูลสัตว์มาใช้ในการทำปุ๋ยชีวภาพและมีการใช้ขยะเปียกมาทำน้ำส้วกชีวภาพเกิดกลุ่มปุ๋ยชีวภาพในชุมชนเพื่อนำมาใช้ปลูกผักและข้าวปลอดสารพิษจนพัฒนามาเป็นกลุ่มโรงสีข้าวปลอดสารพิษซึ่งมี อสม. เป็นผู้นำกลุ่มซึ่ง มีเครือข่ายหลายหมู่บ้านในตำบลน้ำพอง

ด้านการป้องกันโรค

การเฝ้าระวังและคัดกรองโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอสม.จะมีบทบาทในการใช้แบบคัดกรองเบาหวานคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในคุ่มที่ตนเองรับผิดชอบและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบถึงการนัดหมายในการตรวจคัดกรองเบาหวาน และมีบทบาทในการเตรียมสถานที่ในการตรวจคัดกรอง ในวันที่มีกิจกรรมตรวจคัดกรอง อสม.จะเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต จัดคิวเข้ารับการตรวจสุขภาพ

อสม.มีหน้าที่หลัก คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ ให้กับคนในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี การแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยอสม.กับคนในหมู่บ้าน จะต้องร่วมกันทำโครงการต่าง ๆ ที่ช่วยแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อาทิ การรณรงค์ให้ชุมชนปลอดภัยจากไข้เลือดออก โดยการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรมการสำรวจลูกน้ำยุงลายและใส่ทรายอะเบตในภาชนะที่มีน้ำขังเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ ในคุ่มที่รับผิดชอบ

ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

อสม.ได้ให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนโดยในช่วงนอกเวลาราชการที่พยาบาลชุมชนไม่ได้ปฏิบัติงานในชุมชนถ้ามีผู้ป่วยในชุมชนเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะไปปรึกษาอสม.เช่นมีไข้ อสม.จะตรวจดูอาการ วัดไข้และให้ยาลดไข้ช่วยสอนการเช็ดตัวลดไข้ให้กับผู้ป่วยและญาติ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ในผู้ที่มีแผล การห้ามเลือด การล้างแผล การดูแลผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว โดยใช้ยาจากกองทุนยาที่มีในชุมชน การดูแลหญิงมีครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้คำแนะนำไปคลอดที่โรงพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม การวางแผนไทยเพื่อรักษาอาการปวดหลังปวดเอวเพื่อลดการใช้ยาในกรณีที่เกิดความสามารถจะพิจารณาส่งต่อโดยเป็นผู้ประสานกับพยาบาลชุมชนหรือประสานกับทางโรงพยาบาลเพื่อขอรถไปรับผู้ป่วยในชุมชนกรณีที่เดินทางไปโรงพยาบาลเองไม่สะดวกหรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน

ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน

กิจกรรมการแก้ปัญหาแมลงวันและกลิ่นเหม็นจากฟาร์มเลี้ยงไก่ ในชุมชน โดยมีการใช้สารสกัดชีวภาพมาช่วยลดกลิ่นและลดจำนวนของแมลงวัน

อสม.มีบทบาทช่วยในการเป็นผู้ประสานให้มีกิจกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยมีกิจกรรมกองทุนขยะในชุมชนเพื่อให้มีการแยกขยะ ลดปริมาณขยะและมีการนำขยะรีไซเคิลมาขายให้กับกองทุนของชุมชนเอง โดยมีอสม.เป็นผู้นำกลุ่มและเป็นผู้บริหารจัดการ

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แก้ปัญหาความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และประชาชนชายขอบซึ่งยังขาดหลักประกันสุขภาพ อสม.มีบทบาทเป็นผู้ประสานในการทำบัตรประกันสุขภาพในประชาชนกลุ่มเหล่านี้

บทบาทอสม.ในคลินิกเบาหวานในชุมชน

PCU คำแก่นคุณ มีแนวคิดที่จะให้อสม.มีบทบาทเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านของตนเอง โดยให้สามารถช่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ Blood Strip จึงได้จัดอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการให้อสม.สามารถใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้และเมื่อทางโรงพยาบาลน้ำพองได้จัดให้มีคลินิกเบาหวานในชุมชนเพื่อให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมแพทย์ พยาบาล เกสัชกร โภชนากร ร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำ PCU ออกมาให้บริการในชุมชน เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็ว ทางPCU จึงขอความร่วมมือจากอสม. มาช่วยโดยความสมัครใจโดยอสม.มีบทบาทในการจัดเตรียมสถานที่ แจกบัตรคิว ค้นบัตร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจน้ำตาลในเลือดรอเจ้าหน้าที่ และจะอยู่ช่วยจนเสร็จสิ้นภารกิจในคลินิกเบาหวาน

การประสานงานกับองค์กรในท้องถิ่น

อสม.ที่มีตำแหน่งเป็นอบต.ด้วยจะมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้องค์กรท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดทำโครงการต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ในการดำเนินโครงการได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเปลี่ยนวิธีคิดในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เรียนรู้ที่จะใช้ตนเองเป็นอุปกรณ์ในการศึกษาชุมชน ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน คิดนอกกรอบ มีความยืดหยุ่นในการทำงานให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง เกิดความรู้สึกร่วมกันกับคนในชุมชนเสมือนเครือญาติโดยการทำงานในชุมชนเจ้าหน้าที่เปลี่ยนบทบาทจากผู้นำเป็นผู้ประสานโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมมีตัวแทนของคนในชุมชนคืออสม.เป็นผู้ประสานงานหลักในชุมชน ทำให้ประชาชนประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลาในการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังลดภาระงานบริการที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคพื้นฐานที่ดูแลได้ด้วยตนเองและพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมาฉีดยา และทำแผลที่ห้องฉุกเฉินทุกวัน โรงพยาบาลชุมชนร่วมกับอสม.เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง ด้วยการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด โดยมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อภายใต้การดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล การส่งเสริมการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน การแก้ปัญหายาเสพติด และโรคเอดส์ในเยาวชน ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (ปัญหาสิทธิเด็กและสตรี) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการ เกษตรปลอดสารพิษ เศรษฐกิจพอเพียงและการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในกลุ่มเกษตรกร ความเปลี่ยนแปลงที่เห็นในกลุ่ม อสม.คือ อสม.เปลี่ยนบทบาทจากผู้ตามมาเป็นผู้นำด้านสุขภาพ โดยมีบทบาทช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในชุมชน เป็นผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เป็นผู้ประสานงานระหว่าง ประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและประชาชนเริ่มเข้าใจเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพมากขึ้น เกิดความพึงพอใจในระบบบริการในระดับปฐมภูมิเนื่องจากเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจจริง ๆ

กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ในชุมชน

กรณี นางเพ็ญ บุตน์ อายุ 67 ปี จบชั้นประถมปีที่ 4 ตำแหน่ง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข บ้านห้วยเสือเต้น ม.3 ตำบลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

ประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็นอสม.มาประมาณ 22 ปี เคยฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับบทบาทของ อสม.ซึ่งจะมีการอบรมฟื้นฟูทุก 2 ปี มีการฝึกปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล การล้างแผล

การวัดปรอท การวัดความดันโลหิต การเข้ายาเบื้องต้น ความรู้ทางทันตกรรม ซึ่งทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดอบรมให้ นอกจากนี้ยังได้รับการอบรมการนวดแผนไทยที่ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เหตุผลที่มาเป็นอส.เข้ามาเป็นอส.เมื่อประมาณปี พ.ศ.2527 คือมีชาวบ้านคัดเลือกให้มาเป็นแต่ใจจริงแล้วขอonganแบบนี้เพราะได้ช่วยเหลือเพื่อนบ้านได้ทำบุญกับชีวิตคนด้วยและได้ใช้สิทธิรักษาฟรี ได้รับความรู้ซึ่งไม่เคยรู้มาก่อนสามารถนำความรู้ที่นั้นมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ด้วย

บทบาทของอส.ได้แก่การสำรวจข้อมูลต่าง ๆ ในชุมชน หยอดทรายอะเบท ชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีทุก 3 เดือน ช่วยตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นผู้ประสานงานระหว่างพยาบาลชุมชนกับชาวบ้านในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ประชาสัมพันธ์ข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชน การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเวลามีคนเจ็บป่วยในชุมชนในตอนกลางคืนและในช่วงที่พยาบาลชุมชนไม่ได้เข้ามาปฏิบัติงาน ชาวบ้านก็จะมาตามไปดูแลเช่นคนเจ็บท้องคลอดลูกก็จะไปประเมินดูอาการว่าน่าจะไปคลอดที่โรงพยาบาลในตอนไหนเจ็บครรภ์ถี่หรือยัง ถ้าเจ็บถี่ขึ้นแสดงว่าใกล้คลอดแล้วจะแนะนำให้ญาติจัดเตรียมของใช้แล้วพาไปโรงพยาบาล ในผู้ที่มีอาการปวดหลังปวดเอว ปวดศีรษะก็จะนัดพ่อนคลายและนวดรักษาให้ ถ้าไม่ดีขึ้นจึงจะให้กินยาแก้ปวด แต่ถ้ายังไม่หายก็จะแนะนำให้ไปหาหมอโดยส่วนใหญ่จะแนะนำให้ไปที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในหมู่บ้านก่อน บางคนมีอาการสะอึกนวดแล้วหายจากสะอึกก็มีเหมือนกัน บางคนมีไข้ก็วัดไข้โดยใช้ปรอทวัดให้ถ้ามีไข้ก็จะเช็ดตัวลดไข้และให้กินยาลดไข้พาราเซตามอล โดยจะสอนญาติให้สามารถดูแลคนไข้ด้วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำการออกกำลังกาย แนะนำผู้ป่วยเบาหวานให้งดอาหารหวานและดูแลวัดความดันโลหิตให้ หญิงหลังคลอดแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด การอบสมุนไพรหลังคลอดซึ่งทำที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และมีหน้าที่ดูแลสวนสมุนไพรที่วัดด้วยซึ่งสมุนไพรที่ปลูกนี้จะนำมาทำเป็นยาสมุนไพรสำหรับใช้ในชุมชนเช่นยานวดสมุนไพร น้ำมันโพลีใช้ทาแก้ปวดเมื่อย เป็นต้น

กรณี นางทองสัน สุโพธิ์ชัย อายุ 46 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 บ้านเลขที่ 156 บ้านโคกสูง ม.17 ต.น้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

ประสบการณ์เป็นอส.มาตั้งแต่ ปีพ.ศ.2537 จนถึงปัจจุบัน เคยฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับบทบาทของอส.ซึ่งจะมีการอบรมฟื้นฟูทุก 2 ปี มีการฝึกปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล การล้างแผล การวัดปรอท การวัดความดันโลหิต การเข้ายาเบื้องต้น ความรู้ทางทันตกรรม ซึ่งทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดอบรมให้

เหตุผลที่มาเป็นอส.เนื่องจากคนในชุมชนคัดเลือกให้มาเป็นและเป็นอส.ด้วยความสมัครใจเนื่องจากชอบทำงานเพื่อส่วนรวมและนอกจากนี้ยังได้ความรู้ในการดูแลสุขภาพซึ่งสามารถนำมาปฏิบัติในชีวิตจริงได้

บทบาทในปัจจุบันคือเป็นประธานอสม.ประจำหมู่บ้านโคกสูง หมู่ที่ 17 ซึ่งมีหน้าที่เป็นผู้นำทีม อสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชน งานที่ทำแก่การสำรวจข้อมูลต่าง ๆ ในชุมชนเช่นข้อมูลประชากร คนเกิด คนตาย งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล งานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กแรกเกิด - 6 ปี งานรักษาพยาบาลเบื้องต้นในช่วงนอกเวลาราชการโดยใช้ยาจากกองทุนยาของชุมชน งาน เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทางหอกระจายข่าว การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพให้ ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแล ตนเองได้อย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังและคัดกรองโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใน ชุมชนโดยมีบทบาทในการใช้แบบคัดกรองเบาหวานคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในคุ่มที่ตนเอง รับผิดชอบและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบถึงการนัดหมายในการตรวจคัดกรอง เบาหวาน และมี บทบาทในการเตรียมสถานที่ในการตรวจคัดกรองในวันที่มีกิจกรรมตรวจคัดกรอง จะเป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นประธานกลุ่ม ออกกำลังกายแอโรบิคเป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล น้ำพอง ร่วมสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มผู้สูงอายุไป ร่วมกิจกรรมชักชวนให้เห็นความสำคัญในการออกกำลังกายและเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร นอกจากนี้ยังมี บทบาทในการ เป็นประธานกลุ่มกองทุนขยะในชุมชนซึ่งมีหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุน

ความภาคภูมิใจคือได้มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยโดยเวลามี ผู้เจ็บป่วยในชุมชนจะไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การได้มีโอกาสเป็น ประธานอสม.ก็เป็นความภาคภูมิใจที่เพื่อนเห็นความสำคัญและให้โอกาสแสดงความสามารถ

การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับ อสม. และเจ้าหน้าที่

- การเรียนรู้ถึงบทบาทของอสม.ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนซึ่งต้องมีบทบาท หลากอย่างนอกเหนือจากบทบาทเดิม ซึ่งได้แก่ เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค รณรงค์ขับเค็ลื้อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน
- การเรียนรู้ถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน ด้าน สาธารณสุข เนื่องจากรัฐได้ตระหนักว่าสิ่งที่กำหนดไว้ในการสร้างสุขภาพของประชาชนใน อดีตนั้น ไม่สามารถครอบคลุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับประชาชนได้ในทุกระดับและ ทุกเรื่อง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริม สุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด เพื่อนำพาไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพของชุมชนได้ อย่างยั่งยืน หัวใจสำคัญคือการพัฒนาบทบาทของประชาชน ทั้งในฐานะสมาชิกของสังคม และองค์กรชุมชน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- อสม.มีบทบาทในการเป็นผู้นำและเป็นสมาชิกกลุ่มในด้านการสร้างสุขภาพในชุมชนด้วยความเต็มใจตั้งใจและมีจิตสำนึกที่ดี โดยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มแกนนำสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น เป็นผู้นำกลุ่มในการออกกำลังกาย เป็นประธานกองทุนขยะ เป็นผู้นำกลุ่มสมุนไพร เป็นผู้นำกลุ่มเกษตรปลอดสารเคมี เป็นต้น
- อสม.นอกจากมีบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวสารด้านสาธารณสุขในชุมชนแล้วยังเป็นผู้ชักชวนโน้มน้าวให้ประชาชนที่เป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในชุมชนมีพฤติกรรมสร้างสุขภาพ ตลอดจนสามารถเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริงและอย่างมีคุณภาพมากขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ เจ้าหน้าที่สามารถดึงศักยภาพของคนในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงาน และคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น เนื่องจากอสม. เป็นเสมือนตัวแทนของประชาชนในชุมชน ซึ่งสามารถสะท้อนความคิดเห็นและสะท้อนปัญหาของคนในชุมชน ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับทราบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

กรณีศึกษาที่ 9

ลาไม : ผืนดินสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่

โดย ศीलเรืองศักดิ์ สุกใส

ลาไม : ผืนดินสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่

ศีลเรื่องศักดิ์ สุกใส*

บ้านลาไมเมื่อประมาณปี พ.ศ.2476 หรือประมาณ 73 ปี ที่ผ่านเลยมีคนกลุ่มเล็ก ๆ กลุ่มหนึ่งได้เข้ามาจับจองพื้นที่แห่งนี้มี 3 ตระกูล ด้วยกันคือตระกูล พิทักษ์ ,ชัยเดช และแป้นพุ่ม ซึ่งอพยพมาจากบ้านห้วยแหง บ้านชายคลองและพื้นที่บริเวณตำบลวังอ่าง ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อทำการเกษตร ทำไร่ นาข้าว ปลูกผัก ในช่วงนั้นมีเพียง 18 ครัวเรือน

เมื่อสมัยก่อนนั้น ชาวบ้านต้องอยู่อย่างเฝ้าระวังจากสัตว์ร้าย เพราะแถบนี้เป็นแหล่งที่สมบรูณ์ สัตว์ป่า สัตว์ร้ายจึงชุกชุม เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2497 ทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณหมู่บ้านนี้ต้องถอยกลับไปตั้งหลักปักที่บ้านขาม ซึ่งเป็นชุมชนที่อยู่ไม่ไกลจากบ้านลาไมมากนัก มีเพียงครอบครัวเดียวที่ไม่ย้ายออกจากพื้นที่แห่งนี้คือ ครอบครัวของนายพร้อม พิทักษ์ หลังจากนั้นใน พ.ศ. 2505 ได้มีการสัมปทานป่าไม้มีถนนตัดผ่านพื้นที่ การทำสัมปทานป่าไม้ทำให้สัตว์ป่า สัตว์ร้ายลดลง ลูกหลานก็ได้กลับมาทำอาชีพเหมือนเดิมบนพื้นที่เก่าที่ได้จับจองไว้ ซึ่งมีนายพร้อม พิทักษ์ เป็นผู้จัดการดูแลอยู่ประมาณปี พ.ศ.2511 มีคนและลูกหลานนายพร้อม พิทักษ์ อพยพเข้ามาตั้งบ้านเรือนมาทำสวนยางพารากันมากขึ้น ส่วนใหญ่มาจากอำเภอเชียรใหญ่ อำเภอปากพนังจังหวัดนครศรีธรรมราช และบางส่วนของจังหวัดพัทลุง

ความเป็นอยู่เมื่อสมัยนั้น มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือแบ่งปัน ไม่มีการเอารัดเอาเปรียบ ทุกครอบครัวในชุมชนมีการช่วยกันสร้างบ้าน ถางป่า ตามแต่โอกาสจะอำนวย ความสมบรูณ์ของทรัพยากรมีพอเพียงให้กับลูกหลานได้กินได้ใช้โดยไม่เดือดร้อน เมื่อลูกหลานในชุมชนเริ่มมากขึ้น คนในชุมชนก็ได้สนับสนุนให้ลูกหลานได้รับการศึกษา จึงได้รวมตัวกันปรึกษาหารือเพื่อจะสร้างโรงเรียนในปี พ.ศ.2519 เริ่มสร้างโรงเรียนและแล้วเสร็จเมื่อปี พ.ศ.2521 มีครูใหญ่คนแรกคือ นายสมนึก อนุรักษ์ มีเด็กนักเรียน 48 คน นักเรียนรุ่นแรกที่เป็นที่รู้จักของคนในปัจจุบัน เช่น นายสุธรรม จันทมาศและสิบตำรวจเอกสมพงษ์ พิทักษ์ .

ในช่วงปี พ.ศ 2514 จนถึงปี พ.ศ 2520 สถานการณ์ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง เกิดความเห็นขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกับประชาชน ในช่วงนี้เองแกนนำชุมชนเช่นนายหนู พิทักษ์ นายปิด สังข์แก้วและนายส่อง พันณศักดิ์ ถูกทางการจับตัว ในข้อหาเป็นแกนนำต่อต้านอำนาจรัฐ แต่ไม่มีผลกระทบต่อชุมชนมากนัก แต่เป็นการแย่งชิงมวลชนระหว่างขบวนการคอมมิวนิสต์และทางราชการ บทบาทของขบวนการคอมมิวนิสต์ไม่ได้สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนแต่กลับเป็นมิตรช่วยทำงาน

* เครือข่าย อสม.โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้

ช่วยในการไถ่เกวียนในกรณีพิพาทต่าง ๆ ในชุมชน ในช่วงนี้บุคคลภายนอก มีความมั่นใจในความ เป็นอยู่เพิ่มมากขึ้น จึงมีบุคคลจากภายนอกเข้ามาซื้อที่ดินเพื่อทำสวนยางเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการปลูก ยางเพิ่มมากขึ้น และในช่วงนี้ชุมชนบ้านลาไไม่มี ความเปลี่ยนแปลงหลายด้าน สำนักงานกองทุน สงเคราะห์สวนยางเข้ามาสนับสนุนให้ทุนในการปลูกยาง สำนักงาน กรป.กลาง ก็เข้ามาสร้างถนน หนทางในปีนั้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2529 เริ่มมีไฟฟ้าใช้ครั้งแรกในหมู่บ้าน ชุมชนบ้านลาไไม่เริ่มรู้จัก การใช้ทุนกู้ยืมจาก ธกส. เพื่อนำมาลงทุนในการจ้างรถไถ รถดัน เพื่อปรับสภาพพื้นที่ให้เป็นสภาพพื้นที่ ที่สวนยาง และทรัพยากรเริ่มถูกรุกทำลายมากขึ้นอย่างรวดเร็วขึ้น ความเป็นอยู่ของคนในชุมชนเริ่มมี ความเห็นแก่ตัว ความสามัคคีเริ่มลดน้อยถอยลง ทุกอย่างเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากนั้นเป็นต้นมา

บ้านลาไในปัจจุบัน

ความเป็นอยู่ของชุมชนลาไถือได้ว่าเป็นชุมชนหนึ่งที่มีฐานผลผลิตที่สามารถทำให้ทุกคนใน ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่สามารถเลี้ยงดูครอบครัวได้ ถึงแม้ว่าจะไม่เท่าเทียมกันแต่ก็ไม่ขัดสน เป็นชุมชนที่ มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าชุมชนอื่น ๆ อีกหลายชุมชนในอำเภอชะอวด แต่ด้วยการพัฒนาที่ผ่านมาทำ ให้ความร่วมมือของคนในชุมชนลดน้อยลง เพราะต่างคนต่างทำงานเพื่อไปรับใช้กับระบบทุนที่มีการกู่ หนี้ยืมสิน หวังเพียงความอยู่รอดเพียงลำพัง ไม่ได้ร่วมกันคิดถึงความเป็นอยู่เป็นอยู่ในสังคมโดยรวม ทำให้ ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขและยืดเยื้อเรื่อยมาเป็นเวลานาน แต่ไม่ได้หมายถึงความสามัคคีหรือ ความร่วมมือขาดสะบั้น ชาวบ้านยังมีการช่วยเหลือกันเหมือนเดิม แต่ไม่ได้มองถึงการช่วยเหลือชุมชน เพื่อสร้างชุมชนที่เป็นเกราะที่เข้มแข็งยั่งยืน กิจกรรมต่าง ๆ ยังคงร่วมกันทำอย่างต่อเนื่อง ปัญหาหลัก ของชุมชนลาไปัจจุบันคือปัญหาความคิดเห็นไม่ตรงกัน ขาดการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน ต่างคนต่าง อยู่ เพราะทุกคนถือว่าสามารถพึ่งตนเองได้ จากปัญหานี้ทำให้ชุมชนบ้านลาไ ความเป็นหนึ่ง เดียวกันนั้นลดน้อยลงไปอย่างมาก ผู้นำทางความคิดหัวก้าวหน้า แกนนำชุมชน ส่วนหนึ่งได้มองเห็นว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนควรช่วยกันหาทางแก้ไข จึงมีการชักชวนเพื่อนที่มีความคิดเห็นใกล้เคียง กันมาปรึกษาหารือหาทางออกร่วมกันและแก้ปัญหาที่ละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง

ราชการต้องการพื้นที่บ้านลาไ สร้างอ่างเก็บน้ำ

จนปี พ.ศ.2546 แกนนำอสม.ในชุมชนบ้านลาไ ได้ร่วมกับโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ปาก ได้ (ตำบลบ้านดงเมือง) เรียนรู้ยุดีที่ภาคใต้ เห็นว่าโครงการมีการสนับสนุนการทำงานที่สามารถสร้าง ความเข้มแข็งให้กับชุมชนได้ แกนนำ อสม. จึงเข้าร่วมโครงการเพื่อสร้างการเรียนรู้สร้างสุขในชุมชน มี กิจกรรมสร้างการเรียนรู้พึ่งตนเองมากขึ้น และแกนนำชุมชนได้ชักชวนสมาชิกในชุมชนกลับมาสำรวจ ตัวเอง เรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจากผู้รู้ในชุมชน เพื่อนำข้อคิดเห็นมาปรึกษาหา สมาชิกในชุมชนจำนวน หนึ่งให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมมาได้ระยะหนึ่ง การดำเนินงานต้องหยุดชะงักลงและไม่สามารถ

ดำเนินงานตามแผนงานเดิมที่วางไว้ เพราะปัญหาใหญ่โตคือปลานเข้ามา ทำให้กิจกรรมที่แกนนำได้ร่วมกันออกแบบและดำเนินการมาระยะหนึ่งต้องหยุดชะงักลง ปัญหาที่สร้างความทุกข์ใจให้กับชุมชน คือ การที่ทางราชการจะใช้พื้นที่บ้านลาไม นำไปสร้างอ่างเก็บน้ำ แกนนำในชุมชนทั้งที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา จึงกลับมาร่วมกันทบทวนกิจกรรมกันใหม่ เพื่อต้องขจัดความทุกข์ที่กำลังย่างเข้ามาใกล้ชุมชนทุกขณะออกไปโดยเร็วที่สุด วงสนทนาพูดคุยเห็นว่าการจัดกิจกรรมที่ร่วมกับ *ตำบลดับเมือง* ที่ผ่านมานี้ไม่สามารถสร้างความสุขให้กับเขาได้ จึงต้องปรับเปลี่ยนเป็นเรื่องของการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความทุกข์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาเป็นพลังในการแสดงออกให้เห็นว่า ชุมชนบ้านลาไม ไม่ต้องการให้มีการสร้างเก็บน้ำในพื้นที่ชุมชนบ้านลาไม และหวังว่าเมื่อมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปคลี่คลายปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

หยุดทบทวน เพื่อก้าวเดิน

เมื่อทุกคนเห็นว่ากิจกรรมที่ทำมา ไม่สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตคนในชุมชน การดำเนินงานกิจกรรมคงจะสูญเปล่า จึงตั้งหลักหยุดทบทวนการทำงานที่ผ่านมา หลังจากหยุดกิจกรรมความร่วมมือส่วนหนึ่งลดน้อยลงไป เพราะทุกคนเห็นว่าสิ่งที่จะดำเนินการต่อไปคือการ ต่อสู้กับทางหน่วยงานของรัฐ เพราะส่วนหนึ่งเห็นด้วยกับการสร้างอ่างเก็บน้ำกับผลประโยชน์ที่กำลังจะมาถึง ส่วนหนึ่งวางตัวนิ่งเฉยไม่แสดงความคิดเห็น มีเพียงกลุ่มเดียวที่เป็นแกนนำได้รวมตัวกันพูดคุยเรื่องนี้อย่างจริงจัง ทำให้การกลับมาของความร่วมมือได้ก่อตัวเริ่มขึ้นอีกครั้ง เรื่องราวการที่จะสร้างท่อส่งน้ำจากอ่างเก็บน้ำห้วยน้ำใส ชุมชนได้รู้ข่าวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา โดยคำขอโครงการพระราชทานโครงการผ่านทางสำนักงานชลประทานที่ 11 อำเภอปากพนัง โดยนักการเมืองท้องถิ่น (สจ.) เพื่อสร้างท่อส่งน้ำ ผ่านบ้านลาไม ไปใช้ประโยชน์ทำการเกษตรในตำบลใกล้เคียง ซึ่งชุมชนบ้านลาไมไม่ได้ขัดข้องแต่อย่างใด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึง พ.ศ. 2547 การเปลี่ยนผ่านข้อมูล การสร้างท่อส่งน้ำ มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนเป็นการสร้างอ่างเก็บน้ำ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานไม่เคยชี้แจงข้อมูลความเป็นจริงให้ชุมชนทราบแม้แต่ครั้งเดียว แต่ในช่วงที่ผ่านมาโครงการดังกล่าวไม่ได้ดำเนินการใด ๆ ทั้งสิ้น

ยินโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขเป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้

จนมาถึงปลาย พ.ศ. 2547 หน่วยงานชลประทาน พร้อมคนงานและเครื่องจักรกล เข้ามาอยู่ในหมู่บ้านและทำการขุดเจาะดิน เพื่อทดสอบสภาพของดิน ทำให้คนในชุมชนไม่พอใจเป็นอย่างมาก แกนนำชุมชนก็ไม่ได้นิ่งเฉยกับสิ่งที่เกิดขึ้น จึงได้มีการนัดแนะพูดคุยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดเวทีพูดคุย พร้อมทั้งชุมชนใกล้เคียงจำนวนมากบ้างน้อยบ้างตามสถานการณ์ แต่สุดท้ายชุมชนได้คำตอบว่า ผืนดินผืนสุดท้ายผืนนี้ ต่อไปจะเป็นอ่างเก็บน้ำ ในโครงการพระราชดำริ เพื่อนำน้ำไปใช้แก้ไข ใน

การทำการเกษตร แก้ปัญหาความยากจนให้กับชุมชน และชุมชนก็ยืนยันด้วยว่า **เราไม่ต้องการให้สร้างอ่างเก็บน้ำ**

จากการเรียกร้องต่อสู้กับหน่วยงานของรัฐมาหลายเวที แต่ไม่ได้รับการคลี่คลายในปัญหาแกนนำชุมชนทั้ง 2 หมู่บ้านที่เป็นแกนนำ ก็ร่วมกันหาแนวทางในการต่อสู้กับอำนาจรัฐ ซึ่งอาศัยช่องทาง เพราะถือว่าที่ดินผืนนี้เป็นที่ดินผืนสุดท้ายที่ต้องรักษาไว้ให้ลูกหลาน แกนนำในชุมชนจึงได้หาวิธีการที่จะเป็นแนวทางในการเรียนรู้ต่อผลกระทบจากนโยบายรัฐ โดยอาศัยโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุข เป็นเครื่องมือหนุนเสริมในการทำงาน จึงกำหนดกิจกรรมในการเรียนรู้เพื่อคุ้มครองสิทธิของชุมชนร่วมกันคือ

1. เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. เรียนรู้เรื่องสิทธิชุมชน
3. เวทีทำความเข้าใจกับชุมชน
4. เก็บข้อมูลชุมชน
5. ศึกษาฐานพื้นที่ ๆ ได้รับผลกระทบ
6. ประชุมประจำเดือน

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการที่จะเรียนรู้แนวทางในการป้องกันและเข้าถึงสิทธิของชุมชน ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ เน้นสร้างการมีส่วนร่วมภายในชุมชน และทบทวนค้นหาจุดเด่นจุดด้อยในการดำเนินงานที่ผ่านมา นำข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไข

การรวมตัวของคนชุมชนบ้านลาไม

การรวมตัวของคนชุมชนบ้านลาไม เป็นกลุ่มที่ชัดเจนและเพิ่มจำนวนมากเพิ่มขึ้น กลุ่มหนึ่งที่ไม่แยแสสนใจต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้น ได้เตรียมย้ายครอบครัวออกจากหมู่บ้านไปเสาะหาที่ดินแปลงใหม่ในชุมชนตำบลอื่น นักการเมืองท้องถิ่นที่สนับสนุนเตรียมการซื้อรถตัดดิน รถสิบล้อ เตรียมจัดตั้งบริษัทเฝ้าเวรยาม เพื่อดูแลการเข้าออกของคนที่ทำงานในอ่างเก็บน้ำ บางคนยินดีที่จะได้ค่าเวนคืนที่ดินที่คิดคำนวณแล้วคุ้มค่าต่อการตัดสินใจ

ในระหว่างที่ชุมชนบ้านลาไมคิดหาทางปกป้องชุมชน ขณะเดียวกันหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างอ่างเก็บน้ำต้องการที่จะดำเนินงานต่อเนื่องเช่นเดียวกันโดยเฉพาะกรมชลประทาน ได้เข้ามาดำเนินการขุดเจาะสำรวจสภาพดิน ทำให้คนในชุมชนมีความไม่สบายใจเพิ่มขึ้น หลายคนเกิดความเครียดยับยั้งอารมณ์ไม่อยู่ทำให้ก่อตัวขัดขวางการทำงานของชลประทานจนไม่สามารถดำเนินงานได้ครบตามขั้นตอน ชาวบ้านเกิดความไม่พอใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไม่เป็นมิตรอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถบอกที่มาการสร้างอ่างเก็บน้ำให้กับชุมชนอย่างกระจ่างชัด

ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้หลายคนคิดเริ่มมั่นใจในแนวทางต่อสู้มากยิ่งขึ้น ความเคลื่อนไหวจากภาครัฐก็ยังมีมาต่อเนื่อง **หลายคนที่ได้รับผลประโยชน์ และขาดความเข้าต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้น พยายามบอกว่าโครงการพระราชดำริไม่สามารถคัดค้านได้ ถึงจะต่อสู้ก็ไม่มีช่องทางที่จะระงับได้** ด้วยพื้นที่การสร้างเก็บน้ำที่ชุมชนได้รับข้อมูลมานั้นมันมีผลกระทบกับหลายชุมชน ประมาณ 7,580 ไร่ ใน 2 หมู่บ้านคือ หมู่ที่ 2 หมู่ที่ 8 ชุมชนใกล้เคียง ของตำบลวังอ่าง

และบางชุมชนในตำบลเขาพระทอง การรวมตัวเกิดขึ้นทั้งเวทีขนาดเล็กและขนาดใหญ่ในหลายโอกาส ผู้เข้าร่วมนับหลายร้อยคนจากชุมชนใกล้เคียง เข้าร่วมแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น กรมชลประทาน ตัวจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จากอำเภอ ส่วนราชการภายในจังหวัด ตัวแทนจากกองทัพภาค 4 ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกับชุมชนหลายครั้ง แต่ชุมชนยัง ยืนยันเช่นเดิมไม่ยอมให้ที่ในหมู่บ้านนี้เป็นที่เก็บกักน้ำ

ยืนหยัดต่อสู้ไม่หวั่นไหว

จากเวทีต่าง ๆ ที่ชุมชนร่วมกันทำมาเป็นจุดเริ่มต้นที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความเชื่อมั่นของคนในชุมชนเริ่มมีความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น เพราะมีแกนนำที่ยืนหยัดไม่หวั่นไหว ได้กระจาย กำลังแบ่งบทบาทหน้าที่ให้ทุกฝ่ายได้ช่วยกันหาทีมมาเป็นกำลังเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันคณะทำงานใน ชุมชนที่ร่วมโครงการมาตั้งแต่เบื้องต้นยุติบทบาทตนเองลงไปบางส่วน กลุ่มผู้หญิงเป็นกลุ่มที่ให้ ความสำคัญกับเรื่องนี้และเป็นแนวทางในการแสดงออก เพื่อปกป้องเรียกร้องและสร้างขวัญกำลังใจ ให้กับหลาย ๆ คนในชุมชน คุณสมบัติที่แสดงออกอย่างชัดเจนของกลุ่มผู้หญิง แม้ว่าพวกเธอจะไม่มี วาทะคมคายเปี่ยมด้วยหลักการที่เหมือนกับผู้ชาย แต่สามารถสร้างความสับสนให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้ามาเก็บข้อมูลได้ไม่น้อยทีเดียว

ชุมชนบ้านลาไม ทั้ง 2 หมู่บ้านที่ผ่านมามีถือว่าเป็นชุมชนที่ทำงานร่วมกับองค์กรนอกชุมชน น้อยมาก การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามกลไกของรัฐและเป็นส่วนที่ชุมชนกำหนดขึ้นมาเอง โดยมา เป็นไปในรูปของกลุ่มออมทรัพย์ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มทำข้าวซ้อมมือ แต่ไม่ได้มี กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง กลุ่มปุ๋ย และกลุ่มทำดอกไม้ประดิษฐ์ที่ดำเนินการต่อเนื่อง และมีกลุ่มอื่น ๆ แต่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ด้วยการที่ชุมชนบ้านลาไมมีการดำเนินงานในชุมชนและมีข้อจำกัดในการที่จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ กลุ่มอื่น ๆ นอกชุมชน เนื่องจากกลัวว่ามีปัญหาจะจัดการความขัดแย้งไม่ได้จากกรณีตัวอย่างโครงการ พระราชดำริที่ผ่านมามีพบว่า ด้วยประสบการณ์ที่มีจำกัดของชุมชนทำให้ชุมชนได้คิดค้นรูปแบบการต่อสู้ ที่หลากหลาย มีเป้าหมายกับหัวใจที่มั่นคงแน่นอน ยอมเอาชีวิตเข้าแลกหากมีการสร้างอ่างเก็บน้ำใน พื้นที่แห่งนี้ พลังแห่งความร่วมมือเห็นได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น วันไหนได้ยินข่าวว่าชลประทานจะเข้า มาดำเนินการในพื้นที่ ทุกคนพร้อมใจเหมือนทหารที่ไปสู่สนามรบ ยืนหยัดขัดขวางทุกวิถีทาง ภายใต้ หลักเกณฑ์และกติการ่วมกันคือไม่คิดทำร้ายผู้ใด เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมพูดคุยด้วยการหา หนังสือที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกือบทุกครั้งหากมีการพูดคุยเรื่องที่สำคัญ ๆ แต่ไม่ได้รับความร่วมมือ จากหน่วยงานต่าง ๆ ทุกครั้งเสมอไป เพราะหน่วยงานต่าง ๆ ก็ไม่ไว้ใจชุมชนเช่นเดียวกัน ส่วนหนึ่งเกิด จากการมาแต่ละครั้งไม่เคยคิดหาทางออกมีเพียงแต่จะสร้างอย่างเดียว คำพูดที่รุนแรงหลายครั้งหลายครา ที่คนในชุมชนพูดออกไปทำให้ขวัญกำลังใจของผู้ที่เกี่ยวข้องจากภายนอกหดหายลงไปด้วย เป็นเหตุผล หนึ่งที่เขาเหล่านั้นไม่กล้าเข้ามาเผชิญหน้าอย่างตรงไปตรงมากับคนในชุมชน การทำงานตลอดเวลาที่

เกิดขึ้นชุมชนเป็นผู้สร้างกลไกต่าง ๆ ร่วมกันตกลงร่วมกันหรือบางครั้งใช้กลอุบายเพื่อให้ได้มาซึ่งความเป็นจริงมากที่สุด ความโชคดีของชุมชนบ้านลาไม ยังพอมีครูในโรงเรียนคอยให้คำชี้แนะปรึกษาหารือในเรื่องที่ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง มีอีกกลุ่มหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาให้กำลังใจและให้ประสบการณ์กับสมาชิกในชุมชน พร้อมทั้งจะร่วมเดินทางสายนี้สายแห่งอุดมการณ์ที่ไม่อยากเห็นความแตกแยกของลูกหลาน การดำเนินงานคัดค้านที่ผ่านมาชุมชนบ้านลาไมสามารถหาแนวร่วมได้มาระดับหนึ่งและพอสังเกตได้ว่าผู้ที่มาร่วมนั้นเขาคิดอย่างไร จริงใจแค่ไหน ความไว้วางใจทั้งหมดกับทุกคนที่เข้ามานั้นมีการกลั่นกรองจากสมาชิกในชุมชนด้วยกันเองอย่างต่อเนื่องถึงอย่างนั้นก็ตามชุมชนเองก็ยังเป็นฝ่ายที่ตั้งรับมาโดยตลอด

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายรัฐ

แผนการดำเนินงานที่ได้ร่วมกันวางแผนตั้งแต่เบื้องต้นก็เริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบระบบมากยิ่งขึ้น เมื่อชุมชนบ้านลาไมได้มีโอกาสไปปรึกษาหารือเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนที่มีผลกระทบจากนโยบายรัฐ มาก่อน จากแกนนำชุมชนบ้านลานหอยเสียบ กรณีการสร้างท่อก๊าซและชุมชนบ้านคูกรณีการระเบิดหิน ที่ต่อสู้และได้รับชัยชนะที่ถูกต้องตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ สมาชิกในชุมชนประมาณ 30 คนทั้งผู้หญิงและผู้ชายได้ใช้เวลาแลกเปลี่ยนกับชุมชนเหล่านั้นโดยอาศัยสถานที่นอกพื้นที่ เพราะความไว้วางใจของคนภายในชุมชนเองขณะนั้นก็ไม่สามารถที่จะบอกได้ชัดเจนว่าผู้ที่เข้าร่วมคัดค้านนั้นอยู่ฝ่ายเดียวกันจริงหรือไม่ หรือเป็นผู้แอบแฝงเข้ามาเพื่อดูความเคลื่อนไหวของกลุ่ม เวทีเรียนรู้นอกพื้นที่จึงคัดเลือกเฉพาะแกนนำที่ไว้วางใจได้ เวทีแลกเปลี่ยนทำให้ทุกคนเห็นความสำคัญของการทำงานที่ต้องต่อสู้กับอำนาจต่าง ๆ ที่คุกคามต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกผู้เข้าร่วมตระหนักต่อการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประสบการณ์ที่ได้จากเวทีที่หลากหลาย เมื่อชาวบ้านกลับมาในชุมชนได้ถูกนำไปปฏิบัติทันที แกนนำและสมาชิกในชุมชนได้ช่วยประกาศเจตนารมณ์อย่างชัดเจนยืนหยัดอีกครั้งด้วยการ จัดทำป้ายคัดค้านขนาดใหญ่ ก่อนถึงทางเข้าหมู่บ้านอย่างชัดเจน ป้ายหน้าบ้านมิให้เห็นอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก ทางชุมชนได้ช่วยกันสกรีนเสื้อสีเขียว ด้านหลังเสื้อมีข้อความสั้น ๆ เข้าใจง่าย ๆ ว่า ชาวลาไมไม่ต้องการอ่างเก็บน้ำ ใส่ให้เห็นกันทั้งหมู่บ้าน ธงสีเขียวสัญลักษณ์หมายถึง การอนุรักษ์ธรรมชาติโบกสะบัดทั่วหมู่บ้าน หมู่บ้านในช่วงนี้มีความคึกคัก มีพลังของสมาชิกในชุมชน ได้รับความร่วมมือและแสดงออกด้วยเจตนารมณ์ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นเกือบทั้งหมู่บ้าน

ทางราชการก็ยังคงมีความเคลื่อนไหวต่อเนื่องเช่นเดียวกัน แต่เริ่มถอยห่างออกไปจากชุมชนมากขึ้น ผู้นำท้องถิ่นที่ไม่ได้ช่วยแต่ยังสนับสนุน ไม่หยุดนิ่งเช่นเดียวกัน ยังคงมาหาพรรคพวกญาติพี่น้องขอรับรองไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับกลุ่มที่คัดค้าน แต่ชุมชนก็ไม่เคยนิ่งเฉยเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน

สิ่งที่ชุมชนได้บทเรียนในขณะนั้นคือ ถึงแม้ว่าการสร้างอ่างเก็บน้ำยังไม่เกิดขึ้นแต่สิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา คือ ความเป็นเครือญาติเริ่มมีความไม่ไว้วางใจกัน จากความกลัวเปลี่ยนมาเป็น

ความกล้า เดินหน้าไม่คิดถอย ในเวทีได้พูดคุยมีความคิดเห็นกันในหมู่แกนนำว่า เพื่อไม่ให้การดำเนินงานมีผลกระทบกับบุคคลอื่น ควรมีสถานที่ในการประสานให้ชัดเจนและควรรหาแกนนำเข้ามาร่วมให้มากยิ่งขึ้น และพร้อมที่จะมารวมตัวแลกเปลี่ยนพูดคุย เมื่อแนวคิดได้รับการสนับสนุน จึงได้เลือกสถานที่ในการดำเนินการคัดค้านการสร้างอ่างเก็บน้ำให้เป็นศูนย์รวมที่ทุกคนสบายใจ ในนามของ **ศูนย์อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมบ้านลาไม** คณะทำงานที่อยู่เดิมได้มีการคัดสรรคัดเลือกให้เข้ามาร่วมกันทำงานเพิ่มมากขึ้นทั้งหมดที่ 2 และหมู่ที่ 8 มาเป็นคณะกรรมการศูนย์ฯ แห่งนี้ ประมาณ 30 กว่าคน ทุก ๆ คน ภารกิจที่ตามมาคือ การทำความเข้าใจกับสมาชิกให้เข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันว่า **ทำไมต้องคัดค้าน**

เรียนรู้สิทธิชุมชนร่วมกัน

ในขณะเดียวกันชุมชนได้ขอความร่วมมือไปยังคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติจนได้รับความร่วมมือ พร้อมทั้งผู้ที่ประสบการณร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ลงมาในพื้นที่พร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการแลกเปลี่ยนพูดคุยถึงสภาพปัญหาและความเป็นมาของโครงการ การสร้างอ่างเก็บน้ำ การจึงได้ลงพื้นที่สำรวจอาณาบริเวณที่สร้างอ่างเก็บน้ำ การมาในพื้นที่ของคณะกรรมการสิทธิฯ ในครั้งนี้ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการสิทธิฯ ก็ได้พูดคุยกับทั้งสองฝ่ายเพื่อหาทางออกร่วมกัน จึงมีการนัดแนะเปิดเวทีสาธารณะเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มาแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นและขั้นตอนการดำเนินงานในอีกวาระหนึ่ง การลงพื้นที่ของคณะกรรมการสิทธิฯ เป็นการเพิ่มพลังให้กับเวทีเรียนรู้สิทธิชุมชนตามกฎหมายรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นอีกเวทีการเรียนรู้อีกเวทีหนึ่งที่ชุมชนต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อให้คนในชุมชนได้รับข้อมูลการต่อสู้เรียกร้องที่เป็นธรรม

วิทยุชุมชน คนลาไม

แกนนำในชุมชน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับวิทยุชุมชนบ้านสินปูน จังหวัดกระบี่ แกนนำได้เรียนรู้ จากการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งสองชุมชน แต่สิ่งหนึ่งที่ชุมชนบ้านลาไมต้องการให้มีคือ การมีวิทยุชุมชนเช่นเดียวกับชุมชนบ้านสินปูน ที่สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานให้กับชุมชนได้

บทบาทวิทยุชุมชน คนลาไม

ศูนย์อนุรักษ์ฯ นอกจากใช้เป็นเวทีประชุมปรึกษาหารือแล้วยังเป็นที่ตั้งของวิทยุชุมชนในทีเดียวกัน วิทยุชุมชนคนลาไมกระจายออกไปไกลหลายหมู่บ้าน ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้แพร่กระจายออกไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ชุมชนได้ชี้แจงข้อข้องใจสงสัยต่าง ๆ ที่ชุมชนได้ดำเนินการคัดค้านการสร้างอ่างเก็บน้ำเพื่อให้ผู้ที่ไม่ได้รับทราบข้อมูลได้เข้าใจตรงกันถึงขั้นตอน

การดำเนินงานและความไม่โปร่งใสการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับเสนอเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ฟังได้รับทราบ แต่ทุกอย่างอยู่ในกรอบกติกาที่กำหนด เหตุการณ์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงได้ผ่านการบอกประกาศไปทางวิทยุชุมชนได้ เป็นอย่างที่คุณคนพอใจ เหตุการณ์น้ำท่วมที่ผ่านมาวิทยุชุมชนได้แจ้งให้กับผู้รับฟังในการเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์น้ำท่วมเป็นอย่างดี หลายครัวเรือน รวมถึงห้างร้านย่านในตลาด ได้เตรียมความพร้อมป้องกันน้ำท่วมตามที่ได้ฟังผ่านวิทยุชุมชน คนลาไม เพราะบ้านลาไมอยู่ใกล้พื้นที่ต้นน้ำและเห็นว่าปริมาณน้ำมากผิดปกติ กว่าปีก่อนๆ จึงประกาศ ผ่านวิทยุชุมชนให้ทุกคนได้เตรียมความพร้อม ทำให้หลายครอบครัวรอดพ้นจากการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่มาได้คราวนั้น

สิ่งดี ๆ ที่ได้จากการตั้งวิทยุชุมชนคนลาไม

วิทยุชุมชนทำให้คนลาไมมีเพื่อนเพิ่มขึ้นในเวลาเพียงไม่กี่เดือนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อถึงเวลาที่วิทยุชุมชนต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิก เห็นว่าผู้ฟังให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการสมทบทุนมาใช้หนี้กลุ่มออมทรัพย์อย่างมากมาย เกินความคาดหมายของชุมชน

ระยะเวลาหนึ่งปีกว่า ๆ ที่ชุมชนบ้านลาไมได้ร่วมกับโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุข มีเสียงสะท้อนจากในชุมชนว่า การทำงานในชุมชนหากมีเพียงคนในชุมชนดำเนินการด้วยตนเองไม่มีบุคคลภายนอกเข้ามาช่วยเหลือ ชุมชนเองก็มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และไม่สามารถดำเนินการใด ๆ ได้ตามลำพัง การทำงานร่วมกันครั้งนี้ถือได้ว่าทำให้ชุมชนบ้านลาไมมีหูตาที่สว่างและกว้างไกลมากยิ่งขึ้น ที่ผ่านมาไม่เคยมีหน่วยงานไหนที่เข้ามาบอกปัญหาที่จะเกิดขึ้นในชุมชนอย่างจริงจัง ชาวบ้านในชุมชนเป็นผู้ค้นหาแนวทางจากข้างนอกมาโดยตลอด หนึ่งปีที่ผ่านมาได้เรียนรู้กับสิ่งใหม่ ๆ ที่ ชุมชนเองก็ไม่คิดไว้ก่อน เพียงแต่ต้องการอย่างเดียวคือทำอะไรให้ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบความทุกข์และไม่ต้องการที่จะให้มีการสร้างอ่างเก็บน้ำขึ้นในหมู่บ้านแห่งนี้

จากกระบวนการทำงานเริ่มต้นด้วยการค้นหาความสุขร่วมกันในชุมชนจนกำหนดออกมาเป็นรูปแบบกิจกรรม จากเป้าหมายเดิมเพื่อต้องการให้คนในชุมชนเรียนรู้อย่างเท่าเทียมกับสถานการณ์ในภายนอกและรู้จักป้องกันหรือสร้างภูมิคุ้มกันให้กับชุมชนและเนื่องด้วยสถานการณ์ที่เป็นผลกระทบจากนโยบายของรัฐเข้ามาพร้อม ๆ กับการดำเนินงาน ทำให้การหันเข็มทิศการทำงานได้เปลี่ยนเป้าหมายมาเป็นเรื่องของการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ชุมชนควรได้รับสิทธิตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ ในช่วงเวลาเพียงปีกว่า ๆ ทำให้คนในชุมชนได้เรียนรู้เรื่องสิทธิได้มากขึ้น จากแนวทางเดิมที่ชุมชนได้จัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริงกับภาครัฐ ทำให้การคัดค้านไม่มีใครได้ยื่นเสียง ในการเรียกร้อง จึงมีการทบทวนการทำงาน มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ถึงแม้ว่าไม่ได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ความเป็นชุมชนบ้านซึ่งมีองค์ประกอบต่าง ๆ มากมายที่ทำให้การทำงานส่งผลถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับรู้

ผลที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน

เมื่อย้อนกลับไปมองในเป้าหมายของเครือข่าย **อสม.** ถือว่าชุมชนบ้านลาไม่มีแกนนำส่วนหนึ่งเป็น **อสม.** และเข้ามามีบทบาทในการทำงานครั้งนี้ ยังไม่ได้ยกระดับในตัว **อสม.** ตามเป้าหมายเครือข่ายมากนัก ตัว **อสม.** ก็ได้ผ่านการเรียนรู้ในเวทีของการคัดค้านอ่างเก็บน้ำ ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในตัว **อสม.** ที่เป็นบุคคลเพิ่มมากขึ้น สมาชิกในชุมชนได้มีโอกาสเข้าใจกันมากขึ้น รวมถึงได้เพิ่มมิตรที่อยู่ในชุมชนใกล้เคียง ความสัมพันธ์เกิดขึ้นในช่วงการทำงานที่ผ่านมา เด็กและเยาวชนได้เห็นต้นแบบการทำงานของผู้ใหญ่และได้ร่วมกิจกรรมในครั้งด้วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างอ่างเก็บน้ำ ยังคงมีพฤติกรรมเช่นเดิมคือ จากมติที่ผ่านมาให้ส่วนที่เกี่ยวข้องทำงานร่วมกับชุมชนโดยความโปร่งใส แต่ทางราชการไม่ได้ปฏิบัติกับชุมชนอย่างเป็นกลาง ทำให้แกนนำเห็นว่า ทางราชการไม่จริงใจและไม่ร่วมในกิจกรรมที่ทางราชการเป็นผู้กำหนด หลังจากชุมชนดำเนินงานมาต่อเนื่องยาวนานนับปี ทำให้ผู้นำบางคนในท้องถิ่นมีท่าทีในการที่จะเข้ามาร่วมกับชุมชนมากขึ้น

คนในชุมชนกล้าที่จะลุกขึ้นเรียกร้องสิทธิของชุมชนตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ กลุ่มแม่บ้านกลุ่มผู้หญิงมีการรวมตัวกันเพิ่มมากขึ้น วิถีชุมชนสามารถเป็นกระบอกเสียงที่ดีให้คนทั่วไปได้รับรู้และเข้าในการในการดำเนินงานของศูนย์อนุรักษ์ฯ และลดความขัดแย้งภายในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีรูปแบบการทำงานที่เป็นขั้นตอนมากยิ่งขึ้น มีการเรียนรู้และทบทวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เกิดกองทุนเล็ก ๆ ขึ้น โดยความร่วมมือจากชุมชนภายนอกและสมาชิกในชุมชน เพื่อไว้ใช้ในการขับเคลื่อนงาน และที่สำคัญโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน กำลังจากคนภายในครอบครัว พร้อมสนับสนุนให้ต่อสู้ ไม่ท้อถอย มีการสร้างกติกาภายในครอบครัว ทุกคนต้องฟังเหตุผลแล้วค่อยแลกเปลี่ยน ปรัชญาหรือกับสิ่ง ๆ ที่ดำเนินการ และการปฏิบัติตัวของพ่อบ้านต้องมีความ ซื่อสัตย์ ตรงไปตรงมา เลิกอบายมุข และพร้อมทั้งส่งเสริมให้ภรรยาได้ออกไปเรียนรู้กับบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น

ปัญหาที่ผ่านมา

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา แกนนำมีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง ทำให้การดูแลครอบครัวน้อยลง แกนนำบางคนบอกว่า วิธีการหนึ่งที่ทำให้คนในครอบครัวได้เข้าใจ คือเอาความจริงมาพูดคุยกัน ไม่ใช่อารมณ์ หาเวลาในการรับประทานอาหารร่วมกับภรรยาทุกครั้งเมื่อมีโอกาส และบางครั้งต้องอาศัยเพื่อนช่วยทำความเข้าใจกับคนในครอบครัว ทำให้ความเชื่อมั่นของสมาชิกในครอบครัวเข้าใจเพิ่มมากขึ้น แต่ที่สำคัญต้องทำภารกิจในครอบครัวให้สมบูรณ์ก่อนที่จะทำงานกับศูนย์ฯ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาชุมชนไม่สามารถได้รับข้อมูลจากภาครัฐที่ถูกต้องและตรงไปตรงมา ทำให้คนในชุมชนซึ่งมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน ข้อมูลไม่เท่ากันจึงเกิดความขัดแย้ง ไม่ไว้วางใจในการอยู่ร่วมกัน องค์กรท้องถิ่นไม่ได้เข้ามาปรึกษาหารือร่วมแก้ปัญหาอย่างจริงจังกับชุมชน สมาชิกในชุมชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือ

การดำเนินของหน่วยงานราชการส่วนใหญ่ที่ผ่านมาขาดการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ และไม่ได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องมาช่วยให้ชาวบ้านตัดสินใจ ทำให้คนในชุมชนเกิดความหวาดระแวง จึงทำให้การคัดค้าน ไม่ต้องการอ่างเก็บน้ำบ้านลาไมยังคงยืนหยัดต่อสู้ต่อไป จนกว่าได้รับคำตอบที่ชัดเจน ว่า บ้านลาไม ไม่มีอ่างเก็บน้ำ

บทกวีชาวบ้าน บ้านลาไม

อดีตกาลผ่านไปในอดีต
บ้านลาไมชื่อตั้งครั้งก่อนกาล
ร่วมรักสามัคคีเหมือนพี่น้อง
ให้ลูกหลานรุ่นหลังหวังใช้จ่าย
ปลูกเรือนรั้งหลังเคียงเรียงใกล้ ๆ
มีปัญหาปรึกษาฉันพี่น้อง
เราลูกหลานทั้งหลายได้ปกป้อง
ถึงร่ำสร้างสร้างมาในป่าดง
ท่านล้มหายตายไปไกลโลกนี้
ให้ลูกหลานทำกินดินลาไม
ปัจจุบันโลกเจริญเดินก้าวหน้า
ได้เข้ามาทำกินทั้งหญิงชาย
หลายอำเภอหลายจังหวัดที่ขัดข้อง
เพราะเหตุว่าหมดไม้ที่ไร่ป่า
ไม้ต้นใหญ่เสียหายทำลายล้าง
ยังแต่ดินว่างเปล่าพวกเรานั้น
สร้างสวนยางผลไม้ดูหลากหลาย
ในสมัยปัจจุบันทุกวันนี้
มีโรงเรียนการศึกษาไม่หล้าหลัง
น้ำก็ใส่ไฟสว่างมีทางเดิน
เศรษฐกิจพอเพียงพึ่งเลี้ยงร้อง
ไม่ชนะชุมชนคนลาไม
บ้านลาไมเจริญเดินก้าวหน้า

ผมนั่งขีดเขียนกลอนอักษรสาร
เป็นถิ่นฐานที่อยู่อยู่ยาย
มีข้าวของเหลือเฟือมากเหลือหลาย
ปลูกผลไม้สวยสลับสองข้างคลอง
เขารักใคร่กันทั่วไม่มัวหมอง
ในทำนองเดียวกันเพื่อมั่นคง
ช่วยยกย่องเพิ่มพูนให้สูงส่ง
จุดประสงค์ของขวัญวันต่อไป
ทรัพย์สินมีของเขาไม่เอาไหน
ช่วยกันไถ่แผ้วถางอย่างสบาย
ชาวประชาหลายหลากมามากหลาย
หนีความตายยากจนสู้ทนมา
เข้าจับจองพื้นที่กันดีหวา
ได้สัมปทานมานานครั้น
ลงอับปางหมดไปในไพรสันต์
เขาจัดสรรพัฒนาเวลามี
คนก็มากคำนวณไม่ถ้วนถี่
ตามวิถีคนลาไมไทยเจริญ
เราจัดตั้งรัฐช่วยกู้ชูส่งเสริม
ความเจริญชุมชนคนลาไม
พวกพี่น้องบอกเล่ากล่าวปราศัย
มีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน
มีสินค้านำรับรองสนองขวัญ

อาชีพหลักถิ่นนี้ที่สำคัญ

ราคาอย่างไม้ตกหกสิบบาท

มีเงินทองใช้จ่ายบายอุรา

มาบัดนี้เปลี่ยนแปลงร้ายแรงกาล

ชลประทานใช้สิทธิอิทธิพล

เขาแอบอ้างอำนาจพระราชดำริ

ติดคุกติดตารางไม่ว่าใคร

คนที่เป็นเจ้าเรื่องเลื่องลือชื่อ

แทนนายหัวกรมชลคนชื่อดัง

ชาวหมู่สองทั้งหลายให้ระวัง

ช่วยกันรักษาไว้ให้เพิ่มพูน

เราตั้งศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติ

สร้างสำเร็จขึ้นได้สบายใจ

ได้จัดตั้งกรรมการงานของศูนย์

นายอาทิตย์เป็นประธานกาฬศิริ

เราซื้อสัตย์สุจริตจิตโปร่งใส

ช่วยส่วนรวมไม่ขาดและพลาดพลั้ง

เรียกประชุมกรรมการอย่างสงบ

จะเปิดศูนย์ฯ เล่าความตามจริงใจ

เอาสิบเอ็ดตุลาห้าสี่แปด

แต่พวกเราที่มาฟังนั่งลงก่อน

เพราะมีแขกมากมายหลายหนแห่ง

เอาข้าวหม้อแกงหม้อพอได้กิน

เชิญด็อกเตอร์วิชาตราษฎร์แต่งตั้ง

เป็น ส.ส. รับใช้มาหลายปี

ถ้าชาวบ้านเดือดร้อนเรื่องสิ่งใด

ตลอดทั้งถิ่นฐานบ้านตำบล

วันเปิดศูนย์อนุรักษ์ไม่ชักช้า

นายอำเภอเป็นประธานในงานนี้

ได้นิมนต์พระสงฆ์องค์เจ้า

พวกเจ้านั้นปลูกสร้างยางพารา

สมความมุ่งมาดที่ปรารถนา

มวลประชาอยู่สุขกันทุกคน

เกิดพินาศใหญ่โตไกลหล

เข้ามาปล้นดินสร้างอ่างลามา

ผู้ใดที่ต่อต้านท่านผู้ไหน

ผู้ยิ่งใหญ่บอกเล่ากล่าวให้ฟัง

เขานั้นหรือกล่าวพร่องที่ร้องสั่ง

ทุกววันเขามาหาข้อมูล

จะพลาดพลั้งเสียหายทำลายสูญ

เพราะเป็นสูญญะชุมชนคนลามา

รวมมิตรญาติพร้อมจริงอันยิ่งใหญ่

คนลามาไม่รวมรักสามัคคี

ที่เพิ่มพูนจงรักมีศักดิ์ศรี

เป็นคนดีนับถือชื่อโด่งดัง

ไม่มีอะไรเสียหายเรื่องภายหลัง

รวมพลังชุมชนคนลามา

ให้มาพบจัดการงานยิ่งใหญ่

เอาวันไหนกันแต่ที่แน่นอน

เป็นวันแรกบอกให้รู้ตามนุสรณ์

เรื่องในตอนอาหารการดื่มกิน

ได้บอกแจ้งรายการทั่วฐานถิ่น

เพราะเป็นสินน้ำใจผูกไมตรี

ชื่อเสียดังลือกระฉ่อนนครศรีฯ

ท่านอารีรู้รอบขอบใจคน

ท่านได้ไปสังเกตแก้เหตุผล

ประชาชนเชิญพบจะมาทันที

ท่านได้มาร่วมรักเป็นศักดิ์ศรี

เป็นผลดีทั้งสองฝ่ายเราสบาย

ท่านได้กล่าวเทศนานั่งปราศัย

ผู้ที่ฟังนั่งเคารพสงบใจ
 สอนพวกเราทั้งหลายอย่างงาม
 แสดงธรรมไปได้หลายนาที
 รับสาธุพร้อมกันทั้งชายหญิง
 ล่วงเวลาหิวนักหยุดพักก่อน
 มีข้าวปลาอาหารบริการรับ
 ชาวหมู่สองเดินเคียงเรียงรายจาน
 เพราะวันนี้เป็นวันสำคัญมาก
 มีเครือข่ายหลายตำแหน่งแห่งบุคคล
 ถิ่นกำเนิดที่อยู่ปูย่ายาย
 หลายร้อยปีเขาเล่าขานบ้านลาไม
 ตอนที่หลังหญิงชายหลายหมวดหมู่
 หลายร้อยครัวเขารักใคร่กันบายเกิน
 มีหน่วยงานของรัฐได้จัดสร้าง
 เราชาวสวนชุมชนคนลาไม
 เขาสร้างอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่
 ชลประทานคิดแต่เอาเขาไม่คิด
 ที่เกิดการเสียหายร้ายแรงกาล
 ย่อมไม่มีตัวตนบุคคลใด
 พวกเรามาร่วมรักสมัครสมาน
 บ้านอาศัยอยู่มาเป็นอาจีนต์
 ถึงมีการเวนคืนไม่ขึ้นใจ
 เรามีสิทธิตามใจชอบที่ครอบครอง
 ท่านหยุดก่อนกรมชลผลที่คิด
 คนหมู่สองผ่อนคลายบายอุรา
 ชลประทานถอยไปไกลหมู่สอง
 วันหนึ่งมีรายได้หลายร้อยพัน
 เราเหลือจากใช้จ่ายให้ศึกษา
 ช่วยสังคมทุกวันอันเนื่องนอง
 ยังอีกส่นแบ่งใช้ให้ภาชี

ท่านเทศน์ในธรรมคำบาลี
 ให้ยึดมั่นอุดมในพรหมสี่
 ลงสับพีพระธรรมคำอวยพร
 ไม่ละทิ้งจดจำคำพระสอน
 แด่ไม่ร้อนเชญครับรับประทาน
 เรียงขยับแถวยาวทั้งคาวหวาน
 บริการถ้วนทั่วทุกตัวคน
 เพื่อนทุกข์ยากร่วมแรงทุกแห่งหน
 ย่อมสู้ทนขัดขวางอย่างลาไม
 เขาสร้างมานานข้าหลายสมัย
 ที่มาเป็นคราวครั้งบ้านดั้งเดิม
 เข้ามาอยู่ถางดงเพื่อส่งเสริม
 ความเจริญรุ่งเรืองเมืองลาไม
 เป็นโครงการเรื่องจริงอันยิ่งใหญ่
 ทำอย่างไรมารวมชนกันคิด
 เราร่วมมือไม่ต้องให้ทำลายสิทธิ์
 ละเมิดสิทธิบุคคลผลอย่างไร
 พวกเราขาดพึงพาที่อาศัย
 ไม่มีใครให้สร้างอ่างแท้จริง
 ต้องจัดการไล่ถอนออกฐานถิ่น
 ที่ทำกินมองเห็นเป็นเงินทอง
 ทุกสิ่งใดเราไม่ให้ยังดายของ
 เพราะถูกต้องกฎหมายที่ได้มา
 ละเมิดสิทธิเสียหายไร้ศึกษา
 ทำไมมาสร้างอ่างอย่างไรกัน
 อย่างตะต้องทั้งสิ้นดินของฉันท
 อยู่ในขั้นไม่ขัดสนจนเงินทอง
 แบ่งเงินตราสี่เทาซื้อเข้าของ
 ทั้งพี่น้องในพื้นที่เมื่อมีงาน
 เป็นสิ่งที่ช่วยชาติให้มาตรฐาน

ทั้งรู้จักรู้ใช้ถวายนาน
 เขาทำอ่างสร้างทะเล คะเนคิด
 เมื่อชาวบ้านไม่ต้องการอ่างตัวนี้
 อาจจะผิดบาปบทกฎหมายไทย
 บริบูรณ์ทุกบทกฎหมายใหม่
 ต้องเข้าใจกฎหมายเอาไว้ก่อน
 เราเคารพท่านอย่าได้อะไรหรือถอน
 ราชฎีรหมดสูญตระกูลพันธุ์
 ที่จะต้องทุกข์ภัยใหญ่มหันต์
 หมดสิ้นหวังเสียหายไร้ราคิน
 ทำลายล้างเย็นยับหมดทรัพย์สิน
 ทั้งหมดสิ้นสงวนให้อูชน
 จะดีร้ายสังเกตดูเหตุผล
 เกือบจะชนสองอ่างที่สร้างก่อน
 ที่ทำลายธรรมชาติราชฎีรถอน
 จุดเสียหายมันคงที่ตรงไหน
 เป็นอย่างไรกันแน่ที่แท้จริง
 เป็นปัญหานอกกรอบขอบตลิ่ง
 เปิดน้ำทิ้งหน้าฝนทนมไม่อยู่
 ทำลายล้างฉิบหายไพล่หลายหมู่
 ทั้งสัตว์หมู่วัวควายย้ายไม่ทัน
 คนทั่วไปก็กลัวจนตัวสั่น
 เข้าของนั้นเสียหายหลายตำบล
 น้ำไหลหลากอย่างแรงทุกแห่งหน
 ทั้งน้ำฝนน้ำอ่างอย่างร้ายแรง
 แสนวัดทดบอกไม่ถูกนั่งผูกแกลง
 อุบาทว์แรงสุดทนชลประทาน
 แต่น้ำใจคนอุบาทว์ช่างมาตรฐาน
 น้ำท่วมผ่านไหลทั่วทุกครัวเรือน
 อ่างจะพังนอกกรอบขอบสันเขื่อน

พวกชาวบ้านร่วมรักสามัคคี
 ท่านจับผิดเสียหมดยศศักดิ์ศรี
 ท่านต้องมีปัญญานำมาคิด
 ในมาตราสี่หก กฎธรรมนูญ
 ชลประทานอ่านบ้างหรืออย่างไร
 เจ็ดพันไร่ต่อต้านอย่างสงบ
 ประชาชนไม่ให้สร้างอ่างแน่นอน
 สองร้อยกว่าครอบครัวทั่วหมู่สอง
 แผ่นดินธรรมแผ่นดินทองของเรานั้น
 ถึงท่านมีอำนาจฟังราชฎีรบ้าง
 อนุรักษ์ห่วงแหวนของแผ่นดิน
 การสร้างอ่างเก็บน้ำตามเป้าหมาย
 คิดจะสร้างอีกใหม่ในตำบล
 ขบวนการท่านคิดผิดหรือไม่
 ห้วยน้ำใสอ่างน้ำที่สร้างก่อน
 งบประมาณที่ใช้สูญหายไป
 ดูผลงานที่สร้างไม่ผ่านตา
 เพราะไม่มีมาตรฐานผลงานจริง
 รวมน้ำป่ามาบวกกับน้ำอ่าง
 ประชาชนเสียหายย้ายที่อยู่
 มีส่วนล่างตัวอ่างห้วยน้ำใส
 น้ำท่วมเร็วชนถ้าย้ายไม่ทัน
 ตัวอำเภอชะวอดรวดเร็วมาก
 พวกแม่ค้าขายของนั่งร้องบ่น
 ข้าวสารเครื่องใช้เสียหายหมด
 คนบางคนบ่นด่าว่าสาบแช่ง
 เพียงน้ำฝนทนได้ไม่เป็นไร
 เปิดประตูห้วยน้ำในหัวใจมาร
 ที่เขาเปิดตู้น้ำตามคำสั่ง
 ผู้รักษาตู้น้ำตามคำเตือน

จะแซ่เขื่อนอยู่ไม่ได้นายสั่งมา
 คิดอย่างเดียวอย่าให้กระมังหนา
 เคล้าน้ำตาประชาชนปนน้ำอ่าง
 ท้องฟ้าคล้ำฝนตกฟุ้งจนรุ่งสาง
 ไม่เลื่อนรางจำแท้ที่แน่นอน
 เกือบจะหมดแนวตลิ่งริมสังขร
 หน้ำอ่อน ๆ วัวควายกินบายใจ
 เป็นเรื่องจริงกล่าวพร่องร้องปราศัย
 ห้วยน้ำใสที่เขาสร้างอ่างล้อมวัว
 บางเย็นมองอ่างชะวอดพาปวดหัว
 จะดีชั่วเป็นไปอย่างไรหนอ
 อบจ.ทำโครงการผ่านเบื่องบน
 มีน้ำใช้หน้าแล้งทุกแห่งหน
 ประชาชนใช้น้ำตามพอใจ
 น้ำไม่พอแบ่งใช้ได้ทีไหน
 สร้างอ่างใหม่รับน้ำตามที่คิด
 เข้าทำการขุดเจาะขอใช้สิทธิ์
 เราตัดสิทธิ์ไม่ให้สร้างอ่างลาไม
 ไม่สะดวกเหมือนสร้างอ่างน้ำใส
 ตำบลเขาสร้างอ่างสองตัว
 พวกเราได้รอฟังทั้งเมียผัว
 อ่างซุกตัวที่อยู่หมู่บ้านใด
 ชลประทานหวานล้นที่ขึ้นใหญ่
 ใช้นิสิยแปลกประหลาดชาติมนุษย์
 เราหนุ่มสาวเรียนรู้สู่ความสุข
 ให้ความสุขกรุณาเมตตาคน
 ธรรมวิพากษ์แยกประเภทมีเหตุผล
 จะหลุดพ้นจากห่วงบ่วงโลกีย์
 มีลาภยศสรรเสริญเจริญศรี
 ย่อมไม่มีดีตนหามาปะปน

ถึงน้ำท่วมนาไร่ไม่ข้องเกี่ยว
 นี่แหละชลประทานที่สร้างมา
 น้ำตานองท้องบ่นจนพลบค่ำ
 วันที่สิบห้าธันวาคมครึ่งทาง
 ปีสี่แปดหน้าแล้งน้ำแห้งปลด
 มีภูคานานาพันธุ์หลายชั้นตอน
 เห็นหลายตัวอยู่ในอ่างข้างตลิ่ง
 แปลกประหลาดจริงหนอพอเข้าใจ
 คนสัญจรไปมาตาจ้อง
 เหมือนอ่างร้างสร้างไว้ใช้ล่อมวัว
 แปรสิบล้านลูกบาทก็เมตรเก็บไม่พอ
 ร้องขอทอส่งน้ำตามเป้าหมาย
 จากวังอ่างเขาพระทองสองตำบล
 ผลสุดท้ายรายการอ่างและท่อ
 ในที่สุดท่อน้ำใช้กลับกลายเป็น
 เป็นโครงการเร่งด่วนชลประทาน
 พวกชาวบ้านรวมพลังดังงูพิษ
 กระบวนการผลประโยชน์แก่พรรคพวก
 ท่านไม่อิมพอบ้างหรืออย่างไร
 ประเทศไทยที่ไหนใครจำหน่าย
 คนลาไมไม่น้อยหลายร้อยครัว
 หรือมีอยู่หมู่สองที่ต้องการ
 ไม่คิดเลยคนผู้ไปอยู่ใด
 พรหมวิหารทั้งสี่ที่พระกล่าว
 เมตตาธรรมคำชูผู้ตกทุกข์
 ไม่ว่าสัตว์หรือมนุษย์ที่ทุกข์ยาก
 ถ้าผู้ใดเข้าถึงธรรมกรรมของตน
 ตัดโทโสโมหาสละหมด
 เมื่อพระธรรมครอบงำธรรมวัตร
 เมื่อตัวเราสดใสใจสะอาด

ไม่ทันพลังพลาศศีลธรรมนำกุศล

หรือไม่สนใจคิดจะสร้างอย่างไร้แรง

ตัตถิวนิเวศน์ที่บังแสง

ที่ท่านแก่งทำลายให้จากกัน

ไม่นึกว่าโทษภัยใหญ่มหันต์

ควรอดกลั้นเสียบ้างเป็นอย่างไร

เป็นบ่อเกิดบัณฑิตจิตแจ่มใส

ต้องเข้าใจหลักธรรมพระสัมมา

ควรเลิกคิดการกินสินปัญหา

พวกราชานัญญาอยู่ได้สบายใจ

ถ้าหกล้มเสียหายหมดยศคนใหญ่

ไม่มีให้ทำลวงล้าเกิน

เราหญิงชายช่วยกันกล่าวสรรเสริญ

ให้เจริญวัฒนาผาสุกใจ

ให้เร่งบีบเคาะห้กรรมอันยิ่งใหญ่

ประสพภัยปองร้ายถึงกายตน

เฝ้ามองดูแอบแฝงทุกแห่งหน

ต้องคิดค้นจะรู้อยู่ที่ใจ

แสดงกายวาจากล่าวปราศัย

คนทั่วไปสรรเสริญได้เียนยอ

ความผิดพลาดทุกครั้งไม่รั้งรอ

ตามใจก่อท่านประการใด

ใครไม่อาจขัดขวางทางคนใหญ่

มีทั้งใหม่และเก่าเขาวัวเดียวกัน

เดินทางแยกคนละฝ่ายมาซ้ายหัน

ต้องมุ่งมั่นมานะสามัคคี

จะยอมตายด้วยความรักเพราะศักดิ์ศรี

แต่ยังมีคนอยากได้อยู่หลายคน

ปลุกผลไม้ข้าวกล้าเหมือนทำฝน

ช่วยกันบ่มภาวนาน่าเศร้าใจ

ชลประทานจำหน่ายได้ทองมณต์

สังฆเพศข้อห้าพระองค์สอน

ปาราชิกบาปกรรมทำร้ายแรง

คิดจะสร้างอ่างน้ำตามตึกหนา

ทั้งผิดบทกฎหมายไร้ศีลธรรม

ต้องรู้จักพอดีเสียที่เกิด

หยุดการกินเสียบ้างเป็นอย่างไร

โภชนาเนตัตถุญเป็นภาษิต

ให้พอดีบริโภคโภชนา

ต้องยุตมันพอดีมีเหตุผล

คิดอย่างเดียวที่จะสร้างอ่างลามา

หน่วยงานใดที่ดีมีความหมาย

มีความรู้คุณธรรมนำทางเดิน

ถ้าผู้ใดที่คิดมิจฉะชีพ

เดินทางไปแห่งหนตำบลใด

ทุกอย่างก้าวให้ประสพพบศัตรู

เรามนุษย์ดีชั่วเพราะตัวตน

คนบางคนอยากดังเกินเป้าหมาย

ใช้ความหวานลิ้นลั่นลมใน

แสดงตนเป็นคนรับใช้ราษฎร

พูดอะไรเราที่ฟังนั่งยักคอก

ใช้ภาวะความคิดที่ผิดพลาด

ในหมู่สองประชาชนปะปนไป

แต่สังคมมาเปลี่ยนเวียนให้แปลก

ชาวหมู่สองชายหญิงอย่าทิ้งกัน

เรารักษาดินทองของเราไว้

ไม่อย่างได้เงินทองทั้งน้องพี่

ได้ปลูกสร้างมั่งคุดสุดได้อยาก

เขาสร้างอ่างลามาได้เราไม่จน

ถ้าได้เงินทองเนื่องเปลื้องค่าหนี้

คนอย่างนี้มองแลเป็นแง่ไหน
อย่าได้ไปมั่วสุมกลุ่มทำลาย
กลัวพี่น้องลูกเมียเราเสียหาย
ทั้งหญิงชายโง่เขลาเบาปัญญา
ใครบอกเล่าแฉแฉแหว่หูฟัง
เงินเวนคืนเขาไม่ให้จ่ายราคา
คนพวกนี้บอกเล่าเจ้าปัญหา
สังคมไม่ได้รอดถูกทอดทิ้ง
ถ้าเป็นราชการเหมือนถ่านไฟ
ทั้งพี่น้องย้ายแยกแตกกันไป
เปรียบเหมือนนกไร้ขนคนไร้พวก
อย่านึกว่าเรารวยกว่าผู้ใด
เป็นมูลเหตุพระองค์ทรงตรัสไว้
รวยธรรมะรวยให้ท่านเป็นการดี
ถ้าอาภรณ์เครื่องประดับอยู่กับกาย
ยุद्धรรวมเข้าประดับอยู่กับใจ
ในตัวตนคนปนเปื้อนเรื่อนราคะ
เครื่องประดับงานเหลือเพื่อสวयงาม
แต่พระธรรมนำทางที่สร้างโลก
โลกธรรมนำตนที่พินภัย
โศตตปปะต้องกลัวสิ่งชั่วร้าย
สิ่งอะไรชั่วร้ายที่ไม่ดี
โสรักต้องเสียมให้เรียมด้วย
เสียมใจเสียมกายใช้ความคิด
ปาติโมกข์พระองค์ตรัสดำรัสไว้
เหมือนดวงไฟส่องสว่างเดินทางตรง
หลงรูปลักษณ์กลิ่นเสียงไม่เที่ยงแท้
ตัวตนหากิดขวางเป็นทางตัน
ชาวหมู่สองรักกันฉันพี่น้อง
มีอะไรเรียกร้องตามต้องการ

เราชาวบ้านจำหมายไว้ในใจ
ต้องแยกย้ายให้ไปไกลหมู่สอง
คนพวกนี้ปะปนผลพลอยได้

อย่ากีดกันขัดขวางอย่างไรหนา
อย่าไปบ้ากับพวกเขาเอาเปล่าจริง
หมดราคาเสียหายมีหลายสิ่ง
เป็นเรื่องจริงสืบข่าวเรื่องราวลอง
ทั้งนอกในดำขาวอยู่เศร้าหมอง

ไม่สะดวกนกจะบินไปถิ่นไหน
รวยน้ำใจหลักธรรมก่อกรรมดี
เราหญิงชายสวयสมในพรหมสี่
สิ่งเหล่านี้เรื่องประดับกับดวงใจ
ปิดความหมายจริงจริงสิ่งไหนไหน
ดับกองไฟกำลังลุกที่คุกคาม
ตัวตนหาเคล้าปนที่ล้นหลาม
เป็นแบบอย่างนิยมสังคมไทย
ดับทุกข์โศกโลกมนุษย์สุดผ่องใส
หลุดพ้นไปจากห่วงโลภีภัย
อย่าเข้าใกล้จักขุสองมองให้ถี่
เอาหิริความละอายขยายคิด
เป็นตัวช่วยขัดขวางเดินทางผิด
อย่าผิดพระธรรมคำพระองค์
เป็นความหมายบริบูรณ์อันสูงส่ง
พวกสัตว์หลงเวียนอยู่ไม่รู้ทัน
เป็นตัวแปรทำให้ใจเกิดไฟผ่น
โสดาบันไปไม่ถึงซึ่งนิพพาน
เชื้ออารีร่วมรักสมัคศมา
ร่วมประสานความรักสามัคคี

ต้องต่อสู้ขัดขวางอย่างกล้าไม่
 ถ้าผู้ใดใครเป็นอย่างเช่นนี้
 คนที่ดีต้องมีวิสัยทัศน์
 มิตรร่วมสุขถึงทุกซอกไม่จากไป
 คิดจะสร้างอะไรร่วมใจคิด
 วิสาสะสามัคคีที่แน่นอน
 สร้างวิทยุชุมชนคนหนุ่มสอง
 วิทยุชุมชนคนลาไม
 เกิดประโยชน์มากมายหลายหลายหมู่
 แต่มาเกิดรัตนตมดพลึง
 ยังเป็นหนี้ไม่ได้ปลดยังถดถอย
 หกหมื่นกว่าปรีชากันคิดฉันใด
 ตกลงกันวันไหนในใจคิด
 วันที่สิบสองงามดีเดือนมีนา
 ร่วมด้วยช่วยกันสร้างสรรค์บ้าน
 ช่วยสละปัจจัยใครเอ็นดู
 เรามนุษย์ช่วยกันฉันญาติมิตร
 ช่วยสังเคราะห์ให้ผ่านธารน้ำใจ
 สังคหวัตถุผู้ให้
 เรามนุษย์ร่วมสุขร่วมทุกข์กัน
 ให้เจริญด้วยธรรมนำกุศล
 การแต่งกลอนขอเคารพจบแค่นี้

ร่วมน้ำใจหลายร้อยไม่ถอยหนี
 สามัคคีอยู่ได้สบายใจ
 ยามวิบัติไม่หนีหน้าไปฝ่ายไหน
 ไม่สดใสสว่างอย่างแน่นอน
 สุภาสิตพระองค์ทรงตรัสสอน
 ไม่ได้ดร้อนเสียหายสบายใจ
 สมหมายปองสำเร็จจริงที่ยิ่งใหญ่
 เรื่องสิ่งใดส่งข่าวสารท่านได้ฟัง
 ได้รับรู้ข่าวพร่องที่ร้องสั่ง
 ท่านที่ฟังฟังได้สบายใจ
 นั่งเศร้าสร้อยศึกษาหาจากไหน
 เลยพร้อมใจออกเสียงเสียงน้ำชา
 เจริญญาติมิตรพ่อแม่แก้ปัญหา
 ปิจอหมาสีก้าวเริ่มเข้าตรู่
 ออกบัตรผ่านแจกจ่ายไปหลายหมู่
 วิทยุชุมชนคนลาไม
 เมื่อทุกข์ดูแลช่วยแก้ไข
 มีสิ่งใดเหลือใช้ได้แบ่งปัน
 สงเคราะห์ได้เงินทองเป็นของขวัญ
 ทุกสิ่งอันช่วยสงเคราะห์ให้พอดี
 ช่วยบันดลให้พ้นทุกข์อยู่สุขชี
 ให้น้องพี่สุขกายสบายใจ

แต่งโดยนายหนู พัทธักษ์

เพลงลาไมบ้านเรา

โอ้ โอ้ โอ้ โอ้ โอ้ โอ้ โอ้ โอ้
เราไม่มีทุกข์สนุกสนาน
อยู่กันมาช้านาน
เราห่วงทรัพย์สินของเรา
อยู่กันมาจนแก่เฒ่า
เรามีสวนยางพารา
มีเงาะเรียนลงสาบ
บ้านเรายังมีกองทุน
ลาไมของเราบ้านเกิด
เรามาร่วมใจกันเกิด
ลาไมของเราสบาย
ทุกคนต้องรักลาไม
นับถือพุทธศาสนา
อนุรักษ์ของธรรมชาติ
มอบให้กับลูกหลาน

ลาไมบ้านเราสนุกสนาน
พวกเราทุกคนเบิกบาน
เป็นสถานร่มเย็น
ไม่ให้ใครเอาถ้าไม่จำเป็น
จะมีใครเล่าให้ความเห็น
ที่นำเงินตราเข้ามาเป็นทุน
เงินตราทุกบาทมาสนับสนุน
สนับสนุนรายได้เข้ามา
ที่ให้กำเนิดผู้เฒ่าชรา
มาอยู่บ้านเกิดของเราดีกว่า
เรามีรายได้เข้ามาเข้ามา
เราอยู่กันไปให้สบายดูรา
คุณพระท่านมาเป็นบารมี
เป็นเงินทุกบาทของเราที่มี
ไม่ต้องจากไปที่นี่

แต่งโดยบุญธรรม ตาลาศิริ

เพลงรักทอใยรักลาไม

รักทอใยรักที่เราเริ่มก่อ
โอ้...ว่าลาไมที่เรารัก...มัน
แต่ว่าวันนี้จิตใจต้องเศร้าและเศร้ามาก
ข่าว...เพื่อน โอ้ อ่างว่างสร้างความว้าเหว
กราบวอนทั่วฟ้าสยามเมืองไทย
เปล็ดเปล็นยิ่งนัก... รักมาเกิดก่อ
คำถามฉับพลันผู้ร่วมฝันฝ่า
ทำอย่างแล้วหนอ.....จะอยู่กับใคร

รักทอสายใยแห่งความผูกพัน
ดื่มด่ำงามล้ำธรรมชาติสดใส
เมื่อความลำบากจะมาเยือน
จิตใจหักเหของใครผู้ใด
ขอมีหัวใจรักผืนแผ่นดิน
ลาไมเราหนอจะเอาทำอย่าง
ทำอย่างแล้วหนอจะไปอยู่ไหน

แต่งโดยอรปวีร์ เป้นพุ่ม

บทเรียน: เกิดขึ้นที่ชุมชนบ้านทุ่งอินทนิล

หมู่ที่ ๙ ตำบลวังหิน อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช

ความเป็นมา

บ้านทุ่งอินทนิล เรียกขานตามสภาพพื้นที่ราบเชิงเขา เป็นทุ่งกว้างที่มีอินทนิลขึ้นหนาแน่น พื้นที่บางส่วนใช้เพาะปลูกพืชไร่ พืชสวน ทำนา เลี้ยงสัตว์ เมื่อประมาณ ปี พ.ศ. ๒๔๘๗ มีการตั้งถิ่นฐานประมาณ ๑๐ ครัวเรือน ซึ่งมีครอบครัวนายเปี่ยม ปานสีนุ่น นายเอี่ยม สามารถ นายชม ศรีสว่าง นายดิน สามารถ นายจาง หมื่นสี ซึ่งบุคคลเหล่านี้มาจาก หมู่ที่ ๗ ตำบลเขาโร (บ้านหนองท่อม) มีผู้ใหญ่บ้านคนแรกคือ นายเซย สามารถ

เดิมส่วนหนึ่งเป็นอำเภอกงหรา ต่อมาแยกเป็นอำเภอบางขัน จากหมู่ที่ ๔ ตำบลวังหิน จากหมู่ ๕ มาเป็นหมู่ที่ ๗ ตำบลวังหินและมาแยกอีกครั้งมาเป็นหมู่ที่ ๙ บ้านทุ่งอินทนิล ตำบลวังหิน กิ่งอำเภอบางขัน และจากกิ่งอำเภอมารวมเป็นอำเภอบางขัน ในปี 2531 ปัจจุบัน เขตการปกครองอำเภอบางขัน มี 4 ตำบล 57 หมู่บ้าน

ในอดีต ชุมชนนี้อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพืชพรรณ สัตว์ป่านานาชนิด ชาวบ้านอาศัยผืนป่าดำรงชีวิต เจาะน้ำมันยาง หาหวาย ลำสัตว์ หาของจากป่าไปสู่ตลาดโคกบก อำเภอทุ่งสง โดยการเดินเท้าครั้งละวัน จากการหาของป่า สู่การทำไม้ส่งโรงเลื่อย ไม้ยาง หลุมพอ จำปา ป้อนตลาดกะปาย อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในเวลาไม่นาน ป่าที่ปกคลุมเปลี่ยนเป็นที่ว่างเปล่า ผ่านการเผาปรน เกิดทุ่งหญ้าเป็นที่เลี้ยงสัตว์ ทุ่งอินทนิล นับเป็นทุ่งหนึ่งที่มีชื่อในการเลี้ยงควายฝูง มีวัวควาย จำนวนมาก บางพื้นที่ปรับเป็นที่ลุ่มปลูกข้าว ที่ราบสูงปรับเป็นพืชสวนยางพารา ถูกนำมาปลูกแทนป่าที่หายไป ผืนแล้วผืนเล่า โคน เผาปรน ทำไร่ ปลูกยางพารา จากพื้นราบ ขยับสู่เนินเขา ที่สูงชัน สุดท้ายยางพารา มาแทนป่าที่หายไป

จากพืชของป่า ลำสัตว์ ทำไม้ส่งโรงเลื่อย เกิดทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์ ที่ลุ่มปลูกข้าว ที่เนินสูงปลูกยางพารา ต่อมาป่าหาย สัตว์หาย ไม้หมด ทุ่งหญ้าเป็นสวนยางพารา ที่นาหดยากกลายเป็นที่รกร้าง วัวควายขายออกไม่มีเพิ่ม วิถีชีวิตที่หลากหลาย กลายเป็นสวนยางเกือบทั้งหมด ทุ่งอินทนิล เป็นชุมชนที่เป็นคนถิ่นเดิม รวมกลุ่มเครือญาติ ครอบครัวขนาดใหญ่ ชีวิตเรียบง่าย มีความสงบร่มเย็น พึ่งพาอาศัยด้วยกันเสมอมา จนมาระยะหนึ่งวิถีชีวิตเปลี่ยนจากทำเพื่ออยู่เพื่อกินมาสู่ระบบตลาดสู่กระแสแห่งการบริโภคครัวเดียวคนเดียวมามากขึ้น สายสัมพันธ์เครือญาติจืดจางหายไป ผลประโยชน์มาแทนที่ ทุกอย่างถูกตีราคาค่าลงเป็นเงิน จนนำไปสู่ความสับสนวุ่นวายเช่นทุกพื้นที่ของสังคม

แต่เชื่อว่าเรื่องทั้งหมดจะเป็นไปในทางลบ สังคมจะย่อยยับลงอย่างเดียว เมื่อการพัฒนาที่ผ่านมาทำให้สังคมสูญเสีย นานวันเข้าคนที่สูญเสีย ย่อมรีบทวงถาม อยากให้สิ่งเหล่านั้นหวนคืนกลับมา เป็นกำลังใจในการพลิกฟื้นคืนอดีต หรือก่อสร้างสิ่งที่ดีคืนสู่ชุมชน เช่นก่อเกิดกองทุนพัฒนาสังคม การรักษามรดกวัฒนธรรมประเพณีที่สำคัญให้คงอยู่ เกิดกลุ่มรักป่ารักธรรมชาติ เพื่อทดแทนสิ่งที่จางหายไป

จากวิถีชีวิตที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ ทำมาหากินทั้งวัน แทบไม่มีเวลาทำกิจกรรมอื่นใด ไม่มีเวลาพัก ไม่มีเวลาสนุก ไม่มีเวลาผ่อนคลาย ทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อตอบสนองต่อตนเอง ที่ใช้เงินแลก ยิ่งทำงานยิ่งหนัก ยิ่งไม่พอหลายคนเกิดปัญหาหนี้สิน หาได้ไม่พอใช้ เกิดทุกข์มีปัญหาสภาพจิตใจว่าวัน แทบไม่มีคำว่า สงบ ให้สัมผัสได้เลย

มีกลุ่มหนึ่งที่เหนื่อยล้าจากการเป็นอยู่แบบนี้ กังวลว่าชีวิตต้องทุกข์ทนเป็นแบบนี้ตลอดหรืออย่างไร ทางอื่นที่ง่ายกว่า สุขกว่ามีทางเลือกหรือไม่ เป็นประกายจากการทบทวนชีวิตของตนเอง แลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้สึกในแวดวงคนที่เข้าใจกัน มุมมองที่อยากหลีกเลี่ยงหนีจากเส้นทางเดิม ลองทำบางเรื่องราว เช่น จากซื้อหาจากตลาด ลองปลูกหากินเอง ลองทำหลากหลายเรื่องที่ทำกว่าอย่างพาราเพียงเรื่องเดียว ก็พอเริ่มเกิดมุมมองที่ต่างไปจากเส้นทางเดิม การเสาะหาเส้นทางเดิน หาเพื่อนร่วมทางแหล่งความรู้ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำ กลุ่ม อสม. เป็นกลุ่มที่โยงใยทั้งจังหวัด มีกิจกรรมที่หลากหลาย มีโอกาสได้เรียนรู้จากภายนอกมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ จนพบเจอโครงการดับบ้านดับเมืองที่มีแนวคิดเรื่องพัฒนาชุมชนเป็นสุข จึงได้นำแนวคิดดังกล่าว ชักชวนเพื่อน ๆ ในชมรม ดำเนินการเรื่องนี้มาโดยตลอด

แนวคิดดังกล่าวได้นำมาเข้าเวทีในระดับหมู่บ้าน เพื่อให้สมาชิกได้ทราบทิศทางการกำหนดอนาคตของชุมชน จากการพูดคุยได้มีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อให้สมาชิกร่วมค้นหาทุกข์ที่เป็นอยู่ ทุกข์ของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ปรึกษาหารือหาทางออกร่วมกัน สมาชิกในชุมชนหาทางบริหารการเงินของครอบครัวชุมชน โดยค้นหารูปแบบรายรับรายจ่ายที่เหมาะสมเป็นของตนเอง หาความพอดีให้กับตนเอง นำไปใช้ในชีวิตจริงได้ พร้อมทั้งต้องการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรที่เป็นแหล่งอาหารให้มีอยู่ในชุมชน

เรียนรู้ทุกข์ หาทางลดทุกข์ คลายทุกข์ให้เบาบางลง เป็นเรื่องหนึ่ง เรียนรู้เรื่องเงิน หาได้จับจ่ายอย่างไรให้อยู่ได้ เป้าหมายชีวิตไม่ได้หมายถึงความร่ำรวย เป็นเรื่องที่สอง ความหลากหลายอาหารสมบูรณ์ในพื้นที่ ร่วมกันสร้างให้หวนคืบมา เป็นเรื่องที่สาม ความสงบ ร่มเย็น ความพอเพียงพอดีของชีวิต หลุดออกจากกระแสการแย่งชิงของสังคม เป็นเรื่องสุดท้าย ทุกเรื่องราวที่วาดหวัง เป็นปลายทางที่สุดคาดเดาว่าไปถึงหรือไม่ แต่บทเรียนแห่งความเจ็บปวดที่ผ่านมา น่าจะเป็นพลัง ในการค้นหาทางออกที่ดีกว่าเดิมได้

ด้วยเรื่องราวที่จินตนาการทั้งหมด นำสู่การจัดทำโครงการ พัฒนาท้องถิ่น บ้านทุ่งอินทนิลเป็นสุข ที่เกิดจากการระดมความคิดเห็นของคนในพื้นที่ครั้งแล้วครั้งเล่า จนออกมาเป็นกิจกรรมโครงการดังนี้ เกษตรไร้สารพิษ บ้านแสนสุข สนุกกับสมุนไพร ใส่ใจการเงินเดินถึงศาสนา พัฒนาร่วมกิจกรรม ทั้ง 6 เรื่อง จะเป็นโครงสร้างของงานทั้งหมดในระยะเวลา 1 ปีของโครงการ และเก็บรายละเอียด เสริมเต็มสี่ส่วนที่ขาด ในปี 2,3 ต่อไป ในปีหนึ่งของการจัดทำโครงการ วางโครงการว่าจะขับเคลื่อนกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ หนึ่ง เกษตรไร้สาร เรียนรู้เรื่องการปลูกพืช เลี้ยงสัตว์กินเอง อาศัยธรรมชาติมาก

ขึ้น ฟังตนเองมากกว่าการซื้อหา โดยมีเรือนเพาะชำกลางหมู่บ้าน เป็นแกนหลักเลี้ยง สอง บ้านแสนสุข ร่วมหาทางออกให้แก่กันและกัน พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงจากอบายมุขจัดกวาดบ้านเรือนให้น่าอยู่ สาม สนุกกับสมุนไพรรักษาคนไข้ เรียนรู้ ร่วมปลูกร่วมใช้ คื่นสรวงธรรมชาติ สี่ เข้าใจการเงิน เรียนรู้รายจ่ายของตนเอง ครอบครัวยุติความพอดีให้ครอบครัว ห้า เดินเข้าถึงศาสนา รักษาเรื่องราววัฒนธรรมดี ๆ ที่มีอยู่ เป็นตัวอย่างและปลูกฝังสิ่งดีงามแก่ชนรุ่นหลัง หก พัฒนาร่วมกิจกรรม ร่วมมือสร้างสิ่งดีงามในชุมชน เรียนรู้พัฒนาอย่าง ซึ่งมีเป้าหมายแต่ละกิจกรรมคือ

เราทำอะไร

เกษตรไร้สาร ปลูกพืชเลี้ยงสัตว์กินเอง เริ่มจากตัวเองในครอบครัว ปลูกสิ่งที่กิน ปลูกให้พอ เหลือแบ่งปันเพื่อนพ้อง เหลือมากขายเป็นรายได้ ใช้แรงงานคนที่มีไม่พึ่งเครื่องจักร ไม่ใช้สารเคมี ขยายเรื่องนี้สู่สมาชิกในชุมชน รวมกลุ่มกันรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

บ้านแสนสุข ให้ความสำคัญกับคนในครอบครัว พุดคุยกัน หันหน้าเข้าหากัน เห็นอกเห็นใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน ชื่นชมให้กำลังใจแก่กันและกัน เชิดชูยกย่อง เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน รวมทั้งจัดบ้านเรือนที่อยู่ สุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

สนุกกับสมุนไพรรักษา ร่วมกันส่งเสริมพืชผักสมุนไพร เรียนรู้คุณค่า มีเรือนเพาะชำกลางเป็นของชุมชน มีผู้รู้คอยแนะนำการใช้ ที่สำคัญปลูกเพื่อกินเพื่อใช้ มากกว่าปลูกเพื่อโชว์ และช่วยดูแลพืชพรรณที่มีอยู่ตามธรรมชาติให้คงอยู่ต่อไป

เข้าใจการเงิน คนในครอบครัวร่วมกันเรียนรู้เรื่องการเงิน รายรับรายจ่ายในแต่ละวัน แต่ละเดือนสรุปรายปี อย่างเป็นระบบ ที่เรียกว่าบัญชีรับจ่ายครัวเรือน เพื่อนำมาพิจารณาพิจารณาเห็นว่า รายรับรายจ่ายที่เป็นอยู่สมเหตุสมผลแค่ไหน อะไรควรอะไรไม่ควร ก่อเกิดความเข้าใจ เห็นใจ รู้คุณค่าเงินมากขึ้น

เดินถึงศาสนา มีการทวนรำลึกถึงประเพณีวัฒนธรรมดีงามที่เคยมี แล้วนำมาบอกเล่าสานต่อจากรุ่นพ่อแม่สู่รุ่นลูกหลาน ร่วมกันเรียนรู้แก่นแท้ของศาสนา เหตุแห่งทุกข์ แนวทางลดทุกข์ที่เป็นอยู่ จนสามารถต่อสู้กับกระแสค่านิยมในสังคมบริโภคนิยมปัจจุบันได้

ร่วมพัฒนากิจกรรม เป็นเรื่องสุดท้ายที่ทำร่วมกัน คนในชุมชนหันมาทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ให้มากกว่าแค่การร่วมมือ เกิดหุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนร่วมกัน ยกย่องทำดีเพื่อชุมชน ส่งเสริมให้คนในชุมชนได้ทำความดี

ผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม

นายสมใจ	ฤทธิ์ช่วยรอด	รับผิดชอบ
๑. บ้านแสนสุข	ผู้ใหญ่ประเสริฐ	รับผิดชอบ
๒. สนุกกับสมุนไพรรักษา	นายเจริญชูดวงจันทร์	รับผิดชอบ

๓. ใส่ใจการเงิน	นายประทีป	รับผิดชอบ
๔. เติบโตทางศาสนา	ผู้ใหญ่ประเสริฐ	รับผิดชอบ
๕. พัฒนาร่วมกิจกรรม	นายวิรัตน์, นายสมพงษ์	รับผิดชอบ

กิจกรรมที่กำหนดออกมานั้น มุ่งสู่การสร้างความสุขร่วมกัน ตามนิยามความหมายสุขภาวะชุมชน ที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนคือ

ด้านครอบครัว ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีสุขภาพกายและใจแข็งแรง มีประชาธิปไตยภายในครัวเรือน

ด้านสังคม คนในชุมชนมีความเข้าใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ด้อยโอกาส เคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กลุ่มองค์กรร่วมคิดร่วมทำ มีผู้นำมีความยุติธรรม เสียสละ อดทน โปร่งใส และมีความรู้เท่าทันต่อข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

ด้านเศรษฐกิจ อยู่แบบเศรษฐกิจพอเพียงพึ่งตนเอง คนมีงานทำมีรายได้เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ขยันประหยัด

ด้านสิ่งแวดล้อม มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่เป็นพิษเป็นภัยกับสุขภาพกายและใจ

กระบวนการทำงาน

แกนนำในการดำเนินงานโดยมือสมัคร เป็นแกนนำขับเคลื่อนสำคัญในการทำกิจกรรม เพราะก่อนที่จะทำเรื่องนี้ ทางแกนนำอสม. และสมาชิกอสม. สถานีอนามัยสามแยกสวนป่า ประมาณ 50 คน สถานีอนามัยคอยเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา พร้อมทั้งซักซ้อมก่อนการทำกิจกรรม หนุนเสริมทางวิชาการ และบันทึกข้อมูลการทำงานของอสม. ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เข้ามาสนับสนุนไม่ว่าจะเป็น พัฒนาชุมชนให้ความรู้เรื่องการเกษตร การศึกษาออกโรงเรียนสนับสนุนงบประมาณ ให้ความรู้ทั้งหมู่บ้าน ถือได้ว่าเป็นองค์การที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด ในการทำปุ๋ยชีวภาพ โรงเรียนสนับสนุนในบางครั้ง คณะกรรมการหมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการทำเกษตรชีวภาพ ให้ความเชื่อถือกับชุมชนมากยิ่งขึ้น รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนก็ให้ความร่วมมือได้ร่วมกันหาแนวทางในการสร้างการเรียนรู้ให้กับสมาชิกและคนในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง มีผลงานที่ประจักษ์ ต่อคนในชุมชน จึงเกิดการยอมรับ ในการทำงานของ อสม. โดยได้รับแรงเกื้อหนุนในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่มีความเห็นที่สอดคล้องและมีประสบการณ์ ที่คอยให้คำแนะนำ ส่งเสริม จนกระบวนการทำงานของ อสม. สี่แยกสวนป่า เป็นอสม. ที่สามารถเป็นแกนนำจากหมู่บ้าน ไปสู่การเป็นแกนนำ ในระดับตำบล และสามารถเป็น อสม. แกนนำในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ดังที่มีผลงานด้านการดูแลคุ้มครองผู้บริโภคและด้านพัฒนาสังคม จากการดำเนินงาน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ อสม.บ้านสวนป่าได้เก็บเกี่ยวความรู้ประสบการณ์มากมาย ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิด

ต่าง ๆ ตามมาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวการที่เข้าร่วมกิจกรรม *โครงการชุมชนเป็นสุข*

ผลที่เกิดขึ้น

ในการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น เมื่อมองดูจะเห็นได้ว่าเป็นเรื่องที่อยู่ใกล้ตัวชุมชนเป็นอย่างมาก ดูเหมือนว่ากิจกรรมที่ต้องทำนั้นไม่ใช่เป็นเรื่องยาก แต่เมื่อดำเนินงานจริงแกนนำและสมาชิกในชุมชนได้มองเห็น การทำงานทุกสิ่งเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายาม และต้องทำให้เห็นเป็นต้นแบบที่เป็นจริง และเป็นอยู่ให้เห็นจริง จึงจะทำให้คนอื่น ๆ ยอมรับ ชุมชนบ้านทุ่งอินทนิลถือได้ว่าเป็นชุมชนที่มีความโชคดีคือมีผู้นำที่มีความสนใจในการพัฒนาชุมชน และพร้อมที่จะเสียสละได้ทุกเมื่อ โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้าน ดูได้จากอดีตที่ผ่านมา ผู้ใหญ่ประเสริฐ คนปัจจุบัน นำเงินเดือนทั้งหมดที่ได้ทุกเดือนมามอบให้กับชุมชน เพื่อให้เงินนั้นเป็นเงินส่วนรวม ตั้งเป็นกองทุน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามความจำเป็นในหมู่ โดยมีผู้ที่รับผิดชอบช่วยกันดูแล จากคำบอกเล่าของผู้ใหญ่ ท่านบอกว่าไม่ใช่ว่าตนเองมีเงิน แต่ทำเพื่อเป็นต้นแบบให้กับคนอื่น ๆ ได้เห็นว่าการเป็นผู้นำในบางครั้งไม่ใช่ทำเพื่อต้องการเงิน แต่เป็นผู้นำ เพื่อนำพาชุมชนให้เกิดความร่มเย็นเป็นสุข เพราะผู้นำบางคนถึงมีเงินทองมากมาย แต่ผลงานที่เป็นส่วนรวมนั้นมีน้อย

การที่บ้านทุ่งอินทนิลมีแกนนำที่ดีจำนวนมาก ถือได้ว่าได้เปรียบกว่าชุมชนอื่น ๆ การทำกิจกรรมจึงได้ขับเคลื่อนไปในทิศทางที่ส่งผลต่อชุมชนเป็นอย่างมาก ในช่วงแรกของการดำเนินงานนายสมใจ ฤทธิ์ช่วยรอด ซึ่งเป็น อสม.และเป็นแกนคนสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ได้ทำงานอย่างจริงจังและปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ จนได้รับความสนใจจากบุคคลต่างๆในชุมชน บ้านนายสมใจ ปลุกผักปลอดสารพิษกินเอง ทดลองกินกันสด ๆ เพราะเป็นแปลงที่ปลอดสารพิษจริง ๆ

เมื่อกิจกรรมหนุนเสริมให้สมาชิกในชุมชนได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง การปลูกผักเพิ่มจำนวนมากขึ้นในขณะนั้น ทำให้ปริมาณผักที่ปลูกมีมากที่จะแบ่งปันช่วยเหลือให้กับคนอื่น ๆ จึงนำผักเหล่านั้นมีมากก็นำไปขายสร้างรายได้ให้กับครอบครัวอีกทางหนึ่ง จากการที่ทีมงานอสม. สถานีอนามัยสี่แยกสวนป่า ได้ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคมาก่อน ทำให้คนส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน ตาบลใกล้เคียงให้ ความเชื่อมั่นต่อ อสม.แห่งนี้เพิ่มมากขึ้น เพราะที่ผ่านมา อสม.ทีมนี้ ได้ออกไปตามร้านค้า ย่านตลาด ตรวจสอบคุณภาพอาหารต่าง ๆ จนทำให้เกิดเป็นนิสัยติดตัวของคนในชุมชน เมื่อซื้อสินค้าต้องตรวจสอบสินค้าก่อนนำไปบริโภค เช่นเดียวกัน เมื่ออสม.นำผักที่ปลูกเองกับมือไปขาย ย่อมได้รับความสนใจจากผู้บริโภค มากกว่าของร้านค้าโดยทั่วไป ทุกครั้งที่ อสม. นำผักไปขายถึงแม้ว่าราคาจะสูงกว่าร้านอื่นๆ โดยทั่วไป แต่ผักของ อสม. มักจะหมดก่อนร้านอื่น ๆ ผลที่เกิดขึ้นที่เห็นได้ชัดเจนอีกอย่างหนึ่งคือสามารถที่จะสร้างให้คนในชุมชน มีจิตสำนึก มีความตระหนักต่อการบริโภคอนาคต จะมีการขยายเรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษตลอดเวลาและจะทำไปเรื่อย ๆ

ภาพแห่งความภาคภูมิใจเมื่อมีการแบ่งปัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกันเริ่มเห็นมากขึ้น มีการแบ่งผักที่ปลูกให้แกกัน เป็นสิ่งที่บอกได้ว่ามันมีคุณค่ากับตน เพราะผักที่ปลูกเป็นผักที่ไม่มีสารพิษ เหมือนเป็นอาหารที่ดี ที่ได้แบ่งปันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ก็เช่นเดียว ผลที่เกิดขึ้นครอบครัวรู้จักพอเพียง รู้จักตัวเอง มากขึ้น ครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น ครอบครัวรู้เท่าทันเหตุการณ์ มีการขยายไปสู่ครัวเรือนเพิ่มขึ้น ราชการให้ความเชื่อถือชุมชนมากขึ้น ซึ่งแตกต่างอดีตที่ผ่านมา เพราะในอดีตที่ผ่านมาหากหน่วยงานราชการหน่วยไหน เหยียดบ้านทุ่งอินทนิลจะเป็นหมู่บ้านที่ถูกนิทหายอยู่เสมอว่าเป็นหมู่บ้านที่ล้าหลัง ด้วยการที่ถูกหน่วยงานอื่น ๆ สบประมาท เป็นปัจจัยหนึ่งที่สมาชิกและผู้นำบ้านทุ่งอินทนิล หันมาปรับปรุงความเป็นอยู่บ้านของตนเองมาโดยตลอด กิจกรรมที่ทำเป็นการทบทวนความเป็นอยู่ของชุมชน **บ้านแสนสุข สนุกกับสมุนไพร เข้าใจการเงิน**

ในการทำกิจกรรมทั้งสามกิจกรรมนี้ บ่งบอกให้เห็นว่าชุมชนบ้านทุ่งอินทนิลกำลังรักษาเยียวยาอาการไข้ให้กับตนเอง เพราะเป็นกิจกรรมที่ชุมชนมองลึกลงไปถึงหน่วยที่เล็กที่สุดในชุมชนคือครอบครัว เป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ยากนัก ในความละเอียดอ่อนของกิจกรรมถือว่าเป็นเรื่องที่สามารถสร้างจริยธรรมเข้าไปถึงในครัวเรือนที่เข้าร่วมกิจกรรม เด็กเยาวชนในชุมชนมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น ผู้ใหญ่ได้มาสอดคล้องดูแลลูกหลานของตนเองเพิ่มมากขึ้น การที่ลูกของตนเองได้มีโอกาสในการรับรู้เรื่องราวความเป็นอยู่ในครัวเรือน การบันทึกข้อมูลรายจ่ายในครัวเรือน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เด็กเยาวชนเป็นผู้ทำ คัดเลือกครอบครัวที่อาสาสมัคร จะเห็นได้ว่าพ่อแม่ในเบื้องต้นจะไม่ค่อยเข้าใจในกระบวนการทำงานมากนักเพราะเหมือนเป็นการตรวจสอบกันเองภายในครัวเรือน ทำให้เด็กบางคนต้องใช้วิธีการต่าง ๆ ให้ได้ข้อมูลรายจ่ายในครัวเรือนของตนเอง เมื่อเก็บข้อมูลมาระยะหนึ่งเดือนเยาวชนก็จะมาสรุป ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นครั้งหนึ่งเพียงเวลาเพียงหนึ่งเมื่อนำข้อมูลมาบอกต่อพ่อแม่จะเห็นว่าบางคนตกใจกับข้อมูลที่ออกมาจะเห็นว่าค่าอาหารในแต่ละวันนั้นน้อยกว่าค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นค่าภาษีสังคม การศึกษา ค่าเหล้า บุหรี่ เป็นเหตุให้ในบางครอบครัวต้องระมัดระวังในการใช้เงินมากยิ่งขึ้น เยาวชนที่ใช้โทรศัพท์มือถือต้องใช้ลดลง

กิจกรรมดังกล่าวทำให้ชุมชน เห็นว่าหากทุกครอบครัวไม่มีการวางแผนในการใช้เงินจะไม่สามารถที่ควบคุมตัวเองได้และสิ่งที่ตามมาคือมีหนี้สินเพิ่มขึ้น จากการเงินไปสู่การปลูกสมุนไพร เพื่อมุ่งเน้นให้ในแต่ละครัวเรือนควรมีผักที่เป็นสมุนไพร ปลูกไว้ในครัวเรือนเพื่อนำมาใช้ เด็กเยาวชนและแกนนำในชุมชน ได้มีโอกาสไปศึกษานอกพื้นที่ต่างจังหวัด เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมด้านสมุนไพร จากหมู่บ้านที่ปฏิบัติและศึกษาค้นคว้าด้านนี้เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ให้กับเยาวชนและแกนนำ จากการศึกษาดูงาน ทำให้จำนวนสมุนไพรต่าง ๆ ปลูกเพิ่มมากขึ้นในชุมชน และนำไปสู่การสร้างสวนสมุนไพรไว้เป็นแหล่งเรียนรู้ในระดับตำบล โดยใช้พื้นที่สถานีอนามัยเป็นสถานที่เพาะชำต้นกล้าและเป็น

พื้นที่ในการปลูก ซึ่งก่อนหน้าที่ทางมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้เห็นกระบวนการทำงานของ อสม. ในการขยายผลด้านสมุนไพร ได้สนับสนุนงบประมาณเข้าร่วมกิจกรรมกับอสม. และสนับสนุนให้สมาชิกได้ไปเรียนรู้เพิ่มเติมจากที่มีการนำสมุนไพรมาแปรรูปเป็นตัวยาและอาหารอีกด้วย

แนวคิดเรื่องสมุนไพร ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ อสม. อยากให้มีแปลงสมุนไพรที่เป็นป่า พื้นที่ไม่ต้องถากถาง เพราะแกนนำเชื่อว่า จากการที่เรียนรู้มาสมุนไพรต้องอยู่คู่กับป่าเป็นสมุนไพรของป่าจึงจะเป็นสมุนไพร ซึ่งเป็นแนวทางที่ทางชุมชนจะใช้พื้นที่สาธารณะบางส่วนมาทำเป็นแปลงสมุนไพร เพื่อให้ทุกคนได้ใช้ประโยชน์

กระบวนการทำงานที่มาบ่งบอกให้เห็นว่าการพัฒนาร่วมกิจกรรมของชุมชน มีความพร้อมเพิ่มมากขึ้นลำดับ แต่แกนนำหลายคนต้องเหนื่อยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะท่านผู้ใหญ่บ้านได้ยินลูกชายบ่นให้ฟังว่า ถ้าเป็นสมัยก่อนทำงานแบบนี้ พวกเราคงต้องอดตายตามกัน ยังดีที่ตอนนี้ ความเป็นอยู่ในครอบครัวไม่ขัดสนเหมือนเมื่อก่อน คุณสนใจ ก็เช่นเดียวกัน เมื่อมีภารกิจที่เป็นของชุมชนต้องเดินทางออกจากบ้านบ่อยมากขึ้น เพราะกิจกรรมที่ทำมา ส่วนใหญ่ได้รับความสนใจจากสถานีนานาယ်ต่างๆมากมาย ต้องเดินสายเป็นวิทยากรให้ความรู้ ต้องฟังหมอธีระวัฒน์เพราะเมื่อ คุณสนใจ เดินทางไปไหน ต้องขอช่วยคุณหมอเป็นคนขับรถให้ เพราะคุณสนใจขับรถไม่ได้ แต่หมอธีระวัฒน์ก็พร้อมที่จะเป็นคนขับรถให้คุณสนใจเมื่อมีโอกาส

จากเหตุผลของคนในชุมชนได้มีการทำกิจกรรมของศูนย์พัฒนาครอบครัวระดับตำบลอยู่บ้าง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้ชุมชนมีการคัดเลือกครัวเรือน เพื่อร่วมกิจกรรมซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการเข้าค่ายของพ่อ แม่ ลูกและอีกเหตุผลหนึ่งซึ่งภายในชุมชนจะพบกับครอบครัวที่ไม่มีความเข้าใจกันหรือกินคนหน นอนคนแหง ถ้ามไม่แหลง ไปไหนไม่บอก ทางชุมชนจึงเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงทำกิจกรรมดังกล่าว กระบวนการเชิญครัวเรือนเป้าหมายมาอบรมแล้วเป็นครอบครัวสมัครใจ ค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข ยกตัวอย่างครัวเรือนเข้มแข็ง อบรมครัวเรือนตัวอย่าง พร้อมทั้งจะเป็นแบบอย่างให้กับครัวเรือนอื่นได้ คัดเลือกครัวเรือนดีเด่น โดยมีเกณฑ์การวัดอยู่ที่รักเดียวใจเดียว ห่างไกลอบายมุข ชื่อสัตย์ สุจริต ปกครองด้วยความยุติธรรม มีรายได้มั่นคง รู้เท่าทันกัน เปิดเผยทุกเรื่อง ฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทุกเรื่อง มีเหตุผลในการใช้จ่าย รักลูกเท่าเทียมกัน มีเหตุมีผล ลูกไม่ค่อยสร้างปัญหา ไม่ทะเลาะกัน อนาคต สร้างความเข้าใจเกิดขึ้นให้ได้ คิดเรื่องที่จะทำให้ชัดเจน

การพัฒนาร่วมกิจกรรม ที่ผ่านมามีเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน ไปในตัวของมันเอง ซึ่งแตกต่างจากกิจกรรมการเข้าถึงศาสนา เพราะส่วนนี้ต้องมีการพูดคุยกับวัด การที่ชุมชนอยู่ห่างไกลจากวัดโอกาสของชุมชนที่จะใกล้ชิดกับวัดนั้นมีน้อย การปลูกฝังให้เยาวชนได้ใกล้ชิดกับวัดนั้นมีน้อย ถึงถือโอกาสในสถานการณ์ได้ทำงานร่วมกับพระ กิจกรรมนั้นนอกจากชุมชนได้ใกล้ชิดกับพระแล้ว ยังเป็นการความสนใจให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ในการจัดกิจกรรมหลาย ๆ ครั้งทำให้ชุมชนมีแนวปฏิบัติที่ขาดพระ

ไม่ได้ เมื่อมีการปลูกต้นไม้ ก็ต้องนิมนต์พระมาทำพิธี เพื่อเป็นสิริแก่ต้นไม้และผู้ปลูก ทำให้ต้นไม้แห่งธรรม ของชุมชนบ้านทุ่งอินทนิล ทุกคนที่ร่วมกันปลูก ทุกต้นจะมีเจ้าของ พร้อมทั้งดูแลรักษาต้นไม้ที่ตนเองเป็นเจ้าของ

กระบวนการพัฒนา อสม. ที่ผ่านมาในหลายกิจกรรม ทำให้แนวคิดใหม่เกิดขึ้นตามมาคือการสร้างการเรียนรู้ให้กับ อสม. ภายใต้ชื่อโรงเรียน อสม. ซึ่งมีแรงผลักดันจากสถานีอนามัย เพื่อต้องการที่จะให้ อสม. ทั้ง 6 หมู่บ้านประมาณ 100 คน ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องราวต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากนโยบาย อสม. โรงเรียนอสม. ได้รับความสนใจทำให้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ ของภาคใต้และภาคอื่น ๆ

ผลกระทบ

จากสภาพสังคม จะทำให้พ้นจากสารเคมีนั้นเป็นเรื่องยาก มีคนซื้อมากกว่าคนทำ และสมาชิกในครัวเรือนยังไม่ปลูกทุกครัวเรือน เศรษฐกิจเปลี่ยน ค่านิยมเปลี่ยน คนจะยึดเงินเป็นหลัก คนพึ่งตนเองน้อยลง คนเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง คนมีความต้องการมากขึ้น รายได้เพิ่มขึ้น

จุดอ่อน

คนซื้อกับคนปลูกจะมีปริมาณเท่ากัน คือ คนปลูก ๕๐ คนซื้อ ๕๐ คน โอกาสที่จะหลีกเลี่ยงสารเคมีนั้นยากแต่สามารถที่จะลดได้ ยังไม่ปลูกทุกครัวเรือน มีความขัดแย้งในอาชีพสภาพแหล่งน้ำไม่เอื้ออำนวย มีทั้งคนทำและไม่ทำ ไม่ปลูกแต่คอยขอเพื่อน

ความสำเร็จที่เกิดขึ้น

ปัจจัยภายนอก

ในการทำกิจกรรมชุมชนบ้านทุ่งอินทนิลได้มีโอกาสในการเรียนรู้จากภายนอกในการเรียนรู้เรื่องการจัดทำบัญชีครัวเรือน 2 ปีที่ผ่านมาเวทีเรียนรู้ภายในเครือข่าย อสม. ทำให้แกนนำ อสม. มีแนวคิดที่กว้างออกไปเพิ่มมากขึ้น จากงานเดิมที่คุ้นเคยจากงานประจำ สื่อภายนอกเป็นส่วนช่วยกระตุ้นให้ภายนอกได้รับรู้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนได้เข้ามาช่วยเหลือ เช่น สถานีอนามัย พัฒนาชุมชน การศึกษานอกโรงเรียน

ปัจจัยภายในชุมชน

แกนนำที่มีโอกาสเรียนรู้จากภายนอก เมื่อกลับมาในชุมชนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกอย่างต่อเนื่อง คนในครัวเรือนให้การสนับสนุนการทำงานกับชุมชน แกนนำหลายคนมีเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นเด่นชัด รู้จักจับประเด็นในการประชุม ทำให้การทำงานเป็นทีมมีความเข้มแข็ง

ขึ้น เรื่องที่ อสม. นำมาสร้างการเรียนรู้ในชุมชนเป็นที่สนใจของคนในชุมชนเพราะเรื่องที่ทำตรงกับปัญหาภายในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

- 1.จากการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่สามารถ สร้างคนเพิ่มขึ้น ทีมงานอสม.ต้องช่วยกันสร้างคนทำงานเองได้ภายในชุมชนเพิ่มขึ้น
- 2.ตำบลบ้านดงเมือง ควรนำเรื่องราวดี ๆ ที่เกิดขึ้น นำไปขยายผลให้มากกว่านี้
- 3.สมาชิกควรสร้างโอกาสในการเรียนรู้ให้สมาชิก เพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัด

- 1.ทำงานกลุ่มเดิม ไม่ได้สร้างคนรุ่นใหม่
- 2.ทิศทาง นโยบายรัฐไม่ยืดหยุ่น ตามที่ชุมชนเดินเองได้
3. การทำงานยังยึดติดกับตัวบุคคล บางคนยังทำงานเพื่อการเมืองท้องถิ่น

บ้านทุ่งอินทนิล ซึ่งเป็นชุมชนที่ไม่มีการกล่าวถึงมากนัก หลายปีที่ผ่านมาในการทำงานอย่างจริงจังและการร่วมมือจากชุมชน ทำให้ บ้านทุ่งอินทนิล เป็นที่รู้จักของคนทั้งในจังหวัด ภาคใต้และระดับชาติ ในช่วงเวลา 3-4 ที่ผ่านมานี้ บ้านทุ่งอินทนิล ถูกยกระดับเป็นชุมชนต้นแบบ ในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ สถานีนอมาลัยก็เป็นสถานีนอมาลัยที่ทำงานกับชุมชน โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของสถานีนอมาลัย เจ้าหน้าที่สถานีนอมาลัย เป็นเพียงผู้อำนวยการความสะดวกและช่วยเหลือในบางเรื่องภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ คือภาระหน้าที่ของ อสม. เพราะอสม. เป็นองค์กรที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด และสามารถเข้าถึงข้อมูล ของแต่ละครัวเรือนมากกว่าองค์กรอื่น ๆ แนวคิดในการเป็นเครือข่าย อสม. เพื่อให้ อสม. เป็น อสม. แนวใหม่ ได้เห็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การทำงานในช่วงที่ผ่านมา ใช่ว่าจะราบรื่นเสมอไป ในการทำงานในบางครั้งบางเวลา ต้องมีการปรับกระบวนการทำงานอยู่ตลอดเวลา กิจกรรมบางอย่างที่ทำมาบางครั้งต้องหยุดชะงัก เพื่อตั้งหลัก เพื่อขับเคลื่อนต่อไป

หมายเหตุ ที่มาข้อมูลส่วนหนึ่ง นำมาจากเอกสารเหลียวหลังแลหน้าศึกษาเรียนรู้ กรณี อสม.

กรณีศึกษาที่ 10

ชุมชนฟาละมี : จากแผนสุขภาวะสู่รูปธรรม
ความสุขของชุมชน

โดย เสณี จำวิสุต

ชุมชนฝาละมี : จากแผนสุขภาวะสู่รูปธรรมความสุขของชุมชน

เสณี จ้าววิสูตร^{*}

ถิ่นฐานบ้านฝาละมี

ชุมชนบ้านฝาละมี หมู่ที่ 1 ตำบลฝาละมี อำเภอบางปะอิน จังหวัดพิจิตร เป็นหมู่บ้านหนึ่งของตำบลฝาละมี ตั้งอยู่ริมทะเลสาบสงขลาห่างจากตัวอำเภอบางปะอินมาทางทิศตะวันตกประมาณ 6 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบใช้เป็นพื้นที่ทำนาในบริเวณที่ราบลุ่ม ส่วนที่เป็นเนินควนใช้เป็นที่อยู่อาศัย ทำสวนยางและเลี้ยงสัตว์ มีประชากรรวม 1,205 คน ชาย 622 คน หญิง 573 คน มีครัวเรือนรวม 292 ครัวเรือน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีแหล่งน้ำสายหลักที่ไหลผ่านชุมชนไปลงทะเลสาบคือคลองฝาละมี คนส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนยาง รับจ้าง และเลี้ยงสัตว์มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ขึ้นอยู่กับภาวะยางพารา มีพื้นที่นา 2,463 ไร่ (ข้อมูล ปี พ.ศ.2546 พื้นที่นาเป็นนาร้างทั้งหมด) และพื้นที่สวนยาง 1,772 ไร่ ซึ่งปัจจุบันสัดส่วนสวนยางเพิ่มขึ้น พื้นที่นาลดลง พื้นที่ทำนาเดิมได้แก่ทุ่งปากพุด ทุ่งหนองบ่อ ทุ่งหน้าบ้าน ทุ่งขี้หมู นับถือศาสนาพุทธ 100% มีความเชื่อวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นชาวใต้ เช่นประเพณีสารทเดือนสิบ เทศกาลชักพระฯ สถานที่สำคัญ มีวัดควนฝาละมีเป็นวัดเก่าแก่ อายุประมาณ 200 ปี เป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีท้องถิ่นของชุมชนและเป็นที่ตั้งของทำการกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์และกลุ่มแก้ไขปัญหาคความยากจน (กข.กจ.) โรงเรียนบ้านฝาละมีเป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษา สถานีนามัยตำบลฝาละมี

อสม. คิดสร้างสุขที่ฝาละมี

นางสาวนิยม ณ พัทลุง ประธานกองทุนหมู่บ้านบ้านฝาละมีได้เคยเข้าร่วมกิจกรรมในการจัดทำแผนชุมชนของตำบลฝาละมี เมื่อปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมี **น้ำแก้ว สังข์ชู** ผู้ประสานงานเครือข่าย อสม. เป็นหัวเรือใหญ่ของคณะทำงานแผนชุมชนจังหวัดพิจิตรในขณะนั้น เห็นว่าชุมชนฝาละมีมีความพร้อมอยู่ในระดับหนึ่งที่น่าจะต่อยอดเป็นชุมชนต้นแบบได้ เลยมีการประสานงานหารือพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับแกนนำและกลุ่ม อสม.ของชุมชนฝาละมีขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 เพื่อสร้างความเข้าใจเบื้องต้นถึงแนวทางแนวคิดของโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ ฟินิยมได้กล่าวถึงความสำคัญของแผนชุมชนซึ่งได้กลายมาเป็นแผนสุขภาวะของบ้านฝาละมีในเวลาต่อมาว่า **“ตอนที่**

ทำแผนชุมชนครั้งแรกก่อน อสม.เองเป็นกำลังหลักในการเก็บข้อมูลตามแบบสำรวจ เพราะเป็น

กลุ่มที่เคยเก็บข้อมูล จปฐ.อยู่แล้ว แบ่งกันไปคนละสิบกว่าครัวเรือน พอวันที่ครบเดือนก็ไปเก็บกลับมารวมเป็นข้อมูลของหมู่บ้าน และก็ส่งให้แกนนำแผนตำบลซึ่งนำไปรวบรวมทำเป็นแผนตำบล

^{*} เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช

หลังจากนั้นก็ไม่มีความคืบหน้าอะไร หลายคนที่ตั้งใจบันทึกพอเห็นรายจ่ายไหลออกมากกว่า รายได้ก็เริ่มได้สติ เริ่มที่จะมีความรอบคอบในการใช้จ่าย แต่พอผ่านไปสักพักก็เลยตามเลย ที่จะมารวมกันคิดกันทำเพื่ออุดรูรั่วก็เลยไม่ได้ผล ถ้าให้ได้ผลต้องมีความต่อเนื่องและต้องให้คน โดยเฉพาะผู้นำร่วมกันผลักดัน และกลุ่มที่น่าจะขับเคลื่อนเรื่องนี้ได้ดีกว่าที่สุดก็น่าจะเป็นทีม อสม. เพราะการที่จะทำให้ชุมชนเป็นสุข มันต้องทำกันทุกกลุ่มทุกองค์กร และอสม. ก็เป็นแกน นำอยู่ในทุกกลุ่มอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มการเงิน กลุ่มอาชีพ กรรมการหมู่บ้าน อสม. ก็เป็น แต่ที่ เคลื่อนเรื่องของ อสม. เองไม่ค่อยออกเพราะเรื่องมันคนส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญ ชวน ตรวจลูกน้ำยุงลายชวนคว่ำพลก (กะลา) วัดความดันก็ไม่ค่อยได้ผลเพราะคนไม่เห็นความสำคัญ เพราะวัน ๆ เอาแต่ทำมาหากินหาเงินให้ทันใช้ หามาใช้หนี้ มันไม่ได้สติ แต่ถ้าไปชวนให้คิดเรื่องที่ต้อง ใจตรงจุดตรงเรื่องที่เขาทุกข์ใจไปลงหนี้ไม่พ้นเรื่องหนี้สินหาไม่พอจ่าย ถ้าจะทำแผนชุมชนกันใหม่ใน ระดับหมู่บ้าน โดยดับบ้านดับเมืองหนุนเสริมและพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มาช่วยและทำกันให้เนียน เพราะเรามีบทเรียนจากครั้งก่อนอยู่แล้ว เริ่มจากทำบันทึกรับจ่ายจะได้เห็นว่าที่เป็นทุกชนชั้นมันเกิดจาก อะไร และถ้าจะแก้มันจะแก้กันอย่างไร มันน่าจะง่ายกว่า”

ผู้ใหญ่สิน น้อยแก้ว ผู้ใหญ่บ้านให้ความเห็นที่มีต่อ อสม. ว่า “อสม. ที่นี้ ส่วนใหญ่จะเป็น แกนนำอยู่ในทุกกลุ่มในหมู่บ้าน แล้วแต่ว่าวันไหนไปทำอะไรกับกลุ่มไหนก็หยิบเอาหมวด กลุ่มนั้นมาใส่ ถ้าให้ทำโดย อสม. เองก็ตรวจลูกน้ำยุงลาย วัดความดัน นัดเด็กหยอดยา แล้วแต่หมอจะสั่ง”

“แผนชุมชน คือ กระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชนท้องถิ่นที่ร่วมกันคิด ร่วมกันค้นหาเรียนรู้ เพื่อให้ชุมชน รู้และเข้าใจตนเอง โดยใช้การสำรวจข้อมูลปัญหาและศักยภาพ เป็นเครื่องมือทำให้เกิดการทบทวนตัวเอง โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนท้องถิ่น เพื่อกำหนดอนาคตและทิศทางการพัฒนาตนเอง ที่คนในชุมชน เป็นศูนย์กลาง มีความสัมพันธ์กับภาคีพัฒนาแบบ เป็นหุ้นส่วนการพัฒนา

แผนชุมชน จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาขีดความสามารถของคนในชุมชน ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสู่ความยั่งยืนเป็นสุขอย่างยั่งยืน”

แผนชุมชน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชนที่มีต้นแบบมาจากบ้านแม่เรียง อ.ดวง จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งลุงประยงค์ วรรณค์ ประธานคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยผู้นำชุมชน ได้นำมาใช้โดยเรียกชื่อว่า เครื่องมือการเรียนรู้ของชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2539 กระบวนการแผนแม่บทชุมชน 4 ภาค โดยขยายผลพื้นที่เป้าหมาย ระดับประเทศแต่ไม่ได้รับผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากชุมชนบางส่วนขาดความพร้อมและภาคีที่ยึดติดกับการ ทำงานตามวัฒนธรรมขององค์กรภาครัฐ แผนที่เกิดจึงขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชนในระดับที่วางไว้ แต่ในภาพรวม การเรียนรู้เรื่องแผนแม่บทชุมชนขยายวงกว้างยิ่งขึ้น ปลายปี พ.ศ. 2547 เครือข่ายแผนแม่บทชุมชน 4 ภาคจัดงาน สรุปลผลการจัดทำแผนชุมชนที่ดำเนินการผ่านมานำเสนอสู่ระดับนโยบาย ในขณะที่รัฐบาลจัดตั้งศูนย์อำนวยการ การปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะความยากจนระดับชาติ (ศตจ.ช.) เพื่อรองรับนโยบายการแก้ไขปัญหาความยากจนที่เป็น นโยบายหลัก จึงรับเอา แผนแม่บทชุมชนเป็นเครื่องมือหลักในการแก้ไขปัญหาความยากจน โดยในภาคประชาชน ได้จัดตั้ง ศูนย์ประสานงานการต่อสู้เพื่อเอาชนะความยากจนภาคประชาชนระดับชาติ (ศตจ.ปชช.) ขึ้นเพื่อทำงาน ประสานร่วมกับภาครัฐและดำเนินการอยู่ถึงปัจจุบัน

ในส่วนของจังหวัดพัทลุงมีกลุ่มและองค์กรต่าง ๆ เข้ามาขับเคลื่อนแนวคิดแผนชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 แต่การเรียนรู้ยังอยู่ในวงแคบไม่กี่พื้นที่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 แกนนำขององค์กรที่เข้าร่วมกระบวนการกับกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIF) ชักชวนพันธมิตรที่สนใจแนวคิดนี้รวมตัวกันเป็น “ คณะทำงานแผนชุมชนจังหวัดพัทลุง ” โดยมี แก้ว สังข์ชู เป็นหัวหน้าคณะทำงานนี้(ต่อมาได้ร่วมก่อตั้งเครือข่าย อสม.ในฐานะผู้ประสานงานเครือข่ายฯ) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก SIF จัดทำแผนชุมชนในพื้นที่ 35 ตำบลของจังหวัดพัทลุง เป็นโอกาสดีของคนพัทลุงและตำบลผาละมีที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมกระบวนการเรียนรู้เรื่องแผนชุมชน แต่เป็นการจัดทำแผนระดับตำบลซึ่งเมื่อรวบรวมข้อมูลระดับหมู่บ้านแล้วเสร็จก็รวบรวมนำมาวิเคราะห์และยกวางแผนในระดับตำบล ขาดการวิเคราะห์และแผนระดับหมู่บ้าน เมื่อแผนระดับตำบลไม่สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติจริงได้ การเรียนรู้ระดับชุมชนก็ขาดความต่อเนื่อง เพราะไม่มีแผนรองรับ เมื่อมีโอกาสเข้าร่วมกับเครือข่าย อสม.ภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ แกนนำของชุมชนผาละมีโดยเฉพาะ กลุ่ม อสม. ซึ่งเคยรับหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลครัวเรือนตามแผนชุมชน เมื่อปี พ.ศ.2545 และเคยเรียนรู้ถึงความสำคัญของแผนชุมชนว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถสร้างการเรียนรู้ให้คนในชุมชน รู้จักอดีต รู้จักปัจจุบัน รู้จักตนเองและครัวเรือนและสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดสุขภาวะได้ จึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและเลือกใช้แผนชุมชนเป็นแนวทางสร้างสุขให้กับชุมชน

ด้วยพื้นฐานการเรียนรู้จากเครื่องมือแผนชุมชนการสร้างสุขของชุมชนผาละมีจึงเลือกเดินทางโดยกระบวนการเรียนรู้เรื่องแผนสุขภาวะ ประกอบกับชุมชนเห็นว่าเป็นโอกาสดีที่จะได้พัฒนาคนให้เข้ามาร่วมคิดร่วมทำกันในเรื่องดี ๆ โดยเห็นว่าน่าจะเริ่มต้นด้วยการจัดทำแผนแม่บทชุมชนระดับหมู่บ้านซึ่งมีฐานการเรียนรู้เดิมอยู่แล้ว

จากบทพุดคุยกันครั้งแรก อสม.ได้ชักชวนแกนนำอื่นเข้ามาร่วมเวทีเรียนรู้ภายใต้โจทย์ “ทำอย่างไรชุมชนจึงเป็นสุข?” โดยผู้ช่วยชุมชนเป็นคนชวนคุย ปุจฉา วิสัชนา “ มีเงินก็มีความสุข มีเงินเป็นสุขจริงหรือ? ถ้ามีแต่หาเงินไม่มีเวลาให้ครอบครัว พ่อแม่เข้าสวนกรีดยางตั้งแต่หัวรุ่ง ลูกไปโรงเรียนแต่เช้า เสร็จจากยาก็เหนื่อย ไม่มีเวลาช่วยงานส่วนรวม ไม่ได้เอาใจใส่สุขภาพ ถ้าเกิดเจ็บป่วยจะกระทบใครบ้าง งานก็ไม่ได้ทำคนในครอบครัวต้องเป็นภาระคอยดูแล ขาดรายได้ แล้วรายได้ที่มีอยู่เป็นอย่างไร พอจ่ายไหมจ่ายอะไรไปบ้าง ไม่ทราบรายละเอียด ถ้ารายได้พอแล้วทำไมจึงเป็นหนี้ หนี้ ธกส. หนี้กลุ่มออมทรัพย์ หนี้กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ ทำอย่างไรจึงหมดหนี้ ไม่มีคำตอบ เป็นหนี้เป็นทุกข์ เป็นหนี้เป็นได้ถ้าเป็นแล้วเอามาทำให้งอกเงยเอามาเป็นทุนทำมาหากิน แล้วหนี้ที่เป็นส่วนใหญ่เป็นเพราะอะไร เพราะกู้กลุ่มออมทรัพย์เอาไปส่ง ธกส. กู้คืนจาก ธกส.ไปส่งกองทุนหมู่บ้าน กู้คืนจากกองทุนหมู่บ้านไปส่งกลุ่มออมทรัพย์ ส่วนต่างของดอกเบี้ยต้องกู้ธนาคาร ดอกเบี้ยร้อยละห้าบาทต่อเดือน ดิน

พอกหางหมูโตขึ้นเรื่อยๆ แล้วทำไมคนสมัยก่อนไม่เป็นหนี้? น่ากลับไปย้อนดู น่าค้นหาว่าความจริงเป็นอย่างไร ที่ประชุมเริ่มเห็นด้วย ใครบ้างที่เหมาะสมที่น่าจะมาเป็นหัวเรือ”

จากเวทีพูดคุยในช่วงต้นของการริเริ่มที่มุ่งกระตุ้นให้เกิดความสนใจก่อให้เกิดการคัดเลือกกลุ่มคนที่จะเข้ามาทำหน้าที่เป็นคณะทำงานของชุมชนรับผิดชอบการดำเนินการตามโครงการนี้

1. นางสาวนิยม ณ พัทลุง	ประธานกลุ่มสัจจะออมทรัพย์,ประธานกองทุนหมู่บ้าน
2. นายมานะ บุตรตะ	รองประธานกองทุนหมู่บ้าน
3. นายสิน น้อยแก้ว	ผู้ใหญ่บ้าน
4. นายสรวง ทองเรืองสุกใส	สมาชิก อบต.
5. นายเจริญ ปิติ	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
6. นางอุไรวรรณ จิตรหมั่น	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
7. นายวินิต เส้นหละ	ประธาน อสม.
8. นางประเทือง พิมโคตร	อสม.
9. นางบุญพา พรหมแก้ว	อสม.
10.นางสมหมาย เอียดเหลือ	อสม.
11.นางวรรณมา คงแดง	อสม.
12.นายพร้อม ทองตั้ง	กลุ่มอนุรักษ์สัตว์น้ำ
13.นางอารี เอียดมาก	กลุ่มอนุรักษ์สัตว์น้ำ
14.นายเอี่ยม คล้ายเพ็ญ	กลุ่มปรับปรุงคุณภาพยางแผ่น
15. นายจรรยา คงแดง	กลุ่มเลี้ยงปลาฟาร์ม

เริ่มต้นที่จะเรียนรู้ใหม่

คณะทำงานตัดสินใจที่จะใช้แนวทางแผนชุมชนในการสร้างการเรียนรู้ในการสร้างสุข ภายใต้ชื่อกิจกรรม “โครงการค้นหาตัวตนชุมชนบ้านเรา” เป็นเครื่องมือแรกมีเป้าหมายที่ต้องการสะท้อนความจริงของชุมชนภายใต้ข้อมูลบริบทของชุมชนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมในระยะต่อไปโดยมีกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอนดังนี้

1. *เรียนรู้ย้อนอดีต* โดยจัดเวทีเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคน 3 รุ่น โดยให้คนแก่ผู้เฒ่าเล่าความหลังถึงวิถีชีวิตและพัฒนาการในอดีตจนถึงปัจจุบันของชุมชนถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง
2. *ค้นหาปัจจุบัน* โดยสำรวจข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ รายรับ รายจ่าย หนี้สิน สิ่งมีคุณค่าของชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสุขภาวะ ความทุกข์ของคนในชุมชน เพื่อนำเอาข้อมูล

เหล่านี้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับสภาพวิถีชีวิตในอดีต ค้นหาสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อความสุขของคนในชุมชน

3. **ผังถึงอนาคต** นำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลมากำหนดถึงทิศทางในอนาคตว่าคนผาละจะต้องอยู่อย่างไร ต้องทำอะไรและกำหนดออกมาเป็นแผนงานหรือโครงการ โดยความร่วมมือกันกำหนดนิยามความสุขเป็นเป้าหมายในการดำเนินการสร้างสุขภาวะชุมชน

ย้อนอดีต

ชุมชนบ้านผาละมีเป็นชุมชนที่มีประวัติการตั้งถิ่นฐานของคนตั้งแต่ประมาณยุคต้นของรัตนโกสินทร์ ขยายมาจากชุมชนปากพะยูน ซึ่งมีต้นตอบรรพบุรุษอพยพมาจากคนท่าเลออก (ฝั่งตะวันออกของทะเลสาบสงขลาหรือคาบสมุทรสะทิงพระ อำเภอระโนด) ประมาณปี พ.ศ. 2480 มีครัวเรือนอาศัยอยู่ที่นี่ประมาณ 80 ครัวเรือน มีอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ ปลูกผักและหาปลา ทำมาหากิน สัตว์จรด้วยการเดินเท้าและพาหนะเรือเนื่องจากอยู่ริมทะเล และใกล้กับปากพะยูนซึ่งเป็นตลาดใหญ่ในการแลกเปลี่ยนสินค้ากับฝั่งทะเลตะวันออก คนแถบนี้จะหาไม้เคี่ยม(ซึ่งคนฝั่งตะวันออกนำไปหมักเพื่อเคี้ยวน้ำตาลโตนด) ไม้พีน(คนฝั่งตะวันออกนำไปเป็นเชื้อเพลิงในการเคี้ยวน้ำตาลโตนดและเผากระเบียงดินที่บ้านปากกรอ) ทำปลาแห้ง เคยกุ้ง เคยปลาและข้าวสาร เป็นสินค้าเพื่อส่งไปแลกเปลี่ยนกับเกลือหรือน้ำตาลโตนดและสินค้าอุปโภคบริโภคอื่น ซึ่งเป็นสินค้าหลักจากฝั่งตะวันออก โดยมีเรือยนต์โดยสารล่องจากสงขลาแวะจอดที่ปากพะยูนและเดินทางต่อไปยังระโนด และจากสภาพพื้นที่ที่อยู่ติดกับทะเลและมีลำคลองไหลผ่านหมู่บ้านคือคลองผาละมีเลยทำให้มีปลาชุกชุม จนเป็นที่ขึ้นชื่อว่า **“ถ้าจะกินปลาต้องมาผาละมี”**

ทำนาวิถีอดีตแห่งความสุข

อาชีพหลักที่สำคัญในอดีตคือการทำนา เลี้ยงสัตว์ (เลี้ยงควายฝูง) และเลี้ยงวัวเพื่อไถนา การทำนาในอดีต บางส่วนที่เป็นที่ลุ่ม จะใช้ควายทั้งฝูงเดินย่ำจนกระทั่งดินละเป็นโคลนจึงจะปักดำต้นกล้าซึ่งเตรียมจากแปลงที่มีดินดีที่เหมาะสมสำหรับทำแปลงต้นกล้า เนื่องจากสภาพของดินที่ใช้ทำนามีความอุดมสมบูรณ์แตกต่างกันมีบางแปลงเท่านั้นที่เหมาะสมต่อการเพาะต้นกล้า การใช้ปุ๋ยโดยวิธีจุ่มรากต้นกล้ากับมายา (ขี้ค่างควาซึ่งซื้อมาจากเขาชัยสน) น้ำเกิดจากน้ำฝนที่ตกชุกตามฤดูกาล การทำนาในอดีตทำกันสองวิธีคือ “นาหว่านแห้ง” จะทำในพื้นที่นาดอน โดยไถนาเตรียมดินในประมาณเดือนกรกฎาคม ก่อนฤดูฝนและหว่านพันธุ์ข้าวไว้ค่อนน้ำฝนเป็นวิธีแรก วิธีที่สองคือ “นาดำ” ทำในพื้นที่นาหลุ่ม ที่เริ่มการไถในช่วงต้นฤดูฝนเพื่อหว่านข้าวในแปลงต้นกล้า และเตรียมดินไถตะ ไถแปร และคราดเพื่อ “ทำเทือก” เมื่อต้นข้าวในแปลงต้นกล้ามีอายุเหมาะสมประมาณ 2 เดือน ก็จะถอนต้นกล้าและนำมาดำในแปลงนาที่เตรียมไว้ มีการออกปาก(วาน)กันเพื่อช่วยกันดำนาและเก็บข้าวเมื่อข้าวสุกโดยใช้

เกาะ เป็นสังคมที่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน อาหารการกินอุดมสมบูรณ์ในนามีปลา มีกุ้ง มีหอย มีปู ผัก บั้ว ผัก กูด ผัก รื่น ผัก ฟีน บ้าน ริม รั้ว ชาย ป่า ได้ ทุน เลี้ยง ไก่ ข้าง บ้าน เลี้ยง หมู เลี้ยง วัว และ ควาย พันธุ์ ข้าว ที่ นิยม ทำ กัน ใน อดีต ได้แก่ ข้าว พันธุ์ ช่อ มุด ช่อ ไพโร ดอก ยอม ดอก พรวัว ไช้ มด รื่น แก่น จัน ทร ไหล ผุด มัน ตม ข้าว ช่อ ช่อ จังหวัด ปรี้ง หอม จัน ทร เบา หอม ลากา หัว นา ช่อ นาง ทราย ขาว เลี่ยน โอน เล็บ นัว นาง ลูก ดำ นาง พญา และ ผัก เลี่ยน เป็น ความ หลาก หลาย ทาง พันธุ์ กรรม ของ พันธุ์ ข้าว และ อุดม สมบูรณ์ ใน ห่วง ไร่ อาหาร ที่ เกิด จาก ทรัพยากร ธรรมชาติ ที่ เชื้อ ต่อ การ ดำรง ชีวิต

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. ประมาณปี พ.ศ. 2515 กระทรวงเกษตรส่งเสริมให้ชาวบ้านหันมาทำนาด้วยข้าวพันธุ์ส่งเสริมซึ่งได้แก่ข้าวสกุล กข.ต่าง ๆ ทำให้ชาวนาที่นี้หันมาเปลี่ยนแปลงวิธีการทำนาตามที่รัฐส่งเสริม วิธีการทำนาเปลี่ยนจากนาดำและนาหว่านแห้งมาเป็น “น่าน้ำตม” ที่ต้องไถตะไถแปรและคราดเทือกทำน้ำตม และหว่านเมล็ดข้าวที่แช่ไว้จนกระทั่งออกรากลงแปลงนา เครื่องจักรกลการเกษตรเริ่มเข้ามาแทนที่คราด ไถและแฉก แทนที่วัวและควาย จากปุ๋ยคอกมาขายซึ่งค้างคาวเป็นปุ๋ยเคมี และสารเคมีกำจัดศัตรูข้าว จากทำกินเหลือค่อยขายเป็นทำเพื่อหวังขาย ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น การช่วยเหลือกันลดน้อยลง อาหารอื่นที่เป็นผลพลอยได้จากนาดลง เกิดการปนเปื้อนของสารเคมีในดิน น้ำและระบายลงสู่ลำคลองและทะเลสาบ ปลาในคลองและทะเลสาบที่เคยมีชุกชุมเริ่มลดน้อยลง ดินเริ่มเสื่อมจำเป็นที่จะต้องเพิ่มปริมาณการใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมี ข้าวพันธุ์พื้นเมืองเริ่มทยอยสูญพันธุ์ ระดับการพึ่งพาตนเองของชุมชนอ่อนแอลง เริ่มมีแหล่งทุนจากภาครัฐโดย ธกส.คนเริ่มมีหนี้สินเริ่มเป็นทุกข์ จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2538 ด้วยต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้นคนเฝ้าจะมีก็หยุดทำนาทิ้งผืนนาเป็นนาร้าง และบางส่วนที่เป็นพื้นที่นาดอนก็เปลี่ยนเป็นสวนยาง

2. ในเวลาไล่เลี่ยกันเกิด องค์การสงเคราะห์การทำสวนยาง (สกย.) ส่งเสริมให้ทุนในการเปลี่ยนแปลงพันธุ์จากยางพันธุ์พื้นเมือง เป็นยางพันธุ์ใหม่ที่ให้ผลผลิตสูงกว่า เกิดการบุกเบิกพื้นที่ป่าเดิมเปลี่ยนเป็นแปลงยางพันธุ์ดี ซึ่งในการเตรียมแปลงต้องโค่นไม้เดิมที่มีอยู่จนหมดสิ้น และเผาปรนจนเตียนจึงจะทำการไถเพื่อเตรียมดิน เป็นการทำลายหน้าดินส่งผลให้เกิดการชะล้างดิน แหล่งน้ำตื้นเขิน พืชอาหาร ไม้ใช้สอย พืชสมุนไพร สัตว์ป่าถูกทำลายลง “ลูกพรวัว ลูกตอ ลูกเนียง ลูกเหริ่งเห็ด หน่อไม้ ฯลฯ เขาให้เราเผาหมด” ความหลากหลายทางชีวภาพลดน้อยลง ในการปลูกยางพันธุ์ดีต้องใช้ปุ๋ยเคมี สารเคมีกำจัดวัชพืช เกิดการปนเปื้อนในดินและน้ำผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารเช่นเดียวกันที่เกิดขึ้นกับการทำนา แต่เมื่อยางที่ปลูกเริ่มเปิดกรีดได้ **ลิลาวี**ของคนทำสวนยางที่เคยทำนาก็เปลี่ยนไป ต้องตื่นตอนกลางดึกเพื่อไปกรีดยาง กว่าจะเสร็จกระบวนการก็ใช้เวลาสาย เวลากลางวันคือช่วงแห่งการพักผ่อน เวลาให้ครอบครัวเริ่มลดน้อยลง เวลาให้แก่สังคมลดลง ดังคำนิยามที่เรียกขานคนทำสวนยางว่า **“ขายนํ้า ชื้อแกง แหลงเรื่องเพื่อน”** ขายนํ้าคือขายนํ้ายาง ชื้อแกงคือ

ซื้อแกงถุงเพราะไม่เวลาประกอบอาหาร (จะปลอดภัยหรือไม่สำคัญ) แหรงเรื่องเพื่อนคือไม่มีเวลา ให้แก่ครอบครัวแต่มีเวลาในเรื่องบันเทิงที่ไร้สาระ “ในการพัฒนาต้องได้อย่างเสียอย่าง ได้เงินมาจากยางแต่ก็ต้องนำเงินนั้นมาซื้อทุกอย่าง” เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนถึงปัจจุบัน

3. ปี พ.ศ. 2520 ไฟฟ้าเริ่มเข้าถึงชุมชนฝาละมี สิ่งที่มาคือเครื่องใช้ไฟฟ้าที่อำนวยความสะดวก และสินค้าเงินผ่อน สิ่งที่สำคัญคือการเข้ามาของโทรทัศน์ ซึ่งทำให้ “คนอยากจะเป็น อยากจะมี อยากจะกิน อยากจะใช้อย่างที่โฆษณาในโทรทัศน์” วิธีการบริโภคเดิมถูกรอบงำโดยสื่อที่ถูกกำหนดโดยทุนนิยม

4. ปี พ.ศ. 2534 กรมชลประทานสร้างฝายกั้นน้ำที่ปากคลองฝาละมี ทำให้ปลาในทะเลสาบซึ่งเมื่อถึงฤดูฝนจะขึ้นมาวางไข่และผสมพันธุ์ในลำคลองไม่สามารถเข้ามาได้ และเมื่อถึงฤดูแล้งหากปีใดแล้งจัดน้ำในทะเลสาบจะเค็ม ปลาในทะเลสาบจะหนีเข้ามาในลำคลอง แต่เมื่อมีฝายปลาหนีน้ำเค็มไม่ได้ทำให้ตายลงมากมาย เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปลาหลายชนิดสูญพันธุ์และลดจำนวนลง

“สุดท้ายพวกเราสะอึกสั่น แต่ไม่สบายใจเพราะอะไรๆ ก็เปลี่ยนไป คนเริ่มเห็นแก่ตัว ต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยช่วยเหลือเกื้อกูลกันถ้าจะช่วยกันก็ต้องมีค่าแรง นาต้องเลิกทำเพราะสู้ค่าปุ๋ยค่ายาไม่ไหว ดินก็เสื่อมน้ำก็เสียคลองที่เคยมีปลา ปลาก็มีไม่พอกิน ผักหญ้าอาหารที่เคยมีต้องกลายมาซื้อหา สุขภาพที่เคยดีคนแข็งแรงก็เกิดโรคโน่นโรคนี้ กินของตลาดผักตลาดก็ไม่รู้ว่าปนอะไรมาบ้าง ทุกอย่างต้องซื้อต้องหา อยากได้น้อยอยากได้นี้ อยากได้ไหมเหมือนเพื่อนไม่มีเงินก็ซื้อผ่อน เป็นหนี้เป็นสิน จากอยู่เย็นเป็นสุข กลับมาเป็นอยู่ร้อนนอนทุกข์” คือคำกล่าวสรุปจากฟิสิกส์ ณ พัทลุง หลังจากกิจกรรมเวทีย้อนอดีตได้จบลง

ค้นหาปัจจุบันด้วยการเรียนรู้ผ่านข้อมูล

๑. กิจกรรมเก็บข้อมูลครัวเรือน

เพื่อต้องการที่ทราบข้อมูลข้อเท็จจริงในด้านเศรษฐกิจ เรื่องรายรับ รายจ่าย หนี้สิน ต้นทุนการผลิต ด้านสังคมต้องการที่จะค้นหาทุกข์ สุขของคนในชุมชน จึงได้มีการรวมกลุ่มเพื่อที่จะช่วยกันออกแบบแบบสำรวจโดย อสม.เป็นผู้มีบทบาทสำคัญเนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูล จปฐ. มาก่อนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีการเรียนรู้การเก็บข้อมูลมาจากชุมชนอื่นแล้วนำมาปรับใช้ให้เข้ากับสภาพพื้นที่ของหมู่บ้าน ทำการแบ่งพื้นที่ของหมู่บ้านตามเขตรับผิดชอบของ อสม. เปิดเวทีสร้างความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมกับตัวแทนครัวเรือนในชุมชนและทำความเข้าใจในแบบสอบถามและการกรอกข้อมูล หลังจากนั้นก็แจกจ่ายแบบสำรวจโดยมีกำหนดระยะเวลาในการสำรวจ 1 เดือน โดย อสม.ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่ครัวเรือนที่รับผิดชอบ หลังจากการกรอกข้อมูลเสร็จสิ้นก็ทำการเก็บรวบรวมกลับมาและนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล เป็นข้อมูลรวมของหมู่บ้าน

ไปให้ถึงความจริงจากความจริงที่ค้นหา : ตั้งวงวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเห็นข้อมูลที่รวบรวมเป็นของระดับหมู่บ้าน ทีมงานของหมู่บ้านที่นำโดย อสม. เริ่มเห็นภาพของชุมชน การที่รายรับน้อยกว่ารายจ่าย นั้นหมายความว่าส่วนต่างที่ติดลบต่อปี ไม่มีรายได้ที่จะนำไปจ่ายหนี้ ในความเป็นจริงคือส่วนใหญ่ชาวบ้านจะผลัดหนี้ กู้โน้นมาส่งนี้ กู้นี้กลับมาส่งโน้น ส่วนต่างที่เป็นดอกเบี้ย จะค่อยๆโตขึ้น ถ้าชักหน้าไม่ถึงหลังนั้นหมายความว่าต้องพึ่งเงินกู้นอกระบบ ไม่รู้ว่าเมื่อไรจะหลุดพ้นวงจร ทางออกที่สามารถทำได้นั้นคือการลดรายจ่ายลงจนกระทั่งสมดุลกับรายได้ ซึ่งก็ยังไม่มีส่วนต่างเป็นรายได้เหลือพอที่จะปลดหนี้ได้ ต้องทำให้รายได้มากกว่ารายจ่ายจึงมีหวังที่จะปลดหนี้สินสำเร็จ

การเรียนรู้เรื่องสภาพทางด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนจะเริ่มส่งผลตั้งแต่คนในครัวเรือนเริ่มบันทึกรายรับจ่ายของครัวเรือนตนเอง ซึ่งคนมักจะจำรายได้หรือรายจ่ายที่สำคัญได้แต่รายจ่ายทั่วไปมักจะจำไม่ได้ การบันทึกจะช่วยในส่วนนี้ให้คนได้เห็นสภาพของครัวเรือนตัวเอง ซึ่งในระดับปัจเจกหากเห็นข้อมูลใดที่เป็นรายจ่ายที่ไม่จำเป็น จะนำไปสู่การลดละเลิก เช่นข้อมูลการเสพเหล้า บุหรี่ การพนัน หวยเบอร์ หรือการเตือนให้รู้ตัวว่าหากเป็นอยู่อย่างที่ได้น้อยกว่าจ่าย ถ้าไม่ลดก็จะเป็นทุกข์อยู่ต่อไป ส่วนรายจ่ายที่ไม่จำเป็นอื่นที่ครัวเรือนสามารถทำเองได้เอง ปลุกเองกินเองในครัวเรือนได้ก็ลงมือทำ กิจกรรมใดที่ไม่สามารถทำในระดับครัวเรือนก็รวมกลุ่มกันทำในระดับกลุ่มและองค์กร ทั้งนี้ต้องมีแนวคิดหลักในการพึ่งตนเองพึ่งกันเองในการดำเนินกิจกรรม ในการจัดบันทึกจะแนะนำครัวเรือนที่มีบุตรซึ่งสามารถอ่านออกเขียนได้ระดับประถมปลายขึ้นไป เป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึก เพราะเด็กและเยาวชนจะได้มีส่วนร่วมได้เรียนรู้สภาพของครัวเรือนอีกทางหนึ่งเป็นการปลูกฝังให้มีนิสัยประหยัดอดออม คนในครัวเรือนจะได้มีเรื่องพูดคุยกันจะได้นั่งวางแผนการใช้จ่ายร่วมกัน เป็นการสร้างความอบอุ่นในครัวเรือนที่ดีวิธีหนึ่ง

ข้อมูลสำคัญ เห็นยอดการซื้อข้าวสารที่สูงถึง 2 ล้านกว่าบาทต่อปี ค่าปุ๋ยเคมี ถึง 1,923,276 บาทต่อปี และสารเคมีปราบศัตรูพืชถึงปีละ 147,202 บาท เห็นเม็ดเงินที่ไหลออกนอกชุมชน เห็นจำนวนของสิ่งที่สร้างผลกระทบต่อดิน น้ำ และปนเปื้อนในห่วงโซ่อาหารแล้ว ตกใจ เมื่อมาคิดอีกครั้งแล้วที่ผ่านมามันทั้งหมดจะเป็นจำนวนเท่าไร ได้คำตอบ ทำไมคนถึงเป็นโรคที่ไม่เคยเป็น ทำไมดินเสื่อมน้ำเสีย ทำไมปลาในคลองและทะเลสาบลดน้อยลง ทางออกต้องลดละเลิก และต้องทำเองกินเองเพื่อชุมชนเอง แนวคิดพื้นนาเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด ผ่านการวิเคราะห์ชุมชนรู้แล้วว่าอะไรบ้างที่ต้องทำ อะไรสามารถทำได้ทันที อะไรที่ต้องหาความรู้เพิ่มเติม อะไรที่ยังไม่รู้ก็ต้องหาความรู้เพิ่มเติม ทำได้สองวิธีคือ ไปดูเพื่อนหรือเชิญคนที่มีความรู้ มาถ่ายทอดให้เรียนรู้ในชุมชน เกิดเป็นการวางแผนการจัดทำเป็นโครงการ เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำตามความถนัดของทีมงานแต่ละ

คนผ่าละมือน่าอึ้งอยู่ปรีอ ?

เมื่อทราบอดีตทราบปัจจุบันแล้ว สิ่งที่ต้องทำคือการผันถึงอนาคตซึ่งใช้บทเรียนที่ผ่านมาในอดีต และสถานะในปัจจุบันเป็นตัวกำหนดอนาคต ดังนี้

- ด้านเศรษฐกิจ คนรู้จักพอ ลดต้นทุนการผลิต ลดการแข่งขัน ไม่มุ่งด้านเศรษฐกิจมากเกินไป เน้นเศรษฐกิจแบบพอเพียง มีกิน มีใช้
- ด้านสังคม คนในชุมชนต้องมีความร่วมมือ ร่วมใจ รวมกลุ่ม ผู้นำต้องรักลูกบ้าน รักเสียสละ มีจริยธรรม มีการทำกิจกรรมร่วมกันในทุก ๆ ด้าน และต้องไม่มีการแข่งขันทางการเมือง
- ด้านสิ่งแวดล้อม มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม น้ำไม่เสีย ลดปัญหามลพิษและไม่มีการใช้สารเคมีที่มีผลต่อการดำรงชีวิต

แปรการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ ภายใต้กติการ่วม: อสม. ต้องทำให้ดู ต้องอยู่ให้เห็น เพื่อเป็นต้นแบบ

- เรียนรู้และทำสินค้าทดแทน

แนวคิดจากการเรียนรู้ในเวทีย้อนอดีตที่คนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองในการผลิตของใช้เอง ทำเองและเห็นข้อมูลรายจ่ายจากการเก็บข้อมูลเห็นเม็ดเงินที่ไหลออกจากชุมชนทั้งที่สามารถกลับมาทำเองได้ จึงเกิดแนวคิดที่จะลดรายจ่าย แล้วได้มีการรวมกลุ่มกันทำสินค้าขึ้นเปลี่ยนขึ้น โดยมีแกนนำในชุมชนที่มีประสบการณ์จากทักษะนอกระบบมาแล้วเป็นวิทยากร จึงมีการรวมกันทำสินค้านี้ขึ้น จะเป็นน้ำยาล้างจาน น้ำยาปรับผ้านุ่ม สบู่เหลว และแชมพู ซึ่งลักษณะเด่นจะมีส่วนผสมของน้ำหมักชีวภาพ มะกรูด มะนาว มะเฟือง สับปะรด ผสมรวมอยู่ด้วยและวัตถุดิบเหล่านี้เมื่อทำเสร็จจะนำกลับไปหมักเป็นน้ำหมักชีวภาพอีกเป็นการเรียนรู้ที่จะใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยมีข้อตกลงซึ่งยึดเป็นแนวทางหลักว่า ครั้วเรือนของ อสม. ทุกครั้วเรือนต้องร่วมกันทำในเบื้องต้นเพื่อที่จะเป็นแบบอย่าง และจะทำให้เองเพื่ออุดหนุน ประหยัด ไม่หวังทำขายซึ่งจะนำไปสู่การหากำไร ใครต้องการที่จะใช้ต้องเข้ามาร่วมเรียนรู้และกลับไปทำใช้เอง เริ่มต้นในครั้วเรือนของคณะทำงานและ อสม. จำนวน 25 ครั้วเรือนและขยายผลเป็น 64 ครั้วเรือนในปัจจุบัน ผลที่เกิดขึ้นสามารถลดรายจ่ายลงได้บางส่วน ทำเองใช้เองเกิดความภูมิใจ เกิดวงสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันขณะร่วมกันทำถึงผลที่เกิดขึ้น ที่สำคัญได้ปรับทุกข์กันช่วยผ่อนคลายจิตใจ ปัจจุบันเกิดกลุ่มที่รวมทุนกันทำเป็นหย่อมบ้านเมื่อผลิตภัณฑ์ที่ทำขึ้นหมดลง และขยายผลกว้างขึ้นในชุมชน

- ฟันฟูการทำงาน (วิธีสุขเก่าเริ่มกลับคืน)

“เห็นข้อมูลรายจ่ายซื้อข้าวสารปีละ 2,334,132 บาท แล้วสะท้อนใจจากที่เคยทำนามีข้าวกิน ต้องมาซื้อเขากิน คนแก่คนเฒ่าก็รำร้องว่าให้ลูกหลานกลับมาทำนา เห็นอดีตที่สมบูรณ์แล้วนำตัดสินใจกลับมาพินนากันเถอะ” มานะ บุตรตะแกนนำคนสำคัญระบายความในใจในที่

ประชุมเวทีวิเคราะห์ข้อมูล ที่ประชุมคณะทำงานชุมชนตัดสินใจว่าจะต้องฟื้นฟู ทำเพื่อกินเอง การสืบทอดข้าว(การซ่อมข้าวด้วยมือ) กินเอง จากแนวคิดเดิมคิดว่าจะทำไม่ได้ ทำแล้วขาดทุน น้ำก็เสีย นาก็ร้าง แต่เมื่อมาคิดว่าถ้าปล่อยให้ไปอยู่จะเป็นอยู่จะเป็นอย่างไร ต้นทุนสูงต้องลดต้นทุน การใช้สารเคมีที่ทำให้ดินเสื่อม สารพิษตกค้างในดินและน้ำ มันก็อยู่ในเม็ดข้าว อยู่ในปลาอยู่ในหอย อยู่ในอาหารที่เราเคยเก็บกินจากกลางทุ่งจากในคลองและยังตามไปอยู่ในปลาที่จับจากทะเล สุดท้ายก็มาอยู่ในตัวคน ต้องหาวิธีที่ทำแล้วปลอดภัย ปลอดภัยสาร ต้องหันมาใช้ปุ๋ยคอก

พินิจมเสนอว่า “ **อบรมทำปุ๋ยชีวภาพมาจากทักษะอโคกมาแล้ว เคยมาชักชวนกันทำ แต่ไม่มีคนสนใจคราวนี้เห็นกันชัดๆทุกด้านแล้ว น่าจะหันมาจัดทำและใช้กันได้แล้ว**” จากเสียงสะท้อนนี้ทำให้เกิดกลุ่มฟื้นฟู ซึ่งเริ่มต้นด้วยทีมงานที่มาจากแกนนำ และ อสม.ที่มีนาอยู่ตกลงใจว่า จะต้องเป็นผู้ริเริ่ม “**ทำให้ดู อยู่ให้เห็น**” เริ่มด้วย 27 ราย มีพื้นที่ 180 ไร่ในปีแรก เพื่อจะทำให้เห็นเป็นรูปธรรมและได้แรงจูงใจจากคนเฒ่าคนแก่ที่เป็นกองเชียร์ว่าอยากเห็นคนทำนาอีกครั้ง ซึ่งมีพันธุ์ข้าวที่นิยมกันทำคือ ข้าวสังข์หยด ไข่เจียง หอมประทุมและเล็บนก มีพื้นที่ทำนา คือ ทุ่งปากพริกกับทุ่งหน้าบ้าน โดยพื้นที่นี้จะใช้รถไถใหญ่ในการไถ เนื่องจากดินแน่นจากการถูกเหยียบย่ำด้วยฝูงวัวซึ่งครองทุ่งนามาเป็นเวลานาน ครั้นจะพยายามไถด้วยแรงวัว วัวที่ไถนาได้ก็แก่ตายไปเสียแล้วถ้าคอยหัดวัวใหม่ก็อีกนานกว่าจะได้ทำนา หันไปดูคันไถ หางยาม หัวหมูและคันแอกก็ผูกฟุ้งไปตามกาลเวลา เกินกำลังกว่าที่จะทำได้ด้วยแรงคน เพื่อแปรสภาพดินให้อยู่ในสภาพที่ทำนาได้ ต้องจำนนต่อเครื่องจักรกลต้องหารถไถใหญ่มากก็ต้องใช้ทุน หารือกันและเห็นแหล่งทุนในชุมชน จึงเกิดความคิดที่ต้องพึ่งตัวเองพึ่งกันเองและข้อตกลงในการทำนาขึ้นว่า “ **ทำก่อน จ่ายทีหลัง**” ซึ่งได้รับการหนุนเสริมเงินทุนมาจากกองทุนของ กข.คจ.ของหมู่บ้าน ฤดูกาลแรกกลางปี พ.ศ.2547 กว่าจะลงตัวทำข้ากว่าฤดูกาล จึงไม่ได้รับผลผลิตเท่าที่ควร

ความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติ ปลา หอย ปู ผักต่าง ๆ ที่เริ่มคืนมา คนเริ่มออกไปหาปลาโดยการทวงเบ็ดตามคันนาและตกปลาในตอนบ่าย หรือในบริเวณที่นาเล็กมีการวางตาข่ายดักปลา มีไช้ดักกุ้ง ที่สำคัญหลังเก็บเกี่ยวมีหญ้าในนาเพิ่มมากขึ้น นั่นหมายถึงวัวจะมีอาหารที่มากขึ้น เกิดความสุข สนุก อบอุ่นใจ ได้เห็นบรรยากาศทุ่งนาแล้วสบายใจ ได้บุญ มีหญ้าให้วัวกิน คนทำนาจะไม่ใช้ปุ๋ยเคมีหันมาใช้ขี้ไก่ เกือบ และน้ำหมักชีวภาพแทน (ไม่ใช้ยา สารเคมี), **คนรู้จักเปรียบเทียบระหว่างการใช้ปุ๋ยเคมี(ซึ่งมีบางรายที่ไม่ได้เข้ามาเรียนรู้ในการใช้ปุ๋ยชีวภาพ) เห็นถึงผลที่แตกต่าง ข้าวที่ใช้ปุ๋ยชีวภาพจะทนน้ำกว่าเมื่อน้ำท่วมมา มั่นใจมากขึ้น มีข้าวกินแน่ เกิดกลุ่มที่อยากจะทำนาเพิ่มขึ้น จาก 27 ราย พื้นที่ 180 ไร่ มาเป็น 50 ราย มีพื้นที่รวม 350 ไร่ในฤดูกาลถัดมา ความร่วมมือของคนในชุมชนมีมากขึ้น ซึ่งเห็นจากการรวมกลุ่มกัน การช่วยเหลือกัน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคย้อนไปถึงในระดับครัวเรือน มีการทำขวัญข้าวและกิจกรรมวันเกี่ยวข้าวให้คนรุ่นหลังได้เห็น (เด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านฝาละมีมาเข้าร่วมเกี่ยวข้าว**

ในงานวันแรกเก็บข้าว ได้เห็นการเก็บข้าวด้วยกระ การมัดเลียงข้าว การหาบข้าวด้วยแสกร การทำขวัญนา การทำขวัญข้าว) เกิดเป้าหมายใหม่ของชุมชนมุ่งสู่เกษตรชีวภาพ เกิดแรงกระตุ้นให้เยาวชนได้เห็นคุณค่าของการทำนาและนำไปปฏิบัติ

ผลที่ได้คือ มีคน มีกลุ่ม มีแนวทางความสำเร็จ จึงเกิดการเรียนรู้ข้อมูลด้วยตัวเอง ได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงจากอดีตถึงปัจจุบันในการดำเนินกิจกรรม จากฐานความคิดเดิม ผลักดันให้คนรู้จักลดรายจ่าย ลดต้นทุนการผลิต และใช้ข้อมูลข้อเท็จจริงของชุมชนในการแก้ปัญหา เริ่มฟื้นฟูดิน น้ำ ห่วงโซ่อาหารกำลังจะกลับคืนมา มาพร้อมกับอาหารที่ปลอดภัย พื้นวิถีความสุขแบบชาวนากับชุมชน เป็นฐานการคิดเชื่อมโยงสู่เรื่องอื่น ได้ประยุกต์ความรู้มาใช้ทันกับสถานการณ์ เกิดการพึ่งพาอาศัยกัน เห็นได้จากคนเลี้ยงวัวที่เดิมตอนทุ่งร้างพื้นที่นาว่างจะกลายเป็นแหล่งทุ่งหญ้าสำหรับกลุ่มคนเลี้ยงวัว แต่เมื่อเปลี่ยนพื้นที่กลับมาทำนา ในระยะแรกเกิดผลกระทบต่อกลุ่มผู้เลี้ยงวัวที่ขาดพื้นที่ไป (หญ้าในทุ่งนาว่างไม่สมบูรณ์เพราะเลี้ยงแล้ววัวผอม) แต่ได้สิ่งทดแทนคือหญ้าและขี้วัวหลังจากการเก็บเกี่ยวแล้วเป็นอาหารที่ดีให้วัวกินแล้วอ้วนพี คนเลี้ยงวัวเลยช่วยเก็บเลียงข้าวของคนทำนาให้เร็วขึ้นเพื่อที่จะได้นำวัวมาล่อมในนาให้กินหญ้า กินฟางข้าว ที่สด เป็นการเกื้อกูลกันในชุมชน

การขยายผล

มีการหนุนเสริมพันธุ์ข้าว จากสำนักงานเกษตรอำเภอปากพะยูนมา 200 ไร่ มีการหนุนเสริมการใช้ปุ๋ยชีวภาพเพื่อเป็นแปลงสาธิตจำนวน 5 ไร่ เกิดโรงปุ๋ยชีวภาพในชุมชนจากการหนุนงบประมาณ SML จำนวน 300,000 บาท ขยายสู่ชุมชนอื่นที่สนใจคือ บ้านปากเคียว บ้านพระเกิด ซึ่งได้มีการแบ่งปันพันธุ์ข้าวเปลือกไปจากฟาละมี

- เรียนรู้และจัดทำหัตถ์ใช้ปุ๋ยชีวภาพ

จากแนวคิด คนเรียนรู้ได้เห็นข้อมูลและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในปัจจุบัน เกิดความตระหนักนำมาซึ่งอาหารปลอดภัยส่งผลดีต่อสุขภาพ และลดต้นทุนการผลิต จึงได้รวมกลุ่มกันทำปุ๋ยชีวภาพเพื่อนำมาใช้เอง จะเริ่มด้วยการทำน้ำหมัก(หัวเชื้อ)เอง ซึ่งแกนนำได้มีความรู้มาจากทักษิณโสภ และจากการทำแผนชุมชนและการเรียนรู้ที่ประมงจังหวัดมาสอนไว้ จึงเกิดแรงจูงใจที่จะทำ เพื่อลดการใช้ปุ๋ยเคมีที่เห็นว่าเป็นอันตราย จึงได้รวมกลุ่มกันระยะแรก 50 คน จะเรียนรู้วิธีการทำน้ำหมัก โดยสูตรที่ทำจะมีสามสูตรคือสูตรเร่งดอก สูตรบำรุงและสูตรไล่แมลง ซึ่งทั้ง 3 สูตรนี้จะมีส่วนผสมของผักและผลไม้ จะไม่มีสูตรที่ทำมาจากสัตว์ และได้มีการเรียนรู้การทำปุ๋ยแห้ง ตอนแรกการผลิตสูตรจะผิด เมื่อนำไปใช้แล้วไม่ได้ผล จึงได้มีการปรับสูตรให้เข้ากับสภาพพื้นที่ของดินซึ่งได้รับผลดีผ่านการลองผิดลองถูก

ผลที่เกิด ได้นำไปใช้กับนา ข้าวต้นใหญ่ แข็งแรง ใช้กับยาง ต้นอ้วน สมบูรณ์ ใหญ่เร็ว คนมีความร่วมมือ มีการศึกษาถึงสูตรที่จะนำไปใช้อยู่เสมอ คนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมใช้

การขยายผล มีการศึกษาดูงาน เพื่อเปรียบเทียบสูตรปุ๋ย มุ่งสู่การทำเกษตรชีวภาพ คนทำปุ๋ยใช้เอง เกิดโรงผสมปุ๋ยชีวภาพ

- เรียนรู้เพิ่มเสริมความรู้เดิม

แนวคิด อยากรู้ อยากเห็น จากเดิมที่รู้อยู่แล้ว เพื่อนำมาปรับใช้ จึงได้กำหนดเรื่องที่ชุมชนอยากจะรู้มา เป็นเรื่องของการปลูกผักกินเอง การเพาะเห็ด การทำปุ๋ยชีวภาพและมองเห็นสถานที่ที่คิดว่าไปดูแล้วย น่าจะทำได้ผลดังนี้คือ โครงการตามพระราชดำริ อ.บางแก้ว อบต. พญาขันต์ และกลุ่มปลูกผักแบบครบวงจร ตำบลปันแต จังหวัดพัทลุง

- เรียนรู้โครงการพระราชดำริ อ.บางแก้ว จ. พัทลุง จากความเชื่อว่าเป็นโครงการของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และน่าจะเป็นทางออกต่อสิ่งที่ชุมชนกำลังคิดทำอยู่

ผลที่ได้ คนในชุมชนได้เห็นของจริง และนำมาปฏิบัติ, นำวิธีการทำก้อนเห็ดมาทำ เพื่อทดลอง และจะได้เห็นผลที่ทำ, ทำแล้วสบายใจ เห็นผลทันตา, ได้กิน ได้ใช้, ภูมิใจ

การขยายผล มีการรวมกลุ่มกันทำ รวมหุ้นกันทำ, มีการทำก้อนแบบรวมกลุ่ม แต่แยกโรงเรือน (แยกโรงเปิดดอก), ได้มีความรู้ในการแปรผลผลิตจากเห็ดสดมาเป็นเห็ดสำเร็จรูป(เห็ดสวรรค์)

- เรียนรู้ปุ๋ยชีวภาพ ที่ อบต. พญาขันต์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ใช้ปุ๋ยชีวภาพทั้งหมด และมีการผลิตปุ๋ยแบบครบวงจร มีโรงปุ๋ย มีเครื่องผสมปุ๋ย มีเครื่องบด และเครื่องอัดเม็ด ซึ่งเป็นมาตรฐานในการผลิตปุ๋ยชีวภาพ จึงไปศึกษาดู

ผลที่ได้ ได้เรียนรู้การทำปุ๋ย การผสมปุ๋ย และการจัดการในโรงผสมปุ๋ย จากการที่เห็น อบต. อื่นหนุนเสริมอาชีพเกษตรอย่างจริงจังกลับมาทำอย่างไรให้ อบต. ฝาละมีเห็นและให้ความสำคัญเริ่มคิดถึงท้องถิ่น เห็นคุณภาพของเกษตรตำบลที่เขาจริงและใช้จริง , มีการนำความรู้มาปรับใช้

- กลุ่มปลูกผักแบบครบวงจร ต.ปันแต อ.ควนขนุน จ.พัทลุง จากความรู้จักของแกนนำในชุมชนซึ่งได้สัมผัสพื้นที่มาก่อนและเห็นว่าเป็นเกษตรแบบครบวงจร มีการใช้ดินที่คุ้มค่า รู้จักการบริหารดินให้เกิดประโยชน์และมีกระบวนการจัดการวัตถุดิบที่มีมาเป็นปุ๋ย จึงอยากให้คนในชุมชนให้เห็นของจริงและนำมาปฏิบัติ สิ่งที่เห็น มีการแนะนำถึงวิธีการปรับปรุงดิน แนะนำการบริหารจัดการในกลุ่ม

ประโยชน์ที่เกิดจากการเรียนรู้ คนรู้จักเลือกของกิน รู้จักปลูกผักกินเอง รู้จักสังเกต รู้จักทดลอง มั่นใจที่จะขยายต่อสู่ชุมชนอื่น กล่าวพูดในเรื่องที่ทำ ในเรื่องที่ได้เห็นผลจากการทำจริง

ผลกระทบในภาพรวม คนบ้านปากเคียวและบ้านพระเกิดซึ่งอยู่ในตำบลเดียวกันสนใจ อยากจะทำนาร้างให้คืนมา แบ่งปันพันธุ์ข้าวให้ แบ่งปันความรู้เรื่องชีวภาพ ขยายผลโดยวิธีชุมชน คณะทำงานแผนชุมชนจังหวัดนำเสนอฟื้นที่เข้าสู่ยุทธศาสตร์จังหวัดเป็นพื้นที่หนุนเสริมเกษตรนา

อินทรีย์ ได้รับการหนุนเสริมเป็นพันธมิตรข้าวและปุยชีวภาพเป็นนาจำนวนพื้นที่ 200 ไร่ พัฒนาชุมชนเห็นผลงานของแกนนำมอบรางวัล ผู้นำสตรีดีเด่น แก่ นิยม ณ พัทลุงแกนนำคนสำคัญ เป็นกำลังใจแก่คนทำงาน

“ผูกเกลอ” เป็นภาคีเครือข่ายการเรียนรู้

การเรียนรู้สู่ปฏิบัติการของชุมชนฝาละมี เกียวร้อยเรียนรู้อยู่กับพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งเชื่อมขบวนเป็นเครือข่าย ทำให้มีโอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ พบเพื่อนใหม่ ได้ไกล่เกลี่ยทางความคิด ที่มีมุมมองสุขภาวะองค์กรร่วม ปัจจัยอันนี้ส่งผลให้ชุมชนฝาละมีสามารถยกระดับการเรียนรู้และรูปธรรมปฏิบัติการเพื่อความสุขของคนในชุมชนอันเป็นเป้าหมายหลักได้ดียิ่งขึ้น ภายใต้เครือข่ายที่เรียกว่าเครือข่าย อสม.

โดยเครือข่าย อสม. มีเป้าหมายหลักคือพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในพื้นที่ชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการสู่การเป็นอสม.ในบทบาทใหม่ที่เข้าใจมองเห็นสุขภาวะว่าเป็นองค์กรร่วมที่จะขยายจากบทบาทเดิมเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเชื่อมร้อยคนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมาร่วมกระบวนการคิดและทำกิจกรรมที่เกิดจากข้อมูลข้อเท็จจริงในบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละชุมชน ตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบในการขับเคลื่อนสู่ชุมชนเป็นสุข โดยใช้เครื่องมือหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการคือแผนแม่บทชุมชนที่ยอมรับกันว่าหากสอดคล้องแนวคิดเรื่องสุขภาวะองค์กรร่วม จะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการผลักดันชุมชนเป้าหมายให้เกิดการพัฒนาทางความคิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

เครือข่าย อสม. เกิดจากการรวมตัวกันของ อสม. ใน 3 พื้นที่ที่มีภูมินิเวศวัฒนธรรมเดียวกันคือ จังหวัดพัทลุง ตรังและนครศรีธรรมราช โดยแต่ละพื้นที่มีการเคลื่อนไหวกิจกรรมมาก่อน ดังนี้

จังหวัดพัทลุง ได้มีการขับเคลื่อนอย่างชัดเจนขึ้นเมื่อหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 แกนนำ อสม.บ้านปากเหมือง ซึ่งมีความเข้มแข็งในด้านการจัดสวัสดิการ อสม. นำโดยนายแก้ว สังข์ชูได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกองทุนเพื่อสังคม (SIF) ในกิจกรรมการจัดทำแผนแม่บทชุมชนและกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งได้มีการลงไปสนับสนุนการทำแผนชุมชนเกือบทุกตำบลในจังหวัดพัทลุง หลังจากนั้นได้ร่วมกันจัดตั้ง “สภาประชาชน” ในระดับจังหวัดเพื่อผลักดันการเรียนรู้ขยายผลเรื่องแผนชุมชน จนปัจจุบันสามารถประสานกลุ่ม/องค์กร/ภาคี ในจังหวัดพัทลุงจัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานภาคีองค์กรเครือข่ายชุมชนจังหวัดพัทลุง” ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนงานของภาคประชาชนในจังหวัดพัทลุง

จังหวัดตรัง กลุ่ม อสม.อำเภอห้วยยอด ภายใต้การนำของกลุ่มชัยพร จันทร์หอม มีการรวมกลุ่มกันอย่างเข้มแข็งมีการขับเคลื่อนงานในบทบาท อสม.อย่างได้ผลและในปี พ.ศ. 2544-2545 ได้เข้าร่วมขบวนปฏิรูประบบสุขภาพ ผ่านขั้นตอนการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและขยายสู่การทำแผนสุขภาพชุมชนด้วยในระยะต่อมา

จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่ม อสม. อำเภอบางขันโดยสถานีนอนามัยบ้านสวนป่าที่มี ธีระวัฒน์ แดงกะเปาเป็นกำลังหลักได้มีการขับเคลื่อนขบวนการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง จนเกิดกระแสในพื้นที่และขยายสู่นโยบายท้องถิ่น และได้ก่อตั้ง “โรงเรียน อสม.” ขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในปัจจุบัน

เมื่อริเริ่มโครงการดับบ้านดับเมืองในปี พ.ศ. 2546 แกนนำที่อยู่ในกลุ่ม อสม.และกลุ่มที่ทำงานสนับสนุน เช่น สสจ. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ กลุ่มศิริรินทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร สถานีนอนามัย มองเห็นถึงความสำคัญของ อสม.ว่ามีความสำคัญที่มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน และสามารถผลักดันให้เกิดสุขภาวะชุมชนได้ จึงได้มีการเชิญชวนผู้อยู่ในแวดวงทั้งภาคชาวบ้าน อสม.และกลุ่มคนที่สนใจงานพัฒนาในแวดวงสาธารณสุขก่อตัวกันเป็นคณะทำงานเครือข่าย และเสาะหาพื้นที่พร้อมผู้แทนจากชุมชนใน 3 จังหวัดเข้าร่วมขบวน โดยรวมมีพื้นที่ที่สนใจเข้าร่วมโครงการระหว่าง ปี พ.ศ. 2546-2548 จำนวน 31 ชุมชน โดยมีผู้ช่วยชุมชนจากจังหวัดตรัง พัทลุงและนครศรีธรรมราช ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงของชุมชนรับผิดชอบในการสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องสุขภาวะและเป็นมือประสานสนับสนุนดำเนินการประจำเครือข่ายและชุมชนเป้าหมาย โดยมีเป้าหมายหลักคือพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในพื้นที่ชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการสู่การเป็นอสม.ในบทบาทใหม่ที่เข้าใจมองเห็นสุขภาวะว่าเป็นองค์รวมที่จะขยายจากบทบาทเดิมเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเชื่อมโยงคนและกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชนมาร่วมกระบวนการคิดและทำกิจกรรมที่เกิดจากข้อมูลข้อเท็จจริงในบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละชุมชน ตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบในการขับเคลื่อนสู่ชุมชนเป็นสุข

บทสรุป

หลังจากการดำเนินงานของเครือข่าย อสม.ผ่านไปในระยะแรก (2546-2548) ก่อให้เกิดชุมชนที่มีกิจกรรมในการสร้างสุขภาวะที่หลากหลาย เช่นเกิดกิจกรรมที่นำไปสู่เศรษฐกิจพอเพียง พึ่งตนเองทั้งในระดับครัวเรือนและระดับชุมชน กิจกรรมที่ส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่มุ่งรื้อฟื้นสิ่งดีที่มีคุณค่าในอดีตให้หวนคืนมา คนในชุมชนและกลุ่ม อสม.ส่วนใหญ่มีแนวคิดและทัศนคติในนิยามความสุขที่หลากหลายส่อคร่อมมากขึ้น แต่ที่นำมาเสนอเป็นกรณีตัวอย่างในครั้งนี้เป็นเรื่องราวที่น่าสนใจต่อการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาท ของ อสม.ในอนาคต คือกรณีของชุมชนบ้านฝาละมีที่ อสม.ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างสุขโดยใช้แผนสุขภาวะชุมชนเป็นเครื่องมือซึ่งเครือข่าย อสม.เองเห็นว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เหมาะสมกับชุมชนและกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นคนในชุมชนและมีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการสุขภาวะของชุมชนอยู่แล้ว ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบที่ อสม.เองมีภารกิจที่ถูกกำหนดให้ดูแลเรื่องสุขภาพของคนในชุมชน แต่เป็นบทบาทที่ตายตัวไม่เต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ทำให้ต้องไปร่วมกิจกรรมอื่นตามบริบทอื่นที่มีความสำคัญในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนดีในการประสานกับกลุ่ม/องค์กรอื่นในชุมชนในการขอความร่วมมือต่อกิจกรรมด้านสุขภาพของ อสม. แต่เนื่องจากบทบาทตามกรอบของ อสม.นั้นไม่ครอบคลุมสุขภาวะที่เป็นองค์รวมและ อสม.เองยังมองว่าสุขภาวะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะสุขภาพกายเป็นหลัก ทำให้การขยายบทบาทไปสู่บทบาทอื่นมักจะไม่ใช่ขับเคลื่อนภายใต้องค์กร อสม. การเรียนรู้โดยกระบวนการแผนชุมชนจึงเป็นการเปิดโลกทัศน์ของ อสม.เองและคนในชุมชนให้เกิดการเรียนรู้ที่ครอบคลุมและถึงต้นตอของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของคนในชุมชน สามารถคิดเชื่อมโยงวิเคราะห์ถึงเหตุและผลที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดมุมมองต่อสุขภาพสุขภาวะที่รอบด้านมากขึ้น เกิดประสบการณ์และความมั่นใจในการใช้ข้อมูลประกอบในการตัดสินใจทำกิจกรรมทั้งตามกรอบภารกิจและคิดกิจกรรมใหม่ที่ส่งผลต่อสุขภาวะได้อย่างรอบด้าน ตามเหตุ ตามปัจจัยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนได้อย่างสมบูรณ์ จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการนำเสนอแนวทางและเครื่องมือที่ใช้ในการปรับบทบาทของ อสม.ในทศวรรษหน้า และกรณีของชุมชนบ้านลาไม ที่กลุ่ม อสม.ได้เข้ามามีบทบาทในการจัดการและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทรัพยากรของชุมชนซึ่งเป็นกรณีที่เป็นบทเรียนสำคัญที่นโยบายของรัฐที่ทำโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาวะของคน แต่เป็นการตัดสินใจที่แผ่เงาไว้ด้วยผลประโยชน์ แต่ก่อให้เกิดทุกขภาวะอย่างมหาดาลในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ การที่ อสม.ลุกขึ้นมาเรียนรู้สิทธิของพลเมือง สิทธิของชุมชนตามที่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันรองรับไว้ เป็นเครื่องมือสร้างความผ่อนคลายจากความทุกข์ที่ต้องพลัดพรากจากที่อยู่ที่ทำกินที่ลงแรงหยาดเหงื่อทำไว้ได้อย่างไร อีกทั้งจะเป็นบทเรียนที่เป็นแบบอย่างให้แก่ อสม.และชุมชนอื่นหากมีกรณีเช่นนี้เกิดขึ้น สองกรณีนี้เป็นที่น่าสนใจและนำเสนอต่อการขยายบทบาทของ อสม.ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

.....

กรณีศึกษาที่ 11

อาสาสมัครรักถิ่น : บทเรียน
จากการ “ผูกเกลอ” ของ อสม. เป็นเครือข่ายที่ปากใต้

โดย ประสิทธิ์ชัย หุ่นวล

อาสาสมัครรักถิ่น : บทเรียนจากการ “ผูกเกลอ” ของ อสม. เป็นเครือข่ายที่ปากใต้

ประสิทธิ์ชัย หนูนวนล *

อาสาสมัครรักถิ่นเป็นคำใหม่ที่พัฒนามาจากปฏิบัติการใหม่ของกลุ่มคน อสม. ซึ่งได้ปรับบทบาทสู่การทำงานบนฐานการคิดและทำเพื่อชุมชนของตนเอง ซึ่งเป็นบทเรียนจากการร่วมกันทำงานภายใต้การสนับสนุนของเครือข่าย อสม. ที่มีองค์ประกอบของ แกนนำชุมชน หมออนามัย เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช (สช.) และนักพัฒนา ร่วมกันทำงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ภายใต้วิธีการและเครื่องมือที่หลากหลายบนฐานภูมิโนวัตรวัฒนธรรมของคนใต้ จนได้บทเรียนหรือแนวทางสำหรับการทำงานต่อที่น่าสนใจภายใต้ความคิดหลักของ อสม. พันธุ์ใหม่ที่บอกว่า

โลกทัศน์ของเครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพและ อสม. ที่ปากใต้¹ ได้เกิดกระบวนการเรียนรู้กับภาคีเครือข่ายทำงานสุขภาพชุมชน จนเกิดการปรับบทบาทและภารกิจด้านสาธารณสุข ภายใต้แกนหลักของความคิดและความมุ่งหวังที่ว่า จะทำอย่างไรให้ชุมชนอยู่ดีมีสุข เมื่อคิดเช่นนี้ อสม. จึงมิใช่เป็นแค่แขนขาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่จะก้าวสู่การเป็นแขนขาของชุมชนแทนและโลกทัศน์แบบนี้นำมาซึ่งพลังแห่งการเรียนรู้และปฏิบัติการที่หลากหลายมีพลังเพื่อคลายทุกข์ให้กับชุมชนของเขาเอง

อสม. ในบริบทชุมชนที่เปลี่ยนแปลง

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย ชุมชนในปัจจุบันต้องเผชิญกับโจทย์ใหม่ที่รุมเร้าเข้ามาในชุมชน ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ด้วยภาวะดังกล่าวนี้การตั้งตัวของชุมชนที่จะสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตัวเองนั้นต้องสอดคล้องและจัดระบบที่เหมาะสมกับภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่เช่นนั้นก็จะไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันและรักษาชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มอสม. ในฐานะที่เป็นคนในชุมชนจึงต้องปรับความคิดและปฏิบัติการให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าว

* โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ปากใต้: ตำบลบ้านดงเมือง เรียนรู้อยู่ที่ปากใต้ / นักศึกษาปริญญาโท สาขาวัฒนธรรมศึกษา สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

¹ เครือข่ายที่ปากใต้ ประกอบด้วยชุมชนต่าง ๆ ใน 3 จังหวัด ได้แก่

- 1) จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย ชุมชนลาไม อ. ชะอวด, ชุมชนควนเงิน อ. ชะอวด และชุมชนทุ่งอินทนิล อ. บางขัน
- 2) จังหวัดตรัง ประกอบด้วย ชุมชนดงควน อ. เมือง, ชุมชนหุโตน อ. นาโยง, ชุมชนเขาติง อ. นาโยง และชุมชนสายรุ้งยูงงาม อ. นาโยง
- 3) จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย ชุมชนฝาละมี อ. ปากพญูน, ชุมชนคอกช้าง อ. ปากพญูน, ชุมชนบ้านคู อ. เขาชัยสน, ชุมชนลำสินธุ์ อ. ศรีนครินทร์ และชุมชนกวนนุกู อ. เมือง

เราจะพบว่า อสม. ในแต่ละชุมชนนั้นล้วนมาจากคนที่มีความสำคัญในชุมชนไม่ฐานะใดก็ฐานะหนึ่งจึงได้รับการคัดเลือกจากคนในชุมชนให้เป็น อสม. ฉะนั้นคนที่ เป็น อสม. จึงมีทุนของการยอมรับติดตัวมาด้วยแล้ว และจากการศึกษาพบว่าคนที่ เป็น อสม. นั้นมีบทบาทในกลุ่มองค์กรต่าง ๆ อีกหลายบทบาท เช่น กรรมการกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอนุรักษ์ ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ฯลฯ เพราะฉะนั้นเวลาพูดถึง อสม. จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องคำนึงถึงศักยภาพและบทบาทที่หลากหลายเหล่านี้ด้วย และด้วยฐานะที่ผูกพันกับเจ้าหน้าที่รัฐ อสม. จึงมักจะถูกเรียกใช้อยู่เป็นประจำจากหน่วยงานของรัฐ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งถือว่าเป็นสายสัมพันธ์โดยตรง จากฐานความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่รัฐนั้นพบว่าเกิดผลทั้งที่ดีและที่มีส่วนลดทอนต่อศักยภาพของการพัฒนาคนในชุมชนที่เรียกว่า อสม.

เราอาจแบ่งมิติการเรียนรู้และปฏิบัติการของ อสม. เป็นกลุ่มได้ดังนี้

- กลุ่ม อสม. ที่ทำงานเมื่อถูกเจ้าหน้าที่ของรัฐขอให้ทำตามความต้องการของเจ้าหน้าที่
- กลุ่ม อสม. ที่ทำงานต่อเนื่องแต่ยังอยู่ในกรอบงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- กลุ่ม อสม. ที่ยกระดับการทำงานไปสู่การพัฒนาชุมชนในมิติอื่น ๆ

ความแตกต่างของกลุ่มที่ ๑ และ ๒ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ ๓ นั้น พบว่า โลกทัศน์ต่อการทำงานนั้นจะแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มที่ ๑ และ ๒ นั้นทำงานในฐานะที่เป็นลูกมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนกลุ่มที่ ๓ เรียนรู้ว่าเป็นงานของชุมชน ด้วยความแตกต่างของโลกทัศน์ดังกล่าวนี้ นำมาสู่แรงจูงใจในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันอันนำไปสู่รูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันด้วย การผูกเกลอเป็นเครือข่าย อสม. จึงมีความมุ่งหวังให้ อสม. ได้เกิดการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพระหว่างกัน เพื่อยกระดับไปสู่สิ่งที่เรียกว่า อสม. พันธุ์ใหม่ คือ อสม.ที่มีการเรียนรู้พัฒนามากกว่ากรอบภารกิจของรัฐ รวมทั้งเป็นกลุ่มแกนที่ชักชวนกลุ่มอื่น ๆ เข้ามาร่วมเรียนรู้พัฒนาสู่สิ่งที่เรียกว่า สุขภาวะชุมชน

เรียนรู้บทบาท อสม.ภายใต้บริบทชุมชน

ด้วยภาวะที่ซับซ้อน หลากหลายของชุมชน ประกอบกับกลุ่มต่างๆในชุมชนมีมากขึ้น ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ด้วยภาวะดังกล่าวนี้การตั้งตัวของชุมชนที่จะสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตัวเองนั้นต้องสอดรับและจัดระบบที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลุ่มคนอสม. ในฐานะที่เป็นคนในชุมชนจึงต้องปรับความคิดและปฏิบัติการให้สอดรับกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าว คนที่เป็น อสม. นั้นมีบทบาทในกลุ่มองค์กรต่าง ๆ อีกหลายบทบาท เช่น กรรมการกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอนุรักษ์ ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ฯลฯ เพราะฉะนั้นเวลาพูดถึง อสม. จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องคำนึงถึงศักยภาพและบทบาทที่หลากหลายเหล่านี้ด้วย เราจึงเห็นได้ว่าในระดับปัจเจกนั้น บทบาทของ อสม. ก็แสดงบทบาทการทำงานที่ในกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้ง

ข้างในชุมชนและนอกชุมชน และโดยเฉพาะในชุมชน อสม. ได้แสดงตัวว่า การทำหน้าที่พัฒนาบ้านเกิดนั้นเป็นภาระของคนทุกคนในชุมชนเอง จึงไม่มี อสม. ไม่มี อบต. แต่มีอาสาสมัครรักบ้านรักถิ่น

จาก อสม. สู่อสม. พันธุ์ใหม่

ด้วยวัฒนธรรมการเรียนรู้การทำงานของ อสม. ซึ่งยังผูกติดอยู่กับกรอบงานของสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่นักหากไม่มีโอกาสที่จะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ภายใต้การสร้างโอกาสและเงื่อนไขจะทำให้การทำงานของ อสม. ยังติดอยู่ในกรอบงานเดิม การปรับเปลี่ยนจาก อสม. สู่อสม. พันธุ์ใหม่จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้เป็นสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพของ อสม. จำเป็นจะต้องได้รับการหนุนเสริมให้ได้รับการริเริ่มคิดและมองในมุมใหม่ในเบื้องต้น ด้วยรูปแบบของการเรียนรู้ร่วมกัน คิดร่วมกัน และนำสู่การลงทำในสิ่งใหม่ อดทนต่อการที่ต้องเปลี่ยนแปลง แรงเสียดทาน และจะมั่นคงต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบนี้ต้องมีพี่เลี้ยงคอยหนุนเสริมอยู่ระยะหนึ่งจนกว่า อสม. จะสามารถผนึกรวมเพื่อนในชุมชนสักกลุ่มหนึ่งเป็นพลังของพวกเขาเอง จากบทเรียนการทำงานของเครือข่าย อสม. พบว่าน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 3 ขั้นจึงจะมั่นใจได้ว่า กลุ่ม อสม. จะสามารถกลายเป็น อาสาสมัครรักถิ่นได้ คือ

1. สร้างโอกาสและปัจจัยให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ : การชวน อสม. มาเรียนรู้เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ อสม. มีโอกาสได้ริเริ่มคิดทำสิ่งใหม่ ๆ คำถามที่สำคัญคือ จะสร้างโอกาสและปัจจัยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างไร จากบทเรียนการทำงานนั้นพบว่า การสร้างปัจจัยการรู้นั้นมีอย่างน้อย 3 ประการ คือ

- ริเริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น หมออนามัย ซึ่งเสริมการเรียนรู้ให้กับ อสม. คิดทำงานในกรอบภารกิจที่ตั้งอยู่บนความสุขของชุมชน กระบวนการแบบนี้จะทำให้ อสม. คิดเองทำเอง จัดกระบวนการกันเอง จนสุดท้าย หมออนามัยเป็นเพียงผู้ช่วยของ อสม. เช่น ที่สถานีอนามัยสี่แยกสวนป่า พัฒนาระบบการเรียนรู้และปฏิบัติการ อสม. มานาน จนในปัจจุบันกลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานการเรียนรู้ของ อสม. ที่สำคัญ คือ โรงเรียน อสม.
- ริเริ่มจากการเรียนรู้ของชุมชนเอง ภายใต้กระบวนการของกลุ่มองค์กรในชุมชน เช่น ในชุมชนมีกลุ่ม ออมทรัพย์ กลุ่มอนุรักษ์ ฯลฯ ซึ่ง อสม. ก็เป็นสมาชิกอยู่ในกลุ่มนั้น ๆ อยู่แล้ว ภายใต้กระบวนการแบบนี้ ทำให้คนในชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้แบบใหม่ ที่คิดถึงความสุขของชุมชนเป็นหลัก ทำให้เมื่อคิดถึงเรื่องสุขภาพก็คิดถึงคำว่าสุขภาพชุมชน เมื่อลงมือทำก็มีพลังเป็นอย่างยิ่ง

- เสริมกระบวนการเรียนรู้จากนักพัฒนาหรือผู้สนับสนุนจากภายนอกชุมชน ได้ช่วยเสริมสร้างให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ที่จะสร้างสุขให้กับชุมชนของตนเอง โดยมีกลุ่ม อสม. เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการเป็นแกนนำที่จะริเริ่มคิดสร้างสรรค์รูปแบบกิจกรรม รวมทั้งชักชวนกลุ่มคนอื่น ๆ ในชุมชนมาร่วมกันเป็นกลุ่มแกนนำของชุมชน นี่เป็นกระบวนการหนุนเสริมให้กระบวนการพัฒนาชุมชนที่เริ่มด้วยกลุ่ม อสม. ยกระดับเป็นการพัฒนาสุขภาวะชุมชน

การเรียนรู้ใหม่ของ อสม. ที่เริ่มต้นจากกลุ่มคน 3 แบบนั้นบางชุมชนทำควบคู่กันไปเพียงแต่เน้นหนักไปในแบบใดแบบหนึ่ง เช่น ชุมชน ฝาละมี เกิดการเรียนรู้ใหม่เพราะชุมชนริเริ่มเป็นหลักแล้วหนุนเสริมด้วยนักพัฒนา ส่วนที่ชุมชนสืบทอดสวนป่า หุงอินทนิล ของ อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช ร่วมกันระหว่างหมออนามัยกับกลุ่ม อสม. ส่วนรูปแบบหรือวิธีการการเรียนรู้ใหม่นั้นริเริ่มด้วยหลากหลายวิธี ด้วยการคำนึงถึงบริบทของชุมชนนั้นเป็นหลัก แต่ทุกชุมชนจะมีลักษณะคล้ายกันประการหนึ่งคือ การมาเริ่มร่วมกันค้นหาสุขและทุกข์ของชุมชนด้วยกัน และแสวงหาวิธีแก้ทุกข์ที่ชุมชนเลือกทำ นอกจากนี้ยังมีการร่วมกันเรียนรู้ระหว่างชุมชนภายใต้พื้นฐานทางวัฒนธรรมคนใต้ ที่มีฐานเรื่องการผูกเกลอ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

2. กลุ่ม อสม. สร้างความสัมพันธ์ใหม่กับหน่วยต่าง ๆ : จากการที่ อสม. มีโอกาสได้เรียนรู้คิดริเริ่มสิ่งใหม่ด้วยเป้าหมายเพื่อสร้างความสุขให้กับชุมชน กลุ่ม อสม. จึงมีโอกาสนในการทำงานเกิดการยอมรับจากกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน จนเกิดปรากฏการณ์ของการยอมรับในกลุ่ม อสม. อันนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวระนาบ เช่น เกิดการยอมรับ จาก อบต. ร่วมสนับสนุนในการทำงาน กลุ่มองค์กรชุมชนอื่น ๆ ร่วมมือกับ อสม. ความสัมพันธ์ใหม่นี้จะนำไปสู่มิติการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม

จากการเรียนรู้สิ่งใหม่สู่การรวมกลุ่มแกนนำที่เข้มแข็งในตอนนี้ อสม. มีการริเริ่มทำกิจกรรมใหม่ๆบางอย่างร่วมกับการพยายามเชื่อมสัมพันธ์กับกลุ่มอื่นๆ เช่น ชุมชนฝาละมี จ. พัทลุง กลุ่ม อสม. เรียนรู้จากการทำแผนชุมชน และลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพชุมชนในมิติอาหาร นั่นก็คือ ฟันฟูการทำงาน และแปรให้เป็นการทำนาในมิติอาหารปลอดภัย นำเรื่องเกษตรชีวภาพเข้ามาเสริม เมื่อฟันฟูการทำงานขึ้นมาทำให้พบว่าเป็นการฟันฟูความสุขของชุมชนขึ้นมาใหม่ ชาวบ้านฝาละมีมีความสุขกับการกลับมาของปลาในนา ผักพื้นบ้านที่เคยหายไป และหญ้าเลี้ยงสัตว์ ที่อุดมสมบูรณ์ อสม. ที่นี่จึงเป็นฝ่ายริเริ่มเป็นแกนนำนำความสุขที่เคยมีกลับคืนมาใหม่ หลังจากที่ห่างหายไปนาน และเมื่อชาวบ้านคนอื่น ๆ เห็นผลจึงเป็นพลังหนุนให้ อสม. สามารถดึงความสัมพันธ์จากกลุ่มอื่น ๆ มาได้ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน การดึงส่วนอื่นมาได้นี้ยังสามารถทำให้องค์กรอื่น ๆ เรียนรู้ลักษณะการทำงานเชิง

คุณภาพได้ด้วย ทำยที่สุดจึงนำไปสู่การพัฒนาชุมชนร่วมกัน ตัวอย่างแบบนี้ยังสามารถพบได้อย่างชัดเจนอีกที่ชุมชนลำสินธุ์ จ. พัทลุง กลุ่ม อสม. ริเริ่มการทำแผนสุขภาพตำบล โดยดึงการมีส่วนร่วมขององค์กรอื่นๆของชุมชนมาได้ จากบทเรียนการทำงานการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มต่างๆใหม่นี้สามารถนำไปสู่ความยั่งยืนภายใต้ ความเป็นอาสาสมัครรักถิ่นได้

ตัวอย่างเช่น อสม. ที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช : สร้างสรรค์กิจกรรมจนเกิดการยอมรับ ประสานความร่วมมือทำงานกับ อบต. และหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน ร่วมกันทำงาน ชุมชนลำสินธุ์ จังหวัดพัทลุง: ริเริ่มการทำแผนสุขภาพชุมชน ด้วยการสร้างความร่วมมือจากกลุ่ม องค์กรชุมชน อบต. สถานีอนามัย มาร่วมกันทำงาน

3. กระบวนการก่อเกิดคุณภาพใหม่ของกลุ่ม อสม. ปฏิบัติการต่าง ๆ ของ อสม. ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความสุขของชุมชนโดยรวม จนก่อให้เกิดการยอมรับต่อคุณภาพงาน ซึ่งเกิดรูปธรรมที่หลากหลาย มอุมิตีสุขภาพชุมชนมากขึ้น และคุณภาพใหม่อันนี้มีนัยให้พลังของ อสม. กลายเป็นกลุ่มคนที่สำคัญของชุมชน

คำว่าคุณภาพใหม่ของกลุ่ม อสม. หมายความว่าถึง ลักษณะกลุ่ม อสม. อย่างน้อย 2 นัย คือ กลุ่มคน อสม. สามารถรวมกลุ่มกันเป็นอาสาสมัครในการพัฒนาชุมชนในด้านต่างๆ อย่างแข็งขัน และเกิดรูปธรรมกิจกรรมของงานที่ส่งผลต่อการแก้ทุกข์สร้างสุขของชุมชนที่ส่งผลต่อคนส่วนใหญ่ เช่น ชุมชนควนเงินและฝาละมี มีแนวคิดเรื่องระบบอาหารของชุมชนจึงนำไปสู่ การฟื้นฟูการทำนาด้วยระบบเกษตรชีวภาพอย่างจริงจัง จนทำให้พื้นที่ซึ่งเคยรกร้างว่างเปล่ามีข้าวเต็มนา มีปลาอยู่ในน้ำและที่สำคัญชีวิตในนาของผู้คนกลับคืนมา รูปธรรมอันนี้แม้ว่าจะริเริ่มด้วยคนกลุ่มหนึ่งแต่ผลที่เกิดขึ้นสะท้อนทั้งชุมชน ทำให้คนเริ่มเห็นความสำคัญของกิจกรรม รวมทั้งเป็นการแสดงศักยภาพของกลุ่ม อสม. ในฐานะอาสาสมัครรักถิ่น หรือรักชุมชน และกลุ่ม อสม. บางชั้น กลุ่ม อสม.มีบทบาทอย่างยิ่งต่อ คนในชุมชนเพราะเป็นแกนนำในหลายเรื่อง ทั้งด้านสุขภาพ วัฒนธรรมและสังคม

ตัวอย่างเช่น ชุมชนฝาละมี จ. พัทลุง - ชุมชนควนเงิน จ. นครศรีธรรมราช : ริเริ่มกิจกรรมการรื้อฟื้นนาไร่ ด้วยกระบวนการใช้ชีวภาพ เพื่อมุ่งสู่ความมั่นคงทางด้านอาหารและอาหารปลอดภัย จนก่อผลกระทบในชุมชนเกิดเป็นความร่วมมือจากองค์กรชุมชนและองค์กรภายนอก ในการทำนาอย่างจริงจัง

“ผูกเกลอ” เสริมพลังและศักยภาพของ อสม.

การผูกเกลอเป็นเครือข่าย อสม. มีความมุ่งหวังให้ อสม. ได้เกิดการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพระหว่างกัน เพื่อยกระดับไปสู่สิ่งที่ดีกว่า อสม. พันธุ์ใหม่ คือ อสม. ที่มีการเรียนรู้พัฒนาวิธีคิด

วิธีการทำงานออกไปได้มากกว่ากรอบภารกิจของรัฐ รวมทั้งเป็นกลุ่มแกนที่ชักชวนกลุ่มอื่น ๆ เข้ามาร่วมเรียนรู้พัฒนาสู่สิ่งที่เรียกว่า สุขภาวะชุมชน การผูกเกลอเป็นฐานวัฒนธรรมของภาคใต้ที่มีแนวคิดการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีลักษณะสายสัมพันธ์แบบเพื่อนพ้อง และเป็นญาติกัน มีความผูกพันกันยาวนานหลายรุ่นคน เช่น มีเกลอเขา เกลอเล เกลอนา ที่แสดงถึงการแลกเปลี่ยนช่วยเหลือกัน เพราะลักษณะภูมิประเทศและทรัพยากรที่แตกต่างกันจึงต้องอาศัยซึ่งกันและกัน การทำงานของเครือข่าย อสม. จึงนำแนวคิด “เกลอ” มาประยุกต์ใช้ให้มีลักษณะการอิงบนฐานการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็น อีกทั้งความสัมพันธ์ที่มีมานานในวัฒนธรรม ของชุมชน 3 จังหวัด คือ ตรัง พัทลุง นครศรีธรรมราช ส่วนวิธีการนั้นคือใช้วิธีการประชุมร่วมกัน ไปเยี่ยมเยียนกัน และกัน ถ่ายทอดความรู้กันและกัน เป็นหลัก

เครือข่าย อสม. ประกอบด้วยชุมชนใน จ. พัทลุง ตรัง นครศรีธรรมราช มีชุมชนร่วมเรียนรู้สู่ปฏิบัติการ อสม. พันธุ์ใหม่ ประมาณ 30 ชุมชนในระยะเริ่มแรก และลดลงหลังจากนั้นเนื่องจากความพร้อมของชุมชน มีกลุ่มคนมาร่วมกันเชื่อมร้อยเสริมพลังของชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ นักพัฒนา ฯ มีกิจกรรมเสริมความรู้และเรียนรู้การทำงานระหว่างชุมชนรวมทั้งกระบวนการสรุปบทเรียนสื่อสารสาธารณะและนำสู่การเชื่อมโยงการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคราชการ เริ่มการผูกเกลอเป็นเครือข่ายตั้งแต่ ปี 2546 โดยการหนุนเสริมของโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้ (ศูนย์ สช.) และ สถานีอนามัยในชุมชน

ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการยกระดับการเรียนรู้ของ อสม. ก็คือ การเรียนรู้และเห็นรูปธรรมหรือตัวอย่างจริง ๆ ตัวอย่างที่ได้ไปสัมผัสเรียนรู้ จะนำไปสู่วิธีคิดและรูปธรรมกิจกรรมชุมชนเป็นสุขในชุมชนตัวเอง การได้มีวงแลกเปลี่ยนสร้างความมั่นใจในการทำงานให้กับ อสม. อย่างมาก การ “ผูกเกลอ” เป็นกระบวนการเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีความยั่งยืนได้วิธีหนึ่งและเป็นเครือข่ายที่เกิดผลดีต่อการทำงานดังนี้

1. ในความเป็นเครือข่ายมีองค์ประกอบของคนที่หลากหลาย คือ ชุมชน หน่วยงานราชการ นักวิชาการ นักพัฒนา ทุกหน่วยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ “สู่ชุมชนเป็นสุข” จึงผนึกกำลังเสริมในสิ่งที่ชุมชนขาด เพราะฉะนั้นการเป็นเครือข่ายจึงเป็นปัจจัยเอื้อซึ่งกันและกัน

กิจกรรมของเครือข่าย จะมีการประชุมเป็นวาระ มีกิจกรรมการถอดบทเรียน การหนุนเสริมงานของพื้นที่ในชุมชน ด้วยการเสริมด้านความรู้ จากหมออนามัย เจ้าหน้าที่ ศูนย์ สช. เสริมกระบวนการงานพัฒนานักพัฒนาเสริมกระบวนการเรียนรู้ จากนักพัฒนา โครงการดับบ้านดับเมืองเชื่อมภาคีเครือข่าย และสื่อสารสิ่งดี ๆ ที่ อสม. ทำ เหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยหนุนเสริมซึ่งกันและกัน

2. เครือข่ายเป็นที่ชุมนุมของชุมชนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รูปแบบของการมีเวทีเรียนรู้ร่วมกันเป็นระยะ การไปเรียนรู้ในชุมชนต่าง ๆ เพื่อเห็นรูปธรรมของกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการเสริมพลังของ อสม. ในการทำงาน และเป็นเทคนิคที่สำคัญในการที่จะทำให้ชุมชนที่ยังไม่เกิดกระบวนการเรียนรู้ได้เริ่มมองเห็นที่จะริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ

เครือข่าย อสม. มีกิจกรรมหมุนเวียนไปเรียนรู้สิ่งที่เพื่อนทำ ในระหว่างชุมชน ๓ จังหวัด มีเวทีแลกเปลี่ยนการทำงานของชุมชน รวมทั้งชุมชนที่โหนดสนใจเป็นพิเศษสำหรับกิจกรรมของชุมชนอื่นก็ตามไปศึกษาเป็นการเฉพาะ

3. การผูกเกลอเป็นเครือข่ายช่วยเสริมสร้างพลังในการเสนอองค์ความรู้ต่อสาธารณะ จากปฏิบัติการในหลากหลายชุมชนช่วยเสริมสร้างให้แต่ละชุมชนเกิดความมั่นใจในสิ่งที่ตัวเองทำ มั่นใจในการเสนอชุดความรู้ที่ต่อสาธารณะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานต่อชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

4. เป็นขบวนการเรียนรู้และขับเคลื่อนการเมืองภาคประชาชนของเครือข่าย อสม. การรวมตัวกันของกลุ่ม อสม. จะช่วยเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิถีชีวิตของชุมชนตนเอง เป็นการรวมตัวขบคิดเพื่อให้ชุมชนและสังคมเป็นสุข เป็นการรวมคนมาให้เป็นกลุ่มคน เพื่อเป็นพลังในการสรรค์สร้างสิ่งดีงาม

อสม.กับการกลายเป็นอาสาสมัครรักถิ่น

กลุ่ม อสม. ในหลายชุมชนมีฐานะเป็นเพียง สัญญะทางกลไกของรัฐ ความหมายของ อสม.จึงแฝงไว้ด้วยมายาคติบางอย่างกล่าวคือเป็นการบิดเบือนความหมายของ อสม.ให้เหลือเพียงการเป็นแขนขาของเจ้าหน้าที่ของรัฐทั้ง ๆ ที่ อสม. เป็นแกนนำที่สำคัญของชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาชุมชนของตัวเอง เพียงแต่เมื่อความหมายถูกบิดเบือนในลักษณะนี้คือคับแคบและหยุดนิ่ง ก็ส่งผลให้กระบวนการทำงานหรือภารกิจงานก็จำกัดคับแคบตามความหมายและสัญญาที่ถูกสร้างขึ้นดังกล่าวด้วย เพียงแต่มายาคติอันนี้ได้ปิดบังอำพราง ขบวนการนี้เผยเปิดให้เราเห็นเรื่อยมา เราต่างหากที่คุ้นเคยจนไม่สังเกตตั้งคำถามว่าความหมายอันนี้เป็นการประกอบสร้างทางวัฒนธรรม เพราะเราเคยชินจนรู้สึกว่าเป็นธรรมดาและเป็นธรรมชาติ² อย่างไรก็ตามมีบางชุมชนที่ถูกขืนมาตั้งคำถามหรือปฏิบัติตัวเองจากกรอบงานเดิมๆ มาเป็นการสร้างความหมายใหม่ให้กับตัวตนของ อสม. จากกลไกทางอุดมการณ์ของรัฐ มาเป็นกลไกของชุมชน ด้วยการสร้างกระบวนการหรือโครงสร้างใหม่ขึ้นมา กล่าวคือ มี

² โรลิ่งด์ บาร์ตส์, วรรณพิมล อังคศิริสรรพ (แปล), มายาคติ

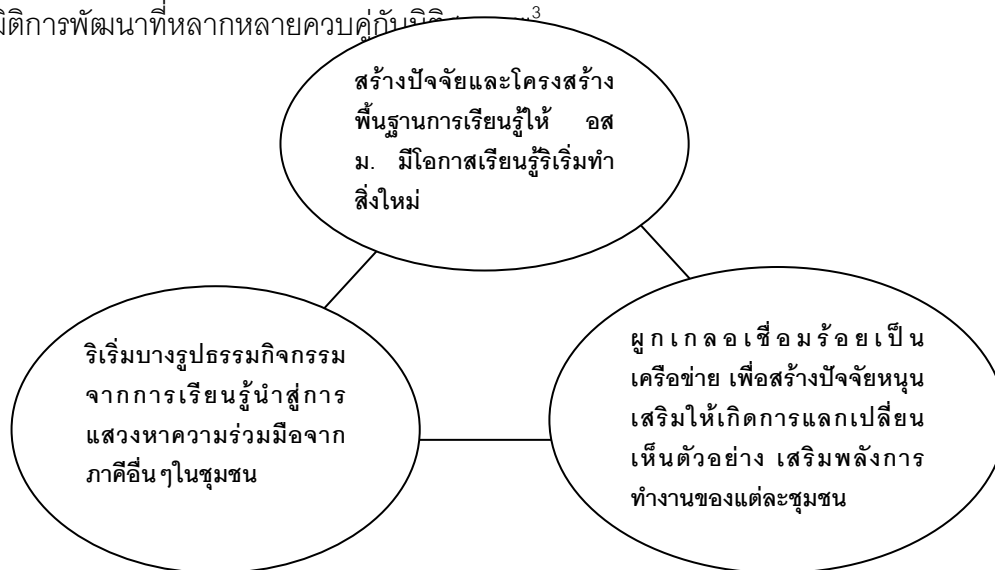
มิติในการทำงานที่กว้างขึ้น จัดระบบความสัมพันธ์ใหม่กับเจ้าหน้าที่ของรัฐจากแนวดิ่งเป็นแนวนอน เป็นต้น กระบวนการสร้างความหมายใหม่ของ อสม. จึงมีเพียงเกิดจากการสร้างนิยามด้วยความหมายตามคำพูด แต่เป็นการสร้างความหมายใหม่ภายใต้การจัดระบบความสัมพันธ์ใหม่ของชุมชน

ด้วยภาวะทางสังคมและชุมชนที่เปลี่ยนแปลงตามที่กล่าวข้างต้น กระบวนการสร้างสุขภาพของชุมชนอันเป็นความมุ่งหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เดิมนั้น จำเป็นต้องได้รับการเสริมเติมศักยภาพและยกระดับการทำงานของ อสม. เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ทุกข์ของชุมชนมีมากกว่าและแตกต่างจากการทำงานตามวาระของสาธารณสุข การคลี่คลายทุกข์และภาวะของสุขภาพจึงต้องนำปัญหามาเป็นตัวตั้ง หรือ ชุมชนเป็นตัวตั้ง แล้วจึงใช้ศักยภาพของ อสม. มาเรียนรู้แก้ทุกข์ภาวะอันนั้น ไม่เอาวาระของสาธารณสุขเป็นตัวตั้ง หรือถ้าเอาวาระของสาธารณสุขเป็นตัวตั้งก็ต้องสร้างเงื่อนไขให้ อสม. เรียนรู้ว่าเป็นเรื่องของชุมชน ความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขก็จะก้าวสู่ อาสาสมัครรักถิ่นได้ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ว่า อสม. ยังทำหน้าที่อีกหลายอย่างในชุมชน กระบวนการเรียนรู้ของ อสม. จะทำให้กลุ่มของ อสม. ริเริ่มชักชวนกลุ่มอื่นๆในชุมชนมาร่วมกันคิดและพัฒนาชุมชนของตนเอง แม้จะเป็นเรื่องไม่่ง่ายนักตามกระบวนการดังกล่าว แต่กรณีที่พักได้ได้เกิดขึ้นแล้ว ฉะนั้น หากสร้างปัจจัยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ก็สามารถเป็นไปได้ จากบทเรียนของเครือข่ายมีกระบวนการจัดการเรียนรู้ดังนี้

อสม. ในฐานะกลไกของชุมชนท้องถิ่น

ด้วยภาวะทางสังคมและชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการปรับตัวในการทำงานใหม่ของ อสม. เป็นกระบวนการสร้างสุขภาพของชุมชน กล่าวคือ ทุกข์ของชุมชนอาจมากกว่า การทำงานตามวาระของสาธารณสุข การคลี่คลายทุกข์และภาวะของสุขภาพจึงต้องทำให้ปัญหาเป็นตัวตั้ง หรือ ชุมชนเป็นตัวตั้ง แล้วจึงใช้ศักยภาพของ อสม. มาเรียนรู้แก้ทุกข์ภาวะอันนั้น ไม่เอาวาระของสาธารณสุขเป็นตัวตั้ง หรือถ้าเอาวาระของสาธารณสุขเป็นตัวตั้งก็ต้องสร้างเงื่อนไขให้ อสม. เรียนรู้ว่าเป็นเรื่องของชุมชน ความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขก็จะก้าวสู่ อาสาสมัครรักถิ่นอันเป็นกลไกของชุมชนได้ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ว่า อสม. ยังทำหน้าที่อีกหลายอย่างในชุมชน ภายใต้การสร้าง ความหมายและกระบวนการเรียนรู้ของ อสม.แบบใหม่ จะทำให้กลุ่มของ อสม. ริเริ่มชักชวนกลุ่มอื่นๆในชุมชนมาร่วมกันคิดและพัฒนาชุมชนของตนเอง แม้จะเป็นเรื่องไม่่ง่ายตามกระบวนการดังกล่าวแต่ หากสร้างปัจจัยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ก็สามารถเป็นไปได้ จากบทเรียนของเครือข่ายประเด็นที่น่า ขบคิดก็คือ เมื่อ อสม. มีศักยภาพเกินกว่าภาระงานที่สาธารณสุขมอบหมายและพิสูจน์ให้เห็นแล้วใน

หลายพื้นที่ก็ควรเป็นโอกาสที่กระทรวงสาธารณสุขจะยกระดับพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้เป็นแกนนำในมิติการพัฒนาที่หลากหลายควบคู่กับบริการ³



การริเริ่มกระบวนการเรียนรู้กับ อสม. ในระยะแรกเริ่มจำเป็นต้องมีคนคอยช่วยหนุนเสริม และการจัดกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างชุมชนจะทำให้ อสม. เห็นรูปธรรมของการทำงานอันจะเป็นปัจจัยให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นต่อการทำงานในบทบาท อสม. ในฐานะอาสาสมัครของชุมชน

อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการกลายเป็น อสม. พันธุ์ใหม่ หรือ เป็นกลไกของชุมชน ที่อาจเรียกว่า อาสาสมัครรักถิ่นนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นโดยรัฐแม้ว่าจะจัดตั้งขึ้นมาโดยรัฐก็ตาม แต่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการของชุมชนเองซึ่งมีเหตุปัจจัยหรือเกิดการจัดระบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์แบบใหม่ แม้รัฐจะมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่บ้างกับการกลายเป็น อสม. พันธุ์ใหม่แต่ก็เป็นรัฐพันธุ์ใหม่เช่นกัน คือ เป็นรัฐที่มีการทำงานแบบใหม่ เช่น มีความสัมพันธ์แนบชิดกับชุมชนเป็นต้น เพราะฉะนั้นกระบวนการกลายเป็น อสม. พันธุ์ใหม่จึงเคลื่อนไปตามกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ ซึ่งส่วนหนึ่งมีแรงผลักดันมาจากกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ในระดับชาติ เช่น การมีองค์กรที่ทำงานกับชุมชน อย่าง สสส. และถ่ายทอดระบบอันนี้ผ่านองค์กรพัฒนาเอกชน หรือ องค์กรอื่นๆ ผู้การทำงานร่วมกับชุมชน กล่าวอีกนัยหนึ่ง กระบวนการกลายเป็น อสม. พันธุ์ใหม่เป็นการสร้างสัญญาณแบบใหม่ให้กับตัวเองพร้อมๆกับการสร้างความหมายใหม่ที่มีผลในทางปฏิบัติที่ไม่ตกอยู่ภายใต้การเป็นเพียงกลไกทางอุดมการณ์ของรัฐและกระบวนการอันนี้ยังเคลื่อนคล้อยเผยแพร่ออกไปสู่พื้นที่อื่นๆ

กระบวนการเคลื่อนไหวใหม่ของเครือข่ายอาสาสมัครรักถิ่น ปากใต้

³ ประสิทธิ์ชัย หนูนวล, อสม. พันธุ์ใหม่, สารสร้างสุข สสส., กรกฎาคม 2549

กระบวนการเรียนรู้ของ อสม. เกิดขึ้นด้วยสภาวะการเรียนรู้ของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงเรื่อยมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของชุมชนนั้นเป็นไปด้วยภาวะที่ซับซ้อน หลากหลาย จากการเกิดขึ้นของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนที่มีมากขึ้น รวมทั้งแรงกระแทกจากภายนอกสามารถส่งผลมาถึงชุมชนอย่างรวดเร็ว ซับซ้อนในรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งจะส่งผลให้ระบบโครงสร้างในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โครงสร้างที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่ว่าส่งผลต่อระบบความสัมพันธ์ของชุมชนกล่าวคือเกิดระบบความสัมพันธ์แบบใหม่แทนที่ความสัมพันธ์แบบเดิม ๆ ที่เป็นอยู่ ด้วยภาวะดังกล่าวนี้การตั้งตัวของชุมชนที่จะสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตัวเองนั้นอย่างสอดคล้องและจัดระบบที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้เพราะระบบความสัมพันธ์ใหม่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงร้อยรัดสรรพสิ่งต่างๆให้อยู่ด้วยกัน เมื่อเป็นเช่นนี้ความหมายของการกระทำหรือปรากฏการณ์ของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นผลมาจากโครงสร้างที่เป็นตัวกำหนดกำกับความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆภายใต้ระบบเดียวกัน⁴

กลุ่มคน อสม. ในฐานะที่เป็นคนในชุมชนจึงต้องปรับความคิดและปฏิบัติการให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวด้วย และในความเป็นจริงแล้วคนที่เป็น อสม. นั้นมีบทบาทการขับเคลื่อนงานในกลุ่มองค์กรต่างๆอีกหลายบทบาท เช่น กรรมการกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอนุรักษ์ ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ฯลฯ เพราะฉะนั้นเวลาพูดถึง อสม. จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องคำนึงถึงศักยภาพและบทบาทที่หลากหลายเหล่านี้ด้วย

ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลต่อกระบวนการขับเคลื่อนงานในระดับชุมชนไม่น้อยคือ กระบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชนรวมทั้งองค์กรภายใต้รัฐบาลองค์กรซึ่งขบวนการทางสังคมใหม่ในปัจจุบันแสดงออกในรูปของ “การคิดในระดับท้องถิ่น แต่เคลื่อนไหวในระดับโลก” (think locally, act globally) แทนที่ความคิดที่ว่า “คิดในระดับโลก เคลื่อนไหวในระดับท้องถิ่น” (think globally, act locally) เพราะในความเป็นจริงแล้วโลกยุคหลังสงครามเย็นเป็นโลกของการผสมผสาน คือ มีโลกอยู่ในท้องถิ่นขณะเดียวกันก็มีท้องถิ่นอยู่ในโลก เพียงแต่ท้องถิ่นในการเคลื่อนไหวแบบใหม่นี้ไม่มีลักษณะของการแข็งทื่อ หยุดนิ่ง ตายตัว แต่เป็นประดิษฐ์กรรมของการปะทะประสานระหว่างกระแสท้องถิ่นกับกระแสโลก จนมีลักษณะของท้องถิ่นตัดข้ามท้องถิ่น (translocality) เกิดขึ้นมากมาย⁵ ด้วยกระบวนการทัศน์และทิศทางการพัฒนาภาคพลเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวส่งผลไม่ทางตรงก็ทางอ้อมต่อบทบาทของชุมชนในการจัดการตัวเอง รวมทั้งภายใต้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่นี้ได้ก่อให้เกิดองค์กรต่างๆขึ้นเพื่อสนับสนุนหรือเป็นกลไกให้การเคลื่อนไหวดังกล่าวเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ในประเทศไทยเกิด พรบ. สำนักงานกองทุน

⁴ ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, ศัญญาวิทยา. โครงสร้างนิยม. หลังโครงสร้างนิยมกับการศึกษารัฐศาสตร์

⁵ ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, รัฐชาติกับ (ความไร้) ระเบียบโลกชุดใหม่

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อทำหน้าที่ในการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยและขบวนการเคลื่อนไหวของชุมชนให้เกิดสุขภาพของชุมชนเอง กลไกดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดความเคลื่อนไหวในกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งขึ้น อันจะนำไปสู่ ความเชื่อมั่นของชุมชนตัวเองว่ามีศักยภาพในการจัดการตัวเองได้ เพราะความเชื่อมั่นอันนี้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะนำชุมชนไปสู่การพึ่งตัวเองภายใต้โลกที่สลับซับซ้อน⁶ กระบวนการ อสม. นั้นหนึ่งก็คือแกนนำของชุมชนนั่นเอง เพราะฉะนั้นจึงอยู่ภายใต้หรือได้รับผลต่อกระบวนการเคลื่อนไหวดังกล่าวอันจะมีผลต่อการปฏิบัติความคิดของตัวเองซึ่งจะนำไปสู่การคิดร่วมระดับกลุ่มและท้ายที่สุดก็จะส่งผลสู่การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

⁶ ประสิทธิ์ชัย หนูนวล , ปฏิวัติที่โลกใบเล็ก , สารสร้างสุข สสส. พฤษภาคม 2549 กระบวนการแบบนี้จะส่งเสริมให้ อสม. คิดเองทำเอง จัดกระบวนการทำงานกันเอง จนสุดท้าย หมออนามัยเป็นเพียงผู้ช่วยของ อสม.

บรรณานุกรม

- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2545. สัจวิทยา โครงสร้างนิยม หลังโครงสร้างนิยมกับการศึกษารัฐศาสตร์.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิภาษา.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2549. รัฐชาติกับ[ความรู้] ระบียบโลกชุดใหม่. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์วิภาษา.
- ธีรวัฒน์ แดงกะเปา . อสม.บางชั้น . (เอกสารประกอบการนำเสนอ อสม. สำนักวิจัยสุขภาพและสังคม
กระทรวงสาธารณสุข)
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. 2547. ความรู้ท้องถิ่น การจัดการความรู้สู่การจัดการสังคม. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์เคล็ดไทย.
- ประสิทธิ์ชัย หนูนวน. 2549 . “ปฏิวัติที่โลกใบเล็ก” สารสร้างสุข สสส. (พฤษภาคม)
- ประสิทธิ์ชัย หนูนวน. 2549 . “อสม.พันธุ์ใหม่” สารสร้างสุข สสส. (กรกฎาคม)
- ศีลเรืองศักดิ์ สุขใส. อสม.กับการจัดการทรัพยากร . (เอกสารประกอบการนำเสนอ อสม. สำนักวิจัย
สุขภาพและสังคม กระทรวงสาธารณสุข)
- เสถณี จำวิสูตร. อสม.กับแผนสุขภาพชุมชน . (เอกสารประกอบการนำเสนอ อสม. สำนักวิจัยสุขภาพ
และสังคม กระทรวงสาธารณสุข)
- หลุยส์ อัลธูแซร์. อุดมการณ์และกลไกทางอุดมการณ์ของรัฐ. กาญจนนา แก้วเทพ แปล .
มายาคติ. 2544. วรรณวิมล อังคศิริสรรพ แปล . โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- เอกสาร การสรุปบทเรียนเครือข่าย อสม. โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ (พ.ศ. 2548 - 2549)

กรณีศึกษาที่ 12

อสาสมัครสาธารณสุขกับหลักประกันสุขภาพ
กรณีผู้ติดเชื้อ

โดย มธุรส ศิริสถิตยกุล

อาสาสมัครสาธารณสุขกับหลักประกันสุขภาพ : กรณีผู้ติดเชื้อ

มธุรส ศิริสถิตย์กุล*

นับเนื่องจากทศวรรษ 2540 เป็นต้นมา กระบวนการประชาสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในแทบทุกระดับไม่ว่าจะเป็นระดับมหภาคหรือจุลภาคถือเป็นปรากฏการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจยิ่ง แต่กระนั้น หากจะทบทวนประสบการณ์การทำงานระหว่างภาครัฐและประชาชนในแวดวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องยาวนานนับจากทศวรรษ 2520 เป็นต้น การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งในเขตภาคเมืองและภาคชนบท อาจกล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานในแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนที่น่าสนใจไม่น้อยทีเดียว

งานศึกษาเรื่อง *อาสาสมัครสาธารณสุขกับหลักประกันสุขภาพ* ในครั้งนี้จะเริ่มต้นด้วย ส่วนที่หนึ่ง บทนำ ซึ่งว่าด้วยการทบทวนงานศึกษาเรื่องบทบาทอาสาสมัครและบทบาทของภาคประชาชนในการประสาน ต่อรอง และต่อต้านอำนาจรัฐ ส่วนที่สอง กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง สงขลา กับปัญหาบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนที่สาม กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชานเมืองกรุงเทพฯ กับปัญหาบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมของผู้เป็นแรงงานนอกระบบ และส่วนที่สี่ ส่วนสุดท้ายเป็นการสรุปผลการศึกษา

ส่วนที่หนึ่ง: บทนำ ทบทวนงานศึกษาเรื่องบทบาทอาสาสมัครและบทบาทของภาคประชาชนในการประสาน ต่อรอง และต่อต้านอำนาจรัฐ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับภาครัฐไทยในช่วงเวลากว่า 40 ปีที่ผ่านมาเลย จะพบชุดความสัมพันธ์ซึ่งดำเนินไปด้วยความคลุมเครืออย่างเสมอต้นเสมอปลาย ซึ่งขยายนัยความหมายของคำว่า “คลุมเครือ” นี้ว่า อาจแทนที่ด้วยรูปธรรมความสัมพันธ์ที่มีทั้งการประสาน ต่อรอง และต่อต้านอำนาจรัฐไปตามแต่บริบทของสถานการณ์

ศุภชัย (2544) ได้ถอดรหัสการพัฒนาว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐกับชาวบ้านในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ว่า หน่วยงานราชการได้ทยอยเข้ามาในหมู่บ้านนับจากช่วงปี พ.ศ.2500 กล่าวเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขตำบลจะใช้วิธีเรียกประชุมผู้ใหญ่บ้านที่อำเภอ แล้วแจ้งให้ทราบว่าจะเข้ามาดำเนินการในหมู่บ้านวันไหน ผู้ใหญ่บ้านก็จะทำหน้าที่แจ้งให้ลูกบ้านหรือผู้ปกครองเด็กทราบ เพื่อเตรียมนำเด็กมาตรวจซึ่งน้ำหนักรหรือปลูกลูก ซึ่งส่วนใหญ่กระทำกันที่โรงเรียน อันเป็นศูนย์กลางของชุมชน (ศุภชัย 2544: 72)

* สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

กล่าวได้ว่า ในช่วงเวลานั้น รัฐและชุมชนเริ่มพึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น โดยการทำงานของรัฐใช้วิธี “สั่งการ” ผ่านสถาบันดั้งเดิมของชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์หรือครู เพื่อประสานและบริหารโครงการให้แล้วเสร็จ ชาวบ้านยังไม่ได้มีส่วนร่วมกับการแต่อย่างใด บทบาทของชาวบ้านเป็นเพียง “ผู้เฝ้าดู” การทำงานของผู้ใหญ่บ้านและข้าราชการ

แต่หลังจากปี พ.ศ.2525 เป็นต้นมา มีการปรับองค์กรภายในหมู่บ้าน โดยมีการตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) และแบ่งเป็นฝ่ายตามนโยบายของรัฐบาล ในด้านการพัฒนาสุขภาพ สาธารณสุขประจำตำบลเริ่มมีการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) เพื่อเป็นผู้ช่วยหมอในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและดูแลด้านอนามัย โดยให้ผู้ใหญ่บ้านเลือกลูกบ้านที่อยู่ในละแวกหรือหย่อมบ้านเดียวกับตนและส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องไปอบรมเป็น อสม. ทำให้ตำแหน่งที่อยู่ของ อสม. ไม่สามารถกระจายไปทั่วหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่อนามัยตำบลต้องเสนอให้มีการคัดเลือกใหม่ จนในที่สุดสามารถกระจายได้ครบทั้ง 10 จุดทุกหย่อมบ้าน

หลังจากการแต่งตั้ง อสม. และได้ติดต่อสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งมีการประชุมเดือนละครั้ง ผนวกกับทางกระทรวงสาธารณสุขมีโครงการสร้างประปาชนบทและเร่งรัดให้เจ้าหน้าที่ระดับหมู่บ้านดำเนินงาน สาธารณสุขประจำตำบลจึงเริ่มเดินเรื่องของบประมาณจากองประปาชนบท (มีสำนักงานเขตอยู่ที่จังหวัดลำปาง) เพื่อสร้างระบบประปาหมู่บ้าน โดยชาวบ้านต้องออกทุนร่วมกันเพื่อซื้ออุปกรณ์สาธารณะประเภทท่อ เครื่องสูบน้ำ หรือมาตรวัดน้ำ ชาวบ้านเห็นพ้องกันว่าต้องเรียกรายเงิน โดยใครประสงค์จะใช้น้ำก็ต้องเสียเงินเพิ่มสองเท่าเพื่อเข้า “กลุ่มผู้ใช้น้ำ” ต่อมาเมื่อเงินที่รับบริจาคหายไปจากกองทุน ผู้ใหญ่บ้านกับกรรมการหมู่บ้านและอสม. จึงเกิดความไม่เข้าใจและระแวงซึ่งกันและกัน การเก็บเงินจึงก่อตัวไปสู่ความขัดแย้งและลาออกของผู้ใหญ่บ้านในเวลาต่อมา (ศุภชัย 2544: 79)

กล่าวได้ว่า การเข้ามาของรัฐในนามของหน่วยงานราชการระดับภูมิภาค ทำให้เกิดปรากฏการณ์การแตกตัวของความขัดแย้งภายในหมู่บ้านซึ่งดำรงอยู่แล้วอย่างเงิบงัน มีความชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับเวลา และ “การพัฒนา” ได้ดำเนินการไปในท่ามกลางปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างภาครัฐกับชุมชน ก่อให้เกิดปฏิกิริยาสองด้านเกิดขึ้นควบคู่กันไปคือ ระหว่างการกระจายอำนาจให้ชุมชนกับการดึงชุมชนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของรัฐ รัฐและชุมชนจึงพยายามช่วงชิงอำนาจผ่านการนิยามความหมาย ภายใต้ปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐที่พยายามควบคุมชุมชนกับชาวบ้านที่พยายามต่อต้านชุดความคิดของรัฐ (ศุภชัย 2544: 24)

การต่อต้าน ต่อรอง และปรับเปลี่ยนอำนาจผ่านการปฏิสัมพันธ์ดำเนินไปต่อเนื่องยาวนานผ่านรัฐกับชุมชน มาสู่รัฐกับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะความเข้มข้นของการช่วงชิงนิยามความหมายในการทำงานด้านสุขภาพภาคประชาชนของ “เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคนทำงานด้านเอดส์” จอน อึ้งภากรณ์ อดีตผู้อำนวยการโครงการเข้าถึงเอดส์ ได้วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของภาครัฐกับองค์กรเอกชนว่า ภาครัฐอยู่ในฐานะเหนือกว่า เพราะเป็นผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณโดยผ่านกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเรื่องที่มีประโยชน์และมีความจำเป็นต่อการทำงานขององค์กรเอกชนจำนวนมากตลอดมา แต่ระบบการจัดสรรและการพิจารณาให้ทุนยังมีปัญหาที่สลับซับซ้อน มีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องกับกลไกการให้ทุน ทั้งในส่วนราชการและในส่วนผู้แทนองค์กรเอกชนจะต้องร่วมกันปรึกษาหารือถึงการพัฒนาระบบกลไกให้สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานขององค์กรเอกชนมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ องค์กรเอกชนส่วนใหญ่จึงมีความจำเป็นต้องให้การยอมรับต่อแนวนโยบายการแก้ไขปัญหาเอดส์ของรัฐ เพราะด้านหนึ่งองค์กรเอกชนไม่สามารถแก้ไขปัญหาลำพังได้โดยลำพัง เพราะมีกำลังคน กำลังทรัพยากรที่จำกัด ยังคงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่มีทิศทางการทำงานไปด้วยกันได้ และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือดังกล่าว เป็นพลังสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามในสังคม (ดู จอน 2542)

เมื่อพิจารณาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเขตภาคเหนือตอนบน ได้มีภาพลักษณ์การประสานงานเพื่อสร้างความเป็นประชาสังคมได้อย่างราบรื่นและสอดคล้องต้องกันดียิ่งไปอีกสองภาคส่วนคือ ภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน แต่แท้ที่จริงแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนในงานด้านเอดส์มีความสลับซับซ้อนระหว่างสองแนวทางคือ การประสานร่วมมือกับรัฐ (hand and cooperation with state) ด้านหนึ่ง แต่ยังมีอีกด้านหนึ่งที่กระทำไปด้วยพร้อม ๆ กันคือการต่อต้านการครอบงำของอำนาจรัฐ (resistance to state dominance) ในขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชนนิยามตนเองว่า ‘มีอิสระ (having independence)’ จากรัฐ และได้สถาปนาความเป็นประชาสังคมในรูปแบบใหม่ เพื่อแสวงหาความหมายที่ทำท้าทายสิทธิครอบความเป็นเจ้า (hegemony) ของรัฐไทย ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่จึงเป็นทั้งการพึ่งพา และการปกป้องพื้นที่ของตนเองจากการครอบงำของรัฐ

ความสัมพันธ์ที่ไม่เรียบง่าย (uneven social and spatial relationships) เช่นนี้ เกิดขึ้นเนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนได้ทำหน้าที่เป็นรัฐบาลเงา (shadow state) คือเป็นทั้งผู้ตรวจสอบวิพากษ์วิจารณ์และเป็นผู้ทำหน้าที่ที่รัฐควรเป็นผู้กระทำ แต่กระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึง เนื่องจากข้อจำกัดของระบบรวมศูนย์อำนาจซึ่งดำรงอยู่อย่างยาวนานในสังคมไทย (มธุรส 2546: 16)

การทำงานด้านเอดส์ของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรเอกชนในช่วงต้นทศวรรษ 2540 คือ การประสานกับชุมชนเพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถมีชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเพียงพอต่ออัตภาพ โดยการรื้อฟื้นความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติและการประสานกับองค์กรชุมชนในทุกระดับ แต่กระนั้น คำตอบของความยั่งยืนย่อมไม่ใช่สิ่งที่ปรากฏอย่างง่ายดายเท่าเทียมกันในทุกชุมชน เนื่องจากการกีดกันรังเกียจที่ผู้ติดเชื้อรู้สึกกว่าตนเองถูกกระทำมักเกิดขึ้นเมื่อรูปลักษณะภาพนอกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดังนั้นการอยู่ในชุมชนอย่างยั่งยืนของผู้ติดเชื้อจึงต้องรักษาสุขภาพทางกายอย่างเคร่งครัดควบคู่กันไป ด้วย

แนวโน้มการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิและการเข้าถึงยา โดยนัยของมันแล้วคือ การสร้างวาทกรรม เอดส์ชุดใหม่ ซึ่งขยับเขยื้อนจากวาทกรรมชุดเก่าแก่มากที่สุด ‘เอดส์รักษาไม่ได้ เป็นแล้วตายสถานเดียว’ และวาทกรรมชุดกลางเก่ากลางใหม่ ‘เอดส์รักษาไม่ได้ แต่เราอยู่ร่วมกันได้’ การต่อสู้เรื่องสิทธิ และการเข้าถึงยามาพร้อมวาทกรรมชุดใหม่ ‘เอดส์รู้จัก รักษาได้’ ซึ่งหมายถึง การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อสามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพ ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่จำเป็น การได้รับยาต้านไวรัสตามความสามารถที่จะจัดหาได้ ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ป่วยบ่อย ๆ จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถที่จะทำมาหากินได้เหมือนเดิม เป็นผลดีกว่าการทำงานสงเคราะห์ช่วยเหลือเมื่อคนเหล่านี้เจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถให้การสงเคราะห์ได้ครอบคลุมทั้งปริมาณและคุณภาพ

แต่กระนั้น การเคลื่อนไหวในเรื่องสิทธิผู้ป่วยในการเข้าถึงยาและการบริการรักษาอย่างเหมาะสม จึงเป็นเสมือนสองด้านของเหรียญ ด้านหนึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มคนผู้เป็นเจ้าของปัญหา แต่อีกด้านหนึ่งอาจทำให้เจ้าหน้าที่รัฐในระดับภูมิภาคซึ่งอุปถัมภ์กลุ่มผู้ติดเชื้อไม่พอใจถึงขนาดปิดกลุ่มผู้ติดเชื้อไปเลยก็มีปรากฏให้เห็นอยู่บ่อยครั้ง¹ (มธุรส 2546: 23)

จากการทบทวนเรื่องราวความเป็นประจักษ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตภาคเหนือตอนบน และส่วนอื่นๆ ของประเทศ พบว่า มีประเด็นที่เหลื่อมซ้อนกันอยู่บางประการในแง่มุมมองของจุดเน้นการเคลื่อนไหว นั่นคือ ประจักษ์การทำงานเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบนเน้นเรื่องการประสานกับชุมชน ในขณะที่ภาพรวมการเคลื่อนไหวของกลุ่มทำงานเอดส์แห่งประเทศไทยเน้นเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงยา

กรณีสิทธิบัตรยาดีดีไอ คือตัวอย่างกระบวนการเคลื่อนไหวกรณียาราคาแพงซึ่งถูกผูกขาดโดยบริษัทยาข้ามชาติบริสตอล ไมเยอร์ สควิบบ์ (BMS) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (ACCESS) ได้ติดตามเรื่องราว

¹ สัมภาษณ์พิทยา ศรีทองเพชร ผู้ประสานงานกลุ่มเพื่อนขอนแก่น เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2545 และ ประจักษ์ อาษาธง เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2545.

เกี่ยวกับสิทธิบัตรยาต้านไวรัส และพบว่าบริษัทดังกล่าวได้รับสิทธิบัตรยาโดยไม่ถูกต้อง คือในแง่ของกฎหมายสิทธิบัตรแล้ว กำหนดให้ผู้ยื่นขอสิทธิบัตร ต้องประกาศต่อสาธารณะภายใน 90 วัน ครั้งที่ BMS ขอจดสิทธิบัตรยาดีดีไอเม็ด ขอผลิตในขนาด 5-100 มิลลิกรัม แต่เมื่อผลิตออกมาจริงๆ ไม่มีการกำหนดปริมาณตัวยา กล่าวคือเป็นการได้สิทธิบัตรยาโดยไม่ระบุขนาด เท่ากับกันไม่ให้คนอื่นมีสิทธิผลิตได้เลย ซึ่งโดยความเป็นจริงยาดีดีไอไม่ใช่วัตถุกรรมใหม่ บริษัทจึงไม่สามารถผูกขาดการผลิตในลักษณะนี้ได้ แทนที่กระทรวงสาธารณสุขจะเข้ามาดูแล้ว มีการขอจดสิทธิบัตรโดยไม่ถูกต้อง แล้วดำเนินการยื่นฟ้องเอง เพราะองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้เสียหาย แต่กลับไปให้ทางองค์การเภสัชกรรมเลี้ยงปัญหาด้วยการผลิตดีดีไอผงแทน ซึ่งเมื่อเป็นดีดีไอผง กลับให้ประสิทธิภาพในการรักษาน้อยกว่า จึงได้มีการพูดคุยกระจายข่าวกันในหมู่คนทำงานด้านเอดส์ และเห็นฟ้องต้องกันว่าความไม่ชอบธรรมนี้สมควรได้รับการบอกกล่าวในทางสาธารณะและเรียกร้องในเชิงนโยบายให้ภาครัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาดูแลจัดการเรื่องนี้ ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย จึงได้ไปตั้งเต็นท์กันที่หน้ากระทรวงสาธารณสุข

ในแง่ของการดำเนินการฟ้องร้องตามกฎหมาย โจทก์คือ ตัวแทนของมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และตัวแทนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อหญิง 1 คน ชาย 1 คน เป็นโจทก์ร่วมฟ้องร้องบริษัท BMS ในการได้มาของสิทธิบัตรยาที่ไม่ถูกต้องตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้ติดเชื้อสองคนที่กล่าวมา คือผู้ที่ประสบปัญหาเพราะต้องมารับการรักษาด้วยยาดีดีไอผงแทนที่จะได้ยาดีดีไอเม็ด ซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงกว่าคดีแรกนี้ ต่อสู้กันในแง่ที่ว่า โจทก์มีสิทธิฟ้องร้องจำเลยหรือไม่ การฟ้องร้องนี้ดำเนินไปเป็นเวลามากกว่า 1 ปี 6 เดือน จนล่าสุดเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2545 ศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศกลาง ได้พิพากษาว่า โจทก์มีสิทธิฟ้อง และข้อความ 5-100 มิลลิกรัมเป็นสาระสำคัญของสิทธิบัตรต้องเขียนไว้ด้วย

เมื่อเป็นเช่นนี้ ถ้าไม่มีการอุทธรณ์ ผู้ผลิตรายอื่นสามารถผลิตยาดีดีไอเม็ดในขนาดแตกต่างจากนี้ได้ทันที และถ้ามีการอุทธรณ์ภายใน 30 วัน และคดียังไม่ถึงที่สุด ผู้ผลิตรายอื่นสามารถยื่นขอความคุ้มครองชั่วคราวตามคำพิพากษาของศาลได้ เพื่อให้ยาเม็ดดีดีไอซึ่งเป็นยาต้านไวรัส ตัวหนึ่งในสูตรพื้นฐานของการควบคุมจำนวนไวรัสในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอดส์ มีราคาถูกลงและผู้ติดเชื้อไทยสามารถเข้าถึงได้ องค์การเภสัชกรรมจึงได้ทำการทดลองจนมีความพร้อมจะผลิตยาเม็ด ที่จะส่งผลให้ราคายาชนิดนี้ถูกลงกว่าครึ่ง

โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้ยื่นฟ้องศาลทรัพย์สินทางปัญญาให้มีการเพิกถอนสิทธิบัตรนี้แล้ว เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา ส่วนแผนงานต่อไปของเครือข่ายผู้ติดเชื้อและพันธมิตร คือ การรณรงค์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในสามประเด็นคือ

- 1) ให้การสนับสนุนองค์การเภสัชกรรมผลิตยาดีดีไอเม็ดทันที
- 2) สนับสนุนให้องค์การเภสัชกรรมฟ้องเพิกถอนสิทธิบัตรของ BMS เพราะได้มาโดยไม่ถูกต้อง และรายละเอียดส่วนประกอบของยาดีดีไอ ที่ยื่นขอสิทธิบัตรไม่ใช่นวัตกรรมใหม่ทางวิทยาศาสตร์ ตามกฎหมายสิทธิบัตรของไทย
- 3) ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นเรื่องในการแก้ไขมาตรา 51² ตาม พ.ร.บ.สิทธิบัตร

กล่าวได้ว่า ความพยายามในการผลักดันเรื่องสุขภาพของประชาคมเอดส์มีมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากประชาคมเอดส์คำนึงถึงสุขภาพในความหมายของสุขภาพะ นั่นคือ การได้รับการรักษา การเข้าถึงยา และการอยู่ในครอบครัวชุมชนแวดล้อมที่ดี มีเครือข่ายเพื่อน/ คนใกล้ชิดดูแลซึ่งกันและกัน อย่างสม่ำเสมอในระดับปัจเจกบุคคล ส่วนระดับประชาสังคมประชาคมเอดส์นิยามตนเองในแนวทางประชารัฐ ซึ่งหมายถึงการประสานกับภาครัฐเพื่อการใช้งาน และเครื่องมือต่าง ๆ ในการดำเนินการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด³

การเคลื่อนไหวในแนวทางประชาคมเอดส์นั้นถือเป็นการทำงานควบคู่กันในลักษณะพันธมิตร หรือภาคีความร่วมมือ ซึ่งมีการสรุปบทเรียนว่า การทำงานในลักษณะนี้น่าจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ทุกฝ่ายมากกว่าระบบพีเลียงหรือผู้ให้การอุปถัมภ์⁴ แต่ก็ใช่ว่ารูปธรรมของกิจกรรมการเคลื่อนไหวในทุกระดับจะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ระดับความเป็นประชาคมที่แตกต่างนี้ยังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น ถ้าเป็นความเคลื่อนไหวในชุมชน การทำงานระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อกับองค์กรชุมชนมักเป็นไปในรูปแบบของการขอรับการอุปถัมภ์⁵ ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบมากในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ในขณะที่ภาคอื่น ๆ กลับไม่พบการคืนสู่ชุมชนในลักษณะแนบเนียนเช่นนั้น แต่ผู้ติดเชื้อมักมีการเคลื่อนไหวภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการออกไปเป็นวิทยากรบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง การเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตตนเองและกลุ่มเพื่อน การเคลื่อนไหวระดับประเทศ มีลักษณะของการร่วมมือกับองค์กรเอกชน เพื่อประสานต่อรองทรัพยากรจากภาครัฐ

² มาตรา 51 เพื่อประโยชน์ในการประกอบกิจการอันเป็นสาธารณูปโภค หรือการอันจำเป็นในการป้องกันประเทศหรือการสงวนรักษา หรือการได้มาซึ่งทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม หรือป้องกันหรือบรรเทาการขาดแคลนอาหาร ยา หรือสิ่งอุปโภคบริโภคอย่างรุนแรง กระทรวง ทบวง กรมผู้ขอให้สิทธิ มีอำนาจที่จะกระทำการต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกับผู้ทรงสิทธิบัตร เช่น ทำการผลิต จำหน่าย นำเข้า และ ใช้ผลิตภัณฑ์ภายใต้สิทธินั้น แต่กระทรวง ทบวง กรม ผู้ขอให้สิทธิจะต้องเสียค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร ตามอัตราที่ตกลงกัน หรือที่อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาเป็นผู้กำหนด

³ สัมภาษณ์ชูชัย นิจไตรรัตน์ ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2546.

⁴ สัมภาษณ์ประจักษ์ อาษาธง ผู้ประสานงานองค์การด้านภัยเอดส์ จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2545.

⁵ ดูรายละเอียดจาก มุรธส ศิริสถิตย์กุล .(2544). การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หรืออาจเรียกว่าการแสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง นั้นหมายถึงองค์การพัฒนาเอกชนคำนึงตนเองว่าเป็นแนวร่วมพันธมิตรของผู้ติดเชื้อในการต่อรองสิทธิในด้านต่าง ๆ กับรัฐ มากกว่าจะเป็นตัวกลางระหว่างสองภาคส่วน⁶ ดังนั้นจึงกระทำทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้ประโยชน์สูงสุด แม้ว่าลึก ๆ แล้วแนวทางการทำงานจะแตกต่างกันบ้างก็ตาม (มธุรส 2546: 47)

จากการทบทวนแนวทางการต่อต้าน ต่อดองและประสานสิทธิประโยชน์ในท้ายที่สุดระหว่างองค์การภาครัฐและองค์กรชาวบ้านหรือกลุ่มประชาสังคมในหลากหลายเวลาและสถานที่ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ในตอนต่อไปจะเป็นการเจาะจงลงไปที่กรณีการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองของจังหวัดสงขลากับความคืบหน้าในการทำงานด้านเอดส์เพื่อขยายสิทธิการรับบริการบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค และการขยับเขยื้อนประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่บริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสสูตรต่าง ๆ ในโครงการเดียวกันนี้ด้วย

ส่วนที่สอง: กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองสงขลา กับปัญหาบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เที่ยงของวันอาทิตย์ต้นเดือนกรกฎาคม ในใจกลางของชุมชนแห่งหนึ่งของเมืองสงขลา วิภา ผู้หญิงวัย 50 ปีเศษนอนผอมแห้งโรยแรงเหมือนคนวัยชราอยู่ในบ้านไม้หลังเล็ก ๆ ท่ามกลางเสียงบ่นของคนดูแล

“ฉันไปบอกกุงมาเมื่อวาน มือเป็นแผลเยอะมาก ถ้าพี่สมจิตไม่เอาถุงมือมาวันนี้ ฉันไม่กล้าแตะนะ” หายก็ไม่หาย ตายก็ไม่ตาย ดูแลอยู่คนเดียว เหนื่อยจังเลย ญาติก็ไม่ใช้”

ว่าพลางเธอก็กล่าวเตือนลูกชายวัยรุ่นของคนป่วยว่า แม่เป็นโรคปอด อย่าเข้าใกล้มาก และวันนี้ช่วยไปพบกลุ่มผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลหลังเก่าแทนผู้เป็นแม่ด้วย

พี่สมจิต หรือสมจิต ฟุ้งทศธรรม อาสาสมัครสาธารณสุขรุ่นแรก ๆ ของเขตเมืองสงขลาคนนี้เล่าเรื่องราวของวิภา ผู้หญิงวัยเดียวกันให้เราฟังว่า วิภาเป็นผู้ติดเชื้อหญิงที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรใด ๆ เนื่องจาก

“ซีดีโฟร์เขาสูงนะ ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่หมอวินิจฉัยให้กินยาต้าน แต่ถึงกินไปก็คงเท่านั้นแหละ อายุก็มากแล้ว พี่ดูแลมาหลายปี พี่แปลกใจนะซีดีโฟร์สูงแต่มีโรคแทรกซ้อนหลายอย่างมาก เดียวก็ท้องเสีย เป็นเชื้อราในปากก็บ่อย เดียวก็เป็นไข้ไม่มีแรง ป่วยทีก็ไปนอนโรงพยาบาลให้น้ำเกลือเสร็จก็กลับ บางทีเพลียสุด ๆ ไปโรงพยาบาลหมอก็ไม่ให้นอนก็ต้องกลับมาอนที่บ้าน”

⁶ สัมภาษณ์สุรีย์รัตน์ ตริมรรคา เครือข่ายประชาชนผู้เสนอกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2546.

ซีดีโฟร์ หมายถึงระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย คนปกติที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีระดับซีดีโฟร์สูงกว่า 250 อาจจะเป็น 300, 400 หรือ 500 แล้วแต่ความแข็งแรงของร่างกาย แต่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจะมีระดับซีดีโฟร์ต่ำลงเรื่อย ๆ และยิ่งต่ำยิ่งมีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากเท่านั้น แต่กรณีของวิภา แม้จะระดับของภูมิคุ้มกันในร่างกายจะสูงกว่า 250 แต่เธอก็ป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสหลายครั้งหลายหน และเพิ่งหลุดลงเมื่อไม่กี่สัปดาห์ที่ผ่านมาเอง

นับจากปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลของพรรคไทยรักไทยโดยมีนายกรัฐมนตรีชื่อ ทักษิณ ชินวัตร เป็นผู้กุมบังเหียนด้านการบริหารประเทศและบริหารบริการสาธารณสุขไทย นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ได้กลายเป็นนโยบายโดดเด่น เห็นผลงานชัดเจนมากที่สุดในรัฐนาวาชุดนี้ แม้กระทั่งพรรคประชาธิปัตย์ซึ่งเป็นพรรคฝ่ายค้านเอง ยังคงต้องรับประกันกับประชาชนว่า ‘ถ้าขึ้นมาเป็นรัฐบาลในยุคสมัยต่อไป โครงการดี ๆ ที่รัฐบาลเก่าทำไว้ รับรองว่าจะไม่มีการยกเลิกแน่นอน’

กระนั้นก็ตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ใช่ว่าจะไร้ปัญหาโดยสิ้นเชิง แต่ในทางตรงกันข้ามผู้คนในแวดวงสาธารณสุขทั้งหมด พยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับ ต่างสะท้อนปัญหาที่เกิดจากโครงการสร้างชื่อของรัฐบาลไทยรักไทยกันทั่วถ้วนหน้า โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการบริหารงบประมาณที่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน ซึ่งส่งผลต่อให้โรงพยาบาลปฏิเสธการให้ผู้ป่วยนอนพักและมีผลต่อการตัดสินใจส่งต่อ (refer) ในบางแห่งเพราะค่าใช้จ่ายในการส่งต่อเป็นของโรงพยาบาลต้นสังกัด⁷

“ปัญหาที่สงขลาก็มีบ้างคือ กรณีที่ชาวบ้านไปคลอดลูก แล้วลูกต้องเข้าตู้อบ ถูกเรียกเก็บเงิน 3,000 กว่าบาท เพราะโรงพยาบาลอ้างว่าเด็กยังไม่ครบตรรก ต้องไปทำบัตรทองมาก่อนจึงจะใช้สิทธิได้ ซึ่งกว่าเด็กจะกลับบ้านแล้วไปแจ้งเกิดก็ต้องใช้เวลา 2 เดือนเป็นอย่างน้อย พี่ต้องเอาบัตรประชาชนไปคำประกันไว้ก่อน เรื่องจึงจะเรียบร้อย ซึ่งความจริงแล้วโดยสามัญสำนึกลูกก็น่าจะใช้สิทธิของแม่ได้ แต่ไม่รู้เหมือนกันว่าที่อื่นเป็นแบบนี้มั้ย” สมจิตเล่าปัญหาการใช้บริการในโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคให้เราฟัง

นอกจากนั้นแล้ว ยังมีกรณีของการย้ายสิทธิข้ามจังหวัดและได้รับบัตรทองแล้ว แต่ยังคงเสียเงินให้โรงพยาบาล 700 บาท เนื่องจากการย้ายสิทธิข้ามจังหวัดต้องรอเวลา 2 เดือน หรือการใช้บัตรทองแล้วแต่ยังถูกเรียกเก็บเงิน เนื่องจากพยายาลไม่ยอมเสียเวลาอธิบาย แม้กระทั่งยามเสียชีวิตถ้าเข้าห้องดับจิต ก็ยังถูกเก็บค่าห้องดับจิตเพิ่ม 400 บาท

“ถ้าคนเขารู้ก่อน เขาก็เอาญาติกลับบ้านเลย ก็ไม่ต้องเสียเงิน แต่ถ้าศพอยู่ต่อที่ห้องดับจิตก็ต้องเสียเงินเพิ่ม”

⁷ จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับพยาบาลที่โรงพยาบาลสงขลา ในช่วงปี พ.ศ.2546

คงเป็นเช่นนั้นเอง ที่ทำให้ชาวบ้านไม่อยากให้ญาติพี่น้องตายที่โรงพยาบาล นอกเหนือจากความเชื่อดั้งเดิมว่าการตายที่บ้านเป็นการตายที่ดี อบอุ่น ตามที่คติโบราณบอกไว้

มาถึงวันนี้ ที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกคน โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ สปสช. หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศว่าหลังวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2548 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีสิทธิที่จะได้รับยาต้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรณีผู้มีบัตรทอง) สิทธิประโยชน์นี้จะครอบคลุมการตรวจหาภูมิคุ้มกัน (CD4) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม โดยจะได้รับการตรวจซีดีโฟร์ทุก 6 เดือน เมื่อมีโรคฉวยโอกาสหรือมีภูมิคุ้มกันต่ำลงจะได้รับการตรวจวินิจฉัย การป้องกัน และดูแลรักษาโรคฉวยโอกาส และถ้าอยู่ในเกณฑ์ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก็มีสิทธิจะได้รับยาด้านๆ

สิทธิเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอชไอวีจะครอบคลุมทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรสำรองกรณีดื้อยา ทั้งผู้ที่เคยกินยาต้านมาก่อนและไม่เคยกิน ซึ่งการกินยาจะปรับสูตรตามผลการตรวจเชื้อดื้อยา โดยเริ่มพิจารณาใช้สูตรยาที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าก่อน ต่อมาเมื่อใช้ไม่ได้ ค่อยปรับเป็นสูตรที่มีความเหมาะสมกว่าต่อไป⁸

สมจิต ผู้ประสานงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนไททรงาม อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เล่าว่าการทำงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์และเป็นที่ปรึกษากลุ่มเพื่องฟ้าหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เป็นงานหนึ่งในสองงานหลักของศูนย์ฯ นอกเหนือจากการแนะนำเรื่องการขึ้นทะเบียนบัตรทองและการเป็นศูนย์ร้องเรียนเรื่องผลกระทบจากนโยบาย 30 บาท รักษาทุกคน ซึ่งศูนย์ประสานงานฯ เกิดขึ้นจากความร่วมมือขององค์กรผู้บริโภค องค์กรชุมชน กลุ่มประชาสังคม และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายของตนเอง เช่น ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ แรงงานนอกระบบ เกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ สหกรณ์ ในการให้บริการประชาชน ที่ต้องการข้อมูลเรื่องหลักประกันสุขภาพของประชาชนหรือผู้บริโภค ให้ใช้บริการในหน่วยบริการได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาอันอาจเกิดขึ้นในการใช้บริการสาธารณสุข ติดตามและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สอดคล้องกับที่รัฐธรรมนูญไทยฉบับปัจจุบัน กำหนดให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชน องค์กรภาคประชาชนและองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การกำหนดสัดส่วนให้มีผู้แทนภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรเอกชน ในคณะกรรมการ

⁸ ข้อมูลจาก “คู่มือการใช้สิทธิประโยชน์ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพ”

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกัน และรับรองสิทธิและการมีส่วนร่วมของประชาชน

บรรยากาศในกลุ่มเฟื่องฟ้า กลุ่มผู้ติดเชื้อระดับจังหวัดสงขลา ในช่วงบ่ายของวันเดียวกัน มีการชี้แจงเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อจะได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกคนหวังว่าเมื่อภาครัฐมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ และสัญญาว่าพวกเขาจะได้รับโควตากินยาต้านไวรัสปีต่อปีต่อไปเรื่อย ๆ ได้ครอบคลุมจำนวนคนที่มากขึ้น

ทุกคนในกลุ่มอยู่ได้ด้วยหวัง อยู่ด้วยการปฏิบัติตามกรอบแห่งการเป็นผู้ติดเชื้อที่ดี ดูแลสุขภาพการกินการอยู่ กินยาตรงตามเวลา ไม่รับเชื้อเพิ่ม ไม่เพิ่มเชื้อให้ใคร ด้วยการใช้อย่างอนามัย ทุกครั้งสำหรับคนที่ยังมีชีวิตอยู่

เพราะทุกคนหวังว่า วันที่จะหลุดลงอย่างวิภา วันที่ต้องเป็นภาระในคนอื่นดูแลอย่างเต็มที่ หรือไม่เต็มใจก็ตามที วันนั้นน่าจะอยู่ห่างไกลจากวันนี้มากที่สุด...เท่าที่จะเป็นไปได้

ส่วนที่สาม: กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชุมชนเมืองกรุงเทพฯ กับปัญหาบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมของผู้เป็นแรงงานนอกระบบ

ชายชราวัย 70 กว่าปี คนนี้นอนแขนขาอ่อนแรงอยู่บนโซฟา สายตามองไปที่ภรรยาวัยกลางคนที่กำลังง่วนปักเครื่องประดับลงไปชุดนักร้องสีสันฉูดฉาด แดง เหลือง น้ำเงิน เธอบอกว่าต้องรีบทำเพราะมีคนจะมารับงานวันนี้ ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาดูแลสามีวัยชรามากนัก

“เวลาใครมาเยี่ยม จำไม่ค่อยได้หรอก แกล้มในห้องน้ำสองครั้งติด ๆ กัน ออกจากโรงพยาบาลมา ลูกชายเขาช่วยทำกายภาพทุกวัน ไม่ดีขึ้นเลย” เธอว่าพลาง สวนกับเสียงพูดอ้อแอ้นบนสะพานของสามีที่พยายามลุกขึ้นนั่งอย่างยากเย็น

รจนา คำคุณเมือง ผู้ประสานงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพเขตหนองจอก เล่างานที่ทำในชุมชนของเธอว่า เจาะจงกลุ่มเป้าหมายแรงงานนอกระบบ เพราะตัวเธอเองก็มีอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นแรงงานนอกระบบคนหนึ่งในชุมชนนี้เหมือนกัน

“เรามาลงเห็นเราเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการทำงาน ทั้งเย็บผ้า ทำดอกไม้ประดิษฐ์ หรือพวกทำคัตแยกขยะ มีฝุ่น เราไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลรักษาเลยไปติดต่อกับกระทรวงแรงงานว่าเราเป็นแรงงานนอกระบบ ไม่มีความรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงาน กระทรวงแรงงานก็เลยส่งแกนนำเครือข่ายแรงงานนอกระบบในกรุงเทพฯ 9 เครือข่ายไปอบรมแล้วลงพื้นที่ให้ความรู้ กลุ่มพวกเรามี 15-16 คน เมื่อมีการอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับแรงงานนอกระบบเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน และเราก็เป็นห่วงสมาชิกอีกว่าเราจะพัฒนาอย่างไรให้พวกเรามีหลักประกัน ก็เลยไปอบรมร่วมกับ สปสช.”

จากวันนั้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2547 มาถึงวันนี้ปี พ.ศ.2549 นับเป็นเวลา 3 ปีที่เครือข่ายแรงงานนอกระบบนอกจอกได้ร่วมงานกับ สปสช.หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการสุขภาพ และมีหน้าที่ไกล่เกลี่ยระหว่างโรงพยาบาลกับคนไข้ เนื่องจากชาวบ้านในเขตนี้ไม่เข้าใจถึงขั้นตอนการให้บริการว่า การขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคต้องขึ้นทะเบียนที่คลินิกอบอุ่น และต้องผ่านจากคลินิกอบอุ่นก่อนจึงจะไปโรงพยาบาล 4 แห่งที่เลือกไว้คือ โรงพยาบาลนพรัตน์ โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลนวมินทร์ หรือโรงพยาบาลลาดกระบัง หรือบางคนเห็นว่าถ้าไปรักษาตามสิทธิที่มีในบัตร 30 บาทค่ารถแพง จึงตัดสินใจซื้อยามากินแทน

“เราก็เลยจัดอบรมกลุ่มแรงงานนอกระบบอีกครั้งว่า เรื่องหลักประกันเป็นสิทธิของคุณ ซึ่งถึงตอนนี้ยังมีสิทธิว่างคือ คนที่ไม่ยอมไปขึ้นทะเบียน เขาเข้าใจว่าไม่ขึ้นก็ไม่มีปัญหา ณ ปัจจุบันเราตั้งศูนย์ฯ มาตั้งแต่ปลายปี 2537-2538 เราลงไปครั้งแรกได้พบว่าคนในวันเดียว ก็ลงไปสำรวจพื้นที่อีกเคาะประตูให้ความรู้เลย ครั้งที่สองลงไปได้ 2,200 คน และครั้งที่สามลงไปเมื่อเดือนกรกฎาคม ลงไปได้ 500 กว่าคน”

หลังจากนั้น เธอทำเรื่องไปที่ สปสช.ขอรถโมบาย เพื่อทำกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องผู้ให้บริการผู้รับบริการ 30 บาท และมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ลงไปทุกครั้งเพื่อกระตุ้นให้คนออกมาใช้สิทธิ สุดท้ายทำได้ทั้งหมด 469 คน เหลือหมู่บ้านที่ 7 จำนวน 80 คน และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสิทธิถ้าไปใช้บริการแล้วเกิดความเสียหายจะเข้ามาตรา 47 ซึ่งกำหนดให้ผู้เสียหายยื่นคำร้องผ่านศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพได้ทันที เพราะศูนย์ประสานงานมีบทบาทในการรับเรื่องราวร้องทุกข์เกี่ยวกับความเสียหายของผู้ใช้บริการ โดยเบื้องต้นจะได้รับการชดเชยทันทีจำนวนหนึ่งโดยไม่ต้องถามเรื่องใครผิดใครถูก แต่เท่าที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องนี้มา 3 ปี ยังไม่มีกรณีเสียหายร้ายแรง นอกจากความไม่เข้าใจกัน เช่น ไปหาหมอแล้วรอนานเลยทะเลาะกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

คลินิกอบอุ่น ได้งบประมาณการสนับสนุนจาก สปสช.บางส่วน กำหนดกันไว้ว่ามีแพทย์ 1 คนพยาบาล 2 คนมาประจำ ซึ่งอาสาสมัครของศูนย์ฯ ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลนวมินทร์ คาดว่าจะมีผู้ให้บริการประมาณ 4,500 คน ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการเจรจากันระหว่าง สปสช. การเคหะแห่งชาติ นักการเมืองท้องถิ่น ผู้บริหารโรงพยาบาลนวมินทร์ และทีมกรรมการศูนย์ประสานงาน ซึ่งบทบาทขององค์กรชาวบ้านคือการทำงานร่วมกับสถานพยาบาลว่า ชาวบ้านต้องมีส่วนในการตรวจสอบการทำงานของหมอพยาบาลว่ารักษาดีหรือไม่ ถ้าบริการไม่ดีสามารถเลิกจ้างได้ โดยข้อตกลงเบื้องต้นที่กรรมการศูนย์ประสานงานจะเสนอต่อโรงพยาบาลคือ เวลาที่มีแพทย์พยาบาลมานั่งประจำคือ 3 โมงเย็นถึง 2 ทุ่ม เนื่องจากเป็นเวลาที่นักเรียนกลับจากเรียนหนังสือ หรือคนงานก่อสร้างที่ไม่มี

ประกันสังคม คนรับจ้างทั่วไป ซึ่งไม่สะดวกที่จะมาในช่วงกลางวันเวลาทำงาน นั่นคือ รวมเวลา สัปดาห์ละ 56 ชั่วโมง

“ปัญหาของแรงงานนอกระบบคือ เราไม่มีนายจ้างถาวร ไม่มีนายจ้างที่เป็นตัวเป็นตน ทั้งๆ ที่บางคนก็ทำงานอยู่ในโรงงาน เขาไม่ทำสัญญากับคุณหรอก เขาพยายามไปหาแรงงานที่ต่างจังหวัด เขาหาว่าเรารู้จัก ถ้ามีสัญญาเขาต้องทำประกันสังคมให้ เราเองก็พยายามผลักดันขยายประกันสังคม ให้เข้าสู่กลุ่มแรงงานนอกระบบ ก็ติดอยู่ที่จะมีอัตราการสมทบยังไง เพราะอัตรารายได้ที่เราได้รับไม่แน่นอน มีคนรับงานจากโรงงานไปทำที่บ้าน บางส่วนก็ผลิตขายเอง คนทำเกษตร คนขับมอเตอร์ไซด์ วิน ขับรถตุ๊ก ๆ ผู้หญิงขายบริการ แท็กซี่ แท็กซี่เขาส่งได้เดือนละ 200 บาท แต่ชาวไร่ชาวนาเรามี รายได้ไม่ถึง 3,000 บาทต่อเดือน เขาขอสมทบ 50 บาทต่อเดือน ในหมู่พวกเราเองยังคุยกันไม่ชัดเจน ต้องกลับไปคุยกันใหม่ “

การทำงานของกรมการศุูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในระดับชาวบ้าน ส่วนใหญ่เป็น การต่อรองเพื่อให้ได้สิทธิการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมคนในชุมชนให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่ง ด้านหนึ่งแม้ในภาพปรากฏของการทำงานระหว่างภาครัฐกับองค์กรประชาชนโดยเฉพาะในปากของ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นไปในภาพลักษณ์ของ “การเต็มใจให้บริการ” ที่ชัดเจนกว่าหน่วยงานรัฐ อื่นๆ แต่กระนั้นภาพที่สวดยหฐจะเป็นไปไม่ได้จริงในทางปฏิบัติเลย ถ้าไม่มีกลุ่มคนเดินดินที่ติดอยู่ใน ชุมชนของตนเองคอยช่วยผลักดัน ประสานต่อรอง และตรวจสอบ

ส่วนที่สี่: สรุปผลการศึกษา

จากภาพปรากฏของการทำงานเคียงคู่กันระหว่างภาครัฐและองค์กรภาคประชาชนที่ได้แสดง มาข้างต้น ทำให้เราเห็นท่าทีที่เปลี่ยนแปลงไปของการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น แต่ กระนั้นยังมีข้อสังเกตบางประการที่อาจสรุปได้ดังนี้

ประการแรก ภาพปรากฏของความสำเร็จล้วนแล้วแต่ได้มาจากการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องของ ภาคประชาชนต่อภาครัฐ นับเนื่องมาจากกรณีของยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งท่าทีของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รู้ในเรื่อง “ยา” และ “การรักษา” มากกว่าใคร ๆ กลับมาทำที่ลังเลในการผลิตยาเอง เพื่อให้ ได้ยาที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมาก การปฏิสัมพันธ์ในการต่อรองหนนี้ จึง เป็นไปได้เนื่องจากทิศทางที่ชัดเจนขององค์กรเอกชนด้านเอดส์และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเทศ ไทย

ประการที่สอง ภาพลักษณ์ที่ดีในการทำงานสุขภาพภาคประชาชนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง ปลายทศวรรษ 2540 เนื่องจากมีองค์กรอิสระเกิดขึ้นและทำงานประสานกับองค์กรชาวบ้านและองค์กร พัฒนาเอกชนด้วยความคล่องตัวยิ่งขึ้น ผลงานการดูแลสุขภาพสุขภาพภาคประชาชนส่วนหนึ่งจึงเป็นผลมา

จากการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรอิสระ และการทำงานติดพื้นที่ของชาวบ้านผู้มี “จิตอาสา” ในการปกป้องผลประโยชน์ของคนในชุมชน

ประการที่สาม ภาพลักษณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในหลายพื้นที่ได้ห่างไกลจาก “ลูกน้ำ ยุงลาย” และการทำงานใกล้ชิดเป็นแขนขาของเจ้าหน้าที่ แต่เป็นการทำงานแทนที่ในหลายกรณี โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองหรือชานเมือง ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชาวบ้าน และยังเป็นกันชนป้องกันการทะเลาะมีปากเสียงของแพทย์พยาบาลกับชาวบ้านและป้องกันไม่ให้เรื่องราวลุกลามใหญ่โตและนำไปสู่การฟ้องร้องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ในหลายกรณี อาทิ กรณีความไม่เข้าใจขั้นตอนการเข้ารับบริการ 30 บาท รักษาทุกโรคของชาวบ้าน แต่พยาบาลใจร้อนเจ้าอารมณ์ไม่ยอมอธิบาย อาสาสมัครชาวบ้านเหล่านี้จึงต้องทำงานแทนที่เพื่อให้การบริการครั้งต่อไปดำเนินไปได้ด้วยความสะดวกมากยิ่งขึ้น

จากปากคำของอาสาสมัครชาวบ้านในเขตชุมชนเมืองทั้งสองพื้นที่ นับเนื่องจากช่วงเวลาที่ทำงานใกล้ชิดกับองค์กรของผู้รู้ด้านสาธารณสุขมาเป็นเวลา 2-3 ปีนี้ ไม่มีเรื่องใหญ่โตจนถึงขั้นต้องฟ้องร้องเป็นคดีความต่อกัน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขพันธุ์ใหม่ที่*ไม่อิงแอบ*แต่ในขณะเดียวกันก็*ไม่ต่อต้าน*นโยบายของรัฐ แต่มีความเป็นตัวของตัวเองและแข็งขันเช่นที่ว่ำนี จึงควรได้รับการสนับสนุนทั้งในเรื่องขวัญกำลังใจและสวัสดิการจากกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐที่มีภาพลักษณ์ที่ดีมากองค์กรหนึ่งในขณะนี้

บรรณานุกรม

- จอห์น อิงภากรณ์. (2542). “ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และ เครือข่ายผู้ติดเชื้อในการดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ (มุมมองขององค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์)” .เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7. กองโรค เอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- มธุรส ศิริสถิตยกุล.(2546). “ประชาคมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การเมืองวัฒนธรรมของกระบวนการ เคลื่อนไหวจากรากหญ้าสู่นโยบายสุขภาพ” รายงานวิจัยแผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูป ระบบสุขภาพ. ภายใต้แผนงานความร่วมมือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์.
- ศุภชัย เจริญวงศ์. (2544). *ถอดรหัสการพัฒนา*. (อรัญญา ศิริผล และสุรสม กฤษณะจุฑา บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเมือง.

กรณีศึกษาที่ 13

อาสาสมัครสาธารณสุขในสภาวะการณ์สุขภาพใหม่
กรณีภัยพิบัติ

โดย จันทนา ผดุงทศ

การเมืองวัฒนธรรมคืออะไร

การเมืองวัฒนธรรมเป็นวิธีการวิเคราะห์ที่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมในชีวิตประจำวันของผู้คน วิธีคิดและวิถีชีวิตมากกว่าจะให้ความสำคัญกับสถาบันทางการเมืองเป็นสำคัญดังที่แล้งมา เพราะแนวความคิดนี้เชื่อว่าการเมืองในชีวิตประจำวันหรือการเมืองในวิถีชีวิตของผู้คนที่ดำรงอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันต่างหากคือการเมืองที่แท้จริง ไม่ใช่เป็นการเมืองในรูปแบบเป็นทางการดังที่เกิดขึ้นจากการกำหนดของสถาบันทางการเมืองที่มีผู้สถาปนาให้เกิดขึ้นในสังคม โดยคนส่วนใหญ่ไม่ได้รู้เห็นหรือมีส่วนร่วมในการสร้างเท่าใดนัก เช่นการเมืองในระบบตัวแทนที่ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตั้งพรรคการเมือง หรือกำหนดรัฐธรรมนูญเอง เป็นต้น หรือที่อาจารย์ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์เรียกว่า “ประชาธิปไตยห้าวินาที” เฉพาะตอนลงคะแนนเสียงเลือกตั้งเท่านั้น นอกจากนั้นประชาชนก็ไม่มีสิทธิมีเสียงทางการเมืองอีกเลย

แต่การเมืองวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับปฏิบัติการทางการเมืองที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นบรรทัดฐานทางสังคมหรือเกิดเป็นวัฒนธรรมทางการเมืองที่ประชาชนในชุมชนนั้นร่วมกันรังสรรค์ขึ้น ท่ามกลางการต่อสู้และต่อรองกับกลุ่มทางการเมืองหลากหลายกลุ่มในสังคม ซึ่งแนวคิดนี้ได้เปิดพื้นที่ให้กับความหลากหลายของวัฒนธรรมการเมืองมากกว่าต้องการให้สถาบันทางการเมืองใดมาใช้อำนาจเหนือกลุ่มหรือสถาบันทางการเมืองอื่น ๆ ในบริบทของการเมืองที่เปิดกว้างและเป็นประชาธิปไตยตลอดเวลาเช่นนี้เองที่การเมืองวัฒนธรรมอันหลากหลายจะก่อกำเนิดขึ้นมาได้ และเป็นไปได้ด้วยการสร้างสรรค์ของกลุ่มคนที่ต้องการสร้างการเมืองวัฒนธรรมของกลุ่มตนขึ้น

สืบวงศาวิทยาของจิตอาสาในประวัติศาสตร์ไทย

การทำความเข้าใจถึงการสามารถมีจิตอาสาเกิดขึ้นได้ในสังคมไทยนั้น ต้องมองผ่านความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับรัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อนหน้าการปฏิรูประบบราชการและเปลี่ยนมาใช้ระบบทหารอาชีพและการเกณฑ์ทหารในสมัยรัชกาลที่ 5 นั้น รัฐไทยโบราณเป็นการปกครองในระบบไพร่กับเจ้าขุนมูลนาย ราษฎรทุกคนที่เป็นผู้ชายต้องรับราชการเป็นทหารและใช้แรงงานในงานของรัฐในความสัมพันธ์ลักษณะนี้ราษฎรจึงไม่มีอิสระต้องรับใช้เจ้านายในแต่ละปีตั้งแต่ครั้งปี 4 เดือน และสามเดือนโดยลดน้อยลงในสมัยรัตนโกสินทร์ เมื่อราษฎรขาดอิสระและต้องถูกบังคับทำราชการมากเช่นนี้ ในความสัมพันธ์กับรัฐจึงไม่มีระบบให้ราษฎรเลือกหรือแสดงเจตจำนงใน

การทำงานเพื่อส่วนรวม แต่อย่างไรก็ตามในระบบของศาสนาพุทธที่มีวัดเป็นศูนย์กลางชุมชนก็ได้เปิดโอกาสให้ราษฎรที่มีศรัทธาได้แสดงจิตอาสาช่วยงานของวัดในนามของการร่วมทำบุญ หรืออาสาสมัครทำงานในเทศกาลงานบุญโดยเป็นช่างฝีมือเวลาว่างงาน เช่น ทำปราสาทผึ้ง ช่วยกันหล่อเทียนเข้าพรรษา หรือทำเรือพระในงานลากพระทางภาคใต้ นอกจากนี้ในแต่ละชุมชนก็จะช่วยกันดูแลอุปถัมภ์วัดในรูปแบบของการเสียสละแรงงานและทรัพย์สินของแก่วัด ในรูปแบบที่ภาคเหนือเรียกว่า ศรัทธาวัด เป็นต้น ซึ่งการยกเลิก “เลกวัด” และข้าพระที่เป็นแหล่งทรัพยากรของวัดนี้ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเศรษฐกิจวัดที่ต้องหาเลี้ยงตัวเองมากขึ้นและต้องเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม เช่น การจัดงานวัด การให้เช่าที่หาประโยชน์จากเอกชน และการหาการสนับสนุนจากชาวบ้านด้วยสิ่งของศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น (ดู เอกกรินทร์ 2547) รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับวัดอย่างมากต่อมา

ในขณะที่ราษฎรสยามต้องอยู่ในระบบเกณฑ์แรงงานไพร่กันถ้วนหน้า แต่ยังมีราษฎรอีกประเภทหนึ่งที่เป็นคนนอกสังกัดไทยหรือเป็นชาวต่างชาติที่ไม่ต้องมาอยู่ภายใต้การเกณฑ์แรงงาน จึงสามารถรับจ้างงานหลวงในรูปแบบของการอาสาทำราชการ เช่น เป็นทหารอาสา ดังปรากฏว่ามีกองทหารอาสาโปรตุเกส และกองอาสาญี่ปุ่น ในสมัยกรุงศรีอยุธยา ซึ่งในสมัยต่อมาในสมัยรัตนโกสินทร์ คนจีนที่อยู่นอกระบบไพร่ก็มีสถานะทางสังคมเช่นเดียวกันกับชาวต่างชาติ และมีโอกาสในการบริการสาธารณะดังปรากฏเป็นมูลนิธิหรือสมาคมของชาวจีนที่ตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือกันเองในรูปแบบของการบริการสาธารณะไม่เกี่ยวข้องกับรัฐ ซึ่งเหตุผลส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่ชาวจีนเข้าไม่ถึงบริการของรัฐไทย เช่น มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง และร่วมกตัญญู เป็นต้น หรือในสังคมไทยอาจกล่าวได้ว่าในช่วงที่องค์กรทางสังคมถูกควบคุมโดยรัฐในช่วงรัฐบาลเผด็จการองค์กรทางศาสนาคริสต์และสมาคมแซ่ของจีน (รวมทั้งองค์กรอื่นๆ ของคนจีน) สามารถทำหน้าที่ให้บริการสังคมในรูปของกิจกรรมการกุศล หรือการเสริมการดำเนินการของรัฐด้านการศึกษา และการแพทย์ของรัฐดังกรณีขององค์กรคริสต์ก็สามารถดำเนินการไปได้ตราบดีที่รัฐยังอนุญาต (อมรา และจันทิมา 2545)

การยกเลิกระบบไพร่ด้วยการออกพระราชบัญญัติลักษณะการเกณฑ์ทหาร 2448 แทน และการเปลี่ยนแปลงของระบบราชการสมัยใหม่ในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่ข้าราชการของรัฐเป็นลูกจ้างถาวร และทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการบริหารบ้านเมืองและบริการราษฎรในลักษณะของการ “บำบัดทุกข์ บำรุงสุข” โดยรัฐทำหน้าที่จัดการการให้บริการราษฎรในเรื่องจำเป็นพื้นฐานของชีวิตมากขึ้นกว่าปล่อยให้ราษฎรต้องทำกันเองดังแต่ก่อน รัฐสมัยใหม่จัดให้บริการด้านการศึกษา การแพทย์และการสาธารณสุขให้กระจายไปสู่ราษฎรให้กว้างขวางที่สุด แต่อย่างไรก็ตามก็ยังไม่วางใจดีเพราะรัฐสามารถจ้ำจี้จกจกการที่มีความรู้ได้จำนวนน้อย ดังนั้นรัฐจึงต้องหาผู้ต้องการ “อาสา” มาช่วยราชการของบ้านเมืองในการบริการสาธารณะ เช่น อาสาภาษา อาสาสาธารณสุขประจำตำบล และต่อมาในด้านความมั่นคงของรัฐก็ได้เกิดราษฎรอาสาปกป้องกันรัฐกันอย่างมากมายหลายอย่าง เช่น

อาสาสมัครรักษาดินแดน ไทยอาสาป้องกันชาติ หรือแม้กระทั่งกองทหารที่ส่งไปในสงครามโลกครั้งที่ 1 ก็ยังเรียกว่ากองทหารอาสาด้วยเป็นต้น หรือในด้านการศึกษาในระยะแรกก็อยู่ในความรับผิดชอบ และดูแลโดยพระสงฆ์หรือวัดโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนอยู่มาก

ในสมัยรัชกาลที่ 6 (พ.ศ. 2453-2468) พระองค์ได้สถาปนาองค์กรบริการอย่างลูกเสือขึ้น บำเพ็ญประโยชน์แต่ก็อยู่ภายใต้กรอบโครงชาตินิยมที่พระองค์เสนอขึ้นควบคู่กัน ส่วนการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นประเด็นรองลงไป ในขณะที่การก่อตั้งสภาอุณาโลมแดงหรือต่อมาเปลี่ยนเป็นสภากาชาดไทย ก็เกิดจากการเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติที่ชนชั้นสยามรับเข้าปฏิบัติในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 แต่ก็อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับและดำเนินการของเจ้านายและรัฐอย่างใกล้ชิด

ข้อสังเกตประการหนึ่งในสังคมไทยที่ต้องบริการสังคม การช่วยเหลือผู้อื่นหรือสาธารณประโยชน์นั้นแม้ด้านหนึ่งจะเกิดขึ้นตามแบบชาติตะวันตก เช่น กิจการลูกเสือ และกาชาด แต่กลับไม่ได้รับเอาวิธีคิดการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นหน้าที่ของการเป็นพลเมืองที่ดีมีคุณธรรมที่ตัดสินใจหรือมีเจตจำนงเสรีในการทำประโยชน์ต่อสังคมและมองผู้ที่ช่วยเหลือว่ามีสิทธิเท่าเทียมกัน แต่มองว่าเขาต้องกวนำสงสารมากกว่า

ในขณะที่อีกด้านหนึ่งชนชั้นนำไทยได้สืบทอดเอาวัฒนธรรมความคิดแบบไทยที่หล่อหลอมจากอุดมการณ์ของพุทธศาสนาเถรวาทที่ดีความโดยชนชั้นนำให้รับใช้รัฐนั้น แสดงออกอย่างชัดเจนในรูปแบบของการสร้างกุศลตามอุดมการณ์ของพระเวสสันดรเรื่องเล่าเชิงอุดมคติที่แพร่หลายมากที่สุดในสังคม และการทำบุญสร้างกุศลก็ถูกลดทอนลงเหลือเพียงเพื่อการบริจาคทานในรูปของวัตถุสิ่งของ ซึ่งส่งผลต่อมาในรูปแบบของงานสังคมสงเคราะห์ที่มักจะคิดว่าเป็นแค่การทำทาน โดยชนชั้นนำเห็นว่าเป็นคุณธรรมประเภทหนึ่งที่ต้องทำ เพราะจะเป็นการสะสมบุญญาบารมีเพื่อจะได้เกิดมามีทรัพย์ ร่ำรวยอีกในชาติหน้าตามอุดมการณ์พุทธศาสนาที่ครอบงำความคิดคนทั่วไปในสังคมไทย การทำประโยชน์เพื่อผู้อื่นหรือสร้างกุศลจึงไม่ได้เกิดจากจากจิตใจที่อยากช่วยผู้อื่นในฐานะมนุษย์ผู้เท่าเทียมกันหรือไม่ใช่เกิดจากการอยากมีจิตอาสาช่วยเหลือให้คนอื่นพ้นทุกข์อย่างแท้จริง จึงเห็นได้ว่าในสมัยที่การเมืองเป็นเผด็จการองค์กรการกุศลก็อาศัยอุดมการณ์ดังกล่าวนี้ในการดำเนินงานมาโดยตลอดในหมู่ชนชั้นนำในสังคมไทยและกล่าวได้ว่ายังมีบทบาทอยู่มากในปัจจุบัน

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 ระบบราชการได้ขยายตัวขึ้นอย่างมาก หลังจากขยายตัวมาอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงการปกครองขึ้น (นครินทร์ 2532) การจัดระบบการบริหารราชการให้กลายเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพของรัฐในการใช้อำนาจหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่ทำให้ต่อมาถูกเรียกว่ารัฐราชการนั้น ก็ได้ขยายการบริหารจัดการและการบริการของรัฐต่อประชาชนอย่างมากด้วย (ดู Riggs 1966, ชัยอนันต์ 2533) ส่วนในด้านของการขยายตัวของระบบราชการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็เกิดการขยายตัวอย่างมากเช่นเดียวกัน

(ดู เพ็ญศรี 2530, ทวีศักดิ์ 2545, ขาติชาย 2548) ดังนั้นผู้ที่ต้องมาทำหน้าที่ช่วยเหลือรัฐในการบริการของรัฐก็เริ่มจำเป็นมากขึ้นตามมา

กระทั่งในสมัยที่รัฐบาลได้ประกาศสงครามกับผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ในทศวรรษ 2500 เป็นต้นมาก็ได้ฝึกให้ราษฎรเป็นหูเป็นตาให้กับฝ่ายรัฐ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการทำสงครามชิงมวลชนกันในห้องหมู่บ้านที่เสี่ยงต่อการแทรกซึมของฝ่ายคอมมิวนิสต์ ก็เลยฝึกเป็นหมู่บ้านอาสาพัฒนาตนเอง (อพป.) การฝึกลูกเสือชาวบ้าน และไทยอาสาป้องกันชาติ เป็นต้น โดยมีต้นแบบการฝึกและชิงมวลชนมาจากทหารอเมริกันในเวียดนามใต้ขณะนั้น

นิยามใหม่ของอาสาสมัคร: การเกิดขึ้นของการช่วงชิงนิยามการพัฒนา

ในขณะที่แนวคิดการเป็นอาสาสมัครหรือทำงานอาสาสมัครที่เป็นกระแสหลักคือการเป็นแขนขาให้กับกลไกรัฐขยายตัวออกไปตามเจตจำนงหรือนโยบายของรัฐได้ครอบงำความหมายของการเป็นอาสาสมัครในสังคมไทยอย่างแข็งขันนั้น ขณะเดียวกันความเชื่อหรือแนวคิดที่เกิดขึ้นมาท้าทายในระดับที่ไม่ถึงรากถึงโคนนักหรือในลักษณะเป็นการประนีประนอมกับแนวทางพัฒนาของรัฐด้วยการเห็นด้วยกับวาทกรรมการพัฒนาของรัฐ เพียงแต่ไม่เห็นด้วยในแนวทางหรือนโยบายบางประการที่ส่งผลเสียต่อสังคม จึงเกิดการตั้งแนวการทำงานคู่ขนานกับภาครัฐเพื่อประสานและวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของรัฐไปพร้อมกัน นั่นคือกระแสของอาสาสมัครในองค์กรพัฒนาเอกชนนั่นเอง

หลังจากรัฐบาลของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ภายใต้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและธนาคารโลกได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2504 และให้มีแผนพัฒนาทุก 6 ปีก่อนจะเปลี่ยนมาเป็น 5 ปีนั้นได้ทำให้ประเทศไทยเกิดการพัฒนาศรษฐกิจจากการเข้ามาลงทุนของต่างชาติคือญี่ปุ่นและอเมริการวมทั้งชาติตะวันตกอย่างขนานใหญ่ในแผนพัฒนาฉบับแรกที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลักได้ก่อคำถามให้เห็นถึงปัญหาทางสังคมที่จะเกิดตามมาจึงมีนักวิชาการในประเทศได้เสนอให้เพิ่มการพัฒนาทางสังคมเข้าไปด้วย จึงเกิดเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นในฉบับที่ 2 เริ่มตั้งแต่ปี 2509-2514 แต่อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีสารสนเทศคนสำคัญอย่างอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ผู้ดำรงตำแหน่งผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทยและผู้อำนวยการสำนักงบประมาณและเป็นที่ปรึกษาแผนพัฒนาสำคัญคนหนึ่ง ได้เล็งเห็นว่าการพัฒนาในภาครัฐจะไม่เพียงพอโดยเฉพาะในด้านของสังคมโดยเฉพาะในชนบท จึงได้ผลักดันให้เกิดองค์กรพัฒนาที่ทำงานขนานกับภาครัฐในรูปของการอาสาของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมขึ้น นั่นคือ การจัดตั้งมูลนิธิบูรณะชนบทและเพื่อนขึ้นที่จังหวัดชัยนาทในปี พ.ศ. 2512 และการตั้งโครงการบัณฑิตอาสาสมัครขึ้นในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ให้ผู้คนจำนวนหนึ่งได้มีร่วมเงาจิตอาสาสมัครทำงานเพื่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง

โครงการบัณฑิตอาสาสมัครที่ก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2512 นั้น นอกจากจะเป็นหลักหมายสำคัญของการเกิดขึ้นของการทำงานเพื่อสาธารณะด้วยจิตอาสาแล้ว ยังเป็นการแย่งชิงนิยามความหมายทางการเมืองของการทำงานหรือพัฒนาสังคมที่เปิดโอกาสให้คนอีกหลายกลุ่มในหมู่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมมากขึ้นกว่าในอดีตที่ต้องรอเป็นผู้ถูกปกครองเพียงอย่างเดียว คำว่า “อาสาสมัคร” เป็นนิยามของคำที่สามารถประนีประนอมกับข้อสงสัยของรัฐเผด็จการสมัยนั้นได้ในระดับหนึ่ง แต่ในการปฏิบัติการจริงคำว่า “อาสาสมัคร” กลับเป็นการเปิดโอกาสครั้งสำคัญให้ประชาชน (ขณะนั้นคือนักศึกษา) เข้ามามีส่วนร่วมในการในการทำประโยชน์เพื่อสาธารณะ อันเป็นการเปลี่ยนทัศนคติของการมองตนเองของประชาชนจากรัฐผู้ถูกปกครองไปสู่การเป็นพลเมืองผู้ที่สามารถอาศัยเกราะกำบังอาสาสมัครเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองได้ในเวลาต่อมา

การมีจิตใจทำงานเพื่อส่วนรวมหรือเพื่อสังคมด้วย “อุดมคติ” ได้เกิดขึ้นเป็นกระแสสูงในทศวรรษ 2510 ตั้งแต่ช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 โดยการก่อกระแสของนักศึกษาในขณะนั้นที่ต้องการทำงานรับใช้สังคมและแก้ปัญหาสังคมที่เขาเห็นว่าเป็นปัญหา ดังกรณีของครูโกมล คีมทองที่เป็นฮีโร่ก่อนแรกของการทำงานรับใช้ประชาชนด้วยอุดมการณ์ของความเป็นอาสาสมัคร ด้วยการออกไปเป็นครูอาสาสมัครสอนหนังสือที่โรงเรียนในเหมืองแห่งหนึ่งทางภาคใต้ที่มีความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่และขบวนการคอมมิวนิสต์อยู่จนเป็นเหตุให้เขาต้องจบชีวิตลงที่นั่น (โกมล 2540) ก่อนจะได้มีการตั้งมูลนิธิโกมลคีมทองขึ้นเพื่อเป็นองค์กรส่งเสริมให้คนหนุ่มสาวได้ทำงานอาสาสมัครตามอุดมคติของตนเองต่อมาจนถึงปัจจุบัน

หลังจากนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ขึ้นก็ได้ส่งผลให้กระแส “เพื่อมวลชน” ขยายตัวในหมู่นักศึกษาปัญญาชนแพร่ขยายไปอย่างรวดเร็ว และมีอาสาสมัครหลายประเภทที่ไปทำงานกับคนยากคนจน คนชนบท กรรมกร และผู้ถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคม ขบวนการอาสาสมัครที่ใหญ่โตที่สุดก็คืออาสาสมัครเผยแพร่ประชาธิปไตยให้กับชาวบ้านในชนบท ซึ่งทำให้นักศึกษาลงไปศึกษาและรับรู้ปัญหาของชาวบ้าน จนต้องออกมาเรียกร้องหาความเป็นธรรมเอากับรัฐและชนชั้นปกครอง จนกลายเป็นประเด็นความขัดแย้งในสังคมการเมืองไทยขึ้นและสิ้นสุดลงเมื่อเกิดเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาอย่างรุนแรงในเหตุการณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2519 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการกลับมาของอำนาจรัฐที่เน้นการควบคุมกิจกรรมทางการเมืองอย่างเข้มแข็งก็ทำให้เกิดการขบเซาของขบวนการประชาชนและการทำงานเพื่อรับใช้สังคมในรูปของอาสาสมัครอีกครั้ง

เพราะฉะนั้นขบวนการประชาชนและนักศึกษาปัญญาชนต่างคิดถึงการต่อสู้ด้วยอาวุธเพื่อยึดอำนาจรัฐกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยในป่าเถวน แต่เมื่อนักศึกษาที่เข้าป่าไปเกิดความขัดแย้งและผิดหวังกับแนวทางของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยขึ้น จึงทำให้พวกเขาคืนสู่เมืองอีกครั้งในราวกลางทศวรรษ 2520 นั้น ก็ได้ปลุกเอากะแสร้งการทำงานเพื่อสังคมกลับมาด้วยในแนวทางของการทำงานเพื่อค้นหาศักยภาพของชุมชนและการทำงานกับสังคมด้านอื่น ๆ มากกว่าด้านการเมืองอีกด้วย

ในช่วงนี้หากพิจารณาจากการเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่แทบแยกไม่ออกจากการมีจิตใจทำงานเพื่อสังคมในรูปแบบของอาสาสมัคร (ในความหมายที่กว้างคือการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยที่ไม่ได้เป็นหน้าที่โดยตรงคือเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ) หรือนักพัฒนาเอกชน (Non-Government Organization-NGO) นั้น ปรากฏว่าเมืององค์กรสาธารณประโยชน์เกิดขึ้นเป็นจำนวนมากด้วย กล่าวคือ ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2516 เมืององค์กรสาธารณประโยชน์ไม่มากนัก แต่ระหว่างปี พ.ศ. 2516 –2523 นั้นเกิดองค์กรสาธารณประโยชน์เพิ่มขึ้นมากพอสมควร และต่อมาหลังปี พ.ศ. 2523 เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างเป็นก้าวกระโดด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะโครงสร้างทางการเมืองที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น (อมรา และจันทิมา 2545)

ในปีพ.ศ. 2523 ได้เกิดองค์กรสนับสนุนและจัดการการทำงานอาสาสมัครขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เมื่อเกิดโครงการอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.) อาจกล่าวได้ว่าเป็นองค์กรที่เป็นทางการองค์กรแรกที่สร้างระบบการจัดการและสนับสนุนให้เกิดการทำงานอาสาสมัครอย่างเต็มรูปแบบ โดยเริ่มตั้งแต่การคัดเลือกอาสาสมัครไปอบรมและไปทำงานกับชุมชนเพื่อเรียนรู้งานจริง ก่อนจะไปทำงานเป็นนักพัฒนาเอกชนอยู่ในองค์กรการพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ในรูปของเครือข่ายเพราะมีทำเนียบรุ่นและประสานการทำงานกันเป็นเครือข่าย อันเป็นรูปแบบการทำงานที่ล้าสมัยมากในสมัยนั้น

จิตอาสาในระบบสาธารณสุข

กล่าวได้ว่าขบวนการเกิดขึ้นของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ก็แยกไม่ออกจากสถานการณ์ทางการเมืองดังกล่าว แต่ที่มากกว่านั้นคือสถานการณ์ของการเมืองระหว่างประเทศเองก็มีส่วนผลักดันอยู่ไม่น้อย กล่าวคือการประกาศกฎบัตรอัลมาอะตาในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานก็ได้ส่งผลต่อการทำงานด้านสาธารณสุขที่ต้องไปทำงานในชุมชนมากขึ้น จนเกิดเป็นโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในประเทศไทยและมีการวางแผนการทำงานให้ชาวบ้านเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานด้านสุขภาพมากขึ้น

กล่าวคือในภาคสาธารณสุขราวต้นทศวรรษ 2520 เกิดองค์กรเพื่อสาธารณประโยชน์ที่ดำเนินกิจการด้านสุขภาพภาคประชาชนหลายองค์กรด้วยกัน (ดูรายละเอียดใน บัณฑิต 2545) ประกอบกับในช่วงนั้นนโยบายภาครัฐด้านสาธารณสุขก็ได้ดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนด้วย ทำให้การตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้สอดคล้องต้องกันกับการดำเนินนโยบายภาครัฐ บรรยากาศการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพจึงเป็นไปอย่างคึกคัก

และอาจกล่าวได้ว่าอุดมการณ์สาธารณสุขมูลฐานที่ทุกส่วนของสังคมทั้งภายในและภายนอกวงการสาธารณสุขให้การยอมรับอย่างสูงสุดในประวัติศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขไทย (ทวี

ทอง 2527 อ้างใน บัณฑิต 2545: 14) และถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนทางกระบวนทัศน์การพัฒนาที่สำคัญ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนของสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ เข้ามาร่วมดำเนินการกิจสาธารณะร่วมกันกับภาครัฐ โดยการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ที่ทำงานในลักษณะของอาสาสมัครที่ไม่มีค่าตอบแทนจากรัฐเหมือน เจ้าหน้าที่อื่น มีเพียงสวัสดิการการรักษาพยาบาลเป็นการตอบแทน

ถึงแม้จะมีการประเมินว่าการดำเนินงานของ ผสส. และ อสม. ในหมู่บ้านจะเป็นการขยายแขนขา ของรัฐให้ถึงตัวชาวบ้านมากขึ้น กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแค่ผู้คอยรับคำสั่ง ของเจ้าหน้าที่ มากกว่าจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการคิดทำโครงการต่าง ๆ ให้สอดคล้องและตอบสนองต่อ ชุมชนของตน กลายเป็นว่าเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของภายนอกชุมชนมากกว่าจะ ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน (ดูรายละเอียดการวิพากษ์ใน บัณฑิต 2545: 20-21) แต่ก็ คงจะปฏิเสธไม่ได้ว่าการดำเนินงานของ อสม. เป็นการริเริ่มกลไกสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาครัฐและประชาชนในชุมชนชนบท ดังเห็นได้ว่ามีผู้นำชุมชนจำนวนมากได้เคยผ่านการเป็น อสม. มา ก่อน ทั้งอาจกล่าวได้ว่าการงานในลักษณะของอาสาสมัครดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นกระบวนการ เรียนรู้การเป็นพลเมืองที่เห็นแก่ประโยชน์สาธารณะที่สำคัญและเป็นรากฐานของการพัฒนาของ ภาครัฐที่ต้องให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในเวลาต่อมา และน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถอธิบาย ถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุขที่มีแนวร่วมในการทำงานร่วมกับภาคเอกชน และภาคประชาชนสูงกว่าหน่วยงานราชการอื่น

การช่วงชิงนิยามความหมายของจิตอาสายังไม่สิ้นสุด

ความหมายของจิตอาสา 4 แบบ

1. อาสาสมัคร คืออาสาเข้าไปทำงานเป็นแขนขาให้กับอำนาจกลไกของรัฐ เป็นองค์กร สาธารณประโยชน์ที่เข้าไปทำหน้าที่เหมือนรัฐหรือแทนรัฐ โดยองค์กรประเภทนี้มีมากที่สุดในสังคมไทย รวมไปถึงการทำงานแบบ อพปร. ก็มีการศึกษาว่าเพื่อสวมเครื่องแบบเจ้าหน้าที่ในการแอบอิง อำนาจของเจ้าหน้าที่รักษาความสงบปลอดภัยของรัฐ เพราะต้องการต่อเชื่อมกับอำนาจรัฐในบาง ลักษณะที่จะเป็นการอุปถัมภ์ให้ตนเป็นตัวแทนที่สามารถติดต่อดูแลและต่อรองกับอำนาจรัฐได้ดีขึ้น อาจ กล่าวได้ว่าองค์กรอาสาสมัครหรือการทำงานอาสาสมัครในประเทศไทยได้ใช้แนวคิดนี้เป็นกลไกสำคัญ ในการทำงานในรูปแบบอาสาสมัครที่สำคัญที่สุด

2. อาสาเพื่อสาธารณประโยชน์ ที่ต้องการทำประโยชน์เพื่อสังคม โดยมีองค์กรของตนเองที่ ไม่ขึ้นกับรัฐและไม่เป็นองค์กรเอกชนแสวงหากำไร แต่มีลักษณะของภาคที่สาม (third sector) ซึ่งก็คือ รูปแบบของอาสาสมัครเพื่อสังคมไปจนถึงองค์กรพัฒนาเอกชน โดยบางองค์กรที่ทำหน้าที่ วิพากษ์วิจารณ์รัฐพร้อมกันกับทำหน้าที่บริการสาธารณะควบคู่ไปกับองค์กรรัฐ หรือบางครั้งก็ร่วมมือ

กับรัฐอย่างเท่าเทียมไม่ใช่ทำตามรัฐสั่ง กล่าวโดยสรุปแล้วรูปแบบการทำงานในลักษณะนี้ได้มีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อย ๆ และมีการสร้างการเมืองวัฒนธรรมของกลุ่มตนเองปรากฏในสังคมการเมืองมากขึ้นจนเห็นได้ชัดเจนในทศวรรษที่ผ่านมา และเป็นความหวังที่สำคัญของการทำงานอาสาสมัครให้เกิดแบ่งบานขึ้นในสังคมไทย เพราะรูปแบบการทำงานอาสาสมัครลักษณะนี้ไม่มีการใช้อำนาจที่เข้มข้น แต่ละองค์กรสามารถสร้างสรรค์การทำงานของตนเองได้ค่อนข้างเป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน หรือไม่มีศูนย์กลางของอำนาจอยู่นั่นเอง อันสอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐานของการเมืองวัฒนธรรมที่เคารพในความแตกต่างหลากหลายอย่างมาก

3. องค์กรอาสาเพื่อประโยชน์สาธารณะเฉพาะอย่าง เฉพาะกลุ่ม เป็นตัวแทนขึ้นมารักษาผลประโยชน์ของกลุ่มก่อนแล้วอาจจะขยายไปภายหลัง เช่น การเกิดขึ้นของคนทำงานในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนบน และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการช่วยเหลือกันในหมู่คนที่เจ็บป่วยด้วยอาการเดียวกัน (self-help group) ที่ยังมีความสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ทางสุขภาพที่ต้องเผชิญอยู่กับโรคไร้เชื้อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนั้น การพัฒนาขององค์กรสาธารณประโยชน์ของกลุ่มชาติพันธุ์จีนอย่าง มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ร่วมกตัญญู และองค์กรบรรเทาสาธารณภัยของกลุ่มคนจีนเป็นต้น หรือกลุ่มคนมุสลิมที่มีการจัดตั้งองค์กรของตนเองมาช่วยทางราชการแก้ปัญหาด้วยตนเองมากขึ้นในสถานการณ์ความรุนแรงในสามจังหวัดภาคใต้ การพัฒนาองค์กรอาสาสมัครในรูปแบบนี้ก็มีความสำคัญในแง่ที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าแบบอื่นเพราะมีวัฒนธรรม หรือประเด็นปัญหาสำคัญร่วมกันเป็นตัวผลักดัน แต่ต้องอาศัยกลไกและการสนับสนุนที่ต่อเนื่องในการทำงานอาสาสมัครเพื่อสังคม

4. องค์กรอาสาเนื่องในศาสนา ความเชื่อ หรือลัทธิพิธีบางอย่างที่นับถือกันในกลุ่ม และเน้นการบริการในกลุ่มก่อนที่จะขยายไปสู่สาธารณะ ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ที่เป็นการทำไปเพื่อเป็นการทำบุญตามความเชื่อของศาสนา มีความเชื่อของศาสนาเป็นปรัชญาขับเคลื่อนและเป็นเป้าหมายขององค์กร องค์กรเหล่านี้ยังมีความสำคัญขึ้นมากในโลกปัจจุบันที่กระแสโลกาภิวัตน์ได้ทำลายอัตลักษณ์ของผู้คนในท้องถิ่นจนเกิดความไม่มั่นคงในวิถีชีวิตขึ้นทั่วไป การรวมตัวกันเป็นชุมชนปฏิบัติเพื่อแสวงหารากฐานทางความเชื่อมาค้ำยันถึงอัตลักษณ์ของกลุ่มคนในที่ต่าง ๆ จึงเป็นปรากฏการณ์ในกระแสสากลที่สำคัญ รวมถึงการเกิดขึ้นของหลายองค์กรที่อาศัยความเชื่อทางศาสนาที่ดีความขึ้นมาใหม่เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญในสังคมไทย

บรรณานุกรม

- โกมล คีมทอง (เขียน). พจน์ กริชไกรวรรณ. (บรรณาธิการ). (2540). *โกมลคนหนุ่ม: รวมข้อเขียนแห่งความบันเทิงใจ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ชาติชาย มุกสง. (2548). “วาทกรรมทางการเมืองกับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487).” *สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 17 : 90-111.
- ชาติชาย มุกสง. (2548). *ธรรมาภิบาล การเมืองแบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค: ศึกษากรณีกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคสี่แยกสวนป่า อ. บางขัน จ.นครศรีธรรมราช*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). “การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม.” รายงานวิจัยโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมและพฤติกรรม ด้วยความสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- นครินทร์ เมฆไตรรัตน์. (2540). *การปฏิวัติสยาม พ.ศ. 2475*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์วิชาการ.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2528). “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. 2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475).” *วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2545). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รายงานหลักโครงการองค์การสาธารณสุขประโยชน์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรณีศึกษาที่ 14

กว่าจะมาเป็นสภาสุภาพที่น้ำเกียน

โดย สฤษฎี สุทธิ

กว่าจะมาเป็นสภาสุขภาพ ที่น้ำเกียน

สฤษฎี สุฤทธิ์^{*}

2523 – 2543 เริ่มมี อสม. ในตำบลน้ำเกียน การคัดเลือก อสม. จะคัดมาจาก ผสส. ในแต่ละหมู่บ้าน มาเป็น อสม. หมู่ละ 1 คน

บทบาทของ อสม.

- เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการทำงานสาธารณสุขแนวใหม่เข้าสู่การเปลี่ยนแปลง กระบวนคิดของชุมชน การเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากตัวเชื้อโรค สารพิษ ฯลฯ ที่เข้าสู่ร่างกาย ไม่ใช่เรื่อง ผี ไสยศาสตร์
- นำงานสาธารณสุขมูลฐาน เข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

ผลดีและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

- โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ลดลงหรือหมดไป
- บัตรประกันสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์การพึ่งตนเองด้านสุขภาพประชาชน
- องค์กรของ อสม. เข้มแข็ง มีการจัดกิจกรรม “วัน อสม.” 20 มีนาคมของทุกปี มีชมรม อสม.ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด
- งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของทุกสถานีนานาชาติ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลางในการประสานงาน พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับจังหวัด มีงบประมาณ มีคนทำงาน

ข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ปรากฏ

- 20 มีนาคม วัน อสม.แห่งชาติ มีกิจกรรมเฉลิมฉลอง บางพื้นที่ดื่มเหล้าด้วย
- นายสวาท อสม.ตำบลน้ำเกียน เมาสู่รา ตกเกวียนเสียชีวิต
- นายเดช อสม.ตำบลน้ำเกียน เส้นเลือดในสมองแตกเกือบเป็นอัมพาตทั้งที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง

^{*} สถานีอนามัยตำบลน้ำเกียน อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

- อสม. ทำงานตามการชี้แนะของหมออนามัย
- องค์กรของ อสม. ในระดับตำบล/จังหวัด ไม่มียุทธศาสตร์ในการทำงานของตัวเอง (เป้าหมายไม่ชัดเจน)
- งบประมาณของราชการ 7500 บาท เริ่มให้ อสม.เป็นผู้บริหารงบประมาณ
- เงินจากบัตรประกันสุขภาพถูกแปรมาเป็นกองทุนสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน และหมดไปโดยนโยบายใหม่ๆของรัฐ
- น้ำเกียนปลูกข้าวโพด อสม.ก็ปลูกข้าวโพดด้วย และใช้ยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลง น้ำเกียนใช้ยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลง ปีละมากกว่า 200,000 บาท

สรุป มีเงิน มีกองทุน มีองค์กร แต่ยุทธศาสตร์ของงานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้น การพึ่งตนเองของอสม.ยังไม่ชัดเจน

- อสม.บางคนก็ไม่ได้เป็นแกนนำ หรือตัวอย่างในการสร้างสุขภาพให้ประชาชน
 - นายสวาท เมาสุรา ตำเกียนเสียชีวิต
 - นายเดช เส้นเลือดในสมองแตก โดยไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ตำบลน้ำเกียนประชากร 2800 คน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึง 200 กว่า คน
- ผผส. ทุกคนปรับวิทยฐานะเป็น อสม.หมดแล้ว

2543- ปัจจุบัน อสม.บางคนก็ไม่ได้เป็น อสม.จริง ตามเจตนารมณ์ “ ส่วนหนึ่งยังไม่ยอมทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี ด้านพฤติกรรมสุขภาพ”

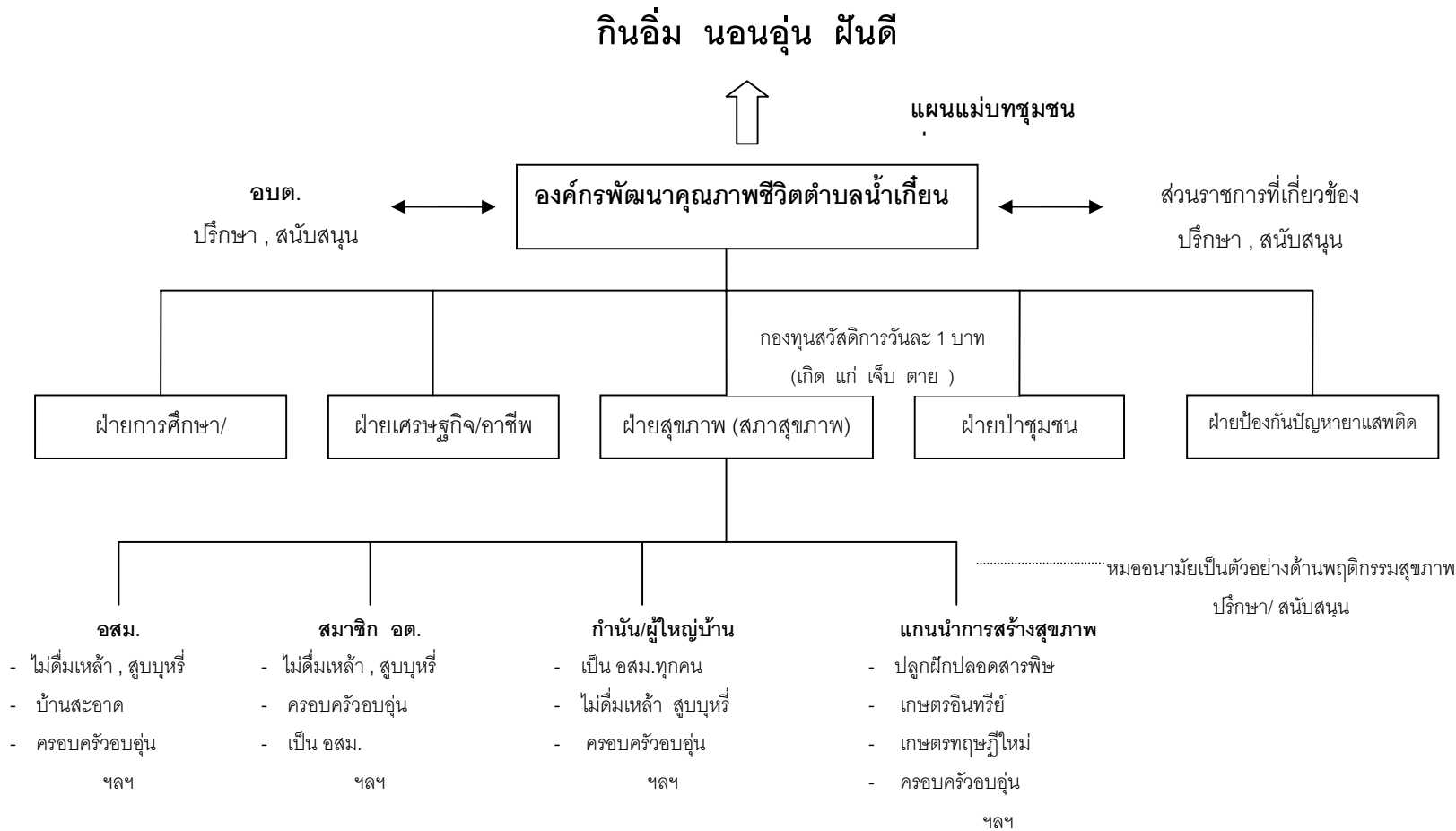
ข้อจำกัดของ อสม.ในปัจจุบัน

- บัตรประกันสุขภาพหมดไป บัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค เกิดขึ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพเริ่มถดถอย
- การบริหารงบประมาณเปลี่ยนขึ้นอยู่กับแม่ข่าย (cup) แม่ข่ายไหนเข้าใจ ให้ความสำคัญ ความสำคัญงานสร้างสุขภาพ อสม. ก็ยังเป็นหัวใจหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน และงานสาธารณสุขมูลฐานหลายพื้นที่กำลังถูกลดความสำคัญ

ปรากฏการณ์ที่เห็น

- ทั่วไป
- ชมรม อสม. มีความเข้มแข็งขึ้น
 - เริ่มมีการแสวงหางบประมาณนอกระบบ , ท้องถิ่นมาดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขในตำบล
- บางพื้นที่/บางคน
- อสม. เริ่มสมัครเป็นสมาชิก อบต.
 - ประธาน อสม. สมัคร สจ.
 - อสม. สมัครเป็นผู้ใหญ่บ้าน
 - อสม. ไปเรียนเป็นหมออนามัย
 - หมออนามัยยังดื่มเหล้า , สูบบุหรี่อยู่

- สรุป
- อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้น
 - โรคไม่ติดต่อ ความดัน , เบาหวาน , มะเร็ง เพิ่มขึ้นอย่างน่ากลัวในตำบลน้ำเกีฮ้น, โรคระบาดใหม่เกิดขึ้นในจังหวัดน่าน
 - อสม. บางพื้นที่สถาปนากลุ่ม / องค์กรของตนเอง เป็น “ สถาบัน ” ซึ่งบางครั้งองค์กรลักษณะนี้ แข็งตัว เข้าถึงยาก จะทำกิจกรรมอะไรก็เน้นเรื่องงบประมาณ เป็นหลัก การพึ่งตนเอง/พอเพียงหดหาย “ ทุนนิยมเข้ามาแทนที่ทุนทางสังคม ”
 - อสม. มีภารกิจเพิ่มขึ้น บางคนเพิ่มหมวกใบใหม่เช่นเป็น อผส.
 - เกิดสวัสดิการ “ กองทุนวันละ 1 บาท ” เพื่อ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ในตำบลน้ำเกีฮ้น
 - เกิดกรรมการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในทุกด้าน และบูรณาการ “ สภาสุขภาพ ”



กรณีศึกษาที่ 15

บทบาท “อาสาสมัคร สาธารณสุข”
กับงานสุขภาพใน “ชุมชนเมือง”

โดย ธนัช กนกเทศ

บทบาท “อาสาสมัครสาธารณสุข” กับงานสุขภาพใน “ชุมชนเมือง”¹

ธนัช กนกเทศ*

ชุมชนเมือง (Urban Community)

“ชุมชน” (Community) คือดินแดนแห่งการรวมตัวทางสังคมและอยู่ในกฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น “ชุมชน” ประกอบด้วยองค์การต่าง ๆ ทั้งทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงกลุ่มความสนใจ (ชมรม) กลุ่มวัฒนธรรม และศาสนา สมาคมอนุรักษ์หรือพัฒนาสังคม/กลุ่ม “ชุมชน” คือ ประสบการณ์ ความรู้สึก และความสัมพันธ์ซึ่งไม่สามารถกำหนดทางภูมิศาสตร์ หรือกฎเกณฑ์ทางการ แต่เป็นสิ่งที่ประชาชนรู้สึกว่าเป็นสมาชิกอยู่ เป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างคน ชุมชนอาจจะมีขนาดใหญ่หรือเล็ก อาจจะเข้มแข็งขึ้นหรือเสื่อมสลายลงก็ได้ แต่ละชุมชนมีลักษณะเฉพาะตัว มีความหลากหลายสูงกว่าที่จะพรรณนาแบบเหมารวมได้ (UNDP 2005) “ชุมชน” ยังหมายถึง การที่คนที่อาศัยอยู่พื้นที่แห่งหนึ่ง มีความเชื่อผลประโยชน์ กิจกรรม และมีคุณสมบัติอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน คุณลักษณะเหล่านี้มีลักษณะเด่นเพียงพอที่จะทำให้สมาชิกนั้น ตระหนัก และเกื้อกูลกัน (Mask S. Homan 1994: 82 อ้างใน ปาริชาติ 2543: 26)

เมือง (Urban) คือ แหล่งที่สมาชิกชุมชนเน้นการพัฒนาเพิ่มเติมและปรับปรุง มีระบบสาธารณูปโภคพร้อมเพียงหรือเพิ่มได้โดยง่าย (Edward J. Kaiser, David R. Godschalk, and F. Stuart Chapin, Jr. 1995) เมืองคือ แนวความคิดด้านสถิติที่ได้รับการนิยามโดยรัฐบาลของแต่ละประเทศ แม้ว่าคำว่า “City” และ “Urban area” โดยทั่วไปจะถูกใช้เป็น คำเดียวกัน แต่คำทั้งสองคำนี้ไม่เหมือนกัน City ทุก City เป็น Urban area แต่ไม่ทุก Urban area จะต้องเป็น City นิยามของ “Urban” มักจะถูกกำหนดโดย 3 มุมมองที่มักจะใช้ร่วมกัน คือ

1. จำนวนประชากรและความหนาแน่น
2. ความพร้อมของสาธารณูปโภค
3. เขตแดนที่มีการปกครองโดยองค์การของรัฐ (UNDP, 2005)

เมือง มักจะเป็นแหล่งกำเนิดนวัตกรรม การพัฒนาแนวคิดและสิ่งประดิษฐ์ใหม่มักเกิดตาม “แหล่งความรู้” ต้องอาศัยการศึกษาวิจัยและการพัฒนาที่มักกระทำโดยมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่าง ๆ ซึ่งสถาบันเหล่านี้ก็ต้องพึ่งพิงความเพียบพร้อมของตัวแปร อุปกรณ์ พนักงาน และสาธารณูปโภค ในการปฏิบัติทดลองงาน (มักจะเป็นพื้นที่เมือง) นอกจากนี้ นวัตกรรมมักจะเกิดในพื้นที่ที่มีความบีบรัด-แข่งขันสูง เป็นพื้นที่ที่มี “ปัญหา” อันนำมาให้เกิด “ความคิดแก้ไข” นวัตกรรมหลาย

¹ ส่วนหนึ่งของการวิจัย “ภาวสุขภาพกับบทบาทในการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง”

* คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประเภทมักจะเป็นการสร้างเพื่อทดแทน -พัฒนานวัตกรรมเก่า ดังนั้นการเกิดนวัตกรรมจึงยังคงวนเวียนอยู่ในเขตของความเจริญรุ่นก่อน (Hall 1998)

ชุมชนเมืองจึงเป็นเป็นผลผลิตที่มีความสลับซับซ้อนมากที่สุดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ ชุมชนเมืองมีความหมายมากกว่าโครงสร้างพื้นฐานที่มีความทันสมัย มีการใช้เทคโนโลยีที่มีความสลับซับซ้อน รวมทั้งการที่มีความหนาแน่นของประชากรที่สูงกว่าชนบท แต่เมืองยังเป็นแผนที่ที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะทางจิตใจของผู้คนที่อาศัยอยู่ในเมืองนั้นด้วย ซึ่งลักษณะทางจิตใจของปัจเจกชนนี้มีส่วนช่วยในการหล่อเลี้ยงอารยธรรมของความเป็นชุมชนเมืองขึ้นได้ (Girardet: 1992) ชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก (บางประเทศ ไม่ใช้เกณฑ์ความหนาแน่นของประชากร แต่ถือเอาจำนวนประชากรในชุมชน เป็นสำคัญ เช่น ฝรั่งเศสและอิสราเอล ประชากรต้องมากกว่า 2,000 คน สหรัฐอเมริกา ประชากรมากกว่า 2,500 คน เบลเยียมมากกว่า 5,000 คน สเปนมากกว่า 10,000 คน และญี่ปุ่นมากกว่า 30,000 คน เป็นต้น) อาคาร บ้านเรือนหนาแน่น มีความเจริญ กว้างขวางทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มนุษย์ สร้างขึ้นมากกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อาชีพมีความหลากหลาย ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม การค้าขายและ การบริการ สมาชิกมีความเป็นอิสระเป็นปัจเจกบุคคลสูง ทำให้ความสัมพันธ์เป็นแบบทางการมากกว่าส่วนตัว สามารถอยู่ร่วมกันได้เพราะผลประโยชน์ ที่แต่ละคนจะได้รับ (สนธยา 2545) ชุมชนเมืองจะอยู่ภายใต้การปกครองรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น เทศบาลมหานคร และมีชุมชนย่อย ๆ รวมอยู่ในบริเวณเหล่านี้ เช่น ตรอก ซอย ถนน หรือเรียกตามชื่อที่ตั้งของชุมชนต่าง ๆ

ชุมชนเมืองอาจเป็นสถานที่อยู่อาศัยและมีค่าของผู้อยู่อาศัยหากมีพัฒนาการที่เป็นไปอย่างเหมาะสม เกื้อกูลกัน และมีความยั่งยืนในพัฒนาการของแต่ละสิ่งนั้น ๆ แต่พัฒนาการของชุมชนเมืองโดยทั่วไปมีพัฒนาการที่ยากจะคาดเดา การขยายตัวของเมืองในสมัยใหม่ได้ส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกทางสังคมอย่างสลับซับซ้อน ส่งผลให้มนุษย์ต้องสูญเสียความริเริ่มสร้างสรรค์ที่สะสมอย่างมหาศาลไปอย่างเปล่าประโยชน์ ความเป็นเมืองได้ส่งผลให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทเชิงโครงสร้าง (Structure) ที่บีบรัดและจำกัดทางเลือกกับการเป็นผู้กระทำ (Agency) ที่ยอมหรือไม่ยอมจำนนต่อเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง เพื่อแสดงให้เห็นให้เห็นถึงศักยภาพของแต่ละคนที่ได้แสดงบทบาทเป็นตัวของตัวเองโดยมีเมืองเป็นเสมือนเวทีกลาง

ในปี ค.ศ.1925 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาอาศัยอยู่ในเขตเมือง ระหว่างปี ค.ศ.1950 ถึง ค.ศ.1975 พื้นที่ในเขตเมืองในประเทศเหล่านี้ดึงดูดคนเข้าไปถึง 400 ล้านคน ในช่วงต้นของ ค.ศ.2000 ร้อยละสิบสี่ของพลเมืองโลกอาศัยอยู่ในเมือง แต่เมื่อสิ้นสุดศตวรรษนี้ผู้คนส่วนใหญ่จะหันมาอาศัยอยู่ในเมืองกลายเป็นเฝ้าพันธุคนเมืองกลุ่มใหญ่ การที่ผู้คนย้ายที่อยู่จากชนบท

เข้าสู่ชุมชนเมืองมากขึ้นนั้น Herbert Girardet กล่าวว่าสาเหตุหลักมาจากสองปัจจัยที่สำคัญคือ “ปัจจัยหลัก” และ “ปัจจัยดึงดูด” ดังนี้

1) ปัจจัยหลักที่สำคัญคือ

- ความเสื่อมโทรมของที่ทำกิน
- การขาดแคลนพื้นที่เกษตรกรรม
- การกระจายที่ดินอย่างไม่เท่าเทียม
- ภัยธรรมชาติ เช่น ความแห้งแล้ง พายุและน้ำท่วม
- การขาดแคลนไม้ฟืน
- การขาดแคลนน้ำสะอาด
- การขาดแคลนแหล่งทรัพยากรสมัยใหม่
- ความกดดันเนื่องจากจำนวนประชากรในเขตชนบท
- ความรับผิดชอบต่อน้ำที่สืบทอดกันมา
- ความขัดแย้งทางศาสนา
- เศรษฐกิจในท้องถิ่นที่ตกต่ำ
- ใจรักการร้ายและสงครามกลางเมือง

2) ปัจจัยดึงดูด

- โอกาสในการจ้างงาน
- รายได้ที่ดีกว่า
- อนาคตที่สดใส
- การเดินทางของผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการก้าวเข้าสู่สังคมเมือง
- การมีอิสรภาพจากวิถีชีวิตที่มีข้อจำกัด
- การสาธารณสุขที่ดีกว่า
- โอกาสทางการศึกษาที่ดีกว่า

(Girardet: 1992)

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของชุมชนเมืองในปัจจุบันได้ก่อให้เกิดปัญหาสังคมขึ้นหลายประการ และส่งผลกระทบต่อวิถีชุมชนโดยตรงอย่างกว้างขวางเช่น

- ปัญหาความหนาแน่นของประชากร
- ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และการสาธารณสุขที่ไม่ดีพอ
- ทัศนียภาพที่ไม่ดีจากที่อยู่อาศัยที่แออัด
- ปัญหาพหุโภชนาการในเด็ก
- ปัญหาอาชญากรรม

- ปัญหาความเครียดที่แผ่กระจาย
- การทำลายชีวิตชุมชนที่เอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน
- ปัญหาขยะและการจัดการสิ่งแวดล้อม
- ปัญหาการว่างงาน
- ภาวะพึ่งพิงของเมือง
- สุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคมเมือง

หัวใจของชุมชนเมือง ไม่ได้อยู่เพียงการที่ผู้นำเช่น ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ (CEO) หรือนายกเทศมนตรี ที่ซื่อสัตย์และเก่งกล้าสามารถ แต่ปัจจัยชี้ขาดคือพลเมืองหรือประชาชนที่มีคุณภาพ ซึ่งพร้อมที่จะร่วมรับผิดชอบในการสร้างสรรค์เมืองให้น่าอยู่

นอกจากความสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจแล้ว กระบวนการเป็นเมืองยังมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในแง่ที่ว่า มันจะสร้างความทันสมัยให้แก่คนในชนบทโดยผ่านทางกระบวนการนวัตกรรม (Innovation Diffusion) และสร้างความทันสมัยให้แก่คนในเมืองโดยผ่านทางสภาพแวดล้อมแบบเมือง (Friedman: 1973)

ปัจจุบันปริมาณพลแห่งเมืองอันซับซ้อน ไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะในแต่ละเมืองเท่านั้น หากแต่ยังได้ก่อให้เกิดปริมาณพลแห่งเมืองอันซับซ้อนเกิดขึ้นตามไปด้วย เครือข่ายของปริมาณพลแห่งเมืองเหล่านี้มีส่วนช่วยให้คนที่อยู่ห่างไกลกันสามารถติดต่อกันได้ทั้งในด้านการค้า การแลกเปลี่ยนความคิด การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชุมชน ได้อย่างไม่สิ้นสุด

ชุมชนเมืองในปัจจุบันนี้ไปไกลเกินกว่าที่จะเป็นเพียงภาพสะท้อนแห่งจิตสำนึกของมนุษย์เท่านั้น หากแต่ยังเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของผู้คนอย่างลึกซึ้งและกว้างไกล ขอบเขตและอิทธิพลของเมืองนับวันจะขยายออกไปไกลกว่าปริมาณพลของตัวเองมาก เมืองใหญ่เช่น กรุงเทพมหานคร พิษณุโลก นครสวรรค์ นครราชสีมา เชียงใหม่ สงขลา แม้จะมีเนื้อที่รวมกันเพียง 1/200 ของพื้นที่ประเทศไทยทั้งหมด (สำนักสถิติแห่งชาติ: 2548) แต่กลับมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้คนในปริมาณพลแห่งเมืองอย่างสูงยิ่ง

วิถีแห่งชุมชนเมืองต้องมีพัฒนาการไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด แต่อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านสังคมจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่วิกฤตการณ์ในขณะที่สุขภาพของชีวิตสังคม และสิ่งแวดล้อมกำลังถูกกรัดกร่อนทำลายลงอย่างรวดเร็ว เมืองได้กลายเป็นสิ่งที่ท้าทายเจตจำนงของมนุษย์อย่างสำคัญยิ่ง ปัจเจกชนทุกคนในเมืองเป็นผู้ที่มีส่วนทำให้ชุมชนเมืองกลายเป็นเช่นทุกวันนี้แต่พวกเขาก็กลับมีความรู้สึกว่าตนไร้พลังที่จะแก้ไขมัน ประชาชนทั่วไปอาจมีความอึดอัดที่จะเปลี่ยนสังคมสร้างประเทศ แต่เมื่อพูดถึงการปรับปรุงเมืองหรือการแก้ไขปัญหาสังคมชายขอบของเมือง เช่น ปัญหาผู้สูงอายุ เด็กเร่ร่อนหรือผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ ในสังคมกลับหมดแรงและสิ้นหวัง สังคมและ

ประเทศนั้นแม้จะใหญ่แต่ก็เป็นนามธรรม แต่เมืองนั้นเป็นรูปธรรมที่ตระหง่านแจ่มกระจ่างในปัจจุบันนี้ที่สุด

ในขณะที่เมืองได้กลายเป็นถิ่นอาศัยที่สำคัญของมนุษยชาติไปแล้วสิ่งที่ท้าทายในอนาคตต่อไปก็คือ การทำให้ชาวชุมชนเมืองมั่นใจในความอยู่รอดต่อไปได้ เมืองจะต้องมีความยั่งยืนทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เรื่องที่อยู่อาศัย ปัจจัยที่จำเป็นต่อการอยู่รอด ความกลมเกลียวของสังคมเพื่อจะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ประชาชนต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของพวกเขาเอง แต่ในปัจจุบันสิ่งที่ท้าทายแนวคิดดังกล่าวคือ การทำให้ชาวชุมชนเมืองได้เข้าใจถึงผลกระทบจากแบบแผนการดำรงชีวิตของชาวเมืองที่มีต่อประเทศและท้องถิ่น การสร้างความตระหนักให้ชาวชุมชนเมืองต้องร่วมกันรับภาระในการสร้างสรรค์วิถีชีวิตแบบชาวเมืองที่มุ่งส่งเสริมให้ทุกคนดำรงอยู่ได้อย่างมีความมั่นคงในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

ชาวชุมชนเมืองทั้งมวลล้วนต้องการสถานที่ที่เปี่ยมไปด้วยชีวิตชีวา ส่งเสริมจินตนาการและมีความมั่นคงสำหรับการอยู่อาศัย ทำงานและพักผ่อน เพื่อจะสร้างเมืองให้เข้มแข็งรุ่งเรืองขึ้น ชาวชุมชนเมืองต้องตระหนักว่าพวกเขากำลังก้าวเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางของความเป็นเลิศ อารยธรรม มากกว่าจะเป็นเพียงค่ายพักชั่วคราวสำหรับมนุษย์ การฟื้นฟูในจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญโดยเฉพาะในย่านใจกลางเมืองและชุมชนข้างเคียงซึ่งเป็นแกนกลางทางวัฒนธรรมและสังคมที่มักถูกปล่อยให้เสื่อมสลายไปมีความสำคัญยิ่งต่อความพยายามที่จะสร้างให้เมืองมีชีวิตชีวาขึ้นมา รูปแบบที่ดีที่สุดของชีวิตชาวเมืองจะต้องเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนถึงพลังแห่งความคิดของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ที่ดีและความพึงพอใจกับชีวิตในเมือง

อสาสมัครสาธารณสุขในเขตชุมชนเมือง

อสาสมัครสาธารณสุขในเขตชุมชนเมือง เป็นกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่มิบทบาทเป็นผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่สำคัญ ซึ่งนับวันจะเพิ่มบทบาททางสังคมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ชุมชนเมืองจึงเป็นภาพสะท้อนถึงโลกทัศน์ของ อสม.เขตเมืองได้ ความเป็นชุมชนเมืองมีพัฒนาการไปไกลเกินกว่าที่จะเป็นเพียงภาพสะท้อนแห่งจิตสำนึกของมนุษย์เท่านั้น แต่ยังเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของผู้คนอย่างลึกซึ้งและกว้างไกล ของเขตและอิทธิพลของชุมชนเมือง นับวันจะขยายออกไปไกลกว่าปริมาณพลของเมืองอย่างยากที่จะกำหนดขอบเขตได้จึงมีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้คนทั้งในชุมชนเมืองเองและพื้นที่ที่เกี่ยวข้องอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อสม.เขตเมืองจะเป็นทั้งผู้ที่สร้างสรรค์สังคมด้านสุขภาพด้วยประสบการณ์และฐานะทางสังคมที่ได้รับการยอมรับในระดับหนึ่ง ในขณะเดียวกันก็เป็นกลุ่มคนสำคัญที่ได้รับผลกระทบในทางลบจากกระบวนการวิวัฒนาการเป็นชุมชนเมืองด้วย

จากปรัชญาความคิดเรื่องระบบสุขภาพภาคประชาชนที่กลุ่มนักวิชาการ นักพัฒนา และองค์กรผู้นำ ชุมชน/สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากทุกภาคของประเทศ ร่วมคิด ร่วมสร้างสู่วันแห่งอนาคตที่ปรารถนา ซึ่งเป้าหมายของการเป็นแนวคิดภาคประชาชน คือ การที่ประชาชนในชุมชนเกิดการตื่นตัว ตระหนักและเกิดความต้องการที่จะดูแลเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว คนในชุมชนให้สมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ ลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือพฤติกรรมที่ป้องกันได้ ได้รับการดูแลและให้บริการจากหน่วยงานในชุมชนหรือของรัฐที่มีคุณภาพและเป็นธรรมร่วมกัน

โดยที่สุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมวลมนุษยชาติตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่สหประชาชาติได้กำหนดไว้ ประกอบกับสุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ผู้อื่นจะหยิบบิ้นหรือทำแทนแต่ฝ่ายเดียวไม่ได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนที่จะต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย และไม่ทำอะไรที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งชวนหาความรู้และแนวทางที่เหมาะสมเพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นในชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ เป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสมบูรณ์ทางสุขภาพกายและใจของตนเอง สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสังคมของตน ด้วยการจัดระบบการจัดการของชุมชน ในสิ่งที่ชุมชนมีอยู่ในชุมชนให้เกื้อกูลกัน เกิดประโยชน์ที่ดีต่อสุขภาพ อันได้แก่ ความร่วมมือ ร่วมใจของคนในชุมชน (อสม. อบต. ผู้นำ กลุ่มต่าง ๆ และประชาชน) องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในชุมชน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยการส่งเสริมผลักดันให้องค์กรอาสาสมัครและแกนนำร่วมกัน ได้พัฒนาขีดความสามารถและทักษะในการบริหารการเปลี่ยนแปลง การจัดการงานบริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ตลอดจนสร้างกระแสผลักดัน ปลุกจิตสำนึกให้ประชาชนในชุมชนได้หันมามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อดูแลสุขภาพชีวิตและสุขภาพพื้นฐานได้โดยตนเอง ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย

ระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นระบบสุขภาพะทุกมิติในลักษณะองค์รวม ซึ่งรวมถึงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วิถีชุมชนและวัฒนธรรม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศที่มีความเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาครัฐ

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้น มีความรู้ความเข้าใจ ร่วมกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สุขภาพเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งถูกกำหนดโดยเหตุปัจจัยทางสังคม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับโครงสร้างมหภาค สุขภาพเป็นทั้งผลลัพธ์ของกระบวนการทางสังคม และเป็นผลลัพธ์จากเหตุปัจจัยทางสังคมที่ผสมผสาน ระบบสุขภาพภาคประชาชนในเขตเมืองนั้นต้องรองรับการพัฒนาและ

การขยายตัวทั้งด้านจำนวนประชาชน การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของชุมชนเมืองขนาดต่าง ๆ ซึ่งผลจากการพัฒนาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชุมชน ดังนี้

1. ปัญหาทางด้านทัศนียภาพของเมืองและการสูญเสียเอกลักษณ์ของเมือง

เนื่องจากสภาพที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของชุมชนเมืองมีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อก่อสร้างพัฒนาเมืองมาโดยลำดับ โดยขาดการวางแผนหลักของการพัฒนาเมืองในระยะยาว ขาดมาตรการควบคุมการพัฒนา ทำให้สูญเสียเอกลักษณ์ของเมืองการปรับเปลี่ยนสภาพทางกายภาพของเมืองไม่กลมกลืนกับสภาพธรรมชาติ การลู่ลี้และระบายของเสียลงสู่แม่น้ำลำคลองทำให้ขาดความสะอาดในการไหลของน้ำจนเป็นอุปสรรคในการระบายน้ำและเป็นที่สะสมของกากตะกอนเน่าเสีย ที่ดินบางย่านใช้ประโยชน์เต็มที่จนแออัด บางแห่งถูกทิ้งให้รกร้างกลายเป็นที่ทิ้งขยะและพบว่ามี การเดินสายไฟฟ้า โทรศัพท การก่อสร้าง เพื่อวางแนวเส้นทางส่งน้ำประปา ตลอดจนการติดตั้งป้ายโฆษณาไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยทำให้เกิดเป็นปัญหาทัศนียภาพของเมือง เนื่องจาก ขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณูปการให้กับชุมชน และขาดการควบคุมกำกับกับการติดตั้งป้าย

2. ปัญหานามัยสิ่งแวดล้อมและขาดระบบสาธารณูปการด้านสิ่งแวดล้อมของเมือง

เนื่องจากชุมชนเมืองมีประชากรอาศัย อยู่อย่างหนาแน่นและเป็นจำนวนมากประกอบกับการใช้ประโยชน์บนที่ดินที่สูงเกินศักยภาพรองรับของธรรมชาติ จึงจำเป็นต้องอาศัยระบบการรองรับที่มนุษย์สร้างขึ้น เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระ นั่นคือระบบสาธารณูปการขั้นพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระบบรวบรวมและบำบัดน้ำเสีย ระบบระบายน้ำ การเก็บขนและกำจัดขยะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามโดยมีสภาพปัจจุบันของการจัดบริการระบบสาธารณูปการด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

- ระบบระบายน้ำพบว่าระบบระบายน้ำยังไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่มีประสิทธิภาพ
- ระบบรวบรวมและบำบัดน้ำเสียพบว่าเทศบาลนครทุกแห่งมีระบบรวบรวม และบำบัดน้ำเสีย
- การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นปัญหาสำคัญที่พบว่าเป็นปัญหาเรื้อรังที่เกี่ยวข้องทั้งระบบซึ่งต้อง

ใช้หลายภาคส่วนและหลากหลายวิธีการเข้าแก้ไข้ปัญหา

3. ปัญหาขาดพื้นที่สวนสาธารณะและพื้นที่สีเขียวสำหรับการจัดบริการสวนสาธารณะ

ตามมาตรฐานของกรมการผังเมือง กระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดให้ชุมชนเมืองควรมีพื้นที่สวนสาธารณะ 1.8 ไร่ ต่อประชากร 1,000 คน พบว่า ชุมชนเมืองยังขาดพื้นที่สวนสาธารณะและพื้นที่สีเขียว ที่ได้มาตรฐาน แต่ก็ได้มีความพยายามในการพัฒนาพื้นที่สาธารณะประโยชน์ให้เป็นสวนสาธารณะ

4. ปัญหาชุมชนแออัด

จากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมประกอบกับมีจำนวนประชากรในเขตเมืองที่เพิ่มขึ้น และมีการอพยพย้ายถิ่นของประชาชนจากชนบทเข้าไปตั้งถิ่นฐานทำมาหากินในเมืองจนทำให้พื้นที่บางส่วนกลายเป็นพักอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นจนแออัด และบางส่วนมีการปลูกสร้างบ้านเรือนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จนกลายเป็นแหล่งเสื่อมโทรม ซึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพ อนามัยของประชาชนและเป็นปัญหาทัศนียภาพของเมือง

5. ปัญหาผลกระทบจากสถานประกอบการ

ปัญหาจากการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตเมือง

1) อสม.เขตเมือง ไม่สามารถสร้างอัตลักษณ์และวัฒนธรรมการทำงานสร้างสุขภาพภาคประชาชนของตนเองได้

นโยบายบางอย่างที่ดำเนินการโดยไม่ได้เป็นความคิดริเริ่มของชุมชน แต่เป็นการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกที่ต้องการให้เกิดการรวมตัวในลักษณะองค์กรชุมชน เช่น การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในเทศบาลแห่งหนึ่งในทุกวันศุกร์ เนื่องจากเป็นหนึ่งในเป้าหมายของโครงการเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) แต่ อสม.เขตเมือง ไม่สามารถเข้าไปตรวจถึงในท้องน้ำของแต่ละบ้านได้ เนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของบ้านซึ่งทั้งวัน มีต้องสาละวนอยู่กับการขายของหน้าร้านหรือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้านจัดสรร ซึ่งกลางวันจะไม่มีผู้อาศัยอยู่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแม้จะมีการสะท้อนปัญหาไปให้กองสาธารณสุขเทศบาลหรือโรงพยาบาลได้รับรู้ ก็ยังไม่ได้รับความร่วมมือในการขอเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรณรงค์ เท่าที่ควร ส่งผลให้ อสม. เป็นเพียงผู้ดำเนินงานไปตามแบบแผนของกาละเทศะ (time-space) ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือภาคการเมืองท้องถิ่นออกแบบไว้ล่วงหน้าแล้วว่าควรเป็นเช่นใด

สุขภาพภาคประชาชน เป็นสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางและอยู่ในภาวะแห่งการนำ มิใช่ภาวะแห่งการตาม หากสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็งค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งภาคประชาชนและภาครัฐจะสูงขึ้นตลอดเวลา จนไม่สามารถจะให้การสนับสนุนได้ แต่ถ้าหากสุขภาพภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง ค่าใช้จ่ายทั้งของประชาชนและของรัฐจะลดลง เพราะประชาชนจะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จนไม่เกิดการเจ็บป่วย เมื่อประชาชนไม่ป่วย ค่าใช้จ่ายของประชาชนจะลดลง โครงการ 30 บาท คนไทยห่างไกลโรคก็ไม่ต้องใช้งบประมาณในส่วนนี้มากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนั้นสวัสดิการรักษายาบาลในเขตชุมชนเมืองส่วนใหญ่ยังมีลักษณะที่เป็นการตั้งรับเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าที่จะเป็นงานเชิงรุกที่ช่วยป้องกันโรคหรือสร้างเสริมสุขภาพ ยกเว้นบางโครงการ เช่น โครงการชมรมสร้างสุขภาพประเภท ชมรมแอโรบิก ชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

- การเพิ่มเติมศักยภาพของ อสม.ในด้านวิชาการและวิถีคิดเชิงระบบ มีความสำคัญยิ่ง

2) อสม.เขตเมือง ไม่สามารถประสานพลังให้กับงานบริการสุขภาพภาคประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

การเข้ามาเป็น อสม.ในเขตเมือง ในขณะที่ต้องต่อสู้ในการใช้ชีวิตอย่างยากลำบากไปพร้อมกัน นั้น ส่งผลให้มักไม่มีการผลิตซ้ำทางความคิดและวัฒนธรรม ในการทำงานของตนได้ เหมือนกับที่เกิดขึ้นใน อสม.เขตชนบท

ตราบไคที่ อสม.ในชุมชนเมือง ยังประสบปัญหาหรือขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในระดับปัจเจกและระดับครอบครัว การคาดหวังให้เกิดการเสียสละหรือเห็นแก่ประโยชน์ของชุมชนนั้น ย่อมเกิดขึ้นได้ยาก และไม่มีความมั่นคง ความมั่นคงด้านสุขภาพของมนุษย์หมายถึงการสร้างชุมชนที่ดีเพื่อให้มนุษย์ได้พัฒนาไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพและได้เติบโตเต็มศักยภาพของตนทั้ง 4 มิติ เมื่อไม่มีการประสานพลังที่ดีพอ จึงส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ตามความเสียสละและทุ่มเทจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีความผูกพันที่แท้จริงกับชุมชน

- สวัสดิการสังคมที่เพิ่มเติมจากอสม.เขตชนบท หรือการสร้างขวัญกำลังใจที่มีระบบขั้นตอน อาจเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ควรได้รับการพิจารณา เช่น เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์เปิดโอกาสให้ อสม. เขตเมือง เป็นภาคีหนึ่งสำหรับการเป็นกรรมการชุมชน ซึ่งมีสิทธิเข้าร่วมประชุมเพื่อสะท้อนปัญหาในชุมชน ประจำเดือนซึ่งรวมประเด็นปัญหาด้านสุขภาพไว้ด้วย หลายโครงการที่เสนอไปได้รับการตอบสนอง เช่น การเสนอให้มีการจำกัดความเร็วของจักรยานยนต์ที่ถนนบริเวณรอบสวนสาธารณะ รวมทั้งให้มีเจ้าหน้าที่ตำรวจสายตรวจ มาช่วยอำนวยความสะดวกให้ในบางเวลาที่มีกิจกรรมของสวนสาธารณะเช่น เวลายืน เมื่อ อสม.เขตเมืองเสนอไป แล้วได้รับการตอบสนองจึงมีกำลังใจการปฏิบัติงานขึ้นมา

- ชุมชนเมืองมีความแตกต่างทางศาสนา เชื้อชาติ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การคัดเลือก ตัวแทนภาคประชาชนขึ้นมาเป็น อสม.เขตเมืองจึงต้องมีความหลากหลาย และครอบคลุมกลุ่มประชากรให้เพียงพอ ความไว้วางใจจึงเกิดขึ้น เช่น

- ยินดีให้ อสม.เขตเมืองที่คุ้นเคย หรือเชื่อมั่น สรรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านได้
- เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมแอโรบิค กระบอง เพราะมั่นใจว่าไม่เป็นนโยบายของสมาชิกกลุ่มการเมืองท้องถิ่นกลุ่มไหน
- เข้าเป็นสมาชิกชมรมส่งเสริมสุขภาพตามความสมัครใจ โดยพิจารณาการเข้าร่วมจาก
- พื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมเดียวกัน (ข้าราชการเกษียณ/พ่อค้า/คนจีน / ทั่วไป)
- ค่านิยมส่วนบุคคลคล้ายกัน (เช่นบางครอบครัวชอบความเป็นส่วนตัว จึงสนใจซื้อจักรยานเป็นครอบครัว โดยไม่สมัครเป็นสมาชิกชมรม / หรือกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับกลางส่วนใหญ่ชอบความเป็นเครือข่าย การส่งเสริมให้เกิดชมรมจึงเป็นสิ่งที่ดำเนินการได้โดยสะดวก)
- ฐานะทางสังคม - เศรษฐกิจ ใกล้เคียงกัน
- อื่น ๆ

3) ปัจจัยทางสังคมที่แทรกแซง การทำงานของ อสม.เขตเมือง

- ปัญหาการเมืองระดับท้องถิ่น พบปัญหารุนแรงขึ้น พบลักษณะการอุปถัมภ์และการมีผลประโยชน์ที่เอื้อกันระหว่าง อสม.ในหลายคนกับนักการเมืองท้องถิ่น การแก้ไขปัญหาในหลายพื้นที่จึงพบลักษณะที่เลือกปฏิบัติ

- ความสามารถในการระดมทุนและการต่อรองกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาคการเมืองท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกันในแต่ละคน การได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชนได้หากมีความไม่เท่าเทียมกันเกิดขึ้น

4) ความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาและแก้ไขความขัดแย้งของ อสม.เขตเมือง

สังคมเมืองเป็นสังคมที่ขาดความสมดุลในบางมิติของชีวิต มีความแปลกแยกทั้งต่อตนเอง ต่อเพื่อนบ้าน และต่อสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองต้องกลายเป็นส่วนหนึ่งของมัน การแก้ไขปัญหาของชุมชนสามารถเกิดขึ้นจากการผสมผสานบูรณาการระหว่างความขัดแย้งและความเป็นหนึ่งเดียวกัน ชุมชนในอุดมคติของคนส่วนใหญ่มีภาพของความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนม ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และมีจิตใจที่คิดถึงผลประโยชน์ร่วมกันของชุมชน การเกาะกลุ่มทำงานของ อสม.เขตเมือง มีปัญหาในด้านการบริหารหรือการทำงานเป็นทีม เนื่องจากความไม่พร้อมของ อสม.แต่ละคน การประกอบอาชีพที่แตกต่างหลากหลาย ส่งผลให้ไม่มีเวลาว่างพร้อมกัน เกิดความไม่เข้าใจในขั้นตอนและนำไปสู่ความขัดแย้งในการทำงานเป็นทีมในที่สุด

- การพัฒนากลไกระดับนโยบายให้มีการเปิดโอกาสให้แต่ละภาคส่วนของสังคมส่วนรวมมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะต่าง ๆ มากขึ้น จึงน่าจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับกรณีนี้ เช่น

- ให้ภาคส่วนต่าง ๆ ในเขตชุมชนเมือง ทั้งเทศบาล สาธารณสุข หรือเอกชน ได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (co-payment) ในการสร้างสุขภาพกับประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ เยาวชน และประชาชนทั่วไป โดย อสม.เขตเมืองจะมีบทบาทที่สำคัญในการประสานงานและร่วมดูแลสถานที่ และอุปกรณ์ในการดำเนินงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

- สนับสนุนให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพที่เป็นปัญหาที่รุนแรงในปัจจุบัน โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ต่าง ๆ ที่ภาครัฐ ไม่สามารถให้การดูแลที่โรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน การเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม.เขตเมือง ให้สามารถไปให้การดูแลกับผู้ป่วยที่บ้านภายใต้การกำกับของคณะแพทย์และ พยาบาล จึงน่าจะเป็นทางออกที่ดีอีกทางหนึ่ง

- จัดระบบค่าตอบแทนหรือสวัสดิการให้เหมาะสมตามความจำเป็นและตามศักยภาพของ อสม. เขตเมือง แต่ละคน

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขเขตเมืองที่เป็นไปได้

1. บทบาทในการสนับสนุนการสร้างกระบวนการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม
 - รณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของสังคม
 - ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายใต้การพัฒนาศักยภาพของภาครัฐอย่างมีระบบ ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด
 - สร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
 - เตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
 - การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพดี
2. การสร้างความเข้มแข็งของสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 - ท่ามกลางชีวิตชุมชนที่ส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะตัวใครตัวมัน ผู้วิจัยพบว่า อสม. เขตเมือง ยังมีบทบาทที่สำคัญต่อการสร้างสวัสดิสังคมมากมายเช่น การเป็นสมาชิกสภาเทศบาล การเป็นกรรมการกองทุนหมู่บ้าน/ชุมชนเมือง หรือการเป็นประธานและคณะกรรมการโครงการพัฒนาศักยภาพหมู่บ้าน/ชุมชน (SML) เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบรายงานการประชุมสภาเทศบาลเมืองทั้ง 5 แห่ง ที่มีการมอบหมายภารกิจสำคัญให้ดำเนินการในนามชมรม อสม.เขตเมือง เช่นงานกีฬา วันขึ้นปีใหม่ วันเด็ก หน่วยบริการเคลื่อนที่ของเทศบาลเมือง หรือบทบาทหลักเช่น การสนับสนุนโครงการเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)
 - ชมรมผู้สูงอายุ
 - ชมรมแอโรบิค
 - ชมรมสร้างสุขภาพ
 - การจัดทำแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง / การติดตามประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล
 - วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ
 - การรณรงค์ลดอุบัติเหตุจากการจราจร ปีใหม่ สงกรานต์
 - การดำเนินงานโครงการสุขภาพีบาลอาหาร (clean food good taste)
 - ดังนั้น อสม.เขตเมือง น่าจะมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ด้วย
 - การสร้างและพัฒนาความเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ที่ถูกต้อง
 - การรับทราบ การวิเคราะห์ถ่วงถ่วงของข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและการสื่อสารของชุมชนที่เพียงพอและทันสมัย

-การสร้างทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างทักษะให้กับชุมชน ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและชุมชนได้คิด วางแผน ทดลองทำ เรียนรู้จากของจริงตามความสนใจ และสร้างนวัตกรรมตามความคิดเห็นและความต้องการของชุมชน โดยอาจเริ่มจากการประเด็นปัญหาร่วมเช่น การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในเขตเมือง หรือการสร้างสุขภาพตามวัยของกลุ่มคนในเขตเมือง เป็นต้น

-การสร้างเครือข่าย (กลุ่ม ชมรม ฯลฯ) ทั้งภายในและภายนอกชุมชน การศึกษาดูงานอย่างมีเป้าหมาย

- การสร้างความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ (ได้แก่ จิตสำนึก ศรัทธา ความรัก ความไว้วางใจ ความสามัคคี)

- การสร้างระบบสนับสนุนที่สามารถสนองตอบความต้องการของชุมชนได้ทันที่ที่เหมาะสมกับเวลาและความต้องการสนับสนุนของชุมชน (การจัดองค์กร การเงิน การประสานงาน ฯลฯ)

- การใช้มาตรการทางสังคม (การสร้างและใช้กฎกติกา ระเบียบของชุมชนและข้อตกลงร่วมกัน)

บรรณานุกรม

ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2543). ชุมชนและลักษณะความเป็นชุมชนในเอกสารประกอบการประชุม
ประจำปีว่าด้วยชุมชน ครั้งที่ 1 “ชุมชนไทยท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง”
หน้า 1-14. 30-31 พฤษภาคม 2543 ณ อาคารเฉลิม พระบารมี 50 ปี . กรุงเทพฯ: สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย
รายงานขั้นสุดท้ายโครงการจัดทำเครื่องชี้วัดการพัฒนาเมือง และชุมชนน่าอยู่. ศึกษาโดย คณะ
สถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อ สศช. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. หน้า 18 (ัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

Edward J. Kaiser, David R. Godschalk, and F. Stuart Chapin, Jr. 1995. Urban Land Use
Planning. 4th ed. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
Peter Cook. 1996. An Ideal City. In R. Middleton (ed.) 1996. The Idea of the City. pp. 212-221
Massachusetts: MIT Press.
Peter Hall. 1998. Cities in Civilization. New York: Weidenfeld&Nicolso,
UNDP. Changing Policy and Practice from Below: Community Experiences in Poverty
Reduction. A.Krishna (ed.). [On;ine] Available
at:www.undp.org/governance/marrakechcdrom/concepts/Rabinvitch.pdf
US Department of Agriculture. September 19, 2002. Measuring Rurality: rural-urban
continuum codes. [Online] Available at:
<http://www.ers.usda.gov/briefing/rurality/RuralUrbCon/>

กรณีศึกษาที่ 16

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
กับงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดย เทียนทอง ต๊ะแก้ว

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน กับงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เทียนทอง ต๊ะแก้ว*

กระแสที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ/สุขภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง/เคลื่อนไหว ภายใต้การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจงานสาธารณสุข ได้เริ่มอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนางานสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งได้มีแผนงานพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน โดยกำหนดแนวคิด วิธีการดำเนินงาน และเป้าหมายต่าง ๆ ดังนี้

(1) เน้นการกระจายอำนาจของรัฐสู่ประชาชน โดยจัดสรรงบประมาณให้งานสาธารณสุขมูลฐานโดยผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อนำไปพัฒนาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ

(2) การเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (mass movement) ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการเข้าร่วมอย่างเป็นฝ่ายกระทำของประชาชน (people's action) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนเกิดความมั่นใจ กล้าคิด กล้าทำ โดยมีขั้นตอนของกระบวนการเคลื่อนไหวดังนี้

- ให้ประชาชนได้รับสถานการณ์ที่ถูกต้องและแท้จริง
- ให้ประชาชนสำนึกในปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข
- ให้ประชาชนเกิดความต้องการ และเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตน รวมถึงปฏิบัติการ

(3) การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเพิ่มเติมความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเป็นผู้กระตุ้นเตือนประชาชนให้มีความคิดที่จะเข้ามามี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน รัฐต้องให้การสนับสนุนชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างจริงจัง เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของการติดต่อประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของ อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งทำให้ชมรมมีอำนาจต่อองรัฐได้

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ในปัจจุบันการปฏิรูปการจักระบบประมาณ ในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน เป็นลักษณะหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปต่อหมู่บ้านๆ ละ 7,500 บาท และกำหนดแนวกิจกรรมให้ปฏิบัติ คือ

กลุ่มที่ 1 การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน โดยมีแนวกิจกรรมดังนี้

1.1 การพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน การให้บริการและการบริหารจัดการแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม

1.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการจัดการงานสาธารณสุขได้ดี

1.3 การสรุปและประเมินผลตนเองขององค์กรชุมชน/กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.4 การพัฒนาบทบาทด้านสาธารณสุขของกลุ่มผู้นำศาสนา/กลุ่มเยาวชน/กลุ่มแม่บ้าน และองค์กรชาวบ้านอื่น โดยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและเลือกแนวทางแก้ไขปัญหของชุมชนได้

1.5 การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งครอบครัว อีกทั้งมีทักษะและเข้าใจในการส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับบริการทางสุขภาพที่จำเป็น และเป็นการเตรียมความพร้อม คือสร้างหลักประกันสำหรับการเข้าถึงบริการ

1.6 พัฒนาการเรียนรู้ และการจัดการปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ในกลุ่มองค์กรปกครองท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) โดยการอบรมปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการสัมมนา การศึกษาดูงาน

1.7 กิจกรรมอื่น ๆ

กลุ่มที่ 2 การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน และการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.1 การวิเคราะห์และจัดทำแผน/โครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

2.2 การรณรงค์และจัดกิจกรรมที่จำเป็นตาม 14 องค์ประกอบ ของการสาธารณสุขมูลฐาน

2.3 การประเมินผลโครงการและการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2.4 การสร้างความสามัคคีและส่งเสริมคุณธรรมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มองค์กรในชุมชน เช่น กิจกรรมกีฬา การเข้าค่ายสุขภาพ ฯลฯ

2.5 การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการวางแผนการปฏิบัติการ และการประเมินผลระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรที่เกี่ยวข้อง หรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

2.6 กิจกรรมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชน

2.7 กิจกรรมอื่น ๆ

กลุ่มที่ 3 การจัดบริการในสถานบริการสาธารณสุขของชุมชน เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมดังนี้

3.1 การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

3.2 การดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3.3 การจัดบริการสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน

3.4 กิจกรรมอื่น ๆ

(4) ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยแนวทางการวางแผนพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบลพ.ศ. 2540 แผนพัฒนาตำบลจะประกอบด้วย แผนรายปี และแผน 5 ปี ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวางแผน ประกอบด้วย ข้อมูล จปฐ. และ กชช.2ค. ซึ่งมีส่วนของข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข จึงทำให้กระบวนการแผนสอดคล้องกับการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน และภายใต้แผนพัฒนาตำบลดังกล่าวมีข้อกำหนดว่า จะต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนด้วย

บทบาทสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อกระบวนการพัฒนาและต่อคนในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะที่เป็นองค์กรท้องถิ่นตามกฎหมาย บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ก็คือกลุ่มผู้นำ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาสาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทที่สำคัญที่จะสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ประสบความสำเร็จและยั่งยืนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แบ่งเป็นประเด็น ดังนี้

- (1) การสนับสนุนการจัดทำแผนงานพัฒนาด้านการสาธารณสุขของตำบล
 - 1.1 สนับสนุนให้มีแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข
 - 1.2 มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข
 - 1.3 มีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - 1.4 มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการแก้ไขและพัฒนางานสาธารณสุข
 - 1.5 มีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
 - 1.6 มีความสามารถในการเขียนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
 - 1.7 มีการใช้ข้อมูล จปฐ.เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำแผนฯ
 - 1.8 มีส่วนร่วมในการควบคุม/กำกับงานให้เป็นไปตามแผนงาน/โครงการ
 - 1.9 มีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
 - 1.10 ประสานงานระหว่าง อบต. กับสถานีอนามัยหรือหน่วยงานสาธารณสุข
 - 1.11 ประสานงานกับองค์กรภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องเข้ามาวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข
 - 1.12 สนับสนุนและระดมประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหา/พัฒนางานสาธารณสุข
- (2) การสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุข
 - 2.1 สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณให้โครงการสาธารณสุข
 - 2.2 มีส่วนร่วมในการจัดหางบประมาณ มาบริหารจัดการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
 - 2.3 มีส่วนร่วมในการควบคุม/กำกับงบประมาณด้านสาธารณสุข ให้เป็นไปตามแผนงาน/โครงการ
 - 2.4 สนับสนุนการระดมทรัพยากรและงบประมาณในท้องถิ่น มาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข
 - 2.5 บริหารงบประมาณหมวดเงินอุดหนุน หมู่บ้านละ 7,500 บาท ไปใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานตามแนวกิจกรรมที่กำหนดไว้
 - 2.6 สนับสนุนและจัดให้มีกองทุนสาธารณสุขในทุกหมู่บ้าน
 - 2.7 มีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขให้มีความคล่องตัว รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์

(3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโครงการพัฒนาสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบล

- 3.1 สนับสนุนการจัดหาน้ำสะอาดในการบริโภคอุปโภค
- 3.2 มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการทำความสะอาดในชุมชน หรือที่สาธารณะ
- 3.3 สนับสนุนการกำจัดสิ่งปฏิกูล เช่น การกำจัดขยะในครัวเรือน
- 3.4 สนับสนุนการป้องกันแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ
- 3.5 มีส่วนร่วมในการป้องกันและระงับโรคติดต่อ เช่น การใส่ทรายอะเบท การพ่นหมอกควัน การล้างตลาดสด การควบคุมแมลงและสัตว์นำโรค
- 3.6 มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
- 3.7 มีส่วนร่วมในการจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขในตำบล โดยผ่านทางหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน ให้สุខေးศิษารายบุคคล
- 3.8 มีการดำเนินการด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้น
- 3.9 มีการจัดหาที่จำเป็นสำหรับชุมชน
- 3.10 มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา
- 3.11 สนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติภัย
- 3.12 สนับสนุนการจัดอาหารเสริมให้กับเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการ
- 3.13 สนับสนุนการจัดสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเล่นกีฬาเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน
- 3.14 มีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ
- 3.15 สนับสนุนการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้สมุนไพร การแพทย์แผนไทย การนวดไทย การอบสมุนไพร ในชุมชน
- 3.16 มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาเสพติด
- 3.17 การจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หรือการควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
- 3.18 สนับสนุนการจัดสวัสดิการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ด้อยโอกาส และผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ได้รับผลกระทบจาโรคเอดส์ ฯลฯ
- 3.19 สนับสนุนการส่งเสริมเทคโนโลยีในท้องถิ่นที่เหมาะสม และหลากหลายในการพัฒนาสุขภาพ

3.20 มีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

โครงสร้างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ในเชิงเกื้อหนุนการทำงานของระบบสุขภาพในท้องถิ่น ในประเด็นดังนี้

ในการพิจารณาบทบาทภารกิจและการจัดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ จะเห็นได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโครงสร้างของบทบาทหน้าที่ที่เอื้ออำนวยต่อกัน และต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในหลายด้าน ดังต่อไปนี้

(1) อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดไว้ รวมทั้งที่กำลังจะถ่ายโอนได้ครอบคลุมกิจกรรมที่จำเป็นในงานสาธารณสุขมูลฐาน (PHC – Essential Elements) ส่วนใหญ่ไว้แล้ว ได้แก่ การสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการ การเฝ้าระวัง การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม สำหรับส่วนที่ไม่ได้ระบุไว้ชัดเจนในกฎหมาย แต่ในฐานะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้โดยครบถ้วน

(2) ในส่วนของโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งประกอบด้วย สมาชิกสภาองค์กร และคณะกรรมการบริหารองค์กร องค์ประกอบสมาชิกมาจากการเลือกตั้งและเป็นโดยตำแหน่ง คณะบุคคลที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการสาธารณสุขมูลฐานมาแล้ว ส่วนสมาชิกสภาองค์กรที่มาจากการเลือกตั้งจำนวนไม่น้อยเป็นหรือเคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มาก่อน คณะบุคคลเหล่านี้จึงมีความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐานมาแล้วระดับหนึ่ง และมีความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการต่อไป

(3) ด้านการเงินและงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นจึงมีที่มาของรายได้ ได้แก่ รายได้จากการเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ส่วนแบ่งภาษี และเงินอุดหนุนจากรัฐ นอกจากนี้ยังมีรายได้จากทรัพยากรธรรมชาติในเขตพื้นที่การปกครอง อีกด้วย จึงมีศักยภาพด้านการเงินและงบประมาณในการนำไปบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านต่าง ๆ ในเขตรับผิดชอบได้ในระดับหนึ่ง

(4) การประสานความร่วมมือและอำนวยความสะดวก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ประสานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานต่าง ๆ และนักวิชาชีพด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล ประสานประสบการณ์ ประสานความร่วมมือ สามารถจัดกิจกรรมที่หลากหลาย หรือสามารถตัดสินใจเลือกโครงการที่เหมาะสมแก่องค์กรชุมชน มีโอกาสที่จะเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

อย่างแพร่หลายโดยอาศัยสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว สื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ วิทยุชุมชน หรือกระจายข่าวผ่านผู้นำต่าง ๆ

(5) การจัดสวัสดิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโอกาสได้พัฒนากองทุนด้านสุขภาพและจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนจน กลุ่มผู้ประสบปัญหา (ผู้พิการ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์) และ ดูแล/ส่งเสริมเรื่องหลักประกันสุขภาพของประชาชน

(6) การพัฒนากฎระเบียบ/ข้อบังคับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโอกาสผลักดันและพัฒนากฎระเบียบ/ข้อบังคับ ของท้องถิ่นในการส่งเสริมประชาชนเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพ เช่น ด้านสุขภาพเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสวัสดิการ การปกป้องคุ้มครองสุขภาพรวมทั้งสิทธิประโยชน์แก่คนในตำบลได้

(6) การส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการส่งเสริมการพัฒนากลุ่มย่อยในละแวกคุ้ม กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพ หรือกลุ่มผู้สนใจ ฯลฯ เพื่อให้เกิดเครือข่ายเพื่อนบ้านสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือกันเองในชุมชนเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนได้มีการติดต่อสื่อสาร เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพกันเองภายในกลุ่ม และสามารถตอบสนองข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สมาชิก เป็นส่วนช่วยให้ชุมชนประสบความสำเร็จและมีประสบการณ์ในการพัฒนาสุขภาพ

(7) การแสวงหาพันธมิตร โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเข้าไปร่วมประชาคมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมเครือข่ายกิจกรรมกับกลุ่มทางสังคม มีการจัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน/ตำบล ส่งเสริมพหุภาคีเพื่อการพัฒนาสุขภาพหรือพัฒนาความเป็นประชาคมสุขภาพตำบล ขยายความร่วมมือกับท้องถิ่นอื่น ส่งเสริมให้สมาชิกในตำบลเข้าร่วมกับกลุ่มองค์กรต่าง ๆ นอกชุมชนเพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นมีพลังมากขึ้น เกิดความเคลื่อนไหวทางสังคม และส่งผลต่อการสนับสนุนเชิงนโยบาย สนับสนุนทรัพยากร และเชื่อมต่อบริการสาธารณสุขของตำบลได้

ในความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีปัจจัยเกื้อหนุน/แรงจูงใจที่ทำให้เข้าไปมีบทบาทในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

- ต้องการช่วยเหลือการพัฒนาหมู่บ้าน เนื่องจากเห็นว่าหมู่บ้านยังไม่เจริญก้าวหน้าเท่าที่ควร
- เคยทำงานกับชาวบ้านในชุมชนเสมอได้เรียนรู้สภาพปัญหาต่าง ๆ จึงพอทราบปัญหาความต้องการของชุมชน
- เชื่อว่าตนเป็นคนกว้างขวางชาวบ้านรู้จักตนดี ชาวบ้านมาปรึกษาและขอความช่วยเหลือบ่อย ๆ

- ต้องการพิสูจน์ความศรัทธาของชาวบ้าน
- เป็นตัวแทนของหมู่บ้านในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นประจำ
- ต้องการดึงงบประมาณเข้าหมู่บ้าน
- คิดว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถ อยากใช้ความรู้ และประสบการณ์ให้เกิดประโยชน์
- มีความเสียสละ มีเวลา สามารถบริหารเวลาได้
- การมีฐานะและตำแหน่งทางสังคม เช่น เป็นกรรมการหรือสมาชิกของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านอยู่แล้ว
- ผู้นำท้องถิ่นให้การสนับสนุน ส่งเสริมการทำงานและการตัดสินใจ
- มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่ม องค์กรต่าง ๆ ในหมู่บ้าน
- ครอบครัว / สังคม / เพื่อน ให้การสนับสนุน
- การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากแหล่งอื่น ๆ ทั้งในและนอกหมู่บ้าน

โครงสร้างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสัมพันธ์ในเชิงขัดขวางการทำงานของระบบสุขภาพในท้องถิ่น ในประเด็นดังนี้

- (1) ความรู้ความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าที่เป็นปัญหามีดังนี้ สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนไม่ค่อยมีความรู้และประสบการณ์ เห็นได้จากการการที่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภา อบต.ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีความรู้ความเข้าใจในระบบ ระเบียบ ข้อบังคับ และไม่ค่อยรู้เรื่องการทำงานในบทบาทหน้าที่ และแม้จะมีประสบการณ์หรือมีความรู้อย่างไม่เป็นทางการ แต่ในบางครั้งก็มีปัญหาเรื่องการรับรู้ การทำความเข้าใจ และการนำวิชาความรู้สมัยใหม่ต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้
- (2) การพัฒนาศักยภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพเท่าที่ควร เช่น การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือแม้กระทั่งบุคลากรในส่วนสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ซึ่งถือว่ายังด้อยศักยภาพในการปรับตัว
- (3) ทรัพยากรหรือทุนทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่นำเอาทรัพยากร โดยเฉพาะความรู้ความสามารถของผู้รู้ในท้องถิ่น และภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่
- (4) การเมืองในระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วนถูกครอบงำจากนักการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลในท้องถิ่นและระดับชาติ มีผู้นำท้องถิ่นจำนวนไม่น้อยที่แสวงหาประโยชน์ส่วนตัว ผูกขาดความคิดเห็น

และการตัดสินใจ พร้อมกับสร้างอิทธิพล การกระทำเช่นนี้ ผลประโยชน์แทนที่จะตกแก่ประชาชนส่วนรวม กลับไปตกอยู่กับผู้นำหรือโครงการพัฒนาต่างๆ จะเกิดผลไม่ทางตรงก็ทางอ้อมแก่กลุ่มผลประโยชน์ หรือพวกพ้องมากกว่าประชาชน

(5) การจัดการงบประมาณ พบว่ามีปัญหามีดังนี้ งบประมาณล่าช้า มีน้อย ขาดแคลน ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การจัดสรรยังไม่เป็นธรรมเท่าที่ควร ผลงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นที่ยอมรับในเชิงประจักษ์ประชาชนส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญที่ผลงานการของงบประมาณ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางคนเห็นโอกาส/ช่องทางที่จะดึงงบประมาณมาลงในชุมชนของตนเองมากขึ้น ซึ่งก็เป็นผลทำให้ได้รับผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนที่มากขึ้น เช่น งบประมาณในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแทนที่จะเป็นภาระงานที่เน้นให้ชาวบ้านรู้จักการป้องกันโดยใช้ภูมิปัญญาในการพึ่งตนเอง (เน้นวิถีทาง ชีวภาพ ปล่อยปลาหางนกยูง คว่ำกะโหลกกะลา) แต่งบประมาณที่เห็นเด่นชัดจากการทำแผนของงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลาย ๆ แห่ง เน้นหนักในเรื่อง ค่าใช้สอย (ค่าตอบแทนคนพ่นหมอกควัน ค่าอาหารคนพ่นหมอกควัน) ค่าเวชภัณฑ์ในการพ่นหมอกควัน (น้ำมัน น้ำยาเคมี) ครุภัณฑ์ในการพ่นหมอกควัน (เครื่องพ่นหมอกควันต้องมีทุกตำบล) เป็นต้น

(6) การจัดโครงสร้างขององค์กร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่เข้าใจบทบาทตนเองเท่าที่ควร อำนาจการตัดสินใจของฝ่ายสภาดีกว่าฝ่ายบริหาร นอกจากนี้ยังขาดแคลนหนังสือและระเบียบที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดความคล่องตัวและไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

(7) ระบบงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญในงานที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐานหรือสาธารณูปโภคมากกว่าเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งอาจเกิดจากบริหารจัดการขององค์กรเอง หรืออาจเพราะผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตยังไม่มีความสัมพันธ์และไม่มีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่ควร

(8) ระบบราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของกรมการปกครองได้พยายามให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานของทางราชการยังพยายามเข้ามาควบคุม ดูแลในหลายเรื่อง เช่น เรื่องงบประมาณ การแต่งตั้งที่ปรึกษา การขึ้นทูลในด้านความคิดและการกระทำ พร้อมทั้งปลูกฝังกฎเกณฑ์และระเบียบวิธีปฏิบัติต่าง ๆ ของทางราชการ ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปอยู่ในแวดวงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ทำให้นานี้กอยู่เสมอว่าเป็นตัวแทนของราชการไม่ใช่ประชาชน จึงขาดความเป็นอิสระ การต่อสู้หรือเรียกร้องผลประโยชน์ของประชากรส่วนใหญ่จึงลดน้อยลง

(9) การประสานความร่วมมือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือประชาชนส่วนใหญ่ยังให้ความร่วมมือ สนับสนุน ช่วยเหลือแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มากนัก ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่เข้าใจว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย และยังไม่มีระเบียบชัดเจนในการเข้าไปประสาน ส่งเสริม หรือสนับสนุน หรือถึงแม้จะเห็นความสำคัญแต่ถ้ายังไม่ได้รับคำสั่งให้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานต่าง ๆ แล้ว ความร่วมมือกันก็จะยังไม่เกิดขึ้น

(10) การประชาสัมพันธ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง อีกทั้งขาดการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือประชาชนทั่วไปไม่อาจรับรู้ข้อมูลข่าวสารและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เข้ามามีส่วนร่วมน้อย

(11) การดำเนินกิจกรรมสุขภาพ เช่น เรื่องสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการสร้างกระแสให้เกิดการตื่นตัว เช่น มีกิจกรรมการเดินแอโรบิกกระจายลงสู่ชุมชนเกือบทุกแห่งเหมือนกันหมด สนับสนุนเครื่องเสียงประกอบการเดิน สนับสนุนชุดแต่งกายที่ตึงเหมือนกัน โดยมีผู้นำเป็นผู้ริเริ่ม ไม่ได้เริ่มมาจากปัญหาของชุมชน หรือไม่ได้เริ่มจากรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มและพื้นที่ การดำเนินกิจกรรมเป็นไปในลักษณะสร้างกระแสมากกว่าความยั่งยืน บางครั้งเพียงแค่เปลี่ยนวาระคณะกรรมการนโยบายต่าง ๆ ก็ต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

(12) ระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ทับซ้อนกันอยู่ระหว่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดตั้งสถานบริการขึ้นเองซึ่งเป็นบริการเบื้องต้นแบบให้เปล่าหรือเก็บค่าบริการถูกลงกว่าของกระทรวงสาธารณสุขแต่มีการจ้างแพทย์/พยาบาลมาคอยให้บริการ เพื่อเป็นการแข่งขันกับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทับซ้อนกับบริการสุขภาพของเดิมที่มีอยู่แล้ว อาจทำให้บทบาทในการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนามาให้สามารถคัดกรองโรค ควบคุมและป้องกันโรค ให้บริการปฐมภูมิ ดูแลสุขภาพตนเองได้ในระดับหนึ่งแล้ว เมื่อมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาคอยให้บริการทำให้บทบาทนี้ชะงักไปได้

(13) จิตสำนึก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางคนไม่ได้เสียสละเพื่อส่วนรวมมากเท่าที่ควร ไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ และมุ่งหวังผลประโยชน์ส่วนตน ขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางคนก็อาจใช้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นโอกาสพาตัวเองเข้าสู่กลไกทางการเมืองท้องถิ่น ซึ่งมีอยู่จำนวนไม่น้อยที่อาศัยผลงานด้านสาธารณสุขนำตัวเองเข้าไปสู่กลไกทางการเมือง การทำงานเป็นไปเพียงเพื่อต้องการฐานเสียงและผลประโยชน์ทางการเมืองเท่านั้น

ข้อเสนอในการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- (1) รัฐควรสนับสนุนงบประมาณในการยกระดับคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในท้องถิ่น โดยเน้นเรื่องคุณภาพชีวิต การให้การศึกษา การพัฒนาสุขภาพ เพื่อการพึ่งตนเองเป็นหลัก
- (2) ไม่ควรพึ่งงบประมาณจากทางราชการเพียงอย่างเดียว แต่ควรพึ่งตนเองจากทุนที่มีอยู่ในชุมชน ตลอดจนระดมทุนและความช่วยเหลือจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- (3) พัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการฝึกอบรมสัมมนาเท่าที่จำเป็น จัดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนหรือท้องถิ่นอื่น ๆ เพื่อให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง และควรนำเอาความรู้ความสามารถของคนในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ด้วย
- (4) การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในเนื้อหาเกี่ยวกับด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น เป็นการซึมซับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปพร้อม ๆ กับการมีส่วนร่วม ซึ่งก็จะมีผลในทางบวกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ เช่นกัน และจะทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติว่าเป็นไปตามหลักการที่กำหนดไว้ในแนวทางของการมีส่วนร่วมทางการเมืองในรูปการปกครองส่วนท้องถิ่นของประชาชน
- (5) สำหรับปัญหาการครอบงำหรืออิทธิพลในท้องถิ่นนั้นควรแก้ไขโดยให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการตัดสินใจในเรื่องแผนหรือโครงการต่าง ๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น และที่สำคัญต้องส่งเสริมการพัฒนาประชาคมตำบลให้เข้มแข็ง
- (6) ส่งเสริมความร่วมมือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มพลังทางสังคมต่างอย่างเหมาะสม เช่น คณะทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านต่าง ๆ ประชาคม เครือข่ายสมัชชาต่าง ๆ

รายงานผลการศึกษา



เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง
ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ปี ๒๕๔๙

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทนำ

วัตถุประสงค์	1
คำนิยามปฏิบัติการ	1
ระเบียบวิธีวิจัย	1
กรอบแนวคิดการศึกษา	2
พื้นที่เป้าหมายในการเก็บแบบสอบถาม	2
ขนาดและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	3
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	3
เครื่องมือการวิจัย	4

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ	5
2. การประเมินศักยภาพของ อสม.	10
3. วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ ชมรม อสม.ระดับจังหวัด	24
4. วิเคราะห์ระบบสวัสดิการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.	42
5. ประเมินคุณค่าของ อสม.ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน	45
6. ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.	50
7. อภิปรายผลข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา อสม.	52

ภาคผนวก

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา	58
ภาคผนวกที่ 1 สรุปข้อมูลแบบสอบถามประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด	62
ภาคผนวกที่ 2 ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อสม. “การประเมินศักยภาพของ อสม.”	76
ภาคผนวกที่ 3 ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อบต. และผู้นำ ชุมชน “การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”	100
ภาคผนวกที่ 4 ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานี อนามัยตำบล “การประเมินศักยภาพของ อสม. กับยุทธศาสตร์ การพัฒนา”	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงสัดส่วนอสม.ชาย 1 คนต่ออสม.หญิง จำแนกตามปี พ.ศ. 2536 – 2549	6
2	แสดงจำนวนและร้อยละ ของอสม. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	6
3	แสดงอายุเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	7
4	แสดงค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเป็น อสม.และค่า S.D.จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	8
5	แสดง จำนวน ร้อยละ อายุเฉลี่ย และค่า S.D. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	9
6	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่จังหวัด และอำเภอที่ศึกษา จังหวัดละ 2 อำเภอ (n=412)	10
7	แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้พื้นฐานของ อสม. จำนวน 12 ข้อ เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย	12
8	ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค	13
9	แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรค และการรักษาพยาบาล ในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย	13
10	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล	14
11	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้โดยรวม 20 คะแนน จำแนกตามระดับความรู้	14
12	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการใช้อุปกรณ์ใน ศสมช. เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย	16
13	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการใช้คู่มือ และหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./อสม.	17
14	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง อสม.ในด้านความสามารถหรือทักษะในการทำงาน เรียงจากมากไปหาน้อย	18

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ในการทำหน้าที่ตามบทบาทงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และเนื้อหาที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ เรียงจากมากไปหาน้อย	19
16	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	20
17	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ต่อวิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่	21
18	ร้อยละบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง อสม.	22
19	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ต่อบทบาททางสังคมที่ อสม.คิดว่าเป็นบทบาทของ อสม.	23
20	ความคิดเห็นต่อนโยบายในแต่ละช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของอสม. (n=46)	29
21	จำนวนและร้อยละของอสม. จำแนกตามรูปแบบการคัดเลือก อสม. (n=412)	31
22	จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. (n=90)	31
23	ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้ อสม. ในเรื่องใดบ้าง	32
24	แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=412)	33
25	จำแนกตามความคิดเห็นต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=90)	33
26	จำแนกตามวิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=46)	34
27	กิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (n=44)	40
28	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของ อสม	40
29	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ	41
30	ร้อยละระดับความพอใจของผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.	42
31	จำนวนและร้อยละการรับทราบระบบสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.	42
32	จำนวนและร้อยละการได้รับสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.	43
33	ความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=88)	45

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
34	ร้อยละของระดับบทบาทในการทำงานของอสม. ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน	46
35	ร้อยละของระดับความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ของ อสม.	47
36	ร้อยละของระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชนของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน	48
37	จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อความเหมาะสมของกลไก อสม. ในการพัฒนาสุขภาพด้านสุขภาพในชุมชน	48
38	แสดงร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=412)	50
39	ร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. (n=46)	51

สารบัญแนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

4

สารบัญกราฟ

ภาพที่

หน้า

1	แสดงสัดส่วนจำนวน อสม.ชาย 1 คน ต่อ จำนวน อสม.หญิง จำแนกตาม ปี พ.ศ. 2536 – 2549	6
---	--	---

รายงานผลการศึกษา เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข
(อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง

คณะนักวิจัย ประกอบด้วย

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. นางสาวแสงเทียน อัจฉิมามกุล | ภาควิชาบริหารการประมง คณะประมง
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 2. นางสุจินดา สุขกำเนิด | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น |
| 3. นางสาวศิรินทร์ภรณ์ อัจฉิมามกุล | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 4. นางกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ
จังหวัดนครสวรรค์ |

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับ
ยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินงานโครงการ โดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนการวิจัย โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานผลการศึกษา

เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง

ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการวิจัย โดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทนำ

การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ที่มีแนวทางการศึกษาดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ : เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในเรื่อง

1. ประเมินศักยภาพของอสม. ในชุมชน ได้แก่ ความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทของ อสม. กระบวนการทำงาน วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา
2. วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมอสม. ระดับจังหวัด
3. ทบทวนระบบสวัสดิการ ขวัญและกำลังใจที่เหมาะสมและยั่งยืนให้กับ อสม.
4. ประเมินคุณค่าของอสม. ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน
5. ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.

คำนิยามปฏิบัติการ

ศักยภาพ หมายถึง พลัง หรือความสามารถที่แฝงอยู่ และสามารถที่จะทำให้ปรากฏได้ตามกรอบงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กับ กรอบงานทางสังคมและสุขภาพใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลง โดยเน้นการวิเคราะห์ศักยภาพใน 6 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทของอสม. กระบวนการทำงาน วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ฐานข้อมูล จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ

1. ข้อมูลทุติยภูมิ

โดยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนประวัติของอสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2549 จำนวน 76 จังหวัด จำนวน อสม. 791,383 คน

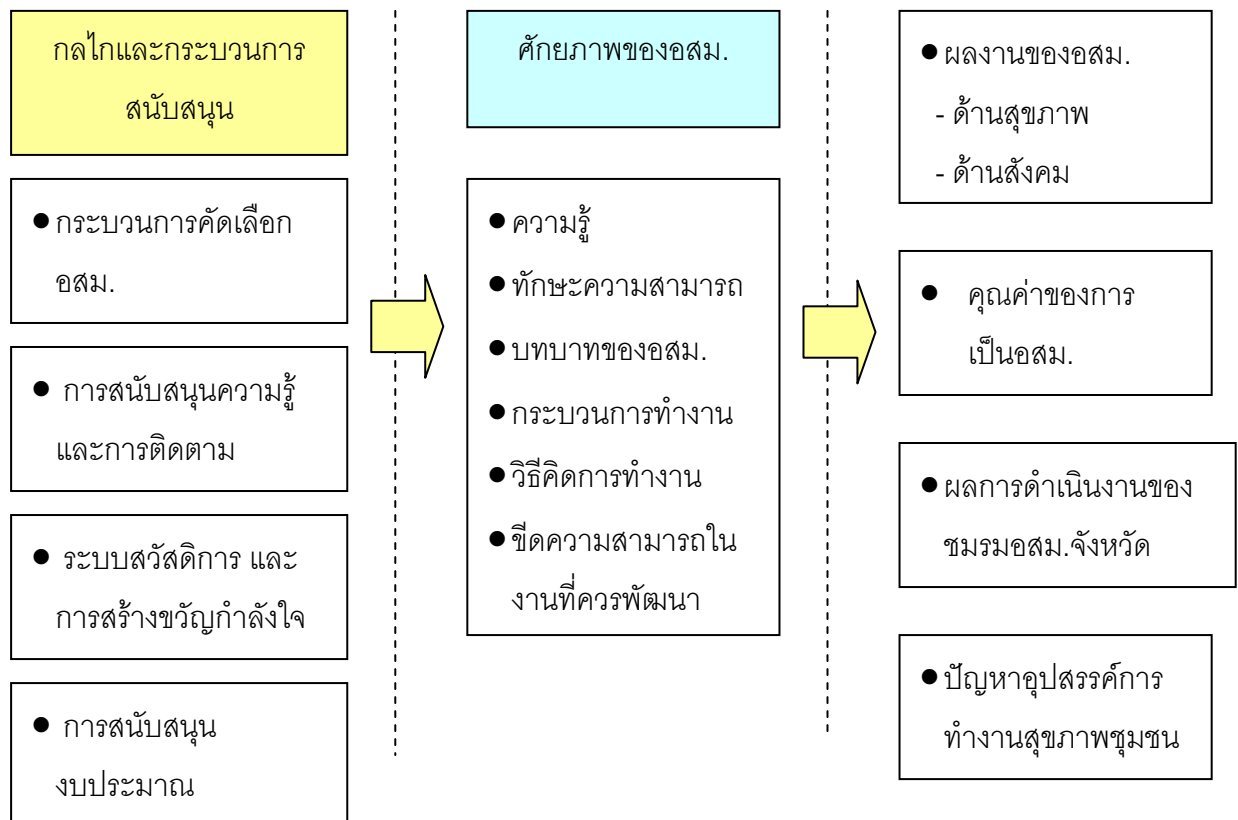
2. ข้อมูลปฐมภูมิ จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มในหมู่บ้าน และการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ รายละเอียดมีดังนี้

- แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชน (กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกอบต. หรือ ประธานสภาอบต. หรือ สมาชิกอบต.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ตามสภาพภูมิศาสตร์ของแต่ละภาค จำนวน 11 จังหวัด

- แบบสอบถาม โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กลุ่มเป้าหมาย คือ ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด จำนวน 75 จังหวัด

กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบการประเมินศักยภาพอสม. / กลไกและกระบวนการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน / ระบบสวัสดิการและการสร้างขวัญกำลังใจที่เหมาะสม / ผลการดำเนินงานของอสม.และชมรม อสม. ระดับจังหวัด / การให้คุณค่าการเป็นอสม. / ปัญหาอุปสรรคการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาอสม. ในแผนพัฒนาฉบับที่ 10



พื้นที่เป้าหมายในการเก็บแบบสอบถาม

กำหนดการสุ่มตัวอย่างโดยการจัดกลุ่ม Cluster sampling แบ่งเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำแนกภาคละ 3 กลุ่ม ยกเว้นภาคเหนือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม วิธีการคัดเลือกจังหวัดโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ดังนี้

1. ภาคเหนือ : ภาคเหนือตอนบน (ลำปาง) และภาคเหนือตอนล่าง (นครสวรรค์)
2. ภาคกลาง : ภาคกลางตะวันออก (กาญจนบุรี) ภาคกลางตะวันตก (ระยอง) และภาคกลางตอนกลาง (นนทบุรี)
3. ภาคอีสาน : ภาคอีสานตอนบน (ขอนแก่น) ภาคอีสานตอนกลาง (ยโสธร) และภาคอีสานตอนล่าง (สุรินทร์)
4. ภาคใต้ แบ่งเป็น ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย (นครศรีธรรมราช) ภาคใต้ฝั่งอันดามัน (กระบี่) และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี)

ขนาดและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละกลุ่ม มีดังนี้

- 1) กลุ่ม อสม. จำนวนตัวอย่าง คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

ผลการคำนวณ ฐานประชากรของอสม.ทั้งประเทศ จำนวน 800,000 คน สามารถกำหนดจำนวนตัวอย่างในการเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด คือ 399.8 คน นั่นคือ อสม. 400 คน ที่ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ (0.05)

โดยกำหนดให้อสม.มาจากเขตชนบท และ เขตเทศบาล โดยมีจำนวนแต่ละเขตดังนี้

- อสม. เขตเทศบาล จำนวนอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป
- อสม. เขตชนบท ประมาณจำนวน 370 คน

และกำหนดให้ข้อมูลแต่ละหมู่บ้าน / ชุมชน เป็น ประธานอสม.ของหมู่บ้าน / ชุมชน 1 คน

- 2) กลุ่ม อบต. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 1 คน โดยมีตำแหน่งเป็น ประธานสภา อบต. หรือนายกอบต. หรือสมาชิกอบต. รวมจำนวนตัวอย่าง 44 คน

- 3) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 1 คน โดยมีตำแหน่งเป็น กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน รวมจำนวนตัวอย่าง 44 คน

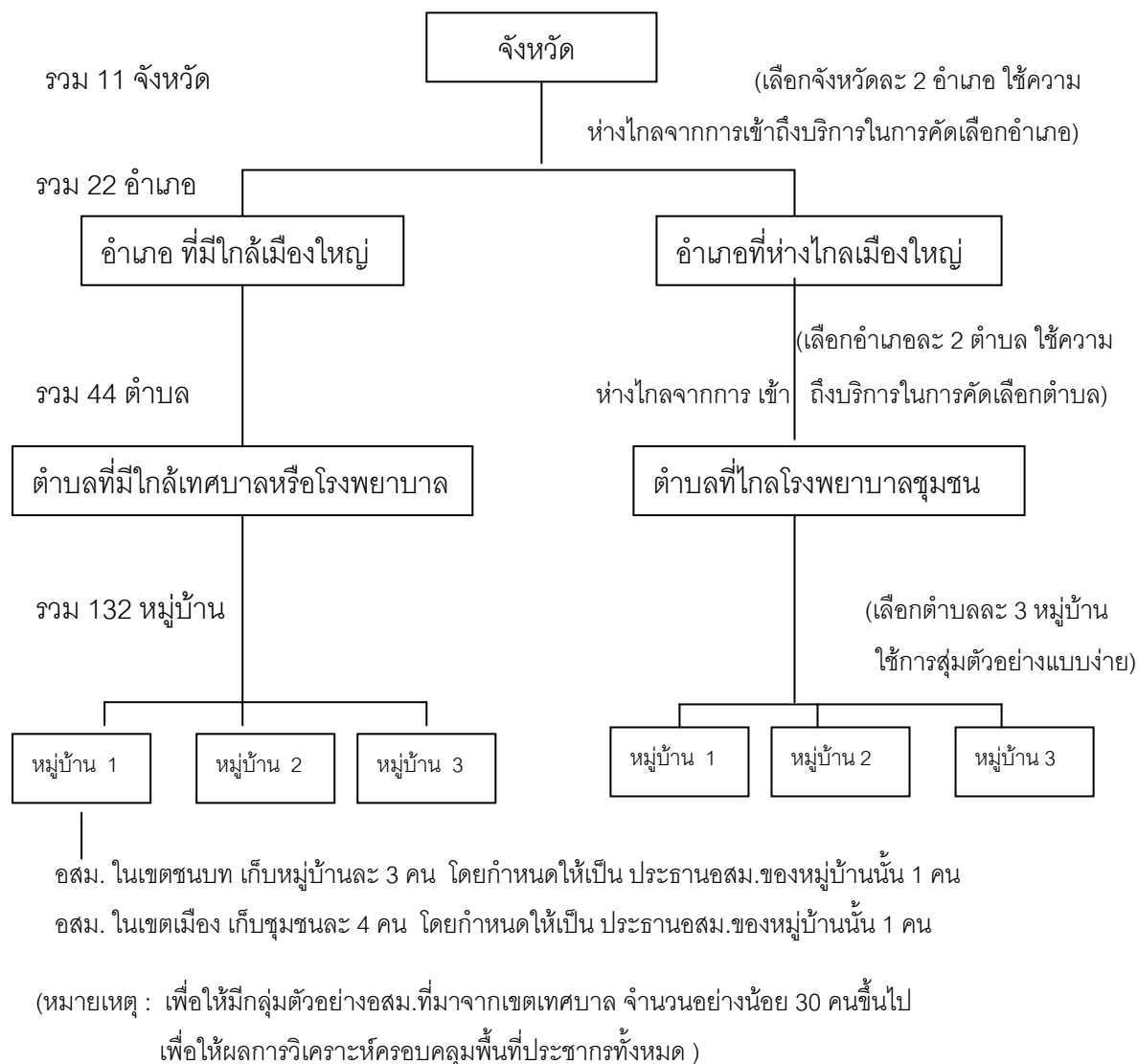
- 4) กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 1 คน รวมจำนวนตัวอย่าง 44 คน

- 5) กลุ่มประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด กำหนดเก็บแบบสอบถามคืนจากประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด อย่างน้อยจำนวน 30 คนขึ้นไป

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอ โดยใช้หลักเกณฑ์ระยะทางใกล้-ไกลของพื้นที่ ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวม 22 อำเภอ เลือกอำเภอละ 2 ตำบล โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน รวม 44 ตำบล การคัดเลือกหมู่บ้าน ตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายรวม 132 หมู่บ้าน รายละเอียดดังภาพแผนภูมิ ที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ได้แก่

- ชุดที่ 1 : แบบสัมภาษณ์ อสม. “การประเมินศักยภาพ อสม.”
- ชุดที่ 2 : แบบสัมภาษณ์ อบต. และ ผู้นำชุมชน
“การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”
- ชุดที่ 3 : แบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล
“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”
- ชุดที่ 4 : แบบสอบถาม ประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด
“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ

1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ
2. การประเมินศักยภาพของ อสม.
3. กลไกและการสนับสนุนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน อบต. และ ชมรม อสม. ระดับจังหวัด
4. วิเคราะห์ระบบสวัสดิการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.
5. ประเมินคุณค่าของอสม. ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน
6. ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.
7. อภิปรายผลข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา อสม.

1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

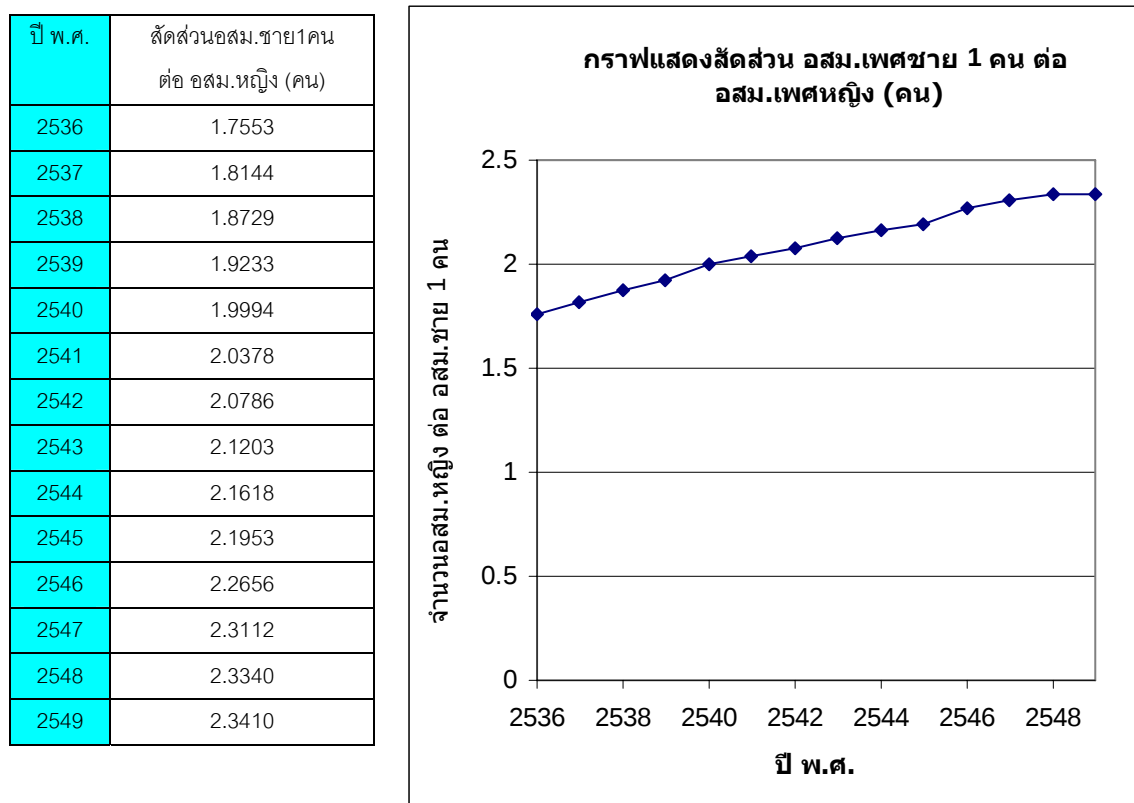
จากฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ณ วันที่ 30 เมษายน 2549 จำนวน อสม. ทั้งหมด 791,383 คน พบว่า

1.1 การวิเคราะห์แนวโน้มสัดส่วนอสม.เพศชายต่ออสม.เพศหญิง

เมื่อจำแนกเพศของอสม. จากข้อมูลทะเบียนประวัติอสม. พบว่า เป็นเพศชาย 236,833 คน (29.93 %) และเพศหญิง 551,299 คน (69.66 %) ไม่ระบุเพศ จำนวน 3,251 คน (0.41 %)

วิเคราะห์แนวโน้มสัดส่วนอสม.เพศชายต่ออสม.เพศหญิง พบว่า เพศชายมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี โดยช่วง 10 ปีย้อนหลังของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนใหญ่ อสม.เพศชายจะน้อยกว่าเพศหญิง ประมาณ 0.5 นั่นคือ สัดส่วนอสม.เพศชาย 1 คน ต่อเพศหญิง 1.5 คน แต่หลังจากปี 2541 เป็นต้นไป สัดส่วนอสม.เพศชายเริ่มลดลงจนถึงปี 2549 สัดส่วนอสม.เพศชาย ต่อ อสม.เพศหญิง เป็น 1 : 2.33 นั่นคือ แนวโน้มการเป็นอสม.ในทศวรรษหน้า อสม.จะเป็นเพศหญิงมากขึ้น รายละเอียดตามตารางที่ 1 และกราฟที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนอสม.ชาย 1 คนต่ออสม.หญิง จำแนกตามปีพ.ศ. 2536 – 2549



ภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนจำนวนอสม.ชาย 1 คน ต่อ จำนวน อสม.หญิง จำแนกตามปีพ.ศ. 2536 – 2549

นอกจากนี้ พบว่า ภาคใต้มีสัดส่วน อสม.เพศหญิง ต่อ อสม.เพศชาย มากกว่าภาคอื่น คือ อสม. 100 คน มี อสม.เพศหญิงถึงประมาณ 75 คน ในขณะที่ภาคเหนือ มีสัดส่วน อสม. เพศหญิง ต่อ อสม. เพศชาย น้อยกว่าภาคอื่นคือ อสม. 100 คน มี อสม. เพศหญิงประมาณ 67 คน รายละเอียดตาม ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ของอสม. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

	ภาคเหนือ (N=166,669)		ภาคกลาง (N=118,702)		ภาค ตอ. น. (N=264,832)		ภาคใต้ (N=95,032)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวน (ร้อยละ อสม. แต่ละภาค	53,599 (32.16)	113,070 (67.84)	33,010 (27.81)	85,692 (72.19)	79,443 (30.00)	185,389 (70.00)	23,467 (24.69)	71,565 (75.31)

1.2 การวิเคราะห์แนวโน้ม อายุเฉลี่ยการเป็นอสม.

อายุเฉลี่ยของอสม. พบว่า อายุเฉลี่ยของอสม.ของประเทศ (N= 648,230 คน) เท่ากับ 43.68 ปี (S.D.=9.90 ปี) อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี จำแนกตามภูมิภาคพบว่า อสม.ภาคกลาง จะมีอายุเฉลี่ยมากที่สุด คือ 46.65 ปี (S.D.=10.69 ปี) และภาคใต้ อสม.จะมีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 42.37 ปี (S.D.=9.92 ปี) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอายุเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

	ภาคเหนือ (N=166,669) (อายุเฉลี่ย =43.43) (S.D. =9.46)		ภาคกลาง (N=118,702) (อายุเฉลี่ย =46.68) (S.D. =10.67)		ภาค ตอ. น. (N=264,832) (อายุเฉลี่ย =42.94) (S.D. =9.52)		ภาคใต้ (N=95,032) (อายุเฉลี่ย = 42.37) (S.D.=9.92)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
อายุเฉลี่ย	45.49	42.45	48.80	45.86	46.91	41.24	44.69	41.60
ค่า SD	10.32	8.86	11.51	10.22	10.10	8.73	10.39	9.64

1.3 การวิเคราะห์ช่วงระยะเวลาของการเป็นอสม.

เมื่อวิเคราะห์จำนวนปีที่ เป็น อสม. พบว่าจำนวนปีสูงสุดที่เป็น อสม. คือ 27 ปี (เริ่มเข้าเป็น ผสส.อสม. ตั้งแต่ปี 2522) ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 8.29 ปี (SD = 6.20 ปี) จำแนกตามช่วงระยะเวลาการเป็น อสม. ได้ดังนี้

- 1 - 5 ปี จำนวน 292,598 คน (36.97 %)
- 6 -10 ปี จำนวน 160,706 คน (20.31 %)
- 11-15 ปี จำนวน 134,743 คน (17.03 %)
- 16-20 ปี จำนวน 44,594 คน (5.63 %)
- มากกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40,321 คน (5.10 %)
- ไม่ระบุข้อมูล จำนวน 118,421 คน (14.96 %)

ระยะเวลาการเป็น อสม. ของ อสม.เพศชายของประเทศ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 9.25 ปี (S.D. = 6.87 ปี) ในขณะที่อสม.เพศหญิงของประเทศ มีระยะเวลาเฉลี่ย 7.88 ปี (S.D. =5.85 ปี)

- ภาคใต้ อสม. เพศชาย มีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 10.04 ปี (S.D.=6.74 ปี) และภาคเหนือ อสม. เพศหญิง มีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 8.45 ปี (S.D. =5.99 ปี)
- ภาคเหนือ อสม. จะมีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 8.85 ปี (S.D. = 6.30 ปี) สำหรับภาคอื่นๆ มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ รองลงมา คือ ภาคใต้ ภาคกลาง และสุดท้าย คือ ภาคอีสาน มีระยะเวลาเฉลี่ย 8.64 ปี , 8.21 ปี และ 7.87 ปี ตามลำดับ
- ระยะเวลาเฉลี่ย ของการเป็น อสม. ของประเทศ คือ 8.138 ปี ภาคที่มีอสม.ที่มีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็น อสม. นานกว่าภาคอื่นๆ คือ ภาคเหนือ มีระยะเวลาเฉลี่ย 8.682 ปี รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคอีสาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย คือ 8.576 ปี, 8.124 ปี และ 7.668 ปี ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเป็น อสม.และค่า S.D. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

	ภาคเหนือ (N= 165,303) ($\bar{X}$ = 8.85) (S.D. = 6.30)		ภาคกลาง (N= 132,974) ($\bar{X}$ = 8.21) (S.D. = 6.29)		ภาคต (N= 279,169) ($\bar{X}$ = 7.87) (S.D. = 6.05)		ภาคใต้ (N= 92,458) ($\bar{X}$ = 8.64) (S.D. = 6.23)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ค่าเฉลี่ยระยะเวลา การเป็น อสม.	9.70	8.45	9.18	7.82	8.78	7.48	10.04	8.19
ค่า S.D.	6.84	5.99	6.84	6.02	6.90	5.61	6.74	5.98

(หมายเหตุ $\bar{X}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการ เป็น อสม.)

1.4 การวิเคราะห์ลักษณะประชากรของกลุ่มอสม. ใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกกลุ่มอสม.ใหม่ คือ ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอสม. และทำงานในช่วงระยะเวลาเพียง 5 ปี พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 292,598 คน คิดเป็นร้อยละ 36.97 ของ อสม.ทั้งหมดของประเทศ

- จำแนกเป็นเพศชาย 78,509 คน (26.83 %) เพศหญิง 212,890 คน (72.76%) และไม่ระบุเพศ 1,199 คน (0.41%)
- อายุเฉลี่ย 40.61 ปี (S.D. = 9.435) อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 69 ปี

- อสม. ใหม่ เพศชาย จะมีอายุเฉลี่ยมากกว่า อสม.ใหม่เพศหญิง คือ เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 42.56 ปี (S.D. = 10.02 ปี) เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 39.90 ปี (S.D. =9.11 ปี) จำแนกตามภูมิภาค พบว่าอายุเฉลี่ยของ อสม.ใหม่ ในภาคใต้ น้อยที่สุด คือ 38.30 ปี (S.D.=8.99 ปี) และภาคกลาง อสม. ใหม่ มีอายุเฉลี่ยมากที่สุด คือ 43.83 ปี (S.D.=10.23 ปี)
- จำแนกตามเพศและภูมิภาค พบว่า ภาคใต้ มีอสม.ใหม่เป็นเพศหญิงมากกว่าภาคอื่น ถึงร้อยละ 80 ในขณะที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ มีอสม. ใหม่เพศหญิง เพียงร้อยละ 74.92, 71.71 และ 71.03 ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 5

ตารางที่ 5 แสดง จำนวน ร้อยละ อายุเฉลี่ย และค่า S.D. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

ประเทศ	ภาคเหนือ (N= 60,274) ($\bar{X}$ =40.29) (S.D. =9.33)		ภาคกลาง (N=50,143) ($\bar{X}$ = 43.83) (S.D. =10.23)		ภาค ตอ. น. (N=124,003) ($\bar{X}$ = 40.12) (S.D. =8.95)		ภาคใต้ (N=35,593) ($\bar{X}$ =38.30) (S.D. = 8.99)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวน	17,459	42,815	12,574	37,569	35,085	88,918	7,091	28,502
ร้อยละ	28.97	71.03	25.08	74.92	28.29	71.71	19.92	80.08
อายุเฉลี่ย	41.11	39.96	44.70	43.53	43.13	38.94	39.47	38.01
ค่า SD	10.05	8.99	10.82	9.99	9.59	8.39	9.33	8.87

(หมายเหตุ ($\bar{X}$ หมายถึง อายุเฉลี่ยของอสม.)

สรุป แนวโน้มของ อสม.ในภาพรวม พบว่า เพศหญิงจะถูกคัดเลือกเป็น อสม.ใหม่ มากกว่าเพศชาย ในสัดส่วน อสม.เพศชาย 1 คน ต่อ อสม. เพศหญิง 2.33 คน จำนวนอสม.ที่มีการปรับเปลี่ยนคนใหม่ ในระยะ 5 ปี ถึงร้อยละ 36.97 ของ อสม. ทั้งหมดของประเทศ โดยอายุเฉลี่ยของ อสม.ใหม่ = 40.61 ปี (SD = 9.43 ปี) และทุกภาคจะมี อสม. ใหม่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยภาคใต้จะมีจำนวน อสม. ใหม่ที่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 80.08 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 74.92 , 71.71 และ 71.03 ตามลำดับ

2. การประเมินศักยภาพ อสม.

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

■ พื้นที่การศึกษา ในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ.2549
จำนวน 11 จังหวัด เก็บข้อมูล อสม. จำนวน 412 คน จำแนกตามพื้นที่ศึกษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่จังหวัด และอำเภอที่ศึกษา จังหวัดละ 2 อำเภอ (n=412)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
ภาคเหนือ		
ลำปางเกาะคา (18) งาว (18)	36	8.7
นครสวรรค์ : เมือง (19) พิจิตร (18)	37	9.0
ภาคกลาง		
นนทบุรี: เมือง (18) และปากเกร็ด (19)	37	9.0
กาญจนบุรี: เมือง (18) ทองผาภูมิ (18)	36	8.7
ระยอง: เมือง (20) วังจันทร์ (19)	39	9.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
ขอนแก่น: บ้านแฮด (20) สีชมพู (20)	40	9.7
สุรินทร์: เมือง (19) บัวเชด (18)	37	9.0
ยโสธร: เมือง (12) ป่าติ้ว (12)	24	5.8
ภาคใต้		
นครศรีธรรมราช: เมือง (19) บางขัน (24)	43	10.4
กระบี่: เมือง (20) เกาะลันตา (3) คลองท่อม (2)	44	10.7
เหนือคลอง (1) ลำทับ (18)		
ปัตตานี: เมือง (21) พุน้อย (18)	39	9.5
รวม	412	100.0

- จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย 79 คน (19.2 %) เพศหญิง 333 คน (80.8 %)
- อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8 ปี ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 75 ปี
- สถานภาพสมรส : สมรส (อยู่ร่วมกัน) มากที่สุด จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมา โสด (11.4 %), หม้าย/ร้าง (6.1 %), สมรส (แยกกันอยู่) (2.7 %) และ หย่า (1.7 %) ตามลำดับ

- อสม.ในกลุ่มตัวอย่าง ยังมีภาวะที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน ถึงร้อยละ 61.4 โดยมีบุตรที่ต้องเลี้ยงดูจำนวน 2 คน (38.7 %) รองลงมา มีบุตรจำนวน 1 คน (36.8 %) นั่นคือ มีบุตรต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน ค่ามัธยฐาน 2 คน
- อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ รับจ้าง (25.4 %) ค้าขาย (14.6 %) ตามลำดับ
- ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น (19.2 %) มัธยมศึกษาตอนปลาย (17.2 %) ปวช./ปวส. (7.3 %) ไม่ได้เรียน (1.7 %) และ ปริญญาตรี (1.0%) ตามลำดับ
- อสม.ส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาต่อ ถึงร้อยละ 86.9 มีศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย ร้อยละ 5.7 และสายอาชีพ ร้อยละ 4.8
- ระยะเวลาการเป็นอสม. ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 27 ปี เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นอสม. 9.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.99 ปี
- บทบาททางการ มีจำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยเป็นกรรมการในกลุ่มแม่บ้าน (57.9 %) รองลงมาคือ กรรมการกองทุน (37.1%) กรรมการหมู่บ้าน (31.5%) และอพม. (14.2 %)

2.1 ความรู้ของ อสม.

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งความรู้ของอสม. เป็นความรู้ 2 ส่วน รวม 20 ข้อ คือ

1. ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ
2. ความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรค และการรักษาพยาบาล จำนวน 8 ข้อ

รายละเอียดข้อคำถามด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้พื้นฐานของ อสม. จำนวน 12 ข้อ
เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย

คำถามความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค	จำนวนที่ ตอบถูก	จำนวนที่ ตอบผิด
1. คนที่ติดโรคไข้หวัดนก มักติดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่มีเชื้อไข้หวัดนก ซึ่งเชื้ออยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และมูลของสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย (ถูก)	97.3	2.7
2. ช่วงอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องไปฝากครรภ์คือตั้งแต่รู้ว่าตนตั้งครรภ์ (ถูก)	94.9	5.1
3. หญิงแม่ลูกอ่อน ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน (ถูก)	87.6	12.4
4. วัคซีนที่สำคัญที่ต้องฉีดในเด็ก 0-1 ปี ให้ครบ 3 เข็ม มีเพียง 2 ชนิด คือ คอตีบ และ ไอกรน (ผิด)	85.7	14.3
5. การสูบบุหรี่ที่ทำเอง จากใบยาสูบมวนด้วยกระดาษนั้น เวลาสูบจะปลอดภัย ไม่มีสารก่อมะเร็ง (ผิด)	83.7	16.3
6. การตรวจมะเร็งเต้านมไม่สามารถตรวจพบด้วยตนเองได้ ควรให้แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจให้ (ผิด)	76.5	23.5
7. เกล็ดที่ผสมสารไอโอดีน เพื่อป้องกัน โรคเลื้อจางในเด็กได้ (ผิด)	64.3	35.7
8. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยทุกคน ควรเริ่มเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป (ผิด)	63.8	36.2
9. การกินยาแก้แสบ เช่น คออักเสบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้น แล้วเลิกกินยา แก้แสบได้ทันที (ผิด)	61.4	38.6
10. โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อไวรัส ที่อาศัยอยู่ในเลือด และสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ (ถูก)	52.7	47.3
11. วัคซีนที่เด็กแรกเกิดต้องได้รับ คือ วัคซีนป้องกันโปลิโอ (ผิด)	31.3	68.7
12. การทำงานหรือใช้แรงงานหนัก ในการทำนา ทำสวน ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย อย่างหนึ่ง (ผิด)	26.7	73.3

วิเคราะห์ระดับความรู้ของ อสม. ในส่วนความรู้พื้นฐาน พบว่า จากคะแนนเต็ม 12
คะแนน ได้คะแนนเฉลี่ย 7.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน
สูงสุด 12 คะแนน นั่นคือ ส่วนใหญ่ อสม.มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่มาก 1-25 % (0-3 คะแนน)	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50% (4-6 คะแนน)	107	26.0
ค่อนข้างดี 51-75% (7-9 คะแนน)	194	47.0
ดี 76-100% (10-12 คะแนน)	107	26.0
รวม	412	100.0

สำหรับความรู้ด้านการรักษาพยาบาลของอสม. รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล ในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย

คำถามความรู้ด้านการสาเหตุ อาการโรค และการรักษาพยาบาล	จำนวนที่ตอบถูก	จำนวนที่ตอบผิด
1. อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ตาแดง มีปัสสาวะน้อย หรือ ปัสสาวะไม่ออก (ถูก)	90	10
2. อาการมีไข้สูงของการเป็นไข้เลือดออกจะมีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส (ถูก)	89.8	10.2
3. ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ และต้องเสียชีวิตภายใน 1 ปี (ผิด)	85.7	14.3
4. ในเด็กที่มีอาการไข้สูง ไม่ควรให้ยาลดไข้ “แอสไพริน” ลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น (ถูก)	80.1	19.9
5. ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานคือการไม่ออกกำลังกาย (ถูก)	76.7	23.3
6. การบันทึกการเจริญเติบโตในเด็ก 0-5 ปี ใช้การวัดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพื่อค้นหาภาวะ การขาดสารอาหาร (ผิด)	47.8	52.2
7. โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) เป็นโรคติดต่อที่มาจากปัสสาวะของหนูอย่างเดียว (ผิด)	42.2	57.8
8. การวัดความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะวัดได้คือ ค่าซีดล่างสูงกว่า 80 และ ค่าซีดบน สูงกว่า 120 (ผิด)	31.1	68.9

เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล ของอสม. จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ได้คะแนนเฉลี่ย 5.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 8 คะแนน นั่นคือ ส่วนใหญ่ของอสม.มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีเช่นกัน ตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล

ระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 % (0-2 คะแนน)	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50% (3-4 คะแนน)	93	22.6
ค่อนข้างดี 51-75% (5-6 คะแนน)	232	56.3
ดี 76-100% (7-8 คะแนน)	83	20.1
รวม	412	100.0

พิจารณาคะแนนโดยรวมทั้งหมด 20 คะแนน พบว่า คะแนนเฉลี่ย 13.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 19 คะแนน นั่นคือ ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีเช่นกัน รายละเอียดตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้โดยรวม 20 คะแนน จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 % (0-5 คะแนน)	1	0.2
ค่อนข้างแย่ 26-50% (6-10 คะแนน)	76	18.4
ค่อนข้างดี 51-75% (11-15 คะแนน)	228	55.4
ดี 76-100% (16-20 คะแนน)	107	26.0
รวม	412	100.0

จากการทดสอบหาค่าความแตกต่างระหว่างความรู้กับเพศ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็น อสม.กับความรู้ พบว่า เพศชายและหญิงมีความแตกต่างด้านความรู้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และ ระยะเวลาการเป็น อสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% แต่พบว่า

- ความรู้ของอสม.ในเขตชนบท (n=319 คน คะแนนเฉลี่ย 13.47 คะแนน, SD = 2.81 คะแนน) จะสูงกว่าความรู้ของอสม.ในเขตเมือง (n=91 คน คะแนนเฉลี่ย 12.77 คะแนน, SD = 2.73 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.036

- คะแนนความรู้ของประธานอสม. (n=122 คน คะแนนเฉลี่ย 13.79 คะแนน, SD = 2.63 คะแนน) มีคะแนนสูงกว่า คะแนนของอสม.ทั่วไป (n=290 คน คะแนนเฉลี่ย 13.12 คะแนน, SD = 2.84 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.027

- ความรู้ของ 2 ด้าน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 99% (ค่า spearman's rank correlation =0.374**) p-value = 0.000

- อายุของ อสม. ด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 99% (ค่า spearman's rank correlation = -0.159**) P-value = 0.001 นั่นคือ อสม. ที่มีอายุมากจะมีความรู้ที่น้อย อสม. ที่มีอายุน้อยจะมีความรู้มาก

- ความรู้ของ อสม. ในแต่ละภาค ภาคกลาง เฉลี่ย 13.3 คะแนน S=2.4 คะแนน ภาคเหนือ เฉลี่ย 12.2 คะแนน S = 2.9 คะแนน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เฉลี่ย 12.9 คะแนน S = 2.8 คะแนน ภาคใต้ เฉลี่ย 14.1 คะแนน S = 2.7 คะแนน ความรู้ในแต่ละพื้นที่อย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.000

2.2 ทักษะและความสามารถของ อสม.

ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งทักษะและความสามารถออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ทักษะการใช้อุปกรณ์ความรู้ทางการแพทย์ในศสมช. จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ ชุดปฐมพยาบาล การจ่ายยาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน ชุดการสอนแปรงฟัน แผ่นตรวจสายตา และการใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร จำนวน 2 รายการ คือ การใช้คู่มือและการอ่านหนังสือพิมพ์ ผสส./ อสม.

2. ทักษะและความสามารถในการทำงาน ใน 7 ด้าน คือ การให้คำแนะนำ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การมีความคิดริเริ่มงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรการอบรม และการเจรจาต่อรองสิทธิและเรียกร้องทุกข์

ผลการศึกษาทักษะการใช้อุปกรณ์ พบว่า อสม. มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในศสมช. น้อย จากคะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ยการใช้อุปกรณ์รวม 0.75 คะแนน (SD =0.66 คะแนน) เท่านั้น อุปกรณ์ที่ใช้มากที่สุดคือ เครื่องวัดความดันโลหิต โดยคะแนนความถี่การใช้อุปกรณ์ 1.48 คะแนน (SD =1.27 คะแนน) นั่นคือ 3-4 เดือนต่อครั้ง รองลงมาคือ การใช้ชุดปฐมพยาบาล การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน และ การใช้แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (ตามตารางที่ 12) นอกจากนี้ พบว่า

- ชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้น้อย (ใช้ปีละ 1-2 ครั้ง) ได้แก่ การใช้ชุดการสอนแปรงฟัน การใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก การใช้ปรอทวัดไข้ การใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อน และการใช้แผ่นวัดสายตา

- การใช้อุปกรณ์ของอสม.ในเขตชนบท (n=296 คน ค่าเฉลี่ย 7.1 คะแนน SD = 6.1 คะแนน) มีคะแนนสูงกว่าเล็กน้อย เมื่อเทียบกับการใช้อุปกรณ์ของอสม.ในเขตเมือง (n=90 คน ค่าเฉลี่ย 5.9 คะแนน SD = 5.3 คะแนน) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 90% p-value = 0.086

■ การใช้อุปกรณ์ของอสม.ใหม่ (ที่มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 5 ปี) จำนวน 138 คน มีคะแนนเฉลี่ย 5.7 คะแนน (SD = 5.5 คะแนน) มีการใช้อุปกรณ์น้อยกว่า อสม.ที่มีระยะเวลาการทำงานนานกว่า จำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 7.4 คะแนน (SD = 6.1 คะแนน) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.009

■ ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ใน ศสมช. พบว่า อสม. ร้อยละ 83.8 (325 คน) มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์ทั้งหมดน้อยมาก (ปีละ 1-2 ครั้ง) อสม. ร้อยละ 14.7 (57 คน) มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์ทั้งหมดปานกลาง (ปีละ 3-4 ครั้ง) และ อสม. ร้อยละ 1.5 (6 คน) มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์ทั้งหมดค่อนข้างมาก เช่น ทุกเดือนหรือทุก 3 เดือน

■ อสม. ภาคใต้ และ อสม. ภาคเหนือ มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์มากกว่า อสม. ภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยคะแนนเฉลี่ยการใช้อุปกรณ์เรียงจากภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 8.08 8.00 6.32 และ 5.06 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)

ตารางที่ 12 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการใช้อุปกรณ์ใน ศสมช. เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย

การใช้อุปกรณ์ในศสมช.	ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ (%)				
	ไม่เคย	ปีละ 1-2 ครั้ง	3-4 เดือน ต่อครั้ง	2 เดือน ต่อครั้ง	ทุกเดือนทุกอาทิตย์
1. เครื่องวัดความดันโลหิตและหุฟัง (n=405)	37.4	37.7	11.1	4.2	9.6
2. การใช้ชุดปฐมพยาบาล: ยาแดงทำแผล (n=400)	45	36.6	7.4	3.9	7.1
3. การจ่ายยาสามัญให้กับชาวบ้าน: ผงน้ำตาลเกลือแร่ พาราเซตัม ยาแก้ไอ (n=406)	47.8	28.7	6.8	4.2	12.5
4. แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (n=408)	65.1	23.7	5.2	2.5	3.5
5. การสอนโดยใช้ชุดสาธิตการแปรงฟัน (n=407)	74.3	20	3.0	0.7	2.0
6. การชั่งน้ำหนักเด็ก โดยเครื่องชั่งน้ำหนัก (n=404)	18.6	25.5	39.7	6.4	9.8
7. ปรีทวัดไข้/เทปวัดไข้ (n=404)	49.3	34.9	6.4	2.2	7.2
8. การใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร (n=404)	75.9	17.2	3.7	2.0	1.2
9. การวัดสายตาโดยใช้แผ่นวัดสายตา (n=405)	83.3	15.3	1.2	0.2	0

■ การใช้คู่มือและการอ่านหนังสือพิมพ์ผสส./อสม. พบว่า มีค่อนข้างน้อย ปีละ 1-2 ครั้งเท่านั้น อสม.ใหม่ (คะแนนเฉลี่ยรวม 2.4 คะแนน SD = 2.1 คะแนน) มีการใช้คู่มือและการอ่านหนังสือพิมพ์น้อยกว่า อสม.ที่มีระยะเวลาทำงานนานกว่า (คะแนนเฉลี่ยรวม 3.2 คะแนน, SD = 2.5 คะแนน) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.003 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่างอสม. ในการใช้คู่มือ และหนังสือพิมพ์เพื่อนผสส./อสม.

การใช้อุปกรณ์/คู่มือ	ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ (%)				
	ไม่เคย	ปีละ 1-2 ครั้ง	3-4 เดือน ต่อครั้ง	2 เดือน ต่อครั้ง	ทุกเดือน ทุกอาทิตย์
การอ่านคู่มือการดำเนินงานสาธารณสุข มูลนิธิ (n=405)	20	45.6	14.6	5.7	14.1
การอ่านหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./ อสม. (n=400)	30.5	35.7	11.3	6.8	15.7

ผลการศึกษาทักษะและความสามารถในการทำงานของ อสม. พบว่า อสม.มีทักษะในการทำงานค่อนข้างน้อย จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน คะแนนเฉลี่ย คือ 1.57 คะแนน (S.D. = 0.92 คะแนน) พบว่า

■ ทักษะที่มีค่อนข้างมากคือ การให้คำแนะนำกับชาวบ้านในเรื่องการฉีดวัคซีน และการเฝ้าระวังโรคระบาด

■ ทักษะที่มีค่อนข้างน้อย คือ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การคิดริเริ่มงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ และการเจรจาต่อรอง

■ ทักษะที่มีน้อย คือ การเป็นวิทยากรการอบรมหรือการประชุม

รายละเอียดตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง อสม.ใน
ด้านความสามารถหรือทักษะในการทำงาน เรียงจากมากไปหาน้อย

ความสามารถหรือทักษะ	ระดับความชำนาญ/ความสามารถ (%)				
	ไม่เคย	น้อย 1-24%	ค่อนข้างน้อย 25-50%	ค่อนข้างมาก 51-74-%	มาก 75-100%
1. การให้คำแนะนำปรึกษากับชาวบ้าน ได้แก่ การฉีดวัคซีน การเฝ้าระวังโรค ระบาด ฯลฯ (n=410)	4.4	9.3	25.1	44.6	16.6
2. การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ไข้หวัด (n=406)	14.5	17.2	31.3	28.1	8.9
3. การขอความคิดเห็นเริ่มงานใหม่ๆ (n=408)	19.9	23	28.2	23.8	5.1
4. การเป็นผู้นำกระบวนการ (n=405)	35.8	19.7	17.3	18.8	8.4
5. การเขียนโครงการ (n=405)	38.8	22.3	21.7	12.3	4.9
6. การเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ) (n=407)	43.7	21.6	17.2	12.3	5.2
7. การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือ การประชุม (n=405)	50.1	21	16.5	8.9	3.5

2.3 บทบาทของ อสม.

ในการศึกษาบทบาทของอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าบทบาทที่มีมากที่สุด คือ การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 96.4 รองลงมา คือการสำรวจข้อมูล การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ การให้ความรู้ และการให้บริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.5, 81.3, 78.6 และ 74.5 ตามลำดับ ส่วนบทบาทที่มีค่อนข้างน้อย ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีนานามัย การเฝ้าระวังโรคในชุมชน และ การคุ้มครองสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 54.6, 48.5 และ 48.5 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่

ตารางที่ 15 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการทำหน้าที่ตามบทบาทงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และเนื้อหาที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ เรียงจากมากไปหาน้อย

บทบาทของอสม.	ไม่ได้ทำ (%)	ทำ (%)
1. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (เนื้อหา ได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพความดันเบาหวานมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การเฝ้าระวังไข้หวัดนก ยุงลาย แนะนำบัตรสุขภาพการออกตรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ยาเสพติด การฉีดวัคซีน การส่งเสริมฯ คนชรา และคนพิการ)	3.6	96.4
2. การสำรวจข้อมูล (เนื้อหา ได้แก่ การสำรวจข้อมูลจปฐ. ข้อมูลอนามัย / ประชากร / คนต่างถิ่น (ประชากรแฝง) สำรวจการเลี้ยงสัตว์ปีก / แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย / ประชากรเด็กและการฉีดวัคซีน / ผู้สูงอายุ / หญิงมีครรภ์ / สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรสุขภาพ)	8.5	91.5
3. การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ (เนื้อหา ได้แก่ การออกกำลังกาย แนะนำความสะอาดของอาหาร การกระตุ้นให้ชาวบ้านเฝ้าระวังโรคระบาด การเฝ้าระวังไข้หวัดนก เติมน้ำดื่มที่บ้านด้านโรคไข้เลือดออก โรคเรื้อน การเฝ้าระวังสัตว์และโรคติดต่อ รณรงค์การพ่นหมอกควัน)	18.7	81.3
4. การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน	21.4	78.6
5. การให้บริการสุขภาพ (ได้แก่ การตรวจน้ำตาล การวัดความดัน วัดส่วนสูง น้ำหนัก ของเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลและการจ่ายยาเบื้องต้น การทำแผล)	25.5	74.5
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานอนามัย (วิธีการ ได้แก่ การขับขี่รถมอเตอร์ไซด์ส่งผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ประสบภัย นำผู้ป่วยส่งอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน การรักษาเบื้องต้น การเรียกรถพยาบาล)	45.4	54.6
7. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (ได้แก่ ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง การตรวจร้านค้าขายของชำ ความสะอาดของอาหาร การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน ดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ชยะ น้ำทิ้ง)	51.5	48.5
8. การคุ้มครองสิทธิ (ได้แก่ ตั้งด่านตรวจรถรื้อ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ การตรวจร้านค้าของชำ เครื่องหมายอย. แนะนำการจดทะเบียนคนพิการ การสังเกตฉลากผลิตภัณฑ์ แนะนำบัตรสุขภาพ การดูแลระบบอาหาร น้ำทิ้ง ชยะ)	51.5	48.5

แม้ว่าอสม.จะตอบว่ามีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานค่อนข้างมาก แต่เมื่อพิจารณาจากบทบาทการช่วยเหลือด้านสังคมและอื่นๆ พบว่ามีเพียงจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ได้แก่

- การเป็นหมอพื้นบ้าน (30 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.6
- เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้หรือการใช้พืชสมุนไพร (61 คน) คิดเป็นร้อยละ 37.9
- เชี่ยวชาญด้านเกษตรชีวภาพ/ปุ๋ยหมัก/น้ำหมัก (29 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.0
- นักจัดรายการวิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว/นักประชาสัมพันธ์ (37 คน) คิดเป็นร้อยละ

23

- การเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวที (33 คน) คิดเป็นร้อยละ 20.5
- อื่นๆ ได้แก่ กรรมการการเลือกตั้ง กรรมการศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยี กลุ่มผลิตภัณฑ์แปรรูป กลุ่มส่งเสริมอาชีพ อาสาปศุสัตว์หมู่บ้าน พิธีกรในงานต่าง ๆ ผู้นำการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ (42 คน) คิดเป็นร้อยละ 26.1

2.4 กระบวนการทำงานของ อสม.

อสม. ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มีกระบวนการทำงานร่วมกันในกลุ่มอสม. โดยเฉพาะกิจกรรมเรื่องการแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การให้บริการด้านสุขภาพ และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

- การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ พบว่า ค่อนข้างมาก ประมาณร้อยละ 60 ในกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค การบริการสุขภาพ และการคุ้มครองสิทธิ
- การทำงานแบบทำคนเดียว ค่อนข้างน้อย ยกเว้นการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ อสม. จะขี่รถมอเตอร์ไซด์ไปส่งด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 51.1

รายละเอียดตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (ตอบได้หลายข้อ)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับอสม.	ร่วมกับผู้นำหรือกลุ่มต่างๆ
1. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=335)	10.7	91.9	66.9	81.5	40.9
2. การสำรวจข้อมูล (n=377)	18.8	89.7	40.1	78.2	32.4
3. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (n=397)	15.5	88.8	53.2	77.4	53.2
4. การให้บริการด้านสุขภาพ (n=307)	12.1	93.5	73.9	70.0	12.7
5. การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ (n=301)	26.6	79.1	40.2	59.8	35.2
6. การคุ้มครองสิทธิ (n=200)	20.5	83.0	61.0	58.0	25.0

7. การให้ความรู้กับชาวบ้าน (n=324)	30.9	79.0	33.6	57.1	38.0
8. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานเอนามัย (n=225)	51.1	55.1	15.6	39.6	16.4

2.5 วิธีคิดการทำงานของ อสม.

ในส่วนของการที่ไม่ใช่นโยบายของรัฐ พบว่าอสม.จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 ที่ตอบว่ามีกิจกรรมที่อสม.เข้าไปมีส่วนร่วมกันคิด โดยร่วมกับสถานศึกษา การพัฒนาสิ่งแวดล้อม ในวัดและสถานเอนามัย โดยมีลักษณะที่อสม.ร่วมกันทำและช่วยกันคิด (ตารางที่ 17) มากกว่าเจ้าหน้าที่ ซึ่งการซึ่งต่างจากการทำงานที่เป็นนโยบายของรัฐที่อสม.จะรอคำสั่งจากเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ต่อวิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรมร่วมกันคิดร่วมกันทำ	วิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่			
	ขอคำแนะนำ จนท. และ อสม.นำมาทำ	จนท.แนะนำ / อสม. มีการ ดัดแปลง	ร่วมกับ ทีมงาน อสม. ช่วย กันคิด	คิดเอง ทำเอง
1. เทคนิคการประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านทราบในแต่ละคุ้ม (n=234)	40.9	19.6	51.3	6.5
2. การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การตีกัน เล่นการพนัน ติดยาเสพติด (n=159)	37.3	14.6	44.3	11.4
3. การร่วมกับครูในการแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน เช่น นโยบายการแจกนม จัดการศึกษาให้เด็กก่อนวัยเรียน (n=114)	34.2	11.4	36.8	20.2
4. การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา (n=168)	44.9	20.4	36.5	3.6
5. เทคนิคการออกกำลังกาย (n=138)	28.5	26.3	38.0	9.5
6. เทคนิคในการเพาะปลูก/การเลี้ยงสัตว์/การประมง (n=79)	21.5	11.4	30.4	38.0
7. การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดล้อมของสถานเอนามัย (n=102)	34.3	18.6	49	5.9
8. การดูแลสิ่งแวดล้อมในวัด/โรงเรียน (n=156)	17.3	10.3	64.1	10.9
9. การจัดทำผ้าป่า (n=114)	14.3	0.0	57.1	42.9

2.6 ขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา

นอกจากบทบาทงานด้านการพัฒนาสุขภาพแล้ว ยังพบว่า อสม.ยังมีขีดความสามารถในการดำเนินงานในกลุ่มต่างๆ ที่จัดตั้งโดยกระทรวงต่างๆ ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (39.1 %) และ กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน / อบต. (32.0 %) ทั้งนี้ขีดความสามารถในหน้าที่ที่เป็นในแต่ละกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในกลุ่ม รองลงมาคือ เป็นกรรมการในแต่ละกลุ่ม แต่ขีดความสามารถในการเป็นประธานกลุ่ม รายละเอียดตามตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ร้อยละบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

กลุ่ม/ชมรม	บทบาทในแต่ละกลุ่ม			
	ประธาน	กรรมการ	ผู้ประสานงาน	สมาชิก
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข (n=372)	11.0	29.6	14.0	61.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ (n=343)	9.9	31.2	9.6	63.8
กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต. (n=132)	8.3	36.4	9.1	50.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (n=161)	15.5	17.4	11.8	56.5

หากพิจารณากลุ่มตัวอย่างเฉพาะประธานอสม. (จำนวน 122 คน) พบว่า ประธานอสม. จะมีขีดความสามารถในการเป็นประธานกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- ประธานกลุ่มของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 27.87 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 2.41 เท่านั้น
- ประธานกลุ่มของกระทรวงมหาดไทย ร้อยละ 17.21 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 4.48 เท่านั้น
- ประธานกลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต. ร้อยละ 6.56 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 1.72 เท่านั้น
- ประธานกลุ่มที่จัดตั้งโดย อสม. ร้อยละ 16.39 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 1.72 เท่านั้น

นอกจากนี้ยังพิจารณาบทบาทหรือความสามารถอื่นๆในการพัฒนาด้านอื่นๆในชุมชน ได้แก่

1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การหาอาชีพเสริม/กลุ่มร้านค้าต่างๆ ฯลฯ พบว่า อสม. มีบทบาทร้อยละ 57.0 และ อสม.ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของ อสม. ค่อนข้างมาก (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.47) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม.มักร่วมวางแผนและร่วมดำเนินงาน ร้อยละ 66.8 และ 445.1 ตามลำดับ

2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วมเป็นกรรมการในสถานศึกษา หรือ การมีบทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ พบว่า อสม. มีบทบาทร้อยละ 32.5 และ อสม.ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของ อสม. ค่อนข้างน้อย (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 1.86) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. มักร่วมเป็นดำเนินงานและร่วมวางแผน ร้อยละ 49.3 และ 47.28ตามลำดับ

3. การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น การทำบุญ ประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ พบว่า อสม.มีบทบาทร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของ อสม. ค่อนข้างมาก (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.30) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. มักร่วมเป็นผู้ดำเนินงาน 71.2

4. การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทางการเมือง เช่นการ รณรงค์การใช้สิทธิในการเลือกตั้ง/การเลือก อบต. ฯลฯ พบว่า อสม.มีบทบาทร้อยละ 66.0 และส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาท ของ อสม. ค่อนข้างมาก (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.30) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม.มักร่วมเป็นผู้ดำเนินงาน ร้อยละ 61.8

รายละเอียดตามตารางที่ 19 และตารางที่ 20

ตารางที่ 19 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ต่อบทบาททางสังคมที่ อสม. คิดว่าเป็นบทบาทของ อสม.

บทบาททางสังคม	ระดับบทบาทที่ถือว่าเป็นบทบาทของอสม. (%)				
	ไม่เป็น	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน	0.3	14.7	33.7	39.9	11.4
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน	21.1	16.4	26.7	27.6	8.2
3. การพัฒนาทางศาสนา	14.2	7.2	24.9	42.2	11.5
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง	14.8	9.6	22.4	37.1	16.1

3. วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ ชมรม อสม.ระดับจังหวัด

ผลการศึกษา แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล กลุ่ม อบต./ผู้นำชุมชน และกลุ่มประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด
2. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการประเมินผลนโยบายของรัฐในแต่ละช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของ อสม. ในแต่ละด้านอย่างไร
3. กลไกการสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ อบต./ผู้นำชุมชน และชมรม อสม.ระดับจังหวัด ได้แก่
 - 3.1 กระบวนการคัดเลือก อสม.
 - 3.2 การสนับสนุนความรู้ให้กับ อสม. และการติดตามประเมินผล
 - 3.3 การสนับสนุนงบประมาณ
4. ศักยภาพและผลการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับจังหวัด
5. หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนการทำงานของ อสม.

3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

1) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จาก 11 จังหวัด จังหวัดละ 4-6 คน ขึ้นกับพื้นที่หมู่บ้านที่เก็บข้อมูลว่าขึ้นกับสถานีอนามัยใด รวม 46 คน เป็นเพศชาย 17 คน (37.0 %) และเพศหญิง 29 คน (63.0%) อายุเฉลี่ย 39 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 59 ปี (ค่ามัธยฐาน 37 ปี, ค่าพิสัย 36 ปี)

■ ระดับการศึกษาสูงสุด จบปริญญาตรี ร้อยละ 84.8 รองลงมาคือ ประกาศนียบัตร (13.0 %) และปริญญาโท (2.2 %)

■ มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 20.0 คือศึกษาต่อปริญญาตรี ร้อยละ 11.1 และปริญญาโท (8.9 %)

■ สถานีอนามัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอบต. ร้อยละ 82.2 และเป็นเขตของเทศบาล (17.8 %) และต้องรับผิดชอบอสม.ทั้งตำบล เฉลี่ยจำนวน 97คน โดยบางแห่งรับผิดชอบน้อยสุด 20 คน บางแห่งรับผิดชอบมากที่สุด 240 คน (โดยเฉพาะในเขตเทศบาล)

■ ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (28.3%) พยาบาลวิชาชีพ (15.2 %) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (13.0 %) และพยาบาลเทคนิค (2.2 %)

- ประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เฉลี่ย 15.02 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 32 ปี (ค่ามัธยฐาน = 15 ปี และ ค่าพิสัย = 20 ปี)
- ระยะเวลาการทำงานในหมู่บ้านพื้นที่วิจัย เฉลี่ย 8.86 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 32 ปี (ค่ามัธยฐาน = 6.90 ปี และ ค่าพิสัย = 3 ปี)

2) กลุ่มอบต. และผู้นำชุมชน

จาก 11 จังหวัด เก็บ อบต. 4 คน และ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน 4 คน รวมจังหวัดละ 8 คน มีจังหวัดระยองและขอนแก่น เก็บตัวอย่างเพิ่มเป็น อบต. 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน เป็นเพศชาย 78 คน (86.7 %) และเพศหญิง 12 คน (13.3 %) อายุเฉลี่ย 45.2 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 70 ปี (ค่ามัธยฐาน 45 ปี, ค่าพิสัย 45 ปี)

■ ระดับการศึกษาสูงสุด จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.6 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (20.2 %), ประถมศึกษา (18.9 %), ปริญญาตรี (14.4 %) และสูงกว่าปริญญาตรี (8.9 %) ตามลำดับ

■ อาชีพหลัก คือ เกษตรกร ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ รับจ้าง (13.4 %), ค้าขาย (13.4 %) ข้าราชการเกษียณ(4.4%), ธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง (3.3%) และเปิดร้านค้าในชุมชน (2.2%)

■ มีตำแหน่งเป็นผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 27 คน (30.0 %), กำนัน จำนวน 6 คน (6.7 %) และเป็นตำแหน่งในอบต. จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยมีตำแหน่งในอบต. ดังนี้

- สมาชิกอบต. จำนวน 25 คน ร้อยละ 27.8
- นายก อบต. จำนวน 6 คน ร้อยละ 6.7
- ประธานอบต. จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.4
- ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 22คน ร้อยละ 24.4

■ ผู้นำชุมชนยังมีบทบาทเป็น อสม.ในปัจจุบัน จำนวน 15 คน ร้อยละ 16.7 กรรมการกองทุนหมู่บ้าน (48.9 %) และ ผู้ประกาศข่าวหอกระจายหรือวิทยุชุมชน (25.6 %)

■ เคยมีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 52 คน ร้อยละ 57.8 โดยเคยเป็นหรือเป็น อสม.ในปัจจุบัน ถึงร้อยละ 29.2 เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 19.0 นั่นคือผู้นำชุมชนประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและการทำงานของ อสม. โดยผ่านเจ้าหน้าที่รัฐ

3) กลุ่มประธานชมรมอสม.ระดับจังหวัด

จากการตอบแบบสอบถามของประธานชมรมอสม.ระดับจังหวัด ที่ส่งแบบสอบถามกลับ จำนวน 44 คน จาก 75 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 58.7 คิดเป็นร้อยละ 86.4 ของจังหวัดทั้งหมด

- จำแนกตามเพศ พบว่า เป็นเพศชาย 38 คน (86.4 %) และ เพศหญิง (13.6 %)

- อายุเฉลี่ย 54.83 ปี (sd=8.83) อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 75 ปี
- อาชีพหลัก คือ เกษตรกร (45.5 %) รองลงมา คือ ค้าขาย (22.7 %)
- จบการศึกษาสูงกว่าอสม.ทั่วไป คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.4

รองลงมา คือ ปริญญาตรี/สูงกว่า ถึงร้อยละ 13.6

- ระยะเวลาการเป็นอสม. เฉลี่ย 19.9 ปี (sd = 6.39) น้อยสุด 7 ปี มากสุด 27 ปี
- ระยะเวลาการเป็นประธานอสม.ระดับจังหวัด เฉลี่ย 6.29 ปี (sd =3.89) น้อยสุด

1 ปี มากสุด 14 ปี

■ ทักษะความสามารถของประธานอสม. พบว่าเป็นนักจัดรายการวิทยุชุมชน หรือ หอกระจายข่าว (65.9%) / สามารถเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวทีในการอบรม อสม. (61.4%) และ หมอพื้นบ้าน (18.8 %)

■ บทบาทตำแหน่งอื่น พบว่ามีบทบาทในกระทรวงมหาดไทยค่อนข้างมากคือ เป็น อสม.ร้อยละ 65.9 และกรรมการหมู่บ้าน (54.6%) บทบาทในกระทรวงศึกษาธิการ คือเป็นกรรมการ สถานศึกษา ร้อยละ 50 บทบาทในกระทรวงเกษตรและ อุต.มีค่อนข้างน้อย คือ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน เกษตรชีวภาพ (29.5 %) เป็นกรรมการในอบจ. (2.3 %) และ กรรมการใน อบต. (11.4 %)

3.2 ประเมินผลของนโยบายของรัฐในแต่ละช่วงที่มีผลต่อการทำงานของ อสม.

ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งช่วงเวลาการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน เป็น 4 ช่วง ที่มีผลต่อ การทำงานของอสม. คือ

- **ช่วงที่ 1 :** ช่วงแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2525 - 2539)

ในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น 2 กลุ่ม คือ ผสส. (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) และ อสม. (อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีการจัดฝึกอบรมประมาณครึ่งหนึ่งของหมู่บ้านทั่วประเทศ คิดเป็นจำนวน ผสส. 223,627 คน และ อสม. 22,840 คน และได้ขยายจนครบทุกหมู่บ้านเมื่อสิ้นแผนพัฒนา สาธารณสุข ฉบับที่ 5 โดยในปี พ.ศ. 2529 มีจำนวน ผสส. 510,765 คน และ อสม. 53,297 คน ทั้งนี้ จากการคำนวณข้อมูลงบประมาณระหว่างปี พ.ศ. 2525 – 2529 พบว่ากระทรวง สาธารณสุขได้มีการ จัดสรรงบไว้ประมาณ 12.22 บาท ต่อการอบรมทดแทน ผสส. 1 คน

หลังจากนั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนที่สำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 คือ ในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการยกระดับ ผสส. ทุกคนให้เป็นอสม.ทั้งหมด ทำให้มีอสม. ทั้งหมด 595,309 คน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539) มีการกำหนดวาระการเป็นอสม. คราวละ 2 ปี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณ จำแนกเป็น 2 หมวด คือ หมวดเงินอุดหนุนทั่วไป (หมวด 800) และหมวดค่าใช้สอยตอบแทน และวัสดุ (หมวด 300) โดยในหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป ได้มี

การกำหนดกิจกรรมที่ให้การสนับสนุน คือ การอบรม อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว และสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นเงินทั้งสิ้น 323,405,000 บาท (ข้อมูลปี 2539) โดยได้ดำเนินการจัดตั้ง ศสมช.ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ประมาณ 68,000 แห่ง และได้จัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ใน ศสมช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2540 เมื่อคิดเฉลี่ยงบประมาณ แห่งละ 800-900 บาท รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 61 ล้านบาท ทั้งนี้เชื่อว่า การสนับสนุนงบประมาณลักษณะนี้จะเป็นผลดีต่อการพัฒนาศักยภาพของอสม.อย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขของชุมชนในรูปแบบของศสมช.ได้ครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งนี้ ในช่วงปี 2535 ได้เริ่มมีการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข โดยหวังว่าชมรมอสม.จะมีบทบาทในการพัฒนาผู้นำองค์กร อสม. และมีบทบาทในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

■ ช่วงที่ 2 : (เริ่มปี พ.ศ. 2540)

เนื่องจากช่วงนี้เป็นช่วงที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้บัญญัติไว้ว่า รัฐบาลจะต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 10 ปี คือ พ.ศ.2553 ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ โดยในงบประมาณ 2541 มีการปรับเปลี่ยนจากการสนับสนุนงบประมาณเป็นรายกิจกรรม มาเป็นการจัดสรรงบประมาณ ต่อหน่วยหมู่บ้าน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 7,500 บาท โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เพื่อให้ประชาชน เป็นผู้ริเริ่มและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยจัดสรรผ่านไปทางสาธารณสุขจังหวัด และทาง จังหวัดจัดสรรเข้าไปทางบัญชีของหมู่บ้านโดยตรง ทั้งนี้ได้กำหนดแนวทางการใช้งบประมาณไว้ 3 ประเด็น คือ การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และ การจัดการ บริการสาธารณสุขใน ศสมช. อีกทั้งมีการสนับสนุนงบประมาณหมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ โดยสนับสนุนเฉลี่ยหมู่บ้าน / ชุมชนละ 250 บาท เพื่อใช้พัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขมูลฐาน นิเทศ งานประเมินผล กิจกรรมตามที่จังหวัดเห็นควร หลังจากนั้นในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรร เงินพัฒนาสุขภาพส่วนนี้ผ่านกลไกในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปัจจุบันในปี พ.ศ. 2549 ได้เพิ่มเติมจากวงเงิน 7,500 บาท มาเป็น 10,000 บาท ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

■ ช่วงที่ 3 : (เริ่มปี พ.ศ. 2543)

เป็นช่วงที่เริ่มมีนโยบายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปฏิรูปใน 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมโยงกับการเมือง ซึ่งการปฏิรูปทั้ง 3 ด้าน จะต้องไปพร้อมๆกัน และผลการปฏิรูปของทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้ให้การเปลี่ยนแปลง ใน 5 อย่าง คือ (สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545 :9) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ และ การปฏิรูปอื่นๆ ในช่วงนี้เกิดองค์กรที่ทำงานด้านพัฒนาสาธารณสุขเกิดขึ้นมาใหม่

ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรศ.) สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปก.) ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานสร้างความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคีในส่วนต่างๆทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

■ ช่วงที่ 4 : (เริ่มปี พ.ศ. 2544)

เป็นช่วงการดำเนินงานนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งส่งผลทำให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

ผลการศึกษาเพื่อประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการทำงานในแต่ละช่วงของนโยบาย โดยประเมิน 3 องค์ประกอบ คือ

1. ประเมินเรื่องการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม. และงบประมาณที่สนับสนุน (Input)
2. ประเมินเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ และการจัดกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน (process)
3. ประเมินเรื่องระดับชุมชนให้คุณค่าต่อการเป็นอสม. และระดับผลสำเร็จของการทำงาน ของ อสม. (Outcome)

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ประเมินภาพรวมของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคว่าเป็นนโยบายที่มีการกำหนด input process และ outcome ได้ชัดเจนและดีที่สุดกว่านโยบายอื่นๆ

นโยบายช่วงแรกของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2520 จนถึงการสนับสนุนการจัดตั้ง ศสมช. (ปีพ.ศ.2540) พบว่าความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม.มีค่อนข้างมาก ร้อยละ 58.7 แต่ยั้ยังน้อยกว่านโยบายช่วง 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งมีถึงร้อยละ 78.2 สำหรับงบประมาณสนับสนุนในนโยบายช่วงแรกพบว่าเจ้าหน้าที่ประเมินว่ามีค่อนข้างน้อย (69.6 %) และ อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ประเมินว่าค่อนข้างน้อย (69.6 %) การจัดกิจกรรมงานสสม. ประเมินว่าค่อนข้างน้อย (63.1 %) ชุมชนให้ความสำคัญต่อการทำงานอสม. ประเมินว่าค่อนข้างน้อย (58.7 %) และประเมินผลสำเร็จของการทำงาน อสม. ว่าค่อนข้างน้อย (54.4 %) ซึ่งแตกต่างจากนโยบาย 30 บาทที่เจ้าหน้าที่เห็นว่า ผลสำเร็จของการทำงานของ อสม.มีค่อนข้างมากถึงมาก ร้อยละ 71.8

สำหรับนโยบายที่มีผลต่อการทำงานของอสม. ช่วงที่สอง คือ การกระจายอำนาจให้อปต. และ ช่วงที่สาม คือ นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) พบว่าทั้งสองนโยบายการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม.มีความชัดเจนค่อนข้างน้อย รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณการทำงานของอสม. ก็มีค่อนข้างน้อย แต่ประเมินว่าในนโยบายช่วงที่สาม ช่วงทำ พรบ.สุขภาพ อสม.เริ่มมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ค่อนข้างมากขึ้นร้อยละ 47.8 จนถึงนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เจ้าหน้าที่เห็นว่าเป็นนโยบายที่มีผลทั้งเชิงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม.ในโครงการหลักประกัน

สุขภาพ การจัดงบประมาณสนับสนุน การให้อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ และการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานความดันในชุมชนมากขึ้น และชุมชนเห็นความสำคัญการทำงานอสม.และระดับผลสำเร็จของงานสูงมากกว่านโยบายอื่น (รายละเอียดตามตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความคิดเห็นต่อนโยบายในแต่ละช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของอสม. (n=46)

นโยบายในแต่ละช่วงของการพัฒนางานอสม.	ระดับความชัดเจนของนโยบาย (%)				
INPUT					
1. การระบุหน้าที่การทำงานของ อสม. ในแต่ละนโยบาย ชัดเจนเพียงใด	ไม่ชัดเจน	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
1) นโยบายแรกของงาน อสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่มปี 2520 – 2540)	2.2	15.2	23.9	50.0	8.7
2) นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต. มีส่วนร่วมใน การจัดการสุขภาพในชุมชน (เริ่มปี 2542)	6.5	13.0	47.8	30.4	2.2
3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)/นโยบาย ของ สสส. และ สกว. (เริ่มปี 2543)	4.3	15.2	39.1	39.1	2.2
4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	2.2	4.3	15.2	54.3	23.9
2. การได้รับงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการทำงานของ อสม. ม. มากน้อยเพียงใด	ไม่มีงบ	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
- ช่วงแรกของงาน อสม.	2.2	26.1	41.3	23.9	6.5
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	0	17.4	52.2	30.4	0
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	13.0	37.0	43.5	4.3
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	23.9	58.7	10.9
PROCESS					
3. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพใน ชุมชน มากน้อยเพียงใด	ไม่มี ส่วนร่วม	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มีส่วน ร่วม มาก
- ช่วงแรกของงาน อสม.	2.2	26.1	41.3	23.9	6.5
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	0	17.4	52.2	30.4	0
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	13	37	43.5	4.3
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	23.9	58.7	10.9

นโยบายในแต่ละช่วงของการพัฒนางานสสม.	ระดับความชัดเจนของนโยบาย (%)				
4. อสม.ได้มีการจัดกิจกรรมใน 14 องค์ ประกอบของงาน สสม. ในหมู่บ้าน มากน้อยเพียงใด	ไม่มีการจัด กิจกรรม	มีน้อย	มี ค่อนข้าง น้อย	มีค่อนข้าง มาก	มีมาก
- ช่วงแรกของงาน สสม.	2.2	10.9	50.0	30.4	6.5
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	10.9	47.8	34.8	2.2
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	6.5	8.7	41.3	41.3	2.2
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	2.2	4.3	34.8	47.8	10.9
OUTCOME					
5. ชุมชนให้ความสำคัญต่อการทำงานของ อสม.มากน้อย เพียงใด	ไม่ให้ความสำคัญ	ให้น้อย	ให้ ค่อนข้าง น้อย	ให้ ค่อนข้าง มาก	ให้ความสำคัญ มาก
- ช่วงแรกของงาน สสม.	0	15.2	43.5	32.6	8.7
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	6.5	47.8	37.0	4.3
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	10.9	45.7	34.8	6.5
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	4.3	26.1	47.8	21.7
6. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน สสม. ในแต่ละ ช่วงเป็นอย่างไร	ไม่มีความ สำเร็จ	สำเร็จ น้อย	สำเร็จ ค่อนข้าง น้อย	สำเร็จ ค่อนข้าง มาก	สำเร็จ มาก
- ช่วงแรกของงาน สสม.	0	10.9	43.5	41.3	4.3
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	0	13.0	50.0	34.8	2.2
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	8.7	37.0	50.0	2.2
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	21.7	60.9	10.9

3.3 กลไกการสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ อบต./ผู้นำชุมชน และชมรม อสม. ระดับจังหวัด

3.3.1 กระบวนการคัดเลือก อสม.

กระบวนการคัดเลือกอสม.ที่กำหนดไว้เดิมนั้น ใช้กระบวนการแบบสังคมมิตี คือ เจ้าหน้าที่ จะทำการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่ช่วยเหลือชาวบ้านในแต่ละแวกคุ่ม โดยชาวบ้านจะเป็นผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นใคร เพื่อพิจารณาให้เป็นอสม. อย่างไรก็ตามปัจจุบันกระบวนการคัดเลือกได้มีการปรับเปลี่ยน จากแบบ

สัมภาษณ์อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เป็นผู้มีส่วนในการคัดเลือก อสม. มากที่สุด ถึงร้อยละ 57.1 รองลงมา คือ กลุ่มอสม.มีการคัดเลือกกันเอง ร้อยละ 25.9 รายละเอียดตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของอสม. จำแนกตามรูปแบบการคัดเลือก อสม. (n=412)

รูปแบบการผ่านการคัดเลือก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกเอง	89	21.7
กลุ่มอสม.คัดเลือกกันเอง	108	25.9
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.	73	17.8
อสม.ร่วมกับผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	45	11.0
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.และผู้นำชุมชน	36	8.8
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม. ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	36	8.8
อื่นๆ: สมัชชา/ประธานชมรม /ผู้ใหญ่บ้าน/เพื่อนบ้าน เป็นผู้คัดเลือก	25	6.0
รวม	412	100.0

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. ร้อยละ 54.1 โดยส่วนใหญ่ร่วมกับเจ้าหน้าที่และกลุ่ม อสม. ทำการคัดเลือก อสม.ใหม่ (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. (n=90)

การมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	37	41.1
ร่วมกับเจ้าหน้าที่คัดเลือก	5	5.6
ร่วมกับกลุ่ม อสม. คัดเลือก	4	4.4
ร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	16	17.8
ร่วมกับเจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	27	30.0
อื่นๆ	1	1.1

เมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นของ อบต.และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับจำนวนหลังคาเรือนที่เหมาะสม ต่อ อสม. 1 คน ที่จะสามารถดูแลได้ทั่วถึง พบว่า อบต.และผู้นำชุมชนเห็นว่าจำนวนหลังคาเรือนที่เหมาะสมต่ออสม. 1 คน คือ ประมาณ 10 หลังคาเรือน ซึ่งตรงกับนโยบายของรัฐ

3.3.2 การสนับสนุนความรู้ และติดตามประเมินผล

เนื่องจากในปี 2547 - 2549 ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้หวัดนก ทำให้กรมควบคุมโรคติดต่อได้กำหนดแนวทางให้ใช้ระบบของ อสม. เป็นกลไกในการเฝ้าติดตามและรายงานสัตว์ปีกป่วยตาย และคนที่อาการลักษณะไข้หวัดใหญ่แฉะแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกแห่ง รวมทั้งจัดสรรงบประมาณ

ให้กับอสม.ในการดำเนินงานแต่ละชุมชน ดังนั้นผลการศึกษา จึงพบว่าสถานีนอามัยเกือบทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.8 มีการจัดอบรมความรู้ให้กับ อสม. โดยมีรูปแบบจัดอบรม 1-3 วัน ร้อยละ 73.3 โดยจัดประชุมที่หมู่บ้าน ร้อยละ 66.7 และพบว่าการใช้งบประมาณในการอบรม ได้จากสถานีนอามัย ร้อยละ 31.8 จาก อบต. ร้อยละ 27.3 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 22.7 ส่วนที่ไม่ใช้งบประมาณในการอบรม มีร้อยละ 36.4

รายละเอียดเนื้อหาในการอบรมและการประชุม พบว่า

- ความรู้ที่ให้ส่วนใหญ่เน้นเรื่อง การสร้างสุขภาพ (100 %) การป้องกันและเฝ้าระวังโรค (97.8 %) การคัดกรองโรคเบาหวานความดัน (95.7 %) อบรมเฉพาะกิจในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค (93.5 %) การส่งเสริมสุขภาพเด็ก (91.3 %) โครงการหลักประกันสุขภาพ (89.1 %)
- การจัดประชุมทำแผนประจำปี ร้อยละ 87.0 การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือกระบวนการประชาคม ร้อยละ 77.8 รายละเอียดตามตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้ อสม. ในเรื่องใดบ้าง

เนื้อหา/เรื่องที่ได้ให้ความรู้	การให้ความรู้		รูปแบบการให้ความรู้				งบประมาณ			
	ไม่มี	มี	ประชุมที่ สอ. ทุก เดือน	ประชุมที่ หมู่บ้าน	จัด อบรม 1-3 วัน	อื่นๆ	ไม่ ใช้	งบ สอ.	งบ อบต.	อื่นๆ
1. งานป้องกันและเฝ้าระวังโรค: ใช้หวัดนก ใช้เลือดออก	2.2	97.8	62.2	66.7	73.3	8.9	36.4	31.8	27.3	22.7
2. โครงการหลักประกันสุขภาพ	10.9	89.1	71.4	23.8	7.1	9.5	79.1	4.7	4.7	11.6
3. การสร้างสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย	0	100	57.1	38.1	23.8	7.1	48.8	14.0	23.3	25.6
4. การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือประชาคม	22.2	77.8	18.6	44.2	18.6	7.0	58.1	7.0	20.9	16.3
5. การประชุมจัดทำแผน ประจำปี	13.0	87.0	43.6	23.1	12.8	12.8	65.9	6.8	13.6	18.2
6. การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	4.3	95.7	55.8	53.5	16.3	4.7	38.6	38.6	11.4	20.5
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก	8.7	91.3	63.6	22.7	11.4	6.8	65.1	23.3	4.7	9.3
8. อบรมเฉพาะกิจในหมู่บ้านที่ มีการระบาดของโรค	6.5	93.5	40.9	52.3	9.1	6.8	52.3	18.2	25.0	13.6
9 อื่นๆ (งานอุบัติเหตุ นโยบาย เร่งด่วน)	91.3	8.7	4.3	6.5	0	97.8	0	0	2.2	0

จากการประเมินตนเองของอสม. เกี่ยวกับปัญหาการขาดความรู้พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. ประเมินตนเองว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 24.3 มีปัญหาน้อย ร้อยละ 56.0 และยังมีปัญหามาก ร้อยละ 19.7 และปัญหาเกี่ยวกับการขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน พบว่า ไม่มีปัญหา ร้อยละ 26.5 มีปัญหาน้อย ร้อยละ 52.1 และยังมีปัญหามาก ร้อยละ 21.4 ตามตารางที่ 24

ตารางที่ 24 แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=412)

ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	ไม่มีปัญหา	ระดับปัญหา	
		ปัญหาน้อย (1-50%)	ปัญหามาก (51-100%)
1. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	24.3	56.0	19.7
2. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน	26.5	52.1	21.4

อย่างไรก็ตามพบว่า อบต.และผู้นำชุมชน ให้ความคิดเห็นในเรื่อง อสม.ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน ร้อยละ 71.6 และปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน ร้อยละ 64.8 ตามตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำแนกตามความคิดเห็นต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=90)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย (%)		เห็นด้วย (%)	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. อสม. ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน	5.7	22.7	46.6	25.0
2. อสม. ยังมีปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน	5.7	29.5	38.7	26.1

สำหรับระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหมู่บ้าน พบว่าเจ้าหน้าที่มีการประเมินผลทุกแห่ง โดยใช้วิธีการเยี่ยมติดตามอสม. ร้อยละ 89.1 รองลงมาคือจากการรายงานของ อสม. (84.8 %) จากรายงานการเจ็บป่วย และรายงานของสถานีอนามัย รายละเอียดตามตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำแนกตามวิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=46)

วิธีประเมินผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการประเมินผลงาน	0	0
ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นกรณีเฉพาะกิจ	16	34.8
จากรายงานการเจ็บป่วย	31	67.4
จากการเยี่ยมติดตาม	41	89.1
จากรายงานของสถานีนานามัย	29	63.0
จากรายงานของ อสม.	39	84.8
ใช้ข้อมูล จปฐ.	18	39.1
อื่นๆ	4	8.7

3.3.3 การสนับสนุนงบประมาณ

จากตารางที่ 23 พบว่า การสนับสนุนงบประมาณการทำงานของอสม. ส่วนใหญ่ได้จากระบบงบประมาณของสถานีนานามัยที่ได้รับการจัดสรรจากจังหวัด โดยเฉพาะเกี่ยวกับงานป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดได้แก่ ไข้หวัดนก ไข้เลือดออกและไข้ฉี่หนู ส่วนงบประมาณที่ได้จากอบต. เน้นในเรื่องการสร้าง สุขภาพในชุมชน การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์กับการพัฒนา และการเฝ้าระวังโรคระบาดในพื้นที่เสี่ยง

สำหรับการจัดทำแผนงานของชุมชน พบว่าอบต. จำนวน 32 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 71.1 มีการประสานงานกับสถานีนานามัยเพื่อขอข้อมูลจากสถานีนานามัยมาใช้ในการจัดทำแผนพัฒนา โดยเฉพาะข้อมูลในเรื่องการจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี ข้อมูลประชากรครัวเรือน ข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น โรคไข้เลือดออก ฉี่หนู อาหารปลอดภัย เอดส์ ข้อมูลระบาดวิทยา ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ ชุมชนผู้สูงอายุ และ งานคุ้มครองผู้บริโภค

การจัดทำโครงการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอของบประมาณสนับสนุนจาก อบต. พบว่าสถานีนานามัยจำนวน 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.4 เสนอขอโครงการจาก อบต. ที่ไม่เสนอขอ 9 แห่ง ให้เหตุผลว่า ไม่ทราบว่าส่งแผนเข้าไปเสนอ อบต. ได้ตอนไหน 1 แห่ง (2.2 %) อบต. ไม่สนับสนุน 2 แห่ง (4.3 %) และเป็นงบประมาณที่ อบต. สนับสนุนให้อสม. อยู่แล้ว 6 แห่ง (13.0 %) โดยวงเงินงบประมาณที่เสนอขอ อยู่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 700,000 บาท

3.4 ศักยภาพและผลการดำเนินงานและการสนับสนุนชมรม อสม. ระดับจังหวัด

การจัดตั้งชมรมอสม.ระดับจังหวัด แม้ว่าเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา 14 ปี ผลการศึกษา พบว่า ชมรม อสม. ระดับจังหวัด มีโครงสร้างและการบริหารจัดการด้วยตัว อสม. เองค่อนข้างสูง จำนวน 29 แห่ง (65.9 %) อีกทั้งมีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆได้เป็นอย่างดี จำนวน 31 แห่ง (81.8 %) เนื่องจากใน 2-3 ปีที่ผ่านมา กongsสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้ไม่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนชมรมอสม. ดังนั้นการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับจังหวัด จึงขึ้นกับความสามารถของชมรมและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายละเอียดผลการศึกษา มีดังนี้

■ โครงสร้างและการบริหารจัดการของชมรมอสม.ระดับจังหวัด พิจารณาในเรื่อง

1. การจัดทำแผนเพื่อของงบประมาณจากหน่วยงานและองค์กรเอกชน โดยมีจำนวน 29 แห่ง (65.9 %ของกลุ่มตัวอย่าง) ที่มีการจัดทำแผนงาน และการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (20 แห่ง) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (15 แห่ง) / อบต. (6 แห่ง) / สปสช. (2 แห่ง) / ชมรมอสม.ระดับอำเภอ (2 แห่ง) / สสส. (1 แห่ง) / กองสลากกินแบ่งรัฐบาล (1 แห่ง) / ศูนย์ควบคุมโรคเขต 10 (1 แห่ง) / มูลนิธิเอ็ดส์แห่งประเทศไทย (1 แห่ง) / องค์กรพัฒนาชุมชน (1 แห่ง) และ กองทุนพัฒนาองค์กรเอกชน (1 แห่ง)

2. ระบบการคัดเลือกประธาน / กฏระเบียบของชมรม และการประชุม พบว่า

- การคัดเลือกประธานชมรมอสม. ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการของ อสม. ถึงร้อยละ 72.7 วิธีการโดยประธานชมรมอสม.อำเภอ ส่งชื่อผู้ที่สมควรได้รับการคัดเลือกทุกอำเภอๆละ 1 หรือ 3 คน ขึ้นกับระเบียบของแต่ละจังหวัด และให้มีการลงคะแนนกันในที่ประชุมของชมรม ส่วนวิธีการคัดเลือกที่มีเจ้าหน้าที่เข้าไปมีส่วนร่วม เพียงร้อยละ 27.3

- ชมรมอสม.จังหวัด มีการกำหนดกฏระเบียบของชมรม ถึงร้อยละ 97.7 และมีการบันทึกผลการประชุมทุกครั้ง ร้อยละ 88.6

- ความถี่ในการประชุมกรรมการชมรม อสม.ระดับจังหวัด 43 แห่ง พบว่า ปีที่ผ่านมา ชมรม อสม.ที่มีการประชุมทุกเดือน ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 2 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 3 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 9.3 (4 แห่ง) และประชุมน้อยกว่า 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 16.3 (7 แห่ง) เฉลี่ยประชุม จำนวน 8.23 ครั้งต่อปี (sd = 3.87) ต่ำสุดคือ 2 ครั้งต่อปี สูงสุดคือ 12 ครั้งต่อปี

- การกำหนดวาระการเป็นประธานชมรมอสม. พบว่า มีวาระ 4 ปี ร้อยละ 95.5

- การกำหนดคุณสมบัติการเป็นประธานชมรมอสม. พบว่า มีการกำหนดจำนวน 34 แห่ง (77.3%) ข้อกำหนดส่วนใหญ่ คือ ต้องเป็นประธานอำเภอ ร้อยละ 50

■ การเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

พบว่าส่วนใหญ่ชมรมอสม.จังหวัด ทำงานร่วมเป็นภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.8 โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมคิดแผน ร่วมประชุม และร่วมกิจกรรม จำแนกตามศักยภาพการดำเนินงานของชมรมอสม. ได้ดังนี้

- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสุขภาพ จำนวน 6 ชมรม
- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสังคม จำนวน 19 ชมรม
- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านการเกษตรและอาชีพ จำนวน 3 ชมรม
- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ชมรม

■ กิจกรรมการดำเนินงานของชมรมอสม.ระดับจังหวัด ที่พบส่วนใหญ่ในเรื่อง

- การจัดตั้งกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ระดับจังหวัด มีจำนวน 24 แห่ง (54.5 %) ไม่มีการจัดตั้งระดับจังหวัด แต่ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ในระดับอำเภอ เพื่อช่วยเหลือสมาชิกอสม.ที่ถึงแก่กรรมนั้น

- การจัดสวัสดิการให้กับกรรมการชมรมอสม. ระดับจังหวัด จำนวน 23 แห่ง (52.3 %) โดยสวัสดิการที่จัดให้ ได้แก่ เบี้ยประชุมและพาหนะ / ประกันอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัย / ช่วยเหลือเมื่อสมาชิกประสบภัยหรือภัยธรรมชาติ / ทุนการศึกษาบุตร / ศึกษาดูงาน

- การจัดตั้งสหกรณ์บริการอาสาสมัคร เพื่อเป็นทุนในการจัดทำร้านค้าหรือกองทุนให้กับชมรม อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยตั้ง จำนวน 34 แห่ง (77.3 %) เคยดำเนินงานแล้วเลิกไปแล้ว จำนวน 5 แห่ง (11.4 %) เนื่องจากนโยบายไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และที่ยังดำเนินการ มีเพียง 5 แห่ง (11.4 %) ได้แก่ กำแพงเพชร (จำหน่ายข้าวสาร อาหารกระป๋อง ของใช้ และถ่ายเอกสาร) สุรินทร์ (จำหน่ายปุ๋ยราคาปลอดดอกเบียร์) อุบลราชธานี (สินเชื่อด้านการเกษตร จัดกลุ่มอาชีพ) ชัยภูมิ (เป็นตัวกลางในการทำธุรกิจระหว่างอำเภอกับบริษัท) และขอนแก่น (ร่วมหุ้นเพื่อให้สมาชิกมีสิทธิกู้ยืมเงิน)

■ ความคิดเห็นต่อ ความเข้มแข็ง / ความพอใจ / ระบบสวัสดิการ

ส่วนใหญ่เห็นว่า ชมรมอสม.มีความเข้มแข็ง ร้อยละ 88.6 (39 คน) ไม่มีความเข้มแข็ง ร้อยละ 6.8 (3 คน) และไม่ตอบ ร้อยละ 4.5 (2 คน) เหตุผลที่ไม่ตอบเพราะไม่สามารถประเมินได้ แต่ประธานอสม.เห็นว่าชมรมสามารถอยู่ได้ และให้ความช่วยเหลือได้บ้างกับสมาชิกอสม.ที่เดือดร้อน สำหรับความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของชมรมอสม. พบว่า ประธานอสม.ส่วนใหญ่มีความพอใจถึงร้อยละ 79.5 (35 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 20.5 (9 คน)

■ สิ่งที่ชมรมอสม.จังหวัดอยากทำเพิ่ม คือ การพัฒนาศักยภาพให้อสม.ทำงานและพึ่งตนเองได้ โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่สั่ง และชมรมบางจังหวัด ต้องการเพิ่มกิจกรรมของชมรม เช่น

การเยี่ยมเยียนตนเอง โดยชมรมอสม.จังหวัดไปเยี่ยมชมรมอสม.อำเภอ การจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล (ซึ่งปัจจุบันมีการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลแล้ว ร้อยละ 34.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด)

■ การจัดระบบสวัสดิการเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งที่ต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคตคือ

1. ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นนิติบุคคล ทั้งระดับ ประเทศ ถึง ระดับจังหวัด

2. ควรมีสวัสดิการ 2 รูปแบบ คือ

2.1 ด้านคุณค่า ในการสร้างความภาคภูมิใจการเป็นอสม.

2.2 ด้านการเงิน ควรให้ค่าตอบแทนกับอสม. เงื่อนไขดังนี้

- อสม.ที่สูงอายุ และอสม.ที่พิการ
- ให้สวัสดิการครอบครัว เมื่ออสม.เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ-ธรรมชาติ หรือ อสม.ที่ทำงานมานาน 10-20 ปี หรือ เป็นอสม.ดีเด่น
- ให้ทุนสำหรับอสม. ในด้านการประกอบอาชีพ-การศึกษา

ทั้งนี้ระบบสวัสดิการที่มีให้แล้วนั้น ต้องการให้มีการปรับปรุงค่อนข้างมาก เป็นเรื่องค่าลดหย่อนอัตราค่าโดยสาร ค่าช่วยเหลือรักษาพยาบาล และการจัดสรรโควตาบุตร-ธิดาของ อสม. ในการเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข

■ ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานชมรม อสม.ระดับ จังหวัด

1. ตัว อสม. ต้องมีความมุ่งมั่น จริงใจ มีอุดมการณ์ต่อการเป็น อสม.เพื่อสังคม มีความสามัคคี เสียสละ และรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และประสานงานได้ทุกภาคส่วน ที่สำคัญต้องมีภาวะผู้นำ เป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ มีความรู้การบริหารคน และทุน

2. การจัดการของชมรม อสม. ต้องมีการประชุมอย่างต่อเนื่องของชมรมทุกระดับ เพื่อให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีที่ตั้งชมรม อสม.จังหวัด เป็นสัดส่วน และมีกติกาในการสรรหา 'ผู้นำชมรมอสม.ระดับจังหวัด'

3. เจ้าหน้าที่ ต้องเป็นจุดประสานพลังของ อสม.จังหวัด ร่วมรับผิดชอบ และเป็นพี่ที่ปรึกษาที่ดี รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน เป็นหน่วยสนับสนุนภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณ และความรู้วิชาการ ให้ความร่วมมือ และสร้างขวัญกำลังใจให้ อสม.ทำงาน 'เชิงอาสา '

■ ความคิดเห็นต่อบทบาทของอสม.ที่ควรปรับเปลี่ยน

ประธานชมรมอสม.จังหวัดส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบทบาทของ อสม. ไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพ เท่านั้น แต่ควรมีบทบาททางสังคมในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง การพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษาและด้านพัฒนาศาสนา โดยผลการศึกษากการให้ระดับคะแนนต่อบทบาททางสังคม ที่คิด

ว่าควรเป็นบทบาทของอสม. จากคะแนนเต็ม 3 พบว่า อสม.เห็นว่าบทบาทการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทางการเมืองสูงสุด คือได้คะแนนเฉลี่ย 2.39 รองลงมา คือ บทบาททางเศรษฐกิจ การพัฒนาการศึกษาและการพัฒนาศาสนาในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย คือ 2.24, 2.15 และ 2.08 ตามลำดับ

■ ประโยชน์ที่อสม.ได้รับจากชมรมอสม.ระดับตำบล / อำเภอ / จังหวัด / ประเทศ

1. การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับตำบล

ผลการศึกษาประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน จำนวน 122 คน พบว่า เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับตำบล จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ประธานชมรม อสม.ระดับหมู่บ้าน เข้าร่วมกับชมรม อสม.ระดับตำบล ได้แก่

- การระดมพลอสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 89 คน ร้อยละ 78.8
- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 89 คน ร้อยละ 76.1
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 58 คน ร้อยละ 51.3
- กิจกรรมอื่น เช่น อื่นๆ หมายถึง การจัดกิจกรรม walk rally ความรู้ การรณรงค์ใช้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย จำนวน 6 คน ร้อยละ 5.3

โดยประธานอสม.ระดับหมู่บ้าน ให้ความเห็นต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับตำบล ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 53.0 และ ได้มาก ร้อยละ 31.9

2. การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับอำเภอ

ประธานอสม.ระดับหมู่บ้าน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม มีดังนี้

- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 79 คน ร้อยละ 76.01
- การระดมพล อสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 67 คน ร้อยละ 78.8
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 52 คน ร้อยละ 50.0
- กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ รณรงค์ใช้เลือดออก พิษสุนัขบ้า หวัดนก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ความดัน ดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพจิต จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.7

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านให้ความเห็น ต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอสม.ระดับอำเภอ ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 46.2 และ ได้มาก ร้อยละ 36.5

3) การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับจังหวัด

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 49.18 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม มีดังนี้

- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 43 คน ร้อยละ 71.7
- การระดมพลอสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 39 คน ร้อยละ 65.0
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 31 คน ร้อยละ 51.7

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านให้ความเห็น ต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับจังหวัด ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 45.0 และได้มาก ร้อยละ 38.3

4) การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับประเทศ

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.66 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม มีดังนี้

- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 8 คน ร้อยละ 61.5
- การระดมพลอสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 7 คน ร้อยละ 53.8
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 6 คน ร้อยละ 46.2

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านให้ความเห็น ต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับประเทศ ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 46.1 และได้มาก ร้อยละ 38.5

ความคิดเห็นของ อบต.และผู้นำชุมชน ต่อบทบาทของชมรม อสม.ระดับตำบล ในด้านการพัฒนาสุขภาพ พบว่า อบต.และผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่รู้จักชมรม อสม.ระดับตำบล จำนวน 78 คน ร้อยละ 86.7 และให้ความเห็นว่าชมรม อสม.ระดับตำบลมีบทบาทค่อนข้างมากกับการพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการระดมพล อสม. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ร้อยละ 71.1 และมีบทบาทในการพัฒนาองค์กรอสม. ร้อยละ 63.3 และ การจัดหาสวัสดิการให้กับ อสม. ร้อยละ 57.8

ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล ที่เคยเข้าร่วมกับกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับจังหวัด ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกับชมรม อสม. ระดับตำบล ร้อยละ 97.7 ระดับอำเภอ ร้อยละ 93.2 รายละเอียดตามตารางที่ 27

ตารางที่ 27 กิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (n=44)

ระดับชมรม อสม.	เคยร่วมกิจกรรมกับชมรม		ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (%)			
	ไม่เคย	เคย	ระดมพล อสม. / เล่นกีฬา	ประชุมพัฒนา องค์กร/ สวัสดิการ	ประชุม พัฒนา ความรู้	อื่นๆ
ชมรม อสม. ระดับตำบล	2.3	97.7	75.0	63.6	86.4	9.1
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ	6.8	93.2	70.5	52.3	72.7	4.5
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	59.1	40.9	27.3	15.9	25.0	4.5
ชมรม อสม. ระดับภาค	88.6	11.4	2.3	4.5	6.8	2.3
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	93.2	6.8	2.3	0	2.3	2.3

3.5 หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนการทำงานแก่ อสม.

ในการสอบถามความคิดเห็นของ อสม. ต่อหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่สนับสนุนการทำงานของ อสม. พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในความสำเร็จของ อสม. มากที่สุด รองลงมาคือ อบต. และผู้นำชุมชน ส่วนครูและพระ และชมรม อสม. ระดับจังหวัดและระดับประเทศ มีส่วนร่วมในความ สำเร็จของอสม.ค่อนข้างน้อย รายละเอียดตามตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของ อสม.

หน่วยงาน	ระดับการมีส่วนร่วมในความสำเร็จของ อสม.					
	ไม่มี	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	ไม่มี ความเห็น
เจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาล	0.8	1.5	7.0	33.2	54.2	3.3
อบต.	5.0	9.0	23.7	34.6	15.5	12.2
ครูและบุคลากร	17.2	14.0	21.1	10.1	2.5	35.1
พระภิกษุและกรรมการวัด	21.4	11.1	12.5	9.3	3.4	42.3
ผู้นำชุมชน/กลุ่มองค์กรต่างๆ	9.5	8.5	25.3	24.4	12.4	19.9
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	16.8	11.1	15.1	15.1	6.3	35.6
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	27.2	4.7	5.7	3.0	1.2	58.2

รูปแบบที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆให้การสนับสนุน การทำงานของอสม. พบว่า

- อสม. ร้อยละ 40.3 ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน
- อสม. ร้อยละ 37.7 ได้รับการสนับสนุนจากชมรมอสม.จังหวัด ในเรื่องการอบรมความรู้
- ครู และพระ/กรรมการวัด มีบทบาทค่อนข้างน้อยในการสนับสนุนการทำงาน อสม.
- ชมรม อสม.ระดับประเทศ ไม่มีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของ อสม.

รายละเอียดตามตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ

สิ่งที่สนับสนุนให้กับอสม.	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (n=395)	อบต. (n=381)	ครู (n=337)	พระและ กรรมการ วัด (n=381)	ผู้นำ ชุมชน (n=381)	ชมรม อสม. จังหวัด (n=381)	ชมรม อสม. ประเทศ (n=381)
1. เครื่องมืออุปกรณ์	63.3	20.1	3.6	5.1	8.4	9.9	4.9
2. การประชุมอบรมให้ความรู้	91.9	21.7	29.9	21.3	39.4	37.7	9.4
3. งบประมาณ	36	72.2	2.7	0.3	13.7	13.9	2.5
4. แนวทางการดำเนินงาน	75	22.5	29.3	17.8	40.3	34	11.5
5. การจัดสวัสดิการ / ให้ขวัญกำลังใจ	60.5	19	6.0	6.0	23.5	24.7	3.1

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการสร้างนวัตกรรมใหม่ที่สนับสนุนหรือหนุนเสริมให้ อสม.

มีความรัก ความผูกพันระหว่างกันและทุ่มเทการทำงานให้กับชุมชน ควรมีรูปแบบดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มออมทรัพย์ อสม.
2. มีการฟื้นฟูและศึกษาคนเพื่อพัฒนาชุมชน
3. มีการประชุมกันทุกเดือน
4. สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น มีการให้เงินเดือนหรือค่าตอบแทน การให้เกียรติยกย่อง การมีสวัสดิการให้ อสม. การรักษาพยาบาล สนับสนุนการศึกษาของบุตร อสม.
5. ควรมีการประเมินการทำงานของ อสม.
6. มีงบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
7. ให้ความสำคัญกับ อสม.

4. วิเคราะห์ระบบสวัสดิการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.

จากการสัมภาษณ์ อสม. ในประเด็นความพอใจต่อผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม. พบว่า อสม. พอใจค่อนข้างมากกับความรู้ที่ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.9 รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้ (85.8 %) การได้เรียนรู้การรวมกลุ่มและการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน (80.0 %) การได้รับการยกย่องนับถือจากชุมชน (52.8 %) และได้รับสวัสดิการจากการทำหน้าที่เป็น อสม. ร้อยละ 47.1 สำหรับผลตอบแทนที่ได้รับค่อนข้างน้อย คือ ค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยง อสม.ไม่ได้รับ ร้อยละ 42.0 หรือได้รับน้อย ร้อยละ 28.8 และการได้เหรียญเชิดชู/บัตรประกาศนียบัตร (ตารางที่ 30)

ตารางที่ 30 ร้อยละระดับความพอใจของผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.

ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.	ระดับความพอใจ (%)				
	ไม่ได้รับ	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง	42.0	28.8	17.0	8.8	3.4
2. ได้รับการยกย่อง/นับถือ	6.1	15.4	25.7	40.5	12.3
3. ได้ความรู้เพิ่มขึ้น	0.5	3.4	9.2	57.5	29.4
4. ได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน	0.5	6.8	12.7	50.2	29.8
5. ได้เหรียญเชิดชู/บัตรประกาศนียบัตร	4.1	11.5	10.5	16.7	12.2
6. ได้สวัสดิการที่ได้รับจากการทำหน้าที่เป็น อสม.	11.1	17.8	24.0	27.1	20.0
7. สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้	1.5	2.9	9.8	53.4	32.4

สำหรับระบบสวัสดิการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดให้ อสม.นั้น พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ทราบเกี่ยวกับ สวัสดิการในเรื่องการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล และสิทธิพิเศษการเข้าพักห้องพิเศษ รวมทั้งการให้ทุนช่วยเหลือบุตร ส่วนการยกเว้นค่าโดยสาร พบว่าไม่ค่อยทราบ (รายละเอียดตามตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละการรับทราบระบบสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่ทราบ		ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	32	7.8	380	92.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนทั่วไป	92	22.5	316	77.5
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา	98	24.0	310	76.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง	175	43.5	227	56.5

การใช้สวัสดิการของอสม. พบว่า อสม.เคยใช้ หรือเคยได้รับสวัสดิการส่วนใหญ่ในเรื่อง ค่าลดหย่อนการเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 67.2 ส่วนสวัสดิการที่อสม.ไม่ค่อยได้รับ คือ การใช้สิทธิพิเศษเข้าพักห้องพักรักษาพิเศษ ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา และการลดหย่อนค่าโดยสารตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 32

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละการได้รับสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่เคยได้รับ		เคยได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (n=380)	122	32.8	250	67.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป (n=316)	231	75.7	74	24.3
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา (n=310)	261	85.0	46	15.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง (n=227)	190	84.4	35	15.6

ในการจัดสวัสดิการให้กับ อสม. โดยอบต. พบว่า อบต.มีการจัดสวัสดิการให้ อสม. จำนวน 15 อบต. คิดเป็นร้อยละ 32.6 และไม่มีการจัดสวัสดิการให้ จำนวน 31 อบต. คิดเป็นร้อยละ 67.4 โดย อบต.และผู้นำชุมชน มีข้อคิดเห็นต่อแนวทางสนับสนุนการทำงานของอสม. ดังนี้

1. ร่วมปฏิบัติโครงการและกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
2. ให้กำลังใจ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือชาวบ้าน
3. สนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นหรือแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เช่น การแนะนำการเขียนโครงการต่างๆ เพื่อเสนอของบประมาณ
4. ให้ความร่วมมือและป้องกันการรักษาโรค
5. ประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านต่างๆ ของงาน อสม. เช่น ประกาศข่าวสารด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าว
6. สนับสนุนงบประมาณ
7. จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการต่างๆ
8. การประสานงานต่างๆ เช่น การจัดหางบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ
9. ร่วมเป็นวิทยากร / เป็นที่ปรึกษา

สำหรับข้อเสนอแนะการจัดระบบสวัสดิการของประธานชมรมอสม.ระดับจังหวัด ที่เสนอสิ่งที่ต้องการให้มีการจัดสวัสดิการเพิ่มขึ้นในอนาคตคือ

1. ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นนิติบุคคล ทั้งระดับประเทศ ถึง ระดับจังหวัด
2. ควรมีสวัสดิการ 2 รูปแบบ คือ
 - 2.1 ด้านคุณค่า ในการสร้างความภาคภูมิใจการเป็น อสม.
 - 2.2 ด้านการเงิน ควรให้ค่าตอบแทนกับอสม. เงื่อนไขดังนี้
 - อสม.ที่สูงอายุ และอสม.ที่พิการ
 - ให้สวัสดิการครบถ้วน เมื่อ อสม. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุธรรมชาติ หรือ อสม.ที่ทำงานมานาน 10-20 ปี หรือ เป็นอสม.ดีเด่น
 - ให้ทุนสำหรับอสม. ในด้านการประกอบอาชีพ-การศึกษา

ส่วนความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ ต้องการให้มีการปรับปรุงระบบสวัสดิการค่อนข้างมากในเรื่องค่าลดหย่อนอัตราค่าโดยสาร ค่าช่วยเหลือรักษาพยาบาล และการจัดสรรโควตาบุตรธิดาของอสม.ในการเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มเติมรูปแบบสวัสดิการที่มีอยู่แล้วได้แก่

1. การจัดกิจกรรมในลักษณะชมรมสุขภาพ เช่น การแข่งขันกีฬา
2. การพบปะสังสรรค์ ทำบุญของ อสม.
3. การศึกษาดูงาน การจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
4. การยกย่องเชิดชูเกียรติ อสม. เช่น การมอบเหรียญรางวัล อสม. ดีเด่น
5. ค่าชดเชยการเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัว

ส่วนข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อระบบสวัสดิการที่ยังไม่มีการดำเนินการ คือ

1. ควรจะทำการวางแผนการใช้งบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
2. จัดสวัสดิการให้กับ อสม. เช่น เงินฌาปนกิจ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง
3. สนับสนุนการศึกษาดูงาน
4. มีเงินเดือนให้กับ อสม.
5. การเพิ่มสวัสดิการหรือมีค่าตอบแทน
6. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน
7. จัดประชุมทุกเดือนเพื่อให้ได้พบปะกัน

5. ประเมินคุณค่าของ อสม. ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้นำชุมชนและ อบต. ต่อบทบาทของ อสม. ในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่พอใจการดำเนินงานของ อสม. ถึงร้อยละ 86.2 (81 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 13.8 (13 คน)

สำหรับความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของ อสม. พบว่าผู้นำชุมชน และ อบต. เห็นว่าประชาชนยอมรับ อสม. มาก ร้อยละ 95.5 และเห็นว่า อสม. เป็นกลไกที่ยังจำเป็นต้องมีในหมู่บ้าน ร้อยละ 80.7 อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 95.8 และสามารถจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 67.7 (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 33 ความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=88)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ประชาชนในหมู่บ้านยอมรับ อสม. มาก	1.1	3.4	43.2	52.3
2. ทุกวันนี้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพจาก อสม. มาก	1.1	9.1	52.3	37.5
3. อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี	0	4.5	37.5	58.0
4. อสม. มีความสามารถในการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี	5.7	25.0	45.4	23.9
5. ปัจจุบันเจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการและจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ไม่จำเป็นต้องมี อสม. ในหมู่บ้าน	62.5	18.2	10.2	9.1

บทบาทของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นว่า อสม. มีบทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมค่อนข้างมาก คือ บทบาทการเฝ้าระวังโรค มากที่สุด ร้อยละ 88.8 รองลงมาคือ การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ร้อยละ 74.5 การคุ้มครองสิทธิ ร้อยละ 56.7 การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ร้อยละ 54.4

ส่วนบทบาทของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและอบต. เห็นว่ามีค่อนข้างน้อย คือ การพัฒนาการศึกษา (73.2 %) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานีนอนมัย (65.2 %) การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (63.9 %) การจัดบริการสุขภาพ (60.0 %) การพัฒนาด้านศาสนา (57.5 %) และการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง (52.2 %) ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 34)

ตารางที่ 34 ร้อยละของระดับบทบาทในการทำงานของอสม. ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่มีบทบาท (0%)	มีบทบาทในการทำงาน (%)			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (n=90)	3.3	2.2	20.0	56.7	17.8
2. การจัดบริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การจ่ายยา ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ วัดความดัน ฯลฯ (n=90)	8.9	13.3	37.8	22.2	17.8
3. การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย (n=90)	5.6	5.6	34.4	40.0	14.4
4. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=89)	4.5	1.1	5.6	52.8	36.0
5. การคุ้มครองสิทธิ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับสิทธิ์ 30 บาท รักษาทุกโรค (n=90)	2.2	12.2	28.9	34.5	22.2
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานอนามัย หรือ โรงพยาบาล (n=89)	10.1	20.2	34.9	20.2	14.6
7. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (n=86)	26.7	11.6	25.6	31.4	4.7
8. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน (n=86)	27.9	11.6	33.7	21.1	4.7
9. การพัฒนาด้านศาสนา เช่น เป็นกรรมการวัด ศาสนพิธีต่างๆ (n=87)	19.5	12.6	25.4	29.9	12.6
10. การกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การไปใช้เสียงเลือกตั้ง (n=90)	11.1	11.1	30.0	26.7	21.1

ความคิดเห็นต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไขปัญหาของอสม. พบว่า ความรู้ความสามารถของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นว่ามีค่อนข้างมาก คือ การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 66.7 และการระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขพัฒนาหมู่บ้าน ร้อยละ 50.6 นอกจากนั้น เห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถค่อนข้างน้อย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การเขียนแผนงานโครงการ (69.7%) การเป็นวิทยากรกระบวนการ/การเป็นผู้นำการประชุมในชุมชน (67.7%) การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง (64.5%) การระดมทุน (62.2%) การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน (62.2%) การติดตามงบประมาณเพื่อใช้แก้ไขปัญหาหมู่บ้าน (61.8%) การประเมินผลโครงการ (60.0 %) การกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน (58.8 %) และการบริหารงบประมาณ (51.7 %) ตามลำดับ (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 ร้อยละของระดับความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในหมู่บ้าน ของ อสม.

ความรู้ความสามารถในเรื่องการบริหารจัดการ	ไม่มีความ สามารถ (0%)	ระดับความสามารถ (%)			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้าง น้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง/ความต้องการของ ชุมชน (n=90)	10.0	11.1	43.4	32.2	3.3
2. การกำหนดทิศทางการพัฒนาแก้ไขปัญหาของ หมู่บ้าน (n=90)	6.7	11.1	41.0	35.6	5.6
3. การเขียนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาของ หมู่บ้าน (n=89)	9.0	12.4	48.3	20.2	10.1
4. การติดตามงบประมาณในการนำมาใช้แก้ไข ปัญหาหมู่บ้าน (n=89)	11.2	11.2	39.4	29.2	9.0
5. การประเมินผลติดตามโครงการที่ดำเนินการต่างๆ ในหมู่บ้าน (n=90)	11.1	15.6	33.3	31.1	8.9
6. การนำทรัพยากรต่างๆ ของหมู่บ้านใช้เป็น ประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหามูลบ้านได้ (n=90)	12.2	17.8	25.6	40.0	4.4
7. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและ เอกชนมาร่วมแก้ไขปัญหามูลบ้านได้ (n=90)	2.2	10.0	21.1	47.8	18.9
8. การบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่วางไว้ (n=89)	7.9	13.5	30.3	33.7	14.6
9. การระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขพัฒนาหมู่บ้าน (n=89)	7.9	12.4	29.1	36.0	14.6
10. การเป็นวิทยากรกระบวนการ (n=90)	13.3	21.1	33.3	26.7	5.6
11. การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน(n=90)	12.2	17.8	30.0	26.7	13.3
12. การระดมทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (n=90)	12.2	18.9	31.1	27.8	10.0

แม้ว่า ผู้นำชุมชนและ อบต. จะเห็นว่าความรู้ความสามารถของ อสม. ในด้านการพัฒนาสุขภาพ
ค่อนข้างน้อยก็ตาม แต่เมื่อเทียบกับบทบาทขอแพทย์ประจำตำบล หมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ พบว่า
อสม. มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขในชุมชนมากกว่าทุกกลุ่ม ตามตารางที่ 36 และยังเห็นว่า
กลไกการทำงานของอสม. ยังเป็นกลไกที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน (ตารางที่ 37)

ตารางที่ 36 ร้อยละของระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชนของกลุ่ม
ต่างๆ ในชุมชน

กลุ่มที่มีบทบาท ในการให้บริการสุขภาพในชุมชน	ระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุข (%)				
	ไม่มี บทบาท (0%)	น้อย (1-25%)	ค่อนข้าง น้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
หมอฟันบ้าน (n=87)	21.9	28.7	26.4	23.0	0
แพทย์ประจำตำบล (n=87)	28.7	25.3	23.0	13.8	9.2
หมอเสนารักษ์ (n=87)	56.4	18.4	19.5	5.7	0
อสม. (n=89)	1.1	9.0	11.2	46.1	32.6
อื่นๆ (n=89)	96.7	1.1	1.1	1.1	0

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อความเหมาะสมของกลไก อสม. ในการพัฒนา
สุขภาพด้านสุขภาพในชุมชน

ความเหมาะสมของกลไก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	37	80.4
ไม่เหมาะสม	9	19.6

สิ่งที่ผู้นำชุมชนและอบต. มีความประทับใจ ต่อบทบาทของ อสม. ในเรื่อง

1. การให้ความรู้และการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยร่วมมือกับชาวบ้าน ในการกำจัดยุงลาย
2. การเสียสละเวลาเพื่อส่วนรวม ความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน
3. ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ และพัฒนาส่วนรวม
4. เป็นผู้นำต้นแบบโรบิค
5. การควบคุม การป้องกัน และการเฝ้าระวังโรคต่างๆ
6. การดูแลสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ
7. การประชาสัมพันธ์และการบริการประชาชน
8. การบริการการทำบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค
9. ช่วยเหลือทุกอย่างในหมู่บ้าน เช่น งานเทศบาล และในชุมชน
10. การสำรวจข้อมูลต่างๆ

11. บทบาททางด้านสาธารณสุข เช่น ฉีดวัคซีนแกัพิษสุนัขบ้า ให้คำแนะนำในการรักษาโรคต่างๆ

12. การบริจาคเลือด

นอกจากนี้ผู้นำชุมชนและอบต.ได้เสนอภาพอสม.ที่พึงประสงค์ โดยมองกิจกรรมที่อสม.ควรดำเนินร่วมกับชุมชนในเรื่อง

1. การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจากสาธารณสุข
2. การจัดทำข้อมูลของหมู่บ้าน
3. คอยรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
4. ร่วมกันทำประชาคมระหว่างหมู่บ้าน
5. ร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังโรคภัยในหมู่บ้าน เช่น รณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องความสะอาด

การกำจัดลูกน้ำยุงลาย

6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
7. การดำเนินกิจกรรมพื้นฐาน
8. เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย
9. เขียนแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน
10. ช่วยเหลือและให้ความรู้แก่ผู้ที่ติดยาเสพติด แข่งขันกีฬาจำนยาเสพติด
11. ส่งเสริมให้ชุมชนปลูกผักปลอดสารพิษ
12. ประสานงานการทำงานในภาพรวมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ
13. เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาบ้าน วัด และโรงเรียน
14. ตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ชั่งน้ำหนักเด็ก
15. จัดทำแผนงบประมาณประจำปีของ อบต.
16. ติดตามผลงานของ อสม. ในตำบล

6. ประมวลปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของอสม.

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. พบว่าปัญหาที่อสม.ตอบว่าเป็นปัญหามาก คือ ชาวบ้าน ไม่เห็นความสำคัญของ อสม. ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือ อสม.ทำงานยากขึ้น เนื่องจากไม่ได้ความร่วมมือจากชุมชน ร้อยละ 26.8 อสม.ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ร้อยละ 25.5 และ อสม.ส่วนใหญ่ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 21.4

ส่วนปัญหาที่อสม.ตอบว่าค่อนข้างน้อย คือ เรื่องขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ร้อยละ 56.0 อสม.ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน ร้อยละ 46.0 และ อสม.ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน ร้อยละ 33.6 รายละเอียดตามตารางที่ 38

ตารางที่ 38 แสดงร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างอสม. (n=412)

ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	ไม่มีปัญหา	ระดับปัญหา (%)	
		ปัญหาน้อย (1-50%)	ปัญหามาก (51-100%)
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	24.3	56.0	19.7
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน	26.5	52.1	21.4
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	35.8	38.7	25.5
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน	53.3	33.6	13.1
ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของ อสม.	26.6	46.0	27.4
อสม.ทำงานยากขึ้น ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน	27.1	46.1	26.8
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	38.2	46.0	15.8

อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนของ อสม. พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ งบประมาณไม่ชัดเจน ติดขัดในการใช้ ร้อยละ 43.1 ชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 37.3 และนโยบายของอบต.ไม่ได้พัฒนาองค์กร อสม. ร้อยละ 15.0

สำหรับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. มีรายละเอียดตามตารางที่ 39

ตารางที่ 39 ร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. (n=46)

สิ่งต่อไปนี้ เป็นปัญหาและอุปสรรคใน การปฏิบัติงานของ อสม.	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา (%)			
		น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. อสม. ไม่สามารถพัฒนาความรู้และ ทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	19.6	34.8	32.6	13.0	0
2. อสม. ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	6.5	26.1	15.2	39.1	13.0
3. อสม. ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการ ทำงานของตน	13.0	37.0	37.0	10.9	2.2
4. ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของการ ทำงานของ อสม.	6.5	23.9	21.7	37.0	10.9
5. อสม. ทำงานยากขึ้น เพราะไม่ได้รับ ความร่วมมือจากชุมชน	6.5	28.3	23.9	30.4	10.9
6. อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	2.2	19.6	32.6	30.4	15.2
7. อบต. ไม่สนับสนุนงบประมาณการ ทำงานให้กับ อสม.	23.9	19.6	28.3	19.6	8.7
8. อบต. ไม่เห็นความสำคัญของการ ทำงานอสม.	23.9	28.3	23.9	19.6	4.3
9. อื่นๆ (เศรษฐกิจ, อสม. ไม่ค่อยอยู่ใน หมู่บ้าน)	97.8	0	0	2.2	0

ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ
เรื่อง

1. การดำเนินงานยังไม่จริงจัง
2. ขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ
3. ผู้นำและประชาชนบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของ อสม.
4. การเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องยาก
5. ประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพน้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ และไม่
ค่อยมีการดูแลสุขภาพตนเอง
6. การประสานงานและการสื่อความหมายที่ไม่ตรงกัน
7. แรงจูงใจในการทำงานของ อสม. สวัสดิการต่างๆ
8. กระบวนการคัดเลือก อสม. การพัฒนา อสม.
9. ภารกิจครบครัน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว
10. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

11. งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

7. อภิปรายผลข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา อสม.

7.1 การทดสอบความแตกต่างศักยภาพระหว่างกลุ่มประธานอสม. กับ อสม.ทั่วไป

ทดสอบความแตกต่างในเรื่องความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทการทำงาน ความรู้สึกต่อการได้รับผลตอบแทน สวัสดิการ และปัญหาอุปสรรค พบว่า

1) **ความรู้ของอสม.** จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่า คะแนนความรู้ของประธานอสม. (คะแนนเฉลี่ย 13.8 คะแนน, $sd = 2.6$ คะแนน) มีคะแนนสูงกว่า คะแนนของอสม.ทั่วไป (คะแนนเฉลี่ย 13.1 คะแนน, $sd = 2.8$ คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % $p\text{-value} = 0.027$

- ความรู้ข้อที่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม มี 2 ข้อคำถาม คือ
 - คำถามข้อที่ 17 : การทำงานหรือการใช้แรงงานหนักในการทำนา ทำสวน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง
 - คำถามข้อที่ 19 : การกินยาแก้ท้องเสีย เช่น คออักเสบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้นแล้วเลิกกินยาแก้ท้องเสียได้ทันที

■ เมื่อทดสอบในแต่ละกลุ่มในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การใช้อุปกรณ์ และการอ่านคู่มือหรือหนังสือพิมพ์ผสม./อสม. พบว่า

- กลุ่มประธานอสม. ความรู้ในกลุ่มมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการใช้อุปกรณ์ และความรู้กับการอ่านคู่มือหรือหนังสือพิมพ์ นั่นคือ ความรู้มากจะมีการใช้อุปกรณ์จำนวนครั้งมากขึ้น และสัมพันธ์กับการอ่านคู่มือและหนังสือพิมพ์
- ในกลุ่มอสม.ทั่วไป พบว่า ความรู้ ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ และ การอ่านคู่มือหรือหนังสือพิมพ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

2) **ทักษะความสามารถ** ในภาพรวมจำนวนความถี่ของการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ใน ศสมช. 9 รายการ พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประธานอสม. กับกลุ่มอสม.ทั่วไป โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่มีความแตกต่างความถี่ในการใช้ คือ ป้อนขวดใช้หรือเทปวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต การจ่ายยาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน การใช้ชุดปฐมพยาบาล เช่น ยาแดง การทำแผลสำหรับเครื่องมือที่ไม่มีความแตกต่างความถี่ในการใช้ทั้งสองกลุ่ม คือ แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การใช้ชุดสาริตการแปรงฟัน การใช้แผ่นวัดสายตา การใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก และ การใช้ยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร

สำหรับการอ่านคู่มือและหนังสือพิมพ์ พบว่า มีความแตกต่างกันในกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่มอสม.ทั่วไป กลุ่มประธานอสม.ที่ไม่เคยอ่านมีเพียงร้อยละ 18.5 ในขณะที่กลุ่มอสม.ทั่วไป มีร้อยละ 35.6

3) **บทบาทของอสม.** บทบาทการทำงานของ อสม. พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มประธาน อสม.กับกลุ่มอสม.ทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ใน ทุกบทบาท ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการให้คำแนะนำ การตรวจโรค ความคิดริเริ่มงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรและ การเจรจาต่อรองสิทธิ

4) **ความรู้สึกต่อผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็นอสม.** พบว่า มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่ม อสม. ทั่วไป ผลตอบแทนที่รู้สึกแตกต่างกันได้แก่

- การได้รับการยกย่องนับถือของชาวบ้าน
- การได้รับความรู้เพิ่มขึ้น
- การได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน
- การได้รับเหรียญเชิดชู และบัตรประกาศนียบัตร

สำหรับผลตอบแทนที่ทั้งสองกลุ่มรู้สึกไม่แตกต่างกัน คือ

- การได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง
- การได้สวัสดิการที่ได้รับจากการทำหน้าที่เป็นอสม.
- การสามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัว / ชุมชนได้

สำหรับการรับทราบเกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆจากการเป็น อสม. พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่ม อสม.ทั่วไป ในเรื่อง การได้รับสิทธิพิเศษเข้าพักผ่อนพิเศษ การได้รับทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา และการได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง ส่วนการรับทราบสวัสดิการที่ไม่แตกต่างกัน คือ การได้รับค่าลดหย่อนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนการเคยได้รับหรือใช้สิทธิในสวัสดิการ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการใช้สิทธิแตกต่างกัน ในเรื่องการได้รับทุนช่วยเหลือบุตรและได้สิทธิเข้าพักผ่อนพิเศษ ส่วนค่าลดหย่อนค่ารักษาและค่าเดินทาง ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มใช้สิทธิไม่แตกต่างกัน

5) **ปัญหาอุปสรรคในการทำงานด้านสุขภาพของชุมชน** พบว่า ไม่มีความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่ม อสม.ทั่วไป

7.2 การวิเคราะห์ภาพรวมของการทำงานอสม.

ในการวิเคราะห์สรุปภาพรวมศักยภาพของ อสม. ได้แบ่งระดับศักยภาพออกเป็น 5 ดาว โดยกำหนดความหมาย ดังนี้

☆☆☆☆☆ หมายถึง มีศักยภาพสูง

☆☆☆☆ หมายถึง มีศักยภาพค่อนข้างสูง

☆☆☆ หมายถึง มีศักยภาพปานกลาง

☆☆ หมายถึง มีศักยภาพค่อนข้างต่ำ

☆ หมายถึง มีศักยภาพต่ำ

หน้าที่ความรับผิดชอบของอสม.	ศักยภาพ	ข้อเสนอแนะ
1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข	☆☆☆	ส่วนใหญ่ทำตามคำสั่งของจนท. แต่ศักยภาพของอสม.ยังไม่สามารถคิดหรือทักษะเพราะขาดความรู้ อีกทั้งเครื่องมือ ไม่พร้อม เช่น ไม่มีหอกระจายข่าว หรือมีแต่ใช้ไม่เป็น ซึ่งถ้าอสม.มีเครื่องมืออยู่กับมือจะสามารถพัฒนางานในส่วนนี้ได้มากขึ้น
2. ให้คำแนะนำ - ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (อาหาร การออกกำลังกาย)	☆☆☆	พบว่ายังมีปัญหาเรื่องขาดความรู้ที่ถูกต้องในบางเรื่อง เช่น การสูบบุหรี่ หรือ วิธีออกกำลังกายที่ถูกต้อง
- ด้านการควบคุมโรค (ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก)	☆☆☆☆ ☆	เป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่เน้นย้ำประจำ และเป็นภาคปฏิบัติที่อสม.ทำตลอดเวลา ทำให้มีทักษะมากกว่างานด้านอื่นๆ อีกทั้งอบต.เริ่มมีบทบาทในการควบคุมดูแลโรคประจำถิ่น ทำให้อบต.จัดสรรงบประมาณ และหนุนเสริมการทำงานในด้านนี้ค่อนข้างมาก
- ด้านการป้องกันโรค (การฉีดวัคซีน)	☆☆	จากนโยบาย 30 รักษาทุกโรค หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ไปคลอดที่โรงพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ติดตามเด็กมารับวัคซีนได้ครอบคลุม โดยไม่ต้องผ่านกลไกของอสม. แต่ความครอบคลุมในเรื่องการฉีดวัคซีนยังมีปัญหาในแรงงานต่างด้าว และ พวกที่อาศัยอยู่

		ตามแนวชายขอบ ซึ่งในส่วนนี้ยังต้องการอาศัยกลไกของอสม. เข้าไปค้นหา ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องวิเคราะห์ว่า พื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวหรือไม่ ถ้ามี ต้องมีการเพิ่มเติมความรู้ให้กับอสม. เพื่อค้นหาเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมารับวัคซีน
3.การถ่ายทอดความรู้		
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	☆	เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ จึงจำเป็นต้องเพิ่มความรู้ให้กับอสม. ทั้งนี้กระบวนการให้ความรู้ควรปรับเปลี่ยนเป็น การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเครือข่าย หรือการจัดทำโรงเรียนอสม. หรือ การใช้ระบบนิเทศสัมพันธ์ ไม่ควรใช้รูปแบบการอบรมเดิมๆ เพราะไม่เหมาะสมกับอสม.
- ด้านการควบคุมโรค	☆	
- ด้านการป้องกันโรค	☆☆	
4.การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น		
- การรักษาพยาบาล	☆	ด้วยความรู้และทักษะของอสม.ปัจจุบันพบว่าเป็นการยากที่จะให้อสม.ทำหน้าที่เป็นเสมือนบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจวินิจฉัยโรค ซึ่งไม่เป็นการแก้ไขระบบความเจ็บป่วยของชาวบ้าน
- การปฐมพยาบาล	☆	แต่ควรให้อสม.วิเคราะห์สาเหตุของโรคแบบองค์รวม คือ ให้เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของชุมชน
- การตรวจวัดความดันโลหิต	☆	ทำอย่างไรให้อสม.สามารถเชื่อมโยงการให้บริการที่ไม่แยกส่วนเฉพาะการรักษา เช่น
- การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ	☆	การรู้จักเชื่อมโยงปัญหาโรคที่เกิดจากอาหาร สามารถเชื่อมโยงกับโครงสร้างอาหารของชุมชน วิเคราะห์หน่วยผลิต และการจัดการอาหารของชุมชนตนเองได้ ซึ่งจะทำให้อสม.
- การส่งต่อผู้ป่วย	☆☆☆	เข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหลักสูตรการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เป็นวิถีชีวิตของชุมชน

- การติดตามดูแลผู้ป่วย	☆	
5.การหมุนเวียนปฏิบัติงานที่ศสมช.	☆	การจัดตั้ง ศสมช.ที่ผ่านมาเป็นการบูรณาการของนโยบาย ทำเหมือนกันทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นภาระ และงบประมาณไม่สนับสนุน อีกทั้งยังเป็นเรื่องงานที่ทับซ้อนกับเจ้าหน้าที่ ดังนั้นการดำเนินงานศสมช.จึงควรขึ้นกับปัญหาและความเหมาะสมของพื้นที่ว่าจำเป็นหรือไม่
6.กิจกรรมการเฝ้าระวังและป้องกัน		
- ด้านโภชนาการเด็ก	☆ ☆	ทำเรื่องนมแม่ได้ดี แต่ชั่งน้ำหนักยังวิเคราะห์เรื่องขาดสารอาหารไม่ได้
- ด้านหญิงมีครรภ์	☆ ☆ ☆	หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ไปอนามัย
- โรคระบาด/โรคติดต่อประจำถิ่น	☆ ☆ ☆ ☆	
7.เป็นผู้นำชุมชน		
- การบริหารจัดการวางแผน	☆	เขียนโครงการไม่เป็น ไม่สามารถขอทุน ไม่สามารถรวมกลุ่ม
- การแก้ไขปัญหา/พัฒนาชุมชน	☆ ☆	เนื่องจากอสม.เป็นผู้หญิง บทบาทจะไม่เด่น มักไม่มีความคิดริเริ่ม จึงต้องเสริมบทบาท
- งบประมาณ	☆	การอบรมควรเน้นสร้างกระบวนการให้เป็นนักคิดมากขึ้น
8.คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของชุมชน	☆ ☆	บทบาทน้อย เพราะไม่มีกระบวนการคิด ทำงานขึ้นกับคำสั่งเจ้าหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบในการคุ้มครองสิทธิให้ชาวบ้านได้
9.แกนนำการประสานงานผู้นำ	☆ ☆ ☆	
10. การวางแผน	☆	
11.สำรวจ/จัดทำฐานข้อมูลชุมชน	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	เป็นจุดเด่นของอสม. เพราะทุกกระทรวงมักสั่งการให้อสม.เป็นผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูล ปัญหาคือข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกัน
12. ด้านเศรษฐกิจชุมชน	☆ ☆	น้อย
13. ด้านสังคมภายในชุมชน	☆ ☆ ☆	วัดดี เพราะเป็นกรรมการวัด แต่โรงเรียนไม่ค่อยมีบทบาท

ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา อสม.

- การให้ความรู้ ควรเน้นการทำวชนสัมพันธ์ มากกว่าการอบรม สิ่งที่ต้องพัฒนาคือ การสร้างเครื่องมือในการนิเทศสัมพันธ์ นั่นคือ การใช้กระบวนการที่เจ้าหน้าที่ไปพบปะกับอสม. เพื่อเยี่ยมเยียนและให้ความรู้ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในขณะที่ยกไป
- การเพิ่มความรู้ให้กับอสม. ควรจำแนกกลุ่ม อสม. ดังนี้
 - กลุ่มอสม.ใหม่ ควรจัดการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานในด้านการดูแลสุขภาพ
 - กลุ่มอสม.เก่า พัฒนาความเป็นผู้นำมากขึ้น โดยเน้นหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน
- ทักษะความสามารถของอสม. ปัจจุบันจึงเป็นเพียงแค่การจัดการการเฝ้าระวังโรคท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ คือ โรคไข้เลือดออก ได้แก่คว่ำกะลา ปล่อยลูกน้ำยุงลาย แจกทรายอะเบท, การรายงานสัตว์ปีกป่วยตายในหมู่บ้านในโรคไข้หวัดนก และการฉีดยาให้กับสุนัขเพื่อป้องกันพิษสุนัข ซึ่งได้รับยาจากปศุสัตว์อำเภอเท่านั้น จำเป็นต้องพัฒนาการเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือการประชุม และการเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ) ให้มีความสามารถมากยิ่งขึ้น

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา

1. หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นยุทธศาสตร์หลักที่ทำให้งานสาธารณสุขในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น และเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้นำเอาอุดมคติของการทำงานเพื่อชุมชนเข้ามาสู่ระบบสาธารณสุขอย่างจริงจัง ยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง จนมีอาสาสมัครมากกว่า 700,000 คนทั่วประเทศ

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่เป็นระยะและมีการประเมินผลอยู่บ้าง แต่ในช่วง 1 ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสเรื่องงานสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลง ในขณะที่สถานการณ์ด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นนโยบายการพัฒนาประเทศในด้านการสาธารณสุข เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล ซึ่งปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะ รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ ตลอดจนมีการพยายามนำเอาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปร่วมในภารกิจใหม่ด้านอื่น ๆ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องยาเสพติด และรวมทั้งมีบทบาทอื่นในสังคม

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการที่ผ่านมา นั้น หน่วยงานสาธารณสุขและอื่น ๆ ใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ และยังขาดการประเมินวิเคราะห์ให้เห็นชัดเจนว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ ทำงานอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขใดในปัจจุบัน มีศักยภาพแท้จริงอยู่ตรงจุดไหนในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานในอนาคตสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ของโลกปัจจุบัน

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานสุขภาพ และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปัจจุบัน
2. เพื่อประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมและสุขภาพใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
3. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเหมาะสม

3. แนวทางการดำเนินงาน

โครงการประเมินศักยภาพ อสม. นี้ มีวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจัดแบ่งกิจกรรมการดำเนินงานโครงการออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 งานศึกษาเชิงคุณภาพ

ประมวลข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา ผ่านการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มในกลุ่มคนทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ประเด็นและทิศทางการประเมินผลสถานการณ์การดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจน โดยดำเนินการทั้ง 2 กิจกรรมหลักควบคู่ไปพร้อมกัน คือ

1. วิเคราะห์เนื้อหาจากกระบวนการทำงานสุขภาพชุมชน และโครงสร้างระบบงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลไกการสนับสนุนที่มีอยู่ โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง

เพื่อแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจกรอบงานของโครงการ และระดมความคิดเห็นให้ได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องในภาพรวม จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน 4 ภาค
- ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน
- เครือข่ายชมรมหมออนามัย
- ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต. และอบจ.)
- นักวิชาการที่ติดตามสถานการณ์งานสุขภาพชุมชน
- ตัวแทนจากองค์กรทุนสนับสนุน อาทิ สสส., สวรส., สปสช.
- ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) สนับสนุนการจัดทำบทความวิชาการที่มีการวิเคราะห์เนื้อหา จัดทำเป็นบทความวิชาการสำคัญ ๆ ที่สะท้อนบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และศึกษากรณีตัวอย่างบทบาท อสม. ในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ดังตัวอย่างประเด็นการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพใหม่ ๆ ดังนี้

- การสร้างเสริมสุขภาพท้องถิ่น
- การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย
- การควบคุมโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- การควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ
- โรคติดต่อ โรคระบาดใหม่ ๆ เช่น เอชไอวี

- อื่น ๆ ที่ได้จากการระดมความเห็นและทบทวนเอกสาร
- 4) รวบรวมและวิเคราะห์เนื้อหาในภาพรวม
- 5) พัฒนารอบแนวคิดการประเมินศักยภาพ และกระบวนการวิเคราะห์การวิจัยเพื่อนำไปสู่การศึกษาเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 งานศึกษาเชิงปริมาณ

พัฒนารอบแนวคิด กระบวนการวิจัยที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลโดยการศึกษาเชิงปริมาณ รวมทั้งการวิเคราะห์และประเมินผล และนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในช่วง 1 ทศวรรษต่อจากนี้ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน 2 ประการ คือ

- 1) พัฒนารอบแนวทางและกระบวนการวิจัยในเชิงปริมาณ มีแนวทางการดำเนินงาน คือ
 - พัฒนารอบแนวคิดการศึกษา และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ
 - ดำเนินการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 8 จังหวัด
 - รวบรวมแบบสอบถาม จัดหมวดหมู่ข้อมูล และประมวลเนื้อหาให้เป็นระบบ
 - วิเคราะห์ข้อมูล
- 2) วิเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในช่วง 1 ทศวรรษต่อไป โดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ
 - ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง
 - นำเสนอผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
 - ปรับแก้ผลการศึกษา

ส่วนที่ 3 กระบวนการจัดการงานวิจัย

- 1) สัมภาษณ์ผู้รู้ และจัดสนทนากลุ่ม (focus group) กับบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข
- 2) การเยี่ยมชมดูงานกับ อสม. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน (site visit)
- 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการศึกษาทั้งหมด
- 4) สังเคราะห์ผลการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในภาพรวม
- 5) นำเสนอสู่เวทีต่าง ๆ และ เผยแพร่ลงเว็บไซต์ และเอกสารวิชาการอื่น ๆ

4. งบประมาณ รวม 870,000 บาท

สนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

5. ระยะเวลาดำเนินงาน

มีนาคม 2549 – กรกฎาคม 2549

6. หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 0-2590-1498, 0-2590-1352

7. คณะทำงานผู้รับผิดชอบโครงการ

1. น.พ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
2. น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
3. นายประชาธิป กะทา นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) สามารถประเมินและรับรู้ถึงกระบวนการทำงาน และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกันมากน้อยเพียงใด

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วง 1 ทศวรรษต่อจากนี้

3) นำเสนอเนื้อหาเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554)

ภาคผนวกที่ 1

สรุปข้อมูลแบบสอบถามประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน ประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด ที่ส่งแบบสอบถามกลับ 44 คน จาก 75 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 58.7 เป็นเพศชาย 38 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 ของอสม.ทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง 6 คน (13.6 %) อายุเฉลี่ย 54.83 ปี (sd=8.83) อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 75 ปี

- สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 88.6 , โสด (4.5 %) , หม้าย/ร้าง (4.5 %) และ หย่า (2.4%)
- อาชีพหลัก คือ เกษตรกร (45.5 %) รองลงมา คือ ค้าขาย (22.7 %) , รับจ้าง (11.4%) , ธุรกิจ รับเหมาก่อสร้าง (6.8%), เปิดร้านค้าในชุมชน (4.5 %) , ข้าราชการเกษียณ (4.5 %) และ ร้อยละ 2.3 เป็น ผู้บริหารท้องถิ่น ช่างซ่อมเฟอร์นิเจอร์
- จบการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.4 รองลงมา คือ ปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 13.6, มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.4, ปวช./ปวส. ร้อยละ 9.1 และ ประถมศึกษา ร้อยละ 4.5 จำนวนประธานอสม.ที่ยังศึกษาหาความรู้ต่อ เพียงร้อยละ 19.1 โดยศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี 3 คน, อนุปริญญา 2 คน, สายอาชีพ 2 คน และมัธยมศึกษา 1 คน
- ระยะเวลาการเป็นอสม. เฉลี่ย 19.9 ปี (sd = 6.39) ระยะเวลาสั้นที่สุด 7 ปี มากสุด 27 ปี
- ระยะเวลาการเป็นประธานอสม.ระดับจังหวัด เฉลี่ย 6.29 ปี (sd =3.89) ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากสุด 14 ปี
- จำแนก ประธานชมรมอสม.จังหวัด ตามภูมิภาค ได้ดังนี้
 - ภาคเหนือ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคเหนือ
 - ภาคกลาง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคกลาง
 - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - ภาคใต้ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคใต้
- ทักษะความสามารถของประธานอสม. ระดับจังหวัด พบว่า ร้อยละ 65.9 เป็นนักจัดรายการวิทยุชุมชน หรือ หอกระจายข่าว / ร้อยละ 61.4 สามารถเป็นวิทยากร หรือ ผู้ดำเนินรายการเวทีในการอบรมอสม. / ร้อยละ 18.8 เป็นหมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอเป่า / ร้อยละ 18.8 เชี่ยวชาญในการใช้สมุนไพร และการปลูกต้นไม้

- บทบาทตำแหน่งอื่นๆ พบว่า

- บทบาทในกระทรวงมหาดไทย มีค่อนข้างมาก คือ บทบาทการเป็นอภิม.ร้อยละ 65.9 และกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 54.6 สำหรับบทบาทการเป็นผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน / กรรมการสภาตำบล / ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล มีเพียงร้อยละ 11.4 / 4.5 / 4.5 / 2.3 และ 2.3 ตามลำดับ
- บทบาทในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่อนข้างน้อย คือ เป็นกรรมการในอบจ. ร้อยละ 2.3 และ กรรมการในอบต. ร้อยละ 11.4 (ประธานอบต. 1 คน / นายกอบต. 1 คน / รองนายกอบต. 2 คน และสมาชิกอบต. 1คน)
- บทบาทในกระทรวงศึกษาธิการ คือ เป็นกรรมการสถานศึกษา ร้อยละ 50
- บทบาทในกระทรวงเกษตร คือ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านเกษตรชีวภาพ / ปุ๋ยหมัก / น้ำหมัก ร้อยละ 29.5 และ อาสาปศุสัตว์ผสมเทียมสัตว์ ร้อยละ 2.3
- บทบาทอื่นๆ มีเพียงต่ำกว่า ร้อยละ 5 ในตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ ฝ่ายตรวจสอบกิจการสหกรณ์เครดิตยูเนี่ยน / ประธานประชาคม /อาสาสมัครประชาธิปไตย / กรรมการควบคุมคุณภาพบริการสถานพยาบาล / ผู้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในชุมชน

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด

สถานที่ตั้งของชมรมอสม.ระดับจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.2 (41 แห่ง) ตั้งอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีที่ตั้งในสถานที่อื่น ร้อยละ 6.8 (3 แห่ง) คือ ตั้งที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดยะลา 1 แห่ง / เป็นที่เอกเทศของชมรมจังหวัดพิจิตร 1 แห่ง และตั้งในสถานที่อบจ.จังหวัดอำนาจเจริญ 1 แห่ง

ผลการศึกษาดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

- 1) การคัดเลือกประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด
- 2) กฎระเบียบของชมรมอสม. ระดับจังหวัด
- 3) ผลการดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด
- 4) ปัญหาอุปสรรค การสนับสนุน และระบบสวัสดิการ

1) การคัดเลือกประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด

จากจำนวนชมรมอสม.ระดับจังหวัด 44 จังหวัด พบว่า การคัดเลือกประธานชมรมอสม.จังหวัดส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการของอสม. ถึงร้อยละ 72.7 วิธีการโดยประธานชมรมอสม. ระดับอำเภอ

ส่งชื่อผู้ที่สมควรได้รับการคัดเลือกทุกอำเภอๆละ 1 หรือ 3 คน ขึ้นกับระเบียบของแต่ละจังหวัด และให้มีการลงคะแนนกันในที่ประชุมของชมรม ส่วนวิธีการคัดเลือกที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปมีส่วนร่วม มีเพียงร้อยละ 27.3

2) กฎระเบียบของชมรม อสม. ระดับจังหวัด

ผลการศึกษา พบว่า นั่นคือ

- ชมรมอสม. ระดับจังหวัดมีการกำหนดกฎระเบียบของชมรม ร้อยละ 97.7 มีเพียง 1 แห่ง ที่ไม่มีการกำหนดกฎระเบียบและไม่มีการประชุมเลยในปีที่ผ่านมา สำหรับการบันทึกผลการประชุม พบว่า บันทึกทุกครั้ง ร้อยละ 88.6 และบันทึกเป็นบางครั้ง ร้อยละ 9.1
- ความถี่ในการประชุมกรรมการชมรมอสม.ระดับจังหวัด 43 แห่ง พบว่า ปีที่ผ่านมา ชมรมอสม.ที่มีการประชุมทุกเดือน ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 2 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 3 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 9.3 (4 แห่ง) และประชุมน้อยกว่า 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 16.3 (7 แห่ง) เฉลี่ยประชุม จำนวน 8.23 ครั้งต่อปี (sd = 3.87) ต่ำสุดคือ 2 ครั้งต่อปี สูงสุดคือ 12 ครั้งต่อปี
- การกำหนดวาระการเป็นประธานชมรมอสม.จังหวัด พบว่า มีวาระ 4 ปี ร้อยละ 95.5 (42 แห่ง) และวาระ 2 ปี ร้อยละ 4.5 (2 แห่ง) ทั้งนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงการเป็นประธานชมรมอสม.จังหวัด พร้อมกับวาระของชมรมประธานอสม. ระดับประเทศ คือ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75 สำหรับระเบียบการกำหนดสมัยการเป็นติดต่อกันนั้น พบว่า มีระเบียบห้ามเป็นประธานอสม.ติดต่อกันเกิน 2 สมัย จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.3 นอกนั้น ไม่มีข้อกำหนด จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.7
- การกำหนดคุณสมบัติการเป็นประธานชมรมอสม.จังหวัด พบว่า มีการกำหนดคุณสมบัติ จำนวน 34 แห่ง (77.3%) ไม่มีการกำหนด จำนวน 10 แห่ง (22.7 %) ข้อกำหนดส่วนใหญ่ คือ ต้องเป็นประธานอำเภอ ร้อยละ 50 หรือ เป็นกรรมการบริหารระดับจังหวัด / อำเภอ 17.6 หรือ เป็น อสม.ตั้งแต่ 5-10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.8

3) ผลการดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด

การดำเนินงานของชมรมอสม.ระดับจังหวัดนั้น พบว่า

3.1) การจัดทำแผนเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ

พบว่า ชมรมอสม.ที่มีการจัดทำแผน มีจำนวน 29 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 65.9 และที่ไม่จัดทำแผนของบประมาณ จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.1 แหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานชมรมอสม.ระดับจังหวัด พร้อมจำนวนงบประมาณสนับสนุน มีรายละเอียด ดังนี้

- **องค์การบริหารส่วนจังหวัด** : จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.9 ของชมรม อสม.ที่ได้รับทุนทั้งหมด ได้แก่ นครพนม (500,000 บาท), ขอนแก่น (1,000,000 บาท), ภูเก็ต (120,000 บาท),สมุทรสงคราม (800,000 บาท), ยโสธร (57,000 บาท), ฉะเชิงเทรา (1,780,000 บาท), สุราษฎร์ธานี (600,000 บาท), กำแพงเพชร (25,000 บาท), อำนาจเจริญ (1,500,000 บาท), พังงา (330,000 บาท), ร้อยเอ็ด (1,800,000 บาท), แม่ฮ่องสอน (100,000 บาท), พัทลุง (50,000 บาท), หนองบัวลำภู (150,000 บาท), นครราชสีมา (2,000,000 บาท), ราชบุรี (600,000 บาท), อุตรธานี (1,150,000 บาท), นครสวรรค์, หนองคาย และ มหาสารคาม

- **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล (อบต.)**: จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของชมรม อสม.ที่ได้รับทุนทั้งหมด ได้แก่ พะเยา (10,000 บาท), บุรีรัมย์ (30,000 บาท), พังงา (10,000 บาท) , นครราชสีมา (500,000 บาท) , ราชบุรี (50,000 บาท) และ หนองคาย

- **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** : จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.6 ของชมรม อสม.ที่ได้รับทุนทั้งหมด ได้แก่ บุรีรัมย์ (50,000 บาท), ชัยนาท (30,000 บาท), กาฬสินธุ์ (100,000 บาท), ยะลา (1,000,000 บาท), ราชบุรี (450,000 บาท), เชียงใหม่ (300,000 บาท), กระบี่ (250,000 บาท), อำนาจเจริญ, ยโสธร, สุราษฎร์ธานี, หนองคาย, เลย, ร้อยเอ็ด, แม่ฮ่องสอน และ หนองบัวลำภู

- **ศูนย์ควบคุมโรคเขต 10** : ได้แก่ ตรัง (150,000 บาท)
- **องค์กรพัฒนาชุมชน (อพช.)** : ได้แก่ นครนายก (500,000 บาท)
- **กองสลากกินแบ่งรัฐบาล** : ได้แก่ ขอนแก่น (200,000 บาท)
- **สปสช.** : ได้แก่ พิจิตร (417,000 บาท) และนครสวรรค์
- **สสส.** : ได้แก่ เลย (80,000 บาท)
- **มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย** : ได้แก่ เพชรบูรณ์ (150,000 บาท)
- **คณะกรรมการเลือกตั้งประจำจังหวัด** : ได้แก่ อุตรธานี (350,000 บาท)
- **ชมรมอสม.ระดับอำเภอ** : ได้แก่ พิษณุโลก และกระบี่
- **กองทุนพัฒนาองค์กรเอกชน** : ได้แก่ อำนาจเจริญ (350,000 บาท)

นั่นคือ ชมรมอสม.ระดับจังหวัด มีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถจัดทำแผนและของงบประมาณจากหน่วยงานของรัฐได้ค่อนข้างมาก

3.2) การเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

พบว่า มีชมรมอสม. ที่ไม่เป็นภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กรใดๆ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.1 และเป็นภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กร จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.8 จากการศึกษาสามารถจำแนกหน่วยงานหรือองค์กรภาคีเครือข่าย เป็น 2 ส่วน คือ

- หน่วยงานต่างๆของภาครัฐ ได้แก่ อบจ. / อบต. / ฝ่ายปกครอง / พัฒนาชุมชน / เกษตร / พัฒนาสังคม / กรมประมง / กกต.จังหวัด / ศตจ. / ปสส. / สภาเกษตรกร
- หน่วยงานภาคประชาสังคม เช่น ประชาคมสุขภาพ / หมอพื้นบ้าน / ชมรมผู้สูงอายุ/ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค / ชมรมสร้างสุขภาพ / เครือข่ายวัฒนธรรม / คุ้มครองสิทธิ / สมาคมหมออนามัย / เครือข่ายส่งเสริมประชาธิปไตยจังหวัด / ชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม / พอช. / ศุภนิมิต / มูลนิธิวิชาชีพไทยและสมาคมพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง

พบว่า ส่วนใหญ่ชมรมอสม. มีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่ร่วมทำงาน ตั้งแต่ร่วมคิดแผน ประชุม และร่วมกิจกรรม หากพิจารณาแบ่งศักยภาพของชมรมอสม. โดยพิจารณาภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วม สามารถแบ่งได้ ดังนี้

1. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสุขภาพ จำนวน 6 ชมรม ได้แก่
 - พัทลุง มีภาคีเครือข่ายกับหมอพื้นบ้าน และ ประชาคมสาธารณสุข
 - ร้อยเอ็ด มีภาคีเครือข่ายกับผู้สูงอายุ ชำราชการบ้านาญ และกลุ่มแม่บ้าน
 - ยโสธร มีภาคีเครือข่ายกับชมรมผู้สูงอายุ
 - สุรินทร์ มีภาคีเครือข่ายกับคณะกรรมการแผนพัฒนาสุขภาพของสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และเป็นอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ
 - แม่ฮ่องสอน มีภาคีเครือข่ายกับอาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค และชมรมผู้สูงอายุ
 - นครราชสีมา มีภาคีเครือข่ายกับ สสส. และเป็นอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งแผนพัฒนาของจังหวัด
2. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสังคม จำนวน 19 ชมรม ได้แก่
 - พิษณุโลก, สมุทรสงคราม, ขอนแก่น, ยะลา, ชัยภูมิ, กาฬสินธุ์, ลพบุรี, หนองบัวลำภู, ตรัง, ศรีสะเกษ มีภาคีเครือข่ายกับ อบจ./ อบต./ เครือข่ายองค์กรพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - นครนายก มีภาคีเครือข่ายกับพอช.
 - ภูเก็ต มีภาคีเครือข่ายกับสมาคมประชาคมจังหวัด
 - ราชบุรี มีภาคีเครือข่ายในด้านกลุ่มสตรีอาสา และอาสาสมัครพัฒนาสังคม

- เลย มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคมและประชาคมสังคมจังหวัด
 - เพชรบุรี มีภาคีเครือข่ายกับกกต.จังหวัด และอาสาพัฒนาสังคม
 - เชียงใหม่ มีภาคีเครือข่ายกับอพม.
 - อุตรธานี มีภาคีเครือข่ายกับกกต.ประจำจังหวัด และ อบจ.
 - ชัยนาท มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคม, แรงงาน และ กกต.จังหวัด
 - ลพบุรี มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคม และการสร้างสุขภาพ
3. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านการเกษตรและอาชีพ จำนวน 3 ชมรม ได้แก่
- มหาสารคาม มีภาคีเครือข่ายกับ อพม. และอาสาสมัครเกษตรด้านบัญชี
 - อุบลราชธานี มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาชุมชน และเกษตรอำเภอ
 - ระนอง มีภาคีเครือข่ายกับกรมประมง และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
มนุษย์
4. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม จำนวน 8
ชมรม ได้แก่
- อำนาจเจริญ มีภาคีเครือข่ายในด้านพิทักษ์สิทธิ สิ่งแวดล้อม และชมรมคนรัก
ป่า รวมทั้งชมรมสร้างสุขภาพ
 - พะเยา มีภาคีเครือข่ายกับสมัชชาสุขภาพจังหวัด และเครือข่ายประกันสุขภาพ
จังหวัด, มูลนิธิรักษ์ไทย, สถาบันพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง, เครือข่ายส่งเสริม
ประชาธิปไตยระดับจังหวัด, สมาคมหมออนามัยจังหวัด และชมรมสร้างสุขภาพ
จังหวัด
 - นครสวรรค์ มีภาคีเครือข่ายกับชมรมคนรักบึงบอระเพ็ด และการพัฒนา
คุณภาพชีวิตสู่คุณธรรม
 - ฉะเชิงเทรา มีภาคีเครือข่ายกับอพช. ในโครงการแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเอง
และการแก้ไขปัญหาความยากจนร่วมกับ ศตจ. / ปชส.
 - สุราษฎร์ธานี, ลำปาง มีภาคีเครือข่ายกับกลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และชมรม
สร้างสุขภาพ
 - พิจิตร มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคม, เครือข่ายวัฒนธรรม
คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ
 - พังงา มีภาคีเครือข่ายกับสภาเกษตรกรไทย และองค์กรคามิลโล-เซนต์เดวิด-
ศุภนิมิต
 - ลำปาง มีภาคีเครือข่ายกับชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และชมรมสร้างสุขภาพ

3.3) การพัฒนาชมรมอสม.ระดับจังหวัด โดยการจัดตั้งเป็นสมาคม หรือมูลนิธิ เพื่อเป็นนิติบุคคล

พบว่า ชมรมอสม. ที่จัดตั้งเป็นนิติบุคคลแล้ว (ปีที่จัดตั้ง) มีจำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.1 ของชมรมอสม.กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยจัดตั้งเป็น

- มูลนิธิอสม. ได้แก่ เพชรบูรณ์ (2541), ศรีสะเกษ (2537), นครราชสีมา (2542) และ อุบลราชธานี (2549) เชียงใหม่ (2545)
- สมาคมชมรมจังหวัด ได้แก่ ตราด (2547) , ชัยนาท (2548), นครสวรรค์ (2549), ร้อยเอ็ด (2547), ขอนแก่น (2547) และมหาสารคาม (2549)
- สมาคมอสม. ได้แก่ ตรัง (2549), ราชบุรี (2547)
- สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา (2549)
- สหกรณ์อสม. ได้แก่ ชัยภูมิ

ชมรมอสม.ที่กำลังเตรียมดำเนินการจดทะเบียนเพื่อจัดตั้งเป็นนิติบุคคลนั้นมีจำนวน 14 แห่ง (32.8 %) และชมรมอสม.ที่ยังไม่พร้อมและมีปัญหาความเข้าใจและขั้นตอนการจดทะเบียนจำนวน 15 แห่ง (34.1 %)

3.4) กิจกรรมที่ชมรมอสม.ระดับจังหวัด ดำเนินงานให้กับสมาชิกอสม. มีดังนี้

■ **การจัดตั้งฌาปนกิจสงเคราะห์ระดับจังหวัด** พบว่า มีการจัดตั้งจำนวน 24 แห่ง (54.5 %) ไม่มีการจัดตั้งระดับจังหวัด แต่มีระดับอำเภอ จำนวน 20 แห่ง (45.5 %) ในเรื่องการช่วยเหลือสมาชิกอสม.ที่ถึงแก่กรรมนั้น มีตั้งแต่ค่าช่วยเหลือจัดงาน 500 บาท (จำนวน 1 แห่ง) จนถึงช่วยเหลือศพละ 5,000 - 70,000 บาท (จำนวน 13 แห่ง) หรือชมรมบางแห่งให้การช่วยเหลือศพ คนละ 3 -10 บาทต่อศพ (จำนวน 5 แห่ง)

■ **การจัดสวัสดิการให้กับกรรมการชมรมอสม. ระดับจังหวัด** พบว่า ไม่มีการจัดสวัสดิการให้ จำนวน 21 แห่ง (47.7 %) และมีการจัดสวัสดิการให้ จำนวน 23 แห่ง (52.3 %) โดยสวัสดิการที่จัดให้ ได้แก่

- เบี้ยประชุมและพาหนะ จำนวน 5 แห่ง
- ประกันอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัย จำนวน 4 แห่ง
- ช่วยเหลือเมื่อสมาชิกประสบภัยหรือภัยธรรมชาติ จำนวน 4 แห่ง
- ทุนการศึกษาบุตร จำนวน 2 แห่ง
- ศึกษาดูงาน จำนวน 2 แห่ง

■ **การจัดตั้งสหกรณ์บริการอาสาสมัคร** เพื่อเป็นทุนในการจัดทำร้านค้าหรือกองทุนให้กับชมรมอสม. พบว่า

- ไม่เคยตั้งสหกรณ์บริการอสม. จำนวน 34 แห่ง (77.3 %)
- เคยดำเนินงานแล้วเลิกกันไป จำนวน 5 แห่ง (11.4 %) เนื่องจากนโยบายไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง

- ยังมีการดำเนินการ เพียง 5 แห่ง (11.4 %) ได้แก่
 - : กำแพงเพชร (จำหน่ายข้าวสาร อาหารกระป๋อง นมกล่อง กาแฟกระป๋อง ของใช้เบ็ดเตล็ดต่างๆ และถ่ายเอกสาร)
 - : สุรินทร์ (มีการทำธุรกิจจำหน่ายปุ๋ยให้สมาชิกในราคาปลอดดอกเบี้ย)
 - : อุบลราชธานี (เปลี่ยนชื่อเป็นสหกรณ์การเกษตรอสม. เพื่อช่วยเหลือสินเชื่อ ด้านการเกษตร จัดกลุ่มอาชีพ)
 - : ชัยภูมิ (เป็นตัวกลางในการทำธุรกิจระหว่างอำเภอกับบริษัท)
 - : ขอนแก่น (ร่วมหุ้นเพื่อให้สมาชิกมีสิทธิกู้ยืมเงิน)

4) ความคิดเห็นต่อความเข้มแข็งและความพอใจการทำงานของชมรมอสม.

ประธานอสม.ระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เห็นว่า ชมรมอสม.ระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง ถึงร้อยละ 88.6 (39 คน) ไม่มีความเข้มแข็ง ร้อยละ 6.8 (3 คน) และไม่ตอบ ร้อยละ 4.5 (2 คน) เหตุผลไม่ตอบคือ ไม่สามารถประเมินความสำเร็จ แต่ประธานอสม.ให้ความเห็นว่าชมรมสามารถอยู่ได้ และให้ความช่วยเหลือได้บ้างกับสมาชิกอสม.ที่เดือดร้อน

เหตุผลที่ประธานอสม. ใช้พิจารณา ความเข้มแข็ง ของชมรมอสม. คือ

1. อสม. มีความสามัคคีให้ความร่วมมือในการทำงาน
2. โครงสร้าง อสม. เป็นระบบ และมีรูปแบบชัดเจน
3. ชาวบ้านยอมรับและเชื่อถือ อสม.
4. มีการประชุมทุกเดือน และมีการทำงานต่อเนื่อง
5. ชมรมบางแห่ง มีรายได้จากเงินอุดหนุนของชมรมอสม.อำเภอที่รวมกันเป็นสมาชิกจังหวัด

เหตุผลที่ประธานอสม. ใช้พิจารณา ความไม่เข้มแข็ง ของชมรมอสม. คือ

1. ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
2. ขาดความพร้อมเพียงของสมาชิกอสม.
3. ขาดวินัยไม่ตรงเวลา

สำหรับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของชมรมอสม. พบว่า ประธานอสม.ส่วนใหญ่มีความพอใจ ถึงร้อยละ 79.5 (35 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 20.5 (9 คน)

เหตุผลของความไม่พอใจต่อการทำงานของชมรมอสม. คือ

1. งานเกือบทุกอย่างต้องรอเจ้าหน้าที่สั่งการ
2. ขาดงบประมาณสนับสนุน และไม่มีค่าตอบแทนให้อสม.
3. มีสมาชิกของชมรมอสม.จังหวัด จำนวนน้อย

เหตุผลของความพอใจต่อการทำงานของชมรมอสม. คือ

1. เจ้าหน้าที่และอสม.เข้าใจกัน และทำงานร่วมกัน
2. อสม.ให้ความร่วมมือและรับผิดชอบในหน้าที่
3. ชมรมเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารให้อสม.ในจังหวัดของตน
4. ชมรมมีการประชุมสัจจรแต่ละอำเภอ ทำให้รู้จักเป็นเครือข่ายเดียวกัน
5. ชมรมจังหวัดพึ่งตนเองได้
6. ชมรมจังหวัดทำงานประสานครอบคลุมทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
7. ชมรมจังหวัดได้ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส และประชาชน รวมทั้งสมาชิกอสม.

สิ่งที่ชมรมอสม.จังหวัดอยากทำเพิ่ม คือ การพัฒนาศักยภาพให้อสม.ทำงานและพึ่งตนเองได้ โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ส่ง และชมรมบางจังหวัด ต้องการเพิ่มกิจกรรมของชมรม เช่น การเยี่ยมนิเทศ ชมรม อสม.อำเภอ การจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล การจัดระบบสวัสดิการเพิ่ม

ปัญหาอุปสรรค การทำงานของชมรมอสม.จังหวัด ได้แก่

1. ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ พบว่า ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ / เจ้าหน้าที่เปลี่ยนตัวบุคคลบ่อยงานไม่ต่อเนื่อง / เจ้าหน้าที่ไม่ลงพื้นที่พบปะ อสม. / ไม่มีการจัดประชุมกรรมการ อสม.ระดับจังหวัด / ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานให้ชมรม ทำให้ไม่สามารถจัดประชุม หรือออกนิเทศพบปะกับอสม.ระดับอำเภอ
2. ด้านความรู้ ขาดความรู้พื้นฐานสุขภาพ การบริหารจัดการชมรม / ขาดคู่มือและเอกสาร
3. ด้านบุคคล อสม. พบว่า งานที่อสม.ทำมีมากกว่างานด้านสุขภาพ / อสม.มีภาระด้านเศรษฐกิจ จึงมาร่วมงานได้ไม่สม่ำเสมอ
4. ด้านประสานงาน พบว่า ขาดการประสานงานที่ดี ขาดแรงจูงใจในการทำงาน

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน คือ

1. ด้านงบประมาณ ให้มีการจัดโครงการศึกษาดูงาน มีค่าเบี้ยเลี้ยงพาหนะการประชุมอุดหนุนงบด้านอาชีพให้กับอสม. และงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์
2. ด้านความรู้ ให้มีนโยบายจัดการอบรมวิชาการ/ความรู้ ปีละ 3 ครั้ง หรือ ให้มีการสนับสนุนคู่มือ สื่อสิ่งตีพิมพ์ ข้อมูลข่าวสาร เช่น คำแนะนำการจัดตั้งสมาคม การจัดรายการวิทยุ การใช้คอมพิวเตอร์-อินเทอร์เน็ต รวมทั้งการจัดศึกษาดูงานต่างประเทศ

ข้อเสนอการปรับปรุงระบบสวัสดิการของอสม.

ประธาน อสม.จังหวัด ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบสวัสดิการ อสม. ดังนี้

1. ค่าลดหย่อน อัตราค่าโดยสารแก่ อสม. ร้อยละ 20 รถนั่งขึ้น 3 ระหว่างเดือนมิย.-กย. ทุกปี พบว่า ตอบว่า ไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 4 คน (9.1%) ต้องปรับปรุงมาก จำนวน 40 คน (90.9%) ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ให้ลด 50 % ในช่วงตลอดปี หรือ ให้ฟรีหมด ตลอดปี

2. ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ แก่อสม. รวมถึงบุคคลในครอบครัวได้รับสิทธิ โดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดไว้ นอกเหนือจากสิทธิการใช้บัตรทองไม่เสีย 30 บาท พบว่า ตอบว่าไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 11 คน (25.0%) ปรับปรุงปานกลาง จำนวน 11 คน (25.0%) ปรับปรุงมาก จำนวน 22 คน (50.0%) ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ให้ลดค่าห้อง 80 % ทั้ง อสม.และครอบครัว / ให้ฟรีหมด / ให้สามารถขอรับบริการได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ

3. การจัดงานเฉลิมฉลองวันอสม. จำนวน 10 สาขา

ไม่ต้องปรับปรุง	ต้องปรับปรุง (29 คน)			สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
15 (34.0%)	9 (20.5%)	11 (25.0%)	9 (20.5%)	- ให้ร่วมเป็นกรรมการในการจัดงาน - จัดระดับภาค / สนับสนุนสื่อให้อสม.

4. การขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์
จำนวนผู้ตอบ 40 คน ไม่ตอบ 4 คน

ไม่ต้องปรับปรุง	ต้องปรับปรุง (18 คน)		สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง
	ปานกลาง	มาก	
22 (55.0%)	6 (15.0%)	12 (30.0%)	- เพิ่มโควตาอสม.ที่ทำงาน 10 ปีขึ้นไป - คัดเลือกประธานชมรมดีเด่นระดับจังหวัด

5. การจัดสรรโควตาบุตร-ธิดาอสม. และ อสม. เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตอบว่าไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 8 คน (18.2%) ปรับปรุง จำนวน 36 คน (81.8%) ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ให้มีความต่อเนื่อง / โอนเงินให้รวดเร็ว / แจ้งข้อมูลถึงเจ้าตัว / เพิ่ม

จำนวน 50 คนต่ออำเภอ/ ให้พิจารณาในส่วนอสม.ที่ยากจน แต่มีบุตรที่เรียนดี ควรสนับสนุนเต็มที่ การคัดเลือกให้อบต.เป็นผู้รับรอง / กำหนดกติกาการคัดเลือกให้ชัดเจน / ไม่ควรจำกัดสายการศึกษา

6. การเทียบตำแหน่ง อสม. ให้เท่ากับตำแหน่งข้าราชการพลเรือน จาก ระดับ 1 เป็น ระดับ 3 พบว่า ตอบว่าไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 21 คน (47.7%) ปรับปรุงปานกลาง จำนวน 23 คน (52.3%) อสม.บางคนตอบว่าไม่เคยได้รับเบี้ยเลี้ยง ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ขอนหนังสือสั่งการให้จังหวัดทราบ / เพิ่มเป็น ซี 6 หรือ เทียบเท่ากันนั้น ผู้ใหญ่บ้าน

7. อื่นๆ ได้แก่ ให้ค่าเสี่ยงภัยสำหรับอสม. ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และให้มีการประกันชีวิต กรณีเดินทางไปเข้าร่วมประชุมที่กระทรวงสาธารณสุข

ความคิดเห็นต่อการจัดสวัสดิการในอนาคต

1. ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นนิติบุคคล ทั้งระดับประเทศ ถึง ระดับจังหวัด
2. ควรมีสวัสดิการ 2 รูปแบบ คือ
 - ด้านคุณค่า ในส่วนของความภาคภูมิใจการเป็นอสม.
 - ด้านการเงิน ควรให้ค่าตอบแทนกับอสม. เงื่อนไขดังนี้
 - : อสม.ที่สูงอายุ และอสม.ที่พิการ
 - : ให้สวัสดิการครอบครัว เมื่ออสม.เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ-ธรรมชาติ ที่ทำงานมานาน 10-20 ปี หรือ เป็นอสม.ดีเด่น
 - : ให้ทุนสำหรับอสม. ในด้านการประกอบอาชีพ-การศึกษา

ความคิดเห็นต่อบทบาทของอสม. ที่ควรปรับเปลี่ยน

ประธานชมรมอสม.จังหวัด ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบทบาทของอสม.ไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ควรมีบทบาททางสังคมในทุกด้าน ไม่ว่าในด้านการเมือง การพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษา และด้านพัฒนาศาสนา โดยผลการศึกษากการให้ระดับคะแนนต่อบทบาททางสังคม ที่คิดว่าควรเป็นบทบาทของอสม. จากคะแนนเต็ม 3 พบว่า อสม.เห็นว่าบทบาทการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเมืองสูงสุด คือได้คะแนนเฉลี่ย 2.39 รองลงมา คือ บทบาททางเศรษฐกิจ การพัฒนาการศึกษา และการพัฒนาศาสนาในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย คือ 2.24, 2.15 และ 2.08 ตามลำดับ รายละเอียดพิจารณาตามตาราง

บทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่ควรเป็นบทบาทของอสม.	ไม่เป็น บทบาท ของ อสม.	เป็น บทบาท ของ อสม.			ค่าเฉลี่ย คะแนน
		ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (จำนวนผู้ตอบ 42 คน)	2	4	18	18	2.24
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน (จำนวนผู้ตอบ 40 คน)	1	7	17	15	2.15
3. การพัฒนาทางศาสนา (จำนวนผู้ตอบ 38 คน)	1	8	16	13	2.08
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมใน ทางการเมือง (จำนวนผู้ตอบ 39 คน)	1	4	13	21	2.39

ข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาททางด้านสังคม มีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

- การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - ลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ โดยการทำเองผลิตเอง ใช้เอง / จัดตั้งกลุ่มอาชีพ / OTO / จักสานอาชีพ (ชัยภูมิ พัทลุง พังงา หนองคาย สุรินทร์ ฉะเชิงเทรา แม่ฮ่องสอน พะเยา ร้อยเอ็ด ชัยนาท อุบลราชธานี พิษณุโลก ยโสธร นครนายก นครพนม กระบี่ ยะลา อุตรดิตถ์ ราชบุรี)
 - โรงงานผลิตปุ๋ย ผักปลอดสารพิษ ปุ๋ยหมักชีวภาพ (นครสวรรค์ มหาสารคาม ภูเก็ต)
 - เศรษฐกิจพอเพียง (เพชรบูรณ์ เลย บุรีรัมย์)
 - การบรรจุภัณฑ์ การขอเครื่องหมาย ออย. (พังงา)
 - การจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ / กลุ่มผลิตสินค้าชุมชน (สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น)
- การพัฒนาการศึกษาในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - ภูมิปัญญาชาวบ้าน และเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่ในชุมชน (ชัยภูมิ เพชรบูรณ์)
 - ตั้งโรงเรียนอสม. เพื่อให้การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง / จัดศูนย์เรียนรู้ (พัทลุง พะเยา)
 - กระตุ้นให้อสม./ ผู้นำชุมชน / ประชาชน เรียน กศน. หรือ เรียนด้วยตนเอง (พังงา เลย หนองคาย ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี พิษณุโลก พะเยา นครนายก กระบี่)
 - เป็นคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (แม่ฮ่องสอน นครราชสีมา ตรัง ขอนแก่น บุรีรัมย์)
 - เน้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและยาเสพติด (เชียงใหม่)

- การพัฒนาทางศาสนา โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - อบรมศีลธรรม จรรยาบรรณ ให้กับ อสม./ประชาชน / เด็ก เยาวชน (ชัยภูมิ เพชรบูรณ์ เลย ตรัง มหาสารคาม พิษณุโลก)
 - ส่งเสริม/ฟื้นฟู ประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น (พัทลุง พังงา สุรินทร์ แม่ฮ่องสอน ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ ชัยนาท กระบี่ ราชบุรี)
 - จัดให้ผู้สูงอายุบ้านอบรมหรือเรียนเรื่องศาสนา (ฉะเชิงเทรา)
 - พัฒนาวัดร่วมกับพระให้วัดปลอดสุรา (นครราชสีมา)
 - จัดทำผ้าป่าพัฒนาวัด (ขอนแก่น)
- การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - หน้าที่ของประชาชนและสิทธิของตนเองและรู้รับผิดชอบต่างๆในทางการเมือง (ชัยภูมิ พังงา แม่ฮ่องสอน)
 - การเมืองการปกครอง (เพชรบูรณ์)
 - รณรงค์การเลือกตั้ง เช่นจัดรายการวิทยุ หรือเป็นวิทยากรการเลือกตั้ง (พัทลุง พังงา เลย หนองคาย สุรินทร์ ชัยนาท ฉะเชิงเทรา นครราชสีมา ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เชียงใหม่ ตรัง สุราษฎร์ธานี มหาสารคาม อุบลราชธานี ขอนแก่น พิษณุโลก ภูเก็ต ยโสธร พะเยา นครนายก บุรีรัมย์ กระบี่ ยะลา อุตรดิตถ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม)

ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานชมรมอสม.ระดับจังหวัด

1. ตัวอสม.

- มีความเข้าใจในการทำงานของแต่ละคน
- อสม.ต้องมีความมุ่งมั่น จริงใจ มีอุดมการณ์ต่อการเป็นอสม.เพื่อสังคม
- ต้องมีความสามัคคี เสียสละ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง
- ต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี – มีการประสานงานทุกภาคส่วน
- ต้องมีภาวะผู้นำ เป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ เป็นที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ มีความรู้การบริหารคน และทุน

2. การจัดการของชมรมอสม.

- มีการประชุมอย่างต่อเนื่องของชมรมทุกระดับ เพื่อให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
- มีที่ตั้งชมรมอสม.จังหวัด เป็นสัดส่วน
- มีกติกากในการสรรหา ‘ผู้นำชมรมอสม.ระดับจังหวัด’

3. เจ้าหน้าที่

- ร่วมรับผิดชอบ และเป็นพี่ปรึกษาที่ดี รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน
- เป็นจุดประสานพลังของอสม.จังหวัด
- เป็นหน่วยสนับสนุนภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณ และความรู้วิชาการ ให้ความร่วมมือ
- เป็นหน่วยกระตุ้นสร้างขวัญกำลังใจให้อสม.ทำงาน ‘ เชิงอาสา ’
- ไม่ใช่เป็นหน่วยงานที่มีแต่งานไปให้อสม.ทำเท่านั้น

ภาคผนวกที่ 2

ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อสม.

“การประเมินศักยภาพของ อสม.”

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=412)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี: เมือง (18) และปากเกร็ด (19)	37	9.0
กาญจนบุรี: เมือง (18) ทองผาภูมิ (18)	36	8.7
ระยอง: เมือง (20) วังจันทร์ (19)	39	9.5
ลำปาง: เกาะคา (18) งาว (18)	36	8.7
นครสวรรค์: เมือง (19) พายัพ (18)	37	9.0
ขอนแก่น: บ้านแฮด (20) สีชมพู (20)	40	9.7
สุรินทร์: เมือง (19) บัวเชด (18)	37	9.0
ยโสธร: เมือง (18) ป่าติ้ว (6)	24	5.8
นครศรีธรรมราช: เมือง (19) บางขัน (24)	43	10.4
กระบี่: เมือง (20) เกาะลิ้นตา (3) คลองท่อม (2) เหนือคลอง (1) ลำทับ (18)	44	10.7
ปัตตานี: เมือง (21) หุ่ยยางแดง (18)	39	9.5
รวม	412	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างอสม. จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชาย	79	19.2
หญิง	333	80.8
รวม	412	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
21-30 ปี	31	7.5
31-40 ปี	144	35.1
41-50 ปี	133	32.2
51-60 ปี	82	20.0
61-70 ปี	21	5.0
มากกว่า 70 ปี ขึ้นไป	1	0.2
รวม	412	100

ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 75 ปี เฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8 ปี

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โสด	47	11.4
สมรส (อยู่ร่วมกัน)	322	78.1
สมรส (แยกกันอยู่)	11	2.7
หย่า	7	1.7
หม้าย/ร้าง	25	6.1
รวม	412	100.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน

การเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	159	38.6
มี	253	61.4
รวม	412	100.0

ตารางที่ 5-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน

จำนวนบุตรที่ต้องเลี้ยงดู	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1 คน	93	36.8
2 คน	98	38.7
3 คน	47	18.6
4 คน	14	5.5
8 คน	1	0.4
รวม	253	100.0

ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 8 ปี ค่ามัธยฐาน 2 ปี

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามอาชีพหลัก

อาชีพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เกษตรกรรม	183	44.4
รับจ้าง	104	25.2
ค้าขาย	60	14.6
แม่บ้าน	55	13.3
ข้าราชการเกษียณ	1	0.3
อื่นๆ: เสริมสวย หมอประจำบ้าน ธุรกิจส่วนตัว กำลังศึกษา อบต.	9	2.2
รวม	412	100

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	7	1.7
ประถมศึกษา	221	53.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	19.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	71	17.2
ปวช./ปวส.	30	7.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	4	1.0
รวม	412	100

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามการศึกษาหาความรู้

การศึกษาหาความรู้ต่อเนื่อง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษาต่อ	356	86.9
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	21	5.1
อนุปริญญา	7	1.7
ด้านสายอาชีพ (กศน. สายอาชีพ ตัดเสื้อ ปวช.)	20	4.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	6	1.5
รวม	412	100.0

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกระยะเวลาการเป็นอสม.

อายุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	22	5.3
1.1-5	121	29.4
6-10 ปี	86	20.9
11-20 ปี	115	27.9
21-30 ปี	34	8.3
31-40 ปี	2	0.5
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	32	7.7
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 36 ปี เฉลี่ย 9.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2 ปี

ตารางที่ 10 รูปแบบการผ่านการคัดเลือกอสม.

รูปแบบการผ่านการคัดเลือก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกเอง	89	21.7
กลุ่มอสม.คัดเลือกกันเอง	108	25.9
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.	73	17.8
อสม.ร่วมกับผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	45	11.0
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.และผู้นำชุมชน	36	8.8
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม. ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	36	8.8
อื่นๆ: สมัคใจ ประธานชมรม ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้าน	25	6.0
รวม	412	100.0

ตารางที่ 11 บทบาทการเป็นอสม.ในการช่วยเหลือด้านสังคมหรือสุขภาพอื่นๆ

การช่วยเหลือด้านสังคมหรือสุขภาพอื่นๆ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	251	60.9
มี	161	39.1
รวม	412	100

ตารางที่ 12 รูปแบบการทำงานของอสม.ต่อการช่วยเหลือด้านสังคมและสุขภาพอื่นๆ

การช่วยเหลือด้านสังคมและสุขภาพอื่น ๆ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
หมอมพื้นบ้าน (n=161)	30	18.6
เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้หรือการใช้พืชสมุนไพร (n=161)	61	37.9
เชี่ยวชาญด้านเกษตรชีวภาพ/ปุ๋ยหมัก/น้ำหมัก (n=161)	29	18.0
นักจัดรายการวิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว/นักประชาสัมพันธ์ (n=161)	37	23
การเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวที (n=161)	33	20.5
อื่นๆ	42	26.1

หมายเหตุ อื่นๆ หมายถึง กรรมการการเลือกตั้ง กรรมการศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยี กลุ่มผลิตภัณฑ์แปรรูป กลุ่มส่งเสริมอาชีพ อาสาปศุสัตว์หมู่บ้าน พิธีกรในงานต่าง ๆ ผู้นำการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ

เนื้อหาการเป็นวิทยากร ได้แก่ การป้องกันยาเสพติด เอดส์ การใช้ยาที่ถูกต้อง วัคซีน ไข้เลือดออก ช้างตัดผม นวดฝ่าเท้า สมุนไพร วิชาชีพเกษตร งานเกี่ยวกับอสม. สอนหนังสือเด็ก การปลูกต้นไม้ แผนแม่บทชุมชน การออมทรัพย์และการบริหารกลุ่มออมทรัพย์ การทำน้ายาล้างจาน โฆษกในงานมงคลสมรส

ตารางที่ 13 ตำแหน่งทางการของราชการหรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ

ตำแหน่งทางการของราชการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	110	26.7
มี	302	73.3
รวม	412	100

ตารางที่ 13-1 จำนวนตำแหน่งทางการของราชการหรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ

จำนวนตำแหน่งทางการของราชการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1 ตำแหน่ง	157	52.0
2 ตำแหน่ง	80	26.4
3 ตำแหน่ง	50	16.6
4 ตำแหน่ง	9	3.0
5 ตำแหน่ง	5	1.7
6 ตำแหน่ง	1	0.3
รวม	302	100.0

ต่ำสุด 1 ตำแหน่ง สูงสุด 6 ปี เฉลี่ย 1.77 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 ปี

ตารางที่ 14 ตำแหน่งทางการของราชการและกลุ่มองค์กร

ตำแหน่งของทางราชการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กำนัน (n=302)	4	1.3
ผู้ใหญ่บ้าน (n=302)	1	0.3
กรรมการหมู่บ้าน (n=302)	95	31.5
นายกอบต./เทศบาล (n=302)	1	0.3
ประธานสภาอบต. (n=302)	0	0.0
สมาชิกอบต. (n=302)	12	4.0
อพม. (n=302)	43	14.2
กลุ่มแม่บ้าน (n=302)	175	57.9
กลุ่มเยาวชน (n=302)	15	5.0
กรรมการกองทุนหมู่บ้าน (n=302)	112	37.1
อื่นๆ (n=302)	76	25.2

หมายเหตุ อื่นๆ หมายถึง กรรมการเลือกตั้ง กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กรรมการSML ประธานกลุ่มแอโรบิค แพทย์ประจำตำบล ผู้นำศาสนา ลูกเสือชาวบ้าน ประธานชมรม ประธานประปาหมู่บ้าน เลขานุการอบต. รองนายก อบต. หัวหน้ากลุ่มสภาวัฒนธรรม เจริญฤทธิก หมอดินอาสา ประมงอาสา ประธานกลุ่มโรงเรียน

ตารางที่ 15 ตำแหน่งประธานอสม.

ตำแหน่งประธานอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เป็นประธานอสม.	290	70.4
เป็นประธานอสม.	122	29.6
รวม	412	100

ตารางที่ 15-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับตำบล

ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	9	7.4
1 กิจกรรม	32	26.2
2 กิจกรรม	37	30.3
3 กิจกรรม	43	35.3
4 กิจกรรม	1	0.8
รวม	122	100.0

ตารางที่ 15-2 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับตำบล

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n=113)	89	78.8
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n=113)	58	51.3
ประชุมพัฒนาความรู้ (n=113)	86	76.1
อื่นๆ (n=113)	6	5.3

อื่น ๆ หมายถึง การจัดกิจกรรม walk rally ความรู้ การรณรงค์ใช้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย สมาชิกอสม.บางคนเคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.ระดับตำบล

ตารางที่ 16 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับตำบล

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	15	13.3
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	2	1.8
นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร	60	53.0
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	36	31.9
รวม	113	100.0

ตารางที่ 16-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับอำเภอ

ประธานอสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	18	14.8
1 กิจกรรม	37	30.4
2 กิจกรรม	33	27.0
3 กิจกรรม	33	27.0
4 กิจกรรม	1	0.8
รวม	122	100.0

ตารางที่ 17 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับอำเภอ(n=104)

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n=104)	67	64.4
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n=104)	52	50.0
ประชุมพัฒนาความรู้ (n=104)	79	76.0
อื่นๆ (n=104)	8	7.7

อื่น ๆ หมายถึง รณรงค์ใช้เลือดออก พิษสุนัขบ้า หวัดนก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ความดัน ทุเล ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต สมาชิกอสม.บางคนเคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.ระดับตำบล

ตารางที่ 18 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับอำเภอ

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	13	12.5
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	5	4.8
นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร	48	46.2
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	38	36.5
รวม	104	100.0

ตารางที่ 18-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับจังหวัด

ประธานอสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	62	50.8
1 กิจกรรม	22	18.0
2 กิจกรรม	19	15.6
3 กิจกรรม	19	15.6
รวม	122	100.0

ตารางที่ 19 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับจังหวัด

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n=60)	39	65.0
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n=60)	31	51.7
ประชุมพัฒนาความรู้ (n=60)	43	71.7
อื่นๆ (n=60)	4	6.7

อื่นๆ หมายถึง ใช้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การทำงานของอสม. กิจกรรมเทิดพระเกียรติ

ตารางที่ 20 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับจังหวัด

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	10	16.7
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	0	0.0
นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร	27	45.0
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	23	38.3
รวม	60	100.0

ตารางที่ 20-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับประเทศ

ประธานอสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	109	89.4
1 กิจกรรม	6	4.9
2 กิจกรรม	5	4.1
3 กิจกรรม	2	1.6
รวม	122	100.0

ตารางที่ 21 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับประเทศ

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n = 13)	7	53.8
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n = 13)	6	46.2
ประชุมพัฒนาความรู้ (n = 13)	8	61.5
อื่นๆ (n = 13)	3	23.1

อื่นๆ หมายถึง ศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนความรู้ เพิ่มวิสัยทัศน์ เพิ่มศักยภาพให้ตนเอง

ตารางที่ 22 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับประเทศ

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	1	7.7
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	1	7.7
นำมาใช้การทำงานได้พอสมควร	6	46.1
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	5	38.5
รวม	13	100.0

ตารางที่ 23 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการใช้อุปกรณ์/การอ่านคู่มือ หนังสือพิมพ์

การใช้อุปกรณ์/คู่มือ	ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ การอ่านคู่มือ หนังสือพิมพ์				
	ไม่เคย	ปีละ1-2 ครั้ง	3-4เดือน/ครั้ง	2 เดือน/ครั้ง	ทุกเดือนทุกอาทิตย์
ปรอทวัดไข้/เทปวัดไข้	49.3	34.9	6.4	2.2	7.2
เครื่องวัดความดันโลหิตและหุฟัง	37.4	37.7	11.1	4.2	9.6
แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ	65.1	23.7	5.2	2.5	3.5
การจ่ายหาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน: ผงน้ำตาลเกลือแร่ พาราเซต ยาแก้ไอ	47.8	28.7	6.8	4.2	12.5
การใช้ชุดปฐมพยาบาล: ยาแดง ทำแผล	45	36.6	7.4	3.9	7.1
การสอนโดยใช้ชุดสาธิตโดยการแปรงฟัน	74.3	20	3.0	0.7	2.0
การวัดสายตาชาวบ้าน โดยใช้แผ่นวัดสายตา	83.3	15.3	1.2	0.2	-
การชั่งน้ำหนักเด็ก โดยเครื่องชั่งน้ำหนัก	18.6	25.5	39.7	6.4	9.8
การให้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร	75.9	17.2	3.7	2.0	1.2
การอ่านคู่มือดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	20	45.6	14.6	5.7	14.1
การอ่านหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./ อสม.	30.5	35.7	11.3	6.8	15.7

ตารางที่ 24 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถหรือทักษะในการทำงาน

ความสามารถหรือทักษะ	ระดับความชำนาญ/ความสามารถ				
	ไม่เคย	น้อย 1-24%	ค่อนข้างน้อย 25-50%	ค่อนข้างมาก 51-74-%	มาก 75-100%
การให้คำแนะนำปรึกษากับชาวบ้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงิน วัคซีน การเฝ้าระวังโรคระบาด ฯลฯ	4.4	9.3	25.1	44.6	16.6
การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ไข้หวัด	14.5	17.2	31.3	28.1	8.9
การขอใบยินยอมเริ่มงานใหม่ๆ	19.9	23	28.2	23.8	5.1
การเขียนโครงการ	38.8	22.3	21.7	12.3	4.9
การเป็นผู้นำกระบวนการ	35.8	19.7	17.3	18.8	8.4
การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือการประชุม	50.1	21	16.5	8.9	3.5
การเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ)	43.7	21.6	17.2	12.3	5.2

ตารางที่ 25 ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคของ อสม. (ตรวจคำตอบแล้ว)
เรียงตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์

คำถาม	ถูก	ผิด
1. วัคซีนที่สำคัญที่ต้องฉีดในเด็ก 0-1 ปี ให้ครบ 3 เข็ม มีเพียง 2 ชนิด คือ คอตีบ และ ไอกรน	85.7	14.3
2. วัคซีนที่เด็กแรกเกิดต้องได้รับ คือ วัคซีนป้องกันโปลิโอ	31.3	68.7
3. ช่วงอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องไปฝากครรภ์ คือ ตั้งแต่รู้ว่าตนตั้งครรภ์	94.9	5.1
4. หญิงแม่ลูกอ่อน ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน	87.6	12.4
7. โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อไวรัส ที่อาศัยอยู่ในเลือด และสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ	52.7	47.3
9. การสูบบุหรี่ที่ทำเอง จากใบยาสูบมวนด้วยกระดาษนั้น เวลาสูบจะปลอดภัย ไม่มีสารก่อมะเร็ง	83.7	16.3
10. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยทุกคน ควรเริ่มเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป	63.8	36.2
11. การตรวจมะเร็งเต้านมไม่สามารถตรวจพบด้วยตนเองได้ ควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจให้	76.5	23.5

คำถาม	ถูก	ผิด
16. เกล็ดที่ผสมสารไอโอดีน เพื่อป้องกัน โรคเลือดจาง ในเด็กได้	64.3	35.7
17. การทำงานหรือใช้แรงงานหนัก ในการทำนา ทำสวน ถือว่า เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	26.7	73.3
19. การกินยาแก้ไอ เช่น คออักเสบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้น แล้วเลิกกินยาแก้ไอได้ทันที	61.4	38.6
20. คนที่ติดโรคไข้หวัดนก มักติดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่มีเชื้อไข้หวัดนก ซึ่งเชื้ออยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และมูลของสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย	97.3	2.7

ตารางที่ 26 ความรู้พื้นฐานด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาลของ อสม. (ตรวจคำตอบแล้ว) เรียงตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์

คำถาม	ถูก	ผิด
5. อาการมีไข้สูงของการเป็นไข้เลือดออก จะมีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส	89.8	10.2
6. ในเด็กที่มีอาการไข้สูง ไม่ควรให้ยาลดไข้ “แอสไพริน” ลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น	80.1	19.9
8. ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ และต้องเสียชีวิตภายใน 1 ปี	85.7	14.3
12. โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) เป็นโรคติดต่อที่มาจาก ปัสสาวะของหนูอย่างเดียว	42.2	57.8
13. อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ตาแดง มีปัสสาวะน้อย หรือ ปัสสาวะไม่ออก	90	10
14. การวัดความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะวัดได้คือ ค่าขีดล่าง สูงกว่า 80 และ ค่าขีดบน สูงกว่า 120	31.1	68.9
15. ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การไม่ออกกำลังกาย	76.7	23.3
18. การบันทึกการเจริญเติบโตในเด็ก 0-5 ปี ใช้การวัดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพื่อค้นหาภาวะ การขาดสารอาหาร	47.8	52.2

ตารางที่ 27 ระดับความรู้ของอสม.โดยรวม

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 %	1	0.2
ค่อนข้างแย่ 26-50%	76	18.4
ค่อนข้างดี 51-75%	228	55.4
ดี 76-100%	107	26.0
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 19 คะแนน เฉลี่ย 13.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน

ตารางที่ 28 ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 %	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50%	107	26.0
ค่อนข้างดี 51-75%	194	47.0
ดี 76-100%	107	26.0
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน เฉลี่ย 7.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1 คะแนน

ตารางที่ 29 ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาและการรักษา

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 %	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50%	93	22.6
ค่อนข้างดี 51-75%	232	56.3
ดี 76-100%	83	20.1
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 8 คะแนน เฉลี่ย 5.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 คะแนน

ความรู้ของ 2 ด้าน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 99 (ค่า spearman's rank correlation =0.374**) p-value = 0.000

ตารางที่ 30 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในการทำหน้าที่ในงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	ไม่ได้ทำ	ทำ
การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน	3.6	96.4
การสำรวจข้อมูล	8.5	91.5
การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน	21.4	78.6
การให้บริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล/การจ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/วัดความดัน	25.5	74.5
การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี	18.7	81.3
การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง	51.5	48.5
การคุ้มครองสิทธิ เช่น ตั้งด่านตรวจจรเร่ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ	51.5	48.5
การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานอนามัย เช่น ซีรอมอเตอร์ไซด์ ไปส่งผู้ป่วยที่สถานอนามัย	45.4	54.6

ตารางที่ 31 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (%)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	หน่วยงาน (ตอบได้หลายข้อ)		
			ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับ อสม.	ร่วมกับผู้นำ/กลุ่มต่างๆ
การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (n=397)	15.5	88.8	53.2	77.4	53.2
การสำรวจข้อมูล (n=377)	18.8	89.7	40.1	78.2	32.4
การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัวหรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน(n=324)	30.9	79.0	33.6	57.1	38.0
การให้บริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล/การจ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/วัดความดัน(n=307)	12.1	93.5	73.9	70.0	12.7
การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี(n=301)	26.6	79.1	40.2	59.8	35.2
การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง (n=335)	10.7	91.9	66.9	81.5	40.9

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (%)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	หน่วยงาน (ตอบได้หลายข้อ)		
			ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับ อสม.	ร่วมกับผู้นำ/กลุ่มต่างๆ
การคุ้มครองสิทธิ เช่น ตั้งด่านตรวจจรดเร็ว เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ(n=200)	20.5	83.0	61.0	58.0	25.0
การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีนอนามัย เช่น ซีรอมอเตอร์ไฮด์ ไปส่งผู้ป่วยที่สถานีนอนามัย (n=225)	51.1	55.1	15.6	39.6	16.4

- **การแจ้งข่าวสาร** อสม. (n=397 คน) จำนวน 64 คน (ร้อยละ 15.5) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 31 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 12 8 13 =33 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การสำรวจข้อมูล** (n=377 คน) จำนวน 71 คน (ร้อยละ 18.8) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 39 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 16 7 9 =34คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การให้ความรู้กับชาวบ้าน**ผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน (n=324) จำนวน 100 คน (ร้อยละ 30.9) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 69 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 18 10 3 =31 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การให้บริการสุขภาพ** เช่น การปฐมพยาบาล/การจ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/วัดความดัน (n=307) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 12.1) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 5 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 20 21 2 =43 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ** เช่น ออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี (n=301) จำนวน 80 คน (ร้อยละ 26.6) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 63 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 8 8 1 =17 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การเฝ้าระวังโรคในชุมชน** เช่น ใช้หวัดนก ใช้เลือดออก อุจจาระร่วง (n=335) จำนวน 36 คน (ร้อยละ 10.7) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 20 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการ

ทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 3 7 6 =16 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การคุ้มครองสิทธิ** เช่น ตั้งด่านตรวจรถเร็ว เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ (n=200) จำนวน 41 คน (ร้อยละ 15.5) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 30 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 7 3 1=11 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีนามัย** เช่น ซีรอมอเตอร์ไซด์ ไปส่งผู้ป่วยที่สถานีนามัย (n=225) จำนวน 115 คน (ร้อยละ 51.1) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 100 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 12 2 1=15 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

รายละเอียดของเรื่องดำเนินการ

- **การแจ้งข้อมูลข่าวสาร** : ด้านการตรวจสุขภาพ ความดัน เบาหวาน มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การเฝ้าระวังไข้หวัดนก ยุงลาย แนะนำบัตรสุขภาพ การออกตรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ยาเสพติด การฉีดวัคซีน การสงเคราะห์คนชรา คนพิการ

- **การสำรวจข้อมูล** : ข้อมูลสุขภาพ การสำรวจข้อมูลหมู่บ้านและครอบครัว จปฐ. ข้อมูลอนามัย สำรวจประชากร คนต่างถิ่น (ประชากรแฝง) สำรวจการเลี้ยงสัตว์ปีก แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย ประชากรเด็กและการฉีดวัคซีน ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ สิทธิประกันสังคมและสิทธิบัตรสุขภาพ

- **การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ** : การใช้ยาปฏิชีวนะ การตรวจมะเร็งเบื้องต้น ใช้เลือดออก ท้องร่วง ความดัน เบาหวาน วัณโรค โรคฉี่หนู โรคพิษสุนัขบ้า การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน บอกวิธีป้องกันตัวเมื่อเจ้าหน้าที่มาพ่นควัน การใช้เกลือไอโอดีน โรคภัยในแต่ละช่วงอายุ ให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อเอดส์ ความสำคัญของการออกกำลังกายและการร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย โภชนาการของผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ การบริโภคอาหารปลอดภัย และแนะนำขั้นตอนการบำบัดสุขภาพ แนะนำการให้บริการด้านการรักษา รณรงค์เมาไม่ขับ การใส่หมวกกันน็อก

- **การให้บริการสุขภาพ** : การตรวจน้ำตาล การวัดความดัน วัดส่วนสูง น้ำหนัก ของเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลและการจ่ายยาเบื้องต้น การทำแผล

- **การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ** : การออกกำลังกาย แนะนำความสะอาดของอาหาร การกระตุ้นให้ชาวบ้านเฝ้าระวังโรคระบาด การเฝ้าระวังหวัดนก เดินตรวจแต่ละบ้านด้านโรคไข้เลือดออก โรคเรื้อน การเฝ้าระวังสัตว์และโรคติดต่อ รณรงค์การพ่นหมอกควัน

- **การเฝ้าระวังโรค:** การตรวจร้านค้าขายของชำ การเดินตรวจตามบ้าน ความสะอาดของอาหาร การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน ดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ชยะ น้ำทิ้ง
- **การคุ้มครองสิทธิ :** การใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพ การตรวจร้านค้าของชำ เครื่องหมายอย. แนะนำการจดทะเบียนคนพิการ การสังเกตฉลากผลิตภัณฑ์ แนะนำบัตรสุขภาพ การดูแลระบบอาหาร น้ำทิ้ง ชยะ
- **การส่งต่อผู้ป่วย:** การขับชีรณมอเตอร์ไซด์ส่งผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ประสบภัย นำผู้ป่วยส่งอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน การรักษาเบื้องต้น การเรียกรถพยาบาล

ตารางที่ 32 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการมีบทบาทในกลุ่มหรือชมรม (n=442)

กลุ่ม/ชมรม	ไม่มีบทบาท	มีบทบาท
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข	9.7	90.3
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ	16.7	83.3
กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต.	68.0	32.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม.	60.9	39.1

ตารางที่ 33 ร้อยละบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม/ชมรม	บทบาทในแต่ละกลุ่ม (%)			
	ประธาน	กรรมการ	ผู้ประสานงาน	สมาชิก
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข (n=372)	11.0	29.6	14.0	61.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ (n=343)	9.9	31.2	9.6	63.8
กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต. (n=132)	8.3	36.4	9.1	50.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (n=161)	15.5	17.4	11.8	56.5

ตารางที่ 34 แสดงลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านการพัฒนาสังคมในแต่ละบทบาทของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะที่ทำ	จำนวน	ร้อยละ
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การหาอาชีพเสริม/กลุ่มร้านค้า ต่างๆ ฯลฯ	235	57.0
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	48	20.4
ร่วมคิดร่วมวางแผน	157	66.8
ร่วมดำเนินการ	106	45.1
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วมเป็นกรรมการใน สถานศึกษา หรือ การมีบทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ	134	32.5
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	30	22.4
ร่วมคิดร่วมวางแผน	64	47.8
ร่วมดำเนินการ	66	49.3
3. การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของ ชุมชน เช่น การทำบุญ ประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ	302	73.3
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	17	5.6
ร่วมคิดร่วมวางแผน	146	48.3
ร่วมดำเนินการ	215	71.2
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง เช่นการ รณรงค์การ ใช้สิทธิในการเลือกตั้ง/การเลือก อบต. ฯลฯ	272	66.0
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	80	29.4
ร่วมคิดร่วมวางแผน	79	29.0
ร่วมดำเนินการ	168	61.8

ตารางที่ 35 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่ออุปสรรคทางสังคม

บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสังคม	ระดับบทบาทของ อสม. (%)				
	ไม่เป็น	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การหาอาชีพเสริม/กลุ่มร้านค้าต่างๆ ฯลฯ	0.3	14.7	33.7	39.9	11.4
การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วมเป็นกรรมการในสถานศึกษาหรือการมีบทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ	21.1	16.4	26.7	27.6	8.2
การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น การทำบุญประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ	14.2	7.2	24.9	42.2	11.5
การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง เช่นการ รณรงค์การใช้สิทธิในการเลือกตั้ง/การเลือก อบต. ฯลฯ	14.8	9.6	22.4	37.1	16.1

ตารางที่ 36 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการทำหน้าที่ของอสม.โดยรอกการสั่งการ (n=442)

กิจกรรม	ต้องสั่งการจากเจ้าหน้าที่	ร่วมกันคิดร่วมกันทำ
เทคนิคการประชาสัมพันธ์ ให้ชาวบ้านทราบในแต่ละคุ้ม	43.2	56.8
การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การติกันของนักเรียน การเล่นการพนัน การติดยาเสพติด	61.4	38.6
การร่วมกับครูแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน เช่น นโยบาย แจกนมให้เด็ก,การจัดการศึกษาให้กับเด็กก่อนวัยเรียน	72.3	27.7
การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา	59.0	41.0
เทคนิคการออกกำลังกาย	66.0	34.0
เทคนิคในการเพาะปลูก/การเลี้ยงสัตว์/การประมง	80.8	19.2
การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดล้อมของสถานีนามัย	61.9	38.1
การดูแลสิ่งแวดล้อมในวัด/โรงเรียน	72.3	27.7
การจัดทำผ้าป่า	96.6	3.4

ตารางที่ 37 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อวิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรมร่วมกันคิดร่วมกันทำ	วิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่			
	ขอคำแนะนำ จนท.+ อสม. นำมาทำ	จนท.แนะนำ อสม.มีการ ดัดแปลง	ร่วมกับ ทีมงาน อส ม.ช่วยกันคิด	คิดเอง ทำเอง
เทคนิคการประชาสัมพันธ์ ให้ชาวบ้านทราบ(n=234)	40.9	19.6	51.3	6.5
การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การตีกันเล่นการพนัน ติดยาเสพติด (n=159)	37.3	14.6	44.3	11.4
การร่วมกับครูในการแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน (n=114)	34.2	11.4	36.8	20.2
การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา (n=168)	44.9	20.4	36.5	3.6
เทคนิคการออกกำลังกาย (n=138)	28.5	26.3	38.0	9.5
เทคนิคการเพาะปลูก/เลี้ยงสัตว์/การประมง (n=79)	21.5	11.4	30.4	38.0
การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดล้อมของสอ.(n=102)	34.3	18.6	49	5.9
การดูแลสิ่งแวดล้อมในวัด/โรงเรียน (n=156)	17.3	10.3	64.1	10.9
การจัดทำผ้าป่า (n=114)	14.3	0.0	57.1	42.9

ตารางที่ 38 แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	ไม่มี ปัญหา	ระดับปัญหา	
		ปัญหาน้อย (1-50%)	ปัญหามาก (51-100%)
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	24.3	56.0	19.7
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน	26.5	52.1	21.4
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	35.8	38.7	25.5
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน	53.3	33.6	13.1
ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของ อสม.	26.6	46.0	27.4
อสม.ทำงานยากขึ้น ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากชุมชน	27.1	46.1	26.8
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	38.2	46.0	15.8

ตารางที่ 39 อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพของชุมชน

เรื่อง	จำนวน	ร้อยละ
การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ	220	55.8
ชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	147	37.3
นโยบายของ อบต.ไม่ต้องการพัฒนาองค์กร อสม.	59	15.0
งบประมาณไม่ชัดเจน ติดขัดในการใช้	170	43.1

ตารางที่ 40 การขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน/องค์กรของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

หน่วยงาน/องค์กร	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่รัฐ	49	22.4
นักการเมืองท้องถิ่น	85	38.8
อบต.	59	26.9
ผู้นำชุมชน	58	26.5
ชาวบ้าน	125	57.1

ตารางที่ 41 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของ อสม.

หน่วยงาน	ระดับการมีส่วนร่วมในความสำเร็จของ อสม.					
	ไม่มี	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	ไม่มีความเห็น
เจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาล	0.8	1.5	7.0	33.2	54.2	3.3
อบต.	5.0	9.0	23.7	34.6	15.5	12.2
ครูและบุคลากร	17.2	14.0	21.1	10.1	2.5	35.1
พระภิกษุและกรรมการวัด	21.4	11.1	12.5	9.3	3.4	42.3
ผู้นำชุมชน/กลุ่มองค์กรต่างๆ	9.5	8.5	25.3	24.4	12.4	19.9
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	16.8	11.1	15.1	15.1	6.3	35.6
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	27.2	4.7	5.7	3.0	1.2	58.2

ตารางที่ 42 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน

ลักษณะที่ทำ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่มีความคิดเห็น
1. เจ้าหน้าที่อนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน(n=395)			
เครื่องมืออุปกรณ์	33.4	63.3	3.3
การประชุมอบรมให้ความรู้	4.8	91.9	3.3
งบประมาณ	60.7	36	3.3
แนวทางการดำเนินงาน	21.7	75	33
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	36.2	60.5	3.3
2. อบต. (n=381)			
เครื่องมืออุปกรณ์	66.9	20.1	13
การประชุมอบรมให้ความรู้	65.3	21.7	13
งบประมาณ	14.8	72.2	13
แนวทางการดำเนินงาน	64.5	22.5	13
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	68	19	13
3. ครูและบุคลากร (n=337)			
เครื่องมืออุปกรณ์	57.7	3.6	38.7
การประชุมอบรมให้ความรู้	31.4	29.9	38.7
งบประมาณ	58.6	2.7	38.7
แนวทางการดำเนินงาน	32.0	29.3	38.7
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	55.3	6.0	38.7
4. พระภิกษุและกรรมการวัด(n=320)			
เครื่องมืออุปกรณ์	44.8	5.1	50.1
การประชุมอบรมให้ความรู้	28.6	21.3	50.1
งบประมาณ	49.5	0.3	50.2
แนวทางการดำเนินงาน	32.1	17.8	50.1
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	43.8	6.0	50.2

ลักษณะที่ทำ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่มีความคิดเห็น
5. ผู้นำชุมชน/กลุ่มองค์กรต่างๆ(n=354)			
เครื่องมืออุปกรณ์	69.3	8.4	22.3
การประชุมอบรมให้ความรู้	38.3	39.4	22.3
งบประมาณ	64	13.7	22.3
แนวทางการดำเนินงาน	37.4	40.3	22.3
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	54.2	23.5	22.3
6. ชมรม อสม. ระดับจังหวัด(n=331)			
เครื่องมืออุปกรณ์	53.4	9.9	36.7
การประชุมอบรมให้ความรู้	25.6	37.7	36.7
งบประมาณ	49.4	13.9	36.7
แนวทางการดำเนินงาน	29.3	34	36.7
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	38.6	24.7	36.7
7. ชมรม อสม. ระดับประเทศ(n=295)			
เครื่องมืออุปกรณ์	23.6	4.9	71.5
การประชุมอบรมให้ความรู้	19.1	9.4	71.5
งบประมาณ	26.0	2.5	71.5
แนวทางการดำเนินงาน	17.0	11.5	71.5
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	25.4	3.1	21.5

ตารางที่ 43 ร้อยละระดับความพอใจของผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.

ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.	ระดับผลตอบแทน				
	ไม่ได้รับ	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง	42.0	28.8	17.0	8.8	3.4
ได้รับการยกย่อง/นับถือ	6.1	15.4	25.7	40.5	12.3
ได้ความรู้เพิ่มขึ้น	0.5	3.4	9.2	57.5	29.4
ได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่ม ในการพัฒนาชุมชน	0.5	6.8	12.7	50.2	29.8
ได้เหรียญเชิดชู/บัตรประกาศเกียรติคุณ	4.1	11.5	10.5	16.7	12.2
ได้สวัสดิการจากการทำหน้าที่เป็น อสม.	11.1	17.8	24.0	27.1	20.0
สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้	1.5	2.9	9.8	53.4	32.4

ตารางที่ 44 แสดงการรับทราบระบบสวัสดิการของอสม.ของกลุ่มตัวอย่าง

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่ทราบ		ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	32	7.8	380	92.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป	92	22.5	316	77.5
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา	98	24.0	310	76.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง	175	43.5	227	56.5

ตารางที่ 45 แสดงการได้รับสวัสดิการของอสม.ของกลุ่มตัวอย่าง

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่เคยได้รับ		เคยได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (n=380)	122	32.8	250	67.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป (n=316)	231	75.7	74	24.3
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา (n=310)	261	85.0	46	15.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง (n=227)	190	84.4	35	15.6

ภาคผนวกที่ 3

ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อบต. และผู้นำชุมชน “การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนอบต.และผู้นำชุมชน จำแนกตามจังหวัด (n=90)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
กาญจนบุรี	8	8.9
กระบี่	8	8.9
นนทบุรี	8	8.9
ระยอง	9	10.0
นครศรีธรรมราช	8	8.9
ขอนแก่น	9	9.9
สุรินทร์	8	8.9
ปัตตานี	8	8.9
ยโสธร	8	8.9
ลำปาง	8	8.8
นครสวรรค์	8	8.9

ตารางที่ 2 จำแนกตามเพศ (n=90)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	78	86.7
หญิง	12	13.3

ตารางที่ 3 จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=90)

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 36 ปี	19	21.1
36 – 54 ปี	59	65.6
มากกว่า 54 ปี	12	13.3

Maximum = 70 Minimum = 25 Mean = 45.2 Median = 45 Mode = 45

ตารางที่ 4 จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด (n=90)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	17	18.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	22.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	35.6
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	0	0
ปริญญาตรี	13	14.4
สูงกว่าปริญญาตรี	8	8.9
อื่นๆ	0	0

ตารางที่ 5 จำแนกตามอาชีพหลัก (n=90)

อาชีพหลัก	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	46	51.1
รับจ้าง	12	13.4
ค้าขาย	12	13.4
เปิดร้านค้าในชุมชน	2	2.2
ธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง	3	3.3
ข้าราชการเกษียณ	4	4.4
อื่นๆ	11	12.2

ตารางที่ 6 จำแนกตามตำแหน่งในปัจจุบัน (n=90)

ตำแหน่งในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
นายก อบต.	6	6.7
ประธานสภา	4	4.4
สมาชิก อบต.	25	27.8
กำนัน	6	6.7
ผู้ใหญ่บ้าน	27	30.0
อื่นๆ	22	24.4

ตารางที่ 7 จำแนก ตามการมีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน (n=90)

ตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มีตำแหน่ง	73	81.1
ไม่มีตำแหน่ง	17	18.9

ตารางที่ 7-1 จำแนกตามตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน (n=90)

ตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อสม.	15	16.7	75	83.3
กลุ่มแม่บ้าน	11	12.2	79	87.8
กลุ่มเยาวชน	2	2.2	88	97.8
กรรมการกองทุนหมู่บ้าน/กองทุน 1 ล้านบาท	44	48.9	46	51.1
หมอดิน/ผู้เชี่ยวชาญเกษตรอินทรีย์	5	5.6	85	94.4
หมอฟันบ้าน	1	1.1	89	98.9
ผู้ประกาศข่าวหอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน	23	25.6	67	74.4
อื่นๆ	19	21.1	71	78.9

ตารางที่ 8 จำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชน (n=90)

ประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
มี	52	57.8
ไม่มี	38	42.2

ตารางที่ 9 จำแนกตามตำแหน่งที่เคยเป็นด้านสุขภาพในชุมชน (n=89)

ตำแหน่งที่เคยเป็นด้านสุขภาพในชุมชน	เคยเป็น		ไม่เคยเป็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อสม.	26	29.2	63	70.8
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	17	19.0	72	81.0
อื่นๆ	8	9.0	81	91.0

ตารางที่ 10 จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. (n=90)

การมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	37	41.1
ร่วมกับเจ้าหน้าที่คัดเลือก	5	5.6
ร่วมกับกลุ่ม อสม. คัดเลือก	4	4.4
ร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	16	17.8
ร่วมกับเจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	27	30.0
อื่นๆ	1	1.1

ตารางที่ 11 จำแนกตามจำนวนหลังคาเรือนในชุมชนที่ อสม. 1 คนจะสามารถดูแลได้ (n=86)

จำนวนหลังคาเรือนที่ อสม. 1 คนจะสามารถดูแลได้	จำนวน	ร้อยละ
2	1	1.2
5	7	8.4
6	1	1.2
7	1	1.2
8	5	6.1
9	2	2.4
10	43	52.4
12	1	1.2
15	6	7.2
17	1	1.2
18	2	2.4
20	4	4.9
25	2	2.4
30	4	4.9
100	2	2.4

Maximum = 100 Minimum = 2 Mean = 13.76 Median = 10 Mode = 10

ตารางที่ 12 จำแนกตามบุคคลที่มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชน

บุคคลที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพในชุมชน	ระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุข (%)				
	ไม่มีบทบาท (0%)	น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
หมอพื้นบ้าน (n=87)	21.9	28.7	26.4	23.0	0
แพทย์ประจำตำบล (n=87)	28.7	25.3	23.0	13.8	9.2
หมอเสนาวัักษ์ (n=87)	56.4	18.4	19.5	5.7	0
อสม. (n=89)	1.1	9.0	11.2	46.1	32.6
อื่นๆ (n=89)	96.7	1.1	1.1	1.1	0

ตารางที่ 13 จำแนกตามบทบาทของชมรม อสม. ระดับตำบลในด้านการพัฒนาสุขภาพ (n=90)

บทบาทของชมรม อสม. ระดับตำบล ในด้านการพัฒนาสุขภาพ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความคิดเห็น	8	8.9	82	91.1
ไม่รู้จักรัก	4	4.4	86	95.6
ระดมพล อสม. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ	64	71.1	26	28.9
ประชุมพัฒนาองค์กร	57	63.3	33	36.7
จัดหาสวัสดิการให้กับ อสม.	52	57.8	38	42.2
อื่นๆ	2	2.2	88	97.8

ตารางที่ 14 จำแนกตามความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ชุมชน (n=88)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย (%)		เห็นด้วย (%)	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ประชาชนในหมู่บ้านยอมรับ อสม. มาก	1.1	3.4	43.2	52.3
2. ทุกวันนี้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพจาก อสม. มาก	1.1	9.1	52.3	37.5
3. อสม. ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน	5.7	22.7	46.6	25.0
4. อสม. ยังมีปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน	5.7	29.5	38.7	26.1

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย (%)		เห็นด้วย (%)	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี	0	4.5	37.5	58.0
6. อสม. มีความสามารถในการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี	5.7	25.0	45.4	23.9
7. ปัจจุบันเจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการและจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ไม่จำเป็นต้องมี อสม. ในหมู่บ้าน	62.5	18.2	10.2	9.1

ตารางที่ 15 จำแนกตามระดับของการทำงานของอสม.ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่มีบทบาท	ระดับบทบาทในการทำงาน (%)			
		น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (n=90)	3.3	2.2	20.0	56.7	17.8
2. การจัดบริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การจ่ายยา ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ วัดความดัน ฯลฯ (n=90)	8.9	13.3	37.8	22.2	17.8
3. การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย (n=90)	5.6	5.6	34.4	40.0	14.4
4. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=89)	4.5	1.1	5.6	52.8	36.0
5. การคุ้มครองสิทธิ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับสิทธิ 30 บาท รักษาทุกโรค (n=90)	2.2	12.2	28.9	34.5	22.2
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานีนอนมัย หรือโรงพยาบาล (n=89)	10.1	20.2	34.9	20.2	14.6
7. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (n=86)	26.7	11.6	25.6	31.4	4.7
8. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน (n=86)	27.9	11.6	33.7	21.1	4.7
9. การพัฒนาด้านศาสนา เช่น เป็นกรรมการวัด ศาสนพิธีต่างๆ (n=87)	19.5	12.6	25.4	29.9	12.6
10 การกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การไปใช้เสียงเลือกตั้ง (n=90)	11.1	11.1	30.0	26.7	21.1

ตารางที่ 16 จำแนกตามอสม.ในหมู่บ้านมีความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไข
ปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ในกิจกรรมต่อไปนี้ระดับใด

ความรู้ความสามารถในเรื่องการบริหารจัดการ	ไม่มีความ สามารถ	ระดับความสามารถ (%)			
		น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
1. การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง/ความต้องการ ของชุมชน (n=90)	10.0	11.1	43.4	32.2	3.3
2. การกำหนดทิศทางการพัฒนาแก้ไขปัญหของ หมู่บ้าน (n=90)	6.7	11.1	41.0	35.6	5.6
3. การเขียนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหของ หมู่บ้าน (n=89)	9.0	12.4	48.3	20.2	10.1
4. การติดตามงบประมาณในการนำมาใช้แก้ไข ปัญหาหมู่บ้าน (n=89)	11.2	11.2	39.4	29.2	9.0
5. การประเมินผลติดตามโครงการที่ดำเนินการ ต่างๆ ในหมู่บ้าน (n=90)	11.1	15.6	33.3	31.1	8.9
6. การนำทรัพยากรต่างๆ ของหมู่บ้านใช้เป็น ประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหามหมู่บ้านได้ (n=90)	12.2	17.8	25.6	40.0	4.4
7. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและ เอกชนมาร่วมแก้ไขปัญหามหมู่บ้านได้ (n=90)	2.2	10.0	21.1	47.8	18.9
8. การบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่วางไว้ (n=89)	7.9	13.5	30.3	33.7	14.6
9. การระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขพัฒนา หมู่บ้าน (n=90)	7.9	12.4	29.1	36.0	14.6
10. การเป็นวิทยากรกระบวนการ/การเป็นผู้นำการ ประชุมในชุมชน (n=90)	13.3	21.1	33.3	26.7	5.6
11. การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน (n=90)	12.2	17.8	30.0	26.7	13.3
12. การระดมทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ เช่น การ หาแหล่งบจากที่ต่างๆ มาพัฒนาสุขภาพ (n=90)	12.2	18.9	31.1	27.8	10.0

ตารางที่ 17 จำแนกตามความพึงพอใจต่อบทบาทของ อสม. ในปัจจุบัน (n=87)

ความพึงพอใจต่อบทบาทของ อสม. ในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
พอใจ	74	85.1
ไม่พอใจ	13	14.9

กิจกรรมที่ อสม. ที่พึงประสงค์ควรจะเข้าร่วมกับชุมชนในระดับหมู่บ้าน

1. การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจากสาธารณสุข
 2. การจัดทำข้อมูลของหมู่บ้าน
 3. คอยรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
 4. ร่วมกันทำประชาคมระหว่างหมู่บ้าน
 5. ร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังโรคภัยในหมู่บ้าน เช่น รณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องความสะอาด
- การกำจัดลูกน้ำยุงลาย
6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
 7. การดำเนินกิจกรรมพื้นฐาน
 8. เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย
 9. เขียนแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน
 10. ช่วยเหลือและให้ความรู้แก่ผู้ที่ติดยาเสพติด แข่งขันกีฬาจำนยาเสพติด
 11. ส่งเสริมให้ชุมชนปลูกผักปลอดสารพิษ
 12. ประสานงานการทำงานในภาพรวมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ
 13. เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาบ้าน วัด และโรงเรียน
 14. ตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ชั่งน้ำหนักเด็ก
 15. จัดทำแผนงบประมาณประจำปีของ อบต.
 16. ติดตามผลงานของ อสม. ในตำบล

ท่านสามารถสนับสนุนการทำงานของ อสม. ในด้านใดบ้าง

1. ร่วมปฏิบัติโครงการและกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
2. ให้กำลังใจ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือชาวบ้าน
3. สนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นหรือแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เช่น การแนะนำการเขียนโครงการต่างๆ เพื่อเสนอของบประมาณ
4. ให้ความร่วมมือและป้องกันการรักษาโรค

5. ประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านต่างๆ ของงาน อสม. เช่น ประกาศข่าวสารด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าว

6. สนับสนุนงบประมาณ
7. จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการต่าง ๆ
8. การประสานงานต่างๆ เช่น การจัดหางบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ
9. วิทยากร / เป็นที่ปรึกษา

บทบาทของ อสม. ที่ประทับใจ

1. การให้ความรู้และการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน การร่วมมือกับชาวบ้านในการกำจัดยุงลาย

2. การเสียสละเวลาเพื่อส่วนรวม ความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน
3. ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ และพัฒนาส่วนรวม
4. เป็นผู้นำต้นแบบเอบีซี
5. การควบคุม การป้องกัน และการเฝ้าระวังโรคต่างๆ
6. การดูแลสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ
7. การประชาสัมพันธ์และการบริการประชาชน
8. การบริการการทำบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค
9. ช่วยเหลือทุกอย่างในหมู่บ้าน เช่น งานเทศบาล คนในชุมชน
10. การสำรวจข้อมูลต่างๆ
11. บทบาททางด้านสาธารณสุข เช่น ฉีดวัคซีนแกัพิษสุนัขบ้า ให้คำแนะนำในการรักษาโรคต่าง ๆ
12. การบริจาคเลือด

ภาคผนวกที่ 4

ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล “การประเมินศักยภาพของ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”

ตารางที่ 1 จำแนกตามจังหวัด (n=46)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
กาญจนบุรี	4	8.7
กระบี่	4	8.7
นนทบุรี	6	13.0
ระยอง	4	8.7
นครศรีธรรมราช	4	8.7
ขอนแก่น	4	8.7
สุรินทร์	4	8.7
ปัตตานี	4	8.7
ยโสธร	4	8.7
ลำปาง	4	8.7
นครสวรรค์	4	8.7

ตารางที่ 2 จำแนกตามเพศ (n=46)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	17	37.0
หญิง	29	63.0

ตารางที่ 3 จำแนกตามอายุ (n=46)

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 31 ปี	6	13
31 – 47 ปี	32	69.6
มากกว่า 47 ปี	8	17.4

Maximum = 59 Minimum = 23 Mean = 39 Median = 37 Mode = 36

ตารางที่ 4 จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด (n=46)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประกาศนียบัตร	6	13.0
อนุปริญญา	0	0
ปริญญาตรี	39	84.8
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	1	2.2
อื่นๆ	0	0

ตารางที่ 5 จำแนกตามการศึกษาต่อ (n=45)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษาต่อ	36	80.0
ปริญญาตรี	5	11.1
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	4	8.9
อื่นๆ	0	0

ตารางที่ 6 จำแนกตามสถานที่ทำงานอยู่ในเขต (n=45)

สถานที่ทำงานอยู่ในเขต	จำนวน	ร้อยละ
อบต.	37	82.2
เทศบาล	8	17.8

ตารางที่ 7 จำแนกตามจำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ (n=45)

จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ	จำนวน	ร้อยละ
2	3	6.7
3	2	4.4
4	8	17.8
5	5	11.1
6	7	15.6
7	4	8.9
8	6	13.3
9	5	11.1
12	2	4.4
13	2	4.4
14	1	2.2

ตารางที่ 8 จำแนกตามจำนวน อสม. ทั้งหมด (n=43)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 33 คน	5	10.9
33 – 158 คน	33	71.7
มากกว่า 158 คน	8	17.4

Maximum = 240 Minimum = 20 Mean = 96.84 Median = 70 Mode = 32

ตารางที่ 9 จำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน/สุขภาพประชาชน (n=46)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 7 ปี	10	21.7
7 – 23 ปี	27	58.7
มากกว่า 23 ปี	9	19.6

Maximum = 32 Minimum = 1 Mean = 15.02 Median = 15 Mode = 20

ตารางที่ 10 จำแนกตามจำนวน อสม. ทั้งหมด (n=44)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
1	9	20.5
2	9	20.5
3	5	11.4
4	1	2.3
5	3	6.8
6	1	2.3
10	2	4.5
15	1	2.3
20	1	2.3
94	1	2.3

ตารางที่ 11 จำแนกตามการดำรงตำแหน่งในหมู่บ้าน (n=46)

การดำรงตำแหน่งในหมู่บ้าน	ดำรงตำแหน่ง		ไม่ดำรงตำแหน่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	19	41.3	27	58.7
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	6	13.0	40	87.0
พยาบาลวิชาชีพ	7	15.2	39	84.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน	0	0	46	100.0
พยาบาลเทคนิค	1	2.2	45	97.8
ทันตภิบาล	0	0	46	100.0
นักวิชาการสาธารณสุข	13	28.3	33	71.7
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	0	0	46	100.0
อื่นๆ	0	0	46	100.0

ตารางที่ 12 จำแนกตามระยะเวลาการทำงานที่สถานอนามัย/สถานบริการแห่งนี้ (n=46)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	5	10.9
1 – 15 ปี	33	71.7
มากกว่า 15 ปี	8	17.4

Maximum = 33 Minimum = 1 Mean = 8.86 Median = 6.90 Mode = 3

ตารางที่ 13 จำแนกตามความคิดเห็นต่อนโยบายรัฐมีผลต่อการทำงานของ อสม. อย่างไร (n=46)

ช่วงนโยบายของรัฐมีผลต่อการทำงานของ อสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็น (%)				
	ไม่มีความชัดเจน	ชัดเจนน้อย	ชัดเจนค่อนข้างน้อย	ชัดเจนค่อนข้างมาก	ชัดเจนมาก
1.การระบุน้ำที่การทำงานของ อสม. ชัดเจนมากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุนการจัดตั้ง ศสมช. (เริ่มปี 2520 – 2540)	2.2	15.2	23.9	50.0	8.7
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน (เริ่มปี 2542)	6.5	13.0	47.8	30.4	2.2
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)/นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่มปี 2543)	4.3	15.2	39.1	39.1	2.2
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	2.2	4.3	15.2	54.3	23.9

ช่วงนโยบายของรัฐมีผล ต่อการทำงานของ อสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็น (%)				
	ไม่มีความ ชัดเจน	ชัดเจน น้อย	ชัดเจน ค่อนข้าง น้อย	ชัดเจน ค่อนข้างมาก	ชัดเจน มาก
2. อสม. มีส่วนในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ในชุมชนมากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	2.2	26.1	41.3	23.9	6.5
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	0	17.4	52.2	30.4	0
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	2.2	13.0	37.0	43.5	4.3
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	23.9	58.7	10.9
3. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนการทำงาน ให้กับ อสม. นั้น ท่านได้รับมากน้อย ระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	2.2	43.5	30.4	19.6	4.3
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	17.4	52.2	26.1	0
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	8.7	15.2	52.2	23.9	0
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	8.7	10.9	41.3	32.6	6.5
4. อสม. ได้มีการจัดกิจกรรมใน 14 องค์ประกอบของงาน สสม. มากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	2.2	10.9	50.0	30.4	6.5
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	10.9	47.8	34.8	2.2
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	6.5	8.7	41.3	41.3	2.2
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	2.2	4.3	34.8	47.8	10.9
5. ชุมชนให้ความสำคัญกับการทำงานของ อสม. มากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	0	15.2	43.5	32.6	8.7
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	6.5	47.8	37.0	4.3
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	2.2	10.9	45.7	34.8	6.5
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	0	4.3	26.1	47.8	21.7
6. ความสำเร็จของการทำงาน อสม. ในแต่ละ นโยบาย มีความสำเร็จระดับมากน้อยเพียงใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	0	10.9	43.5	41.3	4.3
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	0	13.0	50.0	34.8	2.2
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	2.2	8.7	37.0	50.0	2.2
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	0	6.5	21.7	60.9	10.9

ตารางที่ 14 ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้ อสม. ในเรื่องใดบ้าง

เนื้อหา/เรื่องที่ได้ให้ความรู้	การให้ความรู้		รูปแบบการให้ความรู้				งบประมาณ			
	ไม่มี	มี	ประชุม ที่ สอ. ทุกเดือน	ประชุมที่ หมู่บ้าน	จัด อบรม 1-3 วัน	อื่นๆ	ไม่ ใช้	งบ สอ.	งบ อบต.	อื่นๆ
1. งานป้องกันและเฝ้าระวังโรค: ใช้หวัดนก ใช้เลือดออก	2.2	97.8	62.2	66.7	73.3	8.9	36.4	31.8	27.3	22.7
2. โครงการหลักประกันสุขภาพ	10.9	89.1	71.4	23.8	7.1	9.5	79.1	4.7	4.7	11.6
3. การสร้างสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย	0	100	57.1	38.1	23.8	7.1	48.8	14.0	23.3	25.6
4. การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือประชาคม	22.2	77.8	18.6	44.2	18.6	7.0	58.1	7.0	20.9	16.3
5. การประชุมจัดทำแผนประจำปี	13.0	87.0	43.6	23.1	12.8	12.8	65.9	6.8	13.6	18.2
6. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.3	95.7	55.8	53.5	16.3	4.7	38.6	38.6	11.4	20.5
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก	8.7	91.3	63.6	22.7	11.4	6.8	65.1	23.3	4.7	9.3
8. อบรมเฉพาะกิจในหมู่บ้านที่มีการระบาดโรค	6.5	93.5	40.9	52.3	9.1	6.8	52.3	18.2	25.0	13.6
			ภาคผนวกที่ 5-6							
9 อื่นๆ (งานอุบัติเหตุ นโยบายเร่งด่วน)	91.3	8.7	4.3	6.5	0	97.8	0	0	2.2	0

ตารางที่ 15 วิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหมู่บ้าน ท่านประเมินจากอะไร (n=46)

วิธีประเมินผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการประเมินผลงาน	0	0
ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นกรณีเฉพาะกิจ	16	34.8
จากรายงานการเจ็บป่วย	31	67.4
จากการเยี่ยมติดตาม	41	89.1
จากรายงานของสถานีอนามัย	29	63.0
จากรายงานของ อสม.	39	84.8
ใช้ข้อมูล จปฐ.	18	39.1

อื่นๆ	4	8.7
-------	---	-----

ตารางที่ 16 อบต. ได้มาขอข้อมูลด้านสาธารณสุข/เคยมาประสานงานกับหน่วยงานของท่านเพื่อจัดทำแผนงานของชุมชนหรือไม่ (n=45)

การขอข้อมูลของ อบต.	จำนวน	ร้อยละ
เคย	32	71.1
ไม่เคย	13	28.9

รายละเอียดของข้อมูลที่ขอจากอบต.

1. การจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี
2. ข้อมูลประชากร คร่าวๆ
3. ข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น โรคไข้เลือดออก ฉีดยา อาหารปลอดภัย เอดส์ ข้อมูลระดับการศึกษา ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์
4. ชมรมผู้สูงอายุ
5. งานส่งเสริม CD nED คบส.

ตารางที่ 17 การเสนอของบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา (n=46)

การเสนอขอของงบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เสนอขอ	9	19.5
ไม่ทราบว่าส่งแผนเข้าได้ตอนไหน	1	2.2
อบต. ไม่สนับสนุน	2	4.3
อื่นๆ (ใช้งบอื่นๆ แทน อบต. จัดสรรงบให้เอง)	6	13.0
เสนอขอ	37	80.4

ตารางที่ 17-1 จำนวนโครงการที่เสนอของบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา (n=46)

จำนวนโครงการที่ได้รับการสนับสนุน (n=43)	จำนวน	ร้อยละ
1	9	20.9
2	6	14.0
3	8	18.6
4	4	9.3
5	3	7.0
7	2	4.7
12	1	2.3
13	1	2.3
14	1	2.3

ตารางที่ 17-2 จำนวนโครงการที่เสนอของบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา (n=46)

งบประมาณ	จำนวน	ร้อยละ
10000	2	5.7
12500	1	2.9
36000	2	5.7
40000	2	5.7
45000	1	2.9
50000	2	5.7
67000	1	2.9
70000	1	2.9
90000	1	2.9
100000	2	5.7
120000	1	2.9
150000	3	8.6
190000	1	2.9
200000	2	5.7
300000	1	2.9
333000	1	2.9
425000	1	2.9
500000	1	2.9
700000	1	2.9

ตารางที่ 18 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. (n=46)

สิ่งที่ต่อไปนี้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม.	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา (%)			
		น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. อสม. ไม่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	19.6	34.8	32.6	13.0	0
2. อสม. ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	6.5	26.1	15.2	39.1	13.0
3. อสม. ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน	13.0	37.0	37.0	10.9	2.2
4. ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของการทำงานของ อสม.	6.5	23.9	21.7	37.0	10.9
5. อสม. ทำงานยากขึ้น เพราะไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน	6.5	28.3	23.9	30.4	10.9
6. อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	2.2	19.6	32.6	30.4	15.2
7. อบต. ไม่สนับสนุนงบประมาณการทำงานให้กับ อสม.	23.9	19.6	28.3	19.6	8.7
8. อบต. ไม่เห็นความสำคัญของการทำงานอสม.	23.9	28.3	23.9	19.6	4.3
9. อื่นๆ (เศรษฐกิจ, อสม. ไม่ค่อยอยู่ในหมู่บ้าน)	97.8	0	0	2.2	0

ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน คือเรื่อง

1. การดำเนินงานยังไม่จริงจัง
2. ขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ
3. ผู้นำและประชาชนบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของ อสม.
4. การเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องยาก
5. ประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพน้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ และไม่ค่อยมีการดูแลสุขภาพตนเอง
6. การประสานงานและการสื่อความหมายที่ไม่ตรงกัน
7. แรงจูงใจในการทำงานของ อสม. สวัสดิการต่างๆ
8. กระบวนการคัดเลือก อสม. การพัฒนา อสม.
9. ภารกิจครอบครวั ภาวะเศรษฐกิจของครอบครวั
10. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
11. งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ตารางที่ 19 กิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (n=44)

ระดับชมรม อสม.	ท่านเคยมีกิจกรรมร่วมกับชมรมหรือไม่		ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับเป็นอย่างไร (%)			
	ไม่เคย	เคย	ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา	ประชุม พัฒนา องค์กร/ สวัสดิการ	ประชุม พัฒนา ความรู้	อื่นๆ
ชมรม อสม. ระดับตำบล	2.3	97.7	75.0	63.6	86.4	9.1
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ	6.8	93.2	70.5	52.3	72.7	4.5
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	59.1	40.9	27.3	15.9	25.0	4.5
ชมรม อสม. ระดับภาค	88.6	11.4	2.3	4.5	6.8	2.3
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	93.2	6.8	2.3	0	2.3	2.3

ตารางที่ 20 สิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่มีผลต่อการทำงานของ อสม.

สิทธิประโยชน์และสวัสดิการ	ไม่มีผลต่อ การทำงาน (0%)	มีผลต่อการทำงาน			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง	2.2	10.9	10.9	39.1	37.0
2. ได้รับการยกย่อง/นับถือ	0	2.2	21.7	45.7	30.4
3. ได้เหรียญเชิดชู/ประกาศนียบัตร	0	2.2	30.4	45.7	21.7
4. ได้สวัสดิการค่าลดหย่อนการ รักษาพยาบาล	0	4.3	15.2	37.0	43.5
5. ได้รับทุนการศึกษาบุตร	0	13.0	6.5	26.1	54.3
6. การได้รับค่ายกเว้นการเดินทาง	8.9	15.6	13.3	28.9	33.3
7. ได้ความรู้ทำให้สามารถดูแลสุขภาพ คนในครอบครัว/ชุมชนได้	0	6.5	15.2	50.0	28.3
8. อื่นๆ (การดูงาน ทัศนศึกษา ท่องเที่ยว)	91.3	0	0	4.3	4.3

ตารางที่ 21 ในพื้นที่รับผิดชอบของ อบต./ชุมชน มีการจัดสวัสดิการให้กับ อสม. หรือไม่ (n=46)

การจัดสวัสดิการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	31	67.4
มี	15	32.6

ข้อเสนอแนะ (ที่ยังไม่มีการดำเนินงาน)

1. ควรจะทำการวางแผนการใช้งบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
2. จัดสวัสดิการให้กับ อสม. เช่น ค่าลดหย่อนห้องพิเศษของโรงพยาบาล เงินฌาปนกิจ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง
3. สนับสนุนการศึกษาดูงาน
4. มีเงินเดือนให้กับ อสม.

รูปแบบสวัสดิการ (ที่มีการดำเนินงานแล้ว)

1. การจัดกิจกรรมในลักษณะชมรมสุขภาพ เช่น การแข่งขันกีฬา
2. การพบปะสังสรรค์ ทำบุญของ อสม.
3. การศึกษาดูงาน การจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
4. การยกย่องเชิดชูเกียรติ อสม. เช่น การมอบเหรียญรางวัล อสม. ดีเด่น
5. ค่าชดเชยการเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัว

ตารางที่ 22 กลไก อสม. เป็นกลไกที่มีความเหมาะสมที่สุดหรือไม่

ความเหมาะสมของกลไก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	37	80.4
ไม่เหมาะสม	9	19.6

ถ้าไม่เหมาะสม รูปแบบ คือ

1. การเพิ่มสวัสดิการหรือมีค่าตอบแทน
2. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน
3. จัดประชุมทุกเดือนเพื่อให้ได้พบปะกัน

นวัตกรรมใหม่ที่สนับสนุนหรือหนุนเสริมให้ อสม. มีความรัก ความผูกพันระหว่างกัน และทุ่มเทการทำงานให้กับชุมชน

1. กิจกรรมกลุ่มออมทรัพย์ อสม.
2. มีการฟื้นฟูและศึกษาคนเพื่อพัฒนาชุมชน
3. มีการประชุมกันทุกเดือน
4. สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น มีการให้เงินเดือนหรือค่าตอบแทน การให้เกียรติ ยกย่อง การมีสวัสดิการให้ อสม. การรักษาพยาบาล สนับสนุนการศึกษาของบุตร อสม.
5. ควรมีการประเมินการทำงานของ อสม.
6. มีงบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
7. ให้ความสำคัญกับ อสม.

เครื่องมือการวิจัย

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินงานโครงการ

โดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ปี 2549

สารบัญ

หน้า

■ ชุดที่ 1 :	แบบสัมภาษณ์ อสม. “การประเมินศักยภาพ อสม.”	2
■ ชุดที่ 2 :	แบบสัมภาษณ์ อบต. และ ผู้นำชุมชน “การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”	16
■ ชุดที่ 3 :	แบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล “การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”	22
■ ชุดที่ 4 :	แบบสอบถาม ประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด “การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”	30
■ ชุดที่ 5 :	แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ	36
■ ชุดที่ 6 :	กรอบแนวทางการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	37
■ ชุดที่ 7 :	โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา	40

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ได้แก่

- ชุดที่ 1 : แบบสัมภาษณ์ อสม. “การประเมินศักยภาพ อสม.”
- ชุดที่ 2 : แบบสัมภาษณ์ อบต. และ ผู้นำชุมชน
“การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”
- ชุดที่ 3 : แบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล
“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”
- ชุดที่ 4 : แบบสอบถาม ประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด
“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”
- ชุดที่ 5 : แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ

ชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์ อสม.

“การประเมินศักยภาพอสม.”

วัตถุประสงค์ : ประเมินศักยภาพการทำงานของอสม. รวมทั้งวิเคราะห์กลไกการสนับสนุน ระบบสวัสดิการขวัญกำลังใจ การประเมินคุณค่าของอสม.ในด้านการพัฒนาสุขภาพ และประมวลปัญหาอุปสรรค-ปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จการทำงานของอสม.

ศักยภาพ หมายถึง พลังหรือความสามารถที่แฝงอยู่ และสามารถที่จะทำปรากฏได้ตามกรอบงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กับ กรอบงานทางสังคมและสุขภาพใหม่ๆที่เปลี่ยนแปลง โดยเน้นการวิเคราะห์ศักยภาพใน 6 ด้าน คือ ความรู้, ทักษะความสามารถ, บทบาทของอสม.ที่ทำอยู่, กระบวนการทำงาน, วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา

วันที่กรอกข้อมูล วันที่.....เดือน ปี 2549

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์

ชื่ออสม.ที่ถูกลักษณะ

(เพื่อตรวจสอบประวัติการเข้าเป็นอสม. หากผู้ถูกลักษณะจำปีที่เริ่มเป็นอสม.ไม่ได้)

เลขที่แบบสอบถาม (id)

.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

โปรด เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐

(1) ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่ (A1).....ตำบล (A2)

อำเภอ(A3).....จังหวัด (A4)

เป็นหมู่บ้านในเขต(A5) ☐ 1 อบต. ☐ 2 เทศบาล, เป็นหมู่บ้านห่างจากสอ./รพช กม.

ในหมู่บ้านมีอสม. จำนวน (A6)คน ☐ 99 ไม่ทราบจำนวนอสม.

(2) ข้อมูลทั่วไปของ อสม.

B1) เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง

B2) เกิด ปี พ.ศ.

B3) สถานภาพสมรส ☐ 1 โสด ☐ 2 สมรส ☐ 3 หย่า ☐ 4 หม้าย / ร้าง
☒ 5 อยู่ร่วมกันกับสามี/ภรรยา ☐ 6 แยกกันอยู่กับสามี/ภรรยา

B3-1) ท่านมีภาระเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนหนังสือหรือยังไม่ได้ทำงาน ก็คน.....คน ☐ 0 ไม่มี

B4) อาชีพหลักของท่าน (หมายถึง อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากกว่าอาชีพอื่นๆ)

☐ 1 เกษตรกร ☐ 2 รับจ้าง ☐ 3 ค้าขาย ☐ 4 แม่บ้าน ☐ 5 ข้าราชการเกษียณ ☐ 6 อื่นๆ.....

B5) ท่านจบการศึกษาสูงสุด ระดับใด

☐ 1 ไม่ได้เรียน ☐ 2 ประถมศึกษา ☐ 3 มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 5 ปวช./ ปวส. ☐ 6ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

B6) ปัจจุบัน ท่านยังศึกษาหาความรู้ต่อในระดับการศึกษาใดหรือไม่

☐ 1 ไม่ได้ศึกษาต่อ ☐ 2 มัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย ☐ 3 อนุปริญญา
☐ 4 ด้านสายอาชีพ (กศน.) ☐ 5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ☐ 6 อื่นๆ.....

B7) ปีที่เริ่ม เป็น ผสส. หรือ อสม. ครั้งแรก ปี พ.ศ. ☐ 9 จำไม่ได้

B7-1) รวมระยะเวลาการเป็น ผสส. และหรือ อสม. ปี ☒ (ให้เช็คปีพ.ศ.กับเจ้าหน้าที่ ปี) (ให้เช็คปีพ.ศ.กับเจ้าหน้าที่ ปี)

B8) ท่านผ่านการคัดเลือก อสม. อย่างไร

☐ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกเอง ☐ 2 กลุ่ม อสม. คัดเลือกกันเอง
☐ 3 เจ้าหน้าที่ ร่วมกับ อสม. ☐ 4 อสม. ร่วมกับ ผู้นำชุมชน และ ชาวบ้าน
☐ 5 เจ้าหน้าที่ ร่วมกับ อสม. และ ผู้นำชุมชน
☐ 6 เจ้าหน้าที่ ร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน และ ชาวบ้าน ☐ 7 อื่นๆ

B9) นอกจากบทบาทการเป็นอสม.แล้ว ท่านยังได้ช่วยเหลือด้านสังคมหรือสุขภาพอื่นๆ อย่างไรบ้าง

☐ 0 ไม่มี ☐ 1 มี ได้แก่ (ตอบได้หลาย)

☒ หมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอเป่า หมอจับเส้น

หมอสูตร หมอตำแย ฯลฯ (B9-1)

☐ เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้ หรือ การใช้พืชสมุนไพร (B9-2)

☐ เชี่ยวชาญด้าน เกษตรชีวภาพ / ปุ๋ยหมัก / น้ำหมัก (B9-3)

☐ นักจัดรายการวิทยุชุมชน / หอกระจายข่าว หรือ นักประชาสัมพันธ์ (B9-4)

☐ สามารถเป็นวิทยากร หรือ ผู้ดำเนินรายการเวที (B9-5)

(ระบุเนื้อหาการเป็นวิทยากร) (B9-6)

☐ อื่นๆ (ระบุ) (B9-7)

B10) ท่านยังมีตำแหน่งทางการของราชการ หรือกลุ่มองค์กรต่างๆ อะไรบ้าง

☐ 0 ไม่มีตำแหน่งใด นอกจากเป็น อสม.

☐ 1 มี → ☐ กำนัน (B10-1) ☐ ผู้ใหญ่บ้าน (B10-2) ☐ กรรมการหมู่บ้าน (B10-3)

(ตอบได้หลายข้อ) ☐ นายกอบต./เทศบาล (B10-4) ☐ ประธานสภาอบต.(B10-5) ☐ สมาชิก อบต.(B10-6)

☐ อพม. (B10-7) ☐ กลุ่มแม่บ้าน (B10-8) ☐ กลุ่มเยาวชน (B10-9)

☐ กรรมการกองทุนหมู่บ้าน (B10-10) ☐ อื่นๆ (B10-11).....

B11) ปัจจุบัน ท่านมีตำแหน่งเป็น ประธาน อสม. ในหมู่บ้าน หรือไม่

☐ 1 เป็น

☐ 2 ไม่เป็น (ข้ามไปถามข้อ B12)



ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้ประชุมกับชมรมอสม. ในแต่ละระดับหรือไม่ พร้อมทั้งระบุลักษณะการ

เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม. ในแต่ละระดับ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐

ระดับ ชมรมอสม.	การเข้าร่วม กิจกรรม	ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม. ในแต่ละระดับเป็นอย่างไร
B11-1) ชมรมอสม. ระดับตำบล	☐ 1 เคย → ☐ 2 ไม่เคย	B11-1-1) ถ้าเคย เข้าร่วมกิจกรรมลักษณะใด (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ..... B11-1-2) การเข้าร่วมส่วนนี้ ส่งผลต่อการพัฒนาการทำงานของท่านระดับใด ☐ 1 ประเมินไม่ได้ / ไม่แน่ใจ ☐ 2 นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย ☐ 3 นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ☐ 4 นำมาใช้ในการทำงานได้มาก
B11-2) ชมรมอสม. ระดับอำเภอ	☐ 1 เคย → ☐ 2 ไม่เคย	B11-2-1) ถ้าเคย เข้าร่วมกิจกรรมลักษณะใด (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ..... B11-2-2) การเข้าร่วมส่วนนี้ ส่งผลต่อการพัฒนาการทำงานของท่านระดับใด ☐ 1 ประเมินไม่ได้ / ไม่แน่ใจ ☐ 2 นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย ☐ 3 นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ☐ 4 นำมาใช้ในการทำงานได้มาก

ระดับ ชมรมอสม.	การเข้าร่วม กิจกรรม	ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม. ในแต่ละระดับเป็นอย่างไร
B11-3) ชมรมอสม. ระดับจังหวัด	☐ 1 เคย → ☐ 2 ไม่เคย	B11-3-1) ถ้าเคย เข้าร่วมกิจกรรมลักษณะใด (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ..... B11-3-2) การเข้าร่วมส่วนนี้ ส่งผลต่อการพัฒนาการทำงานของท่านระดับใด ☐ 1 ประเมินไม่ได้ / ไม่แน่ใจ ☐ 2 นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย ☐ 3 นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ☐ 4 นำมาใช้ในการทำงานได้มาก
B11-4) ชมรมอสม. ระดับประเทศ	☐ 1 เคย → ☐ 2 ไม่เคย	B11-4-1) ถ้าเคย เข้าร่วมกิจกรรมลักษณะใด (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ..... B11-4-2) การเข้าร่วมส่วนนี้ ส่งผลต่อการพัฒนาการทำงานของท่านระดับใด ☐ 1 ประเมินไม่ได้ / ไม่แน่ใจ ☐ 2 นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย ☐ 3 นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ☐ 4 นำมาใช้ในการทำงานได้มาก

B12) ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยใช้อุปกรณ์หรือได้อ่านคู่มือการดำเนินงานอะไรบ้าง และมีความถี่
การใช้บ่อยๆ

การใช้อุปกรณ์ ต่างๆ	ความถี่ในการอุปกรณ์ / การอ่านคู่มือ หนังสือพิมพ์				
	ไม่เคย ใช้ (0)	ใช้นานๆครั้ง (ปีละ1-2ครั้ง)(1)	ใช้ 3-4 เดือน ต่อครั้ง (2)	ใช้ 2 เดือน ต่อครั้ง (3)	ใช้ทุกเดือน/ ทุกอาทิตย์ (4)
1.ปรอทวัดไข้ หรือ เทปวัดไข้					
2. เครื่องวัดความดันโลหิต และหูฟัง					
3. แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ					
4.การจ่ายยาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน : ผงน้ำตาลเกลือแร่, พาราเซต, ยาแก้ไอ ฯลฯ					
5.การใช้ชุดปฐมพยาบาล : ยาแดง, การทำแผล					
6. การสอน โดยใช้ชุดสาธิตการแปรงฟัน					
7. การวัดสายตาชาวบ้าน โดยใช้แผ่นวัดสายตา					
8. การชั่งน้ำหนักเด็ก โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก					
9. การใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร					

คู่มือต่างๆ	ไม่เคย อ่าน (0)	อ่านนานๆครั้ง (ปีละ1-2ครั้ง) (1)	3-4 เดือน ต่อครั้ง (2)	อ่าน2เดือน ต่อครั้ง (3)	อ่านทุกเดือน/ ทุกอาทิตย์ (4)
10. การอ่านคู่มือดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน					
11. การอ่านหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./ อสม.					

B13) ท่านมีระดับความสามารถหรือทักษะในการทำงานด้านต่อไปนี้ ระดับใด

ความสามารถหรือทักษะในเรื่อง	ระดับความชำนาญ / ความสามารถ				
	ไม่มี 0% (0)	น้อย (1-24%) (1)	ค่อนข้างน้อย (25-50%) (2)	ค่อนข้างมาก (51-74%) (3)	มาก (76-100%) (4)
1.การให้คำแนะนำปรึกษากับชาวบ้านไม่ว่าจะเป็น เรื่องการฉีดวัคซีน การเฝ้าระวังโรคระบาด ฯลฯ					
2. การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ไข้หวัด					
3. การขอใบคำปรึกษาเรื่องงานใหม่ๆ					
4. การเขียนโครงการ					
5. การเป็นผู้นำกระบวนการ					
6. การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือการประชุม					
7. การเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ)					

B14) บทบาทของท่าน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน มีอะไรบ้าง

บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	ท่านร่วมกับใคร ในการดำเนินงานตามบทบาทนี้ (กระบวนการทำงาน)					
	ไม่ทำ / ทำไม่ได้	ทำเอง คน เดียว	ทำร่วมกับคนอื่น (ตอบได้หลายข้อ)			ระบุเรื่องที่ทำเฉพาะในรอบปีที่ผ่านมา เช่น เรื่องที่แจ้งข่าวสาร / เรื่องที่สำรวจ / เรื่องที่ทำให้ความรู้ / เรื่องการให้บริการรักษา / เรื่องการเป็น ผู้นำด้านสุขภาพ / เรื่องการคุ้มครอง / อื่นๆ
			เจ้าหน้าที่	อสม.	ผู้นำหรือกลุ่ม ต่างๆ	
1. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน						
2. การสำรวจข้อมูล						
3. การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น หอกระจายข่าว หรือ วิทยุชุมชน						
4. การให้บริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล / การจ่ายยาเบื้องต้น/ ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ / วัดความดัน / ปฐมพยาบาล						
5. เป็นผู้นำในด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี						
6.การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เช่น ใช้หวัดนก,ใช้เลือดออก, อุจจาระร่วง						
7.การคุ้มครองสิทธิ เช่น ตั้งด่านตรวจรถเร็ว เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ						
8. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานเือนามัย เช่น ขี่รถมอเตอร์ไซด์ไปส่งผู้ป่วยที่สถานเือนามัย						

B15) ท่านมีบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้านอย่างไร
 (ทำเครื่องหมาย ○ ในรายชื่อของกลุ่มที่มีบทบาท ของแต่ละแถว
 และทำเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละช่องของบทบาท)

ท่านมีบทบาทในกลุ่มใดบ้าง	บทบาทของท่าน ในแต่ละกลุ่ม			
	ประธาน กลุ่ม	กรรมการ กลุ่ม	ผู้ประสาน งานกลุ่ม	สมาชิก กลุ่ม
☐ กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ชมรมสร้างสุขภาพหมู่บ้าน (แอโรบิค , กลุ่มกีฬา, รำไม้พลอง), กลุ่มสมุนไพร, ผู้สูงอายุ, แกนนำเอดส์, คัดกรองผู้บริโภคร, กลุ่มพิทักษ์สิทธิ, กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ				
☐ กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กองทุนออมทรัพย์, กองทุนสัจจะ, เกษตรอาสา, หมอดิน, อพม., กลุ่มประมง ฯลฯ				
☐ กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน / อบต. (ระบุ ชื่อกลุ่ม)				
☐ กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (ระบุ ชื่อกลุ่ม)				

B16) บทบาทของท่าน ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสังคมในชุมชน มีอะไรบ้าง

บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสังคม	ท่านมีส่วนร่วมในด้านการพัฒนาสังคม ในลักษณะใด		คิดว่าบทบาททางสังคมเป็นบทบาทของอสม. หรือไม่				
	ไม่ได้ ทำ(0)	มีบทบาทร่วมทำ ระบุลักษณะที่เข้าไปร่วมดำเนินการ	ไม่เป็น 0% (0)	เป็นบทบาทของอสม. ระดับใด			
				น้อย 1-25%(1)	ค่อนข้างน้อย 26-50 % (2)	ค่อนข้างมาก 51-75% (3)	มาก 76-100%(4)
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การ หาอาชีพเสริม / กลุ่มร้านค้าต่างๆ ฯลฯ	☐	☐ ทำ(ระบุเรื่อง)..... ลักษณะที่ทำ ☐ (1) ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง ☐ (2) ร่วมคิด ร่วมวางแผน ☐ (3) ร่วมดำเนินการ ☐ (4) อื่นๆ.....					
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วม เป็นกรรมการในสถานศึกษา หรือ การมี บทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ	☐	☐ ทำ (ระบุเรื่อง)..... ลักษณะที่ทำ ☐ (1) ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง ☐ (2) ร่วมคิด ร่วมวางแผน ☐ (3) ร่วมดำเนินการ ☐ (4) อื่นๆ.....					
3. การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกรัก ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น การ ทำบุญประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ	☐	☐ ทำ (ระบุเรื่อง)..... ลักษณะที่ทำ ☐ (1) ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง ☐ (2) ร่วมคิด ร่วมวางแผน ☐ (3) ร่วมดำเนินการ ☐ (4) อื่นๆ.....					
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทาง การเมือง เช่น การรณรงค์การใช้สิทธิในการ เลือกตั้ง / การเลือกอบต. ฯลฯ	☐	☐ ทำ (ระบุเรื่อง)..... ลักษณะที่ทำ ☐ (1) ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง ☐ (2) ร่วมคิด ร่วมวางแผน ☐ (3) ร่วมดำเนินการ ☐ (4) อื่นๆ.....					

B17) งานใดบ้าง ที่ท่านกับเพื่อน อสม. ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ โดยไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่สั่งการ

☐ ไม่มีเลย ทำตามคำสั่งจากเจ้าหน้าที่ทุกอย่าง

☐ มี ได้แก่



เรื่องที่ อสม. ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ	วิธีคิดเกี่ยวกับการทำงานของอสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่			
	ขอคำแนะนำจาก จนท. และอสม.นำมาทำ	จนท.ให้คำแนะนำ แต่ อสม. มีการดัดแปลง	ท่านร่วมก๊ยทีมงาน อสม. ช่วยกันคิด	ท่านคิดเอง ทำเอง
☐ เทคนิคการประชาสัมพันธ์ ให้ชาวบ้านทราบในแต่ละคุ้ม				
☐ การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การติกันของนักเรียน การเล่นเกมพนัน การติดยาเสพติด ระบุเรื่อง.....				
☐ การร่วมกับครูในการแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน เช่น นโยบายการแจกนมให้เด็ก, การจัดการศึกษาให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ระบุเรื่อง				
☐ การศึกษาดูงาน / ทดศศึกษา เน้นเรื่อง				
☐ เทคนิคการออกกำลังกาย (ระบุเทคนิค).....				
☐ เทคนิคในการเพาะปลูก / การเลี้ยงสัตว์ / การประมง (ระบุเทคนิค).....				
☐ การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดลอม ของสถานเอนามัย				
☐ การดูแลสิ่งแวดลอมในวัด / โรงเรียน				
☐ การจัดทำผ้าป่า เพื่อพัฒนา ในเรื่อง.....				
☐ อื่นๆ				

B18) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของอสม.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อความดังต่อไปนี้

- 1. วัคซีนที่สำคัญที่ต้องฉีดในเด็ก 0-1 ปี ให้ครบ 3 เข็ม มีเพียง 2 ชนิด คือ คอตีบ และ ไอกรน
- 2. วัคซีนที่เด็กแรกเกิดต้องได้รับ คือ วัคซีนป้องกันโปลิโอ
- 3. ช่วงอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องไปฝากครรภ์ คือ ตั้งแต่รู้ว่าตนตั้งครรภ์
- 4. หญิงแม่อ่อน ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน
- 5. อาการมีไข้สูงของการเป็นไข้เลือดออก จะมีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
- 6. ในเด็กที่มีอาการไข้สูง ไม่ควรให้ยาลดไข้ “แอสไพริน” ลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น
- 7. โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อไวรัส ที่อาศัยอยู่ในเลือด และสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ
- 8. ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ และต้องเสียชีวิตภายใน 1 ปี
- 9. การสูบบุหรี่ที่ทำเอง จากใบยาสูบมวนด้วยกระดาษนั้น เวลาสูบจะปลอดภัย ไม่มีสารก่อมะเร็ง
- 10. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยทุกคน ควรเริ่มเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป
- 11. การตรวจมะเร็งเต้านมไม่สามารถตรวจพบด้วยตนเองได้ ควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจให้
- 12. โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) เป็นโรคติดต่อที่มาจากปัสสาวะของหนูอย่างเดียว
- 13. อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ตาแดง มีปัสสาวะน้อย หรือ ปัสสาวะไม่ออก
- 14. การวัดความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะวัดได้คือ ค่าขีดล่าง สูงกว่า 80 และค่าขีดบน สูงกว่า 120
- 15. ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การไม่ออกกำลังกาย
- 16. เกล็ดที่ผสมสารไอโอดีน เพื่อป้องกัน โรคเลือดจางในเด็กได้
- 17. การทำงานหรือใช้แรงงานหนัก ในการทำงาน ทำสวน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง
- 18. การบันทึกการเจริญเติบโตในเด็ก 0-5 ปี ใช้การวัดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพื่อค้นหาภาวะการขาดสารอาหาร
- 19. การกินยาแก้แอสเพล เช่น คออักสเปบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้น แล้วเลิกกินยาแก้แอสเพลได้ทันที
- 20. คนที่ติดโรคไข้หวัดนก มักติดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่มีเชื้อไข้หวัดนก ซึ่งเชื้ออยู่ในน้ำมูก น้ำลายและมูลของสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย

B19) ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอสม. เป็นเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ และมีระดับใด

สิ่งต่อไปนี้ เป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอสม.	ไม่มี ปัญหา 0% (0)	มีปัญหา ระดับใด	
		ปัญหาน้อย (1) 1-50 %	ปัญหามาก(2) 51-100 %
1. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ			
2. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน			
3. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน			
4. อสม.ส่วนใหญ่ ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน			
5. ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของอสม.			
6. อสม.ทำงานยากขึ้น ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากชุมชน			
7. อสม. ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน			
8. อื่นๆ (ระบุ)			

B20) อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพของชุมชน ในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่เรื่องใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)

- ☐ การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ได้แก่
-  ☐ เจ้าหน้าที่รัฐ ☐ นักการเมืองท้องถิ่น ☐ อบต. ☐ ผู้นำชุมชน ☐ ชาวบ้าน
- ☐ การชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- ☐ นโยบายของอบต. ไม่ต้องการพัฒนาองค์กรอสม.
- ☐ งบประมาณไม่ชัดเจน ติดขัดในการใช้
- ☐ อื่นๆ ได้แก่

B21) ท่านคิดว่า ใครหรือหน่วยงานใด ที่มีส่วนร่วมต่อความสำเร็จในการทำงานของท่านมากที่สุด
(ทำเครื่องหมาย ○ ในระดับเปอร์เซ็นต์ของแต่ละแถว)

	ระดับการมีส่วนร่วมในความสำเร็จการทำงานของอสม.				
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-100%
B21-1) เจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน ☐ ไม่มีความคิดเห็น	ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากจนท. คือ (ตอบได้หลายข้อ) ☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ ☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ...					
B21-2) อบต. ☐ ไม่มีความคิดเห็น	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-100%
	ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากอบต. คือ (ตอบได้หลายข้อ) ☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ ☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ					
B21--3) ครูและบุคลากร ในโรงเรียน ☐ ไม่มีความคิดเห็น	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-100%
	ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงเรียน คือ (ตอบได้หลายข้อ) ☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ ☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ					
B21-4) พระภิกษุและ กรรมการวัดในชุมชน ☐ ไม่มีความคิดเห็น	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-100%
	ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากวัด คือ (ตอบได้หลายข้อ) ☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ ☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ					

		ระดับการมีส่วนร่วมในความสำเร็จการทำงานของอสม.				
		0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-100%
B21-5) ผู้นำชุมชน /						
กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน		ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
☐ ไม่มีความคิดเห็น	สิ่งที่รับการสนับสนุนจากชุมชน คือ (ตอบได้หลายข้อ)					
	☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ					
	☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ					
B21-6) ชมรมอสม.ระดับจังหวัด						
☐ ไม่มีความคิดเห็น		ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
	สิ่งที่รับการสนับสนุนจากชมรมอสม.จังหวัด คือ (ตอบได้หลายข้อ)					
	☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ					
	☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ					
B21-7) ชมรมอสม.ระดับประเทศ						
☐ ไม่มีความคิดเห็น		ไม่มี(0)	น้อย(1)	ค่อนข้างน้อย(2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
	สิ่งที่รับการสนับสนุนจากชมรมอสม.ประเทศ คือ (ตอบได้หลายข้อ)					
	☐ เครื่องมืออุปกรณ์ /คู่มือ ☐ การประชุม/อบรม ให้ความรู้ ☐ งบประมาณ					
	☐ แนวทางการดำเนินงาน ☐ การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ ☐ อื่นๆ					

B22) ผลตอบแทนที่ท่านได้รับจากการเป็นอสม. และเป็นการเพิ่มขวัญกำลังใจระดับใด

ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็นอสม.	ไม่ได้รับ (0)	ท่านได้รับผลตอบแทนระดับใด			
		น้อย (1)	ค่อนข้างน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)
1. ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง					
2. ได้รับการยกย่อง / นับถือ					
3. ได้ความรู้เพิ่มขึ้น					
4. ได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน					
5. ได้เหรียญเชิดชู / บัตรประกาศนียบัตร					
6. ได้สวัสดิการที่ได้รับจากการทำหน้าที่เป็นอสม					
7. สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัว / ชุมชนได้					

B23) ระบบสวัสดิการของอสม. ที่ท่านทราบ และเคยได้รับมีอะไรบ้าง

ระบบสวัสดิการของอสม.	ทราบหรือไม่		เคยได้รับหรือไม่	
	ไม่ทราบ (0)	ทราบ (1)	ไม่เคย รับ (0)	เคยรับ (1)
1. ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล				
2. ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป				
3. พุนช่วยเหลือนบุตรในการศึกษา				
4. การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง				
5. อื่นๆ.....				

ชุดที่ 2

แบบสัมภาษณ์ อบต. และผู้นำชุมชน

“การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”

วัตถุประสงค์ : วิเคราะห์กลไกการสนับสนุนการทำงานอสม.ของ อบต. / ผู้นำชุมชน รวมทั้งประมวลปัญหาอุปสรรค-ปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จการทำงานของอสม.

วันที่กรอกข้อมูล วันที่.....เดือน ปี 2549

ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

เลขที่แบบสอบถาม (idOBT)

.....

โปรด เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐

(1) ข้อมูลทั่วไป

A1) เพศ ☐1 ชาย ☐2 หญิง

A2) อายุปี

A3) การศึกษาสูงสุด

☐1 ประถมศึกษา ☐2 มัธยมศึกษาตอนต้น ☐3 มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐5 ปวช./ ปวส. / อนุปริญญา ☐6ปริญญาตรี ☐7 สูงกว่าปริญญาตรี ☐8 อื่นๆ.....

A4) อาชีพหลักของท่าน (หมายถึง อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากกว่าอาชีพอื่นๆ)

☐1 เกษตรกร ☐2 รับจ้าง ☐3 ค้าขาย ☐4 เปิดร้านค้าในชุมชน
☐5 ธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง ☐6 ข้าราชการเกษียณ ☐7 อื่นๆ.....

A5) ในปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งใดในอบต. / หรือ ผู้นำทางการในหมู่บ้าน

☐1. นายกอบต ☐2. ประธานสภา ☐3. สมาชิก อบต.
☐4. กำนัน ☐5. ผู้ใหญ่บ้าน ☐6. อื่นๆระบุ.....

A6) นอกจากผู้นำทางการแล้ว ท่านมีตำแหน่งหน้าที่อื่นๆในระดับหมู่บ้านอีกหรือไม่ ☐ 0 ไม่มี

☐ 1 มี → ☐ อสม. ☐ กลุ่มแม่บ้าน ☐ กลุ่มเยาวชน

(ตอบได้หลาย) ☐ กรรมการกองทุนหมู่บ้าน / กองทุน 1 ล้านบาท
☐ หมอдин / ผู้เชี่ยวชาญเกษตรอินทรีย์
☐ หมอพื้นบ้าน ☐ ผู้ประกาศข่าวหอกระจายข่าว / วิฑูชุมชน
☐ อื่นๆ.....

A7) ท่านเคยมีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชนหรือไม่

☐ 0 ไม่มี

☐ มี เคยดำรงตำแหน่ง → ☐ 1. อสม. ☐ 2. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
☐ 3. อื่นๆ.....

(2) ความคิดเห็นของอบต. / ผู้นำชุมชน ต่อการทำงานของอสม.

B1) ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. อย่างไร

☐ 0 ไม่มีส่วนร่วม

☐ มีส่วนร่วม โดย → ☐ 1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่ คัดเลือก ☐ 2 ร่วมกับกลุ่ม อสม. คัดเลือก
☐ 3 ร่วมกับ อสม. / ผู้นำชุมชน และ ชาวบ้าน
☐ 5 ร่วมกับเจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน/ชาวบ้าน ☐ 6 อื่นๆ

B2) ท่านคิดว่า อสม. 1 คน สามารถดูแลสุขภาพของคนในชุมชนได้ดี ประมาณกี่หลังคาเรือนหลัง

B3) ท่านคิดว่า บุคคลต่อไปนี้มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชน ระดับใด

บุคคลที่มีบทบาทในการ ให้บริการ สุขภาพในชุมชน	ระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุข				
	ไม่มี บทบาท (0)	น้อย (1-25%) (1)	ค่อนข้างน้อย (26-50%) (2)	ค่อนข้างมาก (51-75%) (3)	มาก (76-100%)(4)
1. หมอพื้นบ้าน					
2. แพทย์ประจำตำบล					
3. หมอเฝ้าระวัง					
4. อสม.					
5. อื่นๆ.....					

B4) ท่านคิดว่า ชมรม อสม. ระดับตำบล มีบทบาทอย่างไรในการพัฒนาสุขภาพ (ตอบได้หลายข้อ)

- ☐ 1 ไม่มีความคิดเห็น ☐ 2 ไม่รู้จัก
- ☐ 3 ระดมพล อสม. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ เช่น การเล่นเกมกีฬา
- ☐ 4 ประชุมพัฒนาองค์กร
- ☐ 5 จัดหาสวัสดิการให้กับ อสม.
- ☐ 6 อื่นๆ.....

B5) ท่านมีความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องต่อไปนี้ อย่างไร

บทบาทของอสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย	
	ไม่เห็นด้วย เลย (1)	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย (2)	ค่อนข้าง เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1. ประชาชนในหมู่บ้านยอมรับ อสม. มาก				
2. ทุกวันนี้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพจาก อสม. มาก				
3. อสม. ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน				
4. อสม. ยังมีปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน				
5. อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี				
6. อสม. มีความสามารถในการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี				
7. ปัจจุบัน เจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการและจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ไม่จำเป็นต้องมี อสม. ในหมู่บ้าน				

B6 ท่านคิดว่าระดับการทำงานของอสม. ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน มีระดับการทำงานน้อยหรือมาก เท่าใด

บทบาทของอสม. ในชุมชน	ไม่มี บทบาท (0)	มีบทบาทในการทำงาน			
		น้อย(1) (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%) (2)	ค่อนข้างมาก (51-75%) (3)	มาก (4) (76-100%)
1. การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน					
2. การจัดบริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล/ การ จ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ / วัดความดัน ฯลฯ					
3. การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ฯลฯ					
4.การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก ฯลฯ					
5. การคุ้มครองสิทธิ เช่นการคุ้มครองผู้บริโภค/การให้ คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับสิทธิ 30 บาทรักษา ทุก โรค					
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปสอ.หรือรพ.					
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน ระบุ บทบาทที่ทำ					
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน ระบุ บทบาทที่ทำ					
3. การพัฒนาด้านศาสนา เช่น เป็นกรรมการวัด / ศาสนพิธีต่างๆ ฯลฯ ระบุ บทบาทที่ทำ					

10. การกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การไปใช้เสียงเลือกตั้ง					
--	--	--	--	--	--

B7) ท่านคิดว่า อสม.ในหมู่บ้านของท่านมีความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไข
ปัญหา สาธารณสุขในหมู่บ้าน ในกิจกรรมต่อไปนี้ระดับใด

ความรู้ความสามารถในเรื่อง การบริหารจัดการ	ไม่มี ความสา มารถ 0%	มีความสามารถ			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้าง น้อย (26-50%)	ค่อนข้าง มาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง / ความต้องการของชุมชน					
2. การกำหนดทิศทางการพัฒนาแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน					
3. การเขียนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน					
4. การติดตามงบประมาณในการนำมาใช้แก้ไขปัญห าหมู่บ้าน					
5. การประเมินผลติดตามโครงการที่ดำเนินการต่าง ๆ ใน หมู่บ้าน					
6. การนำทรัพยากรต่าง ๆ ของหมู่บ้านใช้เป็นประโยชน์ ต่อการแก้ไขปัญหามูลบ้านได้					
7. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชนมา ร่วมแก้ไขปัญหามูลบ้านได้					
8. การบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่วางไว้					
9. การระดมชาวบ้านให้มาช่วยแก้ไขพัฒนาหมู่บ้าน					
10.การเป็นวิทยากรกระบวนการ / การเป็นผู้นำการประชุม ในชุมชน					
11. การจัดเวทีประชาคมในหมู่บ้าน					
12. การระดมทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพ เช่น การหาแหล่ง งบประมาณจากที่ต่างๆ มาพัฒนาสุขภาพ					

B8) ท่านพอใจบทบาทของ อสม.ในปัจจุบันหรือไม่

() 1. พอใจ

() 2. ไม่พอใจ เพราะ.....

B9) ท่านคิดว่า “ อสม.ที่พึงประสงค์” ควรจะเข้าร่วมกิจกรรมอะไรกับชุมชนในระดับหมู่บ้าน / ตำบล

1.....

.

2.....

.

3.....

.

B10) ท่านสามารถสนับสนุนการทำงานของ “อสม.”ในด้านใดบ้าง

1.....

.

2.....

.

3.....

.

B11) ท่านประทับใจในบทบาทใดของอสม.มากที่สุด.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณท่านที่สละเวลาเพื่อการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

ชุดที่ 3

แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”

วัตถุประสงค์ : วิเคราะห์แนวคิดและนโยบายการสนับสนุนการทำงานอสม. ในยุคต่างๆ และการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ รวมทั้งประมวลปัญหาอุปสรรค-ปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จการทำงานของอสม.

วันที่กรอกข้อมูล วันที่.....เดือน ปี 2549

ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

เลขที่แบบสอบถาม (idofficer)

.....

โปรด เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐

(1) ข้อมูลทั่วไป

A1) เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง

A2) อายุ ปี

A3) การศึกษาสูงสุด

☐ 1 ประกาศนียบัตร ระบุ..... ☐ 2 อนุปริญญา
☐ 3 ปริญญาตรี ☐ 6 ปริญญาโท หรือสูงกว่า ☐ 7 อื่นๆ.....

A4) ปัจจุบัน ท่านยังศึกษาหาความรู้ต่อในระดับการศึกษาใด หรือไม่

☐ 1 ไม่ได้ศึกษาต่อ ☐ 2 ปริญญาตรี
☐ 3 ปริญญาโท หรือสูงกว่า ☐ 4 อื่นๆ.....

A5) สถานที่ทำงานอยู่ในเขต ☐ 1 อบต. ☐ 2 เทศบาล ☐ 3 อื่นๆ

↪ จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ.....หมู่บ้าน

จำนวนอสม.ทั้งหมดคน และ อสม.ที่เป็นอบต. คน

A6) ดำรงตำแหน่ง

☐ 1 เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ☐ 2 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ☐ 3 พยาบาลวิชาชีพ
☐ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ☐ 5 พยาบาลเทคนิค ☐ 6 ทันตภิบาล
☐ 7 นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 8 หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย..... ☐ 9 อื่นๆ

A7) ประสบการณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน / สุขภาพภาคประชาชนปี

A8) ท่านทำงานที่สถานีอนามัย / สถานบริการ แห่งนี้ เป็นระยะเวลา ปี

(2) ความคิดเห็นต่อนโยบายของรัฐมีผลต่อการทำงานของอสม. อย่างไร

ท่านมีความคิดเห็นว่ต่อนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุข ในแต่ละช่วงของกระทรวงสาธารณสุข ว่ามีผลต่อการทำงานของอสม. พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์การทำงานในแต่ละช่วงนโยบาย (โดยทำเครื่องหมาย ○ ในระดับเปอร์เซ็นต์ของแต่ละนโยบาย)

ช่วงนโยบายของรัฐ มีผลต่อการทำงานของอสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็นของท่าน
B1) ในแต่ละช่วงนโยบาย มีการระบุหน้าที่การทำงานของอสม. ชัดเจนมากน้อยระดับใด 1) นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่ม ปี 2520 – 2540) 2) นโยบายการกระจายอำนาจ ให้อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน (เริ่ม ปี 2542) 3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) / นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่ม ปี 2543) 4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่ม ปี 2544)	ไม่มี มีความชัดเจน มีความชัดเจน มีความชัดเจน มีความชัดเจน ความชัดเจน น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก มาก 0% 1-25% 26-50% 51-75% 76-100
B2) ในแต่ละช่วงนโยบาย อสม.มีส่วนในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในชุมชน มากน้อยระดับใด 1) นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่ม ปี 2520 – 2540) 2) นโยบายการกระจายอำนาจ ให้อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน(เริ่ม ปี 2542) 3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) / นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่ม ปี 2543) 4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่ม ปี 2544)	ไม่มี มีส่วนร่วม มีส่วนร่วม มีส่วนร่วม มีส่วนร่วม ส่วนร่วม น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก มาก 0% 1-25% 26-50% 51-75% 76-100

ช่วงนโยบายของรัฐ มีผลต่อการทำงานของอสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็นของท่าน				
B3) ในแต่ละช่วงนโยบาย งบประมาณที่ท่านได้รับ เพื่อการสนับสนุนการทำงานให้กับอสม.นั้น ท่านได้รับมากน้อย ระดับใด ฯลฯ 1) นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่ม ปี 2520 – 2540) 2) นโยบายการกระจายอำนาจ ให้อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน(เริ่ม ปี 2542) 3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) / นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่ม ปี 2543) 4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่ม ปี 2544)	ไม่มีบ สนับสนุน 0%	มีงบสนับ สนุนน้อย 1-25%	มีงบสนับสนุน ค่อนข้างน้อย 26-50%	มีงบสนับสนุน ค่อนข้างมาก 51-75%	มีงบ สนับสนุนมาก 76-100
B4) ในแต่ละช่วงนโยบาย อสม.ได้มีการจัดกิจกรรมใน 14 องค์ประกอบของงานสสม. เช่น โภชนาการ, เสริมสร้างวัคซีน ในหมู่บ้าน มากน้อยระดับใด ฯลฯ 1) นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่ม ปี 2520 – 2540) 2) นโยบายการกระจายอำนาจ ให้อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน(เริ่ม ปี 2542) 3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) / นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่ม ปี 2543) 4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่ม ปี 2544)	ไม่มีการ จัดกิจกรรม 0%	มีการจัด กิจกรรมน้อย 1-25%	จัดกิจกรรม ค่อนข้างน้อย 26-50%	จัดกิจกรรม ค่อนข้างมาก 51-75%	จัดกิจกรรม มาก 76-100

ช่วงนโยบายของรัฐ มีผลต่อการทำงานของอสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็นของท่าน				
B5) ในแต่ละช่วงนโยบาย ท่านคิดว่าชุมชนให้ความสำคัญกับการทำงานของอสม. มากน้อยระดับใด 1) นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่ม ปี 2520 – 2540) 2) นโยบายการกระจายอำนาจ ให้อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน (เริ่ม ปี 2542) 3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) / นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่ม ปี 2543) 4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่ม ปี 2544)	ไม่มีการให้ความสำคัญ 0%	มีการให้น้อย 1-25%	มีการให้ค่อนข้างน้อย 26-50%	มีการให้ค่อนข้างมาก 51-75%	มีการให้ความสำคัญมาก 76-100
B6) ท่านคิดว่า ความสำเร็จของการทำงานอสม. ในแต่ละช่วงนโยบาย มีความสำเร็จระดับมากน้อยเพียงใด 5) นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่ม ปี 2520 – 2540) 6) นโยบายการกระจายอำนาจ ให้อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน(เริ่ม ปี 2542) 7) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) / นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่ม ปี 2543) 8) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่ม ปี 2544)	ไม่มีความสำเร็จ 0%	มีความสำเร็จน้อย 1-25%	มีความสำเร็จค่อนข้างน้อย 26-50%	มีความสำเร็จค่อนข้างมาก 51-75%	มีความสำเร็จมาก 76-100

(3) การสนับสนุนการทำงานของอสม.

C1) ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้สม. ในเรื่องใดบ้าง

เนื้อหา / เรื่องที่จัดให้ความรู้	มีการให้ความรู้		รูปแบบการให้ความรู้				งบประมาณ			
	ไม่มี (0)	มี (1)	ประชุมที่ สอ.ทุก เดือน(1)	ประชุมที่ หมู่บ้าน (2)	จัดอบรม 1-3 วัน (3)	อื่นๆ (4)	ไม่ใช้ (0)	งบ สอ. (1)	งบ อบต. (2)	อื่น (ระบุ) (3)
1. งานป้องกันและเฝ้าระวังโรค เช่น ไข้หวัดนก , ไข้เลือดออก , ไข้ฉี่หนู										
2. โครงการหลักประกันสุขภาพ										
3. การสร้างสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การแก้ไขปัญหานุหรี การคุ้มครองผู้บริโภค										
4. การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือ กระบวนการประชาคม										
5. การประชุมจัดทำแผนประจำปี										
6. การคัดกรองโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง										
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก										
8. อบรมเฉพาะกิจ ในหมู่บ้าน ที่มี การระบาดของโรค เช่น ไข้เลือดออก										
9. อื่นๆ										
.....										

C2) วิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหมู่บ้าน ท่านประเมินจากอะไร (ตอบได้หลายข้อ)

- ☐ 1 ไม่มีการประเมินผลการดำเนินงาน
- ☐ 2 ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นกรณีเฉพาะกิจ
- ☐ 3 จากรายงานการเจ็บป่วย ☐ 4 จากการเยี่ยมติดตาม
- ☐ 5 จากรายงานของ สถานีอนามัย ☐ 6 จากจากรายงานของ อสม.
- ☐ 7 ให้อข้อมูล จปฐ. ☐ 8 อื่นๆ.....

(4) การประสานงานกับอบต.

D1) อบต. ได้มาขอข้อมูลด้านสาธารณสุข / เคยมาประสานงานกับหน่วยงานของท่าน เพื่อจัดทำแผนงานของชุมชน หรือไม่

☐ 1 ไม่เคย

☐ 2 เคย (ระบุ).....

D2) ในปีที่ผ่านมา หน่วยงานของท่าน เสนอแผนงาน / โครงการ เพื่อขอรับการสนับสนุนจากอบต. หรือไม่

☐ 1 ไม่เสนอขอ → เพราะ ☐ 1 ไม่ทราบว่าจะส่งแผนเข้าได้ตอนไหน ☐ 2 อบต. ไม่สนับสนุน

☐ 3 อื่นๆ.....

☐ 2 เสนอขอ → ได้รับการสนับสนุน จำนวน โครงการ ☐ 99 จำไม่ได้

รวมงบประมาณ ประมาณ บาท

(5) ปัญหาอุปสรรคการทำงานของท่าน

E1) ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอสม. เป็นเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ และมีระดับใด

สิ่งต่อไปนี้ เป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอสม.	ไม่มีปัญหา 0% (0)	มีปัญหา ระดับใด			
		น้อย (1) (1-25 %)	ค่อนข้างน้อย (2) (26-50%)	ค่อนข้างมาก (3) (51-75%)	มาก (4) (76-100%)
อสม. ไม่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ					
2. อสม. ขาดแรงจูงใจในการทำงาน					
3. อสม. ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน					
4. ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของการทำงานของอสม.					
5. อสม. ทำงานยากขึ้น เพราะไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน					
6. อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน					
7. อบต. ไม่สนับสนุนงบประมาณการทำงาน ให้กับอสม.					
8. อบต. ไม่เห็นความสำคัญการทำงานของอสม.					
9. อื่นๆ (ระบุ)					

E2) ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุด ของการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน คือเรื่องใด

.....

E3) ท่านเคยมีกิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรมอสม. ในแต่ละระดับ อย่างไร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐

ระดับ ชมรมอสม.	ท่านเคยมี กิจกรรม ร่วมกับ ชมรมหรือไม่	ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม. ในแต่ละระดับเป็นอย่างไร
E3-1)ชมรมอสม. ระดับตำบล	☐ ไม่เคย ☐ เคย	E3-1-1) การจัดกิจกรรม มีลักษณะใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ.....
E3-2)ชมรมอสม. ระดับอำเภอ	☐ ไม่เคย ☐ เคย	E3-2-1) การจัดกิจกรรม มีลักษณะใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ.....
E3-3)ชมรมอสม. ระดับจังหวัด	☐ ไม่เคย ☐ เคย	E3-3-1) การจัดกิจกรรม มีลักษณะใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ.....
E3-4)ชมรมอสม. ระดับภาค	☐ ไม่เคย ☐ เคย	E3-4-1) การจัดกิจกรรม มีลักษณะใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ.....
E3-5)ชมรมอสม. ระดับประเทศ	☐ ไม่เคย ☐ เคย	E3-5-1) การจัดกิจกรรม มีลักษณะใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ) ☐ 1 ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา ☐ 2 ประชุมพัฒนาองค์กร/ สวัสดิการ ☐ 3 ประชุมพัฒนาความรู้ ☐ 4 อื่นๆ.....

E4) ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์และสวัสดิการใดที่มีผลต่อการทำงานของอสม. ในระดับใด

สิทธิประโยชน์และสวัสดิการ	ไม่มีผล ต่อการ ทำงาน 0%	มีผลต่อการทำงาน ในระดับ			
		น้อย (1) (1-25%)	ค่อนข้าง น้อย (2) (26-50%)	ค่อนข้าง มาก (3) (51-75%)	มาก (4) (76-100%)
1. ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง					
2. ได้รับการยกย่อง / นับถือ					
3. ได้เหรียญเชิดชู / บัตรประกาศนียบัตร					
4. ได้สวัสดิการค่าลดหย่อนการรักษาพยาบาล					
5. ได้รับทุนการศึกษาบุตร					
6. การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง					
7. ได้ความรู้ทำให้สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัว/ชุมชนได้					
8. อื่นๆ.....					

E5) ในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน อบต./ชุมชน มีการจัดสวัสดิการให้กับ อสม. หรือไม่ และมีอย่างไร

☐ ไม่มี ข้อเสนอแนะ

☐ มี รูปแบบใด

.....

E6) ท่านคิดว่ากลไก “อสม.” ยังเป็นกลไกในการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ที่เหมาะสมที่สุดหรือไม่

เมื่อเปรียบเทียบกับสภาพเศรษฐกิจในอดีต กับ ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน

☐ 1 เหมาะสมที่สุด ☐ 2 ไม่เหมาะสม ➤

ถ้าไม่เหมาะสม ควรมี รูปแบบ.....

(เหตุผล).....

.....

E7) ท่านมีนวัตกรรมใหม่อะไรบ้างในการสนับสนุนหรือการหนุนเสริมให้อสมมีความรัก ความผูกพัน

ระหว่างกันและทุ่มเทการทำงานให้ชุมชน

.....

.....

.....

.....

ชุดที่ 4

แบบสอบถาม ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด

“การประเมินศักยภาพอสม. และยุทธศาสตร์การพัฒนา”

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ร่วมกับ สำนักวิจัยและพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์กลไกการสนับสนุนและระบบสวัสดิการของชมรมอสม. และประมวลปัญหาอุปสรรค รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จการทำงานของชมรมอสม. เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ของงานสุขภาพภาคประชาชน ในแผนพัฒนาฉบับที่ 10

วันที่กรอกข้อมูล วันที่.....เดือน ปี 2549

ชื่อ ประธานชมรม อสม.....

จังหวัด

โปรด เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐

(1) ข้อมูลทั่วไป

H1) เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง

H2) เกิด ปี พ.ศ.

H3) สถานภาพสมรส ☐ 1 โสด ☐ 2 สมรส ☐ 3 หย่า ☐ 4 หม้าย / ร้าง



☐ 5 อยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา ☐ 6 แยกกันอยู่กับสามี/ภรรยา

H4) อาชีพหลักของท่าน (หมายถึง อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากกว่าอาชีพอื่นๆ)

☐ 1 เกษตรกร ☐ 2 รับจ้าง ☐ 3 ค้าขาย ☐ 4 เปิดร้านค้า

☐ 5 ธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง ☐ 6 ข้าราชการเกษียณ ☐ 7 อื่นๆ.....

H5) ท่านจบการศึกษาสูงสุด ระดับใด

☐ 1 ไม่ได้เรียน

☐ 2 ประถมศึกษา

☐ 3 มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5 ปวช./ ปวส.

☐ 6ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

H6) ปัจจุบัน ท่านยังศึกษาหาความรู้ต่อในระดับการศึกษาใดหรือไม่

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 ไม่ได้ศึกษาต่อ | ☐ 2 มัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย |
| ☐ 3 อนุปริญญา | ☐ 4 ด้านสายอาชีพ (กศน.) |
| ☐ 5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี | ☐ 6 อื่นๆ..... |

H7) ปีที่เริ่ม เป็น ผสส. หรือ อสม. ครั้งแรก ปี พ.ศ.

H7-1) รวมระยะเวลาการเป็น ผสส. และหรือ อสม. ปี

H8) นอกจากบทบาทการเป็นอสม.แล้ว ท่านยังได้ช่วยเหลือด้านสังคมหรือสุขภาพอื่นๆอย่างไรบ้าง

- ☐ 0 ไม่มี ☐ 1 มี ได้แก่ (ตอบได้หลายข้อ)
- ☒ หมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอเป่า ฯลฯ (H9-1)
- ☐ เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้ หรือ การใช้พืชสมุนไพร (H9-2)
- ☐ เชี่ยวชาญด้าน เกษตรชีวภาพ / ปุ๋ยหมัก / น้ำหมัก (H9-3)
- ☐ นักจัดรายการวิทยุชุมชน / หอกระจายข่าว หรือ นักประชาสัมพันธ์ (H9-4)
- ☐ สามารถเป็นวิทยากร หรือ ผู้ดำเนินรายการเวที (H9-5)
- (ระบุเนื้อหาการเป็นวิทยากร (H9-6))
- ☐ อื่นๆ (ระบุ) (H9-7)

H9) ท่านยังมีตำแหน่งทางการของราชการ หรือกลุ่มองค์กรต่างๆ อะไรบ้าง

- ☐ 0 ไม่มีตำแหน่งใด นอกจากเป็น อสม.
- ☐ 1 มี (ตอบได้หลายข้อ)
- ☒ กำนัน (1) ☐ ผู้ใหญ่บ้าน (2) ☐ กรรมการหมู่บ้าน (3)
- ☐ นายกองต./เทศบาล (4) ☐ ประธานสภาอบต.(5) ☐ สมาชิก อบต.(6)
- ☐ อพม. (7) ☐ กลุ่มแม่บ้าน (8) ☐ กลุ่มเยาวชน (9)
- ☐ กรรมการกองทุนหมู่บ้าน (10) ☐ กรรมการสถานศึกษา (11)
- ☐ อื่นๆ (12).....

H10) ท่านเป็น ประธาน อสม. ระดับจังหวัด มาแล้ว ปี

H11) ท่านผ่านการคัดเลือก เป็นประธาน ชมรม อสม. ระดับจังหวัด อย่างไร

- ☐ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกเอง ☐ 2 กลุ่ม อสม. คัดเลือกกันเอง
☐ 3 เจ้าหน้าที่ ร่วมกับ อสม. ☐ 4 อื่นๆ

H12) ปัจจุบันชมรมอสม.ในจังหวัดของท่าน ตั้งอยู่ที่

- ☐ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
☐ 2 อื่นๆ (ระบุที่ตั้ง)

H13) ชมรมอสม.จังหวัดของท่าน มีการกำหนดวาระการเป็นประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัดหรือไม่
(เลือกเพียงหนึ่งข้อ)

- ☐ 1 ไม่มี (ข้ามไปข้อ H13)
☐ 2 มี กำหนดเอง โดยมีวาระ ปี
☐ 3 มี ตามวาระชมรมอสม. ระดับภาค / ประเทศ คือ วาระ 4 ปี
โดยชุดปัจจุบันจะหมดอายุ เดือนธันวาคม 2550

นอกจากนี้ มีการกำหนดสมัยการเป็นประธานชมรม ให้ติดต่อกันห้ามเกินกี่ครั้งหรือไม่

- ☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี กำหนดสมัยที่สามารถเป็นติดต่อกันได้ ห้ามเกินสมัย

H14) ชมรมอสม.จังหวัดของท่าน มีการกำหนดคุณสมบัติการเป็นประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัดหรือไม่ อย่างไร

- ☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี (ระบุคุณสมบัติที่กำหนด เช่น ระยะเวลาเป็นอสม. หรือ
อื่นๆ)

H15) ชมรมอสม.จังหวัดของท่าน ดำเนินการจัดตั้งเป็นสมาคมหรือมูลนิธิ เพื่อเป็นนิติบุคคลหรือไม่

- ☐ 1 ยังไม่ดำเนินการ (ระบุปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการ)
.....
☐ เป็นนิติบุคคลแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.
ในรูปแบบ ☐ 2 สมาคมชมรมจังหวัด ☐ 3 อื่นๆ.....

H16) ในรอบปีที่ผ่านมา ชมรมอสม.จังหวัดของท่าน มีการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมอสม. หรือไม่

☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี (จำนวนงบประมาณ บาท)

 ↳ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งใด หรือ หน่วยงานใด

☐ 2 องค์การบริหารส่วนจังหวัด ☐ 3 อบต. ☐ 4 หน่วยงานสาธารณสุข

☐ 5 กองทุนหรือหน่วยงานอื่นๆ (ระบุชื่อ).....

☐ 6 อื่นๆ (ระบุชื่อหน่วยงานนั้น).....

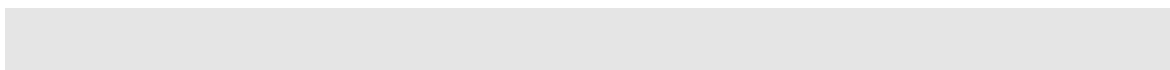
H17) ในรอบปีที่ผ่านมา ชมรมอสม.จังหวัดของท่าน มีการจัดประชุมกรรมการชมรมหรือไม่

☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี (จำนวน ครั้ง)

H18) ชมรมอสม.จังหวัดของท่าน มีการจัดกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่

กิจกรรมที่จัดทำ	การดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด
1. การจัดทำแผนปฏิบัติงาน สเคราะห์ : เพื่อช่วย เหลือ สมาชิกอสม.	☐ 0 ไม่มี ☐ 1 มี (จำนวนงบประมาณช่วยเหลือศพ คนละ..... บาท) ↳ ชมรมมีปัญหาการดำเนินงานแผนปฏิบัติงานสเคราะห์หรือไม่ ☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี (ระบุปัญหา)
2. การจัดสวัสดิการให้กับ กรรมการชมรม อสม.	☐ 0 ไม่มี ☐ 1 มี (ระบุสวัสดิการที่จัดให้)..... ↳ แหล่งงบประมาณมาจาก ☐ 1 สมาชิกอสม. ☐ 2 หน่วยงานสาธารณสุข ☐ 3 อื่นๆ
3. สหกรณ์บริการอาสาสมัคร	☐ 1 ไม่เคยตั้งสหกรณ์บริการ อสม. ☐ 2 เคยตั้งสหกรณ์บริการ อสม. แต่ได้เลิกแล้ว เนื่องจาก ☐ 3 มีและดำเนินงานสหกรณ์ อสม. (ระบุกิจกรรม).....

กิจกรรมที่จัดทำ	การดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด
4. การจัดงานวัน อสม. แห่งชาติ (20 มีนาคม) (ตอบได้หลายข้อ)	☐ 0 ไม่มีส่วนร่วมในการจัดงานวัน อสม. ☐ 1 ได้รับเชิญเข้าร่วมวันงานอสม. แต่ไม่มีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมใดๆ ☐ 2 ร่วมเป็นกรรมการในการจัดงานวัน อสม. ของจังหวัดตนเอง ☐ 3 ร่วมเป็นกรรมการและจัดงานวัน อสม. ของกระทรวง ☐ 4 ร่วมทางงบประมาณ และจัดกิจกรรมในวัน อสม. ในจังหวัดตนเอง ☐ 5 อื่นๆ (ระบุกิจกรรม).....
5. การรับร้องเรียนเรื่องปัญหา การใช้บัตร 30 บาท	☐ 0 ไม่มี ☐ 1 มี (ระบุขั้นตอนการรับเรื่อง).....



H19) ท่านคิดว่า ชมรมอสม. ระดับภาค และ ระดับประเทศ สามารถแสดงบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของอสม. ระดับใดในแต่ละบทบาท (โดยทำเครื่องหมาย ○ ในระดับเปอร์เซ็นต์ของแต่ละนโยบาย)

บทบาทหน้าที่ ที่ควรให้การสนับสนุน	ระดับความสามารถในการสนับสนุน				
1. สามารถเป็นวิทยากรในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพให้กับ อสม. ในจังหวัดของตนเอง - ชมรมอสม. ระดับภาค - ชมรมอสม. ระดับประเทศ	ไม่มีความสามารถ 0%	มีความสามารถน้อย 1-25%	มีความสามารถค่อนข้างน้อย 26-50%	มีความสามารถค่อนข้างมาก 51-75%	มีความสามารถมาก 76-100
2. สามารถเป็นผู้นำในการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนให้กับ ชมรมอสม.ระดับจังหวัด - ชมรมอสม. ระดับภาค - ชมรมอสม. ระดับประเทศ	ไม่มีความสามารถ 0%	มีความสามารถน้อย 1-25%	มีความสามารถค่อนข้างน้อย 26-50%	มีความสามารถค่อนข้างมาก 51-75%	มีความสามารถมาก 76-100
3. สามารถวางแผนและกำหนดทิศทางการพัฒนางาน ชมรม อสม. ได้เป็นจริงตามปัญหาความต้องการของอสม. ของจังหวัดตนเอง - ชมรมอสม. ระดับภาค - ชมรมอสม. ระดับประเทศ	ไม่มีความสามารถ 0%	มีความสามารถน้อย 1-25%	มีความสามารถค่อนข้างน้อย 26-50%	มีความสามารถค่อนข้างมาก 51-75%	มีความสามารถมาก 76-100

ชุดที่ 5

แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ

โจทย์สำคัญ ๆ ของการศึกษาวิจัย คือ

1. กลไก อสม. มีบทบาทและทิศทางการทำงานสัมพันธ์กับท้องถิ่นอย่างไร และมีกระบวนการทำงานภายใต้พื้นฐานปัญหาสุขภาพชุมชน และสภาพการณ์งานสุขภาพใหม่ ๆ ที่เกิดจากเงื่อนไขภายนอกและภายในชุมชนเองอย่างไรบ้าง

2. บทบาท อสม. ที่สะท้อนศักยภาพใหม่ ๆ และความเป็นไปได้ใหม่ ๆ จากการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของระบบสุขภาพในแต่ละช่วง จน อสม.ได้เข้าไปริเริ่ม หรือ เป็นส่วนหนึ่งของงานสุขภาพชุมชน

- อาทิ
- พื้นที่ใหม่ ๆ การทำงานสุขภาพชุมชน
 - ภาวการณ์เคลื่อนไหวของชุมชน
 - การกระจายอำนาจและองค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น
 - ใช้ทุนสังคม คน ทวิพยากร วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น
 - ระบบสุขภาพใหม่ อาทิ ระบบบริการปฐมภูมิ

3. การหนุนเสริม กลไกสนับสนุน /การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และความจำเป็นของการสนับสนุนงานจากภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาจากส่วนไหนบ้าง มีระบบหนุนเสริมแบบใด

4. ปัญหา อุปสรรค และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการทำงานสุขภาพชุมชน

5. อสม. ในแต่ละชุมชนหมายถึงใคร มีการปรับเปลี่ยนบทบาททำงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพชุมชนอย่างไรบ้าง และเกิดภาวการณ์ร่วมการทำงานสุขภาพชุมชนได้อย่างไรบ้าง

6. วิเคราะห์แนวทางการสนับสนุนที่ควรปรับเปลี่ยนในทิศทางที่เสริมความเข้มแข็งระบบอาสาสมัครและระบบสุขภาพชุมชนเป็นอย่างไร

- อสม. จะมีแนวทางการทำงานสุขภาพชุมชนโดยตัวเองได้อย่างไร
- กระทรวงสาธารณสุขควรจะมีท่าทีและกลไกสนับสนุน อสม. หรือ ขบวนการอสม.อย่างไร
- อสม. จะเกี่ยวข้องกับส่วนต่าง ๆ อย่างไร ไม่ว่าจะเป็น องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น จังหวัด และโครงการต่าง ๆ ที่ลงสู่ชุมชน

ชุดที่ 6

กรอบแนวทางการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

แนวทางการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นี้มุ่งความสนใจไปที่ศักยภาพใหม่ ๆ ของ อสม. ที่เกิดขึ้นและเป็นไปได้ ในสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ โรคระบาดใหม่ ๆ โครงการต่าง ๆ ที่ลงสู่ชุมชนมากขึ้น อสม. ในฐานะผู้มีจิตใจอาสาสมัครมาร่วมมือกับภาครัฐ ทำงานด้านสุขภาพให้กับหมู่บ้านและท้องถิ่นตนเอง ถือว่าเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญของงานดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ถือกำเนิดมาตั้งแต่ยุคงานสาธารณสุขมูลฐาน ระยะเวลาผ่านมา 2 ทศวรรษเศษ ที่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงกลไกนโยบายทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข อาจกล่าวได้ว่า อสม. ส่วนหนึ่งกลายเป็นอาสาสมัครที่มีส่วนร่วมในภาคงานพัฒนาและแก้ปัญหาชุมชนหลายด้าน ที่ไม่ได้มีแต่ภารกิจด้านสุขภาพเท่านั้น

หลังวิกฤตเศรษฐกิจ และการเกิดขึ้นขององค์กรสนับสนุนทุนต่างๆ ได้เพิ่มกระแสนลงสู่ชุมชนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น จึงน่าจะใจว่าสถานการณ์งานชุมชนขณะนี้เป็นอย่างไร และ ขบวนการอาสาสมัครสุขภาพชุมชนมีการปรับเปลี่ยนบทบาทไปอย่างไร หลายกรณีพบว่า อสม. ได้ขยายบทบาทออกไปมาก หลายกรณี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของกลไกงานพัฒนาชุมชนที่มีองค์กรชุมชนและภาคอื่น ๆ ทำงานอยู่ด้วย ในขณะที่ยังมี อสม. บางกลุ่มที่ยังคงต้องปฏิบัติภารกิจจำนวนมากที่ได้รับมอบหมายจากรัฐ รวมทั้ง มีการเกิดขึ้นของขบวนการสุขภาพภาคประชาชน ที่เห็นทั้งตัวอาสาสมัครใหม่ และบทบาทใหม่ ๆ

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เราจะเห็นขบวนการสุขภาพภาคประชาชน ไม่ว่าจะเป็น ประชาคมสุขภาพ เครือข่ายและกลุ่มต่าง ๆ ที่มีจิตใจอาสาสมัครทำงานเพื่อสุขภาพชุมชน อสม. เองก็มีบางส่วนได้ปรับเปลี่ยนบทบาทไปตามสถานการณ์ชุมชน นี่จึงสะท้อนศักยภาพหลากหลายด้านในขบวนการอาสาสมัครสุขภาพภาคประชาชน ที่มี อสม. เป็นส่วนหนึ่งอยู่ด้วย

ขณะเดียวกันก็ยังมีจุดอับของการแสดงศักยภาพที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพเพื่อชุมชนอยู่ด้วย ไม่ว่าจะเป็น กลไกการสนับสนุน สถานการณ์ทางการเศรษฐกิจ การเคลื่อนตัวของระบบสุขภาพภาคประชาชน การปรับเปลี่ยนทิศทางของระบบสุขภาพ กระแสการเมืองที่เข้าสู่ชุมชน และการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครในกลุ่มประชาชนชายขอบต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและภาคีด้านสุขภาพต่าง ๆ จะต้องเข้าใจและมองเห็นทิศทางของบทบาท อสม. ที่สอดคล้องกับปรัชญาและเป้าหมายงานสุขภาพที่มีชุมชนเป็นตัวตั้ง โดยที่รูปแบบอาสาสมัครสุขภาพที่มีอยู่และเกิดขึ้นอีกหลากหลายรูปแบบ เป็นเรื่องที่คุณต้องเข้าใจให้ชัดเจน

จากการประมวลความรู้และความคิดเห็นดังกล่าวสามารถประมวลกรอบแนวทางการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์งานชุมชนใหม่ ๆ มีการเปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบต่อองค์กรชุมชน อสม. และ การทำงานสุขภาพในชุมชนอย่างไรบ้าง
2. บทบาท อสม. ที่ปรากฏออกมาอย่างหลากหลายนั้น ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ การเกิดพื้นที่ปฏิบัติการใหม่ ๆ ของภาคประชาชน การขยายมิติงานสุขภาพไปสู่วิถีชุมชนด้านต่าง ๆ การประเมินบทบาทและการคลี่คลายตัวกับสถานการณ์เหล่านี้ จะช่วยให้ขยายมุมมองและสร้างความเข้าใจได้อย่างไรบ้าง
3. สถานการณ์ที่ผ่านมาที่มีหน่วยงานที่สนับสนุนงานด้านสุขภาพชุมชนจากภายนอก เกิดองค์กรประชาสังคม เครือข่ายทางสังคมใหม่ ๆ เกิดขบวนการทางสังคมต่าง ๆ ขยายกรอบคิดเรื่องสุขภาพด้วย แล้ว อสม. ปรับตัวและมีบทบาทสถานะอย่างไร
4. การเปลี่ยนแปลงของระบบอำนาจและงบประมาณ มีผลต่อการปรับความสัมพันธ์ระหว่างอสม.กับ อบต. และอสม. กับ ส่วนกลางอย่างไร
5. ชุมชน อสม. ที่มีโครงสร้างแนวดิ่ง กับ อสม. ทั่วไป ที่ทำงานในชุมชน มีนัยยะของการสนับสนุนและเชื่อมต่อทำงานสุขภาพชุมชนอย่างไร
6. กลไกการสนับสนุนและ approach แบบ Top – down จากส่วนกลางมีรูปแบบและสถานการณ์ที่แสดงถึงจุดเด่นและ จุดด้อยที่เราต้องเข้าใจอย่างไร
7. การปรับเปลี่ยนระบบบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น เช่น ระบบบริการปฐมภูมิ , Self help group อสม. จะมีบทบาทอย่างไร
8. ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับ อสม. หรือกับ ชุมชน อสม. มีรูปแบบเป็นอย่างไรบ้าง มีรูปแบบ มีลักษณะอย่างไรบ้าง มีผลต่อการทำงานสุขภาพชุมชนเพียงใด
9. รูปแบบการแทรกแซงทางการเมืองในท้องถิ่น กับบทบาท อสม. เท่าที่ประเมินได้ มีผลกระทบอย่างไร เราจะจัดตำแหน่งแห่งที่และจัดระบบธรรมาภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นได้อย่างไร
10. การจัดสรรงบประมาณให้ อสม. ด้วยเหตุผลในแง่การชดเชย การสร้างขวัญกำลังใจ หรือผลตอบแทนในแง่อื่น ๆ นั้น เปลี่ยนไปอย่างไรในแต่ละช่วงสถานการณ์ นับแต่งงานสาธารณสุขมูลฐาน ถึงปัจจุบัน มีผลกระทบต่อกระบวนการ อสม. ทั้งหมด และงานสุขภาพชุมชนเป็นอย่างไร รวมถึงกลไกสนับสนุนและสวัสดิการที่เหมาะสมจะเป็นอย่างไร
11. คุณลักษณะที่ดีของ อสม. และสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเป็นอย่างไร กระบวนการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. เช่น หลักสูตรฝึกอบรม การเสริมกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ จะเป็นอย่างไร

12. ทิศทางการกระจายอำนาจ กับงานสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้น อสม. จะมีบทบาทและทิศทางที่ต้องเปลี่ยนแปลงและปรับตัวไปเป็นอย่างไร
13. คำถามเฉพาะอื่น ๆ
 - 13.1 รูปแบบ อสม. ในกลุ่มประชากรชายขอบ เช่น ชาวเขา กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ แรงงานต่างชาติ มีอยู่อย่างไรบ้าง
 - 13.2 ทิศทางการกระจายอำนาจ กับงานสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้น อสม. จะมีบทบาทและทิศทางที่ต้องเปลี่ยนแปลงและปรับตัวไปเป็นอย่างไร
 - 13.3 อัตลักษณ์ อสม. แต่ละภาค
 - 13.4 คิดอย่างไรกับการสร้างมาตรฐาน
 - 13.5 กลไกสนับสนุน และระบบสวัสดิการอยู่ตรงไหนจึงพอดี



บทความวิชาการ

ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการโครงการโดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
และคณะนักวิจัย

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พ.ศ. ๒๕๕๙

สารบัญ

- เรื่องที่ 1 สังคมที่เปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนไป
โดย ปารณัฐ สุขสุทธิ และกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์
- เรื่องที่ 2 กลไกสนับสนุนกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข
โดย วิชิต เปานิล, รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชาทิชาย สุวรรณนิตย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ
- เรื่องที่ 3 ทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข : มองผ่านมิติสังคมวัฒนธรรม
ของโรคเรื้อรัง
โดย ประชาธิป กะทา
- เรื่องที่ 4 วงศาวិทยาการเมืองวัฒนธรรมของ “อาสาสมัคร” หรือ จิตอาสา” ในสังคมไทย
โดย ชาทิชาย มุกสง
- ภาคผนวก โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

1

สังคมที่เปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนไป
โดย ปารณัฐ สุขสุทธิ
และ กมลารณ์ คงสุขวิวัฒน์

สังคมที่เปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนไป

ปารณัฐ สุขสุทธิ* และ*
กมลารณ กงสุขวิวัฒน์**

บทคัดย่อ

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 สังคมไทยเกิดการปฏิรูปทางสังคมเกือบทุกด้านโดยเฉพาะด้านสุขภาพแล้ว เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนในระดับโครงสร้างนโยบายและองค์กรทางสังคมต่างๆ ที่มีเป้าหมายการสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนทุกกลุ่ม ลดภาวะเสี่ยงทางสังคมและสร้างการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน นับแต่การเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่ที่เปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาวะ ขณะเดียวกันเกิดการขับเคลื่อนขบวนการทางสังคมหลากหลายกลุ่ม พื้นที่ชุมชนและประเด็นปัญหาที่ครอบคลุมสุขภาพ ที่มีความหมายสุขภาพของสังคมด้วย ในขบวนการขับเคลื่อนทางสังคมภายใต้สถานการณ์สังคมการเมืองใหม่นั้น ดำเนินไปได้จากการหนุนเนื่องของทุนสังคม ทุนทรัพยากรและทุนมนุษย์ที่มีพัฒนาการในท้องถิ่นอยู่แล้ว โครงการต่างๆ ที่ขับเคลื่อนลงสู่ชุมชนจนเกิดความร่วมมืออย่างกว้างขวางจากชุมชนต่าง ๆ นั้น เป็นที่ยอมรับกันว่าชุมชนท้องถิ่นในสังคมไทยมีทุนเดิม โดยเฉพาะทุนวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์แบบเอื้อเพื่อพึ่งพากันและพึ่งตนเองได้อยู่เป็นพื้นฐาน สุขภาวะชุมชนจึงเกิดขึ้นได้จากทุนชีวิตในชุมชนที่ก่อรูปเกิดขึ้นมากมาย ในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงสังคมที่รวดเร็ว กลับพบได้ว่า มีกลไกทางสังคมอีกรูปแบบหนึ่งงอกงามขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน คือ อาสาสมัคร อาสาสมัครผู้มีจิตใจอาสาร่วมสานภารกิจงานทางสังคม เกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบ อาสาสมัครสุขภาพที่ทำงานเสริมสร้างสุขภาวะผ่านมิติการเกษตรและอาหารปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การบริหารกายและจิต กลุ่มช่วยเหลือกันเอง เป็นต้น อาสาสมัครสุขภาพที่ทำงานผ่านองค์กร/เครือข่าย/ประชาคมสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นกรณีเอดส์ มะเร็งและหรือสึนามิ ล้วนแสดงศักยภาพระบบสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ ของสังคมไทย ฝ่ายต่าง ๆ และรัฐจะต้องเรียนรู้และสนับสนุนด้วยท่าทีใหม่ ๆ ด้วย

ความเป็นมา

บทความนี้เป็นการทบทวนการเปลี่ยนแปลงสังคมในรอบทศวรรษ ที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การทำงานสุขภาพในชุมชนอย่างมาก เนื้อหานำเสนอให้เห็น สถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ มีการศึกษาและวิเคราะห์จากภาคสังคมที่ตระหนักถึงความสำคัญ

* นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

** นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

ของสุขภาพภาคประชาชน และสนใจว่าผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากสถานการณ์สังคมดังกล่าว การศึกษาของหน่วยงานระดับนโยบายสังคม โดยมองว่าเรื่องสุขภาพมีความสำคัญและสามารถเป็นตัว บังชี้ถึง ผลจากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจสังคมดังกล่าวได้อย่างชัดเจน ถือว่าสังคมให้ความสำคัญและ มองเห็นนัยยะและความหมายทางสังคมในภาพรวม ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพในภาพรวมด้วย

ขณะที่ระบบสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ พัฒนาแนวทางการปฏิรูป ระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องหลากหลายรูปแบบและแนวทาง จากการทบทวนสถานการณ์และ ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยของคณะวิจัยชุดต่าง ๆ โดยเฉพาะรอบทศวรรษแห่งการปฏิรูปสังคม การเมืองของสังคมไทยเอง การเคลื่อนไหวทางสังคมระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มองค์กรทางสังคม นอกภาครัฐด้วยแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงเชิงขยายพื้นที่ทางสังคม เกิดการขยายรูปธรรมและความหมาย ของสุขภาพที่กว้างกว่าระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่

รูปธรรมการนำเสนอที่ต่อเนื่องจากขุมงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ถือว่าเน้นสร้างการมีส่วนร่วม จากภาคประชาชนและภาคสังคมที่อยู่ในระดับที่ก้าวหน้าแล้ว หลังปี 2540 จึงเป็นสถานการณ์ที่มีทั้ง วิฤตและโอกาสใหม่ ๆ โอกาสที่เกิดขึ้นอีกครั้งเป็นการมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยมี แนวคิดขยายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีภาคส่วนทางสังคม เพื่อร่วมวางแผนและแนวทางเสริมสร้าง ศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น ต่าง ๆ รวมถึงการมองถึงพื้นที่ทางสังคมใหม่ ๆ ที่เรียกว่าภาคประชาสังคม ที่มีความหลากหลายของกลุ่มคน/องค์กรต่างๆ โดยการ เชื่อมร้อยเครือข่าย/องค์กรชุมชน เข้ามาสร้าง รูปธรรมความหมายของสุขภาพ เศรษฐกิจ และการเมืองภาคประชาชน จนเกิดรัฐธรรมนูญฉบับ ประชาชน 2540 ฉบับประวัติศาสตร์ระบอบประชาธิปไตย ที่ยากลืมเลือน

บทความนี้จึงทบทวนและเชื่อมโยงให้เห็นสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระดับนโยบาย องค์กรรัฐ องค์กรสาธารณประโยชน์ และองค์กรภาคประชาชน ที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง โดยที่มิใช่การผลักดันจากภาครัฐและนโยบายเท่านั้น แต่ในทางกลับกัน ภาคสังคมและท้องถิ่นที่เกิด จากคนกลุ่มเล็กกลุ่มน้อย ต่างถิ่นต่างที่ ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย/องค์กรทางสังคมและวัฒนธรรม อีกทั้งสร้างพื้นที่สังคมและการเรียนรู้มาอย่างยาวนาน แม้จะมีทั้งกระแสนั้นและแผ่วลงในช่วงที่ ตาม แต่บทบาทภาคสังคมที่รวมท้องถิ่นไว้ด้วย เกิดขึ้นและเคลื่อนไหวตลอดมา ดังงานศึกษาวิจัย ที่ทั้งหลายที่เกิดขึ้น

จุดสำคัญคือ ระบบสุขภาพกลายเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งของภาคสังคมอย่างชัดเจน ทั้งจากการมี ส่วนร่วมวิเคราะห์แนวโน้มนโยบายและการสนับสนุน ที่ให้ภาพเชื่อมโยงให้เห็นความเกี่ยวพันของระบบ เศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ อย่างชัดเจนมากขึ้นกว่าการพูดถึงเท่านั้น จนถึงกระแสปฏิรูประบบ สุขภาพ ที่หมายรวมถึงเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอก ระบบงานรัฐไว้อย่างชัดเจนผ่านสื่อสังคมต่าง ๆ จนถึงการเกิดสื่อภาคประชาชน มีการนำเสนอประเด็น สุขภาพในความหมายของประชาชนในแต่ละวัฒนธรรมไปจัดรายการด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นรายการ

สุขภาพในสื่อวิทยุชุมชน สื่อท้องถิ่นอื่น ๆ เช่น ประเพณีท้องถิ่นที่แตกต่างกันไป ล้วนเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ

สิ่งสำคัญ สังคมได้ตระหนักถึงศักยภาพขององค์กร/เครือข่ายภาคประชาชน ไม่ว่าจะเป็นระดับใด หรือภาคประชาสังคมก็ตาม ในประเด็นสุขภาพด้วยแล้ว มีการเปิดพื้นที่ใหม่ ๆ ขยายนิยามความหมายสุขภาพออกไป ไม่ว่าจะเป็นเรียกว่า สุขภาวะ หรืออย่างอื่นก็ตามที ทั้งเครือข่าย/องค์กรและประชาสังคมสามารถสร้างกลไกต่าง ๆ ให้ระบบสุขภาพแบบที่รวมมิติต่าง ๆ ในวิถีชีวิตไว้ด้วยกันน่าสนใจ การขับเคลื่อนงานสุขภาพขององค์กรต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา เราจะได้เห็นการเปลี่ยนแปลงทุกระดับ หน่วยงานต่าง ๆ ที่มุ่งสู่การช่วยแก้ปัญหาชุมชนกันอย่างเอิกเกริก ด้านหนึ่งเป็นกระแสที่ดี และอีกด้านหนึ่งชุมชนจะต้องปรับตัวกับกระแสดังกล่าวด้วย

เมื่อประเด็นสุขภาพมีความหมายทางสังคม โดยเฉพาะระดับชาติด้วยแล้ว องค์กรทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ต่างคิดพัฒนาและขับเคลื่อนแนวทาง และ สิ่งสนับสนุนลงสู่ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งกองทุนชุมชนต่าง ๆ หรือศูนย์ปฏิบัติการเรื่องต่าง ๆ นับเป็นงานเชิงรุกแบบตั้งตัวไม่ติด งานเชิงรุกที่นำประเด็นสุขภาพมาเป็นตัวขับเคลื่อนลงสู่ชุมชนมีมากขึ้น งานสุขภาพชุมชนนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างแน่นอน แต่บทความยังมีอาจริเคราะห์ให้เห็นความสัมพันธ์ของกระแสนทางสังคม ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่โตกับงานสุขภาพในชุมชน จึงยังมีความจำกัด แต่ขอเสนอให้เห็นว่างานสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องตระหนักถึงศักยภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน

โดยเฉพาะ นับแต่แผน ๙ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา รัฐและสังคมเน้นย้ำเรื่อง “คน” เป็นศูนย์กลางซึ่งช่วยคลี่คลายปมเรื่อง ศักดิ์ศรีและศักยภาพคนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นยากจนและดกขอบหรือดกเส้นมาตรฐานอะไรไปแต่ไหนก็ตาม รูปธรรมของแนวคิดนี้จะต่างกับองค์กรสากลอย่างไรหรือไม่ ก็ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่การให้ความสำคัญกับ “คน” ยังต้องคิดอยู่เสมอ ท่ามกลางกระแสสังคมที่เปลี่ยนแปลง แต่คนยังมีความสำคัญ ในแต่ละชุมชนก็มีคนที่เป็ผู้รู้และผู้มีบทบาทต่อชุมชนและสังคม เราเคยคิดพัฒนางานผ่านองค์กรเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว หรือรัฐจัดตั้งใหม่ก็ตามที ขณะนี้รัฐก็สร้างกลไกอาสาสมัครใหม่ ขึ้นมาอีก ในขณะที่ภาคประชาชนก็มีผู้มีจิตอาสาสมัครทำงานให้กับชุมชนและสังคมอยู่จำนวนมาก รัฐและสังคมที่เห็นศักยภาพชุมชน จะไม่สามารถละเว้นการคิดถึงกลุ่มคนเหล่านี้ได้เลย

บทความนี้รวบรวมเนื้อหาที่สะท้อนให้เห็น ท่ามกลางสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงจากภายนอก แต่ชุมชนและสังคมมีกลไกภายในที่สำคัญคือ “คน” และทุนสังคมที่รองรับ และด้านทานกระแสที่ไหลหลากลงสู่ชุมชนอย่างไม่คาดหมายไว้ กลุ่มคนเหล่านี้มีจำนวนมหาศาล ทั้งปรากฏและไม่ปรากฏบทบาททางสังคม กลุ่มคน/เครือข่าย จนถึงองค์กรสาธารณประโยชน์ล้วนทำงานเพื่อท้องถิ่นและสังคมในระดับต่าง ๆ กันไป งานสุขภาพที่มาจากการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนสังคม ที่ดำเนินมาถึงปัจจุบันนี้นั้น มีที่มาและที่ไปที่สำคัญจากพลังของคนเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นเรียกเป็นอะไรก็ตาม

สถานการณ์สังคมกับสุขภาพชุมชน

ท่ามกลางกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองในระดับประเทศและสังคมโลกที่มีอัตราความเร็วเพิ่มขึ้น ความเชื่อมโยงเกี่ยวพันในระดับชาติ สังคมและชุมชนเป็นข่ายใยที่สานถักทอกันอย่างยากที่จะมองแยกขาดจากกันได้ ดังที่เรารู้จักกันในนามของกระแสโลกาภิวัตน์ที่เกิดผลทั้งทางเชื่อมโยงประสานเข้าหากัน ขณะเดียวกันก็ทำลายความสัมพันธ์และกลไกที่มีมาแต่เดิมของสังคมด้วย เมื่อมองภาพผลรวมทางสังคมและสุขภาพภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540 – 2541 วิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้รายได้ที่แท้จริงลดลง การว่างงานเพิ่มขึ้น การลดบริการของรัฐบาลลง แน่แน่นอนว่าคนไทยจำนวนมากประสบภาวะการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ย่ำแย่มากขึ้น ปัญหาที่ติดตาม คือ การฆ่าตัวตาย ความเครียด ความรุนแรงในชีวิตครอบครัว สถิติอาชญากรรมเพิ่มขึ้น รวมถึงเด็กต้องออกจากโรงเรียน ปัญหาสุขภาพที่ศึกษาและมองเห็นได้ชัดเจน คือ มีเด็กจำนวนมากเป็นโรคขาดสารอาหารเพิ่มขึ้น จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กนักเรียน พบว่า ในปี 2540 จำนวนนักเรียนที่ขาดสารอาหารมีสัดส่วนถึงร้อยละ 19.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 12.29 ในปี 2541 (ดู สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2543 : 47-49)

จากแนวคิดการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัย ซึ่งนำไปสู่การจัดระเบียบสังคมในรูปแบบใหม่ในหมู่บ้าน รวมทั้งได้ดึงหมู่บ้านเข้ามาสู่ระบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ และองค์กรทางสังคมอื่นๆ นับแต่นั้นได้ส่งผลให้หมู่บ้านจำนวนมาก ตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่า “บ้านแตก สาแหรกขาด” (fragmentation) อย่างกรณีหมู่บ้านท่าเกวียน ที่ ยศ สันตสมบัติ ศึกษาเมื่อปี 2539 สะท้อนความอ่อนแอของชุมชน (ศัพท์นักวิชาการ) เช่นเดียวกัน เสวตลักษณ์ ศึกษา (2541) ในเขตกรุงเทพมหานคร พบความอ่อนแอของสถาบันครอบครัว อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 4.25 ในปี 2541 ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยเริ่มปรากฏชัดในช่วงที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ (อ้างแล้ว สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย)

งานสุขภาพชุมชนที่เปิดกว้าง

หากมองจากนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในทศวรรษที่ 20 การสาธารณสุขของประเทศไทยมีความก้าวหน้าไปมาก มีแนวคิดการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยการจัดสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในระดับตำบล นอกเหนือจากการจัดบริการสาธารณสุขที่ไปคัดค่าบริการแล้ว รัฐบาลยังได้ริเริ่มงาน “บัตรสุขภาพ” โดยความสมัครใจ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพ โดยจำหน่ายในราคาบัตรละ 300 บาท และปรับเพิ่มเป็น 500 บาท สมาชิกผู้ถือบัตรมีสิทธิเข้ารับการรักษาและรับยาจากโรงพยาบาล นอกจากนั้น ยังมีการจัดทำบัตรสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ ในปี 2541 รัฐบาลได้จัดสรรเงินจำนวน 1,200 ล้านบาท ที่ได้จากเงินกู้ ADB ให้กระทรวงสาธารณสุขไปใช้ในการดำเนินงานแผนงานบัตรสุขภาพ โดยความสมัครใจสำหรับคนยากจน (อมรา พงศาพิชญ์ และคณะทำงานวาระทางสังคม 2544 : 285-286)

วิกฤตเศรษฐกิจเป็นเหตุการณ์สำคัญที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างคนยากจนกับคนชั้นกลางและคนรวย คนในเมืองกับคนชนบท รายได้กับปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพกับปัญหาสังคมต่างๆ เหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของกระแสโลกาภิวัตน์ที่ไหลเข้าสู่ทุกประเทศ ชุมชนต่าง ๆ ได้รับผลกระทบต่าง ๆ กัน ไปตามเงื่อนไขความสัมพันธ์กับทุนภายนอกชุมชน วิธีเศรษฐกิจเสรีนิยมมีส่วนกำหนดเศรษฐกิจชุมชนระดับหนึ่งด้วย ภายใต้ความขัดแย้งและความไม่ชอบธรรมเชิงโครงสร้างต่างๆ ในสังคมที่เด่นชัด จามริก เรียกว่า พลังทำลายทางเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม ที่มีพลังอำนาจทุนและเทคโนโลยีที่เหนือกว่าจากภายนอกสังคมไทยเข้าครอบงำ น่าสนใจว่าชุมชนไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ที่มีทั้งความขัดแย้งและความไม่ชอบธรรมเชิงโครงสร้างต่าง ๆ จะสามารถปรับตัวและเสนอทางออกกันได้อย่างไรบ้าง การวิจัยหลายชิ้นก็พบการรวมตัวกันและมีความเคลื่อนไหวในรูปกลุ่ม / องค์กร เครือข่ายประชาชนกันอย่างหลากหลาย เกิดการผลิตใหม่ของ “ความเป็นชุมชน” ในหลายระดับ

กลุ่ม/องค์กรชุมชนที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ทั้งจากกระแสงานสาธารณสุขมูลฐานของภาคสาธารณสุขที่สนใจงานสุขภาพชุมชน จากเจ้าหน้าที่ผู้สนใจจำนวนหนึ่งเท่านั้น แม้กระแสระดับบนจะชัดเจน แต่การแปรนโยบายเป็นรูปธรรมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ ยังคงเป็นงานมิติการกระจายการบริการรักษาสุขภาพ งานสร้างเสริมสุขภาพยังมีไม่มากนัก แม้มีข้อเสนอจากองค์การอนามัยโลกให้จัดตั้ง กองทุนยา อาสาสมัครในชุมชน หรือ มีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) การส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรพื้นบ้าน ในขณะนั้นจึงมีการริเริ่มกิจกรรมการสนับสนุนการรวมตัวเป็นกลุ่ม/ชมรมผู้สนใจสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งก็เป็นไปตามความสนใจของเจ้าหน้าที่ ขณะเดียวกันที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งที่ทำงานพัฒนาชุมชนแบบผสมผสาน ได้พบและนำแนวทางการรวมกลุ่มชาวบ้านมาเป็นฐานการพัฒนาและพึ่งตนเอง ก็จะพบประเด็นสุขภาพท้องถิ่น คือเรื่องสมุนไพร และหมอพื้นบ้านรวมอยู่ด้วย

งานสุขภาพชุมชนในพื้นที่ใหม่ ทางสังคม

ในงานวิจัยและภาวะปรากฏการณ์ทางสังคม หลายครั้งได้พบว่า ภายใต้ความขัดแย้งและความไม่ชอบธรรมเชิงโครงสร้างต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ชุมชนส่วนหนึ่งเกิดการปรับตัวและรื้อฟื้นความเป็นชุมชนกลับมาในหลากหลายวิถีทาง และพัฒนาความเป็นชุมชนขึ้นใหม่ที่มิยึดติดกับพื้นที่เท่านั้น แต่ได้ก่อตัวเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวที่หลากหลาย จากการรวมตัวของประชาชนในรูปกลุ่ม / องค์กร เครือข่ายภาคประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการรวมตัวกันในลักษณะกลุ่มอาชีพหรือประเด็นปัญหาร่วมหรือเครือข่ายเชิงพื้นที่หรือภูมิโนวัศวัฒนธรรมต่าง ๆ เป็นต้น กล่าวได้ว่าเป็นกระแสท้องถิ่นที่เกิดความเคลื่อนไหวเชิงรูปธรรมลักษณะต่าง ๆ แสดงอัตลักษณ์และวาทกรรมด้านทานกระแสภายนอก โดยพบว่า หลายกรณีเป็นขบวนการเคลื่อนไหวแบบใหม่ที่ดำเนินไปบนการปรับความสัมพันธ์

แบบใหม่ มากกว่าจะเป็นการต่อต้านอำนาจภายนอกอย่างตรงไปตรงมา โดยมีการหนุนเสริมจากภาคีพันธมิตรภายนอก ไม่ว่าจะเป็นนักคิด นักวิชาการ ศิลปิน องค์กรพัฒนาเอกชน นักธุรกิจและรัฐบางส่วน ซึ่งนักวิชาการบางท่านนิยามว่าเป็นขบวนการประชาสังคม แต่จะเรียกว่าอะไรบทความนี้ไม่ได้มุ่งหมายให้เกิด สิ่งที่น่าสนใจคือ กระแสท้องถิ่นเกิดขึ้นอย่างมีพลวัตอยู่เสมอเพื่อปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภายนอก เราจะได้เห็นการจัดงาน “กอบบ้านกู้เมือง” ในรูปแบบต่าง ๆ และสื่อสารกับสังคมวงกว้าง (ดู อภรณ์ บก. 2544: 11-48)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลังวิกฤตเศรษฐกิจที่ถือว่ามีความเกี่ยวเนื่องกันกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรและแนวความคิดของระบบสุขภาพไทย คือ การปฏิรูปทางการเมืองและกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ที่เรียกได้ว่า เป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ภายใต้วิกฤตเศรษฐกิจและกลีบกลายเป็นโอกาสการมีบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมไทยอย่างกว้างขวาง กลไกภาคประชาสังคมที่เกิดจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนของสังคม ได้เชื่อมโยงประชาชนจากต่างสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมาร่วมมือกัน โดยมีกระบวนการต่างๆ ทางสังคมขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิรูปทางสังคมในเชิงโครงสร้าง นโยบายและกลไกต่าง ๆ ทางสังคม อาทิ การปรับโครงสร้างส่วนราชการต่าง ๆ การปรับระบบงบประมาณ และการเกิดองค์กรอิสระต่าง ๆ และอาจตั้งข้อสังเกตได้ว่า แนวนโยบายรัฐให้ความสำคัญกับการพัฒนาชุมชนลักษณะต่าง ๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นชุมชนแบบดั้งเดิม และชุมชนลักษณะใหม่ๆ อาทิ องค์กร / เครือข่ายและประชาสังคม ที่เป็นองค์กรภาคประชาชนมากยิ่งขึ้น เรื่องสุขภาพกลายเป็นวาระทางสังคมที่หลายภาคส่วนสังคม ที่มีภาคการเมืองเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน โดยเป็นการเกิดขึ้นในวาระสุขภาพที่เป็นพื้นที่สาธารณะ ไม่ใช่ภาคทางการเมืองในอดีต

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เกิดผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างมาก ทั้งจากการปรับโครงสร้างภารกิจบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2545 และกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ปี 2543 ภายในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนเอื้อการขยายนิยามและปรับกระบวนการทัศน์สุขภาพเป็นอย่างมากควบคู่ไปกับกระแสการปฏิรูปการเมือง จนเกิดกระบวนการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี 2540 ตามด้วยรูปธรรมเชิงกลไกของแนวคิดการกระจายอำนาจ สังคมไทยมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2542 และเกิดกลไกทางสังคมใหม่อย่างองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี 2544 เพื่อเป็นกลไกหล่อเลี้ยงและสนับสนุนขบวนการการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพะของประชาชนและสังคมไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างส่วนบนหลายประการ ก่อให้เกิดการเปิดพื้นที่ใหม่ๆ ด้านสุขภาพพร้อมกันไปกับการขยายนิยามสุขภาพเชิงรูปธรรมจากภาคส่วนอื่นของสังคมอย่างเห็นได้ชัด กระแสการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วทั้งสังคม เกิดนวัตกรรมทางสังคม

และสุขภาพใหม่ๆ เครือข่าย/องค์กรภาคีต่างๆ ที่เข้าร่วมปฏิบัติการโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน โดยใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งสังคม เวทีปฏิรูป เวทีสมัชชาสุขภาพ เวทีเรียนรู้สู่สุขภาพชุมชน เกิดขึ้นอย่างมากมาย จนกระทั่งเกิดการเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น มีการจัดเวทีท้องถิ่นที่แตกต่างตามภาค อาทิ ช่างพญา (ภาคเหนือ) โสเหร์ (ภาคอีสาน) คุ่มโสม (ภาคอีสาน) สภากาแฟ (ภาคใต้) ไม่ใช่เวทีประชุมแบบทางการหรือเวทีประชาสังคมดังคำเรียกอย่างเป็นทางการ แต่กลายเป็นการทำให้สังคมมองเห็นนวัตกรรมท้องถิ่น จากกระบวนการภายในท้องถิ่นเอง ดังเช่น เวทีและการสื่อสารสาธารณะกันอย่างเอิกเกริก (ดู อัมพล 2546 : 57-131)

หากใช้วิธีเทียบเคียงจากยุคก่อนปฏิรูประบบสุขภาพแล้ว เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญอย่างแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น เมื่อเกิดกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ โครงสร้างและวิธีการทำงานเริ่มปรับเปลี่ยนบางส่วน แต่ปรากฏการณ์การขับเคลื่อนจากการมีส่วนร่วมของภาคสังคมกลับเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ไม่เคยปรากฏมาก่อนในประวัติศาสตร์การสาธารณสุขไทย โกมาตร (2548: 120-121) วิเคราะห์ให้เห็นว่า องค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ เข้ามามีส่วนกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ในช่วงปีที่สองของการปฏิรูป มีการจัดเวทีประชาคมขึ้นถึง 550 แห่งทั่วประเทศ มีเวทีประชาคมระดับจังหวัดและอำเภอเกิดขึ้น มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 500,000 คนทั่วประเทศ ผู้ที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่าง ๆ เหล่านี้มาจากองค์กรต่าง ๆ มากกว่า 3,300 องค์กร โดยเวทีเหล่านี้เป็นพื้นที่ถกแถลงความหมายและวาระสุขภาพของชาติ ที่มีวาระการพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่นเป็นประเด็นสำคัญ โดยที่ประเด็นสุขภาพเป็นตัวกระตุ้นความตื่นตัวให้เกิดในภาคสาธารณะ จุดสำคัญที่ โกมาตร มองเห็นด้วยคือ เครือข่ายความร่วมมือในระดับท้องถิ่นเชื่อมโยงสู่ระดับจังหวัดและระดับชาติมากขึ้น กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานของภาคประชาสังคมที่นำไปสู่ความร่วมมือกันทางสังคมมากขึ้น

กระแสการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนกับความหมายที่เปลี่ยนไประดับนโยบาย

การเปลี่ยนแปลงความหมายสุขภาพจากลักษณะเดิม อาจกล่าวได้ว่าจุดเปลี่ยนในระดับสังคมภาพรวม สังคมรับรู้ได้จากกระแสการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุน โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นับแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ร่วมกับกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่และส่วนกลาง จากกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยใช้กลไกทางสังคม ความรู้ และการเมืองขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ซึ่งทั้งสองกระแสการร่วมสร้างความหมายใหม่ของระบบสุขภาพมีกระบวนการสนับสนุนที่ต่างกันและเสริมกัน จึงสามารถระดมความร่วมมือที่หลากหลายที่มีอยู่แล้วในชุมชนพื้นที่ต่างๆ ทั้งในระดับองค์กร/เครือข่าย ประชาสังคมและมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรนิติบุคคลต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันสื่อสารสร้างความหมายใหม่ของระบบสุขภาพ ทั้งในลักษณะความรู้ กระบวนการ และปฏิบัติการ เพื่อให้สังคมเห็นและยอมรับว่า ระบบสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคนและเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตด้านต่างๆ ที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม

จากกระแสการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ องค์การอนามัยโลกกำหนดความหมายของสุขภาพว่า “สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่เคลื่อนไหว” (A dynamic state of well-being) และยังเป็นสมรรถนะ (หรือศักยภาพ) ด้านสุขภาพที่จะเผชิญกับสภาวะการณที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นหลักการสากลที่เสริมกับกระแสการขับเคลื่อนการนิยามสุขภาพแนวใหม่ในสังคมไทย นับแต่กระแส “การสร้างเสริมสุขภาพ” จนถึง “การสร้างความสุข” ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระแส “การสร้างนำซ่อม” จนถึง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มาจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในฐานะหน่วยงานทำงานวิชาการที่มีกลไกทางวิชาการร่วมกับพหุภาคีหลากหลาย องค์กร/เครือข่ายและสถาบัน จนในขณะนี้คำว่า “สุขภาวะ” เป็นคำที่นำมาใช้ในเชิงปฏิบัติการทางสังคม

เราอาจตั้งข้อสังเกตได้ว่า กระแสสุขภาพแนวใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยเกือบหนึ่งทศวรรษมาแล้วนั้น เป็นกระบวนการขับเคลื่อนโดยกลไกนอกภาครัฐเป็นหลักสำคัญ โดยเฉพาะการปรับกระบวนการทัศน์การทำงานจากแบบรัฐราชการที่เน้นการควบคุมสั่งการ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีหุ้นส่วนทั่วทั้งสังคม วิสัยทัศน์ขององค์กรที่ขับเคลื่อนสุขภาพในความหมายใหม่ที่เรียกว่า สุขภาวะนั้น จึงใช้แนวคิดเชิงบวกและเน้นความมีส่วนร่วมจากภาคีสุขภาพทุกส่วน จากข้อถกเถียงที่เกิดขึ้นว่า “ระบบสุขภาพนี้รวมทั้งองค์ประกอบที่อยู่นอก “วงการสาธารณสุข” ด้วย เช่น สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ระบบบริการสุขภาพ (health care system) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ 2546 : 38)

ความหมายสุขภาพที่ขยายกว้างขึ้นในทุกมิติ ทั้งไม่ยึดติดกรอบวิชาชีพการแพทย์เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา เน้นบทบาทประชาชนทั้งผู้ป่วย เครือญาติและชุมชน ในมิติสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่เชื่อมโยงเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วยนั้น เป็นพัฒนาการส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในสังคมไทย กลุ่ม/องค์กร และเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและดำรงบทบาทด้านการส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และคุ้มครองสิทธิสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสและยากจน ในแง่การหนุนเสริมกระบวนการที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั้งเขตเมืองและชนบท ได้สร้างความร่วมมือกับรัฐอย่างเป็นทางการและเปิดพื้นที่ทางสังคมด้านสุขภาพอย่างหลากหลายในมิติที่เชื่อมโยงอยู่กับวิถีชีวิตทางสังคมวัฒนธรรมของตัวเอง โดยไม่ต้องปกปิดและซ่อนเร้นวาระสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตนเองไว้อย่างในอดีต แม้ว่าแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2525 จะช่วยคลี่คลายสถานการณ์ “การเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์” และใช้มาตรการทางกฎหมายจับผิดกับใครก็ตามที่ไม่ใช่แพทย์ ผู้ที่พูดหรือปฏิบัติการเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นหมอเถื่อนและหลอกลวงไว้บ้างแล้วก็ตาม

นอกจากกระแสสังคมเชิงโครงสร้างนโยบายที่เปลี่ยนไปภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ และรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ที่ถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน กระแสสังคมในภาคประชาชนไม่ว่าจะเป็นปรากฏการณ์ชีวิตนิยมในช่วงปี 2541 - 2542 ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ในขณะเดียวกันที่กระแสการแพทย์ทางเลือกเกิดความตื่นตัวและนำมาใช้ประโยชน์กันอย่างกว้างขวางในภาคประชาชนระดับสากล จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องนำมาจัดทำเป็นแนวนโยบายและบรรจุไว้ในแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งกระแสการแพทย์ท้องถิ่นและการแพทย์ทางเลือกที่ล้วนมีพัฒนาการทางสังคมมาแตกต่างกัน แต่ในเชิงปรากฏการณ์ทางสังคมแล้ว เป็นที่ยอมรับกันได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ของระบบสุขภาพภาคประชาชนที่แสดงออกถึงความหมายด้านสุขภาพในมิติที่กว้างกว่ากรอบแนวคิดแบบผู้เชี่ยวชาญ ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นความเชื่อมโยงและผสมผสานความรู้และการใช้ประโยชน์เข้าด้วยกันตามสถานการณ์สังคมและลักษณะความเจ็บป่วย

กระบวนทัศน์แบบใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 คือ การพัฒนาแบบยั่งยืน (Sustainable development) และการพัฒนาที่อยู่บนฐานของประชาชน (People centred development) เป็นการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาสุขภาพจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนาแบบยั่งยืน เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคือ ความสุขของคนในชุมชน/สังคม ส่วนวิธีการทำงานแบบใหม่จะมีลักษณะกระจายอำนาจ (Decentralization) การเพิ่มพลัง (Empowerment) และให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน จากเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ ระบบนิเวศและความจำเป็นของชุมชนที่แตกต่างหลากหลาย จะทำให้ประชาชนก่อรูปนวัตกรรม การริเริ่ม การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเลือกเส้นทางการพัฒนาด้วยตนเอง วิธีการทำงานแบบใหม่นี้เน้นกระบวนการเรียนรู้ในระยะยาว (learning-process approach) เป็นการทำงานให้ชุมชนหรือท้องถิ่น สร้างความสำนึกการมีส่วนร่วมและการพัฒนาแบบพึ่งตนเองที่เกิดจากภายในชุมชนเป็นสำคัญ (Chamber, 1998; Eade, 1997 อ้างใน รุจิณาด อรรถสิทธิ์, 2545: 628)

กระแสการเสริมสุขภาพกับความหมายสุขภาพในชุมชน

ในพื้นที่ปฏิบัติการระดับชุมชนและเครือข่าย / องค์การต่าง ๆ ในชุมชน มีการเชื่อมโยงความหมายสุขภาพผ่านวิถีชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพมาโดยตลอด เทียบเคียงช่วงเวลาการพัฒนาทางสังคมที่กระแสแนวคิดการพึ่งตนเองในชุมชนแพร่หลายไปในกลุ่ม/ชุมชนที่แสวงหาทางเลือกและทางรอดให้กับตนเอง ในภาวะการบุกรุกของทุนนิยมที่เข้ามาในรูปลักษณะต่าง ๆ จนชุมชนแตกสลาย ช่วงเวลาที่แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวนโยบายในระบบสุขภาพ เกิดการประสานความร่วมมือภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานพัฒนาชนบทแนวผสมผสานอยู่ในช่วงปลายทศวรรษที่ 20 ความหมายระบบสุขภาพชุมชน ที่มีเป้าหมายสร้างภาวะการพึ่งตนเองได้นั้น จึงพบการขยายนิยามสุขภาพออกไปด้วย

เช่นกัน ในด้านการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการพึ่งตนเอง รวมทั้งการเสริมศักยภาพคนและองค์กรชุมชนให้มีบทบาทและสมรรถนะเสริมกระบวนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

มูลนิธิหมู่บ้าน เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณประโยชน์ที่มีบทเรียนการทำงานพัฒนาความเป็นอยู่ของชุมชนต่าง ๆ ให้เกิดการพึ่งตนเองได้ มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ได้ทำงานต่อเนื่องและเชื่อมโยงชีวิตความเป็นอยู่กับระบบสุขภาพชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงสนับสนุนการวิจัยที่เรียกว่า “กระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยประชาชน หรือ PR&D” ดำเนินการในพื้นที่ 10 ชุมชนของเครือข่ายภูมิปัญญาไท มีข้อสรุป เรื่อง “แนวความคิดสุขภาพในทฤษฎีของชุมชน” โดยได้ใช้ความหมายสุขภาพว่า ภาวะของการอยู่ดีกินดี มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสงบ อยู่เย็นเป็นสุข แม้จะมีโรคภัยไข้เจ็บบ้างตามธรรมชาติก็สามารถดูแลรักษาตนเองให้อยู่ในภาวะที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพ อยู่กับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและกับคนอื่นในชุมชนด้วยความสัมพันธ์อันดีมีสมดุล (ดู เสรี พงศ์พิศ และ ยงยุทธ ตรีนุชกร, 2545) กรณีนี้เป็นตัวอย่างการเคลื่อนไหวนิยามความหมาย ควบคู่ปฏิบัติกรบนฐานคิดและชีวิตชุมชนด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่เรียกว่า “ประชาธิปไตย” ที่เป็นกระแสท้องถิ่นที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย

นิยามความหมายสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไปพร้อมกับกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่ในทุกระดับนำไปสู่การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ซึ่งมีกระบวนการจัดทำแผนฯ ฉบับที่ 9 ที่มีข้อสรุปตรงกันอย่างชัดเจนว่า “สุขภาพคือ สุขภาวะ” โดยการพัฒนากระบวนการทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ประชาคมและสถาบันต่างๆ ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ภารกิจหลักคือ ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพ เปิดโอกาสให้ส่วนต่าง ๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ (ดู คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) นี้ จึงเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงให้เห็นกระบวนการทางสังคมทั้งด้านวิชาการและปฏิบัติการได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนเชิงนโยบายได้ด้วย

เมื่อนิยามความหมายสุขภาพเปลี่ยนไปเป็น “สุขภาวะ” ที่มีการนำไปแปรเป็นภาคปฏิบัติการอย่างหลากหลายกิจกรรม เป็นกิจกรรมสาธารณะที่เกิดขึ้นแพร่หลายไปในทุกระดับชุมชน ขณะนี้เมื่อมีการจัดเวทีประชุมวิชาการและลานกิจกรรมการแสดง และสาธิตความรู้ด้านสุขภาพในงานสมัชชาสุขภาพแต่ละปี ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา และมีกิจกรรมงานสร้างสุขระดับภาค ปี 2548 จะมีการนำเสนอประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะชุมชน อาทิ เกษตรกรรมเพื่อสุขภาพ อาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรเพื่อสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ เป็นต้น จะเห็นได้ว่ากระบวนการนิยามสุขภาพใหม่เกิดขึ้นควบคู่กับปฏิบัติการทางสังคม โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่สะสมความรู้และรูปธรรมจนกระทั่งเกิดการสังเคราะห์ใหม่ทางวิชาการ และจึงนำมาสู่ระดับนโยบายซึ่งนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นได้กลายเป็นสิ่งสะท้อนการมีพื้นที่สร้างการมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพของประชาชนอีกด้วย

ขบวนการทางสังคมและสถานะของภาคสังคม

จากการศึกษาปรากฏการณ์ขบวนการทางสังคมของภาคประชาชน นับแต่เกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ขบวนการสังคมที่เกิดขึ้นทำงานเสริมศักยภาพด้านความรู้ สิทธิประชาชนด้านต่าง ๆ การรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง และการหนุนเสริมให้ประชาชนพลิกฟื้นวัฒนธรรม อัตลักษณ์และภูมิปัญญา เพื่อการพึ่งตนเองได้ ลดการพึ่งพารัฐและนายทุนในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา การเคลื่อนไหวภาคประชาชนมีแรงเกาะเกี่ยวและความร่วมมือขยายตัวอย่างกว้างขวาง ไม่จำกัดพื้นที่ ชนชั้น และประเด็น ขบวนการหนึ่งที่มีรากฐานทางความรู้ วัฒนธรรมและการปฏิบัติกรอย่างเป็นรูปธรรม คือ ขบวนการวัฒนธรรมชุมชน ที่มีทั้งนักคิด นักวิชาการ นักปฏิบัติการและชาวบ้านเข้าร่วมการขับเคลื่อนความรู้และการเคลื่อนไหวทางสังคม ขบวนการทางสังคมที่เคลื่อนไหวลักษณะที่ไม่ต่อต้านรัฐและมีวาระทางสังคมของตนเองเช่นนี้ ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร วิเคราะห์ให้เห็นว่าเป็นขบวนการทางสังคมใหม่ (new social movement) ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย

อาจกล่าวได้ว่า ขบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นมาจากความร่วมมือของบุคคลหลายกลุ่ม แม้จะมุ่งเน้นการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ชนบท และกลุ่มคนด้อยโอกาสต่าง ๆ เป็นหลัก พื้นฐานของขบวนการสังคมมาจากการรวมตัวเป็นกลุ่ม / ชมรม กลายเป็นแนวทางการพัฒนากลุ่ม/องค์กร และเครือข่ายชุมชนที่ขยายตัวอย่างแพร่หลายจนบัดนี้ จุดสำคัญคือ แนวคิดพื้นฐานการรวมตัวรวมกลุ่ม แม้ว่าหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ได้กระตุ้นให้ชุมชนท้องถิ่นมีการรวมตัวเป็นกลุ่มและองค์กรชุมชน หากแต่วิธีการทำงานของทั้งสองส่วนมีความแตกต่างกัน องค์กรภาครัฐสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรชุมชนที่มีรูปแบบเดียวและมีกรอบกำหนดการสนับสนุนไว้โดยรัฐส่วนกลาง ขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานก่อรูปจิตสำนึกพร้อมกันไปกับการรวมกลุ่มแบบสมัครใจ โดยเน้นวิธีการทำงานเสริมสร้างพลังของกลุ่มและเครือข่าย ตั้งแต่กระบวนการคิดแลกเปลี่ยนวิเคราะห์ปัญหาและคิดค้นแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (ดู บัณฑิต และคณะ 2545; ปารณัฐ 2547; รุจินาถ และคณะ 2548)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ รัฐและแหล่งทุนต่าง ๆ สนับสนุนแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพและการเพิ่มพลังชุมชน ปี 2541 ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) รัฐบาลไทยได้ทบทวนแผนพัฒนาเพื่อการปฏิรูปเศรษฐกิจอย่างจริงจัง โดยมีเงื่อนไขการพัฒนาตามพันธสัญญาเงินกู้จาก IMF แนวทางการพัฒนาเพื่อบรรเทาผลกระทบทางสังคม แนวทางการพัฒนาจึงมุ่งปฏิรูปการเมืองและสังคม พร้อมกับการเพิ่มประสิทธิภาพบริการสาธารณะ แต่อาจกล่าวได้ว่า ระดับประเทศมีการปรับโครงสร้างการเมืองไทยใหม่ที่เกิดขึ้นในช่วงรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ที่ถือเป็นปรากฏการณ์ของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง จึงเห็นว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) ที่ก่อตัวเพื่อปฏิรูป

โครงสร้างทางการเมืองและสังคม ได้ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นมา โดยเฉพาะนับแต่เหตุการณ์ “พฤษภาประชาธรรม 2535” เป็นต้นมา เกิดการรวมตัวของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในรูปแบบใหม่ ๆ¹ อย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ที่เรียกว่า “การเมืองภาคประชาชน” (people politics)

ขบวนการทางสังคมใหม่ที่แสดงพลังในระบอบประชาธิปไตยนับแต่ทศวรรษที่ 40 เป็นต้นมา อาจถือได้ว่าสัมพันธ์กับแนวคิดใหม่ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการกระจายอำนาจ ธรรมชาติवाद การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน การเพิ่มสมรรถนะชุมชน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมและความยั่งยืน โดยที่แนวคิดการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการหลักที่หน่วยงานราชการนำไปเขียนและพูดถึงอย่างเป็นทางการ นับแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา รวมไปถึงขบวนการทางสังคมที่ขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับปฏิบัติการทางสังคม สร้างรูปธรรม ตอกย้ำความหมายสุขภาพใหม่ในฐานะพลเมือง ผู้มีความกระตือรือร้นและรับผิดชอบต่อระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นองค์ประกอบหนึ่งด้วย (ดู โกมาตร: 2548)

ขบวนการเคลื่อนไหวภายในท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ท่ามกลางวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น กระแสแนวคิดที่ว่า “เปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส” เกิดขึ้น และกล่าวขานกันทั่วไป นักคิด นักวิชาการและนักปฏิบัติการทางสังคมทั้งภาครัฐ เอกชน ต่างตื่นตัว และหันมาร่วมมือกันอย่างจริงจัง แกะไขวิกฤตการณ์ร่วมกัน และพบว่าสังคมไทยมีต้นทุนทางสังคม และวัฒนธรรมที่สามารถรองรับวิกฤตการณ์ดังกล่าวไว้ได้ ดังบทสรุปของโครงการจัดสวัสดิการเร่งด่วน เพื่อผู้ยากลำบากในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (เมนู 5) ที่สนับสนุนโดยกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIF) บทเรียนความสำเร็จของระบบ “ประชารัฐสวัสดิการ” ที่เป็นการร่วมมือกันระหว่างรัฐกับชุมชนอย่างเท่าเทียมและมีศักดิ์ศรี ที่เกิดขึ้น 454 เครือข่ายองค์กร ชุมชน ที่ทำงานร่วมกับชุมชนของตน ไม่น้อยกว่า 5,000 ชุมชน ในพื้นที่การปกครอง 824 ตำบล 371 อำเภอ 70 จังหวัด ครอบคลุมทุกลักษณะพื้นที่ การบรรลุเป้าหมายตามขั้นตอนต่างๆ สะท้อนกระบวนการของชุมชน องค์กรชุมชน และเครือข่าย องค์กรชุมชนที่เต็มไปด้วยศักยภาพ บนพื้นฐานโครงสร้างความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมของสังคมไทย ที่มีเนื้อแท้ของการดูแลช่วยเหลือกันและกัน (สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม 2545)

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเครือข่าย (network) เป็นแนวคิดสากลที่เกิดขึ้นจากบทเรียนการทำงาน พัฒนาแบบที่ต้องการสร้างความยั่งยืนให้กับชุมชนเป้าหมายในสังคมไทยเอง มีรูปธรรมและบทเรียน

¹ องค์กรหลัก ได้แก่ เครือข่าย 30 องค์กรประชาธิปไตย เครือข่ายผู้หญิง เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน 11 เครือข่าย ร่วมกับเครือข่ายองค์กรชาวบ้านและกลุ่มวิชาชีพอิสระต่าง ๆ เช่น สภาทนายความ ชมรมแพทย์ชนบท อ่างจาก นฤมล ทับจุมพล และจรัส ดิษฐาภิรักษ์ ขบวนการเพื่อรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนและการปฏิรูปการเมือง รายงานวิจัย โครงการ...อาวโส ศ.ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย 2544 หน้า 1

การทำงานชนบทจากองค์กรพัฒนาเอกชนหรือเอ็นจีโอ ตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา ที่เรียกว่า “ยุคถักทอเป็นเครือข่าย” ในช่วงปี 2527 - 2533 (สงวน และ สุรพล 2544: 82-89) จากการทำงานฝังตัวและลงลึกในพื้นที่ชุมชนแต่ละแห่ง เช่น เครือข่ายประเด็นด้านสตรี เครือข่ายประเด็นด้านเด็ก เครือข่ายประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงเชิงประเด็นปัญหาระหว่างพื้นที่และองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานบนประเด็นปัญหาเดียวกัน เพื่อยกระดับการแก้ไขปัญหาสู่ระดับนโยบาย (ดู ปารณัฐ สุขสุทธิ 2546) องค์กร/เครือข่ายภาคประชาชนทั้งที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่มาจากการมีเป้าหมายและเจตนารมณ์ร่วมกันในด้านการแก้ปัญหาที่เชื่อมโยงถึงโครงสร้างนโยบาย แต่อาจพบได้ว่าเมื่อรัฐนำแนวคิด “เครือข่าย / องค์กรประชาชน” มาสนับสนุนการทำงานในชุมชนต่าง ๆ มักเกิดขึ้นได้โดยการจัดตั้ง หรือจัดตั้งก่อน ประชาชนจึงใช้กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นทำงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายและผลประโยชน์บางอย่างของกลุ่มได้

แนวคิดเครือข่าย/องค์กรชุมชน กลายเป็นกลไกการทำงานของระบบสุขภาพชุมชนขององค์กรต่าง ๆ ยังคงมีผลต่อการทำงานสนับสนุนภาคประชาชนจนกระทั่งปี 2540 ที่แนวคิดประชาสังคมจากต่างประเทศเข้ามามีอิทธิพลในสังคมไทย พร้อมๆ กันกับที่ปรากฏการณ์การรวมตัวเป็นพลังทางการเมือง เข้าร่วมร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 โดยเฉพาะการรวมตัวของชนชั้นกลางจนสามารถโค่นล้มรัฐบาลทหารลงได้ จึงเห็นได้ว่า แนวคิดเครือข่ายของสังคมไทยมีพัฒนาการในตัวเองจนมาถึงแนวคิดประชาสังคมแบบไทย นักวิชาการบางท่านมองว่าเป็นพัฒนาการของการรวมกลุ่มภาคประชาชน บางท่านก็ไม่เห็นด้วยว่าเป็นพัฒนาการที่ต่อเนื่องกันในเชิงรูปธรรม แต่ในเชิงนิยามความหมายที่นักวิชาการไทยและต่างประเทศกล่าวถึงไว้แล้ว สามารถสรุปได้ว่า โดยสาระและจุดมุ่งหมายแล้ว แนวคิดเครือข่ายใกล้เคียงกับประชาสังคมจนแทบเป็นเรื่องเดียวกัน

สำหรับนักวิชาการและนักพัฒนาสายวัฒนธรรมชุมชน ยังมองการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการภายในชุมชนเอง และมองเห็นลักษณะเครือข่ายเป็นวัฒนธรรมชุมชนที่มีมาแต่ดั้งเดิมแล้ว เช่น เครือข่ายลุ่มน้ำต่าง ๆ ทางภาคเหนือ ฯลฯ เสรี พงศ์พิศ และ ยงยุทธ ตรีบุษกร (2545) ยังคงใช้แนวคิดเครือข่ายเป็นกลไกการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน ในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน พบว่า เครือข่ายชุมชนทั้ง 10 เครือข่าย เกิดกระบวนการเรียนรู้บนเครือข่ายของสัมพันธ์ภาพใหม่ ที่เรียกว่า เครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่มีลักษณะการเชื่อมโยงผู้คนเข้าหากัน ถ่ายเทเชื่อมโยงองค์ความรู้ ทุน การจัดการ และคิดค้นสร้างทางเลือก สร้างสัมพันธ์ภาพและขวัญกำลังใจจนเกิดการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด จนได้แผนและภูมิคุ้มกันสุขภาพของแต่ละชุมชน ในลักษณะการคิดค้นและแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ข้อค้นพบประการสำคัญจากการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ความเข้มแข็งของชุมชน พบกระบวนการต่อสู้ปรับตัวของชุมชน ที่ประสบผลสำเร็จได้นั้น มาจากการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่มองเห็นปัญหา

ร่วมกัน และมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน กลุ่มผู้นำมีทั้งผู้นำทางการและผู้นำตามธรรมชาติ จุดที่น่าสนใจก็คือ ในชุมชนส่วนใหญ่ที่แก้ปัญหามุมชนได้สำเร็จนั้น มักเกิดจากผู้นำตามธรรมชาติ เช่น ชุมชนบ้านพรุ ชุมชนคีรีวง และชุมชนยกกระบัตร ซึ่งในกรณียกกระบัตร โครงการพัฒนาที่เข้าไปทำงานกับชุมชนช่วงแรก ไปทำงานกับผู้นำทางการ ในที่สุดจึงต้องเปลี่ยนมาร่วมงานกับผู้นำตามธรรมชาติ จึงประสบผลสำเร็จได้ โดย เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล คณะศึกษาศาสตร์ที่สำคญคนหนึ่ง พบว่า ผู้นำชุมชนแบบธรรมชาติมักเป็นผู้มุ่งมั่นจะแก้ปัญหายังจริงจัง เพราะ ไม่ได้เป็นผู้นำทำตาม “หน้าที่” แต่เป็นผู้นำด้วยเจตจำนง จึงมักเป็นผู้มีจิตสำนึกต่อส่วนรวมอย่างแท้จริง และการกลายเป็นผู้นำของชุมชนด้วยตัวเองนั้นก็ไม่ใช่ว่าเรื่องธรรมชาติและง่ายอย่างชื่อเรียกด้วย (ดู นภาพรณ หะวานนท์ และคณะ 2549) นั่นคือชุมชนจึงไม่ว่างเปล่า ขาดไร้ผู้นำ และมีพลวัตการปรับตัวอยู่เสมอ ดังที่คณะวิจัยชุดนี้ยืนยันว่าชุมชนไม่ได้หยุดนิ่ง หรือตายตัว และตระหนักถึงขีดจำกัดและอำนาจการติดต่อ ดัดแปลง เพิ่มเติม เปลี่ยนแปลงที่เกิดจากงานเขียนและตัวผู้เขียนด้วย เฉกเช่นข้อจำกัดของบทความนี้ด้วย

สถานการณ์งานสุขภาพชุมชน ที่เปลี่ยนแปลง

จุดเปลี่ยนในรอบทศวรรษที่ผ่านมาเกี่ยวกับสถานการณ์งานชุมชน คือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2540- 2544) ที่มีกระบวนการทำแผนอย่างมีส่วนร่วมจากกลุ่มประชาชนที่หลากหลายและกว้างขวางมาก จนมีการเรียกการรวมตัวในช่วงนี้ว่า “ประชาสังคม” โดยเป็นคำศัพท์ที่มาจากยุโรป และเป็นเหตุการณ์ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจด้วย แนวคิดเรื่องการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางจึงได้รับการเน้นย้ำและเขียนไว้ในแผนฯ ด้วย ขณะเดียวกันที่กระแสกระจายอำนาจเริ่มมาแรง กระแสแนวความคิดและองค์ความรู้ดังกล่าวได้รับการขานรับในระดับนโยบาย ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทภารกิจและโครงสร้างภาครัฐ ตลอดจนระบบงบประมาณของประเทศ

หากจะวิเคราะห์ถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อการทำงานสุขภาพในชุมชนภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจแล้ว สามารถสำรวจได้จากการเกิดขึ้นขององค์กรใหม่ทางสังคม ที่ไม่ใช่รูปแบบราชการในการบริหารและปฏิบัติงานหลายองค์กร ไม่ว่าจะเป็นกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (Social Investment Fund- SIF) หรือกองทุนชุมชนและกองทุนพัฒนาเมืองในภูมิภาคที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2541 สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ปี 2545 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี 2544 และเกิดองค์กรทางสังคมอื่นๆ แดกแขนงออกมาเพื่อทำภารกิจเฉพาะและเน้นหนักเฉพาะประเด็นเกิดขึ้นมาเพิ่มขึ้นอีกจนถึงปัจจุบัน

สถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไม่อาจแยกขาดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ในฐานะตัวกำหนดเงื่อนไขและความเป็นไปของนโยบายรัฐจนถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

นัยยะหนึ่งเราไม่อาจกล่าวได้ว่าสถานการณ์การสร้างพลังให้กับชุมชนเกิดขึ้นจากสถานการณ์สังคมภายนอกเท่านั้น แต่สังคมภายในชุมชนท้องถิ่นที่มีการเชื่อมโยงถึงทอความสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ มาก่อนแล้ว เป็นกระแสการเปลี่ยนแปลงจากภายในท้องถิ่นเองด้วย ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายลุ่มน้ำภาคเหนือ เครือข่ายลุ่มน้ำภาคใต้ที่สายบุรี เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายสัจจะออมทรัพย์ เป็นส่วนน้อยของตัวอย่างกลุ่ม/เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มและแก้ไขปัญหาตนเอง เนื่องจากภาครัฐยังมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างองค์กร วิธีคิดและความรู้ในการจัดการปัญหาให้กับชาวบ้านอยู่มาก

ส่วนนี้จะนำเสนอให้เห็นสถานการณ์ต่างๆ กับการเปลี่ยนแปลงงานสุขภาพชุมชนที่เกิดจากการขับเคลื่อนขององค์กรทางสังคมต่าง ๆ นอกภาครัฐ ดังต่อไปนี้

เครือข่าย / องค์กรชุมชนที่หลากหลายและเติบโต

นอกจากเครือข่าย / องค์กรชุมชนที่มีมาก่อนวิกฤตเศรษฐกิจแล้วเมื่อกระแสนโยบายเปิดให้เกิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนเหล่านี้ เครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วก็ได้รับการสนับสนุนทั้งระดับนโยบาย ในเชิงการเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเป็นทางการ การสนับสนุนระดับความคิดและความรู้ การสนับสนุนเชิงกระบวนการ ซึ่งหมายรวมถึงงบประมาณการดำเนินงานด้วย เครือข่าย/องค์กรชุมชนก็ได้รับการเสริมพลัง

หากพิจารณาจากการพัฒนาขบวนการองค์กรชุมชนในปี 2548 ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานอย่างต่อเนื่องในช่วงก่อนหน้านี้ นั่นถือว่าเป็นช่วงที่องค์กรทางสังคมที่ทำงานเสริมการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ จากกรณีการพัฒนาของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) มูลนิธิชุมชนไท และภาคีเครือข่ายการพัฒนา ที่เป็นแกนหลักและใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง โดยใช้ยุทธศาสตร์การฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดรูปธรรมการทำงานที่นำไปสู่การกำหนดทิศทางการพึ่งตนเองของชุมชนได้อย่างน่าสนใจ (สุวัฒน์ บก. 2549: 7-24)

- กองทุนสวัสดิการชาวบ้านทั่วประเทศ 295 กองทุน
- การพัฒนาวิทยากรกระบวนการในการจัดทำแผนชุมชน 1,100 คน และเกิดเครือข่ายแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเอง 4 ภาค
- เครือข่ายองค์กรชุมชนมีบทบาทในการจัดการทรัพยากรสิ่งแวดล้อม 237 เครือข่าย 1,780 องค์กร สมาชิกประมาณ 70,000 คน
- เกิดโครงการจัดการที่ทำกินและที่อยู่อาศัยโดยคนจน 512 คราวเรือน

ไม่ว่าอย่างไรก็ตาม ผลสรุปขององค์กรสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนทั้งหลาย มีทิศทางแบบเดียวกันว่าความเป็นไปได้ของการหนุนเสริมจากภายนอกให้เกิดพัฒนาการภายในและสร้างความเข้มแข็งเป็นรูปธรรมต่าง ๆ ได้นั้น มาจากศักยภาพและทุนเดิมที่มีอยู่ของแต่ละชุมชน ดังที่

สายศิริ (2548 : 171) พบว่า ความพยายามของ สปรส. ในการเชื่อมโยงให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ด้านสุขภาพกว่า 100 เครือข่ายนั้น ผลสัมฤทธิ์มักขึ้นกับปัจจัยที่เป็นทุนเดิมและภูมิหลังของพื้นที่หรือจังหวัดที่มีกิจกรรมด้านชุมชนเข้มแข็ง ประชาสังคม เครือข่ายประชาคม สาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมาก่อนแล้ว คือ พื้นที่ที่มีทุนและศักยภาพดังกล่าวจะมีความสั่นตักในการพัฒนากิจกรรมเครือข่ายได้อย่างไม่ยาก โดยเฉพาะการขยายเครือข่ายในกลุ่มเดิมเพิ่มขึ้น (Bonding Network)

ระบบสุขภาพชุมชนกับอาสาสมัครสุขภาพ

ระบบสุขภาพชุมชนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากกระแสสังคม แนวนโยบายและเงื่อนไขภายในของแต่ละชุมชนเอง จากสถานการณ์สังคมที่กล่าวมาข้างต้น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงานและความหมายสุขภาพ เป็นความชัดเจนว่า กระแสจากองค์กรรัฐ องค์กรอิสระและองค์กรเอกชน ที่เราไม่อาจละอิทธิพลขององค์กรธุรกิจเพื่อสังคมต่าง ๆ รวมเข้าไปด้วย การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับท้องถิ่นอย่างกระชับรัดกุม จนเกิดปฏิกิริยาตอบสนองจากชุมชนดังที่ปรากฏ โดยกลไกสำคัญหนึ่งที่มีความหมายต่อสังคมอย่างมาก คือ กลไกอาสาสมัคร แม้ว่าอาสาสมัครในสังคมไทยจะมีพื้นฐานจากรากทางวัฒนธรรมและเค้าโครงระบอบประชาธิปไตยที่เปิดพื้นที่ใหม่ๆ ทางสังคมได้ไม่ยาก

ระบบสุขภาพชุมชน มีมุมมองที่สำคัญคือ ระบบสุขภาพชุมชนสัมพันธ์กับระบบสุขภาพในภาพรวมทั้งหมดของสังคมอยู่ด้วย แต่หากมุ่งพิจารณาวิเคราะห์ศักยภาพของระบบสุขภาพชุมชนแล้ว เราไม่อาจหลีกเลี่ยงการมองให้เห็นถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่ดำรงและพัฒนาการอยู่ในระบบสุขภาพชุมชน โดยที่ระบบสุขภาพในชุมชนสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างแนบแน่นกับระบบเศรษฐกิจชุมชน ระบบการปกครองและสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งมีทั้งความหลากหลายแตกต่างตามภูมินิเวศวัฒนธรรม และมีจุดร่วมบางประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ระบบสุขภาพชุมชนจึงมีมิติที่ซ้อนทับและเคลื่อนไหวอยู่ในเงื่อนไขการดำเนินชีวิตของแต่ละชุมชน

กลไกสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนที่อยู่ในส่วนที่เรียกว่า บุคคล/องค์กร ในฐานะผู้ขับเคลื่อนผู้รักษาและผู้ป่วย ในปัจจุบัน WHO และรัฐไทยยอมรับได้แล้วว่า ในแต่ละชุมชนมีผู้รู้และผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาคนเจ็บป่วย ที่เรียกว่า หมอพื้นบ้าน (folk healer) ซึ่งมีอยู่หลากหลายประเภท โดยที่การแพทย์พื้นบ้านเป็นสถาบันสุขภาพดั้งเดิมของแต่ละชุมชน ในระยะ 2 ทศวรรษเศษที่ผ่านมา งานศึกษาวิจัยที่เกิดขึ้นได้ยืนยันและแสดงให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านเป็นผู้ช่วยเหลือด้านความเจ็บป่วยให้กับชุมชนโดยไม่ใช่การรับจ้างและอาชีพ บทความนี้จะไม่ลงไปในรายละเอียด แต่ต้องการเชื่อมโยงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพชุมชนนั้นมีหมอพื้นบ้านหลากหลายประเภทดำรงและสืบทอดบทบาทที่มีอุดมการณ์การช่วยเหลือคนเจ็บป่วยด้วยกันเองในชุมชนมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

เมื่อรัฐไทยยอมรับนำแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน โดยนำแนวคิดหมอเท้าเปล่าจากจีนมาใช้พัฒนาเป็นกลไกอาสา

สมัครให้เกิดขึ้นในทุกชุมชน กระทรวงสาธารณสุขจึงสร้างระบบอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นมา มี 2 ลักษณะที่รู้จักกันดี คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) โดยการคัดเลือกจากชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ มีบทบาทภารกิจด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน โดยในระยะที่ผ่านมายังเป็นภารกิจที่เกิดขึ้นจากการทำงานช่วยเหลือรัฐและการสนับสนุนจากภาครัฐเป็นหลัก

ปัจจุบันระบบสุขภาพชุมชนยังมีบุคคล/องค์กรที่อยู่ในชุมชน โดยภาครัฐสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เกิดการขยายตัวและมีบทบาทจนเป็นที่ยอมรับ แต่ความสำคัญของหมอพื้นบ้านเพิ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐอย่างเป็นทางการ เมื่อมีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขจนมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา แม้นโยบายและแนวทางการสนับสนุนมีมาตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขมูลฐานแล้วก็ตาม แต่ก็ดำเนินไปบนพื้นฐานความสนใจของคนเฉพาะกลุ่มเท่านั้น ซึ่งก็มีทั้งข้อดีและข้ออ่อน ข้อดีคือได้ฟื้นฟูกลุ่ม/เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านที่รวมตัวกันตามความสมัครใจไว้การจัดตั้ง แต่ขาดการสนับสนุน จึงอยู่ในอาการกลุ่มๆ คอนๆ ข้อเสียจึงเป็นเรื่องการปล่อยให้อสม.พื้นบ้านที่อยู่ในชุมชนเป็นไปตามยถากรรม ท่ามกลางกระแสความทันสมัยที่แบ่งแยกและกีดกันให้อสม.พื้นบ้านอยู่ในพื้นที่ชายขอบตลอดเวลา

ขณะเดียวกันกลไก อสม. ที่ขยายตัว และได้รับสิ่งสนับสนุนทั้งงบประมาณและสถานะทางสังคม ก็ยังขาดการเชื่อมต่อกับหมอพื้นบ้านที่เป็นผู้รู้ในชุมชน หากมีการประสานความร่วมมือกันก็มักเป็นในลักษณะเฉพาะแห่งเฉพาะสถานการณ์ หากจะกล่าวไปถึงที่สุดแล้วรัฐสร้างกลไกการมีส่วนร่วมโดยมี อสม. เป็นตัวแทน และยังไม่ถึงระบบสุขภาพชุมชนที่มีความแตกต่างหลากหลายแต่ไม่มีใครปฏิเสธความตั้งใจ ความสมัครใจและจิตใจอาสาของ อสม. อันเป็นเรื่องที่ต้องแยกแยะออกจากกัน

การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในชุมชนกับกลไกแบบอาสาสมัคร

แนวคิด “อาสาสมัคร” เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยที่มีการนำบัณฑิตผู้มีความรู้มาทำงานพัฒนาและพัฒนาชนบทลงปฏิบัติงานในชุมชน อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดนี้เริ่มลงหลักปักฐานตั้งแต่โครงการลุ่มน้ำแม่กลอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการบูรณะชนบทภายใต้มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2512 ที่ใช้แนวทางพัฒนาชนบทแบบผสมผสาน ต่อมาการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน (Non-government organization) จึงมักนำอุดมการณ์และหลักการทำงานของอาสาสมัครมาใช้เป็นแนวทางรับสมัครและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่องค์กร

ขณะเดียวกันในสังคมไทยมีองค์กรสาธารณประโยชน์เกิดขึ้นจำนวนมาก จุดเริ่มต้นคือ การก่อตั้ง “สภาอุณาโลมแดง” (ต่อมาเปลี่ยนเป็นสภากาชาด) ที่มีกิจกรช่วยเหลือคนเจ็บ คนป่วยและคนทุพพลภาพ และยังมีมูลนิธิร่วมกตัญญู มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ที่มาจากการรวมตัวของชาวจีนในการอาสาสมัครช่วยเหลืองานสาธารณะแบบการสงเคราะห์ต่าง ๆ เมื่อปี 2510 ถือเป็นจุดกำเนิดองค์กร

พัฒนาเอกชนในประเทศไทย คือ มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย ที่ถือเป็นองค์กรอิสระ ทำงานและพัฒนากิจกรรมการช่วยเหลือประชาชนในชนบท และต่อมาขยายตัวตามประเด็นปัญหาและเครือข่ายปัญหาสู่ภาคเมือง ที่มีคนยากจนและคนด้อยโอกาส ในปัจจุบันองค์กรสาธารณประโยชน์ที่อมรา พงศาพิชญ์ หมายรวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนด้วย ทำงานในลักษณะกึ่งอาสาสมัคร แต่ในระยะหลังที่มีทุนจากต่างประเทศ จึงมีการกำหนดค่าตอบแทนในลักษณะไม่มากนัก รูปแบบองค์กรเหล่านี้มีหลากหลาย เป็นแบบกลุ่ม ชมรม สถาบัน สมาคม มูลนิธิ ศูนย์ สำนัก องค์กร วิทยาลัย โครงการ และสโมสร จากการสำรวจพบว่า ประเทศไทยมีมูลนิธิและสมาคมจำนวนกว่า 17,000 แห่ง และองค์กรพัฒนาเอกชน จำนวนกว่า 500 องค์กร (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2543)

แม้ไม่จำเป็นต้องสืบสาวถึงความเป็นไปทางสังคมกับกระบวนการอาสาสมัครที่เกิดขึ้นของสังคมไทย แต่เราจะเห็นการก่อเกิดของอาสาสมัครในทุกระดับของสังคม ในชีวิตประจำวันเราก็จะได้พบผู้มีจิตใจอาสาช่วยเหลือคนทุกข์ยาก คนเจ็บป่วยและผู้ได้รับความเดือดร้อนในฐานะเพื่อนมนุษย์ ซึ่งถือว่าเป็น “การให้” (give) อย่างหนึ่งตามคตินิยมสังคมพุทธศาสนาและเราจะเห็นบทบาทอาสาสมัครในสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ หลาย ๆ ครั้ง ในกรณีมีเหตุภัยพิบัติตามธรรมชาติ น้ำท่วม ไฟไหม้ และกรณีสึนามิ เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เราได้เห็นอาสาสมัครเกิดขึ้นทั่วประเทศ

กลไกอาสาสมัครแบบแนวดิ่ง

เป็นที่ทราบกันมาตลอดช่วงเวลาการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแล้วว่า กระทรวงสาธารณสุขสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนในระบบสุขภาพ โดยการคัดเลือกอาสาสมัครสุขภาพ (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ปัจจุบันปรับปรุงเป็นอาสาสมัครสุขภาพหรือ อสม. ที่มีการขยายตัวเชิงปริมาณ จำนวนราว 800,000 คนทั่วประเทศ บทบาท อสม. เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่ดูเหมือนว่างานอาสาสมัครของ อสม. ที่เริ่มจากกระบวนการและกลไกแบบราชการที่ยังมีกระบวนการทึบตันเกินไป ไม่ช่วยให้ อสม. มีพัฒนาการในลักษณะที่เป็นอาสาสมัครสุขภาพของชุมชนเท่าไรนัก เนื่องจาก ความผูกพันกับเจ้าหน้าที่รูปแบบเครือญาติ และความเห็นอกเห็นใจกันจากการร่วมกันทำงานสุขภาพ และระบบสวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้เพื่อเป็นขวัญกำลังใจกับ อสม. เหล่านี้ล้วนเป็นความตั้งใจดีที่จะยืนยันคุณค่าของ อสม. ในระบบสุขภาพ ตลอดถึงการจัดประกวดผลงาน อสม. ดีเด่นระดับชาติ

และเป็นที่เข้าใจกันดีด้วยว่า สถานการณ์สังคมและปัญหาสาธารณสุขไม่หยุดนิ่ง ในเชิงสังคมแล้วกระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประสบผลสำเร็จอย่างมากในช่วงแรก ขณะเดียวกันกลุ่มอสม. ในแต่ละชุมชนก็ทำงานประสานกันเองและเชื่อมโยงบทบาทกับหน่วยงานและภารกิจมากขึ้น อสม. ก็ปฏิบัติงานด้วยจิตใจอาสาสมัคร แม้ว่าจะต้องจัดสรรภาระหน้าที่ อสม. ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข กับภาระการหาเลี้ยงและดูแลครอบครัว ความดีงาม

ของ อสม. ที่มีการประกาศประชาสัมพันธ์ยังน้อยกว่าความเสียหายที่ อสม. ผู้เป็นชาวบ้านธรรมดา ได้ปฏิบัติและสะสมมาตลอดกว่า 20 ปี (ดู กระทรวงสาธารณสุข 2548) แต่ดูเหมือนความดีงามและคุณค่าของ อสม. กลายเป็นพันธนาการให้ อสม. ต้องเสียสละเพื่อสังคมมากขึ้น

หากพิจารณาจากภารกิจที่เพิ่มขึ้นตามนโยบายรัฐแล้ว อาทิ ชมรมสร้างสุขภาพ 56,606 หมู่บ้าน 184,797 ชมรม รณรงค์ออกกำลังกาย 12,627,748 ครั้ง 1,625,893 คน เป็นต้น (ดู กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2548) รวมทั้งภารกิจอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายตามสถานการณ์ปัญหา และนโยบายที่เปลี่ยนแปลงแล้ว ไม่ต้องอ้างถึงว่าเป็นการช่วยงานเจ้าหน้าที่รัฐหรือช่วยเจ้าหน้าที่แก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน (ดู ประสิทธิ์ 2544) ทำงานอาสาสมัครแบบเต็มตัว จึงอยู่ที่ว่าชาวบ้านที่ ทำงานอาสาสมัครขนาดนี้ รัฐจะสนับสนุนระบบสวัสดิการทางสังคมที่เอื้อต่อความยั่งยืนของชุมชนได้ เพียงใด

แต่ขณะนี้ กระแสการเรียกคืน อสม. ชุมชนมีเพิ่มขึ้น จากการที่กระแสการเมืองและ ภารกิจที่ผูกโยงกับรัฐอย่างใกล้ชิด ได้จกฉายใช้ประโยชน์จาก อสม. ด้วย อสม. จึงต้องเรียนรู้และปรับตัว กับสถานการณ์ทางการเมืองและสังคมใหม่ๆ โดยรัฐเองก็มิได้สามารถปกป้องคุ้มครองให้ อสม. ปลอดภัยจากการเมืองแบบฝักฝ่ายและผลประโยชน์ได้ ขณะเดียวกันที่การเมืองท้องถิ่นเข้าถึงทุกครัวเรือนได้ อย่างสะดวก อสม. บางส่วนปรับตัวเรียนรู้โดยทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย แต่ อสม. บางส่วนยังทำงานตามภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้ซึ่งก็มีความสำคัญและมาก เพียงพอแล้ว ข้อเสนอที่เกิดขึ้นจากเวทีต่าง ๆ ที่เข้าใจ อสม. จึงเป็นการเสนอให้ปรับบทบาทและ วิธีการทำงานภาครัฐ² (สัมภาษณ์ รุจิณา อรรถสิทธิ์ และ เสาวนีย์ กุลสมบูรณ์) ให้สอดคล้องกับ กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่และแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ หรือทิศทางการกระจายอำนาจสู่ ท้องถิ่น

แนวทางการทำงานของรัฐส่วนกลางที่ยังไม่ลงตัวนักกับการลดทอนและกระจายอำนาจ การดูแลสุขภาพคืนสู่ชุมชน ในขณะนี้ หากตั้งข้อสังเกตจากนโยบายที่ออกมาในยุคการเมืองแบบ ประชาธิยมแล้ว รัฐก็ยังคิดนโยบายแบบสำเร็จรูป แล้วชวนประชาชนมาช่วยกันทำ โดยใช้ทุนที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานพัฒนาชุมชนของภาคส่วนสังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการขายฝันให้กับกลุ่ม/องค์กร ชุมชน แต่จะเห็นว่าภายใต้ต้นนโยบายสร้างสุขภาพปี 2545 เพื่อให้คนไทยทั้งประเทศมีสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ มากมายด้วยเช่นกัน รูปธรรม ของชมรมสร้างสุขภาพและชมรมออกกำลังกาย กลายเป็นพลังมวลชนในงานรวมพลังสร้างสุขภาพ แห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2545

² การประชุมครั้งล่าสุด คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการประเมินศักยภาพและบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกับ ยุทธศาสตร์การพัฒนา วันที่ 7 มีนาคม 2549 ณ กระทรวงสาธารณสุข

ต่อมาภาครัฐเชิญชนภาคประชาชนสานฝัน “เมืองไทยสุขภาพดี” ปี 2558 ที่เริ่มเดินเครื่องปี 2547 ตั้งเป้าว่าจะมีประชาชนครึ่งหนึ่งของประเทศออกกำลังกายสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยกระตุ้นกำนันและผู้ใหญ่บ้าน หนุนสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้าน (จดหมายข่าวสุขภาพภาคประชาชน 13(1) : 2547) จะเห็นว่าการทำงานของภาครัฐยังสอบไม่ผ่านกระบวนการทำงานแนวดิ่ง กับประชาชนที่มองเห็นความหวังดีของรัฐเสมอ ประเด็นนี้ไม่ได้มองเห็นว่ากระบวนการดูแลสุขภาพภาคประชาชนโดยกลุ่ม อสม. จะเป็นอิสระจากรัฐ แต่ก็ยังเห็นว่ารัฐจะต้องปรับกระบวนการสนับสนุนและกระบวนการทำงานกับ อสม. เพื่อไม่ให้เกิดอาสาศัมครแบบที่ เรียกว่า “อาสาศัมครของหน่วยราชการ” (สัมภาษณ์ น.พ.ขวัญชัย วิศิษฐานันท์ วันที่ 30 มิถุนายน 2549) อาสาศัมครแบบการจัดตั้งภาครัฐ โดยที่รัฐยังปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นแนวราบไม่ได้ อาสาศัมครแบบ อสม. จะต้องเผชิญกับโจทย์ที่กำลังจะกลายเป็นข้อต่อรองที่ทำให้ แนวคิดปรัชญา อสม. ที่กำเนิดขึ้นมาเพียงไปได้ โดยที่มีเหตุผลและความเป็นไปได้ก็คือ การเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์จะเพิ่มขึ้น

กลไกอาสาศัมครแบบแนวร่วมสร้างเสริมสุขภาพ

กระแสสร้างเสริมสุขภาพและปฏิรูประบบสุขภาพที่ขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งการสนับสนุนเชิงนโยบาย กลไกและงบประมาณ โดยกลไกและงบประมาณนอกภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขมีแผนงาน/โครงการ เกิดขึ้นจำนวนมาก การสร้างเสริมสุขภาพแนวการสร้างพันธมิตรและเชื่อมโยงกับองค์กรชุมชนและท้องถิ่น ไม่จำกัดภาครัฐ/เอกชน แต่ให้ความสำคัญกับแนวคิดและกระบวนการทำงานโดยกลุ่มคนทำงานที่มีพื้นฐาน ประสบการณ์การทำงานชุมชนมาก่อนแล้วนั้น จึงทำให้พบอาสาศัมครด้านสุขภาพในความหมายใหม่จำนวนมาก ไม่จำกัดความเป็นอาสาศัมครไว้เฉพาะบุคคลเดิม ๆ ที่มีอำนาจชี้นำชุมชน แต่เป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกลและมีแนวคิดการมองสุขภาพอย่างกว้าง สังคมไทยจึงมีอาสาศัมครสุขภาพเป็นแนวร่วมอยู่มากมาย

นับจากการเกิดขึ้นของกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม หรือกองทุนชุมชนหรือซีพี “กลไกอาสาศัมคร” ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายอาชีพในแต่ละจังหวัดทำหน้าที่กลั่นกรอง ประเมิน และพิจารณาโครงการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่โปร่งใสและมีประสิทธิผล โครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ ยังพบชาวบ้านที่เป็นอาสาศัมครอีกจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นเรียกว่ากลุ่มผู้ก่อการดีหรือประชาคมท้องถิ่น ก็ตาม

พลังอาสาศัมครที่เกิดขึ้นจากขบวนการซีพี โดยเฉพาะเมนู 5 ในช่วงนั้น มาจากอาสาศัมครตัวเล็ก ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นทั่วประเทศ ในหลากหลายสถานภาพ ทั้งข้าราชการ ผู้นำชุมชน สื่อมวลชน นักธุรกิจและอื่นๆ ซึ่งอย่างน้อยมีจิตใจที่เสียสละและเข้ามาร่วมกระบวนการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานไปด้วยกัน โดยมีเป้าหมายที่จิตพินทุ่ร่วมกัน ขบวนการชาวบ้านที่เกิดขึ้นขณะนั้นมีเครือข่ายองค์กรชุมชนที่ประกอบด้วยผู้นำและผู้ทำงานในระบบอาสาศัมครจำนวนมากว่า 20,000

คนทั่วประเทศ (สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม 2545) พลังอาสาสมัครในขบวนการชาวบ้านที่เกิดขึ้นหลังวิกฤตเศรษฐกิจได้สะท้อนศักยภาพของประชาชนอย่างน่าสนใจ รัฐจึงควรทบทวนบทบาทตนเองให้มากขึ้น

โดยแท้จริงแล้ว ขบวนการทางสังคมโดยกลไกอาสาสมัครทางสังคมที่เกิดขึ้นจากพื้นที่และเวทีต่าง ๆ มีที่มาจากความสำนึกถึงความต้องการแก้ปัญหาสังคมด้วยกันทั้งสิ้น อาสาสมัครที่เกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบกลุ่มและบุคคล จึงหมุนเวียนและเป็นพลังเชื่อมโยงกันอยู่เสมอ อาจกล่าวได้ว่าขบวนการอาสาสมัครทางสังคมที่เกิดขึ้นยังดำรงอยู่ในกระแสสังคม โดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนไปตามสถานการณ์สังคม และหน่วยองค์กรสังคมหรือกลไกที่จะสามารถเชื่อมโยงไปถึงพลังอาสาสมัครที่มีอยู่ได้

ต่อมอองค์กรอย่าง สสส. ที่ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยใช้กลไกอาสาสมัครเช่นกัน ผลการดำเนินงาน ปี 2548 ชุมชนเป้าหมายกว่า 2,000 แห่งทั่วประเทศ เกิดการขยายตัวเพิ่มขึ้นของคนที่มีใจอาสาให้กับส่วนร่วม เช่น ผู้นำชุมชน ทั้งผู้สูงอายุ ผู้นำทางและผู้นำธรรมชาติ ผู้นำสตรี เยาวชนและกลุ่มเด็ก ที่เป็นการตื่นตัวขึ้นมาเป็นแบบอย่างนำพาพี่น้องประชาชนคิดค้นและร่วมกันทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเข้มแข็ง นับเป็นกระแสความตื่นตัวที่โดดเด่นมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หน้า 149)

ในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมและกระบวนการทำงานชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนเป็นตัวตั้ง และอาศัยทุนสังคมที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่าย/องค์กรและกลุ่มผู้นำชุมชนที่มีอยู่ เมื่อความเคลื่อนไหวในท้องถิ่นสามารถเชื่อมต่อกับองค์กรสนับสนุนภายนอกที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะแนวคิดและความเคลื่อนไหวด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนเปิดพื้นที่และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ได้อย่างกว้างขวาง น.พ.บัญชา พงษ์พานิช (สัมภาษณ์ วันที่ 19 กรกฎาคม 2549) ผู้มีบทบาทเชื่อมโยงการทำงานระดับนโยบายและท้องถิ่นคนหนึ่งของภาคใต้ ยอมรับว่า องค์กร สสส. สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีต่าง ๆ ได้อย่างมาก และมีส่วนให้พื้นที่ระบบสุขภาพเปิดกว้างสำหรับการสร้างความสุขที่เป็นนิยามความหมายสุขภาพจากชุมชนต่าง ๆ ที่หลากหลาย

กรณี โครงการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ในชุดโครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคต่าง ๆ ได้นำไปสร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ในชุมชน จนทำให้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นสาธารณะที่ชุมชนมีส่วนรับผิดชอบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพร่วมกัน จัดหา/ระดมทรัพยากรและศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพท้องถิ่นตามความหมายและคุณค่าที่ชุมชนมีส่วนร่วม

กรณี โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ ดับบ้านดับเมือง เรียนรู้วิถีที่ปากใต้ จะเห็นเครือข่ายความร่วมมือที่มีอยู่แล้วจากกระบวนการพัฒนาอื่นๆ เข้ามาประสานการคิดค้นวางแผน ดำเนิน

กิจกรรมและประเมินผลด้วยกันถึง 12 เครือข่าย³ 150 ชุมชน ซึ่งการหนุนเสริมและกระบวนการทำงานเป็นแนวราบ คณะทำงานซึ่งเป็นพี่เลี้ยงทำหน้าที่หนุนเสริมศักยภาพเครือข่าย ตั้งแต่เชื่อมโยงประสานความสัมพันธ์กับภายนอก การจัดกระบวนการเรียนรู้ การสื่อสารสาธารณะ การจัดการองค์ความรู้ ขกระดับและขยายผล

จะเห็นว่ากระบวนการทำงานสร้างสุขภาวะชุมชนที่เริ่มจากทุนและศักยภาพของชุมชนเอง จะก่อให้เกิดการเชื่อมโยงกลุ่มคน/องค์กรชุมชนต่าง ๆ เข้ามาอย่างหลากหลาย โดยที่มีเครือข่าย อสม. เข้ามาร่วมพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาวะตามแนวคิดและทิศทางของชุมชนเองนั้น เป็นการปฏิบัติการระดับชุมชนที่ผนวกรวมมิติด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจชุมชนเข้ามา และนี่คือวิธีการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ที่จะกลายเป็นพลังท้องถิ่นที่ต่อรองกับกระแสภายนอกได้ต่อไป

ร่วมกันขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชนในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ไม่ว่ากระแสสังคมจะรุนแรงและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงมีทั้งทางบวกและลบ หน่วยต่าง ๆ ทางสังคมจะสามารถปรับตัวให้เท่าทันกับสถานการณ์ปัญหาได้มากน้อยเพียงใด ขณะเดียวกันที่ชุมชนมิใช่พื้นที่ที่มีแต่ความว่างเปล่า และไร้ศักยภาพการเรียนรู้และการปรับตัว ชุมชนมีวัฒนธรรม มีภูมิปัญญามีทุนสังคม ทรัพยากร เศรษฐกิจและรากเหง้าความเป็นมาในการต่อสู้ดิ้นรน ให้สามารถเชื่อมโยงกับสังคมภายนอกได้ ดังการค้นพบพลังท้องถิ่น จากบทสังเคราะห์งานวิจัยด้านชุมชน (ลีลาภรณ์ บัวสาย 2547) พบฐานที่สำคัญของพลังท้องถิ่น ประกอบด้วย 4 ฐานที่สำคัญคือ (1) ฐานทรัพยากร (2) เครือข่ายทางสังคม (3) ระบบความรู้ (4) วัฒนธรรมและความเชื่อ

เมื่อสังคมและรัฐมองชุมชนต่าง ๆ ในฐานะภาคีการพัฒนา และมีพลังหรือศักยภาพแฝงเร้นอยู่ โจทย์การทำงานกับชุมชนจะเปลี่ยนไป จะเห็นว่าภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจที่คนชั้นกลางประสบปัญหาความเครียดและการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากมาย จนเกิดภาวะทางด้านสุขภาพ แต่กลับพบว่าท้องถิ่นมีทุนเดิมอยู่และสามารถพลิกฟื้นฝ่าวิกฤตและความอยู่รอดได้อย่างน่าสนใจ แผนงาน/โครงการต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นล้วนมาจากประสบการณ์และความรู้ท้องถิ่น ขณะนี้สังคมตระหนักถึงศักยภาพและกลไก

³ ได้แก่ เครือข่ายชุมชนมุสลิม, เครือข่ายเกษตรกรรมชีวภาพ-ปลอดภัย, เครือข่าย อสม., เครือข่ายองค์กรการเงิน, เครือข่ายองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น, เครือข่ายองค์กรที่รัฐจัดตั้งไว้, เครือข่ายกลุ่มผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ, เครือข่ายการจัดการทรัพยากรฯ ในพื้นที่ตอนบน ตอนกลางและพื้นที่ตอนล่าง, เครือข่ายสมาพันธ์แพทย์แผนไทยภาคใต้, เครือข่ายเด็กและเยาวชน, กลุ่มชุมชนสร้างสรรค์ฯ และศูนย์ส่งเสริมพลเมืองเด็ก, เครือข่ายวิทยุชุมชนและเครือข่ายศิลปินพื้นบ้าน จากเอกสารรายงานการประเมินผล โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ ฉบับบ้านดับเมือง เรียนรู้อยู่ดีที่ปากใต้ จากแผนการพัฒนาชุมชนภาคใต้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะอย่างยั่งยืน รายงานปีที่ 2 มิถุนายน 2547 - พฤษภาคม 2548

ชุมชนที่ดำรงอยู่และพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า รัฐบาลการที่มีนโยบายปฏิรูประบบราชการยังปรับตัวได้ไม่เท่าทันกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น

ระบบงานสุขภาพชุมชนในฐานะของชุมชนมีภูมิปัญญาความรู้ มีวัฒนธรรมและกลไกสังคมรองรับอยู่มานานแล้ว กลไกผู้นำ ผู้รู้และเครือข่ายทางสังคมในชุมชนมีพัฒนาการอยู่ในท้องถิ่นมาตลอด ขณะที่รัฐและสังคมภายนอกไม่เห็นความสำคัญ มองเห็นแต่ความว่างเปล่าของชุมชน การพัฒนาสุขภาพในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีหลักการ แนวคิดสร้างการมีส่วนร่วมและใช้ทรัพยากรท้องถิ่นให้ชุมชนเกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ แต่หากค้นพบภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น อาหารพื้นบ้าน หมอพื้นบ้าน ป่าสมุนไพร ฯลฯ จะเห็นว่าด้านหนึ่งชุมชนพึ่งตนเองมาโดยตลอดอยู่แล้ว

หากจะกล่าวไปถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทภาครัฐ ให้พิจารณาจากแผนงาน/โครงการ และแนวนโยบายที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงเชิงแนวคิดและปฏิบัติการยังอยู่ในขั้นมูลฐาน แต่ตัวอักษรและคำพูดนั้นเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ตัวอย่างนโยบายที่บูรณาการความคิดเรื่องสุขภาพเข้ากับมิติสังคมอย่างน่าทึ่ง คือ ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างคามเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยวิเคราะห์จนเห็นว่าจุดคานงัดที่สำคัญของการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ คือ เน้นระดับตำบล แต่นี้ก็ไม่ใช่เรื่องใหม่ที่ภาครัฐและสังคมจะเริ่มมองเห็น แต่กระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาคประชาชนจะบอกว่ายุทธศาสตร์นี้คืออะไร

ขอเสนอให้เห็นว่า ท่ามกลางความใส่ใจและพุ่งความสนใจไปทำงานชุมชน โดยเฉพาะบทบาทนี้มุ่งวิเคราะห์เฉพาะงานสุขภาพชุมชนที่กำลังเปลี่ยนแปลง จึงน่าฉงนใจที่เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพและการทำงานกับชุมชนไปอย่างมาก พิจารณาจากกระแสการขับเคลื่อนงานในรูปแบบเชื่อมโยงภาคีทุกภาคส่วน และสร้างการมีส่วนร่วม อาจกล่าวได้ว่า มีการเปิดพื้นที่ทางความคิดให้เป็นวาระสุขภาพจากภาคประชาชน อาจเห็นจากสื่อต่าง ๆ ในเวทีสมัชชาสุขภาพและมหกรรมงานสร้างสุขก็ได้ มีการใช้ทุนสังคมของแต่ละพื้นที่ชุมชนกันมาก

หากมองจากยุทธศาสตร์ที่เป็นนโยบายรัฐบาล ที่มีใช้รัฐภาคสาธารณสุขเท่านั้น การสร้าง “หมู่บ้านแข็งแรง” “ตำบลแข็งแรง” หรือ “เมืองไทยแข็งแรง” ล้วนสร้างจากฐานชุมชนที่มีทุนด้านต่างๆ อยู่ ไม่ว่าจะเป็นทุนคนและเครือข่าย ทุกด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทุนภูมิปัญญา และวัฒนธรรมของท้องถิ่น รวมทั้งทุนเงิน-งบประมาณ ทั้งของภาครัฐและของชุมชนในพื้นที่ เป็นลักษณะการใช้ประโยชน์จากศักยภาพชุมชนที่มีอยู่และขยายตัวเพิ่มขึ้น

จากบทความนี้เพียงเน้นให้เห็นกลไกชุมชนที่ถูกพัฒนาและนำมาใช้ประโยชน์เสริมต่อกับนโยบายภาครัฐ การกล่าวถึงทุนด้านคนและเครือข่าย ได้แก่ กลุ่ม อสม., กลุ่มอาสาสมัครแรงงาน, กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่มเครือข่ายเยาวชน, ชมรมผู้สูงอายุ, ชมรมอนุรักษ์ ฯลฯ โดยการมองหาทุนที่มีอยู่

เหล่านี้มาต่อ ยอดเสริมการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบาย⁴ แต่จะเกิดการปรับประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ ต่อแผนงาน/นโยบายกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างไร ขึ้นกับกระบวนการทำงานที่จะเกิดขึ้น โดยที่ บทความนี้ไม่ได้มุ่งวิพากษ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง แต่ต้องการวิเคราะห์ให้เห็นการใช้ประโยชน์ จากทุนและศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนเท่านั้น

กล่าวโดยสรุปสุดท้ายคือว่า ในชุมชนท้องถิ่นที่มีความหลากหลายล้วนมีศักยภาพและทุนเดิม อยู่แล้ว แม้ว่าภาครัฐจะลงไปให้และจัดตั้งอะไรให้เกิดขึ้นก็ตาม กรณีกลไกบุคคลที่เรียกว่า “อาสาสมัคร” อาจเป็นคำเรียกที่เกิดขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน แต่โดยหลักการทำงานด้วยจิตใจอาสาสมัครให้กับคน อื่น ๆ ในชุมชนนั้น มีมาตลอดยุคสมัย องค์กรหรือเครือข่ายชุมชนต่าง ๆ จนถึงยุคภาคประชาสังคม สิ่ง ที่เกิดขึ้นทำให้สังคมไทยประจักษ์แล้วว่า บุคคลและองค์กรแบบอาสาสมัครมีเกิดขึ้นและเป็นกลไกทาง สังคมที่มีทุนน้ำใจหล่อเลี้ยง ในด้านสุขภาพ สังคมไทยมีทุนเดิมอยู่มากมายเหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นภูมิ ปัญญาดั้งเดิมและใหม่ หมอพื้นบ้าน อาสาสมัครช่วยเหลือเยียวยาสุขภาพต่าง ๆ และนั่นก็นำมาสู่ ประเด็นที่เป็นคำถามกับงานสุขภาพชุมชนด้วย ที่มี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และจะต้องปรับตัว ให้เท่าทันกับสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

⁴ เอกสารสรุปผลการดำเนินงานของศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (สอม.) (กันยายน – มิถุนายน 2549)

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2548). รายงานประจำปี 2548. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2547). จดหมายข่าวสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2547. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- นภการณ์ หะวานนท์และคณะ. (2548). ทฤษฎีฐานราก ในเรื่องความเข้มแข็งของชุมชน. โครงการปริญญาเอกพัฒนาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- บัณฑุร อ่อนคำ และคณะ. (2545). โครงการวิจัยและปฏิบัติการทางสังคม เรื่อง บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. ทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- บำเพ็ญ เขียวหวาน และคณะ. (2548). โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุขที่ภาคใต้ระดับบ้านดับเมือง เรียนรู้อยู่ที่ปากใต้. รายงานการประเมินผล ปีที่ 2. (เอกสารโรเนียว).
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคณะ. (2544). การประเมินสองทศวรรษของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2547). องค์กรพัฒนาเอกชน : พลังที่สามกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. แผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. ทุนสนับสนุนจากมูลนิธิรีโอกี้เฟลเลอร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รุจิณาด อรรถสิทธิ์ และคณะ. (2548). คู่มือสร้างสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.
- รุจิณาด อรรถสิทธิ์. (2545). "การพัฒนาสุขภาพภาคประชาสังคม : การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน". ใน 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และสุรพล มุละดา. (2544). จากระากหญ้าถึงขอบฟ้า : อดีต ปัจจุบัน และอนาคตขององค์กรพัฒนาเอกชนไทย. กรุงเทพฯ : คบไฟ.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2543). การประเมินผลกระทบในเชิงคุณภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมต่อผลกระทบทางสังคมของวิกฤตเศรษฐกิจในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนา วันที่ 5 กรกฎาคม 2543 กรุงเทพฯ.

สายศิริ ด้านวัฒนธรรม, ผู้เรียบเรียง. (2548). ๔ ปี สังคมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗. นนทบุรี : สมใจการพิมพ์.

สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม. (2545). ชุมชนดูแลกันเองอย่างยั่งยืนได้อย่างไร?. โครงการจัดสวัสดิการเร่งด่วนเพื่อผู้ยากลำบากในภาวะวิกฤติ (โครงการเมนู 5).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (มปป.). แผนหลัก (master plan) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2549-2551.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2543). การศึกษาพลังชุมชนและประชาคมด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2543). สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สีลาภรณ์ บัวสาย. (2547). พลังท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุวัฒน์ คงแป้น. (บก.). (2549). ชุมชนคนไท. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (องค์การมหาชน).

เสรี พงศ์พิศ และยงยุทธ ตรินุชร. (2545). โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน. ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อมรา พงศาพิชญ์ และคณะทำงานวาระทางสังคม. (2544). กระบวนทัศน์ใหม่ด้านการพัฒนาสังคม. ใน 2540 จุดเปลี่ยนประเทศไทย, กนกศักดิ์ แก้วเทพ และนวนลน้อย ตรีรัตน์ บก. กรุงเทพฯ : พี.เพรส จำกัด.

อาภรณ์ จันทน์สมวงศ์, บก. (2544). พลวัตชุมชนไทยในสมัยโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). บันทึกเสี้ยวหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.

ขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์

สถานการณ์สุขภาพชุมชน

1. น.ส.นุจรี แสงแถลง ผู้ประสานงานโครงการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
สัมภาษณ์วันที่ 21 มิถุนายน 2549
2. น.ส.รุจิรา อรรถสิทธิ์ กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สัมภาษณ์วันที่ 14 มิถุนายน 2549
3. น.ส.เสาวนีย์ กุลสมบุรณ์ กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สัมภาษณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2549
4. น.พ. บัญชา พงษ์พานิช สวมนาคร – บวรรัตน์
สัมภาษณ์วันที่ 19 กรกฎาคม 2549
5. นางกรรณิการ์ บันเทิงจิตต์ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
6. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สนทนากลุ่ม วันที่ 11 กรกฎาคม 2549

2

กลไกสนับสนุนกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข

โดย วิจิต เปาฬิล

รจยา ชัชวาลยางกูร

ชาติชาย สุวรรณนิตย์

และ ปารณัฐ สุขสุทธิ

วิจิต เปานิล*

รุจยา ชวัลยางกูร**

ชาติชาย สุวรรณนิตย***

ปารณัฐ สุขสุทธิ***

บทนำ

รูปธรรมของการดึงประชาชนให้เข้ามาเป็นอาสาสมัครเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชนของตนเองเริ่มต้นในสังคมไทยมาแล้วกว่า 4 ทศวรรษ ในปี พ.ศ. 2505 ได้มีการอบรมประชาชนให้เป็นอาสาสมัครมาลาเรียเพื่อช่วยป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียร่วมกับทางราชการ และในปี พ.ศ. 2516-2519 ได้มีโครงการอบรมหมอตำแยให้เข้ามาช่วยเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูลและชักชวนชาวบ้านให้เข้ารับบริการวางแผนครอบครัว (วนิดา วิระกุล, 2545, Roger EM and Solomon DS, 1975) การฝึกอบรมชาวบ้านให้เป็นอาสาสมัครทำงานด้านสุขภาพเรื่องต่าง ๆ ในยุคแรกนั้นส่วนใหญ่ดำเนินการเป็นโครงการในพื้นที่ที่จำกัดไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ เช่น โครงการวัดโบสถ์ในปี พ.ศ. 2507 โครงการสารภี ในปี พ.ศ. 2509 โครงการโนนไทย ในปี พ.ศ. 2512 หรือโครงการลำปางในปี พ.ศ. 2517 เป็นต้น (วนิดา วิระกุล, 2545)

การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่ทำให้เกิดแนวคิดและรูปธรรมในการพัฒนาชาวบ้านให้เป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขมาร่วมทำงานกับภาครัฐอย่างครอบคลุมและเป็นระบบทั่วทั้งประเทศเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2521 เมื่อองค์การอนามัยโลกประกาศหลักการ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ให้เป็นแนวทางสำคัญเพื่อนำสู่เป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2543” ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกได้รับแนวคิดนี้มาแปลงเป็นกลยุทธ์เพื่อดำเนินงานอย่างจริงจัง และหนึ่งในผลผลิตของกิจกรรมดังกล่าวคือการจัดอบรมชาวบ้านให้ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นมาเป็นกลไกทำงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ในท่ามกลางความสำเร็จจากการทำงานของอาสาสมัครเหล่านี้ ก็มีปัญหามากมายที่ต้องแก้ไขพัฒนาขึ้นมาตามลำดับ จนถึงปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมเพิ่มเติมให้กับ ผสส.

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ด็อกเตอร์; ภาควิชาเภสัชพิษวิทยา ศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักวิชาการสาธารณสุข 7 ; กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

*** เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่มีอยู่เพื่อยกระดับให้เป็น อสม. ทั้งหมด ปัจจุบันมี อสม. อยู่ทั่วประเทศมากกว่า 794,000 คน (ฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ออนไลน์ 11 มิ.ย. 2549: <http://203.157.7.19/phc/phc/index.php>)

แม้ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า อสม. ได้รับการยอมรับว่าเป็นอาสาสมัครจากภาคประชาชนที่ทำงานร่วมกับภาคราชการได้อย่างแข็งแกร่งและสอดคล้องกันจนทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานไทยได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและนานาชาติในหลายโอกาส ล่าสุดในที่ประชุมรัฐมนตรีเอเปกว่าด้วยการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549 ณ ประเทศเวียดนาม ก็ได้ระบุถึงความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกในประเทศไทยว่าเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างมากของ อสม. ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังในระดับหมู่บ้าน (ไทยรัฐปีที่ 57 ฉบับที่ 17661, 30 พฤษภาคม 2549)

จากสภาพความเป็นจริงในการทำงาน ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบดีว่ากลไกการทำงานของ อสม. ยังคงมีปัญหาอีกมากที่ยังรอการแก้ไข ทั้งในส่วนที่เกิดจากระบบและกลไกการทำงานที่มีตั้งแต่การเฟ้นหาตัวผู้จะมาทำหน้าที่เป็น อสม. การจัดอบรม อสม. ใหม่และอบรมฟื้นฟูความรู้ การจัดระบบสนับสนุนสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน และระบบประสานงานเพื่อทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทางสาธารณสุขกับ อสม. และส่วนที่เกิดจากตัว อสม. เอง ซึ่งแยกไม่ออกจากสภาพของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้หากอาสาสมัครเข้ามาทำงานลักษณะนี้ได้ยากขึ้น ส่วนผู้ที่มีจิตใจอาสาและพร้อมทำงานก็มักได้รับมอบหมายให้ทำงานจนเกินตัว ระบายเวลาทำงานประจำของตน ระบบเศรษฐกิจใหม่ได้ดึงคนเข้าไปเป็นแรงงานในระบบในเมืองมากขึ้นจนทำให้ไม่มีคนรุ่นใหม่มาช่วยทำงานอาสาเหล่านี้ ดังนั้นการจะพัฒนาให้ อสม. ยังคงบทบาทในการเป็นแกนนำสุขภาพในภาคประชาชนท่ามกลางสังคมที่เปลี่ยนแปลงนี้ จึงเป็นโจทย์ที่ท้าทายกับผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนที่ต้องเร่งหาคำตอบก่อนที่จะถึงของ อสม. จะเสื่อมถอยจนยากที่จะฟื้นฟูขึ้นมาอีกครั้ง

บทความชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการทบทวนและประเมินสถานการณ์การทำงานของ อสม. โดยจะมุ่งเน้นเฉพาะด้านการจัดกลไกสนับสนุนการทำงานของ อสม. เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัญหาและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากกลไกสนับสนุนที่มีอยู่ โดยการทบทวนข้อมูลจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกับ อสม. และตัว อสม. เอง ทั้งนี้เพื่อนำเสนอกลไกการสนับสนุน และแนวทางการทำงานร่วมกับ อสม. ในอนาคต

การนำเสนอแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก โดยส่วนแรก เป็นการทบทวนให้เห็นระบบและกลไกการคัดเลือกและอบรม อสม. ใหม่ การทำงาน และการสนับสนุนด้านต่าง ๆ กับ อสม. ตั้งแต่ในส่วนกลาง ลงไปถึงการทำงานในชุมชน ส่วนที่สอง จะแสดงถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากโครงสร้างและ

การสนับสนุนการทำงานของ อสม. และวิธีการแก้ไขที่ผ่านมา ส่วนสุดท้ายเป็นการเสนอทวิเคราะห์ โครงสร้างที่กำหนดการจัดระบบกลไกการทำงาน และเป็นพื้นฐานของปัญหาที่พบ พร้อมทั้งนำเสนอ กลไก และแนวทางการทำงานกับ อสม. ที่เหมาะสมกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป

ส่วนที่ 1 โครงสร้าง กลไกการทำงาน และการสนับสนุนการทำงานของ อสม.

หลังมีคำประกาศแห่ง อัลมา อตา (The Declaration of Alma Ata) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2521 ว่ากลวิธีหลักที่สามารถนำไปสู่เป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” คือ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ประเทศไทยโดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2522 อนุมัติในหลักการให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายแห่งชาติ จัดให้มีแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการ จัดระบบโครงสร้าง และกลไกการทำงานของวงการสาธารณสุขไทยที่ทำให้เกิดอาสาสมัครสาธารณสุข ขึ้นอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกพื้นที่ในสังคม และพัฒนาสืบเนื่องมาจนปัจจุบัน

พัฒนาการของโครงสร้าง และกลไกการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

การประกาศให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายแห่งชาติได้ทำให้เรื่องนี้เป็นหนึ่งในกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพคนไทยในช่วงนั้น มีการกำหนดนโยบาย แผนการดำเนินงาน จัดโครงสร้าง การทำงาน ตลอดจนแนวทางการสนับสนุนการทำงานและการติดตามประเมินผลขึ้นมาอย่างเป็นระบบ หน่วยงานหลักๆ ที่กำหนดโครงสร้างของภาคราชการ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ และสำนักงานข้าราชการพลเรือน ได้เข้ามามีบทบาทกำหนด โครงสร้างเพื่อรองรับการทำงานตามนโยบายแห่งชาตินี้ มีการตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมารับผิดชอบ เรื่องนี้โดยเฉพาะ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารและประสานงานการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น เข้ามาเป็น คณะกรรมการ และตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นเป็นสำนักงานเลขานุการของ คณะกรรมการชุดนี้

ภายใต้หลักการข้อแรกในหลัก 4 ประการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน นั่นคือ การสร้าง การมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงาน คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินการอบรมอาสาสมัครเพื่อร่วมพัฒนางานสาธารณสุข มูลฐานขึ้นโดยเฉพาะใช้ชื่อว่าผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) โดยกำหนดบทบาทให้เป็นผู้การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของ เพื่อนบ้าน (Change Agent) ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร แนะนำความรู้ ช่วยปฐมพยาบาล และ

รักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ได้สร้าง องค์การอาสาสมัครสาธารณสุข และจัดระบบสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ครอบคลุม 24,000 หมู่บ้าน ใน พื้นที่ 68 จังหวัด หรือประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนหมู่บ้านในชนบททั้งหมด (รุจินาด อรรถสิทธิ์ และ คณะ, 2543; วนิดา วิระกุล, 2545)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับต่อ ๆ มา ยังคงมีการอบรมและพัฒนา ผสส. และ อสม. ให้เป็นจุดรวมของการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งเป้าหมายให้มี ผสส. และ อสม. ในทุกหมู่บ้านในเขตชนบทและบางส่วนของเขตเมือง โดยเฉพาะในย่านชุมชนแออัด มีการ ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ ข้อมูลข่าวสารและทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ให้กับ ผสส. และ อสม. เป็นระยะ ปี พ.ศ. 2535 ได้ริเริ่มจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นสถานที่ปฏิบัติงานและให้บริการสาธารณสุขโดย อสม. ได้พยายามขยายให้ครอบคลุมในทุก หมู่บ้าน และในปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ไปอีก ขั้นหนึ่งโดยจัดอบรมยกระดับ ผสส. ที่มีอยู่ทั้งหมดให้เป็น อสม.

เมื่อเวลาผ่านไปกระแสการพัฒนาสุขภาพตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานเริ่มถูกพูดถึงน้อยลง ขณะเดียวกันแนวคิดใหม่ๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพได้ถูกนำเสนอออกมาอย่างต่อเนื่อง ในหมู่บ้าน เองก็ได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาทำงานด้วยมากขึ้น แม้สำนักงาน คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานจะยังคงทำหน้าที่เป็นกลไกหลักสนับสนุนการทำงานของ อสม. อยู่อย่างเข้มแข็ง แต่ก็ถูกลดความสำคัญลงเป็นลำดับทั้งด้านกำลังคน สัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับ รวมทั้งการให้ความร่วมมือประสานงานกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ครั้นเมื่อมีการปรับโครงสร้าง หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2544 ส่งผลให้สำนักงาน คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน จากเดิมที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการ โอนย้ายไปสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ตั้งขึ้นใหม่ และปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2545) งบประมาณที่สนับสนุนการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้โอนย้ายไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ดูแล อย่างไรก็ตามปัจจุบันกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนยังคงถือเป็นหน่วยงานหลักของ กระทรวงสาธารณสุข ที่ประสานงานและสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ

ปัจจุบันการทำงานของ อสม. ในชุมชนนอกเหนือจากจะได้รับการประสานงานดูแลจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน ที่รับแนวคิดและนโยบายการ ทำงานมาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด ที่รับถ่ายทอดมาจากส่วนกลางอีกต่อหนึ่ง แล้ว ยังได้รับการประสานงานดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล หรือ อบจ.) อีกด้วย โดยเฉพาะในด้านงบประมาณสนับสนุนการทำงาน อย่างไรก็ตามกิจกรรมหลักที่ อสม. ได้รับ

มอบหมายให้ช่วยเหลือยังคงเป็นเรื่องสุขภาพ เช่น เป็นผู้แจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่เพื่อนบ้าน ได้รับทราบ เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ และชักชวนให้เพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขต่างๆ ให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่เพื่อนบ้าน ฝึกระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งเป็นแกนนำในการดำเนินงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ช่วงนี้จึงเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของระบบโครงสร้างและการประสานงานที่สำคัญอีกช่วงหนึ่ง หลายพื้นที่อาจมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างชาวบ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้การประสานงานยังไม่ราบรื่นบ้าง ทำให้ชาวบ้านและ อสม. เกิดความสับสน ซึ่งจะต้องพัฒนาโครงสร้างและระบบการประสานความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องต่อไป

กลไกการคัดเลือก อสม. ใหม่ และการทำงานของ อสม.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนดกลไกการได้มาของ อสม. ในแต่ละพื้นที่โดยใช้วิธีการสังคมมิติ ให้ได้ตัวแทนที่ชาวบ้านไว้วางใจให้มาทำหน้าที่ และตัวผู้ได้รับการคัดเลือกก็ยอมรับที่จะทำหน้าที่นี้ด้วยความเต็มใจ โดยตั้งเป้าหมายให้มี อสม. 1 คนต่อการดูแลบ้าน 8-15 หลังคาเรือน ทั้งนี้ ขึ้นกับลักษณะชุมชน ผู้ที่จะเป็น อสม. ได้ต้องมีคุณสมบัติพื้นฐาน คือ มีภูมิลำเนาในหมู่บ้านนั้น มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้ ต้องสมัครใจที่จะช่วยเหลืองาน มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข และต้องได้รับการรับรองจากกรรมการหมู่บ้านว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชนในพื้นที่

แนวทางการคัดเลือก อสม. ที่กำหนดไว้เบื้องต้นโดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. และผู้นำอื่นๆ ในหมู่บ้านเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแนวทางการคัดเลือก โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา แล้วแบ่งละแวกบ้านเป็นคุ้ม คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน ชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีคุณสมบัติสมัครเข้าเป็น อสม. และให้สิทธิชาวบ้านหลังคาเรือนละ 1 คน เสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน จากนั้นจึงให้คณะดำเนินการสรรหาของแต่ละชุมชนดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้มบ้านนั้นๆ แนวทางคัดเลือก อสม. นี้ปรับเปลี่ยนได้หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านเห็นชอบ แต่จะต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส หลังจากผู้ที่ได้รับเลือกให้เป็น อสม. ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตร ทั้งความรู้พื้นฐานและความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะออกบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ตามหลักเกณฑ์ปกติแล้วการทำหน้าที่ของ อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินการร่วมกับการพิจารณาความเห็นจากประชาชนและ

องค์กรหมู่บ้าน โดยทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง หากมีความจำเป็นต้องใช้การประชุมปรึกษาหารือกับ อสม. ที่มี และคณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนการฟื้นฟูสภาพที่นอกเหนือจากการฟื้นฟูสภาพตามวาระการตาย หรือลาออกแล้ว ยังฟื้นฟูสภาพได้จากเงื่อนไขที่ไม่ได้อยู่อาศัยในหมู่บ้านเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 6 เดือน หรือ มีการลงมติโดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายทำความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามหลักการของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานส่งต่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านในชุมชน เช่น แจ้งข่าวการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ แจ้งข่าวกิจกรรมสาธารณสุขต่างๆ รวมถึงนัดหมายเพื่อนบ้านให้มารับบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีหน้าที่นำข่าวสารสาธารณสุขจากในชุมชนไปแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งสามารถดำเนินการให้ครอบคลุมทั้ง 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน¹ อสม. ยังต้องมีหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อ ผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเมื่อคุณกำเริบในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายยูก่อนตามนัด รวมไปถึงการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลขั้นต้น ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

กลไกสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

การสนับสนุนการทำงานของ อสม. สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ใหญ่ ๆ คือ 1) การสนับสนุนงบประมาณ 2) การสนับสนุนด้านวิชาการ 3) การเชิดชูเกียรติและให้กำลังใจในการทำงาน และ 4) การรวมกลุ่มสร้างเครือข่ายการทำงาน

¹ กิจกรรมการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มี 14 งาน คือ 1) การจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน 2) งานโภชนาการ 3) งานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว 4) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 5) งานควบคุมโรคประจำถิ่น 6) งานจัดหาน้ำสะอาดและกำจัดสิ่งปฏิกูล 7) งานจัดหายาที่จำเป็น 8) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น 9) งานทันตสาธารณสุข 10) งานสุขภาพจิตชุมชน 11) งานป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ 12) งานคุ้มครองผู้บริโภค 13) งานป้องกันเอดส์ 14) งานเฝ้าระวังและรักษาผลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย

1. การสนับสนุนงบประมาณ

การทำงานของ อสม. เมื่อแรกเริ่มได้รับการสนับสนุนงบประมาณพร้อมทั้งเป้าหมายการทำงานจากโครงการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นลำดับนับตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข (แผนฯ) ฉบับที่ 4 ซึ่งมีเป้าหมายร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนโดยภาพรวม ประมาณ 85 ล้านบาท แผนฯ ฉบับที่ 5 ได้รับเพิ่มขึ้นเป็น 217 ล้านบาท โดยมีเป้าหมายที่การมี อสม. ครอบคลุมทั่วประเทศ แผนฯ ฉบับที่ 6 เฉพาะในช่วงปี 2530-2533 ได้รับงบประมาณ 250 ล้านบาท งบประมาณที่ใช้ในช่วง 15 ปีแรกนี้ แทบทั้งหมดใช้สำหรับการจัดกิจกรรมฝึกอบรม ผสส./อสม. อบรมและพัฒนาครูฝึก ใช้สนับสนุนและนิเทศงาน การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และเพื่อการวิจัยพัฒนารูปแบบและระบบการทำงาน สำหรับแผนฯ ฉบับที่ 7 ได้สนับสนุนเพื่อพัฒนาและขยายบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถบริการ จัดการและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองให้ถึงระดับครอบครัว โดยมีกิจกรรมอบรมยกระดับ ผสส. เป็น อสม. ทั่วประเทศในปี 2537 และสนับสนุนการจัดตั้งและดำเนินการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงานของ อสม. เฉพาะงบประมาณที่บรรจุไว้สำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบท ปี 2538 มีจำนวนประมาณ 122 ล้านบาท และปี 2539 จำนวน 321 ล้านบาท เพื่อใช้สำหรับกิจกรรมการอบรม อสม.ใหม่/ อบรมยกระดับจาก ผสส. เป็น อสม. อบรม อสม. ต่อเนื่อง ใช้สนับสนุนการศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน และสนับสนุน อสม. ดีเด่น เป็นต้น

สำหรับแผนฯ ฉบับที่ 8 ที่เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา งบประมาณที่ได้รับในช่วงนี้เพิ่มขึ้นพร้อมทั้งเป้าหมายการทำงานใหม่ที่กว้างขึ้น โดยมีกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การส่งเสริมบทบาทและพัฒนาศักยภาพของ อสม. ของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และขององค์กรชุมชนในการถ่ายทอดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพสู่ครอบครัว ได้ส่งเสริมให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เฉพาะปี 2540 งานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทได้รับงบประมาณมากกว่า 416 ล้านบาท ใช้สำหรับอบรม อสม. ต่อเนื่อง ใช้สนับสนุนการจัดบริการใน ศสมช. จำนวน 65,171 แห่ง แห่งละ 1,000 บาท ที่เหลือใช้สนับสนุนครุภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ และใช้ศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน

นับแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา แต่ละหมู่บ้านได้รับงบประมาณจากแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อใช้เป็นเงินอุดหนุนกิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 7,570 บาท ทั้งหมด 67,000 หมู่บ้าน โดยหวังไว้ว่าเงินก้อนนี้จะช่วยพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ให้นำมาพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้อสม. และกลุ่มผู้นำชุมชนได้ทดลองปฏิบัติงานและเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน นอกจากนี้ยังมี

งบประมาณไว้สำหรับการอบรมฟื้นฟู การศึกษาดูงานของ อสม. และงบประมาณสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การแพทย์ สำหรับ ศสมช. อีกประมาณ 16 ล้านบาท

ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) แม้ว่าในส่วนหลักการยังคงมุ่งเป้าไว้ที่การพัฒนาคน และสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพ แต่ผลจากการปรับโครงสร้างการทำงานของ กระทรวงสาธารณสุข ทำให้สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรภาคเอกชน และประชาชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ผลจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการทำงาน สาธารณสุขมูลฐานร่วมไปด้วย เน้นการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นมากขึ้น โดยโอนงบประมาณสำหรับ สนับสนุนการทำงานของ อสม. หมู่บ้านละ 7,500 บาท ไปไว้ที่ อบต. (และในปี พ.ศ. 2548 ได้ปรับ เพิ่มขึ้นเป็นหมู่บ้านละ 10,000 บาท) ที่เคยสนับสนุนผ่านจากสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไปยังชุมชน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมาได้โอนย้ายไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการ ผ่านทางกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุขจึง ไม่ได้มีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณนี้โดยตรงอีกต่อไป หน่วยงานที่ทำงานด้านนี้จึงได้รับความสำคัญ น้อยลงไปด้วย โดยในปี 2549 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้รับงบประมาณทั้งสิ้นเพียง 54,642,400 บาท และนั่นหมายถึงเป้าหมายการทำงานที่แฝงผ่านการใช้งบประมาณส่วนนี้ก็ยุติลงด้วยเช่นกัน จนทำให้ดูเหมือนว่ากระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทต่อการทำงานของ อสม. ลดลง และทำให้บทบาท อสม. ในการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนลดลงไปด้วยเช่นกัน

ผลที่เกิดขึ้นอย่างน่าสนใจจากกระบวนการทำงานของ อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านมา เป็นความผูกพันสนิทสนม นอกจากการได้รับการอบรมให้ความรู้เบื้องต้นในการทำงาน การทำงานจัดกิจกรรมต่างๆ ด้วยกัน การได้รับนิเทศและตรวจเยี่ยมร่วมกันแล้ว การได้รับงบประมาณสนับสนุนการทำงานรวมทั้งเป้าหมาย ทิศทางการทำงานที่เป็นนโยบายมาจากกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน มีส่วนสำคัญต่อการทำให้ อสม. ได้ทำงานควบคู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างกลมกลืน แต่เมื่อมีการปรับโครงสร้างราชการและระบบการสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขให้ไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลให้ อสม. จำเป็นต้องทำงานด้วยตัวเองมากขึ้น โครงสร้างการทำงานจากส่วนกลางไม่สามารถทำงานโดยตรงกับจังหวัดและพื้นที่อีกต่อไป

2. การสนับสนุนด้านวิชาการ

กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนข้อมูลวิชาการให้กับ อสม. ในหลายรูปแบบ เริ่มตั้งแต่การ จัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่ เพื่อปรับเจตคติในการทำงาน ให้มีความรู้

ความสามารถ และสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้ โดยหลักการอบรมนอกจากความรู้พื้นฐานแล้วยังสามารถปรับได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่โดยมีทั้งความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการของสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งต้องมีการประเมินผลว่าสามารถพัฒนา อสม. ใหม่ให้มีความรู้ความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

เนื้อหาหลักสูตรกลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ของ อสม. สิทธิของ อสม. การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน การค้นหาวิเคราะห์ และแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสาธารณสุข การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงาน และการใช้เครื่องมือต่างๆ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น ส่วนกลุ่มความรู้เฉพาะเป็นความรู้เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ความรู้ด้านนโยบายในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ในการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งแต่ละจังหวัดและพื้นที่สามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม

นอกเหนือจากการจัดอบรมเมื่อแรกเข้าแล้ว ยังมีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมฟื้นฟูและเสริมความรู้ให้กับ อสม. เป็นระยะตามความเหมาะสมที่สอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น มีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง จัดให้มีการศึกษาดูงานการทำงาน ของ อสม. ที่ได้รับรางวัล หรือชุมชนที่ประสบผลสำเร็จในการทำงานด้านต่าง ๆ ตามความสนใจของ อสม. อีกด้วย รวมทั้งมีการจัดอบรมพิเศษเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้กับผู้นำ อสม. เช่น การจัดทำหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ หลักสูตรนักบริหารชุมชน และหลักสูตรการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อแก่ผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ (ประธานชมรมฯ) ให้มีความพร้อมที่จะดำเนินการสร้างและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน สามารถเป็นผู้นำการพัฒนาและจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน และเป็นวิทยากรด้านสุขภาพให้เครือข่าย อสม. และเครือข่ายอื่นได้ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในนโยบายเร่งด่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทำให้การดำเนินงานเรื่องเร่งด่วนเหล่านั้นเป็นไปอย่างรวดเร็ว เช่น ประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก เป็นต้น มีการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพให้กับประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด เพื่อให้ชมรม อสม. จังหวัด มีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะเป็นจุดประสานงาน เป็นที่ปรึกษาให้แก่ชมรม อสม. ระดับอำเภอ และตำบลได้ เป็นต้น นอกเหนือจากการ อบรมให้กับ อสม. โดยตรงแล้วยังมีการอบรมให้กับผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกด้วย

3. การเชิดชูเกียรติและให้กำลังใจในการทำงาน

จากการที่ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านเข้ามาทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือทางราชการโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน จึงถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีจิตใจอาสาและเสียสละ กำนัลใจและสิ่งเชิดชูเกียรติจึงเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการดำรงบทบาทของ อสม. กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนเข้าใจความจริงข้อนี้ จึงได้พยายามคิดพัฒนารูปแบบวิธีการเชิดชูเกียรติและให้กำลังใจการทำงาน โดยมีการคิดดำเนินการปรับปรุงในส่วนนี้มาโดยตลอด นับตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมาเรื่องนี้ได้รับความสนใจมากขึ้น จนปัจจุบัน ปี 2549 อสม. ได้รับสวัสดิการ รางวัล และสิทธิพิเศษ ดังนี้

1. บัตรประจำตัว อสม. กระทรวงสาธารณสุขจัดทำและมอบให้กับ อสม. ทุกคน ในส่วนของบัตรได้มีการปรับปรุงรูปแบบให้ดูดีขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบันใช้บัตรประจำตัวรุ่นใหม่มีอายุ 2 ปี เป็นบัตรที่มีหลักฐานข้อมูล อสม. อาทิ ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หมู่โลหิต และข้อมูล อสม. ดีเด่น โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำและออกบัตร และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนามในบัตร

2. ให้ส่วนลดค่าโดยสารรถไฟ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา โดยการรถไฟแห่งประเทศไทย ได้ให้ส่วนลดค่าโดยสารค่ารถไฟชั้น 3 ตลอดทุกสาย แก่ อสม. ทั่วประเทศ 20 % ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน ของทุกปี แต่ไม่รวมค่าธรรมเนียมต่างๆ

3. สิทธิพิเศษในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรณีการรักษาพยาบาล อสม. ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท โดยไม่ต้องเสีย 30 บาท และให้ส่วนลดค่าห้องพิเศษรวมค่าอาหาร แก่ อสม. และครอบครัวร้อยละ 50 หากมีสิทธิเบิกได้ ให้ใช้ตามสิทธิก่อนแล้วจึงลดราคาจากส่วนเกินได้ร้อยละ 50

4. การขอพระราชทานเครื่องราชย์อิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ ชั้นเหรียญเงิน โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้พิจารณาส่งรายชื่อพร้อมผลงาน อสม. ดีเด่นระดับชาติเสนอขอพระราชทานเครื่องราชย์อิสริยาภรณ์ฯ ชั้นเหรียญเงิน (ร.ง.ภ.) ประเภทผลงานของบุคคลผู้เสียสละทำคุณประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ เป็นประจำทุกปี

5. มอบรางวัลดีเด่นให้แก่ อสม. ดีเด่นระดับต่างๆ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้จัดทำแนวทางการคัดเลือกให้จังหวัดต่างๆ ใช้เป็นแนวทางดำเนินการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด (รวมทั้ง อสม. ในเขตกรุงเทพมหานคร และ อสม. ของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตฯ) และดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขต/ภาค ส่วน อสม. ดีเด่นระดับชาติ ส่วนกลางจะดำเนินการคัดเลือกโดยมีคณะกรรมการคัดเลือกฯ ระดับชาติ ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากกรม/กองต่างๆ ใน

กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งดำเนินการจัดทำของรางวัลเพื่อมอบให้ในวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ (วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี)

6. ทูสนับสนุนการศึกษาแก่นุตร/ธิดาของ อสม. ตามโครงการส่งเสริมสนับสนุนทุนการศึกษาแก่นุตรธิดาผู้ทำคุณประโยชน์แก่สังคมและราชการ (ไม่ได้ให้เฉพาะบุตรธิดาของ อสม. เท่านั้น) โดยได้รับการสนับสนุนทุนจากกองสลากฯ ให้ทุนระดับประถมศึกษาทุนละ 6,000 บาท ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ทุนละ 10,000 บาท และระดับ ปวส. ทุนละ 20,000 บาท

7. จัดสรรโควตาให้แก่ อสม. และบุตร/ธิดาของ อสม. ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขดีเด่นหรือเป็นกรรมการชมรม อสม. ให้เข้าศึกษาในหลักสูตรของสถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ หลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) ประกาศนียบัตรเทคนิคการแพทย์ สาขาพยาบาลวิทยาลัยคลินิก ของสถาบันพระบรมราชชนก ประกาศนียบัตรเวชระเบียน ในปี พ.ศ. 2547 มีผู้เข้าเรียนตามสิทธิ์นี้รวมทั้งสิ้น 76 คน ใน 6 หลักสูตร และปี พ.ศ. 2548 อีกจำนวน 260 คน ใน 8 หลักสูตร โดยเป็นหลักสูตรสำหรับ อสม. คือ ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) จำนวน 75 คน ที่เหลือเป็นโควตาสำหรับบุตร/ธิดา อสม. โดยมีทั้งหลักสูตรปริญญาตรีและประกาศนียบัตร

4. สนับสนุนการรวมกลุ่มสร้างเครือข่ายการทำงาน

นับตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามพัฒนา อสม. ให้มีบทบาทมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการอบรมยกระดับ พสส. ขึ้นเป็น อสม. ทั้งหมดแล้ว ยังได้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นศูนย์รวมของการพบปะหารือและจัดบริการต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน อีกทั้งสามารถช่วยให้อสม. มีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้อสม. รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (ชมรม อสม.) เป็นองค์กรเพื่อช่วยเหลือกันในการทำงาน ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ ความรู้ในการบริหารจัดการองค์กร รวมทั้งมอบหมายบทบาทหน้าที่ และให้สิทธิพิเศษบางประการกับคนทำงาน เช่น การจัดหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ และนักบริหารชุมชนให้กับผู้นำ ประธานชมรม อสม. ระดับอำเภอ จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัดเพื่อให้ชมรม อสม. จังหวัดมีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะเป็นจุดประสานงาน และเป็นที่ปรึกษาให้แก่ ชมรมอสม. ระดับตำบลและอำเภอได้ ตลอดจนสามารถทำหน้าที่ช่วยนิเทศงาน อสม. ในจังหวัดนั้น ๆ นอกจากนี้ยังประสานงานและสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดงานประชุมใหญ่ในวันอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำทุกปีอีกด้วย ปัจจุบันชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขกำลังเติบโต

ก้าวขึ้นเป็นสถาบันทางสังคม มีบางส่วนคิดรวมตัวจัดตั้งสมาคม ซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคลที่จะทำงานได้อย่างอิสระมากขึ้น

อย่างไรก็ตามความเข้มแข็งในการรวมกลุ่มนี้ มิได้หมายความว่า อสม. เกือบ 8 แสนคน มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งเป็นปึกแผ่นประสานงานกันอย่างทั่วถึง ในทางตรงข้ามกลับพบว่าผู้ที่ได้ประโยชน์อย่างแท้จริงคือกลุ่มแกนกลางที่เป็นผู้นำของชมรม แต่ในระยะที่ผ่านมาโดยเฉพาะช่วงนโยบายรัฐประชานิยม รัฐบาลการรวมพลเพื่อแสดงพลังของ อสม. และเป็นไปเพื่อการสร้างสถิติ สร้างกระแสเพื่อตอบสนองนโยบายต่างๆ (ธีรวัฒน์ แดงกะเปา, 2549) ตามที่เจ้าหน้าที่ หรือผู้ที่มีอำนาจร้องขอมา ซึ่งปัจจุบันไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแวดวงสาธารณสุขเท่านั้น ที่สำคัญคือมีการเชื่อมโยงไปสู่อำนาจทางการเมืองมากขึ้นทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ที่อาจมีผลต่อการทำงานของ อสม. ในอนาคต

ส่วนที่ 2 อุปสรรคเชิงโครงสร้าง สร้างข้อจำกัดการทำงาน

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าความสำเร็จในการทำงานด้านสาธารณสุขของประเทศหลายด้าน เช่น การควบคุมโรคระบาด งานอนามัยแม่และเด็ก การสร้างส้วม สร้างถังเก็บน้ำฝน เป็นต้น ล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำงานของ อสม. เป็นหลัก หากอาศัยเฉพาะกำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคงยากมากที่จะทำให้สำเร็จได้เพราะไม่มีกำลังพอที่จะทำงานเหล่านี้ได้อย่างครอบคลุมในเวลาอันรวดเร็ว แต่นั่นก็เป็นภาพรวมที่ปรากฏเพียงด้านหนึ่งของ อสม. เท่านั้น เพราะอีกด้านหนึ่งของการปฏิบัติงานจริงในชุมชน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เกี่ยวกับบทบาทการทำงานของ อสม. ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ได้สะท้อนให้เห็นปัญหามากมายในระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่ยังรอการแก้ไข เมื่อเจาะลึกลงศึกษาในรายละเอียดระดับพื้นที่ พบว่าหลายพื้นที่ที่ได้รับการประกาศให้เป็นหมู่บ้าน ตำบล อำเภอหรือจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งควรจะบรรลุเป้าหมายการพึ่งตนเองทางสุขภาพเบื้องต้นได้แล้ว ยังมีข้อเคลือบแคลงสงสัยว่ามีความเป็นจริงเพียงใด (ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ และคณะ, 2544)

ข้อจำกัดสำคัญที่พบในช่วงทศวรรษแรกของการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ปัญหาการสูญเสีย ผสส. และ อสม. ที่ผ่านการอบรมแล้ว โดยมีการศึกษาพบว่าระหว่างปี 2520-2529 มีการสูญเสีย ถึงร้อยละ 62.4 ในกลุ่ม ผสส. และร้อยละ 25 ในกลุ่มของ อสม. (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, ม.ป.พ.) ในจำนวน อสม. ที่ทำงานอยู่มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่ได้รับการประเมินว่ากระตือรือร้นในการทำงาน ขณะเดียวกันก็ยังไม่มีการเลือกตั้งคนมาทำงานทดแทนอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนคนทำงานอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของกิจกรรมการช่วยเหลือให้การรักษายาบาลเบื้องต้นโดยใช้ยาสามัญประจำบ้าน ก็พบว่ายามูลค่า 500 บาท ที่ให้ไว้สำหรับหมู่บ้านใช้ในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนนั้นหมดไปอย่างรวดเร็ว โดยไม่สามารถที่จะมีทุนหมู่บ้านกลับมาซื้อใช้ต่อได้ การทำงานร่วมกันของ ผสส. และ อสม. ในหมู่บ้านก็ไม่ได้ประสบผล

ดังที่ต้งไว้ (ไกรสิทธิ์ ดันติสิรินทร์และคณะ 2524, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2528; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2531 อ้างใน ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ และคณะ, 2544) งานที่ อสม. ทำส่วนใหญ่เป็นการทำตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอให้ช่วยทำเป็นหลัก และจะทำให้ดีในงานที่มีเนื้อหาและระยะเวลาทำงานที่ชัดเจน ซึ่งมักเป็นงานที่ได้รับมอบหมายมาตามระบบการสั่งการของราชการที่ดำเนินการ ไม่ยืดหยุ่นและมีรูปแบบครอบคลุมเหมือนกันหมดในทุกพื้นที่ (ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ และคณะ, 2544) เช่น การเก็บข้อมูลพื้นฐานการแจกเอกสาร รวมถึงการจัดตั้งและดำเนินการกองทุนยาที่ทำเหมือนกันทั่วประเทศ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม หรือปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่เลย

แม้ว่าในระยะต่อมาได้มีความพยายามพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมและยกระดับการทำงานของอาสาสมัครมากขึ้น โดยอบรมยกระดับ ผสส. ที่มีอยู่ให้เป็น อสม. ทั้งหมด มีการจัดตั้ง ศสมช. ให้ อสม. มีสถานที่ทำงานและแสดงบทบาทของคนที่ชัดเจนขึ้น รวมทั้งได้มีการจัดสรรเงินให้ อสม. ใช้ทำงานด้านสุขภาพในหมู่บ้านของคนแห่งละ 7,500 บาท และต่อมาได้เพิ่มเป็น 10,000 บาท แต่ก็ดูเหมือนว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาได้มากนัก การปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมให้ความรู้กับ อสม. ใหม่ และการจัดอบรมฟื้นฟูให้กับ อสม. เก่าพบว่าได้ผลไม่เต็มที่ คุณภาพการอบรมลดลงกว่าในช่วงแรกมาก ในบางพื้นที่พบว่า อสม. ใหม่ไม่ได้ผ่านการอบรมความรู้ใดๆ เลย หรืออบรมเพียงวันเดียวก็สามารถรับบัตรทำหน้าที่เป็น อสม. ได้ (ธีรวัฒน์ แดงกะเปา, 2549) คู่มือทางวิชาการสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ทำขึ้นก็ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าได้ถูกกระจายและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับ อสม. และชุมชนมากนักเพียงใด

สำหรับการวางแผนและใช้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้หมู่บ้านละ 10,000 บาทนั้น พบว่ามีเพียงร้อยละ 13.5 เท่านั้น ที่สามารถรวมกลุ่มกันดำเนินงานเพื่อวางแผนใช้เงินได้อย่างอิสระ ส่วนที่เหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเข้ามาช่วยจัดการให้ความช่วยเหลือหรือตัดสินใจในการดำเนินงานแทนทั้งหมด (ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ และคณะ, 2544) อสม. ยังคงมีบทบาทเป็นเพียงลูกมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สามารถทำตัวเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพในชุมชนของตนได้ ปัญหาเดิมๆ ที่เคยพบในอดีต คือมี อสม. ที่ไม่สนใจทำงานอยู่เป็นจำนวนมากก็ยังพบได้ทั่วไป หลายพื้นที่ประสบปัญหาไม่มีคนต้องการอาสาเข้ามาทำงานเป็น อสม. ทำให้ผู้ที่ทำงานอยู่ต้องรับภาระเป็นต่อไป ในขณะที่บางแห่งผู้ที่ได้รับเลือกให้เป็น อสม. กลับไม่ใช่ตัวแทนที่ชาวบ้านต้องการอย่างแท้จริง ในส่วนของ ศสมช. แม้จะดำเนินการจัดตั้งได้อย่างกว้างขวางรวดเร็ว แต่พบว่าประชาชนมาใช้บริการน้อยมากเพียงประมาณ ร้อยละ 5 ของครัวเรือนเท่านั้น โดยปัญหาสำคัญอยู่ที่ความไม่มั่นใจในความสามารถของ อสม.

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนอย่างหนึ่งเมื่อมีการสร้างเครือข่ายของ อสม. ในรูปของชมรมตั้งแต่ระดับตำบลขึ้นมาจนถึงระดับประเทศ แม้ในด้านหนึ่งได้ช่วยให้ อสม. มีโอกาสสร้างสรรค์กิจกรรมที่แสดงพลังร่วมกันให้สังคมในวงกว้างยอมรับมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้กลุ่มทาง

การเมืองเข้ามาดังไปเป็นส่วนร่วม และเริ่มมีการนำกลุ่มไปแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนหรือพวกพ้อง จนถึงขั้นพบว่าการลงทุนจ่ายเงินเพื่อให้ได้เข้ามาเป็น อสม. (พันธทิพย์ รามสูตร, 2543) ซึ่งเป็นจุดที่หล่อแหลมต่อการทำงานของ อสม. ในอนาคตอย่างยิ่ง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องปรากฏด้วยว่า ผู้ที่เข้ามาทำงานบริหารในชมรมส่วนใหญ่มักไม่ใช่ชาวบ้านที่เข้ามาทำงานอย่างแท้จริง แต่จะเป็นผู้ที่มีฐานะ มีการศึกษาดี และอิทธิพลอยู่แล้วในพื้นที่ ส่วนการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมฯ ของชาวบ้านในช่วงหลังจึงมีจุดหลักอยู่ที่ความหวังสวัสดิการด้านการเงินโดยเฉพาะงานฉาปนกิจสงเคราะห์ ซึ่งปัจจุบันขยายตัวไปมาก รับสมาชิกที่ไม่ใช่ อสม. ด้วย ซึ่งแม้จะมีประโยชน์ต่อชาวบ้านอยู่ไม่น้อย แต่ก็ไม่น่าจะเป็นกิจกรรมสำคัญหลักของชมรม

ขณะเดียวกันปัญหาเชิงโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขเอง ที่เมื่อสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำให้ความชัดเจนของบทบาทที่มีต่อ อสม. ลดลง รวมทั้งมีงบประมาณและบุคลากรที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ลดลงด้วย ส่งผลให้การทำงานประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุขเองและกระทรวงอื่นๆ ที่ต้องทำงานร่วมกับ อสม. ทำได้ยากขึ้น ยิ่งเมื่อมีการโอนเงินสนับสนุนการทำงานของ อสม. หมู่บ้านละ 10,000 บาท ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล ก็ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับ อสม. ห่างเหินยิ่งขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และ อสม. ไม่ชัดเจนเหมือนเดิม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าในหลายพื้นที่ เทศบาลได้จัดการอบรม อสม. ของตนเองขึ้นมาใหม่ และให้ทำงานร่วมกับเทศบาลโดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยลง

ส่วนที่ 3 บทวิเคราะห์โครงสร้าง และกลไกสนับสนุนการทำงาน

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ปัญหาในการทำงานของ อสม. มาโดยตลอด ทั้งการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรที่ดูแล อสม. เพิ่มวงเงินและปรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้ อสม. การให้ความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มสวัสดิการ และสนับสนุนให้เกิดการรวมตัวกันทำงานในรูปชมรมตั้งแต่ในระดับท้องถิ่นขึ้นมาถึงระดับชาติ แต่ดูเหมือนว่าปัญหาเดิมๆ ของ อสม. ยังไม่ลดลงมากนัก โดยเฉพาะปัญหาการสูญเสีย อสม. ส่วนผู้ที่ยังทำงานอยู่จำนวนไม่น้อยก็ทำงานอย่างเฉื่อยชา ที่สำคัญคือ อสม. ยังไม่สามารถมีบทบาทเป็นแกนนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้กับชุมชน (Change Agent) ตามเป้าหมายหลักที่ตั้งไว้ ในส่วนนี้จะนำเสนอบทวิเคราะห์ภาพรวมของปัญหาทั้งในด้านโครงสร้าง และกลไกสนับสนุนการทำงานของ อสม. พร้อมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะในการทำงานกับ อสม. ในอนาคต

จากโครงสร้าง กลไกการทำงาน รวมทั้งปัญหาในการทำงานของ อสม. ที่กล่าวมาสามารถสรุปภาพรวมของปัญหาได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัญหาสืบเนื่องจากทักษะพื้นฐานที่มีต่อสุขภาพ และต่อ อสม. 2) ปัญหาในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และการบริหารจัดการ และ 3) ปัญหาการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับพร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไขในแต่ละด้านพร้อมกันไป

1. กระบวนทัศน์สุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยน

เหตุผลพื้นฐานที่สำคัญมากอย่างหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุน อสม. ให้มีบทบาทเป็นแกนนำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของชุมชนไม่ประสบผลสำเร็จ คือทักษะพื้นฐานของคนในสังคมที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อวิธีคิด มุมมองต่อสุขภาพ และวิธีการจัดการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในสังคมนั้น และหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีผลตอบทบทวนหน้าที่และการทำงานของ อสม. ในชุมชน แม้ว่าปัจจุบันแนวคิดเรื่องสุขภาพมีความก้าวหน้าไปมาก มีการนิยามความหมายของสุขภาพไปถึงมิติทางปัญญา (Spiritual well being) การพูดถึงสุขภาพองค์รวม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นมิติที่แตกต่างไปจากสุขภาพกระแสหลัก แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าแนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedicine) ที่อิงอยู่กับวิทยาศาสตร์และแนวคิดบริโภคนิยมอย่างแน่นแฟ้น ยังคงเป็น การแพทย์กระแสหลักและมีอิทธิพลสูงมากต่อมุมมองต่อสุขภาพ ต่อการรักษาโรค และการจัดระบบบริการทางการแพทย์ ภายใต้นี้เองที่เป็นพื้นฐานที่ทำให้คนในสังคม ไม่ว่าผู้นำประเทศ ผู้บริหารระดับกระทรวง ไต่ลงมาถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในระดับตำบล รวมทั้ง อสม. และตัวชาวบ้านเองมีความเชื่อร่วมกันว่าแพทย์คือผู้รู้เรื่องสุขภาพดีที่สุด โรงพยาบาลที่ทันสมัย ยาที่ดีและแพง คือสถานที่และวิธีการรักษาโรคที่ดีที่สุด ส่วนเชื้อโรคและสารพิษคือสาเหตุที่ทำให้ผู้คนเจ็บป่วย รวมทั้งทำให้รู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ผิดปกติของชีวิต ส่วนความตายคือสิ่งที่น่ากลัวและเลวร้ายที่สุดของชีวิตมนุษย์² ขณะเดียวกันภายใต้แนวคิดนี้ได้ทำให้ชาวบ้านจำนวนมากรู้สึกตัวว่าตัวเองไม่รู้อะไรเลยเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ ความรู้ทั้งหมดเกี่ยวกับสุขภาพต้องได้รับการถ่ายทอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เรียนมาโดยเฉพาะ ความเชื่อและวิธีการที่ตนเองใช้ดูแลผู้ป่วยหากไม่ได้รับการยืนยันหรือรับรองจากคนในวงการแพทย์ก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องมกมายไร้สาระไม่ควรนำมาใช้ หรือต้องแอบใช้ ไม่ควรได้รับการส่งเสริมให้นำมาใช้ ดังนั้นการรับฟังและทำตามสิ่งที่เจ้าหน้าที่บอก หรือมอบหมายจึงเป็นสิ่งเดียวที่ชาวบ้าน หรือ อสม. ควรปฏิบัติ

ภายใต้ทักษะพื้นฐานที่สังคมส่วนใหญ่มีร่วมกันดังกล่าว เป็นสิ่งที่แทบเป็นไปไม่ได้เลยที่จะให้คนในวงการสุขภาพสร้างชาวบ้านที่เป็น “แกนนำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ” ขึ้นในชุมชน

²ในอดีตคนเราไม่ได้กลัวความตายมากเท่าปัจจุบัน เรามีคติมากมายที่แสดงให้เห็นว่ามีสิ่งที่มีคุณค่าเหนือชีวิตนี้ เช่น รักชาติยิ่งชีพ เสียชีพอย่าเสียสัตย์ หรือสละชีวิตเพื่อรักษาธรรม เป็นต้น

เพราะในเชิงการเมืองของวิชาชีพ วิชาชีพด้านสุขภาพย่อมไม่ต้องการสร้างใครให้ขึ้นมาบีบบทบาท เทียบเท่าหรือเหนือกว่าตน อย่างมากที่ทำได้คือสร้างลูกมือขึ้นมาช่วยงานภายใต้คำสั่งหรือการกำกับดูแลของตน ซึ่งจะเห็นได้จากบทบาทที่ อสม. ส่วนใหญ่ทำอยู่ในขณะนี้ นั่นคือ ทำหน้าที่นัดหมาย เตรียมสถานที่ และชาวบ้านที่รอรับการเข้ามาของหมอ การทำงานตามสั่ง สำรวจ เก็บข้อมูลส่งเจ้าหน้าที่ตามกำหนด โดยไม่มีโอกาสเรียนรู้และใช้ข้อมูลของชุมชนที่ตนทุ่มเทเก็บมามาเลย ที่ยิ่งไปกว่านั้น ทักษะพื้นฐานต่อสุขภาพดังกล่าวนี้เองที่ทำให้ทุกฝ่าย ตั้งแต่ผู้บริหารที่กำหนดนโยบาย นักวิชาการ บุคลากร สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งชาวบ้าน และ อสม. ทั้งหมด มีความเชื่อไปในทิศทางเดียวกันว่า อสม. มีความรู้ความสามารถเรื่องสุขภาพที่จำกัด ทำได้หรือควรทำเพียงแค่เรื่องง่ายๆ ที่ได้มอบหมายเท่านั้น ความรู้สึกของทุกคนรวมทั้ง อสม. เองที่ว่าตนเองไม่มีความรู้ ความสามารถนั้น จึงเป็นความจริงที่สร้าง ขึ้นอย่างแบบยลและเป็นระบบ ภายใต้ระบบสุขภาพที่มีเฉพาะผู้ที่ผ่านการเรียนวิชาการทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์เท่านั้นที่เป็นใหญ่ ยิ่งเรียนมากก็ยิ่งมีอำนาจมาก ภายใต้ความจริงแบบนี้ทำให้ชาวบ้านคนธรรมดาที่ครั้งหนึ่งเคยดูแลพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้โดยอาศัยภูมิปัญญาที่สั่งสมถ่ายทอดมาแต่อดีต กลับไม่สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพใดๆ ของตนได้เลย แม้แต่เป็นหวัด เป็นไข้ ท้องผูก ถ้าไม่มียาใน กองทุน ไม่มีบัตรทองก็แทบจะไม่สามารถจัดการปัญหาของตนเองได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ปัญหาของ อสม. ทั้งหมดที่มีอยู่ขณะนี้ ล้วนเป็นเพียงผลผลิตของทักษะพื้นฐานในการมองสุขภาพที่เป็นอยู่ใน สังคมไทย รากฐานที่แท้จริงของปัญหาที่ต้องแก้ไขจึงอยู่ที่การสร้างสัมมาทิฐิในการมองสุขภาพขึ้นใน สังคมไทย

ทักษะพื้นฐานในการมองสุขภาพแบบนี้ก่อให้เกิดปัญหาในระดับนโยบายและโครงสร้าง ที่ทำให้ มองเห็น อสม. เป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งในการทำงานให้บรรลุนโยบายที่สั่งได้ เช่น ให้สำรวจและเฝ้าระวังไข้หวัดนกในระดับหมู่บ้าน ให้ครอบครัว อสม. เป็น “ครอบครัวต้นแบบสุขภาพดีของคนไทย” เป็นต้น ทักษะพื้นฐานนี้ยังเป็นรากฐานที่ทำให้มอง อสม. ว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นผู้ที่ รับการศึกษาขึ้นพื้นฐานมาน้อยจึงมีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ไม่มากนัก ทำให้ต้องเข้าไปกำกับดูแล อย่างใกล้ชิดเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ ผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่จึงพยายามกำหนดกิจกรรมให้มี ลักษณะที่ตายตัวดังเป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจที่ว่า อสม. ส่วนใหญ่ได้ทำงานในลักษณะนี้ (แสงเทียน อัจฉิมามกุล และคณะ, 2549) และส่งผลให้เจ้าหน้าที่ระดับตำบลและอำเภอมอง อสม. ว่าเป็น ลูกน้องที่รอคอยรับคำสั่ง เป็นแรงงานในการสำรวจเก็บข้อมูลและทำงานชุมชนแทนเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็น การย่ำให้เห็นถึงความไร้ความสามารถในเรื่องการจัดการสุขภาพของ อสม. แก่เจ้าหน้าที่อีกทางหนึ่ง

การมองสุขภาพทักษะพื้นฐานแบบนี้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อมุมมองของเจ้าหน้าที่ต่อ อสม. และต่องานที่เจ้าหน้าที่มอบหมายให้ อสม. ทำแล้ว ยังส่งผลให้ อสม. ขอมรับสถานภาพตนเองใน การทำงาน งานที่ได้รับมอบหมายแสดงถึงการด้อยความรู้และความสามารถของ อสม. งานเหล่านี้ไม่

เปิดโอกาสให้อสม. ได้เรียนรู้พัฒนาตนเองจากการทำงาน ยิ่งทำให้รู้สึกว่าการทุกชิ้นเป็นเพียงภาระที่ต้องรับมาทำให้เสร็จและรอรับค่าตอบแทน ปัญหาที่มักมองว่าเกิดจากตัว อสม. เอง เช่น การไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้สึกท้อแท้ เหนื่อย เบื่อกับงานที่ได้รับ หรือ ปัญหาที่ อสม. ทำโดยหวังแต่สิ่งตอบแทน อำนาจ หรือผลประโยชน์ รวมทั้งปัญหาที่ อสม. ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนได้เหล่านี้ จึงไม่ใช่เรื่องตื้นๆ ที่เกิดจาก อสม. ขาดความสามารถหรือจัดหลักสูตรอบรมไม่ดีพอแต่เพียงอย่างเดียว แต่กรอบความคิดพื้นฐานในการมองสุขภาพแบบชีวการแพทย์และระบบเศรษฐกิจแบบบริโภคนิยม ที่มีอิทธิพลกำหนดนิยาม ความหมาย ความรู้ บทบาทหน้าที่ของบุคคล และวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพให้เป็นไปในแบบที่แนวคิดนี้อยากให้เป็น ได้ทำให้โลกแห่งสุขภาพแบบนี้ไม่มีพื้นที่ให้ชาวบ้านได้เข้ามาแสดงบทบาทที่ตนเองเชี่ยวชาญ หรือแสดงภูมิความรู้ที่ตนเองมีเลย เพราะเป็นโลกแห่งสุขภาพที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับโลกสุขภาพของชาวบ้าน เรื่องใด ๆ ที่ อสม. จะคิดทำเกี่ยวกับสุขภาพต้องได้รับอนุญาต ได้รับการสอน การอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อน³ สำหรับกรณีที่จะสนับสนุนหมอพื้นบ้านก็ต้องเป็นคนที่เจ้าหน้าที่เห็นด้วย และรักษาในขอบเขตหรือวิธีการที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ที่ทำงานที่นอกเหนือจากขอบเขตหรือวิธีการที่กำหนดก็อาจถูกลงโทษในระดับที่แตกต่างกันตั้งแต่ถูกมองดักเตือน หรือถูกหาว่าเป็น อสม. “ผีบ้า” หรือเจ้าหน้าที่ “เพี้ยน” (พนมวรรณ คาคัพโน, 2549) เพียงเพราะพวกเขาเห็นว่าปัญหาสารพิษจากในภาคการเกษตรเป็นปัญหาใหญ่ของสุขภาพที่ต้องเร่งแก้ไข ไม่ใช่เรื่องสร้างส้วม ชั่งน้ำหนัก คว้ากะลาที่ถูกกำหนดให้ทำเท่านั้น ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคิดและตัดสินใจทำเองได้เช่นนี้ เป็นเหตุผลหลักอย่างหนึ่งที่ทำให้ อสม. ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชนแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้

การแก้ปัญหานี้เป็นรากฐานที่ต้องทำคือการปรับทัศนคติที่มีต่อสุขภาพใหม่ แม้กิจกรรมเพื่อการนี้ได้เริ่มดำเนินมาแล้วอย่างต่อเนื่องในวงการสุขภาพ ผ่านทางปาฐกถาและการบรรยายในเวทีสุขภาพต่างๆ มากมายจนทัศนคติใหม่นี้ได้รับการพูดถึงมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน แต่ยังคงต้องอาศัยการอย่างต่อเนื่องแสวงหาความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย และใช้กลยุทธ์ที่ละเอียดอ่อนยิ่งขึ้นในการผลักดันความคิดไปสู่การปฏิบัติจริง เนื่องจากความคิดพื้นฐานทางการแพทย์นี้เป็นกรอบความรู้พื้นฐาน และเป็นที่มาของอำนาจ อิทธิพล และผลประโยชน์ของแพทย์และนักวิชาการส่วนใหญ่ที่กำหนดนโยบายอยู่ในขณะนี้ การผูกเรื่องสุขภาพเข้ากับธุรกิจทั้งเรื่องยาและบริการในโรงพยาบาลยิ่งทำให้การดำเนินงานเพื่อปรับ

³ เช่น ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ พ.ศ. 2539 ข้อ 15 ระบุ “ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ผ่านการ อบรมและได้รับหนังสือรับรองความรู้และความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข ให้สามารถทำการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลขั้นต้น และจ่ายยาบางชนิดได้

ฐานคิดต่อสุขภาพทำได้ยากยิ่งขึ้น เพราะกลายเป็นเรื่องที่สัมพันธ์อยู่กับผลประโยชน์ของธุรกิจสุขภาพที่มีมูลค่าต่อปีกว่าแสนล้านบาท

นอกเหนือจากการที่สังคมต้องมาพูดถึงข้อจำกัดของทัศนคติการแพทย์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พร้อมไปกับนำเสนอแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการทำความเข้าใจและจัดการกับสุขภาพแล้ว ยังต้องพยายามผลักดันให้แนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เช่น

- สร้างนิยามของ อสม. ใหม่ เช่น “อาสาสมัครสุขภาพ” เพื่อให้ทุกฝ่ายรับรู้ต่อความหมายบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ที่ต่างจากในปัจจุบัน
- ขยายกลุ่มคนที่มาทำหน้าที่ อสม. และพัฒนารูปแบบใหม่ในการทำงานของ อสม. ให้เป็นกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนให้ได้
- สนับสนุนให้กลุ่ม อสม. และชุมชนที่มีความพร้อมให้หันมาทำงานด้านสุขภาพด้วยแนวคิดใหม่ที่ไม่จำกัดอยู่แต่สุขภาพทางกายเท่านั้น
- สร้างเครือข่ายการทำงานของกลุ่ม อสม. และชุมชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้รับประสบการณ์และแนวคิดใหม่ในการทำงาน ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการถอดบทเรียนจากการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่สนใจได้ตลอดเวลา
- เผยแพร่ความรู้และรูปแบบการทำงานของเครือข่ายชุมชนที่นำแนวคิดใหม่ด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ สังคม และชุมชนอื่นได้รับทราบ

การดำเนินงานภายใต้หลักการนี้สามารถเริ่มได้ทันทีในปัจจุบัน เนื่องจากมีความพร้อมแล้วในหลายด้านทั้งในตัวหลักการ/แนวคิดใหม่ในการทำงานสุขภาพที่พูดถึงมากขึ้นในสังคมแล้ว มีแหล่งทุนสนับสนุนการทำงาน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น มีการกระจายอำนาจและงบประมาณไปยังชุมชนมากขึ้น และมีตัวอย่างของกลุ่ม อสม. ที่ทำงานในแนวทางนี้บ้างแล้ว เช่น กลุ่ม อสม. ที่ทำงานกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เชียงใหม่ (เชิงชาญ โนจา, 2549) กลุ่ม อสม. และชาวบ้านที่บ้านลาไม ที่รวมตัวกันเพื่อแสดงจุดยืนว่าไม่ต้องการให้สร้างอ่างเก็บน้ำในพื้นที่ตำบล (ศีลเรื่องศักดิ์ สุโกส, 2549) หรือกลุ่ม อสม. ที่ตำบลวังหิน นครศรีธรรมราชที่เข้ามาจัดระบบการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ โดยจัดตั้งโรงเรียน อสม. ของท้องถิ่นและจัดระบบ อสม. วิไอพี. ของตนเองขึ้นมาโดยไม่ต้องรอให้ทางราชการมาเริ่มต้นให้ (ธีรวัฒน์ แดงกะเปา, 2549) รวมทั้งกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิที่มาจากทั่วสารทิศทำงานโดยไม่ได้หวังสิ่งตอบแทน เป็นต้น การเผยแพร่การทำงานของ อสม. พันธุ์ใหม่เหล่านี้ พร้อมทั้งจัดกระบวนการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาความคิด จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการปรับนิยาม

ของ อสม. ปรับฐานคิด วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ และทักษะต่อ อสม. อันจะเป็นพื้นฐานต่อการพัฒนาในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

2. ปรับโครงสร้าง แปลงนโยบาย และเปลี่ยนวิธีการสนับสนุน

ปัญหาในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และการบริหารจัดการที่นอกเหนือจากเป็นปัญหาที่มีผลมาจากฐานคิดทางชีวการแพทย์และระบบเศรษฐกิจแบบบริโภคนิยมดังที่กล่าวมาแล้ว ยังเป็นปัญหาของระบบราชการ และปัญหาทางการเมืองด้วย แม้กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปรับโครงสร้าง นโยบาย และกลวิธีในการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้ อสม. สามารถทำงานและมีบทบาทในการเป็นผู้นำสุขภาพของชุมชนมากขึ้น แต่นโยบาย รูปแบบการบริหารจัดการ และกิจกรรมที่จัดทำเหล่านั้นดูเหมือนว่าจะไม่ได้รับการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพมากนัก โครงสร้างของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนที่ดูเหมือนจะขยายบทบาทจาก อสม. ไปยังองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่นๆ ในภาคประชาชนด้วย แต่โดยภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบกับงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด กล่าวได้อย่างชัดเจนว่างานดูแลสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความสำคัญลดลงมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2545)

สำหรับนโยบายและกิจกรรมต่างๆ ที่พยายามพัฒนาขึ้น เมื่อถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ พบว่ามีข้อจำกัดไม่สามารถเกิดประโยชน์ได้อย่างที่คาดไว้ เช่น หลักสูตรการอบรม อสม. ใหม่ ที่แม้ว่าส่วนกลางจะกำหนดขอบเขตของเนื้อหาที่จะให้การอบรมไว้แล้ว และพยายามเปิดช่องให้ยืดหยุ่นสำหรับพื้นที่นำไปปรับได้ตามสภาพปัญหาในพื้นที่ตน แต่ปรากฏว่าในทางปฏิบัติกลับทำให้การอบรมมีเนื้อหาที่อ่อนลงกว่าเดิมมาก จนในบางแห่งกลายเป็น “อสม. แด่เดียว” (ธีรวัฒน์ แดงกะเปา, 2549) คือผ่านการอบรมชี้แจงเพียงวันเดียวก็สามารถรับบัตรเป็น อสม. ได้ ส่วนกิจกรรมต่างๆ ที่ให้ อสม. ช่วยดำเนินการแม้ความพยายามจัดทำให้ง่ายและสะดวกในการทำงาน จะเป็นความปรารถนาดีให้ อสม. สามารถนำไปปฏิบัติได้เลยโดยไม่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถพิเศษมากนัก แต่ผลเสียที่เกิดขึ้น คือ อสม. ส่วนหนึ่งเห็นว่าได้รับมอบหมายงานที่น่าเบื่อ มีเฉพาะงานที่ใช้แรงงาน เช่น ให้สื่อข้อมูลที่ตายตัวให้กับชาวบ้าน งานสำรวจเก็บข้อมูล โดยไม่มีการวิเคราะห์แปลผลข้อมูลในระดับพื้นที่ให้ชาวบ้านได้รับรู้เลย

ในส่วนของผู้พิทักษ์สิทธิพิเศษ สวัสดิการเพื่อการสร้างขวัญกำลังใจ และค่าตอบแทนการทำงาน หรือการประชุมต่างๆ ที่ให้ อสม. ก็มีปัญหาในทางปฏิบัติในหลายพื้นที่ เช่น การไม่ได้ค่าตอบแทนหรือสิทธิพิเศษบางอย่างดังที่ให้ข้อมูลไว้แต่แรก เป็นต้น ทำให้ อสม. หลายคนรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรมถูกหลอกให้ทำงานบนทุนขวัญและกำลังใจในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกหลายเรื่อง เช่น ปัญหาเรื่องการออกบัตรประจำตัว อสม. การหมดอายุของบัตรที่คลาดเคลื่อน ที่ล้วนสะท้อนให้เห็นปัญหาที่

เกิดจากโครงสร้างและการบริหารจัดการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ออนไลน์ มิ.ย. 2549: http://www.nhso.go.th/New/cgibin/WEBBOARD_NHSO/post3.asp?QuestID=295)

2.1 ระบบและโครงสร้างที่ยังคงมีปัญหาในส่วนนี้พื้นฐานปัญหาจากระบบของราชการไทย ที่มีลักษณะของการสั่งการจากบนลงล่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลซึ่งอยู่ปลายสุดของระบบราชการ มีหน้าที่ต้องรับงานจากหน่วยงานระดับบนต่างๆ มาทำแทบทั้งหมด จึงมีภาระมากจนงานบางอย่างต้องถ่ายเทให้ อสม. ช่วยทำ ส่วนงานที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ เช่น หลักสูตร อบรม อสม. ใหม่ที่ต้องปรับให้สอดคล้องกับพื้นที่ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ก็ไม่มีเวลาหรือไม่สนใจที่จะทำ ในขณะที่ผู้เข้ารับการอบรมก็ไม่อยู่ในฐานะที่จะถามหาหลักสูตรและเนื้อหาที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ สำหรับ สวัสดิการและค่าตอบแทนต่างๆ ที่จะให้กับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลก็อยู่ในฐานะคนที่ต้องคอยชี้แจงกับ อสม. เมื่อไม่ได้ดังที่เคยกบอกไว้ก็ต้องรับหน้าที่พูดกับ อสม. ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้ง ขาดความเชื่อถือในการทำงานระดับพื้นที่โดยไม่ใช่วิธีการที่ตนถนัด

นอกเหนือจากการปรับทัศนะพื้นฐานในการมองสุขภาพของผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่ให้กว้างขึ้น ปรับนิยามความหมายของ อสม. เพื่อสร้างทัศนะและบทบาทหน้าที่ใหม่ของ อสม. แล้วภาครัฐควรทำการปรับรูปแบบการทำงานกับ อสม. ใหม่ด้วย ระบบราชการซึ่งเป็นระบบที่เทอะทะ มีขั้นตอนยุ่งยาก และมีประสิทธิภาพต่ำควรใช้กับชาวบ้านและชุมชนให้น้อยที่สุด การกิน อสม. ให้กลับไปเป็นคนของชุมชน (ไม่ใช่คนของหมอ) โดยการกระจายงบประมาณ 10,000 บาท ให้ อสม. ได้ใช้ทำงานผ่านไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นวิธีการที่น่าสนใจที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหันมาสนใจและเรียนรู้ประเด็นด้านสุขภาพในชุมชนของตนมากขึ้น เป็นการสร้างประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการกับสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้ทางหนึ่ง และเป็นการสร้างการยอมรับในบทบาทของ อสม. ในฐานะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของชุมชน ทำให้ อสม. ตระหนักในคุณค่าตนเองในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนซึ่งเป็นสิ่งตอบแทนทางใจได้อีกทางหนึ่ง การสนับสนุนให้ อสม. ของงบประมาณสนับสนุนการทำงานจากแหล่งทุนนอกชุมชน เช่น สสส. จะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของ อสม. พันธูใหม่ในชุมชนอย่างไรก็ตามต้องยอมรับในความสามารถที่แตกต่างกันของทั้งตัว อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ ในภาพรวมการหาวิธีสนับสนุนงบประมาณนอกเหนือจากการสร้างข้อกำหนดหรือเกณฑ์การใช้งบประมาณที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการเมืองหรือเป็นเส้นทางก้าวสู่อำนาจของตนบางกลุ่มแล้ว อาจต้องพัฒนาวิธีการใหม่ที่เหมาะสมกับแต่ละสภาพพื้นที่ขึ้นมา การเปิดโอกาสให้ อสม. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียนรู้การทำงานจากที่อื่น โดยการไปดูงานหรือเผยแพร่ตัวอย่างการทำงานของกลุ่ม อสม. ที่บริหารจัดการเรื่องนี้ได้ดีเป็นอีกช่องทางหนึ่งของการเรียนรู้ที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างเครือข่ายการทำงานในแนวกว้าง ทำให้เกิดการเรียนรู้

อย่างไม่เป็นทางการและถ่ายทอดกันด้วยภาษาของชาวบ้านเองที่ง่ายต่อการรับรู้และเข้าใจมากกว่าการอ่านเอกสารหรือฟังการอบรมจากเจ้าหน้าที่

การจะทำให้เกิดระบบบริหารจัดการที่หลากหลายสอดคล้องกับสภาพแต่ละชุมชนแบบนี้ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับไม่เฉพาะแต่ผู้ที่ทำงานระดับตำบลหรืออำเภอที่ต้องใกล้ชิดกับชุมชนเท่านั้น ควรต้องได้รับการปรับทัศนคติต่อสุขภาพ มีวิธีการทำงาน และมีมุมมองต่อ อสม. และชุมชน ที่ต่างไปจากเดิม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำบทบาทในฐานะ เป็นพี่เลี้ยงที่คอยให้การสนับสนุนในสิ่งที่ชุมชนต้องการ เช่น ข้อมูลทางวิชาการ หรือเทคนิค เครื่องมือที่จำเป็นต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ต้องทำงานร่วมกันกับ อสม. และรับฟังความเห็นจาก อสม. มากขึ้น ไม่ใช่สั่งงานให้ อสม. ทำอย่างเช่นในอดีต งานทุกชิ้นที่ทำในชุมชนควรต้องชี้แจงให้ชุมชนยอมรับเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และควรเป็นกิจกรรมที่สร้างความรู้และความสุขให้กับ อสม. และชุมชนเพิ่มขึ้น ช่วยให้รู้สึกว่าการต่างๆ เป็นเรื่องของชุมชนตนเองไม่ใช่ภาระที่เจ้าหน้าที่มาโยนให้ทำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนไม่น้อยที่ทำงานด้วยใจเต็มร้อย คลุกคลี และให้ความเคารพในความคิดของชาวบ้านในลักษณะที่กล่าวถึงข้างต้นมาอย่างยาวนาน ควรต้องได้รับการเชิดชู และนำมาเป็นต้นแบบถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานกับชุมชนให้กับคนอื่นๆ ต่อไป

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทต่อการทำงานของ อสม. มากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนงบประมาณการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน การเสริมแนวคิดการทำงานด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น การถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานกับ อสม. การชี้ให้สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เห็นบทบาทและความสำคัญของ อสม. โดยเฉพาะ อสม. พันธุ์ใหม่ที่จะพัฒนาขึ้นก็จะช่วยให้ อสม. ทำงานได้ง่ายขึ้น จะเห็นรูปธรรมได้จาก อบต. หลายแห่งที่มีสมาชิกที่เคยทำหน้าที่เป็น อสม. มาก่อน จะมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของ อสม. และของชุมชนได้เป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (สช.) ควรจัดอบรม สัมมนา หรือจัดทำคู่มือการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนให้กับสมาชิกและผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะเป็นอีกจุดหนึ่งที่จะช่วยให้ความเข้าใจที่ดีระหว่างกัน สืบสานงานต่อเนื่องกันไปได้ และช่วยให้เกิดอีกโครงสร้างหนึ่งที่สนับสนุนการทำงานของ อสม. ในชุมชนได้

ดังนั้น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (สช.) รวมทั้งหน่วยงานในเครือข่ายต้องปรับทัศนคติที่มีต่อเรื่องสุขภาพ อสม. และต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำงานกับชุมชนอย่างเร่งด่วน ต้องไม่มองว่า อสม. เป็นเครื่องมือของกระทรวงสาธารณสุข แต่คือทรัพยากรของชุมชนที่มาช่วยงานสุขภาพ สช. ในฐานะผู้ที่อยู่ส่วนกลางควร มีบทบาทในการนำเสนอทัศนคติใหม่ที่ควรมีต่อ อสม. ให้หน่วยงานอื่นทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้รับรู้และเข้าใจ รวมทั้งแสดงบทบาทผู้ประสานงานให้หน่วยงานเหล่านั้นคิดและพัฒนากิจกรรมในชุมชน

ด้วยมุมมองใหม่ที่ไม่ใช่การสั่งหรือบังคับให้ อสม. หรือชาวบ้านทำดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา ต้องสนับสนุน ยกย่องและเผยแพร่ผลงานของเจ้าหน้าที่ อสม. หรือชุมชนที่ทำงานด้วยวิธีการที่น่าสนใจให้สังคมในวงกว้าง ได้รับทราบ และควรทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้ชุมชนต่างๆ ได้ถอดบทเรียนการทำงานของตน หรือ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนในเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างขวางและหลากหลายขึ้น แล้วเปิดเวทีให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ

3. สักยภาพและข้อจำกัดของ อสม. ที่ต้องการหนุนเสริม

ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ถือเป็นผลรวมของปัญหาทั้งปวงที่สะท้อนออกมาในรูปของ การทำงานที่ไร้ประสิทธิภาพ ขาดความรับผิดชอบ ไม่เสียสละ และไม่มีภาวะของการเป็นผู้นำของ อสม. จำนวนไม่น้อย คงปฏิเสธไม่ได้ในศักยภาพและพื้นฐานของผู้ที่เข้ามาเป็น อสม. ว่ามีพื้นฐานการศึกษา ในระดับต่ำ โดยร้อยละ 53.6 มีความรู้ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่ในภาค เกษตรกรรม (ร้อยละ 44.4) ซึ่งมีการะในการประกอบอาชีพและเลี้ยงดูครอบครัวมาก และร้อยละ 86.9 ไม่ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมหลังจากสำเร็จการศึกษาตามระบบแล้ว มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่ได้รับการ ประเมินว่ามีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (ได้คะแนนมากกว่า ร้อยละ 75) (แสงเทียน อัจฉิมานูร และคณะ, 2549) ในบางพื้นที่เมื่อรูปแบบการอบรมลดความเข้มข้น ลงมีการประเมินอย่างไม่เป็นทางการพบว่าความรู้เรื่องสุขภาพของ อสม. กับชาวบ้านทั่วไปแทบไม่มีความแตกต่างกัน โดยผู้ได้รับประเมินเกือบทั้งหมดมีความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ (ธีรวัฒน์ แดงกะเปา, 2549)

อย่างไรก็ตามการขาดความรู้และประสิทธิภาพในการทำงานนี้ไม่ควรถูกตีความว่าเป็น ความบกพร่องของชาวบ้าน เพราะองค์ความรู้และวิธีการทำงานด้านสุขภาพที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็น ความรู้และวิธีการคนละชุดกับที่ชาวบ้านรู้จักคุ้นเคย แต่ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการจัด อบรม การพัฒนาศักยภาพ และการจัดกระบวนการให้ อสม. ได้เรียนรู้จากงานว่ายังทำได้ไม่ด้นัก ปัญหา ในการปฏิบัติงานของ อสม. ดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นปัญหาที่มองจากความคาดหวังของผู้กำหนดนโยบาย สุขภาพจากส่วนกลางที่อยากให้อสม. ทำหน้าที่หรือปฏิบัติตัวตามที่ตนต้องการเป็นหลัก โดยไม่เข้าใจ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชาวบ้านในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ความสำเร็จในที่หนึ่งอาจไม่ใช่ วิธีการสำเร็จรูปที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกๆ ที่ การมีนโยบายให้ดำเนินการเหมือนๆ กันครอบคลุมทุก พื้นที่ (100%) จึงมักไม่ประสบผลสำเร็จ ดังกรณีกองทุนยา และ ศสมช. ที่พยายามทำกันมานาน

การที่จะทำให้อสม. สามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพใน สังคมอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเกื้อหนุนกัน ซึ่ง น.พ. บุญชัย สมบูรณ์สุข กล่าวไว้ถึงเวลาที่เปลี่ยนวิธีการดูแลสนับสนุน อสม. แล้ว (สัมภาษณ์, วันที่ 27 มิถุนายน 2549) ขอนำเสนอเป็นประเด็น ดังนี้

1. แปลงแนวคิดกระจายอำนาจให้เป็นรูปธรรมการปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ควรเริ่มต้นที่ให้องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าผู้กำหนดนโยบาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน ทำความเข้าใจให้ชัดเจนถึงการเปลี่ยนแปลงระบบสนับสนุนและบทบาทหน้าที่ของ อสม.

2. กระบวนการคัดเลือกผู้มาทำหน้าที่นี้ควรให้เป็นบทบาทของคนในชุมชนที่คัดเลือกกันเองเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชุมชนของตนเอง และเมื่อ อสม. อยู่ภายใต้นิยามที่เปลี่ยนไปจะช่วยให้มีผู้อสาเข้ามาทำงานกว้างขึ้น แต่คือผู้ที่จะเป็นแกนนำด้านสุขภาพของชุมชนซึ่งอาจเป็นพระ ผู้สูงอายุ ครู นักเรียน กลุ่มเยาวชนในชุมชน เป็นต้น ตำแหน่ง อสม. ในลักษณะนี้จึงยากที่จะตกเป็นเครื่องมือทางการเมือง หรือกลายเป็นพรรคที่ส่งต่อกันในกลุ่มผู้มีอำนาจในชุมชน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับปรับวิธีการทำงาน ตั้งแต่ส่วนกลางจนถึงท้องถิ่น โดยเฉพาะท้องถิ่นที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานไปมากและหลายหลายตามความพร้อม โดยเฉพาะระดับจังหวัด อำเภอละตำบล ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ ให้องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมวินิจฉัยและวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชนตนเองตามความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมท้องถิ่นตนเอง ให้เกิดการสืบทอดแนวคิดและเจตนารมณ์จิตอาสา และเห็นว่าเป็นตำแหน่งที่มีเกียรติและคุณค่าทางสังคม คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่ และมีบทบาทในการสนับสนุนทั้งงบประมาณและให้ความร่วมมือในการทำงานกับ อสม. ของตน ในที่สุดอาจมีความจำเป็นต้องบัญญัติชื่อขึ้นใหม่ เช่น “อาสาสมัครสุขภาพ” เพื่อสร้างวาทกรรมชุดใหม่ให้สังคมได้รับรู้ความหมายและคุณค่าที่เปลี่ยนไปของ อสม.

3. การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ควรเป็นไปเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเป็นผู้นำหรือผู้ประสานงานด้านสุขภาพในชุมชน นอกเหนือจากการอบรมให้ข้อมูลพื้นฐานร่วมกันเมื่อแรกเข้าแล้ว เนื้อหาที่อบรมอาจไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทั้งหมด ควรต้องจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องของสุขภาพผ่านประสบการณ์ในการทำงานในด้านที่แต่ละกลุ่มสนใจอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพภายในชุมชนเพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ไปยังคนรุ่นต่อไปหรือเพื่อแผ่ให้กับชุมชนอื่นได้ ต้องหาวิธีนำเอาศักยภาพของ อสม. หรือภูมิปัญญาที่ชุมชนมีอยู่ออกมาใช้เพื่อให้ชาวบ้านตระหนักในความรู้ความสามารถที่ตนมีมากกว่าการนำความรู้ภายนอกไปให้ ซึ่งจะดยกย่ำว่าสิ่งที่เขารู้หรือทำไม่ถูกต้อง ดังที่ น.พ.บุญชัย สมบูรณ์สุข กล่าวว่า อีกด้านหนึ่งเจ้าหน้าที่สามารถนำ intervention ระดับชาวบ้านที่เขาทำได้แต่เรายังไม่ได้สนใจมาดำเนินการสนับสนุน (สัมภาษณ์, วันที่ 27 มิถุนายน 2549)

4. นอกเหนือจากสวัสดิการ สิทธิประโยชน์พิเศษที่ส่วนกลางจัดสรรเพื่อเพิ่มกำลังใจในการทำงานให้กับ อสม. แล้ว ชุมชนควรเสนอสิ่งตอบแทนพิเศษเพิ่มเติมให้กับ อสม. ของตนที่ตั้งใจทำงาน โดยอาจไม่จำเป็นต้องเป็นเงินหรือสิ่งของเท่านั้น อาจเป็นเกียรติยศ การแสดงการยอมรับในคุณค่าและ

ความเสถียรที่มีต่อชุมชน และควรให้ชุมชนกำหนดวิธีการประเมินคุณภาพ อสม. ของตนด้วย แนวทางการสนับสนุนระบบสวัสดิการควรปรับเป็นระบบสวัสดิการชุมชน ในช่วงที่ผ่านมา มีบทเรียนและงานวิจัยที่สะท้อนรูปแบบความเป็นไปได้ที่ชุมชนสามารถจัดการได้ด้วยตัวชุมชนเอง และมีความยั่งยืน ได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบนรากฐานความเอื้ออาทรและความร่วมมือในชุมชน ซึ่งการศึกษาของณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ และคณะ (2546) ได้วิเคราะห์ให้เห็นแนวคิดและปฏิบัติการที่สะท้อนถึงความเป็นไปได้ที่ควรพัฒนาเคียงคู่กันไปกับระบบสวัสดิการที่จัดโดยรัฐ

5. ควรสนับสนุนให้ อสม. ขยายเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพให้กว้างขึ้น ทั้งในชุมชนตนเอง ที่อาจขยายไปสู่แกนนำในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มครู พระสงฆ์ เป็นต้น รวมทั้งกลุ่ม อสม. ในพื้นที่ใกล้เคียง หรือกลุ่มในระดับภูมิภาคหรือประเทศ จัดระบบการเรียนรู้ในแนวราบในลักษณะเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือและพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน และถ่วงดุลไม่ให้เกิดความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง ที่มีแนวโน้มจะนำชื่อกลุ่มไปใช้ประโยชน์โดยคนกลุ่มเดียว และช่วยถ่วงดุลกับพลังทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศได้ระดับหนึ่ง

6. เมื่อบทบาทของ อสม. มุ่งเน้นการเป็นแกนนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ใช่อยู่กับการเป็นลูกมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะสามารถชักชวนคนในวงกว้างขึ้นให้มาทำงานอาสาสมัครสุขภาพ เช่น กลุ่มเยาวชนในโรงเรียน พระสงฆ์ ครู กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้งานที่จะคิดและทำมีลักษณะที่หลากหลายเหมาะสมกับกลุ่มคนต่างๆ มากยิ่งขึ้น

7. บุคลากรสาธารณสุข ปรับบทบาททำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุนข้อมูลวิชาการ เทคนิคพิเศษ หรือช่วยประสานงานเสนอแนะแนวทางให้ได้สิ่งที่ชุมชนต้องการ การทำงานในฐานะแรงงานหรือลูกมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ซึ่งยังมีความจำเป็นอยู่ระดับหนึ่ง) อาจต้องปรับรูปแบบเป็นการขอความร่วมมือจากชุมชนให้ช่วยทำ หรือขอการสนับสนุนจากโรงเรียน เป็นต้น

บทสรุป

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา อสม. ได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วนในสังคมว่าเป็นพลังสำคัญร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพคนไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้ในรายละเอียดจะมีปัญหาในการทำงานอยู่ไม่น้อยแต่ผู้รับผิดชอบต่างได้พยายามหาทางปรับปรุงแก้ไขมาเป็นลำดับ ทั้งในส่วนกลไกการคัดเลือกผู้ที่จะเข้ามาเป็น อสม. การให้การอบรม การสนับสนุนการทำงานด้านต่างๆ ไม่ว่า งบประมาณ ข้อมูลวิชาการ การเชิดชูเกียรติให้สวัสดิการแก่ อสม. และบุตรธิดา และการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายของ อสม. ตั้งแต่ระดับพื้นที่จนถึงระดับประเทศ แต่กระนั้นก็ยังพบปัญหาในการทำงานทั้งในส่วนที่เป็นปัญหาเดิมๆ เช่น ปัญหาการไม่สามารถเป็นแกนนำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในชุมชนตามเป้าหมายหลักได้ ส่วนหนึ่งทำงานอย่างเฉื่อยชา บางพื้นที่หาผู้ที่อาสาเข้ามาทำงานได้ยาก และปัญหาขาดความรู้ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น อีกส่วน

หนึ่งเป็นปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นพร้อมกับสภาพทางสังคม การเมือง รวมทั้งโครงสร้างระบบราชการที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ปัญหาการนำพลังของ อสม. เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมือง การไม่มีคนรุ่นใหม่เข้ามาทำงานเป็น อสม. ปัญหาการประสานงานกับ อบต. หรือเทศบาลที่มีบทบาทกับ อสม. มากขึ้น ในขณะที่สัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยลง เป็นต้น

บทความนี้เสนอแนวทางการพัฒนาการทำงานของ อสม. ทั้งในส่วนภาพรวมและส่วนที่เน้นด้านกลไกสนับสนุนการทำงานและสิทธิประโยชน์ต่อ อสม. เป็น 3 ส่วน ได้แก่

- 1) ในภาพรวมแล้วผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน และตัว อสม. เอง ต้องปรับทัศนคติต่อสุขภาพ และต่อ อสม. ใหม่ โดยต้องเข้าใจความหมายของสุขภาพในมิติที่กว้างเกินกว่ามิติทางร่างกายแบบชีวการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้เห็นบทบาท และคุณค่าของ อสม. ที่มากขึ้นกว่าการเป็นผู้ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาจจำเป็นต้องสร้างวาทกรรมชุดใหม่ของ อสม. ขึ้นมา ในฐานะ “อาสาสมัครสุขภาพ” ที่มีบทบาทหน้าที่และการทำงานที่แตกต่างจากเดิม
- 2) ในส่วนของโครงสร้าง นโยบาย และการบริหารจัดการซึ่งปัจจุบัน อสม. มีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลทุกๆ ด้านจาก อบต. มากขึ้น นับว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ อสม. ตามแนวคิดใหม่จะได้แสดงบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพให้ชุมชนได้เห็น แต่กระทรวงสาธารณสุขควรต้องถ่ายทอดข้อมูลที่จำเป็นในการทำงานด้านสุขภาพร่วมกับ อสม. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ให้เป็นที่ปรึกษาคอยให้ข้อมูลทางวิชาการ และให้คำแนะนำช่วยเหลือการทำงาน มากกว่าเป็นผู้สั่งงาน
- 3) สำหรับอุปสรรคการปฏิบัติงานของ อสม. หากเริ่มต้นที่ความชัดเจนของคุณค่าและบทบาทหน้าที่ของ อสม. ต่อชุมชนแล้ว จะทำให้แนวทางการคัดเลือกคนทำงาน เน้นหาการยอมรับรวมทั้งการให้สวัสดิการตอบแทนจากสังคมต่อ อสม. ชัดเจนขึ้นและไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเงินเพียงอย่างเดียว การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ทั้งในระดับชุมชนและการเรียนรู้การทำงานของ อสม. ข้ามชุมชน จะทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานในแนวทางที่ใช้งานได้จริง และลดโอกาสนำเครือข่ายไปใช้ประโยชน์ทางการเมืองลงได้ระดับหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

Roger EM and Solomon DS. (1975) Traditional midwives and family planning in Asia. Study in family planning. 6(5) p. 126-133.

เชิงชาญ โนจา. (2549) อาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมเยียนผู้ติดเชื้อมีดื้อยาต้านไวรัส. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2: สังเคราะห์งานวิจัยในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา. วันที่ 5-6 กรกฎาคม 2549 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.

ฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ออนไลน์ 11 มิถุนายน 2549:

<http://203.157.7.19/phc/phc/index.php>

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ และคณะ, (บก.). (2549) บทสังเคราะห์ภาพรวม การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย. ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ลือชัย ศรีเงินยวง, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุรเดช เดชคุ้มวงศ์. (ม.ป.พ.)

ปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไทยรัฐ. (2549) ปีที่ 57 ฉบับที่ 17661, 30 พฤษภาคม

ธีรวัฒน์ แดงกะเป่า. (2549) บทบาท อสม. กับงานสุขภาพของครัวเรือน กรณีบ้านสี่แยกสวนป่า ต.วังหิน

อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2:

สังเคราะห์งานวิจัยในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา. วันที่ 5-6 กรกฎาคม 2549 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.

ประสิทธิ์ ลิระพันธ์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์, ถังกานา เต็มศิริกุลชัย. (2544) การประเมินสองทศวรรษของ

การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.

พนมวรรณ คาคัพโน. (2549) งานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน. เอกสารประกอบการประชุม

เชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2: สังเคราะห์งานวิจัยในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัคร

สาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา. วันที่ 5-6 กรกฎาคม 2549 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.

พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2540). สัจพยานณ์: งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : บริษัท พี. เอ. ลิปดิง จำกัด

รุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์ และคณะ. (2543) สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานใน

ประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.

วนิดา วิระกุล. (2545) การศึกษาวิวัฒนาการ ความสำเร็จ และทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน.

ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

เวปบอร์ด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ข้อมูล ออนไลน์ 30 พฤษภาคม 2549:

http://www.nhso.go.th/New/cgi-bin/WEBBOARD_NHSO/post3.asp?QuestID=295

ศีลเรืองศักดิ์ สุกใส (2549) **ทำไม ผืนดินสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่** เอกสารประกอบการประชุมเชิง

ปฏิบัติการ ครั้งที่ 2: สังเคราะห์งานวิจัยในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข
และยุทธศาสตร์การพัฒนา. วันที่ 5-6 กรกฎาคม 2549 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น
กรุงเทพมหานคร.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2545) **การปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวง-**

สาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

แสงเทียน อัจฉิมานกุล, สุจินดา สุขกำเนิด, ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมานกุล, และกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์.

(2549) **การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทหน้าที่กำลัง
เปลี่ยนแปลง.** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2: สังเคราะห์งานวิจัย ใน
โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา. วันที่ 5-6
กรกฎาคม 2549 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.

.....

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้รู้และให้สัมภาษณ์ไว้อย่างมาก

1. น.พ.บุญชัย สมบูรณ์สุข	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สัมภาษณ์วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2547
2. น.พ. ขวัญชัย วิศิษฐนันท์	รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สัมภาษณ์วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2549
3. น.ส. รุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สัมภาษณ์วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2549
4. นายปัญญาวัฒน์ สันติเวส	สำนักพัฒนาวิชาการและนิเทศงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สัมภาษณ์วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2549

3

ทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข :
มองผ่านมิติสังคมวัฒนธรรมของโรคเรื้อรัง

โดย ประชาธิป กะทา

บททวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข: มองผ่านมิติสังคมวัฒนธรรมของโรคเรื้อรัง

ประชาติป กะทา*

บทนำ

พัฒนาการงานสาธารณสุขมูลฐานของไทยในต้นทศวรรษ 2520 ได้สร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กระจายครอบคลุมในทุกหมู่บ้าน อสม.ที่เกิดขึ้นเป็นจุดเชื่อมต่องานสาธารณสุขระหว่างรัฐสาธารณสุขกับหมู่บ้าน ตามปรัชญาแนวคิดที่ว่า อสม.มีบทบาท “แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ” อย่างไรก็ตาม แนวคิดและตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขก็ถูกตั้งคำถามตลอดมาเช่นกัน งานวิจัยที่แม้จะมีน้อยชิ้นแต่ก็แสดงให้เห็นปัญหาบางประการที่เกิดขึ้นกับกระบวนการดำเนินงานเพื่อฝึกอบรม ผสส. (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) และอสม. ในยุคเริ่มต้นงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความเหนื่อยหน่ายของ ผสส. จำนวนมาก และการขาดระบบการสนับสนุนและนิเทศงานที่ดีพอ (ไกรสิทธิ์ และคณะ 2524) รวมทั้งงานวิจัยของกระทรวงสาธารณสุขเองที่เสนอให้หันกลับมาพิจารณาความเหมาะสมของตัวแบบ ผสส./อสม. ในภาพรวมกันใหม่อีกครั้งหนึ่ง (คู อุทัย 2527: 33) ตลอดจนงานวิจัยของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2530) ที่ประเมินผลงาน อสม. หลังดำเนินงานมาได้ 10 ปี ที่พบว่าตัวแบบที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขมีปัญหาไม่สอดคล้องกับระบบการเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของหมู่บ้านไทย พร้อมกับให้บททวนความคุ้มทุนของตัวแบบงานอาสาสมัครรูปแบบเดิม

เป็นที่น่าเสียดายว่างานวิจัยที่มีอยู่น้อยชิ้นที่ตั้งคำถามกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขข้างต้นไม่ได้รับการใส่ใจจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นแต่อย่างใด ตรงข้ามกระทรวงสาธารณสุขกลับทุ่มให้กับการสละวงเงินฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและมุ่งมั่นค้นหาวิถีใหม่ ๆ ที่จะใช้หนุนเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับระบบ ผสส./อสม. จนท้ายสุดยกฐานะ ผสส. เป็น อสม. คูแลรับผิดชอบครัวเรือนคนละ 8 -10 ครัวเรือนจนปัจจุบัน

ตัวแบบและแนวคิดเบื้องหลังงานอาสาสมัครสาธารณสุขในยุคสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในยุคนั้น คือปัญหาโรคติดต่อ และปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่ยังมีอัตราตายที่สูง บทบาทของ อสม. ที่กำหนดจากรัฐสาธารณสุขส่วนกลาง จึงเน้นไปที่การช่วยเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลรายงานอนามัยแม่และเด็ก และช่วยเจ้าหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของหมู่บ้าน แม่ อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนชาวบ้านจะดำเนินการในบทบาทดังกล่าวได้ดี เพราะเป็นภาระงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่ผลที่ตามมาทำให้ อสม. ตกอยู่ภายใต้ระบบอุปถัมภ์ของราชการสาธารณสุข กลายเป็นแขนงคอยรับคำสั่งจากเจ้าหน้าที่มากกว่าจะเป็นมันสมองช่วยคิดช่วยทำงานร่วมกัน ผลที่

* สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

เกิดขึ้นทำให้ชาวบ้านที่จะได้รับการคัดเลือกเป็น อสม. หรือได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่คือคนที่ใช้งานง่ายและยอมรับความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์อย่างไม่ปริกাপบ่น

เมื่อแนวคิดและตัวแบบของงานอาสาสมัครสาธารณสุขของประเทศตั้งอยู่บนสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นประเด็นที่น่าตั้งคำถามในหลายประการด้วยกันคือ *ประการแรก* ตัวแบบของงานอาสาสมัครสาธารณสุขรูปแบบเดิมยังจะเหมาะสมหรือไม่อย่างไร กับสถานการณ์ภัยคุกคามปัญหาสุขภาพของประเทศที่เปลี่ยนผ่านจากยุคโรคติดต่อและปัญหาอนามัยแม่และเด็กในอดีตมาสู่ยุคของโรคไร้เชื้อเรื้อรังในปัจจุบัน *ประการที่สอง* หากตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขรูปแบบเดิมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ภัยคุกคามสุขภาพของประเทศในปัจจุบันจะมีทิศทางใหม่ของงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นทางออกแตกต่างจากเดิมอย่างไรบ้าง *ประการสุดท้าย* อะไรคือประเด็นท้าทายของงานอาสาสมัครสาธารณสุขของประเทศในอนาคต บทความชิ้นนี้ จะตอบคำถามหลัก 3 ประการข้างต้น โดยมองผ่านสถานการณ์โรคเรื้อรังของประเทศ และลักษณะอาการของโรคเรื้อรังในมิติสังคมวัฒนธรรมที่ดำเนินอยู่ในชุมชน บทความแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน *ส่วนที่ 1* แสดงให้เห็นสถานการณ์ภัยคุกคามของโรคเรื้อรังของประเทศในปัจจุบัน *ส่วนที่ 2* การเจ็บป่วยเรื้อรังในมิติสังคมวัฒนธรรม *ส่วนที่ 3* ทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัคร สาธารณสุขผ่านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน *ส่วนที่ 4* ประเด็นท้าทายของงานอาสาสมัคร สาธารณสุขไทยในอนาคต

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรัง ภัยคุกคามสุขภาพของประเทศ

ปัจจุบันกล่าวได้ว่าประเทศไทยอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (epidemiological transition) จากปัญหาโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศมาสู่ยุคของปัญหาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรกระบบไหลเวียนโลหิตและกลุ่มโรคเมตาบอลิกและเนื้องอกที่กลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศและมีแนวโน้มสูงขึ้น ตรงข้ามกับอัตราการตายของมารดาและทารกที่มีแนวโน้มลดลง (สุวิทย์ 2548: 169 -175)

รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายแสดงให้เห็นสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่า ประชากรชาย ร้อยละ 23 และประชากรหญิง ร้อยละ 27 ของประเทศ มีสถานะความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่ตรวจพบที่มีความดันโลหิตสูงนี้มีร้อยละ 71 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อนเลย เช่นเดียวกับกลุ่มที่เป็นเบาหวานร้อยละ 66 ในชาย และร้อยละ 49 ในหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนเช่นกัน นอกจากนั้นในกรุงเทพฯซึ่งมีความชุกของโรคมากที่สุด แต่มีความครอบคลุมของการรักษาต่ำเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น (เยาวรัตน์ และพรพันธุ์ 2549: 5) ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อรังทั้งในส่วนของการที่มีจำนวนผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้น และการที่ประชากรเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่รู้ตัวว่าตัวเองมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ชุมชนเองก็ขาดความตระหนัก เนื่องจากการรับรู้และความเข้าใจต่อโรคเรื้อรังไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง ทำให้โรคเรื้อรังสำหรับชุมชนกลายเป็นสิ่งที่น่ากลัว (รัชฎาพร, อนุพันธ์ และจำนงค์ 2546) เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ คาดการณ์ไม่ได้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังจะบรรเทาหรือทรุดหนักลง ผู้ป่วยจึงเกิดความกังวลใจ แสวงหาวิธีการรักษาตลอดเวลาเพื่อหลีกเลี่ยงอาการเรื้อรัง และเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อใช้ในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ นำเข้าบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลที่ไม่เข้าใจแง่มุมทางสังคมวัฒนธรรมของโรคเรื้อรังก็ก่อปัญหาทำให้อาการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงขึ้น (มานพ และคณะ 2537) ที่สำคัญ การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลมีต้นทุนที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดชุมชน (ศุภสิทธิ์ และมานิต 2541: 32-33)

โรคเรื้อรังจึงเป็นภาพตัวแทนของความน่ากลัวที่เกิดขึ้นในโลกยุคใหม่ และกำลังท้าทายอำนาจของระบบการแพทย์ที่ไม่สามารถใช้ทฤษฎีทางการแพทย์มาอธิบายและรักษาความเจ็บป่วยเรื้อรังให้หายขาดเหมือนกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในอดีต ตลอดจนภาระโรคที่มีต้นทุนในการดูแลรักษาพยาบาลที่สูง

ประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังนำมาสู่การสูญเสียตัวตน (self) อัตลักษณ์ (identity) ของผู้ป่วย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรือค่อยเป็นค่อยไปของร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงสวมบทบาทผู้ป่วย หากยังกลายสภาพเป็นผู้ทนทุกข์ทรมานอีกด้วย การเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลยังได้คุกคามขยายสู่คนในครอบครัว ชุมชน ทำให้พวกเขาเหล่านี้ต้องกลายเป็นผู้ร่วมชะตากรรม และมีไม่น้อยตกเป็นผู้ทนทุกข์ร่วมไปกับผู้ป่วย บ่อยครั้งคนทำงานสุขภาพเองก็เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย จนเห็นเป็นเรื่องชาชิน จากการที่ไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลับฟื้นคืนสภาพเป็นปกติได้เหมือนโรค หรืออาการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ไม่อาจใช้เหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าจัดการได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด หากต้องอาศัยความเอื้ออาทร ความห่วงใย ความอดทนสูงในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ต้องเริ่มต้นจากการเข้าไปรับรู้ รับฟังคำอธิบาย และประเมินอาการเจ็บป่วยอันซับซ้อนร่วมกับผู้ป่วยและคนรอบข้าง จนเข้าใจโลกสุขภาพ ประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรัง และความหมายของอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น ตลอดจนดูแลใส่ใจด้วยมิติความเป็นมนุษย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบตัวตนที่ถูกครอบงำจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสภาพที่การแพทย์ช่วยแก้ไขเยียวยาให้ไม่ได้ รวมทั้งการคืนรนต่อสู้เพื่อหลุดพ้นจากการพึ่งพาคนในครอบครัว จนมีความเข้าใจตนเอง มองเห็นคุณค่า และเข้าถึงความหมายของชีวิต

ภาระอันหนักหน่วงในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ไม่สามารถทำให้สำเร็จเด็ดขาดได้ด้วยศักยภาพของการแพทย์สมัยใหม่ เพราะลักษณะการดำเนินไปของโรคและอาการเจ็บป่วย เรื้อรังแตกต่างจากทฤษฎีทางการแพทย์ที่เคยใช้ได้ผลในการควบคุมกำจัดโรคติดเชื้อในอดีต โรคหรืออาการ

เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นชุดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและการตีความของผู้ป่วยมากกว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่ตายตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์เหมือนโรคทั่วไป ดังนั้น คนที่จะเข้าใจชุดประสบการณ์ของการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเป็นคนที่เคยผ่าน หรือกำลังเผชิญกับประสบการณ์ของการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน โรคและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นประเด็นท้าทายงานสาธารณสุขชุมชนอย่างมาก โดยเฉพาะการดึงพลังการมีส่วนร่วมจากคนในชุมชนผ่านงานอาสาสมัครในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย

แต่ก่อนที่จะได้วิเคราะห์ให้เห็นว่าแนวคิดหรือตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพปัจจุบันเหมาะสมมากน้อยเพียงใดในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โรคหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กำลังเป็นภัยคุกคามสุขภาพ เราจำเป็นต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงลักษณะของโรคและการเจ็บป่วยเรื้อรังเสียก่อน โดยเฉพาะมิติทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นแง่มุมที่จะช่วยให้เราเข้าใจโลกประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งมองเห็นแง่มุมใหม่ ๆ ในการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพในอนาคต

ส่วนที่ 2 มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.1 โลกประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว หรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอาการของโรคแสดงนัยของความเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำเป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดเป็นเพียงการทุเลาอาการหรือลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นโลกประสบการณ์ของความเจ็บปวด และมีความทุกข์ทรมานที่ซึ่งโครงสร้างของชีวิตประจำวันและรูปแบบของความรู้สึกสะกด หดหู่ (Bury 1982: 169) พยาธิสภาพของความเจ็บป่วยเรื้อรังอาจพยากรณ์ได้ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงมักจะเลิกรักษา เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังยอมรับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ช้ากว่าโรคทั่วไป เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งอาการดำเนินไปของโรคไม่ชัดเจนที่กำลังเจ็บป่วยอยู่หรือหายเป็นปกติ โรคเหล่านี้การแพทย์สมัยใหม่ช่วยรักษาให้หายขาดได้ยาก

การนิยามความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคล แตกต่างกันตามประสบการณ์ อายุ เพศ ชนชั้น ชาติพันธุ์ และความเชื่อ เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังบุคคลจะรู้สึกไม่สะดวกสบาย วิตกกังวล หวาดกลัวจากสิ่งรอบกวน อาการทางจิตนี้จะกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ชุมชน ทำให้พวกเขาเหล่านี้ต้องกลายเป็นผู้ร่วมรับรู้ ติความ ประเมินอาการ แสวงหาการรักษา และสร้างมาตรฐานในการอธิบายความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ๆ (Kelly and Field 1996: 242 - 243) การเปลี่ยนแปลงลักษณะของร่างกายจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีหลายอย่าง เช่น สีหน้าท่าทาง โทณเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำเดิน โดยเฉพาะความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะแสดงออกยาวนานตลอดประสบการณ์ของอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังคุกคามกิจวัตรประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์ของบุคคล และการนับถือตัวเอง นำมาซึ่งภาวะอันยุ่งเหยิงของชีวิต การรักษาโรคเรื้อรังยังนำมาซึ่งความยุ่งยากลำบากทั้งกับคนไข้และหมอผู้รักษา (Kleinman 1988: 44-46)

Helman อธิบายเกี่ยวกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้อย่างน่าสนใจว่า สร้างความยุ่งยากให้กับทั้งผู้ป่วยและคนรอบข้าง ทั้ง ๆ ที่จุดแรกเริ่มของโรคหรืออาการเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล อาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นที่ทันใด เช่น อัมพาตจากอุบัติเหตุ แม้ในระยะเวลาต่อมาอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น แผลดลอก ฟกช้ำ และแผลเป็นจะเลื่อนหายไปจากการรับรู้ของบุคคลรอบข้าง แต่ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยก็จะยังคงดำเนินต่อไปอีกยาวนาน (Helman 2000: 134) ประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังจึงนำมาซึ่งการสูญเสียตัวตนและอัตลักษณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากการแสดงออกของตัวตนของบุคคลจะสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อร่างกายประสบกับความยุ่งยากจากการคุกคามของอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง บุคคลจะรู้สึกแปลกแยกระหว่างร่างกายที่แสดงออกกับตัวตนภายใน ความขัดแย้งกันระหว่างร่างกายกับตัวตนและอัตลักษณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังนี้สร้างปัญหาก่อความยุ่งยากแก่ผู้ป่วยอย่างมาก

2.2 ร่างกาย ตัวตน และอัตลักษณ์

เราต้องเข้าใจว่าการแสดงออกของร่างกายทางกายภาพมีอิทธิพลต่อชีวิตทางสังคม (social life) และอัตลักษณ์ทางสังคม (social identity) เพราะร่างกายจะเคลื่อนไหวตามตัวตน และอัตลักษณ์ทางสังคมที่โครงสร้างทางสังคมและปัจเจกร่วมกันสร้างขึ้น (Stone 1962) เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังบุคคลจะสับสนว่าอัตลักษณ์ของตน คืออะไร และอยู่ตำแหน่งแห่งที่ใดในโครงสร้างทางสังคม การศึกษาของ ชาร์มาซ (Chamaz 1983: 168) พบว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการสูญเสียตัวตนของผู้ป่วย และตัวตนที่ถูกยึดครองด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้จะแตกต่างจากตัวตนเดิม เนื่องด้วยบุคคลจะต้องใช้ชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังไปตลอดอายุขัย มีชีวิตที่ถูกจำกัด การอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่มีศักดิ์ศรี และต้องกลายเป็นภาระกับคนรอบข้าง

โดยเฉพาะสังคมเกษตรกรรมที่ความสามารถของร่างกายและความแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ยืนยันให้เห็นชีวิตทางสังคม เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมหมายถึงการไม่มีงานทำ ไม่สามารถอยู่รอดได้ในสังคม และต้องสูญเสียเงินเพื่อการรักษาจำนวนมาก ในที่สุดบุคคลเหล่านี้ก็จะยิ่งทุกข์ยากและถูกจัดเข้ากลุ่มที่สังคมตีตราว่าเป็นคนเกียจคร้าน คนไร้สมรรถภาพต้องพึ่งพิงคนอื่น เป็นบุคคลที่เบี่ยงเบนไปจากความคาดหวังทางสังคม ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากจึงรู้สึกเหมือนกับได้ตายไปจากสังคมของตนเอง (social death) ก่อนที่จะเสียชีวิตในภายหลังด้วยซ้ำ

เมื่อเป็นเช่นนี้ บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อประคับประคองตัวตนที่มีรอยร้าวจากความเจ็บป่วยเรื้อรังมิให้แตกสลายลง อาจเริ่มด้วยการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ แม้จะไม่นับว่าการดูแลทางการแพทย์จะสามารถรักษาความเจ็บป่วยให้หายได้ก็ตาม แต่เมื่อพบว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถรักษาภาวะความน่าอับอาย การถูกตีตรา และการสูญเสียตัวตนจากความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ บุคคลจะกลับมาหาการแพทย์พื้นบ้านที่พึ่งพิงด้านจิตใจ พร้อมไปกับการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ (ดู ยงศักดิ์ 2548; มธุรส 2549) การสร้างตัวตนและอัตลักษณ์ใหม่เพื่อเยียวยาปรับความสัมพันธ์กับสังคมรอบข้างจึงเกิดขึ้น แต่การแสดงออกของพฤติกรรมจะ

แตกต่างกันไปตามสิ่งเร้าภายนอก หรือบทบาทที่ได้รับตามที่สังคมคาดหวังหรือกำหนด ดังนั้นจะพบว่าในสถานการณ์เดียวกันหรือผู้ป่วยเรื้อรังโรคเดียวกันจะมีความคิดต่อการให้คุณค่าของตัวเอง และแสดงพฤติกรรมความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวตน อัตลักษณ์ กับร่างกายที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกระบวนการทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และตามระดับความรุนแรงของอาการ (Kelly and Field 1996) เช่น กรณีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้เป็นอย่างดี กรณีเช่นนี้อัตลักษณ์ของบุคคลจะไม่เปลี่ยนแปลง เพราะผู้อื่นไม่ทราบว่าเป็นเบาหวาน เนื่องจากร่างกายไม่มีความผิดปกติใดๆปรากฏให้เห็น ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยเบาหวานถูกตรวจและนั่งรถเข็น ผู้ป่วยจะไม่สามารถปิดบังอัตลักษณ์ของความพิการในสายตาผู้อื่นได้ ผู้ป่วยอาจปรับอัตลักษณ์ใหม่ให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมแต่ก็เกิดขึ้นได้ยากยิ่ง หน้าที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการที่สังคมปิดป้ายด้านลบ การตีตรา หรืออคติอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับอาการที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ขั้นสุดท้ายที่แสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างเด่นชัด ผอมแห้ง ผิวดำคล้ำ ผิวหนังมีรอยตุ่มแผลเป็น ผสมบางน้อย ซึ่งร่างกายที่เจ็บป่วยในลักษณะดังกล่าวนี้จะง่ายต่อการถูกตีตราจากสังคม อันเป็นผลมาจากความขัดแย้งกันระหว่างร่างกายที่เจ็บป่วยกับตัวตนและอัตลักษณ์

ความขัดแย้งข้างต้นระบบการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถเยียวยาหรือล้างมลทินที่แปดเปื้อนให้หมดไปจากร่างกายได้ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการทางสังคม โดยเฉพาะคนในครอบครัว บุคคลคนรอบข้าง และคนในชุมชนต้องเข้ามามีบทบาทร่วมที่สำคัญ เพื่อช่วยในการฟื้นฟูชีวิตทางสังคมและสภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง

จะเห็นได้ว่า โรคและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังกลายเป็นภาพตัวแทนของปัญหาการแพทย์และสาธารณสุขยุคปัจจุบัน เนื่องจากท้าทายอำนาจความรู้ทางการแพทย์ที่ไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายขาดได้เหมือนกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในอดีต โรคเรื้อรังยังนำความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสมาสู่หมอผู้รักษาและผู้ป่วย ไม่เพียงประเด็นการรักษาให้หายขาดได้ยาก แต่รวมทั้งการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานอาการเป็น ๆ หาย ๆ คาดการณ์อาการได้ยาก จนนำมาสู่ความรู้สึกท้อแท้เหนื่อยหน่าย และเห็นอาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติ

แต่โรคและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ได้เปิดมุมมองใหม่ ๆ ของการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้คน โดยไม่ให้หวังพึ่งพิงอำนาจการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่เพียงฝ่ายเดียว มอบความไว้วางใจให้เฉพาะกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เท่านั้น อาการเจ็บป่วยเรื้อรังได้เปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์และการเยียวยารักษาการเจ็บป่วยรูปแบบอื่น ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมเต็มเต็มที่ในการแก้ไขเยียวยาอาการเจ็บป่วยที่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ขาดหายไป โดยเฉพาะการใช้ “กระบวนการทางสังคม” ของญาติและคนรอบข้างช่วยฟื้นฟูชีวิตทางสังคมของผู้ป่วยที่สูญเสียไปให้กลับคืนมาอีกครั้ง หรือการรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและใช้อำนาจของเรื่องเล่าในการพลิกกลับจากผู้ถูกกระทำทาง

สังคมมาเป็นผู้มีอำนาจกระทำการทางสังคมได้เพิ่มขึ้น ตลอดจนการแสวงหาหุ้นส่วนสุขภาพ หรือทุนทางสังคมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขเยียวยาอาการเจ็บป่วย

อาจกล่าวได้ว่า โรคเรื้อรังไม่เพียงเป็นปัญหาที่ท้าทายระบบการแพทย์และการสาธารณสุขยุคปัจจุบัน หากยังเปิดโอกาส เปิดมุมมองใหม่ สร้างจินตนาการ และการแสวงหารูปแบบการทำงานใหม่ๆ ให้คนทำงานด้านสุขภาพชุมชนมีทางเลือกในการแก้ไขเยียวยาความทุกข์ทรมานของผู้คนด้วยหัวใจละเอียดอ่อนแห่งความเป็นมนุษย์เพิ่มขึ้น โดยไม่ถูกรอบงำจากกระบวนทัศน์สุขภาพและการแพทย์แบบเดิม รวมทั้งเปิดมุมมองใหม่ให้แก่แนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขรูปแบบใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ ซึ่งจะได้นำเสนออย่างละเอียดในหัวข้อต่อไป

ส่วนที่ 3 ทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข: มองผ่านการเยียวยา

รักษาโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความขัดแย้งระหว่างตัวตนเดิมกับการแสดงออกของร่างกายที่ผิดปกติไปจากโลกเดิมที่ตนและคนรอบข้างเคยรับรู้ ดังนั้น เมื่อตัวตนของบุคคลไม่ได้แยกขาดจากสังคม ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีความยุ่งยากในการเผชิญกับความเป็นจริง รู้สึกอับอาย รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่าในสายตาคนรอบข้าง นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเรื้อรังของอาการเจ็บป่วยและรักษาไม่หายขาด เป็น ๆ หาย ๆ นำความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย จนเห็นอาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องชาชิน บางคนยอมจำนนยุติการเยียวยารักษา ซึ่งเท่ากับปิดโอกาสในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

การฟื้นฟูชีวิตทางสังคม

โรคเรื้อรังเป็นโลกประสบการณ์ของการทนทุกข์ที่ยาวนาน การฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้ฟื้นคืนอีกครั้งจึงกระทำได้ยาก แม้ฟื้นคืนกลับมาได้ก็มีสภาพแตกต่างจากเดิม หรือการค้นหาวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เบื้องต้นอาจจะพอทำได้ แต่การฟื้นฟูชีวิตทางสังคมที่อาการเจ็บป่วยเรื้อรังได้สร้างรอยร้าวให้กลับมาเหมือนเดิมพบว่ายังเป็นสิ่งที่ยากมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยได้สูญเสียตัวตน อัตลักษณ์เดิมที่เคยเป็นเคยมี และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่สังคมคาดหวัง (Charmaz 1987: 284-288) ที่สำคัญ โรคหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยระบบการแพทย์สมัยใหม่ และหากรักษาก็ต้องอาศัยระยะเวลานาน การฟื้นฟูชีวิตทางสังคมขึ้นมาใหม่ จึงเป็น “กระบวนการทางสังคม” เพราะเกี่ยวพันกับความหมาย และคุณค่าของชีวิตผู้ป่วย

การเยียวยาโรคเรื้อรังต้องการการปรับตัวร่วมกันของคนในครอบครัว ดังพลังสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเข้ามาช่วยเหลือประคับประคองชีวิตของผู้ป่วย แต่บางครั้งหมอผู้รักษามักจะหลงลืมบทบาทครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะเมื่อขณะรักษาผู้ป่วยจะได้ยินคนป่วยพูดถึงแต่ตัวเอง หมกมุ่นอยู่กับอาการเจ็บป่วยของตน และโดดเดี่ยวประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองออกจากชีวิตทางสังคม (Kleinman 1988: 182) เสตาส์ (Strauss 1975: 60) เสนอว่า สิ่งสำคัญ เราต้องไม่ให้คน

รอบข้างมองว่าบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังแทรกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันและการทำงานไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนกับคนทั่วไป เช่น คนตาบอด หรือผู้พิการแขนขา คนรอบข้างจะรับรู้ต่อบุคคลเหล่านี้ว่าเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นคนน่าสงสาร ค้อยโอกาส สมควรให้การดูแลเป็นพิเศษ การสร้างอัตลักษณ์เช่นนี้ ยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ ต่ำต้อย หรือด้อยคุณค่ากว่าความเป็นจริง

โบรดวิน (Brodwin 1992: 78) แนะนำให้เจ้าหน้าที่และคนในครอบครัวใช้ “rhetoric of pain” ช่วยให้ผู้ทนทุกข์จากอาการเรื้อรังฟื้นคืนความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้คนรอบข้าง โดยการพูดคุยในลักษณะให้กำลังใจ เลือกละเลยคำที่ไม่เป็นการว่าร้ายซ้ำเติมอาการป่วย ซึ่งการพูดคุยในลักษณะนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตัวเอง และความหมายของชีวิต

ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ มินูชิน และคณะ (Minuchin et al. 1978 อ้างใน Brodwin 1992: 78) ที่ได้ติดตามศึกษาครอบครัวของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน หอบหืด เบื่ออาหาร พบว่าแบบแผนการปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ระดับปริมาณสารเคมีในร่างกาย กลไกทางสรีระ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยลดน้อยลง

อาการเจ็บป่วยเรื้อรังและกระบวนการทางสังคมในการฟื้นฟูชีวิตทางสังคมของผู้ป่วยให้กลับคืน ยิ่งตอกย้ำให้เห็นชัดเจนว่าระบบสุขภาพสร้างความมั่นใจให้เฉพาะเวลาที่บุคคลเกิดความกลัวและความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เมื่อต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะแห่งความน่าอับอาย การถูกตีตรา การสูญเสียตัวตนเดิม ระบบการแพทย์จำเป็นต้องทำงานควบคู่ไปกับกระบวนการทางสังคม

กลุ่มช่วยเหลือตนเองและอำนาจของเรื่องเล่า

กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (self-help groups) เป็นการรวมตัวของกลุ่มบุคคลด้วยความสมัครใจเพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งต่างร่วมเผชิญอยู่โดยอาศัยพลังของกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาสังคมต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพ ตัวอย่างกลุ่มช่วยเหลือตัวเองซึ่งมักถูกยกขึ้นมาอยู่บ่อยๆ คือ กลุ่ม “ติดสุรานินาม” (Alcoholic Anonymous)

สำหรับ **เรื่องเล่า** เป็นการช่วยสำรวจและค้นหาตัวตนที่หายไปของผู้ป่วยเรื้อรัง และสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวตนเดิมที่สูญเสีย การเล่าเรื่องเป็นการผลิตซ้ำตัวตนเดิม และสร้างตัวตนใหม่ในชีวิตประจำวันไปพร้อมกัน การเล่าเรื่องเป็นรูปแบบการตอบโต้กันระหว่างความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตนของผู้ป่วยเรื้อรังกับผู้อื่น การเล่าเรื่องจึงเต็มไปด้วยชุดประสบการณ์ คำพูด เป้าหมายและการคาดหวัง เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Bell 2000: 184) อาจกล่าวได้ว่า การใช้วิธีการเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยเป็นกระบวนการของการผลิตซ้ำตัวตนที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโลกส่วนตัวของผู้ป่วย เพื่อนำเสนอตัวตนใหม่ในพื้นที่สาธารณะ (Williams 1984: 177-180)

ในการเล่าเรื่องราว ผู้เล่าเรื่องจะให้เหตุผลมากมายที่สัมพันธ์กับความทรงจำ การต่อสู้ การทำให้เชื่อ การทำให้สนุกสนาน แม้กระทั่งการหลอกลวง (Bamberg and McCabe 1998: iii) การเล่าเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังผ่านภาพชีวิตของเขา จะช่วยให้บุคคลเหล่านี้ได้ค้นพบตัวตนที่ถูกครอบงำจากกระบวนการทัศนคติทางชีววิทยาซึ่งทำให้พวกเขาเดินไม่หลุดจากการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยดิ้นรนเพื่อหลุดพ้นจากการพึ่งพา มีความเข้าใจ มองเห็นตัวตนที่มีคุณค่า และเข้าถึงความหมายของการมีชีวิตอยู่ รวมทั้งเป็นการเพิ่มพลังให้กับบุคคลได้เห็นเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่เพื่อคนอื่น และเพื่อให้กำลังใจกับผู้ป่วยเรื้อรังคนอื่น ๆ นอกจากนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้นิยามความเป็นไปของความเจ็บป่วยและตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาด้วยตัวเอง ไม่ถูกจำกัดจัดการจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ ตลอดจนกล้าแสวงหาการรักษาแบบอื่น ๆ ต่อไป

การรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรื่องเล่าระหว่างกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพลิกกลับจากผู้ถูกระงับทางสังคมหรือถูกตีตรา มาเป็นผู้กระทำการทางสังคมได้เพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้เลือกที่จะซ่อนเร้นหรือเปิดเผยความคิด ความรู้สึก ที่อยู่เบื้องหลังการกระทำที่สังคมรับรู้ อย่างไรก็ตาม มากน้อยแค่ไหน โดยการเบียดขับความรู้สึกและความคิดของตัวคนที่อ่อนแอ และนำเสนอภาพตัวแทนของตัวคนที่แข็งแกร่ง สุขภาพดีเข้ามาแทนที่ เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคม (ดูตัวอย่างงานวิจัยในประเด็นนี้จาก มธุรส 2544)

อย่างไรก็ตาม การตั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแวดวงสาธารณสุข เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาจกล่าวได้ว่า ยังมีความเป็นกลุ่มที่เป็นทางการ อยู่ภายใต้การสั่งการของระบบราชการสาธารณสุข เน้นกิจกรรมเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ตัวเลขรายงานตามตัวชี้วัดมากกว่าเป็นไปเพื่อสร้างตัวตนและอัตลักษณ์ใหม่ให้ผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นสิ่งท้าทายอย่างมากในการประยุกต์แนวคิดเรื่องเล่าเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่ตัวตนและอัตลักษณ์เดิมถูกครอบงำจากอาการเรื้อรัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาและกอบกู้ตัวตน อัตลักษณ์ใหม่ขึ้นอีกครั้ง

ห้วงส่วนสุขภาพและผู้จัดการสุขภาพ

เราต้องยอมรับว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถรักษาความเจ็บป่วยเรื้อรังให้หายขาดได้ เหมือนกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในอดีต ผู้ป่วยเรื้อรังยังต้องใช้ระยะเวลารักษานาน เป็น ๆ หาย ๆ การคาดการณ์ไม่ได้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังจะบรรเทาหรือทรุดหนักลง ดังนั้นไม่เพียงผู้ป่วยและญาติจะเกิดความกังวลใจ ท้อแท้ กับอาการที่รักษาไม่หายขาด คนทำงานสุขภาพเองก็เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย จนเห็นอาการผู้ป่วยเป็นเรื่องชาชิน

การค้นหาห้วงส่วนสุขภาพในชุมชน เพื่อเข้ามาเติมเต็มเสริมจุดอ่อนของระบบการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังจึงเป็นเรื่องจำเป็น เนื่องจากชุมชนไม่ใช่ภาชนะว่าง หากมีทรัพยากรบุคคล ผู้นำที่หลากหลาย ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ไหลเวียนอยู่ในชีวิตประจำวัน มีแบบแผนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่สั่งสมสืบทอดกันมา ตลอดจนมีหมอพื้นบ้านที่เชี่ยวชาญการรักษาอาการเจ็บป่วยอยู่จำนวนหนึ่ง ทนทางสังคมเหล่านี้เราสามารถดึงหรือประยุกต์เข้ามาเป็นห้วงส่วนสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้

การพัฒนาจากฐานเดิมที่มีอยู่แล้วในชุมชนเป็นสิ่งง่ายและสอดคล้องกับวิถีชุมชนของผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ที่ผ่านมาราชการสาธารณสุขมักเห็นชุมชนเป็นภาระที่จะต้องรอคอยแผนงานหรือโครงการพัฒนาเพียงฝ่ายเดียว การพัฒนางานสาธารณสุขจากฐานหรือทุนทางสังคมดั้งเดิมของชุมชนจึงไม่เกิดขึ้น เมื่อเป็นเช่นนี้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ ก็จะรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ซาซน จนยุติการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเท่ากับซ้ำเติมให้ความทุกข์ทรมานจากอาการเรื้อรังดำรงอยู่กับผู้ป่วยต่อไป

การเฝ้าระวังรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนที่นำเสนอข้างต้นแสดงให้เห็นชัดเจนว่าแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขรูปแบบเดิมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพอยู่ขณะนี้ ในหลายประการด้วยกัน

1) โรคและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความซับซ้อนมากกว่าโรคทั่วไป ทั้งการดำเนินไปของโรคและการเฝ้าระวังรักษา ภาระงาน อสม. ที่ตั้งอยู่บนสมมติฐานแบบเดิมที่เน้นการช่วยเจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมรายงานงานอนามัยแม่และเด็ก หรือการช่วยเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ ง่าย ๆ ที่ไม่รุนแรง อาจใช้ไม่ได้กับกรณีของสถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน

แนวคิดและตัวแบบภารกิจงานอาสาสมัครสาธารณสุขอาจจำเป็นต้องได้รับการทบทวนใหม่ กล่าวคือ อสม. จำเป็นต้องเป็นผู้ประสานงาน หรือผู้จัดการสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพของหน่วยบริการมากกว่าการเป็นผู้กระทำการ (actor) เสียเองเหมือนในอดีต เพราะโลกประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังซับซ้อนยากแก่การเข้าใจและเป็นโลกแห่งการตีความหมายที่เฉพาะของบุคคล คนที่จะเข้าใจโลกประสบการณ์ของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดีจำเป็นต้องเป็นคนที่เคยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังมาก่อน หรือขณะนี้กำลังเผชิญหน้ากับสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ หรือเคยดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน อสม. อาจมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานหรือผู้จัดการสุขภาพที่ดึงกลุ่มคนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกันมาพบปะพูดคุยกัน เยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กัน หรือรวมตัวเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเองมากกว่าที่ อสม. ซึ่งมีโลกประสบการณ์คนละชุดกับผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นผู้ให้สุศึกษาเสียเอง

2) ระบบความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ระหว่างราชการสาธารณสุขกับ อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนชาวบ้านในรูปแบบเดิมไม่เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขปัจจุบันที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เพราะการที่จะให้ อสม. ดำเนินภารกิจงานด้านสุขภาพผ่านแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขบนสมมติฐานใหม่ สิ่งสำคัญต้องทลายกรอบความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ระหว่างราชการสาธารณสุขกับ อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนของชาวบ้านเสียก่อน เพราะอำนาจหรืออิสระทางความคิดจะเกิดขึ้นมาได้ก็ต่อเมื่อบุคคลไม่ตกอยู่ภายใต้อำนาจของการบังคับสั่งการ

3) ลักษณะการดำเนินไปของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังแสดงให้เห็นโอกาสของการเปิดพื้นที่ให้กับแนวคิดอาสาสมัครแบบอื่น ๆ ที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม.

เท่านั้น อาสาสมัครรูปแบบอื่นที่จะเข้ามาช่วยเจ้าหน้าที่ทำงานด้านสุขภาพ อาจไม่จำเป็นต้องเป็นอาสาสมัครที่อยู่ภายใต้สังกัดของระบบราชการสาธารณสุข หากเป็นคนที่มิจิตอาสา มองเห็นคุณค่าของการช่วยเหลือผู้อื่น หรือมีประสบการณ์เคยผ่านการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีญาติหรือคนที่รักเสียชีวิตจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง คนที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังเหล่านี้ เหมาะที่จะเป็นอาสาสมัครที่เข้ามาช่วยเยียวยาผู้เจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าการจำกัดบทบาทอยู่เฉพาะที่ อสม. ที่สำคัญ สถานการณ์คุณภาพสุขภาพปัจจุบันในหลายกรณีต้องการจิตอาสาในหมู่ผู้คนมากขึ้น ไม่จำกัดอยู่เฉพาะการเป็นภารกิจของอสม.

4) การเฝ้าระวังรักษาโรคเรื้อรังไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ด้วยอำนาจของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เนื่องจากลักษณะการดำเนินไปของโรคแตกต่างจากโรคทั่วไป ผู้ป่วยเองก็แยกไม่ออกว่าขณะนี้ตนเองกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่หรือหายขาดจากโรคเรื้อรังแล้ว อีกทั้งอาการเจ็บป่วยก็เป็น ๆ หาย ๆ คาดการณ์อาการเจ็บป่วยได้ยาก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบ่อยครั้งเปลี่ยนบทบาทจากผู้เจ็บป่วยกลายเป็นผู้ทนทุกข์ทรมานจากอาการเรื้อรัง ลักษณะดังกล่าวของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการพหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) เข้ามาช่วยเฝ้าระวังรักษาพหุลักษณะทางการแพทย์ หมายความว่า มีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่า 1 ระบบในสังคม ระบบการแพทย์สมัยใหม่ก็เป็นหนึ่งในระบบวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้าน ไม่ได้มีอำนาจเหนือกว่าระบบการแพทย์แบบอื่น ๆ ของชาวบ้านแต่อย่างใด เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย เป็นต้น ระบบการแพทย์แบบอื่น ๆ ในวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้านจะเอื้อต่อการเฝ้าระวังรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะการเฝ้าระวังความน่าอับอาย การถูกตีตรา และการสูญเสียตัวตนเดิม ต้องอาศัยการเฝ้าระวังรักษาโรคควบคู่ไปกับกระบวนการทางสังคม

การที่จะเปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์แบบอื่น ๆ ในวัฒนธรรมสุขภาพชาวบ้านมีอำนาจเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังฟื้นฟูสุขภาพผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง สิ่งสำคัญคือ เจ้าหน้าที่คนทำงานต้องยอมรับความหลากหลายของระบบวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้านที่ดำรงอยู่ในชุมชน ซึ่งเท่ากับเปิดพื้นที่ความเป็นไปได้แบบอื่น ๆ ให้กับงานสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้อสม. มีบทบาทที่หลากหลายขึ้น ไม่จำกัดอยู่เฉพาะการเป็นแกนกลางช่วยเจ้าหน้าที่เก็บรายงาน หากเป็นมันสมองสำคัญที่เข้ามาช่วยคิด ช่วยวางแผนงานสาธารณสุขชุมชน ภายใต้วิธีคิดระบบวัฒนธรรมสุขภาพที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับวิถีชุมชน ไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทของการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งกีดกันองค์ความรู้ทางการแพทย์แบบอื่นออกไปจากระบบสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ประเด็นท้าทายของงานอาสาสมัครสาธารณสุขไทยในอนาคต

1) การที่จะเข้าใจแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุข เราจำเป็นต้องเข้าใจวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดนี้ ซึ่งเป็นผลผลิตของยุคสมัยและก็มีเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมตลอดมา ตั้งแต่ยุคแรก ๆ การเอาสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการ ซึ่งมา

จากแนวความคิดที่เห็นความสำคัญของอำนาจและบทบาทของรัฐที่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนในบางลักษณะ ประกอบกับสถานการณ์สุขภาพยุคนี้ในบางลักษณะ ซึ่งได้ประกอบขึ้นมาเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ที่เหมาะสมกับสภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ตัวอย่างเช่น ในสมัยนั้นมีปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดเชื้อ เช่น อุจจาระร่วงจะนั้นบทบาทของ อสม. ตั้งอยู่บนสมมติฐานสถานการณ์สุขภาพอีกแบบหนึ่ง ต่อเมื่อเกิดการเปลี่ยนผ่านปัญหาสาธารณสุขใหม่ ๆ มีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง

2) อสม. เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศที่รวมอยู่ในระบบสาธารณสุขไทยเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ และเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดในรอบ 30 ปี ของพัฒนาการการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในงานสาธารณสุข แม้หลายประเทศทั่วโลกจะยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐแล้วก็ตาม แต่งานอาสาสมัครสาธารณสุขของไทยก็ดำรงอยู่อย่างมีความหมายในการช่วยให้ระบบสาธารณสุขสามารถพัฒนาการต่อไปได้ เพราะถ้าพึ่งแค่เจ้าหน้าที่คนทำงานคงไม่สามารถเลื่อนงานสาธารณสุขมาได้ถึงปัจจุบัน

นอกจากนั้น อสม. จะทำงานได้ดีในกิจกรรมการรณรงค์ที่มีช่วงเวลาดำเนินการชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดที่ อสม. มีภารกิจส่วนตัวในการประกอบอาชีพ ดังนั้น การคาดหวังให้ อสม. ต้องทำงานให้ราชการสาธารณสุขเต็มเวลาจึงเป็นไปได้ยาก และไม่ควรเรียกร้องจาก อสม. หรือคนที่อาสาเข้ามาทำงานร่วมกับราชการสาธารณสุขเกินกว่าเงื่อนไขที่เขามีอยู่ สิ่งสำคัญคือ พัฒนางานที่ อสม. ทำได้ดีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนคิดค้นหารูปแบบใหม่ของงานอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนั้น การทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการทบทวนเรื่องค่าตอบแทน ซึ่งค่าตอบแทนที่กล่าวถึงอาจไม่ใช่เฉพาะค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน หากเป็นคุณค่า ศักดิ์ศรี ที่ อสม. ได้รับจากสังคม หรือ non-financial incentive

3) งานอาสาสมัครสาธารณสุขของประเทศต้องเผชิญกับกระบวนการที่ทำให้เป็นการเมืองในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นมาจนถึงระดับชาติ มีส่วนได้ส่วนเสียในอาสาสมัครสาธารณสุขชัดเจนมากขึ้นและรูปแบบก็มีพัฒนาการมากขึ้นเป็นลำดับจากเดิมที่มีเพียงกลไกราชการประจำเป็นตัวหลักในการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย พอมีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้นธรรมชาติความสัมพันธ์ระหว่างราชการสาธารณสุขกับ อสม. ก็เปลี่ยนแปลงไป ยกตัวอย่างเช่น การระดม อสม. มาเพื่อที่จะพบนักการเมืองเพื่อให้การหาเสียงเป็นไปได้ง่าย เรื่อยไปถึงการที่ให้ อสม. เป็นหัวคะแนนให้พรรคการเมืองหรือการพยายามที่จะสร้างระบบอุปถัมภ์ให้เกิดขึ้นกับ อสม. ในรูปแบบที่หลากหลายซับซ้อนมากขึ้น

4) พัฒนาการงานสาธารณสุขปัจจุบัน เช่น การเกิดขึ้นของ สสส. สปสช. สปรส. ได้ก่อให้เกิดพลวัตของ อสม. หมายความว่า อสม. หนึ่งคนไม่ได้จำกัดบทบาทที่ทำงานด้านสุขภาพให้เฉพาะกับกระทรวงสาธารณสุข หากยังสวมนวมหลายใบ ขยายบทบาทงานด้านสุขภาพออกไปพันรอบคิดสุขภาพแบบเดิมที่จำกัดบทบาทอยู่เฉพาะความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ เช่น การเป็นผู้นำเครือข่ายหมอพื้นบ้าน เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ตลอดจนอาสาสมัครรูปแบบ

อื่น ๆ เช่น อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาล อาสาสมัครรับโทรศัพท์ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา

ข้อสังเกตจากประเด็นข้างต้นคือ เนื่องจากระบบการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมาก อสม. ต้องทำงานตามเจตนาของกลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งที่ให้การสนับสนุนนั้นก็จะมีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเอง โดยปริยายนั้น อสม. ต้องผันตัวเองไปตามโจทย์นั้น ๆ ตรงนี้ก็เป็นประเด็นที่ทำนายที่ว่า ถ้า อสม. ไม่สามารถบูรณาการงานต่าง ๆ ที่มีเจ้าภาพเกิดขึ้นมากมายอย่างทั่วถึงและเต็มไปด้วยวาระ (agenda) ของคนอื่น โดยไม่มีโอกาสรู้เลยว่า วาระของตัวเองเป็นอย่างไร ในแง่นี้จึงเป็นประเด็นทำนายว่าเราจะคืน อสม. ให้ชุมชนได้อย่างไร ซึ่งหมายความว่าอย่างไรให้อสม. ไม่ต้องมาทำงานตามวาระภารกิจของผู้ให้ทุนอื่น ความเป็นอิสระและมีการตอบสนองต่อท้องถิ่นได้มากขึ้น

5) อาสาสมัครมีหลากหลายมากขึ้นในปัจจุบัน และมีลักษณะแตกต่างกันไปตามชนชั้นทางสังคม ในชนชั้นล่างทักษะต่อเรื่องอาสาสมัครก็ไม่ใช่มีแต่จิตอาสาแต่ไปเกี่ยวกับบาปบุญ คุณโทษ การถือว่าช่วยผู้คนแล้วได้บุญ ในชนชั้นกลางเกี่ยวข้องกับอุดมคติเรื่องของความดี ในขณะที่ชนชั้นสูงเข้าไปสัมพันธ์ในลักษณะให้การสงเคราะห์คนอื่น เพราะฉะนั้นในความหลากหลายของงานอาสาสมัครก็มีลักษณะที่แตกต่างไปตามชนชั้นทางสังคมอีกทีหนึ่ง

6) กลไกการสนับสนุนงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่า ระบบการสนับสนุนมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกลไกที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมงานในชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดที่สุด เป็นผลจากการกระจายอำนาจซึ่งทำให้เงินสนับสนุน งานสาธารณสุขในพื้นที่ 10,000 บาท ผ่านช่องทางไปสู่ อบต. และเทศบาล ซึ่งส่วนนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือ อาจตอบสนองของความต้องการชุมชนได้ดี แต่มีข้อเสียคือมันกลายเป็นการเมืองระยะประชิด การเมืองระยะประชิดหมายความว่า อสม. เองนั้นต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงไม่มีตัวคอยกันกระแทก (buffer) ให้เหมือนเดิม ตัวอย่างเช่น เมื่อก่อนนโยบายของพรรคการเมืองจะผลักดันผ่านระบบราชการสาธารณสุข ราชการก็จะเป็นตัวกันกระแทกให้อสม. ถ้าพิจารณาจากประเทศอื่น ๆ เขาจะไม่ให้การสนับสนุนโดยตรงจากองค์กรที่เป็นภาคราชการ อย่างเช่นที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ รัฐบาลให้การสนับสนุนโดยตรงแก่องค์กรสาธารณะ ผ่านองค์กรที่ 3 ซึ่งองค์กรที่ 3 จะมีคณะกรรมการที่พิจารณาจัดสรรงบประมาณและติดตามดูว่าใช้จ่ายเงินตรงกับวัตถุประสงค์หรือไม่

7) รูปแบบการก่อตัวขึ้นของการเป็นนิติบุคคลของชมรม อสม. ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนมีลักษณะแตกต่างไปจากเดิมด้วยเช่นเดียวกัน จากเดิมนั้นเป็นระบบที่ต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม. เป็นรายชุมชน แต่ตอนนี้มีการเกิด อสม. ในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับภาคและระดับประเทศ ตัวชมรมเองคงจะอยู่ในช่วงตอนของการพัฒนาไกลของตัวเองเพราะพบว่า อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย

บรรณานุกรม

- ไกรสิทธิ์ ดันติศิริพันธ์. การประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐาน (2522-2523). เอกสารโรเนียว.
ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ลือชัย ศรีเงินยวง, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุรเดช เดชคุ้มวงศ์. (2530).
ปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะ
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มธุรส ศิริสถิตย์กุล. (2544). การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัด
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาระบบสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มธุรส ศิริสถิตย์กุล. (2549). ระบบเครือข่าย วัฒนธรรมอุปถัมภ์ กลไกชุมชนในการจัดการปัญหา
เอดส์. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ, พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพใน
มิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- มานพ คณะโต. (2537). ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการควบคุมป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในจังหวัดจันทบุรี. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ยงศักดิ์ ดันติปิฎก. (2548). เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมในระบบสุขภาพไทย.
นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. (2549). การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของ
ประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- รัชฎาพร รุณเจริญ, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, จ्ञำนันต์ ผิวละออ, ประนอม พริยานนท์, ภัทรพล คันทร,
เลียง อุปมัย, ชีรพล เศรษฐศรี และแจ่มจันทร์ ศรีนันท์. (2546). ชุมชนกับการคัดกรองโรค
เบาหวาน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และมานิต คงแป้น. (2541). ต้นทุนและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรค
เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองและ โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยราชภัฏ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อุทัย สุดสุข. (2527). รายงานผลการวิจัยเรื่องทีมงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูล
ฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารโรเนียว.

- Bamberg, M. and McCabe, L.(1998). "Editorial." *Narrative Inquiry*, 8 (1): iii-v.
- Bell, S. (2000). Experienceing illness in/and narrative. In Chloe E. Bird, Peter Conrad and Allen M. Fremont. *Handbook of medical sociology*. (fifth edition). New Jersey: Prentice Hall. pp. 184-199.
- Brodwin, P.E. (1992). Symptoms and social performances: the case of Diane Reader. In M.D. Good, P.E. Brodwin, B.J. Good and A. Kleinman. (eds.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Bury, M.R. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4 (2): 167-182.
- Chamaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5: 168-195.
- Charmaz, A. (1987). Struggling for a self: Identity levels of the chronically ill. In Julius A. Roth and Peter Conrad. (eds.). *Research in the sociology of health care*. London: JAI Press Inc.
- Helman, C.G. (2000). *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press Inc. (Fourth edition published).
- Kelly, M. and Field, D. (1996). Medical sociology, chronic illness and the body. *Sociology of Health and Illness*, 18 (2): 241-257.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. New York: Basic Books, Inc.
- Stone, G.P. (1962). Appearance and the self. In Rose, A.M. (ed.). *Human Behavior and Social Processes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: Narrative reconstruction. *Sociology of Health and Illness*, 6: 97-104.

4

วงศาวิทยาการเมืองวัฒนธรรมของ “อาสาสัมคร”
หรือ จิตอาสา”ในสังคมไทย

โดย ชาดิชาย มุกสง

การเมืองวัฒนธรรมคืออะไร

การเมืองวัฒนธรรมเป็นวิธีการวิเคราะห์ที่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมในชีวิตประจำวันของผู้คน วิธีคิดและวิถีชีวิตมากกว่าจะให้ความสำคัญกับสถาบันทางการเมืองเป็นสำคัญดังที่แล้งมา เพราะแนวความคิดนี้เชื่อว่าการเมืองในชีวิตประจำวันหรือการเมืองในวิถีชีวิตของผู้คนที่ดำรงอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันต่างหากคือการเมืองที่แท้จริง ไม่ใช่เป็นการเมืองในรูปแบบเป็นทางการดังที่เกิดขึ้นจากการกำหนดของสถาบันทางการเมืองที่มีผู้สถาปนาให้เกิดขึ้นในสังคม โดยคนส่วนใหญ่ไม่ได้รู้เห็นหรือมีส่วนร่วมในการสร้างเท่าใดนัก เช่นการเมืองในระบบตัวแทนที่ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตั้งพรรคการเมือง หรือกำหนดรัฐธรรมนูญเอง เป็นต้น หรือที่อาจารย์ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์เรียกว่า “ประชาธิปไตยหัวนาทิ” เฉพาะตอนลงคะแนนเสียงเลือกตั้งเท่านั้น นอกจากนั้นประชาชนก็ไม่มีสิทธิมีเสียงทางการเมืองอีกเลย

แต่การเมืองวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับปฏิบัติการทางการเมืองที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นบรรทัดฐานทางสังคมหรือเกิดเป็นวัฒนธรรมทางการเมืองที่ประชาชนในชุมชนนั้นร่วมกันรังสรรค์ขึ้น ท่ามกลางการต่อสู้และต่อรองกับกลุ่มทางการเมืองหลากหลายกลุ่มในสังคม ซึ่งแนวคิดนี้ได้เปิดพื้นที่ให้กับความหลากหลายของวัฒนธรรมการเมืองมากกว่าต้องการให้สถาบันทางการเมืองใดมาใช้อำนาจเหนือกลุ่มหรือสถาบันทางการเมืองอื่น ๆ ในบริบทของการเมืองที่เปิดกว้างและเป็นประชาธิปไตยตลอดเวลาเช่นนี้เองที่การเมืองวัฒนธรรมอันหลากหลายจะก่อกำเนิดขึ้นมาได้ และเป็นไปได้ด้วยการสร้างสรรค์ของกลุ่มคนที่ต้องการสร้างการเมืองวัฒนธรรมของกลุ่มตนขึ้น

สืบวงศาวิทยาของจิตอาสาในประวัติศาสตร์ไทย

การทำความเข้าใจถึงการสามารถมีจิตอาสาเกิดขึ้นได้ในสังคมไทยนั้น ต้องมองผ่านความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับรัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อนหน้าการปฏิรูประบบราชการและเปลี่ยนมาใช้ระบบทหารอาชีพและการเกณฑ์ทหารในสมัยรัชกาลที่ 5 นั้น รัฐไทยโบราณเป็นการปกครองในระบบไพร่กับเจ้าขุนมูลนาย ราษฎรทุกคนที่เป็นผู้ชายต้องรับราชการเป็นทหารและใช้แรงงานในงานของรัฐในความสัมพันธ์ลักษณะนี้ราษฎรจึงไม่มีอิสระต้องรับใช้เจ้านายในแต่ละปีตั้งแต่ครั้งปี 4 เดือน และสามเดือนโดยลดน้อยลงในสมัยรัตนโกสินทร์ เมื่อราษฎรขาดอิสระและต้องถูกบังคับทำราชการมากเช่นนี้ ในความสัมพันธ์กับรัฐจึงไม่มีระบบให้ราษฎรเลือกหรือแสดงเจตจำนงในการทำงานเพื่อส่วนรวม แต่อย่างไรก็ตามในระบบของศาสนาพุทธที่มีวัดเป็นศูนย์กลางชุมชนก็ได้เปิดโอกาสให้ราษฎรที่มีศรัทธาได้แสดงจิตอาสาช่วยงานของวัดในนามของการร่วมทำบุญ หรือ

อาสาสมัครทำงานในเทศกาลงานบุญโดยเป็นช่างฝีมือเวลาว่างมีงาน เช่น ทำปราชญ์ ช่วยกันหล่อเทียนเข้าพรรษา หรือทำเรือพระในงานลากพระทางภาคใต้ นอกจากนี้ในแต่ละชุมชนก็จะช่วยกันดูแลอุปถัมภ์วัดในรูปแบบของการเสียสละแรงงานและทรัพย์สินของแก่วัด ในรูปแบบที่ภาคเหนือเรียกว่า สรีทรวัด เป็นต้น ซึ่งการยกเลิก “เลกวัด” และข้าพระที่เป็นแหล่งทรัพยากรของวัดนี้ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเศรษฐกิจวัดที่ต้องหาเลี้ยงตัวเองมากขึ้นและต้องเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม เช่น การจัดงานวัด การให้เช่าที่หาประโยชน์จากเอกชน และการหาการสนับสนุนจากชาวบ้านด้วยสิ่งของศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น (ดู เอกกรินทร์ 2547) รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับวัดอย่างมากต่อมา

ในขณะที่ราษฎรสยามต้องอยู่ในระบบเกณฑ์แรงงานไพร่กันถ้วนหน้า แต่ยังมีราษฎรอีกประเภทหนึ่งที่เป็นคนนอกสังกัดไทยหรือเป็นชาวต่างชาติที่ไม่ต้องมาอยู่ภายใต้การเกณฑ์แรงงาน จึงสามารถรับจ้างงานหลวงในรูปแบบของการอาสาทำราชการ เช่น เป็นทหารอาสา ดังปรากฏว่ามีกองทหารอาสาโปรตุเกส และกองอาสาญี่ปุ่น ในสมัยกรุงศรีอยุธยา ซึ่งในสมัยต่อมาในสมัยรัตนโกสินทร์ คนจีนที่อยู่นอกระบบไพร่ก็มีสถานะทางสังคมเช่นเดียวกับชาวต่างชาติ และมีโอกาสในการบริการสาธารณะดังปรากฏเป็นมูลนิธิหรือสมาคมของชาวจีนที่ตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือกันเองในรูปแบบของการบริการสาธารณะไม่เกี่ยวข้องกับรัฐ ซึ่งเหตุผลส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่ชาวจีนเข้าไม่ถึงบริการของรัฐไทย เช่น มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง และร่วมกตัญญู เป็นต้น หรือในสังคมไทยอาจกล่าวได้ว่าในช่วงที่องค์กรทางสังคมถูกควบคุมโดยรัฐในช่วงรัฐบาลเผด็จการองค์กรทางศาสนาคริสต์และสมาคมแซ่ของ คนจีน (รวมทั้งองค์กรอื่นๆ ของคนจีน) สามารถทำหน้าที่ให้บริการสังคมในรูปของกิจกรรมการกุศล หรือการเสริมการดำเนินการของรัฐด้านการศึกษา และการแพทย์ของรัฐดังกรณีขององค์กรคริสต์ก็สามารถดำเนินการไปได้ครบไคที่รัฐยังอนุญาต (อมรา และจันทิมา 2545)

การยกเลิกระบบไพร่ด้วยการออกพระราชบัญญัติลักษณะการเกณฑ์ทหาร 2448 แทน และการเปลี่ยนแปลงของระบบราชการสมัยใหม่ในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่ข้าราชการของรัฐเป็นลูกจ้างถาวร และทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการบริหารบ้านเมืองและบริการราษฎรในลักษณะของการ “บำบัดทุกข์ บำรุงสุข” โดยรัฐทำหน้าที่จัดการการให้บริการราษฎรในเรื่องจำเป็นพื้นฐานของชีวิตมากขึ้นกว่าปล่อยให้ราษฎรต้องทำกันเองดังแต่ก่อน รัฐสมัยใหม่จัดให้บริการด้านการศึกษา การแพทย์และการสาธารณสุขให้กระจายไปสู่ราษฎรให้กว้างขวางที่สุด แต่อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ทั่วถึงอยู่ดีเพราะรัฐสามารถจ้างข้าราชการที่มีความรู้ได้จำนวนน้อย ดังนั้นรัฐจึงต้องหาผู้ต้องการ “อาสา” มาช่วยราชการของบ้านเมืองในการบริการสาธารณะ เช่น อาสาภาษา อาสาสาธารณสุขประจำตำบล และต่อมาในด้านความมั่นคงของรัฐก็ได้เกิดราษฎรอาสาป้องกันรัฐกันอย่างมากหลายอย่าง เช่น อาสาสมัครรักษาดินแดน ไทยอาสาป้องกันชาติ หรือแม้กระทั่งกองทหารที่ส่งไปในสงครามโลกครั้งที่ 1 ก็ยังเรียกว่ากองทหารอาสาด้วย เป็นต้น หรือในด้านการศึกษาในระยะแรกก็อยู่ในความรับผิดชอบและดูแลโดยพระสงฆ์หรือวัดโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนอยู่มาก

ในสมัยรัชกาลที่ 6 (พ.ศ. 2453-2468) พระองค์ได้สถาปนาองค์กรบริการอย่างลูกเสือขึ้นบำเพ็ญประโยชน์แต่ก็อยู่ภายใต้กรอบโครงขาคานิยมที่พระองค์เสนอขึ้นควบคู่กัน ส่วนการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นประเด็นรองลงไป ในขณะที่การก่อตั้งสภาอุณาโลมแดงหรือต่อมาเปลี่ยนเป็นสภากาชาดไทยก็เกิดจากการเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติที่ชนชั้นสยามรับเข้าปฏิบัติในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 แต่ก็อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับและดำเนินการของเจ้านายและรัฐอย่างใกล้ชิด

ข้อสังเกตประการหนึ่งในสังคมไทยที่ต้องบริการสังคม การช่วยเหลือผู้อื่นหรือสาธารณประโยชน์นั้นแม้ด้านหนึ่งจะเกิดขึ้นตามแบบชาติตะวันตก เช่น กิจการลูกเสือ และกาชาด แต่กลับไม่ได้รับเอาวิธีการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นหน้าที่ของการเป็นพลเมืองที่ดีมีคุณธรรมที่ตัดสินใจหรือมีเจตจำนงเสรีในการทำประโยชน์ต่อสังคมและมองผู้ที่จะช่วยเหลือว่ามีสิทธิเท่าเทียมกัน แต่มองว่าเขาต้องกว่าน่าสงสารมากกว่า

ในขณะที่อีกด้านหนึ่งชนชั้นนำไทยได้สืบทอดเอาวัฒนธรรมความคิดแบบไทยที่หล่อหลอมจากอุดมการณ์ของพุทธศาสนาเถรวาทที่ดีความโดยชนชั้นนำให้รับใช้รัฐนั้น แสดงออกอย่างชัดเจนในรูปแบบของการสร้างกุศลตามอุดมการณ์ของพระเวสสันดรเรื่องเล่าเชิงอุดมคติที่แพร่หลายมากที่สุดในสังคม และการทำบุญสร้างกุศลก็ถูกลดทอนลงเหลือเพียงเพื่อการบริจาคทานในรูปของวัตถุสิ่งของ ซึ่งส่งผลต่อมาในรูปแบบของงานสังคมสงเคราะห์ที่มักจะคิดว่าเป็นแค่การทำทาน โดยชนชั้นนำเห็นว่าเป็นคุณธรรมประเภทหนึ่งที่ต้องทำ เพราะจะเป็นการสะสมบุญญาบารมีเพื่อจะได้เกิดมามีทรัพย์สินร่ำรวยอีกในชาติหน้าตามอุดมการณ์พุทธศาสนาที่ครอบงำความคิดคนทั่วไปในสังคมไทย การทำประโยชน์เพื่อผู้อื่นหรือสร้างกุศลจึงไม่ได้เกิดจากจากจิตใจที่อยากช่วยผู้อื่นในฐานะมนุษย์ผู้เท่าเทียมกัน หรือไม่ใช่อะไรเกิดจากการอยากมีจิตอาสาช่วยเหลือให้คนอื่นพ้นทุกข์อย่างแท้จริง จึงเห็นได้ว่าในสมัยที่การเมืองเป็นเผด็จการองค์กรการกุศลก็อาศัยอุดมการณ์ดังกล่าวนี้ในการดำเนินงานมาโดยตลอดในหมู่ชนชั้นนำในสังคมไทยและกล่าวได้ว่ายังมีบทบาทอยู่มากในปัจจุบัน

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 ระบบราชการได้ขยายตัวขึ้นอย่างมาก หลังจากขยายตัวมาอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงการปกครองขึ้น (นครินทร์ 2532) การจัดระบบการบริหารราชการให้กลายเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพของรัฐในการใช้อำนาจหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่ทำให้ต่อมาถูกเรียกว่ารัฐราชการนั้น ก็ได้ขยายการบริหารจัดการและการบริการของรัฐต่อประชาชนอย่างมากด้วย (ดู Riggs 1966, ชัยอนันต์ 2533) ส่วนในด้านของการขยายตัวของระบบราชการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็เกิดการขยายตัวอย่างมากเช่นเดียวกัน (ดู เพ็ญศรี 2530, ทวีศักดิ์ 2545, ชาติชาย 2548) ดังนั้นผู้ที่ต้องมาทำหน้าที่ช่วยเหลือรัฐในการบริการของรัฐก็เริ่มจำเป็นมากขึ้นตามมา

กระทั่งในสมัยที่รัฐบาลได้ประกาศสงครามกับผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ในทศวรรษ 2500 เป็นต้นมาก็ได้ฝึกให้ราษฎรเป็นหูเป็นตาให้กับฝ่ายรัฐ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการทำสงครามชิงมวลชนกันในห้องหมู่บ้านที่เสี่ยงต่อการแทรกซึมของฝ่ายคอมมิวนิสต์ ก็เลยฝึกเป็นหมู่บ้านอาสาพัฒนาตนเอง (อพป.)

การฝึกลูกเสือชาวบ้าน และไทยอาสาป้องกันชาติ เป็นต้น โดยมีต้นแบบการฝึกและชิงมวลชนมาจากทหารอเมริกันในเวียดนามได้ขณะนั้น

นิยามใหม่ของอาสาสมัคร: การเกิดขึ้นของการช่วงชิงนิยามการพัฒนา

ในขณะที่แนวคิดการเป็นอาสาสมัครหรือทำงานอาสาสมัครที่เป็นกระแสหลักคือการเป็นแขนงให้กับกลไกรัฐขยายตัวออกไปตามเจตจำนงหรือนโยบายของรัฐได้ครอบงำความหมายของการเป็นอาสาสมัครในสังคมไทยอย่างแข็งขันนั้น ขณะเดียวกันความเชื่อหรือแนวคิดที่เกิดขึ้นมาท้าทายในระดับที่ไม่ถึงรากถึงโคนนักหรือในลักษณะเป็นการประนีประนอมกับแนวทางพัฒนาของรัฐด้วยการเห็นด้วยกับวาทกรรมการพัฒนาของรัฐ เพียงแต่ไม่เห็นด้วยในแนวทางหรือนโยบายบางประการที่ส่งผลเสียต่อสังคม จึงเกิดการตั้งแนวการทำงานคู่ขนานกับภาครัฐเพื่อประสานและวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของรัฐไปพร้อมกัน นั่นคือกระแสของอาสาสมัครในองค์กรพัฒนาเอกชนนั่นเอง

หลังจากรัฐบาลของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ภายใต้อำนาจจากผู้เชี่ยวชาญจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและธนาคารโลกได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2504 และให้มีแผนพัฒนาทุก 6 ปีก่อนจะเปลี่ยนมาเป็น 5 ปีนั้นได้ทำให้ประเทศไทยเกิดการพัฒนาศรษฐกิจจากการเข้ามาลงทุนของต่างชาติคือญี่ปุ่นและอเมริการวมทั้งชาติตะวันตกอย่างยาวนานใหญ่ ในแผนพัฒนาฉบับแรกที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลักได้ก่อคำถามให้เห็นถึงปัญหาทางสังคมที่จะเกิดตามมาจึงมีนักวิชาการในประเทศได้เสนอให้เพิ่มการพัฒนาทางสังคมเข้าไปด้วย จึงเกิดเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นในฉบับที่ 2 เริ่มตั้งแต่ปี 2509-2514 แต่อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีคนสำคัญอย่างอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ผู้ดำรงตำแหน่งผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทยและผู้อำนวยการสำนักงบประมาณและเป็นนักวางแผนพัฒนาสำคัญคนหนึ่ง ได้เล็งเห็นว่าการพัฒนาในภาครัฐคงจะไม่เพียงพอโดยเฉพาะในด้านของสังคมโดยเฉพาะในชนบท จึงได้ผลักดันให้เกิดองค์กรพัฒนาที่ทำงานขนานกับภาครัฐในรูปแบบของการอาสาของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมขึ้น นั่นคือ การจัดตั้งมูลนิธิบูรณะชนบทและเพื่อนขึ้นที่จังหวัดชัยนาทในปี พ.ศ. 2512 และการตั้งโครงการบัณฑิตอาสาสมัครขึ้นในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ให้ผู้คนจำนวนหนึ่งได้มีร่วมเจตอาสาสมัครทำงานเพื่อสังคมอย่างต่อเนื่อง

โครงการบัณฑิตอาสาสมัครที่ก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2512 นั้น นอกจากจะเป็นหลักหมายสำคัญของการเกิดขึ้นของการทำงานเพื่อสาธารณะด้วยจิตอาสาแล้ว ยังเป็นการแย่งชิงนิยามความหมายทางการเมืองของการทำงานหรือพัฒนาสังคมที่เปิดโอกาสให้คนอีกหลายกลุ่มในหมู่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมมากขึ้นกว่าในอดีตที่ต้องรอเป็นผู้ถูกปกครองเพียงอย่างเดียว คำว่า “อาสาสมัคร” เป็นนิยามของคำที่สามารถประนีประนอมกับข้อสงสัยของรัฐเผด็จการสมัยนั้นได้ในระดับหนึ่ง แต่ในการปฏิบัติจริงคำว่า “อาสาสมัคร” กลับเป็นการเปิดโอกาสครั้งสำคัญให้ประชาชน (ขณะนั้นคือนักศึกษา) เข้ามามีส่วนร่วมในการในการทำประโยชน์เพื่อสาธารณะ อันเป็น

การเปลี่ยนทัศนคติของการมองเห็นตนเองของประชาชนจากรายบุคคลผู้ถูกปกครองไปสู่การเป็นพลเมืองผู้ที่สามารถอาศัยเกราะกำบังอาสาศัมคเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองได้ในเวลาต่อมา

การมีจิตใจทำงานเพื่อส่วนรวมหรือเพื่อสังคมด้วย “อุดมคติ” ได้เกิดขึ้นเป็นกระแสสูงในทศวรรษ 2510 ตั้งแต่ช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 โดยการก่อกระแสของนักศึกษาในขณะนั้นที่ต้องการทำงานรับใช้สังคมและแก้ปัญหาสังคมที่เขาเห็นว่าเป็นปัญหา ดังกรณีของครูโกมล คีมทองที่เป็นอิฐก้อนแรกของการทำงานรับใช้ประชาชนด้วยอุดมการณ์ของความเป็นอาสาศัมค ด้วยการออกไปเป็นครูอาสาศัมคสอนหนังสือที่โรงเรียนในเหมืองแห่งหนึ่งทางภาคใต้ที่มีความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่และขบวนการคอมมิวนิสต์อยู่จนเป็นเหตุให้เขาต้องจบชีวิตลงที่นั่น (โกมล 2540) ก่อนจะได้มีการตั้งมูลนิธิโกมลคีมทองขึ้นเพื่อเป็นองค์กรส่งเสริมให้คนหนุ่มสาวได้ทำงานอาสาศัมคตามอุดมคติของตนเองต่อมาจนถึงปัจจุบัน

หลังจากนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ขึ้นก็ได้ส่งผลให้กระแส “เพื่อมวลชน” ขยายตัวในหมู่นักศึกษาปัญญาชนแพร่ขยายไปอย่างรวดเร็ว และมีอาสาศัมคหลายประเภทที่ไปทำงานกับคนยากคนจน คนชนบท กรรมกร และผู้ถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคม ขบวนการอาสาศัมคที่ใหญ่โตที่สุดก็คืออาสาศัมคเผยแพร่ประชาธิปไตยให้กับชาวบ้านในชนบท ซึ่งทำให้นักศึกษาลงไปศึกษาและรับรู้ปัญหาของชาวบ้าน จนต้องออกมาเรียกร้องหาความเป็นธรรมเอากับรัฐและชนชั้นปกครอง จนกลายเป็นประเด็นความขัดแย้งในสังคมการเมืองไทยขึ้นและสิ้นสุดลงเมื่อเกิดเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาอย่างรุนแรงในเหตุการณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2519 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการกลับมาของอำนาจรัฐที่เน้นการควบคุมกิจกรรมทางการเมืองอย่างเข้มแข็งก็ทำให้เกิดการชบเซาของขบวนการประชาชนและการทำงานเพื่อรับใช้สังคมในรูปของอาสาศัมคอีกครั้ง

เพราะตอนนั้นขบวนการประชาชนและนักศึกษานักศึกษาปัญญาชนต่างคิดถึงการต่อสู้ด้วยอาวุธเพื่อยึดอำนาจรัฐกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยในป่าแทน แต่เมื่อนักศึกษาที่เข้าป่าไปเกิดความขัดแย้งและผิดหวังกับแนวทางของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยขึ้น จึงทำให้พวกเขากลับสู่เมืองอีกครั้งในราวกลางทศวรรษ 2520 นั้น ก็ได้ปลุกเอากะแสการทำงานเพื่อสังคมกลับมาด้วยในแนวทางของการทำงานเพื่อค้นหาศักยภาพของชุมชนและการทำงานกับสังคมด้านอื่น ๆ มากกว่าด้านการเมืองอีกด้วย ในช่วงนี้หากพิจารณาจากการเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่แทบแยกไม่ออกจากการมีจิตใจทำงานเพื่อสังคมในรูปแบบของอาสาศัมค (ในความหมายที่กว้างคือการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยที่ไม่ได้เป็นหน้าที่โดยตรงคือเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ) หรือนักพัฒนาเอกชน (Non-Government Organization-NGO) นั้น ปรากฏว่ามีองค์กรสาธารณประโยชน์เกิดขึ้นเป็นจำนวนมากด้วย กล่าวคือ ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2516 มีองค์กรสาธารณประโยชน์ไม่มากนัก แต่ระหว่างปี พ.ศ. 2516 – 2523 นั้นเกิดองค์กรสาธารณประโยชน์เพิ่มขึ้นมากพอสมควร และต่อมาหลังปี พ.ศ. 2523 เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างเป็นก้าวกระโดด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะโครงสร้างทางการเมืองที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น (อมรา และจันทิมา 2545)

ในปีพ.ศ. 2523 ได้เกิดองค์กรสนับสนุนและจัดการการทำงานอาสาสมัครขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เมื่อเกิดโครงการอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.) อาจกล่าวได้ว่าเป็นองค์กรที่เป็นทางการครั้งแรกที่สร้างระบบการจัดการและสนับสนุนให้เกิดการทำงานอาสาสมัครอย่างเต็มรูปแบบ โดยเริ่มตั้งแต่การคัดเอาอาสาสมัครไปอบรมและไปทำงานกับชุมชนเพื่อเรียนรู้งานจริง ก่อนจะไปทำงานเป็นนักพัฒนาเอกชนอยู่ในองค์กรการพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ในรูปของเครือข่ายเพราะมีทำเนียบรุ่นและประสานการทำงานกันเป็นเครือข่ายอันเป็นรูปแบบการทำงานที่ล้ำสมัยมากในสมัยนั้น

จิตอาสาในระบบสาธารณสุข

กล่าวได้ว่าขบวนการเกิดขึ้นของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ก็แยกไม่ออกจากสถานการณ์ทางการเมืองดังกล่าว แต่ที่มากกว่านั้นคือสถานการณ์ของการเมืองระหว่างประเทศเองก็มีส่วนผลักดันอยู่ไม่น้อย กล่าวคือการประกาศกฎบัตรอัลมาอะตาในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานก็ได้ส่งผลต่อการทำงานด้านสาธารณสุขที่ต้องไปทำงานในชุมชนมากขึ้น จนเกิดเป็นโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในประเทศไทยและมีการวางแผนการทำงานให้ชาวบ้านเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานด้านสุขภาพมากขึ้น

กล่าวคือในภาคสาธารณสุขราวต้นทศวรรษ 2520 เกิดองค์กรเพื่อสาธารณสุขประโยชน์ที่ดำเนินกิจการด้านสุขภาพภาคประชาชนหลายองค์กรด้วยกัน (ดูรายละเอียดใน บัณฑิต 2545) ประกอบกับในช่วงนั้นนโยบายภาครัฐด้านสาธารณสุขก็ได้ดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนด้วย ทำให้การตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้สอดคล้องต้องกันกับการดำเนินนโยบายภาครัฐ บรรยากาศการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพจึงเป็นไปอย่างคึกคัก

และอาจกล่าวได้ว่าอุดมการณ์สาธารณสุขมูลฐานที่ทุกส่วนของสังคมทั้งภายในและภายนอกวงการสาธารณสุขให้การยอมรับอย่างกว้างที่สุดในประวัติศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขไทย (ทิวทอง 2527 อ้างใน บัณฑิต 2545: 14) และถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนทางกระบวนทัศน์การพัฒนาที่สำคัญที่เน้นการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนของสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาร่วมดำเนินการกิจสาธารณะร่วมกันกับภาครัฐ โดยการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ที่ทำงานในลักษณะของอาสาสมัครที่ไม่มีค่าตอบแทนจากรัฐเหมือนเจ้าหน้าที่อื่น มีเพียงสวัสดิการการรักษาพยาบาลเป็นการตอบแทน

ถึงแม้จะมีการประเมินว่าการดำเนินงานของ ผสส. และ อสม. ในหมู่บ้านจะเป็นการขยายแขนขาของรัฐให้ถึงตัวชาวบ้านมากขึ้น กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแค่ผู้คอยรับคำสั่งของเจ้าหน้าที่ มากกว่าจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการคิดทำโครงการต่าง ๆ ให้สอดคล้องและตอบสนองต่อชุมชนของตน กลายเป็นว่าเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของภายนอกชุมชนมากกว่าจะตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน (ดูรายละเอียดการวิพากษ์ใน บัณฑิต 2545: 20-21) แต่ก็คงจะปฏิเสธ

ไม่ได้ว่าการดำเนินงานของ อสม. เป็นการริเริ่มกลไกสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและประชาชนในชุมชนชนบท ดังเห็นได้ว่ามีผู้นำชุมชนจำนวนมากได้เคยผ่านการเป็น อสม. มาก่อน ทั้งอาจกล่าวได้ว่าการงานในลักษณะของอาสาสมัครดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้การเป็นพลเมืองที่เห็นแก่ประโยชน์สาธารณะที่สำคัญและเป็นรากฐานของการพัฒนาของภาครัฐที่ต้องให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในเวลาต่อมา และน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุขที่มีแนวร่วมในการทำงานร่วมกับภาคเอกชนและภาคประชาชนสูงกว่าหน่วยงานราชการอื่น

การช่วงชิงนิยามความหมายของจิตอาสาอย่างไม่สิ้นสุด

ความหมายของจิตอาสา 4 แบบ

1. อาสาสมัคร คืออาสาเข้าไปทำงานเป็นแขนงให้กับอำนาจกลไกของรัฐ เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ที่เข้าไปทำหน้าที่เหมือนรัฐหรือแทนรัฐ โดยองค์กรประเภทนี้มีมากที่สุดในสังคมไทย รวมไปถึงการทำงานแบบ อพปร. ก็มีการศึกษาว่าเพื่อสวมเครื่องแบบเจ้าหน้าที่ในการแอบอิงอำนาจของเจ้าหน้าที่รักษาความสงบปลอดภัยของรัฐ เพราะต้องการต่อเชื่อมกับอำนาจรัฐในบางลักษณะที่จะเป็นการอุปถัมภ์ให้ตนเป็นตัวแทนที่สามารถติดต่อและต่อรองกับอำนาจรัฐได้ดีขึ้น อาจกล่าวได้ว่าองค์กรอาสาสมัครหรือการทำงานอาสาสมัครในประเทศไทยได้ใช้แนวคิดนี้เป็นกลไกสำคัญในการทำงานในรูปแบบอาสาสมัครที่สำคัญที่สุด

2. อาสาเพื่อสาธารณประโยชน์ ที่ต้องการทำประโยชน์เพื่อสังคม โดยมีองค์กรของตนเองที่ไม่ขึ้นกับรัฐและไม่เป็นองค์กรเอกชนแสวงหากำไร แต่มีลักษณะของภาคที่สาม (third sector) ซึ่งก็คือรูปแบบของอาสาสมัครเพื่อสังคมไปจนถึงองค์กรพัฒนาเอกชน โดยบางองค์กรที่ทำหน้าที่วิพากษ์วิจารณ์รัฐพร้อมกันกับทำหน้าที่บริการสาธารณะควบคู่ไปกับองค์กรรัฐ หรือบางครั้งก็ร่วมมือกับรัฐอย่างเท่าเทียมไม่ใช่ทำตามรัฐสั่ง กล่าวโดยสรุปแล้วรูปแบบการทำงานในลักษณะนี้ได้มีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อย ๆ และมีการสร้างการเมืองวัฒนธรรมของกลุ่มตนเองปรากฏในสังคมการเมืองมากขึ้นจนเห็นได้ชัดเจนในทศวรรษที่ผ่านมา และเป็นความหวังที่สำคัญของการทำงานอาสาสมัครให้เกิดเบงบานขึ้นในสังคมไทย เพราะรูปแบบการทำงานอาสาสมัครลักษณะนี้ไม่มีการใช้อำนาจที่เข้มข้น แต่ละองค์กรสามารถสร้างสรรค์การทำงานของตนเองได้ค่อนข้างเป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน หรือไม่มีศูนย์กลางของอำนาจอยู่นั่นเอง อันสอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐานของการเมืองวัฒนธรรมที่เคารพในความแตกต่างหลากหลายอย่างมาก

3. องค์กรอาสาเพื่อประโยชน์สาธารณะเฉพาะอย่าง เฉพาะกลุ่ม เป็นตัวแทนขึ้นมารักษาผลประโยชน์ของกลุ่มก่อนแล้วอาจจะขยายไปภายหลัง เช่น การเกิดขึ้นของคนทำงานในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนบน และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการช่วยเหลือกันในหมู่คนที่เจ็บป่วยด้วยอาการเดียวกัน (self-help group) ที่ยังมีความสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ทางสุขภาพที่ต้องเผชิญอยู่กับโรคไร้เชื้อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนั้น การพัฒนาขององค์กรสาธารณประโยชน์ของกลุ่ม

ชาติพันธุ์จีนอย่าง มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ร่วมกตัญญู และองค์กรบรรเทาสาธารณภัยของกลุ่มคนจีน เป็นต้น หรือกลุ่มคนมุสลิมที่มีการจัดตั้งองค์กรของตนเองมาช่วยทางราชการแก้ปัญหาด้วยตนเองมากขึ้นใน สถานการณ์ความรุนแรงในสามจังหวัดภาคใต้ การพัฒนาองค์กรอาสาสมัครในรูปแบบนี้ก็มีความสำคัญในแง่ที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าแบบอื่นเพราะมีวัฒนธรรม หรือประเด็นปัญหาสำคัญร่วมกันเป็นตัวผลักดัน แต่ต้องอาศัยกลไกและการสนับสนุนที่ต่อเนื่องในการทำงานอาสาสมัครเพื่อสังคม

4. องค์กรอาสาสมัครในศาสนา ความเชื่อ หรือลัทธิพิธีบางอย่างที่นับถือกันในกลุ่ม และเน้นการบริการในกลุ่มก่อนที่จะขยายไปสู่สาธารณะ ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ที่เป็นการทำไปเพื่อเป็นการทำบุญตามความเชื่อของศาสนา มีความเชื่อของศาสนาเป็นปรัชญาขับเคลื่อนและเป็นเป้าหมายขององค์กร องค์กรเหล่านี้ยังมีความสำคัญขึ้นมากในโลกปัจจุบันที่กระแสโลกาภิวัตน์ได้ทำลายอัตลักษณ์ของผู้คนในท้องถิ่นจนเกิดความไม่มั่นคงในวิถีชีวิตขึ้นทั่วไป การรวมตัวกันเป็นชุมชนปฏิบัติเพื่อแสวงหารากฐานทางความเชื่อมาค้ำยันถึงอัตลักษณ์ของกลุ่มคนในที่ต่าง ๆ จึงเป็นปรากฏการณ์ในกระแสสากลที่สำคัญ รวมถึงการเกิดขึ้นของหลายองค์กรที่อาศัยความเชื่อทางศาสนาที่ดีความขึ้นมาใหม่เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญในสังคมไทย

บรรณานุกรม

- โกมล คีมทอง (เขียน). พจน์ กริชไกรวรรณ. (บรรณาธิการ). (2540). *โกมลคนหนุ่ม: รวมข้อเขียนแห่งความบันเทิงใจ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ชาติชาย มุกสง. (2548). “วาทกรรมทางการเมืองกับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487).” *สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 17 : 90-111.
- ชาติชาย มุกสง. (2548). *ธรรมาภิบาล การเมืองแบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค: ศึกษากรณีกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคสี่แยกส่วนป่า อ. บางขัน จ. นครศรีธรรมราช*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). “การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม.” รายงานวิจัยโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากรรณกรรมและพฤติกรรม ด้วยความสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- นกรินทร์ เมฆไตรรัตน์. (2540). *การปฏิวัติสยาม พ.ศ. 2475*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์วิสาหการ.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2528). “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. 2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475).” *วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2545). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รายงานหลักโครงการองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา
วันที่ 7 มีนาคม 2549 ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี

จัดโดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)กับสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพใหม่ๆ”

ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา

วันอังคารที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2549 เวลา 09.00 – 16.30 น.

ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. น.พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. น.พ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| 3. น.พ.เกษม เวชสุทธานนท์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 4. น.ส.รุจินา อรรถสิทธิ์ | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 5. นางรุจยา ชัชวาลยางกูร | กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 6. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ | กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 7. นางอรุณา รวงผึ้ง | สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |
| 8. พญ.ฉันทนา ผดุงเทพ | สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค |

กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค)

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. นาง.กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคเหนือ จ.นครสวรรค์ |
| 2. น.ส.ศิรินทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคใต้ จ.นครศรีธรรมราช |
| 3. น.ส.สุจินดา สุขกำเนิด | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น |
| 4. นายชัยณรงค์ สังข์จำง | สถานีอนามัยตำบลวังตะกู อ.บางมูลนาก จ.พิจิตร |
| 5. น.ส.ประกายรุ่ง จวนสา | สถานีอนามัยตำบลคงแคนใหญ่ อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร |

6. นายธีรวัฒน์ แดงกะเปา

สถานีนามัยบ้านสี่แยกสวนป่า ต.วังหิน อ.บางขัน

จ.นครศรีธรรมราช

7. นายสฤณี สุทธิ

สถานีนามัยตำบลน้ำเกีฮัน กิ่งอำเภอกุพียง จ.น่าน

8. นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สถาบันวิชาการ

1. รศ.ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เครือข่ายภาคประชาชน

1. น.พ.บัญชา พงษ์พานิช

สวนนาคร-บวรรัตน์ จ.นครศรีธรรมราช

2. นายชยยุทธ ตรีนุชกร

เครือข่ายเรียนรู้ภูมิปัญญาไทอีสาน

3. นายประสิทธิ์ชัย หนูนวล

โครงการพัฒนาชุมชนเป็นสุข ภาคใต้ จ.นครศรีธรรมราช

4. นายเฉลิม สุวรรณกร

อสม. บ้านเลขที่ 92 หมู่ 3 ต.ช่อง อ.นาโยง จ.ตรัง

5. นายแก้วใจ ศาสตร์ประสิทธิ์

มูลนิธิส่งเสริมการดูแลตนเอง จ.นครศรีธรรมราช

6. นายวินัย เมฆไทรภพ

เครือข่ายจิตอาสา

7. นายสนิท กองมัน

นายกฯอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งเสริม

สร้างสุขภาพดินแดง กรุงเทพมหานคร

8. น.ส.ปัทมา ตั้งปรัชญากุล

เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตและแรงงาน จ.สมุทรสาคร

9. นางนุชนารถ นาคำ

ผู้ประสานงานโครงการแรงงานอกระบบ

คณะผู้จัดการประชุม

1. น.ส.วรวรรณ ศรีเจริญ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2. น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3. นายประชาธิป กะทา

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

4. น.ส.ภาวิณี สวัสดิ์มานนท์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพใหม่ ๆ

นพ.โกมาตร: การประชุมวันนี้หัวข้อเรื่องการประเมินศักยภาพของ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) กับยุทธศาสตร์การพัฒนาความเป็นมาของเรื่องนี้ มาจากว่า ท่านรัฐมนตรีพาณิชย์มีนโยบายที่จะสนับสนุนงานของ อสม. ที่นี้ ในระบบที่เป็นอยู่มีวิธีคิดสำเร็จรูปเกินไป ตัวอย่างเช่น เรื่องการเพิ่มสวัสดิการ อสม. แนวโน้มระยะหลังมีการอาศัยฐานกำลัง อสม. เข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องของการเมืองค่อนข้างมาก มีการนำ อสม. มาเข้ามาที่กระทรวงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเลือกตั้ง ด้านหนึ่งก็เป็นเรื่องปกติของระบบราชการ ขณะเดียวกันก็เกิดสถานการณ์ต่างๆ อีกจำนวนมาก เช่นว่า สถานการณ์กระจายอำนาจ ซึ่ง อสม.เองก็เป็นส่วนหนึ่งที่มียุทธศาสตร์ในระดับท้องถิ่นมาก ไม่นานก็มีการพูดถึงว่า แนวโน้มทิศทางต่อไปในอนาคตนี้ ขบวนการและกลไกของ อสม.เองน่าจะไปสัมพันธ์กับท้องถิ่นมากกว่าที่ไปสัมพันธ์กับองค์กรในระดับส่วนกลางโดยตรง หรือมีสถานการณ์ใหม่ ๆ อื่น ๆ อีก ยกตัวอย่างเช่น สถานการณ์โรคระบาดใหม่ ๆ หรือความเจ็บไข้ได้ป่วยใหม่ ๆ หรือว่าวินาศภัยธรรมชาติอะไรพวกนี้ หรือแม้แต่เรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้แพร่กระจายไปทั่ว ในสถานการณ์สุขภาพใหม่ ๆ เหล่านี้ได้เรียกร้องให้เราต้องบทบาทของชุมชนที่ต่างไปจากเดิม มีการตั้งข้อสังเกตว่า โรคระบาดใหม่ ๆ ที่เราเรียกว่าเป็นโรคของโลกาภิวัตน์จริง ๆ แล้ว การปฏิบัติในระดับท้องถิ่นสำคัญมาก ในการทำให้ประชาชนเข้าใจในเรื่องนี้ ทำให้มีการปรับตัวในระดับท้องถิ่นได้ดีขึ้น ขณะที่ยังเห็นในข่าวทีวีที่ว่าโรคไข้หวัดนกระบาดทั่วไปชาวบ้านก็ยังจับไก่อยู่ ยังวิ่งไล่จับใส่ถุง อะไรทำนองนี้ เพราะฉะนั้นสถานการณ์เหล่านี้มีความเปลี่ยนแปลงในขณะเดียวกันการประเมินผล อสม. หรือการคิดสมมุติฐานอย่างเป็นระบบ ในระยะหลังนี้ห่างเหินไป งานชิ้นหลังสุดก็คืองานของ อ.ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ ซึ่งก็เป็นปี 2544 ก็ผ่านมาแล้วห้าปี ก็ยังไม่ได้มีการประเมินอะไรอีก ที่นี้พอเป็นแบบนี้เป็นการตัดสินใจโดยใช้ความคิด น่าจะต้องทำแบบนั้น น่าจะเพิ่มสวัสดิการอย่างนี้ แต่ว่าจะทำอย่างไร ที่เราจะมีความรู้ที่เป็นระบบมากขึ้น ที่จะมองเห็นสัมพันธ์กับพื้นที่มากขึ้นก็เลยเสนอให้สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพศึกษา

คุณหมอสุวิทย์ก็เลยบอกว่าในขณะที่ทางสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) อยากจะให้ทีมงานวิชาการที่เกาะติดกับสถานการณ์ปัจจุบันคู่ไปด้วย ที่สำคัญก็คือในระดับชุมชนเองก็มีความเปลี่ยนแปลง ของเรื่องราวในชุมชนไม่น้อยในช่วงห้าปีที่ผ่านมานี้ ไม่ว่าจะเป็นผลจากเรื่องกองทุนต่างๆ ที่เข้าไปในหมู่บ้าน หรือว่าความเคลื่อนไหวของภาคประชาคมเองดูเหมือนว่าอสม. มีการเลื่อนไหล

ไปทำเรื่องอะไร โยงสุขภาพในแง่สุขภาพนั้น ซึ่งไหลเลื่อนทำงานหลายอย่างไป บางคนก็เข้าสู่ระบบ การเมืองท้องถิ่นบ้าง เรื่องอะไรบ้าง ในขณะที่เดียวกันก็มีความเคลื่อนไหวอย่างเช่น งบประมาณจาก สสส. ที่ลงไปในระดับพื้นที่มากขึ้นไหม้ย หรือว่างาน สปสช. ก็มีลักษณะการโยงไปถึงตรงนั้น หรือว่า แม้แต่งานอื่น ๆ ที่เป็นความเคลื่อนไหวที่ลงไปของ สสส. ของ สปสช. หรือ สปรศ. เรื่องการปฏิรูป หรือ สมัชชาอะไรต่าง ๆ ก็พยายามจะลงไประดับพื้นที่ คุณหมอสุวิทย์ก็ว่าน่าจะมีการประเมินเรื่องนี้ขึ้นมาอีกสักที ที่นี้ขบวนการประเมินนี้เราก็ไม่อยากจะเริ่มด้วยการกางตำราประเมิน เราอยากจะคุยกับคนทำงาน ที่อยู่ติดกับพื้นที่ก่อน เพื่อทำประเด็นเพื่อคู่สถานการณ์ เพื่อจับ ไล่คึดอารมณ์ความรู้สึกของพื้นที่ แทนที่จะ เปิดตำราแล้วเอามาประเมิน ก็เลยคุยกับทีมว่าให้จัดประชุมครั้งนี้ขึ้น โดยเราก็เลือกคนในแวดวง อาสาสมัครสาธารณสุขในแวดวงสาธารณสุขมูลฐาน มารวมความคิดเห็นกัน ซึ่งประเด็นในการ ระดมความคิดเห็นกันก็ในเบื้องต้นนี้ก็จะอยากเริ่มจากสถานการณ์ของงานชุมชนโดยตรง คือเรา ไม่อยากเริ่มต้นด้วยการคิดว่าอสม. ควรจะทำอะไรให้กับกระทรวง เราไม่ได้คิดจากกรอบนั้น อสม. ควรจะทำอะไรให้กระทรวงไม่ใช่เพราะอสม. เราถือว่าเป็นกลไกของชุมชน ก็อยู่ในชุมชน เพราะฉะนั้นถ้า อสม. จะไปเสริมอะไร น่าจะไปเสริมชุมชนก่อน ก็เลยอยากเริ่มประเด็นที่สถานการณ์ ของชุมชนก่อน ทิศทางและสถานการณ์ชุมชนนี้มีอะไรเคลื่อนไหว ยังไงอยู่ เราพอจะจับแพทเทิร์นอะไร ได้มั้ย แล้วหลังจากนั้นค่อยดูว่าประเด็นจะพาไปทางไหน เพราะอย่างนั้นวันนี้ก็มีที่มาเป็นอย่างนี้ก็ อยากจะให้พูดคุยซักถามกันซักหนึ่งก่อน แนะนำตัวแล้วกัน เพื่อจะทำความเข้าใจกับที่มาของ วันนี้ถ้าใครยังมีข้อสงสัยอะไรก็จะทำความเข้าใจกัน เชิญครับมีมั้ยครับ? ถ้าไม่มีอะไรก็แนะนำตัว ถ้า แนะนำตัวแล้วมีอะไรอยากจะถามก็ถามพร้อมแนะนำเลยละกัน

เป็นกลุ่มที่รับงานไปทำที่บ้าน วันนี้คงเป็นการพูดคุยกัน เป็นการสนทนาเพื่อหาประเด็น ค้น จากประสบการณ์ของพวกเขาขึ้นมา ก็ให้พวกเขามีส่วนสะท้อนในส่วนของตัวเอง ซึ่งเป็นการทำวิจัย อยู่ ซึ่งมีประเด็นไหน จะมีความชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ตาม ก็ให้ยกประเด็นนั้นขึ้นมาก่อน ส่วนการเก็บ ข้อมูลเพิ่มเติมที่จะออกไปสำรวจหรือออกไปพูดคุยเป็นกรณีศึกษา เราก็จะทำต่อเนื่องโดยอาศัยประเด็น ที่ได้จากการพูดคุยในวันนี้ ที่งานศึกษาต่อเนื่องไปในอนาคตจะมีอยู่สองส่วน ก็คือส่วนที่หนึ่งการ สำรวจก็เป็นการทำในลักษณะการทำวิจัยเชิงปริมาณที่จะสำรวจขึ้นมาเลยว่า บทบาทของอสม.เป็นยังไง แล้วก็ความคิดเห็นต่าง ๆ ในเรื่องทิศทางอนาคตเป็นยังไง แต่ในส่วนที่สอง ที่ทำไปด้วยก็คือการศึกษา เชิงลึกซึ่งการศึกษาเชิงลึกนี้เรายังไม่ได้กำหนดในประเด็นที่ตายตัว แต่ว่าเราก็จะได้กรณีศึกษาที่น่าสนใจ ที่สะท้อนศักยภาพใหม่ ๆ อสม. หรือทิศทางที่เปิดความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ของบทบาทอาสาสมัคร ยกตัวอย่างเช่นสถานการณ์ที่พูดไปแล้ว กรณีสีนามิเราก็สนใจ เหมือนกันว่า อสม. กับบทบาทพวกเขาย ุพิบัติธรรมชาติเหล่านี้ ซึ่งแนวโน้มสถิติของโรคภัยพิบัตินี้เพิ่มขึ้น ในระดับโลกก็เพิ่มขึ้นตลอดเวลา แล้ว

ก็แม้ว่าจำนวนคนตายต่อครั้งจะลดลงในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา แต่จำนวนครั้งที่เกิดเพิ่มขึ้นจนกระทั่งมาเริ่มต้นที่สัณามินี่แหละ ที่จำนวนการตายต่อครั้งนี้เพิ่มขึ้นแล้วก็มีเหตุการณ์ที่จำนวนการตายต่อครั้งสูง ๆ ติดตามมาอีกหลายครั้ง ทั้งแผ่นดินไหวที่ปากีสถาน ทะเลโคลน โคลนถล่ม ซึ่งยอดตายสูงนะ ซึ่งอันนี้เขาก็มีการคาดการณ์กันว่าจะกลายเป็นแนวโน้มอันใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้นรีเปลา จะมีนอกจากทวีความถี่ขึ้นมากขึ้นแล้วนี้ ความรุนแรงก็จะมากขึ้นด้วย อย่างนี้เราก็สนใจว่า ถ้าเราสามารถเจาะกรณีศึกษาไป แล้วทำให้เห็นได้ว่าบทบาทของอสม.เป็นยังงัยในปัญหาใหม่ๆ เหล่านี้ก็จะเปิดพื้นที่การทำงานใหม่ ๆ ให้ทีม อสม. ในการรับมือกับปัญหาที่กำลังคุกคามสุขภาพชุมชนได้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นจะมีสองส่วนที่ทำต่อ ก็คือการสำรวจภาคใหญ่โดยงานวิจัยสำรวจ แล้วก็การเจาะกรณีเชิงลึก ซึ่งจะทำให้เห็นบทบาทอยู่ในอนาคตของอสม. สอดคล้องกับปัญหาที่กำลังเจออยู่ ไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนกอะไรพวกนี้ หรือแม้แต่จะเป็นความรุนแรง สันติสุขในชุมชน ความสมานฉันท์ จะมีบทบาทมั้ยถ้าเรามองไปอีกในแง่หนึ่ง สันติภาพก็คือสุขภาพในอีกอย่างหนึ่ง จะว่าอย่างนั้นก็ได้ ในขบวนการทำงานตรงนี้ก็ถือว่าเป็นการประจักษ์ระดมความคิดเห็นตรงนี้ และหลังจากนี้ก็จะมีการออกไปเยี่ยมเป็นจุด ๆ เพื่อที่จะมาค้นภาพ แล้วขึ้นมาทำสองส่วน ส่วนหนึ่งก็คือสร้างแบบสำรวจในเชิงกว้าง อีกส่วนหนึ่งก็คือการเจาะกรณีศึกษาที่น่าสนใจในเชิงลึก ซึ่งเรากำหนดเบื้องต้นไว้ว่า การเจาะกรณีศึกษาเพียงแค่หาเรื่องสำคัญ ๆ แต่อันนี้ก็เป็นกำหนดยุทธศาสตร์นะ อาจจะมีมากกว่านั้น ซึ่งเราคิดว่าจริง ๆ เราก็คงจะทำมากกว่านั้น เพราะว่าในอนาคตเราก็ยังจะอยากเห็นบทบาทที่หลากหลาย แต่ว่าในเบื้องต้นนี้ก็เป็นการชี้แจงภาพใหญ่ ๆ ของที่เรา กำลังทำอยู่ ส่วนวันนี้ถ้าพวกเราดูจากชื่อคนมานี้ ก็จะเห็นได้ว่า เป็นคนที่ทำงานคลุกคลีกับชุมชน ทั้งในภาคต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางด้วย บางคนก็มีผลงานในการเข้าร่วมงานกับชุมชน ในปัญหาต่างๆ อย่างเช่นเรื่องยาเสพติด ก็เป็นปัญหาใหม่ ถ้าเราเข้าไปสัมพันธ์ไม่ถูกต้อง ก็กลายเป็นว่าถูกเพ่งเล็งว่าเป็นสายหรือว่าเป็นอะไรทางการ ซึ่งปัญหาที่เซนซิทีฟ (Sensitive) เหล่านี้ก็มีบทเรียนบางอย่างอยู่ ที่เราอาจจะได้เรียนรู้กัน

ทีนี้ผมอาจจะตั้งประเด็นเบื้องต้นว่า ถ้าเราจะมองเรื่องนี้ เราจะมองจากสถานการณ์แนวโน้มของงานชุมชน อยากจะมองบทบาทของ อสม. สัมพันธ์กับงานชุมชน แทนที่จะมองว่า อสม. สัมพันธ์กับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขอาจจะมีกลไกอื่นที่จะทำงานด้วยก็ได้ แต่ว่า อสม. นี่อยากจะมองบทบาทเค้าในบริบทของงานชุมชนในเบื้องต้นก่อน ฉะนั้นจึงอยากขอในประเด็นแรกที่จะระดมความคิดเห็น เป็นการระดมสมอง ทิศทางและแนวทางของงานชุมชนในอนาคต ใครจะพูดเรื่องสถานการณ์ก็ได้ จะพูดเรื่องศักยภาพก็ได้ พูดเรื่องทิศทางการที่ทำงานในอดีตก็ได้ หรือมองไปในอนาคตก็ได้ ขอให้สัมพันธ์กับเรื่องงานชุมชนที่เป็นอยู่และที่น่าจะเป็น เชิญครับ ก็ใช้วิธีการแบบสุนทรียสนทนา(หัวเราะ) เวลาพูดก็พูดด้วยจิตใจที่นิ่ง คือใจใสแล้วก็เข้าไปในประโยชน์

เชิงเกลือ และคิดไปในทางจะเกลือ ก็เวลาเมื่อถามแล้วก็ไม่จำเป็นต้องพูดต่อเนื่องจากประเด็นเท่าที่เรารู้ไปตามที่เรายากจะพูด คำถามที่เกิดขึ้นก็ไม่จำเป็นต้องมีคนตอบเป็นคำถามอยู่อย่างนั้นก็มีค่าผมขอคืนเวทีให้กับทุกคน ผมเป็นสมาชิกคนหนึ่งในการพูดคุยเท่านั้น เชิญครับ ไม่ต้องยกมือครับ

สฤณี : สฤณี ผมอยู่ที่น้ำเกียน จังหวัดน่านครับ ที่ดูการเคลื่อนไหวของกระบวนการ อสม. อยู่ ถ้าช่วงนี้บางครั้งแม้แต่ในเรื่องของ 30 บาท ลงมา หรือ พิษณุ ลงไปนี้ บางครั้งขัดกับแนวขบวนการพึ่งตนเองของ อสม. หลายรุ่น โดยเฉพาะการประเมินในส่วนของการ พิษณุ การเอาวิชาการบางส่วนไปลงในพื้นที่ อันนี้เขาเคลื่อนมา โดยขบวนการนี้จะสะดุดในเรื่องของวิชาการในบางส่วนที่ลงไปนะครับ แต่ในส่วนหนึ่งในการมองภาพของฐานะที่อยู่ในระดับอนามัย ผมจัดอยู่ที่ 20 ปีทีเดียว ที่ดูการเคลื่อนไหวของขบวนการของ อสม.

ก็เพราะว่าในทิศทางของงานอสม. วันนี้เขาไม่ได้ทำเรื่องสุขภาพอย่างเดียว แต่เป็นองค์กรภาคหนึ่งที่เคลื่อนไหวของสังคมอยู่ วันนั้นมีการประกวดอาสาสมัครการประชุมระดับชาติ ผมก็ยังค้างอยู่ว่าแม้แต่ในส่วนกลาง บางท่านถ้าไปพิจารณาแก่นกลางอสม. ต้องถูกฝึกให้เป็นเหมือนอสม. ต้องเป็นวันแมนโชว์ ต้องเป็นคนทำงานสุขภาพอย่างเดียว คุณภาพเรื่องอื่นแม้แต่ส่วนกลางวางตัวเป็นตัวกลาง และ อสม. สำคัญที่สุด ณ วันนี้ วันนั้นผมได้ตั้งคำถามจากอสม. ท่านหนึ่ง เขาถามจนที่เราคิดไม่ได้ เขาบอกว่า “ทำอย่างไรให้การออกกำลังกาย ทิศทางกระทรวงสาธารณสุขไปผสมผสานกับการงานที่เขาทำอยู่” เขาบอกว่า “ทำไมไม่ให้ มีโครงการเกษตรปลอดภัยในอาชีพ” เขาให้การออกกำลังกายหรือวิธีการทำงานที่ถูกด้วย ในเรื่องของการออกกำลังกายด้วยออกไป เป็นส่วนหนึ่งที่คิดว่า เป็นขบวนการเรียนรู้ของ อสม. ที่ควรอยู่ซึ่งจะทำตัวดีขึ้นในการวิจัยแบบชาวบ้าน แบบง่าย ๆ งานทุกอย่างสังเกตเห็น อสม. จากข้อมูลง่าย ๆ ตั้งแต่ในเรื่องของการใช้สารเคมี การใช้อะไรทั้งหลาย ที่เป็นงานวิจัยชาวบ้านง่าย ๆ นี่ไปเป็นตัวข้อสรุปเรื่องราวของเขามีสองกระบวนการขั้นตอนนะครับ ส่วนหนึ่งก็ฐานะเจ้าหน้าที่ที่เห็นอสม. หลายท่านบอกว่าชื่นชม อสม.ทุกวันนี้ ไม่ว่าเวทีไหนที่เคยไปร่วมกับขบวนการของสังคมจะมีอสม.ร่วมอยู่ด้วยนะครับ”

พญ. นันทนา : บอกชื่ออีกทีแล้วกันนะคะ ชื่อหมอเต๋าคะ ตัวเองจะทำงานอยู่ที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ชื่อเดิมคือกองอาชีวอนามัย แล้วก็เคยอยู่ที่กรมอนามัย ตอนนี้ย้ายอยู่กองควบคุมโรคคือ ที่งานนี้ย้ายไปกรมควบคุมโรค ที่เขาปฏิรูปนี้ในเรื่องควบคุมโรคติดต่อมาระยะเวลานาน ตอนนี้ยังมีโรคไม่ติดต่อก็ยังจะย้ายกะ โรคไม่ติดต่อ เพื่อรัฐก็ประเภทไปด้วยกันมาด้วยกัน คือเคยทำงานอยู่ที่กรมการแพทย์เรื่องเอชไอวีกับเรื่อง en-occ ก็คือถูกย้ายมาด้วยกัน ก็คือไปมีสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ก็จะเกี่ยวเนื่องกับเรื่องที่พี่สฤณีเขาพูด

ยังงี้เนี่ย ก็คือหลังจากทำงานที่กระทรวงในประเด็นของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมาประมาณ 7 ปีแล้ว ตอนนี้อยากจะพูดความอัดอั้นคืออะไร ความอัดอั้นหมายเลข 1 คือ ทุกครั้งที่เราพูดเรื่องสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม กระทรวงเองไม่ค่อยสนใจ เห็นได้จากไหน ยกตัวอย่างนะคะ อย่างเวทีตอนนี้ เวลาเดียวกันนี้ เขามีการทำประชาพิจารณ์ รับฟังความคิดเห็นต่อแผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมปี 2550-2554 จัดโดย สผ. นะคะ สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกระทรวงทรัพยากร ร่วมกับทาง ทีดีอาร์ไอ และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ แล้วก็สถาบันวิจัยสังคมนะคะ คือถ้าเราดูในลิสต์ของคนที่เขาเชิญไปให้ความเห็นนะว่า แผนจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมนี้ควรจะไปทางไหนยังไง ดูยังงี้ไม่ว่าคนที่เขาเชิญก็ไม่มีคนของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นระดับนโยบายหรือว่าระดับปฏิบัติหรือระดับพื้นที่ คุณจะรู้ผู้คนที่จะทำเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมไปหมดเลย

เป็นเรื่องที่คนในกระทรวงสาธารณสุขไม่ค่อยจะรู้ ไม่มีผู้นำและไม่มีคนคิดถึง ปัญหาสิ่งแวดล้อมเริ่มมาตั้งนานแล้ว ตั้งแต่สมัยปัญหาหกร้อนพิษูลมมาถึงเรื่องแม่เมาะ เรื่องคลิตี้ แล้วก็มาถึงเรื่องแคดเมียมที่แม่สอเดี๋ยวนี มีแพทเทิร์นเดียวกันหมดเลย คือกระทรวงอุตสาหกรรมไม่รับผิดชอบที่ประเมินผลต่อสุขภาพและต่อสิ่งแวดล้อม แล้วมาถึงกรมควบคุมมลพิษนี่ ก็เป็นว็อดด็อก แต่ก็เป็น watchdog ในที่ว่า ต้องเกิดอาการก่อน ต้องเป็นพิษแล้ว ถึงจะเห็นนะคะ แล้วพอมาถึงเวลาสังคมเรียกร้องให้ดูแลสุขภาพ แต่กระทรวงสาธารณสุขมารับรู้ปัญหาตอนที่มันสูงเกินไปแล้วโรคจากสิ่งแวดล้อมจากการประกอบอาชีพ ไม่มีทางรักษา ถ้าเป็นแล้ว สิ่งที่ดีกว่านั้นคือเตือนกันให้รู้ล่วงหน้าแล้วก็หาทางที่จะป้องกัน เพราะฉะนั้นเราก็เลยรู้สึกว๊อดด็อกแล้วทีนี้พออิดออดนี้ ระดับนโยบายเค้าไม่ฟังอยู่แล้ว เรื่องนี้ไม่เคยปรากฏในนโยบาย ไม่เคยมีรัฐมนตรี ปลัดคนไหนสนใจ เรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มาดูถึงตัวควบคุมโรคเองก็ยังวนเวียนกับการทำแผนกลยุทธ์อยู่เลยว่าจะเอากลยุทธ์โรคไม่ติดต่อ โรคสิ่งแวดล้อมอยู่ตรงไหนดี ทุกวันนี้ยังคิดไม่ออกแม้กระทั่งไข้หวัดนก

หรือกรณีฟาร์มแม่เมาะ แต่ว่าติดกับชุมชน คือว่าเครือข่ายนี้มองถึงการประกอบอาชีพในลักษณะของคนที่ดีโอกาส แล้วไปประกอบอาชีพ แล้วโดนกดขี่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับงานจากโรงงานไปทำที่บ้านหรือว่าการที่ผลิตปะหัตถกรรมหมู่บ้าน ทำโอท็อปอะไรพวกนี้ แล้วก็ไม่ได้มีความคุ้มครองและไม่ได้มีการดูแลสุขภาพและถ้ามีปัญหาทำอะไรบนเปื้อนสิ่งแวดล้อมนี้ ก็ไม่ได้มีการไปแนะนำให้จัดการหรือมีการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อม ทีนี้ก็ทำกับทีมของพีระกาน ทำไปได้ประมาณ 2 ปีแล้ว ก็คือลงไปทำที่สถานีอนามัยพิชัย รวมทั้งมีกิจกรรมที่ไปอบรม อสม. ด้วยส่วนหนึ่งเพียงแต่ไม่ได้อบรมเอง แต่ว่าในเนื้อหาของโครงการนี้เขาทำด้วย ก็เลยอยากบอกว่าฐานะที่ทำเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมนี้อัดอั้นนะคะ เพราะว่าบริบทในกระทรวงนี้คือไม่ให้เลย เราก็เลยไหลลงไปทำงานชุมชนเอาเอง

สรุป : ความจริงมีปัญหาเรื่องเดียวกัน คือ เจ้านายบอกว่า คุณน่าจะย้ายไปอยู่กระทรวง เกษตรนะ ไปยุ่งทำไมกระทรวงสาธารณสุข คือปัญหาสุขภาพของคนพิชิตนี่เขาป่วย เขามีสารเคมีในร่างกายสูงเป็นอันดับสองของประเทศในรอบสิบปี เป็นอันดับสองตลอด แล้วก็ปี 2546 เป็นอันดับหนึ่ง นี่คือข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นทางการ ที่นี้พิชิต นโยบายผู้ว่าเขาก็ ricecity เพราะว่าพิชิตเป็นเมืองที่ส่งข้าวขายออกต่างประเทศ ที่นี้ผมก็โยงกลับมาว่า เกษตรกรก็ป่วยแล้วถามว่าใครจะมาดูแลเขา จะขายข้าวส่งออกทำเงินได้เยอะจริง อันนี้ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้น ทุกกระดืบก็ไม่ต้องไปยุ่งเรื่องนี้ กระทรวงเกษตรก็บอก เรื่องป่วยเป็นเรื่องกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่กระทรวงเกษตร

สรุปแล้วชาวบ้านก็ช่วยไป คือ ไม่มีใครเป็นเจ้าของภาพ ที่นี้วันดีคืนดีก็ นพ.ณรงค์ศักดิ์ ก็บอกว่า นายสุรเดชไปดูหน่อยซิ ทำไมแก้ปัญหามิได้ สถิติสูงมาก กราฟสูงทุกปี แล้วไม่มีใครไปดูแล ก็ไปศึกษาว่ามีปัญหาอะไร ก็ไปศึกษาโดยไปเชิญชาวบ้าน ชาวบ้านที่เขารู้เรื่องนี้ว่ามีใครทำปลอดสารพิษบ้าง เขาเรียกว่า ปราชญ์ชาวบ้าน ที่เขาสนใจทำอย่างนี้ไปในทิศทางการศึกษา ที่นี้จะเห็นว่าสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามจะทำ คือ การทำในภารกิจของตัวเอง ก็ทราบแต่ใช้เลือดออก เพราะถ้าใครไม่ทำใช้เลือดออกโดนดั่ง โดนย้ายออก แต่ถ้าคุณไม่ทำเรื่องสารพิษไม่มีใครส่งย้ายคุณ เงินเดือนโบนัสไม่เกี่ยว เพราะอะไรที่เป็นตัวเชื้ของรัฐบาลไทยของกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข อสม. ก็จะไปในทิศทางนี้ การทำงานสุขภาพชุมชนนี้ อสม. ก็จะตกเป็นเครื่องมือของทางการ ตอบสนองนโยบายชุดนี้มาหลายสิบปีแล้ว ตั้งแต่มี อสม. เกิดขึ้นมาในประเทศไทย นี่ก็คือบทบาทหลักที่เป็นอยู่ อันนี้ฟังชงไปได้ แต่ขณะเดียวกันก็จะมี อสม. ส่วนหนึ่งที่ไม่ทำงานนอกกรอบ แต่ว่าเอาปัญหาของเขาเป็นตัวตั้งไข่ม้อยครับ เพราะฉะนั้นปราชญ์ชาวบ้านที่เขาทำเรื่องนี้ เขาก็ยังใส่หมวก อสม. ด้วย อันนี้จะทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อาสาสมัครที่มีวิญญานอาสาสมัครแท้ๆ เขาได้เอาปัญหา ได้เข้าไปลุยมัย แล้วเขาได้พยายามหาความรู้เข้าไปแก้ไขปัญหของเขา อาสาสมัครคนหนึ่งก็พยายามถูกตีกรอบนิดหนึ่ง ฉะนั้นคุณก็ต้องทำตรงพื้นฐานของความคิด อยากจะชี้ว่าของกระทรวงสาธารณสุขนี้ชัดเจน โจทย์ต่างกันอยู่ที่ว่าใครเป็นคนกำหนดโจทย์ ที่นี้ในเมื่อเราไปทำตรงนั้นนี้ชุมชนก็พยายามกันอยู่ พยายามจะค้นร่นหาทางออกของเขาเอง คือไปหาความรู้มาจัดการเรื่องสารเคมีสู่ผลกระทบต่อสภาพของเขา เขาป่วยซ้ำซากเข้าโรงพยาบาลแล้วเข้าโรงพยาบาลอีก ไม่มีใครมาดูแล ทุกคนจะมุ่งส่งออกค้าขายส่งออก เขาจะไม่สนใจเรื่องนี้ คุณป่วยก็เรื่องของคุณไป แล้วจะมีสถิติชัดเจนว่าเวลานี้ ข้อมูลการตายของกระทรวงสาธารณสุข บอกว่ามะเร็งมาเป็นอันดับสองของประเทศ แล้วมีสมัยหนึ่งขึ้นเป็นอันดับหนึ่ง ถ้าคุณไปดูกรรมการบางท่านก็บอกอันนี้ไปโยงกับเรื่องสารพิษ โยง

กับเรื่องสิ่งแวดล้อมแล้วเรื่องเหล่านี้ไม่มีทางวิชาการมาศึกษาอย่างจริงจัง แต่มีข้อมูลของคณะสังคมและมานุษยวิทยาที่ขอนแก่น เขาศึกษามาระดับโลกแล้วมาประเทศไทยด้วยว่า อันนี้โยงกันเรื่องการประกอบอาชีพ การใช้สารเคมี แล้วโยงมาถึงเรื่องมะเร็ง อันนี้ก็เป็นวิชาการที่มาเกี่ยวข้อง แต่ไม่มีใครเป็นเจ้าของภาพเลย ในเวลานี้คุณต้องมาทำเรื่องของนโยบาย เรื่องเกษตรอินทรีย์ เพราะว่าคุณส่งไปเมืองนอก คุณโดนตีกลับแล้วอันนี้ก็เจอกับเศรษฐกิจของประเทศแล้ว ก็เหมือนกับไข่หัวคนกะ พอมิแนวโน้มกับเศรษฐกิจปีปัฐบาลก็หันกลับมาสนใจว่าเอาไปทำเกษตรอินทรีย์ แล้วล่าสุด ผู้ว่าซีอีโอ บอกว่าหมอบไปช่วยกระทรวงเกษตรฯ คิดหน่อยว่าจะทำยังไงจะช่วยลดปัญหาสารเคมี ให้ส่งออกไปอีก ดูแล้วก็ยังไม่ได้มองมิติเรื่องสุขภาพอยู่ดี ยังมองมิติเรื่องตัวเงินอยู่ดี อันนี้ก็เป็นปัญหาการเผชิญกันระหว่างเกษตรกรที่เขามีความคิดที่เขาคิดจะช่วยเหลือตัวเองกับภาครัฐ แต่ทั้งหมดนี้ก็จะผสมผสานได้นะ ขณะนี้ในองค์กรชาวบ้านเอง ในหลายๆ พื้นที่เขาก็พยายามจะหาชุดการเรียนรู้ของเขาเอง พยายามจะสร้างภูมิปัญญาของเขาเอง เขาเรียกว่าภูมิปัญญาไปสู่ทิศทางของเศรษฐกิจพอเพียง ไปสู่ทิศทางของสุขภาพ พื้นที่สิ่งแวดล้อม พื้นที่ในเรื่ององค์กรรวม ซึ่งนี่จะมีพื้นที่ในหลายๆ พื้นที่ที่จะชี้ชัด อย่างพื้นที่ของลุงประยงค์ (จ. สงขลา) ก็เห็นได้ชัดเลยว่าในพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็งยังคงความรุ่งเรืองได้ เราก็จะเอาโจทย์ของประชาชนเป็นตัวตั้ง เราไม่ได้เอาโจทย์ของซีอีโอเป็นตัวตั้งเลย อันนี้เป็นการขึ้นนโยบายที่แตกต่างกันเลย เขาก็ตั้งคำถามว่ามีชุมชนของประเทศไทยมีที่ไหนบ้าง ที่เขาจะสามารถสร้างนโยบายสาธารณะขึ้นมาด้วยตัวของเขาเอง แล้วเขาก็เป็นคนตั้งโจทย์เอง แล้วเขาก็พยายามที่จะจัดการความรู้พยายามที่จะสร้างชุมชนของเขาเอง แล้วภาครัฐเป็นคนที่ตามมาหนุนเสริมในสิ่งที่เขาต้องการ ไม่ใช่คนที่ชี้ทิศทางให้เขาเดิน อันนี้คือความแตกต่างสิ้นเชิง ขณะนี้ในสังคมไทยเรามีพื้นที่จำนวนมากที่ชุมชนสามารถกำหนดแล้วก็เดินเองได้ เราต้องเขียนไว้เป็นตัวอย่าง ผมเข้าใจมีหลายพื้นที่ แล้วก็จะกลับมาตอบโจทย์ที่หมอบโกมาตรตั้งโจทย์ไว้ตอนแรกว่า ถ้าหากทิศทางของสังคมไทยนี้จะอยู่จะไปยังไง จะอยู่ร่วมของชุมชนยังไง ก็ต้องกลับไปถึงว่าโจทย์นี้ใครเป็นคนตั้งแล้วใครเป็นคนจัดการ เรื่องนี้นั่นผมว่าเป็นเรื่องใหญ่ ณ ในเวลานี้ในชนบทเค้าก็จะมีเครือข่ายมากมายไข่ม้อยครับ แต่ผมคิดว่าประเด็นอาสาสมัครอย่าไปมองแค่ อสม. คำว่า อาสาสมัครคือ บุคคลที่เค้ามีจิตใจที่จะทำในเรื่องสาธารณะ เวลานี้เมืองไทยเรามีคนทำเรื่องอาสาสมัครเยอะมาก เอาเฉพาะเรื่องกระทรวงสาธารณสุขเวลานี้นะ อสม. อาจจะไม่ใช่บทบาทหลักอีกต่อไป เช่นเรื่องการออกกำลังกาย ก็จะพบว่า แก่นนำครูออกกำลังกายเขาก็ไม่ได้ใส่เสื้อ อสม. แล้วเขามานำ อสม. อีกที ถ้าคุณไปทำเรื่องอาหารปลอดภัยพิษนะ ก็กลายเป็นพวกปราชญ์ชาวบ้านที่อาจไม่ใช่ อสม. ถ้าคุณเอาเรื่องแพทย์แผนไทยนะพวกนี้อาจจะไม่ใช่ว่าพวกที่เรียน อสม. จะเห็นว่าเดี๋ยวนี้มีอาสาสมัครชุมชนส่วนมากเขามีชุดความรู้ของเขาเอง ขึ้นมาทำงานพัฒนาในชนบท แล้วผมก็เชื่อว่าในเมืองด้วยนะครับ ถ้าเวลานี้เราถามอาสาสมัคร ถ้าไม่ใช่ “อสม

ม.” นี่ คนที่มาทำสุขภาพองค์รวม ผมคิดว่าตรงนี้อาจจะเป็นความแตกต่าง ถ้าเราไปตีกรอบว่า อสม. เรา ก็จะไม่มิตีของการขับเคลื่อนสังคมร่วม

นพ.โกมาตร: อันนี้เราไม่ได้เริ่มจากคุยเรื่อง อสม. นะครับ เราเริ่มคุยกันเรื่ององค์กร ชาวบ้านและชุมชน ซึ่งถ้าดูตอนนี้ ก็คือว่า สำหรับเฉพาะ อสม. เอง บทบาทก็หลากหลาย แล้วก็มีการเข้าไปทำงานบทบาทที่อาจจะไม่ใช่เรื่องสุขภาพอย่างที่เรเคยมองกัน หรือไม่ใช่สิ่งที่กระทรวง กำหนดเป็นนโยบาย แต่เนื่องจากเป็นปัญหาท้องถิ่น เขาก็เข้าไปเกี่ยวข้องหรือไปหาทางสนับสนุน โดยความเห็นอิสระของเขาในส่วนหนึ่งคือ บทบาทของ อสม. ก็หลากหลายมาก ในขณะเดียวกันก็มี ตัวละครที่หลากหลายตัวอื่นๆ เข้ามาในสนามหรือเวทีของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการออกกำลังกาย เรื่องปราชญ์ชาวบ้านหรือเรื่องการแพทย์แผนไทย เรื่องการนวดอะไรต่างๆ หรือว่าคนที่ผ่านการอบรม เรื่องการนวดอะไรต่างๆ เหล่านี้ใช่มั้ย สรุปว่ามีความหลากหลายทั้งในแง่บทบาทของ อสม. และบทบาท ขององค์กรอื่นๆ หรือว่าองค์กรประกอบชุมชนอื่นๆ ที่เรียกว่าเข้ามามีส่วนในเรื่องขบวนเรื่องสุขภาพ

ชัยณรงค์ : ผมแลกเปลี่ยนประเด็นแรกเลย ถ้าเรามองกระบวนการอาสาสมัครเอง ถ้าเรา มามองในเชิงคิดว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมของท้องถิ่น ทำให้เห็นว่า จริงๆ แล้วสามารถที่จะไปเล่นบทบาท ต่างๆ ในเรื่องแพทย์แผนไทย เรื่องเกษตรธรรมชาติ เรื่องของสิ่งแวดล้อม เรื่องของท้องถิ่น เรื่องของ สำนักท้องถิ่น เรื่องของเด็กและเยาวชน คือสามารถมีพื้นที่เล่นได้ ในคนคนเดียวคนนั้นจึงไม่จำกัด บทบาทว่าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เพราะฉะนั้น จะขยายขอบเขตของความเป็นอาสาสมัครออกไป มิติต่างๆ อย่างที่บางท่านก็ไปทำเรื่องของการแพทย์แผนไทยบ้าง ก็ปราชญ์ชาวบ้านบางคนก็เป็น อาสาสมัครไปด้วย แล้วก็ไปทำเจ้าหน้าที่แกนนำชาวบ้านเรื่องเกษตรธรรมชาติด้วย ซึ่งเป็นเรื่อง ที่เกื้อกูลกัน ผมคิดว่าตรงนี้เป็นประเด็นใหญ่ แต่ว่าโจทย์ที่สำคัญกว่า เราจะยกระดับพื้นที่ทางสังคมให้ เป็นสถาบันของท้องถิ่นได้ไง เพราะว่าเท่าที่ดูจากปรากฏการณ์ที่เคยเข้าไปสังเกตการณ์ในชุมชนที่ เข้มแข็งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นน้ำเกียน ไม้เรียง ป่าภาคอีสาน เราจะเห็นว่า อันที่หนึ่งนี่จะต้องมีสถาบัน ทางชุมชนของท้องถิ่นเกิดขึ้นมา ถ้าไม่มีองค์กรเหล่านี้ไม่สามารถเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะ ของท้องถิ่นได้เลย จะเห็นว่าบางชุมชนจะมีเรื่องของความเข้มแข็งของชุมชน แต่ความเป็นสถาบันของ องค์กรเหล่านี้ไม่มี จึงทำให้องค์กรไม่เข้มแข็ง น้ำเกียนเองก็ว่ามีสภาปราชญ์ชาวบ้าน ไม้เรียงเองก็มี สภาปราชญ์ชาวบ้าน อีสานเองก็มีสภาปราชญ์ชาวบ้าน ทุกๆ ที่เค้าจะมีองค์กรลักษณะเหล่านี้อยู่ แต่ คำถามอยู่ว่าแล้วองค์กร อสม. จะผลักดันตรงนี้เข้าไปยังไงให้เป็นสถาบันของท้องถิ่น แต่ขณะเดียวกันก็ มีการกลายตัวออกไปเป็นองค์กรทางการเมือง หรือเป็นองค์กรที่สืบทอด ที่ถูกราชการเข้ามาครอบงำ ผมว่า ตรงนี้เป็นโจทย์ใหญ่ที่องค์กรส่วนใหญ่ต้องแพคตัวเอง ต้องนึกให้ออกว่าจะผลักดันตัวเองไปเป็น

องค์กรทางท้องถิ่นหรือว่าจะผลักดันตัวเองไปเป็นองค์กรแบบรัฐ หรือว่าจะผลักดันตัวเองไปเป็นองค์กรเพื่อผลประโยชน์ทางการเมือง ต้องเลือกอันนี้ อสม. เองก็ต้องเลือกว่าจะวางบทบาทตัวเองไปอยู่จุดไหน ขณะเดียวกันนโยบายภาครัฐเองไม่ไปด้วยกันกับการเคลื่อนไหวของ อสม. เพราะว่าระบบราชการมองแบบดิ่งลงมาเลย แล้วมองแบบสายเดียว ก็คือมองสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวเลย มองแพทย์แผนไทยก็เจาะเรื่องแพทย์แผนไทยเรื่องอื่นไม่เอาด้วย ผมคิดว่านี่คือปัญหา เพราะเขาไม่เข้าใจว่า ท้องถิ่นจริงๆ แล้วชาวบ้านเขาไม่ได้คิดแบบแยกส่วน อสม. คนอื่นมีหมวดเยอะ เดียวนี้กระทรวงพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ เข้าไปพัฒนาให้ อสม. เป็นอาสาสมัครพัฒนาชุมชนด้วย เป็นอาสาสมัครเกษตรด้วย ของผมมีทั้งเป็นสัตว์แพทย์ไปฉีดวัคซีนสุนัขได้ด้วย ก็จะเห็นว่าท้องถิ่นเองเค้ารับได้หมด เพียงแต่เค้าไม่ได้แยกบทบาทใคร แต่ว่าเราจะทำยังไงให้มีที่แบบนี้ให้เกิดขึ้น ให้เขาเข้าไปเล่นได้ ให้มีประเด็นให้เขาเข้ามาเล่น ขึ้นอยู่กับท้องถิ่น แล้วอย่างที่บอกแล้วว่าไม่มีใครกำหนดโจทย์ท้องถิ่น เพราะว่าเราเป็นคนกำหนดโจทย์ให้เอง

ตัวที่เป็นปัญหาอีกอันหนึ่งคือ ในทางวัฒนธรรม คนที่ทำเขามีวัฒนธรรมในการปฏิบัติ อย่างเช่น เขาก็ไม่สามารถจะคิดเขียนออกมาในเชิงวิชาการได้ ขณะเดียวกันอย่างที่พี่ศุภชัยเล่าให้ฟังนี้ มีปัญหาเรื่องส่วนวิชาการที่เข้าไปเกี่ยวข้อง แล้วก็มีวัฒนธรรมของพวกนโยบายประเภทสั่งการ แล้วรอเก็บเกี่ยวผลอย่างเดียวไง ทำให้ลักษณะการปฏิบัติติดกันไปดิ่งกันมา ถ้าจุดไหนนโยบายแข็งก็จะทำให้องค์กรอาสาสมัครต้องตามไป เดินตามไปเรื่อยๆ ขณะเดียวกันถ้าส่วนวิชาการแข็งเรื่องระบบการประเมิน อสม. ดีเด่น อสม. ต้องทำนี่ 1... 2... 3... 4 หรือว่าถ้าทำนอกกรอบถือว่าคุณไม่เข้าเส้นทาง ก็ทำให้ อสม. บางส่วนห่างออกมาคือเขาไม่ถนัดที่จะไปทำแบบนั้น ก็เป็นไม่ได้ ก็จะเป็นอาสาสมัครดีเด่นไม่ได้สักที แต่ว่ายังทำงานอาสาสมัครรับใช้สังคมอยู่ได้ เราเห็นปัญหานี้เยอะแล้วอีกอันคือการสื่อสารตรงระหว่างนโยบายกับ อสม. อาจจะเป็นด้วยระบบวัฒนธรรมของราชการด้วยว่า ของรัฐบาลนี้ด้วยนะ ก็คือว่าเขาเลือกที่จะใช้ระบบสื่อสารตรง แล้วเราจะเห็นนโยบายว่าจะเรียก อสม. โดยตรงทำให้ อสม. แยกกระจายเป็นปัจเจกไปเลย เวลาเราสื่อสารตรงกับ อสม. เป็นคนๆ หรือเป็นกลุ่มองค์กร โครงสร้างเดิมคือจริงๆ แล้วสถานีนอนามัยเป็นตัวเชื่อมกิจกรรมงานที่ อสม. เขาเดินหน้าอยู่ด้วย เพียงแต่ว่ารัฐบาลเองไม่ค่อยใส่ใจวัฒนธรรมการทำงานท้องถิ่นก็ไปยังตรงกับ อสม. แล้วก็ไม่ได้เสริมกระบวนการทำงานท้องถิ่น ธรรมดาๆ ธรรมดาๆ ธรรมดาๆ ก็คือว่า อย่างกรณีใช้หัวหน้าก ถามว่าใครเป็นคนทำงาน สอ. นะเป็นคนทำงาน คอยผลักดันร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข แล้วเดินด้วยกันไป ดูว่าหมู่บ้านนี้เป็นอย่างไง มีคนป่วยมั๊ย มีสัตว์ป่วยมั๊ย เค้าจะแลกเปลี่ยนกัน เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขจะสำรวจข้อมูล เค้าก็จะไม่แจ้งปศุสัตว์นะ เค้าจะวิ่งเข้ามาแจ้งที่สถานีนอนามัย “หมอ มีไก่ตาย จะทำยังไง” ต้องดูว่าจริงๆ แล้ว อสม. เค้าจะมีสังกัดอยู่ เราต้องเลือกว่ามีสังกัดอยู่ แต่ว่าความเป็นสังกัดนี้ไม่ได้

เป็นแบบเจ้านายกับลูกน้องไง แต่ว่าเป็นสายใยที่ผูกเข้าไว้ด้วยกัน สังกัดของเขานี้ เพราะฉะนั้นเราต้องเลือกดูให้ถูกเวลาเข้าไป เข้าไปแล้วคุณก็ถามว่าเออมีสายสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนะ มีสายสัมพันธ์ระหว่าง อบต. นะ มีสายสัมพันธ์ระหว่างองค์กรอื่นๆ ในนั้น จะทำให้ขบวนการของเราเอาไปเสริมในจุดต่างๆ ถ้าจุดไหนอาสาสมัครอ่อนแอเราก็ไปเสริม เราก็ให้พี่เลี้ยงในพื้นที่เค้าดูกัน แล้วก็พยายามให้ท้องถิ่นเข้าไปมองปัญหาของตัวเองโดยผ่านสถาบันที่จะเกิดขึ้นมา เราก็จะไปทำตรงนี้ด้วย แทนที่จะไปยิงสาदनโยบายเพราะว่าคุณต้องไปกำจัดใช้หัวคนกะ 1... 2... 3... 4 ปัญหาเหมือนกับกระทรวงเป็นเจ้านายใช้มียะ อันนี้คือโจทย์ใหญ่ที่จะให้มิติใหม่ทางวัฒนธรรมแบบนี้เคลื่อนไปด้วยกันได้ ไม่ใช่ฝ่ายนโยบายก็ไปทาง ฝ่ายวิชาการก็ไปอีกทาง ท้องถิ่นก็ไปอีกทาง ทำให้ อสม. สวมหมวกหลายใบก็แย่ เพราะต้องแบกรับภาระเยอะ รวมหลายกระทรวง

นพ. บัญชา : คือผมต้องเรียนอย่างนี้ละ ผมไม่ผูกพันอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข แล้วก็มีความอึดอัดอะไร ผมอาจจะในฐานะผู้สังเกตการณ์แล้วก็ลงไปยุ่งกับชาวบ้านอยู่บ้าง เมื่อทราบว่ามีเวทีนี้ได้คุยกันหลายครั้งในพื้นที่ ในฐานะคนที่นิวเนียอยู่กับ อสม. และชุมชน ก็ขอบอกว่ามาด้วยความตั้งใจแต่คงอยู่ได้ครึ่งวัน คาดหวังว่าวันนี้ไม่ใช่คุยแล้วจบนะระดมสมองแล้วก็ตั้งไว้ แล้วก็ผลักดันไม่ได้อะไร เพราะฉะนั้นก็คาดหวังว่าอย่างน้อยทุกท่านในนี้ช่วยกันออกแบบหอมเต๋ว่าให้เกิดอะไรขึ้นมาหน่อยเถอะ ผมเองถูกลากเข้าไปยุ่งใน สสส. ที่เข้าร่วมแผนสุขภาพชุมชน จะพบชาวบ้านเค้าจะพูดบูรณาการในพื้นที่นะ อสม. ก็เป็นคนสารพัด ประเด็นก็คือว่าไม่ว่าจะประเด็น อสม. หรือว่า อสกร. อส. กระหรืนะ เค้าก็บูรณาการเต็มตัว แล้วหนึ่งคนใส่หลายหมวกอยู่นั้น แล้วเค้าจัดการตัวเองได้ แล้วโจทย์ก็คือ ทาง สสส. เค้ามีโจทย์ใหญ่สุดท้ายเค้ามีบทสรุป เค้าพยายามปรับทั้งกระดาน ที่ สสส. เข้าไปแทรกซึมอยู่ต้องดูว่าจะทำยังไงให้งานสนับสนุนสุขภาพในฐานะน้ำเลี้ยงหรือว่าตัวส่งเสริมออกมาอันที่หนึ่ง ขอให้เกิดบูรณาการโดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง ด้วยระบบการเชื่อมประสานที่ดีและหนุนเสริมตามสมควร ไม่ใช่ว่าสุดท้าย สสส. ก็ไปตั้งหน่วยใหม่เกิดขึ้นเต็มไปหมดแล้ว สาธารณสุขก็ทาง สุข. (กองสุขภาพภาคประชาชน) ก็ทาง อะไรก็คนละทาง ชาวบ้านปวดหัวกันมากเลย แล้วพี่ตั้งโจทย์ที่ตั้งใจมาคุยกันมาด้วย เพื่อนพี่ที่มาก็ลากกันมาวันนี้นะครับก็จะมีคุณกึ่งก็ยุ่งอยู่ด้วย แล้วก็จะมีหมอวัตรก็ยุ่งอยู่ด้วย หรือว่าน้องประสิทธิ์ชัย อันนี้จากส่วนกลางที่เราทำมาสองปีที่ภาคใต้ในนามของเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดกับโครงการพัฒนาชุมชนเศรษฐกิจภาคใต้ เท่าที่เรารู้เรามาสรุปกันอย่างนี้ว่าจริงๆ แล้ว อสม. เป็นกลุ่มและผู้นำชุมชนที่จริงๆ แล้วสาธารณสุข นำร่องในการจัดระบบและโครงสร้างไว้อย่างแบบงดงามและน่าทึ่ง ตั้งแต่ผมยังเรียนไม่จบเลย โดยอิงระบบที่เรียกกันย่อว่าสาธารณสุขมูลฐานและสาธารณสุขไทยไว้ หลังจากที่น่าร่องไว้ได้ด้วยดินะครับผมคิดว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาเราก็พบว่า จะด้วยอันนี้หรือด้วยอะไรก็ตาม พบว่า งานใน

ชุมชนท้องถิ่นออกมาอย่างมากมายเลย เต็มไปหมดเลย ไปดูพื้นที่ที่แม่ฮ่องสอน แล้วก็เกิดกลุ่มผู้นำชุมชนหรือท้องถิ่นหรือระบบโครงสร้างขึ้นมาเพื่อลอกแบบเต็มไปหมด ไม่ว่าพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสารพัดเกิดขึ้นทั่วถิ่นไทย ภายใต้ระบบและโครงสร้างที่แต่ละหน่วยเขาพยายามสร้าง ๆ ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขเองก็หลายอาสาแล้วใช่ไหม เต็มไปหมดเหมือนกัน แม้กระทั่งในกระทรวงสาธารณสุขเอง ผมคิดว่า สอ. นี่เป็นหน่วยบริการที่ใช้ได้แล้วก็ลงไปถึงระดับชาวบ้านคือ ผู้บริหารตัวจริง แล้วถ้าไปดูตุ๊กตาในพื้นที่ที่ตรงกัน ก็คือ อสม. ควรมียบทบาทหลัก อบต. นายกหลายคนเค้ายังโอเคนะดิฟาย คน สกอ. เยอะแยะไปหมดเลย แต่ระบบของพวกเราไม่ปรับก็ยังคิดแหว่งอยู่ไหนแหละ ก็ทำมาจนถึงวันนี้สภาพนั้นก็ยังเป็นอยู่เพราะทุกระบบและโครงสร้างรักษาแหว่งไว้ จริงๆ แล้วผมใกล้ชิดกับทางศูนย์ สช. ที่นครฯ แล้วก็ทาง สสจ. พอสมควรเพราะเคยไปอยู่ตั้ง 10 ปี ก็เห็นการพยายามปรับตัวออกเป็นงานสุขภาพภาคประชาชนชื่อสวหยุดแต่ผมพอไปพิสูจน์เนื้อในไม่ไปนะครั้นอย่างน่าเสียดาย

ณ วันนี้ก็เลี้ยวอย่างมากระว่า เปลี่ยนชื่อแล้วเนื้อในไม่เปลี่ยนนี้ทำให้ชื่อคุณสปอย แต่ผมหวังว่าเนื้อในจะเปลี่ยนเพราะชื่อเป็นตัวนำนะครับ เราอย่าลืมว่าสามสี่ปีที่ผ่านมาเรามีอีกเรื่องหนึ่งที่ใส่เข้าไปในสังคมไทยคือ เรื่องของกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพนะใส่เข้าไป ไม่ใช่ใส่แค่แนวคิด แต่ใส่การขับเคลื่อนเข้าไปเยอะ อันนี้ผมว่ากระทรวงสาธารณสุขเองก็รับเรื่องนี้ไปไม่น้อย ไม่ว่าจะผ่าน สปช. หรือว่าอะไร ๆ ก็พยายามหาทางออกหรือในกระทรวงเอง หรือ สปรศ. หรือ สสส. ผมมองว่า สปรศ. เป็นตัวนำร่องในการปรับวิธีคิด ในการปรับขบวนการ แล้วตัว สสส. เข้าไปกระตุ้นให้กระบวนการทัศน์นั้นได้เกิดปฏิบัติการเล็กๆ น้อยๆ ในพื้นที่ถึงข้ามกระทรวงไป แล้วเราพบว่า ในกระทรวงเองมีคนอย่างนั้นะครับ ทั้งแบบอาสาสมัครเขาเติบโตมาจากฐานจริง แล้วเขาก็เห็นประเด็น แล้วเขาก็อยากจะทำแต่เขาก็เดินขลุกขลักๆ เต็มไปหมดเลยครับในพื้นที่ เพียงแต่เทอมโครงสร้างยังไม่ปรับ ถ้างั้นโครงสร้างจะปรับได้ยังไงเพื่อเสริมให้ของจริงในพื้นที่ได้เคลื่อนต่อ ไม่ไปติดอยู่ในช่อง พอไปคุยกับทีม สสจ. เราก็พบคนจำนวนหนึ่งที่อยากทำงาน แต่พอไปดูกรอบทิศทางของงานทำอะไรไม่ได้ แล้วก็ต้องกลับไปอยู่ตามนั้นนะ วิธิต วิธึประเมิน วิธึรายงานนี้ไปกันหมดเลย สอ. ก็เหมือนกัน อสม. บางเขตบอกว่าที่เราทำนี้ไม่ใช่งานภารกิจของ สสม. อะไรอย่างนี้นะครับ ถ้าผมคิดว่าอันนี้น่าจะเป็นเรื่องใหญ่ถ้าสามารถทำได้ ผมขออนุญาตตรงประเด็นที่ภาคใต้ที่หลายคนมาที่นี่ เราพบสองสามกรณีศึกษาที่เรามีอยู่ นื่องๆ เค้าก็เตรียมเอกสารมาให้ผมอยู่ ส่งไปให้ที่ประธานแล้ว ประธานจัดการเองก็แล้วกัน เอาไปแจกบางอันก็มีใบเดียว บางอันก็สองสามใบ ลองตีความพยายามสองสามอย่างอย่างหนึ่งที่นครฯ นี่ที่หมวดวัตรกับป้อมเค้าก็ไปถามว่าผ่านงานชิ้นเดียว เช่น งาน อสม. ประกัน ผู้บริโภคควรจะทำอะไร เขาขยันมากมายพอจะเข้าไปเป็นเรื่องเป็นราวเสร็จ เขาก็เปิดเป็นการเรียนรู้ และปรับระบบงาน อสม. เพิ่มขึ้นแล้วผมคิดว่าขับเคลื่อนไปหลายๆ คนก็บอกว่าต้องเล่า ส่วนอีกพวก

หนึ่งคุณเฉลี่ยคุณประสิทธิ์ชัยเค้าก็ทำในภาคใต้ เขาก็ไปหา อสม. ตัวเอนะ น้ำแก้วอย่างนี้ แกบอกเป็น อสม. แต่ตอนนี้เป็นแกนนำแผนชุมชนต่อสู่ความยากจนของชาติ เจ้าตึกเป็นพรินเซนเตอร์ของภาคคู่ กับผู้ใหญ่โกเมศและนายง แต่แกบอกผมเป็น อสม. นะครับ ก็ไปเชื่อม อสม. ตัวเอนี้ทั้งหลายภาคได้มา ลองคุยกัน พวกนี้เขาก็บอกว่า อสม. ทำได้เยอะมากมีตั้งหลายเรื่อง แล้วเขาก็ไปจับแผนแม่บทชุมชน แล้วพยายาม exercise ผ่านแผนสุขภาพชุมชน ทำไงที่ อสม. ไปเป็น สอบต. ไปเป็นอะไรอยู่เยอะแยะ เต็มไปหมดเลย ให้ อสม. รับใช้งานสาธารณสุขให้ยิ่งใหญ่เลยกว้างกว่างานสาธารณสุข ก็เลยขอเข้าไปเจาะอยู่ในโครงสร้างแผนชุมชน ซึ่งสภาพพัฒนาฯ รับแล้ว รัฐบาลรับแล้ว แต่แผนนั้นจะไปแค่ วิชาหักชุมชน เห็นมัยครับก็คือระบบเศรษฐกิจ “น้ำงโมเดล” น้ำง วิชาหักชุมชนเพื่อแก้จน ทั้งนั้นแหละ เคยไปคุยกับน้ำง ให้สภาผู้นำที่ไม่เรียงลองคิดแผนสุขภาพชุมชน รายการของไม่เรียง จะออกมาเป็นอันดับโรคที่เจ็บป่วย แล้วก็ไปแก้โรคเจ็บป่วยในเชิงรักษา ซึ่งเราว่าไม่ใช่ น้ำงบอกว่า แผนที่น้องคิดเชิงเสนอ พอมาคุยกับน้ำแก้วนี้แกบอกว่าเอาเรื่องดูแลสุขภาพชุมชนโดยภาพรวม สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ที่หมอเด่าห่วงเรื่องสิ่งแวดล้อมนี่ก็จะเคลื่อนได้ทั้งนั้น แล้วถ้าหากว่า จัดระบบแผนสุขภาพชุมชนออกมาได้ พูดยถึงประสบการณ์ของภาคใต้เพราะว่าจริงๆ มีแผนวิชาหัก แผนเศรษฐกิจก็ว่ากันไป แต่ถ้าแผนสุขภาพจะติดตั้งได้เข้าไปสู่ระบบท้องถิ่นทันที นะฮะก็เป็นแผน ของ อบต. ชาวบ้านก็ขับเคลื่อนใช้ทางทีมเครือข่าย อสม. ในพื้นที่ แล้วเคลื่อนไปเลยภายใต้ระบบ แผนอย่างนั้น เขาก็พยายามทำแล้วก็ออกมาหลากหลายรูปแบบ อันนั้นเป็นปฏิบัติการที่ทำ แต่ว่ายังไม่ เสร็จ ในปีนี้เพิ่งจะเร่งที่จะถอดสู่บทเรียนว่าเงื่อนไขความสำเร็จคืออะไร ความไม่สำเร็จคืออะไร และ ปัญหาอุปสรรคคืออะไร ผมคิดว่าอันนี้จะเป็นช่องหนึ่งที่จะต้องช่วยกันหา ไม่เช่นนั้นก็ต้องนำ เสียขาย ผมก็ว่าน่าจะเดินขลุๆ อยู่ในข้ออย่างนี้อีกพักใหญ่ๆ ผมขอเริ่มแค่นี้ก่อนแล้วค่อยว่าต่อ

นพ. โกมาตร : ก็มีประเด็นร่วมกันว่าส่วนกลางไม่บูรณาการ แล้วก็อย่างละหน่วยก็สั่งๆ ลงไป ก็ไม่รวมถึงส่วนปลาย ก็เลยเต็มไปหมด รุงรัง นัวเนียไปหมด อันนี้เป็นประเด็นที่มีมาตั้งแต่ต้น แล้ว ประเด็นที่สองก็คือเรื่องการเคลื่อนไหวระยะหลังที่มีส่วนต่างๆ เข้าไปเสริมมากขึ้น เช่น สปรศ. สสส. อะไรอย่างนี้นะฮะ แต่ว่าหลักใหญ่ก็มีลักษณะที่คือมีประเด็นเรื่องของระบบของเรา มีลักษณะ เป็นแนวตั้งอยู่ แม้ว่า

ประสิทธิ์ชัย : เท่าที่ทำงานสัมผัสในหลายพื้นที่ภาคใต้ ในชุมชนผมว่าเกิดการเปลี่ยนไปเยอะ ที่เดียว เพราะมีตัวเลขเยอะ ที่เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา อาทิตัวเลขรายจนต่างกัน รถป้ายแดงก็เยอะ อันนี้คือการเปลี่ยนแปลงเชิงวิถีเศรษฐกิจ ในขณะที่เดียวกัน คือถ้าดูจากร้อยละชุมชนที่ทั่วภาคใต้ ที่ทำโครงการ อยู่ก็จะเห็นว่าวิธีหนึ่งที่ชุมชนเข้าไปจัดการคือเรื่องทรัพยากร ผมรู้สึกว่ามีสองเรื่องที่เปลี่ยน ก็คือเรื่องวิถี

เชิงวัฒนธรรม และวิถีเชิงทรัพยากร แล้วอนาคตนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าสมมติว่าสองเรื่องนี้ไม่ได้รับการจัดการ โดยองค์กรชุมชนนี้ ภาคชุมชนจะอ่อนตัว สองเรื่องนี้คือทรัพยากรและที่ดิน เป็นจุดแข็ง ที่นี้ถามว่ากระบวนการจัดการในชุมชนเป็นยังไง ผมว่าที่ภาคใต้ให้ความสำคัญกับกลุ่มองค์กร คืออนาคตข้างหน้าจะให้ความสำคัญกับกลุ่มองค์กร อย่างเช่น อบต. ผมรู้สึกว่าเดี๋ยวนี้ อบต.จะเป็นกลุ่มเป้าหมาย แล้วจะเป็นองค์กรที่ทุกคนจะมองว่าเป็นหลักให้กับท้องถิ่น ขณะนี้ก็มีอบต.ที่ก้าวหน้า และอบต.ที่ยังทำเรื่องเดิม ๆ

ประสบการณ์ภาคใต้บอกว่า เท่าที่ทำงานกับเครือข่ายอสม. บอกว่า มีองค์กรอยู่องค์กรหนึ่ง ที่เป็นหลักแล้วถ้าในวิกฤติเชิงสุขภาพ มากกว่าอบต. คืออนามัย ผมรู้สีว่างานของ อสม. ที่ไปร่วมขับเคลื่อนในชุมชนนี้ ถ้าชุมชนไหนสามารถขับเคลื่อนร่วมกับอนามัยได้จะไปไกล แล้วจะสามารถขับเคลื่อนได้อย่างไม่มีปัญหา ผมรู้สึกว่ากลุ่มองค์กรเป็นเรื่องสำคัญ สมมติลองเอาชาวบ้านชุมชนเป็นตัวตั้งนี้ หลายที่ผมว่าอสม.เริ่มคิดไปไกล ไม่ใช่แค่งานสาธารณสุขเรื่องไข้เลือดออก อันนี้ไม่พอ ต้องมาทำเรื่องอื่น หลายที่มีเรื่องแผนสุขภาพชุมชน แล้วที่สำคัญไปทำเรื่องทรัพยากรสังคมที่ร่อยหรอ แต่เป็นทรัพยากรที่เกี่ยวกับชีวิต อย่างเช่น เรื่องการปลูกข้าวโดยกลุ่ม อสม. เขาทำข้อมูลมาก่อนว่าชุมชนนี้ข้าวยังต้องซื้อมาเลย ต้องเข้าไปจัดระบบการทำงาน แล้วหลายที่ก็ไปทำเกษตรปลอดภัย ผมรู้สึกว่าบทบาทของ อสม. กับการพยายามไปจัดการ เรื่องของมิติของชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพเชิงรุก ไม่ใช่แค่รับแล้ว เรื่องโรคอย่างเดียว แต่จัดเรื่องระบบอาหารของชุมชน ผมว่าอันนี้เป็นประเด็นน่าสนใจ แล้วก็ไปเชื่อมกับองค์กรของชุมชนที่เป็นรัฐไม่ได้

นพ.บัญชา : ซึ่งถ้าหากว่าระบบ อสม. คือตัวแทนของสาธารณสุข แล้วทำงานภารกิจเฉพาะของสาธารณสุข เขามีศักยภาพมากกว่านั้น แล้วเขาก็ไม่ได้ทำแบบแยกส่วนกัน แต่ละกรมก็แต่ละแบบก็ไม่ต่อกัน นี่ถ้าสาธารณสุขช่วยนำเรื่อง หรือทำอะไรที่ช่วยทำให้เกิด บูรณาการในระดับพื้นที่ ให้หน่วย อสม. หน่วยสอ. เป็นหน่วยบางอย่างดูแลเรื่องสุขภาพชุมชนในทุกมิติเลยนี้ แต่พอไปตั้งชมรมนะ ผมไม่แน่ใจนะ ภาพลักษณ์ของ อสม. สุดท้ายก็วนอยู่กับเรื่องเฉพาะเรื่อง แล้วก็เรื่องสวัสดิการเรื่องสังสรรค์ เรื่องทัศนคติไปวนอยู่อย่างนี้ ซึ่งผมเชื่อว่าไม่ใช่ทั้งหมดที่เขาอยากทำเป็นอย่างนั้น เขาจะมีความสุขถ้าเขาสามารถมีบทบาทได้มากกว่านั้นทราบมาว่า สปสช. กำลังจะ launch กองทุนสุขภาพตำบล หรือแม้กระทั่งงานสร้างสุขภาพ งานหวัละพันกว่าที่กำหนดว่าก็รื้อต่อหัว แต่ตัวงานพัฒนาเชิงโครงสร้างไม่ได้มาดูแลกันจริงจัง ผมว่าถ้าขยับอันนี้ขึ้นนี้เป็นปัญหา

สุรเดช : เมื่อกี้ที่หมอฟันผมให้ข้อมูล คือตอนนี้งานโครงการ30 บาททางด้านสร้างสุขภาพนี้ค่อนข้างใหญ่เลยเค้าจ่ายผ่านโรงพยาบาลสถานีนามัยไป อันนี้เป็นการสร้างสุขภาพเป็นรายบุคคล นิด

วักชิน ทำคลอดอะไรไป อันนี้ก้อนใหญ่ ที่นี้ล่าสุด ก็จะเป็นก้อนใหญ่ประมาณปลายปี 48 เขาให้เงินเป็นก้อนไปทำเรื่องสร้างสุขภาพ อันนี้ก็อยู่ที่สาธารณสุขจังหวัดเขาก็ยังไปจ่ายช่องเดิมบัตร ถ้าจ่ายก็ผ่านโรงพยาบาลผ่านอะไรไปเหมือนเดิม อ้อยเข้าปากข้าง ที่นี้ผมไม่แน่ใจว่าที่อื่นเป็นอย่างนี้หรือเปล่า ที่พิจิตรนี้เราก็มีวิธีคิดแบบ สสส. คือให้เครือข่ายสุขภาพนี้สามารถทำโครงการมาขอเงินก้อนนี้ได้ พิจิตรก็จะได้เงินมาปลายปี 48 ประมาณ 4 ล้านแล้วที่ปี 49 ได้เงินมาอีก 3 ล้านเท่ากับ 7 ล้านบาท เราก็เป็นเงินกองทุน สสส. กองทุนก้อนนี้ใหญ่กว่า ที่ สส. ผมได้อีกนะ ผมได้ สส. ไป 3 ล้าน ทำเกษตร โอโห้ 7 ล้านนี่เยอะมากเลยนะ เราก็ไปผลักดันให้ชมรมสุขภาพทั้งหลายนี้เราไปจัดตลาดนัดความรู้ใช้ไหมสะท้อนทุกอำเภอจัดเกษตรปลอดสารพิษ ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายทุกอำเภอ พอเข้ามาจัดเวิร์คช็อปเสร็จแล้วนี่ ก็ให้เขาคิดมาว่า เขาจะทำงานในเรื่องเครือข่ายมีแผนอะไรในรูปเครือข่ายเสร็จแล้วก็ให้เขาทำโครงการเลียบเข้ามาในช่องนี้ หมอใหญ่เขาก็ไปตั้งคณะกรรมการ ตัวเค้าก็นั่งหัวโต๊ะ แล้วพอถ้าหมอทำอย่างนี้นะ หมอคงเลยนะ เขาบอกอย่างนี้เลยนะ ถ้าทำอย่างนี้ในระบบราชการหมดคังแน่ ถ้าหาเรื่องกับเจ้านายนี่ก็ชนะ เค้าเกลียดตายเลย เพราะว่าขานนี้ไม่มีใครเขาทำแบบนี้ซะหม้อ (หัวเราะ)

โครงการพวกออกกำลังกายก็มาที่ชมรมวิ่ง ชมรมแอโรบิก ชมรมไม้กระบอง เค้าก็เสนอโครงการในเชิงนวัตกรรมเยอะนะ สะ แล้วก้อนนี้ประมาณก้อนนี้ให้เขามาเซ็นสัญญาซึ่งเราถึงเหมือนกันว่าประเทศไทย จะมีระเบียบอะไรมารองรับหรือเปล่า เราก็ไปคุยกับทางงานประกันสุขภาพ ที่ต้องคุยให้ได้นะ เพราะจะเป็นนวัตกรรมที่ประชาชนจะสามารถคิดโครงการเอง สร้างงานโดยภาคประชาชน ไม่ใช่ว่าเราต้องคิดให้เขา ปรากฏว่าลือตแรกก็จ่ายไปตุ้ม โห ก็ลืกลึกมาก กลุ่มไม้ตะบองเค้าก็ไปสร้างกัน เขาก็ไปทำเอง ไม่ต้องให้หมอมายุงแล้ว เขามีนวัตกรรม เขาก็มีชุดความรู้ใช้ไหมครับ เขาก็ออกไปสร้างคน แต่ละตำบลไป เขาก็ติดต่องานราษฎร์มาแล้ว สร้างแผนนำไปให้ไปแลกเปลี่ยนความรู้ นี่ก็เกิดกระบวนการ ตลาดนัดระดับอำเภอ จังหวัด ฉะนั้นอย่าไปมองเงินสาธารณสุข เงินก้อนใหญ่ปีนี้ ซีโอไอ 25 ล้าน ไข่ม้อย เงินของ สปสช. อีกเยอะมากเลย งบ 30 บาท ไปจ่ายส่วนกลางหมด แต่งบสร้างคุณภาพชีวิตที่ใช้ของ ซีโอไอทั้งนั้น เพราะตรงนี้ก็ลงชุมชน นี่ถ้าหากว่ากลับมาสู่เรื่องระบบการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขเงินเยอะนะ ถ้าจัดระบบการหนุนดี ๆ แล้วก็ให้ประชาชนเค้ามีโอกาส เครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ เขาก็สามารถที่จะ คิดโครงการต่าง ๆ เข้ามาได้ เงินก้อนนี้ก็ป็นน้ำหล่อลื่นลงไป อย่าไปยุ่งกับเขา ก็ปล่อยให้เขาไปทำ เงินก้อนใหม่ปีนี้ ลงไปถึงอำเภอแล้ว จ่ายไปคนละสองแสน แต่ว่าโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยห้ามยุ่ง ไปกองอยู่ที่อำเภอ เพื่อที่จะให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอทำโครงการ

นพ.โกมาตร: อันนี้เงินจากไหนนะ กองทุนตำบลนะเหรอ

สุรเดช : เงิน 30 บาท นี่ให้ไว้ที่จังหวัดเป็นก้อนเลย หมอใหญ่ได้ไป 70 ล้าน คนละ 70 ล้าน ได้มาก่อนหนึ่ง เงินสร้างสุขภาพฐานชุมชน เวลานี้ผมก็เสนอความคิดนี้ผ่านหมออนามัยไปนครสวรรค์

ให้ไปคุยกับหมอใหญ่นครสวรรค์ เอาเงินก้อนนี้ปล่อยผ่านเครือข่ายสุขภาพไป ที่นี้ผู้ตรวจฯ เขาก็มาเจอ บอกแบบนี้ดี เสนอส่วนกลางให้ทำแบบ สสส. ให้มีกองทุนแบบนี้ แล้วก็ให้เครือข่ายสุขภาพทั้งหลาย ทำโครงการผ่านเงินก้อนนี้ ที่พิจิตรเวลานี้ก็ไปอำเภอแล้ว เขาตั้งไปในอำเภอสองแสน เวลาเราจัดงาน สุขภาพอำเภอนี้ ก็ให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอนี้ทำโครงการขึ้นมา ไข่ม้อยครับ ขอเงินขึ้นมา แล้วคุณลงไป ทำ เน้นผู้ด้อยโอกาสดีก่อนได้มัย ก็จะไปดูแลผู้ด้อยโอกาส เน้นตรงนี้อย่างปัญหาแก้ความยากจนได้มัย ตัวแสดงตัวหนึ่งคุณดูความยากจนปีที่แล้วก็เอาเงินเขาไปใช้ ใช้เฉพาะวิทยาลัยการสาธิตสุข ใช่วิธีแสดง ภาพรวมเรื่องความยากจน หมอใหญ่บอกไม่เกี่ยว ผู้ว่าฯ ฟันธงบอกงั้นปีที่แล้ว 25 ล้านนะ ปีนี้ 2450 หมอเอาไป 7 ล้านพอ ไม่เห็นมาช่วยงานผมเลยภารกิจซื้อโอกาสความยากจนไง ตัดทันที หมอใหญ่เดินผาง เลย พี่สุระเขามีเรื่องต้องแก้ความยากจน เราก็จัดให้โดยใช้เงินซื้ออินันแหละ สามารถบูรณาการ ได้ดีนะ ครับ ภาครัฐนะ"

นพ.โกมาตร : ก็คือพี่สุระเสนอเป็นรูปแบบหนึ่งของทรัพยากรที่ลงไป จะเอื้อต่ออาสาสมัคร

สุระเดช : คือไม่ได้เอื้อแต่ อสม. แต่เอื้ออาสาสมัคร ถ้า อสม.ทำโครงการมาขอเงินไปเงินก้อนนี้ นะ เราก็เรียก อสม. จังหวัดมาทุกวันนี้ อสม. จังหวัดพุดง่าย ๆ พวกที่ไม่มีผลงานอะไรเลยถ้าไป เปรียบเทียบหรือว่าตัววัดง่าย ๆ กระทรวงสาธารณสุขจะไปประเมิน อสม.ดีเด่นนะ พวกกรรมการ ชมรมบอกหลุดเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ เลย เพราะตัวเองไม่มีข้อมูลงานอะไรเด่นเลยแต่อาศัยพูดเก่งอยู่มา นาน เขาก็เลือกเป็นประธานเอาประธานงานอย่างเดียว พวกนี้ไม่มีผลงานนวัตกรรมอะไรส่วนใหญ่ นะ ผมเห็นจากพิจิตรนี้ตามมาหลายสิบปีเลย

นพ.โกมาตร : เป็นโครงสร้างเชิงอำนาจ สิ่งหนึ่งทำงานวิจัยต้องไปประเมินนะ ย้าเลยนะ นี่จะ ทำให้ทิศทางและเจตนารมณ์หรือปรัชญาอาสาสมัครบิดเบือนไปหมด นี่ผมเรียนตรง ๆ เลยนะ เพราะ ส่วนที่เก่งฝึกเขามาดี ๆ เพราะเป็นโครงสร้างเชิงอำนาจสูงไม่ได้เป็นโครงสร้างแนวลักษณะแนวราบ ไม่ใช่เป็นประชาสังคมแท้เป็นประชาสังคมเทียมแล้วใส่เสื้อคลุมอยู่ แล้วก็รับใช้นักการเมืองทุกระดับ เป็นหลัก ถ้าตรงนี้เราไม่เข้าใจ ตัวแปรตรงนี้ ประโยชน์ต่อสังคมมีน้อย แล้วถ้าจัดดี ๆ อย่างที่ว่า โครงสร้างระบบดี ใส่วัฒนธรรมใหม่เข้าไปใส่โครงสร้างในแนวราบให้ดี แล้วก็มีการถึงเขา นี่ผม ว่าจะประโยชน์กับประเทศไทยมหาศาล เพราะต้องยอมรับว่าที่เป็นอยู่นี้ แล้วก็สร้างรุ่มใหม่ ๆ มา เยอะ แต่พอเข้าไปอยู่วงการเมือง ส่วนใหญ่ก็เสียไปเป็นอบต. ไปเป็นผู้ใหญ่บ้านกำนัน ประเด็นที่ผม อยากจะย้าคือว่า แม้กระทั่งเยาวชนที่มีอยู่เข้ามาร่วมสร้างเสริมสุขภาพนี้ ถ้าจัดระบบดี ๆ จะเอื้อต่อการ พัฒนาคอนในสังคมเยอะ แล้ว อสม. ถ้าเป็นส่วนที่ไปขอเงิน 90 เปอร์เซ็นต์ เป็นพวกชมรมสุขภาพ

เยอะแยะเลย คิดนวัตกรรมมาเยอะเลยเดี๋ยวนี้ จะมีแกนนำพัฒนาสุขภาพเยอะแยะมาขอเงินไปทำเรื่องพัฒนาสุขภาพแล้วตอบโจทย์ให้กับสังคมไม่ใช่แค่ตอบโจทย์ให้กับกระทรวงสาธารณสุขนี่คือเรื่องใหญ่

ประเด็นนี้จึงน่าสนใจว่า พลังขับเคลื่อนในระดับรากหญ้าที่กำลังสร้างขบวนการสุขภาพอยู่ในปัจจุบันคือพลังส่วนไหนกันแน่ เกี่ยวข้องกับโครงสร้างที่เป็นทางการอสม. สักขนาดไหน แล้วก็มีการเสริมกันหรือมีการถ่วงดุลกันอย่างไร นี่น่าจะเป็นจุดใหญ่ คือ ผมนั่งฟังไปผมก็มีความรู้สึก ถ้าเรามีความฝันอะไรสักอัน เราก็อยากจะฝันให้ทุกคนในประเทศเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขให้หมดทุกคนเลยไม่ต้องกลุ่มหนึ่ง ๆ ที่เรียกว่าอสม. โดยเฉพาะแต่ว่าทุกคนเป็นอาสาสมัครเป็นอสม. หมดเลยทั้งประเทศนี้ ทั้งขณะเดียวซึ่งถ้าเป็นแบบนั้นก็เหมือนกับจะมีจิตสำนึกทางสุขภาพกว้างขวางขึ้น ไม่ว่าในเชิงระบบการบริหารจัดการที่เป็นกลุ่มนะ เป็นไปไม่ได้ เพราะปัจจุบันนี้ก็จะมียงบประมาณสนับสนุนลงไป ในกลุ่มของคนเหล่านี้ ที่นี้พอลักษณะของการจัดลำดับความสัมพันธ์ทางราชการก็จะจัดการเป็นแบบอุปถัมภ์ ยังทำแบบอื่นไม่เป็น ก็จะต้องพยายามทำตามความสัมพันธ์ชุดที่คุ้นเคย พอเป็นแบบนี้ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดการมีช่วงชั้นกันหลายลำดับชั้น คือ มารวมตัวที่ส่วนกลางเป็นแนวโน้มแบบนี้

เจลิยว : ผมคลุกคลีงาน อสม. ปี 2520 – 2526 เรามายกกว่าอาสาสมัครนี้มีอยู่จริง ตามจิตวิญญาณที่มีอยู่ตามที่ผมรู้สึกได้ อสม.เป็นการกุศลเป็นสิ่งดี ๆ อยากช่วยอยากทำ มีอยู่ลึก ๆ ของการเป็นอาสาสมัคร ถ้าจริงเราจะเห็นว่าเรื่องชุมชน เรื่องทอดกฐิน ทอดผ้าป่าจะมี อสม.ไปช่วยอย่างน้อยไปทำอาหารไปช่วยเกือบทุกเรื่องที่เขาเรียกใช้เพื่อให้งานสมบูรณ์ ผมไม่ได้รู้สึกไม่ได้หวังอะไรมากนัก ลึก ๆ ผมรู้สึกอย่างนี้ในตัว อสม.นะครับ ปรากฏว่าในช่วงที่เรามาร่วมมาทำกันจริงๆ สิ่งหนึ่งก็คือเรามองไปในความมีอยู่จริงนั้นปรากฏว่ามี อสม. อย่างน้ำแก้วและอีก หลายคนนะ ซึ่งจริง ๆ ก็มีอยู่แล้ว อย่างเช่นว่า อสม. ที่มีการทำเรื่องกลุ่มออมทรัพย์ มีการจัดสวัสดิการให้ชุมชนอะไรทำนองนี้มีอยู่แล้ว อสม. ที่ตรงนี้ก็เลยร่วมกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ขบวนการสมัชชาพื้นที่อะไรก็ตามตลอด เขาก็มีความผูกพันกันมาตลอด มีการจัดสวัสดิการให้กับอาสาสมัคร อสม. ด้วยกันอะไรทำนองนี้คือเขาทำมาแล้ว เป็นลักษณะอย่างนี้จิตใจอาสาไปทุกเรื่อง สิ่งที่ดีที่งามก็คือว่าเป็นสุขก็มีทุกเรื่อง โดยเฉพาะโครงการชุมชนเป็นสุข จนกระทั่งตอนเข้าไปแรกๆ รู้สึกเป็นปรัชญาที่มีหลายมิติเราจะไปตอบกะเกณฑ์ชี้ ว่าไม่ถูกต้องอย่างนั้นอย่างนี้ไม่ได้ เพราะเป็นเรื่องของความสุขไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่ง แท้จริงแล้วเราพูดถึงเรื่องขบวนการที่ออกมาจากกลุ่ม สภาพพื้นที่ที่มีอยู่ก็คือประเมินเรื่องของสถานการณ์ทางสังคม เรื่องของ สวรส. สปส. ที่ อสม.เข้าร่วมก็ถนัดไม่พ้น เข้าเรื่องของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เราพูดถึงสุขภาพก็คือสุขภาวะ มาบวกกับเป็นแนวคิด เชื่อว่าถ้าจะทำให้ อสม. มองปัญหาเรื่องรักษาโรคอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขได้จริง ๆ ต้องดูทุกสิ่งที่อยู่ในชุมชนเกิดจากขบวนการตรงนี้ จากปฏิบัติการเริ่มลงพื้นที่ภาคบ่ายในสามจังหวัดไปเรื่อย ๆ นั้น จะมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยเรียนรู้ในเครือข่าย แล้วก็มีจริง ๆ

แล้วนี่เอาความสุขเป็นตัวตั้ง ดูความทุกข์ อริยสัจสี่ เข้าสู่ขบวนการ ไปคุยกับชุมชนชาวบ้าน จริงๆ แล้วเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง เอากลุ่มคนในชุมชน เอาทรัพยากรธรรมชาติ เอาสิ่งแวดล้อมเป็นตัวตั้ง ในแต่ละพื้นที่ ถ้าเขาอยากทำให้เขาได้รู้สึกถึงว่า เขามีความสุขแล้ว เขาน่าจะทำอะไร

ฉะนั้นสิ่งที่ปรากฏออกมาอย่างชุมชนผาละมี ที่ปากพูน ก็มีพื้นที่นาที่เลิกร้างไปมานานไม่ทำแล้ว อยู่ใกล้ทะเลดำ เขาบอกว่าถ้าเป็นอย่างนั้น เขาน่าจะทำข้าวปลอดสารพิษกินเอง แล้วเรียนรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ทดแทน สิ่งที่คุณสามารถประหยัดได้ในชุมชน โดยการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ให้เขาพึ่งตัวเองให้มากที่สุด เหล่านี้คือความสุข อสม.ที่ปากพูน ถ้าทำอย่างนี้ ก็บางอย่างที่ตรงมีประเด็น เรื่องปัญหาทางจิตวิญญาณนี่เรื่องสำคัญ อย่างเรื่องของศิลปินพื้นบ้าน อันนี้เครือข่ายศิลปินพื้นบ้านศรีวิชัย ภาคใต้ที่เครือข่ายจะมีงานวิจัย เพราะว่าเราฟังเพลง เรามีความสุข รักษาโรคได้อย่างไร เกี่ยวกับเรื่องทำนองการเต้นของหัวใจ หรือว่าเรื่องของระบบภายใน เพราะมีหลาย ๆ คนพิสูจน์ได้ เรื่องอย่างนี้ แต่บอกไม่ได้ไปจับมาเป็นตัวเป็นตน 1... 2... 3... นี่ไม่ได้ แต่ว่ามีอยู่จริง หรือเรื่องของศิลปินพื้นบ้าน เรื่องของการจัดการทรัพยากรชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร อย่างเช่นเรื่องของการจัดการท่องเที่ยว ชุมชนจะจัดการรักษาความสะอาด จัดระเบียบเรื่องของการให้บริการ การสร้างองค์ความรู้ เรื่องทรัพยากรในท้องที่ เรื่องสมุนไพร ทำนองนี้ลักษณะอย่างนี้ อสม. ทำได้เป็นเครือข่าย อย่างเรื่องของที่ดินทำกิน ถ้าสินธุ์นี้เป็นพื้นที่หนึ่งที่นาร่องในการ เอาชนะความยากจน คุยกับแกนนำจะบอกแล้วว่ากระทรวงเกษตรฯ เขาต้องการพัฒนาให้ชุมชนเข้มแข็งอย่างไร มีขบวนการของการสร้างแผนฯ สร้างทิศทางในเรื่องของการดูแลสุขภาพ มีแนวโน้ม อย่างเรื่องของครอบครัวต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวทั้งตำบล หรือว่าเรื่องของการบริโภคเรื่องผลไม้ ปลอดสารพิษมีแปลงงานวิจัยอยู่ อะไรทำนองนี้นะครับจะเกิดครอบครัวต้นแบบขึ้นมาดูแลอยู่ จะมีเรื่องของกองทุน เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนบางเรื่อง ถ้าสุดท้ายฯ พัทลุงลงไปทานข้าวกับชาวลำสินธุ์ ยังพูดว่า “เป็นไปได้อะไรให้ลำสินธุ์นำร่องเรื่องของวิสาหกิจประเภทอุตสาหกรรมโรงงาน” ก็บอกว่าเรื่องอย่างนี้ก็ไม่เคยทำให้ทดลองร่วมกันก่อนได้มั๊ยสัก 3-4 ปี ช่วยกันวิจัยช่วยกันศึกษา ว่าโดยข้อจำกัดของชุมชน จะเป็นไปได้มากน้อยขนาดไหน อะไรทำนองนี้ ส่วนโครงการที่ผมทำอยู่ของ อสม. พื้นที่ลักษณะนี้จะมีอยู่ประมาณสักสิบกว่าพื้นที่ เราขับเคลื่อนกิจกรรมประมาณ 2 ปีกว่า ๆ โดยช่วงต่อไป จะทำเรื่องของ การเก็บความรู้กับการสร้างความรู้ก่อนข้างที่จะละเอียดอ่อนและยาก เราก็ได้เตรียมการกัน ตอนนี้กำลังลงบางพื้นที่ บางพื้นที่ก็ทำไปได้เวทีสองสามเวที ที่บ้านคูที่สงขลา เป็นแม่น้ำลุ่มเดียวกันประมาณ 4 สาย มารวมกันที่บ้านคูพอคุยกันจริง ๆ เป็นเรื่องเกี่ยวกับเรื่องพันธุ์ปลาที่กำลังสูญหาย เพราะฉะนั้นพอเราเปิดเรื่องเขาก็ใช้ขบวนการพูดคุย วางแนวเรื่องการดูแลรักษา และเรื่องการเฝ้าระวังเรื่องของพันธุ์ปลาพื้นเมืองอะไรนี้มีลักษณะนี้ บอกให้ถ้าวันนี้มีทรัพยากรสมบูรณ์จะมีความสุข

โกมาตร : ผมฟังดู ลองถามดู มีความรู้สึกว่าคุณนี่มีแนวโน้มสองอันเหมือนกับคู่ขนานกันอยู่นะ สะ ก็ถือว่าอันหนึ่งนี่ มีความหลากหลายของกิจกรรมที่อาสาสมัครเข้าไปเกี่ยวข้องเยอะมากไม่ว่าจะเป็นการทำนา พันธุ์ปลาไปยันอะไร ๆ ก็เหมือนกับว่ามีเสรีภาพมากขึ้นในวงอาสาสมัครที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรก็ได้หมายความว่านโยบายหรือว่ากรอบมีลักษณะที่เป็นนามธรรมมากขึ้น เช่น ชุมชนอยู่เป็นสุข หรือว่าอะไรก็ได้แล้วแต่ พอกรอบเป็นนามธรรมมากขึ้น รูปธรรมก็หลากหลายไปได้ ไข่ม้อยแล้วแต่ว่าจะตีความอยู่เย็นเป็นสุขยังไง ตีความเป็นพันธุ์ปลาตีความเป็นต้นไม้ใบหญ้า สมุนไพรอะไรได้หมด มีการเกิดขึ้นของพื้นที่ที่ทำให้อาสาสมัคร อสม. ของเรานี้ไปข้องเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่ไม่ใช่ส่วนกลางกำหนดตายตัว อันนี้เป็นแนวโน้มอันหนึ่งเท่าที่ฟังมาจากหลาย ๆ คนนะ

ในขณะที่เดียวกันมีแนวโน้มอีกอันหนึ่งซึ่งดูเหมือนว่าถ้าเปรียบเทียบกับแต่ก่อนนี้ ความพยายามกำหนดรูปแบบตายตัวจากส่วนกลางนะ ก็ยังมีอยู่แต่เหลือรูปแบบตายตัวเพียงไม่กี่รูปแบบ เช่น ออกกำลังกายแอโรบิค ก็ยังกำหนดไปอยู่ว่าเป็นกิจกรรมที่ผูกพันอยู่กับนโยบาย เป็นกิจกรรมที่จะต้องมีการรายงาน แต่ว่าถ้าเปรียบเทียบกับงาน สสม. เมื่อสัก 10 ปีก่อนนี่จะเป็นชุดของกิจกรรมเลขนะ จะถูกแจกมาเลยว่าใน 14 เรื่องนี้ ต้องทำอะไรบ้าง จะมีรูปแบบกิจกรรมตายตัวนี้เป็นชุด แต่ปัจจุบันเหมือนกับว่ามีบูรณาการระดับกระทรวงอยู่นะ ก็คือหมายความว่า บุญนี้ไม่ได้หมายความว่าบูรณาการแบบเพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์ขึ้นนะ แต่เอามาผูกเป็นชุดของกิจกรรมแล้วก็ส่งลงไปทีเดียว แต่ปัจจุบันนี้เหมือนกับแต่ละกรมก็ส่งลงไปเป็น 1 อัน แต่รูปแบบของกิจกรรมนี้ไม่เยอะ แต่กระจายกระจายในส่วนภาคชุมชนเองเกิดการเปิดขึ้นของพื้นที่ ที่ทำให้รูปแบบกิจกรรมลื่นไหล ไปเป็นเกษตรปลอดสารพิษ ไปเป็นหมอพื้นบ้าน ไปเป็นการนวด ไปเป็นพันธุ์ปลา หรือเป็นทำนา อะไรต่ออะไรเห็นอย่างนั้น

ช่วง 3-4 ปีมานี้ปรับการคัดเลือก อสม. ดีเด่น เดิมเริ่มจากจังหวัดละ 2-3 คน เลือกเป็น อสม. ระดับชาติ ทีนี้ 2 ปีที่แล้ว เลือก 10 สาขา คือระบุว่า เป็นสาขาการออกกำลังกาย การแพทย์แผนไทย ทีนี้บางคนที่เขาเสนอว่า คนอื่นเขาทำอย่างอื่น เขาจะไม่คิดขาย อสม. ดีเด่น คือมีประเด็นหนึ่งที่เสนอมาว่า เป็นประเด็นว่าเค้าเก่งเรื่องชุมชน แต่ไม่อยู่ในสาขา เขาก็จะไม่ถูกยกย่อง เห็นเขาพูดถึงนะ แต่โดยงานและบทบาทนี้ ก็เหมือนกว้างไปหมด

นพ.โกมาตร : เป็นอิสระแต่ตรงข้ามกลับกลายเป็นว่า เมื่อมีแพคเกจมาก็ไม่รู้จะทำอะไร ก็เลยสั่งมาเป็นที ๆ ก็ทำเป็นแบบที ๆ ไป

ศิริพันธ์ : คือจุดอ่อนอันนี้มีหลายขบวนเริ่ม ตั้งแต่สมัยก่อนมีขบวนพัฒนาสุขภาพ พัฒนาสุขภาพหรือองค์ความรู้ คือพี่เลี้ยงทั้งเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จะถูกเรียกมาพูดคุยอย่างต่อเนื่องแล้วก็ส่งต่อกันเป็นลำดับเลย มีจัดคู่มือ มีจัดกิจกรรมให้เค้า แต่พอคุยอย่างต่อเนื่องแล้วก็

ต่อกันเป็นลำดับเลย มีจัดคู่มือกิจกรรมให้เค้า แต่พอยุคหลัง ๆ มา ห้าหกปีหลังหมดแล้ว เรื่องการมาให้ความรู้ ปรับปรุงเก่า ๆ แล้วกลุ่มเก่า ๆ ก็คืนหมดแล้ว รายละเอียดก็จะหลุดออกจากวงจรของหัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ ในส่วนของเจ้าหน้าที่เองในระดับจังหวัดก็จะเติบโตขึ้น เป็นระดับผู้บริหาร บางคนก็เกษียณ คนใหม่ที่เข้ามาไม่ได้ถูกปูพื้นฐานเรื่องขององค์ความรู้ เรื่องของแนวความคิด เรื่องของงาน อสม. ที่เป็นจริงเหมือนกับการถ่ายทอดจากรุ่นเก่า ความเข้มข้นตรงนี้ หลุดไปเลย และน้องตำบลที่มาใหม่ๆ หรือคนทั้งขบวนการทำให้ขบวนการคิดนี้ ที่เป็นเรื่องของภาคประชาชนนี้มีส่วนขาดค่อนข้างเยอะ เพราะงั้นทุกวันนี้ เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดพอถูกเปลี่ยนในโครงสร้างเดิมอยู่ งานอื่นก็ถูกเปลี่ยนอยู่งาน สุข. เค้าถามว่าจะให้เขาทำอะไร มีคู่มืออะไรไหม มีไกด์ไลน์ (guideline) อะไรไหม ที่จะประสานงาน กับพื้นที่ ก็อยากจะรู้ว่าทิศทางอสม. จะไปอีกยังไงถ้าอยากจะพัฒนาอสม. คู่มือมีมั๊ย กิจกรรมอะไร หลุด ขาดช่วง ขาดไปเลย เพราะฉะนั้นการส่งต่ออันนี้ไม่มีเลย

ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล คนที่อยู่จะขับเคลื่อนทิศทางเรื่องนี้คือ ต้องเป็นคนเก่าคนแก่ ที่เกาะติดอยู่ไม่ไปไหน หรือไม่ก็ถูกเพื่อนไม่เอาแล้ว ก็ยังคงอยู่อย่างหมอ้วนนั้น ไม่มีใครโยกย้ายไปไหน หรืออยู่คงไว้อย่างนี้ ใครจะเติบโตก็หลุดออกไป คนใหม่ก็เข้ามา แล้วในส่วนของ อสม. เองพอถูก แต่งตั้งก็มีทั้งข้อเด่นแล้วก็ข้อด้อย เพราะว่าในระบบโครงสร้างในแนวตั้ง ตั้งแต่ชมรมระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบลนี้ ในความที่เนิ่นนานยาวนานนี้ คนยึดติดกับตำแหน่งก็มี ในเชิงเอาโครงสร้าง เชิงอำนาจ แต่ขณะเดียวกันเองก็มีความผูกพันร่วมกัน ของกลุ่มสมาชิกของเค้า เป็นพี่เป็นน้อง เป็นการ เอื้ออาทร ภายในของการเคียงไถ่ จะทำอะไรยังงี้ มีการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการระหว่างสาย แล้วยิ่ง กับที่น้องอนามัยบอกว่าส่วนกลางเองก็ต่อตรงไปที่ประธานอำเภอ ประธานจังหวัด โดยที่ไม่ต้องผ่าน เจ้าหน้าที่ เราก็เข้าใจว่าบางครั้งขบวนการเหล่านี้ เค้าอาจจะจะมีทั้งสองด้านนะคะ จุดอ่อน ก็คืออาจจะ ไม่รับรู้ ด้วยกันระหว่าง พี่เลี้ยงกับตัว อสม. เอง แต่ในอีกประเด็นก็คือทำให้เขารู้ว่าเขามีศักดิ์ศรี ที่จะทำอะไร รับรู้แล้วค่อยมาบอกเจ้าหน้าที่ แต่เป็นภาคีเป็นหุ้นส่วนร่วม มากกว่าการให้เจ้าหน้าที่แต่ละ ฝ่ายให้มาสั่งเขา แล้วทำให้เขารู้สึกว่าเขาถูกยกฐานะ เทียบเท่ากับกลุ่มเจ้าหน้าที่ เอาเรื่องนี้ด้วยหรือ คือรู้ก่อนเจ้าหน้าที่ ความภูมิใจของชาวบ้านก็จะตรงนั้นเหมือนกัน มองทั้งสองด้าน เจ้าหน้าที่ก็ว่า ทำไมภาครัฐไม่让他รับรู้เท่า อสม. ก็จะเป็นจุดอ่อนในแง่ของการประสาน การเอื้ออาทรระหว่าง เจ้าหน้าที่ วันนี้อาจจะจะเป็นจุดเปราะบางเหมือนกัน ในขบวนการจัดการซึ่งส่วนกลางเองก็จะต้องมา โจมตีเหมือนกันในงานของเรา ก็เป็นข้อเรียกร้องของจังหวัด เหมือนกับว่าทำไมให้ อสม. รู้ แต่ เจ้าหน้าที่ไม่รู้ในส่วนของ อสม. เองนี้ เขาก็รับรู้ว่าจะว่าโครงสร้างของเค้าที่ทำอยู่ เป็นโครงสร้างเชิง อำนาจหรือเป็นการจัดตั้ง เขาก็มีบางกลุ่มพยายามที่จะปรับตัวเอง ที่จะสะท้อนบทบาทของงานของ ตัวเองที่เป็นรูปธรรมมากกว่าการรับคำสั่งจากเจ้าหน้าที่ กลุ่ม อสม. ที่กระเป๋ิเองนี้พยายามจัดโครงสร้าง

ของขบวนการชมรมระดับจังหวัด ที่จะเลื่อนงานภายใต้ปัญหาของพื้นที่ เขาก็จะมีการสัญจรระดับอำเภอ แล้วก็มีภารกิจงานของเขาออกมาซึ่งพอมิแนวกคิดว่า การทำงานของเจ้าหน้าที่มีแต่แก้ปัญหาในภาพใหญ่ บางพื้นที่อาจจะยังไม่ใช่ แล้วในส่วนบทบาทของเขา น่าจะเป็นตัวอย่างในการดูแลพื้นที่น้องแต่ตัว อสม. เองไม่พัฒนา ซึ่งเป็นจุดด้อย อย่างโครงการบ้านน่ายุ หรือบ้าน อสม. กลุ่มอะไรนั้นจะ เป็นโครงการที่ อสม. ต้องเป็นตัวอย่างให้ได้ในพื้นที่ เขาก็พยายามคิดโครงการในระดับของชมรม คือกลุ่ม อสม. เองนี้บางแห่งบางพื้นที่ ก็จะไม่คิดเฉพาะส่วนของภาคการสังการอย่างเดียว บางกลุ่มนี้ก็จะไปจับเคลื่อนกับภาคอื่น ๆ แล้วก็จะแตกออกเป็นสี่ห้าอย่างก็คือกลุ่ม อสม. ที่ยังเคลื่อนอยู่ในระดับ ทางภาครัฐ บางส่วนก็เติบโตภายในกระบวนการคิดของกลุ่มของตัวเอง หรือบางส่วนเติบโตภายใต้โครงสร้างของระดับชมรม บางส่วนก็จะไปเกาะเกี่ยวกับผู้นำของชุมชนอื่น ๆ ที่จะแตกความคิดออกมาแต่ทั้งนี้ทั้งนั้นส่วนใหญ่แล้วมักจะเอื้อกับเจ้าหน้าที่ ที่มีแนวคิดในการคิดเชิงนอกระบบ นอกกรอบที่กระทรวงสั่ง ซึ่งอย่างนี้จะขับเคลื่อนได้เร็ว และได้ดีเพราะตรงนี้เค้าทำเยอะ ขบวนการคิด ตัวตนของความเป็น อสม. แต่ถ้าประเมินแล้วอสม.ส่วนใหญ่ยังไม่เหมือนกับบางคนที่เป็กลุ่มน่ายุ ฉะนั้นส่วนใหญ่ยังต้องอาศัยการชี้นำจากภาครัฐ ก่อนข้างเยอะ และที่อยู่ภายใต้ส่วนของการจัดการ ภาครัฐก็มากพอสมควร

นพ.โกมาตร : คือโดยพื้นฐาน ก็มองฐานะเดิมของอสม.นี้ จุดเริ่มต้นคือความมีจิตใจที่อยากจะช่วยเหลืออยู่แล้ว อันนี้ก็เป็นพื้นนะ เวลาไปเลือก อสม. นะ จะเลือกใคร เขาก็ต้องเลือกคนที่ชอบช่วยเหลือไหม้ย ไม่มีมาตรฐานเกินที่ผู้อื่นไม่รู้ แต่ว่าข้อนี้ต้องเป็นหนึ่งแน่ ๆ เพราะเวลาเราบอกว่า เราจะไปเลือกอาสาสมัคร มาทำงานสาธารณสุข ก็จะต้องเลือกคนที่ชอบที่อาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น เพราะฉะนั้นตรงนี้ต้องไม่มีคำถามว่าโดยพื้นของ อสม. นี้ ส่วนใหญ่แล้วจะได้กลุ่มนี้มาจากหมู่บ้านแน่นอน เพราะคนในหมู่บ้านก็จะรู้ว่าคนนี้ชอบช่วยงาน คนนี้ชอบงานสาธารณะ งานส่วนรวม คนที่รู้ก็จะวิ่งเข้ามา

ในส่วนนี้มองว่าเนื่องจากเรามีเกณฑ์อันหนึ่งคือไม่มีค่าตอบแทน ทำให้กรองคนที่อยากจะทำงานเพื่อผลประโยชน์นี้ ส่วนนี้ก็เลยไม่ยกอาสา ก็เลยกรองคนที่ไม่ยกอาสาเข้ามา ก็จะเหลือคนที่คุณหมอนี้ขึ้นมา เพราะว่าเนื่องจากไม่มีค่าตอบแทนให้

ที่นี้ในแง่หนึ่งก็คือ เมื่อมีสถานการณ์ใหม่ ๆ เคลื่อนตัวไปนี้ เราก็เฝ้าอยู่ สองสามข้อ อาจารย์ตอนนี้นะ ก็ว่าเกิดการแตกตัวของอสม. เองที่ไปทำเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น อย่างที่ว่า แตกตัวไปทำเรื่องนี้เขาสนใจมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีกลุ่มสุขภาพ หรือว่าพลังขับเคลื่อนขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพชุมชนนี้ กลุ่มอื่นๆ เกิดขึ้นด้วยถ้าเรา ดูจากงบประมาณ สสส. ที่ลงไปไม่ได้ลงไป อสม.นี้ ลงไปกลุ่มต่างๆ เยอะเยอะเกิดขึ้น ก็เกิดคล้าย ๆ กับความหลากหลายตรงนี้ ขึ้นไปสมควร เราก็ยังมีความรู้สึกอยู่ว่ามีคล้าย ๆ กับ

แรงขับเคลื่อนงาน สุขภาพชุมชนหลายชุด มากกว่า อสม. แต่ที่ผมอยากจะลองคุยดู ลองถามดู ถ้ามีความหลากหลาย อย่างนี้เกิดขึ้นจริงนี้ จุดเปลี่ยนของอสม. นอกเหนือจากการได้คนที่มิจิตใจสนใจเรื่องราวของส่วนรวมเข้ามา ในสถานการณ์อย่างนี้ เราก็มองจุดเปลี่ยนของ อสม. ที่แตกต่างจากแรงขับเคลื่อนชุดหนึ่ง คือ อย่างเช่นกลุ่มออกกำลังกายหมอนวดฝ่าเท้า นวดอะไรก็ได้ ที่อบรมแล้ว กลับไปเป็นหมอนวดในชุมชน คือว่าคนอื่น ๆ พลังอื่น ๆ มีจุดเด่นของ อสม. อยู่

สฤณี : ในพื้นที่ ที่ทำงานอยู่ ผมว่าเมื่อกี้มีหลาย ๆ ท่านพูดว่าเป็น อสม. เพื่อต้องการเป็น อบต. ต้องการเป็นผู้ใหญ่บ้าน แต่ถ้าสังคมที่สุกงอม จริง ๆ ยกตัวอย่างน้ำเกียน คนที่เป็น อบต. กำลังเป็น อบต. เป็นผู้ใหญ่บ้านทำงานได้ แต่ต้องเป็น อสม. ขณะนี้คืออยู่อย่างหนึ่ง จุดเด่นของอสม. ส่วนหนึ่งก็คือ เป็นการทำงานเชิงกลุ่ม งานส่วนมากเฉพาะกลุ่มส่วนหนึ่ง ที่แม้แต่กำนันผู้ใหญ่บ้าน ก็อยากมาทำงาน เมื่อสังคมเกิดขบวนการอย่างนั้น จริง ๆ แล้วกระบวนการในส่วน อสม. ที่อยากจะเสริมพูดไป ในส่วนของน้ำเกียน ที่เราทำอยู่ เราจะตั้งใจพร้อมกันมองภาพร่วมกันไว้ก่อน ในขบวนการของสังคมทั้งหมด เพราะฉะนั้นน้ำเกียนจะมองว่ากินอิ่มนอนอุ่นผืนดี สามคำเป็นเหมือนวิสัยทัศน์ของคนทั้งหมด แล้วในส่วนของน้ำเกียนจะสถาปนา กลุ่มหนึ่งขึ้นมา ปรากฏองค์กรพัฒนาคุณภาพชีวิต เพราะฉะนั้น องค์กรพัฒนาคุณภาพชีวิต กรรมการบริหารจะต้องรู้จักทุกส่วน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. ทุกองค์กร เด็กเยาวชนผู้สูงอายุทั้งหลาย เขามาอยู่ตรงนั้น แล้วแบ่งในทุนใหญ่ตรงนั้น เป็นภาคฝ่ายคือเรื่องของการศึกษาวัฒนธรรมฝ่ายหนึ่ง ฝ่ายเศรษฐกิจฝ่ายหนึ่ง ฝ่ายสิ่งแวดล้อมฝ่ายหนึ่ง ฝ่ายสุขภาพอนามัยฝ่ายหนึ่ง แต่ฝ่ายสุขภาพอนามัยตรงนี้ที่น้ำเกียนอยู่เค้าเรียกว่า “สรรพสุขภาพ” ฉะนั้นคำว่าสรรพสุขภาพของน้ำเกียน จะไม่ใช่ อสม. อย่างเดียว ใครก็ตามที่ทำเรื่องราวที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือแม้แต่ไม่ดื่มเหล้าไม่สูบบุหรี่ เป็นการส่งเสริมสุขภาพได้ คนที่ทำเรื่องนี้มีเรื่องผูกปอดสารพิษ เรื่องอะไรทั้งหลาย ก็มาเป็นในส่วนของสรรพสุขภาพนั้น อสม. จะเป็นภาคหนึ่ง คือสรรพสุขภาพตรงนั้นแล้วก็มีโครงการอีกฝ่ายหนึ่ง ครั้นในสรรพสุขภาพตรงนั้นจะเป็นตัวท่อนบนเรื่องของกระบวนการเชิงสุขภาพ เข้าสู่ นโยบาย ของระดับตำบลหรือแม้แต่ข้อบัญญัติตำบล เพราะมีเงื่อนไขของสรรพสุขภาพ คือ จะต้องมาจากความหลากหลาย จะมีตัวแทนของ อบต. สองท่านอยู่ตรงนั้น ตัวแทนของผู้ใหญ่บ้านกำนันสองท่านอยู่ตรงนั้น หรือกลุ่มต่าง ๆ ของหุ้นส่วนทั้งหลาย อยู่ตรงนั้น แล้วบังเอิญว่ามีการสกรีนคนเข้าสู่งานสาธารณสุข ก่อนที่ชาวบ้านทำทุกคนต้องเป็นตัวอย่างได้ จะเห็นว่าเมื่อเคลื่อนในลักษณะนี้แล้ว สิ่งอื่นที่เป็นผลสัมฤทธิ์ของกรรมการตรงนี้ คือน้ำเกียน ผู้ใหญ่บ้าน กำนันทุกคนไม่ดื่มเหล้าไม่สูบบุหรี่ อบต. ไม่มีแม้แต่คนเดียว อสม. ทั้งหมดก็เป็นตัวอย่างให้ได้ ผมย้อนไปเมื่อมีการประกวดอสม. วันนั้นนะ ประชาชนระดับจังหวัดบอกว่า หลังจากมีการพิธีเซนต์เสร็จแล้ว ที่นี้ผมขอเอาเค้าไปเลี้ยง นะครับ วันนั้นประธานองค์กรบอกเลยนะครับ ว่าถ้าจะให้คนน้ำเกียนได้คะแนนจากการประกวดอสม. ดีเด่น หรือ

เอาไปเลี้ยงเหล้าในเมืองนี้ กลับตีหนึ่ง ตีสองไม่ต้องหอรอก น้ำเกียนไม่เอา เขายอมอยู่ในงานเลี้ยงที่ไม่มีเหล้า ไม่มีอะไรทั้งหลาย เป็นส่วนหนึ่งที่ผมว่ายังค้างอยู่ในขบวนการของที่มีการสร้าง อสม.ทั้งหลาย ฉะนั้นในขบวนการ อสม. จุดเด่นส่วนหนึ่งก็เป็นตรงนั้น แต่นายก อบต. ก็มาทำอบรมอสม.เพื่อเพราะว่างาน 31 อย่างของ อบต. ส่วนหนึ่งเป็นงานสาธารณสุขเยอะมาก ฉะนั้นถ้าเขาจะรู้เรื่องจริง ๆ ถ้าต้องมาเพื่อเข้าขบวนการเรียนรู้ของอสม. ฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่เป็นตัวทะลวงให้สังคมภายนอก หรือกลุ่มอื่น ๆ ให้เขาเห็นว่า อสม. มีคุณภาพต่อชุมชน และอีกจุดหนึ่งก็คือในขบวนการอสม. ตรงนั้นนะ ไม่ทราบว่าที่ไหนเก็บข้อมูลตรงนี้บ้าง เพราะว่าบางอย่างเราต้องจดด้วย เป็นเรื่องกระบวนการนโยบายของรัฐ อย่าง 30 บาทปีหนึ่งเราได้ประมาณ 1,000 กว่าบาทต่อหัว แต่เชื่อหรือไม่ว่านั่นอสม.ในเวทีจังหวัดน่าน สะท้อนมาเลยนะว่า คนน่านทั้งหมดนี้ มีงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ เพราะพันกว่าบาทต่อหัวนี้ ขณะเดียวกันแม้แต่เรื่องกรัมนี้อีกโซนกับยาฆ่าหญ้าอีกชนิดหนึ่ง สองตัว จังหวัดน่านตอน 2542 นี้ 440 ล้านที่ชาวบ้านเก็บข้อมูลง่าย ๆ คนหนึ่งประมาณ 1,100 บาทต่อคน นี่ก็ค่าใช้จ่ายเฉพาะสองตัวแค่นี้เพราะฉะนั้นถึงเวลาแล้วนะครับ ส่วนหนึ่งที่ขบวนการ อสม. ที่เราขับเคลื่อนมานานแล้ว เราสามารถงาน เฉพาะทุนตรงนี้ เห็นเชิงรวมบางอย่าง ผมว่าถ้าสมมติอสม.ทั่วประเทศเก็บข้อมูลตรงนี้ สะท้อนมาสู่สาธารณสุข อาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ลดต้นทุนของสังคม

อันนี้พูดถึงเรื่องของนโยบายสาธารณะ ในแง่ของการใช้ยาฆ่าแมลงอันนี้ด้วย ก็เหมือนว่า อสม.เอง นอกเหนือจากประเด็นที่ว่า ในแง่การทำงานเชิงรุกและเรื่องของโครงสร้างใหม่ ๆ เช่นสภาพสุขภาพนี้ ก็ขยายฐานของคำว่าอาสาสมัครด้านสุขภาพให้กว้างขวางขึ้นไปอีกได้ ไม่จำกัดตัวเองอยู่ในโมเดลของอสม. อย่างเดียวนี้เป็นจุดที่น่าสนใจนะ”

ศฤง์ : แล้วอีกส่วนหนึ่ง ผมว่าถ้าอสม.ถูกสร้างมาแบบถูกที่ถูกทางให้ใช้โครงสร้างในเชิงอำนาจ จะเห็นการเปลี่ยนแปลงสังคม ให้เป็นตัวตอบปัญหาของเรื่องโดยเฉพาะเรื่องของสัมพันธภาพ

นพ.โกมาตร : ผมเองรู้สึกอยู่ที่ คืออยากจะลงนโยบายคำถามคู่ก่อนนะฮะ คือถ้าหากเราบอกว่าอาสาสมัครอสม.นี้ จุดที่อาจจะแตกต่างจากจุดอื่น ๆ น่าจะเป็นจุดเด่นอย่างหนึ่งก็คือ การที่ไม่มีอำนาจ ไม่มีอคติ เป็นขบวนการที่จะใช้ ถ้าอย่างนั้นขบวนการที่จะรักษาจุดเด่น คือถ้าหากว่ากลไกนี้จุดเด่นอยู่ที่ไม่ใช่พระเดชแต่ใช้พระคุณ แต่ถ้าโครงการนี้อามาอยู่ภายใต้โครงสร้างอำนาจบางอย่าง ที่ทำให้ลักษณะการดำเนินการที่จะต้องเปลี่ยนออกจากฐานวิธีคิดเดิม ก็จะทำให้จุดเด่นของอสม. ลดน้อยลงไปใช่ไหม อันนี้เป็นประเด็นที่ว่า เราเห็นประเด็นคือตรงนี้

สฤณี : เหมือนผู้ใหญ่บ้านกำนัน ต้องอยู่ในเชิงอำนาจ นายก อบต. อยู่ในอำนาจ เขาจะยังลดช่องว่างที่ชาวบ้านมองโดยการเข้าไปลง อสม. ผมเห็นตรงนี้นะครับว่า เป็นปัจจัยในการเปลี่ยนแปลง

ชัยณรงค์ : คือว่าประเด็นตัวชีวิตของกลไกแข็งแกร่งกับชุดกิจกรรมเดิมของอสม. มีความต่างในแง่ของที่ว่าชุดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานเดิม ก่อนข้างกว้างเปิดพื้นที่ให้ อสม. เข้ามาเล่นได้สำรวจอย่างสิ่งแวดล้อมเลือกเล่นเรื่องอะไร แต่ในขณะเดียวกันนี้มาตรฐานของตัวชีวิตเรื่องเมืองไทยอีกนะ ฟิกซ์ในแง่ของตัวชีวิตปะเลย ที่ต้องทำอะไรบ้าง ขณะเดียวกันตัวชีวิตเหล่านี้ เป็นเทคนิควิธีการที่กลุ่มองค์กรทางวิชาชีพเป็นคนดำเนินการ เพราะฉะนั้น บทบาท อสม. จึงทำหน้าที่เพียงผู้สนับสนุน เก็บไม่ใช่หัวหอกในการทำเรื่องนี้นะครับ เพราะฉะนั้นนี่คือปัญหา ที่นี้จะมาพูดถึงพลังที่มีกระบวนการเปลี่ยนสภาพของ จากเดิมภาครัฐค่อนข้างแรง พอที่จะกำหนดอะไรก็ได้ ค่อนข้างมาก แต่ขณะเดียวกันเริ่มเห็นพื้นที่ใหม่ๆ กิจกรรมนี้ ซึ่งแสดงสะท้อนให้เห็นว่า พลังของภาครัฐนี้หรือพลังอำนาจของภาครัฐอ่อนตัวลงค่อนข้างมากแล้ว หรือบางทีปล่อย ต้องปล่อยบางอย่างเพราะบางเรื่องจัดการไม่ได้ รัฐบาลจัดการไม่ได้ ทำให้เกิดที่ว่างที่ทำให้คนในท้องถิ่นในอสม. ไม่ใช่องค์กรที่เป็นทางการที่ถูกคัดเลือกเข้ามา แต่เป็นพื้นที่ที่ทำให้คนที่มีความจิตสาธารณะ เลือกที่จะเข้ามาเล่น ในพื้นที่นี้ในขณะเดียวกัน ขอบเขตการทำงานที่อสม. ได้พูดถึงว่าเริ่มมองไปในวิถีชีวิตของเขามากขึ้น เริ่มไปมองที่มีดีสุขภาพที่กว้างขึ้น ทำให้ขอบเขตของการดำเนินกิจกรรมกว้างเริ่มแตกไปเรื่องเกษตรเรื่องสิ่งแวดล้อม เรื่องอาชีพ เรื่องอาหาร เรื่องชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งเป็นมิติของความสุขในภาพรวม จึงทำให้พลังของอสม. ถ้าเราจะหยิบมาใช้ กับจิตสำนึกของ อสม. เองเอามาใช้ตรงนี้ แล้วจะทำให้เลื่อนไหลและปัจจุบันภาครัฐเองก็จะต้องปล่อยบางอย่างลงไป ปล่อยอำนาจในการครอบงำบางอย่างลงเพื่อจะทำให้มีพื้นที่ว่างเพิ่มขึ้นหรือหน่วยงานที่เสริมเข้าไป เช่น สสส. สปส. เป็นตัวเปิดที่อื่นให้กับกลุ่มนี้ คนที่ไม่มีตำแหน่งแห่งหน ก็เข้ามาเล่นได้คิดว่าตรงนี้มีพื้นที่แบบนี้เยอะมาก จะทำให้กระบวนการสุขภาพเดินไปได้ ค่อนข้างมีประสิทธิภาพพอสมควร นะครับ ในขณะเดียวกันภาครัฐเองก็ต้องปล่อยบางอย่างออกมาบ้างเพื่อให้ตรงนี้มีคนมาเล่นกิจกรรมมากขึ้น

นพ.โกมาตร : ยังอยู่ในประเด็นจุดเด่นอยู่นะขอระดมจุดเด่นหน่อย จุดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์จุดเด่นที่สามารถทำงาน งานในส่วนที่ส่วนอื่น ๆ นี่ทำไม่ได้

สฤณี : อาจจะเป็น เออคือถ้ามองไปที่ชุมชนอาจจะเป็นโอกาสแรกที่ชาวบ้านธรรมดา ๆ นาย ก นาย ข นั่นนะ เข้ามามีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ชาวบ้านเค้าอยากขอเป็นเพื่อนนะ อยากมี

ข้าราชการเป็นเพื่อน อันนี้เขาก็มาเป็นจุดที่เข้ามาเชื่อมต่อระหว่างรัฐกับชุมชน อันนี้สำคัญนะ เขาก็จะได้เรียนรู้

นพ.โกมาตร : โครงการสุขภาพของคนไทยอย่างที่พีสนิทยเคยเล่าให้ฟังว่า คือถ้ามีพื้นที่แบบเรื่องงบประมาณ อีสราภาพในความคิด อีสราภาพในการบริหารจัดการ ตรงนี้น่าจะมีประโยชน์มากกว่า น่าจะเป็นแนวโน้มนำด้วยซ้ำไปที่จะมีขบวนการส่งเสริมให้เกิดขึ้น ก็เลยคิดว่าตรงนี้ เราจะทำอย่างไรให้เกิดรูปแบบตรงนี้มากขึ้น แล้วจะไปเสริมศักยภาพให้อสม. มาเล่นในสนามที่กว้างขึ้น เล่นในสนามที่เค้ามีศักยภาพที่จะให้เล่น แล้วถ้าเข้าไปเล่นในพื้นที่ของเมืองไทย อสม.เป็นแค่คนส่งน้ำ คนเสริมฟ้าเย็น เพราะว่าเค้าทำไม่ได้ ไปตรวจทางคลินิกอย่างนี้ เค้าทำไม่ได้เลย ก็คือทำหน้าที่อย่างเดียวกคือไปส่งน้ำคน มาตรวจก็ได้แค่นั้น แต่เรื่องของพวกนี้ทำไม่ได้ เขาไม่มีศักยภาพจะไปเล่น แต่ทำไมไม่ให้มีอิสระให้ไปเล่นในเรื่องสุขภาพที่เขาถนัด เขาก็มีความรู้สึกรู้ว่าเป็นวิถีชีวิตของเขาเนี่ย ผมคิดว่าตรงนี้น่าจะเป็นประเด็นใหม่ที่น่าจะเป็นพื้นที่ที่เปิดหน้างานได้กว้าง อะ ลองฟังจาก อสม.ตัวจริงดู และลองดูบรรยากาศส่วนกลางมากขึ้นครับ

สนธิ : ผมก็ต้องกราบขออภัย ผู้มีความรู้ทั้งหลายเพราะว่าผมเป็นอสม. กทม. ประธาน อสข. พสข. คนเดียว นอกนั้นก็รู้สึกเป็นเจ้าของน้ำที่ ผมก็ต้องขออภัยในข้อผิดพลาดนะครับ อสม. ศักยภาพของอสม. ผมว่าเหนือกว่าหลายคน หลาย ๆ หน้าที่ บางครั้งรับหน้าที่จนตัวเองทำไม่ไหว เพราะว่าไม่ได้อยากรับหรือครับ แต่จำเป็นต้องรับ ยิ่ง อสม. ในกรุงเทพมหานคร มีผมเป็นคนแรก และเป็นสมัยแรกที่ขอสมัครตัวเข้ามาเป็นอสม.ของประเทศไทยด้วย กรุงเทพฯ เป็นเขตปกครองชุมชนท้องถิ่นในเมือง ซึ่งเราไม่รู้เรื่องรูราว อะไรของกระทรวงสาธารณสุขเลยก็เรียนตรง ๆ เลยว่ามีสองอย่าง เข้าไปอยู่ในระบบพรรคการเมือง เรื่องการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะว่าส่วนหนึ่งก็ไม่อยากให้เรา มา เกรงว่าเรามาแล้วมาติดใจ อสม. กระทรวงสาธารณสุขเข้า แล้วไม่ยอมกลับบ้านเดิม (หัวเราะ) ผมก็สัญญาไว้ว่าผมเกิดกรุงเทพฯ ผมก็จะอยู่กรุงเทพฯ สมมติว่าเป็นอสส. หรือว่าอสม. หน้าที่เดียวกัน ผมขออนุญาตได้ไหม ผมก็เลยทำหนังสือสมัครเข้ามาแล้วครับสองหมื่นกว่าคน มาเป็นลูกน้องท่านพูดกันง่าย ๆ นะฮะ แล้วพอฟังผู้ที่มีความรู้ด้วยกันวันนี้หลายสิ่งหลายอย่างนะครับ ผมว่าอสส. อสม. กทม.นั้นนะเรียนให้ท่านทราบ ว่า ศักยภาพไม่น้อยนะเยอะมาก เพราะสารพัดอย่างยิ่งเดี๋ยวนี้ท่านก็ยิ่งรู้อยู่ครับ เหมือนไปกันเลยเถิด ไปกันหมดแล้ว เท่าที่มาฟังกันวันนี้ ก็อยากบอกไปว่ากรอบของอสม. ความสามารถของอสม.ที่ได้ รับ เรียนกันมา รู้กันมา ยังไงก็ไม่เทียบเท่าหมอหรือครับ ก็อยากจะรู้ว่า กรอบอยู่ตรงไหน หน้าที่ของอสม. แท้ๆ ในส่วนตัวที่จะไปยุ่งกับใครที่ไหนเป็นเรื่องของจิตใจ แต่อยากรู้ว่า กรอบที่แท้จริงของกระทรวงสาธารณสุขวางไว้ให้อสม.ต่างจังหวัดมีแค่ไหนทำอะไรผมจะได้ไปด้วย ผมจะได้ทำด้วย

ผมก็ไม่รู้จะไปฟังความตรงไหน ที่นี้เมื่อได้สมัครเข้ามาเป็นญาติ เหมือนเป็นที่ป็นน้องแล้วนี่ วันนี้ก็ขออนุญาตมอบตัวว่า ขอเอาด้วยแต่ว่า ขอรู้กรอบที่แน่นอนระดับหนึ่ง เพราะผมเพิ่งเป็นอส.มา 7 ปีเองเขาคงจะให้ผมรับเหรียญดุษฎีมาลาที่นี้ละมั้ง ที่มานี้ผมรู้รู้จักอาจารย์รจนาคนเดียวที่ติดต่อกับผมตลอดเวลา เคยพูดคุยด้วยกัน เคยติดต่อเคยไปประสานงานอยู่หนึ่งสัปดาห์มาด้วยกัน เดี่ยวสองวันก็ให้ข่าวอีก ผมชื่อสนิท คงมัน เพิ่งได้รับเลือกตั้งเป็นประธาน อสส. กทม. เรียกยังไม่ถนัดรับเมื่อวันที่ 5 มิ.ย. ผมออกระเบียบใหม่หมด ทำอะไร ๆ ใหม่หมดทุกอย่าง เพราะว่า อสส.ของผมนั้นเรียนให้ทราบตรง ๆ ชัดใหม่กับชุดเก่า ก็อาจจะคล้าย ๆ กัน บางจังหวัด เพราะว่ามิใหม่ขึ้นมา เก้าก็ออกไป แต่ว่าเราพยายามจะปรับใหม่ เดี่ยวอส.จะมาเป็นอส.ด้วย วันนี้จึง ภาควิชาผมอาจจะไม่ได้แสดงความคิดเห็นด้วย เพราะติดประชุม ความสามารถของอสส. ที่เราได้ศึกษากันมานี้ ไม่มากมายอะไรหรอก แต่ว่าคล้าย ๆ กับมากด้วยวิสัยทัศน์ที่เขาย่างงานมานี้แหละ แต่ความรู้เนื้อหาจริง ๆ อยู่ตรงไหน แล้วกรอบของ อส. ให้เราทำงานอะไร

สุรเดช : โทษทีพี่สนิท สโลแกนของอส. พี่สนิทขึ้นใจมั๊ยอะ สโลแกนบทบาทอส.

สนิท : ก็ต่างต้องสนใจเพราะเราเป็นอส.น่ะครับ

สุรเดช : ก็ที่ว่า อส. แก้วร้ายมาจากอันนี้ พี่จำได้แม่นมั๊ยครับ

สนิท : แม่นครับ

สุรเดช : นี่ผมว่ายังไม่เปลี่ยนนะ ที่ว่าบำบัดทุกข์ประชาชน เป็นตัวอย่างที่ดี แต่บำบัดทุกข์ประชาชนข้อเดียวนี้ ครอบจักรวาลเลยพี่

นพ. โกมาตร : เข้ากระทรวงมหาดไทย

สุรเดช : บำบัดทุกข์ประชาชน ทำจนเป็นตัวอย่างที่ดี นี่เรื่องประเทศไทยคลุมหมด

นพ. โกมาตร : คือผมคิดว่า ตัวกรอบอะไรนี้ คงจะมีเอกสารได้เรียนรู้ แต่ว่า กรอบที่เป็นแค่กรอบนะ คือความริเริ่มของจิตวิญญาณอาสาสมัครนี้ ก็ไม่สามารถที่จะเอากรอบอะไรมาใส่ได้ หมายความว่าก็แล้วแต่เราจะคิดค้นสร้างสรรค์ขึ้น ก็เหมาะกับท้องถิ่น ก็ไปได้หมดนะ ผมคิดว่าเดี๋ยวนี้ปัญหาที่เท่านี้เราอยู่ในระบบของสาธารณะสุขนะ ปัญหาไม่ได้อยู่ตรงที่ว่าไม่มีกรอบ ปัญหาคือมีกรอบแล้วแจ้งกระด้าง เกินไปมากจะเกณฑ์ว่าให้ทำสิ่งนั้นให้ทำสิ่งนี้ พอจะเกณฑ์มาก ๆ เข้า ๆ แทนที่

อาสาสมัครจะมีจิตอิสระ แล้วก็สามารถ คือส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณอาสาสมัคร ก็คือว่าต้องมีใจรักที่จะไปทุ่มเทให้กับบางอย่าง ด้วยจิตใจ พอมีกรอบมากขึ้นเป็นรูปเป็นร่าง ที่ตายตัวมากขึ้น ก็เลยไม่เหลือ จิตวิญญาณอย่าง กลายเป็นเหมือนกับว่า หน้าที่ที่ถูกกำกับไว้ในกรอบจนกระทั่งก็ไม่เหลือสิ่งที่หล่อเลี้ยงจิตใจ ของความเป็นอาสาสมัครเอาไว้ให้ ยาก ๆ พอผ่านไป ๆ ก็กลายเป็นว่ามีแต่หน้าที่ ไม่มีความดื่มด่ำของการที่จะเข้าไปอาสา ทำงานในสิ่งที่ตัวเองมี ใจรัก ที่ยังจะทุ่มเทให้ ที่เราจะรู้สึกว่าจะจากเราไปบ้าง

สุรเดช : ใช่ ๆ ประเด็นที่ผมอยากจะเสริมอีกหนึ่ง คือแผนของ สออสพ. คือคนที่เข้าไปทำด้วยจิตอาสา เขาจะทำอะไรมากกว่า สิ่งที่เป็นตัวกำหนด คือทำอะไรมากกว่า คือเขาจะเอาความทุกข์ของประชาชนเป็นตัวตั้งแล้วเขาก็จะพยายามไปชวนคนมาช่วยแก้ปัญหาตรงนี้ให้ได้ บำบัดทุกข์ประชาชนเป็นตัวอย่างที่ดี ที่ชัดเจนประโยชน์สุดท้าย เพราะฉะนั้นจะมีอาสาสมัครในเขตเทศบาลหลาย ๆ แห่ง เขาก็จะเอาปัญหาเสพติด ซึ่งไม่ใช่เรื่องความสุขเลยนะ คุณนะแต่ว่าเขาพยายามไปพัฒนาเยาวชนขึ้นมา ให้มาแก้ปัญหา เขาก็เอาเรื่องสวัสดิการ เขาก็พยายามจะสร้างระบบสวัสดิการของตัวเอง เขาก็พยายามจะไปจัดการปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม ขยะ อันนี้ก็ต้องทำอะไร เกินกว่านี้ คุณก็เอาความรู้สึกประชาชนเป็นตัวตั้ง เพราะเค้ามีจิตวิญญาณเป็นอาสาสมัคร เพราะว่าจุดแข็งอันผมว่าสำคัญ การที่มีการยอมรับของภาครัฐและเปิดช่องทาง ให้ชาวบ้านมารวมตัวกันในเรื่องอาสาสมัครอันนี้จุดแข็ง ขณะเดียวกันกลุ่มนี้ก็ได้สร้างผู้นำรุ่นใหม่ ๆ ขึ้นมาในชุมชนผุดขึ้นมาให้เห็นทั่วประเทศ จำนวนมากมายเลยนะครับ แล้วเรียกว่าอะไร เป็นเวทีทางสังคมนะ ที่ทำให้คนเรานี้มีจุดที่จะก้าวเดินไป แล้วเขาก็ไปสู่จุดตำแหน่งต่างๆ สู่วิถีที่ไปทำอะไรได้เยอะแยะ อันนี้ผมว่าเป็นจุดแข็ง ขณะเดียวกัน ถามว่าคนเหล่านี้เขาได้สร้างอะไรอีกครับ เขาสร้างแบบอย่างที่ดีแล้ว เดียวนี้กำลังจะมีเยาวชนอสม.แล้วเยอะแยะนะ เขาพยายามจะสร้างต้นแบบขึ้นมา แล้วก็ชวนน้อง ๆ เยาวชน ให้มาช่วยกันทำงานคล้าย ๆ เป็นอสม.รุ่นเล็ก หลาย ๆ พื้นที่ก็เกิดแบบนี้ขึ้นมาละ ก็คือพาน้อง ๆ ไปทำงานอาสาสมัครด้วย เดียวนี้หลายชุมชนในเขตเทศบาลที่ผมจัดก็บอก อาจารย์หมอเดี๋ยวนี้เอน้อง ๆ มาฝึกแล้วเราคอยได้แล้ว อายุมากขึ้นแล้ว นี่ต้องเป็นการสร้างคนรุ่นใหม่ขึ้นมาอีก มีจิตวิญญาณอาสาสมัครมากขึ้น แต่คนเหล่านี้ไม่ได้ติดสติกเกอร์อสม.ครับ เขาสร้างขึ้นมาเอง เขาไม่ได้รับสิทธิประโยชน์กระทรวงสาธารณสุขก็แล้วแต่ แต่เขาทำ นี่ก็จะเป็นขบวนการทางสังคม ขณะเดียวกันคนดี ๆ ที่เกิดขึ้นมากมายก็จะเกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับนวัตกรรมหรือตัวอย่าง หรือต้นแบบในการแก้ปัญหาของชุมชน เพราะตรงนี้จะสร้างองค์ความรู้ขึ้นมามากมาย เดียวนี้สิ่งที่เขาสร้างนวัตกรรมขึ้นมา มากกว่ากระทรวงสาธารณสุขเยอะเลย นวัตกรรมที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลจริงในการสร้างสุขภาพนะครับ ตรงนี้ก็ชัดเจนประเทศไทยมีคนมากมายกำลังสร้าง แต่กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปช่วยจัดระบบ ทำอย่างที่คุณหมอบัญชาทำนี่นะครับ รวบรวมองค์ความรู้ เยอะมากเลย ครับ ชุดความรู้ที่ผ่านการพิสูจน์ทดลองขึ้นมา แล้วแก้ปัญหาได้จริง กระทรวงสาธารณสุขไม่ต้องทำ

อะไรไหมนะ แลไปช่วยรวบรวมจัดระบบเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาคนอาสาสมัคร รวมทั้งการแก้ปัญหาทางสังคม ที่ริเริ่มกลับพิสูจน์จริงนี้ อันนี้คือการจัดการองค์ความรู้ เพราะถ้าหากตรงนี้กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปช่วยจัดระบบ ไปหนุนเสริมเขานะ ในสิ่งที่เขาทำอยู่ ประเทศไทยจะมีคำตอบในการแก้ปัญหาเยอะแยะ เพราะมีชุดความรู้อยู่แล้วนี่คือจุดแข็งของอสม. ที่เป็นอยู่ในประเทศไทยส่วนใหญ่แล้วเราจะมองข้ามเรื่องนี้ไป แล้วผมก็คิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ เป็นกระบวนการทางปัญญาเป็นกระบวนการของทางสังคมที่เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เป็นขบวนการส่งเสริมให้คนมีรายได้ อันนี้คือปรัชญาของอสม. เลยนะ แล้วจริง ๆ ทำได้จริงเลยนะ อันนี้เยอะแยะ

นพ. โกมาตร : กำลังคิดเรื่องสนับสนุนยุทธศาสตร์ ถ้าการสนับสนุนให้ไปที่สสม. มีเอกสารให้ศึกษาใช้เยอะ ๆ ก็ได้ฟรีนะ มารู้จักกันนะละ คือเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการของหมอโกมาตร แล้วก็ทางสาธารณสุขคล้ายกับได้รับความชื่นชมจากองค์กรชุมชนในแง่นี้ หมายความว่าเขาก็จะพูดถึงว่าเวลาหมอไปสเตอร์ ขอคำแนะนำอะไร ไม่เรื่องมาก บางคนก็บอกว่าจะไปขออะไรทางกระทรวงอื่น ๆ เช่นกระทรวงศึกษาฯ จะต้องไปทำหนังสือ ทำอะไรอย่างนี้ แต่ว่าทางสาธารณสุขก็เนื่องจากคลุกคลีกับอาสาสมัครมานานก็ถ้าเป็นการช่วยก็คล้ายกับเป็น ไม่เป็นทางการก็ทำงานไปได้ อันนี้ก็ประเด็นอันหนึ่งนะ ก็คิดว่าก็คงได้ประโยชน์

ชัยณรงค์ : ขอนิดหนึ่ง ในประเด็นที่ผมคิดว่า ในส่วนบทบาทภาระหน้าที่ของ อสม. ผมในฐานะหน้าที่ทำเกี่ยวกับ อสม. ผมไปยึดกับภาพ อสม.ที่จะมาเป็นสมควรจะรู้บทบาทหน้าที่ หรือว่าภารกิจที่เป็นหลัก ๆ ในส่วนของที่จะไปทำกิจกรรมต่อยอดคือส่วนหนึ่งผมเคยทำประเมิน อสม.นะครับ อยู่ช่วงหนึ่งว่า อสม.จะมีขีดความสามารถตามกำหนดหัวข้อโครงการอาจารย์เลยนะ จะขีดความสามารถเท่าไร หัวข้อดีไซน์แบบว่าให้ อสม. กลุ่มหนึ่ง ชาวบ้านกลุ่มหนึ่ง ให้ประเมินนะประเมินเรื่องของสุขภาพนะครับ ปรากฏว่าผมก็สรุปออกมาว่าทั้งสองกลุ่มคือไม่ใช่รู้พอ ๆ กันนะครับ คือไม่รู้พอ ๆ กัน (หัวเราะ) ปริมาณกับคุณภาพ มาดูกัน อสม. ที่ปริมาณแต่ความมั่นใจ ที่เป็นทักษะไม่มี ก็จะกลายเป็น อสม. เงียบ ๆ คือมีแต่ชื่อ แล้วก็จะมีความนิยมน้อยตอนวันประชุมประจำเดือนร่วมกับเจ้าหน้าที่ คือรอว่าเจ้าหน้าที่จะสั่งให้ทำ 1 2 3 4 5 ข้อ แล้วก็กลับไปทำแล้วก็หมดการบ้าน พอกลับมาเดือนหน้าอีกก็เหมือนเดิมแต่ว่าขบวนการพัฒนาทักษะ หรือว่าความรู้ที่ผ่านมามีลักษณะ ก็เลยจะเปิดสอนอสม. ใครยอมเป็น อสม. ก็มาเรียนซักปีครึ่งปี ตอนนีปีครึ่งนะครับกว่าจะจบ จบเสร็จก็เป็น อสม. ตอบสองส่วนคือส่วนทฤษฎีกับส่วนปฏิบัติ ก็ได้พอจบไปเป็น อสม. ก็รู้สึกภาคภูมิใจ แต่ตกลงกันไว้ว่า ไม่มีเกียรติบัตรไม่มีอะไร(หัวเราะ..ยาก) มีแต่ว่าการเรียนที่เป็นการเรียนต่อเนื่องที่เรียนตลอดชีวิตไปเลย ผมก็จะได้ว่าบทบาทหน้าที่ ที่อยู่ในกรอบอสม.มีกี่ข้อก็เรื่องที่มี 14 เรื่องที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานการ

เป็น อสม. อันนั้นก็เป็นเรื่องหลักแต่ว่าเรื่องที่จะไปต่อยอด ที่เป็นนวัตกรรมต้นอีกเรื่องหนึ่ง แต่ผมคิดว่าประเด็นที่ให้ อสม. รัฐบาลบทบาทหน้าที่ ก็จะสร้างความภาคภูมิใจได้ไปพูดคุยในชุมชนได้อย่างมั่นใจ ก็ไม่ได้ต่าง ขบวนการก็ไม่มี

นพ. โกมาตร : ผมเสนอตรงนี้นิดหนึ่งก่อนแล้วกัน คือวันก่อนเราคุยกันเรื่องจิตอาสา ที่วงจิตวิวัฒน์ก็เป็นประเด็นแตกมา เราก็แจกแจงแยกแยะมาอยู่ระดับหนึ่งเหมือนกันว่า ถ้ามาจินตนาการเรื่องอาสาสมัครนี่ก็มีลักษณะหลากหลายอยู่ อาสาสมัครบางประเภทก็ไม่ต้องฝึกอบรมอะไรมาก แต่อาสาสมัครบางประเภทนี้ต้องมีทักษะค่อนข้างสูง ก็ยกตัวอย่างเช่นอาสาสมัครรับโทรศัพท์ปรึกษาคนฆ่าตัวตายนี้ ก็ว่าเป็นอาสาสมัครเท่านั้น คือถ้าเป็นอาชีพ ก็มักจะไม่ค่อยฟัง ก็จะสั่งว่า คืออาสาสมัครนี้จิตใจ ไม่มีอำนาจอะไร คือจิตอาสาอย่างเดียว ก็เป็นไปนะ แต่ว่าปัญหาซับซ้อนนะ คนจะฆ่าตัวตายยังก็จะต้องมาคุยมาผ่านคอร์สเป็นปี ๆ เหมือนกันนะ กว่าจะรับโทรศัพท์ได้ อย่างคนทำงานอาสาสมัคร เพราะมีแง่หนึ่งเรื่องสุขภาพก็ซับซ้อนเหมือนกัน นี่มายุคหลัง ๆ นี่ใช้หัวคนก็รับมือกันเดาไม่ถูกนัก ก็อาจจะต้องมีขบวนการแต่ว่า ตรงนี้ที่อาจจะไม่มีที่ไหนเขาเปิดเรียนเป็นปี ๆ แบบนั้นหรือจนกระทั่งกรรมการส่วนรวมก็แผ่วลงไปพอสมควรวันนี้

รุธยา : ก็ยอมรับว่าตอนนี้จังหวัดไปไกล แล้วก็ติดรอบล้อมเข้ามาเรื่อย ๆ แล้วก็คำถามเข้ามาส่วนกลางทำอะไร ในส่วนฐานที่กองอย่างน้อยก็มีบทบาทส่งเสริมสุขภาพหรือว่าสนับสนุนภาคประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มหลักก็คือ อสม. นะคะ จริง ๆ ถ้าเราทำงานอยู่ สป. เดิม เราน่าจะเลื่อนไหลได้มากกว่านะคะ นี่ก็คือกลุ่มหนึ่ง อีกกลุ่มหนึ่งที่สัมพันธ์คือสื่อบุคคลก็คือ อสม. นั่นแหละนะคะ ทุกวันนี้ที่เราจะพัฒนาเค้าเนี่ย ก็ไม่มีช่องทาง อันที่หนึ่งจะมีช่องทางของชมรม อสม. มาเกี่ยวพันด้วย อันที่สองก็เป็นอสม. โดยตรงจะเป็นสองกลุ่ม แล้วการบริหารจัดการทุกวันนี้ จะไม่มีแผนที่ชัดเจนว่าชมรม อสม. เราต้องทำอะไรกับเขาจะต้องอยากเห็นภาพอะไรกับเขานะคะ เขาคิดเสมอว่าตัวเขานี้มีความหมายแล้วที่มีความยิ่งใหญ่มีศักยภาพดี มีศักดิ์ศรีดี แต่ถ้าเขาอยากจะทำเสียสละมากกว่าคนอื่น หรืออยากจะเป็นผู้บริหารของ อสม. เขาจะต้องมีอะไรมากกว่า แล้วก็จะต้องไปมีผลประโยชน์ที่จะไปให้ อสม. ข้างล่างได้ ซึ่งทุกวันนี้ตรงนี้ก็ยังไม่เกิด ที่นี้ในฐานะคนทำงานนั้นก็เลยมีความรู้สึกว่าการดำเนินนโยบายเป็นแบบนี้ ไม่มีใครอยากทำงานตรงนี้นะคะ เพราะว่ามีความไม่ชัดเจน มีแต่ความหนักใจพอเราไปเห็น อสม. ข้างล่างเราก็คงอยากจะทำอย่างนั้น อย่างนี้แต่ข้างบนก็ไม่ได้ช่วยที่จะผลักดันให้สิ่งที่เราคิดเป็นไปได้ เพราะฉะนั้นมาอยู่ตรงนี้แล้วเหมือนแบกอะไรไว้ ซึ่งเราก็คิดว่าถ้ากรมคิดอย่างนี้ก็ไปไม่ได้ ต้องอาศัยนอกกรม หรืออาศัยกรมอื่น หรือระดับกระทรวงที่จะต้องมาใส่ให้หรือว่าจะต้องมาชี้ทิศทางที่จะต้อง

เดินแล้วนะ คุณจะต้องมาอยู่นิ่งแล้ว ไม่สามารถทำอะไรได้จริง ๆ ถ้ากรมยังคิดแบบนี้อยู่หรือมองแบบนี้อยู่ แล้วก็ไม่มีขบวนการขับเคลื่อนอะไรที่มาระทบให้เกิดอะไรขึ้นที่ควรจะเป็น

นพ. โกมาตร : คือตรงนี้เสนอวิธีมองว่า ในการทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์อาสาศัมภรรษา ฆราวาส มีประเด็นต้องแยกส่วนที่เป็นโครงสร้างชมรม ออกจากส่วนที่เป็นอสม.ที่ก้มหน้าก้มตาทำงานรับใช้ชุมชนอยู่ ซึ่งตรงนี้นี่ผมคิดว่าเป็นจุดที่ค่อนข้างจะสำคัญอยู่นะครับว่าเอาเข้าจริง ๆ กลไกในส่วนที่เป็นชมรมซึ่ง อันนี้เราจะต้องสืบไปประวัติศาสตร์ของ ว่าตั้งขึ้นมาได้ยังไง จัดคอนเสิร์ตไปที่ไหน (หัวเราะ) พอวนกลับมาฟอร์มใหม่กัน ไปก็ครั้ง ที่นี้ก็ต้องสืบไปพื้นที่ประวัติศาสตร์ ตรงนั้นคงจะเห็นชัดครับว่า คนที่ขึ้นมาทำงานในส่วนของชมรม ถ้าหากว่าเป็นคนที่มีความตั้งใจจริงแล้วก็มาเพื่อทำงานผลักดันอะไรบางอย่าง เอาอยู่ได้นาน แล้วแก้ปัญหาได้จริง คือในที่สุดก็เหลือใครที่เป็นตัวบุคคลที่เหลืออยู่ในโครงสร้างของชมรมเหล่านี้ พวกนี้ก็จะพอสืบสาวค้นคว้าได้ วิจัยได้ ก็ไม่เป็นไรก็อันนี้ก็เสนอว่าเป็นการ เสนอวิธีมองนะว่า กรรมการตรงนี้อ่าไปมองปนกัน ถ้ามองปนกันแล้วจะหมดกำลังใจ ง่าย คือจะไม่เห็น อสม.ที่ทำงานทำการอยู่พื้นที่ เพราะเราจะเห็นแต่พวกที่ไปเกณฑ์คนมา นั่งรอรับสมาชิกใหม่ ก็คล้ายกับการตบเท้ามาซึ่งเราอยู่ส่วนกลางเราก็เห็นทุกเมื่อเชียว เออ อสม. มาอยู่ได้ดึกนี้ ดึกสว. นี่แล้วก็เชิญรัฐมนตรีลงมาพบกับรัฐมนตรีได้แล้ว ก็เป็นการตอกย้ำว่าความเป็นผู้นำในของเขาอะไรทำนองนี้ ทุกวันนี้ก็เห็นก็เป็นด้านมืดของอาสาศัมภรรษา ฆราวาสไทย ผมคิดว่าทิศทางแบบนี้ก็เป็นลักษณะที่ลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของอาสาศัมภรรษา คืออาสาศัมภรรษามาด้วย จิตใจที่เขาเลือกมาด้วยความที่เป็นคนรักที่จะทำงานให้ชุมชน จิตใจตรงนั้นยิ่งใหญ่กว่า โดยระบบก็ยังเบี่ยงไปในการเมือง คือพอเบี่ยงไปทางนั้นนี้ ศักดิ์ศรีคุณค่าของความเป็นมนุษย์เป็นแค่เศษฟืนเฟืองเล็ก ๆ อะไรอย่างหนึ่งในกลไก อำนาจที่เค้าก็ไม่มีส่วนอะไร อันนี้ๆคงเป็นประเด็นหนึ่งที่จำเป็นต้องศึกษา

รุ่ง : มีการปรับบทบาทจากรูปลักษณะของสอ. มาสู่พีชียุพสมควรซึ่งจะต้องยอมรับด้วยว่า กระทรวงของเราเนี่ยยังเป็นเสือกระดาษอยู่ บางอย่างหลาย ๆ อย่างก็ต้องส่งกระดาษ ส่งรายงานอะไรอย่างนี้ ก็เห็นเกี่ยวกับการทำตรงจุดนี้ค่ะ ไหนจะเยี่ยมบ้าน ไหนจะลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง แล้วตอนนี้เนอะ มีการผลักดันให้เป็นโรงพยาบาลตำบล หรือโรงพยาบาลสองบาท ซึ่งมีการทำประชาคมชาวบ้านติดต่อกันเกือบสิบสองคืน อาจพยายามผลักดันตรงนี้ขึ้นมา หนึ่งอาจจะเป็นผลงานด้วย สองหรืออาจจะเป็นส่วนที่ว่าประชาชนได้อะไรจากโรงพยาบาลสองบาท แล้วก็เค้าจะมองว่าให้ผู้ป่วยเรื้อรัง เอาเตียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วยแทนเตียงโรงพยาบาล ตรงนี้ก็เป็นคอนเซ็ปที่ชูโรงพยาบาลสองบาทขึ้นมา ก็ทำให้ภาระที่ดูว่าจะหนักขึ้นมามากแล้วนะคะ ตรงนี้ก็ดูมอมเรื่องของภาพของพีชียุ แล้วก็โรงพยาบาลตำบลในอนาคต ซึ่งมีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องกับอสม.มากขึ้นนะคะ ซึ่งตรงนี้จากการประเมิน อสม. ถ้าจะมองถึง

ศักยภาพ อสม. ถ้าจะมีศักยภาพในตัวเองนะคะ ในพื้นที่ที่มีความมั่นใจระดับหนึ่งเท่านั้นนะคะ แล้วก็พื้นที่โยธธรร นายแพทย์ สสจ. ท่านบอกให้เจ้าหน้าที่ลงสำรวจ อสม.ในพื้นที่จังหวัด ถ้ามองว่า อสม. มีความรู้ น้อย ไม่ค่อยมีความรู้ จึงสั่งให้สาธารณสุขอำเภอ เข้าประชุมแล้วก็ระบุเป็นรายอำเภอว่า อสม. มีความรู้ น้อย ตรงจุดนี้ก็เข้ามามีโอกาสได้เข้ามาจุดนี้ก็เลยอยากนำเสนอภาพมองว่า คำว่า อสม. มีความรู้ น้อยทางกระทรวงหรือว่าการสาธารณสุขจังหวัด มองตรงจุดไหนว่าเรามีศักยภาพหรือมีความรู้ น้อยจากทางพิธีกรหรือจากอาจารย์หลาย ๆ ท่านที่พูดถึง ภาพรวมของ อสม. ต้องยอมรับ อสม. มีจุดเด่นอยู่แล้วเป็นหมอน้อยแทนเรา โรคบางโรค เรื่องบางเรื่อง ชาวบ้านไม่ยอมบอกเรา บอกอสม.มากกว่า บอกเราด้วยซ้ำ ตรงจุดนี้ก็คือจุดเด่นที่เราสามารถเน้นงานเชิงรุกที่จะรู้แนวทางรู้รากฐานของชุมชนจริงๆ จึงมองเรื่องของการเสริมฐานแล้วก็ต้องอดที่หลากหลาย การเสริมฐานไม่ใช่แค่ตัว อสม. อย่างเดียว เจ้าหน้าที่ด้วย อสม. ตรงนี้ต้องยอมรับว่า ที่เขาบอกว่าองค์ความรู้ องค์ความรู้ในเรื่องไหน อสม. นี่เป็นยังไง อยากจะเสริมฐานตรงนี้ แล้วเราเคยลงพื้นที่ฐานของอสม. บ้างมั๊ยว่าเอาแค่ด้านสาธารณสุขด้านเดียว ไม่เอามหาดไทย ไม่เอาความยากจน ไม่เอาอะไรเข้ามาเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ของเราไม่น้อยแค่ไหน แค่ด้านสาธารณสุข มีเพียง อสม. บางส่วนเท่านั้นที่รู้ ถ้าอย่างนั้นก็ว่าทุกวันศุกร์ ก็รู้เป็น step แต่ว่าในภาพรวมองค์รวมละเป็นยังไง บางครั้งคนในกระทรวงก็จะบอกว่าองค์รวมอันนี้ก็องค์รวม ๆ แต่ว่าคนที่อยู่ในกระทรวงเอง มองเป็นองค์รวมบ้างหรือเปล่า ในการที่จะนำ อสม. เข้าตัวกับเจ้าหน้าที่เหมือนกับกระทรวงเกษตร ทำไมไม่มาคุยกันกับกระทรวงสาธารณสุข ทำไมกระทรวงสาธารณสุข ไม่คุยกับกระทรวงทรัพยากรสิ่งแวดล้อม ทำไมคนแต่ละกระทรวงไม่มองเป็นองค์รวม ทำไมให้เรา รากหญ้าให้มองแต่องค์รวม ๆ ๆ ความมีศักดิ์ศรีในการทำงาน ศักดิ์ศรีในการทำงานน่าจะมีเพิ่มมากขึ้น องค์ความรู้ทำให้มีสังกัด มีศักดิ์ศรี แล้วก็ในเรื่องของการจัดการงบประมาณ เจ็ดพันห้า เจ็ดพันห้านี้ที่เสนอขอในแต่ละอย่าง อสม.บางหมู่บ้านมองว่าเจ็ดพันห้าคือเขาเป็นเจ้าของ ไม่ได้มอง หวงเงินเจ็ดพันห้าด้วยซ้ำ ว่าการจัดการงบประมาณแต่ละอย่าง เขาไม่ได้คิดว่าเป็นเงินของใคร เขาคิดว่าเป็นเงินของเขา แต่ในลักษณะ อสม. บางกลุ่มไม่ได้คิดว่าเงินเป็นของเขา คิดว่าเป็นเงินของกระทรวง แต่ว่าไม่สามารถที่จะจัดสรรงบประมาณ เจ็ดพันห้าหรือว่างบจากส่วนอื่น ๆ เป็นความต้องการของพื้นที่หรือชุมชนจริงๆ บางครั้งก็ถูกรอบงำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางกลุ่ม บางคน บางหน่วยงานที่จะต้องขัดเยียด ว่าอันนี้คือเป็นปัญหาของชุมชนจริงๆ ไปทำโครงการนั้น ๆ บางครั้งเราถึงกับย้อนไปถามว่าเป็นศักยภาพของ อสม.จริง ๆ มั๊ย ในการค้นหาปัญหา หรือว่าเป็นของเจ้าหน้าที่ที่เราใส่เข้าไปเพื่อให้ได้งบประมาณตามโครงการที่ต้องการ แล้วเจ้าหน้าที่มาจัดสรรงบประมาณตรงกลุ่มนี้ ตรงนี้เราน่าจะเสริมทักษะกระบวนการในการจัดสรรทางด้านความคิดเพื่อผนวกกับการบริหารหรือการเขียนโครงการเพื่อขอ งบประมาณตรงจุดนี้ อันนี้คือฐานในเรื่องของอสม. แล้วก็เสริมฐานของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่นั้นนอกจาก

จะไปเสริมศักยภาพของ อสม. เจ้าหน้าที่ที่มีกระบวนการทัศน์หรือว่าแนวคิดอะไร ที่จะเป็นที่เลี้ยงที่ดีให้แก่ บทบาท อสม. ณ เวลานี้ให้เขาเป็นส่วนหนึ่งของสาธารณสุข แล้วก็บทบาทในเรื่องของการเชื่อม ประสานตัวเจ้าหน้าที่เองสามารถเชื่อมประสานเป็นที่เลี้ยงให้อสม.ในพื้นที่ของเรานี้มากนัก้อยแค่ไหน ในการทำงานต่างๆ บูรณาการต่างๆ ทำยังไง เราถึงจะสามารถเป็นที่เลี้ยงให้ อสม.บูรณาการ คือ สามารถให้เขาเชื่อมโยงได้ อันนี้ก็เป็นการยากเพราะเจ้าหน้าที่เอง บางครั้งก็ยังไม่เชื่อมโยงเลยนะคะ ตรงนี้ก็คือ ก็ขอเสนอในเรื่องของการเสริมฐานก็แล้วการต่อยอดบูรณาการให้เข้ากับศูนย์สุขภาพ

นพ. บัญชา : ในส่วนผมคิดว่ามีแนวทางเลือก อ่านโจทย์ ศักยภาพของอสม. เป็นเรื่องขาด การพัฒนา โดยที่ผมว่าเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพที่ระดับชุมชนท้องถิ่นนั้น ก็ระดับชุมชนและท้องถิ่น แล้วชาวบ้านผมคิดว่าเออมี ผมนั่งคิดฟุ้ง ๆ มาตลอด ผมว่างานนี้ อสม. มีห้าทางเลือก จะเลือกยังไงเออ ทางที่หนึ่งก็คืองานเป็นหน่วยนำร่อง นำรวมกันไปในในเรื่องของสองสามเรื่อง ก็คือในในเรื่องของงาน อาสา นำในเรื่องของการสุขภาพชุมชนชาวบ้าน นำรวมกันต่อไป แต่ทางเลือกที่สองถ้าไม่ได้ก็ขอแรง ให้ทันเพื่อนให้ทันกระบวนการงานจิตอาสา และก็สร้างสุขภาพชุมชนของชาวบ้าน ให้ตามทันเถอะ อย่า กลบกระแส เสียหาย ในฐานะที่เราเป็นผู้นำมาก่อน ริเริ่มด้วยเข้าไป หรือขั้นที่สามนี้ก็ถอยเลย ถอยมาทำ เฉพาะซีก ซีกของสาธารณสุขเท่านั้น แล้วเป็นผู้ช่วยของงานสาธารณสุขก็พอ เอาให้เข้าท่าเข้าได้ ลืม เรื่องอื่นไปไม่ไหว ก็ต้องยอมรับความจริงว่าไปไม่ไหว ก็ขอให้เลื่อยอสม. จะมาเป็นโรงบาล อะไรสองบาท เป็นผู้บริหารสถานีนามัย เป็นพรรคที่ดี ก็ปลดปล่อยอสม. ที่เขาอยากทำอย่างอื่น ให้เขาได้ไปทำเรื่อง อื่น ที่หน่วยอื่น ไซ้ใหม่ อสม. ไม่ดีดชกที่ อสม.ก็ไม่มีความสุข สาธารณะสุขก็ไม่มีความสุข คนทำงาน สาธารณะสุขก็ถูกเบรคออก เหลือแค่นี้แล้วนี่ถ้าคุณอยากทำอย่างอื่นก็ไปตั้งหน่วยอย่างอื่นทำซิ ก็ถอยมา ทำเฉพาะหรืออะไรรับถ้าไม่จัดการ ไม่รู้เป็นระบบที่จะ ผมไม่อยากจะว่าอสม.เท่านั้น ระบบอันนี้ กลายเป็นตัวตุ๊กตารั้ง ภาษาปักษ์ใต้เราเรียกว่ารุงรัง ก็คือรุงรัง นุ่ดรุง ทั้ง อสม. เอง ระบบงานทั้งหมดใน ชุมชน แม้ทั้งคนทำงานก็จะไม่มีความสุข ขึ้นสุดท้ายก็หลุดทิ้งไปเลย ชั้นที่ห้าก็ถูกทิ้งไปเลย คือคุณก็ถูก ทิ้งไป ผมก็มีทางเลือกอยู่ห้าทาง ณ วันนี้นะ เพราะว่าสมมติฐานของผมก็คือชุมชนชาวบ้านหรือว่า ระบบงานอื่นเขาไปไกล พอสมควรแล้ว ไม่ได้หยุดนิ่งเหมือนกับยี่สิบสามสิบ ปีเมื่อเริ่ม อสม. แล้ว ระบบ อสม. ระบบพวกเราที่ยู่กันอยู่แล้วเราให้น้ำหนักจะต้องหาคำตอบให้ได้ ไม่งั้นก็ล้มสุดท้ายทางที่ สี่ทางที่ห้าคืออาจเป็นคำตอบ ที่นี้ผมมีข้อเสนอสุดท้ายนะครับว่า หัวใจของงาน อสม. ได้สร้างได้พิสูจน์ เรื่องสปิริตของการให้ ที่คนเข้ามาสร้างรากฐานของงานชุมชนในระดับท้องถิ่น มีคนบอกไว้ว่าหน่วย ต่างๆ ที่ขับเคลื่อนตั้งแต่ชุมชนระดับท้องถิ่น ถ้าจะเคลื่อนได้ ผมคิดว่าหลาย ๆ ท่าน คนบอกไว้คือมีสี่ห้า สดมภ์ ที่จะทำให้งานเคลื่อน ไปได้อันที่หนึ่งคือมีกลุ่มคนหรือองค์กร อันที่สองคือมีการจัดการที่ดี มี การสื่อสารที่ดี มีการเรียนรู้แล้วก็มีการหนุนเสริม ซึ่งผมเชื่อว่า ณ วันนี้นะครับ ระบบสุขภาพผ่าน

การทดสอบและเรียนรู้ ไปดูที่ชุมชนนะ ผมว่าร่องรอยการเกิดสึนามิเกิดขึ้นแล้ว กลุ่มคนที่อยากทำงานเรื่องสุขภาพเพื่อชุมชน อสม.ได้สร้าง แล้วก็กว้างว่าทุกหมู่บ้าน มีคน identify ใครเป็น อสม.นะ มีคนมาแล้วกลุ่มคนมีแต่การจัดกลุ่มคนองค์กร บอกว่ายังแปลกแยก แล้วไม่ไปบูรณาการกับกลุ่มคนในพื้นที่ ที่อยากทำดีในพื้นที่เท่าที่ควร อสม.ยังปล่อยให้มันเป็นแค่ทางเครื่องของกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ้าหากว่าเข้าไปเสริมให้เขาเข้าไปแทรกอยู่ในระบบที่กำลังตั้งขึ้นมาใหม่ ระบบชุมชน ระบบ อบต. ระบบกรรมการหมู่บ้าน จะสภาผู้นำ หรือระบบแผนงานชุมชน ผมว่าอันนี้นี่อาจจะจะเป็นช่องทาง ไม่ใช่ตั้งกลุ่มแยกใหม่นะ ให้ไปผสมผสานอยู่ในระบบในท้องถิ่นแล้วกองทุน ฟังที่สุระเดชที่ว่าไป ผมฟังเพราะว่าอยากจะทำให้ อสม.เป็นนิติบุคคลด้วยซ้ำ จะทำให้ระบบกองทุน ระบบความเป็นนิติบุคคลหรือกลุ่มคนก็ไม่หลงทาง ผมกลัวจะเป็นนิติบุคคลหลงทาง สุดท้ายก็กลายเป็นนิติบุคคลแบบสมาคมสามล้อ สมาคมรถเครื่อง สมาคมเลือกเป็นประเภท นะครับก็จะได้กลุ่มคนและกองทุนที่ไปได้ ถ้าหากว่าเราไปจัดระบบโครงสร้างโดยอาจจะต้องพร้อมที่จะล้มคำว่าอสม. กลับไปดูโครงสร้างที่เป็นจริงอย่างชุมชนท้องถิ่น ตอนนี้ไปถึงไหน แล้วใครเขาทำอะไรบ้าง แล้ว อสม. ในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขนี้อยู่ตรงไหนแล้วออกแบบอยู่โครงสร้างไหน เราก็ดูตรงนั้นแล้วก็บอกว่าจะไปทางไหน

วินัย : ขอบคุณนะครับ เป็นเวทีที่ไม่คุ้นถ้าพูดอะไรผิดก็ขออภัยด้วยนะครับ เพราะว่าอยากให้รู้บทบาทของอสม.บ้าง แล้วอยากให้รู้ที่มาที่ไปยังไง ผมก็รู้จากกับหมอโกมาตร จากเครือข่ายจิตวิวัฒน์ แล้วก็หมายความว่าผมเองก็ช่วยประสานงานในเครือข่ายจิตอาสาอยู่ ก็คือที่เครือข่ายจิตอาสาที่จะร่วมมือทำงานสถานการณ์ภาคใต้ตั้งแต่ช่วงสึนามินะครับ มีกลุ่มที่ทำสึนามิเป็นเซนต์เตอร์ประสานงานกรีนพีซ มี volunteer ต่าง ๆ ที่นี้เราก็สนใจจะร่วมกันขับเคลื่อนงานอาสาสมัคร

แล้วเราก็สนใจที่จะขับเคลื่อนงานอาสาสมัครในภาพรวมด้วย อันนี้เป็นภาพคร่าว ๆ โดยที่อาสาสมัครเครือข่ายจิตอาสาต้องการ หนึ่งลองให้เกิดการประสานงานระหว่างองค์กรแล้วที่อาสาสมัครและที่ตัวอาสาสมัครเอง แล้วก็สองต้องการพัฒนาเรื่องการขับเคลื่อนนโยบายสถาบันที่สนับสนุนเรื่องงานพัฒนาศักยภาพรวมนะครับ อันที่สามคือต้องการสร้างพื้นฐานองค์ความรู้ หรือพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับงานอาสาสมัคร ซึ่งหน่วยงานที่ผ่านมา ที่ช่วงปีที่แล้วที่ผ่านมา เราก็มีงานขับเคลื่อนงานจิตอาสา กับสถาบันในแง่ของการเปิดตลาดงานของอาสาสมัคร ที่เป็นไปได้ อาจจะไม่ใช่งานแต่ต่าง อาจจะไม่ใช่ประเด็นต่างๆ แต่เริ่มดำเนินงานบุกป่ากับอาจารย์อภิชาติ หรือว่าครั้งพื้นที่สึนามิ หรือว่าการไปร่วมแลกเปลี่ยนเนื้องานง่าย ๆ แล้วต่อขอคมาในเรื่องของช่วงธันวาคมที่ผ่านมา จะเป็นโครงการที่อยู่ในชุดโครงการ 60 ปี 60 ล้านทำดีที่เราถวายนายหลวง ที่ณรงค์ทำดีถวายนายหลวงนี่นะครับ คิดว่าจริง ๆ แล้วอย่างทีหนังสือที่ได้แจกไป แล้วเราต้องการให้คนที่ยังไม่เข้าใจงานอาสาสมัครนะครับ ก็ยังมีอยู่ในกลุ่มมากมายในประเทศที่อยากจะทำดีแต่ไม่รู้ว่าจะทำยังไง คล้าย ๆ กับว่าประเด็นนี้ยังไม่มียาน้ำหนกพอ

เขาไม่เริ่มที่จะก้าวมาทำงานจิตอาสา หาชื่อกรุปหนึ่งเป็นจุดแรกให้เขาก้าวมาเป็นอาสาสมัคร ไม่ว่าจะ
เป็นงานอาสาสมัคร งานอาสาสมัครสาธารณะสุข หรือว่างานป่าไม้ต่างๆ เพราะว่าจริง ๆ แล้วนี่งาน
อาสาสมัครเริ่มจากงานง่าย ๆ ใกล้เคียง ๆ ตัวนี้นะครับ ไม่ว่าจะเป็นงานทำอสม.หรือว่างานอย่างช่วยคนช่วย
ต่าง ๆ ก็เริ่มมาจากจิตตัวเรา แล้วทำไปให้คนมีจิตอาสา ปรากฏว่าปัจจุบันนี้อสม. ก็ทำงานหลายอย่างมาก
ในพื้นที่ของกลุ่มนี้ ทำงานร่วมกับอสม.ในธันวาคมที่ผ่านมาก็เป็นงานรณรงค์ให้ อสม.กทม. ทำงานใน
กรุงเทพฯ นะครับที่เขาทำกิจกรรมในชุมชนของเขาเอง โดยที่ให้เราเขาเขตปลอดขยะชุมชน แล้วก็ผ่าน
ประสานงานเกษตรทำดีถวายนายหลวงนะครับ แล้วถึงงานแบบว่าต้องพบว่าให้ความรู้คนจริง ๆ นะไม่ใช่
ว่าพอระบุวัตถุประสงค์ภาพของอสม. คล้ายกับว่าขับเคลื่อนได้มากกว่าประเด็นเรื่องไข้เลือดออก ที่นี้ก็ถูก
กลับมาที่ว่า แล้วจะมีระบบอะไรที่สามารถ ช่วยสนับสนุนงานในแง่ของภาพรวมได้ คือไม่ใช่แง่ของ อสม.
ม. รีเปล่าแต่หมายถึงระบบอสม. จะมีอสม. พปร. อาสาสมัครต่าง ๆ อะไรเงี้ยจะมีตามสังกัด แต่ก็ยังจะมี
เรื่องขององค์กรสาธารณะประโยชน์ กระทรวงไหน กระทรวงพรรค อสม. อะไรต่างๆ คราวนี้ในเรื่อง
ของมติข้อจำกัดอะไรต่างๆ ในเรื่องของกองทุนสวัสดิการสังคมแห่งชาติ นะครับ จะมีกองทุน
อาสาสมัครกลางรีเปล่า ริว่าจะมีคล้าย ๆ กับว่าศูนย์ส่งเสริมต่าง ๆ ที่จะช่วยขับเคลื่อนงานนะครับใน
ภาพรวมได้ เพราะจริงๆ แล้วจะมีประเด็นต่าง ๆ ในสังคม ประเด็นเรื่องอาสาสมัคร เรื่องสาธารณสุข
ประเด็นเรื่องป่าชุมชน ประเด็นเรื่องต่าง ๆ แต่จริง ๆ แล้วเรายังไม่มีการสนับสนุนคนที่ทำประเด็นนั้น
หรือคนที่ทำประเด็นนั้นหรือคนที่ทำงานยาก ๆ หรือคนที่ทำงานสรุปเองนะครับ จะมีระบบกลไกอะไร
ที่สนับสนุนตรงในแง่ของภาครัฐ กฎหมายนโยบายซึ่งอันนั้นก็ถือเป็นสิ่งที่เราพยายามร่วมกันขับเคลื่อน
กันทางเครือข่ายจิตอาสาแล้วก็เครือข่ายอื่น ๆ ครับ แล้วผมก็พบว่าได้เรียนรู้อะไรเยอะจาก อสม.ด้วยภาพ
อสม. ปรากฏว่าผมรู้ว่า อสม. ทำอะไรได้มากกว่าที่ผมคิดนะฮะ แล้วก็รู้อะไรมาหลาย ๆ อย่าง เขาก็ถ้า
เกิดมีอะไรสามารถร่วมมือกันได้โดยจะให้ผมเป็นเครือข่ายได้ ก็ขอขอบคุณมากครับ

นพ.สุวิทย์ : สวัสดิการครับ ผมขอรับทวนทุกท่านนะครับ ขอขอบคุณคุณหมอโกมาตรที่ให้ผมมา
นั่งฟัง เพราะว่าวันนี้ นะครับ ฟังทั้งหมดแล้วนี้นึกถึง นึกถึงเมื่อปี 2520 - 2521 นะตอนนั้นมารับราชการ
ใหม่ ๆ ตอนนั้นเป็นปีที่เริ่มมีการอบรม อสม. พสส. เกิดความตื่นตัวจากระดับโลก กระทรวงคัดเลือก
สาธารณสุขมูลฐานแล้วก็ สภาพปัญหา เมืองไทยเราก็ก้าวในสามลักษณะด้วยกัน ลักษณะที่หนึ่งก็คือ
อบรม อสม. พสส. แล้วก็ครอบคลุมพื้นที่แล้วก็ประเมินผลส่วนหนึ่ง อีกด้านหนึ่งลงมือทำโครงสร้าง
พื้นฐานโรงพยาบาลประสานกันไป แล้วอีกด้านหนึ่งก็คือที่ “3 ก” สมัยนั้นเขาเรียก 3 ก คือ กิจกรรม
กองทุน กรรมการ เป็นตัวเชื่อมระหว่างตัวบริการกับตัวอาสาสมัคร อาสาสมัครกับตัวกิจกรรม

ที่สนิทพูดถึง กรอบคืออะไร ทำไมต้องกรอบกับฉัน ทำไมมีแปดเรื่อง สิบสองเรื่อง สิบสี่เรื่อง
แล้วก็มีกองทุน กองทุนเยอะจนจำไม่ได้ กองทุนยา กองทุนส้วม กองทุนโองน้ำ กองทุนมุ้ง กองทุน

แปลงสีฟัน กองทุนโภชนาการ กองทุนแม่และเด็ก กองทุนอะไรอีก เต็มไปหมดเลย ก็คือกรรมการ กองทุนกิจกรรม พอพ้นจากยุคนั้นไป นั่นเรียกว่า ยุคเศรษฐกิจบูม ปี 2529 - 2530 ไปก็เศรษฐกิจบูมซักระลอกแล้ว งานสาธารณสุขก็เข้าไปยุค จปฐ. ยุคคุณภาพชีวิต เอาเข้าไปสู่ Quality of life จปฐ. ทั้งหมดเลยนะ พอขึ้นมาถึงยุคเศรษฐกิจบูมมากๆ ยุคหลังเศรษฐกิจบูมนี้ เปลี่ยนเป็น อสม.หมด แล้วถูกไปใช้กับการเมืองมากขึ้นอย่างที่เรารู้กัน อย่างชมรมมีอะไรต่าง ๆ มีการเตรียมคน ที่มีความคิดที่จะมีข้อเสนอ ต่อให้ทำกันมาเกือบสามสิบปีแล้วนะ อีกสองปีข้างหน้าก็ครบสามสิบปี เรื่องสาธารณสุข น่าจะมีทศวรรษใหม่สาธารณสุขมูลฐาน ทศวรรษใหม่ อสม.อะไรทำนองนั้นนะ น่าจะมีการลองไปทำอะไรเป็นระบบ อย่างที่คุณหมอโกมาตรพูดเมื่อคืนนี้ ประเมินจริง ๆ นะไม่ใช่ประเมินแบบว่าวิธีประเมินด้วยการให้ดูดี แล้วก็เอามาทำทศวรรษด้วยกัน ก็มองไปมองมา ก็นึกถึงหมอโกมาตรนี่น่าจะดีที่สุด เพราะน่าจะเป็นคนที่ independent ที่สุด ผมอยากจะได้รับการประเมินอย่างมีส่วนร่วมนะ แล้วก็เอาความจริงมาว่ากัน แล้วได้ทั้งเชิงปริมาณแล้วก็เชิงคุณภาพ วันนี้ที่เราฟังพวกเราคุยกัน เป็นเชิงคุณภาพ โดยเริ่มเป็น independent เลยนะ เหล่านู๋หรีไม่เอานะฮะ พาไปเมืองไม่เอา รู้ว่าเป็นพวกอิดนเพนเคนท์สุด ๆ เลย อีกพวกหนึ่งก็สุด ๆ เลยคือพวกการเมือง (หัวเราะ) คือมาประชุมหัวกระเป๋ามาประชุมเดินระดมคนมาสนับสนุนนักการเมือง เราจะเห็นว่าคนกลุ่มใหญ่เป็นยังไงเราไม่รู้ ว่าเป็นเชิงปริมาณเราก็รู้ว่า มีลักษณะเป็นเงื้อมมือ แล้วถ้าเกิดเราจะทำ systematic ทำการพัฒนาเรื่องของสาธารณสุข เอาสาธารณสุข มาเล่นเป็นระบบ ขอไปในอนาคตนี้ เราจะมีนโยบายจัดการกับคนที่มียศต่าง ๆ ได้ยังเงื้อมมือ เราจะมีหลากหลายมีความยืดหยุ่นในกระบวนการพัฒนาของเรา ยังไง คือผมก็อยากเห็นมีแผนของทศวรรษพัฒนา อสม. หรือว่าสาธารณสุขมูลฐานแล้วก็บอกว่า 1...2...3...4...5 แล้วก็สั่งเป็นทุกอำเภอ ตำบลเหมือนกันหมด ถ้าเป็นอย่างงั้นนี่ ก็แบบเดิม ทำมาสามสิบปีก็แบบเดิม ก็ไม่ไปไหน แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ว่าจะเห็นว่าอยู่ภายใต้โครงสร้าง ไปถึงก็คุณทำอะไรก็ได้ เข้าหลักการอย่างนี้ ซึ่งคนจำนวนหนึ่งก็ทำไม่ได้ ก็จะหาย ๆ ไป ทำยังไงที่เราจะมีทั้งสองอย่างอยู่ในนี้ ก็เลยฝากหมอโกมาตรว่าให้ช่วยทำตรงนี้ เพื่อให้ได้ภาพรวมใหญ่ ๆ ที่สามารถแยกออกมาทำแผน จะเป็นทศวรรษหรือจะเป็นอะไรก็ได้ก็แล้วแต่ อย่างสะดวกใจ อย่างมีความมั่นใจทำได้ไม่ติดขัด ขอเป็นทางที่สี่ที่ห้าของ หมอบัญชาหรือฮะ (หัวเราะ) เราน่าจะไปทิศทางที่เฟสดีเบิ้ล มีส่วนร่วมนะฮะ ได้ผลแล้วทุกคนทำ แล้วที่เขาบอกทำแล้วมีความสุข ไม่ได้ทำแล้วมีความสุข เรื่องส่วนตัวใครจะไปพรรคไหน ใครจะหัวกระเป๋ามาประชุมก็ไม่ใช่ไร แต่ขอให้ภาพรวมเกิดขึ้นจริง ๆ ที่ผมรู้สึกอย่างนี้แรงมาก ๆ นะครับเพราะว่า อสม. แปรแสนคนเรานี้ ถูกเอาไปคุยทั่วโลกเลยนะ ผมไปประชุมระดับโลก อยู่เรื่อย ๆ ไทยพูดอยู่ตลอดว่า แปรแสนคน เอ็กซ์เรย์ทุกพื้นที่ หวัดนกอะไร เราก็อยู่ในพื้นที่มานานแล้ว(หัวเราะ) เรารู้ว่า อสม. เป็นยังไง แล้วเขาก็ทำงานพวกนี้มาตลอด ผมมีคำถามตลอดว่าเอ๊ะของจริงหรือเปล่า ผมก็คิดเยอะ ของจริง

ซักหนึ่งในสามพบว่า อันนี้ไม่รู้จะถึงรีเปล่า (หัวเราะ) อันนี้คิดในเชิงลบนะ เพราะคิดในสภาพเก่า ๆ ที่เคยอยู่บ้านนอกสมัยก่อน ตอนนี้อาจจะเปลี่ยนแปลงก็ได้ แต่บางพื้นที่ของจริง ร้อยเปอร์เซ็นต์ บางพื้นที่อาจจะศูนย์ก็ได้ ตรงนี้ภาพจะออกมายังไง แล้วเราจะบอกกับ ประสพการณ์จากประเทศไทย โดยบอกกับโลกยังไง ทัวโลกเดี๋ยวนี้อาสาสมัครแบบอสม. ผศ.ของเรานี้ เล่าเลิกกันไปเกือบหมดแล้วนะ คือคนไปเมืองไทยเขาถาม นี้อยู่คดีตำรวจ เล่าเลิกไปแล้วนี้ ทำไมเมืองไทยยังอยู่ล่ะ บอกเมืองไทยยังมีอยู่ เพราะว่ายังมีการใช้ประโยชน์อยู่ ยังมีการฝึกอบรม ยังมีการใช้ประโยชน์เขาต่อเนื่องอยู่ เราก็จะยิ้ม เขาก็แปลกใจยิ่งเอามาทำเรื่องหวัดนกด้วย ก็ยิ่งแปลกใจใหญ่ แปลกใจในทางบวกนะ ก็เลยทำให้ผมเกิดรู้สึกยิ่งต้องทำประเด็นนี้ (หัวเราะ) แล้วเราจะได้ความรู้มาในเชิงปริมาณและคุณภาพ และที่สำคัญคือ สร้างความร่วมมือร่วมในหลายๆ ฝ่าย กรุงเทพฯก็มี มาจากต่างจังหวัด มาจากน่าน มาจากยโสธร มาจากนครฯ เยอะแยะไปหมด แล้วเราจะเป็นว่าเรามีเพลเยอร์ เยอะ สปสช. กระจายอำนาจ สสส. สปรศ. อะไรก็ไม่รู้ เยอะแยะไปหมดเลยนะ เข้ามามีชีวิตอย่างไร กระทรวงสาธารณสุขจะไม่ใช้ตัวแปรหลักแล้วล่ะ อาจจะดีไม่ดีเป็นตัวแปรรอง (หัวเราะ) หรืออาจทำให้มีอุปสรรคด้วย จะทำยังไง ถึงจะไม่มีอุปสรรคแล้วเป็นตัวสนับสนุนได้ อันนี้ก็ฝากความหวังไว้กับพวกเราทุกคนนะ แล้วหวังว่าจะเกิดจากการระดมสมอง จะได้เป็นแนว หรือได้ยุทธศาสตร์เป็นการแก้สถานการณ์ เรื่องสาธารณสุขมูลฐาน เรื่องอสม. เรื่องสาธารณสุขต่อไป เมื่อสักสองอาทิตย์ที่แล้วนี้ เออขอให้ทางกรมสนับสนุนบริการนี้ เสนอ เล่าบอกว่าจะเสนอแผนยุทธศาสตร์โฆษณา อสม. มีกระดาษมาไม่เห็นแผนยุทธศาสตร์ ทำไปทำมากลายเป็นข้อเสนอจัดตั้งมูลนิธิ อสม. เออจัดตั้งมูลนิธิ อสม. นะ ธรรมดาเป็นภาพรวมอย่างหนึ่ง อันนี้ก็ฝากไปด้วยว่าเป็นมูลนิธิ รัฐมนตรีบอกต้องการเงินเท่าไร พวกที่เสนอเขาบอกว่ามีเงินห้าแสนก็เปิดมูลนิธิได้ รัฐมนตรีบอกว่าถ้าเริ่มต้นมูลนิธิ อสม. แล้วห้าแสนคงไม่ได้เรื่อง ผมใส่ให้เลยล้านหนึ่ง ผมเองก็รู้สึกว่าเขาทำไมง่ายอย่างงั้น งั้นฝาก ฝากด้วยว่าเรื่องรูปธรรม อะไรต่าง ๆ ไปด้วยจิตวิญญาณ ตอนบ่ายก็คงจะคุยกัน แล้วก็คงไม่ใช่ครั้งแรก คงจะมีหลายครั้งที่จะคุยเรื่องคุณภาพและกำหนดบทบาท

นพ. โกมาตร : ก็ต้องขอบคุณที่สุวิทย์นะ สะ ที่ชวนเราทำเรื่องนี้ คือเราก็คือจิตใจของเราไปอยู่กับชุมชน ทำงานเรื่องอื่นเยอะก็จริง ฐานที่สุดของเราก็คือชุมชน แต่เราก็อ้างเหินมาพอสมควรไม่ได้เข้าไปสัมผัสติดตามใกล้ชิด ก็ถือเป็นโอกาสดี ผมมีความรู้สึกอย่างหนึ่งว่าตัวการขับเคลื่อนเรื่อง อสม. หรือเรื่องสาธารณสุข ส่วนที่แผ่วไป ไม่ใช่เฉพาะแต่เรื่องที่เรารู้สึกว่า มีตัวละครที่มากขึ้น เรื่องราวซับซ้อนมากขึ้น อะไรต่ออะไร ส่วนที่แผ่วไปก็คือ ส่วนที่เป็นอุดมการณ์ของงานสาธารณสุขมูลฐาน สมัยที่เราทำงานกันยุคใหม่ ๆ นี่ ตรงประเด็นเรื่องอุดมการณ์นี้แรงในลักษณะที่ว่า เป็นความถูกต้องทางการเมือง ที่จะไปทำให้สุขภาพของคนจน คนที่อยู่ห่างไกลเข้าไม่ถึง ก็เหมือนกับคือมีความถูกต้อง ในเชิงจริยธรรมในสังคมที่จะต้องทำ เป็นเรื่องความถูกต้องทางสังคม เป็นเรื่องอุดมคติของเรา ก็ strong นะ

ตอนนั้น เคลื่อนกันแบบไม่ต้องสั่งนะลงไปทำเอง เราอยู่โรงพยาบาลอำเภอ ไม่ต้องสั่งเรื่องนี้ จัดกลุ่ม
ลงเองไปจัดตั้งชาวบ้านเอง แต่เดี๋ยวนี้ โทนของอุดมคติเหล่านี้หมดไปแล้ว กลายเป็นกลไก กลายเป็น
เรื่องที่แบบทำตามหน้าที่อะไร ตรงนี้หายไปชัดเจน แล้วก็มีความรู้สึกว่า เราถูกไม่ขึ้นนะ ถ้าเราไม่
ทำงานเรื่องอุดมการณ์ เรื่องอุดมคติอันนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งนะที่รู้สึกว่ เอเราทำไปตามระบบไปเรื่อย ๆ
ถึงแม้จะหักเงินเข้าไปเพิ่มนี้ ก็ไม่ใช่ว่าจะได้ใจกันมากขึ้นนะ ไม่ได้มีการเน้นเรื่องพวกนี้ อันนี้ก็เป็นส่วน
หนึ่งในองค์ประกอบเหล่านี้ ก็คงจะพยายามเข้าไปดู แล้วก็หาทาง ทำให้เป็นระบบมากขึ้น ที่นี้ตอนบ่ายคง
ได้คุยกันต่อละ สำหรับในส่วนที่คนที่อยู่ไม่ได้ก็คิดว่าไม่เป็นไรมีภาระกิจอื่นจะต้องไปทำ ในส่วนที่ยังอยู่
ก็เราจะลงลึกไปมากกว่านี้หน่อยก็ได้เป็นรายละเอียดเป็นแต่ละประเด็น ส่วนความคืบหน้าใน
ขั้นตอนก็คุยกันที่คุณหมอสุวิทย์ได้ พูด มีส่วนหนึ่งที่เรจะต้องทำเป็นการชัดเจนที่วัดได้ มีตัวเลข
แน่นอน ให้เห็นว่าส่วนใหญ่อยูตรงไหน แต่ส่วนไหนที่จะทำประเด็นลึกเป็น case study เห็นความ
เป็นไปได้ไหม ๆ

นพ. บัญชา : ก่อนจะไปผมขอเรียนอย่างนี้ คือวันนี้ที่ภาคใต้ให้กลุ่ม อสม.เป็นตัว
ขับเคลื่อนกิจกรรม มีประมาณ 30 กว่าชุมชนซึ่งมีบทเรียนมีบางอย่างออกมา ทางภาคใต้ขอรับโจทย์
ทางนี้ไปเพิ่มเติมเสริมอยู่ อันนี้พิจารณาที่ อสม. ซึ่งความจริงเราทำร้อยละชุมชน แต่ 30 กว่าชุมชนที่ใช้ อสม.
เป็นตัวขับเคลื่อน ความจริงแล้วผมคิดว่าที่นาน ถ้าไปสแกนดูที่นานทำผ่านหลายประเด็นหลายบริบท
หลายฐานมากมาย นานน่าจะมืบทเรียนที่น่าสนใจต้องมาควาบทบาทอสม.อยู่ตรงไหน อาจจะเป็นกรณี
ทำให้อากาศ อสม. อยู่อันดับหนึ่งไปสู่ทางเลือกที่ 1 มา เป็นทางเลือกที่มาทำงานกับ สอ.

จริง ๆ ในช่วง 10 ปีหลังเราใส่เงินให้กับ อสม. ถึงแม้ว่าเราจะไม่ได้สนับสนุนให้ อสม.
โดยตรง เป็นเงินของชุมชน แต่พวกเขารู้สึกว่าเป็นเงินของเขา แต่เราใส่ไปที่เจ้าหน้าที่ซึ่งเยอะมากเป็น
ยุคของการใช้เงินอย่างมากมามหาศาล ไม่ได้แปลว่าไม่ดีแต่อยากให้พวกเราไปดูกันบ้าง เราใส่เงินลง
ไปเยอะแล้ว เราใส่จิตวิญญาณที่หมอโกมาตรพูดมาน้อยแค่ไหน จำได้ว่าสมัยก่อนคนไปทำงานทั้ง
ต่างจังหวัดก็ดีที่ อสม.ก็ดี สปีดสูงมากเลยเดี๋ยวนี้รู้สึกว่เรียกเรื่องเงินกันเยอะเลย อสม. ก็จะ ขอใช้
20,000 บาทแล้ว นำไปควาเงินลงไปแล้วเกิดอะไรขึ้น

นพ.โกมาตร : เมื่อมี อสม.อยู่ 30 ชุมชนที่รวมกลุ่มกันทำอะไรบางอย่าง ถ้าเราสามารถที่จะ
ทำให้เกิดชมรมอาสาสมัครอิสระอื่น ๆ เกิดขึ้นมาในลักษณะที่มีฐานการปฏิบัติงานจริงได้ยอมรับ ได้
มีบทบาท และมีผลงานจริงก็มีทางลดความเป็นตัวแทนหรือสะท้อนความเป็นตัวแทนของชมรมลง มี
กลุ่มอิสระอื่น ๆ หรืออาสาสมัครอื่น ๆ ที่มีจิตใจที่ดีจริงขึ้นมาเพื่อที่จะได้เปิดพื้นที่ใหม่ ๆ ขึ้นมา อันนี้ก็
อาจจะเป็นไปได้ นะก็ต้องดูไปก่อน หมายความว่าจำเป็นต้องมาคิดข้อเสนอต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นมาแทนที่จะ

ปล่อยให้ตั้งมูลนิธิขึ้นมาอีก เดี่ยวจะกลายเป็นระบบอุปถัมภ์โดยสมบูรณ์แบบ ช่วยกันระดมความคิดเห็นเพิ่มเติมนะครับว่าเมื่อเข้านี้ประเด็นหลักจะอยู่ที่ ภาพของ อสม. กับงานชุมชน ที่นี้บ้ายก็อาจจะมีประเด็นอื่น ๆ ที่อยากจะหาหรือก็คืออยากจะได้อะไรเสนอแนะสัก 2- 3 ประการ มีประเด็นอะไรบ้างที่คิดว่าควรจะรวมอยู่ในการประเมินครั้งนี้ที่เราเห็นว่าเป็นประเด็นสำคัญของการประเมินว่าบางคนอยากจะทำอะไรบ้างในบางแง่มุม

เออไหนลองช่วยประเมิน input หรือปัจจัยนำเข้าที่มีอยู่อย่างเงินหรืออะไรบางอย่างที่อัดฉีดเข้าไปในระบบปัจจุบันในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไรและให้ผลอะไรอย่างไรให้พวกเราลองทบทวนเรื่องนี้ดูซิ

อันที่สองก็คือเหมือนที่หมอวิชาเสนอแนะครับว่ามีกรณีน่าสนใจอะไรอีกที่เรา กำลังทำอยู่หรือที่เราเห็นว่ากรณีแบบนี้จะเปิดให้เห็นความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ของอาสาสมัครของอสม.หรือของระบบการจัดการ อสม.

ประการที่ 3 คือว่าในส่วนการศึกษาวิจัยประเมินผลหรืออะไรต่ออะไรมีอะไรบ้างเพราะเมื่อฟังดูทางศูนย์ อสม.ทางภาคอีสานกับภาคเหนือก็มีงานประเมินผลอยู่ส่วนนี้ก็มาแชร์กันด้วย สุดท้ายก็จะเห็นประเด็นเรื่องข้อเสนอแนะทั่ว ๆ ไป จะเป็นประเด็นใดประเด็นหนึ่งก็แล้วแต่ลองเลือกก็คุยกันได้ ก็แล้วแต่คิดประเด็นไหนออกก็เริ่มประเด็นนั้นเลย

ชัยณรงค์ : จากฟังเมื่อเช้าที่ อสม.จากกรุงเทพ เสนอเรื่องบทบาทของอสม.ผมคิดว่าตรงนี้ค่อนข้างสำคัญเพราะผมคิดว่าเป็นเหมือนฐานที่มั่นของอสม. ที่ว่าในการรบครั้งหนึ่งต้องมีที่ยืนในสนามรบถ้าไม่มีที่ยืนในสนามรบจะเป็นกองโจรแบบเร่ร่อนไม่ได้ หมายความว่าไม่มีอะไรยึดไว้เลยว่าการกิจหลักจะต้องมีอะไรก็เล่นไปเรื่อย โดยที่เราจะเข้าไปต่อ ยอดหรือไปทำในบทบาทอะไรซึ่งเราก็ต้องกำหนดตรงนี้ให้ชัด

อันที่สองก็คือเรื่องความเป็นสถาบันขององค์กรของอสม.ทั้งระบบตั้งแต่เดิมความเป็นสถาบันก็คือว่าเป็นองค์กรที่ประดิษฐ์ความรู้สะสมความรู้แล้วใช้ความรู้นี้ก็ถือว่าตัวสถาบันก็มีคู่มือ มีหลักสูตร มีตัวองค์ความรู้ที่ใช้ถ่ายทอดของอสม.ซึ่งปัจจุบันนี้ไม่หลงเหลืออยู่เลยมีแต่เรื่องตกค้างอยู่กับคนยุคเก่าซึ่งคนยุคใหม่ไม่มีใครสานงานต่อ ซึ่งต่อไปคิดว่าถ้าเราไม่สร้างมาเป็นสถาบันขององค์กรพวกนี้ขึ้นมา จะทำให้อุดมการณ์อุดมคติของ อสม. นี่หายไป อย่างนั้นไม่ถูกฝังไปสู่คนรุ่นใหม่หรือเจนเอเรชั่นใหม่ ทั้งเจ้าหน้าที่ตัว อสม. เองแล้วก็ตัวกองคลัง และก็ตัวองค์กรที่สนับสนุนไม่ว่าจะเป็นกอง สุข. หรือแม้แต่คณะกรรมการนโยบายสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติในปัจจุบันก็ไม่เหลือเลย แล้วจะอย่างไรให้ตัว อสม. เองมีสถานะที่ขึ้นไปอยู่ในคณะกรรมการชุดนี้ด้วย อันนี้เฉพาะที่เป็นภาครัฐ ซึ่งจริง ๆ ก็ไม่มีอยู่แล้ว

รุจิณาด : ในความเห็นเรารู้สึกว่า อสม. เดินมาไกลว่าเส้นทางที่เรามองเป็นโครงสร้างแนวคิ่งแบบเดิมแล้ว ที่นี้สถานการณ์ที่เรากำลังเผชิญอยู่เรารู้สึกว่าประเมินก็ดินะบางที่ประเมินเพื่อที่จะดูว่าตัวเอง (อสม.) อยู่อย่างไรจริง ๆ สามารถวิเคราะห์ตัวเองจริง ๆ แล้วก้าวเข้าไปสู่นาคคิดว่าเราจะเป็นอย่างไร ที่นี้มองในช่วงของการกระจายอำนาจ ช่วงที่กระจายอำนาจมีวาทกรรมในสังคมบางอย่างนะ มีการขับเคลื่อนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเข้าสู่การกระจายอำนาจ ที่นี้งบประมาณตรงนี้ได้ลงไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณสนับสนุนด้าน อสม. ด้านสาธารณสุขมูลฐานลงไป แล้วก็คิดว่าตัวเองจะต้องทำงานแบบไหนยังงี้ ก็จะมีการวิจัยมารองรับอยู่บ้างเหมือนกัน คือว่าต้องการให้อสม. เป็นส่วนหนึ่งของประชาคมทั้งหมดของตำบล หรือว่าในงานวิจัยล่าสุดเรื่องชุมชนน่าอยู่ให้อสม. เป็นภาคีทั้งหมด เนื่องจากว่าที่ผ่านมาเราใช้วิธีสั่งการในเชิงกิจกรรมตลอด ที่นี้พองบประมาณไปแล้วส่วนกลางไปไม่เป็นแล้ว ไม่รู้จะไปอย่างไรพื้นที่ก็ไปไม่เป็นแล้ว คือมีความรู้สึกว่างบไม่ได้อยู่ในมือแล้วอำนาจในการตัดสินใจการร่วมงานเพื่อที่จะกำหนดประเด็นกำหนดโจทย์ ไม่เคยทำมาก่อน แต่ถ้าพื้นที่ไหนที่เคยทำมาก่อนนี้ก็จะก่อรูปก่อร่างสร้างตัวต่อไปได้ แต่ว่าถ้าเกิดพื้นที่ไหนไม่เคยทำ ยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมมาก่อนก็ไม่ว่ากิจกรรมจะอย่างไร อสม. บางส่วนก็จะนึกว่าเงินนี้เป็นเงินของตัวเองซึ่งบอสม. ที่ลงพื้นที่ 7,500 บาท มีอยู่ 2 ส่วนเท่านั้นส่วนหนึ่งที่เป็นงบประมาณศักยภาพอสม. อีกส่วนหนึ่งคืองานแก้ไขปัญหাসภาพของชุมชนหรือถ้า ศสมช. ยังมีชีวิตอยู่ก็เอาไปต่อเติมในส่วนกิจกรรมเหล่านี้ ในส่วนนี้ไม่มีโครงสร้างและกลไกที่จะเกื้อหนุนให้ว่าทำอะไรถึงจะพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้ตรงกับศักยภาพที่เขามีและเติบโตไปได้ไม่มีกลไกการวิเคราะห์การเกื้อหนุน ส่วนกลางก็ไม่ได้ปรับตัวอย่างนี้พื้นที่ก็ไม่ได้ปรับตัวอย่างนี้ พอไปอยู่กับอบต. บั๊ปปี้ก็ต้องเพิ่มพื้นที่การรับรองในพื้นที่ที่ อสม. ตรงนั้นกับ อบต. ว่าเข้มแข็งหรืออะไรอย่างไร ถ้าเกิดว่า อบต. คิดอะไรไม่ได้ ก็ให้อสม. คิดในส่วนนั้นนี้อาจจะเป็นทรายอะเบ้ส เป็นออกกำลังกายไปก็แล้วแต่

นพ.โกมาตร : ผมลองถามเป็นความรู้นิดนึงว่า เงิน 7,500 บาท ที่ให้ไปต่อหมู่บ้านนี้ไปร่วมอยู่ที่ อบต. ไข่มุกในปัจจุบัน คือเป็นความพยายามส่วนหนึ่งที่ให้เงินจำนวนนี้อยู่ใน 35 เปอร์เซนต์ ด้วยเพราะฉะนั้นเงินก็จะไปกองอยู่ที่ อบต.

พอเส้นทางงบประมาณเปลี่ยนต้องทำงานเปลี่ยน ปัญหาสำคัญคือว่าระบบกลไกไม่เปลี่ยน ต้องการที่จะสั่งการในเชิงกิจกรรมนอกเสียจากว่างบตรงนี้ มองในแง่ที่พูดเรื่องเงินก่อนนะ นอกจากตรงนี้แล้วก็ต้องมีงบประมาณที่ ลักษณะกรมจัดขึ้นโดยวาระพิเศษ ไม่จะเป็น health Thailand ไม่ว่ากรมควบคุมโรคไม่ว่าอะไรต่ออะไรซึ่งเป็นงบที่ลงไปสู่พื้นที่ในระดับชุมชนอาจจะเป็นสอ. หรือระดับ รพช. เองก็ตามก็ไปเป็นวาระให้อบต. ทำงานตรงนี้เรารู้ว่าเป็นการทำงานแบบแนวคิ่งนะ ในเส้นนี้จะมีตลอด เพียงแต่ว่าสถานะของนี้มีเก้าพันตำบล พอตอนนี้นี่สถานการณ์เป็นอย่างไรไม่รู้ นะ การรับรอง การใช้

ประโยชน์ของงบประมาณ ก้อนรวมในภาพรวมเป็นอย่างไรไม่รู้จริง ๆ แล้วนี่ถ้าเกิดว่า อบต. ปรับว่าบ
นี้เป็นงบของด้านสุขภาพชุมชนแล้วก็ปรับวิธีการทำงานที่จะทำงานร่วมกับภาคอื่น ๆ ในชุมชนก็ไปได้
เพียงแต่ว่า อสม. เองอาจจะต้องการทักษะใหม่ ๆ ไม่ใช่ทักษะที่ฟังเจ้าหน้าที่อย่างเดียวแต่เป็นทักษะที่
เริ่มกระบวนการหาโจทย์กับพื้นที่ถึงแบบนี้อาศัยแนวคิดทำให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้นได้ในสถานการณ์
จริงเราไม่รู้ว่าการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรอสม.ในระดับตำบลหรือ
หมู่บ้านเองเป็นอย่างไรตรงนี้สำคัญ อีกส่วนหนึ่งตรงนี้ซึ่งเรามองว่าเป็นเส้นทางใหม่ ๆ แล้วเรามีความรู้สึก
ว่าถ้าเกิดว่า อสม. คนไหนมีลักษณะเปิดใจความเป็นผู้นำก้าวข้ามในเรื่องของสุขภาพแบบโรคไปได้นี้
นะเรารู้สึกว่าเขามีพื้นที่ในการเล่นเยอะซึ่งตรงนี้เราเห็นหลายที่เลยนะ เรื่องชุมชนน่าอยู่ที่อยู่อาศัยประ
สิทธิภาพเป็นที่ปรึกษาตลอดเวลา 3 ปี เรารู้ว่าถ้าเกิดว่ามีแนวที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่และกับ
ชุมชนนั้นะอย่างที่เราหาโจทย์และเขาเป็นกำหนดนั้นะเป็นไปได้ทุกแห่งไม่ว่าตำบลไหนจะเข้มแข็งน้อย
เข้มแข็งมาก เข้มแข็งนิดหน่อย หรือเข้มแข็งสุดสุดน้ำเกียน เราคิดไว้อย่างนั้นนะ 24 ชุมชนเรามองเห็น
ว่าทุกชุมชนเป็นไปได้เพียงแต่ขณะของโจทย์ ขณะของการเคลื่อนไหวก็เขาไปเชื่อมกับนโยบาย
สาธารณะได้มากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับพลังภายในของชุมชนแล้วก็อยู่กับพี่เลี้ยงที่จะเข้ามาเสริม จริง ๆ
พี่เลี้ยงที่จะเข้ามาเสริมสำคัญนะกะพอสุขภาพที่ทะลุออกไปว่าเป็นชีวิตทั้งหมดนี้ เป็นชีวิตแบบองค์
รวมทั้งหมดบางที่เจ้าหน้าที่เราก็ก็น่าไป เช่น ชุมชนนะกะขึ้นมา 10 ประเด็น เจ้าหน้าที่เราก็ก็น่าไปไม่เป็น
เหมือนกันเพราะชุมชนขึ้นมา 10 ประเด็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่าหาพี่เลี้ยงมาจากไหนชุมชน
อยากได้ออย่างนี้ คือต้องทั้งสองทางร่วมกัน คือต้องกระบวนการพี่เลี้ยงด้วย กระบวนการชุมชนด้วย แล้ว
มีโจทย์ใหม่ ๆ ซึ่งเป็นเรื่อง เช่นสมมตินะเรื่องยาเสพติดของโยธธเราใช้เครือข่ายเป็นชุมชนชาวคริสต์
นี่เขาใช้เครือข่ายเคลื่อนไหวโดยเยาวชนและผู้เฒ่าด้วยซึ่งตรงนี้การก่อรูปขึ้นมาภายใต้เครือข่ายโยโย
เดิมของชุมชนที่เขาอยู่ไม่ได้ตั้งองค์กรชุมชนอะไรใหม่ และอีกส่วนหนึ่งก็จะเป็นเรื่องออกกำลังกาย
ของเด็กกาฬสินธุ์อยู่จังหวัดหนึ่งซึ่งปรากฏว่าเขามีค่ายมวยอยู่ในชุมชน 2-3 ค่าย ซึ่งก็หยิบยกเรื่องนี
มา ในเรื่องของครอบครัวทั้งจากกต.ด้วยทั้งจากอบต. ด้วย อบจ. ด้วยมาหนุนเสริมกระบวนการตรงนี้
ต้องไปศึกษาเรียนรู้ว่าจะหนุนเสริมกันอย่างไร ซึ่งตรงนี้หนุนเสริมกันอย่างไรชุมชนได้ทะลุออกไป
แล้วอสม.ได้ทะลุออกไปด้วยนี้จะเสริมพลังกันไปซึ่งแบบนี้ทำได้หลายที่เหมือนกันซึ่งพอเราเข้าไป
ในชุมชนเขาเองไม่ว่าเครือข่าย ไม่ว่าทรัพยากร ที่มีอยู่ก็จะมิจุดเชื่อมได้ที่มีอยู่นี้เคลื่อนได้ซึ่งเรารู้สึกว่าถ้า
ข่ายโยเยอะนั้นะเคลื่อนได้หลายประเด็นพร้อม ๆ กัน เช่น คลองน่าน เป็นตัวอย่างมีความรู้สึกว่าจะจริง ๆ
แล้วนี่เราอาจจะสนใจองค์กร กลุ่มแนวคิดมากเกิดไป ซึ่งกลุ่มแนวคิดนี้เรามองทำอะไรได้จำกัดถ้ากลุ่ม
แนวคิดนี้ไม่ปรับตัวแล้วก็เรียนรู้จากของจริงแล้วก็พัฒนาตัวเองไปทางกลางพลวัตรของสังคมที่เปลี่ยน

นพ.เกษม : จะขอเสริมประเด็นเมื่อเช้านี้คือการให้ความรู้กับ อสม. มองว่าถ้าเราไปจำกัดบทบาทที่เป็นกิจกรรมหลักนี้ ก่อนข้างจะเป็นการตีกรอบผมมองว่าเรื่องความรู้ที่ผ่านมาราประเมินความรู้สิ่งที่ประเมินเขาประเมินมาตรฐานอสม. ไม่ใช่ความรู้ที่เราต้องการ สิ่งหนึ่งเรื่องระบบสุขภาพชุมชนจะเข้มแข็งเราต้องมองความรู้เรื่องการจัดการวิถีชีวิตเขาหรือการจัดการปัญหาความรู้เรื่องพวกนี้จะเชื่อมโยงไปสู่เรื่องการจัดความสัมพันธ์ถ้าเราจัดความรู้ในเรื่องการจัดการปัญหา การให้ความรู้เรื่องสถานการณ์และการจัดการกับปัญหา การค้นหาศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหานั้นรวมทั้งหลายสิ่งหลายอย่างของพวกเขาก็จะแตกต่างจากวิธีคิดของเราจากเดิมที่เป็นแนวคิดที่ต้องรู้เรื่องเทคนิคเรื่องโรค เรื่องอะไรจะสอนอย่างไรถ้าตามไม่ทันโรค กิจกรรมบางอย่างที่จะเตรียมลงไป ซึ่งอาจจะเตรียมไว้ได้แต่ว่าไม่ต้องสอนเป็นหลักสูตร

อันนี้อันหนึ่งที่ผมอยากให้ประเมินก็คือเรื่องการจัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวระบบภาครัฐที่เลี้ยงที่เป็นฝั่งกระทรวงตั้งแต่วิชาการนโยบายจนถึงเจ้าหน้าที่สกอ.ว่าเราคิดเห็นกับกระทรวงอย่างไร เราจะทำอย่างไร ระดับเจ้าหน้าที่จัดการคิดแล้วเราเป็นแค่ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สอ.หรือเปล่าแสดงว่าการคิดทะเลาะออกนอกกรอบไม่ได้อย่างที่หลายท่านพูดไปนะ คือจะต้องประเมินตรงนี้ก่อนว่าความคิดหลักของคนคิดกับเขาอย่างไร เพราะว่าเขาเป็นภาคีเราจริง ๆ หรือเปล่าหรือเป็นผู้ช่วยอาสาสมัครของเราเริ่มไม่เหมือนกับอาสาสมัครเพราะว่าอาสาสมัครตรงนี้เราจัดตั้งให้เขาทั้งหมดแล้ววันนี้สมควรที่จะปล่อยให้เขาเป็นอิสระแล้วหรือยัง นอกจากการจัดระบบความสัมพันธ์เราแล้วเราจะวางทิศทางอย่างไร ตั้งที่ระดับส่วนกลาง ระดับกอง และพื้นที่ที่มีบริการภาครัฐนี้เพราะว่าภาระข้างหน้าที่ซึ่งถ้าเราโยงเขาไว้นี้ผมคิดว่าเราจะพอกันจนน้ำตายกันทั้งคู่ ปัจจุบันถ้าเราจัดความสัมพันธ์อย่างที่ปัญหาคือเดินไปข้างหน้าเราอยากจะเห็นเขาเป็นผู้นำเพราะฉะนั้นเราจัดความสัมพันธ์กันใหม่ว่าเป็นความสัมพันธ์ระดับเดียวกัน ก็พยายาม ดึงเข้าไปข้างหน้าเราเป็นส่วนสนับสนุนหรือเปล่าถ้าเราประเมินตรงนี้มีปัญหาหรือเปล่าเรื่องการให้นโยบาย ตั้งแต่ส่วนกลางลงไปเราจะมองเขาไปลึกหรือเปล่า ถ้าเรามองว่าเขาเป็นลูกหาบเราจัดระบบอย่างไรก็ไม่สอดคล้อง เราประเมินด้วยว่าเราคิดกับเขาอย่างไรว่าจะไปจัดความสัมพันธ์อย่างที่มีทิศทางไปสู่ทิศทางที่เราต้องการ

ในส่วนเรื่องทิศทางที่อยากจะพูดคือ ว่าทิศทางข้างหน้าของเราคุยเรื่องระบบประเมินที่จะคิดกับ อสม. มีระบบกลไกจะไปทิศทางไหน ระบบที่เรามีอยู่จะพอกันจนน้ำตาย เท่าที่มองอยู่เป็นระบบที่ทับถมด้วยการรักษาเยอะ เพราะดูจากตัวอย่างโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดัน เริ่มดูระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชน ต่อไปเป็น PCU จะให้โอกาสดูแลกันเอง ได้เตรียมพร้อมหรือยังเตรียมพร้อมว่าเขาจะจัดระบบอย่างไร ระบบบริการซึ่งส่วนอื่นก็เริ่มsupport แล้ว สปสช. จะให้บริหารกองทุนอสม. กับระบบเครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน จะต้องเป็นคนซื้อบริการหรือเปล่า หรือจะต้องเป็นคน

จัดบริการเอง ซึ่งภาครัฐจัดไม่ไหวแล้วตัวอย่าง ยาต้านไวรัสเริ่มจากจ่ายยาในโรงเรียน โรงพยาบาล จังหวัด ไปในโรงพยาบาลชุมชน ก็จัดไม่ไหวแล้วครับ หมอเองก็ไม่ได้ตรวจแล้ว ยานี้มีพยาบาลจ่าย ผู้เชี่ยวชาญแบบสวดจิตเหลือแต่คนไม่เชี่ยวชาญ จำเป็นที่เราจะต้องมีทิศทางเพราะเครือข่ายจะต้องเป็นคนจัดการเองดูแลกันเอง แต่ถามว่าดูแลได้มั้ยถ้าเราจัดระบบดี ๆ ดูได้ เพราะมีตัวอย่างให้ดูพบว่าไม่พบความแตกต่างของวิชาชีพ ของเครือข่าย ขึ้นกับว่าเราจะเตรียมอย่างไรให้อสม.กับเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความพร้อมในพื้นที่ ซึ่งหลายกองก็ได้พูดแล้วว่าต้องให้เขาเป็นอิสระ ที่นี้ก็ต้องเชื่อมโยงให้เขาเป็นอิสระตั้งแต่นโยบายส่วนกลางไปจนถึงเจ้าหน้าที่

ถ้าเราเคลียร์ว่าทิศทางไปกันได้การวางยุทธศาสตร์อะไรจะได้สอดคล้องไป เราคงทราบว่าเป็นสภาพความเป็นจริงนี้ อสม.ไม่ได้เหมือนกับเจ้าหน้าที่ที่ต้องมีทิศทาง กรณีส่วนใหญ่ อสม. ไม่ได้เป็นกรณีนำเสนอแบบเมื่อเช้าเท่านั้นนะ ซึ่งส่วนใหญ่จะถูกดูแลจัดการแบบเป็นลูกมือ ทำให้เขาคิดเองไม่เป็น ไม่รู้ปรัชญาคุณค่าอาสาศัมครคืออะไร อาจจะต้องประเมินตรงนี้ด้วยอาจจะต้องให้เขาคิดกลับมาได้ว่า คุณภาพของอสม. คืออะไรเมื่อเช้าผมว่าบทบาทเป็นเรื่องคุณค่า ลักษณะต้องเปลี่ยนไป ถ้าเราใช้คุณค่าเดิมคือสร้างข่าวร้ายกระจายข่าวลือ เราจะต้องสร้างนิยามใหม่หรืออาจจะต้องเปลี่ยนชื่อ อสม. เพราะว่าเราจะดูแลเขาเหมือนลูกมือเหมือนเดิมและจะคิดเองไม่ได้ คิดว่าต้องเปลี่ยนนิยามใหม่ ไม่งั้นก็กอดคอกันจมน้ำตาย เพราะเป็นสิ่งที่เป็คุณค่าของชุมชนจริง ๆ และคิดว่าตรงนี้เป็นจุดสำคัญผมคิดว่าการประเมินก็เป็นคุณค่าอย่างหนึ่ง ควรเคลียร์ตั้งแต่ส่วนกลางไปจนถึงส่วนที่ใกล้ชิดกับ อสม.อย่างแท้จริง

โกมาตร : การเสริมศักยภาพเรื่องความรู้ เป็นเรื่องการจัดการปัญหาวิถีชีวิตให้สอดคล้องในเรื่องแนวคิดความสำคัญ รวมถึงการจัดความสัมพันธ์ที่เป็นลูกหาบ ออกมาเป็นอย่างไรสะท้อนแนวคิดอะไร เรื่องระบบบริการทิศทางของระบบบริการไปทางไหนแล้วอสม.น่าจะได้อะไรในลักษณะที่มองเป็นภาพเชื่อมโยงกันเช่นเรื่อง self – help group อะไรอย่างนี้ก็ต้องเกิดมากขึ้น อสม. จะเกี่ยวมั้ย ถ้าไม่เกี่ยวจะไปค้นเองมั้ย หรือว่ามีอาชีพที่ชาวบ้านต้องทำงานในหมู่บ้านมากขึ้น จะเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวและจะเป็นอย่างไรก็ต้องเอามาคิด

ดร.ประสิทธิ์ : ฟังเมื่อเช้าจะเห็นอีก 2 – 3 ประเด็นที่น่าจะเป็นทางออกได้ คือส่วนหนึ่ง พูดค่อนข้างชัดว่าเรื่องสุขภาพในชุมชนคงขาดอาสาศัมครไม่ได้ ถึงแม้ว่า อสม. จะดีเลิศขนาดไหนที่สุดก็อสม. ทำได้ไม่ทั้งหมดนั่นคือความเป็นจริงในสังคมที่เรากำลังพิสูจน์ สิ่งที่เราพูดจริง ๆ ไม่ได้เป็นกรณีทั่วไปของสังคมไทย แต่สิ่งที่เราพูดคือกรณีพิเศษ คือเราผ่านกระบวนการพัฒนาของชุมชน ผ่านเจ้าหน้าที่ ผ่านองค์กรอิสระต่าง ๆ ที่เข้าไป นั่นคือกรณีตัวอย่างในลักษณะที่เป็น case ที่ดี มองไว้ว่าเป็นรูปธรรมที่ผมก็มีความเชื่อ ที่พอพูดถึงก็คือพอเราลงไปในฐานะนักวิจัย ก็คือเราก็จะเห็นศักยภาพ

ของชุมชน หรือคนที่พออยู่ได้หรือถ้าเราไม่ลงก็ไม่เกิดอะไรขึ้นมาเหมือนกับว่า อสม. ส่วนใหญ่ก็เป็นในเชิงลูกมือของเจ้าหน้าที่ ผมเชื่อว่าภาพเหล่านี้ชัดเจน ในความจริงสุขภาวะเป็นเรื่องของชาวบ้านหรือหลายคนที่มียุทธศาสตร์ที่ต่างกัน แล้วก็มีความว่า อสม.อยู่ตรงไหนต่อระบบที่มีอยู่ เชื่อว่าชาวบ้านมียุทธศาสตร์ที่แต่ละคนไม่เชื่อความสนใจไม่เท่ากัน แต่ว่าตอนนี้เราเหมือนพยายามเอาระบบ อสม. เป็นผู้ผูกขาดสุขภาพ เป็นผู้นำสุขภาพกลุ่มเดียว แล้วยังไม่เป็นกลุ่มด้วยซ้ำไป เป็นบุคคลเพราะฉะนั้นในความเป็นจริงตรงนี้จะแก้ไขอย่างไร อันนั้นเราถือว่าประเด็นที่หนึ่งเรารู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ต้องคิดต่อว่าทางออกของอสม.คืออะไร ประเด็นต่อมา คือเมื่อเข้าเราอยากเห็น อสม.เป็นอย่างไรอย่างน้อยที่สุดก็คือ เราอยากเห็น อสม.ที่ผูกติดกับชุมชนอยู่บนความทุกข์ช่วยแก้ไขปัญหาประชาชนหรือช่วยแก้ไขปัญหาของตัว อสม. เอง คือพื้นฐานเดิมกระบวนการเดิมของเราคือ เกาะติดปัญหาของชุมชนเป็นตัวตั้ง คือบทบาทหลักของ อสม. บทบาทด้านไหนก็แล้วแต่ถ้าเรายึดถือ 2 เรื่องนี้คือการพัฒนา อะไรคือโจทย์ที่บอกว่า ทิศทางของการพัฒนา อสม. คืออะไร ผมบอกว่าค่อนข้างลำบากคืออันแรก คือเราต้องเคลียร์โครงสร้างระบบสุขภาพปัจจุบันของระบบ อสม. ว่ามีเงื่อนไขหรือมีโครงสร้างอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาตามทิศทางในระดับการพัฒนาในเบื้องต้น ผมว่าที่เราพูดชัดเจนคือระบบโครงสร้างที่เป็นชมรมหรือสมาคม (เปลี่ยนเป็นสมาคมด้วยเป็นมูลนิธิด้วย) นั่นคือพื้นฐานที่จะแจ้งตัวขึ้นทุกวันแล้วพอแจ้งตัวแบบนี้ ถ้าเราผูกกันเข้ามาและเป็นตัวเสริมจะแก้ไขยากขึ้นทุกวัน แล้วก็จะไปทำลายระบบพัฒนาในชุมชนนั่นคือข้อ 2 ด้วยนั่นคือสิ่งที่ผมกลัว เพราะฉะนั้นผมมองประเด็นการเมืองต้องชัดเจนด้วยในระบบโครงสร้างของส่วนปกครองของ อสม. อย่างไร หรือกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชน คงไม่ใช่ของอสม.อย่างเดียว ส่วนข้อที่สามผมมองว่าเป็นเพราะตัวระบบเองระบบราชการเองที่ตอนนี้ยังไม่ถึงทั้งวิสัยทัศน์ทั้งระบบการทำงานทั้งหลายที่จะสนับสนุนในกระบวนการพัฒนาของ อสม. ผมยกตัวอย่างง่าย ๆ PCU ที่เราคุยโดยตลอดที่ยังไม่ถึงเหมือนที่เราพูดถึงตัวชี้วัดเยอะแยะไปหมดเลย แล้วแนวโน้มระบบของ PCU ก็จะยุ่งเกี่ยวในเรื่องของการรักษาพยาบาลมากขึ้น จนกระทั่งมีผลกระทบต่อการป้องกันและส่งเสริม การทำงานเชิงรุกก็จะลดลง แนวโน้มจะเป็นอย่างนั้น ตามจริง ๆ ว่ากระทบต่องานชุมชน หรือระบบ อสม. นี่แหละ ผมถามว่าระบบของ PCU ระบบ 30 บาทไปเกี่ยวข้องกับ อสม. อย่างไรในกระบวนการพัฒนากลุ่มสุขภาพของประชาชนเข้าสู่ระบบโครงสร้างการพัฒนาอย่างไร รวมทั้งวิสัยทัศน์และวิสัยทัศน์ และระบบกลไกของรัฐด้วยอันนี้จะเห็นภาพชัดเจนต้องฟังตรงนั้นด้วยนะครับ

ประเด็นที่ 3 ถ้าให้ถึงแก่นจริงก็คือต้องซ่อนรูปธรรมชาติของการเมืองเข้ามาใช้ อสม. อย่างไร คือสามารถเห็นภาพร่วมกันได้ เพราะยังทราบว่ายุทธศาสตร์จากพื้นฐานที่เห็นการเมืองเข้ามาแทรกแซง ผมว่ายิ่งจำเป็นต้องมีประเด็นนี้ให้ชัด ๆ ก็คงต้องเผื่อความสามารถที่จะพูดได้ ไม่งั้นอ้อมไปอ้อมมา ผมว่าไม่จำเป็น

ประเด็นที่ 4 เรื่องสำคัญคือเรื่องเงินเราพูดถึงสิ่งที่คุณหมอสุวิทย์พูดเรื่องว่าเงินกลายเป็นปัญหาของสังคมไทยทุกเรื่อง เพราะหยอดเงินไปอย่างเดียวยังเงินเป็นตัวตั้งทำให้เกิดปัญหามาโดยตลอด แล้วก็สวนทางกับคนจิตสาธารณะมาโดยตลอด ฉะนั้น 4 ประเด็นนี้เป็นเรื่องใหญ่มากและเป็นเรื่องที่ต้องประเมินตรงๆ

นพ.โกมาตร: ชัดเจนครับไม่ต้องสรุป

ยุกยิก : มีเรื่องตลก ๆ นะ ผมฟังดูแล้ว คือชื่อก็คเคยเป็นมงคลชื่อ อสม. นะครับ ทำไปทำมาที่ตั้งชื่อให้เขา เขาได้ตั้งชื่อเขาเองว่า อสม. เขาไม่ได้ตั้งชื่อเขาเองว่า อสม. เราเป็นคนไปตั้ง ไม่รู้จะไปเปลี่ยนชื่อเขาทำไมก็ไม่ใช่เรื่องของเขาเป็นเรื่องของเราไปตั้งไว้เองไปทำเอาไว้เอง นี่พอเขาทำไม่ดีก็เป็นลูกมือนักการเมืองอะไรต่ออะไรไป ทุกอย่างไปลงที่ อสม. อะไรต่ออะไรไป คิดว่าไม่ยุติธรรมเท่าไรไม่ได้มาประท้วงนะครับไม่ได้ก่อม็อบนะครั้ง จริง ๆ เป็นแ่งมุ่มที่แปลกๆ มากเลยนะ แล้วก็จริงๆ อสม. ในทัศนะผมเนี่ย ผมว่าปรัชญามีเพราะว่าเน้นเรื่องการดูแลใช้หรือเปล่า ปรัชญาหลักมีอยู่เพียงแต่ว่ากลไกหลักของกระทรวงไปทำให้บรรลกว่านี้หรือเปล่าหรือว่าเป็นแค่ดูแลสุขภาพกันเองภายใต้ของเขตกระทรวงสาธารณสุขกำหนดก็เป็นแค่นั้นแหละว่ากลไกสนับสนุนไปแค่ไหนไปสร้างปัญหาแค่นั้นก็เป็นสุขภาพเชิงรับอยู่ดีหรือแม้กระทั่งเรื่องใหม่ ๆ ที่เรากำลังคุยกันอยู่นี้ ว่าต่อไป อสม. สถานการณ์เปลี่ยนไปแล้วนะ อสม. ชุมชนจะต้องมีบทบาทมากขึ้น ฟังตนเองมากขึ้น ฟังพาตัวเองมากขึ้น ผมก็คิดในมุมกลับกันว่าแล้วกลไกอะไรที่จะสนับสนุนนะครับหรือว่าพวกเรากำลังจะโยนภาระของตนเองที่ไม่ไหวแล้วโดยระบบสาธารณสุขปัจจุบันโยนไปให้ชุมชนทำอย่างเช่น ประเด็นโรคเอดส์ ประเด็น PCU ประเด็นโรคเรื้อรังอะไรต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ แต่เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขก็แก้เกมด้วยวิธีนี้หรือเปล่า กังวล กังวล ร้ายช้อน ๆ อะไรอยู่หรือเปล่า วิธีคิดช้อนอะไรอยู่หรือเปล่าเราพูด meaning เดียวกันแต่วิธีปฏิบัติเหมือนกับโยนภาระให้ชุมชน เราเคยให้โอกาสกับชุมชนจริง ๆ มั้ยในการให้เขาได้เซตระบบชุมชนเหมือนที่บอกว่าคินอำนาจะอยู่บนโครงสร้างแบบไหน อำนาจที่อยู่กับชุมชนคืออะไร จริง ๆ แล้วชุมชนก็มีระบบของอยู่นั้นเป็นสาเหตุถ้าในอีสานที่ผมศึกษานี้เขามีระบบของการสร้างระบบดูแลตัวเองซึ่งก็มีโครงสร้างเรื่องการเรียนรู้ที่เป็นระบบ เรื่องของเศรษฐกิจแบบเกื้อกูล เรื่องของอะไรต่ออะไร จริง ๆ เรื่องนี้เขียนไว้อยู่ในหนังสือแพทย์ไทยแต่ไม่ค่อยได้อ่านกัน จริง ๆ หมอสุวิทย์เป็นคนนำเรื่องซึ่งตรงนี้กลไกทั้งหลายที่สร้างขึ้น support ให้เกิดกลไกที่เป็นภูมิคุ้มกันชุมชนที่มี 4 ตัว คือความรัก ความศรัทธา ความเกื้อกูลต่อกัน ความรู้สึกที่เป็นบุญ ถ้าเราไปสร้างให้เกิดกลไกทางวัฒนธรรมในทุกชุมชนอย่างนี้นี้กลไกชุมชนหรือขอบเขตชุมชนก็คือสร้างระบบความสัมพันธ์ที่ดี ที่นี้เราสร้างเวที กลไกต่าง ๆ ที่สนับสนุนลงไป กลไกรัฐกลไกมีจุดมุ่งที่จะไปเสริมตรงนี้

ปัญหาที่ถือว่าตอนนี้ความคิดเรื่องระบบภาคประชาชนไม่มีความใน อุดมคติชัดเจนในเชิงของ
 รูปธรรมที่แท้จริงคืออะไร คือแต่ละที่อาจจะต่างกันเวทีอาจจะต่างกันรูปแบบอาจจะต่างกันแต่ว่า
 โดยเนื้อหาที่เป็นขาคหลักของชุมชน ขาคหลักของคนในภูมิภาคนี้น่าจะเป็นระบบคุณค่าแบบไหนที่
 สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ไม่ว่าคุณจะได้ใส่หัว อสม. ก็ตาม อาสาสมัครปศุสัตว์ก็ตามอาสาสมัคร
 พัฒนาสังคมก็ตามคงไม่ต่างกันหรือทศวรรษมหากันคนละ 2-3 ปี อีกหน่อยก็เป็นคอเคล็ดเหมือน
 พระมหาลีแดงก็ใส่วิก 2 กิโล ก็แค่นั้นรัฐไปสร้างกลไกก็เพื่อจะสร้างโครงการสร้างงบประมาณ
 เพราะรัฐยังไม่ได้เอาเรื่องนโยบายชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นตัวตั้งก็ยังเป็นเรื่องของรัฐแต่ถ้าเราเห็น
 ชุมชนเป็นแนวทางหลักของประเทศไทยแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงหรืออะไรก็ได้แต่ปัจจุบันไม่มีทาง
 ที่จะหลอมเอาสิ่งต่าง ๆ ทุ่มลงไปหมายถึงต้องสั่งการให้เป็น หมายถึงต้องมีงบประมาณมีองค์กรมี
 รูปลักษณะองค์กรที่มีความลื่นไหลที่เหมาะสมอย่างกลไกสาธารณสุขที่ตั้งอยู่เช่น สสส. ก็ยังเป็น
 กลไกที่ไม่ไปสนับสนุนตรงนี้ ก็ยังอยู่ในขอบเขตข้อจำกัดอยู่ระดับหนึ่ง ในวงจำกัดก็ยังไม่ได้ไป
 วิเคราะห์ชุมชนจริง ๆ ว่าชุมชนมีภูมิด้านทานขนาดไหนอย่างไรที่เรื่องผลงานที่เป็น mass เป็นเรื่องใหญ่
 ว่าชุมชนปัญหาของตัวเองได้มีจะได้มีการวิเคราะห์วิจัยเช่นว่าในหนึ่งตำบลอย่างนี้โจทย์ชุมชนต้องลง
 ต้นไม้สักกี่ต้นที่ลงไว้เพื่อที่จะได้มีอาหารการกินที่ดี ให้เกิดการภูมิด้านทานโรคให้มีความดี ให้เกิดจริ
 นทรีย์ที่ดี ให้เกิดอากาศที่ดีเพียงแค่นี้ก็เป็นเรื่องใหญ่หน่วยราชการและหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ ลงไปเคย
 คิดคำนวณโจทย์เหล่านี้บ้างมั๊ย เราควรจะให้พลังงานจำนวนแค่นี้ก็ตลอดปีในหนึ่งชุมชน ในหนึ่งตำบล
 คือ เราต้องปลูกต้นไม้อะไรเท่าไรยังงี้บ้างในหนึ่งชุมชนในหนึ่งตำบลจำเป็นจะต้องมีต้นไม้อะไรบ้าง
 เป็นเรื่องที่ทำให้ชุมชนพึ่งพาตัวเองได้มากที่สุด เราจะต้องพึ่งตนเองเป็นไปไม่ได้ทั้งหมด ต้องพึ่งพา
 เพราะทุกอย่างมีข้อจำกัดมีปัจจัยของความหลากหลายต่าง ๆ กัน ภูมิโนเวศน์ก็ต่างกัน ความหลากหลายก็
 ต่างกัน บริบทก็ต่างกัน ความถนัดของคนก็ต่างกัน อยู่ที่ว่า จะหลอมให้เกิดการอยู่ร่วมกันได้อย่างไร
 เพราะฉะนั้นโจทย์ภูมิคุ้มกันเป็นโจทย์ร่วมของเป็นร่วมของของทุกกระทรวง ของชุมชนเอง หรืออำเภอ
 ก็ตามก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละแห่งที่อาจจะไม่เท่ากัน ไม่ใช่จะต้องจำกัดว่าเป็นตำบลอำเภอ
 ยังงี้

โจทย์คือว่าชุมชนจะมีภูมิคุ้มกันที่ดีที่สุดที่จะป้องกันตัวเองที่จะเกิดตรงนี้ได้ต้องความีอยู่ 2 ฐาน
 ฐานแรกก็คือเป็นฐานโครงสร้างที่เกิดขึ้นที่เป็นตัวสร้างให้เป็นฐานความสัมพันธ์สำหรับคนในชุมชน
 ต้องมีผู้รู้มีหมอพื้นบ้าน มี อสม. คนในชุมชนพวกนี้เป็นนักสร้างบุญคุณ เป็นตัวแกนในการสานให้
 คนรัก ชุมชนจะต้องมีเศรษฐกิจที่อย่างน้อยก็หนึ่งของชุมชนที่พึ่งตัวเองได้ ได้เลี้ยงอาหารคนในชุมชน
 ได้ ประมาณ 20 -40 เปอร์เซ็นต์ที่เลี้ยงตัวเองที่เหลือจะต้องหาจากที่อื่น อาจจะต้องมีที่ครองที่เป็น
 ตัวยังวิถีปฏิบัติสังคมได้หวนสังคมหลายแห่งที่เป็นทุนนิยม แต่ว่าความสัมพันธ์ในระดับล่างมีอยู่และ

สำคัญที่สุดโครงสร้างการเรียนรู้ที่ทุกคนที่ไปร่วมเรียนรู้ในเวทีการเกิดการตายบุญประเพณีอะไรต่าง ๆ ทุกคนได้รู้หมด แต่ทุกวันนี้การเรียนรู้ตรงนี้ไม่มีจากระบบเพราะฉะนั้นการเปิดเวทีในลักษณะอย่างนี้ให้มาร่วมตรงนี้ก็เป็นรากสำคัญของชุมชน ที่ปัญหาที่มาเผชิญก็เป็นเรื่องที่คนในชุมชนทั้งหมดที่เป็นผู้รู้หรือเป็นคนสำคัญๆ ที่คนนอกเขามาร่วมปกติ ความสำคัญของทรัพยากรใช้แบบไหนที่มาร่วมกันแก้ไขมีที่เลี้ยงก็ได้ไม่มีที่เลี้ยงก็ได้เราต้องมาร่วมกันแก้ไข เพราะฉะนั้นองค์กรที่จะไปสนับสนุนต้องเล่นไหลพอสมควร เข้าใจระบบเข้าใจความเป็นหน่วยย่อยๆ ถึงเป็นไปได้แต่ถ้าไม่เป็นขบวนอย่างนี้ ก็มีการสู้กันไปสู้กันมาอย่างนี้ ยักหน้ายักหลังอย่างนี้ในความเป็นจริงไม่มีที่ไหนที่จะเป็นขบวนเดียว แต่ว่าจะมีแนวโน้มที่มีองค์กรหรือมีหน่วยงานที่เข้ามาสนับสนุนในลักษณะอย่างนี้ให้เกิดขึ้นมากๆ ในสังคมผมว่ามีสัก 10 เปอร์เซนต์ 15 เปอร์เซนต์ของสังคมก็จะเป็นตัวแบบกันเป็นตัวแบบที่คนอื่นมาเรียนแล้วก็สร้างใหม่แล้วก็ produce ตัวเองขึ้นมาใหม่ได้ตลอดเวลาแล้วก็เข้าไปในโครงสร้างทั้งหมดให้เป็น แต่ปัญหาว่า 5 % และ 10% นี้หน่วยงานที่มีอยู่ที่กำลังก็ไม่ได้ไปหนุนในส่วน สสส. สวรส. ก็ยังถือว่าไร้ทิศทาง ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือกลัวขอร้อง แต่ก็มีความรู้สึกแต่ที่ไม่มีข้อมูล ทั้งหมดนี้ก็คือข้อคิดเห็น

โกมาตร : คือที่พี่ยุทธเสนอผมลองต่อประเด็นดูว่าเวลาเราคิดนี่เราคิดกรอบของสาธารณสุข ไข่ม้อย คิดกรอบของสาธารณสุขอะไรนี้ขึ้นมาชุดหนึ่งเป็นภาระกิจที่แบบสาธารณสุข ที่พูดคิดจากการมองที่ว่าสังคมชุมชนในความใฝ่ฝันของชาวบ้านนี่จะเป็นอย่างไร เช่น เรื่องมีภูมิคุ้มกัน มีความรักความศรัทธาของคนในชุมชนสามารถที่จะสืบทอดคุณค่า ที่ชุมชนเคยใช้ในการรับมือเหตุปัจจัยที่มากระทบที่นี้การมองกลไกที่มาเคลื่อนไหวมากระทบ ฉะนั้นพอคิดออกจากฐานนี้การมองการเคลื่อนไหวการสร้างกลไกของชุมชนรองรับเป็นคนละชุดกันเลยนะ จากสมมติคิดจากไข่ม้วนนี้ตรงนี้จะเป็นอย่างไรเพราะจะกลับมาสู่กรอบของพี่บัญชาบอกว่า เอาใจคุณจะถอยมัยจะเหลือแต่สาธารณสุขมัย ถ้าสมมติว่าพี่ยุทธจะสร้างกรอบครัวชุมชนเข้มแข็งมีคุณค่าทางวัฒนธรรม คุณค่าทางจิตวิญญาณก็ปล่อยให้พี่ยุทธไปทำเราสาธารณสุขเรามาทำไข่ม้วนกัน อันนี้คือข้อ 3 ของแกคือเราถอยนะเราถอนทัพ อสม. ออกจาก agenda เราก็คาดหวังกันเล็ก ๆ ในหมู่คนทำงานสุขภาพ ถ้าหากว่ามี อสม.ช่วยแพร่ข่าวร้ายกระจายข่าวลือ (ดี) เหมือนกับมีความคาดหวังมี spectrum กว้างไข่ม้อย ถ้าคิดจากชุมชนก็เอากระบวนการฟื้นฟูจิตวิญญาณชุมชนฟื้นฟูวัฒนธรรมท้องถิ่นพื้นฐานต่าง ๆ คุณค่าฐานต่าง ๆ แต่อีกฝั่งหนึ่งก็คือ เปลาเราไม่ได้ทำเรื่องนั้นหรือ เราทำแค่ปรัชญา อสม.ที่เราดูแลสุขภาพของตัวเองได้ มีอะไรบ้าง เช่น ยาสามัญประจำบ้าน

ยงยุทธ : จริง ๆ ผมไม่ได้สุด ๆ ไป 2 ด้านจริง ๆ อสม.ที่ผมไปดูประกวดอสม.ทั้งหลายแบ่งได้ มี 10 สาขา สาขาสุขภาพจิต โรคจิตอะไรต่ออะไรเต็มไปหมดเลย จริง ๆ พวกนี้ก็มีความเด่นฐานครอบครัว ลองมาแยกแยะออกมาแล้วจัดกลุ่มดี ๆ นะจะมีพลังมหาศาลเลยเช่นกลุ่มแพทย์แผนไทย ตรงนี้คือหมอพื้นบ้านแต่เราเอามาใส่หัวอสม.เท่านั้นเอง พวกเขาทำงานกับเจ้าหน้าที่อนามัยก็ได้ตั้งเป็นหน่วย ถ้าหมอโกมาตรไม่ทำกรรมก็เล่นงาน แต่ถ้ากรรมกองประกอบโรคศิลป์เล่นงานเขาอีก แต่ถ้าอสม. เขาไม่เล่นงาน เปิดขวดเปิดอะไรดังคู่กับอนามัยได้ พอหมอโกมาตรเข้ามาร่วมดำเนินการส่งต่อดำเนินการอะไรต่ออะไรได้พอทำได้ เพราะสังคมยอมรับ เพราะพัฒนาจนเกิดการยอมรับทางสังคม และ อสม. ก็มีพลังอำนาจอยู่ลึกๆ ถ้า อสม. ถูกจับอย่างนี้ด้วยเงื่อนไขของการทำผิดมัย ถามว่าผิดมัยแต่ไม่กล้าจับ พลังอำนาจที่ถูกสร้างขึ้นมา แต่ถ้าหมอโกมาตรไม่ทำอย่างนั้นก็ถูกเล่นงาน หลายคนก็หนีมาทำงานอยู่กรุงเทพฯ ก็จับยาก เมื่อวานผมเจอคนหนึ่งหนีมาจากแม่ฮ่องสอนเป็นคนกวไปจับเขา ตอนนั้นหนีมาอยู่แถวมหาวิทยาลัยรังสิตก็มาเข้าสู่ระบบก็ยังมีอย่างนี้สถานการณ์อย่างนี้เพียงแต่ว่ากำลังบอกว่า ประเด็นที่หนึ่งแยกให้เห็นให้ชัดว่าใครมีบทบาทอย่างไร แล้วเราให้โอกาสคนพวกนี้สร้างเวทีร่วมกับคนอื่นๆ ในชุมชน คึงคนอื่นมาร่วมแล้วเอาประเด็นสุขภาพขึ้นมาเล่น อาจจะไม่ใช่เรื่องโรคภัยไข้เจ็บอย่างเดียวอาจจะมีโรค มี อสม. หลายคนทำเรื่องยุ่งหลาย ถือว่าเป็นเรื่องสบายมากเลย ไม่ใช่ยาแต่ใช้ยาแบบพื้นบ้านเขามาเอาหมากบ้านเราไปแช่น้ำ ไม่ใช่ทรายอะเบท คือภูมิปัญญาพวกนี้มีอยู่เยอะ แต่ว่าเราจะจับเป็นรูปธรรมให้สังคมยอมรับ เราก็ต้องมีกระบวนการขึ้นไปวิเคราะห์สังเคราะห์ให้เห็นกระบวนการที่ทำตรงนี้ลงไป จะลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของรัฐ ที่รัฐต้องการอยู่แล้ว ถ้าชาวบ้านทำได้แล้วลดงบประมาณได้ก็ โอเค แล้วเราก็พัฒนาประเด็นเหล่านี้ขึ้นไป แล้วชุมชนจะไม่ได้รับผลร้ายจากทรายอะเบทยาฉีดพ่น

ถึงแม้เป็นประเด็นเล็ก ๆ แต่ก็โยงไปถึงเรื่องการคุ้มครองกันได้ที่นี้ความสามารถตรงนี้ก็ต้องอาศัยคนอสม. เข้าไปช่วย ชาวบ้านเองอาจจะโยงใยลักษณะเด่นนี้ได้ ฉะนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือใครต่อใครเองต้องลงไปช่วย ซึ่งอาจจะต้องมีสถาบันที่จะช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นใหม่ ๆ ช่วยวิเคราะห์ขอระบบหลักสูตรรุ่นใหม่ ๆ ก่อนหน้านี้เขียนหลักสูตรเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชน คุณหมออัญชลีเปิดเป็นหลักสูตรโดยเอา อสม. มาเรียน เอาเจ้าหน้าที่อนามัยมาเรียน 2 ปีมาเรียนแบบครูเรียนแบบไปฝึกไปเรียนจริง ๆ ตอนนี้กำลังขออนุมัติหลักสูตรซึ่งตรงนี้จะช่วยให้เจ้าหน้าที่อนามัยไปสร้างชุมชนสร้างเวทีกับชุมชนเป็น สามารถวิเคราะห์ชุมชนได้ และนำคนในชุมชนมาสร้างเป็นเวทีเรื่องสุขภาพได้ แต่ไม่ใช่สุขภาพในขอบเขตของโรคภัยไข้เจ็บ คือสุขภาพจริง ๆ ที่กระทบร่างกาย จิต สังคม แล้วก็มาวิเคราะห์เป็นของชุมชนได้ เช่น ทำอย่างไรชุมชนถึงจะมีข้าวกินตลอดทั้งปี ไม่เป็นโรคเห็บขาดตลอดทั้งปี

แล้วก็คนมีความสุขที่ดี ถ้าให้คนมีความสุขที่ดีคนในชุมชนควรมีข้าวเท่าไร? แล้วเป็นข้าวพันธุ์ไหน
อย่างไร อย่างนี้ก็เป็นโจทย์ที่ไปสู่เรื่องภูมิคุ้มกัน ที่นี้ถ้ามีโจทย์อย่างนี้มากขึ้นๆ

พวกหน่วยงานกลางต้องหาวิธีสนับสนุนโจทย์พวกนี้ให้ได้ ในขณะที่พอหน่วยราชการบาง
หน่วยก็ไปในทางเดิมอยู่นะ แต่ก็ต้องมีหน่วยที่ว่านี้ ซึ่งลักษณะการสนับสนุนอย่างนี้ไม่มีในตอนหลัง ๆ
แม้กระทั่ง สสส. เน้นที่ mass ที่จะรณรงค์เป็นชิ้นใหญ่ ๆ เลย ให้เลิกทั้งเหล้าเลิกทั้งบุหรี่ โครงการเล็กๆ
ที่เจ้าหน้าที่อนามัยทำกันอยู่ขอทุนก็ไม่ได้ ต้องทำอะไรเป็น cluster วงใหญ่ๆ นั่นะก็ไปเข้าสู่ระบบเดิม
ไม่เห็นจะต่างจากที่สาธารณสุขทำมาเลย ก็แนวคิดเหมือนเดิม ไม่ได้ถึงกับที่ปัญหามากกว่าต้องหยุดไป
เป็นแนวร่วมกันได้เพียงแต่ว่าต้องหาคนต้องมีระบบข้อมูล มีคนที่มีความรู้ที่จะทำและก็หนุนเขา ไม่
จำเป็นที่ต้องให้เขาขอมาก็ได้เพียงแต่ว่ามีชุมชนที่เป็นชุมชนยุทธศาสตร์ที่จะพุ่งตรงลงไปให้เกิด
แทนที่จะไปตั้งกองทุนให้แล้วก็ไปปล่อยให้เกิด บางคนเขียนโครงการไม่เป็น เขียนนั้นนี้ ไม่ตรงกับ
วัฒนธรรมการทำงานแบบพวกเรา ผมร่วมกันกับ สกว. ยุ่งยากเป็นบ้าเลย รายงานอะไรเอะอะไป
หมด การจัดการความรู้แบบนั้นแบบนี้จัดการความรู้เพื่อใคร เพื่อจะมาเป็นเล่มแล้วให้คนของเราเรียน
หรือจัดการความรู้เพื่อให้ชาวบ้านสร้าง product ใหม่ ๆ คนละแบบก็ต้องมีหน่วย มีเป้าโดยตรงที่จะ
สร้างพลังตรงนี้ขึ้นมาซึ่งผมว่าทำได้ ไม่จำเป็นต้องไปหัดไปสร้างใหม่ สังคมไทยก็แข็งแรงได้

ชาติชาย : ผมมีประเด็น 2 ประเด็น ประเด็นแรกก็คือเมื่อตอนเข้าหอสุวิทย์พูดว่าบทบาท
อสม.ในเรื่องของเอ็กซเรย์พื้นที่เป็นจริงแค่ไหน ในเรื่องของนโยบายที่สั่งการลงไปดูประเด็นแล้วรู้ถึง
กระบวนการของ อสม. และพัฒนาองค์กรของชุมชนที่แท้จริง ส่วนหนึ่งนี่ที่คนในชุมชนดำเนินการโดยไม่
มีบัตร อสม. ส่วนใหญ่เขาอาจจะไปไกลนะเพราะว่าอยู่ในชุมชนเข้มแข็ง คือว่าเราไปกำหนดอะไรเรา
ไม่ได้ ก็ให้เขาพัฒนาต่อไปเกี่ยวกับบทเรียนที่คิดจะพัฒนาเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่น ๆ

ประเด็นที่ 2 การกำหนดเพื่อจัดตั้ง ภาครัฐลงไปซึ่งบางอย่างอาจต้องใช้งบประมาณด้วย เช่น
ใช้หัวหน้าก ใช้เลือดออกด้วยส่งกระทบในภาพกว้างและหนีไม่พ้นคนกระทรวงที่จะต้องมีการสั่งอย่างนี้
ในฐานะที่ทำงานเกี่ยวกับตรงนี้จะเชื่อมโยงไปเป็นอีกจังหวัด ผมโยงจากเมื่อเช้านิดนึงนะครับในช่วง
ประมาณสัก 3 ปีที่มีการปฏิรูประบบแล้วนี้กระบวนการที่เราจะทำงานโดยตรงกับจังหวัดแล้วนี้อาจจะมี
ความยากลำบากขึ้นหลาย ๆ อย่างที่เราขอมาแล้วก็พยายามที่จะประสานที่จะทำงานโดยตรงกับจังหวัด
เราจะทุกหนก้นที่ เมื่อคุณไม่ได้อยู่ สป. แล้วตัดไป ถ้าอันไหนเป็นของจังหวัดแล้วที่แรก ๆ เลยที่เรา
จะต้องลดบทบาท เพราะฉะนั้นบทบาทเราจะต้องทบทวนหลายอย่าง ๆ เราก็เลยทำเหมือนแต่ก่อนไม่ได้
โครงสร้างในเชิงระบบที่เป็นอุปสรรคอันหนึ่งเราก่อนข้างอัดอั้นใจแล้วเราก็จะต้องถอยมาเพื่อจะทำเรื่อง
วิชาการหรือว่ามาตรฐานในหลายเรื่องเพราะว่ามีเรื่องมาตรการ อสม. คิดว่าคงเป็นแนวทางตรงกลางๆ
เพียงแต่ว่าในบทบาทตรงนี้ผมเองในจังหวัด ผมไปพัฒนา อสม.ในระบบจังหวัดแล้วเราเองทำค่อนข้างที่

จะเน้นเรื่องระบบการจัดการสุขภาพองค์กรรวมทั้งให้รอบด้านและทำให้ครบถ้วน เขาพยายามที่ศึกษา หรือ กำลังจะทำตัวชีวิต อสม.

ช่วงนี้มี 2 ประเด็นคือมาตรฐาน อสม. กับมาตรฐานสุขภาพจัดการ จริง ๆ แล้วเป็นตัวกระบวนการที่กำหนด 14 ข้อ คิดว่าจำเป็นสำหรับการมารวมตัว เป็นแนวที่ที่ให้ชุมชน มองแล้วเป็นการที่จะดูมอง แล้วมากำหนดแนวทางที่ใช้มาตรฐานในการพัฒนา

ประเด็นที่โครงสร้างและก็ความสัมพันธ์ในเชิงของระบบการเสนองานต่าง ๆ ของ อสม. นะครับว่าในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอาจจะไปดูในเรื่องของ การดูจากตัว อสม. เองว่าในระบบที่เข้าทำงานอยู่ มีกลไกอะไรที่เอื้อให้เขาทำงานได้บ้าง ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ ระบบภาครัฐ ระบบ สสจ. องค์การภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนนี้ว่าปัจจัยที่ช่วยเสริมในกระบวนการทำงานมีการสนับสนุนที่แท้จริงเขาต้องการให้แต่ละครอบครัวเป็นอย่างไร

มาดูในส่วนของตัวเองประมาณดูว่าในงานของ สสม. มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง เช่น ที่ว่าเงินที่จัดสรรลงไปจังหวัดหมดแล้ว แต่โดยภาพอื่น ๆ ไม่รู้มีการมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ย้อนหลังสักสิบปี

จริงแล้ว ปี 2547 ที่เราจัดงบ 7,500 บาท ไปให้ท้องถิ่น จากประมาณ 500-600 ล้านบาท ก็เหลือประมาณ 60 กว่าล้าน แล้วก็ประมาณ 4 ล้าน หรือประมาณ 10 กว่าล้าน

จะเท่าไรก็ตามพยายามที่จะรักษามาตรฐานเอาไว้ แล้วในส่วนของแนวทางหรือพยายามที่จะรับ เราทำเป็นหนังสือ ในบางส่วนเราคิดเป็นต้นฉบับได้ แต่การพิมพ์อะไรอาจจะจะมีข้อจำกัดบ้าง ฉะนั้นสิ่งที่สนับสนุนจริง ๆ ก็องบที่จะพัฒนาศักยภาพหรือหรือสนับสนุนหมู่บ้านเราเองมีปัญหา มากเพราะว่าเราเองจะของบให้จังหวัดอย่างเดียวเพื่อที่จะให้ไปจัดการชุมชนให้ชุมชนเข้ามามีการทำงาน พัฒนาศักยภาพชุมชนได้ชาวบ้านจัดการนะแต่เราเองพอรู้ว่าเราจัดงบให้จังหวัดเมื่อไหร่ก็จัดจัดงบ เราทันที เราต้องโอนเข้าศูนย์ กระบวนการที่จะสนับสนุนจังหวัดในเชิงงบประมาณเราคงมีความ ต้องการเป็นช่วง ๆ ก็แล้วแต่

นพ. โกมาตร : แบ่งหมวด area พื้นที่ที่เป็นลูกใช้ในการอะไร ไม่นับในเนื้อของบัญชีนะ แต่ในส่วนของการนำใช้ในการทำงานการอะไร เช่นเป็นคำตอบแทนหรือเป็นตัวคิดในกิจกรรมหมู่บ้าน

ศิริจันทร์ภรณ์ : 1 ใน 3 ส่วนใหญ่จะเป็นงบในการพัฒนาศักยภาพบุคคลเสียมากกว่า เช่น ประชุม ดูงาน อาจจะเป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา แต่งงบประมาณใช้เหมือนกันในแต่ละปีที่เคยมีอยู่แล้ว

นพ. โกมาตร : คือเราจะจัดไปให้ 7,500 บาท ต่อหมู่บ้าน คืองบส่วนนี้ไปลงที่ อบต. ซึ่ง อสม. จะต้องทำเป็นโครงการเพื่อไปเอาเงินมาจาก อบต. และนำไปใช้ตามที่ อบต.อนุมัติซึ่งโดยส่วนใหญ่ก็อาจจะมีเป็นพวกซื้อเครื่องพ่นยาฆ่า เพราะว่ายุงประเทศไทยเยอะ เพราะฉะนั้นเงิน 7,500 เป็นเหมือนกับชุมชนเหมือน

เฉลียว : ผมตัวแทนสถานีนามัยตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จะเป็นที่อยู่ใกล้สาธารณสุขจังหวัดตรังอยู่ที่คือตำบลบ้านควน ตอนที่เรามีอบรมเรื่องพัฒนาศักยภาพจังหวัดตรังเรื่องของเมืองไทยแข็งแรง ก็เป็นตำบลเป้าหมายแข็งแรง อสม.ทั้งหมดทั้งตำบลก็ต้องเข้าร่วมเวทีเรียนรู้เรื่องนี้ ผมก็ไปด้วยพอจบโครงการเงินตัวนี้จะต้องทำแผนเข้าไปใช้ อบต. ผมคิดว่าถ้าเป็นอย่างนั้นเราน่าจะไปดูกระบวนการในการทำแผนยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ถ้าไปดูให้ชัดต้องไปดูพื้นที่ล้าหลังทั้งหมดพื้นที่เป้าหมายต้องลงมือทำทั้งจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งจังหวัดแต่ที่เห็นรูปธรรมเด่นชัดในเรื่องของกลไก ในเรื่องของกระบวนการและในรูปธรรมของการพัฒนาที่เกิดจากกระบวนการทำแผนเพื่อพัฒนา ผมไปร่วมอบรมเสร็จ ผมจะไปที่ปากพนัง เขาบอกว่าคุณเชิญคนไปพูดก็ได้ผมไม่ต้องไปดูในพื้นที่ ไม่ต้องไปด้วย การไปเที่ยวจะเยอะ ที่ผมทำเราเชื่ออย่างนี้ที่ทางอสม.ที่คุยกันมาเราพูดกันเสมอเลยอย่างน้ำแก้วผม อะไรนี้คุยกันมาตลอดว่าอย่างไรก็ตามธรรมชาติของมนุษย์หลีกเลี่ยงการยอมรับธรรมชาติการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นความจริงของของแต่ละชุมชน

เมื่อวานผมไปคลุกกับการเขียนแผนเตรียมงานของชุมชน ความเอาใจจริงเอาใจกับความอยู่รอดของชุมชนมีประมาณ 20 คน ถึง 30 คน คนที่เป็นแกนนำความคิดก็ประมาณ 5-6 คน อะไรทำนองนั้นและที่อื่น ๆ ก็เหมือนกัน ออกจากป่ามาครั้งแรกมาก่อตัวไปทำเรื่องสิ่งแวดล้อม เป็นชุมชนเข้มแข็งก็มีประมาณ 30 คน ที่เป็นต้นคิดจริง ๆ ก็ประมาณ 4-5 คน อย่างทฤษฎีของอาจารย์ชัยวัฒน์คนที่คิดทฤษฎีที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงคนทั่วโลกของมนุษยชาติจะเป็นคนส่วนน้อยของโลก ของมนุษยชาติ และเป็นส่วนน้อยของชุมชน ตรงนี้เราทำให้เกิดผู้นำของการเปลี่ยนแปลงอันนี้อย่างหนึ่งที่เราคิดกัน ทำอย่างไรผมคิดว่าชุมชนไม่สามารถเคลื่อนได้เพราะว่าตัวนี้ไม่เกิดผล

ในเรื่องสำคัญของกระบวนการเรียนรู้คิดว่าต้องมีอย่างต่อเนื่อง หมายถึงเป็นวัฒนธรรมของการเรียนรู้ ผมคิดว่าชุมชนไม่สามารถเคลื่อนได้ถ้าตัวนี้ไม่เกิดโดยหลักแล้วในเรื่องของกระบวนการการเรียนรู้ต้องอย่างต่อเนื่อง คล้ายกับเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้จะไม่หยุดเพราะฉะนั้นจะนำสู่การเกิดปัญญาได้และสามารถที่จะนำไปพลิกแพลงได้ อย่างเราทำประมาณ 30 ชุมชนที่เกิดจริง ๆ เรารู้ว่าจะได้ประมาณสัก 10 กว่าซึ่งจริง ทั้ง ๆ ที่เราทุ่มเต็มที่ ซึ่งชุมชนที่มีความเคลื่อนไหวได้ก็ต่อเมื่อคิดว่าตนเองมีอิสระอะไรทำนองนี้ บางทีคนไทยเหมือนคล้ายๆ กับนกที่เข้างกรงไว้ พอเขาเปิดกรงปล่อยให้หากินเองก็ทำไม่ค่อยถูก อันนี้ผมรู้สึกอย่างนี้จริง านะครับ ผมจบรอบปี 30 แล้วกลับไปกรีดยางต่อที่บ้าน ผม

พอบมีปัญหาทางการเมืองก็ออกมาช่วย อย่างรัฐธรรมนูญก็ออกมาช่วยออกมาจากบ้าน ทำงานด้วยทำนาด้วย อย่างนายอำเภอถามผมว่าคุณเป็นอะไร เพราะเขาค้นแค่สังข์ใหญ่บ้าน กำนัน เพราะที่ 4-5 คนตรงนั้นเป็นคนปฏิบัติการพอเราพูดถึงชุมชน เพราะฉะนั้นผมว่าเราได้เงินสนับสนุนจาก สสส. ไปส่วนน้อยมากเรา เราคิดว่าทำอะไรชุมชนต้องหมั่นทบทวนตัวเองว่าชุมชนมีอะไรอยู่บ้าง เพราะการพัฒนาที่ผ่านมาหลาย ๆ อย่าง ถูกทำลายลงไปคือถูกรีดรอนในเรื่องภูมิปัญญา อะไรต่ออะไรถูกรีดรอนไปหมดฉะนั้นชุมชนต้องตั้งสติกันใหม่มาทบทวนตัวเองจะดำรงอยู่อย่างไร เราพูดถึงก็คือทำอะไรถึงจะเกิดภูมิคุ้มกันของชุมชน ต้องมาดูเรื่องชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจชุมชน ต้องมาสืบค้นเรื่องจิตวิญญาณของชุมชนขึ้นมาเพื่อที่จะต้องการให้ปกป้องตัวเองให้อยู่ได้ อันนี้คือหน้าที่หนึ่งที่จะต้องทำก็คือสร้างความรู้ให้เกิดปัญหาเขาเรียกว่าการสร้างผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง คิดว่า อสม. น่าจะเกิด ศักยภาพอสม.น่าจะเกิดอีกอย่างที่เราทำมาก็คือว่าโดยภาพรวมของสถานการณ์เราพูดถึงความรู้สากลเราไม่สามารถรับรู้ได้เลย ใช้หัวคน ข้อมูลใหม่ ๆ ส่วนหนึ่ง อสม. ก็ต้องปฏิบัติตามนโยบายของรัฐโดยภาพรวม บางทีต้องรับทราบร่วมกันบางทีก็ต้องมีอิสระอะไรทำนองนั้น

สรุป : ผมคิดว่าจะมีโจทย์ใหญ่เรื่องประเด็นความสัมพันธ์ ขนาดนี้มีโจทย์ว่าสุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้องร่วมสร้าง health for all come all for health เป็นกระบวนการที่ 3 เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน พอเอาแค่นี้แหละกระทรวงสาธารณสุขจะแยกออกมาแค่ทำสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข อันนี้คือเสียเล็ก ๆ เลย พอคิดอย่างนี้จะสร้างกลไกออกมาทำตามนี้ ไม่ใช่สุขภาพแบบองค์กรรวมแล้วที่น้องที่ทางได้เสนอ ไม่ว่าจะเป็นของน้ำเกียน ไม่เรียงนะ อันนี้เขาจะมีวิธีคิดแบบสุขภาพองค์กรรวม ก็ไปดูพัฒนาของชุมชนที่เข้มแข็งเขาก็จะมองปัญหาร่วมมองเป้าหมายร่วม แล้วก็พยายามสร้างระบบร่วมกันมาเพื่อที่จะจัดการแบบองค์กรรวม ฉะนั้นเขาคิดยุทธศาสตร์แบบองค์กรรวม

กระบวนการต่าง ๆ ที่เขาใช้แผนแม่บทชุมชน ใช้วิจัยชุมชน อะไรพวกนี้นะ ก็เป็นเครื่องมือที่ชุมชนกับงานวิชาการพัฒนาขึ้นมาแก้ปัญหาองค์กรรวม ล่าสุด คดีอาชญากรรม คดีปัญหาความรุนแรงทั้งหลาย มีการประชุมกัน 2 วัน 2 คืนเพื่อถอดบทเรียนก็จะพบว่าสถิติลดลงไปชัดเจน ซึ่งเมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้วหนี้เงินกู้ประมาณ 100 ล้านปัญหาอาชญากรรมสูงมาก แต่พอเขาคิดใหม่เราต้องถามตัวเองว่าเราแก้ปัญหาการคายางดีขึ้นแล้วเป็นเจ้าของกิจการแล้ว ทำไมปัญหาอาชญากรรมพุ่งกระฉูดเลย แสดงว่าไม่ได้แก้ปัญหาละยนี้ ต่อให้เป็นเจ้าแก่งก็เถอะปัญหาก็ยังเกิด ก็กลับมาถามว่าปัญหาเชื่อมโยงกับตรงไหนต้องคิดแบบใหม่ต้องทำแบบองค์กรรวมเราก็ต้องให้ชุมชนกลับมาวิเคราะห์ชุมชนใหม่ ตั้งเป้าหมายใหม่ ทำยุทธศาสตร์ใหม่ 10 ปี เดียวนี้ตัวดัชนีชี้วัดของสำนักงานสถิติอาชญากรรมทั้งหลาย อบายमुखอะไรต่าง ๆ นี่ลดลงอย่างชัดเจน เพราะมีระบบหรือฝ่ายต่างๆเข้าไปจัดการหรือช่วยกันดูแล

ในแง่ภาคสาธารณสุขสุขภาพก็มีคนรับผิดชอบของเขา ที่ชุมชนควรจะออกแบบเองไม่ใช่คิดแบบกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไปแล้ว เราก็ปรับบทบาทข้าราชการจากเป็นผู้ชี้แนะ ปัจจุบันข้าราชการในพื้นที่ไม่เรียงต้องมาตามโจทย์ของชาวไม่เรียงแล้วก็เสนอว่าคุณมาช่วยตรงนี้ก็หมดภาวะการณ์การนำอีกต่อไปแล้ว เดี่ยวนี้ชุมชนเป็นตัวนำการเปลี่ยนแปลงอันนี้ไม่ใช่อุดมคติแต่ที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทยในหลายพื้นที่ ที่นี้ถ้าเราบอกว่าสุขภาพต้องเป็นสุขภาพแบบองค์รวมใช้มัย และเราเน้นทุกฝ่ายเข้ามาร่วมกันจัดการแล้วเน้นที่ประชาชนเป็นการพึ่งตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมนี้ เน้นเทคโนโลยีพื้นบ้านอันนี้ภาษา อสม. เขาจะ self care community participation และ appropriate technology แนวคิดพวกนี้อยู่ในชุมชนหมดเลย ฉะนั้นในการศึกษาครวนี้ ถ้าเราประเมินคำว่า อสม. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ใช่ อสม. ในความหมายของคนกระทรวงสาธารณสุข แต่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่แท้จริง ที่มาจากชุมชนแล้วเขาพยายามทำให้เกิดสุขภาพโดยตัวเขาเองนะ

ถ้าเป็นแบบนี้ นิยามคำว่า อสม. นี้ไม่ใช่ภาพ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขแต่เป็นภาพอสม. ของชุมชนที่แท้จริง ที่มีคนหลายแบบเข้ามาจัดการสุขภาพสุขภาพของเขาเอง เช่น กรณีไม่เรียง หรือหลายๆ พื้นที่เป็นตัวอย่าง ก็อยากจะให้ไปมองภาพนั้นด้วย เป็นคำตอบไปสู่อนาคตเพราะงานชิ้นนี้เราไม่ได้ทำเพื่อตอบคำถามของกระทรวงสาธารณสุข แต่ทำเพื่อตอบคำถามไปสู่อนาคต แต่มองเพื่อตอบคำถามว่าสังคมไทยจะไปอย่างไร ถ้าจะให้พวกเขามาสังเคราะห์และจัดการสุขภาพของพวกเขาเอง ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขหรือภาครัฐเท่านั้น เรากำลังจะได้เห็นสังคมไทยพยายามจะพึ่งตัวเองพยายามจะจัดระบบสวัสดิการของพวกเขาเอง แล้วก็พยายามที่จะเข้ามาเชื่อมกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ บริการเหล่านี้มาหนุนเสริมเขาแล้ว ก็อาจจะต้องไปมองภาพของอาสาสมัครในความหมายใหม่ ไม่ใช่ความหลายหลากของกระทรวงสาธารณสุข อันนี้เป็นประเด็นหลักในความคิดของผม ประการต่อมา อสม. ทุกวันนี้จะ พบว่า 10 หลังคาเรือนต่อ 1 อสม. แล้วถามว่า อสม. 10 คน ใช้การได้กี่คน อันนี้ฝากประเมินด้วยนะครับ

ในปี 2549 แล้ว งานประเมินชิ้นนั้นประมาณปี 2531 ผมก็คิดว่าสถานการณ์เปลี่ยนไป ก็ยังเป็นอย่างนั้น หมู่หนึ่งประมาณไม่เกิน 20 เปรอร์เซ็นต์ ที่ยังถือว่าใช้การได้ดี ในสายตา อสม. ประเมินกันเองทุกเวทีที่ผมไปถามหมู่บ้านหนึ่ง อสม. ที่ใช้การได้ดีในความหมายที่ว่าคนดีในสายตาเราที่มีความสามารถยกขึ้นมา ให้ อสม. ตั้งตัวชีวิตขึ้นมา เป็นเบอร์ 1-5 โดย เบอร์ 5 ถือว่าสุดยอดนะ ไม่ค่อยมีเท่าไร คิดว่าไม่ถึง 1เปอร์เซ็นต์ หรือ 1 เปอร์เซนต์ก็คงได้ ส่วนเบอร์ 4 ที่รอง ๆ ลงมานะมีเท่าไรหมู่บ้านหนึ่งมีประมาณแค่ 1-2 คนเองผมก็ยังเชื่อสถิตินี้อยู่ เพราะฉะนั้นไปถามลุงยงค์ว่าตำบลไม่เรียง 6-7 พันครอบครัว สภาไม่เรียงนี้มีผู้นำกี่คนครับ มีหมู่ละ 5 คน คัดสุดยอดฝีมือมาแล้วนะ 40 คน ลุงยงค์พัฒนามา 10 ปี ที่สามารถจะช่วยลุงยงค์เป็นวิทยากรแทนได้เท่าไร 3 คน ย่อส่วนนะถ้าประเทศไทยใช้วิธีคิดแบบ 10

เปอร์เซ็นต์นี้จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทุกชุมชนก็มีเท่านี้แหละ เพราะฉะนั้นต่อไปอาจจะต้องไปดูคนเหล่านี้หรือเปล่าในขณะที่เดียวกันคนที่ไม่ได้ใส่เสื้ออสม.เวลานี้

วิธีหนึ่งในการพัฒนา อสม. เท่าที่ผมเห็นนะพอเราจัดประกบกลุ่มวัย คุณลองเอา อสม. ไปประกบกับเวทีสิ่งดี ๆ นะ เอากลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ กลุ่มเยาวชน กลุ่ม อสม. สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อสม. จะรู้สึกทันทีกลุ่มเหล่านั้นสุดยอดบรรดา อสม. เรียกว่าไปกินกันเป็นแถว เพื่อที่จะเข้าใจคำว่าภาคีสุขภาพ เครือข่ายนี้มีอะไรมากกว่า อสม. .เยอะพอเราทำมาก็ต้องไปเรียนรู้กลุ่มเหล่านี้เยอะเลยนะ ที่ผมเพิ่งจัดไปนะ 2 ปีติดๆ กันระดับจังหวัดระดับอำเภอ เขาต้องรู้ว่าถ้าเราไม่ทำอะไรมากกว่านี้ะการทำงานของอสม.ถือว่าหมดรูปหมดสภาพ ถ้าเราเอาผู้นำมาประกบคู่กันเสร็จแล้วก็ต้องมีกลไกให้เขาไปทำงานคู่กันระดับอำเภอ มีเงินมาก่อนหนึ่งให้เขียนโครงการมาขอเงินปรากฏว่า อสม. มาขอเงินสัก 10 เปอร์เซ็นต์ทำกระแสบ้าง ๆ กลุ่มอื่นเขาไปไกลแล้ว เพราะเวลามาประกบเป็นกลไกในการทำงานร่วมกันเกิดการ share and learn ซ้ำสายเอาเงินเป็นตัวตั้งเอา อสม. คุณลองคุยชชกับกลุ่มออกกำลังกายคุณจะมีกลไกอะไรร่วมกับเขาเพื่อจะไปสู่สภานั้นเขาจะรู้ทันทีเลยว่ามีคนเก่ง ๆ กว่าเขาอีกเยอะเลย ที่แล้วเรามีแค่กระทรวงสาธารณสุขคุณก็เลยไม่เห็นคนอื่นเขา แล้วอีกวิธีหนึ่งการพัฒนาอสม. เราต้องเปิดพื้นที่ให้อาสาสมัครคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ใส่เสื้อแบบวิน อสม. สังเกตกระทรวงสาธารณสุขอันนี้ชัดเจน เขาก็จะออกมาแสดงบทบาท อสม. จะเปลี่ยนความคิดใหม่ว่ามีอะไรอีกเยอะเลยนะ ที่เกิดกลไกความร่วมมือ เครือข่ายวิทยุชุมชนเขาไม่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้มัย เขาก็มาอยู่ในทีมตรงนี้ด้วย ทำให้เกิดทีมสุขภาวะขึ้นมาในระดับอำเภอเกิดความร่วมมือในระดับจังหวัดและในระดับประเทศก็เหมือนกันถ้าชมรมอสม. ในบางประเทศ ถ้าในประเทศไทยนะยังพึ่งแค่กองสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนนะคุณถูกรอบมา 20 กว่าปีแล้วละ คุณจะไม่น่าวันหนึ่งมีเวทีระดับชาติแบบนี้แล้วคุณลองเอาแกนนำ อสม. ระดับชาติ แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำแพทย์แผนไทยลองประกบมวญถูกคู่หูหน่อยซิ แล้วคุณจะรู้ว่ามีคนเก่งอีกเยอะเลยแล้วคุณจะรู้ว่ากระบวนการที่เขาพบเห็นว่า ในสังคมไทยการไปสู่สุขภาวะของสังคมมีตัวละครหลากหลาย เพราะฉะนั้นคำว่า All for health สำคัญกว่า

นพ. โกมาตร : อันนี้ชัดเจนนะ ก็มีหลายประเด็นมากเลยไม่สรุป ผมเริ่มทำงานง่ายขึ้นเรื่อย ๆ

ยงยุทธ : ประเด็นนี้ยากก็เป็นประเด็นที่หลายคนพยายามที่ไปถอดความรู้ และจัดการความรู้ที่นี้ไม่ได้สร้าง leadership โดยคนไทยที่ทำงานชุมชน เราไม่ได้เน้นสร้างผู้นำตั้งแต่เด็ก ผมว่าทฤษฎี leadership ปลุกฝังกันมาได้ยังไง คนในสังคมของเราไม่มีความเป็น leadership แต่เป็นเรื่องผู้รู้ที่ไปสร้างบุญคุณให้กันให้คนไปช่วยเหลือคนอื่น แล้วตัวผู้รู้เป็นตัวชักใยคนมีบุญคุณต่อกันและเป็นตัว

ผลักดันให้คนช่วยเหลือกัน และตัวผู้รู้เป็นตัวชักใยให้คนสัมพันธ์กันไม่ใช่ฉันทันทีทุกเรื่องฉันดังทุกเรื่อง
น่ายังไม่ได้เป็นคนนำทุกเรื่อง นำเฉพาะบางเรื่องที่เกิดนัด แต่กลไกสำคัญที่ซ่อนอยู่ในความสำเร็จคือ
ตัวสภาพแวดล้อมอื่น ๆ หรือตอนวันที่น่ายังกลับบ้าน ก็จะมีกลุ่มแกนที่เป็นเครือข่ายกันทั้งหมด
มารวมตัวกันอยู่บ้านแก และมาประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนทุกโจทย์ที่เป็นประเด็น
สำคัญแล้วตรงนั้นเป็นเวทีที่สำคัญมาก ที่คนไม่ได้สนใจไม่ได้ลงลึกในประเด็นเหล่านี้ไม่เคยแสดงเวที
อย่างนี้ให้คนอื่นเห็นแล้วคุยรายละเอียดลึก ที่ตัวแสดงบางตัวไม่ได้มาแสดงต่อหน้าสังคม เวลาที่ไปดูงาน
คนพวกนี้ที่เป็นแกนสำคัญจะไม่มา ไม่มาปะทะสังสรรค์ทางการกับพวกเราเพราะเขาไม่ถนัดตรงนั้น
แต่น่ายังถนัด และพูดภาษาใกล้เคียงกันได้ แต่คนอื่นจะทำหน้าที่ประสานอยู่ข้างใน สมมุติกิจกรรมจะ
ทำเรื่องบ่อปลาหรือจะทำเรื่องหนึ่งหมู่บ้านหนึ่งผลิตภัณฑ์ โรงสีหมู่บ้านจะต้องไปคุยกับใครยังงี้ จะต้อง
ประเมินอะไรยังงี้เค้าจะต้องอยู่บ้าน ซึ่งกระบวนการภายในตรงนี้สำคัญมากพวกเขาจะประเมินว่า
ตรงไหนที่เหมาะสมตรงไหนที่เกิดเหตุ ตรงไหนเหมาะสมสำหรับเรื่องหมู เรื่องปลา ที่เกิดขึ้นแล้วก็จะ
แชร์ทรัพยากร เพราะฉะนั้นสภาพแวดล้อมไม่เป็นทางการก็จะหนุนช่วยกันเรื่องเวลาใครมีปัญหาอะไร
อย่างไรอยู่ตรงนี้แก้ไข เช่น เจ้าชัยมีปัญหาซึ่งแก้ไขไม่ได้ ถ้าแก้ไขไม่ได้ครบถ้วนแตกแยกซึ่งตรงนี้เป็น
ตัวสำคัญมากเวลาเป็นปัจจัยหนึ่ง เพราะฉะนั้นการเน้น leadership กับผู้รู้ต่างกัน ถ้าคุณสร้าง อสม.ให้
เก่งขึ้นในการที่จะเป็นนักการทูต รู้ทุกเรื่องไม่รู้จักช่วยคนจนหรือทำลายคนจนไม่รู้ละ อสม. ก็เป็นคน
ต่อเชื่อม อสม. ในการที่จะเป็นอะไรต่ออะไรอีกตั้งเยอะแยะ

อีกประเด็นหนึ่งก็คือการเกิดบทบาทของน่ายังของไม้เรียงที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดขึ้นโดย
ธรรมชาติของ เพียงแต่ธรรมชาติอยู่อย่างนั้นมีคนทำมีความเกี่ยวข้องมีความต่อเนื่องในระยะ 10 ปี มี
คนอย่างเสรี พิชิต อาจารย์จ่านองและคนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกันสม่ำเสมอ ในการเข้าไปเกี่ยวและโจทย์
เป็นของชุมชนโดยตลอด เรื่องโรงงานยา เรื่องขนมจีนโจทย์การทำเรื่องนวด อสม. เรื่องการแพทย์
พื้นบ้าน เรื่องอะไรต่ออะไร เป็นเรื่องงานของชุมชน เป็นโจทย์ที่เกิดจากการคิดร่วมกันเมื่อน่ายังไป
เรียนรู้ที่อื่นมาแล้วก็เกิดการคิดร่วมกันเกิดสถานการณ์ร่วมกัน ถ้าเกิดประเด็นต่าง ๆ ถ้าเกิดและใครจะ
ให้ใครจะต้องเกิด ว่าใครจะต้องร่วมกันสร้างผู้รู้ใหม่ ๆ สำหรับปัญหาใหม่ ๆ แล้วถึงจะขยายกลุ่มออกไป
ถึงจะหาสมาชิกของกองทุนเขาถึงไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการเพราะค่อยเป็นค่อยไปที่เกิดจากพัฒนาการ
ของเราเองแต่ที่นี้เรื่องนี้ค่อย ๆ เกิดในรูปของการทำอะไรทีละเล็กทีละน้อย ไม่ใช่เป็นโครงสร้างเป็น
ไดอะแกรม และพยายามจะเอามาสมทบทหนึ่งต่างจากความสำเร็จอีกทีหนึ่ง จะไปสวมอีกทีหนึ่งโดยที่เรา
ไม่เข้าใจเงื่อนไขปัจจัยจริง ๆ ทั้งหมดที่มีในชุมชน

นพ. โกมาตร : คล้าย ๆ กับทำประเทศไทยให้เป็นฮับ ตอนนี้เรามาถึงเวลาประมาณ บ่าย 2
โมงครึ่งแล้วไม่อยากจะลากยาว ก็อยากจะให้ทุกคนเวียนเป็นรอบสุดท้ายคล้าย ๆ กับว่าใครจะมีประเด็น

อะไรที่ยังค้างเนื่องจากยังไม่ตกตะกอนว่า อาจจะคิดยังไม่ออกตอนนี้อยากจะเขียนนะครับคิดว่าเราพูดกันสั้น ๆ ที่อยากจะพูดถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไรนะไม่ว่า

วินัย : ผมอยากจะถามว่าในส่วนของอสม. ในส่วนของเทคโนโลยีเช่นวิทยุชุมชนเป็นส่วนเชื่อมโยงในงานอสม.อย่างไรบ้างอย่างกรณีศึกษาที่ผมเคยเจอเขาใช้เครื่องมือทางอินเทอร์เน็ต ไม่ทราบงานของ อสม.มีการประสานความร่วมมือกันเรื่องข้อมูลกันอย่างไร เพราะในส่วน อสม.ได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาเผยแพร่อะไรบ้างเพราะในส่วนองงาน สสส. มีการใช้เทคโนโลยีในการรวบรวมและถอดองค์ความรู้ ไม่ทราบว่าทางอสม.ใช้เทคโนโลยีอะไรบ้าง

นพ. โกมาตร : ส่วนใหญ่เทคโนโลยีที่เราใช้คือ “คุณไสย”

วินัย : ผมมองทางเทคโนโลยีตรงนี้ลดความแตกต่างได้ และรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้ และช่วยให้เราทำงานง่ายขึ้น เราจะได้ทำงานในระดับกว้างมากขึ้น ส่วนที่สอง คือ อสม. มีการประเมินเรื่องการจัดการมากน้อยแค่ไหนกับถ้ามีวิกฤตขึ้นมาอีกครั้ง การสมัครอสม.จะมีการเตรียมพร้อมเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น ๆ อย่างไรบ้างในเรื่องของประเด็นของเรามีแค่นี้แหละครับ

ชาติชาย : ข้อมูลเมื่อเขาอยากจะเสนอประเด็นของการประเมิน บทเรียนในการทำงานหลายๆ ตำบลหลายหมู่บ้านนี้ได้สิ่งดี ๆ มาประเมิน ถ้าสุดไปประเมิน อสม. ดีเด่นระดับชาติสาขาคุ้มครองผู้บริโภคก็ไปเจอนะครับที่ร้านชำมาตรฐานอย.ที่นั่น อย. ยังคิดไม่ถึงว่าร้านชำจะทำได้ ผมว่าหลายอย่างถ้าชุมชนได้คิดเอง ผมว่ายั่งยืน

ปัทมา : มาจากเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน จังหวัดสมุทรสาคร ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร อสม. หรือว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้มีปัญหาเรื่องทุนหรืองบประมาณการจัดการแต่จะมีปัญหาเรื่องการขาดคนทำงาน ส่วนหนึ่งก็จะมี อบต. ที่เป็นต้นแบบในการบูรณาการที่ดึงทุกภาคส่วนเข้ามาจัดการในเรื่องสุขภาพ และมีมติในเรื่องสิ่งแวดล้อมมีการทำเวที ทุกภาคส่วนบูรณาการและจัดออกมาเป็นแผน ในส่วนนี้บทบาทของอสม.ที่จะเชื่อมโยงหรือมีความสัมพันธ์กัน จะทำงานได้มากขึ้น ในส่วนนี้เรื่องการใช้เทคโนโลยีหรือสารสนเทศมีในพื้นที่ตำบลเกษตรพัฒนาเขาขึ้นโจทยงานเรื่องวิทยุชุมชนคือสามารถดึงภาคีหรือว่าคนเข้ามาร่วมเป็นดีเจ มีทั้งเด็ก ผู้สูงอายุ รวมทั้ง อสม รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด ตรงนี้เป็นจุดที่เขาใช้สถานีนามัยเป็นศูนย์กลาง อยากให้เน้นเรื่องการบูรณาการถ้าบทบาท อสม. สามารถก้าวข้ามมากกว่าเรื่องสาธารณสุขทำอะไรได้มากขึ้น

มองใน 2 ประเด็น เรื่องไอซีทีจากการวิจัยครั้งล่าสุดส่วนงานอสม.สังกัดอยู่ อสม.ที่ได้รางวัลอันดับหนึ่งและจังหวัดที่ได้รองอันดับหนึ่ง คือมีความแตกต่างกัน จังหวัดที่ได้รองอันดับหนึ่งอยู่กับพ่อแม่ที่เป็น อสม.ทั้งตระกูล ทำงานรู้อย่างยิ่งกว่าหมอบางคน ตรงนี้เขาก็ได้ไปนำเสนอและถามอะไรตอบได้มีความรู้เหมือนหมอแต่ไม่มีการนำเสนอเป็น power-point และจังหวัดที่ได้อันดับหนึ่งมีการเสนอ power-point มีความรู้ยิ่งกว่าคนที่ได้รองอันดับสอง ดูแล้วเหมือนเขามีการใช้เทคโนโลยีคือการมองในเรื่องของไอซีทีที่เข้ามาจัดการระดับรากหญ้า มีความสามารถในการเข้าถึงไหมก็ไม่ต้องเวอร์เหมือน ไอซีทีก็ได้ ประเด็นที่สองคือ เรื่อง อบต. เข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากที่จะกลืนกระทรวงศึกษาซึ่งกระทรวงศึกษาหรือกระทรวงสาธารณสุข น่าจะมีการบูรณาการหรือการจัดทำแผนอะไรน่าจะดีอสม.มาด้วยทุกครั้งน่าจะดี

ปารณ : ข้อสังเกตอันหนึ่งคือ เท่าที่วิเคราะห์กับโครงสร้างความสัมพันธ์ในระบบสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่อนามัยกับอสม.มีความเป็นพี่เป็นน้องเป็นเครือญาติ จนไปทำให้ อสม. เหมือนกับรู้สึกดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจนกระทั่งงานลงมาก็ช่วยกันไปไม่ปฏิเสธระบบความสัมพันธ์ที่ดีจึงเป็นทั้งจุดอ่อนจุดแข็ง จึงต้องเข้าใจให้ดี

พญ. จันทนา : คิดว่า PCU ในพื้นถ้าประเมินไปสามารถมีอิสระภาพและจินตนาการและมีงบประมาณมาสนับสนุนได้จะดี ถ้าคนเรามีศักยภาพและการตีความศักยภาพที่เขาควรจะมี จะบ่งบอกถึงความสามารถและจินตนาการ หรือว่าจะเอาไปใช้อย่างไรหรือตรงไหนก็น่าจะเริ่มจากการประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชนที่เขาอยู่ ว่าเขาสามารถประเมินได้มัยว่านี่คือปัญหาของชุมชน ปัญหาที่เกิดจากภัยธรรมชาติหรือว่าความรุนแรงอย่างหนึ่งที่พูดตอนต้นว่าเขาสามารถประเมินได้มัย ถ้าคนที่มีอิสระภาพและจินตนาการมักจะใช้กลไกอันนี้มองอะไรก็จะเห็นเป็นประเด็นหยิบประเด็นได้ทำได้ จะไปประเมินได้อยู่ คือถ้าเป็นคนอื่นเขาจะมี Structure ที่อาจจะมองข้ามตรงนี้ไปคิดว่าแบบนี้จะไปประเมินดูเรื่องหนึ่งที่เรากำลังพูดถึงกันอยู่ แต่เราอาจจะไม่เรียกตรง ๆ ว่าเป็นการสื่อสารศักยภาพ ในการสื่อสารทุกวันนี้ อสม.ใช้การสื่อสารแบบไหน แล้วก็ได้มีการเสริมศักยภาพในเรื่องนี้ให้เขาหรือไม่อย่างไร การสื่อสารจากบุคคลต่อบุคคลหรือการสื่อสารแบบที่ใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อการกระจายเสียงมีการให้น้ำหนักหรือว่าใช้บางหรือเปล่าหรือว่าใช้บางหรือเปล่านั้นประเด็นหนึ่งคือพอเห็นว่าการที่พี่สมุทรทำนั้นก็ถึงประเด็นอย่างนี้เลยนะว่าก็เป็นประเด็นที่แปลก ๆ ที่ทีมอื่น ๆ เขาอาจจะประเมินไม่ได้แต่ที่ประเมินได้ เช่น การที่คนเราจะเข้าสู่การเป็น อสม. ต้องมีเหตุผลไม่ว่าคนทุกคนต้องเป็น อสม.ได้สังคมในอุดมคติต้องเป็นได้และที่เป็นไปไม่ได้แสดงว่าคนบางคนต้องมีอะไรบางอย่างที่เขาสามารถเข้าไปสู่การเป็น อสม. อันนี้ได้ คือถ้าไปถาม อสม. 10 คนได้ว่าทำไมคุณถึงเป็น อสม. ได้เป็นประเด็นที่น่าสนใจพอสมควร

โดยเฉพาะถ้าเราคิดว่าในอนาคตเราจะใช้เขาเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เราอยากให้เขากองอยู่ต้องถามว่า เขามาได้อย่างไร ในกระแสนี้ที่เคยเป็นแล้วที่เลิกเป็น อสม. ไปทำไมจึงออกไป เราคิดว่าประเด็นเหล่านี้เราน่าจะได้เห็นภาพ ถ้าเราจะให้องค์กรนี้อยู่เราก็น่าจะทำอย่างไรต่อไปในอนาคต

นพ. โกมาตร : เป็นประเด็นที่ไม่ยากจะสรุปพอทำได้แต่ประเด็นที่ยากน่าจะเป็นรัฐมนตรีควรมีลักษณะอย่างไรที่เหมาะสมกับการพัฒนาอสม.

สุรเดช : ผมฝากประเด็นอาจจะมีประเด็นความสัมพันธ์ของอสม.กับท้องถิ่นคือเน้นที่ อบต. เทศบาล อบจ. เพราะเนื่องจากเดิมที อสม. เขายังอยู่ได้เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นกองทุนรายใหญ่ในรอบ 30 ปีถือเงินไว้ 600 ล้านบาทปัจจุบันเงินก้อนนี้อันตราธานหายไปหมดแล้วเพราะฉะนั้นเมื่อเงินเปลี่ยนไป อสม.ก็ความสัมพันธ์ต้องปรับไปอยู่กับ อบต. ตอนนี้หมออนามัยเรียกว่าถ้าไม่สามารถไปสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับท้องถิ่นของอสม. นะ คือตายลูกเดียวเลยเพราะว่าเงิน 30 บาท กองอยู่ที่โรงพยาบาลเพราะฉะนั้นเงินที่จะไปสร้างคุณค่าที่จะตอบโจทย์ให้กับกระทรวงสาธารณสุขนั้นะ ถ้าหมออนามัยไม่เก่งที่จะไปสร้างความสัมพันธ์กับ อบต. ไม่กล้าที่จะไปขอเงินให้กับ อบต.นั้นะ บทบาทก็จะปรับไปด้วยเพราะบทบาทและทรัพยากรและความสัมพันธ์เปลี่ยนไปไปอยู่ในค่ายอบต.คำถามคือว่า ในสถานการณ์แบบนี้คุณยังจะจัดความสัมพันธ์กับเขาอย่างไร ก็ยังไปสู่วิศถทางการที่จะให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมคือประเด็นสำคัญคือ ที่ลุงยังบอกว่ากระบวนการที่ไปคัดเลือกคนนี้นะ เขาสรุปมาแล้ววิธีการที่ดีที่สุดไม่ใช่กระบวนการเลือกโหวตประชาธิปไตยสรรหาแต่วิธีการที่ดีที่สุดคือการไปเคาะประตูบ้านไปถามชาวบ้านว่าเวลาเดือดร้อนไปหาใครมีข้อขัดแย้งไปหาใครก็ใช้วิธีการนี้นะ คุณสมบัติคือดีมากก่อนเก่ง ไม่ว่าจะเป็นระดับตำบลระดับจังหวัดระดับประเทศ การคัดเลือกคนมาทำงานดีต้องมาก่อนเก่ง เพราะว่าไปเก่งไม่เป็นไรเดี๋ยวพรรคพวกช่วยสอน ถ้าเก่งแล้วไม่ดีเดี๋ยวก็ทำบ้านเมืองเดือดร้อน กระบวนการเข้าสู่ อสม.สำหรับของนายกค์เลือกที่จะเอาคนดีก่อน แล้วก็ใช้กระบวนการคนดีด้วยกัน เช่นสภาผู้นำระดับประเทศที่มีอยู่ 5 คนนี้ พอรับรางวัลแมกไซไซมา ทักษิณก็พาไปกินข้าวแกงไม่ไปคนเดียวนะแกพาพรรคพวกไป 10 กว่าคน แกพาไปกินข้าวเพื่อจะไปบอกทักษิณ เขาก็ชี้ตัวเพิ่มอีกจาก 16 คนในรอบแรกและรอบสองมาทั้งหมด 35 คน มีกระบวนการของเขาคัดคนมาทำงานในแต่ละระดับตกลงถ้ายังมีอาสาสมัครอยู่นั้นคุณสมบัติพื้นฐานอะไรและกระบวนการที่จะได้มาอย่างไร และกระบวนการพัฒนาศักยภาพค่อยมาทำทีหลัง แต่เราต้องคัดมาถูกคนนี่ไม่ยาก ผมก็ถามลุงยังว่ามีพลาดเป๋บ้างมั๊ย ลุงยังบอกว่าที่ผ่านมา ที่พลาดเป๋ คิดว่า 99 เปอร์เซ็นต์ไม่มีพลาดเป๋ เพื่อเราจะได้ไม่ต้องมาแก้ผมว่าอันนี้สำคัญ

นพ. โกมาตร : ผมคิดว่าประเด็นเงินไปลงที่ อบต. ผมเห็นนะด้านหนึ่งนี้ได้ทำให้การรวมศูนย์หมดไปทันทีเดิมทีเงินตัวนี้คือเงินเจ้าปัญหาเพราะใช้กลไกชมรมนี้ดึงเงินหมุนกลับมาด้วยการทำคอนเสิร์ตขายบัตรอะไรพวกนี้ ก็วนกลับมาได้แต่ทีนี้พอย้ายไป อบต. ฮั้วกันไม่ได้ เดิมฮั้วกันด้วยกลไกชมรมก็มีปัญหา อันนี้ก็เป็นจุดใหม่ซึ่งก็น่าสนใจ

ยงยุทธ : ประเด็นเดิมก็มีข้อสรุปหลายอย่างลัทธิมาก่อนอะไรลัทธิและมีข้อสรุปใหม่ ในอีกมุมหนึ่งอยากให้ศึกษากลไกคนที่กระทำต่อ อสม. คือรัฐ นโยบาย กลไกทั้งหลายนี้ไปเอื้อทำให้ปรัชญาการพัฒนาดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองก็ได้ ซึ่งทำให้เป็นสุขภาพเชิงรับ ในสถานการณ์ใหม่ไปสู่ นโยบายสุขภาพเชิงรุกโดยให้ชุมชนรับภาระต้องดูว่ากลไกเป็นอย่างไรบ้าง จะต้องมียุทธศาสตร์อย่างไร ต้องปรับบุคคลอย่างไร กับเจ้าหน้าที่อย่างไร ต่อไปการฮั้วจะไม่เกิดขึ้นแล้วเจ้าหน้าที่อนามัยกับ อสม. กับ อบต. จะฮั้วกัน และแทนที่จะฮั้วข้างบนก็มาฮั้วข้างล่าง จะได้กระจายการฮั้วลงไปให้ทั่วถึง อันนี้เรื่องจริงและทุกคนมีสิทธิที่จะฮั้วรวมกันแบบถูกกฎหมายด้วยนะ แต่เรื่องจริยธรรมนี่อีกเรื่อง

นพ. โกมาตร : คือตรงนี้อาจจะมีประเด็นเรื่องผู้นำ พูดเรื่องธรรมาภิบาล อันนี้เป็นโจทย์สำคัญนะถ้าเราไม่คิดก็ย้ายที่ฮั้วกัน

ศิรินทร์ภรณ์ : มีกลุ่มของทางภาคใต้ก็อาจจะเป็นพื้นที่พิเศษเป็นกลุ่มชายขอบหน่อย เจ้าหน้าที่อาจจะดูแลไม่ทั่วถึงเป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล ไม่มีสถานอนามัยตรงนี้พัฒนา อสม. บางหน่วยที่ไม่ได้รับการจัดการก็ยังเป็นพื้นที่ที่บริสุทธ์ที่รอการพิสูจน์ก็ไม่มีอะไรที่รัฐจะแตะต้อง ถ้าตามนี้ก็คงมีบ้างอีกส่วนหนึ่งมีกลุ่มพม่าไม่เป็นกลุ่มเป้าหมายแต่เป็นกลุ่มที่อยู่มากที่สุด มีทุกเรื่องการจัดการและพัฒนา อสม. ก็จะมีอาสาสมัครกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดการโรงงานอุตสาหกรรมแข่งซึ่งมีการเข้าไปจัดระบบ อสม. บางอย่างที่จะต้องอบรม อสม. พม่าที่เป็นของไทย อสม. ข้ามชาติ ตอนนี้ยังอัดอัดเพราะแรงงานมาทำบัตร อสม. ที่เป็นคนเถื่อนพอไปสร้างเจ้าหน้าที่ อสม. ที่เป็นสิทธิของคนพม่าแต่พอเป็นแรงงานต่างชาติน่าจะอย่างไรดีก็เลยชักจะลำบากใจว่าจะหาทางออกร่วมกันได้มั้ย ว่ามีปัญหาว่าเกิดโรคระบาดอย่างไร ก็เลยเป็นปัญหาของพื้นที่เหมือนกันว่าจะวางตัวอย่างไรในการบริหารจัดการอย่างไร สำหรับคนที่ออกเรือเดินทะเลไป 2-3 เดือน ไปอยู่ด้วยกัน 40 คนเรื่องของยาเสพติด ใครทะเลาะกับใครเราก็ไม่มีหลักฐาน เป็นสุขภาพของกลุ่มแรงงาน โดยระบบของความสัมพันธ์กัน ตรงนี้เราอาจจะต้องเข้าไปบูรณาการที่เราพยายามจะเข้าไปจัดการ

ธีรวัฒน์ : เสนอว่า เรือ 1 ลำ อสม. 1 คน (หัวเราะ)

นพ. โกมาตร : ผมคิดว่าเป็นข้อเสนอที่ดีทำให้เรามองว่าเรายังมีกลุ่มที่รูปแบบมาตรฐานของเราเข้าไม่ถึงเป้าหมายหลักเราไม่ได้มองว่าเขาเป็นพลเมืองเพราะมีบัตรประชาชน แต่ให้มองว่าเขาเป็นมนุษย์ ที่เข้ามาทำงานและเราได้พึ่งพาแรงงานราคาถูก เหล่านี้ถึงได้ทำให้ความสามารถในการแข่งขัน เป็นแบบนี้เหมือนคนไทยไปอยู่สิงคโปร์ถ้ารัฐบาลกดขี่ไม่ดูแลเขาเราก็คงไม่ชอบ

ปฎิมา : พอดีทำงานกับแรงงานข้ามชาติโดยตรงในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครมีความพยายามที่จะสร้างอาสาสมัครที่เป็นแรงงานข้ามชาติให้กลุ่มคนพวกนี้ลงไปทำงานในพื้นที่ซึ่งเรียกว่า อสต. หรืออาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่ 2 แสนคน พอแรงงานเข้ามาทำบัตรสุขภาพที่เป็นบัตรโครงการ 30 บาท เวลาไปโรงพยาบาลเขาก็จะพบกับหมอไม่รู้เรื่องเขาก็จะต้องมีอาสาสมัครที่คอยเป็นล่ามแปลในชุมชน

นพ. โกมาตร : ความจริงในอเมริกาเขาไม่จำเป็นต้องมีอาสาสมัครแต่จะระบุเป็นกฎหมายของเขาเลยว่าในชุมชนมีประชากรมากกว่าเท่าไร ไร ๆ นี้โรงพยาบาลจะต้องจ้างล่าม ถือว่าเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้ให้บริการจะใช้ได้

ปฎิมา : ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่นำร่อง เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ โรคติดต่อมาจากพวกเขา

นพ. โกมาตร : อันนี้ต้องระวังนะโรคติดต่ออยากให้เห็นจากพวกเรามากกว่า ถ้ามองว่าคนอื่นสกปรกคนอื่นเป็นตัวนำโรคอันนี้ก็อันตราย

รุจิรา : มี 2 ประเด็น ประเด็นแรกอยากให้ประเมินให้เห็นภาพอัตลักษณ์ของอสม.แต่ละภูมิภาคด้วยจะได้หรือเปล่า เพราะว่าเรามีความรู้สึกอย่างนี้ว่าคนแต่ละภูมิภาคสะท้อนหรือว่าเผชิญกับนโยบายของภาครัฐไม่เหมือนกัน ยกตัวอย่างภาคใต้เรื่องกองทุนยาจะชัดมาก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเข้าใจมาก ๆ เพราะอย่างไรเขาก็ไม่ทำนะละ ดังนั้นตรงนี้รู้สึกว่าการตอบสนองต่อนโยบายไม่เท่ากันไม่เหมือนกันและก็มีวิธีตอบสนองที่แสดงถึงประชาชนมีศักดิ์ศรีนะ เราคิดว่าเป็นการตอบสนองภายใต้การปฏิสัมพันธ์ ที่รับได้ ถ้าเขารับไม่ได้เขาไม่ทำนะเรารู้สึกอย่างนั้น เพราะเราคิดว่าเป็นการดูแลระยะยาว เพราะคิดว่าแต่ละที่แต่ละเรื่องของรัฐที่ส่งไปอย่างนี้ อย่างนั้น แต่เรารู้สึกว่าประชาชนก็มีวิธีเผชิญกับนโยบายรัฐที่แตกต่างกันออกไป อีกอย่างหนึ่งก็คือถ้าประเมินในแง่ของอสม.มีความเคลื่อนไหวนี้เรารู้สึกว่าเหตุการณ์ที่สำคัญที่ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันนี้เราคิดว่าวันที่ 20 มีนาคม เราคุยกับเพื่อนที่อยู่จังหวัดหลายคน เขามีความรู้สึกว่าบางที อสม. น่าจะมีกลไกการตัดสินใจร่วมกัน จะทำให้

เหตุการณ์เป็นประโยชน์ต่อเขาเองด้วย สามารถที่จะเชื่อมโยงทรัพยากร และเชื่อมโยงคนกลุ่มอื่น ๆ ใน จังหวัดนี้เข้ามาร่วมสรุปตรงนี้ เพื่อที่จะให้เห็นพลังของเขาตรงนี้ด้วย ซึ่งบางทีเรารู้สึกว่าคล้าย ๆ กับ สัญลักษณ์ของเขา ถ้าเกิดเขาเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมนะแปลว่าถ้าเกิดเขาทำงานแบบมีส่วนร่วมเรา ถือว่าเป็นการเสริมพลังภายในชุมชนของเขาเองชุมชนของอสม.เองด้วย

กมลภรณ์ : หลายสิ่งก็พูดไปหมดแล้วหลายสิ่งก็จะคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะประเด็นสุดท้าย อย่างที่พี่อ้อพูดถึงตัวตนของ อสม. เพราะว่าตอนนี้ที่อสม.แต่ละที่เช่นในภาคเหนือส่วนใหญ่เรามี อสม.ชาวเขา และทำเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น มี อสม.ชาติพันธุ์ และก็มี อสม.ที่เป็นชาวเขาที่ทำเรื่อง ยาเสพติดสำเร็จเรื่องชาติพันธุ์ทำให้สำเร็จหรือเปล่า แล้วก็เรื่องของอสม.ในเรื่องของศักยภาพถ้าเรามอง ภาพทั้งประเทศนี้ ดูจากอะไร ดูจากที่เราทำเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขมาเรื่องการประเมิน อสม. ดีเด่นจริงๆ อสม.ทำอะไรได้เยอะมาก ก็สิ่งที่ทำก็แปรเปลี่ยนไปตามกระแสที่เปลี่ยนไป เพียงแต่ว่ายุค ก่อน 10 กว่าปีที่ผ่านมา ยุคนี้นับบทบาทเขาก็จะแปรตามสิ่งที่มันทั้งที่เราใส่ให้ บางทีเขาจะเป็น อสม.ที่เป็นตัวตนของเขาที่ดีๆ ก็มีที่เขาเป็นอย่างนั้นได้ ก็คือปัจจัยเงื่อนไขที่จะเป็นในบริบทนั้นๆ ได้ถ้าชุมชน ไหนทำงานชุมชนไม่สำเร็จ อสม.มีความเคลื่อนไหวเข้มแข็ง ส่วนหนึ่งปัจจัยบางตัวที่เป็นของ อสม. หรือของรัฐเราเราเป็นเจ้าของหน้าท่อนามัยของรัฐ ซึ่งตอนนี้เป็น PCU ตอนนี้ถ้ามีเรื่องของท้องถิ่นเข้ามา เรื่องของ อบต.หรือเรื่องอะไรก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เรื่องของการทำงานตรงนั้นสำเร็จ ดังนั้นเรื่อง ของ 7,500 หรือ 10,000 บาทจริง ๆ สถานการณ์ขณะนี้ อสม. เองกับเงินจำนวนนี้บางแห่งเขาได้จาก ท้องถิ่นมากกว่านี้ก็เป็นหลักแสนก็มีนะก็ในส่วนของ 7,500 พวกเขาก็ได้ใช้ประโยชน์แต่บางแห่งเขา ทำไม่ได้ก็มี งานนี้มีเรื่องของการประเมินไว้ เราก็มีการศึกษาประเมินผลแต่เราเองยังไม่ได้ไปรวบรวม มาแล้วก็ของเราเองของกองและศูนย์ เราที่ทำงานตอนนี้กำลังจะทำเรื่องของการประเมินมาตรฐานซึ่งสิ่ง ที่เราทำก็มีสองจิตสองใจที่ว่าทำไปแล้ว ก็มีทั้งบวกและลบมักจะถูกตีเหมือนกันว่า เราจะเอา มาตรฐานมาจัดแล้วหรือ อสม. ทำงานไม่มีมาตรฐาน สำหรับประเด็นที่ได้คุยในวันนี้ที่อาจจะตกไปคือ ทางเราสนใจหรือเปล่า คือเรื่องระบบสวัสดิการของอสม. ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของบัตรเพราะว่าบัตรก็มี ปัญหาเหมือนกันว่าบัตรนี้ควรจะออกโดยจังหวัดหรือว่าควรจะออกโดยส่วนกลางจริง ๆ ก็น่าจะเป็น จังหวัด แต่ว่าส่วนกลางก็จะต้องทำ ทำเพราะอะไรก็ไปเชื่อมเรื่องการทำงาน ก็มีปัญหามากมายเกิดขึ้น ในเรื่องของบัตร

อีกประการหนึ่งก็คือการเชิดชูเกียรติสัญลักษณ์ทั้งหลายของอสม. ไม่ว่าจะเป็นโลโก้ เป็นเหรียญ เป็นอะไรตรงนี้ คือถ้าเราไปได้คุยกับ อสม. จริงๆ แล้วเขามีความภาคภูมิใจเขาเป็นมา 10 ปี 20 ปีขึ้นไป แล้วเขามีความภาคภูมิใจ บางครั้งความคิดของเราที่มีเราไปคิดแทนเขา บางทีสิ่งที่ อสม. คิดอาจจะ ไม่ใช่เราคิดว่าไม่น่าจะดีนะ แต่สำหรับเขาดีเหมือนกันวัน อสม. แห่งชาติแห่งกันมาเยอะ ๆ เขาไม่

อยากจะทำให้มันกัน อาจตกเป็นเครื่องมือทางการเมือง บางคนเขารู้สึกดิ้นเขาเห็นเพื่อน ๆ ตั้งเยอะเลยเป็นหมื่นอะไรอย่างนี้นะนั่นตรงส่วนนี้บางทีถ้าเราได้คุยกับอสม.จริง ๆ ก็จะเป็นสิ่งที่คิดว่าแท้จริงนี้เขาคิดอะไรอยู่แล้วที่ระบบต่าง ๆ ที่รัฐหรือกลไกสนับสนุนที่รัฐหรือความสัมพันธ์ระหว่าง 2 พื้นที่เขาคิดอย่างไรก็เป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะทำ

ประเด็นสุดท้ายเมื่อวานได้เจอเจ้าหน้าที่ที่ปีตานิเขาบอกว่า เหตุการณ์ tsunami ที่ภาคใต้ในขณะนี้ อสม. ก็มีบางส่วนช่วยเหลือ ทำงานในพื้นที่ได้อันนี้ก็เป็นสิ่งที่เข้ากับงานอสม. แล้วอีกอย่างหนึ่งได้คุยกับกลุ่มที่เป็นนวัตกรรมอสม.ได้สร้างอะไรขึ้นมาเยอะเหมือนกัน เช่น ประเด็นใช้เลือดออก เขาบอกว่าพวก อสม. ที่อำนาจเขาบอกว่าเขาใช้ก้อนอิฐเอาไปแช่ในถังสามารถจัดการเรื่องใช้เลือดออกได้

สุจินดา : เท่าที่ฟังมีอยู่ 2 บริบทคือองค์กรอสม.ที่อยู่ในชุมชน อบรม อสม.ที่อยู่ในกลไกของกระทรวงจัดตั้งขึ้นแล้วทำแล้วกลายเป็นปัญหา ที่ชมรมเท่าที่ฟังแล้วส่งไป ที่นี้เวลาเก็บข้อมูลต้องแยกออกจาก 2 ส่วนนี้ แต่ว่าเวลาดูชมรมไปเจอชมรมในภาคอีสานประทับใจ เพราะว่าเขาสามารถไปหาเงินจากนักการเมืองในท้องถิ่นได้มา 200 ล้าน แต่ว่าไปรู้จะเอาลงในพื้นที่ได้อย่างไรแต่บอกว่าจะฝาก กอง สข. ช่วยหน่อยเขาทำเหมือนกับว่า อสม.จะได้เงินในการพัฒนาศักยภาพเขาได้โดยไม่ต้องมาผ่าน การจัดการของรัฐอะไรอย่างนี้ แต่นั่นเหมือนกับว่าดู ๆ แล้วอสม.ไม่ได้ผูกการเมืองหรอก แต่ อสม.จะมาเล่นอย่างไรกับกองมากกว่า เป็นอีกมุมหนึ่งกับบบพัฒนาซึ่งเยอะก็เลยคิดว่าถ้าให้ผลการวิจัยเป็นบวกก็อยู่ที่คำถาม ว่าเรามีจุดยืนอย่างไร ตอนนี้อยู่ที่จุดยืนเหมือนกันนะว่าคนทำงานคิดอย่างไร ภายในเวลาไม่กี่เดือนด้วยเครื่องมืออะไร เรายังไม่รู้เลย ทั้งปริมาณและเชิงคุณภาพ

นพ. โกมาตร : เรายังไม่แน่ใจว่า methodology เป็นอย่างไรคือไม่ใช่ว่าเราจะบุ่มบ่ามลง ไปกำหนดอะไรต่ออะไรมาเป็นวิธีการวิจัย จะไปเลือกประเด็นสำคัญ ๆ ขึ้นมาเราจะไม่ทำแบบละเอียด และกว้าง แต่จะพยายามทำเป็นความเข้าใจไปที่หัวใจของเรื่อง แล้วก็ให้คำตอบบางแง่มุมที่เป็น องค์ประกอบของเรื่อง ไม่ได้คิดว่าจะชอยเป็นโจทย์เล็ก ๆ หรือว่าจะหนาแบบที่เป็นยุทธศาสตร์

สุจินดา : คิดว่าตัว อสม. ไม่ว่าจะอยู่ชุมชนหรือชมรมแต่ว่าถูกกลไกบางอย่างที่ทำให้เขารู้สึกว่า เช่นเดียวกับอีสาน เขาคิดว่าเอาดั่งคำไปทำอะไรไม่รู้ เขาคิดว่าเราควรจะมีศูนย์เรียนรู้ได้ และเราทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ เราต้องหาทางออกให้เขาใหม่แต่ว่าตรงนี้ไม่เคยทำนะ โดยส่วนกลางหรือเราหวังว่าผลงานวิจัยจะได้นโยบายใหม่ ๆ

ประสิทธิ์ชัย : เรื่องกรณีศึกษาครบกรณี อสม.ที่ภาคใต้ทำแล้วได้ผล ผมรู้สึกว่าคุณ อสม. เหล่านั้นมีฐานหรือทุนบางอย่างอยู่ก่อนแล้ว เคยเริ่มงานต่าง ๆ มาก่อนแล้ว มาทำงานร่วมกัน ก็เลยไปได้ โดยเฉพาะกรณีศึกษานี้ ทำให้เราต้องทำให้เห็นทั้ง 2 แบบ แต่อีกแบบหนึ่งไม่มีอะไรเลยไปเริ่มที่ตัว อสม. เลยแล้วก็ไปเชื่อมกับหมออนามัยแล้วไปอย่างไร คือถ้าทำให้เห็นชุมชนที่ไปได้แล้ว บางทีเราไปดูกรณีสำเร็จแล้วเราทำไม่ได้เลย ตรงนั้นผมว่าไม่ใช่จุดเริ่มครับ

สุทธิ : ผมเพิ่มในส่วน 10,000 บาท อบต.ผมอยากทราบว่ามีที่ไปที่ไปอย่างไรจะมีประโยชน์มากนะครับถ้ามีเงินตัวนี้ลงไปนะครับ ผมว่าได้เปิดให้ อสม. ได้มีส่วนร่วมกับท้องถิ่น จะมีเรื่องของงาน อสม. ไปเสนอท้องถิ่น ท้องถิ่นจะบอกเองว่าน้อยไป ก็มีประโยชน์อย่างนี้นะครับ เพราะสังคมทุกวันนี้ การสื่อสารง่ายการเข้าออกออกในเน็ตเดี๋ยวเขารู้กันหมดแล้ว อีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องคุณสมบัติของมัน จำเป็นต้องคิดเป็นระยะๆ เหมือนกันอย่าง ในพื้นที่ของผมกระบวนการอสม.เป็นกระบวนการของจิตอาสาสมัครและอาสาสมัครสุขภาพด้วยก็ไม่ใช่อาสาสมัครของสาธารณสุข หมายถึงความสุขของสาธารณะ ทุกเรื่องแล้วบางครั้งเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ครั้งหนึ่งมีการประชุม อสม. และก็จะมีการจัดงานตำบลถ้า มีการทะเลาะกันต่อกันคืนที่ 1 และคืนที่สองทะเลาะกันในความคิดของเราต้องใช้ตำรวจต้องใช้ อปพร. ต้องใช้อะไรมาจัดการ แต่บางอย่างอสม.ต้องใช้คนที่ทะเลาะกัน 3 คนกอดกันอย่างปีที่ผ่านมามีวันที่ 31 ธันวาคม นี่เป็นตัวอย่างความสามารถของ อสม.

หนามยอกต้องเอาหนามบ่ง อย่างเช่น อสม. บ้านเขียดที่เป็นตัวแทนที่เป็นแกนนำในภาคเหนือ สาขาเยสพิศ คนที่เป็นแกนนำคือพ่อค้าเยสพิศรายใหญ่เพราะกระบวนการทางสังคมเกิดการเรียนรู้ คนมีจิตที่เป็นสาธารณะและสิ่งหนึ่งคนในสังคมมีจิตที่เป็นสาธารณะเหมือนสุภายิต ดันกด ปลายตรง แต่ถ้าดันตรงปลายกดจะไม่ดี เพราะฉะนั้นกระบวนการทางสังคมคือกระบวนการเรียนรู้ บางอย่างการเขียนกรอบจะต้องเป็นแบบนี้ แบบนั้น จะต้องเป็นเล็อย่างนี้ ก็อาจจะไม่ดี เพราะการมีกรอบสังคมที่ดีเกินไปไม่อาจทำให้สังคมดีได้เท่าไร

เป็นห่วงว่าอาจารย์อาจจะต้องไปเคลียร์อันดับแรกคือแรงงานต่างชาติไปตั้งแถวรับ คณะรัฐมนตรี เราจะต้องตั้งอย่างไรถ้าแรงงานต่างชาติเป็น อสม. ทางการเมือง ที่จริงเป็นกรรมของอาจารย์เพราะอาจารย์สร้างวาทกรรมเรื่องสุขภาพของครัวเรือนทางสังคมเพราะฉะนั้นอาจารย์จะต้องรับภาระไปปลดปล่อยบางอย่างออกมา ผมมีประเด็นสั้น ๆ สำหรับโครงการนี้คิดว่าคำตอบที่น่าจะแสวงหาคือตัว Critical mass ที่เราลงไปประเมินนะครับว่า คือภาพหนึ่งอาจจะมอง อสม. เป็นรายบุคคล แต่อีกภาพหนึ่งต้องมองเป็นภาพรวม จะต้องดูว่ามี mass ของคนที่มีศักยภาพมากกว่าการเป็น อสม. คือเราต้องลองหาดู อีกอันหนึ่งก็คือ mass ที่เป็น mass ชุมชนที่เราต้องการเข้าไปสแกน เพราะเราต้องการคำตอบ คือบางทีมีปัญหาว่าเราไปเน้นชุมชนต้นแบบ เราพยายามเน้นและเราพยายามจะทำให้

ชุมชนอื่น ๆ เป็นเหมือน ๆ กัน โดยที่เราไม่เข้าใจบริบท แม้กระทั่งการสร้างตัวชี้วัด กลุ่มหนึ่งขึ้นมา คือการไปดูจากหลายจุด หลายที่ หลายทาง หลายตัวชี้วัดเอามารวม ๆ กันและมากำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งเราลืมไปว่าเราไปดึงตัวชี้วัดจากที่เด่น ๆ ในหลายๆ ที่ แล้วเราเอามาสร้างเป็นโมเดล แล้วเราพยายามเอาโมเดลเหล่านี้ไปวัด ซึ่งทำให้มีปัญหาในการวัด อยากเห็นว่าชุมชนที่มี mass ดี ๆ ที่เป็น critical mass เป็น mass ที่จะเดินได้ ในเมืองไทยมีสักเท่าไรที่จะขับเคลื่อนไปได้

อันที่ 2 คือ Critical point เรามีโจทย์บางอย่าง คือ critical point ในระดับปฏิบัติการคือสถานีนามัย ชุมชนระดับตำบลที่จะเป็นภาคปฏิบัติการได้ ในขณะเดียวกันระบบสนับสนุน Critical point อยู่ตรงไหน ผมเห็น กองสาธารณสุขชุมชน ชี้ลงไปที่จังหวัด แต่วันนี้เราไม่ได้พูดถึงตรงนี้เท่าไร เรื่องบทบาทของจังหวัดทำอะไรกันบ้าง ขับเคลื่อนนโยบายนี้ออกไปอย่างไร วันนี้เราไม่ค่อยคุยกันเท่าไร แต่อย่างเห็นว่ากระบวนการในการวิจัยเราอย่างเห็นว่า critical point ที่เราจะลงไปทำงานตามจุดต่าง ๆ เดินเข้าไปสู่จุดตรงไหนได้บ้างอาจจะเป็นสอ. อาจจะเป็นระดับอำเภอหรือ รพ. อำเภอ หรือจะเป็นระดับจังหวัดในกระบวนการที่เดินไปได้ อีกประการหนึ่งคือ ตัว critical Factor คือเราคุยกันมี 2 บริบท คือตัวหนึ่งคือเราพยายามมองชุมชนที่เข้มแข็งหน้าตาเป็นอย่างไร

อีกประการหนึ่งคือกิจกรรมที่ อสม. ต้องทำคือสนองตอบกระทรวงสาธารณสุขไปก่อนและตรงไหนตรงกลางที่อินเตอร์เซกกันอยู่ ปัญหาใหญ่คือ วิธีหรือเงื่อนไขอะไรที่จะทำให้ชุมชนเขาตั้งโจทย์เองได้ โจทย์ทางด้านสุขภาพนี้ ทำอย่างไรเงื่อนไขที่จะทำให้ชุมชนคิดโจทย์ที่กว้างขึ้นและลงมากลุมถึงระบบบริการสาธารณสุขที่กว้างขึ้นร่วมด้วยได้ จะทำให้งานสาธารณสุข ภาระกิจของสาธารณสุขก็ยังดำเนินไปได้ ไม่ได้หายไปไหน ในขณะเดียวกันโจทย์ของชุมชนคลุมไปถึงมิติการดำรงอยู่ของชุมชนนั้น ของความเป็นอยู่ ความยากจน ปัญหาเสียดัด ปัญหาต่าง ๆ ของสังคม รวมอยู่ในนั้นด้วยจะทำให้เกิด ความรู้สึกดีขึ้นไม่ต้องดัดอันใดอันหนึ่งทิ้งไป เราพยายามจะผลักดันให้ชุมชนใดชุมชนหนึ่งเป็นชุมชนเข้มแข็งและเราตัดภาระกิจของกระทรวงสาธารณสุขไม่ต้องทำแล้วนี้ คำถามคือกระทรวงสาธารณสุขจะเอาอะไรส่งจะเอาอะไรทำงาน เพราะว่าเจ้าหน้าที่ 3 คนจะทำอย่างไร ไม่มีข้อมูลมาส่งจะทำอย่างไร เพราะฉะนั้นเงื่อนไขของในเรื่องคน องค์การ โครงสร้าง ในเรื่องการขยายขอบเขตที่จะทำให้เข้าหากันได้จะทำอย่างไร และในแง่ของเวที หรือพื้นที่สาธารณะที่จะให้โจทย์ทางสังคม ชุมชน เกิดขึ้นมาได้ดีขึ้น การมองโจทย์ของชุมชนที่เกี่ยวข้องกัน เป็นองค์รวมที่อาจารย์ได้พยายามจะช่วยกันว่าจะทำให้เห็นทิศทางในองค์รวมของการทำงาน

นพ. โกมาตร : เวลาว่างเลยไปถึงบ่าย 3 โมงครึ่งพอดี ที่แรกว่า ผมลองสรุปประเด็นต่าง ๆ เท่าที่สรุปได้ 10 กว่าประเด็น

ประเด็นที่ 1 มีสถานการณ์ใหม่เกิดขึ้นแน่นอนซึ่งตรงนี้ทำให้เราต้องไปทบทวนสถานการณ์ให้ชัดเจนว่าสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่มากระทบต่องานชุมชนมีอะไรบ้างถ้าไม่เห็นสถานการณ์ที่ชัดนี้ ผมเห็นว่าทบทวนไปคงลำบาก

ประเด็นที่ 2 มีบทบาทอสม. ที่ปรากฏหลากหลายทั้งที่เป็นรูปธรรม และในส่วนที่ส่งไปโดยกรมก็ตามว่าการเกิดพื้นที่ใหม่ ๆ ที่ทำให้ อสม. เลื่อนไหลไปสู่งานด้านอื่น ๆ ไปสู่งานด้านชุมชนหรืองานด้านอื่น ๆ ทั้งที่เกี่ยวกับงานสุขภาพโดยตรงก็ตามหรือไม่ก็เกี่ยวข้องตามตรงนี้ต้องประเมิน ให้แน่ว่ามีบทบาทคลี่คลายโดยตัวเองได้อย่างไร จะเข้าใจกระบวนการนี้ได้อย่างไร

ประเด็นที่ 3 มีตัวเล่นมากมายเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นตัวละครอื่น ๆ ที่อยู่ในแวดวงที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง กลุ่มออกกำลังกาย และแพทย์พื้นบ้าน อะไรต่ออะไรก็ตาม รวมทั้งตัวละครอื่น ๆ ที่เข้าไปทำงานชุมชนด้วย ตั้งแต่ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นมา ซึ่งในส่วนนี้อาจมีทัศนคติอยู่ส่วนหนึ่งว่า อสม. มีบทบาทที่คล้ายเหมือนกับมีบทบาทการผูกขาดในเรื่องสุขภาพมาก่อน แต่ว่าก็มี ปรากฏการณ์ที่เหมือนกับว่ามีตัวละครอื่น ๆ ที่หลากหลายขึ้นมาว่าจะเข้าใจกระบวนการนี้ได้อย่างไร

ประเด็นที่ 4 มีเรื่องการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยแน่นอน ซึ่งเราจะต้องยอมรับว่ามีการเมืองเข้ามาในแวดวงสาธารณสุขมูลฐาน และก็ไม่ใช่ว่าการเมืองมากระทำต่อ อสม. เท่านั้น มี อสม. บางส่วนไปกระทำการเมือง หรือเล่นกับการเมืองได้ด้วย ซึ่งเราจะทำความเข้าใจตรงนี้ ได้อย่างไรเป็นโจทย์อีกข้อหนึ่ง

ประเด็นที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลงไปของระบบอำนาจหรือการเงินที่ ทำให้เงินนี้กระจายไปในระบบที่แตกต่างไปจากเดิมที่เราว่า อบต. เพราะฉะนั้นตัวความสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระหว่างองค์กรต่างๆ เหล่านี้กับความสัมพันธ์ชุดเดิมที่เคยมีกับกระทรวงเปลี่ยนไป ตรงนี้เงิน 10,000 บาท แม้ว่าเงินไม่มาก แต่ก็ยังเป็นปัจจัยความสัมพันธ์ทั้งในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่าง อบต. กับส่วนกลาง และความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับกระทรวง

ประเด็นที่ 6 เรื่องโครงสร้าง 2 ส่วนที่ซ้อนทับกันอยู่คือในส่วนของชมรมและในส่วนของ อสม. ทั่วไปในพื้นที่จะต้องทำความเข้าใจให้ดี คือมีลักษณะซับซ้อนกว่าที่เราคิด คือในส่วนชมรม กับในส่วนของ อสม. ที่ทำงานกับชุมชนตรงนี้ต้องทำความเข้าใจให้ดีว่ามีอะไรที่ซับซ้อนอยู่ด้วยคือความสัมพันธ์และบทบาทระหว่างชมรม อสม. กับ อสม. เป็นอย่างไร

ประเด็นที่ 7 ประเด็นที่เรา approach ที่ใช้อยู่ปัจจุบันเรื่อง top down ซึ่งงานที่เราคิดลงไป กับงานที่พัฒนาการเคลื่อนไหวอยู่ในชุมชน เราจะทำอย่างไรจะอ้างอิง ให้เห็นว่าสถานการณ์เป็นอย่างไร จุดไหนเป็นจุดเด่นจุดไหนเป็นจุดด้อยของแต่ละอัน

ประเด็นที่ 8 ประเด็นเรื่องการปรับเปลี่ยนระบบบริการทางการแพทย์ที่ทำให้เรื่องราวการบริการในชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนไปด้วย เช่น ถ้าเน้นไปที่ความเป็น PCU มากขึ้น เน้นโรคเรื้อรัง นั้นหมายความว่า self health group ต้องเพิ่มขึ้นมาหรือเปล่า อสม. จะต้องไปยุ่งกับงานใหม่เหล่านี้ของ PCU หรืองานบริการเชิงรุกเหล่านี้อย่างไร

ประเด็นที่ 9 เป็นเรื่องงานมิติของความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่องค์กรรัฐ กับ อสม. เอง มีตั้งแต่แนวคิดมองเขาอย่างไร การไปสัมพันธ์กับเขาอย่างไร ถ้าไปสัมพันธ์กับเขาในลักษณะของลูกหาบ ความสัมพันธ์มีกี่แบบ พอแบ่งเป็นสัดส่วนได้มั้ย ว่ามีความสัมพันธ์แบบเคียงบ่าเคียงไหล่ซักแค่ไหน มีความสัมพันธ์แบบอสม. ทำข้ามเจ้าหน้าที่ไปแล้วด้วย หรือว่าเป็นส่วนที่ไม่ active เลย สักเท่าไร

ประเด็นที่ 10 รูปธรรมการแทรกแซงทางการเมืองเท่าที่พอจะประเมินได้ ว่าการเมืองเข้ามาแทรกแซงอย่างไร และมีผลกระทบอย่างไร แล้วเราจะ address อย่างไรหรือจัดระบบธรรมาภิบาลอย่างไรเพื่อป้องกันการแทรกแซงได้อย่างไรบ้าง ถ้าเราคิดว่า อสม. มีจุดแข็งทางการเมืองไม่ฝักใฝ่ฝ่ายทางการเมืองคือเป็น *Nonpartisan*

ประเด็นที่ 11 การทุ่มเทงบประมาณที่ผ่านมาเรามีเรื่องการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร การเงินมีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ระหว่างช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ และส่งผลหรือไม่ต่อกระบวนการอสม. และงานด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยรวมทั้งหมด

ประเด็นที่ 12 คุณลักษณะที่ดีของอสม. บวกกับกรอบพื้นฐานและการฝึกอบรมซึ่งเรามีปัญหาเรื่องการฝึกอบรมตรงนี้ ตั้งแต่ว่าคุณลักษณะที่ดีเป็นอย่างไร และการฝึกอบรมจะมารับใช้กันอย่างไร ตรงนี้เป็นโจทย์อีกข้อคือว่างานฝึกอบรมจะแผ่ลงไป เงินผ่านลงไปแล้ว แม้ว่าอยากฝึกอบรม แต่ก็ผันเป็นการเอาเงินเป็นการท่องเที่ยวหรือเปล่าซึ่งเป็นการฝึกอบรมอย่างหนึ่ง

คำถามวงรอบหลัง

- อัตลักษณ์ของอสม.ของแต่ละภูมิภาค
- ลักษณะของการเผชิญหน้าของอสม.กับชุมชน ภาษาอังกฤษ Coping mechanism ของ อสม. กับชุมชนก็ได้
- ปัญหาของกลุ่มเฉพาะของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ กลุ่มแรงงานอพยพหรือว่ากลุ่มชายขอบต่างๆ
- เรื่องมาตรฐานเราคิดอย่างไรกับมาตรฐานน่าจะดีหรือไม่ดี หรือว่าอยู่ตรงกึ่งกลางอย่างไรบ้าง
- เรื่องระบบสวัสดิการของ อสม. อย่างไรถึงจะเป็นจุดที่เหมาะสม ถ้าเน้นสวัสดิการมากเกินไปจะยิ่งอุปถัมภ์กันมากเกินไปหรือเปล่า เรื่องการออกบัตร ควรจะออกหรือไม่ออก ซึ่งตรงนี้

เป็นประเด็นเชิงปฏิบัติทั้งหลายซึ่งตรงนี้เป็นประเด็น เราจะต้องตอบโจทย์ใหญ่ได้ซึ่งเป็น
วิธีคิดใหญ่ ซึ่งตัวเลขเหล่านี้เราก็พอจะมองหาทางออกได้

ทั้งหมดนี้เป็นข้อสรุปเบื้องต้น ซึ่งเป็นกรอบคิด ซึ่งต้องนำไปคิดต่อถ้าคิดอะไรได้ขึ้นมากต้อง
นัดกันมาอีกที ถ้าหากว่าเรานำประเด็นหลัก ๆ 4-5 ประเด็นและทำเรื่องเหล่านั้นให้ชัดได้ เรื่อง
ประเด็นอื่น ๆ คงต้องใช้เวลามากขึ้นอาจจะได้ทำต่อไป ก็จะพยายามทำให้ดีที่สุด ส่วนเรื่องกรณีศึกษา
เช่น มีที่ไหนสนใจ ก็อาจจะเสนอลองเข้ามาดูนะครับ

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา

1. หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นยุทธศาสตร์หลักที่ทำให้งานสาธารณสุขในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น และเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้นำเอาอุดมคติของการทำงานเพื่อชุมชนเข้ามาสู่ระบบสาธารณสุขอย่างจริงจัง ยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง จนมีอาสาสมัครมากกว่า 700,000 คนทั่วประเทศ

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่เป็นระยะและมีการประเมินผลอยู่บ้าง แต่ในช่วง 1 ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสเรื่องงานสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลง ในขณะที่สถานการณ์ด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นนโยบายการพัฒนาประเทศในด้านการสาธารณสุข เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล ซึ่งปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะ รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ ตลอดจนมีการพยายามนำเอาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปร่วมในการะกิจใหม่ด้านอื่น ๆ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องยาเสพติด และรวมทั้งมีบทบาทอื่นในสังคม

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการที่ผ่านมา นั้น หน่วยงานสาธารณสุขและอื่น ๆ ใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ และยังขาดการประเมินวิเคราะห์ให้เห็นชัดเจนว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ ทำงานอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขใดในปัจจุบัน มีศักยภาพแท้จริงอยู่ตรงจุดไหนในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานในอนาคตสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ของโลกปัจจุบัน

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานสุขภาพ และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปัจจุบัน
2. เพื่อประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมและสุขภาพใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

3. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเหมาะสม

3. แนวทางการดำเนินงาน

โครงการประเมินศักยภาพ อสม. นี้ มีวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจัดแบ่งกิจกรรมการดำเนินงานโครงการออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 งานศึกษาเชิงคุณภาพ

ประมวลข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา ผ่านการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่มในกลุ่มคนทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ประเด็นและทิศทางการประเมินผลสถานการณ์การดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจน โดยดำเนินการทั้ง 2 กิจกรรมหลักควบคู่ไปพร้อมกัน คือ

1. วิเคราะห์เนื้อหาจากกระบวนการทำงานสุขภาพชุมชน และโครงสร้างระบบงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลไกการสนับสนุนที่มีอยู่ โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง

เพื่อแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจกรอบงานของโครงการ และระดมความคิดเห็นให้ได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องในภาพรวม จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน 4 ภาค
- ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน
- เครือข่ายชมรมหมออนามัย
- ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต. และอบจ.)
- นักวิชาการที่ติดตามสถานการณ์งานสุขภาพชุมชน
- ตัวแทนจากองค์กรทุนสนับสนุน อาทิ สสส., สวรส., สปสช.
- ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 2) รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 3) สนับสนุนการจัดทำบทความวิชาการที่มีการวิเคราะห์เนื้อหา จัดทำเป็นบทความวิชาการสำคัญ ๆ ที่สะท้อนบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และศึกษากรณีตัวอย่างบทบาท อสม. ในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ดังตัวอย่างประเด็นการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพใหม่ ๆ ดังนี้

- การสร้างเสริมสุขภาพท้องถิ่น
- การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย
- การควบคุมโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม

- การควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ
 - โรคติดต่อ โรคระบาดใหม่ ๆ เช่น เอชไอวี
 - อื่น ๆ ที่ได้จากการระดมความเห็นและทบทวนเอกสาร
- 4) รวบรวมและวิเคราะห์เนื้อหาในภาพรวม
- 5) พัฒนารอบแนวคิดการประเมินศักยภาพ และกระบวนการวิเคราะห์การวิจัยเพื่อนำไปสู่การศึกษาเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 งานศึกษาเชิงปริมาณ

พัฒนารอบแนวคิด กระบวนการวิจัยที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลโดยการศึกษาเชิงปริมาณ รวมทั้งการวิเคราะห์และประเมินผล และนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาการสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในช่วง 1 ทศวรรษต่อจากนี้ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน 2 ประการ คือ

1. พัฒนารอบแนวทางและกระบวนการวิจัยในเชิงปริมาณ มีแนวทางการดำเนินงาน คือ
 - 1) พัฒนารอบแนวคิดการศึกษา และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ
 - 2) ดำเนินการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 8 จังหวัด
 - 3) รวบรวมแบบสอบถาม จัดหมวดหมู่ข้อมูล และประมวลเนื้อหาให้เป็นระบบ
 - 4) วิเคราะห์ข้อมูล
2. วิเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนาการสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในช่วง 1 ทศวรรษต่อไป โดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ
 - 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง
 - 2) นำเสนอผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และแลกเปลี่ยนความคิด
 - 3) ปรับแก้ผลการศึกษา

ส่วนที่ 3 กระบวนการจัดการงานวิจัย

1. สัมภาษณ์ผู้รู้ และจัดสนทนากลุ่ม (focus group) กับบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข
2. การเยี่ยมชมปฏิบัติงานกับ อสม. และผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในชุมชน (site visit)
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการศึกษาทั้งหมด
4. สังเคราะห์ผลการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในภาพรวม
5. นำเสนอสู่เวทีต่าง ๆ และ เผยแพร่ลงเว็บไซต์ และเอกสารวิชาการอื่น ๆ

4. งบประมาณ รวม 870,000 บาท

สนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

5. ระยะเวลาดำเนินงาน

มีนาคม 2549 – กรกฎาคม 2549

6. หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 0-2590-1498, 0-2590-1352

7. คณะทำงานผู้รับผิดชอบโครงการ

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. น.พ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 2. น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ | นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |
| 3. นายประชาธิป กะทา | นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ |

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) สามารถประเมินและรับรู้ถึงกระบวนการทำงาน และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกันมากน้อยเพียงใด

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วง 1 ทศวรรษต่อจากนี้

3) นำเสนอเนื้อหาเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554)



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 โดยคาดหวังให้ได้ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒาที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเหมาะสม 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 โดยการสนับสนุนการศึกษาสถานการณ์ในภาพรวม 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 ญ 1 / อสม 1 คน, ญ 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 และเราไม่ควรไปรบกวนเขาให้ทำงานตามที่เรต้องการ 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. ประสพการณ์ที่เรียกว่า 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 เพราะว่ามีการกิจและเรียนรู้เยอะ จึงเข้าไปสัมพันธ์กับองค์กรทางราชการฉะนั้นบทบาทและหน้าที่มากระจุกับประธาน อสม. แล้วก็เกิดปรากฏการณ์คล้ายเดิมคืองานมากระจุกับตัวที่ อสม. เป็นปรากฏการณ์ที่ต่อเนื่องของการมีระดับชั้นเกิดขึ้น การมีชนชั้นสัมพันธ์ไปกับการที่จะต้องสวมหมวกหลายใบ อสม. กับการเป็นส่วนผู้นำซึ่งจะมีบทบาทหลายอย่างด้วย ประธาน อสม.นั้นก็จะมามีบทบาทและไปมีส่วนร่วมกับการทรงและกรมอื่น ๆ

4. แนวโน้มที่กำลังเกิดขึ้น คือ การเกิดพลุลักษณะของ อสม. ก็คือว่า อสม. เองนั้นไม่ได้เป็น อสม. อย่างเดียว แต่ไปเป็นอาสาสมัครในลักษณะอื่น ๆ ในตัวอสม.เองด้วย หมายความว่า อสม. เกือบ 800,000 คนที่คิดว่าแทนที่จะเป็น อสม.อย่างเดียวก็นับเป็นอาสาสมัครแบบอื่นด้วย 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 ความเชื่อเรื่องบุญ การช่วยเหลือผู้อื่นด้วยใจเป็นบุญนี้ก็ได้บุญ และสำหรับชนชั้นกลางเกี่ยวข้องกับอุดมคติเรื่องของความดีต่างๆ ในขณะที่ชนชั้นสูงมีลักษณะความสัมพันธ์กับการให้ในลักษณะการสงเคราะห์คนอื่น เพราะฉะนั้นในความหลากหลายก็มีลักษณะที่แตกต่างไปตามชนชั้นอีกลักษณะหนึ่ง

- ความแตกต่างที่หลากหลายจากความเป็นไปได้ในลักษณะพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท จะเห็นได้ชัดเจนโดยลักษณะของพื้นที่ ไม่ใช่ลักษณะของวัฒนธรรมความเชื่อ ยกตัวอย่างประเพณีของในเมือง เช่น ในชุมชนแออัดมีความเชื่อและประเพณีที่ยังมีความเป็นชนบทอยู่ รูปแบบการก่อตัวของชุมชนเมืองทำให้อาสาสมัครแตกต่างไปจากชนบท

- ความหลากหลายในการเป็นอาสาสมัครทั่วไป หรืออาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะสูง ไล่เรียงไปถึงอาสาสมัครที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ ยกตัวอย่าง ที่มีการพูดกันคือ สมาคมสมาลิตัน เป็นเครือข่ายการรับบริจาคคนที่จะฆ่าตัวตาย 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 หรือเรื่องบางเรื่องที่เราเข้ามาดูความความผาสุกของชุมชนเครือข่าย 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 ซึ่งทำให้เราเห็นว่ามีการเอาสินค้า OTOP จากนนทบุรีมาขายในกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำ ฉะนั้นรูปแบบการสนับสนุนก็หลากหลายนี้ที่ไม่อาจตัดสินตรงนี้ว่ามันดีหรือไม่ดี แต่ต้องลงไปวิเคราะห์พอสมควรก่อนที่จะเราได้ข้อเท็จจริงนั้นขึ้นมา

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

4. จากข้อสังเกต ที่ว่าระบบการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมาก อสม.ต้องทำงานตามเจตนาของกลุ่มที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งที่ให้การสนับสนุนนั้นก็จะมีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเอง โดยปริยายนั้น อสม. ต้องผันตัวเองไปตามโจทย์นั้น ๆ ตรงนี้ก็เป็นประเด็นที่ท้าทายที่ว่า ถ้า อสม.ไม่สามารถในการบูรณาการงานต่าง ๆ ที่มีเข้าภาพเกิดขึ้นมากมายท่วมทับไปด้วย 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

ในแง่นี้ มีข้อเสนอว่า รูปแบบขององค์กรอาสาสมัคร (voluntary organization) จะมีรูปแบบอื่น ๆ ที่เข้ามาเสริมได้ และควรจะมีการพัฒนาขึ้น เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) คนที่เป็นเบาหวานด้วยกันเองสามารถจะเกิดการเกาะกลุ่มกันขึ้นมาทำงานอาสาที่ช่วยเหลือดูแลกันเองได้ด้วย หรือมีนักเรียนหรือครูในโรงเรียนรับอาสาที่จะมาช่วยทำเรื่องพวกนี้ก็ได้ ก็เกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเองขึ้นอีกแบบหนึ่ง เช่น กลุ่มดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน กลุ่มเฝ้าระวังความรุนแรงในครอบครัว อย่างที่ อำเภอน้ำพอง 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 แบบนี้เราก็มีบทเรียนมา มากพอแล้วในหมู่บ้านที่มีการเลือกตั้ง พวกที่เลือกตั้งแพ้กับชนะก็ไม่มีทางประนีประนอมกันได้ ใน อนาคต

ข้อเสนอที่สนับสนุนองค์กรแบบนี้รวมทั้งองค์กรสาธารณสุขประโยชน์อื่นด้วย ก็คือเรื่องของการสนับสนุนเพิ่มเติมขึ้น โดยเสนอให้มีการคิดค้นการทำกิจกรรมอื่นแทรกขึ้นเช่น การทำระบบข้อมูล การส่งเสริมการทำแผนที่อาสาสมัครสุขภาพชุมชน (mapping service) ก็คือให้รู้ว่ามีอาสาสมัคร ตรงไหนทำอะไรได้บ้างก็สามารถที่จะให้คนเข้าถึงและเข้าเป็นอาสาสมัครได้

4. การสนับสนุนให้องค์กรเหล่านี้มีความเป็นอิสระและทำงานตอบสนองท้องถิ่นได้มากขึ้น จากระบบการฝึกอบรมที่สามารถสร้างรูปแบบอื่น 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 ตรงนี้ยังเป็น จุดอ่อนที่ปัจจุบันหาคำตอบไม่ได้ มีชุมชนที่เข้มแข็งถึงจะทำเรื่องพวกนี้ได้ ซึ่งเราก็เคยมี อย่างเช่น ที่หมู่บ้านศิรีวงค์นั้นสามารถทำเรื่องรับมือกับภัยธรรมชาติได้อย่างดี สามารถพลิกฟื้นชุมชนได้อย่างรวดเร็ว หรือว่าชุมชนคุ้มครองสิทธิของตัวเองได้ เช่น กรณีของบางขันธุ์ เป็นต้น ซึ่งก็ถือว่าเป็นส่วนน้อย ใน area ที่ทำงานได้ยาก

ประเด็นเพิ่มเติม

- ย้อนรอยประวัติศาสตร์เดิมในบทบาทของ อสม.ก็จะลดลงเรื่อยๆ บทบาทของอสม.ก็จะมากขึ้นเรื่อย ๆ เพียงแต่เกรงว่าเรื่องนี้จะซาร์รอยเก่าเท่านั้นเอง สำหรับเรื่องของการจัดสรรบทบาทที่มีความจำเป็นต้องมีบทบาทหลักและกับบทบาทเสริมของ อสม. อยู่แล้ว จะให้เสมอเท่ากันไม่ได้ เพียงแต่เกรงว่าแนวโน้มจะไปในลักษณะที่ย้อนรอยเดิม ซึ่งจะทำให้อสม.ถ่ายเทออกไป (outlet) สูงใน ยุคนั้นและก็คุณภาพ (premium) ต่ำ

- อีกประเด็นหนึ่งที่มองจากการศึกษาครั้งนี้เราคิดว่า การที่ระบบอสม.มีคุณภาพน้อยลงมัน มาจากพี่เลี้ยงเจ้าหน้าที่ในตำบลนั้น ย้อนไป 10 ปีก่อน การสะสมความรู้หมายถึงเจ้าหน้าที่เข้าใจใน ความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน ที่ปัจจุบันนี้ไม่ใช่แล้ว ความรู้ความเข้าใจตรงนี้มีไม่พอ เวลาถามกับ พี่เลี้ยงตรงนี้ก็อาจจะไม่มีประสบการณ์ตรงนี้ ก็เลยทำให้ อสม. ที่มีคุณภาพตรงนี้หายไป หากมองจุด หลักแล้วนั้น อสม.จะขึ้นอยู่กับตำบลและมีพี่เลี้ยงเป็นหัวใจสำคัญ

■ แนวโน้มของงานที่ทำอยู่มาเป็นแนวโน้มที่เคลื่อนไปในทิศทางที่ให้น้ำหนัก (load) งานการรักษาพยาบาล (curative) เพิ่มขึ้นมาก ซึ่งเขาบอกว่าเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ทศวรรษสถานีนามัยเป็นต้นมา ซึ่งพยายามที่จะเอากล้องจุลทรรศน์บ้าง เอาเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เข้าไปในชุมชนพอเข้าไปแบบนั้นก็ไปเน้นในงานการรักษา นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา 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. อยู่ที่ได้มีโอกาสในการใช้ความรู้ 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. ในพื้นที่ได้เกิดการเรียนรู้ในแง่มุมมองใหม่ของการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- 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 ตลอดจนเกิดการพัฒนาคูณาภพงาน 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 ยังนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาตามมาอีกหลายอย่างที่ชุมชนริเริ่มกันเอง 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. จังหวัดโยธะธร โดย พนมวรรณ คาคพันธ์โน

รูปธรรมการพัฒนางานเกษตรปลอดสารเพื่อสุขภาพของพื้นที่จังหวัดโยธะธรมีความชัดเจนมากขึ้นจนเกิดเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ จังหวัดโยธะธร บทเรียนการเรียนรู้และต่อสู้ของเครือข่ายและผู้นำชุมชนพบว่า มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแนวร่วมอยู่ด้วย กรณีน้ำสอง หรือนายสองศรี แสงศรี ประธานชมรม อสม. จังหวัดโยธะธร หรือผู้นำชุมชนคนสำคัญคนหนึ่ง และเป็นผู้ผ่านการอบรมด้านการเกษตรกับชุมชนชาวอโศกจังหวัดอำนาจเจริญ 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 ที่ยังคงมีเหล่าสื่อบุหรี่ ซึ่งหม่อมานามั่มมองว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนอยู่ก็ตาม 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 มีทั้งส่วนที่เป็นปัจจัยขัดขวางและโอกาสในการสร้างเสริมบทบาท 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. นายสุภฤกษ์ สุฤทธิ์ | สถานีอนามัยตำบลน้ำเกี๋ยน กิ่งอำเภอกุพียง จ.น่าน |
| 2. นางสาวรุ่งนภา มาลารัตน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย |
| 3. นายเชิงชาญ โนจา | มูลนิธิพัฒนาศึกษาภาพชุมชน (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 | สำนักงานพัฒนาวิชาการและนิตะสงาน 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 สวัสดิ์มานนท์ | 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. หลายคนบอกว่าเป็นห่วงเรื่องน้ำท่วมสวนและบ้าน 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