



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*
กมลารณณ์ คงสุขวิวัฒน์**

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 มีกลไกทางสังคมอีกรูปแบบหนึ่งงอกงามขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเด่น 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 สถานะการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ มีการศึกษาและวิเคราะห์จากภาคสังคมที่ตระหนักถึงความสำคัญ

* นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

** นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

ของสุขภาพภาคประชาชน และสนใจว่าผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากสถานการณ์สังคมดังกล่าว 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

รูปธรรมการนำเสนอที่ต่อเนื่องจากขบวนการสาธารณสุขมูลฐาน 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 ที่ยกเลิกเลื่อน

บทความนี้จึงทบทวนและเชื่อมโยงให้เห็นสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระดับนโยบาย องค์กรรัฐ องค์กรสาธารณประโยชน์ และองค์กรภาคประชาชน ที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง โดยที่มิใช่การผลักดันจากภาครัฐและนโยบายเท่านั้น แต่ในทางกลับกัน ภาคสังคมและท้องถิ่นที่เกิด จากคนกลุ่มเล็กกลุ่มน้อย ต่างถิ่นต่างที่ ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย/องค์กรทางสังคมและวัฒนธรรม อีกทั้งสร้างพื้นที่สังคมและการเรียนรู้มาอย่างยาวนาน แม้จะมีทั้งกระแสขึ้นและแผ่วลงในบางช่วงก็ 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 ที่มุ่งสู่การช่วยเหลือปัญหาชุมชนกันอย่างเอิกเกริก ด้านหนึ่งเป็นกระแสที่ดี และอีกด้านหนึ่งชุมชนจะต้องปรับตัวกับกระแสดังกล่าวด้วย

เมื่อประเด็นสุขภาพมีความหมายทางสังคม โดยเฉพาะระดับชาติด้วยแล้ว องค์กรทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ต่างคิดพัฒนาและขับเคลื่อนแนวทาง และ สิ่งสนับสนุนลงสู่ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งกองทุนชุมชนต่าง ๆ หรือศูนย์ปฏิบัติการเรื่องต่าง ๆ นับเป็นงานเชิงรุกแบบตั้งตัวไม่ติด งานเชิงรุกที่นำประเด็นสุขภาพมาเป็นตัวขับเคลื่อนลงสู่ชุมชนมีมากขึ้น งานสุขภาพชุมชนนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างแน่นอน แต่บทความยังมีอาวจราะห์ให้เห็นความสัมพันธ์ของกระแสนทางสังคม ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่โตกับงานสุขภาพในชุมชน จึงยังมีความจำกัด แต่ขอเสนอให้เห็นว่างานสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องตระหนักถึงศักยภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน

โดยเฉพาะ นับแต่แผน ๗ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา รัฐและสังคมเน้นย้ำเรื่อง “คน” เป็นศูนย์กลางซึ่งช่วยคลี่คลายปมเรื่อง ศักดิ์ศรีและศักยภาพคนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นยากจนและดกขอบหรือดกเส้นมาตรฐานอะไรไปแต่ไหนก็ตาม รูปธรรมของแนวคิดนี้จะต่างกับองค์กรสากลอย่างไรหรือไม่ ก็ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่การให้ความสำคัญกับ “คน” ยังต้องคิดอยู่เสมอ ท่ามกลางกระแสสังคมที่เปลี่ยนแปลง แต่คนยังมีความสำคัญ ในแต่ละชุมชนก็มีคนที่เป็ผู้รู้และผู้มีบทบาทต่อชุมชนและสังคม เราเคยคิดพัฒนางานผ่านองค์กรเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว หรือรัฐจัดตั้งใหม่ก็ตามที ขณะนี้รัฐก็สร้างกลไกอาสาสมัครใหม่ ขึ้นมาอีก ในขณะที่ภาคประชาชนก็มีผู้มีจิตใจอาสาสมัครทำงานให้กับชุมชนและสังคมอยู่จำนวนมาก รัฐและสังคมที่เห็นศักยภาพชุมชน จะไม่สามารถละเว้นการคิดถึงกลุ่มคนเหล่านี้ได้เลย

บทความนี้รวบรวมเนื้อหาที่สะท้อนให้เห็น ท่ามกลางสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงจากภายนอก แต่ชุมชนและสังคมมีกลไกภายในที่สำคัญคือ “คน” และทุนสังคมที่รองรับ และด้านทานกระแสที่ไหลหลากลงสู่ชุมชนอย่างไม่คาดหมายไว้ กลุ่มคนเหล่านี้มีจำนวนมหาศาล ทั้งปรากฏและไม่ปรากฏบทบาททางสังคม กลุ่มคน/เครือข่าย จนถึงองค์กรสาธารณประโยชน์ล้วนทำงานเพื่อท้องถิ่นและสังคมในระดับต่าง ๆ กันไป งานสุขภาพที่มาจากการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนสังคม ที่ดำเนินมาถึงปัจจุบันนี้นั้น มีที่มาและที่ไปที่สำคัญจากพลังของคนเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นเรียกเป็นอะไรก็ตาม

สถานการณ์สังคมกับสุขภาพชุมชน

ท่ามกลางกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองในระดับประเทศและสังคมโลกที่มีอัตราความเร็วเพิ่มขึ้น ความเชื่อมโยงเกี่ยวพันในระดับชาติ สังคมและชุมชนเป็นขั้วโยที่สานถักทอกันอย่างยากที่จะมองแยกขาดจากกันได้ ดังที่เราารู้จักกันดีในนามของกระแสโลกาภิวัตน์ที่เกิดผลทั้งทางเชื่อมโยงประสานเข้าหากัน ขณะเดียวกันก็ทำลายความสัมพันธ์และกลไกที่มีมาแต่เดิมของสังคมด้วย เมื่อมองภาพผลรวมทางสังคมและสุขภาพภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540 – 2541 วิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้รายได้ที่แท้จริงลดลง การว่างงานเพิ่มขึ้น การลดบริการของรัฐบาลลง แน่แน่นอนว่าคนไทยจำนวนมากประสบภาวะการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ลำบากมากขึ้น 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)

งานสุขภาพชุมชนที่เป็ดกว้าง

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 โดยมีการหนุนเสริมจากภาคี พันธมิตรภายนอก ไม่ว่าจะเป็นนักคิด นักวิชาการ ศิลปิน องค์กรพัฒนาเอกชน นักธุรกิจและรัฐ บางส่วน ซึ่งนักวิชาการบางท่านนิยามว่าเป็นขบวนการประชาสังคม แต่จะเรียกว่าอะไรบทความนี้ไม่ได้ มุ่งหมายให้เกิด สิ่งที่น่าสนใจคือ กระแสท้องถิ่นเกิดขึ้นอย่างมีพลวัตอยู่เสมอเพื่อปรับตัวกับการ เปลี่ยนแปลงภายนอก เราจะได้เห็นการจัดงาน “กอบบ้านกู้เมือง” ในรูปแบบต่าง ๆ และสื่อสารกับ สังคมวงกว้าง (ดู อารมณ์ บก. 2544: 11-48)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลังวิกฤตเศรษฐกิจที่ถือว่ามีความเกี่ยวเนื่องกันกับการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรและแนวความคิดของระบบสุขภาพไทย คือ การปฏิรูปทางการเมือง และกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ที่เรียกได้ว่า เป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ภายใต้วิกฤต เศรษฐกิจและกลีบกลายเป็นโอกาสการมีบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมไทยอย่างกว้างขวาง กลไกภาคประชาสังคมที่เกิดจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนของสังคม ได้เชื่อมโยงประชาชนจากต่าง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมาร่วมมือกัน โดยมีกระบวนการต่างๆ ทางสังคมขับเคลื่อนให้เกิดการ ปฏิรูปทางสังคมในเชิงโครงสร้าง นโยบายและกลไกต่าง ๆ ทางสังคม อาทิ การปรับโครงสร้างส่วน ราชการต่าง ๆ การปรับระบบงบประมาณ และการเกิดองค์กรอิสระต่าง ๆ และอาจตั้งข้อสังเกตได้ว่า แนวนโยบายรัฐให้ความสำคัญกับการพัฒนาชุมชนลักษณะต่าง ๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นชุมชนแบบ ดั้งเดิม และชุมชนลักษณะใหม่ๆ อาทิ องค์กร / เครือข่ายและประชาสังคม ที่เป็นองค์กรภาคประชาชน มากยิ่งขึ้น เรื่องสุขภาพกลายเป็นวาระทางสังคมที่หลายภาคส่วนสังคม ที่มีภาคการเมืองเข้ามามีส่วน ร่วมอย่างชัดเจน โดยเป็นการเกิดขึ้นในวาระสุขภาพที่เป็นพื้นที่สาธารณะ ไม่ใช่ภาคทางการเมืองภายใน อดีต

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เกิดผลกระทบต่อการปรับ เปลี่ยนกระบวนการทำงานสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างมาก ทั้งจากการปรับโครงสร้างภารกิจบทบาท กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2545 และกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ปี 2543 ภายใน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนเอื้อการขยายนิยามและปรับกระบวนการทัศน์สุขภาพเป็นอย่างมาก ควบคู่ไปกับกระแสการปฏิรูปการเมือง จนเกิดกระบวนการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี 2540 ตามด้วยรูปธรรมเชิงกลไกของแนวคิดการกระจายอำนาจ สังคมไทยมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและ ขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2542 และเกิดกลไกทางสังคม ใหม่อย่างองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี 2544 เพื่อเป็นกลไก หล่อเลี้ยงและสนับสนุนขบวนการการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพะของประชาชนและสังคมไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างส่วนบนหลายประการ ก่อให้เกิดการเปิดพื้นที่ใหม่ๆ ด้านสุขภาพ พร้อมกันไปกับการขยายนิยามสุขภาพเชิงรูปธรรมจากภาคส่วนอื่นของสังคมอย่างเห็นได้ชัด กระแส การสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วทั้งสังคม เกิดนวัตกรรมทางสังคม

และสุขภาพใหม่ๆ เครือข่าย/องค์กรภาคีต่างๆ ที่เข้าร่วมปฏิบัติการโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน โดยใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งสังคม เวทีปฏิรูป เวทีสมัชชาสุขภาพ เวทีเรียนรู้สู่สุขภาพชุมชน เกิดขึ้นอย่างมากมาย จนกระทั่งเกิดการเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น มีการจัดเวทีท้องถิ่นที่แตกต่างตามภาค อาทิ ช่างพญา (ภาคเหนือ) โสเหร์ (ภาคอีสาน) คุ่มโฮม (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 หรือองค์กรนิตินุคคลต่าง 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 ตรีอนุสร, 2545) กรณีนี้เป็นตัวอย่างการเคลื่อนไหวนิยามความหมาย ควบคู่ปฏิบัติกรบนฐานคิดและชีวิตชุมชนด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่เรียกว่า “ประชาธิปไตย” ที่เป็นกระแสท้องถิ่นที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย

นิยามความหมายสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไปพร้อมกับกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่ในทุกระดับนำไปสู่การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ซึ่งมีกระบวนการจัดทำแผนฯ ฉบับที่ 9 ที่มีข้อสรุปตรงกันอย่างชัดเจนว่า “สุขภาพคือ สุขภาวะ” โดยการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกับองค์กร 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 “ยุคลักทอ เป็นเครือข่าย” ในช่วงปี 2527 - 2533 (สงวน และ สุรพล 2544: 82-89) จากการทำงานฝังตัวและ ลงลึกในพื้นที่ชุมชนแต่ละแห่ง เช่น เครือข่ายประเด็นด้านสตรี เครือข่ายประเด็นด้านเด็ก เครือข่าย ประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงเชิงประเด็นปัญหาระหว่างพื้นที่และองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงาน บนประเด็นปัญหาเดียวกัน เพื่อยกระดับการแก้ไขปัญหาสู่ระดับนโยบาย (ดู ปารณัฐ สุขสุทธิ 2546) องค์กร/เครือข่ายภาคประชาชนทั้งที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่มา จากการมีเป้าหมายและเจตนารมณ์ร่วมกันในด้านการแก้ปัญหาที่เชื่อมโยงถึงโครงสร้างนโยบาย แต่ อาจพบได้ว่าเมื่อรัฐนำแนวคิด “เครือข่าย / องค์กรประชาชน” มาสนับสนุนการทำงานในชุมชนต่าง ๆ มักเกิดขึ้นได้โดยการจัดตั้ง หรือจัดตั้งก่อน ประชาชนจึงใช้กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นทำงานเพื่อตอบสนองเป้าหมาย และผลประโยชน์บางอย่างของกลุ่มได้

แนวคิดเครือข่าย/องค์กรชุมชน กลายเป็นกลไกการทำงานของระบบสุขภาพชุมชนขององค์กร ต่าง ๆ ยังคงมีผลต่อการทำงานสนับสนุนภาคประชาชนจนกระทั่งปี 2540 ที่แนวคิดประชาสังคมจาก ต่างประเทศเข้ามามีอิทธิพลในสังคมไทย พร้อมๆ กันกับที่ปรากฏการณ์การรวมตัวเป็นพลังทาง การเมือง เข้าร่วมร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 โดยเฉพาะการรวมตัวของชนชั้นกลางจนสามารถโค่นล้ม รัฐบาลทหารลงได้ จึงเห็นได้ว่า แนวคิดเครือข่ายของสังคมไทยมีพัฒนาการในตัวเองจนมาถึงแนวคิด ประชาสังคมแบบไทย นักวิชาการบางท่านมองว่าเป็นพัฒนาการของการรวมกลุ่มภาคประชาชน บาง ท่านก็ไม่เห็นด้วยว่าเป็นพัฒนาการที่ต่อเนื่องกันในเชิงรูปธรรม แต่ในเชิงนิยามความหมายที่นักวิชาการ ไทยและต่างประเทศกล่าวถึงไว้แล้ว สามารถสรุปได้ว่า โดยสาระและจุดมุ่งหมายแล้ว แนวคิดเครือข่าย ใกล้เคียงกับประชาสังคมจนแทบเป็นเรื่องเดียวกัน

สำหรับนักวิชาการและนักพัฒนาสายวัฒนธรรมชุมชน ยังมองการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการ ภายในชุมชนเอง และมองเห็นลักษณะเครือข่ายเป็นวัฒนธรรมชุมชนที่มีมาแต่ดั้งเดิมแล้ว เช่น เครือข่าย กลุ่มน้ำต่าง ๆ ทางภาคเหนือ ฯลฯ เสรี พงศ์พิศ และ ยงยุทธ ตรีบุษกร (2545) ยังคงใช้แนวคิดเครือข่าย เป็นกลไกการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน ในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพึ่งตนเองด้าน สุขภาพของชุมชน พบว่า เครือข่ายชุมชนทั้ง 10 เครือข่าย เกิดกระบวนการเรียนรู้บนเครือข่ายของ สัมพันธภาพใหม่ ที่เรียกว่า เครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่มีลักษณะการเชื่อมโยงผู้คนเข้าหากัน ถ่ายเท เชื่อมโยงองค์ความรู้ ทุน การจัดการ และคิดค้นสร้างทางเลือก สร้างสัมพันธภาพและขวัญกำลังใจ จนเกิดการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด จนได้แผนและภูมิคุ้มกันสุขภาพของแต่ละชุมชน ในลักษณะการ คิดค้นและแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ข้อค้นพบประการสำคัญจากการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ความเข้มแข็งของชุมชน พบกระบวนการ ต่อสู้ ปรับตัวของชุมชน ที่ประสบผลสำเร็จได้นั้น มาจากการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่มองเห็นปัญหา

ร่วมกัน และมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน กลุ่มผู้นำมีทั้งผู้นำทางการและผู้นำตามธรรมชาติ จุดที่น่าสนใจก็คือ ในชุมชนส่วนใหญ่ที่แก้ปัญหามุมชนได้สำเร็จนั้น มักเกิดจากผู้นำตามธรรมชาติ เช่น ชุมชนบ้านพรุ ชุมชนคีรีวง และชุมชนยกกระบัตร ซึ่งในกรณียกกระบัตร โครงการพัฒนาที่เข้าไปทำงานกับชุมชนช่วงแรก ไปทำงานกับผู้นำทางการ ในที่สุดจึงต้องเปลี่ยนมาร่วมงานกับผู้นำตามธรรมชาติ จึงประสบผลสำเร็จได้ โดย เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล คณะศึกษาศาสตร์คนหนึ่ง พบว่า ผู้นำชุมชนแบบธรรมชาติมักเป็นผู้มุ่งมั่นจะแก้ปัญหอย่างจริงจัง 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 แนวคิดเรื่องการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง จึงได้รับการเน้นย้ำและเขียนไว้ในแผนฯ 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 หมอพื้นบ้านเป็นผู้ช่วยเหลือด้านความเจ็บป่วยให้กับชุมชนโดยไม่ไ้การรับจ้างและอาชีพ บทความนี้จะไม่ลงไปในรายละเอียด แต่ต้องการเชื่อมโยงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพชุมชนนั้นมีหมอพื้นบ้านหลากหลายประเภทดำรงและสืบทอดบทบาทที่มีอุดมการณ์การช่วยเหลือคนเจ็บป่วยด้วยตนเองในชุมชนมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

เมื่อรัฐไทยยอมรับนำแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน โดยนำแนวคิดหมอเท้าเปล่าจากจีนมาใช้พัฒนาเป็นกลไกอาสา

สมัครให้เกิดขึ้นในทุกชุมชน กระทรวงสาธารณสุขจึงสร้างระบบอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นมา มี 2 ลักษณะที่รู้จักกันดี คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) โดยการคัดเลือกจากชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ มีบทบาทภารกิจด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน โดยในระยะที่ผ่านมายังเป็นภารกิจที่เกิดขึ้นจากการทำงานช่วยเหลือรัฐและการสนับสนุนจากภาครัฐเป็นหลัก

ปัจจุบันระบบสุขภาพชุมชนยังมีบุคคล/องค์กรที่อยู่ในชุมชน โดยภาครัฐสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เกิดการขยายตัวและมีบทบาทจนเป็นที่ยอมรับ แต่ความสำคัญของหมอพื้นบ้านเพิ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อมีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขจนมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา แม้นโยบายและแนวทางการสนับสนุนมีมาตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขมูลฐานแล้วก็ตาม แต่ก็ดำเนินไปบนพื้นฐานความสนใจของคนเฉพาะกลุ่มเท่านั้น ซึ่งก็มีทั้งข้อดีและข้ออ่อน ข้อดีคือได้ฟื้นฟูกลุ่ม/เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านที่รวมตัวกันตามความสมัครใจไว้การจัดตั้ง แต่ขาดการสนับสนุน จึงอยู่ในอาการกลุ่มๆ คอนๆ ข้อเสียจึงเป็นเรื่องการปล่อยให้หมอพื้นบ้านที่อยู่ในชุมชนเป็นไปตามยถากรรม ท่ามกลางกระแสความทันสมัยที่แบ่งแยกและกีดกันให้หมอพื้นบ้านอยู่ในพื้นที่ชายขอบตลอดเวลา

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) ที่มีกิจการช่วยเหลือคนเจ็บ 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. ที่เริ่มจากกระบวนการและกลไกแบบราชการที่ยังมีกระบวนการทศน์เก่า ไม่ช่วยให้ อสม. มีพัฒนาการในลักษณะที่เป็นอาสาสมัครสุขภาพของชุมชนเท่าไรนัก เนื่องจาก ความผูกพันกับเจ้าหน้าที่รูปแบบเครือญาติ และความเห็นอกเห็นใจกันจากการร่วมกันทำงานสุขภาพ และระบบสวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้เพื่อเป็นขวัญกำลังใจกับ อสม. เหล่านี้ล้วนเป็นความตั้งใจที่ดีที่จะยืนยันคุณค่าของ 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 รุจิณาด อรรถสิทธิ์ และ เสาวนีย์ กุลสมบุญ) 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 หรือกองทุนชุมชนหรือซีฟ “กลไกอาสาศัมคร” ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายอาชีพในแต่ละจังหวัดทำหน้าที่กลั่นกรอง ประเมิน และพิจารณาโครงการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่โปร่งใสและมีประสิทธิผล โครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ ยังพบชาวบ้านที่เป็นอาสาศัมครอีกจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นเรียกว่ากลุ่มผู้ก่อการดีหรือประชาคมท้องถิ่น ก็ตาม

พลังอาสาศัมครที่เกิดขึ้นจากขบวนการซีฟ โดยเฉพาะเมนู 5 ในช่วงนั้น มาจากอาสาศัมครตัวเล็ก ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นทั่วประเทศ ในหลากหลายสถานภาพ ทั้งข้าราชการ ผู้นำชุมชน สื่อมวลชน นักธุรกิจและอื่นๆ ซึ่งอย่างน้อยมีจิตใจที่เสียสละและเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานไปด้วยกัน 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 โดยเฉพาะบทความนี้มุ่งวิเคราะห์เฉพาะงานสุขภาพชุมชนที่กำลังเปลี่ยนแปลง 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 สังคมไทยมีทุนเดิมอยู่มากน้อยเช่นกัน 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). จาการากหญ้าถึงขอบฟ้า : 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.

สุวรรณ คงแป้น. (บก.). (2549). ชุมชนคนไท. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (องค์การมหาชน).

เสรี พงศ์พิศ และยงยุทธ ตรินุชร. (2545). โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน.ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อมรา พงศาพิชญ์ และคณะทำงานวาระทางสังคม. (2544). กระบวนทัศน์ใหม่ด้านการพัฒนาสังคม. ใน 2540 จุดเปลี่ยนประเทศไทย, กนกศักดิ์ แก้วเทพ และนวนลน้อย ตรีนันท์ 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 ศณะเภสัชศาสตร์ 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 อาตา (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 (รุจินาถ 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 เฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน 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 การจ่ายยาเมื่อคุณกานิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัย 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

ดังที่ตั่งไว้ (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. มีสถานที่ทำงานและแสดงบทบาทของคนได้ชัดเจนขึ้น 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. และชุมชนมากนักน้อยเพียงใด

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 ภายใต้อนาคตนี้เองที่เป็นพื้นฐานที่ทำให้คนในสังคม ไม่ว่าผู้นำประเทศ ผู้บริหารระดับกระทรวง ไต่ลงมาถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในระดับตำบล รวมทั้ง อสม. และตัวชาวบ้านเองมีความเชื่อร่วมกันว่าแพทย์คือผู้รู้เรื่องสุขภาพดีที่สุด โรงพยาบาลที่ทันสมัย ยาที่ดีและแพง คือสถานที่และวิธีการรักษาโรคที่ดีที่สุด ส่วนเชื้อโรคและสารพิษคือสาเหตุที่ทำให้ผู้คนเจ็บป่วย รวมทั้งทำให้รู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ผิดปกติของชีวิต ส่วนความตายคือสิ่งที่น่ากลัวและเลวร้ายที่สุดของชีวิตมนุษย์² ขณะเดียวกันภายใต้แนวคิดนี้ได้ทำให้ชาวบ้านจำนวนมากรู้สึกว่าคุณเองไม่รู้อะไรเลยเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ ความรู้ทั้งหมดเกี่ยวกับสุขภาพต้องได้รับการถ่ายทอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เรียนมาโดยเฉพาะ ความเชื่อและวิธีการที่ตนเองใช้ดูแลผู้ป่วยหากไม่ได้รับการยืนยันหรือรับรองจากคนในวงการแพทย์ก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องมกมายไร้สาระไม่ควรนำมาใช้ หรือต้องแอบใช้ ไม่ควรได้รับการส่งเสริมให้นำมาใช้ ดังนั้นการรับฟังและทำตามสิ่งที่เจ้าหน้าที่บอก หรือมอบหมายจึงเป็นสิ่งเดียวที่ชาวบ้าน หรือ อสม. ควรปฏิบัติ

ภายใต้ทักษะพื้นฐานที่สังคมส่วนใหญ่มีร่วมกันดังกล่าว เป็นสิ่งที่แทบเป็นไปไม่ได้เลยที่จะให้คนในวงการสุขภาพสร้างชาวบ้านที่เป็น “แกนนำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ” ขึ้นในชุมชน

²ในอดีตคนเราไม่ได้กลัวความตายมากเท่าปัจจุบัน เรามีคติมากมายที่แสดงให้เห็นว่ามีสิ่งที่มีคุณค่าเหนือชีวิตนี้ เช่น รักชาติยิ่งชีพ เสียชีพอย่าเสียสัตย์ หรือสละชีวิตเพื่อรักษาธรรม เป็นต้น

เพราะในเชิงการเมืองของวิชาชีพ วิชาชีพด้านสุขภาพย่อมไม่ต้องการสร้างใครให้ขึ้นมาบีบบาท เทียบเท่าหรือเหนือกว่าตน อย่างมากที่ทำได้คือสร้างลูกมือขึ้นมาช่วยงานภายใต้คำสั่งหรือการกำกับดูแลของตน ซึ่งจะเห็นได้จากบทบาทที่ อสม. ส่วนใหญ่ทำอยู่ในขณะนี้ นั่นคือ ทำหน้าที่นัดหมาย เตรียมสถานที่ และชาวบ้านที่รอรับการเข้ามาของหมอ การทำงานตามสั่ง สำรอง 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 อัจฉิมานกุล 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 (ศิริเรืองศักดิ์ สุทธิไส, 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. หลายคนรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรมถูกหลอกให้ทำงานบั่นทอนขวัญและกำลังใจในการทำงาน 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 ระบบและโครงสร้างที่ยังคงมีปัญหาในส่วนนี้พื้นฐานปัญหาจากระบบของราชการไทยที่มีลักษณะของการสั่งการจากบนลงล่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลซึ่งอยู่ปลายสุดของระบบราชการ มีหน้าที่ต้องรับงานจากหน่วยงานระดับบนต่างๆ มาทำแทบทั้งหมด จึงมีภาระมากจนงานบางอย่างต้องถ่ายเทให้ อสม. ช่วยทำ ส่วนงานที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ เช่น หลักสูตร อบรม อสม. ใหม่ที่ต้องปรับให้สอดคล้องกับพื้นที่ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ก็ไม่มีเวลาหรือไม่สนใจที่จะทำ ในขณะที่ผู้เข้ารับการอบรมก็ไม่อยู่ในฐานะที่จะถามหาหลักสูตรและเนื้อหาที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ สำหรับสวัสดิการและค่าตอบแทนต่างๆ 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. พันธุ์ใหม่ในชุมชนอย่างไรก็ตามต้องยอมรับในความสามารถที่แตกต่างกันของทั้งตัว 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 ขกย่องและเผยแพร่ผลงานของเจ้าหน้าที่ 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 อำเภอละด้าบล ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ ให้องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมวินิจฉัยและวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชนตนเองตามความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมท้องถิ่นตนเอง ให้เกิดการสืบทอดแนวคิดและเจตนารมณ์จิตอาสา และเห็นว่าเป็นตำแหน่งที่มีเกียรติและคุณค่าทางสังคม คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่ และมีบทบาทในการสนับสนุนทั้งงบประมาณและให้ความร่วมมือในการทำงานกับ อสม. ของตน ในที่สุดอาจมีความจำเป็นต้องบัญญัติชื่อขึ้นใหม่ เช่น “อาสาสมัครสุขภาพ” เพื่อสร้างวาทกรรมชุดใหม่ให้สังคมได้รับรู้ความหมายและคุณค่าที่เปลี่ยนไปของ อสม.

3. การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ควรเป็นไปเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเป็นผู้นำหรือผู้ประสานงานด้านสุขภาพในชุมชน นอกเหนือจากการอบรมให้ข้อมูลพื้นฐานร่วมกันเมื่อแรกเข้าแล้ว เนื้อหาที่อบรมอาจไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทั้งหมด ควรต้องจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องของสุขภาพผ่านประสบการณ์ในการทำงานในด้านที่แต่ละกลุ่มสนใจอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพภายในชุมชนเพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ไปยังคนรุ่นต่อไปหรือเพื่อแผ่ให้กับชุมชนอื่นได้ ต้องหาวิธีนำเอาศักยภาพของ อสม. หรือภูมิปัญญาที่ชุมชนมีอยู่ออกมาใช้เพื่อให้ชาวบ้านตระหนักในความรู้ความสามารถที่ตนมีมากกว่าการนำความรู้ภายนอกไปให้ ซึ่งจะดยกย้าว่าสิ่งที่เขารู้หรือทำไม่ถูกต้อง 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. ได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วนในสังคมว่าเป็นพลังสำคัญร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพคนไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 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 แดงกะเปา. (2549) บทบาท อสม. กับงานสุขภาพของครอบครัว 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. คูแลรับผิชอบครัวเรือนคนละ 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 อาการเจ็บป่วยเรื้อรังได้เปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์และการเยียวยารักษาอาการเจ็บป่วยรูปแบบอื่น 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 ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีความยุ่งยากในการเผชิญกับความเปราะบางจริง รู้สึกอับอาย รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่าในสายตาคนรอบข้าง นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเรื้อรังของอาการเจ็บป่วยและรักษาไม่หายขาด เป็น ๆ หาย ๆ นำความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย จนเห็นอาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องชาชิน บางคนยอมจำนนยุติการเยียวยารักษา ซึ่งเท่ากับปิดโอกาสในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

การฟื้นฟูชีวิตทางสังคม

โรคเรื้อรังเป็นโลกประสบการณ์ของการทนทุกข์ที่ยาวนาน การฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้ฟื้นคืนอีกครั้งจึงกระทำได้ยาก แม้ฟื้นคืนกลับมาได้ก็มีสภาพแตกต่างจากเดิม หรือการค้นหาวិธีการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เบื้องต้นอาจจะพอทำได้ 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. จะทำงานได้ดีในกิจกรรมการรณรงค์ที่มีช่วงเวลาดำหนดชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดที่ อสม. มีภารกิจส่วนตัวในการประกอบอาชีพ ดังนั้น การคาดหวังให้ อสม. ต้องทำงานให้ราชการสาธารณสุขเต็มเวลาจึงเป็นไปได้ยาก และไม่ควรเรียกร้องจาก อสม. หรือคนที่อาสาเข้ามาทำงานร่วมกับราชการสาธารณสุขเกินกว่าเงื่อนไขที่เขามีอยู่ สิ่งสำคัญคือ พัฒนางานที่ อสม. ทำได้ดีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนคิดค้นหารูปแบบใหม่ของงานอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ การทบทวนแนวคิดและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการทบทวนเรื่องค่าตอบแทน ซึ่งค่าตอบแทนที่กล่าวถึงอาจไม่ใช่เฉพาะค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน หากเป็นคุณค่า ศักดิ์ศรี ที่ อสม. ได้รับจากสังคม หรือ non-financial incentive

3) งานอาสาสมัครสาธารณสุขของประเทศต้องเผชิญกับกระบวนการที่ทำให้เป็นการเมืองในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นมาจนถึงระดับชาติ มีส่วนได้ส่วนเสียในอาสาสมัครสาธารณสุขชัดเจนมากขึ้นและรูปแบบก็มีพัฒนาการมากขึ้นเป็นลำดับจากเดิมที่มีเพียงกลไกราชการประจำเป็นตัวหลักในการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย พอมีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้นธรรมชาติความสัมพันธ์ระหว่างราชการสาธารณสุขกับ อสม. ก็เปลี่ยนแปลงไป ยกตัวอย่างเช่น การระดม อสม. มาเพื่อที่จะพบนักการเมืองเพื่อให้การหาเสียงเป็นไปได้ง่าย เรื่อยไปถึงการที่ให้อสม. 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, จ้านันต์ 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
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรา. 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 “อสาสมัคร”
หรือ จิตอาสา”ในสังคมไทย

โดย ชาดิชาย มุกสง

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 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 คนจีนที่อยู่นอกระบบไพร่ก็มีสถานะทางสังคมเช่นเดียวกันกับชาวต่างชาติ 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 ขณะเดียวกันความเชื่อหรือแนวคิดที่เกิดขึ้นมาท้าทายในระดับที่ไม่ถึงรากถึงโคนักหรือในลักษณะเป็นการประนีประนอมกับแนวทางพัฒนาของรัฐด้วยการเห็นด้วยกับวาทกรรมการพัฒนาของรัฐ เพียงแต่ไม่เห็นด้วยในแนวทางหรือนโยบายบางประการที่ส่งผลเสียต่อสังคม จึงเกิดการตั้งแนวการทำงานคู่ขนานกับภาครัฐเพื่อประสานและวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของรัฐบาลไปพร้อมกัน นั่นคือกระแสของอาสาสมัครในองค์กรพัฒนาเอกชนนั่นเอง

หลังจากรัฐบาลของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ภายใต้อำนาจจากผู้เชี่ยวชาญจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและธนาคารโลกได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2504 และให้มีแผนพัฒนาทุก 6 ปีก่อนจะเปลี่ยนมาเป็น 5 ปีนั้นได้ทำให้ประเทศไทยเกิดการพัฒนาศรษฐกิจจากการเข้ามาลงทุนของต่างชาติคือญี่ปุ่นและอเมริการวมทั้งชาติตะวันตกอย่างยาวนานใหญ่ ในแผนพัฒนาฉบับแรกที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลักได้ก่อคำถามให้เห็นถึงปัญหาทางสังคมที่จะเกิดตามมาจึงมีนักวิชาการในประเทศได้เสนอให้เพิ่มการพัฒนาทางสังคมเข้าไปด้วย จึงเกิดเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นในฉบับที่ 2 เริ่มตั้งแต่ปี 2509-2514 แต่อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีสารสนเทศคนสำคัญอย่างอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ผู้ดำรงตำแหน่งผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทยและผู้อำนวยการสำนักงบประมาณและเป็นนักวางแผนพัฒนาสำคัญคนหนึ่ง ได้เล็งเห็นว่าการพัฒนาในภาครัฐคงจะไม่เพียงพอโดยเฉพาะในด้านของสังคมโดยเฉพาะในชนบท จึงได้ผลักดันให้เกิดองค์กรพัฒนาที่ทำงานขนานกับภาครัฐในรูปแบบของการอาสาของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมขึ้น นั่นคือ การจัดตั้งมูลนิธิบูรณะชนบทและเพื่อนขึ้นที่จังหวัดชัยนาทในปี พ.ศ. 2512 และการตั้งโครงการบัณฑิตอาสาสมัครขึ้นในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ให้ผู้คนจำนวนหนึ่งได้มีร่วมเจตอาสาสมัครทำงานเพื่อสังคมอย่างต่อเนื่อง

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

การเปลี่ยนทัศนคติของการมองเห็นตนเองของประชาชนจากรายบุคคลผู้ถูกปกครองไปสู่การเป็นพลเมืองผู้ที่สามารถอาศัยเกราะกำบังอาสามัครเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองได้ในเวลาต่อมา

การมีจิตใจทำงานเพื่อส่วนรวมหรือเพื่อสังคมด้วย “อุดมคติ” ได้เกิดขึ้นเป็นกระแสสูงในทศวรรษ 2510 ตั้งแต่ช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 โดยการก่อกระแสของนักศึกษาในขณะนั้นที่ต้องการทำงานรับใช้สังคมและแก้ปัญหาสังคมที่เขาเห็นว่าเป็นปัญหา ดังกรณีของครูโกมล คีมทองที่เป็นอิฐก้อนแรกของการทำงานรับใช้ประชาชนด้วยอุดมการณ์ของความเป็นอาสามัคร ด้วยการออกไปเป็นครูอาสามัครสอนหนังสือที่โรงเรียนในเหมืองแห่งหนึ่งทางภาคใต้ที่มีความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่และขบวนการคอมมิวนิสต์อยู่จนเป็นเหตุให้เขาต้องจบชีวิตลงที่นั่น (โกมล 2540) ก่อนจะได้มีการตั้งมูลนิธิโกมลคีมทองขึ้นเพื่อเป็นองค์กรส่งเสริมให้คนหนุ่มสาวได้ทำงานอาสามัครตามอุดมคติของตนเองต่อมาจนถึงปัจจุบัน

หลังจากนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ขึ้นก็ได้ส่งผลให้กระแส “เพื่อมวลชน” ขยายตัวในหมู่นักศึกษาปัญญาชนแพร่ขยายไปอย่างรวดเร็ว และมีอาสามัครหลายประเภทที่ไปทำงานกับคนยากคนจน คนชนบท กรรมกร และผู้ถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคม ขบวนการอาสามัครที่ใหญ่โตที่สุดก็คืออาสามัครเผยแพร่ประชาธิปไตยให้กับชาวบ้านในชนบท ซึ่งทำให้นักศึกษาลงไปศึกษาและรับรู้ปัญหาของชาวบ้าน จนต้องออกมาเรียกร้องหาความเป็นธรรมเอากับรัฐและชนชั้นปกครอง จนกลายเป็นประเด็นความขัดแย้งในสังคมการเมืองไทยขึ้นและสิ้นสุดลงเมื่อเกิดเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาอย่างรุนแรงในเหตุการณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2519 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการกลับมาของอำนาจรัฐที่เน้นการควบคุมกิจกรรมทางการเมืองอย่างเข้มแข็งก็ทำให้เกิดการซบเซาของขบวนการประชาชนและการทำงานเพื่อรับใช้สังคมในรูปของอาสามัครอีกครั้ง

เพราะตอนนั้นขบวนการประชาชนและนักศึกษานักศึกษาปัญญาชนต่างคิดถึงการต่อสู้ด้วยอาวุธเพื่อยึดอำนาจรัฐกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยในป่าแทน แต่เมื่อนักศึกษาที่เข้าป่าไปเกิดความขัดแย้งและผิดหวังกับแนวทางของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยขึ้น จึงทำให้พวกเขาหันสู่เมืองอีกครั้ง ในราวกลางทศวรรษ 2520 นั้น ก็ได้ปลุกเอากะแสการทำงานเพื่อสังคมกลับมาด้วยในแนวทางของการทำงานเพื่อค้นหาศักยภาพของชุมชนและการทำงานกับสังคมด้านอื่น ๆ มากกว่าด้านการเมืองอีกด้วย ในช่วงนี้หากพิจารณาจากการเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่แทบแยกไม่ออกจากการมีจิตใจทำงานเพื่อสังคมในรูปแบบของอาสามัคร (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 โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกิจสาธารณะร่วมกันกับภาครัฐ 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 มุลินธิป้อเต็กตึ้ง 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: ศึกษากรณีกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคสี่แยกสวนป่า อ. บางขัน จ. นครศรีธรรมราช*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). “การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม.” รายงานวิจัยโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากรรณกรรมและพฤติกรรม ด้วยความสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- นกรินทร์ เมฆไตรรัตน์. (2540). *การปฏิวัติสยาม พ.ศ. 2475*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์วิชาการ.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2528). “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. 2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475).” *วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2545). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รายงานหลักโครงการองค์การสาธารณสุขประโยชน์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.