

# อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาท ในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลง

โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์\*

ปานัญญ์ สุขสุทธิ์\*

## บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการมานานกว่า ๓ ทศวรรษ. การศึกษาชิ้นนี้เป็นการประเมินศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพ. อสม. ในปัจจุบันมีจำนวนเกือบ ๘๐๐,๐๐๐ คน ถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน. อาสาสมัครส่วนใหญ่ได้รับความเชื่อถือเป็นผู้พิทักษ์ให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ. การศึกษาพบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังคงดำเนินไปอย่างแข็งขัน. อสม. ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ ๑๕ เป็นคนรุ่นใหม่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน ๕ ปี. ในขณะที่เดียวกัน ก็มี อสม. หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ ๗๐. อสม. เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล, การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ, การกระจาย ข้อมูลข่าวสาร แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก จึงมีคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่สูงขึ้นและมีความพร้อมที่จะเสียสละได้ให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น. ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจ และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไทยในระยะหลังทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเข้าไปมีส่วนพัวพันกับการเมืองในลักษณะต่างๆ เพิ่มขึ้น. สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบเดิมของ อสม. มีข้อจำกัดมากขึ้น. อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาต่างๆ ได้แสดงให้เห็นนวัตกรรมทางความคิด, ปฏิบัติการ และรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่มีหลากหลายมากขึ้น. รูปธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครได้รับความยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต.

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

## Abstract

**Health Volunteers in the Context of Change: Potential and Developmental Strategies  
Komatra Chuengsatiansup\*, Paranut Suksuth\***

*\*Office of Policy and Strategy, Bureau of Ministry of Public Health*

Village Health Volunteers (VHV) were the hallmark of primary health care during the past three decades. The volunteer exemplifies the concept of “community participation,” one of the most important strategies for achieving the goal of “Health for All by the Year 2000”. As the health situation and political landscape have changed, there was a need to re-conceptualize the roles and functions of the health volunteer in health development. This study is aimed at assessing the roles and potentials of village health

\*สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ๑๐๐๐๐

volunteers in the changing contexts of Thailand. Village health volunteers in Thailand, numbering almost 800,000, are an extremely valuable health resource. Although the recruitment of village health volunteers has occasionally been questioned as being nepotistic or incentive-driven, village health volunteers are those chosen by their communities for not only being public minded, generous, and willing to help those in need, but also comparatively knowledgeable and concerned about health matters.

The study found that village health workforces were still very much active and have increasingly become femininized. More than 35 percent of existing volunteers were recruited not more than five years ago, while the number of female volunteers rose to almost 70 percent of the total. These volunteers performed comparatively well on short-term tasks such as taking ad hoc health surveys, collecting periodic data, or conducting disease prevention campaigns. They did not fare well, however, in the areas of work that need long-term, continuous dedication, such as caring for chronically ill patients. Existing volunteer workforces were found to be from a comparatively low educational and economic background. As health issues have become more complicated, this finding poses the question of how could a volunteer workforce with higher attributes and economic status more prepared for dedicated work be recruited. The changing administrative system and decentralization has resulted in the village health volunteer being increasingly implicated in local and national politics. Changing contexts and concerns call into question the relevance of conventional model of VHVs. Case studies, however, suggest increasingly innovative roles and forms of volunteers in health development, ranging from volunteers in hospital settings to disaster relief volunteers. This strongly indicates that the idea of volunteering has been progressively more accepted and will play an increasing role in Thai society in the future.

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

## ภูมิหลังและเหตุผล

ในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่ได้ทำให้ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขไทยในช่วงกลางทศวรรษที่ ๒๕๒๐ มีความชัดเจนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน. หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชน<sup>(๑)</sup> โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่นปัจจุบัน<sup>(๒,๓)</sup>. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนเกือบ ๘๐๐,๐๐๐ คนในทุกชุมชนของไทยมีบทบาทสำคัญได้ร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจนปรากฏเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขไทยที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลก. ความสำเร็จดังกล่าวเป็นสิ่งที่ไม่อาจบรรลุได้ด้วยการดำเนินการโดยอาศัยการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาครัฐแต่เพียงลำพัง.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยดำ

รงอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองและการปรับเปลี่ยนทางนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา. ในระยะแรกของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แรงผลักดันขององค์กรระหว่างประเทศ, เช่น องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ รวมทั้งเงื่อนไขและสถานการณ์ทางสังคมและการเมือง, มีส่วนสำคัญที่เร่งรัดให้การสาธารณสุขมูลฐานและงานอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว<sup>(๔)</sup>. แต่ทว่าในช่วงเกือบ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสความตื่นตัวในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลงทั้งในระดับสากล, ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ<sup>(๕)</sup>. ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว. ในระดับโลก การล่มสลายของขั้วอุดมการณ์ที่แบ่งโลกเป็นเสรี นิยมกับคอมมิวนิสต์ทำให้เส้นแบ่งเดิมที่เคยจัดจำแนกประเทศ ตามอุดมการณ์ทางการเมืองสลายลง, ในขณะที่การค้าเสรี ทุน นิยมโลก และโลกาภิวัตน์แพร่หลายขยายตัวทำให้การสาธารณสุข มีสภาพที่ไร้พรมแดนอย่างไม่เคยเป็น



มาก่อน<sup>(๖)</sup>. โรคแพรร่ระบาดอย่างไรขอบเขตพรมแดนใดๆ ไม่แตกต่างไปจากสินค้า ข้อมูลข่าวสารและผู้คน<sup>(๗)</sup>.

ในระดับประเทศ การประกาศเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้าหลังสงครามเย็นสิ้นสุดลงเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงประเทศให้เป็นอุตสาหกรรม. ระบบเศรษฐกิจไทยได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของทุนนิยมบริวารในระบบทุนโลกอย่างแนบแน่น. การเปิดเสรีทางการค้ารวมทั้งการไหลเข้าของเงินทุนจากต่างประเทศได้ทำให้ประเทศไทยพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศทุนนิยมอย่างก้าวกระโดด. สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่างชัดเจนต่อโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยที่สัดส่วนของคนชั้นกลางขยายตัวอย่างรวดเร็ว<sup>(๘)</sup> ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตทันสมัยแบบตะวันตกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยในยุคหลังสงครามเย็น.

ในขณะเดียวกัน นโยบายการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล, การปฏิรูประบบราชการ, การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ตลอดจนจนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่การก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม, ไม่อาจจะเป็นการอุปถัมภ์ของโรคระบาดใหม่, การเพิ่มมากขึ้นของโรคเรื้อรังต่าง ๆ<sup>(๙)</sup>, กระแสตกต่ำของงานสาธารณสุขมูลฐาน และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นบริบทใหม่ของการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการทบทวนให้เห็นถึงยุทธศาสตร์การทำงานที่ชัดเจนในสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว.

การศึกษาชิ้นนี้เป็นการประเมินบทบาทและศักยภาพของ อสม. ในบริบทใหม่ ๆ ของการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นโดยมุ่งวิเคราะห์ให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานอยู่ภายใต้เงื่อนไขใดในปัจจุบัน, ศักยภาพของ อสม. ในสถานการณ์สังคมและปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ เป็นอย่างไร, รูปแบบการดำเนินการเรื่องอสม. ในปัจจุบันยังมีความเหมาะสมหรือไม่ และจำเป็นต้องมีการปรับแนวคิดเรื่องอาสาสมัครให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ ๆ หรือไม่ อย่างไร.

การศึกษานี้ยังมีเป้าหมายเพื่อเสนอทิศทางและยุทธศาสตร์ใหม่ๆ เพื่อให้บรรลุถึงศักยภาพสูงสุดของอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในสังคมไทย.

การศึกษาประเมินสถานการณ์และศักยภาพของ อสม. มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้

๑. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงาน และกลวิธีการสนับสนุนอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปัจจุบัน.

๒. เพื่อประเมินแนวคิดและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมใหม่และสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป.

๓. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนา รูปแบบงานอาสาสมัครและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.

## ระเบียบวิธีและกระบวนการสังเคราะห์ความรู้

กระบวนการถอดบทเรียนการทำงานอาสาสมัครเริ่มจากการทบทวนสถานการณ์และประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขเบื้องต้น โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง, การจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อระดมประเด็นความคิดเห็นโดยมีนักวิชาการด้านสุขภาพชุมชน, เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคลุกคลีกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, เครือข่ายสมาคมหมออนามัยและเจ้าหน้าที่อนามัย, ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนอาสาสมัครเข้าร่วม เพื่อให้ได้ประเด็นการประเมินผลที่ชัดเจนทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสถานการณ์การทำงานสุขภาพชุมชนและการพัฒนาชุมชนโดยภาพรวม. ข้อค้นพบจากการประชุมปฏิบัติการดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการพัฒนากรอบการประเมินเชิงปริมาณและการทบทวนสถานการณ์เชิงลึกในขั้นตอนต่อ ๆ มา.

การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในภาพรวมระดับประเทศมุ่งประเมินความรู้ วิธีคิดการทำงานทักษะความสามารถ กลวิธีการสนับสนุน และระบบสวัสดิการขวัญและกำลังใจ รวมทั้งประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อ

การทำงานของ อสม. โดยใช้ฐานข้อมูลจากทะเบียนประวัติ อสม. ทั้ง ๗๖ จังหวัด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๙ และ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ๔ กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชนชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน ๑๑ จังหวัด จังหวัดละ ๒ อำเภอ อำเภอละ ๒ ตำบล ตำบลละ ๓ หมู่บ้าน รวม ๑๓๒ หมู่บ้าน จากแบบสอบถามทางไปรษณีย์ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด จำนวน ๗๕ จังหวัด.

นอกจากการทบทวนประเด็นความรู้และสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานการณ์งานสุขภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป, ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมของอาสาสมัครหรือจิตอาสาในสังคมไทย, อาสาสมัครกับการรับมือภัยพิบัติ, กลวิธีการสนับสนุนและสิทธิประโยชน์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว การศึกษาชิ้นนี้ยังได้มีการจัดทำกรณีศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขที่น่าสนใจซึ่งเน้นการถอดประสบการณ์และรูปแบบใหม่ ๆ ในการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุข เช่นอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยโรคเอชไอวี, อาสาสมัครในกลุ่มแรงงานต่างด้าว, หมอพื้นบ้านกับการเป็นอาสาสมัครและการคุ้มครองผู้บริโภค. กรณีศึกษาเหล่านี้เป็นวัตถุประสงค์สำหรับการสังเคราะห์ให้เห็นถึงศักยภาพ ทิศทางและความเป็นไปได้ใหม่ๆ ของขบวนการอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในอนาคต.

## ผลการศึกษา

จากกระบวนการวิจัยทั้งในส่วนของการสำรวจในเชิงปริมาณ, การทบทวนแนวคิดและวิเคราะห์สถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขผ่านกรณีศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในการประชุมปฏิบัติการเพื่อสังเคราะห์บทเรียนและกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในช่วงข้างหน้า ทำให้สามารถประมวลข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

### อสม. กับบริบททางประวัติศาสตร์และอุดมการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

บทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสัมพันธ์กับวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิด

เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการสาธารณสุข-สุขมูลฐาน และเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมการเมืองและปัญหาสุขภาพอนามัยที่สำคัญในยุคนั้น<sup>(๑๐)</sup> จึงกล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผลผลิตของยุคสมัยแห่งการพัฒนาในบริบทของทศวรรษที่ ๒๕๒๐ อันเป็นบริบททางสังคมการเมืองที่มีการต่อสู้ทางอุดมการณ์ทางการเมืองและการแย่งชิงมวลชน. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นในเงื่อนไขความสัมพันธ์เชิงอำนาจและบทบาทด้านความมั่นคงของรัฐในบริบทดังกล่าวทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและขึ้นตรงต่อระบบราชการ<sup>(๑๑)</sup>.

หากมองถึงเงื่อนไขทางการเมืองยุคหลังสงครามเย็นในปัจจุบัน พื้นที่ทางสังคมได้เปิดให้กับการแสดงออกทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขเดิมที่อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของภาครัฐและราชการทำให้มีจิตสำนึกทางการเมืองแบบติดแน่นกับภาครัฐและราชการ จนทำให้จิตสำนึกพลเมืองที่เป็นอิสระไม่สามารถพัฒนาขึ้นได้กว้างขวางเท่าที่ควร. สภาวะดังกล่าวกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนขึ้นเมื่ออำนาจรัฐมีการเคลื่อนจากภาคราชการไปสู่ภาคการเมืองมากขึ้น ในขณะที่ภาคราชการขาดความเข้มแข็งทางวิชาการและไร้อำนาจต่อรองทางการเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงถูกนำไปเป็นฐานเสียงและเป็นเครื่องมือทางการเมือง. การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองโดยชาติจิตสำนึกพลเมืองที่เข้มแข็งนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถมีบทบาทเป็นตัวแทนหรือเป็นปากเป็นเสียงให้กับชุมชนของตนเองได้. กระนั้นก็ตาม บทบาท อสม. สะท้อนความก้าวหน้าของรัฐภาคสาธารณสุขที่สามารถสร้างแนวร่วมการทำงานกับภาคประชาชนได้สูงกว่าส่วนราชการอื่น<sup>(๑๒)</sup>.

ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สาธารณสุขในอดีตก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากปัจจุบัน. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จึงถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ซึ่งมีปัญหาสำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดต่อ เช่น โรคอุจจาระร่วง, โรคติดต่อทางหายใจ, โรคพยาธิ, ปัญหา



อนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสุขภาพและการจัดหาน้ำสะอาด. บทบาทของ อสม. จึงตั้งอยู่บนสถานการณ์สุขภาพแบบหนึ่ง. ในขณะเดียวกัน กระแสนโยบายสาธารณสุขมูลฐานตกต่ำลงทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นจากการเป็นนโยบายเชิงรุกที่ขึ้นกำหนดทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงกลางทศวรรษที่ ๒๕๒๐ กลายเป็นงานเชิงรับที่ถอยร่นและถูกช่วงชิงพื้นที่งานจากนโยบายและทิศทางการงานใหม่ ๆ จากงานที่สามารถระดมบุคลากรที่มีศักยภาพสูงและเป็นพลังฝ่ายก้าวหน้าที่สุดของการสาธารณสุขไทยกลายเป็นงานที่ได้รับลำดับความสำคัญต่ำและยังต้องประคับประคองเอาตัวให้รอด. เมื่อเกิดการเปลี่ยนผ่านด้านวิทยาการระบาดและบริบทการทำงานดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง.

### สามทศวรรษ อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ ๘๐๐,๐๐๐ คนที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขไทยเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในรอบ ๓๐ ปีของการพัฒนาสาธารณสุขไทย. กล่าวได้ว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระตือรือร้นนี่เองที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล. ความสำเร็จอันโดดเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นยังเห็นได้จากการที่หน่วยงานต่าง ๆ มีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร ป่าไม้, การศึกษา เป็นต้น. ที่สำคัญ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยังยืนอย่างไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศอื่น ๆ. หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้น โดยส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปมากแล้ว. แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยนั้นยังดำรงอยู่และมีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถ

ดำเนินการได้หากอาศัยแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น.

ที่สำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน ซึ่งย่อมมีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนหรือเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยแรงจูงใจจากสิทธิประโยชน์เล็ก ๆ น้อย ๆ. แต่เราสามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนเห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี. นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข มีความไว้วางใจและมีเข้าใจที่ดีต่องานสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง ๆ โดยไม่ต้องชี้แจงหรือทำความเข้าใจมาก จนอาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ติดอยู่เสมอ. การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย.

### กระบวนการ อสม. ยังมีชีวิตอยู่และมีภาคสตรีเพิ่มขึ้น

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้นส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปแล้ว. แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูล อสม. ของประเทศไทยพบว่ากระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไทยยังคงมีชีวิตอยู่ในจำนวน อสม. ๗๙๑,๓๘๓ คนนั้น ปรากฏว่ามีอาสาสมัครจำนวนถึง ๒๙๒,๕๙๘ คน (ร้อยละ ๓๖.๘๗) หรือมากกว่า ๑ ใน ๓ ที่มีช่วงเวลาของการเป็น อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี<sup>(๑๓)</sup> ในขณะที่งานสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินการมาเกือบ ๓๐ ปีแล้ว ซึ่งหมายความว่า

ตารางที่ ๑ อาสาสมัครชายหญิง พ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๔๕

พ.ศ.	สัดส่วน อสม. หญิง (คน) ต่อ อสม. ชาย ๑ คน
๒๕๓๖	๑.๗๕๕๓
๒๕๓๗	๑.๘๑๑๔
๒๕๓๘	๑.๘๗๒๕
๒๕๓๙	๑.๙๒๓๓
๒๕๔๐	๑.๙๗๔๔
๒๕๔๑	๒.๐๓๗๘
๒๕๔๒	๒.๐๙๑๖
๒๕๔๓	๒.๑๕๐๓
๒๕๔๔	๒.๒๑๑๘
๒๕๔๕	๒.๒๗๕๓
๒๕๔๖	๒.๓๓๕๖
๒๕๔๗	๒.๓๙๑๒
๒๕๔๘	๒.๔๕๑๐
๒๕๔๙	๒.๕๑๑๐

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อายุการทำงานน้อยๆ เหล่านี้เป็นสมาชิกใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครไม่นาน นี้แสดงให้เห็นว่าขบวนการ อสม. ยังคงมีชีวิตอยู่และยังมีอาสาสมัครใหม่ ๆ เข้ามาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการสนับสนุนและกระแสด้านความตื่นตัวในเรื่องนี้จะไม่สูงนักในช่วงเกือบ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา

นอกจากนั้น การวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลจากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขยังปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนว่ามีผู้หญิงเป็น อสม. มากขึ้น โดยมีอสม.ชาย ๒๓๖,๘๓๓ คน (ร้อยละ ๒๙.๙๓) และอสม.หญิง ๕๕๑,๒๙๙ คน (ร้อยละ ๖๙.๖๖) หรือเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มี อสม. ชายหนึ่งคนต่อ อสม.หญิง ๑.๗๕๕๓ คนใน พ.ศ. ๒๕๓๖ มาเป็นอสม. ชายหนึ่งคนต่อ อสม.หญิง ๒.๓๔๑๐ คนใน พ.ศ. ๒๕๔๙. ขบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้หญิงเป็นองค์ประกอบหลักนี้ทำให้การพัฒนา อสม.ต่อไปในอนาคตจะเพิกเฉยต่อข้อเท็จจริงที่ว่าคนกลุ่มนี้เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้. การมีผู้หญิงมากขึ้นนี้ทำให้กระบวนการ อสม. มีศักยภาพในงานบางด้านมีศักยภาพ

สูงขึ้นเป็นพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก, การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ, การทำงานที่ต้องการความละเอียดและความซื่อสัตย์.

### จุดแข็ง อสม. คือการทำงานเสร็จเป็นครั้งคราวในระยะเวลาอันสั้น

การสำรวจการทำงานตามบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนคือ อสม. ที่มีอยู่มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน, การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูลจปฐ, ข้อมูลอนามัย ประชากร สัตว์ปีก การฉีดวัคซีน เป็นต้น), การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล ดังที่มีบทบาทโดดเด่นในเรื่องไข้หวัดนก<sup>(๑๔)</sup> ใช้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตามเงื่อนไขของวัยและอาชีพที่กว่าร้อยละ ๖๑.๔ ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และอสม. ร้อยละ ๔๔.๔ มีอาชีพเป็นเกษตรกร และร้อยละ ๒๕.๔ ทำงานรับจ้าง. ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. ให้ความสนใจอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้.

ในขณะเดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย, การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น, งานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้านจะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นครั้งคราว ๆ ซึ่งหากพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้. การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่น ๆ จึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย, กลุ่มช่วยเหลือตนเอง.



## คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนไป

หากพิจารณาจากคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า อสม. ร้อยละ ๘๖.๙ จบการศึกษาระดับประถมและไม่มีการศึกษาต่อเนื่อง, ร้อยละ ๕๑.๑ มีอาชีพเกษตรกร, และ ร้อยละ ๑๓.๔ รับจ้าง. ลักษณะดังกล่าวทำให้ไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่งานอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมือง<sup>(๑๕)</sup> ในขณะเดียวกัน อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่มีเศรษฐกิจระดับนั้นไม่ใช่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ อสม. ต้องเข้าหา. อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นอยู่นั้นมีวุฒิการศึกษาระดับ ปวช/ปวส. เพียงร้อยละ ๗.๓ และปริญญาตรีเพียงร้อยละ ๑.๐ และเป็นข้าราชการเกษียณร้อยละ ๔.๔ เท่านั้น ทำให้อาจต้องตั้งคำถามว่า ทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่พร้อมที่จะเสียสละให้เข้าสู่ขบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น.

## อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง

ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปปรากฏเด่นชัดที่สุดจากการกระจายอำนาจ ซึ่งทำให้การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้านละ ๑๐,๐๐๐ บาทผ่านไปทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ อบต.และเทศบาลเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการ. การเปลี่ยนแปลงระบบสนับสนุนที่ว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสีย<sup>(๑๖)</sup>. ในส่วนข้อดีนั้น การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการชุมชนได้ดีขึ้น. ข้อเสียก็คือ ระบบดังกล่าวอาจทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงในระยะประชิด ซึ่งหากไม่มีระบบที่เป็นอิสระมาเป็นตัวกลางก็อาจทำให้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่นส่งผลโดยตรง

ต่อระบบ อสม. เช่น หาก อสม. ทำงานใกล้ชิดหรือเอื้อประโยชน์ให้กับ อบต. ชุดแรก. ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้บริหาร อบต. หลังการเลือกตั้ง อบต. ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่ อาจจะยกเลิก อสม. กลุ่มเดิม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการ อสม. ไม่ได้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเมืองท้องถิ่น.

หากพิจารณาจากบทเรียนในประเทศอื่น ๆ เช่น เนเธอร์แลนด์ ระบบการสนับสนุนงานอาสาสมัครของเขาจะไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากระบบราชการ แต่จะเป็นการให้การสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระที่ทำงานสาธารณะประโยชน์และมีระบบธรรมาภิบาล<sup>(๑๗)</sup> เช่น การมีคณะกรรมการบริหารที่เป็นอิสระเพื่อให้มีหลักประกันว่าเอาเงินไปใช้ตรงกับวัตถุประสงค์. ที่สำคัญก็คือ การพัฒนาระบบองค์กรสาธารณะประโยชน์ที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการทำงานด้านอาสาสมัคร โดยองค์กรเหล่านี้สามารถทำงานในเนื้อหาที่หลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องเป็นอาสาสมัครเฉพาะด้านและสามารถทำหน้าที่ต่อร่วมกับอิทธิพลทางการเมือง รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนที่หลากหลาย โดยไม่ต้องผูกติดอยู่กับแหล่งทุนใดแหล่งทุนหนึ่ง.

ในช่วงเกือบ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีพัฒนาการรูปแบบการจัดการและการประสานงานองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุข, ของการก่อตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และระดับประเทศขึ้น. การเปลี่ยนแปลงนี้ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนอาจปรับเปลี่ยนไปจากเดิมที่การสนับสนุนด้านงบประมาณต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม. เป็นรายชุมชนแต่ในขณะนี้การเกิดชมรม อสม. ในระดับต่าง ๆ ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคีราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นเครื่องมือทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของขบวนการ อสม. โดยรวม. อีกทั้งชมรมในระดับต่าง ๆ เหล่านี้ยังคงอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาวิถีงานของตัวเอง เพราะข้อมูลที่พบก็คือ อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ต่อความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย. ทั้งนี้ กลไกงานที่มีลักษณะรวม

ศูนย์ในระดับที่สูงกว่าจังหวัดอาจมีความจำเป็นน้อยและตกเป็นเครื่องมือทางการเมืองได้ง่าย. ในระดับนโยบายจึงควรให้การสนับสนุนชมรมในระดับอำเภอและตำบลให้มีความเข้มแข็งเพียงพอ สำหรับการเป็นฐานของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับท้องถิ่น.

การเกิดขึ้นของ อสม. ชนชั้นนำและความเกี่ยวข้องกับ การเมือง เช่นเดียวกันกับการประเมินผลการดำเนินงานของ ผสส. และ อสม. ที่เกิดขึ้นในช่วง ๑๐ ปีแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๙ การประเมินบทบาทของ ผสส. และ อสม. ที่กำหนดไว้แตกต่างกัน มีข้อค้นพบว่า อสม. สามารถมีบทบาทได้ชัดเจนในขณะที่ ผสส. มีบทบาทน้อยกว่ามาก<sup>(๑๘)</sup>. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นแม้จะไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นหัวหน้าของ ผสส. แต่ในทางปฏิบัติ ผสส. มีสถานะเป็นเพียงผู้ช่วย. การประเมินผลดังกล่าวได้ทำให้มีการตัดสินใจในเวลาต่อมาให้มีการยกระดับให้เป็น อสม. เหมือนกันหมดและให้มีการตั้งตำแหน่งประธาน อสม. ขึ้น. จากการวิเคราะห์พบว่าประธาน อสม. ในปัจจุบันมีบทบาทมากขึ้นในงานด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ประธาน อสม. ต้องเข้าไปสัมพันธ์กับหน่วยงานราชการที่เอางานต่าง ๆ มาลงอย่างต่อเนื่อง บทบาทและหน้าที่จึงมากระจุกอยู่ที่ประธาน อสม. ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่ที่เหลือกลับกลายมามีบทบาทไม่ต่างจาก ผสส. เดิมมากนัก กล่าวคือมีหน้าที่หลักในด้านการแจ้งข่าวสาร, สืบหาข้อมูล และรณรงค์งานสาธารณสุขเป็นครั้งคราว และมีบทบาทค่อนข้างจำกัดในงานด้านการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น.

ในขณะเดียวกัน ฐานอสม. ที่มีอยู่อย่างทั่วถึงทุกชุมชนและเป็นองค์กรที่เน้นการทำประโยชน์ให้กับชุมชน (คือเน้นพระคุณมากกว่าพระเดช) ทำให้ อสม. กลายเป็นเป้าหมายที่ภาคการเมืองต้องการเข้ามาเกี่ยวข้องและครอบครองเป็นฐานคะแนนเสียง, มีการหาเสียงกับ อสม. ด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเพิ่มสวัสดิการให้, การพา อสม. ไปเที่ยวหรือการจัดงานชุมนุม อสม. เพื่อให้หนักการเมืองมาหาเสียง. กลวิธีที่ราชการรับผิดชอบในการให้การสนับสนุน อสม. เองก็ขาดความเข้มแข็งและ

ความเป็นอิสระพอที่จะทนแรงรูกจากฝ่ายการเมือง หรือไม่ก็สมรู้ร่วมคิดกับฝ่ายการเมืองเพื่อประโยชน์จากความก้าวหน้าในอาชีพราชการของตนเอง. ยิ่งนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้เป็นนโยบายหลักที่โดดเด่นก็ยิ่งทำให้การตรวจสอบจากภาคส่วนต่าง ๆ ลดน้อยลง. ปัญหานี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบธรรมาภิบาลที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับธรรมชาติและจุดเด่นของงานอาสาสมัครที่ต้องมีความเป็นอิสระและไม่ยึดถือความเป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมือง.

### การเกิดขึ้นของรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลาย

แนวโน้มของการเกิดความหลากหลายของรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่ทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นไปอย่างกว้างขวางขึ้น. ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชน สาธารณะประโยชน์ได้ทำให้ อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคมและได้ร่วมเรียนรู้จากความเคลื่อนไหวทางสังคมอื่น ๆ ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่น ๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุขด้วย เช่น กรณีหมอพื้นบ้านที่ดูแลเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยด้วยความเอื้อเฟื้อตามวัฒนธรรมท้องถิ่น<sup>(๑๙)</sup>, อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน, ทูบินัมเบอร์วัน, เครือข่ายจิตอาสา, การทำความดีเพื่อในหลวง, อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ, อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า, อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด, อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา, รวมไปถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย<sup>(๒๐)</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิได้ทำให้เกิดความตื่นตัวของอาสาสมัครโดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวซึ่งหลังไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยและพัฒนาเป็นขบวนการและเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น. ในท่ามกลางความหลากหลายเหล่านี้เราอาจเห็นแบบแผนของอาสาสมัครอย่างน้อย ๔ ลักษณะ คือ

- ความหลากหลายทางชนชั้น ในหมู่คนชั้นล่าง แนวคิดเรื่องการอาสาตนเพื่อการทำงานส่วนรวมนั้นเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับโลกทัศน์แบบจารีต ที่ให้ความสำคัญกับเรื่อง





บาปบุญคุณโทษทางศาสนธรรม และเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความสัมพันธภาพแบบระบบอุปถัมภ์. รูปแบบอาสาสมัครจึงอยู่ในวิถีชีวิตและเป็นส่วนหนึ่งของวิถีปฏิบัติทางศาสนา. ส่วนในหมู่คนชั้นกลางที่มีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว นั้น ได้ก่อตัวจนมีบทบาทสำคัญในงานด้านอาสาสมัครและองค์กรสาธารณประโยชน์. อาสาสมัครแบบคนชั้นกลางจึงมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกับอุดมคติของชีวิต อาทิ การทำความดีเพื่อความอิมใจและเพื่อความหมายที่สมบูรณ์ของชีวิต ในขณะที่แนวคิดอาสาสมัครในหมู่มชนชั้นสูงมีลักษณะสัมพันธ์กับแนวคิดการสงเคราะห์ เกื้อกูลแก่ผู้ด้อยโอกาสหรือคนทุกข์ยาก. การส่งเสริมงานอาสาสมัครจึงต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความหลากหลายที่แตกต่างกันของชนชั้นต่าง ๆ.

- ความหลากหลายตามลักษณะพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง. ความแตกต่างนี้ไม่ใช่ลักษณะของวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่เป็นความแตกต่างทั้งรูปแบบโครงสร้างทางสังคม การก่อตัวและการยอมรับในบทบาทอาสาสมัคร รวมทั้งภารกิจของอาสาสมัครที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อมในเขตชนบท จากกลุ่มที่ทำงานสาธารณสุขด้านสุขภาพ. ในปัจจุบันมีการรวมกลุ่มที่ถือว่าเป็นงานอาสาสมัครที่มีเนื้อหาและรูปแบบหลากหลายเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านอาชีพ กองทุน ผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น. สำหรับงานอาสาสมัครในเขตเมืองเองก็เกิดลักษณะความหลากหลายอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครเพื่อผู้บริโภคร อาสาสมัครช่วยเหลือผู้พิการ อาสาสมัครในสถานเด็กกำพร้า รวมทั้งองค์กรบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนเมือง เช่น เรื่องเวลาอาสาสมัครที่คนเมืองทำงานประจำออฟฟิศสามารถใช้เวลาได้เฉพาะในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์.

- ความหลากหลายด้านทักษะและความรู้ของอาสาสมัคร ที่มีตั้งแต่อาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะสูงไปถึงอาสาสมัครที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ. อาสาสมัครที่ไม่ต้องการทักษะมากนัก เช่น อาสาสมัครปลูกป่า หรือทำความสะอาดศาสนสถาน เป็นกิจกรรมที่มีอาสาสมัครเล่นสามารถมีส่วนร่วมได้ง่าย ทักษะระดับปานกลาง เช่น การอ่านหนังสือ

บันทึกเสียงให้ผู้พิการทางตาใช้ฟังหรืออาสาสมัครแบบทักษะสูง เช่น อาสาสมัครสมาลิตันที่รับโทรศัพท์ให้คำแนะนำปรึกษาคนที่คิดจะฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนอบรมมาอย่างดีหรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

- ความหลากหลายของอาสาสมัครแบบร่วมมือจนถึงตรวจสอบภาครัฐ ในความหลากหลายของอาสาสมัครที่เกิดขึ้นนี้ ยังปรากฏให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองขั้วของบทบาทในการทำงาน. ขั้วหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือกับรัฐในการทำงานต่าง ๆ แต่ในอีกขั้วหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่ทำงานตรวจสอบ ทวงสิทธิ์และต่อรองกับรัฐ. อาสาสมัครในบทบาทหลังนี้เป็นพัฒนาการที่เกิดควบคู่กับการเติบโตของจิตสำนึกพลเมืองที่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและทำหน้าที่ตรวจสอบรัฐมากกว่าที่จะอยู่ใต้อาณัติของรัฐอย่างสยบยอม. อาสาสมัครบางประเภท เช่น อาสาสมัครเอดส์ มีทั้งสองบทบาทผสมกันระหว่างความร่วมมือกับรัฐในการทำงานช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์และการต่อสู้ต่อรองกับรัฐ เช่น การต่อสู้เพื่อผลักดันมาตรการให้รัฐยอมรับสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, เครือข่าย อสม. อำเภอ บางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ทำงานด้านสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน<sup>(๒๑,๒๒)</sup>.

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งก็คือ เมื่อการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขต้องทำงานสนองเจตนาหรือวาระงานขององค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งก็มีเจตย์หรือความคาดหวังของตัวเองที่แตกต่างกัน ทำให้ อสม. ต้องผันตัวเองไปตามเจตย์นั้น ๆ มากขึ้นไปด้วย, จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายว่า หาก อสม. ไม่สามารถบูรณาการงานต่าง ๆ ที่เจ้าภาพล้วน แต่มีวาระงานของตนเพื่อให้เป็นวาระสุขภาพท้องถิ่นของตัวเองได้แล้ว การทำงานก็จะเป็นไปแบบแยกส่วนเป็นเรื่อง ๆ จนเกิดภาระงานหลายด้านและขาดการบูรณาการ จนทำให้ อสม. บางส่วนหลุดออกจากการเป็น คนของชุมชนเพราะองค์กรภายนอกมีผลต่อการทำงานมากกว่า. ในแง่นี้จึงมีเสียงเรียกร้องให้คืน อสม. ให้ชุมชนซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาธิปไตยด้านสุขภาพ.

## ข้อเสนอแนะ: การสร้างอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้างต้นจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าแนวทางการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องก้าวไปสู่การสร้างหลากหลายของงานอาสาสมัคร โดยการมีอาสาสมัครหลากหลายรูปแบบ นอกจากจะช่วยแบ่งเบาภาระการทำงานของ อสม. แล้ว ยังจะสามารถพัฒนางานอาสาสมัครสุขภาพในพื้นที่ที่ไม่สามารถใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขมาตรฐานได้ ซึ่งจะเป็นการขยายความสำเร็จจากพื้นที่ชนบทที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการไว้เป็นแบบอย่างไปสู่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่ โดยใช้สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเครื่องมือส่งเสริมจิตสำนึกสาธารณะและจิตอาสาให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของสังคมเพื่อให้มาร่วมกันสร้างสุขภาวะและทำความดี. ในการปฏิบัติมุ่งสู่เป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องดำเนินยุทธศาสตร์ดังนี้

๑. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขมาสู่การเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ในขณะที่การให้การสนับสนุนทางการเงินแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ปรับไปสู่การให้การสนับสนุนไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทนได้ทำให้บทบาทการเป็นเจ้าของ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขปรับไปสู่การเป็นพี่เลี้ยงและผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการเป็นหลัก. การสนับสนุนรูปแบบอาสาสมัครอื่น ๆ จะช่วยขยายฐานอาสาสมัครให้มีความหลากหลายและกว้างขวางขึ้น.

๒. การสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเองในพื้นที่ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการสร้างและสนับสนุนให้เกิดระบบอาสาสมัครในด้านที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเองขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องนำงานของทุกกรมกองไปลงที่ อสม. แต่ให้มีกลุ่มหรือเครือข่ายของผู้มีจิตอาสาที่สนใจช่วยเหลืองานของตนขึ้น เช่น อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค, อาสาสมัครส่งเสริมสมุนไพร, หมอยาอาสา, หมอนวดอาสา, อาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือกันด้านโรคเอดส์, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, อาสาสมัครอนุภาค, ลูกเสือ, หมออาสา, อาสาสมัครต้านเหล้า-บุหรี่, อาสาสมัครดูแลเหยื่อเมาแล้วขับ. ทั้งนี้ต้องเป็นการดำเนินงานด้วยการ

สร้างจิตใจอาสาสมัครอย่างแท้จริง เพื่อไม่ให้กลายเป็นองค์กรภายใต้ระบบอุปถัมภ์และตกอยู่ในวังวนของการทาลิทธิประโยชน์มาเพิ่มเติมเหมือนองค์กรอาสาที่ราชการ โดยให้การจัดสรรสิทธิประโยชน์เป็นเรื่องขององค์กรที่อาสาสมัครเหล่านี้เป็นผู้จัดการ. การดำเนินการดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้เกิดงานอาสาสมัครที่กว้างขวางขึ้นแล้ว ยังทำให้หน่วยงานสาธารณสุขได้พัฒนางานของตนเองให้มีคุณค่าเพียงพอที่จะเชิญคนให้อาสาช่วยเหลืองานของหน่วยงานตนได้อย่างสมัครใจ.

๓. การเปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขรองรับอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด โดยทำให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถเปิดรับอาสาสมัครมาช่วยงานในหน่วยงานได้ ไม่ว่าจะเป็นการรับอาสาสมัครมาช่วยงานในสำนักงานและงานบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล, งานสงเคราะห์ผู้ป่วยหรือการเยี่ยมที่บ้าน, อาสาสมัครรับฝากดูแลเลี้ยงเด็กเล็กเพื่อให้แม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลได้, อาสาสมัครในงานประชุมสัมมนาที่มีอยู่ตลอดทั้งปี. ทั้งนี้ควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูลอาสาสมัคร ข้อมูลหน่วยงานที่ต้องการอาสาสมัคร รวมทั้ง matching หรือ placement services, และระบบการฝึกอบรมให้แก่ผู้สนใจมาเป็นอาสาสมัครในระบบสาธารณสุข. ในอนาคตอาจกำหนดให้การเมืองค์กรอาสาสมัครเข้าร่วมงานในระบบโรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล.

๔. ควรมีนโยบายส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนชนบทให้กว้างขวางหลากหลายมากขึ้น เพื่อสร้างและหนุนช่วยงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งปัจจุบันทำงานเป็นหลักได้ในบางด้าน เช่น งานสำรวจข้อมูล, งานรณรงค์และการเผยแพร่ข่าวสาร. ส่วนงานที่ยืดเยื้อเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต, ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นที่ต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุดจนแทบจะเรียกได้ว่าเป็นงานเต็มเวลาอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ อสม. ไม่สามารถที่จะทำได้มากนัก. ในแง่นี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบขององค์กรอาสาสมัครอื่น ๆ เข้ามาเสริม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง, กลุ่มญาติ, เครือข่ายผู้ปกครองหรือพ่อแม่ของเด็กป่วย; หรือ



หากเป็นไปได้ อาจมีการจัดตั้งนักเรียน ลูกเสือ อนุชาชาติหรือครูในโรงเรียนอาสาที่จะมาช่วยทำเรื่องเหล่านี้ ก็จะเกิดรูปแบบใหม่ ๆ ของงานอาสาสมัครได้ เช่น กลุ่มมิตรภาพบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เกิดขึ้น, หรือกลุ่มเฝ้าระวังขนมหวานเด็กของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน, กลุ่มเฝ้าระวังความรุนแรงที่มีการดำเนินการที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

๕. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัคร ที่ผ่านมากการเป็นอาสาสมัครเป็นบทบาทที่บุคลากรสาธารณสุขคาดหวังจากผู้อื่นโดยตนเองเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากผลงานของอาสาสมัคร เพื่อการสร้างสำนึกที่เห็นคุณค่าของงานอาสาสมัครอย่างแท้จริงควรสนับสนุน "จิตอาสา" ในหมู่บุคลากรอันเป็นการสร้างวัฒนธรรมการเป็นอาสาสมัครให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรด้านสาธารณสุข. ในปัจจุบันได้มีบุคลากรที่มีจิตใจเสียสละช่วยเหลืองานสาธารณะอยู่แล้ว เช่น การเป็นอาสาสมัครเลือกตั้งหรืออาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย. สิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติมคือการทำให้เป็นระบบและสร้างให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร.

๖. การสร้างระบบงานและระบบการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระของ อสม. ให้ขบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้ในลักษณะที่ไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมืองและไม่ถูกการเมืองมาแสวงประโยชน์, เพื่อให้ อสม. สามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว. การไม่เป็นฝักเป็นฝ่ายไม่ได้หมายความว่าไม่สามารถรับการสนับสนุนจากพรรคการเมืองได้ แต่ให้สามารถแสวงหาการสนับสนุนจากภาคการเมืองทุก ๆ ส่วนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการผูกขาดจากผู้ถือครองอำนาจรัฐ. แนวทางหนึ่งในการดำเนินการก็คือการสร้างระบบการสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระแทนการจ่ายเงินสนับสนุนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจเป็นปัญหาในระยะยาวเพราะจะบั่นทอนกระบวน อสม. โดยรวม ทำให้ อสม. แบ่งเป็นฝักเป็นฝ่าย ดังที่เริ่มพบว่าคณะผู้บริหารเทศบาลที่ได้รับเลือกตั้งใหม่ได้ยกเลิก อสม. ชุดเดิมเพื่อเลือก อสม. ของตนขึ้นมาใหม่. หากเป็นเช่นนี้ อสม. ก็จะแตกออกเป็น ๒ พวกทันที.

## บทส่งท้าย

การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครในงานด้านการแพทย์และสุขภาพนอกจากจะเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสร้างศักยภาพของระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยโดยรวมอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าอาสาสมัครนั้นเป็นทั้งแนวทางและเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะการที่ประชาชนพลเมืองมีจิตสำนึกในการขันอาสาทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยไม่หวังผลตอบแทนนั้น เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลแก่สังคมส่วนรวมที่ไม่เพียงก่อให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณะ. ที่สำคัญยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งใหญ่ต่อการพัฒนาตนเองของผู้ที่อาสาเข้ามาทำงานส่วนรวม เพราะผลตอบแทนที่ได้นั้นเป็นความภาคภูมิใจและการเรียนรู้คุณค่าความหมายของชีวิตที่ไม่อาจซื้อหาได้ด้วยเงิน.

## กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการชิ้นนี้เป็นผลผลิตของความร่วมมือทางวิชาการของหลายฝ่ายในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนาโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). ผู้เขียนขอขอบคุณนักวิจัยที่ร่วมกันดำเนินโครงการดังกล่าวทั้งการวิจัยเชิงปริมาณโดย สุจินดา สุขกำเนิด, แสงเทียน อัจฉิมานกูร, ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมานกูร, กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ และนักวิชาการที่ทำหน้าที่ทบทวนองค์ความรู้และจัดทำกรณีศึกษาต่าง ๆ ได้แก่ ชาดิชาชย มุกสง, ประชาธิป กะทา, ฉันทนา ผดุงทศ, วิชิต เปานิล, รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชาดิชาชย สุวรรณนิตย, ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ชัยณรงค์ สังข์จ่าง, พนมวรรณ คาดพันโน, เชิงชาญ โนจา, สมพงศ์ สระแก้ว และ ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล, ชีรวัดณ์ แดงกะเปา, รุ่งนภา มาลารัตน์, ศิริพร เหลืองอุดม, ศीलเรืองศักดิ์ สุกใส, เสณี จำวีสูตร, ประสิทธิ์ชัย หนูนวนล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล, สฤษฎี สุทธิ, ธนช กนกเทศ, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในวาระต่าง ๆ ที่ทำให้การศึกษาวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้.

## เอกสารอ้างอิง

๑. WHO. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981.
๒. อมร นนทสุต, Raden Husdee. Thailand from policy to implementation. In: Tarimo E, Creese A, editors. Achieving health for all by the year 2000. Geneva:WHO; 1990. p. 244-55.
๓. ปรีชา ดีสวัสดิ์. Primary health care in Thailand. In: Reynolds DC, จำลอง หารินสุต, editors. Rural health research for primary health care in Southeast Asia. Bangkok: 1985. p. 47-54.
๔. Morgan L. Community participation in health: The politics of primary health care in Costa Rica. Cambridge, UK: Cambridge Univ Press; 1993.
๕. Sambo L. Revitalizing health services using the primary health care approach in the African region. International Hospital Federation Reference Book, 2006-2007. p.12-15.
๖. Friedman T. The world is flat: A brief history of the twenty-first century. New York: Farrar, Staus & Giroux; 2007.
๗. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. Health and human condition in the age of violence, epidemics, and natural disaster: localizing global crises. บรรยายใน Kyoto University International Symposium "Co-existing with nature in a "globalizing" world - Field Science Perspectives ณ กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย, วันที่ ๒๑-๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๘.
๘. ผาสุข พงศ์ไพจิตร, Baker C. Thailand's boom and bust. Bangkok: Silkworm; 1998.
๙. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๑๐. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Pub Hlth 2004; 94: 1864-74.
๑๑. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด; ๒๕๔๘.
๑๒. บัณฑิต อ่อนคำ. บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๓. ข้อมูลเชิงปริมาณในการประเมินศักยภาพ อสม. กระจายละเอียดได้จาก สุจินดา สุขกำเนิด. การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; ๒๕๕๐.
๑๔. WHO. Thailand's village health volunteers blaze the trail for avian flu work in the communities. New Delhi: World Health Organization, Southeast Asia Regional Office; 2006. p.7.
๑๕. ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานในทศวรรษก่อนของ Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in Northeast Thailand: an ethnographic field study. Internat J Nursing Studies 1997; 34: 249-55.
๑๖. วิจิต เปานิล, รุญา ชัชวาลยางกูร, ชาติชาย สุวรรณนิคย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. กลไกสนับสนุนกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสากับสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; ๒๕๕๐.
๑๗. Weekers S. A report from the Netherlands. In: Weekers S, Pijl M, editors. Home care and care allowances in the European Union. Utrecht: NIZW; 1998. p. 147-77.
๑๘. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๐.
๑๙. ยงศักดิ์ ดันติปฏิภก. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับหมอพื้นบ้าน. โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๙.
๒๐. สมพงษ์ สระแก้ว, ปฎิมา ตั้งปรัชญากุล. อาสาสมัครสุขภาพต่างชาติ (อสต.) : กลไกการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพอนามัยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร. โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๙.
๒๑. ชีร์วัฒน์ แดงกะเป่า. บทบาท อสม. กับงานสุขภาพองค์กรร่วม กรณีที่บ้านสี่แยกสวนป่า จังหวัดนครศรีธรรมราช. โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๙.
๒๒. ชาติชาย มุกสง. ธรรมชาติของการเมืองแบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภครักษาการณีก่อกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคสี่แยกสวนป่า อ. บางขัน จ. นครศรีธรรมราช. เอกสารวิชาการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ หมายเลข ๑. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; ๒๕๔๘.