

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง

เอกพงษ์ เกยงค์*

บทคัดย่อ

บทบรรณนิทัศน์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการทบทวนงานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นประเด็นต่างๆ ซึ่งพบว่า จากอดีตถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ล้วนมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสุขภาพของประชาชน ในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนนั้น ภาครัฐไม่สามารถดำเนินการเพียงลำพังได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจัดว่าเป็นกำลังสำคัญของภาคประชาชน เนื่องจากเป็นคนที่อยู่ในชุมชนสามารถรับรู้ความเป็นไปและเข้าใจชุมชนได้อย่างถ่องแท้ จึงได้รับความเชื่อถือจากพื้นที่ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรายได้เพิ่มขึ้น ควรพัฒนาทักษะของอาสาสมัครฯ ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ควรปรับบทบาทอาสาสมัครฯ โดยเน้นการเป็นผู้ประสานงานหรือพี่เลี้ยงให้แก่ชุมชนให้มากขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การเปลี่ยนแปลง

Abstract The Performance of Village Health Volunteers in the Midst of Change Eakpong Keyong*

*Khiri Mat Hospital, Sukhothai Province

The purposes of this review article were to determine situation changes affecting performance of village health volunteers. The data were collected by reviewing documents and related research and then synthesized data in accordance with the objectives. The results showed that from the past to the present, there are many changes, from policy, finance, social and information technology. These changes affected the performance of village health volunteers and community health. Managing community health problem, governments could not manage alone. They needed participation of public sector, especially village health volunteers who were the mainspring of the public sector because they have lived in the community and known the background of their area, therefore, they have received the trust of the community. The recommendations concerning increasing operational effectiveness of the village health volunteers included the following: promoting income generation, strengthening information technology skills, and building up the coordinator or community mentoring role.

Keywords performance, village health volunteer, change

*โรงพยาบาลศิริมาศ จ.สุโขทัย

บทนำ

จากอดีตถึงปัจจุบัน งานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ล้วนมีผลกระทบต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งทางตรงและทางอ้อม^(1,2) เช่น นโยบายจ่ายค่าป่วยการให้แก่ อสม. ซึ่งมีผลทำให้ อสม. มีขวัญและกำลังใจในการทำงานมากขึ้น การพัฒนาหลักสูตรการอบรมจากส่วนกลาง ซึ่งทำให้ อสม. มีความรู้และทักษะที่มากขึ้น หรือการมีแอปพลิเคชันเครือข่ายสังคมออนไลน์ของ อสม. ทำให้ อสม. สามารถติดต่อหากันระหว่างกลุ่มได้ง่ายขึ้น มีความคุ้นเคยกันมากขึ้น ทำให้ติดต่อประสานงานกันง่ายขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น อสม. อาศัยอยู่ในชุมชนจึงสามารถรับรู้ความเป็นไปและเข้าใจชุมชนได้อย่างถ่องแท้ ทำให้ได้รับความไว้วางใจจากคนในพื้นที่ ดังนั้นในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพที่ดีจึงขาด อสม. ไปไม่ได้^(2,3)

ในปัจจุบัน การปฏิบัติงานของ อสม. ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพต่อประชาชนในระดับชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน^(4,5) แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของ อสม. หลายประการ เช่น การดำเนินงานมีรูปแบบที่ค่อนข้างตายตัว ปัญหาการสร้างแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทน หรือปัญหาการเมืองในบางท้องที่ที่มีก๊วน อสม. เป็นฐานคะแนนเสียง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ย่อมจะส่งผลกระทบต่อไปถึงสุขภาพของคนในชุมชนด้วย^(2,5-8) ในบทความนี้จะศึกษาวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งข้อมูลจากบทบรรณนิทัศน์นี้อาจจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนบริหารจัดการกำลังคนในกลุ่ม อสม. ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เริ่มจากการรวบรวมเอกสารที่เป็นหนังสือทาง

ราชการ ฎกระทรวงต่างๆ ของภาครัฐ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีการขอข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ฐานข้อมูลงานวิจัยออนไลน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเอกสารหรือบทความที่คัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมจะต้องเป็นหนังสือทางราชการที่มีการระบุหน่วยงานที่สังกัดอย่างชัดเจนเช่น ฎกระทรวง พระราชบัญญัติ หนังสือสั่งการ รายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ อสม. นอกจากนี้ถ้าเป็นบทความต้องเป็นงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่หรือตีพิมพ์ ซึ่งอาจจะเป็นการตีพิมพ์ในประเทศไทยหรือต่างประเทศ เมื่อทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ รวมถึงผลกระทบต่อการทำงานของ อสม.

ผลการศึกษา

การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) มีการส่งเสริมให้ประชาชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว โดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและสนับสนุนให้ อสม. รวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน และเป็นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน⁽⁹⁾ ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ได้มุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่โดยให้ อสม. มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน แต่สิ่งที่เป็นปัญหาคือการฝึกอบรม อสม. ยังขาดความเป็นระบบและขาดการสนับสนุนที่ชัดเจนและต่อเนื่อง^(7,10)

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10



(พ.ศ. 2550 - 2554) ได้เห็นการพัฒนาคุณภาพคน โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พุทธศักราช 2550 สำหรับใช้เป็นหลักสูตรแกน เพื่อพัฒนา อสม. ให้มีบทบาทเป็นแกนนำสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถทำหน้าที่ได้สมบทบาทอย่างสมเกียรติภูมิ⁽¹⁰⁾ และต่อมาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) มุ่งเป้าไปที่ประชาชนชุมชน ท้องถิ่น การสร้างภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเน้นการบริการเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ จึงทำให้เกิดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพ อสม. มากขึ้น เช่น หลักสูตรอบรมฟื้นฟู อสม. เชี่ยวชาญ หลักสูตร อสม. นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย หลักสูตร อสม. ในการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคเชิงรุก^(1,4,6) นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ สิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด บุตรของ อสม. มีสิทธิได้รับโควตาเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสิทธิประโยชน์อื่นๆ รวมทั้งกองทุนต่างๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นกำหนด^(1,11) จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายข้างต้นไม่ว่าจะเป็นการจัดให้มีหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ อสม. มีผลทำให้ อสม. มีความรู้และศักยภาพเพิ่มมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายได้ดีขึ้น และการจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ อสม. ทำให้ อสม. เกิดแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการทำงาน ซึ่งแรงจูงใจส่งผลต่อการปฏิบัติงานโดยตรง

การเปลี่ยนแปลงด้านงบประมาณ

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ภาครัฐสนับสนุน

งบประมาณการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงานแก่ อสม. อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ได้ผลที่น่าพอใจ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในด้านค่าน้ำมัน และค่าเบี้ยเลี้ยงจึงไม่สามารถออกนอกเขตได้ และการสนับสนุนเอกสารความรู้ต่างๆ ก็ยังล่าช้า ไม่ทั่วถึง และไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ อสม. ยังมีความรู้ที่น้อยและไม่ต่อเนื่อง^(12,13) ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 มีการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว เน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน โดยสนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาทต่อหมู่บ้านต่อปี เพื่อให้แกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก อย่างไรก็ตาม จากการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนกิจกรรมการศึกษาดูงานของอาสาสมัครร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซ้อมยาไว้ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเกินความจำเป็น และพบว่า อสม. ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สมบูรณ์น้อยมาก^(7,9)

จากปัญหาข้างต้นทำให้ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 จึงมุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยมีการจัดสรรงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน แต่เกิดวิกฤตด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง จึงทำให้องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจจะถูกมองหรือตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง^(2,7) ต่อมาในช่วงยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้มุ่งส่งเสริม อสม. เชิงรุก โดยเริ่มมีการเบิกจ่ายค่าสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. คนละ 600 บาทต่อเดือน ซึ่งเงินค่าป่วยการนี้เป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจตั้งไว้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการสร้างความเข้าใจแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่าไม่ใช่เงินเดือนหรือค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการทำลายหลักการของ อสม. และการเกิดผลเสียในระยะยาว^(10,11) ซึ่งการ

เปลี่ยนแปลงด้านงบประมาณดังกล่าว มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น เนื่องจาก อสม. ต้องมีผลงานจึงจะได้รับค่าป่วยการดังกล่าว

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 พบการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ที่เห็นได้ชัดเจนในระดับโลก และมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตคนไทย โดยเฉพาะรูปแบบการเจ็บป่วย^(9,12) ซึ่งพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น เกิดจากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและสภาพอากาศถูกทำลาย เกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพมากมาย การเอารถเอาเปรียบผู้บริโภคที่ไม่รู้เท่าทัน มีการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากชนบทสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสังคมในชนบท ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุและเด็กถูกทอดทิ้ง ในขณะที่เดียวกันปัญหาสังคมเมืองก็มีความซับซ้อนและขยายตัวมากขึ้น นอกจากนี้การปฏิบัติงานของ อสม. ไม่ได้มีแผนปฏิบัติรองรับอย่างชัดเจน ทำให้ อสม. บางส่วนไม่ปฏิบัติงาน อีกทั้งยังมีความรู้และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในชุมชน^(12,14)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 พบว่า อสม. มีจำนวนเพิ่มขึ้นจนในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนถึง 1,047,800 คน^(2,14,15) (Figure 1) การที่มีประชาชนยังสนใจเข้ามาสมัครเป็น อสม. สะท้อนให้เห็นถึง

การเห็นความสำคัญของสุขภาพในชุมชนของตน และยังพบว่าในอนาคต อสม. จะมีแนวโน้มเป็นผู้หญิงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่องานในบางลักษณะงานที่ อสม. เพศหญิงทำได้ดีกว่า โดยเฉพาะงานที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อนและประณีต เช่น การเฝ้าระวังเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคุมกำเนิด⁽¹⁶⁾ การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเด็กเล็ก⁽¹⁷⁾ การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง แต่งานที่ต้องอาศัยพลังกำลังอาจจะปฏิบัติงานไม่ได้เท่าอสม. ที่เป็นเพศชาย นอกจากนี้ อสม. มักจะสามารถปฏิบัติงานในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การรณรงค์ตรวจลูกน้ำยุงลาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชน การสำรวจข้อมูลอนามัยในหมู่บ้าน เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านวัยและอาชีพที่ต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ไม่สามารถให้ อสม. ทำงานที่มีความต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมจึงทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. ในเขตเมืองใหญ่ๆ ไม่ค่อยสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนในเมืองใหญ่ที่มีฐานะและการศึกษาที่สูงๆ มักจะให้ความเชื่อถือแก่นักวิชาการทางการแพทย์มากกว่า^(2,14,15)

ท่ามกลางจำนวน อสม. ที่เพิ่มขึ้นนั้น ปัญหาสุขภาพของคนไทยก็ทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งพบว่าสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียด้านสุขภาพมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม

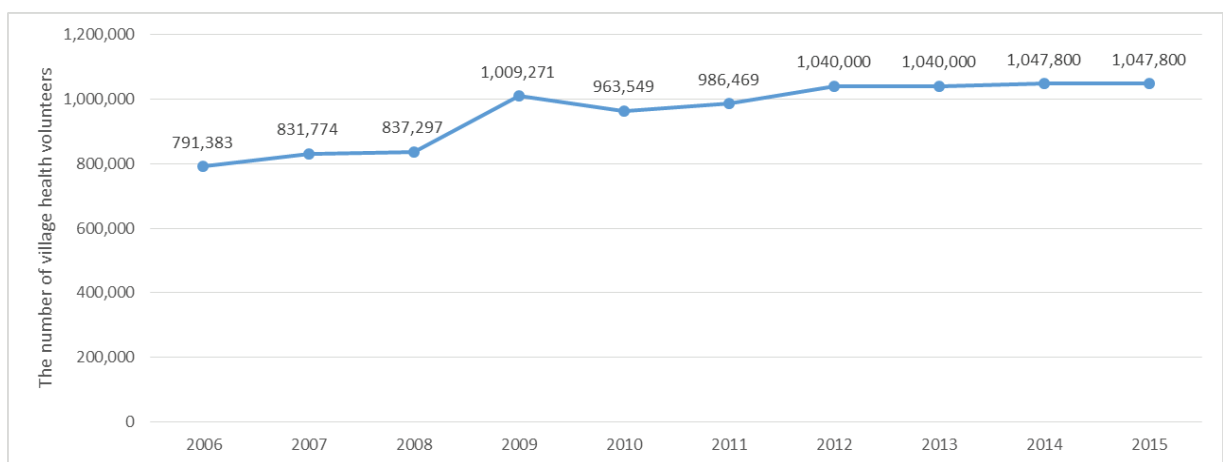


Figure 1 The number of village health volunteers in Thailand from 2006 to 2015^(2,14,15)

มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽¹⁸⁾ จนเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศ นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มขึ้น^(6,19) ปัญหาจากมลภาวะ ปัญหาการกระจายรายได้ซึ่งนำไปสู่การแปลกแยกทางสังคมและความไม่สงบทางการเมือง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ^(2,14) นอกจากนี้สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น⁽²⁰⁾ ซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงในช่วงวัยแรกเกิด จากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงวัยหนุ่มสาว และจะกลับสูงขึ้นอีกในวัยกลางคนและสูงที่สุดในช่วงวัยชรา) นอกจากนี้จำนวนคนพิการยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²¹⁾ ซึ่งจากปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น อสม. จึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญ ในการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนในด้านต่างๆ มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ

ท่ามกลางความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เติบโตมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้สังคมไทยมีแนวโน้มเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น⁽²⁰⁾ ส่งผลต่อรูปแบบปฏิบัติงานของ อสม. โดยอาจต้องให้ความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม

แม้ว่าระบบสารสนเทศจะทันสมัยมากขึ้น แต่ประเทศไทยก็ยังคงประสบปัญหาทางด้านจัดการข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งปัญหาที่สำคัญได้แก่ กลไกเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม มีความซ้ำซ้อน ขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เกิดปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งเนื่องมาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะ และไม่เข้าใจวิธีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยในการตัดสินใจ ปัญหาข้างต้นยังคงเป็นปัญหาตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุขไปจนถึงระดับของ อสม. ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม.⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศดังกล่าวทำให้เกิดสื่อความรู้ต่างๆ มากขึ้น อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น และเกิดการประสานงานที่ง่ายและสะดวกรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าในอดีต

จากการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของ อสม. ดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งสามารถสังเกตได้จากผลการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยมีร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามลำดับจากอดีตถึงปัจจุบัน⁽²²⁻²⁵⁾ (Figure 2)

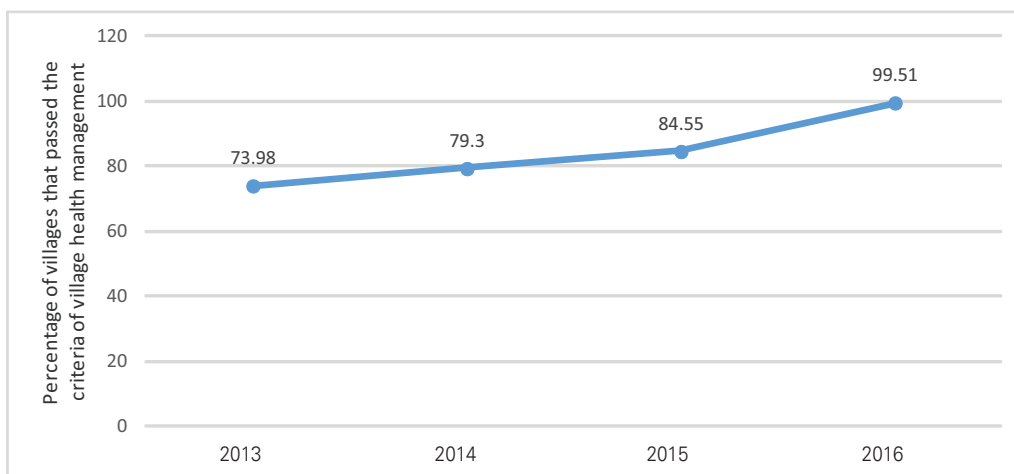


Figure 2 Percentage of villages that passed the criteria of village health management in Thailand from 2013 to 2016⁽²²⁻²⁵⁾

วิจารณ์

จากผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องกับ อสม. จะเห็นว่าทางภาครัฐได้ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานของ อสม. มาโดยตลอด โดยในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ได้พยายามมุ่งเน้นการกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัว โดยให้ อสม. รวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน และต่อมาในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 ได้พยายามปรับประยุกต์เอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการปฏิบัติงานของ อสม. โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา แต่ในช่วงนั้นยังขาดกระบวนการส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วม และการทำงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน จากปัญหาข้างต้นจึงทำให้มีการพัฒนาหลักสูตรมาตรฐาน อสม. พุทธศักราช 2550 สำหรับใช้เป็นหลักสูตรแกน ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งทำให้ อสม. มีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบและมีความชัดเจนมากขึ้น และต่อมาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 ทางภาครัฐได้พยายามที่จะขยายเป้าหมายไปที่ท้องถิ่นและภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น โดยมุ่งเน้นทำให้เกิดเครือข่ายที่มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัย ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า ภาครัฐได้พยายามดำเนินงานในมุมมองขององค์รวมมากขึ้นโดยจะไม่มองแค่ อสม. กับผู้ป่วย แต่จะมองไปถึงบริบท สภาพแวดล้อม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย

ในส่วนของผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางด้านงบประมาณจะเห็นว่าในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7-9 นั้น ได้มีการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ อสม. โดยมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และพยายามกระจายงบประมาณไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้มีส่วนร่วมในการจัดทำกิจกรรมดูแลสุขภาพของชุมชน แต่กลับพบว่า ยังขาดความพร้อมทางด้านเครื่องมือและอุปกรณ์

รวมถึงงบประมาณที่กระจายไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถูกนำไปใช้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของงบประมาณ ต่อมาในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้มุ่งส่งเสริม อสม. เชิงรุก โดยมีการจ่ายค่าสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. คนละ 600 บาทต่อเดือน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านงบประมาณนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า ภาครัฐได้พยายามใช้งบประมาณกระตุ้นการมีส่วนร่วม จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแต่ยังประสบปัญหาในมาตรการที่ชัดเจนในการกำกับการใช้งานงบประมาณที่โปร่งใส และในส่วน ค่าสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. (ค่าป่วยการ) ถึงแม้ว่าภาครัฐมุ่งหวังให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แต่ก็ควรระวังในเรื่องของคุณภาพควบคุมไปกับปริมาณผลงานของ อสม. ด้วย

ในส่วนของผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเทคโนโลยีสารสนเทศนั้น จะเห็นว่าตั้งแต่ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 เป็นต้นมา ได้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการเจ็บป่วยมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น โดยในช่วงแรกๆ นั้น อสม. ยังไม่ได้มีแผนปฏิบัติอย่างชัดเจน มีความรู้น้อย และขาดความมั่นใจในการทำงาน จากนั้นทางภาครัฐมีการปรับกลยุทธ์ โดยมีหลักสูตรการอบรม มีการประเมินผลที่ชัดเจนมากขึ้น และใช้ระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการปฏิบัติงานมากขึ้น⁽²⁶⁾ อย่างไรก็ตามรูปแบบการทำงานของ อสม. ก็ยังถูกจำกัดด้วยวัยและอาชีพของ อสม. นอกจากนี้ในเขตเมืองก็ยังพบปัญหาการดำเนินงานที่เกิดจากปัจจัยทางด้านฐานะและการศึกษาที่ค่อนข้างสูงของประชาชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าภาครัฐได้พยายามปรับรูปแบบการทำงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทของการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน โดยได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผลที่ชัดเจนมากขึ้น และมุ่งการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าโดยการปรับปรุงกลยุทธ์การบริหารจัดการและใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน



ข้อเสนอแนะ

จากการเปลี่ยนแปลงและปัญหาในหัวข้อต่างๆ ที่ได้กล่าวเอาไว้ข้างต้น ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยวางอยู่ภายใต้บทบาทที่ถูกกำหนดไว้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข และอิงตามหลักฐานการศึกษาทางวิชาการโดยข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการมีรายละเอียดดังนี้

1. ส่งเสริมให้ อสม. มีรายได้เพิ่ม⁽²⁷⁻²⁹⁾ และงานที่ทำให้ อสม. มีรายได้เพิ่มนั้นสามารถสร้างสุขภาพให้แก่ชุมชนได้ด้วย เช่น การจัดตั้งชมรมปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อสุขภาพ หรือการจัดตั้งสหกรณ์ขายสินค้าหัตถกรรมจากผู้สูงอายุซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แล้วยังช่วยรักษาระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้เป็นปกติไม่รู้สึกรำคาญท้อทึง เนื่องจากได้พบปะพูดคุยกับ อสม. และกับผู้สูงอายุด้วยกันเอง อีกทั้งยังเป็นการสร้างรายได้ทางอ้อมให้กับ อสม. อีกด้วย ซึ่งการได้รับการฝึกพัฒนาอาชีพเสริมหรือการเพิ่มรายได้ ทำให้ อสม. มีจิตอาสา ยอมเสียสละเวลาส่วนตัวและครอบครัวเพิ่มมากขึ้นเกิดความภาคภูมิใจในการเป็น อสม. และเกิดแรงจูงใจในการทำงาน⁽²⁹⁻³¹⁾

2. พัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของ อสม. ให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าของวิทยาการในปัจจุบันให้มากขึ้น และภาครัฐควรพัฒนารูปแบบของเทคโนโลยีสารสนเทศที่ อสม. สามารถทำความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ง่าย โดยยึดหลักสิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยแต่ให้ประสิทธิผลสูง

3. ปรับบทบาท อสม. โดยเน้นการเป็นผู้ประสานงานหรือพี่เลี้ยงให้แก่ชุมชนให้มากขึ้น โดยเน้นกระบวนการสร้างเสริมพลัง (empowerment) และนำต้นทุนหรือรากฐานที่มีอยู่ในชุมชนมาสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ วัสดุเครื่องมือ รวมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น^(30,32-34)

4. ในแต่ละพื้นที่ควรมีการพัฒนากระบวนการอบรมโดยมุ่งให้ อสม. มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยนำมาตรฐานกลางมาปรับประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของบริบทหรือวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ ในการพัฒนา

หลักสูตรนั้น จะต้องแสวงหาการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาชุมชน เทศบาล เป็นต้น และหลังจากการอบรมไปแล้วควรมีการติดตามและกระตุ้นพฤติกรรมของ อสม. เป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ อสม.⁽³⁵⁻³⁸⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Office of Policy and Strategic. National Health Development. Plan of The National Economic and Social Development Plan issue 11(2012-2016). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary for Public Health; 2012.
2. Chuengsatiansup K. Village health volunteers: potential and strategies in changing circumstances. Mohanamai Journal 2007;17(3):7-20. (in Thai).
3. Department of Health Service Support. Guideline for promoting volunteerism in the health care system. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2007.
4. Primary Health Care Division. Standards training course for village health volunteers (VHVs) age group healthcare managers 2014. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2014. (in Thai).
5. Siripaiboon P. Role development of public health volunteers in primary health care: a case study of Phayathai district. Academic Services Journal 2010;21(2):30-44. (in Thai).
6. Primary Health Care Division. Documentation workshop for consumer protection in health care system and the public health system policy driven: guidelines for the public health sector fiscal year 2016. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2015. (in Thai).
7. Primary Health Care Committee Office. Strategic plan for public health sector issue no. 9 (2002-2006). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Publishers; 2003.
8. Potavech E, Chansamart R, Kosolgitiumpron S, Yupart Y. Factors affecting the performance on basic public health of the village public health volunteers in Srichiangmai district, Nongkhai province. Rajabhat Maha Sarakham University Journal 2008;2(3):265-74. (in Thai).
9. Primary Health Care Committee Office. Results based community health Management. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Publishers; 2002.
10. Primary Health Care Committee Office. Strategic plan for public

- health sector issue no. 10 (2007-2011). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Publishers; 2008. (in Thai).
11. The government gazette. Ministerial rule of Ministry of Public Health for village health volunteers 2011. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011. (in Thai).
 12. Primary Health Care Committee Office. Primary health care in Thailand. Bangkok: Primary Health Care Committee Office; 2000. (in Thai).
 13. Primary Health Care Committee Office. Management of primary health care under the new budget system. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Publishers; 2000. (in Thai).
 14. Department of Mental Health. Community mental health: national report 2008. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2009. (in Thai).
 15. Public Health Sector Information System. Database training for VHV report system 2015 Nonthaburi: Primary Health Care Division; 2015 [cited 2016 Apr 10]. Available from: <http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=4>.
 16. Puria M, Tamangb A, Shrestha P, Joshi D. The role of auxiliary nurse-midwives and community health volunteers in expanding access to medical abortion in rural Nepal. *Reproductive Health Matters* 2015;22(44):94-103.
 17. Pant PR, Budhathoki B, Ellis M, Manandhar D, Deave T, Mytton J. The feasibility of community mobilisation for child injury prevention in rural Nepal: a programme for female community health volunteers. *BMC Public Health* 2015;15:430.
 18. Bureau of Non Communicable Disease. Incidence per 100,000 in 6 diseases population in Thailand from 2007 to 2014 Nonthaburi: Department of Disease Control; 2015 [cited 2016 Mar 10]. Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>. (in Thai).
 19. National Statistical Office. Road traffic accidents. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology 2015 [cited 2016 Mar 10]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries21.html>. (in Thai).
 20. National Statistical Office. The 2014 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2014.
 21. Office of the Permanent Secretary. Statistics of registered disabled people in Thailand. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2013. (in Thai).
 22. Public Health Sector Information System. Percentage of villages that passed the criteria of village health management 2013. Nonthaburi: Primary Health Care Division; 2013 [cited 2017 Feb 17]. Available from: <http://www.thaiphc.net/survey/index.php?r=hcReport/resProvTam&year=2556>. (in Thai).
 23. Public Health Sector Information System. Percentage of villages that passed the criteria of village health management 2014. Nonthaburi: Primary Health Care Division; 2014 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://www.thaiphc.net/survey/index.php?r=hcReport/resProvTam&year=2557>. (in Thai).
 24. Public Health Sector Information System. Percentage of villages that passed the criteria of village health management 2015. Nonthaburi: Primary Health Care Division; 2015 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://www.thaiphc.net/survey/index.php?r=hcReport/resProvTam&year=2558>. (in Thai).
 25. Public Health Sector Information System. Percentage of villages that passed the criteria of village health management 2016. Nonthaburi: Primary Health Care Division; 2016 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://www.thaiphc.net/survey/index.php?r=hcReport/resProvTam&year=2559>. (in Thai).
 26. Primary Health Care Division. Primary health care guideline fiscal year 2017. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2016. (in Thai).
 27. Srirawong P. Factors affecting potentials of village health volunteers(Or-Sor-Mor) in village health management of Amnat Charoen province (master thesis). Ubon Rachathani: Ubon Rachathani Rajabhat University; 2012. (in Thai).
 28. Lopet S. Associated factors to role performance in primary health care of village health volunteers. *Journal of Yala Rajabhat University* 2011;6(2):140-9. (in Thai).
 29. Bunying J, Armartpundit T, Kumsuchart S. Factors affecting to health volunteer participation in village health promoting administration in Ubon Rachathani province. *KKU Journal for Public Health Research* 2012;Special Issue:65-75. (in Thai).
 30. Maneewong J, Panthu K. Factors predicting health promoting behaviors of village health volunteers at Sanamchai subdistrict, Suphanburi province. *Journal of Nurses Association of Thailand* 2013;31(2):183-92. (in Thai).
 31. Promsak C. Motivation performance of village health volunteers (VHVs), Phaisali district, Nakhon Sawan province. *Northern regional primary health care journal* 2008;20(10):21-5. (in Thai).
 32. Changkaew W, Lila S, Wongnam P, Junprasert S. The multi-level structural equation model of performance effectiveness of village health volunteers (VHVs). *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2014;22(1):73-89. (in Thai).
 33. Saengtippovorn S, Taneepanichskul S. Effectiveness of lifestyle change plus dental care (LCDC) program on improving glycemic and periodontal status in the elderly with type 2 diabetes. *BMC Oral Health* 2014;14:72.
 34. Bureau of Evaluation. Evaluation report fiscal year 2013. Village health volunteers promote proactive project. Bangkok: Bureau of the Budget; 2014. (in Thai).



35. Curtale F, Siwakoti B, Lagrosa C, LaRaja M, Guerra R. Improving skills and utilization of Community Health Volunteers in Nepal. *Social Science & Medicine* 1995;40(8):1117-25.
36. Rashid SF, Hadi A, Afsana K, Begum SA. Acute respiratory infections in rural Bangladesh: cultural understandings, practices and the role of mothers and community health volunteers. *Tropical Medicine & International Health* 2001;6(4):249-55.
37. Phetry C. A development of refresher training curriculum for village health volunteers, Sukhothai province. *Primary Health Care Journal* 2016;11(2):48-56. (in Thai).
38. Hsien M, Chung L, Hazmi H, Cheah WL. Role performance of community health volunteers and its associated factors in Kuching district, Sarawak 2017 [cited 2017 Feb 16]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jeph/2017/9610928/>.