

แนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว* MANAGEMENT GUIDELINES FOR IMPROVE EFFECTIVENESS OF VILLAGE HEALTHCARE VOLUNTEER IN FAMILY CARE TEAM

อัมพร กรอบทอง*, พิศมัย จารุจิตติพันธ์, เกียรติชัย วีระญาณนท์

Amporn Krobthong*, Pisamai Jarujittipant, Kietchai Veerayannon

คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ปทุมธานี ประเทศไทย

Faculty of Political Science, North Bangkok University, Pathumthani, Thailand

*Corresponding author E-mail: Amporn.krob@northbkk.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพ และปัญหาการบริหารจัดการของ “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานตามพันธกิจของ “อสม.ใน ทีมหมอครอบครัว” แยกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กรและปัจจัยบุคลากร 3) ศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการที่มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานตามพันธกิจ 4) เสนอแนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดำเนินงาน เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากหมอสาธารณสุขที่กำกับดูแล “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่าง 394 ชุด สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ทรงคุณวุฒิที่เลือกแบบเจาะจง 19 ท่าน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบัน “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” ได้รับการยอมรับดี ปัญหาในการดำเนินงานมากที่สุด คือสภาพสังคมเมือง และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี 2) ประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามระดับการศึกษา และ ประสบการณ์ 3) กระบวนการบริการ ร่วมกันส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน และการบรรลุวัตถุประสงค์องค์กรได้ร้อยละ 62.0 และ 51.5 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ การจัดองค์กร การบริหารงบประมาณ การวางแผน การรายงานติดตามผล และการประสานงานระหว่างทีม ตามลำดับจากมากไปน้อย 4) แนวทางการเพิ่มประสิทธิผลการดำเนินงาน ควรมุ่งสร้างสมรรถนะการทำงานของ อสม.ทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยี รวมถึงการพัฒนาาระบบประกันคุณภาพ และการบริหารงบประมาณ ตามกิจกรรมการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์โครงการ

คำสำคัญ: อสม.ในทีมหมอครอบครัว, การบริหารจัดการ, ประสิทธิภาพ

Abstract

The objectives of this study were to analyze 1) the current conditions, problems, and participation of Village Health Volunteers (VHV) in the Family Care Team, 2) the operational effectiveness classified according to factors of organizational characteristics and personnel factors, 3) the management process factors that affect the effectiveness of Village Health Volunteers in the implementation of the Family Care Team, and 4) to present management guidelines to

increase the effectiveness of the operation. It is a survey research using mixed methods. For quantitative data, data were collected from public health doctors supervising VHV through random sampling method, resulting in 394 sets of statistics. Data analysis included percentages, means, standard deviations, one-way ANOVA, and multiple regression analysis. Qualitative data were collected using a semi-structured questionnaire. The sample group consisted of 19 experts selected through purposive sampling for content analysis. The results of the research showed that 1) The current status of VHV in the Family Care Team was generally accepted by the community. Challenges identified included the use of technology and urban social issues 2) The effectiveness of VHV's work varied significantly when considering educational levels and experience. 3) Collaborative service processes significantly influenced the effectiveness of FPA practice and organizational goal attainment, with percentages of 62.0 and 51.5, respectively. Influential factors included organizational structure, budget management, planning, performance reporting, and team coordination, in descending order of importance and 4) Guidelines to enhance the effectiveness of VHV's work should focus on health literacy knowledge and technological skills, developing quality assurance systems, and aligning budget management with work activities and project outcomes.

Keywords: Village health volunteers in Family Care Team, Managerial administration, Effectiveness

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นจิตอาสาจากภาคประชาชนที่เข้ามาช่วยเหลืองานสาธารณสุขของประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2509 โดยให้มีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554 ข) ผลการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ยอมรับได้ว่า อสม.คือผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี ช่วยดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านและชุมชนได้ มีหน้าที่โดยรวมคือ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน” ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มอบหมายให้ อสม.อีกหนึ่งบทบาท คือเป็น “หมอประจำบ้าน”ตามโครงการ “ทีมหมอครอบครัว” เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ ดูแลใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) โดยให้คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ดังนี้ หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อสม. หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือแพทย์ในโรงพยาบาล การตั้ง“ทีมหมอครอบครัว”เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึง เน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของ 3 หมอ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของประชาชนในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษาเบื้องต้น และส่งต่อโรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ผลการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทใหม่ดังกล่าว พบว่า ถึงแม้ อสม.จะผ่านการปฏิบัติงานมายาวนาน แต่การดำเนินงานในบทบาทของ หมอประจำบ้านในทีมหมอครอบครัว ยังไม่เห็นประสิทธิผลของงานชัดเจน จากข้อมูลในอดีต พบว่าผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในบางพื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ดำเนินกิจกรรมอย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นระบบ และในบางพื้นที่ที่มีขนาดใหญ่ควรปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยลักษณะของปัญหา มีดังนี้ ปัญหาด้านการประสานงาน ปัญหาการจัดทำรายงาน บันทึก ปัญหาคุณสมบัติและความรู้ของ อสม. รวมถึงจำนวน อสม. และปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุน ทั้งในด้านอุปกรณ์ใน

การปฏิบัติงาน และสวัสดิการที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นหัวข้อวิจัยเพื่อค้นหาแนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำผลการศึกษามาใช้ นำไปกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัวแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง หมอสาธารณสุข หมอครอบครัว เพื่อนำผลการวิเคราะห์จากงานวิจัยมาใช้ ในการสนับสนุนการทำงานของ “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้น เกิดความเข้มแข็งของ การแพทย์ปฐมภูมิ สร้างความยั่งยืนและส่งผลโดยรวมต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินงานจะขึ้นกับ 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากร และลักษณะองค์กร 2) กระบวนการบริหารจัดการ 3) สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวคิดในแนวระบบ (System Theory) ของ คาสต์ และ โรเซนซไวค์ (Kast & Rosenzweig, 1985) และทฤษฎีกระบวนการบริหาร ของ กุลlick และ เออร์วิค (Gulick, L. & Urwick, L., 1937) ซึ่งประกอบไปด้วย กระบวนการ ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การจัดองค์กร 3) การจัดการเกี่ยวกับบุคลากรในองค์กร 4) การอำนวยการ ซึ่งรวมถึงการเสริมแรงจูงใจ และการให้ปัจจัยคำจุน 5) การประสานงานระหว่างทีมต่างๆ 6) การรายงานติดตามผล และ 7) การบริหารงบประมาณ สามารถนำไปพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อเป็นปัจจัยต้นที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ที่บรรลุเป้าหมายตามพันธกิจ ทั้งในรูปผลการปฏิบัติงานตามแบบ อสม.1 (ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน, 2565) และผลลัพธ์ที่ต้องการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554 ก) เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งของการแพทย์ปฐมภูมิ ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง มีพึ่งพาตนเองมากขึ้น (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพ และปัญหาการบริหารจัดการของ “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
2. ศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานตามพันธกิจของ “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” แยกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร และปัจจัยด้านบุคลากร
3. ศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการที่มีผลต่อ ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามพันธกิจ ของ “อสม. ในทีมหมอครอบครัว”
4. วิเคราะห์และนำเสนอแนวทางการจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของ “อสม. ในทีมหมอครอบครัว”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้วิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 และสิ้นสุดเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วิธีการเชิงปริมาณ: ประชากรผู้ตอบ คือ หมอสาธารณสุขในรพ.สต.ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล “อสม.ในทีมหมอครอบครัว” ในพื้นที่ 12 เขตสุขภาพ จำนวน 9,767 แห่ง (ศูนย์มาตรฐานรหัส และข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ, 2565) สำหรับการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของหมอสาธารณสุข ผู้วิจัยใช้การคำนวณ ด้วยสูตรของ ทาโร ยามานะ ใช้ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 (Yamane, T., 1967) ได้จำนวนตัวอย่าง 384 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง แบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งตามเขตสุขภาพ 12 เขต และในแต่ละเขตสุขภาพ ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ที่มีอยู่ในแต่ละเขต แจกแบบสอบถาม โดยขอความอนุเคราะห์ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม

(Questionnaire) โดยมีขั้นตอนการออกแบบเครื่องมือ คือ สร้างจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) และพิจารณาความคิดเห็น จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องที่ได้เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าใช้ได้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.973 ซึ่งถือว่าใช้ได้ การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และแบบสำรวจออนไลน์ (Google Forms) ซึ่งได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 411 ชุด มีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 394 ชุด การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้ 1) การวิเคราะห์ความแตกต่างของความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวโดยวิธีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดเห็น การทดสอบที (t-test) และโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) แยกกลุ่มตาม ลักษณะองค์กร และปัจจัยบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ 2) การวิเคราะห์กระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวโดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis)

วิธีการเชิงคุณภาพ: ข้อมูลสำคัญได้มาจากข้อมูลทุติยภูมิ ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในงาน อสม. โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 19 ท่าน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มีประสบการณ์ในงาน อสม. ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 4 ท่าน 2) แพทย์หัวหน้าทีมที่กำกับดูแลทีมหมอครอบครัว มาไม่น้อยกว่า 1 ปีจำนวน 7 ท่าน และ 3) หมอสาธารณสุข บุคลากรใน รพ.สต. ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล “อสม. ในทีมหมอครอบครัว” มาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 8 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากอาจารย์ที่ปรึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อขอสัมภาษณ์ นัดหมาย ดำเนินการสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ท่าน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ท่านละประมาณ 1 ชั่วโมง การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สรุปประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ประกอบการสังเคราะห์ แนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพ ปัญหาการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว จากข้อมูลกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในแต่ละเขตสุขภาพ อสม. มีการดำเนินงานและส่งรายงานการปฏิบัติงาน ตามแบบ อสม.1 ไม่แตกต่างกัน โดยมีการปฏิบัติงานประมาณ 7,571.87- 9,272.40 ครั้ง/คน/เดือน และมีการปฏิบัติงานสูงสุด ในกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมโรค (4,845.56 ครั้ง/คน) กิจกรรมการให้ความรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (973.47 ครั้ง/คน) และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (788.88 ครั้ง/คน) กิจกรรมที่มีการปฏิบัติได้น้อยสุด คือ กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การรณรงค์ให้ผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมในโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ เขตไทรโยค (788.88 ครั้ง/คน) ตามตารางที่ 1 ในการมีส่วนร่วมส่งรายงาน

ผ่านระบบแอปพลิเคชัน SMART อสม.พบร้อยละ 60.49 และส่วนร่วมในกิจกรรม นอกเหนือแบบ อสม.1 ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า อสม. สามารถเข้าร่วมได้เพียงร้อยละ 39.06 จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ความคิดเห็นส่วนใหญ่คิดว่า สภาพการทำงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว มีประสิทธิภาพดี สามารถลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุได้ ชุมชนมีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น ลดการเดินทางไปโรงพยาบาลในกรณีที่ไม่จำเป็น ทั้งนี้คิดว่ามีอุปสรรคบ้าง ในด้านอายุ และประสบการณ์ของ อสม.คุณลักษณะองค์กรไม่มีผลต่อประสิทธิภาพ แต่ถ้ามีการะงาน (จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ต่อจำนวน อสม.) อาจมีผลกระทบ ปัจจัยภายนอกที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คิดว่ามีปัญหามากที่สุด คือ เทคโนโลยี และ สังคมเมือง ปัญหาจากการกระจายอำนาจ การย้าย รพ.สต. ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจทำให้มีปัญหาในการประสานงาน และ ในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อสม.มีบทบาททั้งการชี้แจง อุปสรรคในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ แต่ยังไม่ค่อยกล้าแสดงออก

ตารางที่ 1 การส่งรายงานกิจกรรมการปฏิบัติงานตามแบบ อสม.1 (ครั้ง/คน) แยกตามกิจกรรม

เขตที่	ส่งเสริมสุขภาพ	เฝ้าระวังควบคุมโรค	การฟื้นฟูสุขภาพ	การคุ้มครองผู้บริโภค	การจัดการสุขภาพชุมชน	กิจกรรมอื่นๆ	การสนับสนุนอสม.	การใช้ยา/ผลิตภัณฑ์	ร่วมทีมหมอครอบครัว	รวม
1	766.89	4,256.63	261.32	327.07	144.98	64.08	375.10	858.37	517.43	7,571.87
2	812.44	4,978.93	321.50	349.42	141.31	66.84	420.35	993.43	718.43	8,802.66
3	766.28	4,706.59	272.26	321.93	141.37	64.12	420.95	1,001.11	667.72	8,362.32
4	871.05	5,510.69	347.84	409.38	141.33	51.46	436.45	961.32	542.88	9,272.40
5	809.34	4,882.98	317.60	359.59	120.81	37.77	368.50	844.61	494.32	8,235.52
6	751.87	5,227.28	337.51	413.31	138.15	53.82	382.03	1,000.42	568.08	8,872.46
7	789.12	4,453.81	271.43	348.49	214.10	83.20	319.46	997.39	927.94	8,404.95
8	757.70	4,837.87	275.13	366.44	201.68	71.44	325.58	1,057.93	921.17	8,814.92
9	858.36	4,960.22	271.63	341.18	176.79	81.02	411.82	1,064.19	909.26	9,074.47
10	774.32	4,626.77	268.12	370.54	202.41	66.06	329.31	1,027.37	890.71	8,555.62
11	675.15	5,488.42	280.63	365.50	129.84	76.69	383.80	1,004.19	560.13	8,964.35
12	822.76	5,177.27	286.30	382.06	110.30	74.67	392.36	846.35	450.08	8,542.15
รวม	788.88	4,845.56	287.28	360.23	161.67	67.11	374.10	973.47	707.12	8,565.40

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของประสิทธิภาพ โดยวิธีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และเปรียบเทียบ t-test จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร และปัจจัยด้านบุคลากร

ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าหมู่บ้านส่วนมาก ร้อยละ 57.36 มีจำนวนประชากรน้อยกว่า 1,000 คนและมีจำนวนหลังคาเรือน ตั้งแต่ 100-200 หลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้านมีจำนวนอสม.ในทีม แตกต่างกัน ตั้งแต่น้อยกว่า 10 คน จนถึงมากกว่า 20 คน ในหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีจำนวนอสม.หมอประจำบ้านมากกว่า 2 คน(ร้อยละ 72.08) ปัจจัยด้านบุคลากร พบว่าอสม.ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.23 และมีอายุมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 66.18) โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 47 ปี ในด้านระดับการศึกษา พบร้อยละ 48.29 มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา และร้อยละ 51.71 มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.62 อาชีพหลักอสม. ส่วนใหญ่คือทำการเกษตร (ร้อยละ 62.28) ส่วนมากมีประสบการณ์ในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี(ร้อยละ 63.45) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพ ตามด้านคุณลักษณะขององค์กร และปัจจัยด้านบุคลากร ได้ผลดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลของการวิเคราะห์ประสิทธิผลการดำเนินงานตามพันธกิจของ “อสม.ในทีมหมอครอบครัว”
แยกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร และปัจจัยด้านบุคลากร

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	ปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร					ปัจจัยด้านบุคลากร				
	ขนาดประชากร	ขนาดหลังคาเรือน	จำนวนอสม.ในทีม	ที่ตั้ง	เพศ	อายุ	อาชีพ	สถานภาพสมรส	การศึกษา	ประสบการณ์
การปฏิบัติงาน 9 กิจกรรม (ตามแบบ อสม.1)	x	x	x	/	x	x	x	x	/	/
การบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ	x	x	x	/	x	x	x	x	x	/

/ หมายถึง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

x หมายถึง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กรในด้านขนาดขององค์กร ทั้งขนาดประชากร ขนาดหลังคาเรือน จำนวน อสม.ในทีมหมอครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ในที่ตั้งขององค์กร เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านบุคลากร แยกตามกลุ่มเพศ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านบุคลากร ในด้านระดับการศึกษาของ อสม. พบว่าถ้าอสม.ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมหรือสูงกว่า เทียบกับหมู่บ้านมีอสม.ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมหรือต่ำกว่า จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการปฏิบัติงาน 9 กิจกรรม (ตามแบบ อสม.1) แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ปัจจัยด้านบุคลากรในด้านประสบการณ์ของอสม. พบว่าหมู่บ้านที่อสม.ในทีม มีประสบการณ์ในตำแหน่งเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี และหมู่บ้านที่อสม.ในทีม มีประสบการณ์ในตำแหน่งเฉลี่ยน้อยกว่า 10 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในการปฏิบัติงาน 9 กิจกรรม และการบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ

3. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านปัจจัยการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน 9 กิจกรรม และ ประสิทธิผลในการบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ แสดงได้ดัง ตารางที่ 3 และ 4 ดังนี้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน 9 กิจกรรม

ตัวแปรอิสระ	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	SE	Beta		
(ค่าคงที่)	.601	.130		4.602	.000
การวางแผน	.068	.043	.074	1.603	.110
การจัดองค์กร	.185	.048	.197	3.828**	.000
การจัดการเกี่ยวกับบุคลากร	.009	.047	.010	.197	.844
การอำนวยความสะดวก	.144	.059	.148	2.431*	.016
การประสานงานระหว่างทีม	.133	.060	.132	2.223*	.027
การรายงานติดตามผล	.184	.056	.199	3.300**	.001
การบริหารงบประมาณ	.145	.040	.167	3.655**	.000

$R = 0.792$, $R^2 = 0.626$, $Adj. R^2 = 0.620$, $SEE = 0.49365$, $F = 92.489^{**}$, $p\text{-value} = .000$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรอิสระร่วมกันอธิบายประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน 9 กิจกรรม ได้ร้อยละ 62.0 ส่วนที่เหลือร้อยละ 38.0 เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยอื่น ทั้งนี้ถ้าปัจจัยอื่นๆ คงที่ กระบวนการบริหาร ทั้งการ

วางแผน การจัดองค์กร การจัดการเกี่ยวกับบุคคลากร การอำนวยความสะดวก การประสานงานระหว่างทีม การรายงาน ติดตามผล และ การบริหารงบประมาณ จะส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถเรียงลำดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้ คือ การจัดองค์กร การบริหารงบประมาณ การรายงานติดตามผล การอำนวยความสะดวก และ การประสานงานระหว่างทีม ตามลำดับจากมากไปน้อย

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร

ตัวแปรอิสระ	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	SE	Beta		
(ค่าคงที่)	.541	.161		3.361	.001
การวางแผน	.140	.052	.139	2.660**	.008
การจัดองค์กร	.205	.060	.201	3.444**	.001
การจัดการเกี่ยวกับบุคคลากร	.025	.058	.025	.425	.671
การอำนวยความสะดวก	.087	.073	.081	1.182	.238
การประสานงานระหว่างทีม	.145	.073	.131	1.967*	.050
การรายงานติดตามผล	.138	.069	.136	2.001*	.046
การบริหารงบประมาณ	.138	.049	.145	2.809**	.005

$R = 0.723$, $R^2 = 0.523$, $Adj. R^2 = 0.515$, $SEE = 0.60861$, $F = 60.557^{**}$, $p\text{-value} = .000$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรอิสระร่วมกันอธิบายประสิทธิผลในการบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร ได้ร้อยละ 51.5 ส่วนที่เหลือร้อยละ 48.5 เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยอื่น ทั้งนี้ถ้าปัจจัยอื่น ๆ คงที่ กระบวนการบริหาร ทั้งการวางแผน การจัดองค์กร การจัดการเกี่ยวกับบุคคลากร การอำนวยความสะดวก การประสานงานระหว่างทีม การรายงาน ติดตามผล และ การบริหารงบประมาณ จะส่งผลต่อประสิทธิผลในการบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถเรียงลำดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้ คือ การจัดองค์กร การบริหารงบประมาณ การวางแผน การรายงานติดตามผล และ การประสานงานระหว่างทีม ตามลำดับจากมากไปน้อย

4. ผลการสังเคราะห์ที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว

1. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวที่สัมพันธ์กับคุณลักษณะขององค์กร และปัจจัยบุคคลากร

จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว ไม่แตกต่างกันในขนาดองค์กรที่แตกต่างกัน รวมถึงจำนวนของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว แต่จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยที่ส่งผล คืออัตราส่วนระหว่างจำนวนอสม. ต่อจำนวนหลังคาเรือน ส่วนปัจจัยด้านที่ตั้ง จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าประสิทธิผลแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ ต่างจากข้อมูลทฤษฎีภูมิที่ได้รับจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเขตสุขภาพที่มีระดับประสิทธิผลต่ำตามความคิดเห็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีประสิทธิผลสูง ในข้อมูลทฤษฎีภูมิ

จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ พบสอดคล้องกันคือประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว แตกต่างกันปัจจัยด้านประสิทธิภาพของอสม. และปัจจัยด้านการศึกษา ส่วนปัจจัย

ด้านเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่มีผลต่อการดำเนินงานตามแบบ อสม.๑ ในด้านอายุของ อสม.พบว่าจากข้อมูลเชิงปริมาณ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ต่างจากจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่มีความเห็นว่าปัจจัยด้านอายุ มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว

2. ปัจจัยการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าการบริหารจัดการ ทั้งการวางแผน, การจัดองค์กร, การจัดการเกี่ยวกับบุคลากร, การอำนวยความสะดวก, การประสานงานระหว่างทีม, การรายงานติดตามผล, การบริหารงบประมาณ ล้วนมีผลต่อปฏิบัติงานและการบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ จากข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่าการอำนวยความสะดวกโดยเฉพาะการเสริมปัจจัยจูงใจ ให้การยกย่องเชิดชู และการบริหารงบประมาณ มีผลมากที่สุด ในขณะที่กระบวนการอื่นๆมีความสำคัญเช่นกัน ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า การจัดองค์กร การบริหารงบประมาณ ส่งผลต่อประสิทธิผลของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว มากสุด ทั้งในด้านการปฏิบัติงาน และการบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ การรายงานติดตามผล, การประสานงานระหว่างทีม, การอำนวยความสะดวก, การวางแผน ส่งผลต่อประสิทธิผลในลำดับรองลงมา กระบวนการด้านการจัดการเกี่ยวกับบุคลากร ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว น้อยสุด

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพปัจจุบัน การปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว มีประสิทธิผลที่ดี ไม่พบปัญหาในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีนโยบายสนับสนุนจากรัฐบาล และการสนับสนุนในการจัดทำทีมหมอครอบครัว ต่างจากประเทศอิหร่าน ที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับขาดแคลนแผนกยูทิลิตี้และเป้าหมายที่เชื่อมโยง (Damari, B. & Riazzi-Isfahani, S., 2018) พบว่าปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน มากที่สุด คือปัจจัยด้านสังคมและเทคโนโลยี สอดคล้องกับงานวิจัยของ เฉลิมวุฒิ อุตโน และ ภูติห เตชาวัฒน์ โดยพบว่าสังคมเมืองจะเป็นอุปสรรคมากกว่าสังคมชนบท (เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ, 2015); (ภูติห เตชาวัฒน์ และคณะ, 2565) ซึ่งคล้ายคลึงการศึกษาของกับจิตอาสาในต่างประเทศ ที่พบว่า ปัญหาของการทำงานจิตอาสา คือ อุปสรรคทางสังคม และวัฒนธรรม (Mohajer, N. et al., 2018); (Salmani, I. et al., 2019) ผลการวิจัยพบว่าเทคโนโลยีเป็นอุปสรรคในการทำงานของ อสม. เนื่องจากอายุและระดับการศึกษา ของ อสม. ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ ที่มองว่าเทคโนโลยีไม่เป็นอุปสรรค แต่กลับช่วยในงานสาธารณสุขมูลฐานได้มาก (Zepeda, E. D., 2012)

2. ผลของการวิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะองค์กร และ ปัจจัยบุคลากร พบว่า ขนาดและที่ตั้งของตำบล ไม่มีความแตกต่างในประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว แตกต่างจากการศึกษาของ เฉลิมวุฒิ อุตโน ที่พบว่าปัจจัยด้านขนาดมีผลต่อประสิทธิผลการทำงาน โดยองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีขนาดใหญ่ จะมีประสิทธิภาพดีกว่า อบต.ที่ขนาดเล็กกว่า (เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ, 2015) ส่วนที่ตั้งขององค์กร ในการวิจัยไม่พบความแตกต่างกันในประสิทธิผล ต่างจากงานวิจัยของแดน ชวาร์ช ในประเทศกานา ที่พบว่าประสิทธิผลการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความแตกต่างกันตามภูมิภาค (Schwarz, D. et al., 2019) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นว่าอสม.ในประเทศไทย ส่วนมากเป็นคนในท้องถิ่นที่อยู่มานาน ได้รับการยอมรับ และคัดเลือกมาจากชุมชน จึงไม่พบปัญหาจากขนาดและที่ตั้ง

ผลวิจัยพบว่าประสิทธิผลการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันตามระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลพัทธ์ มณี และ ชาตโธ ที่พบว่าการศึกษาและประสบการณ์ที่สูงจะมีประสิทธิผลที่ดีกว่า (กุลพัทธ์ มณี, 2560); (Chatio S. et al., 2019) แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิตราวดี พันธุ์ไม้ และเมธี สุทธิศิลป์ ที่สรุปว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ, อาชีพ, การศึกษา ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.

(จิตราวดี พันธุ์ไม้, 2551); (เมธี สุทธิศิลป์ และคณะ, 2560) ในด้านอายุ กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ และภูติห เตชาติวัฒน์ วิจัยพบว่า การทำงานของอสม.จะแตกต่างกันตามอายุ ซึ่งต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของ อสม.ในทีม หมอครอบครัวที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงาน (กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์, 2560); (ภูติห เตชาติวัฒน์ และคณะ, 2565) ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอายุเฉลี่ยของทีม ต่างจากการวิจัย เดิมที่เป็นอายุของ อสม.แต่ละคน ในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลชี้แจงว่า การทำงานของ อสม. จะทำเป็นทีม มีการ ช่วยเหลือกันภายในทีม ปัจจัยบุคลากรด้านอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนมากที่ ทบทวนว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3. ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงาน ของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลคือ การจัดองค์กร การบริหารงบประมาณ การรายงานติดตามผล และการอำนวยความสะดวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขุมวิทย์ ไสยโสภณ และเฟื่องวิทย์ ชูตินันท์ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน คือ ปัจจัยด้านงบประมาณ และการอำนวยความสะดวก (สุขุมวิทย์ ไสยโสภณ และสุกัญญา เอมอัมมธรรม, 2560); (เฟื่องวิทย์ ชูตินันท์, 2563) ส่วนงานวิจัยของไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์, ปรารค์ จักรไชย, สุวรรณิ แสนสุข ทั้ง 3 งานวิจัยนี้เห็นตรงกันว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลมากที่สุดคือ การ อำนาจการ โดยเสริมปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุน (ไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์, 2554); (ปรารค์ จักรไชย และคณะ, 2560); (สุวรรณิ แสนสุข และคณะ, 2559) งานวิจัยของ เฉลิมวุฒิ อุตโน จะเน้นในด้านการบริหารงบประมาณ (เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ, 2015) คล้ายคลึงงานวิจัยของมาบุชิ และดาดา ที่วิจัยพบว่าปัจจัยด้านงบประมาณ จะ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และมีข้อเสนอให้ปรับงบประมาณ เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามงานที่ทำ (performance-based financing) (Mabuchi, S. et al., 2020); (Dada, O. T. O., 2021)

4. แนวทางการเพิ่มประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว ควรมุ่งสร้างสมรรถนะด้าน การทำงานของอสม.ทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ และ การใช้เทคโนโลยี เพื่อลดอุปสรรคที่เกิดจากระดับ การศึกษา และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี รวมถึงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพ เพื่อช่วยให้สังคมเกิดการ ยอมรับมากขึ้น และช่วยสร้างความภูมิใจที่เป็นปัจจัยค้ำจุนให้กับ อสม. ที่สามารถผ่านการรับรองคุณภาพ ในด้าน การบริหาร ควรเป็นการประสานงานร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข โดยสาธารณสุขจังหวัด และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อวางแผนให้สอดคล้องความต้องการของท้องถิ่น รวมถึงการบริหารงบประมาณที่มีปัญหา อาจปรับเป็นการจ่ายตามกิจกรรมการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์โครงการ

องค์ความรู้ใหม่

การดำเนินงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว ที่มีการทำงานในรูปแบบทีม สามารถช่วยลดจุดอ่อนของ กันและกัน โดยอสม.ที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์สูง และได้รับการยอมรับจากสังคมมาก ส่วนอสม.ที่มีอายุน้อย ส่วนมากมีการศึกษาสูงกว่า และจะช่วยลดปัญหาด้านการใช้เทคโนโลยี การเสริมด้านเทคโนโลยีเช่น แอปพลิเคชัน จะช่วยเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และช่วยในการส่งต่อผู้ป่วย ลดอุปสรรคในการประสานงาน และเพิ่ม ประสิทธิภาพการดำเนินงานให้มากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว จะมีประสิทธิผลทั้งในด้านการ ปฏิบัติงาน และการบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ แตกต่างกันตามระดับการศึกษา และประสบการณ์ของ อสม.อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้กระบวนการบริหารจัดการ ในด้านการอำนวยความสะดวก, การบริหารงบประมาณ, การรายงาน ติดตามผล, การประสานงานระหว่างทีม, การอำนวยความสะดวก, การวางแผน ก็ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงาน และ

การบรรลุวัตถุประสงค์โครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีข้อเสนอแนะ คือ ในการจัดทำแผนดูแลด้านสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ ภาครัฐควรกำหนดให้มีแผนกลยุทธ์ และแผนดำเนินงานร่วมกัน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย การเสริมปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยจูงใจ และการบริหารงบประมาณให้เพียงพอ ควรศึกษาและนำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว ไปปรับใช้ในองค์กร ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่ 1) แนวทางที่มุ่งสร้างสมรรถนะด้านการทำงานของอสม. โดยการจัดตั้งศูนย์ อสม.อัจฉริยะ ช่วยด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร 2) แนวทางที่มุ่งสร้างคุณภาพของงาน จัดทำระบบตรวจสอบเพื่อประกันคุณภาพเช่น โครงการอสม.คุณภาพ และ 3) แนวทางยกระดับ อสม.สู่คลินิกชุมชน เพื่อพัฒนาโครงการ อสม.ในทีมหมอครอบครัว ให้สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นปัจจัยต่อไปนี้ คือ 1) ปัจจัยด้านความรู้ ทั้งในความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อให้ อสม.สามารถทำงานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และความรู้ในการทำงาน เช่น การใช้เทคโนโลยี การจัดทำโครงการ การจัดการสอนงานอย่างเป็นระบบ เป็นหลักสูตร แบ่งระดับขั้นให้สอดคล้องกับผู้เข้ารับการฝึกอบรม เช่น การแบ่งกลุ่มตามอายุ, ระดับการศึกษา หรือใช้แบบทดสอบเพื่อทดสอบระดับสมรรถนะเดิม พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ รวมถึงกำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน เป็นต้น 2) การเสริมปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ ได้แก่ การยกย่อง มอบรางวัล อสม.คุณภาพ ทั้งนี้การประเมินควรทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เห็นความก้าวหน้าในหน้าที่ และควรประชาสัมพันธ์ ให้ชุมชนรับรู้เกิดการยอมรับ และเชื่อมั่นใน อสม. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ 3) การบริหารงบประมาณ ให้สอดคล้องกับกิจกรรมการปฏิบัติงาน (PBF: performance-based financing) เช่น การจ่ายค่าเดินทาง เมื่อต้องไปนอกสถานที่ การจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนในโครงการ ทั้งนี้ควรมีการติดตามผล การตรวจสอบรายงาน ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ของโครงการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณและร่วมจัดทำแผน เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดความเข้มแข็ง ใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการบูรณาการความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ในการดูแลสุขภาพชุมชน และหาวิจัย เพื่อหาปัจจัยของความสำเร็จใน อสม. ที่ได้รับการยกย่อง และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554ก). คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554ข). คู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2560). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(2), 59-67.
- กุลพัทธ์ มณี. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านละว้า จังหวัดนครนายก. ใน วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร .
- จิตราวดี พันธุ์ไม้. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง. ใน สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ. (2015). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเทศไทย. วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก, 33(3), 9-30.

- ปรารค์ จักรไชย และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 16-28.
- ไพบุลย์ งามสกุลพิพัฒน์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. ใน วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เฟื่องวิทย์ ชูตินันท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 10(2), 123-135.
- ภูติธ เทชาติวัฒน์ และคณะ. (2565). การสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธี สุทธศิลป์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลทหารบก, 18 (1), 83-93.
- ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน. (2565). แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. เรียกใช้เมื่อ 11 กันยายน 2565 จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/uploads/content/download/5d01accd9162c.pdf>
- ศูนย์มาตรฐานรหัส และข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ. (2565). จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. เรียกใช้เมื่อ 23 กันยายน 2565 จาก <http://thcc.or.th/index.php>
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .
- สุขุมวิทย์ ไสยโสภณ และสุกัญญา เอ็มอัมธรรม. (2560). ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 4(4), 19-28.
- สุวรรณี แสนสุข และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการ สคร.9, 22(2), 39-51.
- Chatio, S. et al. (2019). Factors influencing performance of community-based health volunteers' activities in the Kassena-Nankana Districts of Northern Ghana. Retrieved Nov 20, 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30785936/>
- Dada, O. T. O. (2021). Public Health Infrastructure and Performance: Analyses of Local Health Department Characteristics and Accreditation Performance Scores. Doctoral dissertation . Department Nursing: University of Washington.
- Damari, B. & Riazzi-Isfahani, S. (2018). Evaluating the women health volunteers program in Iran-a quarter century experience (1992–2016). Archives of Iranian Medicine, 21(12), 566-571.
- Gulick, L. & Urwick, L. (1937). Notes on the theory of organization. In L. Gulick & L. Urwick (Eds.), Papers on the Science of Administration (pp. 13) . New York: Institute of Public Administration.

- Mabuchi, S. et al. (2020). Measuring management practices in primary health care facilities– development and validation of management practices scorecard in Nigeria. *Global health action*, 13(1), 1763078.
- Mohajer, N. & Singh, D. (2018). Factors enabling community health workers and volunteers to overcome socio-cultural barriers to behaviour change: meta-synthesis using the concept of social capital. *Human resources for health*, 16(1), 1-9.
- Salmani, I. et al. (2019). Conceptual model of managing health care volunteers in disasters: a mixed method study. *BMC health services research*, 19(1), 1-9.
- Schwarz, D. et al. (2019). The status of Ghanaian community health workers’ supervision and service delivery: descriptive analyses from the 2017 Performance Monitoring and Accountability 2020 survey. Retrieved Jan 29 , 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31294420/>
- Yamane, T. (1967). *Statistics: an introductory analysis* Harper and row. New York, Evanston and London and John Weather Hill. Inc: Tokyo.
- Zepeda, E. D. (2012). *Technology-Enabled Health Care Supply Chain for Primary Care Reducing Disparities in the Delivery of Chronic Care*. In Doctoral dissertation, Degree of Doctor of Philosophy Public Policy and Administration – Health Policy. Walden University.