



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเชิงรุก

The Management Process Of The Proactive Village Health Volunteer

จิรวรรณ หัสโรต ป.พ.ส.,ส.บ.,ศศ.ม.* ไศภิสดา วิบูลย์พันธุ์ วท.บ., วท.ม.*

ณัฐธิดา วงศาโรจน์ วท.บ.*

Gerawan Hasaro Dip in Nursing Science, B.P.H., M.A.*,

Sophisuda Wiboonphan B.Sc., M.S* Nattida Wongsaroj B.Sc.*

* กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

* Primary Health Care Division

ชื่อผู้ประสานงาน: จิรวรรณ หัสโรต อีเมลผู้ประสานงาน: ge_haslo@yahoo.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 5 ก.พ. 2568

วันแก้ไข: 12 มี.ค. 2568

วันตอบรับ: 24 มี.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก และข้อเสนอแนะทางการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนทุกจังหวัด จำนวน 76 คน เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และการสุ่มแบบง่าย คัดเลือกพื้นที่ศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อสม. ทุกคน ภาคละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในกลุ่มบุคลากร- สาธารณสุข (ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล) รวม 12 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จำนวน 12 คน ผลการศึกษา กระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก พบว่า สำนักงานสาธารณสุข- จังหวัด ดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ การมีคำสั่งมอบหมาย อสม. ให้มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการครบตามจำนวนที่กระทรวง- สาธารณสุขกำหนด 74 จังหวัด (ร้อยละ 97.37) รองลงมาได้แก่ การตรวจสอบและรับรองผลการปฏิบัติงานของ อสม. 73 จังหวัด (ร้อยละ 95.83) และการจัดทำแผนส่งเสริมศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม. รวมทั้ง การมีกลไกการจัดการปัญหา และอุปสรรคกรณีส่งเบิกค่าป่วยการไม่ครบหรือโอนเงินค่าป่วยการไม่สำเร็จ 71 จังหวัด (ร้อยละ 93.42) ตามลำดับ และผลการปฏิบัติงานของ อสม.เชิงรุกในพื้นที่ศึกษา พบว่า อสม. สามารถปฏิบัติงาน และรายงานผ่านแอปพลิเคชันที่กำหนด มากที่สุดคือรายงานตามแบบ (อสม.1) จำนวน 77,754 คน (ร้อยละ 97.62)

รองลงมาคือรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 66,658 คน (ร้อยละ 83.69) พร้อมทั้งการลงพิกัดกลุ่มเปราะบางครบทุกตำบล (453 ตำบล) จากผลการปฏิบัติงานของ อสม. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพได้ ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา 1) ควรพัฒนาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน อสม. 2) ส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำกลไกคณะกรรมการระดับจังหวัดในการบริหารจัดการ อสม.เชิงรุก 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำข้อมูลผลการปฏิบัติงานของ อสม.เชิงรุก เชื่อมโยงประเด็นสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อบูรณาการทำงานร่วมกัน

คำสำคัญ: กระบวนการบริหารจัดการ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

Abstract

This research aimed to study the proactive management process of village health volunteers and propose guidelines for developing the effective management process of village health volunteers. It was mixed-method research. The population was 76 public health officers from the provincial public health offices responsible for public health work in every province. The research instrument used a questionnaire. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, and simple random sampling. The study area for the performance of all village health volunteers was selected, 1 province per region, totaling 4 provinces. The qualitative research selected a purposive sample using a semi-structured interview form among 12 public health personnel (province, district, and sub-district levels) and 12 proactive village health volunteers. The results of the study found that the proactive management process of village health volunteers was most frequently performed by the provincial public health offices, which included issuing orders to assign village health volunteers to receive the full amount of compensation specified by the Ministry of Public Health in 74 provinces (97.37 percent). The next most frequently performed was checking and certifying the performance of village health volunteers in 73 provinces (95.83 percent). The preparation of a plan to promote potential and increase knowledge for village health volunteers, including having a problem management mechanism. And obstacles in the case of incomplete compensation or unsuccessful compensation transfer in 71 provinces (93.42 percent), respectively. And the results of the proactive VHV in the study area found that VHV were able to work and report via the specified application. The most was the report according to the form (Aor Sor Mor 1) with 77,754 people (97.62 percent), followed by the elderly health screening report with 66,658 people (83.69 percent), along with the marking of vulnerable groups in every sub-district (453 sub-districts). From the results of the VHV's work, relevant agencies can use the data to monitor and warn about health. Recommendations for development 1) Should develop an information system related to the work of VHV. 2) Promote the provincial public health office to use the mechanism of the provincial committee in

the management of proactive VHV. 3) The district public health office uses the data of the proactive VHV's work results to link the health issues of the district quality of life development committee (PCH) to integrate and work together.

Keywords: Management process, proactive village health volunteers

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย ช่วยลดช่องว่างที่เจ้าหน้าที่รัฐเพียงลำพังไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุม ในปีงบประมาณ 2552 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2552 เห็นชอบตามยุทธศาสตร์และแผนงานเสริมสร้างรายได้พัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงด้านสังคม โดยมีโครงการ “ส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม.เชิงรุก” จัดให้มีสวัสดิการเป็นค่าป่วยการให้แก่ อสม. ทั่วประเทศ รายละ 600 บาทต่อเดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 ต่อมากรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้พัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม.ผ่านระบบ e-Payment เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของ อสม. ทุกคน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน และ คณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561 เห็นชอบการปรับเพิ่มค่าป่วยการให้กับ อสม. เป็นเดือนละ 1,000 บาทต่อคน ให้มีผลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ตามหนังสือสำนักงบประมาณ ที่ นร 0723/159 ลงวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2561 เรื่อง การขอเพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีข้อเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินภาระงานและผลการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิมให้ชัดเจน ตลอดจนควรมีกลไกการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ต่อมาการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2564 ลงมติเห็นชอบตามมติคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ 1) การถอดรายการเงินอุดหนุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนการดำเนินงานของ อาสาสมัคร-

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกจากรายการเงินอุดหนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และ 2) ให้นำเงินงบประมาณเงินอุดหนุนสำหรับจ่ายค่าป่วยการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข และให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เสนอตั้งงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีมีมติในวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2566 เห็นชอบในหลักการการเพิ่มค่าป่วยการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 2,000 บาทต่อคน ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล ด่วนที่สุดที่ นร 0505/7106 ลงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 เรื่อง ขอเพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” โดยมีหมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ และหมอคนที่ 3 คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ต่อยอดมาจากระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 อสม. มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ภายใต้มาตรการ “อสม. เคาะประตูบ้าน ด่านโควิด 19” มากกว่า 14 ล้านหลังคาเรือน และเชิญชวนกลุ่ม 607 วัคซีนโควิด 19 จำนวน 11,386,408 คน นอกจากนี้ อสม. สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน อยู่ในระดับสูง⁽¹⁾ และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ยกย่อง อสม.ไทย พล้งเจียบสู้โควิด 19⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566 และประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 โดยให้ อสม.จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ในแอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน พร้อมทั้งลดขั้นตอนการรับรองผลการปฏิบัติงาน อสม. ตามแบบ (อสม.1) ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการแทนหน่วยบริการสาธารณสุข แต่ยังไม่พบว่าการส่งเบิกเงินค่าป่วยการไม่ครบตามจำนวนโควตา อสม.เชิงรุก ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีข้อจำกัดในการตรวจสอบและรับรองผลการปฏิบัติงาน อสม.ตามแบบ (อสม. 1) เนื่องจากจำนวน อสม. ในอำเภอมีจำนวนมาก⁽³⁾

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งการพัฒนาศักยภาพส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติงาน รวมทั้งการดูแลสิทธิประโยชน์และสวัสดิการสำหรับ อสม. และจากข้อมูลข้างต้น ผู้ศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขใน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงมีความสนใจศึกษากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาประกอบการวางแผนการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก
2. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะทางการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษารครั้งนี้ ได้ออกแบบการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) มีศึกษา 2 รูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีรายละเอียดดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) คัดเลือกพื้นที่ศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อสม. ทุกคน ภาคละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยนาท นครนายก นครราชสีมา และจังหวัดชุมพร

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และ ระดับตำบล แห่งละ 1 คน รวมทั้งหมด 12 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับค่าป่วยการ เรื่องการบริหารการปฏิบัติงาน อสม.เชิงรุก ตำบลละ 3 คน รวมทั้งหมด 12 คน และ 3) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชิงรุกภายในจังหวัด ในพื้นที่ศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 3.1 แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รวม 76 คน เรื่อง กระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก โดยการทบทวนบูรณาการแนวคิดเรื่อง กระบวนการบริหารจัดการ⁽⁴⁾ (5) ประกอบด้วย การวางแผนงาน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การนำการปฏิบัติงาน (Leading) และการควบคุมงาน (Controlling) และการประเมินผลเชิงระบบ (Input – Output Model)⁽⁵⁾ รวมทั้งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงิน

ค่าช่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข-ประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 8 ข้อ (พร้อมทั้งระบุรายละเอียดในแต่ละข้อเป็นคำถามปลายเปิด) รวมทั้งข้อ คำถามปลายเปิด 1 ข้อ คือข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ

3.2 เก็บข้อมูลทุติยภูมิ โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) คัดเลือกพื้นที่ศึกษาภาคละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด ได้แก่จังหวัดชัยนาท นครนายก นครราชสีมา และจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้องกับ อสม.เชิงรุก ได้แก่ สภาพปัญหาด้านสุขภาพ นโยบายการจัดโครงสร้างองค์กร และงบประมาณ โดยเก็บข้อมูลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน เอกสารรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 ของพื้นที่ศึกษา

3.2.2 ข้อมูลผลการปฏิบัติงานของ อสม.ทุกคนในพื้นที่ศึกษา ที่สามารถปฏิบัติงานและรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชันตามที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนด จำนวน 79,648 คน

3.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล) ในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด จังหวัดละ 3 คน รวม 12 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดละ 3 คน จำนวน 12 คน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของเครื่องมือในการวิจัย โดยใช้การประชุมบุคลากรสาธารณสุขของ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อระดมความคิดเห็นในการปรับปรุงแบบเครื่องมือการวิจัย และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

(IOC: Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จำนวน 7 ข้อ และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถาม จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Coefficient Alpha) รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มามีความถูกต้อง ครบคลุม และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทำความเข้าใจกับข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

ผลการศึกษา

ปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้องกับ อสม.เชิงรุก ในพื้นที่ศึกษา จังหวัดมีการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางส่วนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 2 จังหวัด ส่วนอีก 2 จังหวัดไม่มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้รับจัดสรรโควตา อสม.เชิงรุก จำนวน 79,648 คน (อสม. 1 คน ดูแล 19.58 หลังคาเรือน) และฐานทะเบียนประวัติ อสม. ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 มีจำนวน อสม.ที่ระบุวันเดือนปีเกิด อสม.จำนวน 74,982 คน (ร้อยละ 94.14 ของจำนวน อสม.เชิงรุก) โดยช่วงอายุ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างอายุ 50 – 59 ปี จำนวน 29,645 คน (ร้อยละ 39.54) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จึงมีนโยบายการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ร่วมกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในด้านการจัดโครงสร้างขององค์กร พบว่า ทุกจังหวัดมีการจัดโครงสร้างงานสุขภาพภาคประชาชนภายใต้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการและมีบุคลากร

จำนวน 1-2 คน มีเพียง 1 จังหวัดที่มีการจัดกลุ่มงาน การสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิ และมีบุคลากรงานสุขภาพภาคประชาชนจำนวน 4 คน ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อสม.ได้รับค่าป่วยการ เพิ่มจากเดือนละ 1000 บาท เป็น 2,000 บาท ต่อคน รวมทั้ง อสม.ระดับพื้นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ แก้ไขปัญหาสุขภาพจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับพื้นที่ และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กระบวนการบริหารจัดการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จากการวิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการบริหารจัดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินการ มากที่สุด ได้แก่ สสจ. มีคำสั่งมอบหมาย อสม. ให้มีสิทธิ รับเงินค่าป่วยการครบตามจำนวนที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด 74 จังหวัด (ร้อยละ 97.37) รองลงมาได้แก่ สสจ. ร่วมกับ สสอ. มีการตรวจสอบและรับรอง ผลการปฏิบัติงาน ของ อสม. 73 จังหวัด (ร้อยละ 95.83) สสจ. มีแผนส่งเสริม ศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม. และกลไก การจัดการปัญหา และอุปสรรคกรณีส่งเบิกค่าป่วยการ ไม่ครบตามโควตาที่รับการจัดสรรหรือกรณีเบิกจ่าย ไม่สำเร็จ 71 จังหวัด (ร้อยละ 93.42) สสจ. มีการจัดตั้ง คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัคร- สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับจังหวัด 67 จังหวัด (ร้อยละ 88.18) และมีการประชุมอย่างต่อเนื่องทุกปี 43 จังหวัด (ร้อยละ 64.13) มีแผนกำกับติดตามการเพิ่มพูน ความรู้และติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. 69 จังหวัด (ร้อยละ 90.79) และกลไกการจัดการปัญหาและ อุปสรรค กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ 63 จังหวัด (ร้อยละ 82.89) ตามลำดับ รายละเอียด (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงกระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก (n= 76)

กระบวนการบริหารจัดการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก	ผลการติดตาม	
	มีการดำเนินงาน (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่มีการดำเนินงาน (จำนวน/ร้อยละ)
1. คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัด	67 (88.16)	9 (11.84)
2. ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัด	43 (64.18)	24 (35.82)
3. สสจ. มีแผนส่งเสริมศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม.	71 (93.42)	5 (6.58)
4. สสจ. มีคำสั่งมอบหมาย อสม. ให้มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการ ครบตามจำนวนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีรายชื่อ ในทะเบียนประวัติ อสม. ของกรม สบส. (www.thaiphc.net)	74 (97.37)	2 (2.63)
5. สสจ. มีแผนกำกับติดตามการเพิ่มพูนความรู้และติดตามผล การปฏิบัติงานของ อสม.	69 (90.79)	7 (9.21)
6. สสจ. ร่วมกับ สสอ. มีการตรวจสอบและรับรอง ผลการปฏิบัติงาน ของ อสม. ระบุวิธีการตรวจสอบดังนี้	73 (96.05)	3 (3.95)
6.1 ผ่าน Dashboard Smart อสม.	42 (57.53)	-
6.2 ผ่าน Dashboard Smart อสม. และสุ่มประเมิน	31 (42.47)	-

ตาราง 1 แสดงกระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก (n= 76) (ต่อ)

กระบวนการบริหารจัดการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก	ผลการติดตาม	
	มีการดำเนินงาน (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่มีการดำเนินงาน (จำนวน/ร้อยละ)
7. กลไกการจัดการปัญหา และอุปสรรค		
7.1 กรณีส่งเบิกค่าป่วยการไม่ครบตามโควตาที่รับการจัดสรร หรือกรณีเบิกจ่ายไม่สำเร็จ	71 (93.42)	5 (6.58)
7.2 สสจ. มีกลไกการจัดการปัญหาอุปสรรคกับกรณีมีเรื่อง ร้องเรียนเกี่ยวกับการเบิกเงินจ่ายค่าป่วยการ อสม.	63 (82.89)	13 (17.11)

ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก (อสม.เชิงรุก) พบว่า อสม.สามารถรายงานผลการปฏิบัติงานตาม (แบบ อสม. 1) ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ อสม. ในรอบผลงานเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 77,754 คน (ร้อยละ 97.62) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะถดถอย 9 ด้าน) ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ อสม.จำนวน 66,658 คน (ร้อยละ 83.69) รวมทั้งการลงพิกัดกลุ่มเปราะบางโดยใช้แอปพลิเคชัน “พันภัย” ครอบคลุมตำบล (453 ตำบล) จากการผลการปฏิบัติงาน อสม. ในส่วนคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะถดถอย 9 ด้าน) การรายงานลูกน้ำ ยุงลาย และการลงพิกัดกลุ่มเปราะบางในแอปพลิเคชัน “พันภัย” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปวิเคราะห์ (Data Analytics) ไปใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวังและเตือนภัย

ข้อเสนอแนะทางการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรบริหารจัดการโควตา อสม. เชียงรุกเป็นภาพรวมของจังหวัด เพื่อแก้ไขกรณีที่ อสม. ไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตาม (แบบ อสม.1) และ อสม. ที่พ้นสภาพเนื่องจากการเสียชีวิต/ลาออกระหว่างเดือน ควรมีการปรับ อสม. บัญชี 2 รวมทั้งปรับเปลี่ยนโควตา อสม. ในแต่ละอำเภอที่มี อสม. รอรับค่าป่วยการ ที่ปฏิบัติงานและส่งรายงานให้ได้รับค่าป่วยการ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรโควตา อสม. ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดอบรม อสม. ใหม่แทนโควตา อสม. ที่ว่างลงและรายงานผลการอบรมส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำข้อมูลผู้ผ่านการอบรมทำคำสั่งแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่และมีสิทธิได้รับค่าป่วยการ พร้อมทั้งขึ้นทะเบียนประวัติ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (www.thaiphc.net)

3. กำหนดคุณสมบัติของ อสม. ใหม่ของจังหวัดที่ไม่ขัดต่อกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง อาทิ 1) การผ่านการฝึกอบรม และผ่านการประเมินความรู้ความสามารถ 2) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) จบการศึกษาระดับพื้นฐาน 4) ต้องสมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข 5) มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาท อสม. เป็นต้น

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จัดอบรม อสม. ใหม่ใช้วิธีการเรียนรู้งานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น คัดกรองสุขภาพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และจับคู่การทำงานเป็น อสม. บัดดีในการปฏิบัติงานในหมู่บ้าน มีหลังคาเรือนรับผิดชอบ จึงขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ใหม่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

5. ควรมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน รวมทั้งสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติตามระเบียบที่เกี่ยวข้องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

อภิปรายผล

ข้อมูลอายุของ อสม. ในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด พบว่า อสม. ร้อยละ 33.44 มีอายุมากกว่า 60 ปี สอดคล้องกับข้อมูล อสม. ทั้ง 76 จังหวัด มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.88 ถึงแม้ว่าการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม⁽⁶⁾ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน แต่จากการลงพื้นที่พบว่า อสม. ที่สูงอายุมักมีข้อจำกัดในการใช้สมาร์ทโฟน ในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้สมาร์ทโฟนในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ⁽⁷⁾ พบว่า ปัจจุบัน อสม. เข้าถึงการมีสมาร์ทโฟนได้มากถึง ร้อยละ 86.5 และมีอินเทอร์เน็ตใช้เอง ร้อยละ 73.1 อสม. แต่ละคนมีทักษะการใช้สมาร์ทโฟนที่แตกต่างกันมาก โดย อสม. ที่อายุน้อยกว่ามีทักษะในการใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า อสม. อายุมากกว่า ดังนั้นควรมีการทำงานเป็นทีม และจับคู่บัสต์การทำงานกับ อสม. ที่สูงอายุ

ด้านการจัดโครงสร้างขององค์กร และงบประมาณ พบว่า ทุกจังหวัดมีการจัดโครงสร้างงานสุขภาพภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เฉลี่ยภาพรวมมีจำนวน 1-2 คน ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการดูแลระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก เพราะ อสม. มีจำนวนมาก จากข้อมูลของฉาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีสมาชิกที่เป็น อสม. เสียชีวิต จำนวน 5,697 คน และในปี พ.ศ. 2565 มีสมาชิก อสม. เสียชีวิต จำนวน 6,582 คน เฉลี่ย อสม. เสียชีวิตเดือนละ 511 คน ที่ต้องพัฒนาศักยภาพ อสม. ใหม่ทดแทน อสม. พ้นสภาพ ซึ่งยังไม่แนับจำนวน อสม. พ้นสภาพจากสาเหตุอื่นๆ

จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เข้าใจในระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้การบริหารจัดการ อสม. เชิงรุกเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การจัดองค์กร การบริหารงบประมาณ การวางแผน การรายงานติดตามผล และการประสานงานระหว่างทีมตามลำดับจากมากไปน้อย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัด จำนวน 67 จังหวัด (ร้อยละ 88.16) และมีการประชุมคณะกรรมการจังหวัด จำนวน 43 จังหวัด ในขณะที่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัดมีการประชุมเพื่อบริหารจัดการจำนวนโควตา อสม. เชิงรุก ทำให้ผลการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการได้ครบตามจำนวนโควตาที่ได้รับจัดสรร และข้อมูล อสม. ที่ส่งเบิกค่าป่วยการ อสม. เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ทั้ง 76 จังหวัด พบว่า อสม. ไม่มีรายชื่อในทะเบียน อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 792 คน (dashboard Smart อสม., 2567)⁽⁹⁾ ซึ่งไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี พ.ศ. 2566 จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำกลไกคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัดในการบริหารจัดการ อสม. เชิงรุก

การกำกับติดตามการเพิ่มพูนความรู้และติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีความชัดเจนในระดับตำบล เพราะยังมีการประชุมประจำเดือนของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจากการศึกษาเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานของ

อสม. ที่ปฏิบัติหน้างานในเครือข่ายบริการสุขภาพ⁽¹⁰⁾ พบว่า อสม. เป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นด้วยคุณลักษณะเฉพาะคือ การเชื่อมประสานระหว่างชุมชนและบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. คือ ตำแหน่งอื่นทางสังคมและความรู้ของ อสม. ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในฐานะ ผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการจังหวัด ควรนำกลไกคณะกรรมการจังหวัดในการจัดทำแนวทางการเพิ่มพูนความรู้และติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อเป็นแนวทางร่วมกันภายในจังหวัด และบูรณาการงบประมาณในการเพิ่มพูนความรู้และติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่และส่งเสริมให้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นจุดจัดการข้อมูลจากรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. เชื่อมโยงประเด็นสุขภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาทิ เช่น การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสำรวจลูกน้ำยุงลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางการบริหารกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง⁽¹¹⁾ พบว่า การบริหารงานบุคคล การจัดการข้อมูลข่าวสาร การวางแผน การฝึกอบรม การนิเทศติดตาม การจัดการสิ่งสนับสนุน การจัดการงบประมาณ และการจัดองค์ชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของ อสม. เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 67 จังหวัด (ร้อยละ 88.16) และจังหวัดที่นำกลไกของ คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัด ในการบริหารจัดการจำนวนโควตา อสม. เชิงรุกในภาพรวมของจังหวัด ทำให้ผลการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. ได้ครบตามจำนวนโควตา อสม. เชิงรุก

ที่ได้รับจัดสรร ทั้งนี้ยังพบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีข้อจำกัดด้านบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลระบบ อสม. เชิงรุกในระดับจังหวัด เมื่อเทียบกับจำนวน อสม. ในจังหวัด และในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด อสม. สามารถรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ตามแบบ (อสม.1) จำนวน 77,754 คน (ร้อยละ 97.62) และรายงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะถดถอย 9 ด้าน) จำนวน 66,658 คน (ร้อยละ 83.69) จากผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในประเด็นการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะถดถอย 9 ด้าน) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ รวมถึงการจัดทำแผนงาน / โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. จัดทำระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการคัดเลือกและจัดอบรม อสม. ใหม่ทดแทนอสม. พ้นสภาพ เพื่อรับเงินค่าป่วยการที่ชัดเจน อาทิเช่น การกำหนดโควตา อสม. ใหม่ทดแทน อสม. พ้นสภาพ เพื่อรับเงินค่าป่วยการ, คุณสมบัติของ อสม. และวิธีการอบรม อสม. ใหม่ เป็นต้น
2. พัฒนาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน อสม. โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (www.thaiphc.net) ในการเชื่อมโยงระบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งในระบบสมาร์ต อสม. และระบบ 3 หมอรู้จักคุณ รวมทั้งการปรับปรุงแบบรายงาน (อสม.1) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ และวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ
3. ควรพัฒนาชุดบริการปฐมภูมิ ของ อสม. เชิงรุกให้กับประชาชน ตามกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมทั้งพัฒนามาตรฐานเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน อสม. เชิงรุก เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็นให้กับ อสม. ในระดับพื้นที่ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1. จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด เพื่อเป็นกลไกในการบริหารจัดการ อสม. เจริญให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 การบริหารจัดการโควตา อสม. เจริญเป็นภาพรวมจังหวัด เพื่อให้สามารถเบิกจ่ายค่าป่วยการได้ครบตามโควตาที่ได้รับจัดสรร รวมทั้งจัดสรรโควตา อสม. ใหม่ทดแทน อสม. พ้นสภาพ หรือไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ให้กับ สสอ.

1.2 สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. ภายในจังหวัด ที่ไม่ขัดต่อกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กร อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ, การประชุมประจำเดือนและการเพิ่มพูนความรู้ทุกเดือน เป็นต้น

1.3 กำหนดขั้นตอนการอบรม อสม. ใหม่ทดแทน อสม. พ้นสภาพภายในจังหวัด เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อสามารถควบคุมกำกับคุณภาพการจัดอบรม อสม. ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ

1.4 กำกับ ติดตาม และตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของ อสม. เจริญ ควรมีวิธีการที่หลากหลาย และเสริมพลังการทำงานของ อสม.

2. การจัดการระบบฐานข้อมูล อสม. ให้เป็นปัจจุบันถูกต้อง ครบถ้วน

3. ส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร อสม. ในการจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อขอรับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. รวมทั้งการพัฒนา-ศักยภาพ อสม. ในระดับพื้นที่ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับพื้นที่ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

4. ส่งเสริมให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นจุดจัดการข้อมูลจากรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. เชื่อมโยงประเด็นสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยบริการสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะทางการศึกษาต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบสารสนเทศจากรายงานผลการปฏิบัติงาน อสม. เจริญ เพื่อนำไปใช้ในเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพให้กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. Phawangkarat, S. Situation for surveillance, Prevent prevention and control of coronavirus disease 2019 in community by the Village Health Volunteer Nonthaburi. Nonthaburi: Primary Health Care Division, Department of Health Service Support; 2020.
2. Primary Health Care Division. COVID-19 Archive Primary health care and Coping with the COVID-19 Crisis. Nonthaburi: Saengchan Printing Partnership; 2021.
3. Primary Health Care Division. Meeting documents of the Subcommittee on the Development of Guidelines for Operations and Performance Certification for Village Health Volunteers, No. 1/2024, June 19, 2024. Nonthaburi : Primary Health Care Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2024.
4. Tridech,P., Toraksa, S. & Krukkruenjit. P. Management principles. Nakhon Pathom : Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University; 2009.

5. Boonrue, M. Performance Assessment of the One Tambon One Product Project : A case study of the pottery handicraft group in Ko Kret Subdistrict, Pak Kret District, Nonthaburi Province. Master's Thesis, National Institute of Development Administration; 2004.
6. Phanma, P. Work Motivation of Village Health Volunteers (VHVs), Bang Len District, Nakhon Pathom Province. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Provincial Public Health office; 2023.
7. Apichatammarit, N. M.D. The Use of Smartphone Among Health Volunteers in Nongbuarawae, Chaiyaphum. Chaiyaphum medical Journal 2022;42(2):82-93.
8. Krobthong, A, Jarujittipant, P. Veerayannon, K. Management Guidelines for improve Effectiveness of village Heal theare Volunteer in Family Care Team. Journal of Social Science and Cultural 2023;7(6): 250-61.
9. Smart VHV. Results of the report on the performance of village health volunteers. 2524. [internet] .2024 [cited 2024 Oct. 27] Available from: <https://smart-osm.com/dashboard/#/monthly-report-result-table>
10. Techachatwat, P. Kitthiravutivong, N. Performance Assessment of Village Health Volunteer Working in District Health Network, Pompiram District, Phitsanulok Province. Journal of Public Health Nursing 2014;28(1)16-28.
11. Sreemook, T., Chaimay, B. & Kochapakdee W. C. Supportive Management and Proactive Health Promoting Implementation among Health Volunteers in Khaochaison District, Phattalung Province. Journal of Thaksin University 2014;8(3):178-86.