

**การพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพ  
ระดับตำบลโดยคลินิกหมอครอบครัว**

**นายขัติยพัฒน์ อเล็กซิส กฤษัศญทีปณ์**



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**The Development of Characteristic Community's Leader of Health  
by Primary Care Cluster**

**Mr.Katiyapuns Alexis Kodausayathib**

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health Administration  
School of Health Science  
Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ      การพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบ  
สุขภาพระดับตำบล โดยคลินิกหมอครอบครัว  
ชื่อและนามสกุล      นายขัติยพันธ์ อเล็กซ์ ส กฏอศัญทิพย์  
สาขาวิชา      วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา      รองศาสตราจารย์ ดร.พานิ สิตกะลิน

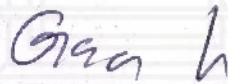
การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



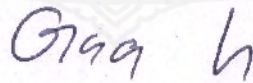
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พานิ สิตกะลิน)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)



(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**ชื่อการศึกษา** ค้นคว้าอิสระ การพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพ ระดับตำบล โดยคลินิกหมอครอบครัว

**ผู้ศึกษา** นายชติคุณพัฒน์ อเล็กซ์ ส กฏอศยุทิปณ์ รหัสนักศึกษา 2605000591

**ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สิตกะลิน  
**ปีการศึกษา** 2562

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าอิสระพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพระดับตำบล โดยคลินิกหมอครอบครัว คือการศึกษาเชิงปฏิบัติการใน 1 กลุ่มและทำการทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์ (1) ศึกษาคุณลักษณะผู้นำสุขภาพด้านชุมชน (2) พัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน (3) เปรียบเทียบรูปแบบคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชนก่อนและหลังพัฒนา

ประชากรที่ศึกษาคือผู้นำด้านสุขภาพชุมชนระบบสุขภาพระดับตำบล ในตำบลเมืองปัก และ ชงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย มีผู้นำด้านสุขภาพชุมชนจำนวน 308 คน จากการศึกษาและสุ่มตัวอย่างแบบเป็นลำดับขั้นตามสัดส่วนของประชากรจำนวน 150 คน แต่เข้าร่วม 141 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ (1) แบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนระดับตำบล (2) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์คุณลักษณะผู้นำ ใน 9 กิจกรรมตามมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาเบื้องต้น ครอบคลุม 5 กลุ่มวัยโดยคลินิกหมอครอบครัว แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นที่ 0.86 สถิติในการศึกษา คือ การทดสอบระหว่างค่ากลางประชากร 2 กลุ่มที่มีการกระจาย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.2) อายุเฉลี่ย 55.8 ปี (1) ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ และการตอบสนองชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณลักษณะด้านการแบ่งปันทรัพยากรอยู่ในระดับต่ำ (2) หลังการพัฒนาพบว่าคุณลักษณะผู้นำด้านการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม และการตอบสนองความต้องการชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (3) ผลการเปรียบเทียบพบว่าเมื่อพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน โดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์แล้วคุณลักษณะการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นในระดับสูง และในภาพรวมทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคลินิกหมอครอบครัว

**คำสำคัญ** คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนระดับตำบล คลินิกหมอครอบครัว การพัฒนารูปแบบ

**Independent Study title:** The Development of Characteristic Community's Leader of Health by Primary Care Cluster

**Author:** Mr.Katiyapuns Alexis Kodausayathib; **ID:** 2605000591;

**Degree:** Master of Public Health; **Independent Study advisor:** Dr.Panee Sitakalin, Associate Professor; **Academic year:** 2019

### Abstract

A study of model development for characteristic community's leader of health (CCLH) in sub district by primary care cluster (PCC), this is action research in a single group with pretest and posttest. Object to (1) study model for CCLH (2) Development model for CCLH (3) compare CCLH level between before and after implementation developed model.

Population was community leader in subdistrict from Meangpak and Thingchainuea in Pakthongchai, Nakhonrachasima, recruited 308 participants. The study was stratified random sampling proportional to size for 150 samples, and completed follow-up 141 participants. Study tools (1) CCLH assessment questionnaire (2) Paradigm shifting program for community leaders by 9 activities in dimension of health promotion, prevention, and treatment. This covered 5 age-groups by primary care cluster. The questionnaire's reliability was 0.86. Data analyzed by paired T-test.

The study found the most of community leaders is female (87.2%), average age was 55.8 year-old (1) before model development found moderate CCLH level in aspect of teamwork, participation, appreciation and essential care, but resource sharing was low. (2) After model implementation found high CCLH level for appreciation, another was in moderate level. (3) Comparison of CCLH level due to paradigm shifting program by PCC found CCLH increased in all aspects by statistic significant ( $p < 0.001$ )

**Keywords:** Characteristic of community's leader, Primary care cluster, Model improvement

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของเทศบาลเมืองเมืองปัก โดยเฉพาะนายมงคล ประยูรหงส์ นายเทศมนตรี และ นางนงคราญ สุคนธสาคร หัวหน้ากองสาธารณสุข ที่ให้ความกรุณาใช้พื้นที่ และติดตามผลจากผู้นำในพื้นที่ อีกทั้งอนุมัติโครงการในกองทุนสุขภาพระดับตำบลอย่างราบรื่นแก่ประชาชนในชุมชนและขอขอบพระคุณ

### ตำบลเมืองปัก

นางร็มภา ศรีทองสุข ประธาน อสม.	นางลำควน บุญล้อม ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1
นางวารีย์ งามรงไชย ประธาน อสม. หมู่ 2	นางอุไรวรรณ โพธิ์ศรี ประธาน อสม. หมู่ 3
นางวิไล ตั้งสมบูรณ์ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 8	นางสุดารัตน์ ยุนสูงเนิน ประธาน อสม. หมู่ 10
นางจำลอง ออมพรมราช ประธาน อสม. หมู่ 11	นางรุ่งอรุณ สะเดียงคอน ประธาน อสม. หมู่ 12
นางอำพร วัชรวงค์ทิพย์ ประธาน อสม. หมู่ 13	นางรัตนา ทองพลู ประธาน อสม. หมู่ 14
นางน้อย โออะ โปะ ประธาน อสม. หมู่ 15	นางมัลลิกา สัตยานุชิต ประธาน อสม. หมู่ 17
นางเรียบร้อย มโนธรรม อสม. หมู่ 12	พระครูวัชรเมธคุณ
พระครูวัชรชัยคุณ	พระครูศรีวัชรชัยคุณ
พระจิตร ทิปกโร	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเมืองปัก
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปัก	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลฯ

### ตำบลธงชัยเหนือ

นางกุหลาบ โสโลกกรวด ประธาน อสม. หมู่ 10 นายสมจิต ชื่นเมืองปัก ประธาน อสม. หมู่ 14  
นางนิตสุพรรณ แถมจอหอ อสม. หมู่ 10 ทีมเจ้าหน้าที่ ทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต.บุดมอ และ อสม.ตำบลโคกไทย  
ซึ่งท่านทั้งหลายได้ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆและเสียสละเวลาให้  
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อารยา ประเสริฐชัย ประธานสอบ  
รองศาสตราจารย์ดร.พณิ ดิถกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และคณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มวิชา  
บริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และ เพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ  
ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

ชติณพณศ์ อเล็กซิส กฏอศยุททีปณ์

พฤศจิกายน 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ที่มาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์งานวิจัย .....	2
สมมติฐานงานวิจัย.....	3
ผลที่ได้รับ.....	3
นิยามศัพท์.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดงานศึกษา.....	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพระดับตำบล.....	6
ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพระดับตำบล.....	10
ส่วนที่ 3 สถานการณ์ปัจจุบันของอำเภอปักธงชัย.....	13
ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา.....	27
รูปแบบการศึกษา.....	27
ประชากรที่ศึกษา.....	27
การสุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในงานศึกษาวิจัย.....	30
จริยธรรมการวิจัย.....	33
สถิติที่ใช้.....	33

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้นำสุขภาพชุมชน.....	35
ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน และรูปแบบระบบสุขภาพระดับตำบล ก่อนดำเนินกิจกรรม.....	35
ส่วนที่ 3 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน และรูปแบบระบบสุขภาพระดับตำบล หลังดำเนินกิจกรรม.....	39
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน.....	41
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	44
สรุปผล.....	44
อภิปราย.....	45
ข้อเสนอแนะ.....	49
บรรณานุกรม.....	52
ภาคผนวก.....	58
ก แบบสอบถาม.....	59
ข การตรวจสอบเครื่องมือ.....	64
ประวัติผู้ศึกษา.....	69



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ทีมการทำงานคลินิกหมอครอบครัว..... 14
ตารางที่ 2.2	ตารางการทำงานคลินิกหมอครอบครัว..... 14
ตารางที่ 2.3	รูปแบบการศึกษาระบบสุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย..... 23
ตารางที่ 3.1	การจัดสัดส่วนประชากรในการศึกษา..... 29
ตารางที่ 3.2	การจัดสัดส่วนประชากรในการศึกษา กลุ่ม อสม..... 29
ตารางที่ 4.1	ลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน..... 36
ตารางที่ 4.2	ผลการศึกษาระดับคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชนก่อนการศึกษา..... 37
ตารางที่ 4.3	ผลการศึกษาระดับคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชนหลังการศึกษา..... 40
ตารางที่ 4.4	ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน..... 41
ตารางที่ 4.5	ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการทำงานเป็นทีม..... 41
ตารางที่ 4.6	ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม..... 42
ตารางที่ 4.7	ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ด้านการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ..... 42
ตารางที่ 4.8	ผลวิเคราะห์คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร..... 43
ตารางที่ 4.9	ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ด้านการตอบสนองความต้องการชุมชน..... 43

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานศึกษา.....	5
ภาพที่ 2.1 ระบบสุขภาพระดับตำบล หรือ ตำบลจัดการสุขภาพ.....	7
ภาพที่ 2.2 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จด้านชุมชนตามรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว.....	7
ภาพที่ 2.3 การวิเคราะห์รากเหง้าปัญหาการดูแลสุขภาพต่อเนื่องและการแก้ปัญหา สำหรับทีม 1 ซึ่งปัจจุบันสภาพปัญหามีการดำเนินอยู่และทำให้เกิดภาวะ สูญญากาศของการดูแลสุขภาพ.....	16
ภาพที่ 3.1 กิจกรรมการปรับกระบวนการทัศน์.....	34
ภาพที่ 4.1 รูปแบบของระบบบริการปฐมภูมิแบบเดิม เปรียบเทียบกับระบบคลินิก หมอครอบครัว.....	38
ภาพที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณลักษณะรายด้าน.....	43



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในความสนใจของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยตั้งแต่ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2559 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2559) มีการออกกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการจัดบริการ (โศภณ เมฆชน, 2560) ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทยการขับเคลื่อนของระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านการสร้างทีมหมอครอบครัว (สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, 2560) การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิ (ศิริพร สติธธิ์อังกูร, พัชรีย์ กัดจจอมพงษ์ และ อัมราภัสร์ อรรถชัยจัน, 2560) การมีส่วนร่วมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการทางสุขภาพ (ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์, 2560) และปฏิเสธไม่ได้ว่าความสำเร็จของการเกิดหน่วยบริการคลินิกหมอครอบครัวมีส่วนสำคัญจากผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ (ปิยะ เทพปิยะวงศ์, 2558)

คุณลักษณะของผู้นำสุขภาพชุมชนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมและเอื้อการบริการทางสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ (ปรารักษ์ จักรไชย, อภิษฐ์ คุณิพงษ์ และ วรเดช ช้างแก้ว, 2560) และเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพชุมชนในปัจจุบัน (ภูดิศ เตชาดิวัฒน์ และคณะ, 2561) การขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (พรรณพิมล วิปุลากร, 2561) เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในอำเภออย่างเป็นรูปธรรม (ยงยศ ธรรมวุฒิ, 2560) และส่งเสริมทิศทางการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวให้มีความชัดเจน

จังหวัดนครราชสีมาตอบสนองนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (นิตยา โชตินอก, 2561) โดยจัดสรรให้อำเภอบักรังชัยมีการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวจากพื้นที่ตำบลเมืองปัก (งานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบักรังชัย, 2561) ซึ่งได้รับความร่วมมือกับเทศบาลเมืองเมืองปักในปี พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน (กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองปัก, 2559) และให้บริการทางการแพทย์ตั้งแต่มกราคม พ.ศ.2560 โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ (งานการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบักรังชัย, 2561) และมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นในทุกปี (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลบักรังชัย, 2561) การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ

ผลักดันให้เกิดบริการคลินิกหมอครอบครัวส่งผลให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายทั้งเกี่ยวข้อและไม่เกี่ยวข้อโดยตรงกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระบบสุขภาพชุมชนลงครึ่งหนึ่งขณะที่ระบบสุขภาพระดับชุมชนได้รับผลลัพธ์เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว (สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, ฌัญญา คำผล, และ น้ำฝน ศรีบัณฑิต, 2560)

ปีพ.ศ.2561 องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้แต่ละประเทศพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ประกาศแอสตาน่า(Astana declaration) (WHO, 2018) ได้เสนอให้มีรูปแบบการปรับกระบวนการทศน์เพื่อสร้างคุณลักษณะที่ดีอันจะก่อให้เกิดความร่วมมือของผู้นำด้านสุขภาพชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดความสำเร็จ (WHO, 2018), (Dussalt et al., 2018) ในการพัฒนาระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวซึ่งไม่ได้มีเพียงงานบริการแบบแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแต่มีงานบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากชุมชน ดังนั้นคุณลักษณะของผู้นำชุมชนที่ปฏิสัมพันธ์กับรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของระบบบริการชุมชน

คลินิกหมอครอบครัวเขตตำบลเมืองปัก เผชิญกับคุณลักษณะผู้นำที่มีความร่วมมืออันไม่เป็นระเบียบและเกิดความสับสนของกระบวนการทำงานในการดูแลสุขภาพชุมชนระดับปฐมภูมิในเขตเทศบาลเมืองเมืองปัก ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีพื้นฐานด้านความรู้ ประสบการณ์ และคุณลักษณะผู้นำที่หลากหลาย ทำให้ความร่วมมือการดูแลสุขภาพประชาชนโดยประชาชนไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประกอบกับพื้นที่ทับซ้อนและขาดผู้รับผิดชอบงานสำคัญที่ชัดเจน จึงเป็นที่น่าสนใจสำหรับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทศน์ของผู้นำเหล่านี้โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในรูปแบบของคลินิกหมอครอบครัวจะนำมาสู่คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาระบบงาน และศูนย์การเรียนรู้แก่ชุมชนดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิและคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชนที่จะสนับสนุนการทำงาน

## 2. วัตถุประสงค์งานวิจัย

- 2.1 ศึกษารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพระดับตำบล
- 2.2 พัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนสุขภาพระดับตำบลโดยคลินิกหมอครอบครัว
- 2.3 เปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนระดับตำบลโดยคลินิกหมอครอบครัว ก่อน และ หลัง พัฒนารูปแบบ

### 3. สมมติฐานงานวิจัย

คุณลักษณะของผู้นำด้านสุขภาพชุมชนในระบบสุขภาพระดับตำบลก่อนมีความแตกต่างจากหลังพัฒนารูปแบบ

### 4. ผลที่ได้รับ

4.1 ได้คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพระดับตำบลที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุข

4.2 ได้รูปแบบในการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพระดับตำบลโดยใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นแกนนำในการสร้างความร่วมมือของชุมชน

### 5. นิยามศัพท์

5.1 ผู้นำด้านสุขภาพชุมชน หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลฝ่ายงานบริหารและบริการผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล, อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ใหญ่บ้าน, กำนัน, ปลัดตำบล และ ปลัดอำเภอ หรือผู้มีอิทธิพลทางสุขภาพอื่นๆ ในชุมชนที่เป็นองค์กรหรือไม่เป็นองค์กรเช่น ประธานกลุ่มผู้สูงอายุ

5.2 คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง หน่วยบริการทางสาธารณสุขที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 2 คน โดยเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบดำเนินงานชุมชน 1 คน ในทีมที่ 1 จาก 3 ทีม ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ที่เกี่ยวเนื่องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ระดับตำบล ในเดือน มิ.ย. พ.ศ. 2562 คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลปัทมราชที่จัดการให้เกิดการดำเนินงานในทีมที่ 1 คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองเมืองปัก ให้แล้วเสร็จร่วมกับพื้นที่บริการของ รพ.สต.บ้านคู โดยมีทีมให้บริการประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน แพทย์ทั่วไปผ่านการอบรมคลินิกหมอครอบครัว 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน พยาบาลประจำกองสาธารณสุขเทศบาลเมือง 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เภสัชกร 4 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน ทันตภิบาล 1 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน และ เจ้าหน้าที่งานทั่วไป 2 คน

5.3 กิจกรรมการปรับกระบวนการทัศน์ หมายถึง การใช้กิจกรรมปรับทัศนคติโดยโครงการสุขภาพในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณลักษณะของผู้นำสุขภาพในชุมชน ที่ใช้กิจกรรม 5 กลุ่มวัย ตามหลักการสุขภาพชุมชน จำนวน 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และแรกเกิด (2) กิจกรรมพัฒนา

ความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 1 – 6 ปี (3) กิจกรรมพัฒนาการค้นหาปัญหาสุขภาพประชาชนทั่วไป คือ กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (4) กิจกรรมกระตุ้นทัศนคติทางพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีในชุมชน คือกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (5) กิจกรรมสร้างความตระหนักทางโรคมะเร็ง คือกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (6) กิจกรรมสร้างความตระหนักสำหรับผู้สูงอายุ คือกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป (7) กิจกรรมเพื่อการรักษา ผู้สูงอายุที่มีปัญหา กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (8) กิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มอายุ 35 – 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป (9) กิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ในกลุ่มอายุ 35 – 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

**5.4 คุณลักษณะ** หมายถึง บทบาทของผู้นำชุมชน ตามหลักการของคลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)<sup>1</sup> ประกอบด้วย 5 ด้านคือ (1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม (2) สนใจความต้องการชุมชน (3) ความร่วมมือของชุมชน (4) การชื่นชมซึ่งกันและกัน (5) การรวมพลังทรัพยากร ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินในการศึกษานี้เป็นหลัก

**5.5 หมอครอบครัว** หมายถึง ผู้ให้การดูแลสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ทันตภิบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุข

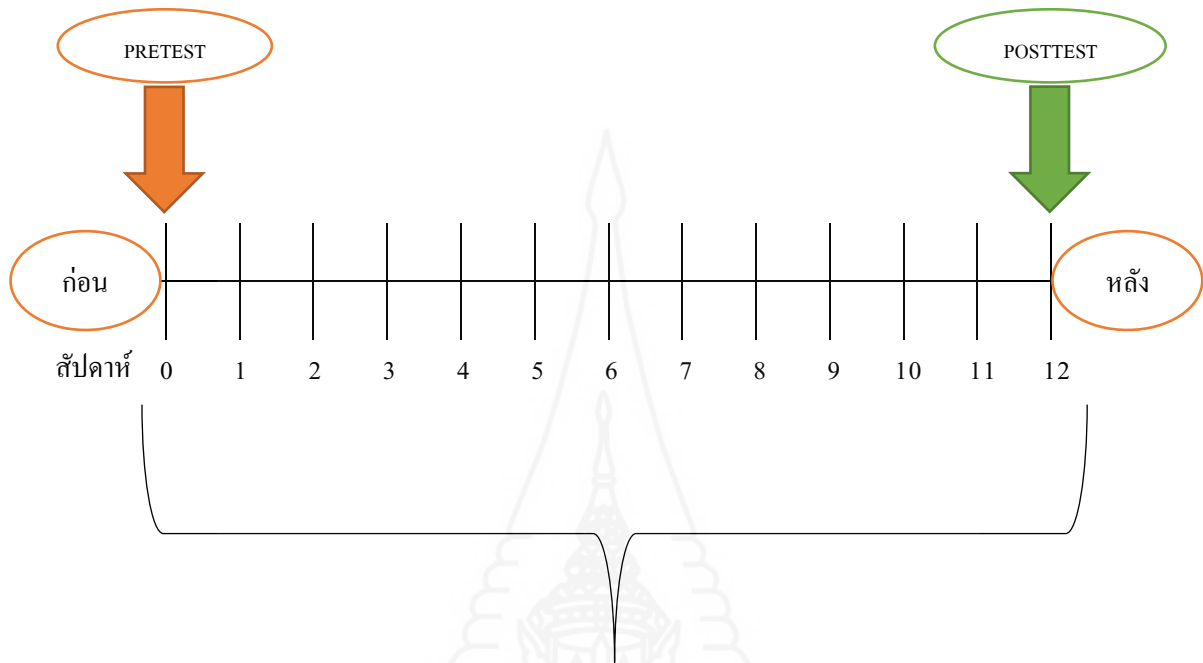
**5.6 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** หมายถึง แพทย์เฉพาะทางที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานและการรับรองของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เฉพาะแพทย์ ผู้ได้รับวุฒิบัตร และ อนุมัติบัตร ไม่รวมถึงหลักสูตรการอบรมอื่น ๆ และหลักสูตรร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ

## 6. ขอบเขตของการวิจัย

6.1 เป็นการพัฒนารูปแบบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนของระบบสุขภาพระดับ ตำบลพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองเมืองปัก พื้นที่เขตเทศบาลเมืองเมืองปัก ให้ความสำคัญครอบคลุม พื้นที่ตำบลเมืองปัก 11 หมู่ คือ หมู่ 1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ หมู่ 17 และ ตำบลธงชัยเหนือ คือ หมู่ 10 และหมู่ 14ดูแลประชากรจำนวนประมาณ 14,111 คน

6.2 เป็นการให้การปรับกระบวนการทัศนผู้นำด้านสุขภาพชุมชนในการศึกษาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยใช้กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง 5 กลุ่มวัย

## 7. กรอบแนวคิดงานศึกษา



ปรับกระบวนการทัศน์ของผู้นำชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังการทำงาน  
ในชุมชน 5 กลุ่มวัย 9 กิจกรรม

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานศึกษา

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการนี้ให้ความสนใจต่อผลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ผ่านนโยบายคลินิกหมอครอบครัวซึ่งแตกต่างจากการทำ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้ทฤษฎีการพัฒนาระบบสาธารณสุข ปฐมภูมิตามประกาศแอสตาน่า

ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพระดับตำบล

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพระดับตำบล

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ปัจจุบันของอำเภอปักธงชัย

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

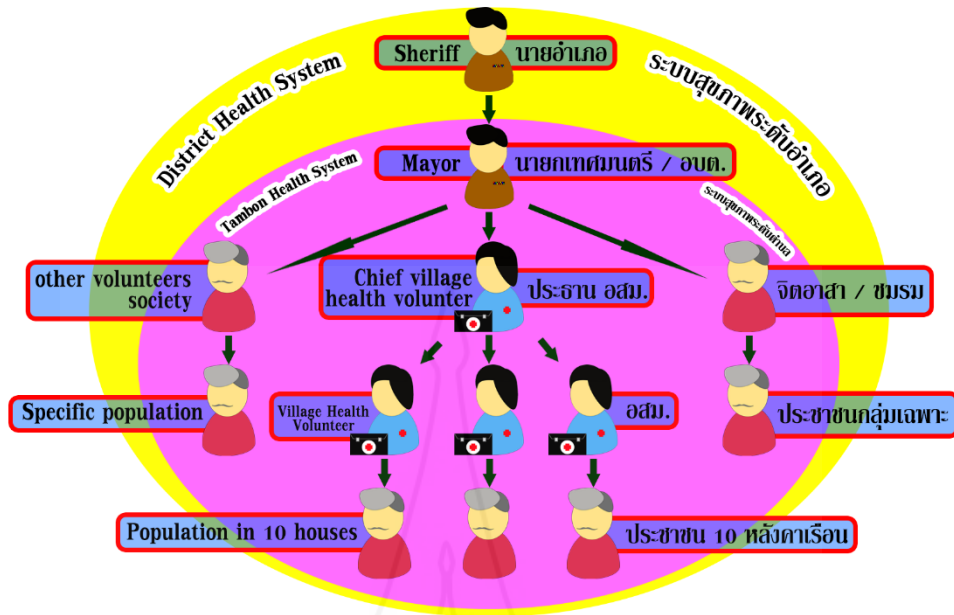
#### ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพระดับตำบล

1.1 ระบบสุขภาพระดับตำบลในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน, 2559)

ระบบสุขภาพระดับตำบล หรือ ตำบลจัดการสุขภาพ หมายถึง หน่วยย่อยของ องค์ประกอบในระบบสุขภาพระดับอำเภอ อันเป็นส่วนของการขับเคลื่อนของชุมชนในการดูแล สุขภาพของเขตปกครองท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริม และ ป้องกันโรคให้แก่ประชาชน ต่อการดูแลสุขภาพก่อนเกิดความเจ็บป่วยและเน้นการจัดการสุขภาพระดับตำบลและดูแลซึ่งกันและ กันของชุมชน

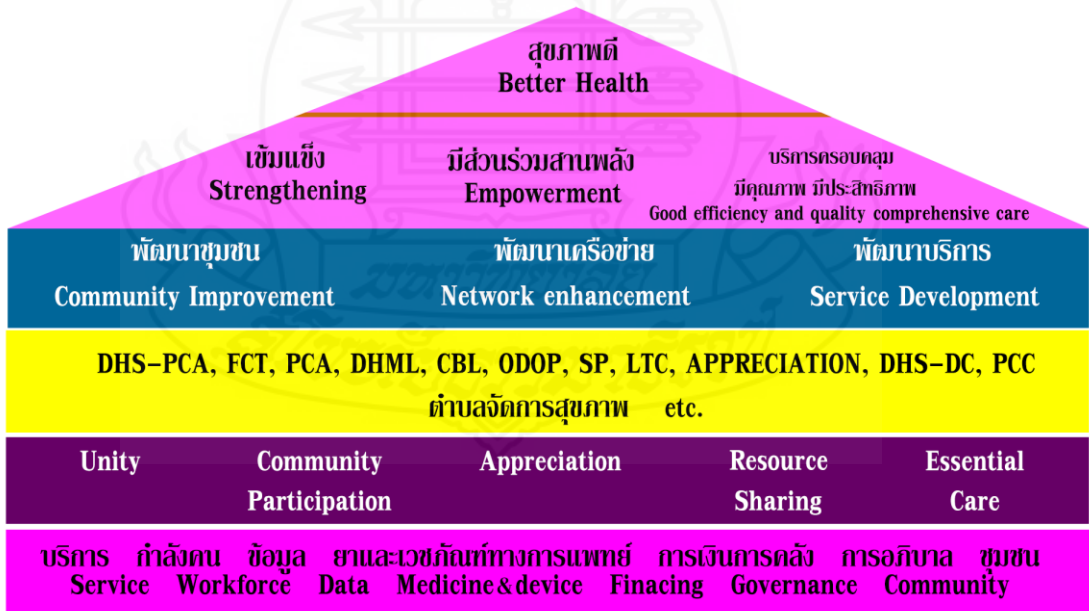
ผู้นำสุขภาพในชุมชน ในระบบสุขภาพระดับตำบล ประกอบด้วย หัวหน้าส่วน ราชการอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึง ชมรม หรือ จิตอาสาต่าง ๆ ที่เข้ามามีบทบาทดูแล ส่งเสริม ความสามารถการดูแลตนเองของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ผ่านความทุกข์ยากทั้งในระดับ หมู่บ้าน และตำบล ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ และในความหมายระบบสุขภาพระดับอำเภอจะ รวมไปถึง นายอำเภอ และความเชื่อมโยงของหน่วยงานต่าง ๆ อีกด้วย โดยแสดงปฏิสัมพันธ์ของ การควบคุมกำกับดังภาพที่ 2.1





ภาพที่ 2.1 ระบบสุขภาพระดับตำบล หรือ ตำบลจัดการสุขภาพ

บทบาทของผู้นำชุมชนส่งผลให้เกิดความเข้มแข็ง การร่วมประสานพลังงานบริการที่มีความครอบคลุมมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอันนำมาสู่สุขภาพดีของประชาชน ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จด้านชุมชนตามรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, (2559).

## 1.2 คุณลักษณะ/บทบาทของผู้นำชุมชนในคลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)

ด้วยแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรของพื้นที่ในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชนด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการพึ่งพาตนเอง ให้บรรลุสุขภาพของประชาชนตามหลักการของ UCARE ประกอบด้วย

U หมายถึง การทำงานร่วมกัน (Unity district health team) มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) กำหนดผู้รับผิดชอบ 2) บทบาทหน้าที่ชัดเจน 3) การจัดการที่ดี (good governance) ประเมินผลด้วยผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน

C หมายถึง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการ 1) รับรู้ 2) ร่วมคิด 3) ร่วมดำเนินการ 4) ร่วมประเมินผล ประเมินผลด้วย 1) การพึ่งพาตนเองของชุมชน 2) คุณภาพชีวิตของคนในชุมชน 3) การทอดทิ้งในชุมชน

A หมายถึง การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation and Quality) การเกิดบริการที่มีคุณค่าและคุณภาพขึ้นภายในชุมชน โดยวัดที่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ ความสุขของผู้ให้บริการ

R หมายถึง การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) โดยการรวมศักยภาพของทรัพยากรร่วมกัน ทั้งด้าน บุคลากร เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ และ ในด้านบุคลากร เป็นการพัฒนาศักยภาพให้เต็มเต็มส่วนขาดและตอบการแก้ปัญหาของชุมชน

E หมายถึง การบริการตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) งานบริการที่ตอบสนองต่อบริบท และวัฒนธรรม ด้วยหลักการบริการระดับปฐมภูมิ (1A4C) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2559) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และ ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

ด้วยหลักการพื้นฐานคือ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) และ อำเภอเป็นพื้นที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีหลายทรัพยากรจากหลายภาคส่วน

บทบาทที่สำคัญของผู้นำระดับอำเภอคือการทำงานร่วมกันของท้องถิ่นในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่หมู่บ้าน หรือ ตำบล หรือ อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมกัน ภายใต้บริบทแต่ละพื้นที่

บทบาทของคลินิกหมอครอบครัวในระบบสุขภาพชุมชนคือการเป็นเครื่องมือและแนวทางทำให้เกิดโครงสร้างและบุคลากรประจำเพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ แบบ 1) บูรณาการ 2) เป็นองค์กรร่วม 3) อย่างต่อเนื่อง

นโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายต่อยอดและหนุนเสริมระบบสุขภาพอำเภอให้มีความเข้มแข็ง ด้วยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพระดับตำบลอย่างเห็นได้ชัด ทีมหมอครอบครัวจะมีการปฏิบัติตามหลัก UCARE คือ

การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Unity team) คือการประสานการทำงานทั้งแนวนราบและแนวตั้ง ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล สาธารณสุขอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จิตอาสา ในการดูแลผู้ป่วย

สนใจความต้องการชุมชน (Community focus) การเข้าถึงความต้องการของชุมชนทำได้ทั้งในแบบที่เป็นทางการ (การทำประชาคม การจัดประชุมผู้แทนชุมชน) หรือการสำรวจความต้องการอย่างไม่เป็นทางการ (การตรวจผู้ป่วยในแต่ละวัน หรือ การเข้าใจกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มน้อย)

ความร่วมมือของชุมชน (Community participation) การทำงานร่วมกันและการสร้างความเป็นเจ้าของการดูแลสุขภาพชุมชนของตนเอง และขับเคลื่อนด้วยตนเอง โดยอาศัยคลินิกหมอครอบครัวเป็นที่เล็งในการพัฒนาระยะแรก

การชื่นชมซึ่งกันและกัน (Appreciation) หรือความพึงพอใจต่อการร่วมงาน ร่วมคิด และร่วมแก้ปัญหา ให้เกิดการเรียนรู้ และผ่านพ้นความล้มเหลวในระยะแรกจนประสบผลสำเร็จ

การรวมพลังทรัพยากร (Resource sharing) ซึ่งแต่ละชุมชนมีศักยภาพที่แตกต่างกัน การร่วมมือแบ่งปันทรัพยากรจะช่วยให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด

เน้นบริการตามความต้องการของชุมชน (Essential Care) ขึ้นกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ณ เวลานั้น และให้บริการอย่างครบถ้วน และครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทบาทของผู้นำชุมชนตามหลักการของคลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) ประเมินคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนตามหลักการ UCARE ซึ่งในคลินิกหมอครอบครัวไปแสดงองค์ประกอบและการประเมินแต่ไม่ได้ระบุเครื่องมือของการประเมินแต่ละองค์ประกอบ

## ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพระดับตำบล

### 2.1 คุณลักษณะ / บทบาทของผู้นำชุมชนในประกาศแอสตาน่า (WHO, 2018)

ประกาศแอสตาน่า (Astana declaration) หรือ ประกาศเอามาอาต้า (Alma-Ata declaration) ซึ่งถูกประกาศใช้ในปี พ.ศ.2521 (ค.ศ.1978) ตลออดการศึกษาความสำเร็จของการใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) ที่มีการสนับสนุนโดยประเทศ 40 ปีของการศึกษาผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพภายในประเทศจนเห็นเป็นประจักษ์ องค์การอนามัยโลกได้ทำประกาศแอสตาน่าเพื่อเป็นแบบอย่างของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้กับประชาคมโลก

2.1.1 การวางวิสัยทัศน์ให้กับ 4 องค์ประกอบ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนคือข้อ 1-3 ดังนี้

- 1) วิสัยทัศน์ของรัฐบาล ภาครัฐ และ ผู้นำชุมชน (WHO, 2018) (Governments and societies) ต้องสามารถ (1) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (2) ส่งเสริมการสร้างสุขภาพ (3) ป้องกันความเสี่ยง ทั้งในระดับประชากรมวลรวม และ รับผิดชอบต่อระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง
- 2) วิสัยทัศน์ของการจัดสภาพแวดล้อมทางสุขภาพ (WHO, 2018) (Enabling and health-conductive environment) ทั้งระดับบุคคล และ ชุมชน ได้รับการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดี
- 3) วิสัยทัศน์ของผู้ได้รับประโยชน์และภาคีเครือข่าย (WHO, 2018) สามารถให้การสนับสนุนและดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) วิสัยทัศน์ของภาคสาธารณสุข และผู้ให้บริการทางสุขภาพ (Primary health care and health service) (WHO, 2018), (Dussalt et al., 2018) ได้กล่าวถึงการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คุณค่าเป็นองค์รวม ผสมผสาน เข้าถึงได้ง่าย และมีการให้บริการได้ครอบคลุมและสมราคาสำหรับทุกคนและทุกที่ และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข ได้รับความก้าวหน้า และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ในการทบทวนการพัฒนาสุขภาพของแอสตาน่า พบว่าปัจจัยที่มีส่วนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ (WHO, 2018) ประกอบด้วย การสร้างแหล่งความรู้ (Knowledge and Capacity building) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human resource for health) เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพและสนับสนุนการบริการ และระบบการเงินที่มีความโปร่งใสและมีคุณภาพ

### 2.1.2 คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพทุกระดับ (WHO, 2018) มี 7 ด้าน คือ

- 1) รับประกันการเข้าถึงระบบสุขภาพตามสิทธิมนุษยชนทุกระดับ

2) ส่งเสริมให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

3) สร้างความเป็นธรรมในการรับบริการทางสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และ รักษาโรค รวมถึงการดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง

4) ร่วมสร้างนโยบายสุขภาพชุมชนทุกระดับ

5) ร่วมรักษาการดูแลสุขภาพมูลฐานให้คงอยู่ต่อเนื่อง

6) เสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลสุขภาพระดับบุคคลและชุมชน

7) ร่วมมือกันของหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานตาม นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานการพัฒนาระบบสุขภาพ

ประกาศแอสตาน่าแสดงลักษณะของผู้นำทางสุขภาพ 7 ด้าน ที่ควรมีในตัว ผู้นำทุกองค์กร

## 2.2 ทฤษฎีภาวะผู้นำ

ทฤษฎีภาวะผู้นำ (Amanchukwu, Stanley & Ololube 2015), (Khan, Nawaz & Khan 2016) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงเวลา เพราะการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมทาง เทคโนโลยีและเศรษฐกิจ ในภาวะปัจจุบันแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะผู้นำซึ่งส่งผลต่อ คุณลักษณะผู้นำ ด้านสุขภาพชุมชน คือ

**2.2.1 ทฤษฎีมหาบุรุษ (Great man Theory)** เป็นทฤษฎีที่กล่าวในช่วงปี ค.ศ.1847 โดยนายโทมัส (Thomas Calyte) อธิบายภาวะของการเป็นผู้นำเป็นมาโดยกำเนิด ไม่สามารถสร้าง ขึ้นมาได้

**2.2.2 ทฤษฎีคุณลักษณะเด่น (Trait Theory)** อธิบายการเกิดผู้นำที่เกิดจากการ เรียนรู้จากสภาพการณ์และบุคลิกภาพและพัฒนาตนเองขึ้นเป็นผู้นำ มีทั้งหมดสองประเภทคือ เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ(emergent trait) และ เกิดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ของกลุ่ม(effectiveness trait)

**2.2.3 ทฤษฎีเหตุและปัจจัย (Contingency Theories)** อธิบายการเกิดผู้นำขึ้นมาจาก ปัจจัยแวดล้อมกำหนดลักษณะของผู้นำที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของงานและของ สถานการณ์ขณะนั้น

**2.2.4 ทฤษฎีสถานการณ์ (Situational Theory)** อธิบายการเกิดผู้นำจากการพัฒนา ตัวตนของผู้นำเพื่อรับมือกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งตามประสบการณ์และความรู้ของผู้นำนั้น

**2.2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory)** อธิบายการเกิดผู้นำโดยการฝึกฝนเรียนรู้และสังเกตการณ์ซึ่งมีการเกิดลักษณะของการนำ 2 แบบคือ ประชาธิปไตย (Democratic style) หรือ เผด็จการ (Autocratic style)

**2.2.6 ทฤษฎีกระบวนการกำหนดผู้นำ (Process Leadership Theory)** อธิบายการเกิดผู้นำจากการกำเนิดหรือเรียนรู้เพื่อสร้างความสุขสมบูรณ์แก่ผู้คน โดยรอบ หรือเป็นผู้มีจิตสำนึกรับผิดชอบแก่สังคม

**2.2.7 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participative Theory)** อธิบายถึงการรวมตัวของกลุ่มคนเพื่อสร้างอำนาจการต่อรองหรือตัดสินใจ รวมถึงการจัดการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มคน

**2.2.8 ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Theory)** ปี ค.ศ. 1980 บาสซ์ (Bass) เสนอทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้นำ และ ผู้ตาม ซึ่งเกิดจากการยอมรับระหว่างกันและกันทำให้เกิดขอบเขตของผู้นำและผู้ติดตาม และระดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำต่อผู้ตาม อีกทั้งมีการประเมินตัวผู้นำจากผู้ติดตามและพร้อมที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวผู้นำได้ตลอดเวลา เพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดการ

**2.2.9 ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพ (Transformational Theory)** ปี ค.ศ. 1993 เฮาส์ และ แชมเมียร์ (House and Shamir) กล่าวถึงการเป็นผู้นำที่เกิดจากการผู้นำเข้าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเพื่อประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเกิดผู้นำเช่นนี้จะทำให้เกิดแรงกระตุ้น การสร้างคุณธรรม และการเปลี่ยนแปลงและสร้างเครือข่ายของผู้คนที่ติดตามในองค์กร รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ในการเชื่อมประสานความสัมพันธ์

### 2.3 การประเมินภาวะผู้นำในด้านการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

การประเมินคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีวิธีการต่างดั่งที่ได้ทบทวนวรรณกรรมส่วนที่ 1 ที่เป็นของคลินิกหมอครอบครัวได้ให้นิยามและคำจำกัดความของการประเมินตามหลักการ UCARE (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) ในส่วนที่ 4 เป็นการทบทวนหลักการต่างประเทศเพื่อประกอบการวางแผนงานดังนี้

**2.3.1 การประเมินในประเทศแคนาดา (Keltie & James Van, 2010)** กล่าวถึงการประเมินความสำเร็จของผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนผ่าน ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ (Health Impact Assessment ) แสดงประโยชน์ดังนี้ 1) การประเมินโครงการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขชุมชน 2) การค้นหาผลกระทบทางสุขภาพของชุมชน 3) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้ได้รับประโยชน์ 4) การเปลี่ยนแปลง หรือ เบี่ยงเบนทิศทาง หรือ การหลบหลีกผลกระทบร้ายแรง 5) การค้นหาแนวทางร่วมกัน 6) การติดตาม และ ประเมินผลของโครงการ

### 2.3.2 การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพในระดับต่างๆ แบ่งได้ดังนี้

- 1) การประเมินระดับต้น (Rapid Health Impact Assessment) มีลักษณะดังนี้
  - 1) ระยะการประเมิน สัปดาห์ ถึง เดือน 2) เหมาะสำหรับโครงการขนาดเล็ก 3) ทำในโครงการที่เกิดจากทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้กับชุมชนโดยไม่มีอาการอิงบริบทหรือพื้นที่อย่างเหมาะสม 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนน้อย หรือไม่มีส่วนร่วมของชุมชน
- 2) การประเมินระดับปานกลาง (Intermediate Health Impact Assessment) มีลักษณะดังนี้
  - 1) ระยะการประเมิน เดือน 2) เหมาะสำหรับโครงการที่มีความซับซ้อนไม่มาก 3) ทำในโครงการที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลระดับทุติยภูมิเพื่อวางแผนสุขภาพชุมชน 4) มีการร่วมมือของคนในชุมชน
- 3) การประเมินระดับครอบคลุม (Comprehensive Health Impact Assessment) มีลักษณะดังนี้
  - 1) ระยะการประเมิน เดือนถึง ปี 2) สำหรับโครงการที่มีความซับซ้อน หรือมีขนาดใหญ่ 3) ทำในโครงการที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมขึ้นใหม่ 4) มีการร่วมมือของคนในชุมชน

2.3.3 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2013) ได้ให้การประเมินความสำเร็จของผู้นำสุขภาพชุมชนในด้านการป้องกันโรคติดต่อภายในชุมชนดังนี้ 1) จำนวนนโยบายสุขภาพที่ประกาศและดำเนินงานในชุมชนที่ได้รับความร่วมมือ 2) จำนวนระบบดูแลสุขภาพที่มีในชุมชนที่ได้รับความร่วมมือ 3) การเปลี่ยนแปลงชุมชนเพื่อเอื้อต่อประโยชน์ทางสุขภาพ

### ส่วนที่ 3 สถานการณ์ปัจจุบันของอำเภอปักธงชัย

คลินิกหมอครอบครัว แห่งที่ 1 ของอำเภอปักธงชัยครอบคลุมพื้นที่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยตำบลเมืองปัก ตำบลธงชัยเหนือ และตำบลโคกไทย รับผิดชอบ ร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลปักธงชัย และ รพ.สต.บ้านคู และ รพ.สต.บุสมอ รับผิดชอบประชากร 38,000 คน โดยประมาณ มีแพทย์ รับผิดชอบ 1 ทีม คือ นายแพทย์ขัติยพันธ์ อเล็กซิส กฤษณ์ชัยวัฒน์ และ แพทย์หญิงจงรัก สุวรรณรัตน์ ปัจจุบันพื้นที่ดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวหลักอยู่ที่ ศูนย์เทศบาลเมืองเมืองปัก (ศูนย์ใกล้บ้านใกล้ใจ) ซึ่งดูแลประชากร 14,111 คน (กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองเมืองปัก, 2560) ในเขตการดูแลของเทศบาลเมืองเมืองปัก จาก 2 ตำบล คือตำบลเมืองปัก 11 หมู่ และตำบลธงชัยเหนือ 2 หมู่ บุคลากรประจำศูนย์เทศบาลเมืองเมืองปัก ดังตารางที่ 2.1

## ตารางที่ 2.1 ทีมการทำงานคลินิกหมอครอบครัว

ลำดับ	ชื่อ – นามสกุล	งานบริการ	ต้นสังกัด
1.	นพ.ชติคุณพัฒน์ อเล็กซ์ กฤษณทัต	บริการทางการแพทย์	รพ.ปักธงชัย
2.	พญ.จงรัก สุวรรณรัตน์	บริการทางการแพทย์	รพ.ปักธงชัย
3.	นางสาวดรรรชนี สินธุวงสานนท์	บริการทางการแพทย์	รพ.ปักธงชัย
4.	น.ส.พัชรินทร์ เพชรี่	นวก.สาธารณสุข	รพ.ปักธงชัย
5.	น.ส.ณัฐพร ขำโคกสูง	นวก.สาธารณสุข	รพ.ปักธงชัย
6.	นางรักชนก อรรถวิทยากุล	กองสาธารณสุข	เทศบาลเมืองเมืองปัก
7.	กลุ่มงานเภสัชกรรม	ห้องยา	รพ.ปักธงชัย
8.	กลุ่มงานทันตกรรม	บริการทันตภิบาล	รพ.ปักธงชัย
9.	นางสุชาดา กุลนอก	ห้องบัตร-เวชระเบียน	เทศบาลเมืองเมืองปัก
10.	นายพยุหพล ภาวะรัตน์	งานบริการทั่วไป	เทศบาลเมืองเมืองปัก
11.	นายสิริชัย ช่วยจะ โปะะ	งานบริการทั่วไป	เทศบาลเมืองเมืองปัก

ตารางการปฏิบัติงาน วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. นอกเวลาราชการในบริการที่โรงพยาบาลปักธงชัยเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 2.2

## ตารางที่ 2.2 ตารางการทำงานคลินิกหมอครอบครัว

วัน	8.00 – 12.00 น.	12.00-13.00	13.00 – 16.00 น.
จันทร์	บริการตรวจโรคทั่วไป-ผู้พิการ-ทันตกรรม		เยี่ยมบ้าน
อังคาร	บริการตรวจโรคทั่วไป		เยี่ยมบ้าน / ประชุม
พุธ	บริการตรวจโรคทั่วไป-ทันตกรรม	พักเที่ยง	ร่วม PCT
พฤหัสบดี	บริการตรวจโรคทั่วไป-ทันตกรรม		เยี่ยมบ้าน
ศุกร์	บริการตรวจโรคทั่วไป		เยี่ยมบ้าน - ฟังเยี่ยม

โรคเรื้อรังตรวจทุกวันในเวลาราชการ เวลา 8.00-12.00 น.



ในส่วนทีมที่ 2 รพ.สต บ้านคู อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองปัก ให้การดูแลประชาชน 4,500 คน ในเขตตำบลเมืองปัก จำนวน 7 หมู่บ้าน

และทีม 3 อยู่ระหว่างการเตรียมการ รพ.สต.บุสมอ อยู่ในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกไทย ดูแลประชากรประมาณ 5,000 คน จำนวน 11 หมู่บ้าน

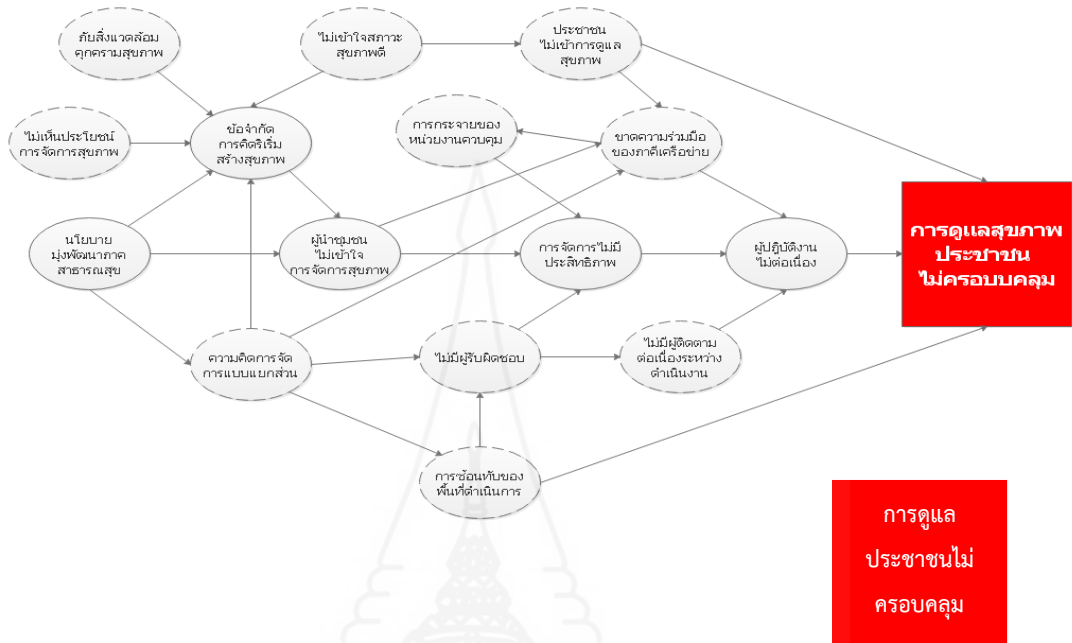
รูปแบบก่อนปี พ.ศ.2559 การดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชนของศูนย์เทศบาลเมืองปักฯ ได้มีการกำหนดพื้นที่บริการเป็นของ รพ.สต.บ้านคู ซึ่งพื้นที่บริการมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหลังปี พ.ศ.2559 (ปีงบประมาณ60) เขตบริการไม่ได้ครอบคลุม รพ.สต.บ้านคู และเปลี่ยนเขตบริการใหม่อยู่กับโรงพยาบาลปักฯ การแก้ปัญหาพื้นที่สุขภาพทางบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ปัญหาโดยนโยบายคลินิกหมอครอบครัวร่วมหน่วยบริการ 3 หน่วยเข้าด้วยกันคือ รพ.ปักฯ, รพ.สต.บ้านคู และ เทศบาลเมืองปักฯ ซึ่งให้ นพ.ชัชวาลย์ ดำเนินการเป็นประธานประสานงานเพื่อพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว และเริ่มเปิดหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอกตามหลักการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวครบทั้ง 5 วัน มีคลินิกโรคเรื้อรังทุกวัน คลินิกผู้สูงอายุ วันจันทร์-พฤหัสบดี-ศุกร์ คลินิกผู้พิการวัน พฤหัสบดี-ศุกร์ ไม่มีบริการนอกเวลาราชการและ วัตถุประสงค์โดยให้รับบริการที่โรงพยาบาลปักฯ โดยตรง

ในปีงบประมาณ 2561 คลินิกหมอครอบครัวได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์คลินิกบริการ และเริ่มแผนการพัฒนาความครอบคลุมกิจกรรมชุมชน

ปีงบประมาณ 2562 นพ.ชัชวาลย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้เพิ่มแผนในการพัฒนาศักยภาพระบบการสนับสนุนของคลินิกหมอครอบครัว เพราะปัจจุบันรูปแบบการดำเนินงานทางสุขภาพของเทศบาลเมืองปักฯ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ พบว่าประชาชนเผชิญโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัดใหญ่ และปัญหาโรคเรื้อรัง รวมถึงพิจารณาความเครียด ประชาชนยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกัน และควบคุมโรค เพราะการดูแล ป้องกันโรค และการสร้างความรู้ความเข้าใจยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

พื้นที่บริการเมืองปักเป็นชุมชนเมือง มีปัญหาเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน และการกำจัดขยะและปัญหาเรื่องมลภาวะจากขยะและน้ำเสีย เขตบริการมีการเปลี่ยนแปลงของคนในพื้นที่เป็นประจำ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นคนย้ายถิ่นไปทำงานในพื้นที่อื่น ขณะที่ผู้อาศัยคือผู้เข้ามาทำงานจากภายนอกพื้นที่ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเกิดความไม่ครอบคลุม และเกิดความไม่ต่อเนื่องในหลายพื้นที่บริการ เพราะขาดการร่วมมือของประชาชนในพื้นที่บริการ

คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ เพราะติดปัญหาเรื่องแผนการสร้างเสริมสุขภาพ และไม่แน่ใจต่อการวางแผนสุขภาพ และความมั่นคงของสถานบริการที่ให้การสนับสนุน



ภาพที่ 2.3 การวิเคราะห์รากเหง้าแห่งปัญหาการดูแลสุขภาพต่อเนื่องและการแก้ปัญหา สำหรับทีม 1 ซึ่งปัจจุบันสภาพปัญหาได้มีการดำเนินอยู่และทำให้เกิดภาวะสูญเสียโอกาสของการดูแลสุขภาพ

ประชาชนเขตเมืองปทุมมาตลอดหลายปีที่ผ่านมา และทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องและความกังวลในการออกแบบพัฒนาศักยภาพและทำให้งบประมาณดูแลสุขภาพค้างจ่ายจำนวนมาก เพราะทิศทางนำองค์กรอยู่ในความสับสนต่อการวางแผนและดำเนินตามแผนการให้ได้ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ดังได้แสดงใน ภาพที่ 2.3 ในด้านสาเหตุของปัญหาและการแก้ไขที่ต้องเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งของคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ซึ่งปัจจุบันคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายแห่งชาติที่สามารถช่วยในการพัฒนาศักยภาพของทีมชุมชนดังส่วนที่ 1 ได้กล่าวไว้

#### ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ทำการศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแนวโน้มนำ การดูแลในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใน 8 ตำบลของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2559 โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้าน บทบาท ปัญหาและความต้องการ ทุนสังคมภายในชุมชน และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเก็บข้อมูลในผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 เป็นการดูแลด้วยเครือข่าย และ รูปแบบที่ 2 เป็นการดูแลโดยชุมชน พบว่าปัญหาการดูแลโดยภาครัฐมีความไม่ต่อเนื่อง ไม่มีแผนงานชัดเจน ไม่ครอบคลุม มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ และขาดการประสานงานของหน่วยงานกับเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น แนวทางการแก้ไขคือการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้นำชุมชน องค์กร และสถาบันต่างๆ ภายในชุมชนท้องถิ่น

แคนเนท อาร์ แมคลีลรอย และคณะ (McIeroy, Norton, Kegler, Burdine & Sumaya, 2003) ใช้ทฤษฎีของเมอร์เซลและคาร์เอฟฟีตี ประกอบการทำทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพภายในชุมชนจากการศึกษาที่สัมฤทธิ์ผลในประชาชนชาวอเมริกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 เป็นต้นมา นำมาวิเคราะห์ด้วยการจัดหมวดหมู่ของเนื้อหา พบว่าการแก้ไขปัญหาชุมชนต้องดำเนินบนพื้นฐานของปัญหาที่ชุมชนมีและแนวทางการจัดการให้บรรลุการแก้ปัญหาชุมชน 4 ด้านคือ เข้าใจบริบท เข้าใจกลุ่มเป้าหมาย เข้าใจทรัพยากร และ เข้าใจผู้แทนชุมชน โดยการเข้าใจผู้แทนชุมชนคือการรวมพลังขององค์กรประกอบการแก้ปัญหาของครอบครัว ผู้นำชุมชน และ องค์กรต่างๆ ร่วมกันจะทำให้โครงการชุมชนประสบผลสำเร็จ

วิญญู และคณะ (Wanphen et al., 2010) ทำการศึกษารูปแบบการเพิ่มสมรรถนะชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุ และ ผู้นำด้านสุขภาพเช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่การปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ารูปแบบระบบบริการในชุมชนจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต้องการการสนับสนุนของครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก และขาดทุนทรัพย์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ได้ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียง

ณัชชภัทร พานิช และคณะ (2558) ได้ทำวิจัยและพัฒนา ทางยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพชุมชนให้มีความยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยอิงทฤษฎี กระบวนการของวัฏจักรนโยบายของ มามะ จิตตะสังคะ กำหนดขั้นตอนการวิจัย 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การพัฒนา การตรวจสอบความเหมาะสม การทดลองปฏิบัติ การประเมินผล การปรับปรุง และ การขยายผล

ยุทธศาสตร์ ทำการศึกษาในประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล นักวิชาการสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ และผู้เชี่ยวชาญการจัดระบบสุขภาพชุมชน เก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่เนื้อหาตามทฤษฎีและกระบวนการจัดสุขภาพชุมชนพบว่า ผู้นำด้านสุขภาพมีบทบาทในทุกขั้นตอนของกระบวนการทั้ง 6 ขั้น ตั้งแต่กระบวนการพัฒนารูปแบบ ผู้นำเป็นผู้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นผู้นำให้เกิดการวางแผนยุทธศาสตร์ แก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของชุมชน และช่วยในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดสุขภาพ และใน กระบวนการที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสม โดยผู้นำชุมชนถือเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากรในพื้นที่ให้เกิดการตรวจสอบกิจกรรมสุขภาพและเกิดการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ในกระบวนการที่ 3 การทดลองใช้ ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้ติดตามผลของการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด และเป็นส่วนหนึ่งของการร่วมมือภาคีเครือข่ายในการแก้ปัญหาระหว่างการดำเนินงาน ในกระบวนการที่ 4 การประเมิน พบว่าผู้นำชุมชนทำให้เกิดองค์ความรู้ และการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสร้างการเรียนรู้และนวัตกรรมในชุมชนให้กับประชาชน ในกระบวนการที่ 5 การปรับปรุง พบว่าผู้นำอยู่ในส่วนของการพัฒนาภาคีเครือข่าย และกระบวนการที่ 6 การขยายผลงาน พบว่าผู้นำชุมชนช่วยในการดึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งแต่ละกระบวนการเหล่านี้ ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีบทบาทในการสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของระบบสุขภาพ

เอกศักดิ์ (Ekasak, 2014) ทำการศึกษาศักยภาพของชุมชน ต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยแยกตามการมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันของชุมชน โดยใช้ทฤษฎีของโคเฮน และอัฟฮอฟในปี พ.ศ.2523 ในการอธิบายการมีส่วนร่วมของชุมชน และความผูกพันใช้ทฤษฎีของไดเอมและโมเยอร์ในปี พ.ศ.2548 และภาวะผู้นำใช้ทฤษฎีของลาชอนเต้และลาเวอร์เล็ค ในปี พ.ศ.2544 ซึ่งเกี่ยวกับการสร้างเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการยอมรับ หรือศรัทธา โดยทำการศึกษาในผู้นำสุขภาพชุมชนทั้งผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มชมรมรักสุขภาพจำนวน 450 ราย โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามของคูสิด ปิยวรกุล โดยให้ผู้นำชุมชนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง นำมาวิเคราะห์พบว่า การออกกำลังกายที่เกิดความสำเร็จจะพบภาวะผู้นำที่มีศักยภาพสูงในด้านการติดตามประเมินผล และ การแจ้งข่าวสาร และการประสานงานกลุ่มเครือข่าย

ประสงค์ ลีลา และ ลิขิต กาญจนารัตน์ (2556) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการใช้แบบสอบถาม และเปรียบเทียบผลของการศึกษาที่หาความแตกต่างในด้าน การสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนขององค์กรภายนอก สัมพันธภาพระหว่างผู้นำชุมชน และประชาชน ตำแหน่งในชุมชน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีผู้นำชุมชน 298 คน จากกลุ่ม

ตัวอย่างที่รวมประชาชนอีก 867คน พบว่าตำแหน่งในชุมชนมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งไม่เท่ากัน และ สัมพันธภาพที่ดีของประชาชนและผู้นำชุมชนทำนายความเข้มแข็งของการส่งเสริมสุขภาพชุมชนได้มาก ( $R=0.865$ ) และผู้นำที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสามารถทำนายความเข้มแข็งของการส่งเสริมสุขภาพชุมชนได้มาก ( $R= 0.871$ )

นาริรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสาวิตรี ทยานศิลป์ (Narirat, Vilaivan & Sawitri, 2011) ได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาต้นแบบการดูแลสุขภาพที่ดีของชุมชนเขตเมือง และ ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพชุมชนที่ดี โดยถอดบทเรียนจากชุมชนเขตเมืองที่มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพชุมชนคลองเตย 3 แห่ง และชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis) และสรุปประเด็นสำคัญ (Thematic analysis) พบว่า การประสานงานระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนและคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้เกิดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ที่ต้องการแรงสนับสนุนจากทั้งด้านผู้นำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ และการรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน และผู้นำชุมชนมีศักยภาพสูงในด้าน การสร้างพลังร่วมมือในชุมชน มนุษย์สัมพันธ์ที่ดี การทำงานเป็นทีมร่วมกับหน่วยงานภายนอกและตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งคือ ผู้นำเข้มแข็ง และ การทำงานเป็นทีม

### รูปแบบสร้างพัฒนาผู้นำชุมชนจากการทบทวนวรรณกรรมมีดังต่อไปนี้

พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2555) ได้ทำการวิจัยพัฒนา รูปแบบของการขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุมโรคความสำเร็จเข้มแข็ง โดยทำการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพต่อชุมชนเมืองแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้นำชุมชน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสถานการณ์ พบปัญหาการไม่มีคณะกรรมการรับผิดชอบ ระบบสุขภาพไม่ผ่านมาตรฐาน ไม่มีการร่วมมือของภาคีเครือข่าย ความล่าช้าของการรายงานและควบคุมโรค และการบริหารงบประมาณ เป็นอุปสรรคของการดำเนินตามนโยบาย และ ระยะที่ 2 การพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า มีการจัดตั้งกรรมการควบคุมโรค การมอบหมายงานให้โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเป็นผู้จัดการ การพัฒนาองค์ความรู้และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค พัฒนาระบบการรายงานโรค และพัฒนานวัตกรรม ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการควบคุมและป้องกันโรค และระยะ 3 การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ

สุเทพ พลอยปลายแก้ว, นิษฐา หุ่นเกษม, อรุณช ภาชีน และศักดิ์ชาย (2556) ได้ทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนที่ประสบผลสำเร็จในจังหวัดลพบุรี โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ทำการศึกษาชุมชนที่ผ่านการประเมินตามแนวทางการจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์กรมสนับสนุนบริการทางสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน

เพื่อหาคำประกอบและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพตนเองใน 4 ชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบตามผลของขั้นแรกพบว่า 1) การพัฒนาคนด้วยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำ และเครือข่ายสุขภาพด้านการจัดบริหารจัดการสุขภาพ 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยร่วมทำแผนสุขภาพ ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผล 3) พัฒนาการจัดการสุขภาพชุมชน โดยการจัดทำศูนย์ข้อมูล การจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพในชุมชน ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าทั้ง 3 องค์ประกอบส่งผลให้เกิด การดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน แล้วส่งผลให้เกิดความยั่งยืน

กานต์นะรัตน์ จรามร, นันทวดี เนียมนุ้ย, และไพโรจน์ เสาแก้ว (2560) ทำการศึกษาชุมชนเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานของชุมชนในผู้นำชุมชนจำนวน 30 คนในชุมชนแห่งหนึ่งซึ่งประสบผลสำเร็จในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรูปแบบวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การทบทวนเอกสารและศึกษาบริบทของชุมชน พบว่าปัจจัยนำเข้าได้แก่ความรู้ ทักษะคิด ค่านิยม และความตั้งใจที่จะดื่ม ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงแหล่งซื้อขาย เทศกาลประเพณี วัฒนธรรมชุมชน เศรษฐฐานะ การรับรู้นโยบาย และทักษะการปฏิเสธ ปัจจัยเสริมได้แก่ การดื่มของบุคคลในครอบครัว และเพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติของผู้จำหน่ายสุรา สัมพันธภาพของครอบครัวและสื่อโฆษณา โดยปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคมากที่สุด ในส่วนระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อาศัยการมีส่วนร่วมแบบเสริมพลังอำนาจ (Empowerment participatory action research: EM-PAR) ได้รูปแบบคือ การกำหนดมาตรการทางสังคมสำหรับชุมชน และระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานโดยวิธีประเมินแบบผสมผสาน (mixed evaluation method) ด้วยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมคนในชุมชนพบว่าชุมชนที่มีการลดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะพบลักษณะของชุมชนมีส่วนร่วม ความรู้เรื่องภัยอันตรายจากการเสพ และผลดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชนร่วมกัน

รัชณีวิภา จิตรากุล, วงศา เล้าทศิวิวงศ์, และรังสรรค์ สิงห์เลิศ (2558) ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วย แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบประเมินศักยภาพชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบสอบถามผู้นำระดับครอบครัว แกนนำและตัวแทนชุมชน 6 ด้าน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบประเมินศักยภาพของแกนนำและตัวแทนชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชน ในส่วนเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วยระยะเตรียมความพร้อม และระยะการวิจัยซึ่ง ระยะการดำเนินวิจัยมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา

การดำเนินการแก้ปัญหา และการประเมินผล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 เดือน พบว่า  
 ขั้นตอนที่ 1 ชุมชนที่ศึกษาผ่านเกณฑ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและการจัดการกำลังคน/องค์กรใน  
 ชุมชน และด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพชุมชน แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การจัดการทุนเพื่อสุขภาพ  
 การจัดการข้อมูลเพื่อสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้เพื่อวางแผนสุขภาพชุมชน ในด้านผู้นำชุมชน  
 พบว่ามีศักยภาพต่ำในด้านการสร้างความมีส่วนร่วม และการสร้างประโยชน์จากแผนพัฒนาสุขภาพ  
 มีศักยภาพปานกลาง ในด้านความรู้ ความภาคภูมิใจ และทัศนคติ แต่มีศักยภาพดีในด้านความรู้  
 ขั้นตอนที่ 2 การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผล 5 ด้านคือ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการทำ  
 แผนงาน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านกิจกรรมพัฒนา และ ด้านการประเมินผล ขั้นตอนที่ 3 คือ  
 การดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 6 เดือน สามารถดำเนินทุกกิจกรรมตามตารางเวลา ขั้นตอนที่ 4  
 การประเมินผลพบว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งการรับรู้ การมีส่วนร่วม การได้รับผลประโยชน์  
 ความภาคภูมิใจ ความรู้ ทัศนคติ แตกต่างกันโดยระดับหลังกิจกรรมสูงกว่าเริ่มกิจกรรมด้วย  
 การวิเคราะห์แบบเปรียบเทียบค่ากลางอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired-t-test)

กิจปพน ศรีธานี และ ลำปาง แม่นมาตน์ (2557) ได้ทำการศึกษาหากระบวนการจัดการ  
 ความรู้ด้านสุขภาพชุมชน โดยการวิจัยเชิงพรรณนาด้วยการเลือกชุมชนอย่างเจาะจง และใช้  
 เครื่องมือทางคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ รวบรวม  
 ข้อมูลวิเคราะห์โดยการจัดเป็นหมวดหมู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชน คนในชุมชน ผู้รู้ในชุมชน  
 และ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นส่วนที่ช่วยในการจัดการความรู้สุขภาพชุมชน ในด้านการถ่ายทอด  
 ความรู้ให้เกิดแก่ชุมชน

พัชนี ตูเถ๊ะ (2561) ได้ทำการศึกษาผลของระดับศักยภาพผู้นำชุมชนและการมีส่วนร่วม  
 ของประชาชน ต่อความเข้มแข็งด้านคุณภาพชีวิตและสังคมในจังหวัดนครราชสีมา ด้วยแบบสอบถาม  
 ที่สร้างขึ้นมาด้วยความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.97 ด้วยแบบสอบถาม  
 และสัมภาษณ์ พบว่า ศักยภาพของผู้นำอยู่ในระดับมาก และการมีส่วนร่วมของประชาชนมีระดับ  
 ปานกลาง และความเข้มแข็งด้านคุณภาพชีวิตและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าศักยภาพผู้นำ  
 และการมีส่วนร่วมของประชาชนเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปร พบว่า  
 สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.521 หมายความว่าทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์เล็กน้อยกับ  
 ความเข้มแข็งด้านคุณภาพชีวิตและสังคม เมื่อวิเคราะห์เฉพาะด้านศักยภาพผู้นำในเรื่อง ด้าน  
 บริหารงาน และบริหารสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยด้วยสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ( $R^2$ )  
 เท่ากับ 0.479 และเมื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชน ในด้านการตรวจสอบ ติดตาม และ  
 ประเมินผล และด้านการคิดและเสนอความเห็น และด้านการตัดสินใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ  
 ความเข้มแข็งของคุณภาพชีวิตและสังคมเล็กน้อยด้วยสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.508

จากการศึกษาวิจัยข้างต้น พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา หรือ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต หรือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และในส่วนของ การวิเคราะห์เชิงปริมาณมีแบบประเมินที่เป็นของส่วนกลางที่ใช้ในการประเมินชุมชน ในส่วนแบบประเมินศักยภาพของผู้นำ/คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ใช้การพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเอง โดยทำการทดลองเครื่องมือและหาความเที่ยงด้วยค่าแอลฟาครอนบาค การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพมีการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดหมวดหมู่ รูปแบบการการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพราะเลือกชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ดำเนินระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพ ชุมชนที่ประสบผลสำเร็จ การดำเนินวิจัยแบ่งเป็นส่วนขั้นตอน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนิน โครงการ และการประเมินผล โดยสรุปผลดังตารางที่ 2.3





ตารางที่ 2.3 รูปแบบการศึกษาระบบสุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย

การศึกษา	วัตถุประสงค์การศึกษา	ทฤษฎีในการศึกษา	รูปแบบการศึกษา	ประชากร	เครื่องมืองานวิจัย	ผลการศึกษา
วันเพ็ญ (2552)	รูปแบบการเพิ่มสมรรถนะชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	ไม่พบ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	ผู้นำด้านสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท.	การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	การสนับสนุนของครอบครัว และชุมชนเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ ทุนทรัพย์เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
ณัชชาภัทร (2558)	ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพชุมชนให้มีความยั่งยืน	กระบวนการของวิถึจักรนโยบายนะของมานะจิตตะสังคะมา	การวิจัยเชิงและพัฒนา กระบวนการ 6 ขั้นตอน 1)การพัฒนา 2)การวางแผน 3)การปฏิบัติ 4)การประเมิน 5)การปรับปรุง 6)การขยายผล	ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นักวิชาการ สาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ ผู้เชี่ยวชาญ จักระบบสาธารณสุข ชุมชน	สนทนากลุ่ม การจัดหมวดหมู่เนื้อหา	ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ คือ 1)การพัฒนา: มีส่วนในการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับสภาพแวดล้อม 2)การวางแผน: ส่งเสริม สนับสนุน ทรัพยากร 3)การปฏิบัติ: ติดตามผลการดำเนินงาน 4)การประเมิน: สร้างองค์ความรู้ชุมชน 5)การปรับปรุง: พัฒนาภาคีเครือข่าย

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

การศึกษา	วัตถุประสงค์การศึกษา	ทฤษฎีในการศึกษา	รูปแบบการศึกษา	ประชากร	เครื่องมืองานวิจัย	ผลการศึกษา
						6)การขยายผล: อาศัยผู้นำเป็นผู้ประสานความร่วมมือให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
เอกศักดิ์ (2556)	ศึกษาภาพชุมชนต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วมของชุมชน ไร่ โคน (พ.ศ.2523) ความผูกพันชุมชนไร่ ไคเอม (พ.ศ.2548) ภาวะผู้นำไร่ ลายอนเต้ (พ.ศ.2544)	วิจัยเชิงพรรณนา	ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และกลุ่มชมรมรักย์ สุขภาพ จำนวน 450 ราย	แบบสอบถามของคูสิต ปิยวรกุล โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง	โครงการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ด้านศึกษาภาพชุมชน พบว่าศึกษาภาพสูงในด้านการประเมินผล การแจ้งข่าวสาร และการประสานงานกลุ่มเครือข่าย
นารีรัตน์ (2553)	หาต้นแบบการดูแลสุขภาพที่ดีของชุมชนเขตเมืองร่วมกับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวและปัจจัยส่งเสริมการดูแลสุขภาพและตัวชี้วัด	ไม่พบ	วิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปรูปประเด็นสำคัญ	ชุมชนคลองเตย 3 แห่งชุมชนเมืองในจังหวัดนครราชสีมา 1 แห่ง	แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม	ผู้นำชุมชนมีแรงสนับสนุน ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน และศึกษาการสร้างความร่วมมือในชุมชน มนุษยสัมพันธ์ที่ดีการทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างแบบการดูแลสุขภาพร่วมกับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดสำหรับผู้นำชุมชนคือ การทำงานเป็นทีม

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

การศึกษา	วัตถุประสงค์ การศึกษา	ทฤษฎีในการศึกษา	รูปแบบการศึกษา	ประชากร	เครื่องมือ งานวิจัย	ผลการศึกษา
พงษ์สวัสดิ์ (2555)	ศึกษารูปแบบความ การขับเคลื่อน นโยบาย อำเภอ ควบคุมโรคให้เกิด ความสำเร็จ	ไม่พบ	วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ 3 ระยะ 1) ศึกษา บริบท 2) พัฒนาระบบ 3) ติดตาม ประเมินผล	เลือกประชากรอย่าง เจาะจง กลุ่มผู้นำ ชุมชนและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขชุมชน	การสังเกตแบบมี ส่วนร่วม	ระยะที่ 1 บริบท พบปัญหาไม่มี ผู้รับผิดชอบ ปัญหาการบริหาร บุคลากร งบประมาณ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบขับเคลื่อน ต้องมีการมอบหมายงานชัดเจน สร้าง องค์ความรู้และนวัตกรรม ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลของ โครงการ
สุเทพ (2555)	การพัฒนาการดูแล สุขภาพชุมชนที่ ประสบผลสำเร็จ	แนวทางการจัดการ สุขภาพ กรมสนับสนุน บริการทางสุขภาพ	การวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม 2 ขั้นตอน 1)ศึกษาชุมชน 2)พัฒนารูปแบบ	เลือกอย่างเจาะจง ชุมชนที่ผ่านการ ประเมินตามแนว ทางการจัดการสุขภาพ	การสังเกตแบบมี ส่วนร่วม	ขั้นตอนที่ 1 พบว่ามี 3 องค์ประกอบที่ ต้องพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาการมีส่วนร่วม และพัฒนาการ จัดการของชุมชนมีผลต่อความสำเร็จ ของระบบสุขภาพชุมชน

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

การศึกษา	วัตถุประสงค์การศึกษา	ทฤษฎีในการศึกษา	รูปแบบการศึกษา	ประชากร	เครื่องมืองานวิจัย	ผลการศึกษา
กานต์ธนรัตน์ (2560)	หารูปแบบการดำเนินการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่พบ	วิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ระยะที่ 1: ศึกษาปัจจัย ระยะที่ 2: EM-PAR ระยะที่ 3: ประเมินผล	เลือกอย่างเจาะจง ผู้นำชุมชน 30 คน	ระยะที่ 1: ทบทวนเอกสาร/ศึกษาบริบท ระยะที่ 2: EM-PAR ระยะที่ 3: ประเมินแบบผสมผสาน	ระยะที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของคนในชุมชน ระยะที่ 2 พบรูปแบบคือ การกำหนดมาตรการทางสังคมสำหรับชุมชน ระยะที่ 3 พบว่าความสำเร็จของมาตรการจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีส่วนร่วมของชุมชน และการตระหนักรู้ถึงอันตราย
รัชณีวิภา (2557)	รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ไม่พบ	วิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 6 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะการวิจัย 4 ชั้น 1) ศึกษาปัญหา 2) วางแผน 3) ดำเนินการ 4) ประเมินผล	ผู้นำระดับครอบครัว แกนนำชุมชน และตัวแทนชุมชน	<u>เชิงปริมาณ</u> แบบประเมินต่างๆ <u>เชิงคุณภาพ</u> แบบสอบถาม	ขั้นตอนที่ 1 ประเมินชุมชน และศักยภาพของผู้นำ ขั้นตอนที่ 2 ประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 3 ระยะการดำเนินงาน 6 เดือน ขั้นตอนที่ 4 พบว่าการรับรู้ การมีส่วนร่วม การได้รับประโยชน์ ความภาคภูมิใจ ความรู้ ทักษะคิด เพิ่มขึ้นด้วย Paired t-test

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีการศึกษา

#### 1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยดำเนินกิจกรรมปรับกระบวนการทัศน์ของผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนและการเสริมพลังการทำงานชุมชน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนโดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน โดยการศึกษาในทีม 1 ของคลินิกหมอครอบครัว อำเภอปักธงชัย เดือน สิงหาคม – กันยายน พ.ศ.2562 (ปีงบประมาณ62)

ขั้นตอนที่ 1 การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อถ่ายทอดนโยบายพัฒนาสุขภาพตามทฤษฎีคลินิกหมอครอบครัว ตามเขตของเทศบาล ทีม 1 เทศบาลเมืองเมืองปัก

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินโครงการตามทฤษฎีของคลินิกหมอครอบครัว สังกัดแบบมีส่วนร่วม และจัดหมวดหมู่การวิเคราะห์ข้อมูลของความสำเร็จตามตัวชี้วัดคลินิกหมอครอบครัว 9 กิจกรรม ดังรูปภาพที่ 3.1

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินและสรุปผล โดยประชุมร่วมทีมผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนในการประเมินผลการทำงานและวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่เนื้อหาในทีม 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนหลังการศึกษานำผลเปรียบเทียบกับผลก่อนการศึกษา

#### 2. ประชากรที่ศึกษา

ผู้นำชุมชน 13 หมู่บ้าน ประกอบด้วยพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษีษกร ทันตภิบาล ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองเมืองปัก และประชาชนที่เป็นผู้นำสุขภาพใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมรมผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน ที่อยู่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี ในพื้นที่

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (นิคม ถนนมเสียง, 2560)

$$n = \frac{\{Z_{\alpha} + Z_{\beta}\}^2 \Pi(1-\Pi)}{(\Pi - \Pi_0 - \delta)^2}$$

เมื่อ

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$  = ค่าความเชื่อมั่นของการตัดสินใจผิดที่ได้ร้อยละ 5 มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{\beta}$  = ค่าอำนาจความจำแนกการแตกต่างร้อยละ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84

$\Pi$  = ร้อยละของผู้นำสุขภาพชุมชนจำนวน 308 คน ต่อ ประชาชนทั่วไป 14,111 คน = 0.02

$(\Pi - \Pi_0 - \delta)^2$  = ค่าความแตกต่างของข้อมูลที่มีความหมายทางสถิติที่ 0.05

$$n = \frac{\{1.96 + 0.84\}^2 (0.02)(0.98)}{(0.05)^2}$$

$$n = 21.95 \text{ คน}$$

ดังนั้นการศึกษานี้จะทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน

### 3. การสุ่มตัวอย่าง

โดยการสุ่มแบบเป็นลำดับชั้นตามสัดส่วนของประชากร (stratified random sampling proportional to size) สำหรับผู้ใหญบ้าน เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ และผู้นำสุขภาพด้านอื่นๆ ในส่วน อสม.ทำการจัดสัดส่วนตามสัดส่วนประชากร จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 3.1 และ ตารางที่ 3.2

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.863

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 94 จำนวน 9 คนที่สูญหายเกิดจากผู้ทำแบบประเมินเสียชีวิตจำนวน 1 คน ผู้ทำแบบประเมินตอบแบบสอบถามหลังการดำเนินงานไม่ครบถ้วนจำนวน 3 คน และกลุ่มเป้าหมายมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยจำนวน 5 คน

ตารางที่ 3.1 การจัดสัดส่วนประชากรในการศึกษา

	ประชากรทั้งหมด		ประชากรในการศึกษา	
	ต.เมืองปัก (เทศบาลเมืองเมืองปัก)		ต.เมืองปัก (เทศบาลเมืองเมืองปัก)	
จำนวนหมู่บ้าน	16		16	
อสม.	267		130	
ผู้ใหญ่บ้าน	16		8	
เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น	7		3	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10		5	
อื่นๆ	8		4	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>308</b>	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>150</b>

ตารางที่ 3.2 การจัดสัดส่วนประชากรในการศึกษา กลุ่ม อสม.

	ประชากรทั้งหมด (%)	ประชากรในการศึกษา	
หมู่ 1 ต.เมืองปัก	39 (14.6)	19	
หมู่ 2 ต.เมืองปัก	47 (17.6)	23	
หมู่ 3 ต.เมืองปัก	20 (7.5)	10	
หมู่ 8 ต.เมืองปัก	10 (3.7)	5	
หมู่ 10 ต.เมืองปัก	33 (12.4)	16	
หมู่ 11 ต.เมืองปัก	18 (6.7)	9	
หมู่ 12 ต.เมืองปัก	27 (10.1)	13	
หมู่ 13 ต.เมืองปัก	11 (4.2)	5	
หมู่ 14 ต.เมืองปัก	11 (4.2)	5	
หมู่ 15 ต.เมืองปัก	10 (3.7)	5	
หมู่ 17 ต.เมืองปัก	19 (7.2)	9	
หมู่ 10 ต.ธงชัยเหนือ	9 (3.4)	5	
หมู่ 14 ต.ธงชัยเหนือ	13 (4.7)	6	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>267</b>	
		<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>130</b>

#### 4. เครื่องมือที่ใช้ในงานศึกษาวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามงานวิจัยจำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด

1.1 ข้อมูลพื้นฐานจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย

1.1.1 *ปัจจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง* คือ อายุ รายได้เฉลี่ย และ ระยะเวลาการทำงาน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพภายในชุมชน

1.1.2 *ปัจจัยที่เป็นตัวแปรแจกแจง* คือ เพศ ที่อยู่(ตำบล) เชื้อชาติ ศาสนา สถานะภาพ สมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งการทำงานดูแลสุขภาพภายในชุมชน และ เหตุผลการเข้ามาทำงานด้านสุขภาพของชุมชน

1.2 แบบสอบถามเพื่อประเมินคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนจำนวน 20 ข้อ

ระดับคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน โดยคิดเป็น 90 – 100 คะแนน

ระดับคะแนนมาก คือ 4 คะแนน โดยคิดเป็น 71 – 90 คะแนน

ระดับคะแนนปานกลาง คือ 3 คะแนน โดยคิดเป็น 51 – 70 คะแนน

ระดับคะแนนน้อย คือ 2 คะแนน โดยคิดเป็น 31 – 50 คะแนน

ระดับคะแนนน้อยมาก คือ 1 คะแนน โดยคิดเป็น 20 – 30 คะแนน

1.2.1 *การทำงานร่วมกันเป็นทีม* มี 4 ข้อ โดยมีระดับของคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ซึ่ง น้อยที่สุด มีค่า = 1, น้อย มีค่า = 2, ปานกลาง มีค่า = 3, มาก มีค่า = 4, และ มากที่สุด มีค่า = 5 ในข้อที่ 2.1.1. และ 2.1.2. และ 2.1.4 เป็นคะแนนเชิงบวก และ ข้อที่ 2.1.3. เป็นคะแนนเชิงลบ การแปรผลคะแนนรวม ระดับคะแนน 4–8 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการทำงานเป็นทีม ต่ำ, ระดับคะแนน 9–14 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการทำงานเป็นทีม ปานกลาง, และ ระดับคะแนน 15–20 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการทำงานเป็นทีม สูง

1.2.2 *การมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม* มี 5 ข้อ โดยมีระดับของคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ซึ่ง น้อยที่สุด มีค่า = 1, น้อย มีค่า = 2, ปานกลาง มีค่า = 3, มาก มีค่า = 4, และ มากที่สุด มีค่า = 5 ในข้อที่ 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. และ 2.2.5 เป็นคะแนนเชิงบวก และ ข้อ 2.2.4. เป็นคะแนนเชิงลบ การแปรผลคะแนนรวม ระดับคะแนน 5–12 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม ต่ำ, ระดับคะแนน 13–20 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม ปานกลาง, และระดับคะแนน 21–25 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม สูง



**1.2.3 การเกิดคุณค่าผู้ให้บริการ** มี 3 ข้อ โดยมีระดับของคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ซึ่ง น้อยที่สุด มีค่า = 1, น้อย มีค่า = 2, ปานกลาง มีค่า = 3, มาก มีค่า = 4, และ มากที่สุด มีค่า = 5 ในทุกข้อ เป็นคะแนนเชิงบวก การแปรผลคะแนนรวม ระดับคะแนน 3–8 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านคุณค่าในผู้ให้บริการ ต่ำ, ระดับคะแนน 9–11 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านคุณค่าในผู้ให้บริการ ปานกลาง, และ ระดับคะแนน 12–15 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านคุณค่าในผู้ให้บริการ สูง

**1.2.4 การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร** มี 3 ข้อ โดยมีระดับของคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ซึ่ง น้อยที่สุด มีค่า = 1, น้อย มีค่า = 2, ปานกลาง มีค่า = 3, มาก มีค่า = 4, และ มากที่สุด มีค่า = 5 ในทุกข้อ เป็นคะแนนเชิงบวก การแปรผลคะแนนรวม ระดับคะแนน 3–8 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร ต่ำ, ระดับคะแนน 9–11 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร ปานกลาง, และระดับคะแนน 12–15 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร สูง

**1.2.5 การตอบสนองความต้องการชุมชน** มี 5 ข้อ โดยมีระดับของคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ซึ่ง น้อยที่สุด มีค่า = 1, น้อย มีค่า = 2, ปานกลาง มีค่า = 3, มาก มีค่า = 4, และ มากที่สุด มีค่า = 5 ในทุกข้อ เป็นคะแนนเชิงบวก การแปรผลคะแนนรวม ระดับคะแนน 5–12 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการชุมชน ต่ำ, ระดับคะแนน 13–20 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการชุมชน ปานกลาง, และ ระดับคะแนน 21–25 หมายถึง คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการชุมชน สูง

**ส่วนที่ 2** โปรแกรมการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของผู้นำสุขภาพชุมชนระดับตำบล ในคุณลักษณะการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ การแบ่งปันทรัพยากร และ การตอบสนองความต้องการชุมชน

เป็นการเสริมสร้างพลังชุมชนและมีมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมชุมชน 5 กลุ่มวัย ตามความรับผิดชอบ และ 9 กิจกรรม 3 มิติ ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 อายุ 0 – 1 ปี** เป็นกิจกรรมให้ความรู้ประชาชนในการสร้างองค์ความรู้การกระตุ้นพัฒนาการในชุมชนสำหรับเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 1ปี เพื่อวางพื้นฐานทางอารมณ์ ในช่วงของการสร้างพัฒนาการเด็กและเกิดความต่อเนื่องถึงอายุ 4 ปี และ เป็นการสร้างวิสัยทัศน์ และทัศนคติของผู้นำสุขภาพชุมชนถึงบทบาทการมีส่วนร่วมและการทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กอายุแรกเกิดถึง 1 ปี ผ่าน โครงการชื่อ “365วันแห่ง 365เดือน” ดำเนินงานใน สัปดาห์ที่ 2

**กลุ่มที่ 2 อายุ 1 – 6 ปี** เป็นกิจกรรมให้ความรู้ประชาชนในการสร้างความฉลาดแก่เด็กอายุ 1 ปีถึง 6 ปีซึ่ง ผู้นำสุขภาพชุมชนจะมีบทบาทในการตรวจตราภาวะพัฒนาการล่าช้าของประชาชนในชุมชนและสร้างทัศนคติการดำเนินงานพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรม “หน้าต่างแห่งพัฒนาการ 1-6 ปี” ดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 6

**กลุ่มที่ 3 อายุ 7 – 15 ปี** เป็นกิจกรรมบูรณาการร่วมกับกิจกรรม Tobe Number one ซึ่งรับผิดชอบโดยงานยาเสพติด โรงพยาบาลปัทมราช ดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 4 – 12

**กลุ่มที่ 4 อายุ 15 – 60 ปี** ดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น (1) การรณรงค์ภาวะสุขภาพดี เป็นการสร้างวิสัยทัศน์และทัศนคติของรากฐานการสร้างสังคมสุขภาพดี ผ่านการตรวจสุขภาพประชาชนและผู้นำได้ความรู้การเป็นผู้ให้บริการและคำแนะนำทางสุขภาพที่สำคัญ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ การดูแลภาวะซึมเศร้า ผ่านโครงการ “อายุกายชะลอได้ด้วยมือเรา” ดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 7 และ (2) การค้นหากลุ่มเสี่ยง เป็นการฝึกปฏิบัติการให้บริการและให้คำแนะนำทางสุขภาพจากระบบการรณรงค์ภาวะสุขภาพดี เพื่อสร้างทัศนคติของผู้นำสุขภาพชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนที่ดี ผ่านกิจกรรม “รู้ดับ รักไต เห็นไว ชีวาสุข” ดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 1 และกิจกรรม “ตรวจก่อนฟังเพื่อคนเมืองปัทมสุขภาพดี” และ “เติมสุขภาพพระสงฆ์” เริ่มดำเนินงานใน สัปดาห์ที่ 3 จนถึงปลายสัปดาห์ที่ 12 และ (3) การรักษาโรคสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นการสร้างทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพประชาชนในกลุ่มโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผ่านกิจกรรม “เบาหวานยังไหว ตาไต แข็งแรง” ดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 8 และ “โรคความดันโลหิตสูงหรือจะสู้คนเมืองปัทม” ดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 9

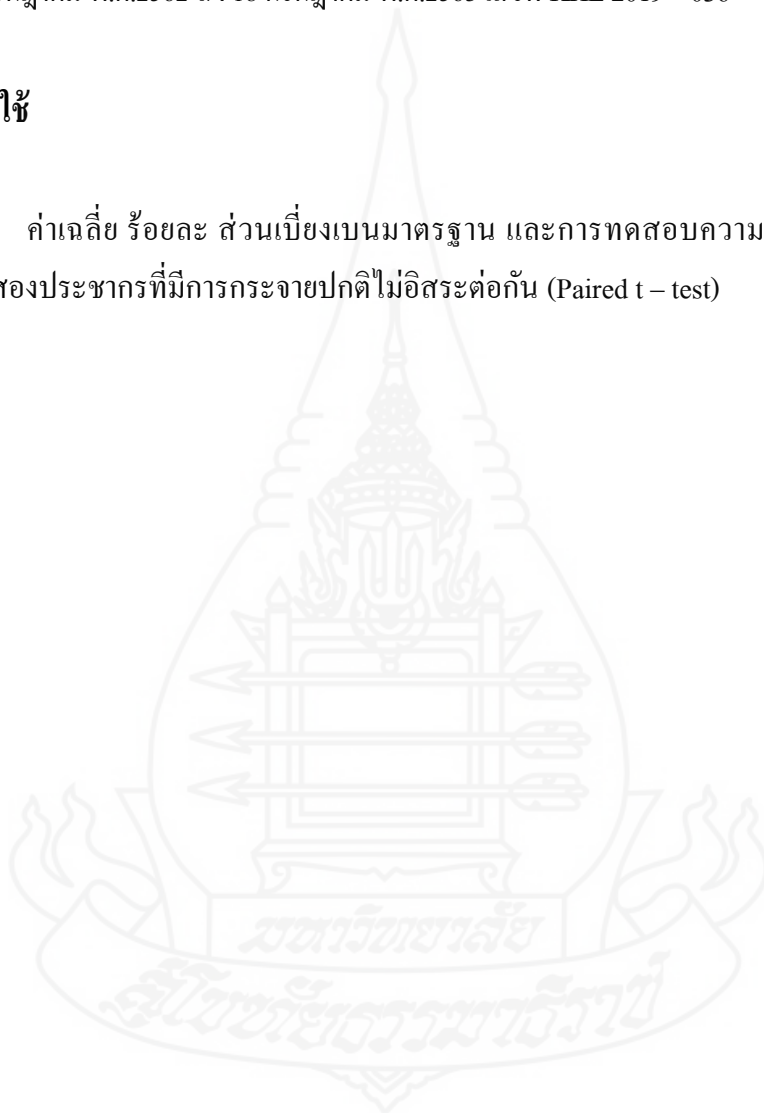
**กลุ่มที่ 5 อายุ 60 ปีขึ้นไป** ประกอบด้วย (1) การรณรงค์ภาวะผู้สูงอายุสุขภาพดี ดำเนินงานร่วมในการทำกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปัทมเป็นการสร้างทัศนคติการรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมทางสุขภาพป้องกันโรคสมองเสื่อม และ โครงการประเมินสมรรถนะและป้องกันสมองเสื่อม ในสัปดาห์ที่ 4 และ (2) การค้นหากลุ่มเสี่ยง บูรณาการร่วมในโครงการ “รู้ดับ รักไต เห็นไว ชีวาสุข” และ “ตรวจก่อนฟังเพื่อคนเมืองปัทมสุขภาพดี” และ (3) การรักษาโรคสำคัญ โดยสร้างความเข้าใจและทัศนคติต่อหลักการดูแลผู้สูงอายุผ่าน โครงการ “โภชนาการ สมบูรณ์ สูงวัย ไม่อ้วน ไม่โทม”

## 5. จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้รับรองจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากหน่วยพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รับรองวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2562 ถึง 18 กรกฎาคม พ.ศ.2563 เลขที่ KHE 2019 – 036

## 6. สถิติที่ใช้

ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่ากลางของสองประชากรที่มีการกระจายปกติไม่อิสระต่อกัน (Paired t – test)



สรุปผลการวิจัยและรายงานผล	
สรุปการดำเนินการกิจกรรมและประเมิน (Post test)	สัปดาห์ที่ 12
กิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในชุมชน	
“โครงการโรคความดันโลหิตสูงหรือจะสูดดมม็องปัก”	สัปดาห์ที่ 9
“โครงการป้องกันโรคและฟันฟู”	กลุ่มที่ 4 และ 5
กิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบหวาน “โครงการเบาหวานยังไหวตาไตแข็งแรง”	สัปดาห์ที่ 8
“โครงการป้องกันโรคและฟันฟู”	กลุ่มที่ 4 และ 5
กิจกรรมกระตุ้นทัศนคติทางพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีในชุมชน	
“โครงการอายุกายชะลอได้ด้วยมือเรา”	สัปดาห์ที่ 7
“โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค”	กลุ่มที่ 4 และ 5
กิจกรรมกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 1 – 6 ปี	
“โครงการหน้าตาพัฒนาการ 1-6ปี”	สัปดาห์ที่ 6
“โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค”	กลุ่มที่ 2
กิจกรรมเพื่อการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหา	
“โครงการโภชนาการสมบุรณ์ สูงวัย ไม่อ้วน ไม่โรครวม”	สัปดาห์ที่ 5
“โครงการฟื้นฟูบำบัด”	กลุ่มที่ 5
กิจกรรมสร้างความตระหนักสำหรับผู้สูงอายุ “โครงการประเมินสมรรถนะและป้องกันตนเองเสื่อม” และโครงการบูรณาการร่วม TobaccoNumberOne	สัปดาห์ที่ 4
“โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค”	กลุ่มที่ 3 และ 5
กิจกรรมพัฒนาการค้นหาค้นหาปัญหาสุขภาพประชาชนทั่วไป	
“โครงการตรวจก่อนฟังเพื่อคนเมื่องบักสุขภาพดี และ โครงการเสริมสุขภาพระยะสูง”	สัปดาห์ที่ 3 - 12
“โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค”	กลุ่มที่ 4 และ 5
กิจกรรมกิจกรรมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และแรกเกิด “โครงการ 356 วันแห่ง365เตือน”	สัปดาห์ที่ 2
“โครงการส่งเสริมสุขภาพ”	กลุ่มที่ 1
กิจกรรมสร้างความตระหนักทางโภชนาการ “โครงการรู้ตัวบอกไปตัวสุขภาพ”	สัปดาห์ที่ 1
“โครงการป้องกันโรค”	กลุ่มที่ 4 และ 5
ประเมินหาวิธีการวิจัยก่อนดำเนินงาน (Pretest)	สัปดาห์ที่ 0

ภาพที่ 3.1 กิจกรรมการปรับกระบวนการทัศน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้นำสุขภาพชุมชน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.2) และ มีอายุเฉลี่ย 55.84 ปี สถานะภาพสมรสพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 61.7) ระดับการศึกษาพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มศึกษาจบการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 51.1) ตำแหน่งการทำงานดูแลด้านสุขภาพในชุมชน เป็น อสม. จำนวน 123 คน เป็นผู้ใหญ่บ้าน 9 คน เป็นพนักงานบริการส่วนท้องถิ่น 4 คน เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน พยาบาล 1 คน และแพทย์ 1 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,764.26.- บาท ระยะเวลาการทำงานในชุมชนเฉลี่ย 17.83 ปี การรับรู้ของผู้นำสุขภาพในการเป็นผู้นำสุขภาพพบว่า หนึ่งในสามเป็นแบบการมีส่วนร่วม (ร้อยละ 37.6) ส่วนน้อยเป็นแบบกระบวนการกำหนดผู้นำ (ร้อยละ 17.0) และแบบเปลี่ยนสภาพ (ร้อยละ 15.6) และแบบเหตุและปัจจัย (ร้อยละ 9.9) และแบบ แลกเปลี่ยน (ร้อยละ 9.9) มีจำนวนน้อยมากเป็นแบบพฤติกรรมนิยม (ร้อยละ 5.0) และ แบบสถานการณ์ (ร้อยละ 2.8) และ แบบคุณลักษณะเด่น (ร้อยละ 1.4) และแบบมหานุรุษ (ร้อยละ 0.7) ดังตารางที่ 4.1

#### ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน และรูปแบบระบบสุขภาพระดับตำบล

##### ก่อนดำเนินกิจกรรม

##### 2.1 คุณลักษณะผู้นำชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรม ดังตารางที่ 4.2

2.1.1 คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน คะแนน เต็ม 100 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 61.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.68 คะแนน คะแนนต่ำสุด 30 คะแนน คะแนนมากที่สุด 85 คะแนน ความแปรปรวน 93.78 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะผู้นำชุมชนปานกลาง

2.1.2 การทำงานเป็นทีม คะแนนเต็ม 20 คะแนนพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 12.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.71 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน ความแปรปรวน 2.94 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะผู้นำชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมปานกลาง

2.1.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 14.81 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 คะแนน คะแนนต่ำสุด 12 คะแนน คะแนนสูงสุด 21 คะแนน ความแปรปรวน 4.66 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมปานกลาง

ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน

ลักษณะ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 141)	
	จำนวน	(%)
เพศ (หญิง)	87.2	
อายุเฉลี่ย (ปี) (SD)	55.84	(10.29)
ศาสนา (พุทธ)	98.6	
เชื้อชาติ (เอเชีย)	100	
สถานะภาพ		
- สมรส	61.7	
- โสด/หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	38.3	
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	90.1	
- ปริญญาตรีขึ้นไป	9.9	
ตำแหน่งการทำงานดูแลสุขภาพในชุมชน		
- เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข	3.5	
- เจ้าหน้าที่งานท้องถิ่น และ ชุมชน	96.5	
- ประชาชนทั่วไป	-	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (SD)	8,764.26	(11,239.99)
ระยะเวลาการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพภายในชุมชนเฉลี่ย (ปี) (SD)	17.83	(9.49)
ลักษณะการเติบโตเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน		
- แบบมหานุรุษ	0.7	
- แบบคุณลักษณะเด่น	1.4	
- แบบเหตุและปัจจัย	9.9	
- แบบสถานการณ์	2.8	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 141)	
	จำนวน (%)	
- แบบพฤติกรรมนิยม	5.0	
- แบบกระบวนการกำหนดผู้นำ	17.0	
- แบบการมีส่วนร่วม	37.6	
- แบบแลกเปลี่ยน	9.9	
- แบบเปลี่ยนสภาพ	15.6	

2.1.4 การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 10.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03 คะแนน คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ความแปรปรวน 4.11 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการปานกลาง

2.1.5 การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 8.99 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ความแปรปรวน 3.62 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรต่ำ

2.1.6 การตอบสนองความต้องการชุมชน คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 15.29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.55 คะแนน คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน ความแปรปรวน 12.61 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะการตอบสนองความต้องการชุมชนปานกลาง

ตารางที่ 4.2 ผลการศึกษาระดับคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชนก่อนการศึกษา

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	$s^2$	แปลผล
คุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน(รวม)	61.52	9.68	93.78	ต่ำ
- การทำงานเป็นทีม	12.38	1.71	2.94	ปานกลาง
- การมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม	14.81	2.16	4.66	ปานกลาง
- การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ	10.06	2.03	4.11	ปานกลาง
- การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร	8.99	1.90	3.62	ต่ำ
- การตอบสนองความต้องการชุมชน	15.29	3.55	12.61	ปานกลาง

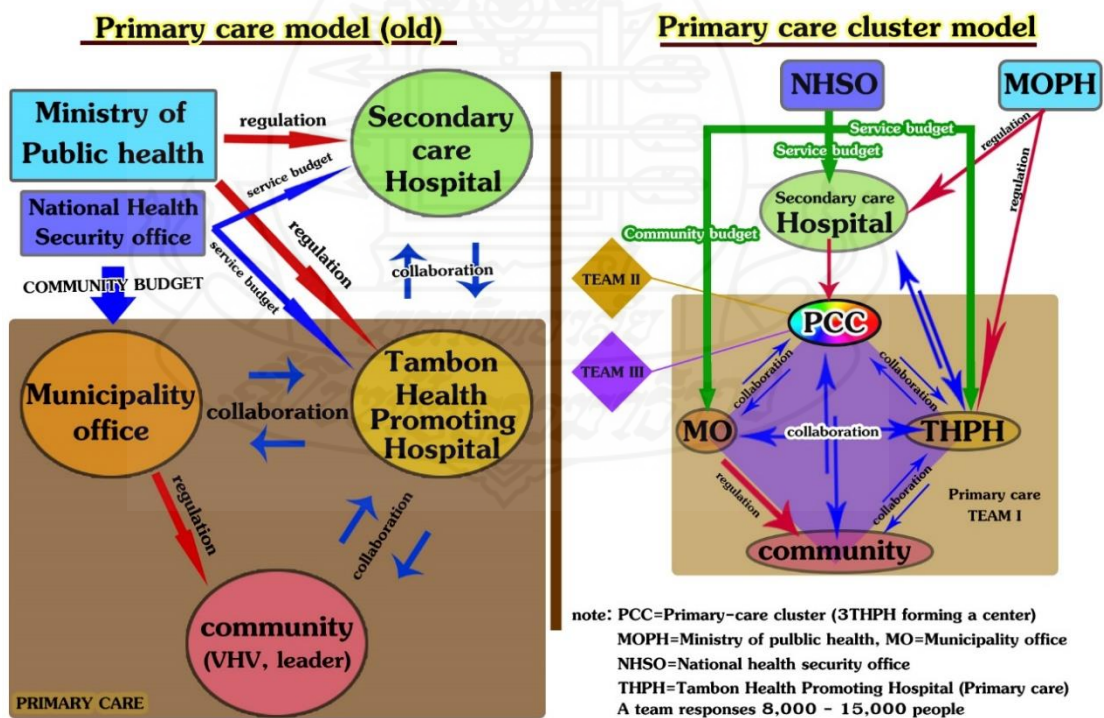
## 2.2 รูปแบบระบบสุขภาพระดับตำบลก่อนดำเนินการ

ลักษณะการดำเนินงานชุมชนในอดีตพบว่าพื้นที่ทำการศึกษา มีลักษณะของพื้นที่เมืองเขตทับซ้อนพื้นที่บริการระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับชุมชนตามโครงสร้างมีเป็นการทำงานระหว่างเทศบาลร่วมกับ รพ.สต. และ สสอ. เนื่องจากสำนักงาน สสอ. อยู่ในพื้นที่เทศบาล การประสานงานเพื่อสร้างโครงการชุมชนมีมติในการดูแลประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัยและส่งเสริมงานบริการ

ซึ่งทำให้การทำงานระดับชุมชนมีปัญหาเรื่องของความครอบคลุมและความสับสนทางระดับการประสานงานเพื่อเกิดการขับเคลื่อนโครงการชุมชน

ปัญหาเรื่องของพื้นที่ทับซ้อนระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล เกิดจากการที่โรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่เทศบาล ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลอยู่นอกพื้นที่เทศบาล ทำให้การสนับสนุนงบประมาณตามหลักการมีปัญหาและการทำข้อตกลงบริการร่วมกัน ขณะที่โรงพยาบาลให้บริการพื้นที่ตามเขตตำบล เนื่องจากตั้งอยู่ในเขตตำบลอีกแห่งซึ่งตัดพื้นที่การปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้เกิดความสับสนและความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อการสร้างบริการแก่ประชาชน ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 รูปแบบของระบบบริการปฐมภูมิแบบเดิม เปรียบเทียบกับระบบคลินิกหมอครอบครัว



ปัญหาเรื่องความครอบคลุมบริการแก่ประชาชน เนื่องจากเทศบาลเป็นลักษณะชุมชนเมือง มีประชาชนแฝงและประชาชนมีการเคลื่อนตัวอยู่ตลอดเวลา กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงและสร้างปัญหาเมื่อทำงานเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข

### ส่วนที่ 3 คุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน และรูปแบบระบบสุขภาพระดับตำบล หลังดำเนินกิจกรรม

#### 3.1 คุณลักษณะผู้นำชุมชนหลังดำเนินกิจกรรม ดังตารางที่ 4.3

3.1.1 คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน คะแนน เต็ม 100 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 73.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.37 คะแนน คะแนนต่ำสุด 49 คะแนน คะแนนมากที่สุด 94 คะแนน ความแปรปรวน 70.10 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะผู้นำชุมชนสูง

3.1.2 การทำงานเป็นทีม คะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 13.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 17 คะแนน ความแปรปรวน 1.66 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะผู้นำชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมปานกลาง

3.1.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 17.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 คะแนน คะแนนต่ำสุด 12 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน ความแปรปรวน 5.43 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมปานกลาง

3.1.4 การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 12.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.69 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ความแปรปรวน 2.85 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการสูง

3.1.5 การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 10.95 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82 คะแนน คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ความแปรปรวน 3.32 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรปานกลาง

3.1.6 การตอบสนองความต้องการชุมชน คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 19.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.76 คะแนน คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน ความแปรปรวน 7.63 และจัดเป็นระดับคุณลักษณะการตอบสนองความต้องการชุมชนปานกลาง

ตารางที่ 4.3 ผลการศึกษาระดับคุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชนหลังการศึกษา

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	$s^2$	แปลผล
คุณลักษณะผู้นำสุขภาพชุมชน(รวม)	73.75	8.37	70.10	ปานกลาง
- การทำงานเป็นทีม	13.83	1.29	1.66	ปานกลาง
- การมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม	17.60	2.31	5.43	ปานกลาง
- การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ	12.23	1.69	2.83	สูง
- การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร	10.95	1.82	3.32	ปานกลาง
- การตอบสนองความต้องการชุมชน	19.15	2.76	7.63	ปานกลาง

### 3.2 รูปแบบระบบสุขภาพระดับตำบลหลังดำเนินกิจกรรม

การแก้ปัญหาเรื่องพื้นที่ทับซ้อนที่เป็นปัญหามายาวนานด้วยการสร้างเครือข่ายบริการคลินิกหมอครอบครัวและจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองเมืองปักเป็นฐานให้บริการจากโรงพยาบาลผานางานร่วมกับ รพ.สต. และมีแพทย์ให้บริการจำนวน 3 ท่าน

การดำเนินงานด้านโครงการสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานเพื่อของบประมาณจากเทศบาลได้โดยตรงเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ในเขตเทศบาล

โครงการผ่านการคัดกรองด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการวางแผนงานชุมชนอย่างเป็นระบบให้เกิดความครอบคลุมโดยการดำเนินงานเป็นส่วนที่สามของกิจกรรมบริการคลินิกหมอครอบครัว อันนอกเหนือจากการให้บริการในสำนักงาน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นราย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหนึ่งท่านมีความสนใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชน ดำเนินงานในพื้นที่ตั้งแต่ปี 2559 จบวุฒิปัตริเวชศาสตร์ครอบครัวจากราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว และเริ่มทำกิจกรรมชุมชนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ให้ความคิดเห็นส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนโดยวางแผนเริ่มจากการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักและรู้ถึงสิทธิทางสุขภาพและบทบาทหน้าที่ในการจัดการสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนั้นแพทย์จะต้องมีองค์ความรู้การจัดการระบบบริหารโรงพยาบาลและการดำเนินเอกสารทางราชการ เพื่อดำเนินกิจการทางราชการให้ถูกต้องตามระเบียบราชการกำหนด

ข้อจำกัดของกิจกรรมทางชุมชนเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลประจำคลินิกหมอครอบครัวลาออกจากราชการและย้ายสถานที่ปฏิบัติราชการ ทำให้กิจกรรมการจัดการงานชุมชนอยู่ในการตัดสินใจและจัดการ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยตรง

โครงการปรับกระบวนการทัศนั้ทั้ง 9 กิจกรรม ดำเนินงานโดย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 3 ท่าน เจ้าหน้าที่งานบริการทั่วไปจากเทศบาลจำนวน 2 ท่าน จิตอาสา 1 ท่าน ร่วมผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม 8 ท่าน โดยไม่ได้เก็บข้อมูลจิตอาสาเนื่องจากดำเนินงานระดับชุมชนเป็นครั้งแรก

#### ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน

##### 4.1 คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน

ผลการศึกษาคณะคุณลักษณะผู้นำชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินงาน 61.52 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.68 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินงาน 73.75 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.37 คะแนน มีความแตกต่างทางสถิติ pair-t test ที่  $\bar{d}$  เท่ากับ -12.227,  $S_d$  เท่ากับ 11.42,  $t$  เท่ากับ -12.72 และ  $p$ -value <0.001 ดังตารางที่ 4.4 และ ภาพที่ 4.2

ตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชน

ตัวแปร (n=141)	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	SD	$\bar{d}$	$S_d$	$t$	$p$ -value
ก่อนดำเนินงาน	61.52	9.68	-12.227	11.42	-12.72	<0.001
หลังดำเนินงาน	73.75	8.37				

##### 4.2 การทำงานเป็นทีม

ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง 12.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.71 คะแนน และระดับคะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินงานอยู่ระดับปานกลาง 13.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\bar{d}$  เท่ากับ -1.45,  $S_d$  เท่ากับ 1.838,  $t$  เท่ากับ -9.393 และ  $p$ -value <0.001 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการทำงานเป็นทีม

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	SD	$\bar{d}$	$S_d$	$t$	$p$ -value
ก่อนดำเนินงาน	12.38	1.71	-1.45	1.838	-9.393	<0.001
หลังดำเนินงาน	13.83	1.29				

### 4.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม

ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง 14.81 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 คะแนน และระดับคะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินงานอยู่ระดับปานกลาง 17.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $d$  เท่ากับ -2.94,  $S_d$  เท่ากับ 2.94,  $t$  เท่ากับ -11.28 และ  $p$ -value <0.001 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนา  
กิจกรรม

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	SD	$d$	$S_d$	$t$	$p$ -value
ก่อนดำเนินงาน	14.81	2.16	-2.94	2.94	-11.28	<0.001
หลังดำเนินงาน	17.60	2.03				

### 4.4 การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ

ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง 10.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03 คะแนน และระดับคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินงานระดับสูง 12.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.69 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $d$  เท่ากับ -2.17,  $S_d$  เท่ากับ 2.47,  $t$  เท่ากับ -10.422 และ  $p$ -value <0.001 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	SD	$d$	$S_d$	$t$	$p$ -value
ก่อนดำเนินงาน	10.06	2.03	-2.17	2.47	-10.422	<0.001
หลังดำเนินงาน	12.23	1.69				

### 4.5 การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนานวัตกรรม

ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินงานระดับต่ำ 8.99 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90 คะแนน และระดับคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินงานระดับปานกลาง 10.95 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $d$  เท่ากับ -1.96,  $S_d$  เท่ากับ 2.17,  $t$  เท่ากับ -10.71 และ  $p$ -value <0.001 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ผลวิเคราะห์คุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร

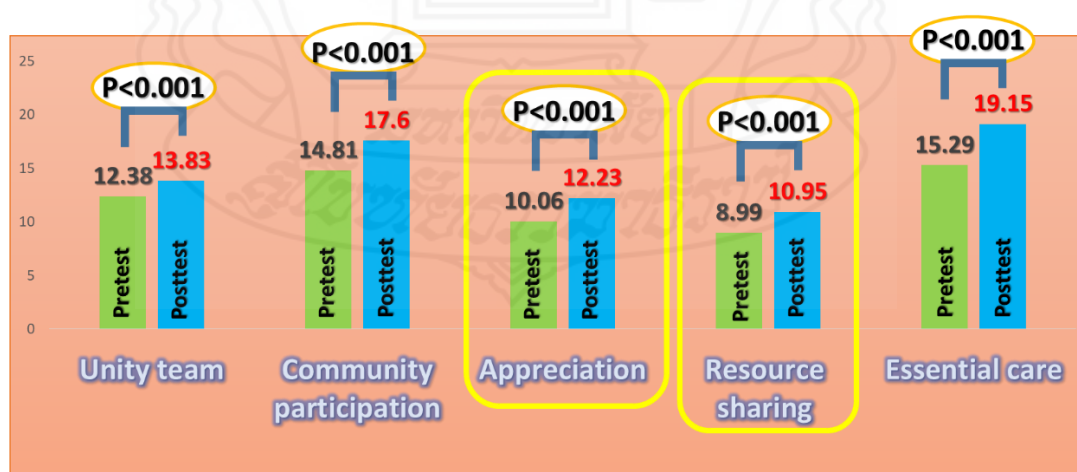
ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	SD	d	S <sub>d</sub>	t	p-value
ก่อนดำเนินงาน	8.99	1.90	-1.96	2.17	-10.71	<0.001
หลังดำเนินงาน	10.95	1.82				

#### 4.5 การตอบสนองความต้องการชุมชน

ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานระดับปานกลาง 15.29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.55 คะแนน และระดับคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินงานระดับปานกลาง 19.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.76 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $d$  เท่ากับ -3.86,  $S_d$  เท่ากับ 3.99,  $t$  เท่ากับ -11.49 และ  $p$ -value <0.001 ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ผลเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการชุมชน

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	SD	d	S <sub>d</sub>	t	p-value
ก่อนดำเนินงาน	15.29	3.55	-3.86	3.99	-11.49	<0.001
หลังดำเนินงาน	19.15	2.76				



ภาพที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณลักษณะรายด้าน

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

#### 1. สรุปผล

ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีคุณลักษณะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าคุณลักษณะของผู้นำในด้านการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการพัฒนา กิจกรรม การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ และการตอบสนองความต้องการชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง และ การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนานุเคราะห์อยู่ในระดับต่ำ

หลังการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว และปรับกระบวนการทัศน์ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีคุณลักษณะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยเฉพาะด้านการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ ระดับสูง และ การตอบสนองความต้องการชุมชนระดับปานกลาง

การปรับกระบวนการทัศน์ด้วย 9 กิจกรรม ใน 5 กลุ่มวัย โดยรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวได้เป็นการปรับรูปแบบการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างและเปิดให้เกิดบทบาทการมีส่วนร่วมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนร่วมกับทีมหมอครอบครัวที่มีอยู่เดิม และกลไกการพัฒนาบนพื้นฐานทางการแพทย์ทำให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถเข้ามาเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของผู้นำชุมชนต่อประชาชนในพื้นที่ตามกลุ่มวัย (1) กลุ่ม 0 – 1 ปี (2) กลุ่ม 1 – 6 ปี (3) กลุ่ม 7 – 15 ปี (4) กลุ่ม 15 – 60 ปี และ (5) กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป ในกิจกรรมมิติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูบำบัดในชุมชน กิจกรรมสร้างกระบวนการทัศน์แก่ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนในด้านการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการพัฒนา กิจกรรม การเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนานุเคราะห์ และการตอบสนองความต้องการชุมชน

กลุ่ม 0 – 1 ปี ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนจะได้รับการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้วยมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอายุ 2 – 6 ปี ผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ได้รับการปรับกระบวนการทัศน์ ด้วยมิติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มอายุ 7 - 15 ปี ผู้นำชุมชนได้รับการปรับกระบวนการทัศน์ ด้วยมิติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มอายุ 15 – 60 ปี ผู้นำชุมชนได้รับการปรับกระบวนการทัศน์ ด้วยมิติการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในมิติการบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มโรคเรื้อรัง และ กลุ่มอายุ

60 ปีขึ้นไปได้รับการปรับกระบวนการทัศนด้วย ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในมิติการบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคทุพโภชนาการ

ความแตกต่างของระบบคลินิกหออกรอครบถ้วน และ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในปัจจุบันคือการมีแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร ให้บริการในพื้นที่ซึ่งคลินิกหออกรอครบถ้วนที่ทำการศึกษามีความแตกต่างจากคลินิกหออกรอครบถ้วนอื่นคือ แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบโครงการชุมชนโดยตรงไม่ผ่านผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิประจำโรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบคลินิกหออกรอครบถ้วนช่วยให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีตำแหน่งการทำงานในโรงพยาบาลสามารถประสานการทำงานมายังชุมชนได้ตามระเบียบราชการและความร่วมมือของชุมชน การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบบริการทำให้ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการและการแบ่งปันทรัพยากรแตกต่างจากระบบเดิมที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่สามารถมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนในโครงการการบริหารราชการทางสาธารณสุขทำให้ปัญหาการแบ่งส่วนบริการมีความชัดเจนและกระทบต่อการบริการภาคประชาชน

## 2. อภิปราย

ผลการศึกษาคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีความสอดคล้องของผลการศึกษาพบการเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ โดยเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง แสดงถึงบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมเข้ามาเติมเต็ม โดยเฉพาะการมอบหมายงานให้เกิดความชัดเจน การสร้างองค์ความรู้ดังเช่นพบในการศึกษาของพงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2555) และสร้างความตระหนักของผู้นำในชุมชน ซึ่งทำให้เกิดการจัดรูปแบบหมู่บ้านจัดการชุมชนในรูปแบบของคลินิกหออกรอครบถ้วนที่หนึ่งทำให้ผลลัพธ์เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประสงค์ ลีลา และ ลิจิต กาญจนภรณ์ (2556) และ รัชณีวิภา จิตรากุล และคณะ (2558) ซึ่งพบว่ากระบวนการในการศึกษาได้เพิ่มความภาคภูมิใจของแกนนำชุมชนเช่นเดียวกัน และคุณลักษณะผู้นำด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรเพิ่มจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง จากบริบทของพื้นที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นปัญหาของความชัดเจนของการจัดการทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ หรืองบประมาณพบว่าการดำเนินงานของคลินิกหออกรอครบถ้วนในงานวิจัยนี้เพิ่มคุณลักษณะของผู้นำในชุมชนให้เข้าใจมิติการแบ่งปันทรัพยากรตามเป้าประสงค์ของหลักการคลินิกหออกรอครบถ้วน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) และช่วยแก้ปัญหาความต่อเนื่อง หรือการเลือกปฏิบัติ ในทางเดียวกับการศึกษาของ ชวลิต สวัสดิ์ผล

และคณะ (2560) และเกิดความเข้าใจระหว่างองค์กรต่างๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของเคนเนท (McLeroy et al., 2003) และปัญหาทุนทรัพย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของวันเพ็ญ (Wanphen et al., 2010) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพัฒนาขึ้นนี้แตกต่างการศึกษาในอดีต

ผลการศึกษาคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีความแตกต่างกับการศึกษาอื่นในด้านคุณลักษณะการทำงานเป็นทีม แม้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อยู่ในระดับปานกลาง ผลของการศึกษาอื่นแสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินงานด้านชุมชนขึ้นอยู่กับคุณลักษณะการทำงานเป็นทีม ดังที่พบในการศึกษาของวันเพ็ญ (Wanphen et al., 2010) และ ณิชชภัทร พานิช และคณะ (2558), และการศึกษาของเอกศักดิ์ (Ekasak, 2014) และ นารีรัตน์ (Narirat et al., 2011) และ พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2555) และ กานต์นะรัตน์ จรามร และคณะ (2560) และการศึกษาของ รัชณีวิภา จิตรากุล (2558) แสดงให้เห็นถึงปัจจัยกำหนดความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นทีมเพียงอย่างเดียว กิจกรรมการปรับกระบวนการทัศนวิสัยวัตถุประสงค์เพื่อมิติทางสุขภาพชุมชนและนำผู้นำสุขภาพด้านชุมชนสู่งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูบำบัดก็สามารถข้ามผ่านปัญหาความร่วมมือ คลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) เข้ามาเติมเต็มทิศทาง การกำกับกิจกรรมสุขภาพตามแนวโน้มน้ำและความต้องการของชุมชน เช่นเดียวกับคุณลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ไม่เหมือนการศึกษาของ ณิชชภัทร พานิช และคณะ (2558) ซึ่งให้ความสำคัญต่อความร่วมมือของชุมชนที่ดีเป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จของระบบชุมชน การศึกษานี้พบว่าไม่ได้เป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จเพียงหนึ่งเดียว และคลินิกหมอครอบครัวมีการดำเนินงานในรูปแบบระบบการทำงาน โรงพยาบาลอย่างเป็นทางการทำให้บางกิจกรรมเช่น การประเมินผลลัพธ์ และการวางแผนงานมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนน้อย ซึ่งเป็นกระบวนการที่แตกต่างจากการศึกษาของ ณิชชภัทร พานิช และคณะ (2558) และนารีรัตน์ (Narirat et al., 2011), และในการศึกษาของ สุเทพ พลอยปลายแก้ว และคณะ (2556), และ กานต์นะรัตน์ จรามร และคณะ (2560), และพบในการศึกษาของ รัชณีวิภา จิตรากุล (2558) และ พชณี ตูเถาะ (2561) ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ได้ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการกองทุนเทศบาลเมืองเมืองปัก ซึ่งไม่ได้เป็นผู้นำสุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานในพื้นที่ และการวางแผนงานมีผู้นำชุมชนเข้าร่วมเป็นส่วนน้อยของทีมผู้นำสุขภาพด้านชุมชนทั้งหมดจึงอาจจะเป็นเหตุให้ผู้นำสุขภาพด้านชุมชนแสดงผลการไม่มีส่วนร่วมดีเท่าที่ควร และพบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำดำเนินงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่มีผลกระทบต่อเกิดการเกิดความร่วมมือของผู้นำด้านสุขภาพชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับระบบโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลและมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คุณลักษณะการตอบสนองความต้องการชุมชนมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น



แต่ไม่เปลี่ยนแปลงระดับการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินงานคลินิกหอบครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) ไม่ได้เปลี่ยนแปลงคุณลักษณะการตอบสนองความต้องการชุมชนของเหล่าผู้นำด้านสุขภาพชุมชนในพื้นที่ เพราะมีการทำงานของชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาส่งต่อผู้ป่วยสำคัญ และการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ของคลินิกหอบครอบครัวไม่ได้มีความแตกต่างจากระบบโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลอย่างชัดเจน ทำให้ผลไม่พบการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก แม้ทิศทางของคุณลักษณะดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษามีความสอดคล้องทฤษฎีการมีส่วนร่วมของวิลเลียม เออร์วิน ใน สมบัติ นามบุรี (2562) ซึ่งเป็นรูปแบบของการพัฒนางานโดยการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และแก้ปัญหาของตนเอง รูปแบบของคลินิกหอบครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) ใช้การเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำในการดึงส่วนร่วมของผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมาวางแผนพัฒนากิจกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการตัดสินใจ และแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง

ความสำเร็จของการดำเนินงานภาคประชาชนของคลินิกหอบครอบครัว สอดคล้องกับ ทฤษฎีของ พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2555) ที่กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนต้องมี การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ คลินิกหอบครอบครัวคือ การจัดการอย่างเป็นรูปธรรมในภาคสาธารณสุขในการเสริมพลังโดยระบบบริการให้แพทย์สามารถมีบทบาทในโครงสร้างการจัดการและมีอำนาจในการช่วยเหลือและส่งเสริมการทำงานภาคประชาชนอย่างเป็นระบบ

การศึกษานี้ยังแสดงรูปแบบของการพัฒนาชุมชนคล้ายกับรูปแบบของ ฉัชชภัทรพานิชและคณะ (2558) ซึ่งกล่าวว่าความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชนจะมีความยั่งยืนขึ้นอยู่กับรากฐาน กระบวนการ ภาวการณ์เอื้ออำนวย และ ประชาชน ซึ่งคลินิกหอบครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) เติมเต็มส่วนของทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพอันเป็นรากฐานสำคัญ และใช้โครงสร้างการจัดการทางภาครัฐ แบ่งปันทรัพยากร ให้แพทย์ผู้มีความรู้ความสามารถเข้ามามีบทบาทในกระบวนการถ่ายทอดความรู้และสื่อสารทางสุขภาพ ซึ่งทำให้ภาวการณ์เอื้ออำนวยเกิดการ พัฒนาและมีองค์ความรู้จนสามารถเข้ามาเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน และประชาชนได้รับผลการจัดการสุขภาพตามบริบทชุมชนและเหมาะสม

รูปแบบของคลินิกหอบครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) สามารถตอบรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของวัณเพ็ญ (Wanphen et al., 2010) เพราะองค์ประกอบในการดูแลด้านศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการเพิ่มศักยภาพ และหลักการเวชศาสตร์

ครอบครัวที่ให้การดูแลทั้งด้านบุคคล ครอบครัว และสังคม (Rakel & Jonas, 2016) และทำให้โครงสร้างการจัดการสุขภาพสามารถเข้าถึงงบประมาณท้องถิ่นตามรูปแบบของวิญญู

การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนัใช้หลักการสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ทฤษฎีของ เบรกเกอร์ (Becker, Rosenstock, & Strecher, 1988) ในคริสติน่า เอล โจน และคณะ (Jones et al., 2015) กระบวนการปรับกระบวนการทัศนัเป็นการให้ข้อมูลทวนกลับทางสุขภาพแก่ผู้นำชุมชนจึงเป็นการสร้างการรับรู้ถึงปัญหา (Perceived susceptibility) และผลกระทบทางสุขภาพแก่ประชาชนในการดูแล (Perceived severity) การจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชนทำให้ผู้นำสุขภาพด้านชุมชนเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดแก่ประชาชนที่เขาจะให้บริการสุขภาพในชุมชน (Perceived benefit) ทำให้ผู้นำสุขภาพในชุมชนแสดงความเป็นเจ้าของและพยายามที่จะช่วยเหลือให้กิจกรรมสามารถดำเนินงานและบรรลุได้ตามวัตถุประสงค์อันตั้งใจไว้ (Perceived barrier) ส่งผลให้คลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) เป็นโครงสร้างอันเป็นรูปธรรมของการทำกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชนตามทฤษฎีของกิจปพน ศรีธานี และ ลำปางแมนมาตย์ (2557) ในกรอบของการจัดการความรู้สุขภาพภาควิชาชีพที่มีการทำงานร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งต่อความรู้ผ่านผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ได้แก่ อสม. และ ผู้ป่วย และญาติ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ภาคประชาชนแก่ผู้นำชุมชน คนในชุมชน และผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ ในชุมชน

กระบวนการที่เปลี่ยนแปลงนำสู่การมีส่วนร่วมของผู้นำด้านสุขภาพชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนสอดคล้องกับการพัฒนานาระบบการดูแลประชาชนโดยโมเดลการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของเอ็ดวาท เอ็ช เวงเนอร์ (Wagner et al., 2001) ซึ่งแสดงถึงระบบสุขภาพต้องมีส่วนสนับสนุนและช่วยเหลือชุมชนทั้งด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ การสนับสนุนทักษะและความรู้ที่จำเป็น การจัดการและพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน และการพัฒนาตามหลักการจะทำให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถตอบสนองการเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการดูแลและจัดการตนเอง (Self-management support) ระบบการส่งต่อตามโครงการระบบบริการโรงพยาบาล (Delivery system support) การตัดสินใจกระบวนการพยาบาล (Decision support) และเป็นผู้สนับสนุนองค์ความรู้ทางการแพทย์แก่ชุมชนที่สำคัญ (Clinical information support) ได้ครบวงจรมากกว่าระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและเกิดระบบผสานกับชุมชน (Community resource and policies) และการตื่นตัวของประชาชนและทีมสุขภาพชุมชน (Proactive practice team & Informed/activated patient) ในพื้นที่ตามการศึกษาของ วิคตอเรีย เจ บาร์รี่ (Barr et al., 2003) และ ลีวีอู โอรีเอ (Oprea et al., 2013)

ผู้นำด้านสุขภาพชุมชน ทั้ง อสม. ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา และ เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่นต่างๆ ล้วนแล้วเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของระบบบริการในชุมชน เพราะถือเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพชุมชน (Proactive practice team) ทฤษฎีของ รัชนีวิภา จิตรากุล, วงศา เล้าหศิริวงศ์ และ รังสรรค์ สิงห์เลิศ (2558) แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการเพิ่มศักยภาพผู้นำหรือคุณลักษณะของผู้นำ กำหนดด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญคือ (1) การที่ผู้นำสุขภาพชุมชนสามารถวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพภายในชุมชนของตนเอง (2) ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนวางแผนพัฒนาตามเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ (3) การดำเนินงานตามแผนพัฒนาทั้งในส่วนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และ แกนนำด้านครอบครัว (4) ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนสามารถประเมินผลการพัฒนา และ (5) การเชิดชูผลงานด้านการพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งทั้ง 5 กระบวนการได้แสดงให้เห็นปัจจัยร่วมให้เกิดความสำเร็จว่ามีหน่วยงานของรัฐเข้ามาส่งเสริมดังการศึกษาครั้งนี้ได้นำรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) อันเป็นโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่ขยายขอบเขตบริการมากกว่าการตั้งรับอยู่ภายในโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพทั้ง 5 ขั้นตอน และเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนซึ่งต้องพัฒนาคน จึงจะเกิดการพัฒนาร่วมกันมีส่วนร่วมของชุมชน และการจัดการสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ตามทฤษฎีของสุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ (2556)

คลินิกหมอครอบครัว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) เป็นรูปแบบที่ช่วยในการพัฒนาชุมชนตามทฤษฎีคุณภาพ (Quality management) (Koskela, Tezel & Patel, 2019) สำหรับงานชุมชน เพราะมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนพัฒนากิจกรรมสุขภาพชุมชน (Plan) ดำเนินกิจกรรมสุขภาพในชุมชน (Do) วิเคราะห์ปัญหาและผลการดำเนินกิจกรรมสุขภาพชุมชน (Check) และพัฒนากิจกรรมสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมต่อบริบทและสภาพการณ์ (Act) ซึ่งทำให้ผู้นำด้านสุขภาพชุมชนมีคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่สำคัญต่อประชาชนในชุมชน

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

##### 3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการประยุกต์ใช้

3.1.1 ประเทศไทยควรส่งเสริมนโยบายพัฒนาโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวให้เป็นรูปธรรมในทุกพื้นที่เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งอยู่ในระบบบริการทุติยภูมิ (Secondary care / Hospital based practice) สามารถขยายขอบเขตการทำงาน และมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับตำบลชัดเจน

3.1.2 ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ควรวางแผนพัฒนาองค์ความรู้การดำเนินกิจกรรมชุมชนและระเบียบราชการที่เกี่ยวข้องแก่บัณฑิตแพทยสาขาเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวให้มีองค์ความรู้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชน และการทำโครงการสุขภาพชุมชน และระเบียบทางราชการเพื่อดำเนินงานอย่างราบรื่นและถูกต้อง

3.1.3 ในบริบทที่เผชิญปัญหาพื้นที่ที่ทับซ้อนของหน่วยบริการปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิ โดยเฉพาะชุมชนเมือง เพราะมีประชาชนจำนวนมาก การใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวช่วยแก้ปัญหาพื้นที่ที่ทับซ้อนเชิงนโยบายและ โครงสร้างทางองค์กรทำให้สามารถรวมทรัพยากรและดำเนินงานจัดการงบประมาณกองทุนสุขภาพชุมชนให้สนับสนุนบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างครอบคลุมประชาชนในพื้นที่โดยไม่เกิดภาวะสูญญากาศของระบบบริการ

3.1.4 คลินิกหมอครอบครัวส่งเสริมระบบสุขภาพระดับตำบลควรดำเนินงานในมิติชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มวัยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ช่วยให้ผู้นำชุมชนเกิดคุณค่าในผู้ให้บริการ และการแบ่งปันทรัพยากร

3.1.5 การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนสามารถใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทยศาสตร์ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนความรู้ และทักษะทางสุขภาพที่สำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และการพัฒนากิจกรรมสุขภาพระดับตำบลที่มีคลินิกหมอครอบครัวควรให้แพทยศาสตร์ครอบครัวมีส่วนร่วมในคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล และมีบทบาทในการวางแผนสาธารณสุขร่วมกับผู้นำสุขภาพระดับตำบล / เทศบาล

3.1.6 การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับตำบลสามารถใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเป็น โครงการและเครื่องมือแก้ที่สุขภาพชุมชนที่ต้องการสร้างความเป็นรูปธรรมของระบบสุขภาพระดับชุมชน

## 3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การศึกษาพบว่ากระบวนการทำงานภาคชุมชนประกอบด้วยแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ เจ้าหน้าที่งานส่วนท้องถิ่น มามีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมสุขภาพชุมชน ซึ่งควรศึกษาถึงระบบบริหารลีน (LEAN) ของคลินิกหมอครอบครัวที่ขาดบุคลากรด้านพยาบาลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผล การทดแทนด้วยวิชาชีพอื่นในกิจกรรมชุมชนต่อไป

3.2.2 การศึกษาทำการสุ่มผู้ตอบแบบสอบถามอย่างง่าย (Sample sampling) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนทำให้ผลการศึกษาเป็นการดูภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงชุมชน หากทำการศึกษาอย่างเจาะจง (Purposive sampling) จะเหมาะสมกับการติดตามทีมงานสุขภาพชุมชนและเห็นผลการพัฒนาในกลุ่มเฉพาะ

3.2.3 การจัดดำเนินการจัดเก็บข้อมูลก่อนและหลัง หากพบว่าประชากรที่ทำการศึกษามีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาต้องเปลี่ยนจากการทำแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยผู้ดำเนินงานวิจัยต้องอ่านและอธิบายความหมายรายข้อ ซึ่งกรณีที่ผู้ทำแบบสอบถามไม่เข้าใจภาษาไทย เช่น ในพื้นที่อื่นมีความหลากหลายทางภาษาถิ่นอาจต้องมีการเปลี่ยนข้อคำถามให้เกิดความเหมาะสมและรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลหลังการศึกษาผู้ศึกษาต้องเตรียมความพร้อมในด้านรายชื่อ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะหมู่บ้าน เพราะสามารถติดต่อให้ประธาน อสม. ในแต่ละหมู่บ้านกระจายแบบสอบถามและตามเก็บแบบสอบถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.4 แบบสอบถามยังไม่ได้มีการทดสอบเรื่องความเหมาะสมของระดับคะแนนซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องระดับของคะแนนที่มีความเหมาะสมในการแปลความหมายเพื่อให้เกิดการสะท้อนความเป็นจริงของการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนและนำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรมเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการจัดการระบบสุขภาพระดับตำบลโดยคลินิกหมอครอบครัวในอนาคต

## งบประมาณ

### รายการ

การประชุมชี้แจง โครงการและคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนก่อนและหลังดำเนิน โครงการ (ทีม 1)

1. ค่าอาหาร และ อาหารว่างพร้อมน้ำดื่มจำนวน 150 คน คนละ 100 บาท	15,000.-บาท
2. ค่าเอกสารประกอบการบรรยาย 150 ชุด	1,500.-บาท
3. ค่าเอกสารแบบประเมินคุณลักษณะผู้นำด้านสุขภาพชุมชนก่อนและหลัง จำนวน 300 ชุด	900.-บาท

การดำเนิน โครงการคลินิกหมอครอบครัวและการปรับกระบวนการทัศน์ของผู้นำชุมชน

ค่าดำเนิน โครงการ \*ประสานในโครงการชุมชน 5 กลุ่มวัย จำนวน โครงการและเก็บตามตัวชี้วัด

รวมเป็นเงิน หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อย บาทถ้วน **17,400.- บาท**

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองปึก. (2559). *ความร่วมมือศูนย์ใกล้บ้านใกล้ใจ เทศบาลเมืองเมืองปึก*. นครราชสีมา: เทศบาลเมืองเมืองปึก.
- \_\_\_\_\_. (2560). แผนอัตรากำลัง 3 ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2563 ของเทศบาลเมืองเมืองปึก อำเภอปึกธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: เทศบาลเมืองเมืองปึก.
- กานต์ระวีรัตน์ จรามร, นันทวดี เนียมมณี, และ ไพโรจน์ เสาแก้ว. (2560). "กรณีศึกษา : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์" *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; ปีที่ 11, ฉบับที่ 2: เมษายน-มิถุนายน* หน้า 268-276.
- กิจปพน ศรีธานี, และ ลำปาง แม่นมาตย์. (2557). "กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน." *วารสารวิชาการสาธารณสุข; ปีที่ 23, ฉบับที่ 5: กันยายน-ตุลาคม* หน้า 774-787.
- งานการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปึกธงชัย. (2561). *อัตราเจ้าหน้าที่62*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลปึกธงชัย.
- งานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลปึกธงชัย. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ปี 62*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลปึกธงชัย.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และ วารี ศรีสุรพล. 2560. "การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย" *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ* หน้า 387-405.
- ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์. (2560). *เวชศาสตร์ครอบครัวกับบทบาทในคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) และระบบบริการสาธารณสุข*. สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 2: 2560.
- ณัชชภัทร พานิช, มาฆะ จิตตะสังคะ, ประจวบ แผลมหลัก, และ จินต์ กล้าวิกรณ์. (2558). "ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดน่าน." *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ; ปีที่ 8, ฉบับพิเศษ ตุลาคม-ธันวาคม* หน้า 169-189.
- ธีรพร สติธองกูร, พัชรีย์ กลัดจิมพงษ์, และ อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์. (2560). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- นิคม ฉนวนเมียง. (2560). *ประชากรและตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง การจัดสรรตัวอย่างในการวิจัยและขนาดตัวอย่าง*. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นิตยา โชตินอก. (2561). *แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2561*  
 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9.  
 นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- ประสงค์ ลีลา, และ ลิขิต กาญจนารัตน์. (2556). "พฤติกรรมการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน :  
 กรณีศึกษา ผู้นำชุมชนในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี." *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์*  
*วิจัย. ปีที่ 5; ฉบับที่ 2. กรกฎาคม-ธันวาคม* หน้า 181-192.
- ปรารักษ์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และ วรเดช ช้างแก้ว. (2560). "ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี"  
*วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่31; ฉบับที่ 1* 16-28.
- ปิยะ เทพปิยะวงศ์. (2558). "แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัวและความพึงพอใจของ  
 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ." *วารสารสุข*  
*ศึกษา:ปีที่ 38 เล่มที่130.*
- พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง. (2555). "อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เพื่อการป้องกันควบคุมโรค  
 อย่างมีประสิทธิภาพ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร." *วารสารควบคุมโรค; ปีที่ 36,*  
*ฉบับที่ 2: เมษายน-มิถุนายน* หน้า 147-156.
- พรรณพิมล วิบุลากร. (2561). *คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กลไกสู่ความ*  
*ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.*
- พชนี ตู่เส๊ะ. (2561). "ศักยภาพผู้นำชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อความเข้มแข็ง  
 ด้านคุณภาพชีวิตและสังคม ในจังหวัดนครราชสีมา." *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,*  
*สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์; ปีที่ 5,ฉบับที่ 2: กรกฎาคม-ธันวาคม*  
 หน้า 74-86.
- ภูคิต เตชาติวัฒน์, อภิชาติ วิสิทธิ์วงษ์, ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ, พชรินทร์ สิริสุนทร, วินัย ลิสมิทธิ, ทวีศักดิ์  
 นพเกสร, และ ครรชิต สุขนาค. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อการสังเคราะห์ทางเลือกของ*  
*การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง. เขตสุขภาพที่ 3: สถาบันวิจัยระบบ*  
*สาธารณสุข.*
- ขยงศ ธรรมวุฒิ. (2560). *คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้พื้นฐาน*  
*ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม "ตามแนวทางประชารัฐ".*  
 กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข.



- รัชณีวิภา จิตรากุล, วงศา เล้าทศิรวงศ์, และ รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2558). "การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม." *วารสารช่อพะยอม* ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 195-208).
- ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลปักษ์ชัย. (2561). *Service profile พ.ศ.2560*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลปักษ์ชัย.
- สมบัติ นามบุรี. (2562). "ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์." *วารสารวิจัยวิชาการ* ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) 183-197.
- สมยศ ศรีจารนัย, พิษณุภัสสร วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, และ สมนึก นกดี. (2560). *วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่มหอมกรอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *รายงานสถิติรายปี ประเทศไทย 2562*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สุเทพ พลอยพลาญแก้ว, นิษฐา หุ่นเกษม, อรนุช ภาชีน, และ ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา. (2556). "การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี." *วารสารพยาบาลทหารบก; ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.)* 61-70.
- สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, ณีฎาจิญา คำผล, and น้ำฝน ศรีบัณฑิต. (2560). *การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกมหอมกรอบครัว*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .
- โสภณ. (2560). *การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- Amanchukwu, RN, GJ Stanley, and NP Ololube. (2015). "A review of leadership Theories, Principle and Style and Their Relevance to Educational Management." *Management* 5(1): 6-14.
- Barr, Victoria J, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dorrs, Darlene Ravensdale, and Sandy Salivaras. (2003). "The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and chronic care model." *Hospital Quarterly; Vol.7 (1)* 73-82.
- CDC. (2013). *Community Needs Assessment* . Atlanta,GA: Centers for Disease Control and Prevention.

- Dussalt, G, R Kamar, S Castro Lopes, and J Cambell. (2018). *Building the primary health care workforce of the 21th century - Background paper to global conference on primary health care from Alma-At a Towards Universal Health Coverage and Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- Ekasak, H. (2014). "Capacity in Health promotion by exercise of senior people." *SDU Res.J.10(3) Sep-Dec* p.130-142.
- Jone, Christina L, Jakob D Jensen, Courtney L Scherr, Natasha R Brown, Katheryn Christy, and Jeremy Weaver. (2015). "The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation." *Health Commun; 30(6): 566-576*.
- Keltie, C, and H James Van. (2010). "Health communities practice guide." *Cannadian institute of planner* p58-59.
- Khan, Z A, A Nawaz, and I Khan. (2016). "Leadership Theories and Styles: A Literature Review. Journal of Resource Development." *An Internal Peer-Reviewed Journal; Vol.16* 1-7.
- Koskela, Lauri, Algan Tezel, and Viranj Patel. (2019). "Theory of Quality Management: its Origins and Histor." *In: Proc. 27th Annual Conference of the International. Group for Lean Construction (IGLC), Pasquire C. and Hamzeh F.R. (ed)*, Dublin, Ireland, 1381-1390.
- McLeroy, Kenneth R, Barbara L Norton, Kegler C Michelle, James N Burdine, and Ciro V Sumaya. (2003). "Community-Based Intervention." *American Journal of Public Health; Vol.93, No.4. April* p.529-533.
- Narirat, J, Th Vilaivan, and Th Sawitri. (2011). "Good model of elderly carein urban community." *J Nurs Sci 29(Suppl2):67-74*.
- Oprea, Liviu, Daniela Cojocaru, Antonio Sandu, and Diana Bulgaru-Iliescu. (2013). "The Chronic care model (CCM) and the social gradient in health." *Revista de cercetare interventie sociala; Vol.41: 176-189*.
- Rakel, David P, and Wayne Boice Jonas. (2016). "Patient-Centered Medical Home." *In Textbook of family medicine, 9th ed., by Robert E Rakel and David P Rakel, 17-24. Philadelphia: Elsevier saunders*.

- Wagner, Edward H., Brain T Austin, Connie Davis, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer, and Amy Bonomi. (2001). "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action." *Health affar; Vol. 20 (6): 64-78.*
- Wanphen, P, N Khanitta, L Chintana, and P Baupan. (2010). "A community capacity enhancement model for care of elderly." *Pacific Rim Int J Nurs Res* 14(4) p.360-371.
- WHO. (2018). *Declaration of Astana, Global conference of primary health care Astana, Kazakhstan.* Geneva: World Health Organization.



## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายชติญพันธ์ อเล็กซิส กฤษณ์ชัยวัฒน์
วัน เดือน ปีเกิด	31 กรกฎาคม 2530
สถานที่เกิด	อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
ประวัติการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554 วุฒิปรีต สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา พ.ศ. 2559
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลปทุมธานี อำเภอปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการ

