

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์**

นายปัญญา จันทร์โต



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Factors Affecting Administration of Family Care Teams
for Osteoarthritis Patient Care in Nakhon Sawan Province**

Mr. Panya Janto

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

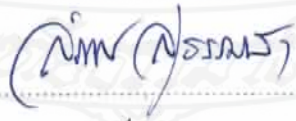
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณกิจ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์
ชื่อและนามสกุล	นายปัญญา จันทร์โต
วิชาเอก	บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรรณรัตน์)


.....
(รองศาสตราจารย์สรวุธ สุธรรมมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณครว
เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

ผู้ศึกษา นายปัญญา จันทร์โต รหัสนักศึกษา 2585001494

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การบริหารงานของทีมหมอบรรณครว (2) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย และ (4) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

ประชากรคือทีมหมอบรรณครวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมด จำนวน 600 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม จิสตาร์พาวเวอร์ 3.1 และใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงด้านความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.67 ด้านทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณครว มีค่าเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า (1) การบริหารงานของทีมหมอบรรณครว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (2) ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับดี ทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณครวอยู่ในระดับปานกลาง (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และ (4) หลังจากควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม พบว่า กลุ่มอายุ 30-39 ปี สถานภาพ โสด ทักษะการบริหารงานของทีมหมอบรรณครว และการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยสามารถอธิบายการบริหารงานของทีมหมอบรรณครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 78.10

คำสำคัญ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ทักษะต่อการบริหารงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน
การบริหารงานทีมหมอบรรณครว

Independent Study title: Factors Affecting Administration of Family Care Teams for Osteoarthritis Patient Care in Nakhon Sawan Province

Author: Mr. Panya Janto; **ID:** 2585001494;

Degree: Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Theerawut Thammakun; **Academic year:** 2018

Abstract

This cross-sectional research aimed to study: (1) the administration of family care teams; (2) personal factors, knowledge, and attitudes of team members; (3) the participation of communities and network partners; and (4) the influence of personal factors, knowledge, attitudes, and community-network participation in the administration of family care teams for the care of patients with osteoarthritis of the knee in Nakhon Sawan province.

The study was undertaken in a sample of 120 health officials randomly selected from all 600 family care team members working in primary care units in the province under the Ministry of Public Health. The sample size was calculated using the G*Power 3.1 program.

Data were collected using a questionnaire with the reliability values of 0.67 for knowledge about patient care and 0.92 for attitudes towards family care team management, and then analyzed to determine frequency, percentages, means, standard deviations and multiple regressions.

The results revealed that: (1) the administration capacities of family care teams were mostly at a moderate level; (2) most of the team members had been working at the practitioner levels; their knowledge levels about patient care were good and their attitudes about family care team administration were moderate; (3) the participation levels of communities and network partners were moderate; and (4) after controlling the interaction-effect variables, age group 30–39 years, single status, attitude towards family care team administration, and community-network participation significantly affected the administration of the family care teams for the care of patients with knee osteoarthritis ($p = 0.05$), which could 78.10% explain the team administration for the care of such patients.

Keywords: Knowledge of patient care, Attitude towards administration, Community participation, Family care team administration

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมงานครอบครัว เพื่อการ ดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ สัมฤทธิ์ผลได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้มี พระคุณหลายท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และให้โอกาสในการศึกษา ครั้งนี้ รวมถึงเจ้าของวรรณกรรมที่ปรากฏอยู่ในการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ทุกท่าน

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยความกรุณาเป็น อย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการจัดทำการศึกษา ค้นคว้า อิสระ ที่ท่านได้กรุณาใช้เวลาในการให้คำแนะนำปรึกษา รวมถึงการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนทำให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณ อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ สาธารณสุขอำเภอเมืองนครสวรรค์ สาธารณสุขอำเภอยะหาญ สาธารณสุขอำเภอบรรพตพิสัย และทีมงานครอบครัวในจังหวัดนครสวรรค์ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารงาน ของทีมงานครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยนำมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาการบริหารงานของ ทีมครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดนครสวรรค์

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ผู้มีพระคุณต่อผู้ศึกษา ให้ขวัญและให้ กำลังใจในการศึกษามาโดยตลอด รวมถึงผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความ ช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ศึกษาเสมอมา ทำให้การทำศึกษาค้นคว้าอิสระ ฉบับนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกประการ และคุณประ โยชน์จากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็น อย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ปัญญา จันทร์โต

สิงหาคม 2562

สารบัญ

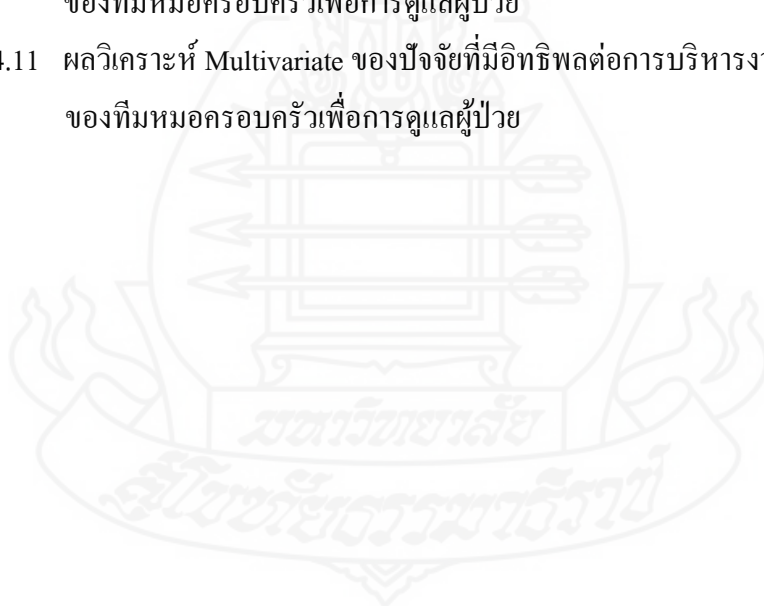
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย	13
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
การวิเคราะห์ข้อมูล	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	32
ปัจจัยส่วนบุคคล	32
ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	35
ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่	37
การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย	39
การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	40
ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์	42
ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม	47
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	49
สรุปผลการวิจัย	49
อภิปรายผลการวิจัย	53
ข้อเสนอแนะ	56
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก	60
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	61
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
ค ตารางแสดงระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	77
และหน่วยงานภาคีเครือข่าย และระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ตารางแสดงค่า VIF ของตัวแปรอิสระ ในการวิเคราะห์ Multivariate	
ประวัติผู้ศึกษา	84

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล	32
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	35
ตารางที่ 4.3 แสดงการจัดระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	37
ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อการบริหารงาน	37
ตารางที่ 4.5 แสดงการจัดระดับทัศนคติต่อการบริหารงาน	38
ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน	39
ตารางที่ 4.7 แสดงการจัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	40
ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริหารงาน	40
ตารางที่ 4.9 แสดงการจัดระดับการบริหารงาน	42
ตารางที่ 4.10 ผลวิเคราะห์ Bivariate ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงาน ของทีมหมอกรอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย	42
ตารางที่ 4.11 ผลวิเคราะห์ Multivariate ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงาน ของทีมหมอกรอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย	45



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ภาพที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิในการศึกษา	25



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งพาแพทย์เฉพาะทางดูแลแบบเจาะลึกรายโรค แต่ยังคงขาดทีมหมอบรรอบคัวในการดูแลแบบองค์รวม เปรียบดังสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบบริการสุขภาพ ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ใช้เวลานานในการเข้ารับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เกิดความไม่พึงพอใจในการเข้ารับบริการของพี่น้องประชาชน เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาแพทย์ท่านใด แตกต่างจากคนที่มีญาติเป็นแพทย์สามารถปรึกษาปัญหาเวลาเจ็บป่วยได้ตลอดเวลา ระบบการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ควรจัดระดับการให้บริการในรูปแบบสามเหลี่ยม จากฐานสามเหลี่ยมควรเป็นระดับปฐมภูมิที่ดูแลป้องกันรักษาโรคง่ายๆ ไม่ซับซ้อน พื้นที่ตรงกลางของสามเหลี่ยมเป็นการดูแลระดับทุติยภูมิเป็นการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วไม่ให้โรคลุกลามและรุนแรงขึ้น ยอดปลายแหลมของสามเหลี่ยมเป็นพื้นที่การดูแลระดับตติยภูมิเป็นการป้องกันผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคซ้ำเป็นการดูแลโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และแพทย์เฉพาะทาง แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับตั้งบนยอดสามเหลี่ยมทำให้มีโอกาสล้มได้ตลอดเวลา ประชาชนจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยแนวทางการดูแลสร้างสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ และการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การแก้ไขปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนี้ต้องการแก้ไขปัญหาระบบการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ด้วยการสร้างทีมหมอบรรอบคัว โดยจัดบริการให้มีทีมหมอบรรอบคัวรับผิดชอบประชาชน จำนวน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม กำหนดพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดระบบบริการสาธารณสุขกำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประชาชนทุกครอบครัวจะมีทีมหมอบรรอบคัวเหมือนเป็นญาติสนิทของตน ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยทีมหมอบรรอบคัวได้วางแนวทางการดำเนินงาน คือ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง

บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงวัยชรา บริการทุกอย่าง คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค บริการทุกที่ คือ ให้บริการเชิงรับในสถานบริการและให้บริการเชิงรุกออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนอกสถานบริการ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษาโดยผู้ป่วยสามารถสอบถามปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก หรือโทรศัพท์มาปรึกษาเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทีมหมอครอบครัวจัดเป็นพัฒนาการขั้นที่หนึ่งของการจัดระบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยอาศัยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อนำมาใช้เป็นหลักในการจัดบริการและลดความแออัดของผู้ป่วยที่รอต่อคิวเข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การจัดบริการแบบองค์รวมทุกมิติของสุขภาพสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของคนทุกกลุ่มวัย จนเกิดแนวคิดการสร้างสุขภาพจากตนเองและครอบครัว ไปสู่ความร่วมมือกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานของ ทีมหมอครอบครัว จำเป็นต้องอาศัยการออกแบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ซึ่งไม่เป็นเพียงการเข้าถึงบริการคลินิกหมอครอบครัวเท่านั้น แต่ต้องเป็นการเข้าถึงชีวิตจิตใจและสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย สร้างระบบบริการให้ประชาชนสามารถเรียนรู้วิธีการสร้างสุขภาพที่ดี เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดจำเป็นต้องมีช่องทางสร้างความสัมพันธ์กับประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มปกติ ทุกเพศทุกวัย บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในระบบปฐมภูมิจำเป็นต้องเรียนรู้บริบทของพื้นที่ สามารถนำความรู้ทางด้านสาธารณสุขสอดแทรกเข้าไปในรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชน บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความเข้าใจในความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดี กล่าวได้ว่าระบบบริการสุขภาพที่ดีควรมีความเป็นเนื้อเดียวกับบริบทของชุมชนนั้นๆ เครื่องมือที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลในรูปแบบที่คาดหวังนั้น คือ หลักคิดของการแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นการแพทย์สาขาที่มีอัตลักษณ์ในการดูแลคนมากกว่าดูแลโรค เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากกว่าดูแลด้านใดด้านหนึ่ง เน้นการดูแลต่อเนื่องทุกช่วงของการเจ็บป่วย และดูแลคนทุกคนในครอบครัว เน้นการดูแลทุกกลุ่มวัย การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า ซึ่งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกเพศทุกวัย เพ็ญผล กาญจนภัส (2554) การบริหารงานของ ทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้ประสบความสำเร็จ และตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้นั้น ต้องอาศัยการจัดการปัญหา

สุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางโดยผ่านกระบวนการบริหารงานสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของทีมหออัครวตามบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วย ในชุมชนมีสุขภาพที่ดีพึ่งพาตนเองได้ ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งมีพลังในการขับเคลื่อน การให้บริการของทีมหออัครวทำให้การบริการด้านสุขภาพมีมาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงานอย่างยั่งยืน ทั้งนี้การให้บริการของทีมหออัครวจังหวัดนครสวรรค์ที่ผ่านมามุ่งเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลตามอาการของโรคเพียงอย่างเดียว แต่ยังขาดการศึกษาในเรื่องการใช้แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร (POSDCORB) เพื่อการบริหารงานของทีมหออัครวในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ เป็นการดูแลคนมากกว่าดูแลโรค เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากกว่าดูแลด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

ที่ผ่านมาการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทีมหออัครวในประเด็น การจัดการระบบบริการสุขภาพโดยทีมหออัครวให้ประสบความสำเร็จและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้นั้น ต้องอาศัยการจัดการปัญหาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ตามบริบทของพื้นที่ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) แต่ยังขาดการศึกษาในเรื่องการบริหารงานของทีมหออัครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร (POSDCORB) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหออัครวซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาในประเด็นการบริหารงานของทีมหออัครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ และการศึกษาในประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหออัครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหออัครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ ในด้านการบริหารงานของทีมหออัครวโดยใช้แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร (POSDCORB) (กลุคและเรดอน, 1973) ในการบริหารงานของทีมหออัครวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการดำเนินงานของทีมหออัครวจังหวัดนครสวรรค์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการบริหารทรัพยากรต้นทุนที่มีอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ คาดว่าการวิจัยครั้งนี้จะได้ข้อมูลที่เป็น

ประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์และพื้นที่อื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
อันจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

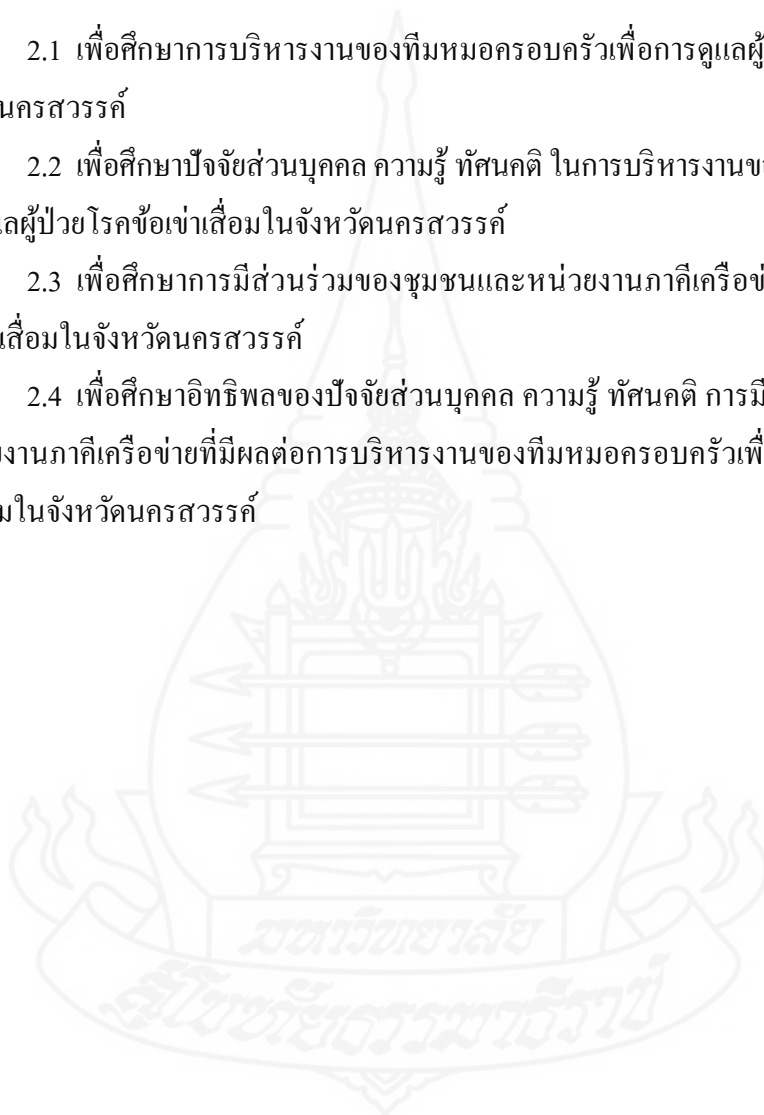
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ในจังหวัดนครสวรรค์

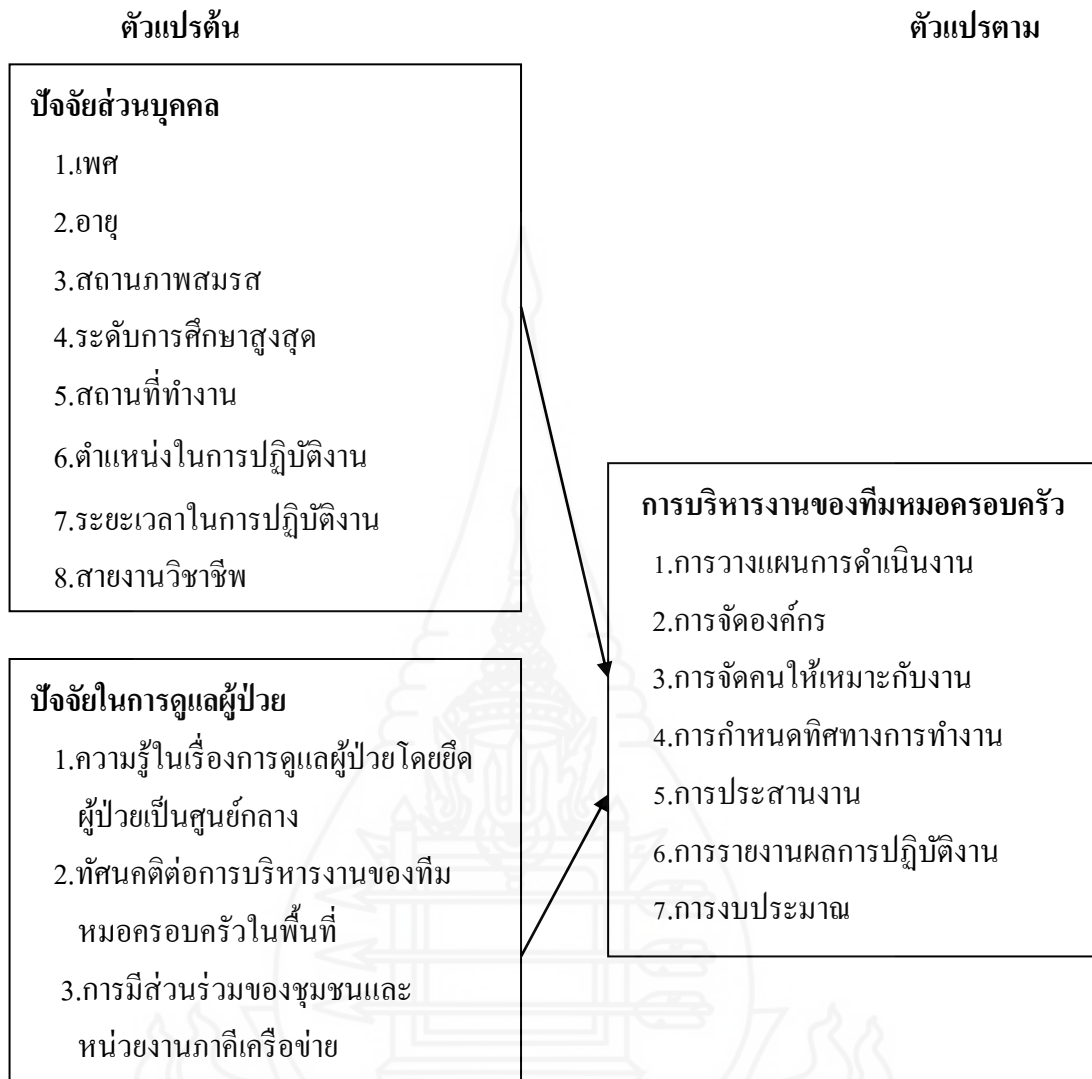
2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ ในการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

2.3 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

2.4 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ การมีส่วนร่วมของชุมชน
และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรค
ข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์



3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานที่ทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สายงานวิชาชีพ ความรู้ ทักษะคิด การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ทีมหมอบกรอบครัวซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 40 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ตัวแทนมาแห่งละ 3 คน รวมตัวอย่าง จำนวน 120 คน

5.2 ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะของทีมหมอบกรอบครัว **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานที่ทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สายงานวิชาชีพ ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทักษะติดต่อการบริหารงานของทีมหมอบกรอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

5.3 ตัวแปรตาม คือ การบริหารงานของทีมหมอบกรอบครัว ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้
1. การวางแผนการดำเนินงาน 2. การจัดองค์กร 3. การจัดคนให้เหมาะกับงาน 4. การกำหนดทิศทางการทำงาน 5. การประสานงาน 6. การรายงานผลการปฏิบัติงาน 7. การงบประมาณ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ทีมหมอบกรอบครัว หมายถึง ทีมสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ทั้งในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและในโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมตัวกันจัดตั้งทีมหมอบกรอบครัว ร่วมกันดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/1 ทีม เพื่อทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อดูแลปัญหาด้านร่างกาย ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ดูแลด้านกาย จิตใจ สังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน แบบองค์รวม

6.2 การบริหารงานของทีมหมอบกรอบครัว หมายถึง การสั่งการและควบคุมกำกับ การดำเนินงานของทีมหมอบกรอบครัว ในการทำหน้าที่ดูแลประชาชนโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ให้ความสำคัญกับการดูแลคนมากกว่าดูแลโรค เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากกว่าดูแลด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกช่วงของ การเจ็บป่วย เป็นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการจัดองค์กรให้เหมาะสมกับการให้บริการ เพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการของประชาชนและลดความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ขนาดใหญ่ การจัดคนให้เหมาะสมกับงานเพื่อสร้างทีมหมอบรรลุวิสัยทัศน์ในการดูแลผู้ป่วย การกำหนดทิศทางการทำงานเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด การประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย การรายงานผลการปฏิบัติงานเพื่อคืนข้อมูลให้กับชุมชน และการงบประมาณเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร (POSDCORB) ดังนี้

6.2.1 การวางแผนงาน หมายถึง การวางแผนในการดำเนินงานตามนโยบาย และมีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกัน

6.2.2 การจัดองค์กร หมายถึง การจัดองค์กรให้เหมาะสมกับการให้บริการผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน

6.2.3 การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน หมายถึง การจัดหาเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจของหน่วยงาน การคัดเลือกบุคคลเพื่อให้ได้บุคคลที่มีความสามารถมาปฏิบัติงาน

6.2.4 การกำหนดทิศทางการทำงาน หมายถึง การกำหนดเป้าหมายในการทำงาน และกำหนดวิธีการอำนวยการ รวมทั้งการควบคุมกำกับงานและติดตามนิเทศงาน มีศิลปะในการบริหารงาน เช่น ภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ และการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน มีการอำนวยการและการตั้งการที่ถูกต้องเหมาะสม

6.2.5 การประสานงาน หมายถึง การประสานความร่วมมือกันของหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยราบรื่น การประสานงานสามารถช่วยแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องในการทำงานได้

6.2.6 การรายงานผลการปฏิบัติงาน หมายถึง การรายงานผลการบริหารงานของทีมหมอบรรลุวิสัยทัศน์ให้ผู้บังคับบัญชารับทราบ และรายงานผลการดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้ผู้บังคับบัญชารับทราบ

6.2.7 การงบประมาณ หมายถึง การบริหารงบประมาณและการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่เหมาะสม ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา การใช้วิธีการงบประมาณเป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับงาน การตั้งงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยส่งบุคลากรเข้าอบรม การได้รับงบประมาณที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การนำงบประมาณที่ได้รับมาจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับดูแลผู้ป่วยยากไร้

6.3 ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ความรู้ในเรื่องการวางแผนการดำเนินงานของทีมหมอบรรลุวิสัยทัศน์ เป้าหมายการดำเนินงานของทีมหมอบรรลุวิสัยทัศน์

การจัดองค์กรเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การจัดให้มีบริการให้บริการ การดูแลทุกระยะ การดูแลประชากรในความรับผิดชอบ การรายงานผลการปฏิบัติงาน การสนับสนุนงบประมาณในการทำงาน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

6.4 ทักษะติดต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ หมายถึง แนวคิดของทีมหมอครอบครัวมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน การจัดองค์กรและโครงสร้างการบริหารงานที่เหมาะสม การกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานเพื่อทำงานให้บรรลุเป้าหมาย การประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย การรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บังคับบัญชา แก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานด้วยตนเอง มีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานเพียงพอ การให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย

6.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย หมายถึง ประชาชนและหน่วยงานเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานร่วมกับ (อปท./อสม./อสค.) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การวางแผนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันของทุกหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผู้บริหารหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในกำหนดนโยบายเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เสริมสร้างการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวอันจะส่งผลดีต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ ส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด

7.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้สนใจต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความทางวิชาการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานวิจัยให้ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานทางด้านสังคมวิทยา พื้นฐานทางด้านชีววิทยา และพื้นฐานทางด้านประสาทวิทยา มุ่งเน้นที่พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย คือ การกระทำของบุคคลคนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น มนุษย์เป็นผู้อาศัยอยู่ในสังคม ต้องเรียนรู้พึ่งพาอาศัยกัน และมีความจำเป็นต้องอยู่รวมกันเป็นครอบครัว เป็นชุมชน เป็นสังคม โดยร่วมกันกำหนดข้อบังคับของกลุ่ม ทั้งทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม หรือทางวัฒนธรรม ที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปตามปัจจัยขั้นพื้นฐาน การแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์หรือสภาพการณ์ทางสังคม คือ หลักการและความรู้ซึ่งช่วยให้เข้าใจในพฤติกรรมของมนุษย์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ หมายถึง อิทธิพลของพันธุกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การทำงานของระบบประสาท สมอง ต่อมไร้ท่อ รวมถึงกล้ามเนื้อ ปัจจัยทางจิตวิทยา หมายถึง การสร้างแรงจูงใจและการเรียนรู้ที่มีผลต่อปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรม หมายถึง การถูกหล่อหลอมโดยครอบครัว สิ่งแวดล้อมรอบตัว ปัจจัยเหล่านี้ ทำให้มนุษย์เกิดความ

แตกต่างกันในบุคลิกภาพ และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่แตกต่างกัน แม้จะอยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ แนวคิดคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ประกอบด้วยความพร้อมทางด้านร่างกาย ความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นความคิด ทำให้แสดงออกมาเป็นการกระทำ บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา (2552) นอกจากนี้ สิ่งเร้าแล้ว การรับรู้ การเรียนรู้ แรงจูงใจ เจตคติและบุคลิกภาพ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ต่อการกระทำของมนุษย์ รวมถึงสิ่งเร้าภายนอก เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ ทางสังคม ทางวัฒนธรรม ดังนั้นปัจจัยทั้ง 2 ส่วน ที่มีผลต่อการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

2.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา (2552) แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

2.1.1 **ด้านความต้องการ** คือ ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองโดยแสดงออกมาเป็นความต้องการที่ต่างกันไป

2.1.2 **ด้านการรับรู้** คือ การแปลความหมาย และการจัดหมวดหมู่ของสิ่งเร้า เพื่อนำไปปฏิบัติ

2.1.3 **ด้านการเรียนรู้** คือ การลองผิดลองถูกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไปจากเดิม โดยทบทวนจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

2.1.4 **ด้านแรงจูงใจ** คือ การที่บุคคลได้รับแรงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย

2.1.5 **ด้านเจตคติ** คือ การแสดงออกด้วยความรู้สึกริขิตของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า โดยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นในลักษณะที่ต่างกัน

2.1.6 **ด้านบุคลิกภาพ** คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลและอุปนิสัยเฉพาะตัวของบุคคลนั้น ที่ได้รับการปลูกฝังตั้งแต่เยาว์วัย

2.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา (2552) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

2.2.1 **ด้านครอบครัว** คือ การถูกหล่อหลอมของบุคคลที่แสดงออกมาตามแบบอย่าง ค่านิยม ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณี

2.2.2 **ด้านสังคม** คือ วิถีชีวิตที่บุคคลต้องเผชิญอยู่ในชุมชน โดยส่งผลต่อพฤติกรรมทางสังคม

2.2.3 ด้านวัฒนธรรม คือ แบบแผนในการดำเนินชีวิตของบุคคลในชุมชน ทำให้เกิดความต่างกันระหว่างเชื้อชาติ ศาสนา

2.2.4 ด้านเศรษฐกิจ คือ การซื้อขายแลกเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์

2.2.5 ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ทุกสิ่งอย่างที่อยู่รอบตัวบุคคลและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันกับบุคคล จนทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลในรูปแบบต่างๆ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรเทา

ฤทัยทิพย์ โพธิ์อ่อน (2550) ทัศนคติในการบริหารงานมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ต้องการให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประหยัดเวลา ประหยัดทรัพยากรและทำให้เกิดความพึงพอใจ การบริหารโดยอาศัยทรัพยากรพื้นฐานที่มีอยู่ 4 ประการ คือ คน เงิน ของ และการบริหารจัดการ โดยทรัพยากรทั้งหมดนี้ คน นับว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม หรือด้านการเมืองนั้น คนเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หัวใจสำคัญของการทำงานที่ดีของบุคลากรในองค์กรจะต้องประกอบไปด้วย ความสามารถ ลักษณะเด่นเฉพาะตัว และการพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยค้นคว้าศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่อง

สมใจ ลักษณะ (2552) กล่าวว่า ประสิทธิภาพในการทำงาน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ประสิทธิภาพส่วนบุคคล หมายถึง สมรรถนะของบุคคลในการทำงาน เป็นบุคคลที่ตั้งใจทำงานอย่างเต็มศักยภาพ โดยนำเทคนิคมาใช้ในการสร้างงานที่มีคุณภาพ เป็นบุคคลที่จะพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของงาน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน

ระดับที่ 2 ประสิทธิภาพขององค์กร หมายถึง การขับเคลื่อนองค์กรให้ดำเนินการต่างๆ ตามภารกิจหน้าที่โดยบริหารจัดการทรัพยากรและกำลังคนที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยประหยัดเวลา ทรัพยากร และการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับผลการทำงาน สามารถใช้กลวิธีดำเนินการที่ทันสมัย ทำให้เกิดกลวิธีดำเนินการอย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลในการดำเนินงาน พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานน้อยที่สุด สร้างขวัญกำลังใจที่ดีและสร้างความสุขในการทำงานให้แก่บุคลากร

กชพร พุทธิจักร (2553) ได้เสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรมี 7 ประการ ดังนี้ 1) กลยุทธ์ คือ การศึกษาปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพิจารณาจุดแข็งและจุดอ่อนการศึกษาปัจจัยแวดล้อมภายนอกองค์กรเพื่อพิจารณาโอกาสและอุปสรรค 2) โครงสร้าง คือ การกำหนดรูปแบบขององค์กรให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน 3) ระบบ คือ การวางรูปแบบการดำเนินงานขององค์กร เพื่อความเชื่อมโยงในการทำงาน 4) แบบ คือ ต้นแบบในการ

ทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร 5) บุคลากร คือ ทีมผู้บริหารและทีมปฏิบัติที่ร่วมมือกันในการทำงาน 6) ความสามารถ คือ การเรียนรู้และสะสมประสบการณ์ในการทำงาน 7) ค่านิยมร่วมของคนในองค์กร คือ การกำหนดอัตลักษณ์ร่วมกันในการทำงาน

กชพร พุทธจักร (2553) กลยุทธ์เป็นแผนปฏิบัติการขององค์กร หมายถึง กลวิธีในการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริบทของงาน โดยกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้ 1) การประเมินสภาพการทำงาน เป็นการศึกษาถึงข้อมูลที่จะนำมาเป็นตัวกำหนดถึงความต้องการขององค์กรเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยงานวิเคราะห์ข้อมูลโดยการศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆรอบตัว และสังเกตพฤติกรรมในการทำงาน 2) การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และกิจกรรมต่างๆขององค์กรตามลำดับความสำคัญของงาน 3) การออกแบบวิธีการทำงาน เป็นการวางแผนขั้นตอนวิธีการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย การวางระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกัน 4) การจัดสรรทรัพยากร เป็นการใช้ทรัพยากรต่างๆให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงาน และจัดหาทรัพยากรที่ต้องใช้ตามความต้องการของหน่วยงาน 5) การประสานงาน เป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคน เวลา วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ 6) ผู้นำการทำงาน เป็นผู้ทรงอิทธิพลต่อการปฏิบัติของแต่ละฝ่ายภายในองค์กร เพื่อให้เกิดสภาพการทำงานที่เหมาะสม บรรลุผลแห่งการเปลี่ยนแปลงให้มากที่สุด มีการแต่งตั้งบุคลากรแต่ละฝ่าย การกำหนดแนวทางในการทำงานให้มีความชัดเจน อธิบายขั้นตอนการทำงาน การตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการปฏิบัติงาน การแบ่งงานออกเป็นหมวดหมู่โดยกำหนดให้มีสายการบังคับบัญชาเพื่อควบคุมการทำงาน การทำงานมีการกำหนดมาตรฐาน มีความชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ รวมทั้งต้องมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

เพื่อให้ทุกคนในองค์กรใช้เป็นหลักในการปฏิบัติ บุคลากรองค์กรต้องประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกโดยกำหนดหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้โครงสร้างที่จัดตามกระบวนการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ความสามารถเป็นคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานตรงตามงานที่ปฏิบัติอยู่ (Stone, 1992) การปฏิบัติงานให้ได้ประสิทธิภาพผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความสามารถหลากหลาย เช่น มีความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา ความคิดสร้างสรรค์ การบริหารจัดการ และมีความสามารถในการปรับตัว ค่านิยมร่วมของคนในองค์กรเป็นข้อกำหนดร่วมกันของคนในองค์กรเพื่อใช้เป็นเครื่องกระตุ้นและโน้มน้าวให้บุคลากรเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

3.1 ความสำคัญและความหมายของการมีส่วนร่วม

ยุพาพร รูปงาม (2555) การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมเป็นการประสานงานในระบบเปิด ซึ่งเป็นการประสานงานทั้งสองทาง ระหว่าง บุคคล กับกลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์กร เพื่อดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง หรือหลายกิจกรรม ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการประสานงานแบบมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ เพื่อให้การทำงานบรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2557) การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมมีมากมายหลายทัศนะ ตามบริบทของลักษณะงาน แต่ต้องมีการประสานงานให้เป็นไปได้ในทิศทางเดียวกัน เช่น การพัฒนา การมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานที่หน่วยงานภาครัฐทำการส่งเสริม และสร้างโอกาสให้กับประชาชน กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม และองค์กรอาสาสมัคร โดยเชิญชวนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (2552) การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การระดมสรรพกำลังให้มีส่วนร่วมเพื่อแสดงความคิดเห็นในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการทำงาน การแสดงความคิดเห็นจะต้องมีหลากหลายจนทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน และจะต้องประสานงานกันเพื่อความสำเร็จของงานนั้นๆ เหตุผลที่มีคนมารวมตัวกันได้ ควรจะต้องตระหนักว่า การรวมตัวเพื่อกระทำการใดๆ ของสมาชิกนั้นต้องกระทำในนามของกลุ่ม ดังนั้นกลุ่มจะต้องเปรียบเสมือนตัวแทนในการทำงานเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในเชิงสร้างสรรค์

วรรณิการ์ ภูมิวงศ์พิทักษ์ (2552) การให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนโดยกระบวนการที่ทำให้ประชาชนไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เห็นพ้องต้องกันเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานร่วมกัน โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมจัดสรรผลประโยชน์ และร่วมในการติดตามประเมินผล

ชนิษฐา ศรีนนท์ (2554) การให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การสร้างความสัมพันธ์ของชุมชนเพื่อการสร้างประชาธิปไตยในชุมชน เป็นอำนาจแห่งรากฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน โดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมดำเนินการในเรื่องต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมดำเนินการตามกระบวนการแห่งประชาธิปไตย

ธนวัฒน์ คำกิลานนท์ (2550) การให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ ความเกี่ยวข้องทางด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

ผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบต่อส่วนรวม

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ชินรัมย์ สมสืบ (2559) การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถจำแนกตามลักษณะงาน หรือกิจกรรมที่ดำเนินการได้หลายลักษณะทั้งในด้านบริหารจัดการ ด้านการเมือง ด้านการพัฒนาชุมชน รวมถึงด้านการมีส่วนร่วม โดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

3.2.1 การมีส่วนร่วมในระดับแนวอน เป็นการมีส่วนร่วมแบบดั้งเดิมที่กำหนด โดยการเข้าร่วมเป็นสมาชิกพรรคการเมืองหรือพฤติกรรมทางการเมือง เช่น การเลือกตั้ง การรณรงค์หาเสียง กิจกรรมกลุ่มผลประโยชน์ การแนะนำชักชวน การมีส่วนร่วมแบบนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนในความพยายามที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจต่างๆ

3.2.2 การมีส่วนร่วมในแนวตั้ง เกิดในช่วงต่อจากแบบที่ 1 การมีส่วนร่วมในแนวตั้งเป็นการที่ประชาชนมีวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน มีความสัมพันธ์ในเรื่องต่างๆ กับผู้นำ หรือเจ้าหน้าที่เพื่อ ได้รับผลประโยชน์จากกันและกัน

3.2.3 การมีส่วนร่วมในการบริหาร เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นทั้งแนวอนและแนวตั้งอาจเป็นการออกแบบของกิจกรรมที่กลุ่มผลประโยชน์ กำหนดการตัดสินใจในการบริหารหรือแลกเปลี่ยน แต่มีการเข้าไปร่วมมากกว่า 2 แบบข้างต้น เช่นการตัดสินใจยอมรับเทคโนโลยี การวางแผนทำกิจกรรมมุ่งหลังคาบ้านร่วมกัน การวางแผนการตลาด การเข้าร่วมรับการฝึกอบรม

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2557) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนามีดังนี้

- 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งความต้องการของชุมชน
- 2) ร่วมคิดสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน
- 3) ร่วมวางแผนงาน โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของชุมชน
- 4) ร่วมบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 5) ร่วมจัดรูปแบบการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ
- 6) ร่วมการลงทุนในกิจการของชุมชนเพื่อสร้างอาชีพและรายได้ให้กับชุมชน
- 7) ร่วมปฏิบัติตามแผนงานโครงการและกิจกรรมของชุมชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- 8) ร่วมติดตามประเมินผลโครงการและกิจกรรมตามประโยชน์ที่จะได้รับ

สรุปจากแนวคิดของการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีแนวคิด มีเป้าหมายที่เหมือนกัน เข้ามามีส่วนร่วมมือกันเพื่อให้งานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และรับผลประโยชน์ด้วยกัน โดยต้องเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการทำงาน การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมงานครอบครัว

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแต่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ระบบบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นซึ่งสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้นเป็นระบบที่จะต้องสามารถให้บริการสุขภาพได้ครบถ้วนในทุกมิติ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ คือ การให้บริการในระดับปฐมภูมิซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการด้านสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

4.1 แนวคิด POSDCORB ของลูเธอร์ กูลิค (1937) ได้เสนอแนวคิดเพื่อสร้างกลวิธีและโครงสร้างการบริหารงานให้กับองค์กร จัดเตรียมบุคลากรที่มีความชำนาญการด้านต่างๆ ให้อยู่ในส่วนของงานที่เหมาะสมกับความสามารถ บุคลากรรู้หน้าที่ของตนเองและผู้บริหารสามารถสั่งการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันวางแผนงาน วางกรอบการทำงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหาร สร้างรูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกันภายในองค์กร กำหนดบทบาทของนักบริหาร โดยสรุปเป็นแนวคิดของผู้บริหาร 7 ประการ ประกอบด้วย

4.1.1 **วางแผน (Planning)** คือการกำหนดเป้าหมายขององค์กรว่าต้องดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

4.1.2 **การจัดองค์กร (Organization)** คือ การจัดตั้งโครงสร้างองค์กรให้ชัดเจน กำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.3 **การจัดกำลังคน (Staffing)** คือ ผู้บริหารต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาในการบริหารบุคลากรหรือจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับงานและบุคลากรทำงานได้เต็มศักยภาพ

4.1.4 **การอำนวยการ (Directing)** คือการตัดสินใจและสั่งการ การควบคุมงาน การประเมินผลงาน

4.1.5 **การประสานงาน (Coordinating)** คือ ความร่วมมือกันเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ไม่เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

4.1.6 **การรายงาน (Reporting)** คือ การสรุปปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาขององค์กร

4.1.7 การงบประมาณ (Budgeting) คือ การวางแผนด้านการเงินการคลังและการติดตามความก้าวหน้าในการใช้จ่ายงบประมาณ

4.2 ความหมายเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน รวมถึง อสม. อสค. และหน่วยงานภาคีเครือข่าย การดูแลสุขภาพประชาชน โดยทำหน้าที่ดูแลด้านกาย จิตใจ สังคม ครอบคลุมงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน แบบองค์รวม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรด้านสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรขึ้นไป ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของรพ.สต./ศสม./ท้องถิ่น และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยรับผิดชอบประชากร จำนวน 1,250 - 2,500 คน/หมอครอบครัว 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

4.3 องค์ประกอบเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

4.3.1 ระดับอำเภอ ประกอบด้วย องค์กรแพทย์และทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์, แพทย์เฉพาะทาง, ทันตแพทย์, เภสัชกร, พยาบาลเวชปฏิบัติ, พยาบาลวิชาชีพ, นักกายภาพบำบัด/นักสังคมสงเคราะห์, นักจิตวิทยา โดยทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอมีภารกิจให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาด้านวิชาการ รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

4.3.2 ระดับตำบล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ, พยาบาลเวชปฏิบัติ, นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้าพนักงานสาธารณสุข, ทันตภิบาล, นักการแพทย์แผนไทย ซึ่งทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัว ดูแลสุขภาพประชาชนในด้านการรักษาพยาบาล ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ ดำเนินการควบคุมกับงานสร้างสุขภาพ งานเฝ้าระวังโรคติดต่อให้แก่ครอบครัว ชุมชน และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

4.3.3 ระดับชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและแกนนำประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา แกนนำสุขภาพครอบครัว มีภารกิจช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทของทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนได้กำหนดภารกิจในการปฏิบัติงาน คือ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงวัยชรา บริการทุกอย่าง คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค บริการทุกที่ คือ ให้บริการเชิงรับในสถานบริการและ

ให้บริการเชิงรุกออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนอกสถานบริการ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษาโดยผู้ป่วยสามารถสอบถามปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาพยาบาล ด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก หรือโทรศัพท์มาปรึกษาเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยจะมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยตอบข้อคำถาม โดยต้องรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การให้บริการของทีมหมอครอบครัวต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม มีประชาชนในการดูแลรับผิดชอบชัดเจน เป็นความท้าทายของทีมหมอครอบครัวอย่างยิ่งเพราะในขณะนี้ประชาชนให้ความเชื่อถือและไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงต้องจัดให้มีบริการคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพ ดูแลใกล้ชิดเป็นกันเอง เป็นทีมประจำดูแลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559) แสดงให้เห็นการรวมตัวของทีมสหวิชาชีพ โดยมีบ้านและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเปรียบเสมือนทีมสหวิชาชีพสาขาต่างๆ ที่ร่วมกันดูแลประชาชน ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญของทุกคนในทีมผสมผสานกัน เช่น ความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับบริบทของชุมชนที่อยู่อาศัย และความรู้เฉพาะทางของวิชาชีพต่างๆ รวีวรรณ ศิริสมบุญ (2558) จึงต้องมีการจัดวางระบบในทีมหมอครอบครัวโดยดึงศักยภาพบุคลากรของแต่ละสายงานวิชาชีพในทีมเพื่อตกผลึกเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาให้กับประชาชน หลักการสำคัญที่ควรนำไปใช้ คือ

1) การดูแลที่ยึด ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะต้องเริ่มต้นจากการประเมินภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลักก่อน ส่งต่อให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจโดยการประเมินอาการทางคลินิกและความซับซ้อนทางด้านจิตใจ

2) จัดให้ทีมหมอครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลรับผิดชอบสุขภาพ โดยมอบบทบาทในการประเมินตามความถนัดเฉพาะด้านของวิชาชีพนั้นๆ

3) จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยและทำแผนการดูแลในด้านการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

4.4 บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทีมหมอครอบครัว

ทีมหมอครอบครัวเป็นบุคลากรที่แต่งตั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จึงเป็นทีมหลักในการขับเคลื่อนภารกิจของทีมหมอครอบครัว ดังนั้น การพัฒนาการจัดบริการในระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน เป็นต้นแบบที่สำคัญของการทำหน้าที่หมอครอบครัว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์:2559) แบ่งภารกิจของ รพ.สต. เป็น 8 ประการ ดังนี้

4.4.1 ทีมบุคลากรภายใน รพ.สต. ให้ดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมในลักษณะ ใกล้บ้านใกล้ใจ

4.4.2 การพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวมีความรู้ มีทักษะใหม่ โดยผ่านกระบวนการอบรมพัฒนาศักยภาพ

4.4.3 การจัดทำหมวดหมู่ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ให้สามารถสืบค้นได้ง่าย มีความถูกต้อง แม่นยำ นำมาวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.4 การจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานของทีมหมอครอบครัว

4.4.5 ส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างขวัญกำลังใจในทีมหมอครอบครัว โดยจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในทีมหมอครอบครัว

4.4.6 การจัดระบบการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว การจัดหน่วยบริการ ให้มีความสะดวก สบาย เป็นระเบียบ เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4.4.7 การประเมินผลการทำงาน เพื่อรายงานความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

4.4.8 สนับสนุนการทำงานเป็นทีม สร้างความสามัคคี และการทำงานเชิงรุก

4.5 บทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประสานงานกับทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชน

4.5.1 การสำรวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

4.5.2 การให้บริการแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม) ควบคู่กับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

4.5.3 การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อจัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการดูแลสุขภาพผู้พิการ ประสานงานกับนักจิตวิทยาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

4.6 บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข

นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขถือเป็นตำแหน่งที่สำคัญยิ่งในทีมหมอครอบครัว ทั้งงานด้านวิชาการ ด้านระบาดวิทยา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ งานต่างๆเหล่านี้สอดคล้องอยู่เกือบทุกกิจกรรมในคลินิกหมอครอบครัว สามารถแสดงบทบาทที่สำคัญของนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559)

4.6.1 บทบาทด้านการบริการ

1) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังโรค โดยการคัดกรอง และบำบัดโรคเบื้องต้น สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัสโรค เพื่อป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

2) การประเมินสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ประเมินสถานประกอบการ สถานบริการสาธารณะ ทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

3) บทบาทในการส่งเสริม ควบคุม การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุข และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4.6.2 บทบาทด้านวิชาการหรือเทคโนโลยี การจัดทำฐานข้อมูลเบื้องต้น เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลประชากร สถานะสุขภาพของประชากร และดูแลด้านระบาดวิทยา

4.6.3 บทบาทด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อสุขภาพประชาสัมพันธ์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคและภัยสุขภาพ

4.6.4 บทบาทด้านการสนับสนุนงานบริการให้กับทีมสุขภาพ ทำการตรวจสอบสภาพเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการนำไปใช้งานอยู่เสมอ

4.6.5 บทบาทในการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและจิตอาสา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และทำการกำกับ ติดตามให้การสนับสนุนแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถทำงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

4.6.6 บทบาทในการพัฒนางาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล คาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรค พื้นที่เสี่ยงและกลุ่มประชากรเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนการทำงานให้กับคลินิกหมอครอบครัว และร่วมจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

4.6.7 บทบาทด้านการประสานงานร่วมกับทีม โดยทำการประสานงานทั้งภายในและภายนอก โดยเฉพาะการติดต่อเชื่อมโยงการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การสุขภาพิบาล เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

5.1.1 เพศ

มีหลายการศึกษาที่พบว่า เพศไม่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เช่น การศึกษาของ โชติวิทย์ ศาสตร์ส่องวิทย์ (2557) นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, มธุรส ทิพ

ขมกมลกุล, และฉวีวรรณ บุญสุยา (2558) และการศึกษาของ ทศนีย์ ชาติไทย (2559) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌัฐพงศ์ เคลือศิริ, สุรชาติ ณ หนองคาย, สุคนธา คงศีล, และ ดุสิต สุจิรารัตน์ (2552) และศรีคร ศรีษา (2556) ที่พบว่า เพศหญิงมีการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของ วิภา หวันแหละ (2558) กมล กฤษวงค์ และณกมล จันท์สม (2556) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น เพศจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.1.2 อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีวุฒิภาวะ บุคคลที่มีอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะเจริญขึ้นตามวัย ทศนา บุญทอง (2533) ผู้ที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นจะมีความสุขรอบคอบ มองชีวิตกว้างไกล สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย มีการทำงานรอบคอบมากขึ้น ทำให้งานมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวที่ดีขึ้น การศึกษาของ ฌัฐพงศ์ เคลือศิริ และคณะ (2552) วารุณี แดบสูงเนิน (2554) โฉมฤทัย ทองนุช (2556) และ โชติวิทย์ ศาสตร์ส่องวิทย์ (2557) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีคร ศรีษา (2556) ที่พบว่าบุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวสูงกว่าบุคลากรที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40–44 ปี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา หวันแหละ (2558) ทศนีย์ ใจมั่น (2558) และทศนีย์ ชาติไทย (2559) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัว ดังนั้นอายุจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.1.3 สถานภาพสมรส

การศึกษาของ โชติวิทย์ ศาสตร์ส่องวิทย์ (2557) ทศนีย์ ใจมั่น (2558) ทศนีย์ ชาติไทย (2559) พบว่า สถานภาพสมรสกับการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวมีความสัมพันธ์กัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีคร ศรีษา (2556) ที่พบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส (โสด) มีคะแนนเฉลี่ยการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวสูงกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส (คู่) และการศึกษาของ จันทรา แทนสุโพธิ์ (2546) ที่พบว่าสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวที่แตกต่างกัน และอีกหลายการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอบรรคับครัวได้แก่การศึกษาของ จุฑาพร กบิลพัฒน์ (2554) วารุณี แดบสูงเนิน (2554) โฉมฤทัย ทองนุช (2556) และ วิภา หวันแหละ (2558) สถานภาพสมรสจึงเป็นตัวแปรที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.1.4 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะทำให้บุคคลมีความสามารถและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นส่งผลให้มีความพึงพอใจในการทำงาน ทำงานเต็มศักยภาพ ซึ่งแสดงถึงการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ดี การศึกษาของ ญัฐพงศ์ เคลือศิริ (2552) จุฑาพร กบิลพัฒน์ (2554) วารุณี แดบสูงเนิน (2554) กมล กฤษวงค์ และณกมล จันทร์สม (2556) โชติวิทย์ ศาสตร์ส่องวิทย์ (2557) และวิภา หวันแหละ (2558) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ใจมั่น (2558) ทศนีย์ ชาดีไทย (2559) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ระดับการศึกษาจึงเป็นตัวแปรที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.1.5 สถานที่ทำงาน

การศึกษาของ อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์ และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ (2556) พบว่า สถานที่ทำงานมีคะแนนเฉลี่ยของการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีสถานที่ทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวิมล ภูหลง (2551) พบว่าการบริหารงานของคลินิกหมอครอบครัวของสหวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การบริหารงานของทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรานุกูล บุญเลิศ และวิทัศน์ จันทร โพธิ์ศรี (2552) ที่พบว่า สถานที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ดังนั้น สถานที่ทำงานจึงเป็นตัวแปรที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.1.6 ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

การศึกษาของ อนันต์ แม่กอง (2558) พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นผู้บริหารมีระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวสูงกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญประภา กล่อมแสง, อรรณพ โพธิ์สุข, และจุฑพล ยงศรี (2557) ที่พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ มีการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวไม่แตกต่างกัน ตำแหน่งในการปฏิบัติงานจึงเป็นตัวแปรที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.1.7 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ย่อมเรียนรู้ลักษณะงานสภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือสิ่งต่างๆภายในหน่วยงานน้อยกว่าผู้ที่มีประสบการณ์หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า ย่อมส่งผลต่อการบริหารงานของทีมหมอ

ครอบครัวด้วย จากการศึกษาของ ณัฐพงศ์ เคลือศิริ (2552) วารุณี แดบสูงเนิน (2554) โนมฤทัย ทองนุช (2556) และ โชติวิทย์ ศาสตร์ส่องวิทย์ (2557) พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ใจมั่น (2558) วิภา หวันแหละ (2558) และ ทศนีย์ ชาติไทย (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงานจึงเป็นตัวแปรที่ยังไม่ได้ข้อสรุปอย่างชัดเจนและควรนำมาศึกษา

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธระหว่างความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัว

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัว พบว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมาแนวคิดเรื่องการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความยั่งยืนขององค์กร (Koonmee & Virakul, 2007) การบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวเป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ที่มีหลายมิติ มีการเชื่อมโยงกับคำตอบแทน ความพึงพอใจในงาน การมีส่วนร่วมในงาน แรงจูงใจ โอกาสในการเติบโตก้าวหน้า ผลผลิตสุขภาพ สภาพการทำงาน ความปลอดภัยในการทำงาน การพัฒนาขีดความสามารถ ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่น (Islam & Siengthai, 2009; Rethinam & Ismail, 2008) แม้จะมีการกล่าวถึงความหมายของการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวไว้หลากหลาย แต่นักจิตวิทยาอุตสาหกรรมและนักวิชาการด้านการจัดการมักยอมรับว่าการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของทีมหมอบครอบครัว (Sirgy, Efraty, Siegel, & Lee, 2001) ผลลัพธ์ด้านบวกของการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวจากหลายการศึกษา พบว่า ช่วยลดการขาดงาน ลดการลาออกของทีมหมอบครอบครัว เพิ่มความพึงพอใจในงาน เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และลดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Cohen, Chang & Ledford, 1997; Havlovic, 1991; Hian & Einstein, 1990) นอกจากนี้ยังมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าทีมหมอบครอบครัวที่มีความสุขเป็นทีมหมอบครอบครัวที่มีประสิทธิผลดี (Sirgy et al., 2001) การบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความสามารถในการสรรหาทีมหมอบครอบครัวที่มีคุณภาพเท่านั้น แต่ยังเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันขององค์กร (Lau & May, 1998) รวมถึงช่วยเพิ่มผลผลิต เพิ่มคุณภาพงาน และเพิ่มผลกำไรให้กับองค์กรด้วย (Hian & Einstein, 1990)

นอกจากนี้หากมีการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ก็จะช่วยเสริมสร้างการบริหารงานของทีมหมอบครอบครัวและช่วยให้องค์กรมีประสิทธิภาพมากขึ้นและบรรลุตัวชี้วัดของ

องค์กรได้อย่างรวดเร็ว (Hellriegle & Slocum, 1979) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุบิน บุรีเทพ, รัชชัช คำแก้ว, และพิทักษ์ ช้อยดี (2551), ประสพ อินสุวรรณ (2556), ต้นหยง ชุนศิริทรัพย์ (2556), โฉมฤทัย ทองนุช (2556), ประเสริฐ สุภภูมิ (2557) ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่า ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เช่น การศึกษาของ ณัฐพงศ์ เคลือศิริ และคณะ (2552) ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงข้อสรุปที่ไม่เป็นไปในทางเดียวกันและยังขาดการศึกษาในหลายกลุ่มวิชาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ซึ่งเป็นวิชาชีพที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าวิชาชีพอื่นในระบบสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และตัวแปรความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ต่างก็ยังไม่มีการสรุปที่แน่ชัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรืออิทธิพลที่มีต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต่างๆเหล่านี้มาทำการศึกษาตามกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

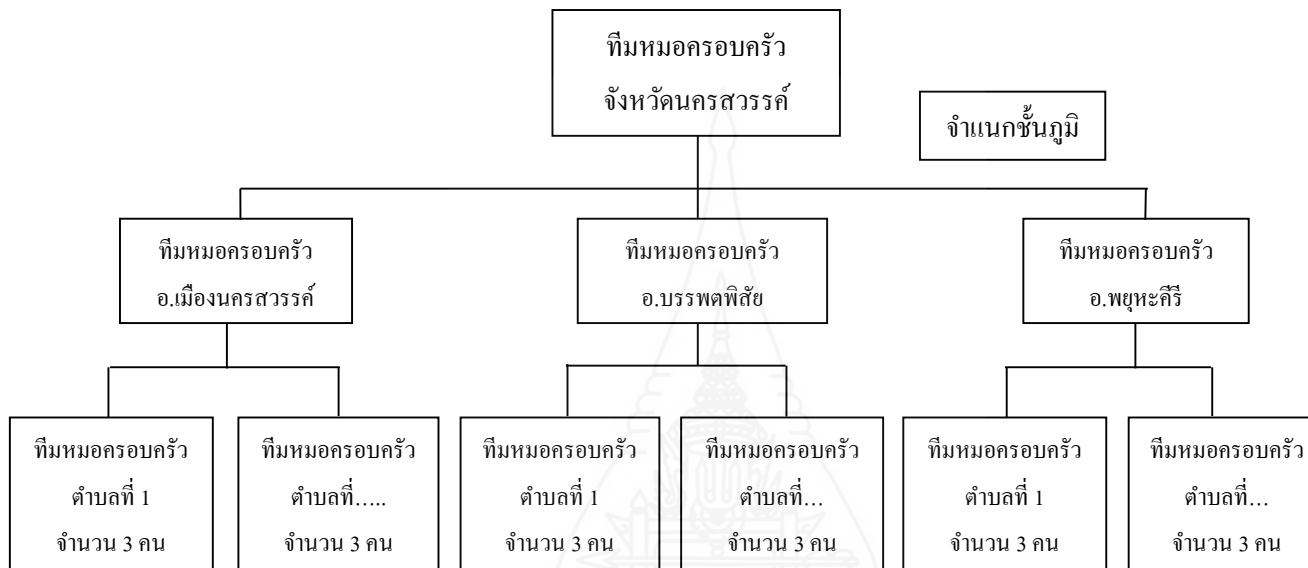
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

1.1.1 ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมด จำนวน 600 คน

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 โดยกำหนดค่า effect size $f^2 = 0.05$ (คำนวณได้จากค่า $R^2 = 0.051$ จากงานวิจัยของ วรพล ภูักดี(2554) ค่า α err prob = 0.05 ค่า power $(1 - \beta$ err prob) = 0.80 ค่า Number of predictors = 10 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 120 ราย โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนกระทั่งครบตามจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 3.1 แสดงการสุมตัวอย่างแบบชั้นภูมิในการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 6 ข้อและปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก และผิด) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การพิจารณาการวัดระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยของทีมหมอครอบครัว แบบสอบถามทุกข้อแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ร้อยละ ที่มีค่าตั้งแต่ 0.00 - 100.00 แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

คะแนนร้อยละ	หมายถึง
80.00 – 100.00	ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับดี
60.00 – 79.00	ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง
00.00 – 59.00	ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ลักษณะคำถามจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ตอบ	เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
	เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
	เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
	เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

การพิจารณาระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทุกข้อ แปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) การคำนวณช่วงความกว้างระหว่างชั้น ดังนี้ ช่วงความกว้างของข้อมูลในแต่ละชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$

การแปลผลระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	หมายถึง
3.68 – 5.00	ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับดี
2.34 – 3.67	ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ

2.4 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะคำถามจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ การมีส่วนร่วม น้อยที่สุด การมีส่วนร่วมน้อย การมีส่วนร่วมปานกลาง การมีส่วนร่วมมาก การมีส่วนร่วมมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ตอบ	การมีส่วนร่วมมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
	การมีส่วนร่วมมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
	การมีส่วนร่วมปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
	การมีส่วนร่วมน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
	การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

การพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทุกข้อ แปลผลคะแนน โดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 แบ่งออกเป็น 3กลุ่มโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) การคำนวณช่วงความกว้างระหว่างชั้น ดังนี้

$$\text{ช่วงความกว้างของข้อมูลในแต่ละชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย เป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	หมายถึง
3.68 – 5.00	การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับดี
2.34 – 3.67	การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับต่ำ

2.5 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ตามแนวคิด-POSDCORB ของลูเธอร์ กูลิค (1937) ซึ่งมี 7 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านการวางแผนงาน	จำนวน 2 ข้อ (1-2)
ด้านการจัดองค์กร	จำนวน 1 ข้อ (3)

ด้านการจัดคนให้เหมาะกับงาน	จำนวน 2 ข้อ (4-5)
ด้านการกำหนดทิศทางการทำงาน	จำนวน 4 ข้อ (6-9)
ด้านการประสานงาน	จำนวน 2 ข้อ (10-11)
ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน	จำนวน 2 ข้อ (12-13)
ด้านการงบประมาณ	จำนวน 5 ข้อ (14-18)

ลักษณะคำถามจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ มีการสั่งการและควบคุมกำกับน้อยที่สุด มีการสั่งการและควบคุมกำกับน้อย มีการสั่งการและควบคุมกำกับปานกลาง มีการสั่งการและควบคุมกำกับมาก มีการสั่งการและควบคุมกำกับมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ตอบ	มีการสั่งการและควบคุมกำกับมากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
	มีการสั่งการและควบคุมกำกับมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
	มีการสั่งการและควบคุมกำกับปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
	มีการสั่งการและควบคุมกำกับน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
	มีการสั่งการและควบคุมกำกับน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

การพิจารณาระดับการบริหารงานของทีมหมอบรรณ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทุกข้อ แปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) การคำนวณช่วงความกว้างระหว่างชั้น ดังนี้

$$\text{ช่วงความกว้างของข้อมูลในแต่ละชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

การแปลผลระดับการบริหารงานของทีมหมอบรรณ เป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

หมายถึง

3.68 – 5.00 การบริหารงานของทีมหมอบรรณ อยู่ในระดับดี

2.34 – 3.67 การบริหารงานของทีมหมอบรรณ อยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 การบริหารงานของทีมหมอบรรณ อยู่ในระดับต่ำ

2.6 ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับการบริหารงานของทีมหมอบรรณ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบหาความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

3.1 การหาความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขและปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ สำนวนภาษา ความตรงด้านเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence : IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความเหมาะสม ก่อนนำไปทดสอบหาความเที่ยง

3.2 การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับทีมหมอครอบครัว ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอโกกรพระ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ เท่ากับ 0.668 ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.919 ส่วนที่ 4 ด้านการบริหารงาน เท่ากับ 0.967 ส่วนที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน เท่ากับ 0.919 เมื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเสร็จสิ้นแล้วจึงนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

4.2 ส่งหนังสือไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 40 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ตัวแทนมาแต่ละ 3 คน รวมตัวอย่างจำนวน 120 คน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4.3 ส่งแบบสอบถามไปให้กับผู้ประสานงานของแต่ละสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อแจกให้กับผู้ตอบแบบสอบถาม และรวบรวมส่งคืนให้กับผู้วิจัยตามกำหนดเวลา

4.4 ผู้ดำเนินการวิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องแม่นยำของแบบสอบถามแต่ละชุดจนครบ เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์คะแนนความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 วิเคราะห์คะแนนทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.4 วิเคราะห์คะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.5 วิเคราะห์คะแนนการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.6 วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยมีเทคนิคในการวิเคราะห์ ดังนี้

5.6.1 วิเคราะห์ *Bivariate* ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติ Linear Regression

5.6.2 วิเคราะห์ *Multivariate* เพื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่มีอิทธิพลร่วมโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression โดยใช้เทคนิค Stepwise Method ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ จากการวิเคราะห์ *Bivariate* เพื่อนำเข้าโมเดลการวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้

5.6.3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (*Multiple Regression Analysis*) ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ จะต้องมีการทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลดังกล่าวก่อนการวิเคราะห์ผล และต้องตรวจสอบข้อมูลของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามหัวข้อต่อไปนี้

1) ตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรตาม (Y) ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative Variable) หรือ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) หรือมีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio Scale ขึ้นไป

2) การตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูล (Outlier)

3) ตัวแปรตามและค่าความคลาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality)

4) ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ (Homoscedasticity)

5) ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation)

6) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลจากทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 40 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ตัวแทนมาแต่ละ 3 คน รวมตัวอย่าง จำนวน 120 คน ส่งแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 120 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์คืน 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ตอนที่ 3 ทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 5 การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

1. ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	39.20
หญิง	73	60.80

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	15	12.50
30 – 39 ปี	19	15.80
40 – 49 ปี	59	49.20
50 – 59 ปี	27	22.50
$\bar{X} = 42.70$ S.D.= 9.29 Min = 22 ปี Max = 59 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	26	21.70
คู่	86	71.70
หม้าย/หย่า/แยก	8	6.60
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	6	5.00
ปริญญาตรี	90	75.00
ปริญญาโท	23	19.20
ปริญญาเอก	1	0.80
สถานที่ทำงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดเล็ก)	16	13.30
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดกลาง)	71	59.20
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดใหญ่)	33	27.50
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
ผู้บริหาร	53	44.20
ผู้ปฏิบัติ	67	55.80

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 10 ปี	14	11.70
10 – 19 ปี	35	29.20
20 – 29 ปี	49	40.80
30 ปีขึ้นไป	22	18.30
$\bar{X} = 20.42$ S.D. = 8.56 Min = 5 ปี Max = 39 ปี		
สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพ	31	25.80
ทันตภิบาล	8	6.70
นักการแพทย์แผนไทย	7	5.80
นักวิชาการสาธารณสุข	47	39.20
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	27	22.50

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.80 อายุเฉลี่ย 42.70 ± 9.29 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.20 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ครองคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.70 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.00 สถานที่ทำงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดกลาง) คิดเป็นร้อยละ 59.20 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 55.80 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 20.42 ± 8.56 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 5 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด 39 ปี สายงานวิชาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 39.20

2. ตอนที่ 2 ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	คำตอบ ที่ถูกต้อง	คำตอบของทีมหมอครอบครัว			
		ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.หัวใจสำคัญของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวคือ ดูแลผู้ป่วยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	ถูก	114	95.00	6	5.00
2. เป้าหมายการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว คือให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลครอบครัว และชุมชนยั่งยืน	ถูก	117	97.50	3	2.50
3.การจัดองค์กรทีมหมอครอบครัว ต้องจัดให้มีการให้บริการ งาน NCD Clinic	ถูก	98	81.70	22	18.30
4.การจัดคนให้เหมาะสมกับงานต้องจัดบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกช่วงการเจ็บป่วย	ถูก	95	79.20	25	20.80
5. การกำหนดทิศทางการทำงาน คือ การดูแลทุกระยะของการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ยังไม่พบการป่วย ไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต	ถูก	109	90.80	11	9.20
6. การประสานงานของทีมหมอครอบครัว ไม่ใช่เทคโนโลยีสื่อสาร เพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหล	ผิด	28	23.30	92	76.70
7. การรายงานผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย เป็นการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ชุมชน	ถูก	111	92.50	9	7.50

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	คำตอบ ที่ถูกต้อง	คำตอบของทีมหมอครอบครัว			
		ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ทีมหมอครอบครัวได้รับงบประมาณใน การทำงานเชิงรุกจากกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น	ผิด	28	23.30	92	76.70
9. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น	ถูก	116	96.70	4	3.30
10. ทีมหมอครอบครัวมีการให้บริการอย่าง เป็นองค์กรร่วมโดยดูแลผู้ป่วยครอบคลุมใน เรื่อง การ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ	ถูก	112	93.30	8	6.70
$\bar{X} = 8.80$ S.D.= 1.15					

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง หัวใจสำคัญของ
การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 95.00 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มี
ความรู้ในเรื่อง เป้าหมายการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97.50 ทีม
หมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การจัดองค์กรทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ
81.70 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน ตอบถูกคิดเป็น
ร้อยละ 79.20 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การกำหนดทิศทางการทำงาน ตอบถูก
คิดเป็นร้อยละ 90.80 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การประสานงานของทีมหมอ
ครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 76.70 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การรายงาน
ผลการปฏิบัติงาน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 92.50 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การ
ได้รับงบประมาณในการทำงาน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 76.70 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้
ในเรื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ
96.70 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การให้บริการอย่างเป็นองค์กรร่วม ตอบถูกคิดเป็น
ร้อยละ 93.30 โดยสรุปทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยัดผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง ค่าเฉลี่ย 8.80 ± 1.15 ข้อ ตอบถูกมากที่สุด 9 ข้อ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50
 ตอบถูกต่ำสุด 4 ข้อ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.80 ตอบถูกสูงสุด 10 ข้อ จำนวน 36 คน คิดเป็น
 ร้อยละ 30.00

ตารางที่ 4.3 แสดงการจัดระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอีกผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ	2	1.70
ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง	11	9.20
ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับดี	107	89.10
โดยรวม	120	100.00

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในเรื่องการดูแล
 ผู้ป่วย อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.10 รองลงมาทีมหมอครอบครัวมีระดับความรู้ในเรื่องการ
 ดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.20 และทีมหมอครอบครัวมีระดับความรู้ในเรื่อง
 การดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.70 ตามลำดับ

3. ตอนที่ 3 ทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
 โดยรวม และรายด้าน

ทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ทีมหมอครอบครัวมีการวางแผนการดำเนินงานสม่ำเสมอ	3.55	0.83	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวมีการจัดองค์กรที่เหมาะสม	3.59	0.87	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวกำหนดทิศทางการทำงานที่เหมาะสม	3.54	0.86	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวประสานงานกับภาคีเครือข่ายสม่ำเสมอ	3.75	0.86	สูง
ทีมหมอครอบครัวรายงานผลการปฏิบัติงานสม่ำเสมอ	3.68	0.74	สูง
ทีมหมอครอบครัวแก้ไขความผิดพลาดด้วยตนเองก่อนเสมอ	3.72	0.77	สูง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ทีมหมอครอบครัวมีงบประมาณในการปฏิบัติงานเพียงพอ	2.97	1.04	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวให้บริการผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ	3.75	0.87	สูง
ทีมหมอครอบครัวดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการดำเนินชีวิต	3.73	0.85	สูง
ทีมหมอครอบครัวมีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย	3.86	0.77	สูง
โดยรวม	3.61	0.62	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61, S.D.=0.62$) เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว รายด้าน พบว่า ด้านระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.86, S.D.=0.77$) ส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือ ด้านประสานงานกับภาคีเครือข่ายสม่าเสมอ ($\bar{X} = 3.75, S.D.=0.86$) ด้านให้บริการผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.75, S.D.=0.87$) ด้านดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 3.73, S.D.=0.85$) ด้านแก้ไขความผิดพลาดด้วยตนเองก่อนเสมอ ($\bar{X} = 3.72, S.D.=0.77$) และด้านรายงานผลการปฏิบัติงานสม่าเสมอ ($\bar{X} = 3.68, S.D.=0.74$) ซึ่งอยู่ในระดับดี ทั้ง 6 ด้าน ส่วนที่เหลือ ได้แก่ ด้านการจัดองค์กรที่เหมาะสม ด้านการวางแผนการดำเนินงานสม่าเสมอ ด้านกำหนดทิศทางการทำงานที่เหมาะสม และด้านงบประมาณในการปฏิบัติงานเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยและทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.5 แสดงการจัดระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม อยู่ในระดับต่ำ	12	10.00
ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม อยู่ในระดับปานกลาง	71	59.20
ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม อยู่ในระดับดี	37	30.80
โดยรวม	120	100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ทีมหมอบกรอบครัวส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบกรอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.20 รองลงมาทีมหมอบกรอบครัวมีระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบกรอบครัว อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 30.80 และทีมหมอบกรอบครัวมีระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบกรอบครัว อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

4. ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยรวม และรายด้าน

การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานร่วมกับ (อปท./อสม.)	3.53	0.97	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ	3.58	0.84	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน	3.58	0.86	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการคิดวางแผนแนวทางในการดำเนินงาน	3.48	0.85	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	3.58	0.83	ปานกลาง
มีส่วนร่วมกำหนดทิศทางขององค์กรร่วมจัดทำแผนสุขภาพ	3.58	0.81	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.46	0.89	ปานกลาง
มีส่วนร่วมบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด	3.48	0.84	ปานกลาง
มีส่วนร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	3.51	0.89	ปานกลาง
มีส่วนร่วมประเมินผลกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	3.48	0.92	ปานกลาง
โดยรวม	3.52	0.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.52$, S.D.=0.76) เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายรายด้าน พบว่า ทั้ง 10 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้าน ที่การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ด้านมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูล

ข่าวสารการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.84$) ด้านมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.86$) ด้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.83$) และด้านมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางขององค์กรในการจัดทำแผนสุขภาพ ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.81$) ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมมาก คิดเป็นร้อยละ 54.20 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.46, S.D.=0.89$) การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.7 แสดงการจัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับต่ำ	18	15.00
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง	63	52.50
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับดี	39	32.50
โดยรวม	120	100.00

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.50 รองลงมาทีมหมอครอบครัวมีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 32.50 และทีมหมอครอบครัวมีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.00 ตามลำดับ

5. ตอนที่ 5 การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวโดยรวม และรายด้าน

การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การวางแผนการดำเนินงานตามนโยบายชัดเจน	3.69	0.74	สูง
การร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน	3.68	0.79	สูง
จัดองค์กรให้เหมาะสมเพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชน	3.63	0.83	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การจัดการเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภารกิจ	3.52	0.93	ปานกลาง
การคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถมาปฏิบัติงาน	3.57	0.84	ปานกลาง
การกำหนดทิศทาง และเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน	3.63	0.82	ปานกลาง
การอำนวยความสะดวก การควบคุมกำกับงาน และการนิเทศงาน	3.47	0.79	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชาทีมหมอครอบครัวมีศิลปะในการบริหารงาน	3.63	0.83	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชาทีมหมอครอบครัวสั่งการถูกต้องเหมาะสม	3.56	0.74	ปานกลาง
การประสานงานกันเพื่อให้การดำเนินงานเรียบร้อยราบรื่น	3.71	0.73	สูง
การประสานงานช่วยแก้ไขปัญหาคัดข้องในงานได้	3.68	0.80	สูง
การรายงานการใช้จ่ายงบประมาณให้ผู้บังคับบัญชาทราบ	3.35	0.87	ปานกลาง
การรายงานการสอบทานเครื่องมือให้ผู้บังคับบัญชาทราบ	3.57	0.84	ปานกลาง
การบริหารและวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่เหมาะสม	3.47	0.85	ปานกลาง
การใช้วิธีการงบประมาณเป็นเครื่องมือควบคุมกำกับงาน	3.45	0.86	ปานกลาง
การตั้งงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	3.48	0.84	ปานกลาง
ได้รับงบประมาณเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน	3.40	0.94	ปานกลาง
นำงบประมาณที่ได้รับมาจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยยากไร้	3.28	1.02	ปานกลาง
โดยรวม	3.54	0.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า การบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.54, S.D.=0.65$) เมื่อพิจารณาการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ราชด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 4 ด้าน ที่การบริหารงานของทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง ด้านการประสานงานกันเพื่อให้การดำเนินงานเรียบร้อยราบรื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.71, S.D.=0.73$) ส่วนใหญ่มีการสั่งการและควบคุมกำกับมาก คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ ด้านการวางแผนการดำเนินงานตามนโยบายชัดเจน ($\bar{X} = 3.69, S.D.=0.74$) ด้านการร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน ($\bar{X} = 3.68, S.D.=0.79$) และด้านการประสานงานช่วยแก้ไขปัญหาคัดข้องในงานได้ ($\bar{X} = 3.68, S.D.=0.80$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการนำ

งบประมาณที่ได้รับมาจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยยากไร้ ($\bar{X} = 3.28, S.D.=1.02$) มีการบริหารงานของ ทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.9 แสดงการจัดระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ	17	14.20
ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง	74	61.70
ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับดี	29	24.10
โดยรวม	120	100.00

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับการบริหารงานของทีม หมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.70 รองลงมาทีมหมอครอบครัวมีระดับการ บริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 24.10 และทีมหมอครอบครัวมี ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.20 ตามลำดับ

6. ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม ของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

ตารางที่ 4.10 ผลวิเคราะห์ Bivariate ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=120)

ปัจจัย	n	การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว				
		Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
เพศ						0.470
หญิง	73	0.61	0.49	0		
ชาย	47	0.39	0.49	1.59	-2.76 , 5.95	

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	n	การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว				
		Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
อายุ						0.028
40 – 49 ปี	59	0.49	0.50	0		
น้อยกว่า 30 ปี	15	0.13	0.33	7.22	0.70 , 13.73	
30 – 39 ปี	19	0.16	0.37	6.67	0.73 , 12.61	
50 – 59 ปี	27	0.23	0.42	-1.53	-6.76 , 3.71	
สถานภาพสมรส						0.006
คู่	86	0.72	0.45	0		
โสด	26	0.22	0.41	7.00	2.01 , 11.99	
หม้าย/หย่า/แยก	8	0.07	0.25	10.22	1.97 , 18.46	
ระดับการศึกษาสูงสุด						0.410
ปริญญาตรี	90	0.75	0.43	0		
อนุปริญญา	6	0.05	0.22	4.12	-5.76 , 14.00	
ปริญญาโท	23	0.19	0.39	1.53	-3.95 , 7.00	
ปริญญาเอก	1	0.01	0.09	2.79	-20.78 , 26.36	
สถานที่ทำงาน						0.405
รพ.สต.ขนาดกลาง	71	0.59	0.49	0		
รพ.สต.ขนาดเล็ก	16	0.13	0.34	-2.72	-9.17 , 3.73	
รพ.สต.ขนาดใหญ่	33	0.28	0.45	1.37	-3.54 , 6.28	
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน						0.107
ผู้ปฏิบัติ	67	0.56	0.49	0		
ผู้บริหาร	53	0.44	0.49	-3.48	-7.72 , 0.77	

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	n	การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว				
		Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						0.122
20 – 29 ปี	49	0.41	0.49	0		
น้อยกว่า 10 ปี	14	0.12	0.32	5.09	-1.90 , 12.08	
10 – 19 ปี	35	0.29	0.46	4.02	-1.09 , 9.13	
มากกว่า 30 ปี	22	0.18	0.39	-0.85	-6.77 , 5.07	
สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน						0.139
นักวิชาการสาธารณสุข	47	0.39	0.49	0		
พยาบาลวิชาชีพ	31	0.26	0.44	-1.20	-6.59 , 4.19	
ทันตภิบาล	8	0.07	0.25	6.71	-2.20 , 15.62	
นักการแพทย์แผนไทย	7	0.06	0.24	-1.61	-11.05 , 7.82	
จพ.สาธารณสุขชุมชน	27	0.26	0.42	-1.56	-7.19 , 4.06	
ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง				-0.02	-1.88 , 1.84	0.982
ทัศนคติต่อการบริหารงาน ของทีมหมอครอบครัว				1.52	1.31 , 1.72	< 0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย				1.29	1.13 , 1.44	< 0.001

จากตารางที่ 4.10 เป็นผลการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้สถิติ Linear Regression พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี (mean diff.= 6.67, 95% CI : 0.73 , 12.61, p = 0.028) จากการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มอายุ 30-39 ปี อยู่ในช่วงวัยทำงานสามารถตอบสนองต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับดี ปัจจัยสถานภาพโสด (mean diff.= 7.00, 95% CI : 2.01 , 11.99, p = 0.006) ปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว (mean diff.= 1.52, 95% CI : 1.31,1.72, p < 0.001) โดยทุกๆ การเพิ่มขึ้นของคะแนนปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม

หมอบรรณที่ 1 คะแนน จะทำให้คะแนนการบริหารงานของทีมหมอบรรณที่ 1 เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน และปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย (mean diff.=1.29, 95%CI: 1.13,1.44, $p < 0.001$) โดยทุกๆการเพิ่มขึ้นของคะแนนปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่ 1 คะแนน จะทำให้คะแนนการบริหารงานของทีมหมอบรรณที่ 1 เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.29 คะแนน เป็นต้น

ตารางที่ 4.11 ผลวิเคราะห์ Multivariate ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณที่ 1 เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=120)

ปัจจัย	n	การบริหารงานของทีมหมอบรรณที่ 1					p-value
		Mean	S.D.	Mean difference			
				Unadjusted	Adjusted*	95% CI	
อายุ							0.044
40 – 49 ปี	59	0.49	0.50	0	0		
น้อยกว่า 30 ปี	15	0.13	0.33	7.22	3.68	-4.53 , 11.89	
30 – 39 ปี	19	0.16	0.37	6.67	6.71	0.19 , 13.22	
50 – 59 ปี	27	0.23	0.42	-1.53	-3.95	-14.28 , 6.38	
สถานภาพสมรส							0.008
คู่	86	0.72	0.45	0	0		
โสด	26	0.22	0.41	7.00	8.05	2.15 , 13.94	
หม้าย/หย่า/แยก	8	0.07	0.25	10.22	11.33	3.09 , 19.56	
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน							0.418
ผู้ปฏิบัติ	67	0.56	0.49	0	0		
ผู้บริหาร	53	0.44	0.49	-3.48	-1.99	-6.87 , 2.88	
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน							0.395
20 – 29 ปี	49	0.41	0.49	0	0		
น้อยกว่า 10 ปี	14	0.12	0.32	5.09	1.43	-9.47 , 6.62	
10 – 19 ปี	35	0.29	0.46	4.02	1.14	-4.67 , 6.95	
มากกว่า 30 ปี	22	0.18	0.39	-0.85	-4.76	-6.28 , 15.80	
อายุ							0.044
40 – 49 ปี	59	0.49	0.50	0	0		
น้อยกว่า 30 ปี	15	0.13	0.33	7.22	3.68	-4.53 , 11.89	

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ปัจจัย	n	การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว					p-value
		Mean	S.D.	Mean difference			
				Unadjusted	Adjusted*	95% CI	
30 – 39 ปี	19	0.16	0.37	6.67	6.71	0.19 , 13.22	
50 – 59 ปี	27	0.23	0.42	-1.53	-3.95	-14.28 , 6.38	
สถานภาพสมรส							0.008
คู่	86	0.72	0.45	0	0		
โสด	26	0.22	0.41	7.00	8.05	2.15 , 13.94	
หม้าย/หย่า/แยก	8	0.07	0.25	10.22	11.33	3.09 , 19.56	
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน							0.418
ผู้ปฏิบัติ	67	0.56	0.49	0	0		
ผู้บริหาร	53	0.44	0.49	-3.48	-1.99	-6.87 , 2.88	
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน							0.395
20 – 29 ปี	49	0.41	0.49	0	0		
น้อยกว่า 10 ปี	14	0.12	0.32	5.09	1.43	-9.47 , 6.62	
10 – 19 ปี	35	0.29	0.46	4.02	1.14	-4.67 , 6.95	
มากกว่า 30 ปี	22	0.18	0.39	-0.85	-4.76	-6.28 , 15.80	
สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน							0.123
นักวิชาการสาธารณสุข	47	0.39	0.49	0	0		
พยาบาลวิชาชีพ	31	0.26	0.44	-1.20	-1.86	-7.47 , 3.76	
ทันตภิบาล	8	0.07	0.25	6.71	5.69	-3.68 , 15.07	
นักการแพทย์แผนไทย	7	0.06	0.24	-1.61	-7.37	-16.78 , 2.04	
จพ.สาธารณสุขชุมชน	27	0.26	0.42	-1.56	-0.53	-6.01 , 4.96	
ทัศนคติต่อการบริหารงาน ของทีมหมอครอบครัว				1.52	0.76	0.50 , 1.01	< 0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานภาคีเครือข่าย				1.29	0.82	0.61 , 1.03	< 0.001

*Adjusted ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ได้แก่ (อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานภาคีเครือข่าย)

จากตารางที่ 4.11 เป็นผลจากการวิเคราะห์ Multivariate โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆที่มีอิทธิพลร่วม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี (adj.mean diff.= 6.71, 95% CI : 0.19 , 13.22 , p = 0.044) ปัจจัยสถานภาพ โสด (adj. mean diff.= 8.05, 95% CI : 2.15 , 13.94, p = 0.008) ปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว (adj. mean diff.= 0.76, 95% CI : 0.50 , 1.01, p < 0.001) โดยทุกๆ การเพิ่มขึ้นของคะแนนปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว ที่ 1 คะแนน จะทำให้คะแนนการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพิ่มขึ้น 0.76 คะแนน และปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย (adj. mean diff. = 0.82, 95% CI : 0.61, 1.03, p < 0.001) โดยทุกๆ การเพิ่มขึ้นของคะแนนปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่ 1 คะแนน จะทำให้คะแนนการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพิ่มขึ้น 0.82 คะแนน ความสามารถในการอธิบายของสมการถดถอย $R^2 = 0.781$ หมายถึง สมการอธิบายได้ร้อยละ 78.10 อีกราวร้อยละ 21.90 อธิบายด้วยปัจจัยอื่น

7. ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด จากผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 19 คน (คิดเป็นร้อยละ 15.84) นำมาจัดกลุ่มเนื้อหา และสามารถสรุปผลข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม ดังนี้

7.1 ด้านวัสดุ อุปกรณ์

7.1.1 ควรสนับสนุนเทคโนโลยีที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

7.1.2 ควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เกลนเตอร์ ที่มีระดับความสูงต่ำ ความสบายในการนั่งทำงานนาน ๆ

7.2 ด้านบุคลากร

7.2.1 สนับสนุนอัตรากำลังในหน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ

7.2.2 สนับสนุนเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของทีมหมอครอบครัว

7.2.3 ควรจัดกรอบอัตรากำลังของทีมหมอครอบครัวให้อิงกับเกณฑ์สัดส่วนของจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และเหมาะสมกับภาระงาน

7.2.4 ควรมีตำแหน่งรองรับที่จะให้ทีมหมอครอบครัวก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้

7.2.5 ควรจัดสรรตำแหน่งข้าราชการ ให้กับทีมหมอบครอบครัวที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) เพื่อความมั่นคงในชีวิตการทำงาน

7.3 ด้านการเงิน / งบประมาณ

7.3.1 ควรมีการปรับเงินเดือน ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ ให้เหมาะสมกับปริมาณงานและความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น

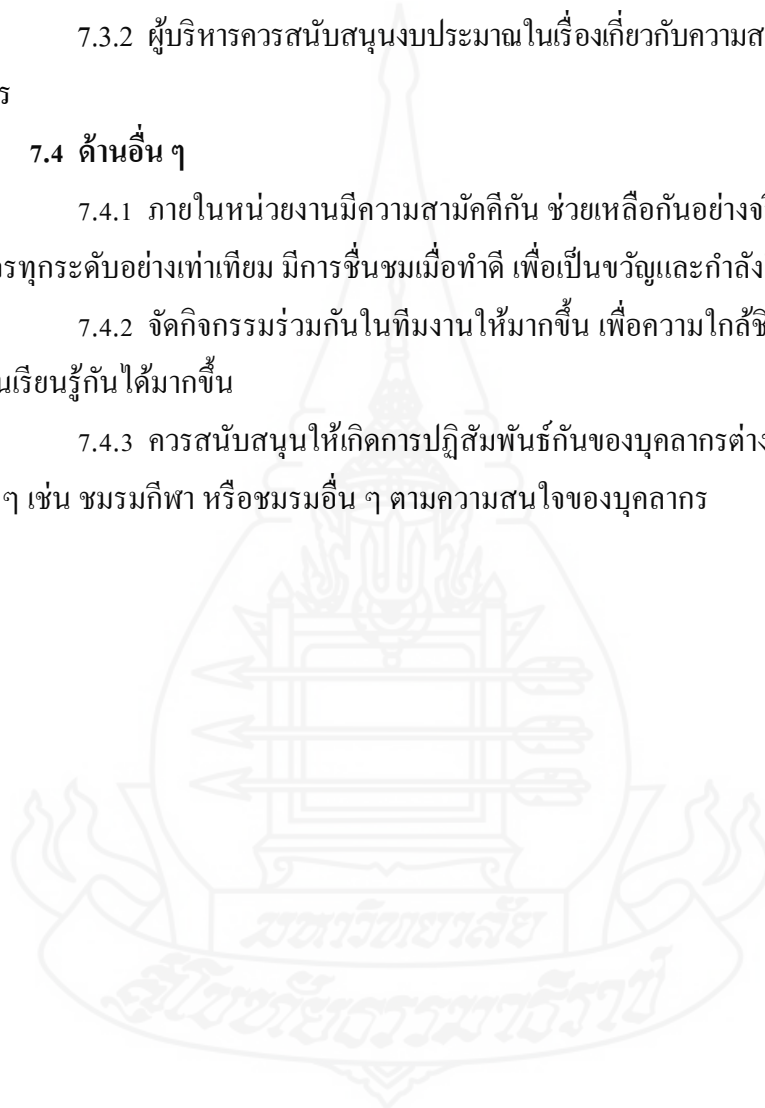
7.3.2 ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณในเรื่องเกี่ยวกับความสะดวกและรวดเร็วของผู้รับบริการ

7.4 ด้านอื่น ๆ

7.4.1 ภายในหน่วยงานมีความสามัคคีกัน ช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกระดับอย่างเท่าเทียม มีการชื่นชมเมื่อทำดี เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำดีต่อไป

7.4.2 จัดกิจกรรมร่วมกันในทีมงานให้มากขึ้น เพื่อความใกล้ชิด และสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้มากขึ้น

7.4.3 ควรสนับสนุนให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันของบุคลากรต่างสายงานกัน โดยผ่านชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมกีฬา หรือชมรมอื่น ๆ ตามความสนใจของบุคลากร



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งสามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ในการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

1.1.3 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

1.1.4 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 40 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ตัวแทนมาแต่ละ 3 คน รวมตัวอย่าง จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ เท่ากับ 0.668 ส่วนที่ 3 ด้านทักษะ เท่ากับ 0.919 ส่วนที่ 4 ด้านการบริหารงาน เท่ากับ 0.967 ส่วนที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วม

ของชุมชน เท่ากับ 0.919 ส่งแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 120 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์คืน 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์คะแนนทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว วิเคราะห์คะแนนการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว วิเคราะห์คะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

1.3 ผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ สรุปได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.80 อายุเฉลี่ย 42.70 ± 9.29 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.20 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ครองคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.70 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.00 สถานที่ทำงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดกลาง) คิดเป็นร้อยละ 59.20 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 55.80 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 20.42 ± 8.56 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 5 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด 39 ปี สายงานวิชาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 39.20

1.3.2 ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.10 มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางค่าเฉลี่ย 8.80 ± 1.15 มีความรู้ในเรื่องหัวใจสำคัญของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 95.00 ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องเป้าหมายการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97.50 เรื่องการจัดองค์กรทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 81.70 การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 79.20 การกำหนดทิศทางการทำงาน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 90.80 การประสานงานของทีมหมอครอบครัว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 76.70 การรายงานผลการปฏิบัติงาน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 92.50 การได้รับงบประมาณในการทำงาน ตอบถูกคิดเป็น

ร้อยละ 76.70 ทีมหมอบรรณคร้วส่วนใหญ่มี่ความรู้ในรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ครอบถูกคิดเป็นร้อยละ 96.70 การให้บริการอย่างเป็นองคร้วรวม ครอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.30

1.3.3 ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้ว

ทีมหมอบรรณคร้วส่วนใหญ่มี่ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้ว อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.20 ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้วที่ปฏิบัติงานฯ ครอบรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61, S.D.=0.62$) เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้ว รายด้าน พบว่า ด้านระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.86, S.D.=0.77$) ส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ ด้านประสานงานกับภาคีเครือข่ายสม้าเสมอ ($\bar{X} = 3.75, S.D.=0.86$) ด้านให้บริการผู้ป่วย โดยทีม สหวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.75, S.D.=0.87$) ด้านดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 3.73, S.D.=0.85$) ด้านแก้ไขความผิดพลาดด้วยตนเองก่อนเสมอ ($\bar{X} = 3.72, S.D.=0.77$) และด้านรายงานผลการปฏิบัติงานสม้าเสมอ ($\bar{X} = 3.68, S.D.=0.74$)

1.3.4 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ทีมหมอบรรณคร้วส่วนใหญ่มี่ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.50 การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานฯ ครอบรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.52, S.D.=0.76$) เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายรายด้าน พบว่า ทั้ง 10 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้าน ที่การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ด้านมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.84$) ด้านมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.86$) ด้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.83$) และด้านมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางขององค์กรในการจัดทำแผนสุขภาพ ($\bar{X} = 3.58, S.D.=0.81$) ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมมาก คิดเป็นร้อยละ 54.20 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.46, S.D.=0.89$)

1.3.5 ระดับการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้ว

ทีมหมอบรรณคร้วส่วนใหญ่มี่ระดับการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้ว อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.70 การบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้วที่ปฏิบัติงานฯ ครอบรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.54, S.D.=0.65$) เมื่อพิจารณาการบริหารงานของทีมหมอบรรณคร้ว รายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 4 ด้าน ที่การบริหารงานของทีม

หมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง ด้านการประสานงานกันเพื่อให้การดำเนินงานเรียบร้อยราบรื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.71$, S.D.=0.73) ส่วนใหญ่มีการสั่งการและควบคุมกำกับมาก คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ ด้านการวางแผนการดำเนินงานตามนโยบายชัดเจน ($\bar{X} = 3.69$, S.D.=0.74) ด้านการร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน ($\bar{X} = 3.68$, S.D.=0.79) และด้านการประสานงานเครือข่ายเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องในงานได้ ($\bar{X} = 3.68$, S.D.=0.80) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการนำงบประมาณที่ได้รับมาจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยยากไร้ ($\bar{X} = 3.28$, S.D.=1.02) มีการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.6 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้สถิติ Linear Regression พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ 1) ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี (mean diff.= 6.67, 95% CI : 0.73 , 12.61, p = 0.028) 2) ปัจจัยสถานภาพโสด (mean diff.= 7.00, 95% CI : 2.01 , 11.99, p = 0.006) 3) ปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว (mean diff.= 1.52, 95% CI : 1.31,1.72, p < 0.001) และ 4) ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย (mean diff.=1.29, 95%CI: 1.13,1.44, p <0.001)

ผลจากการวิเคราะห์ Multivariate โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่มีอิทธิพลร่วม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ 1) ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี (adj.mean diff.= 6.71, 95% CI : 0.19 , 13.22 , p = 0.044) 2) ปัจจัยสถานภาพโสด (adj. mean diff.= 8.05, 95% CI : 2.15 ,13.94, p = 0.008) 3) ปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว (adj. mean diff.= 0.76, 95% CI : 0.50 , 1.01, p < 0.001) และ 4) ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย (adj. mean diff. = 0.82, 95% CI : 0.61,1.03, p < 0.001) ความสามารถในการอธิบายของสมการถดถอยได้ร้อยละ 78.10

2. อภิปรายผลการวิจัย

2.1 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์

จากการที่ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี ปัจจัยสถานภาพโสด ปัจจัยทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว และปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ จึงสามารถอภิปรายผลการวิจัยจำแนกรายปัจจัยได้ดังต่อไปนี้

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร (2553) พบว่า ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงาน สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน สามารถตอบสนองต่อบริบทของการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว และปัจจัยสถานภาพโสด มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร (2553) พบว่า ปัจจัยสถานภาพโสด มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในฐานะไม่มีภาระผูกพันทางครอบครัว ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการทำงาน สามารถตอบสนองต่อบริบทของการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยกลุ่มอายุ 30-39 ปี และปัจจัยสถานภาพโสด มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.1.2 ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ ไม่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการ

ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรานต์ จักรไชย (2560) พบว่า ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมหมอครอบครัวจังหวัดปทุมธานี ไม่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ สมใจ นกดี (2558) พบว่า ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมหมอครอบครัวจังหวัดบุรีรัมย์ ไม่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของปารณัฐ สุขสุทธิ (2558) พบว่า ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมหมอครอบครัวจังหวัดแพร่ ไม่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่นกัน

2.1.3 ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ เจริญวิวัฒน์วงศ์ (2559) พบว่า ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ มาลีจิตร ชัยเนตร (2552) พบว่า ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย ในการติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อทีมหมอครอบครัวโดยสัดส่วนของทีมหมอครอบครัวยังขาดบุคลากรแพทย์มาปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการทำงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว โดยเฉพาะทรัพยากรคน ขาดยานพาหนะที่ใช้ในการรับส่งต่อผู้ป่วยในท้องถิ่นทุรกันดาร การดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวจะประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น หากได้รับการสนับสนุนบุคลากรแพทย์มาปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.1.4 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยของทีมหมอครอบครัว ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นิถุมล กมุทชาติ (2558) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยสร้างทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง สร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยการประสานหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการศึกษาของ สายพิน หัตถิรัตน์ (2551) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพในทุกมิติ การดูแลสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ภาคประชาชนต้องมีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินการที่ยั่งยืน เกิดการประสานงานเพื่อสร้างเครือข่ายของคนในชุมชน และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.2 ข้อจำกัดของการวิจัย

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่มีวิชาชีพแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน มีบุคลากรจำนวนจำกัด ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการตรวจบำบัดรักษาผู้ป่วย จึงไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นตัวแทนของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยไม่ครอบคลุมถึงแพทย์ที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ อาจจะต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดนี้ หรือควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้บริหารของทีมหมอครอบครัวควรนำผลจากการวิจัยมาทบทวนเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง ทักษะคิดต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในด้านการจัดองค์กรที่เหมาะสม ด้านการวางแผนการดำเนินงานสม่ำเสมอ ด้านกำหนดทิศทางการทำงานที่เหมาะสม และด้านงบประมาณในการปฏิบัติงาน ตามบริบทของแต่ละหน่วยงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว

3.1.2 ผู้บริหารของทีมหมอครอบครัวควรนำผลจากการวิจัยมาทบทวนเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ตามบริบทของแต่ละหน่วยงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ผู้บริหารงานของทีมหมอครอบครัวในระดับจังหวัดควรประสานหัวหน้าส่วนงานในระดับจังหวัด ต่างกรม ต่างกระทรวง ที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และออกคำสั่งพร้อมมอบหน้าที่ชัดเจน โดยผู้มีอำนาจสั่งการ

3.1.3 ผู้บริหารงานของทีมหมอครอบครัวในระดับจังหวัดควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยยากไร้ เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมหมอครอบครัวในการทำงาน และช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้ดียิ่งขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน ปัจจัยทางด้านลักษณะงาน ปัจจัยการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย การติดตามผลการดำเนินงานที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดอื่นๆของเขตสุขภาพที่ 3

3.2.3 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลของทีมหมอครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายกรณี เช่น ผู้ป่วยติดเตียง

3.2.4 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

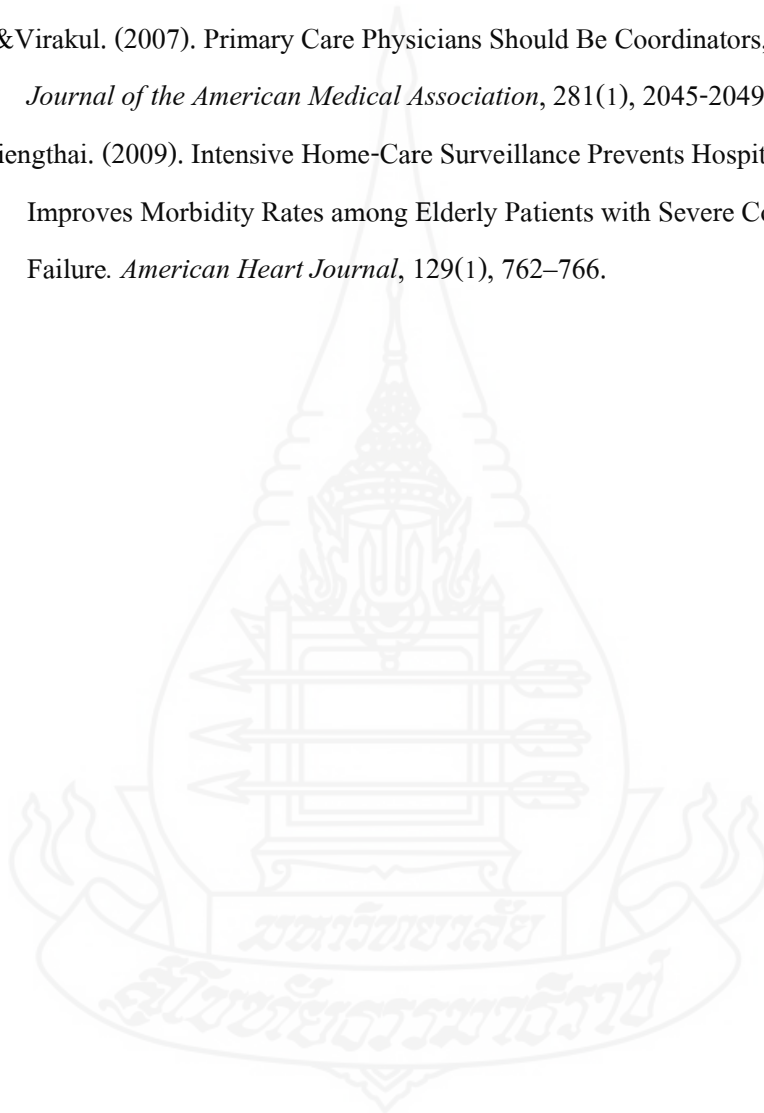


บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ชนวัฒน์ คำกิลานนท์. (2550). การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับช่องทางด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ของบุคคลคนหนึ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.(การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ฤทัยทิพย์ โพธิ์อ่อน. (2550). ทักษะคิดการบริหารงานมีจุดมุ่งหมายต้องการให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.(สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่, สงขลา.
- บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา. (2552). การรับรู้ การเรียนรู้ แรงจูงใจ เจตคติและบุคลิกภาพ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กชพร พุทธจักร. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. (งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2554). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ ต้องส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ยุพาพร รูปงาม. (2555). การมีส่วนร่วมในการประสานงานซึ่งเป็นการประสานงานทั้งสองทางระหว่างบุคคล กับกลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์กร อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2557). การมีส่วนร่วมตามบริบทของงานแต่ต้องมีการประสานงานให้ไปในทิศทางเดียวกัน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชินรัมย์ สมสืบ. (2559). การมีส่วนร่วมของประชาชนจำแนกตามลักษณะงาน หรือกิจกรรมที่ดำเนินการ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. (งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, บุรีรัมย์.

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ*.
กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือทีมหมอครอบครัวประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทย
เป็นหมอครอบครัว (Family Care Teams)*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Koonmee&Virakul. (2007). Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers.
Journal of the American Medical Association, 281(1), 2045-2049.
- Islam & Siengthai. (2009). Intensive Home-Care Surveillance Prevents Hospitalization and
Improves Morbidity Rates among Elderly Patients with Severe Congestive Heart
Failure. *American Heart Journal*, 129(1), 762-766.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. อาจารย์ ดร.กิติพงษ์ กลิ่นแมน

- ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- ตำแหน่งทางบริหาร หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ 782 ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000 โทรศัพท์ 0 5623 2001-6
- วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2533
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกยุทธศาสตร์การพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ พ.ศ. 2548
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต วิชาเอกสิ่งแวดล้อมศึกษา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2554
- ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องวิทยานิพนธ์
- รับผิดชอบเป็นคณะกรรมการบริหารงานทีมหมอกรอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลา 3 ปี
 - อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
- ประสบการณ์การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องวิทยานิพนธ์
- รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ระดับอาชีวศึกษา ชั้นปีที่ 2 จังหวัดนครสวรรค์
 - กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมะลิจังหวัดนครสวรรค์

2. อาจารย์ ดร.นเรศ คงโต

ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 ที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ 782 ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง
 จังหวัดนครสวรรค์ 60000 โทรศัพท์ 0 5623 2001-6 ต่อ 117

วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2539
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม
 มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2545
 ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต วิชาเอกยุทธศาสตร์การพัฒนา
 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ พ.ศ. 2556

ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่องวิทยานิพนธ์

- อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ และสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน
- ประธานและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยนเรศวร
- กรรมการชำระบทความวิจัย (Peer Review) วารสารวิชาการโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
- กองบรรณาธิการวิชาการ วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์
- กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์
- กรรมการวิจัย วิทยากรกระบวนการ R₂R และ KM สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3
- หน่วยจัดการร่วม สสส. (สำนัก 6 สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม) พื้นที่จังหวัดนครสวรรค์
- เลขานุการและผู้ทำงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 3 การอบรมและวิทยากร
- หลักสูตรนักบริหารการสาธารณสุขระดับต้น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- หลักสูตรนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสังคมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- หลักสูตรการระดมจิตใจ (mind storming) มุลนิธิเครือข่ายพลังสังคม
- วิทยากรการวางแผนยุทธศาสตร์และการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

- วิทยาการกระบวนการเพื่อพัฒนาสังคมและสุขภาวะชุมชน
- ประสบการณ์การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องวิทยานิพนธ์
- ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์
 - ความชุกโรคพยาธิสตรองจิริรอยค้ำของประชาชน อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์
 - ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลพนมเศษ อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์
 - การประเมินโครงการเรียนรู้สู่ชุมชนปลอดภัยทางถนน (มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย)
 - บทบาทการบัญชาการเหตุการณ์แก้ไขปัญหาอุทกภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์
 - รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนหลังภาวะอุทกภัย
 - เรียนรู้อยู่กับภัยพิบัติ : นิเวศวัฒนธรรม สื่อ รัฐ และพลวัตชุมชน

3. อาจารย์ วงศ์จันทร์ วงศ์เกียรติจักร

- ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- ตำแหน่งทางบริหาร ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองนครสวรรค์
- ที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครสวรรค์ ตำบลนครสวรรค์ตก
อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ โทร 056-245294
- วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2541
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกรัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2546
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.2554

ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องวิทยานิพนธ์

- รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ งานวิชาการ งานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ งานที่มหมอครอบครัว

- ปี 2560 ประสพการณ์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เรื่อง
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการหลักเลียงควันบุหรี่มือสองใน
หญิงตั้งครรภ์ อ. โกรกพระ จ. นครสวรรค์

ประสพการณ์การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่องวิทยานิพนธ์

- ปี 2557 การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเมืองนครสวรรค์ ประเด็น
ไข้เลือดออก ระดับภาคเหนือ
- ปี 2559 การศึกษาผลการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุของอำเภอโกรก
พระ จังหวัดนครสวรรค์





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ ในการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์
4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีผลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - ส่วนที่ 3 ทักษะคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่
 - ส่วนที่ 4 การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
 - ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 - ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ
2. กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบคำถามในแต่ละตอน
3. คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับจากท่านเป็นความลับ โดยจะนำไปใช้เพื่อสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้นและไม่เป็นการให้ข้อมูลให้โทษแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง อ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความ และเติมค่าลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ
 - () 1.ชาย () 2.หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปีเต็ม (นับถึงวันเกิดครั้งล่าสุด)
3. สถานภาพสมรส
 - () 1.โสด () 2.คู่ () 3.หม้าย / หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () 1.อนุปริญญา () 2.ปริญญาตรี () 3.ปริญญาโท () 4.ปริญญาเอก
5. สถานที่ทำงาน
 - () 1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากร ไม่เกิน 3,000 คน
 - () 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง รับผิดชอบประชากร ตั้งแต่ 3,001 – 7,000 คน
 - () 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร มากกว่า 7,000 คน
6. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน
 - () 1.ผู้บริหาร
 - () 2.ผู้ปฏิบัติ
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วย.....ปีเต็ม
8. สายงานวิชาชีพในปัจจุบันของท่าน
 - () 1.แพทย์ () 2.พยาบาลวิชาชีพ
 - () 3.ทันตภิบาล () 4.นักรการแพทย์แผนไทย
 - () 5.นักวิชาการสาธารณสุข () 6.เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. หัวใจสำคัญของการวางแผนการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว คือ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
2. เป้าหมายการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว คือ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลครอบครัวให้แข็งแรง และชุมชนเข้มแข็งยั่งยืน		
3. การจัดองค์กรเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการดูแลแบบผสมผสาน ผู้ให้การดูแลไม่ได้เป็นเพียงผู้ให้บริการ แต่ยังเป็นทีปรึกษาของผู้ป่วยด้วย		
4. การจัดองค์กรทีมหมอครอบครัวต้องจัดให้มีการให้บริการ งาน NCD Clinic		
5. การจัดคนให้เหมาะกับงานจัดให้มีบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
6. การกำหนดทิศทางการทำงานอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลทุกระยะของการดำเนินชีวิตดูแลตั้งแต่ยังไม่พบสภาวะการเจ็บป่วยไปจนถึงระยะสุดท้ายของการเสียชีวิต		
7. ทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ดูแลประชากรในความรับผิดชอบ 9,000 คน/1 ทีม		
8. ทิศทางการทำงานของทีมหมอครอบครัว คือ การส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงปฏิบัติงานในระดับตำบลให้ครอบคลุมทั่วประเทศภายใน 20 ปี		
9. การประสานงานของทีมหมอครอบครัวไม่ใช่เทคโนโลยีในการสื่อสาร เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลของผู้ป่วยรั่วไหล		
10. การรายงานผลการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการคืนข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยแก่ชุมชน		
11. ทีมหมอครอบครัวได้รับสนับสนุนงบประมาณในการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น		
12. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น		
13. การให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว ไม่มีการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน		

คำถาม	ถูก	ผิด
14. ทีมหมอครอบครัวมีการให้บริการอย่างเป็นองค์รวมโดยดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเรื่องการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ		
15. การบริการของคลินิกหมอครอบครัว ใช้สหวิชาชีพแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้		

ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

คำอธิบายความหมายของ “ผู้บังคับบัญชา”

กรณีผู้ตอบเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ผู้บังคับบัญชา หมายถึง สาธารณสุขอำเภอ

กรณีผู้ตอบเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพช. ผู้บังคับบัญชา หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ข้อ เสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้บังคับบัญชาอย่างสม่ำเสมอ						
2. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีการจัดองค์กรและโครงสร้างการบริหารงานที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่						
3. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีการกำหนดทิศทางการทำงานเพื่อทำงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้						
4. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ						

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ข้อ เสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
5. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีการรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บังคับบัญชาอย่างสม่ำเสมอ						
6. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านพยายามแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานด้วยตนเองก่อนเสมอ						
7. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานเพียงพอ ไม่จำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น						
8. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านให้บริการผู้ป่วยแบบผสมผสาน						
9. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง						
10. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านมีระบบให้คำปรึกษา /ส่งต่อผู้ป่วย						



ส่วนที่ 4 การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวของท่านมากที่สุด

- 5 หมายถึง มีการสั่งการและควบคุมกำกับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีการสั่งการและควบคุมกำกับมาก
- 3 หมายถึง มีการสั่งการและควบคุมกำกับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีการสั่งการและควบคุมกำกับน้อย
- 1 หมายถึง มีการสั่งการและควบคุมกำกับน้อยที่สุด

คำอธิบายความหมายของ “ผู้บังคับบัญชา”

กรณีผู้ตอบเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ผู้บังคับบัญชา หมายถึง สาธารณสุขอำเภอ

กรณีผู้ตอบเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพช. ผู้บังคับบัญชา หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

คำถาม	ระดับการสั่งการ					ข้อ เสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
การวางแผนงาน						
1. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการวางแผนในการดำเนินงานตามนโยบาย และมีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ชัดเจน						
2. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกัน						
การจัดองค์กร						
3. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการจัดองค์กรให้เหมาะสมกับการให้บริการผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน						
การจัดคนให้เหมาะกับงาน						
4. ทีมหมอครอบครัวของท่านจัดหาคนมาปฏิบัติงานเหมาะสมกับภารกิจ						
5. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการคัดเลือกบุคคลเพื่อให้ได้บุคคลที่มีความสามารถมาปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม						

คำถาม	ระดับการสั่งการ					ข้อ เสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
การกำหนดทิศทางการทำงาน						
6. ทีมหมอครอบครัวของท่านกำหนดทิศทาง /เป้าหมายการทำงานชัดเจน						
7. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการอำนวยความสะดวก /ควบคุมกำกับงานอยู่เสมอ						
8. ผู้บังคับบัญชาทีมหมอครอบครัวของท่านมีศิลปะในการบริหารงาน เช่น ภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ และการสร้างแรงจูงใจในการทำงานอยู่เสมอ						
9. ผู้บังคับบัญชาทีมหมอครอบครัวของท่านมีการอำนวยความสะดวก และการวินิจฉัยสั่งการที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการบริหารงาน						
การประสานงาน						
10. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการร่วมมือประสานงานกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยราบรื่น						
11. การประสานงานของทีมหมอครอบครัวสามารถช่วยแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานได้						
การรายงานผลการปฏิบัติงาน						
12. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการรายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณในการปฏิบัติงานให้ผู้บังคับบัญชารับทราบอย่างสม่ำเสมอ						
13. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการรายงานผลการสอบทานเครื่องมือทางการแพทย์ให้ผู้บังคับบัญชารับทราบอย่างสม่ำเสมอ						
การงบประมาณ						
14. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการบริหารงบประมาณ และการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่เหมาะสมครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา						

คำถาม	ระดับการสั่งการ					ชื่อ เสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
15. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการใช้วิธีการงบประมาณและแผนงานเป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับงาน						
16. ทีมหมอครอบครัวของท่านมีการตั้งงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยส่งบุคลากรเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ						
17. ทีมหมอครอบครัวของท่านได้รับงบประมาณที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน						
18. ทีมหมอครอบครัวของท่านนำงบประมาณที่ได้รับมาจัดตั้งกองทุนสำหรับดูแลผู้ป่วยยากไร้หรือผู้ป่วยที่ถูกละทิ้ง						

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด

- 5 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด
- 4 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก
- 3 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง
- 2 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย
- 1 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	5	4	3	2	1
1. ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับ (อปท./อสม./อสค.) เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน					
2. ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ					
3. ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนเพื่อร่วมมือกันใน					

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	5	4	3	2	1
การแก้ไขปัญหา					
4.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิดวางแผนหารูปแบบ/แนวทางในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว					
5.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง					
6.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการทำงานให้ทุกกลุ่มองค์กรเข้าร่วมจัดทำแผนสุขภาพชุมชน					
7.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการร่วมติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง					
8.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด					
9.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายของท่านมีส่วนร่วมในการร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของพื้นที่					
10.ชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล					

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

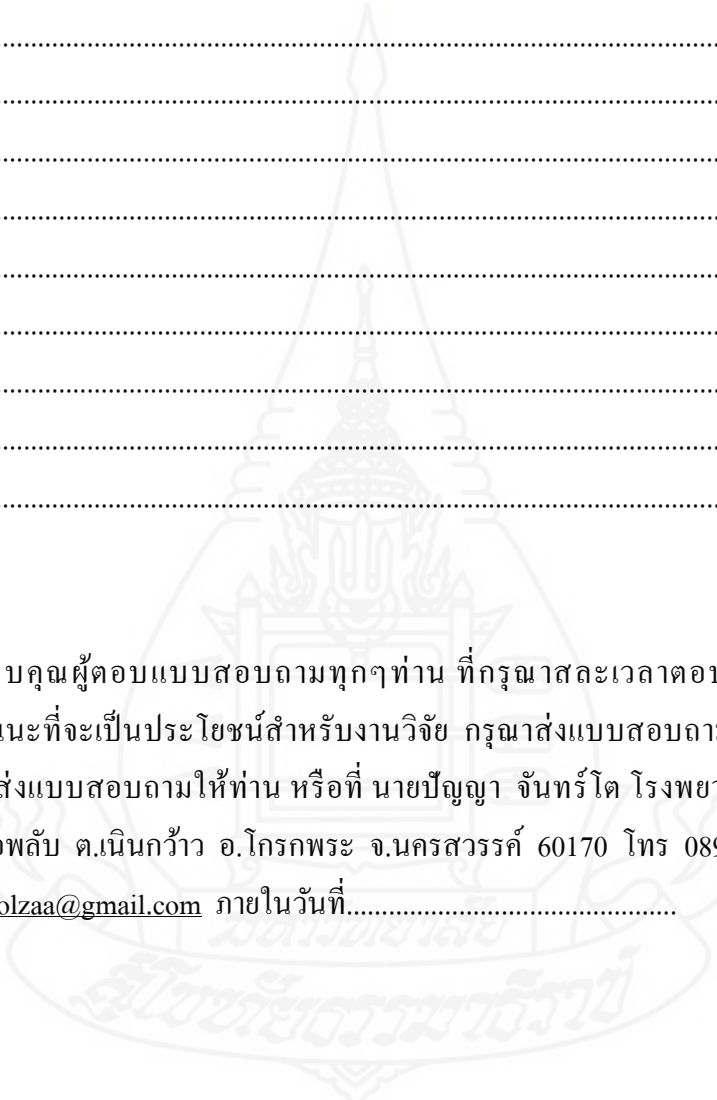
.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกๆท่าน ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัย กรุณาส่งแบบสอบถามกลับคืนที่ผู้ร่วมเก็บข้อมูลวิจัยที่ส่งแบบสอบถามให้ท่าน หรือที่ นายปัญญา จันทรโต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อพลับ ต.เนินก้วว อ.โกรกพระ จ.นครสวรรค์ 60170 โทร 089 - 4367689 อีเมล tinkcoolzaa@gmail.com ภายในวันที่.....





ภาคผนวก ค

ตารางแสดงระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน
และหน่วยงานภาคีเครือข่าย และระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว
ตารางแสดงค่า VIF ของตัวแปรอิสระ ในการวิเคราะห์ Multivariate

ระดับความรู้

ตารางที่ 1 แสดงการจัดระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ	2	1.70
ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง	11	9.20
ระดับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับดี	107	89.10
โดยรวม	120	100.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	คำตอบ ที่ถูกต้อง	คำตอบของทีมหมอบรรณครวั			
		ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หัวใจสำคัญของการดำเนินงานของทีมหมอบรรณครวั คือ การดูแลผู้ป่วยโดยยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	ถูก	114	95.00	6	5.00
2. เป้าหมายการดำเนินงานของทีมหมอบรรณครวั คือ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลครอบครัว และชุมชนอื่น	ถูก	117	97.50	3	2.50
3. การจัดองค์กรทีมหมอบรรณครวั ต้องจัดให้มีการให้บริการ งาน NCD Clinic	ถูก	98	81.70	22	18.30
4. การจัดคนให้เหมาะสมกับงานต้องจัดบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกช่วงการเจ็บป่วย	ถูก	95	79.20	25	20.80
5. การกำหนดทิศทางการทำงาน คือ การดูแลทุกระยะของการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ยังไม่พบการป่วย ไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต	ถูก	109	90.80	11	9.20

6. การประสานงานของทีมหมอครอบครัว ไม่ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เพื่อป้องกันข้อมูล รั่วไหล	ผิด	28	23.30	92	76.70
7. การรายงานผลการปฏิบัติงานในการดูแล ผู้ป่วย เป็นการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ ชุมชน	ถูก	111	92.50	9	7.50
8. ทีมหมอครอบครัวได้รับงบประมาณใน การทำงานเชิงรุกจากกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น	ผิด	28	23.30	92	76.70
9. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิต ดีขึ้น	ถูก	116	96.70	4	3.30
10. ทีมหมอครอบครัวมีการให้บริการอย่าง เป็นองค์รวม โดยดูแลผู้ป่วยครอบคลุมใน เรื่อง การ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ	ถูก	112	93.30	8	6.70
$\bar{X} = 8.80$ S.D.= 1.15					

ระดับทัศนคติ

ตารางที่ 3 แสดงการจัดระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม อยู่ในระดับต่ำ	12	10.00
ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม อยู่ในระดับปานกลาง	71	59.20
ระดับทัศนคติต่อการบริหารงานของทีม อยู่ในระดับดี	37	30.80
โดยรวม	120	100.00

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ทัศนคติต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ทีมหมอครอบครัวมีการวางแผนการดำเนินงานสม่ำเสมอ	3.55	0.83	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวมีการจัดองค์ประกอบที่เหมาะสม	3.59	0.87	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวกำหนดทิศทางการทำงานที่เหมาะสม	3.54	0.86	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวประสานงานกับภาคีเครือข่ายสม่ำเสมอ	3.75	0.86	สูง
ทีมหมอครอบครัวรายงานผลการปฏิบัติงานสม่ำเสมอ	3.68	0.74	สูง
ทีมหมอครอบครัวแก้ไขความผิดพลาดด้วยตนเองก่อนเสมอ	3.72	0.77	สูง
ทีมหมอครอบครัวมีงบประมาณในการปฏิบัติงานเพียงพอ	2.97	1.04	ปานกลาง
ทีมหมอครอบครัวให้บริการผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ	3.75	0.87	สูง
ทีมหมอครอบครัวดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการดำเนินชีวิต	3.73	0.85	สูง
ทีมหมอครอบครัวมีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย	3.86	0.77	สูง
โดยรวม	3.61	0.62	ปานกลาง

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ตารางที่ 5 แสดงการจัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับต่ำ	18	15.00
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง	63	52.50
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับดี	39	32.50
โดยรวม	120	100.00

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานร่วมกับ (อปท./อสม.)	3.53	0.97	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ	3.58	0.84	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน	3.58	0.86	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการคิดวางแผนแนวทางในการดำเนินงาน	3.48	0.85	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	3.58	0.83	ปานกลาง
มีส่วนร่วมกำหนดทิศทางขององค์กรร่วมจัดทำแผนสุขภาพ	3.58	0.81	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.46	0.89	ปานกลาง
มีส่วนร่วมบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด	3.48	0.84	ปานกลาง
มีส่วนร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	3.51	0.89	ปานกลาง
มีส่วนร่วมประเมินผลกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	3.48	0.92	ปานกลาง
โดยรวม	3.52	0.76	ปานกลาง

ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ตารางที่ 7 แสดงการจัดระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ	17	14.20
ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง	74	61.70
ระดับการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับดี	29	24.10
โดยรวม	120	100.00

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว

การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การวางแผนการดำเนินงานตามนโยบายชัดเจน	3.69	0.74	สูง
การร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน	3.68	0.79	สูง
จัดองค์กรให้เหมาะสมเพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชน	3.63	0.83	ปานกลาง
การจัดการเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภารกิจ	3.52	0.93	ปานกลาง
การคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถมาปฏิบัติงาน	3.57	0.84	ปานกลาง
การกำหนดทิศทาง และเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน	3.63	0.82	ปานกลาง
การอำนวยความสะดวก กำกับงาน และการนิเทศงาน	3.47	0.79	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชาทีมหมอครอบครัวมีศิลปะในการบริหารงาน	3.63	0.83	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชาทีมหมอครอบครัวสั่งการถูกต้องเหมาะสม	3.56	0.74	ปานกลาง
การประสานงานกันเพื่อให้การดำเนินงานเรียบร้อยราบรื่น	3.71	0.73	สูง
การประสานงานช่วยแก้ไขปัญหาคือข้อขัดข้องในงานได้	3.68	0.80	สูง
การรายงานการใช้จ่ายงบประมาณให้ผู้บังคับบัญชาทราบ	3.35	0.87	ปานกลาง
การรายงานการสอบทานเครื่องมือให้ผู้บังคับบัญชาทราบ	3.57	0.84	ปานกลาง
การบริหารและวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่เหมาะสม	3.47	0.85	ปานกลาง
การใช้วิธีการงบประมาณเป็นเครื่องมือควบคุมกำกับงาน	3.45	0.86	ปานกลาง
การตั้งงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	3.48	0.84	ปานกลาง
ได้รับงบประมาณเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน	3.40	0.94	ปานกลาง
นำงบประมาณที่ได้รับมาจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยยากไร้	3.28	1.02	ปานกลาง
โดยรวม	3.54	0.65	ปานกลาง

ตารางแสดงค่า VIF ของตัวแปรอิสระ ในการวิเคราะห์ Multivariate

ตารางที่ 9 ค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปรต้น ในการวิเคราะห์ Multivariate

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	เพศ	.882	1.134
	อายุ	.312	3.202
	สถานภาพสมรส	.881	1.135
	ระดับการศึกษา	.942	1.061
	สถานที่ทำงาน	.928	1.078
	ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	.696	1.437
	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	.321	3.112
	สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน	.787	1.270
	sum_k	.867	1.154
	sum_a	.392	2.552
	sum_c	.401	2.495

a. Dependent Variable: sum_p (การบริหารงานของทีมหมอครอบครัว)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายปัญญา จันทร์โต
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 16 เมษายน 2518
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2547
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อพลับ ตำบลเนินก้ว อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ 60170
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

