

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

นายสมภน วรสร้อย

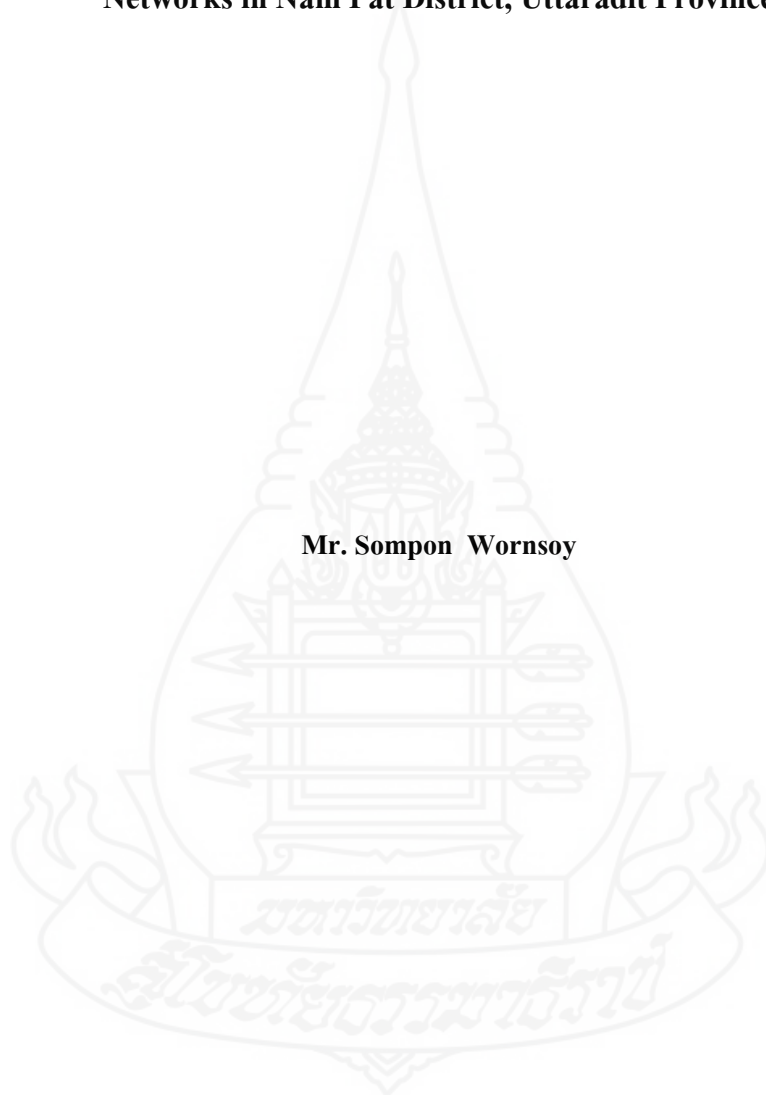


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารสาขารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2560

**Factors Related to Operations of Sub-District Family Doctor's Health Team  
Networks in Nam Pat District, Uttaradit Province**

**Mr. Sompon Wornsoy**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health  
School of Health Science  
Sukhothai Thammathirat Open University

2017

**หัวข้อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

**ชื่อและนามสกุล** นายสมภณ วรสร้อย


**วิชาเอก** บริหารสาธารณสุข


**สาขาวิชา** วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


**อาจารย์ที่ปรึกษา** 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

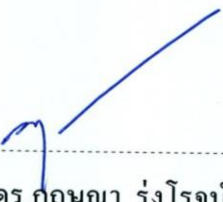
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

  
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิชย์)



**ชื่อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอป่าปด จังหวัดอุดรดิตถ์

**ผู้วิจัย** นายสมภน วรสร้อย รหัสนักศึกษา 2575000761 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง  
**ปีการศึกษา** 2560

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน (2) ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล และ (4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าปด จังหวัดอุดรดิตถ์

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย มี 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวในอำเภอป่าปด จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพภาคประชาชนใน 13 ตำบล จำนวน 968 คน คำนวณตัวอย่างได้ 276 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคือผู้บริหารในทีมสุขภาพหมอครอบครัว จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบสนทนากลุ่ม มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก การสนับสนุนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (2) ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวในภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน และ (4) ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือความขาดแคลนบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ ขาดแคลนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนเฉพาะ ข้อเสนอแนะควรสนับสนุนให้แพทย์จบใหม่ไปเรียนแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้โดยไม่ต้องรอเงินทุน 3 ปี สนับสนุนงบประมาณและบุคลากรอย่างเพียงพอ และการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและช่วยประหยัดทรัพยากร

**คำสำคัญ** เครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัว การดำเนินงาน ระดับตำบล

**Thesis title:** Factors Related to Operations of Sub-District Family Doctor's Health Team Networks in Nam Pat District, Uttaradit Province

**Researcher:** Mr. Sompon Wornsoy; **ID:** 2575000761;

**Degree:** Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr.Chawthip Boromtanarat, Assistant Professor; (2) Dr.Warangkana Chankong, Associate Professor;

**Academic year:** 2017

### **Abstract**

The objectives of this descriptive research were to: (1) identify personal factors, perceived work operations, and supportive factors; (2) determine the levels of subdistrict family care teams/networks' operations; (3) explore the relationship between personal factors, perceived work operations, and supportive factors, sub-district family care team networks' operations; and (4) identify problems/obstacles and make suggestions for improving sub-district family care team networks in Nam Pat district, Uttaradit province.

The study population included members and administrators of family care teams and networks in the district. Quantitative data were collected from a sample of 276 members randomly selected from 968 subdistrict family care team members as well as multidisciplinary professionals and community leaders (in all subdistricts), while qualitative data were collected from in-depth interviews with 16 family care team administrators. Research instruments included a questionnaire, an in-depth interview form, and a focus group discussion form. The reliability value of the whole questionnaire was 0.97. Statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson product-moment correlation coefficient, and chi-square test.

The findings showed that: (1) among all respondents, most of them were female and 41-50 years old on average; and they had an average income less than 15,000 baht per month, an undergrad degree, perceived operations at a high level, and supportive factors at the moderate level; (2) the levels of overall and aspect-specific operations of family care teams were at the high level; (3) the factors significantly associated with family care teams' operations ( $p < 0.05$ ) were income, perceived operations, and supportive factors; and (4) major problems/obstacles identified were a lack of multidisciplinary team members especially doctors and insufficient budget and special materials. Thus, it is suggested that newly graduated doctors should be encouraged to undertake residency training in family medicine immediately without completing the 3-year compulsory public service; and adequate budget and personnel should be provided. Moreover, an integrated working approach for multidisciplinary team members should be adopted to reduce operational steps and save resources.

**Keywords:** Network, Family care team, Operation, Sub-District level

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาเอาใจใส่ อนุเคราะห์ให้คำแนะนำปรึกษาเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ คณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชและครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนและประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้มาโดยตลอด

ขอขอบคุณ นายประการ เข้มแข็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นายปณภูมิ แก้วเจริญตา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ดร.สุทธิชัย ศิรินวล อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา นางมาลี โชคเกิด นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และดร.ปภาดา ชมพุนิตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพและแก้ไขเครื่องมือให้สมบูรณ์

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำป่าด สาธารณสุขอำเภอน้ำป่าด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรในทีมสุขภาพหมอบรรณครวัระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกและอนุเคราะห์ให้ข้อมูล

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมรุ่นสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำและเป็นกำลังใจในการวิจัยครั้งนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์จากการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ บิดา มารดา บุรพจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้เมตตาอบรมสั่งสอนและให้ความรู้อันทรงคุณค่า ขอผลบุญจงหนุนนำให้ทุกท่านมีความสุขกาย สุขใจ ตลอดไป

สมกน วรสร้อย

กุมภาพันธ์ 2561

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	9
แนวคิดเกี่ยวกับหมอครอบครัว/ทีมสุขภาพหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT) .....	10
แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับเครือข่าย .....	36
การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวจังหวัดอุดรธานี .....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	71

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	74
การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม .....	74
การวิเคราะห์ระดับของปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยการสนับสนุน การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ .....	76
การวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ .....	82
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับ การดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับ การดำเนินงานของเครือข่าย ทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ .....	86
ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพ ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ .....	89
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	97
สรุปการวิจัย .....	97
อภิปรายผล .....	104
ข้อเสนอแนะ .....	113
บรรณานุกรม .....	115
ภาคผนวก .....	120
ก เอกสารรับรองการวิจัยในคน .....	121
ข รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาเครื่องมือ .....	123
ค เครื่องมือวิจัย .....	125
ง ค่าคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	158
จ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับ การดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับ การดำเนินงานของเครือข่าย ทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ราชดำน .....	174
ประวัติผู้วิจัย .....	180



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	สังเคราะห์การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว..... 32
ตารางที่ 2.2	แสดงจำนวนทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุดรดิตถ์ ..... 46
ตารางที่ 2.3	แสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 ที่ต้องดูแล โดยทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุดรดิตถ์..... 47
ตารางที่ 2.4	แสดงจำนวนสหวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว จังหวัดอุดรดิตถ์..... 47
ตารางที่ 2.5	แสดงจำนวนการจัดทำเรื่องเล่า และ Clip VDO ทีมหมอครอบครัว จังหวัดอุดรดิตถ์ ณ เดือนมิถุนายน 2558..... 50
ตารางที่ 3.1	จำนวนประชากรและตัวอย่างทีมสุขภาพหมอครอบครัวผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ... 61
ตารางที่ 3.2	รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ..... 62
ตารางที่ 4.1	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของเครือข่ายทีมสุขภาพ ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์จำแนกตามเพศ อายุ รายได้และการศึกษา..... 75
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรายข้อ..... 76
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยภาพรวม และรายด้าน..... 78
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนการดำเนินงาน ของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรายข้อ..... 79
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนของเครือข่ายทีม สุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยภาพรวม และรายด้าน..... 81

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า	
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดำเนินงานของเครือข่าย ที่มีสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรายชื่อ.....	82
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดำเนินงานของเครือข่าย ที่มีสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยภาพรวม และรายด้าน.....	85
ตารางที่ 4.8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับตัวแปรอายุ และรายได้ กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพ ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์.....	86
ตารางที่ 4.9	ค่าทดสอบไค-สแควร์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์.....	87
ตารางที่ 4.10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอ ครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์.....	87
ตารางที่ 4.11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน การดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอครอบครัว ระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์.....	88
ตารางที่ 4.12	จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานเครือข่ายที่มีสุขภาพ ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์.....	90

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ภาพที่ 2.1 กรอบเป้าหมายกระบวนการและผลลัพธ์ของนโยบายหมอครอบครัว.....	14
ภาพที่ 2.2 การจัดการระบบเชื่อมโยงการเชื่อมบ้านของทีมหมอครอบครัวอำเภอ/หน่วยบริการ ศตยภูมิ-ทุติยภูมิ ไปยังระบบบริการปฐมภูมิและชุมชน.....	51
ภาพที่ 2.3 การบูรณาการการทำงานของศูนย์ Home Health Care กับ ศูนย์ Palliative Care Unit ในทุกโรงพยาบาลชุมชน.....	52
ภาพที่ 2.4 แสดงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานต้นแบบหมอครอบครัว ของอำเภอบ้านโคก โดยการใช้พื้นฐานการดำเนินงานของนักสุขภาพครอบครัว (นศค.) และแพทย์ที่ปรึกษา.....	53



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนขึ้น และสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ เกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น โดยมีทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข คือ (1) เพื่อให้ประชาชนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง รัฐต้องจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่อภิบาลระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับและพัฒนาระบบความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม (2) การผลิตบุคลากรที่จำเป็นในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมถึงการกระจายให้เป็นธรรมเป็นสิ่งที่ต้องจัดการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม (3) บริการปฐมภูมิโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นโดยเร็วอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และ (4) พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบริการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนร่วมกับทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยนอกระบบบริการสุขภาพ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2552, น.1,3)

ทีมสุขภาพหมอบรรณ (Family Care Team ; FCT) เป็นนโยบายบริการเชิงรุกของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึง เท่าเทียม โดยให้เกิดการบริการเชิงรุกเข้าไปดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน และเกิดการบริการรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวไม่ให้ป่วยและดูแลผู้ป่วย

ที่พักพิงที่บ้าน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 163,860 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของผู้สูงอายุที่มีกว่า 9 ล้านคน 2. ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล จำนวน 1,580,525 คน และ 3. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 41,557 คน รวมทั้ง 3 กลุ่มมีจำนวน 1,785,942 คน ทั้งนี้ทีมสุขภาพหมอครอบครัวจะเข้าไปดูแลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพดีขึ้น โดยจะดำเนินการในระยะแรกในวันที่ 1 มกราคม 2558 และดำเนินการใน 250 อำเภอ ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยจัดทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้บริการจำนวน 30,000 ทีม และระยะที่ 2 ตั้งแต่เดือน เมษายน 2558 เป็นต้นไป ขยายการดำเนินงานครอบคลุมครบทุกอำเภอทั่วประเทศ (มูลนิธิแพथ์ชนบท 2558, น.5)

จังหวัดอุตรดิตถ์ได้ดำเนินการตาม โครงการทีมสุขภาพหมอครอบครัว สำหรับดูแล ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีการดำเนินการคล้ายคลึงกับเรื่องหมอครอบครัว และมีการดำเนินการ ในทุกพื้นที่ ตามประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1. เตรียมแพทย์ที่ปรึกษาและนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) เริ่ม ดำเนินการ ปี 2556 2. จัดระบบการทำงานของแพทย์ที่ปรึกษาและนักสุขภาพครอบครัวในสัดส่วน นักสุขภาพครอบครัวต่อประชากร 1 : 1,250 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ครบถ้วน โดยแยกกลุ่มประชาชนเป็นดี เสี่ยง ป่วย มีการวิเคราะห์ ข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยต่างๆ ตาม WECANDO (W: วัยทำงาน, E: วันรุ่น วัยเรียน, C: เด็ก, A: ตั้งครรภ์, N: โรคเรื้อรัง, D: พิกัด, O: ผู้สูงอายุ) และด้านสิ่งแวดล้อม มีกระบวนการพัฒนา บุคลากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้หลัก CBL หรือ KM และมีระบบบริหารจัดการเครือข่าย บริการสุขภาพและระบบส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับ โรงพยาบาลชุมชนแบบ ครอบวงจร โดยใช้เกณฑ์ DHS 3. พัฒนาศักยภาพทีมนักสุขภาพครอบครัว ดังนี้ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาทักษะนักสุขภาพครอบครัวแบบมีส่วนร่วมของทีมงานเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอและระดับ ตำบล และ Analysis Situation ฐานข้อมูลสุขภาพและทะเบียนเชื่อมโยงนักสุขภาพครอบครัวกับ ประชาชน ในอัตรา 1:1,250 คน ประเมินส่วนขาดของนักสุขภาพครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลใน 5 ด้าน ได้แก่ เวชปฏิบัติ ระบาดวิทยา การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แผนงานยุทธศาสตร์ 2) อบรมพัฒนาศักยภาพนักสุขภาพครอบครัวและฝึกปฏิบัติทักษะในกระบวนการ ดูแลสุขภาพประชาชนในด้านการดูแลรักษาเบื้องต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การเป็น ที่ปรึกษา การเฝ้าระวังสอบสวนโรค การจัดการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการประสานงาน และ 3) จัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการกระบวนการดูแลสุขภาพประชาชนของอำเภอ ต้นแบบตามภารกิจ WECANDO ของนักสุขภาพครอบครัวในเครือข่ายสุขภาพอำเภอและสรุปบทเรียน จากประเด็นดังกล่าว โดยในปี พ.ศ.2558 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ได้มีการขับเคลื่อน นโยบายดังกล่าว ดังนี้ 1. ให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ปรับทะเบียนแพทย์และทีมสหวิชาชีพ

เป็นทีมหมอบรรณครว ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ประสานการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทุกแห่ง โดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกคนในหน่วยบริการจะต้องจัดแบ่ง จำนวนหลังคาเรือนและประชากรที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมและขอให้ดำเนินการโดยเร่งด่วน

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งบันทึกข้อมูลบุคลากรที่รับผิดชอบรายหลังคาเรือนและ ประชากรในโปรแกรม HOSXP\_PCU หรือ JHCIS 3. จัดทำช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์ที่ปรึกษา และทีมหมอบรรณครว เช่น การใช้ Line group การใช้โปรแกรม Skype เป็นต้น 4. ดำเนินการ สุ่มสำรวจการรับรู้ของครัวเรือนต่อทีมหมอบรรณครว สุ่มการรับรู้ของทีมหมอบรรณครว ต่อแพทย์ที่ปรึกษา สุ่มการรับรู้ของแพทย์ที่ปรึกษาต่อทีมหมอบรรณครวและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ และ 5. ส่งผลการสุ่มแต่ละระดับให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ รวบรวมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการพัฒนา (โรงพยาบาลลับแล 2558, น.3-5)

ทีมสุขภาพหมอบรรณครวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้มีการจัดตั้งขึ้น เพื่อสนองนโยบายดังกล่าวข้างต้น โดยในปี 2559 สามารถให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้เพียงร้อยละ 4.30 ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ได้เพียงร้อยละ 0.96 (สาธารณสุขอำเภอน้ำปาด 2559, น.35) ในขณะที่เป้าหมาย การดำเนินงานหมอบรรณครวทั้งประเทศ กำหนดไว้ปี 2559-2561 ให้ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุ ติดบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 10, 50 และ 100 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559, น.23) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่าย ทีมสุขภาพหมอบรรณครวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยสังเคราะห์จากบทบาหน้าที่ ร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพหมอบรรณครว และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 1. ด้านการประชาสัมพันธ์ 2. ด้านลักษณะการให้บริการ 3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 4. ด้านการดูแลแบบประคับประคอง 5. ด้านการดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย 6. ด้านให้คำปรึกษา แนะนำ และ 7. ด้านการประสานงาน เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรณครวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัด อุดรดิตถ์ ให้สามารถตอบสนองผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นระบบ มีคุณภาพ ตรงตามวัตถุประสงค์ และบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

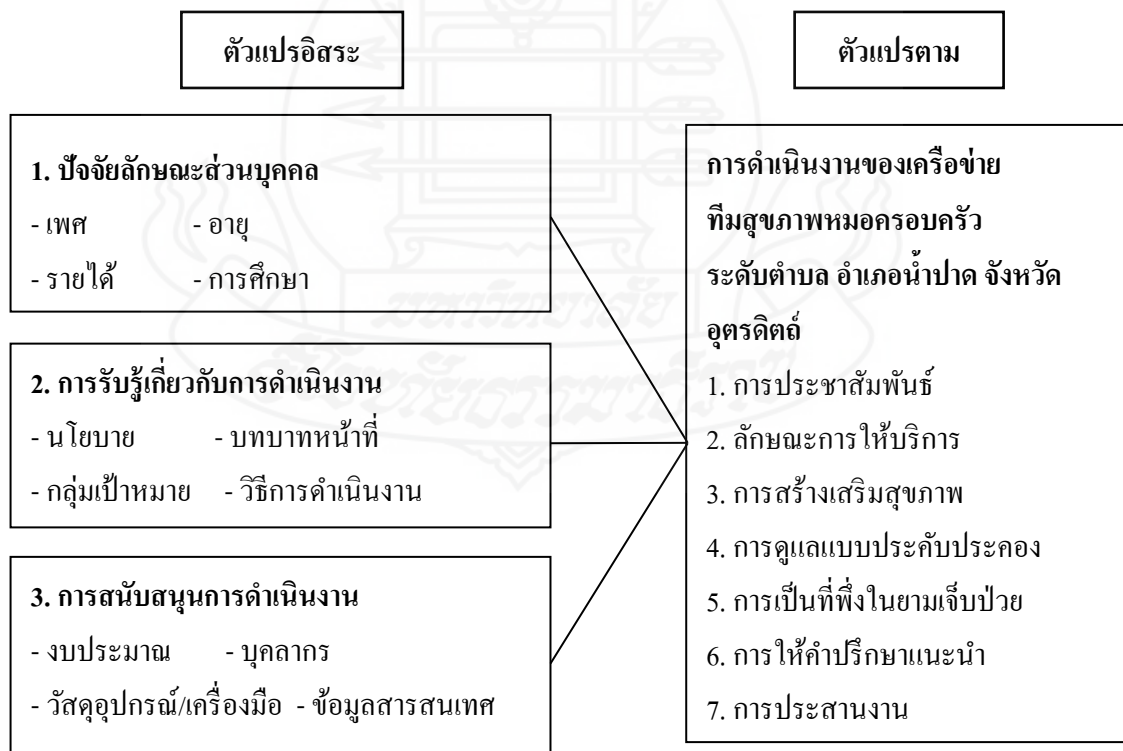
2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

2.2 เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงาน กับ การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

2.4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

4.3 การสนับสนุนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

##### 5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี พ.ศ.2560 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรของทีมสุขภาพหมอครอบครัวของสายพิณ หัตถิรัตน์ และคณะ (2549) กระทรวงสาธารณสุข (2558) รัชตะ รัชตะนาวิน (2558) สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2558) สุรเกียรติ อชานานุภาพ (2547) ประเวศ วะสี (2549) และสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน (2548) โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์และกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านการประชาสัมพันธ์ (2) ด้านลักษณะการให้บริการ (3) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (4) ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (5) ด้านการเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย (6) ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ และ 7) ด้านการประสานงาน

##### 5.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ เครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวในอำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 13 ทีม ประกอบด้วย ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 12 ทีม และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลป่าด 1 ทีม ในปี พ.ศ.2560

ประชากรผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

**5.2.1 ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ** คือ บุคลากรในทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ปฏิบัติงานหมอครอบครัวในปี พ.ศ.2560 จำนวน 968 คน ซึ่งแบ่งเป็น



2 กลุ่ม คือ กลุ่มสหวิชาชีพ และทีมสุขภาพภาคประชาชน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 276 คน

**5.2.2 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ** คือ ผู้บริหารในทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตต์ ที่ปฏิบัติงานหมอครอบครัวในปี พ.ศ.2560 จำนวน 16 คน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 2 คน คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน และสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด จำนวน 1 คน (2) กลุ่มที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน หัวหน้างานหมอครอบครัวโรงพยาบาล น้ำปาด จำนวน 1 คน และหัวหน้างานหมอครอบครัวสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด จำนวน 1 คน

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 เครื่องข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล** หมายถึง ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ที่ปฏิบัติงานหมอครอบครัวในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตต์ มีจำนวน 13 ทีม ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มบุคลากร 2 กลุ่ม ได้แก่

**6.1.1 ทีมสหวิชาชีพ** หมายถึง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัว

**6.1.2 ทีมสุขภาพภาคประชาชน** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล และผู้นำชุมชน/ประธานชุมชนที่รับผิดชอบงานหมอครอบครัว

**6.2 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของทีมสุขภาพหมอครอบครัวทีมสหวิชาชีพ/ทีมสุขภาพภาคประชาชน** ได้แก่

**6.2.1 เพศ**

**6.2.2 อายุ** หมายถึง จำนวนอายุที่นับเป็นปี เศษเกิน 6 เดือนปัดเป็น 1 ปี

**6.2.3 รายได้** หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่นับรวมรายได้ทั้งหมดในเวลาหนึ่งปี โดยไม่หักค่าใช้จ่าย แล้วหาค่าเฉลี่ยต่อเดือน

**6.2.4 ระดับการศึกษา** หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ

**6.3 การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว** หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานหมอครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

**6.3.1 ด้านนโยบาย** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายหมอครอบครัว

**6.3.2 ด้านบทบาท** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่หมอครอบครัวและเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว

**6.3.3 ด้านกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง การรับรู้ในกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานหมอครอบครัว ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัว และผู้ร่วมงานในทีมเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว

**6.3.4 ด้านวิธีการดำเนินงาน** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับ วิธีการสร้างทักษะในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทีมสุขภาพหมอครอบครัว การพัฒนาการดำเนินงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวในด้านบริหาร การพัฒนาการดำเนินงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวในด้านบริการ การพัฒนาการดำเนินงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวในด้านการสนับสนุน การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ชันตอนและวิธีการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปเพื่อนำไปปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

**6.4 การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว** หมายถึง การที่ทีมสุขภาพหมอครอบครัวได้รับความร่วมมือและให้การช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวใน 4 ด้าน ได้แก่

**6.4.1 ด้านงบประมาณ** หมายถึง ทีมสุขภาพหมอครอบครัวได้รับความร่วมมือและให้การช่วยเหลือสนับสนุนเงินทุนเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานหมอครอบครัว

**6.4.2 ด้านบุคลากร** หมายถึง ทีมสุขภาพหมอครอบครัวได้รับความร่วมมือและให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานหมอครอบครัวจากภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการกำกับดูแลการดำเนินงานจากผู้บริหารของทีมสุขภาพหมอครอบครัว

**6.4.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ** หมายถึง ทีมสุขภาพหมอครอบครัวได้รับความร่วมมือ และการช่วยเหลือสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีคุณภาพทันสมัย และเพียงพอ ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน องค์กรในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**6.4.4 ด้านข้อมูลสารสนเทศ** หมายถึง ทีมสุขภาพหมอครอบครัวได้รับความร่วมมือและให้การช่วยเหลือสนับสนุน ด้านนโยบายในการปฏิบัติการที่มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ข้อมูลสารสนเทศถูกต้อง ทันสมัย การได้รับคำปรึกษาในด้านบริการจากเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวในพื้นที่ จากหน่วยงานต้นสังกัด เครือข่าย องค์กรในชุมชน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

**6.5 การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว** ประกอบด้วยการดำเนินงาน 7 ด้าน ดังนี้

**6.5.1 การประชาสัมพันธ์** หมายถึง การถ่ายทอดนโยบายหอมครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม และมีการถ่ายทอดสู่ประชาชนทั่วไป

**6.5.2 ลักษณะการให้บริการ** หมายถึง การดำเนินงานหอมครอบครัวโดยทำตามนโยบายภาครัฐเป็นหลัก ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก 0-5 ปี ให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จัดบริการขั้นพื้นฐานจนถึงบริการที่ต้องการความเชี่ยวชาญ เฉพาะ ให้บริการด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเท เสียสละ

**6.5.3 การสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป

**6.5.4 การดูแลแบบประคับประคอง** หมายถึง การให้การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ ให้การดูแล รักษา เยียวยา บำบัด พึ่งพาและเป็นที่พึ่งของประชาชนในยามต้องการ

**6.5.5 การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย** หมายถึง การดูแล แนะนำ เชื่อมประสานงานในกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย

**6.5.6 ให้คำปรึกษาแนะนำ** หมายถึง การให้คำปรึกษา แนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอ้างอิงข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว

**6.5.7 การประสานงาน** หมายถึง การประสานงานกับเครือข่ายทีมสุขภาพหอมครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 ทราบระดับการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหอมครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี

7.2 ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหอมครอบครัว

7.3 ทราบแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของทีมสุขภาพหอมครอบครัวระดับตำบล เพื่อให้มีความก้าวหน้าและเป็นแบบอย่างให้กับทีมสุขภาพหอมครอบครัวอื่นๆ นำไปปรับใช้ตามบริบทของตนเอง

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตรต์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิด สมมุติฐานการวิจัย และสร้างเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับหมอครอบครัว/ทีมสุขภาพของหมอครอบครัว
  - 1.1 ความหมายของหมอครอบครัว
  - 1.2 ความสำคัญของหมอครอบครัว
  - 1.3 องค์ประกอบของทีมสุขภาพหมอครอบครัว
  - 1.4 เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานหมอครอบครัว
  - 1.5 การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว
  - 1.6 กลไกการสร้าง การบูรณาการและการพัฒนาการดำเนินงานของหมอครอบครัว
2. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับเครือข่าย
  - 2.1 ความหมายของเครือข่าย
  - 2.2 ความสำคัญของเครือข่าย
  - 2.3 องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย
  - 2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานแบบเครือข่าย
  - 2.5 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของเครือข่าย
3. การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวจังหวัดอุดรดิตรต์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับหมอครอบครัว/ทีมสุขภาพหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT)

### 1.1 ความหมายของหมอครอบครัว

นักวิชาการได้กล่าวถึงความหมายของหมอครอบครัวไว้ ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข (2558, น.16, 26-27) สรุปความหมายของหมอครอบครัวว่า คือ บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คนต่อหมอครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่ดูแลสุขภาพทั้งในด้านของการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นที่พึ่งในยามที่เจ็บป่วยประจวบเป็นญาติมิตรของครอบครัว และกล่าวว่า ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและโรงพยาบาล รวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนอย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2547) ได้ให้ความหมายของหมอครอบครัวว่า หมายถึง บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถพึ่งได้ โดยประชาชนรู้สึกไว้วางใจเสมือนเป็นหมอประจำครอบครัว สามารถให้การช่วยเหลือดูแลสุขภาพได้ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาเย็บเย็บ บำบัดฟื้นฟู การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคให้กับผู้รับบริการและบุคคลในครอบครัวให้มีความแข็งแรงและมีความสุขตามสมควร การช่วยประสานการส่งต่อ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ช่วยเสริมพลังเพื่อให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง ทำนุบำรุงสุขภาพของตนเองเป็น พร้อมให้คำปรึกษาได้ทุกเรื่อง ทำความเข้าใจเรื่องราวประวัติชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว เข้าใจความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถเชื่อมโยงการสื่อสาร พัฒนาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ทีมหมอครอบครัว จึงประกอบด้วยบุคลากรสายสุขภาพจากหลากหลายวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลาย ชับซ้อน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มักพบในงานเวชปฏิบัติปฐมภูมิ

สรุปได้ว่า หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในด้านของการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นที่พึ่งในยามที่เจ็บป่วยประจวบเป็นญาติมิตรของครอบครัว หรือเสมือนเป็นหมอประจำครอบครัว ครอบคลุมการรักษาเย็บเย็บ บำบัดฟื้นฟู การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการประสานการส่งต่อ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ

พร้อมให้คำปรึกษา เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลาย ชับซ้อน โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คนต่อหมอครอบครัว

## 1.2 ความสำคัญของหมอครอบครัว

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของหมอครอบครัวไว้ ดังนี้

สายพิณ หัตถิรัตน์ (2549, น. 17-18) ได้กล่าวถึงความสำคัญหรือประโยชน์ของหมอครอบครัวไว้ ดังนี้

1. ลดภาระงานและความเหนื่อยในระยะเวลา การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเห็นอกเห็นใจความทุกข์ของผู้ป่วย จะช่วยลดสภาพการมาตรวจซ้ำซาก เพราะผู้ป่วยอุ่นใจว่ามีหมอที่เข้าใจและเฝ้าติดตามอาการตลอดเวลา การเฝ้าระวังโรค พร้อมกับการแนะนำให้ส่งเสริมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะลดการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยหนักที่มาแออัดอยู่ที่โรงพยาบาลก็จะมีจำนวนลดลง

2. เงินค่าตอบแทน มากเกินกว่าที่คาด เพราะเมื่อผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมารับบริการอย่างต่อเนื่อง รายได้ของแพทย์จะมีความมั่นคงในระยะยาวเป็นหลายๆ สิบปี ตัวผู้ป่วยเองก็มักจะชักชวนญาติและเพื่อนฝูงมารับบริการการดูแลสุขภาพต่อไปเป็นทอดๆ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับแพทย์คนเดิมนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ที่ภูมิใจในการดูแล “คน” มากกว่าการดูแลเฉพาะ “ไข้”

4. ความสุขในการดำเนินชีวิต แพทย์จะไม่รู้สึกว่าตนห่างเหินจากความเป็นมนุษย์จนเกินไป เพราะเวชศาสตร์ครอบครัวจะยึดหลักการที่แพทย์เข้าใจถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อมของสังคมปวงชน ไม่ได้ยึดแต่หลักการแห่งวิทยาศาสตร์การแพทย์เพียงอย่างเดียว ทำให้แพทย์รู้จักความเหมือนและความต่างของชีวิตคนมากขึ้น

5. ความปลอดภัยและความมั่นคง ถ้าแพทย์มีความตั้งใจ ความเข้าใจ และสร้างความประทับใจว่าได้ดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องมาตลอดเวลาอย่างเต็มที่แล้ว เมื่อเกิดเหตุสุดวิสัยหรือข้อผิดพลาด ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติจะเป็นเกราะป้องกันการกระทบกระทั่งที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้เป็นอย่างดี ครอบครัวแพทย์ก็พลอยได้อานิสงส์จากความรัก ความเมตตาของผู้ป่วยและญาติด้วย

และประเวศ วะสี (2549) กล่าวว่า หากประเทศไทยมีหมอครอบครัวจำนวนมากๆ จะเกิดผลดี ดังนี้

1. คนไข้จะได้รับการที่มีคุณภาพสูงขึ้น เพราะหมอครอบครัวจะดูแลทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางดูแลได้เพียงอย่างเดียว

2. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพจะลดลง เพราะโรคส่วนใหญ่ไม่ได้หายด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์เท่านั้น แต่หายเพราะผู้รักษาที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ โรงพยาบาล

ส่วนใหญ่โจมตีเทคโนโลยีราคาแพง แต่เป็นบริการที่ขาดหัวใจของความเป็นมนุษย์ ในขณะที่หมอครอบครัวใช้หัวใจในการบริการมากกว่าเทคโนโลยี

3. การควบคุมโรค เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จะได้ผลดีขึ้น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากในประชากร ถ้าดูแลรักษาไม่ดีจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพอันเป็นภาระแก่ชีวิต สังคม ระบบบริการ และเศรษฐกิจ โรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ดีเพราะโรงพยาบาลมีผู้เข้ารับบริการแน่นเกินไป แพทย์มีเวลาไม่มาก ไม่มีความสนิทใกล้ชิดและต่อเนื่อง แต่หมอบริการครอบครัวสามารถติดตามได้ต่อเนื่อง และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

4. การฟ้องร้องแพทย์จะลดลง เพราะคุณภาพการให้บริการดีขึ้น เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยเป็นกันเองระหว่างคนไข้กับแพทย์มากขึ้น

5. โรงพยาบาลจะลดความแออัดลง คนไข้ที่มาโรงพยาบาลทุกวันนี้ บางส่วนไม่จำเป็นต้องมา ถ้ามีหมอบริการครอบครัวให้บริการมากๆ โรงพยาบาลจะมีเวลาดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เทคนิคยากๆ ด้วยคุณภาพที่สูงกว่าเดิม

6. ทั้งคนไข้และแพทย์จะมีความสุขมากขึ้น หมอบริการครอบครัวให้ความสำคัญต่อการฟังคนไข้เป็นอย่างมาก และถ้าหมอตั้งใจฟังคนไข้จะมีความรู้สึกที่ดีมาก หลายคนอาการดีขึ้นหายป่วยเลยด้วยซ้ำ การที่เราตั้งใจฟังใครแปลว่าเราเคารพท่านผู้นั้น ปกติหมอไม่ค่อยเคารพคนไข้ ถ้าเมื่อไรหมอเคารพความเป็นคนของคนไข้ จะเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นแก่ทั้งสองฝ่าย และรักษาโรคจะง่ายขึ้นมาก

7. ระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์จะเกิดขึ้น ขณะนี้มีความเคลื่อนไหวที่จะให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) และเรื่องนี้จะไม่สำเร็จเลย ถ้าเราไม่มีหมอบริการครอบครัวจำนวนมากเป็นฐานของระบบบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า หมอบริการครอบครัวมีความสำคัญ คือ เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่จะลดภาระงานและความเหนื่อยในระยยะยาวของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เนื่องจากจะช่วยลดสภาพการมาตรวจซ้ำซาก ลดการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ลดความแออัดของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมีความสุขและมีความพึงพอใจในการให้บริการ การฟ้องร้องแพทย์จะลดลง และหากมีหมอบริการครอบครัวจำนวนมากจะส่งผลให้คนไข้ได้รับการที่มีคุณภาพสูงขึ้น เพราะหมอบริการครอบครัวจะดูแลทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพจะลดลงเพราะเป็นรูปแบบของบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ การควบคุมโรค เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จะได้ผลดีขึ้น เนื่องจากหมอบริการครอบครัวสามารถติดตามได้ต่อเนื่อง และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

### 1.3 องค์ประกอบของบุคลากรทีมสุขภาพหมอบรรณครว

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบของทีมสุขภาพหมอบรรณครวไว้ดังนี้

รัชตะ รัชตะนาวิน (2558) กล่าวว่า ทีมหมอบรรณครวเป็นทีมงานใหญ่ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพของแพทย์ และวิชาชีพต่างๆในภาคสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาชน ซึ่งร่วมกันทำงานเป็นทีมเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2558) ได้ระบุองค์ประกอบของทีมสุขภาพหมอบรรณครวว่า ทีมหมอบรรณครว 1 ทีม ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษา โดยหมอบรรณครวประกอบด้วยหมอบรรณครว 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับชุมชน ประกอบด้วย ภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา นักบริหาร แกนนำครอบครัวและประชาคม

2. ระดับตำบล ประกอบด้วยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น โรงพยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ

3. ระดับอำเภอ ประกอบด้วยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและทีมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ทั้งนี้ได้แบ่งความรับผิดชอบของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

1. พื้นที่เขตชนบทเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษา

2. พื้นที่เขตเมืองเป็นความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 ศูนย์ มีแพทย์ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบ และมีแพทย์ที่ปรึกษาอีก 1 คน ส่วนพื้นที่เขตอำเภอเมือง นอกเขตเทศบาลอยู่ในความดูแลและดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เป็นที่ปรึกษา 1 คน ต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 - 5 แห่ง

สรุปได้ว่า ทีมสุขภาพหมอบรรณครวประกอบด้วย ทีมงานของบุคลากรที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ทีม ดังนี้ 1. ทีมสุขภาพหมอบรรณครว กลุ่มสหวิชาชีพ หมายถึง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหมอบรรณครว และ 2. ทีมสุขภาพหมอบรรณครวทีมสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง อาสาสมัคร



สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล และผู้นำชุมชน/ประธานชุมชนที่รับผิดชอบงานหมอครอบครัว

#### 1.4 เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานหมอครอบครัว

มีนักวิชาการ ได้กล่าวถึงเป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานหมอครอบครัวไว้ ดังนี้

รัชตะ รัชตะนาวิน (2558) กล่าวว่า กลุ่มเป้าหมายสำคัญของนโยบายหมอครอบครัว คือ การดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวไม่ให้ป่วยและดูแลผู้ป่วยที่พักฟื้นที่บ้าน 3 กลุ่ม ให้มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพดีขึ้น ได้แก่

1. กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง
2. กลุ่มผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล
3. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2558) ได้กล่าวถึงนโยบายหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข ว่าได้กำหนดเป้าหมาย (Goal) ของการดำเนินงานหมอครอบครัว คือ ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน โดยกำหนดเป้าหมายตามระยะเวลาการดำเนินงาน ดังนี้

1. Goal FCT ระยะ 6 เดือนแรก (ช.ค. 57-พ.ค. 58) ได้แก่ ประชาชนรับรู้ว่ามีทีมหมอครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลประชาชน โดยระยะแรกมีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

2. Goal FCT ระยะ 6 เดือนหลัง (มิ.ย.-พ.ย. 58) ได้แก่ คนไทยมีทีมหมอครอบครัวประจำตัวทุกครัวเรือน มีการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญของทีมหมอครอบครัวคือการพัฒนาไปถึงขั้นสร้างให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ รู้จักและผูกพันกับทีมงาน “หมอ” ที่ร่วมกันบริการสุขภาพและให้การดูแล “สมาชิกทุกคนในครอบครัวในทุกโอกาสและทุกรูปแบบ” ให้บริการแบบรอบด้านที่ตอบสนองความต้องการชุมชน และมีระบบการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ เพื่อสุขภาพคนไทยที่ยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุข (2558, น.22) ได้กำหนดกรอบเป้าหมายกระบวนการและผลลัพธ์ของนโยบายหมอครอบครัวไว้ ดังแสดงในภาพที่ 2.1

กรอบ เป้าหมาย กระบวนการและผลลัพธ์ของนโยบาย FCT			
INPUT	PROCESS	OUTPUT	OUTCOME
1. มอบนโยบาย สร้างความร่วมมือ ของหน่วยงาน ทุกระดับ 2. ปรับ/ จัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว ให้เหมาะสมตาม บริบท และทรัพยากร ที่มีอยู่ 3. พัฒนาทีมหมอ ครอบครัวให้มี คุณภาพครอบคลุม ทุกพื้นที่ 4. สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณเพิ่มเติม	1. ใช้การจัดการตาม ระบบการพัฒนา เครือข่ายสุขภาพอำเภอ DHS 2. การนำกระบวนการ เรียนรู้ตามบริบทพื้นที่ ที่มีอยู่ในพื้นที่โดยใช้ :CBL KM ในการ เสริมศักยภาพทีม 3. ใช้หลักเวชศาสตร์ ครอบครัวให้บริการ 4. เสริมพลังสร้าง แรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติ	1. มีหมอครอบครัว ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2. ทีมหมอครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล ผู้ให้บริการตามหลัก เวชศาสตร์ครอบครัว 3. ครอบครัวและชุมชน ได้รับการดูแล ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในหน่วยบริการ และที่บ้านอย่างใกล้ชิด 4. ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแล ครอบคลุมครบถ้วน	1. ครอบครัว ชุมชน มีสถานะสุขภาพ ที่ดีขึ้น 2. ครอบครัว ชุมชน มีความสุข มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับ การปกป้องด้านสังคม และการเงินจาก ความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3. ระบบดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการ ตอบสนองปัญหา สุขภาพและกลุ่มเสี่ยง ที่รวดเร็วและ มีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 2.1 กรอบเป้าหมายกระบวนการและผลลัพธ์ของนโยบายหมอครอบครัว  
ที่มา: ทีมหมอครอบครัว (2558, น. 22)

สรุปได้ว่า กลุ่มเป้าหมายสำคัญของนโยบายหมอครอบครัว มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง 2. กลุ่มผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และ 3. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมีเป้าหมายของการดำเนินงานหมอครอบครัว คือ คนไทยมีทีมหมอครอบครัวประจำตัวทุกครัวเรือน ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มีการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 1.5 การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวไว้ ดังนี้

รัชตะ รัชตะนาวิน (2558) กล่าวว่า นโยบายหมอครอบครัว เป็นการบริการเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึง เท่าเทียม โดยให้เกิดการบริการเชิงรุกเข้าไปดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน และเกิดการบริการรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยมีการทำงานเป็นทีมงานใหญ่ เพื่อปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบใหม่ที่ค่อยอดจากฐานการทำงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยมีสุขภาพที่ดีของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมาย ทุกครอบครัวจะมีทีมหมอประจำดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาถึงบ้านและประสานหน่วยบริการอย่างใกล้ชิด เสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัว ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการรักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่องทันทั่วถึง รวมถึงการประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างใกล้ชิดและเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยหมอประจำครอบครัว 1 คน จะรับผิดชอบดูแลประชากรประมาณ 1,250 – 2,500 คน

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2558) ได้สรุปถึงบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพหมอครอบครัวว่ามีหน้าที่ดูแลประชาชนทุกครัวเรือน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับชุมชนเป็นผู้ให้คำแนะนำและดูแลถึงบ้าน รวมถึงประสานส่งต่อ โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ดูแลครอบคลุมทั้งปัญหาความเจ็บป่วยและดูแลด้านจิตใจ บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด เข้าถึงและเข้าใจ โดยประชาชนสามารถปรึกษาทีมหมอครอบครัวได้ ดังนี้ 1. สอบถามวิธีการสังเกตอาการในกรณีเกิดปัญหาสุขภาพ 2. สอบถามการดูแลตัวเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งบุคคลทั่วไป ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก เด็กเล็กและผู้ตั้งครรภ์ 3. สอบถามวิธีการดูแลตัวเองและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 4. สอบถามกรณีฉุกเฉินต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ หมดสติ หอบหืด ฯลฯ และ 5. ขอคำแนะนำเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการรักษาที่เหมาะสม และกล่าวถึงลักษณะการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว ดังนี้

1. ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือให้การปรึกษาเบื้องต้น ทำหน้าที่ประจำญาติของผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อต้องไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน ช่วยเหลือดูแลจัดทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว และ ชุมชน

2. ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล มีหน้าที่เป็นหมอครอบครัวดูแลปัญหาสุขภาพรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประสานส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเสริมพลังการพึ่งพาตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น ภาครัฐอื่นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับครอบครัวและชุมชน และยังเป็นพี่เลี้ยงทีมชุมชน

3. ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยง สนับสนุน บริหารจัดการพัฒนาศักยภาพแก่ทีมระดับตำบล และระดับชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข (2558 น. 27, 34-58) ได้ระบุบทบาทหน้าที่สำคัญของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพครอบคลุมช่วงอายุวัย

2. การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะเปราะบางต้องพึ่งพาผู้อื่นได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ เป็นต้น ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน

3. การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟู และเป็นที่พึ่งให้ประชาชนและครอบครัวในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วยในสภาวะต่างๆ

4. ให้คำปรึกษาแนะนำ โดยประชาชนสามารถมีช่องทางในการศึกษากับหมอครอบครัว ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรือช่องทางอื่นๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย

5. การดูแลในกรณีมีการส่งต่อ โดยมีหน้าที่เชื่อมประสานกับหน่วยรับส่งต่อ เป็นไปอย่างราบรื่นและผู้รับบริการมีความอุ่นใจและติดตามหลังการส่งต่อจนถึงสิ้นสุดปัญหาความเจ็บป่วย

6. การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง และสนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (Self Care)

7. การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Status) เพื่อให้รู้ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของคนในครอบครัว ต้องเข้าใจเรื่องราวประวัติชีวิตของประชาชนและครอบครัว รวมถึงเข้าใจเรื่องราวความสัมพันธ์เหล่านั้น เพื่อพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

และระบุบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพหมอครอบครัว ดังนี้

บทบาทหน้าที่ของแพทย์ในทีมหมอครอบครัว

1. เป็นแพทย์ ผู้ให้บริการปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าให้บริการครบวงจร ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและการทำงานเชิงรุกในชุมชน โดยประยุกต์หลักการและวิธีการทางเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบ

2. เป็นครู ถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์และความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัว แก่บุคลากรทุกสาขา เช่น ฝึกรอบรพพยาบาลเวชปฏิบัติ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายปัญหาผู้ป่วย (Case conference)

3. เป็นผู้นำและที่ปรึกษาแก่ทีมงานในการให้บริการปฐมภูมิแก่ชุมชนในทางการแพทย์ ทั้งในส่วนการให้บริการและการเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ นำปัญหาผู้ป่วยมาอภิปรายแลกเปลี่ยนหาทางออกให้แก่ผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นผู้นำทางวิชาการที่ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษารวมถึงออกแบบช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์กับทีมงานอย่างชัดเจน

4. เป็นนักจัดการเครือข่ายปฐมภูมิมระดับอำเภอ โดยมีบทบาทร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน วางแผน ดำเนินการ ประเมิน โครงการ และสรุปบทเรียนร่วมกับทีมโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่องตามวงจร “Plan-Do-Check-Act” ซึ่งจะเสริมความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอในการแก้ไข และป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว

1. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอครอบครัว

1.1 ด้านการดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัว

1.1.1 พัฒนา/จัดการ/กำกับ ดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เกี่ยวข้องของครอบครัวที่รับผิดชอบ

1.1.2 มีการดูแลที่บ้านในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเข้าถึงบริการได้ยาก โดยการดูแลพิจารณาถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของ Index case ต่อสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบจากครอบครัวต่อ Index case จากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว

1.1.3 ประยุกต์ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ตรงตามความต้องการของครอบครัวมากที่สุด สร้างทางเลือกการดูแล

1.1.4 ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ข้อมูล (Evidence base practice) และยึดความคุ้มค่า คุ้มค่า เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว

1.2 สนับสนุนพลังอำนาจครอบครัว/การสอน/การฝึกเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติในการดูแลครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลตนเองเท่าที่เป็นไปได้ตามบริบท

1.3 ให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพแก่ครอบครัวที่รับผิดชอบเพื่อให้ครอบครัวดูแลตนเองได้และ/หรือมีการให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีที่ครอบครัวสามารถใช้ได้ใช้เป็น เช่น โทรศัพท์ line โดยครอบครัวทราบวิธีในการติดต่อหมอครอบครัวของตนเอง

1.4 มีการประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วนทั้งในทีมด้านสุขภาพและทีมด้านสังคม และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชน บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะ

1.5 การพิทักษ์สิทธิ์ครอบครัวในความรับผิดชอบ โดยประสานผ่าน Manager ระดับตำบล

1.6 เมื่อต้องส่งต่อ ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อและติดตามภายหลังจนปัญหาด้านนั้นจบลง

2. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะ Case manager ระดับตำบล

2.1 จัดการข้อมูลสุขภาพ และสังคมที่เกี่ยวข้องทุกครอบครัวตำบลในเขตความรับผิดชอบ

2.2 ช่วยเหลือ สนับสนุนหมอครอบครัวในเขตความรับผิดชอบ และติดตามประเมินผลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

2.3 ประสานทีมสนับสนุนในระดับตำบล ในการสนับสนุนหมอครอบครัวในเขตรับผิดชอบ

2.4 ประสานทีมสหวิชาชีพจากทีมระดับอำเภอเข้าดูแลร่วมกับทีมระดับตำบล ในกรณีที่มีดูแลในระดับตำบลต้องการการสนับสนุนให้ร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ

2.5 ประสานการให้คำปรึกษา/ส่งต่อกับทีมระดับอำเภอ

3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะทีมระดับอำเภอ

3.1 มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

3.2 ประสานงานช่วยเหลือ สนับสนุนกับทีมระดับตำบล

3.3 บริหารจัดการธนาคารอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่

3.4 ออกแบบระบบการจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน (discharge plan)

บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

ปัจจุบันนักกายภาพบำบัดจัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้บริการในระบบสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยเกี่ยวข้องกับการรักษาฟื้นฟู ส่งเสริม และป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวันทั้งในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ รวมถึงผู้ที่มีปัญหาบกพร่องทางกายที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหายใจ และหลอดเลือด โดยสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามงานบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว คือ งานหน้าด่านที่ต้องลงชุมชน และการดูแลผู้ป่วยที่รักษาในแผนก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะเรื้อรังในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันนั้นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันจะมีโอกาสสามารถกลับมาเคลื่อนไหวเป็นปกติได้ หากได้รับการรักษาฟื้นฟู นานและมากเพียงพอภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกของการเกิดโรค (5 วัน/สัปดาห์) แต่หากไม่ได้รับการฟื้นฟู ก็อาจจะกลายสภาพไปเป็นผู้พิการและเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม เป็นต้น รวมถึงผู้ป่วยในระยะเรื้อรังที่อาจจะยังมีศักยภาพที่จะช่วยฝึกให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระแก่ครอบครัวและชุมชนลงได้ ส่วนในผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่ไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว การให้การดูแลเพื่อป้องกันปัญหาของโรคแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือความรู้สึกไม่สบายกายจากการนอนนาน การดูแลด้วยการช่วยการเคลื่อนไหว จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งในกลุ่มนี้สามารถที่จะใช้จิตอาสาในชุมชน หรือผู้ดูแล (care giver) เข้ามาให้การช่วยเหลือได้ โดยผู้ป่วย ผู้พิการทุกรายจะได้รับการดูแลเท่าที่ศักยภาพและความสามารถในการฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่ละราย โดยดูจากระดับของความพิการ(disability levels) ซึ่งจะช่วยให้ผู้รักษาสามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. งานชุมชนเพื่อรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยหรือผู้พิการ เช่น การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การวางโปรแกรมการออกกำลังกาย หรือการรักษาให้แก่ผู้พิการหรือผู้ป่วยที่อยู่ตามบ้านและไม่สามารถจะเดินทางมารักษาได้ โดยอาจจะให้ญาติหรืออาสาสมัครทางด้านสุขภาพมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือผู้ป่วย

3. การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว โรคไม่ติดต่อกับหรือโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ เช่น การคัดกรองทำผู้ป่วยเบาหวาน การทดสอบสมรรถภาพของผู้สูงอายุ การคัดกรองเด็กพิการ จะช่วยให้จำนวนผู้ป่วยที่จะไหลเข้าสู่โรงพยาบาลใหญ่ลดน้อยลง โดยผู้ที่เริ่มมีอาการเล็กน้อยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงก็จะได้รับการแก้ไขหรือจัดการตั้งแต่ระยะแรก ส่วนผู้ที่มีอาการมากและจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษามากขึ้นจะถูกส่งต่อไปรักษาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิต่อไป

4. การส่งเสริมป้องกันปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดเชื้อ เช่น ปัญหาปวดหลัง ปวดเข่า โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ปอดบวมในเด็กเล็ก หรือคนชรา วัณโรค เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถที่จะดูแล รักษาสุขภาพของตนเองในเบื้องต้นได้ เช่น การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงหรือรักษาตนเอง เป็นต้น

5. การอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครหรือจิตอาสาในชุมชน เช่น การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อเพื่อป้องกันข้อติด เพื่อให้อาสาสมัครหรือจิตอาสาสามารถให้การ

ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดในทีมสุขภาพหมอบรรเทา

บทบาทของนักกายภาพบำบัดสามารถแบ่งตามระดับหน่วยงานได้ ดังนี้

1. บทบาทนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนด้านวิชาการและให้บริการกายภาพบำบัดในระดับที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะด้าน นอกจากนี้ยังมีบทบาทในฐานะผู้จัดการระบบ โดยเป็นผู้ประสานงานหลัก ออกแบบระบบงาน สร้างเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพ สร้างภาคีเครือข่ายกับสาขาวิชาชีพและภาคประชาสังคม แก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด เป็นที่ปรึกษา นิเทศติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด

2. บทบาทนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทเป็นผู้จัดการในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ประสานงาน ให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย ส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของทีมหมอบรรเทา เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ทีมนักบริบาล ออกเยี่ยมบ้าน ตรวจสอบ วิเคราะห์ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว รับผิดชอบระบบข้อมูลและส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ และสรุปผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังเป็นผู้ประสานงานจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว (assistive devices) ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นวิทยากรอบรมอาสาสมัคร/ผู้ดูแลคนพิการ รวมทั้งเสริมพลังให้ชุมชนและชมรมคนพิการให้เข้มแข็ง

บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดในระดับตำบล

นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือที่ประจำอยู่ในชุมชน มีบทบาทหลักเป็นผู้ให้บริการและร่วมเป็นทีมหมอบรรเทาและทำงานร่วมกับทีมอาสาสมัครและ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการให้บริการ และติดตามการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และทำหน้าที่ประเมินการทำงานของ Care giver

บทบาทวิชาชีพจิตวิทยาในบริการปฐมภูมิ และทีมหมอบรรเทา

เป็นผู้ให้บริการในทีมหมอบรรเทาในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ในชุมชน โรงพยาบาล สถานศึกษา ประกอบด้วย

1. ให้บริการคำปรึกษาแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (NCD) ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ผู้พิการ บุคคลที่มีปัญหาบุคลิกภาพ การประเมินคัดกรอง



ทางเขาวัวปัญญา / พัฒนาการและผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหการ เรียนรู้

2. ร่วมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้าน สุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด
3. เป็นผู้ประสานงานการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน ในรายกรณีที่มีความ จำเป็น เช่น การซ่อมแซมที่พักอาศัย เบี้ยยังชีพ ตลอดจนการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการยังโรงพยาบาล จิตเวชฯ
4. เป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ และภาคส่วนต่างๆ รวมถึงประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ และร่วมดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างเหมาะสมและครบวงจร
5. ให้บริการการส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อ บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ ในกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หรือในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ป่วย) และประชาชนทั่วไป การสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาอย่างง่าย เช่น แบบประเมิน หรือแบบคัดกรองทางจิตวิทยาหรือทางสุขภาพจิต การถ่ายทอดความรู้ทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพแก่ชุมชน ตลอดจนงานเยี่ยมบ้านผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ เช่น ภัยพิบัติ ทางธรรมชาติต่างๆ หรือเหตุการณ์ไม่สงบจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น
6. สร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ประชาชน สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้โดยง่าย ผ่านทีมสหวิชาชีพและทีมสหสาขา เพื่อนำไป ขยายผลในพื้นที่ของตนเอง เช่น การนำเสนองานที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาในวันประชุมสำคัญๆ ของอำเภอ ร่วมกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญกับทีมสหวิชาชีพ และช่องทางการสื่อสารสนเทศในปัจจุบัน เป็นต้น
7. เป็นผู้รวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาในชุมชนและ ข้อมูลงานสุขภาพจิตในชุมชน (งานพัฒนาวิชาชีพและองค์ความรู้ของตนเอง) เพื่อกำหนดเป็นแผน หรือแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยา เก็บข้อมูลเด็กนักเรียนที่เข้ารับการประเมินความสามารถทางเขาวัวปัญญา หรือความบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยการคืนข้อมูลดังกล่าวให้ผู้บริหารเขตพื้นที่ประถมศึกษาและ สถานศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดชั้นให้เหมาะสมต่อไป เป็นต้น
8. มีการประชุมเพื่อทบทวนองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ร่วมทีมสหวิชาชีพและทีม สาขาวิชาชีพ พร้อมแลกเปลี่ยนความรู้และปัญหาอุปสรรคเพื่อแก้ไขให้สามารถดำเนินการได้อย่าง

ราบรื่น เช่น การจัดประชุมครอบครัวญาติผู้ใหญ่เด็กพิเศษประจำสถานศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ ทบพทวนองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น

บทบาทหน้าที่ของวิชาชีพเภสัชกรรมในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว  
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาการใช้ยาในระดับบุคคล ครอบครัว  
และชุมชน ซึ่งประกอบด้วย

1. ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในระดับบุคคลและครอบครัว เช่น การใช้ยาเองตั้งแต่ 1 ขนานจนถึง 13 ขนาน ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยเกิดการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้รับยาในขนาดที่ต่ำและสูงเกินไป การได้ยาที่อันตรายติดต่อกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือทิ้งที่ไม่ได้ใช้ ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุ เป็นจำนวนมาก เป็นต้น

2. ปัญหาเกี่ยวกับยาในระดับชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า พบยาอันตรายกระจายอยู่ในชุมชนเป็นจำนวนมาก การเข้าถึงยาอย่างเสี่ยง การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล การใช้ยาเกินจำเป็น การใช้ยาไม่ถูกวิธี ไม่ถูกขนาด การนิยมใช้ยาตามโฆษณาทางวิทยุในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยใช้ยาจากหน่วยบริการหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา (Poly pharmacy) การแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วย เป็นต้น การนิยมใช้ยาชุดทั้งที่ประชาชนไม่มีความรู้ในการเลือกซื้อยาและการใช้ยา และผู้ประกอบการไม่มีความรู้ในการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น การฉ้อยา การแพ้ยาอย่างรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

กรอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1. พัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

1.1 งานบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่ การพัฒนาระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 งานบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การส่งมอบยา เป็นต้น โดยผลลัพธ์จากกิจกรรมนี้คือผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย

2. งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและค้นหาปัญหาใช้ยา การให้ความรู้ การเสริมพลังด้านยาและสุขภาพ การวางแผนร่วมกันในการดูแลแก้ไขด้านสุขภาพ การออกแบบการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้าน ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ซึ่งมีได้มีบทบาทเพียงแค่นักงานเจ้าหน้าที่ในการ ตรวจสอบ แต่ครอบคลุมบทบาทถึง

3.1 การจัดการความเสี่ยง ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Risk management)

3.2 การให้ความรู้ การรณรงค์ และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่ชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Empowerment)

4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ

วิธีการทำงานร่วมกันในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและตำบล ประกอบด้วย

1. มีการตั้งทีมปฐมภูมิ หรือ Family care team ในระดับอำเภอโดยเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยหลายวิชาชีพที่สนใจงานด้านปฐมภูมิ โดยวิชาชีพเภสัชกรรมก็เป็นส่วนหนึ่งของทีมนี้ ทั้งในระดับรพ. รพ.สต. และ สตอ. โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านนโยบายและงบประมาณจากผู้บริหารในระดับอำเภอ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ

2. ทีมดังกล่าวควรมีการกำหนดหน้าที่ และรูปแบบการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอที่ชัดเจนกำหนดประเด็นในการทำงานระดับครอบครัวและชุมชนที่ชัดเจน (Case selection) ในกรณีของงานเภสัชกรรม เช่น การเข้าไม่ถึงยาของผู้ป่วย แก้ปัญหา Poly pharmacy หรือการออกแบบวิธีการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มี Care giver และทีมดังกล่าวควรสนับสนุนวิชาการที่จำเป็นให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

3. การสนับสนุนให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างทีมปฐมภูมิ หรือทีมหมอครอบครัว อย่างต่อเนื่อง

4. การนิเทศงานที่เน้นการรับรอง ยกย่อง เชิดชู (Appreciation) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกระบวนการที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมงาน

5. การกำหนดเป็น KPI เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงาน

บทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความเชื่อมโยงต่อสุขภาพโดยรวมในทุกช่วงวัยตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ไปจนถึงผู้สูงอายุ การเกิดโรคปริทันต์เป็นโรคที่เกิดจากภาวะผิดปกติของกลไกเมตาบอลิกของร่างกายจึงจะส่งผลต่อทารกในครรภ์และมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด ใน 3 ขวบปีแรกของชีวิตเป็นช่วงสำคัญที่เด็กจำเป็นต้องได้อาหารครบถ้วนเพื่อมีพัฒนาการที่สมวัย ปัญหาโรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เด็กไม่สามารถได้รับสารอาหารเพียงพอและส่งผลกระทบต่อภาวะเตี้ยและมีผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาภาวะเตี้ยมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องมาในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับภาวะภูมิแพ้ที่พบอุบัติการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ ในวัยทำงานและผู้สูงอายุที่เผชิญต่อปัญหากลุ่มโรค NCD การมีปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งโรคปริทันต์ โรคฟันผุ การสูญเสียฟันล้วนมีผลต่อการเกิดโรค NCD โรค

ปริทันต์มีผลกับภาวะ Stoke เบาหวาน และภาวะทพโภชนาการในผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดูแลสุขภาพช่องปากจะช่วยทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นด้วย

การดูแลด้านทันตกรรมในระดับปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวจะเป็นจุดคานงัดที่จะยกระดับพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นได้ ทีมหมอครอบครัวผู้ซึ่งเป็นบุคลากรแกนนำของระบบบริการปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญมากในการดำเนินงานบริการเพื่อมุ่งสู่สุขภาพประชาชนโดยมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

1. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายอยู่ในบริบทที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและองค์กรอาทิ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละกลุ่มวัย การรณรงค์ครอบครัวอ่อนหวาน ผู้เขียนปลอดน้ำอัดลม การจัดระเบียบร้านค้าในชุมชน เป็นต้น บริการทันตกรรมป้องกัน จำแนกประชากรเสี่ยงและให้บริการป้องกัน ได้แก่ การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ การให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน

2. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการจัดบริการตามความจำเป็น ได้แก่ การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (Potentially malignant disorder) และกลุ่มที่ควรเข้าถึงการรักษา

3. การให้บริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เน้นการจัดบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่

3.1 รักษาป้องกันเบื้องต้น (กรณีมีทันตบุคลากร) อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟันอย่างง่าย เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ทำการควบคุมภาวะฟันผุภายในช่องปาก รับส่งต่อจากทีมหมอครอบครัวในพื้นที่เครือข่ายและพิจารณาส่งต่อไปหน่วยบริการที่สูงขึ้น และติดตามผลการส่งต่อ

3.2 ประสานการส่งต่อเพื่อรับบริการการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลซับซ้อนและติดตามกรณีมีการส่งกลับมาเพื่อดูแล

4. การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ กรณีเด็กเล็กที่จำเป็นต้องฝึก พ่อแม่ ผู้ปกครองให้สามารถทำความสะอาดช่องปากให้ลูกได้อย่างถูกวิธี กรณีของผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอาการต่อเนื่อง หรือในบางครั้งให้บริการรักษาที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคปริทันต์ ซึ่งจะต้องควบคุมสภาพในช่องปากไม่ให้เกิดโรคซ้ำอีก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคทางระบบซับซ้อนอยู่ด้วย อาการของโรคในช่องปากและสุขภาพกายโดยรวมจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง โดยการทำหน้าที่ของงานทันตกรรม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุน ทีมหมอครอบครัวให้เกิด การทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและต้องครอบคลุมทั้งสามประเด็น ได้แก่

4.1 สนับสนุนด้านวิชาการและด้านบริหารจัดการเพื่อวางระบบการดูแล (Supporter and Setting care system)

4.2 ออกแบบระบบการให้คำปรึกษาและระบบการรับส่งต่อ (Consultation and Referral system)

4.3 ร่วมให้บริการ โดยเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว (Provider)

บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในทีมหมอครอบครัว เนื่องจากทีมหมอครอบครัวเป็นบุคลากรที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดอื่นๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นผู้สนับสนุนหลักในการทำงานของหมอครอบครัว ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความเข้มแข็งจึงเป็นฐานที่สำคัญของการทำหน้าที่หมอครอบครัว

นอกจากนั้นบทบาทในการสนับสนุนหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังเป็นกลไกที่สำคัญที่จะทำให้ ทีมหมอครอบครัวเกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถแบ่งบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อทีมหมอครอบครัว ได้แก่

1.1 จัดตั้งทีมงานภายใน รพ.สต. ให้ดูแลสุขภาพประชาชนต่อเนื่องในลักษณะหมอครอบครัว ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอกับจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มีการถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจแนวคิดตลอดจนเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

1.2 การพัฒนาบุคลากร เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวได้รับความรู้หรือทักษะใหม่ หรืออาจเป็นการทบทวนความรู้/ทักษะเดิมให้ถูกต้องตามมาตรฐาน โดยผ่านกระบวนการอบรม ศึกษา คู่มือ หรือฝึกปฏิบัติงาน การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะที่จำเป็นแก่ทีมหมอครอบครัวควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนหรือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจมีการค้นหาส่วนขาดขององค์ความรู้และทักษะ หรืออาจสำรวจดูจากความต้องการหรือความสนใจในการพัฒนาศักยภาพ จากนั้นจึงจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและฝึกอบรมให้สัมพันธ์กับองค์ความรู้และทักษะที่ยังขาด

1.3 มีการจัดการระบบข้อมูลที่มีอยู่ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัยสามารถนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา และพัฒนางานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมหมอครอบครัว เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน การพัฒนางานและให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

1.5 ส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจทีมหมอครอบครัว โดย

1.5.1 จัดบรรยากาศส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมหมอครอบครัว กระตุ้นให้ทีมหมอครอบครัวมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใช้ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่

1.5.2 จัดให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน หรือศึกษาดูงาน หน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

1.5.3 สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ทีมหมอครอบครัวได้มีโอกาสศึกษาต่อฝึกอบรมวิชาการต่างๆ เพื่อนำความรู้มาพัฒนางาน

1.5.4 สนับสนุนความก้าวหน้า ของชมเชย

1.6 มีการจัดระบบเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว

1.6.1 การจัดอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความสวยงาม เป็นระเบียบ สะอาดเอื้อต่อความสะดวก ปลอดภัยของผู้มารับบริการและบุคลากรสาธารณสุข

1.6.2 มีระบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข

1.6.3 การบริหารเวชภัณฑ์ให้มีจำนวนเพียงพอ เหมาะสมและมีคุณภาพ

1.6.4 การจัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน

1.6.5 พัฒนาระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

1.7 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ทราบปัญหาและอุปสรรคและหาแนวทางการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้นไป

1.8 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและมีความสามัคคี เน้นการทำงานแบบเชิงรุก

2. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประสานเชื่อมโยงบริการกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล

2.1 สนับสนุนให้มีการสำรวจกลุ่มประชากร เพื่อค้นหาประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และค้นหากลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับบริการ นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน

2.2 วางแผนและให้บริการอย่างเป็นองค์รวม (กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึง ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา วิถีชีวิต) ผสมผสาน (บริการที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูไปพร้อมๆกัน) และต่อเนื่อง โดยการจัดบริการร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.3 ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการติดตามดูแลผู้พิการหรือผู้ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ประสานงานกับนักจิตวิทยาในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพโภชนาการอาจต้องประสานงานกับนักโภชนาการในการดูแลช่วยเหลือ เป็นต้น โดยการเชื่อมบ้านร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพกับทีมหมอครอบครัว

2.4 ประสานงานเพื่อให้เกิดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ทีมหมอครอบครัวกรณีมีข้อสงสัยต้องการคำแนะนำในเรื่องต่างๆจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.5 ผู้รับบริการที่เกินขีดความสามารถต้องได้รับการดูแลเบื้องต้นจากหมอครอบครัวและส่งต่ออย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทีมหมอครอบครัวควรเฝ้าอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ตั้งแต่การประสานงาน การจัดหายานพาหนะสำหรับผู้ป่วยบางราย เนื่องจากมีผู้ป่วยหลายรายเมื่อได้รับการส่งต่อแล้วมีปัญหาติดขัดเรื่องการเดินทาง เป็นต้น

3. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

3.1 มีการถ่ายทอด และสร้างความเข้าใจ แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อสร้างแรงสนับสนุนในการดำเนินงานจากชุมชน

3.2 เชิญชวนกลุ่มต่างๆ ให้เข้ามาเป็นทีมงานและเครือข่ายหมอครอบครัว

3.3 นำเสนอข้อมูลให้ชุมชนได้รับทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชน

3.4 ประสานให้ทุกกลุ่ม (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสา/นักบริหาร/ผู้นำชุมชน) ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพ

3.5 มีการประสานงานและร่วมดำเนินการกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และช่วยเหลือทางด้านสังคม เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา และเครือข่ายพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

3.6 ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นหน่วยงานหลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ โรงพยาบาลระดับจังหวัด ตลอดจนการรับผู้ป่วยกลับ (บางกรณี)

3.7 ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ในหลายๆ ด้าน เช่น การดำเนินการเรื่องนักบริหารให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การจัดหางบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

บทบาทหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

สาธารณสุขอำเภอมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะเป็นผู้นำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ดังนั้นสาธารณสุขอำเภอจึงควรเข้าใจบทบาทหน้าที่ต่อการพัฒนาทีมหมอครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. ชี้แจงและกำหนดผู้รับผิดชอบงาน กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานของหมอครอบครัวทุกระดับ (ระดับอำเภอ/ตำบล)

2. สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประสานกับโรงพยาบาลในการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว

3. วางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

4. กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทุกสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

5. ร่วมกำหนดองค์ประกอบและโครงสร้างทีมหมอครอบครัว

6. ชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวแก่องค์กรชุมชนภาคประชาชนและผู้บริหารระดับอำเภอ

7. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาสถานะสุขภาพของพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน

8. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิเคราะห์ตนเอง และวิเคราะห์ส่วนขาดตามแนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อขอรับการสนับสนุน

9. จัดหาและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานทั้งงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในบทบาทของทีมหมอครอบครัว

10. ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

11. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

12. รายงานผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทราบ บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้องใน “ทีมหมอครอบครัว”

บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว ได้แก่

อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (self care) โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากพี่เลี้ยง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน เป็นบุคคล



ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารด้านสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ท้องที่และชุมชน/ตำบล ตามโครงการตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมหมอครอบครัวได้โดยมีบทบาท ดังนี้

1. ให้สุศึกษาสำหรับเพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการรับทราบปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อการปรึกษาและแก้ปัญหาต่อไป
2. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชน/ตำบล และโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชน/ท้องถิ่น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก
3. ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามปฏิทินสุขภาพของชุมชนและตามกลุ่มวัย ในเรื่อง อาหาร ออกกำลังกายอารมณ์ สุรยาเสพติด (3 อ. 2 ส.) รณรงค์ลดหวานมัน เค็ม รณรงค์การออกกำลังกาย การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ
4. ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ทีมหมอครอบครัว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ในกิจกรรมเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อส่งต่อผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน
5. สื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่นเพื่อการปรึกษาส่งต่อหรือการค้นหาโรคที่รวดเร็วขึ้น
6. สืบค้นและจัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. ติดตาม รวบรวมและรายงานผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ
8. เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน

บทบาทหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสนับสนุนการดำเนินงาน ในทีม  
หมอครอบครัว ได้แก่

1. กำหนดนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เอื้อต่อการบริหารจัดการ  
ทีมหมอครอบครัวและสนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
2. เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานทีมหมอครอบครัว ระดับจังหวัด/  
อำเภอ/ตำบล
3. เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
แก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยแนวทางของตนเอง
4. มีการระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหา โดยใช้  
กระบวนการและมาตรการทางสังคมเป็นแรงหนุน
5. สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ/กิจกรรม ที่เกิดจากแผนสุขภาพ  
ของตำบล
6. มีการดำเนินงานตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้วางไว้ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริม  
สุขภาพ 3 อ 2 ส

7. สนับสนุนการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข  
และประชาชนอย่างต่อเนื่อง

8. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุบบทเรียน ทั้งในชุมชนและระหว่างชุมชน  
เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของประเทศ

9. สนับสนุนการสร้างขวัญกำลังใจ แก่ ชุมชน บุคคล ครอบครัว เช่น การจัดพิธี  
มอบรางวัล แก่ บุคคล และครอบครัวตัวอย่าง

สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน (2548) ได้ระบุแนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพ  
โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานหมอครอบครัว ดังนี้

1. ติดตามดูแลกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้แก่
  - 1.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องดูแล อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง  
โรคเบาหวาน โรคหัวใจ
  - 1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด
  - 1.3 มารดาและเด็กทารกหลังคลอด
  - 1.4 ผู้ป่วยหลังจากแพทย์ให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน
  - 1.5 กลุ่มผู้พิการ
  - 1.6 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ

2. เลือกเยี่ยม หรือเลือกติดตามดูแลให้เหมาะสมในแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมบ้านตามความสำคัญ ความเร่งด่วน และความจำเป็นของผู้รับการเยี่ยมแต่ละราย
3. ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยมให้ครอบคลุมทั้งหมดแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
4. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่และทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ โดยมีแนวทางดังนี้
  - 4.1 สร้างสัมพันธภาพและแนะนำทีมสุขภาพที่ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง
  - 4.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพ คือ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ และอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น น้ำหนักตัว ส่วนสูง
  - 4.3 ประเมินสภาพความเจ็บป่วยและ สภาพแวดล้อมอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งค้นหาปัญหา
  - 4.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ โรค การไช้ยา การปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย และญาติหรือบุคคลใกล้ชิด
  - 4.5 ในกรณีต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจะมีการวางแผนติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายผู้ป่วยหรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยมให้ทราบถึงแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป
  - 4.6 หากพบว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยม มีปัญหาที่ซับซ้อน หรือจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพก็จะนัดให้ผู้ป่วยมารับการปรึกษาจากแพทย์ต่อไป
5. ลงบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง และวางแผนรายละเอียดการเยี่ยมในครั้งต่อไป
6. ยุติการเยี่ยมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกนอกเขตพื้นที่ที่ทีมสุขภาพรับผิดชอบ หรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้แล้ว
 

สรุป จากการสังเคราะห์และประมวลบทบาทหน้าที่การดำเนินงานของทีมสุขภาพ หมอครอบครัวแต่ละสาขาวิชาชีพจากการนิยาม ให้ความหมาย และการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ หมอครอบครัว ของนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ปรากฏผลตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สังเคราะห์การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว

นักวิชาการ	การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว									
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	การประสานงาน	การส่งต่อ	การรักษา บำบัดฟื้นฟู	การส่งเสริมและป้องกัน การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต	การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยที่บ้าน	การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพ	การเสริมพลัง	การสร้างเสริมสุขภาพ	บรรเทาทุกข์
รัชตะ รัชตะนาวิน	/	/	/	/						
สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	/	/	/	/	/	/				
สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ	/	/	/	/	/					/
กระทรวงสาธารณสุข	/	/	/	/		/	/	/	/	
สภานุกรมไทย	/	/	/	/	/	/				

จากตารางที่ 2.1 นักวิชาการได้ระบุกิจกรรมการดำเนินงานของหมอครอบครัว ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำ การประสานงาน การส่งต่อ การรักษา บำบัดฟื้นฟู การส่งเสริมและป้องกัน การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยที่บ้าน การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพ การเสริมพลัง การสร้างเสริมสุขภาพ และบรรเทาทุกข์ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์กิจกรรมการดำเนินงานของหมอครอบครัวดังกล่าว และเพื่อให้ได้ข้อมูลการดำเนินงานที่ครอบคลุมการสนอง นโยบายหมอครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ และแยกด้านการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นการดำเนินงานเป้าหมายหลักของงานหมอครอบครัว โดยสรุปเป็นการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม และมีการถ่ายทอดสู่ประชาชนทั่วไป
2. ลักษณะการให้บริการ ได้แก่ การดำเนินงานหมอครอบครัวโดยทำตามนโยบายภาครัฐเป็นหลัก ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก 0 - 5 ปี ให้บริการแบบผสมผสาน

ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จัดบริการขั้นพื้นฐานจนถึงบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะ ให้บริการด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเท เสียสละ

3. การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย และประชาชนทั่วไป

4. การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ ให้การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟูและเป็นที่พึ่งของประชาชนในยามต้องการ

5. การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแล แนะนำ เชื่อมประสานงาน ในกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย

6. ให้คำปรึกษาแนะนำ ได้แก่ การให้คำปรึกษา แนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอ้างอิงข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว

7. การประสานงาน ได้แก่ การประสานงานกับเครือข่ายทีมสุขภาพหมอบรรณครวั และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 1.6 กลไกการสร้าง การบูรณาการ และการพัฒนาการดำเนินงานของหมอบรรณครวั

สำนักการบริหารสาธารณสุข (2557, น. 29-32) กล่าวถึง กลไกการสร้างและบูรณาการทีมหมอบรรณครวัว่าหัวใจสำคัญของการสร้างทีมหมอบรรณครวัให้มีคุณภาพคือ การสร้างกลไก เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างหมอบรรณครวั หน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลอย่างเป็นทีมเดียวกัน ซึ่งการจะสร้างทีมนี้ต้องอาศัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารในระดับอำเภอจนถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันวางแผน ออกแบบระบบ การพร้อมใจกันปฏิบัติ เรียนรู้และพัฒนาจนเกิดทีมหมอบรรณครวัที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ จะต้องอาศัยกลไกการสนับสนุน (Supportive mechanism) เพื่อให้เกิดการบูรณาการของทีมหมอบรรณครวัซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

**1.6.1 การกำหนดมาตรฐาน (standardization)** เช่น การจัดทำคู่มือแนวทางในการดูแล ผู้ป่วย (CPG) แนวทางการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของส่วนต่างๆ เป็นต้น

**1.6.2 การฝึกอบรม (training)** ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องทำการฝึกอบรมหมอบรรณครวัเพื่อให้เกิดความรู้ความสามารถเพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างตรงตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งสามารถทำได้ในหลากหลายรูปแบบ เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

ซึ่งวัตถุประสงค์นอกจากจะเกิดความรู้ความสามารถแล้ว ยังทำให้เกิดความเข้าใจและการทำงานเป็นทีมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และหมอบรรณครวอีกด้วย

**1.6.3 การนิเทศงาน (supervisor)** เน้นเป็นการนิเทศงานในเชิงราบ (horizontal supervision) โดยการนิเทศงาน นอกจากจะทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อเติมเต็มในสิ่งที่ขาดแล้ว ยังต้องการให้เกิดการสร้างแรงบันดาลใจแก่หมอบรรณครว รวมถึงความเข้าใจกันระหว่างทีมงานอีกด้วย

**1.6.4 การออกแบบระบบการให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่อ (consultation and referral system)** เน้นให้เกิดความชัดเจนว่าหมอบรรณครวสามารถที่จะปรึกษาใครและผ่านทางช่องทางใด และใครในทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอบรรณครว รวมถึงการออกแบบแนวทางในการส่งต่อกรณีต้องการการดูแลในระดับโรงพยาบาล

**1.6.5 การออกแบบระบบการดูแลและระบบสารสนเทศ (system design and information system)** สหสาขาวิชาชีพจำเป็นต้องออกแบบระบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพและตรงตามบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมถึงการจัดระบบสารสนเทศเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและหมอบรรณครว

เนื่องจากหัวใจสำคัญของการสร้างทีมหมอบรรณครว คือ บูรณาการความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งภายในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข ดังนั้น การจะดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพนั้นควรมีผู้ประสานงานระดับอำเภอ โดยบทบาทของผู้ประสานงานระดับอำเภอนั้นอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือในสาธารณสุขอำเภอก็ได้ โดยบทบาทที่สำคัญของผู้ประสานงาน ได้แก่

1. เป็นผู้ประสานนโยบาย มีหน้าที่สำคัญคือการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอปัญหาในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อแก้ปัญหา หรือปรับนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ ดังนั้นผู้ประสานงานจึงต้องเป็นผู้ที่เกาะติดความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และมองเห็นความสอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง และปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ได้

2. เป็นผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และความคืบหน้าของแผนงานต่างๆ รวมถึงการรายงานให้ผู้บริหารทราบด้วย

3. เป็นผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม ในกรณีเป็นปัญหาที่เกิดไม่บ่อยอาจเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้งๆ ไป แต่อาจจะต้องพิจารณาปรับในเชิงระบบหากเป็นปัญหาที่เกิดซ้ำๆ หลายครั้ง ดังนั้นผู้ประสานงานต้องเป็นผู้เข้าใจระบบต่างๆ ระดับอำเภอและตำบลเป็นอย่างดี การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ต้องทำร่วมกับบทบาทการเป็นผู้ประสานกับวิชาชีพต่างๆ เพื่อดึงให้สหวิชาชีพมาร่วมแก้ปัญหาไปด้วยกัน

4. เป็นผู้ประสานสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง ประสานงานหน่วยงานต่างๆ นอกระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอด้วย บทบาทการประสานงานนี้นับเป็นบทบาทที่สำคัญมาก มิเช่นนั้นสหวิชาชีพจะคลาดเคลื่อนใช้ในลักษณะต่างคนต่างทำ อาจทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ป่วย และเกิดความขัดแย้งภายในทีมสหวิชาชีพได้ นอกจากนี้ประเด็นสำคัญอีกประการในการสร้างทีมหมอครอบครัว คือจำเป็นต้องเข้าใจถึง คุณลักษณะที่สำคัญของการดูแลแบบหมอครอบครัว และหลักเวชศาสตร์ปฐมภูมิ (Family medicine and Primary care principle) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 มีประชาชนที่รับผิดชอบชัดเจน และรู้ว่าใครเป็นหมอครอบครัว (catchment area /population)

4.2 ให้การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive care) โดยมีความหมาย ดังนี้

4.2.1 ดูแลทุกมิติทั้งกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม (holistic care)

4.2.2 ให้บริการแบบผสมผสานหรือ บูรณาการทั้งในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (integrated care)

4.2.3 ดูแลทุกระยะของวงจรชีวิต (life cycle) ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงชั่งตะกอน ดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4.2.4 ดูแลปัญหาทั้งในเรื่องของโรค (disease) การเจ็บป่วย (illness) และทุกข์ทรมาน (suffering) ในด้านการดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุมทั้งอาการเจ็บป่วยในระยะแรกเริ่ม (new, undifferentiated problems) โรคเรื้อรัง (chronic diseases) และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (terminal illness)

4.3 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuous care) กล่าวคือ ติดตามจนสิ้นสุดการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (episode) ติดตามดูแลทั้งที่บ้าน สถานบริการด้านหน้าและโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต

4.4 ให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ ทั้งเชิงรับและรุกโดยมีบริการที่โดดเด่น เช่น การมีเวลา พูดคุย อธิบายให้ความมั่นใจเกี่ยวกับโรค และอาการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาแนะแนว (counselling) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) การติดตามผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (active follow-up) การสนับสนุนทางด้านจิต-สังคม (psychosocial support) เป็นต้น

4.5 เป็นแกนหลักในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ของประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาตนเอง โดยผ่านกลไกการเยี่ยมบ้าน/ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการเชิงรุกในชุมชน และการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน

เช่น องค์กรชุมชน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน ครู นักเรียน พระ นักบวช องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

4.6 เป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญ (critical link) ระหว่างเทคโนโลยีทางการแพทย์ กับวัฒนธรรมชุมชน กิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข (health activities) กับกิจกรรมทางสังคม (social activities) ทีมหมอครอบครัวจึงเป็นจุดเชื่อมต่อที่เอื้อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชน อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม

4.7 สามารถทำงานเอนกประสงค์ (skill mix) ประสานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล หน่วยงานทุกภาคส่วน และเครือข่ายชุมชน เข้าถึงปัญหาชุมชน และตอบสนองต่อปัญหาชุมชน โดยการ ใช้ข้อมูลครอบครัว (family file) และข้อมูลชุมชน (community file) ในการวางแผนประเมินผลโดยอาศัย กลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจชุมชน (empowerment) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน (people participation) และระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาในท้องถิ่น

## 2. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับเครือข่าย

### 2.1 ความหมายของเครือข่าย

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงความหมายของเครือข่ายและการสร้างเครือข่าย ไว้ ดังนี้  
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 (2547, น.6) ได้ให้ความหมายว่า เครือข่าย หมายถึง กลุ่มของคนหรือกลุ่มที่มีการประสานงานหรือทำงานร่วมกัน หรือลงมือทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ในหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและอื่นๆ โดยมีการจัดรูปแบบ การจัดการให้เป็นกลไกขับเคลื่อนเชื่อมโยงกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมกัน และเห็นความตระหนักร่วมกัน ในเป้าหมายและแผนงานที่จะทำ

เสถียร จิรรังสีมันต์ (2549, น.3) ให้ความหมายว่า เครือข่าย หมายถึง การเชื่อมโยง ร้อยรัดเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็น รูปธรรม เพื่อปฏิบัติการกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน โดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติการกิจหลักของตน ต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกัน แบบหลวมๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็น โครงสร้างของความ สัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

สนธยา พลศรี (2550, น. 20) กล่าวว่า เครือข่าย หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยง ระหว่างสมาชิกซึ่งอาจเป็นบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อกลุ่ม กลุ่มต่อกลุ่ม เครือข่ายต่อเครือข่ายกลายเป็น เครือข่ายย่อยภายใต้เครือข่ายใหญ่ในการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายไม่ได้เป็นเพียงการรวมตัวกันโดยทั่วไป



แต่มีเป้าหมายในการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งที่เป็นครั้งคราวหรืออาจเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องจึงเป็นการเชื่อมโยงคนที่มีความสนใจร่วมกันพบปะสังสรรค์และพัฒนาไปสู่การลงมือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยเป้าหมายและจุดประสงค์เดียวกันดังนั้นเครือข่ายจึงไม่ใช่เป็นเพียงการรวบรวมรายละเอียดบุคคลที่เป็นสมาชิกเท่านั้น แต่มีการจัดระบบให้สมาชิกสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เพื่อบรรลุจุดหมายที่สมาชิกเห็นพ้องต้องกัน สิ่งที่เชื่อมโยงสมาชิกเข้าด้วยกัน คือวัตถุประสงค์หรือผลประโยชน์ที่ต้องการบรรลุผลร่วมกับการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ (2550, น. 7) กล่าวว่า เครือข่าย เป็นการเชื่อมโยงของกลุ่มคนหรือองค์การที่สมัครใจจะแลกเปลี่ยนข่าวสารหรือกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคนในข่ายด้วยความเป็นอิสระเท่าเทียมกันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิเชื่อถือเอื้ออาทรซึ่งกันและกันและมีการจัดระบบให้กลุ่มบุคคลหรือองค์การที่เป็นสมาชิกดำเนินกิจกรรม บางอย่างร่วมกัน เพื่อนำไปสู่จุดหมายที่เห็นพ้องต้องกัน

สรุปได้ว่า เครือข่าย หมายถึง กลุ่มของคนหรือกลุ่ม หรือองค์การที่มีความสมัครใจในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ประสบการณ์ระหว่างกัน หรือลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน มีความสัมพันธ์ระหว่างกันในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและอื่นๆ โดยมีการจัดรูปแบบการจัดการให้เป็นกลไกขับเคลื่อนเชื่อมโยงกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมกัน และเห็นความตระหนักร่วมกันในเป้าหมายและแผนงานที่จะทำ

## 2.2 ความสำคัญของเครือข่าย

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของเครือข่ายและการสร้างเครือข่าย ไว้ ดังนี้ จาริรัตน์ ปรงแก้ว และคณะ (2543, น.340) กล่าวว่า เครือข่ายปราชญ์และชาวบ้าน และพหุภาคีภาคีสานมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจาก

1. ทำให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยน เมื่อมีเวทีแลกเปลี่ยนก็ทำให้เกิดองค์ความรู้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวคิดด้านวัฒนธรรม
2. เครือข่ายนี้ ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชน และได้รู้จักสามัคคี
3. เครือข่ายนี้ทำให้เกิดกระบวนการร่วมคิดร่วมทำ และร่วมทุน
4. เครือข่ายนี้ทำให้เกิดการประสานอุดมการณ์ และความคิดของกันและกันให้กว้างจากแบบประเพณีของแต่ละท้องถิ่น

ชนิษฐา กาญจนรังสินนท์ (2542, น.13) กล่าวถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการสร้างเครือข่าย ดังนี้

1. เครือข่ายช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ เครื่องมือ และสื่อผ่านการประชุม การทดลองปฏิบัติการ การประชาสัมพันธ์ และการให้ความร่วมมือ

ในการดำเนินโครงการ การแบ่งปันทักษะและประสบการณ์ให้แก่กันเป็นการเสริมความสมบูรณ์ให้กับสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือองค์กร

2. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการประสานงานในเครือข่ายช่วยลดการทำงานและการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน ทำให้การพัฒนาสามารถดำเนินไปได้ก้าวหน้า รวดเร็วและส่งผลต่อสังคมในวงกว้างยิ่งขึ้น

3. เครือข่ายสามารถเชื่อมโยงคนที่อยู่ในระดับต่างกัน มีวิธีการทำงาน การจัดองค์กร และภูมิหลังต่างกัน ที่ไม่มีโอกาสติดต่อกันเข้าด้วยกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น นำไปสู่การทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์ของทุกฝ่าย

4. เครือข่ายสามารถทำให้คนและองค์กรที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้ทราบว่ามิบุคคลหรือหน่วยงานอื่นอีกมากที่สนใจทำงานในเรื่องเดียวกันและเผชิญปัญหาเหมือนกัน ทำให้ความต้องการของประชาชนได้รับการตอบสนองจากรัฐ ช่วยชี้ให้เห็นปัญหาและประเด็นการพัฒนาที่ซับซ้อนในหมู่บ้าน ช่วยเชื่อมหน่วยงานวิชาการและแหล่งทุนกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ทำให้คนและองค์กรได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้รับกำลังใจ การจูงใจและการยอมรับ ซึ่งมีความสำคัญต่อหน่วยงานพัฒนาเล็กๆ ที่อยู่นอกระบบราชการ

จรรยาพร ธรณินทร์ (2550, น. 3) กล่าวถึง ประโยชน์ของเครือข่ายความร่วมมือ ดังนี้

1. ช่วยให้อัตนคติใจได้เร็ว แก้ปัญหาได้เร็วท่ามกลางความไม่แน่นอนและความสลับซับซ้อนของปัญหา

2. ลดค่าใช้จ่ายการบริหารราชการและผู้ใช้บริการ

3. ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายได้ตรงความต้องการ

4. เป็นการสร้างทุนทางสังคมให้แก่หน่วยงานและประเทศ

5. ทำให้มีแหล่งข้อมูลเพิ่มมากขึ้น

6. ทำให้มีแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากขึ้น

7. ทำให้ทำงานได้ยืดหยุ่นอาศัยความชำนาญหลายฝ่ายช่วยเสนอ

8. ทำให้ได้ความรู้ที่ลึกซึ้งมาจากผู้เชี่ยวชาญงานนั้น โดยตรง

สรุปได้ว่า เครือข่ายมีความสำคัญ ดังนี้ เครือข่ายช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ เครื่องมือและทรัพยากรต่าง ๆ ช่วยลดการทำงานและการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน ช่วยเชื่อมโยงกลุ่มบุคคลหรือองค์กรเข้าด้วยกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น เพิ่มความเข้มแข็งและความสามัคคีให้กลุ่มบุคคลหรือองค์กร ซึ่งจะทำการกลุ่มบุคคลหรือองค์กรมีการพัฒนาก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว เพื่อประโยชน์ของทุกฝ่าย

### 2.3 องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายไว้ ดังนี้

รุ่ง แก้วแดง (2539, น. 85) กล่าวว่า เครือข่ายต้องมียุทธศาสตร์ที่เหมือนกัน ดังนี้

1. โครงสร้างของข่ายงาน การร่วมกันสร้างเครือข่ายระหว่างองค์การสิ่งสำคัญที่สุดคือ จะต้องมีการตั้งวัตถุประสงค์และจัดรูปแบบของข่ายงานระหว่างองค์การ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่องค์การสมาชิกเครือข่ายจะได้รับ จึงจำเป็นจะต้องมีตัวแทนขององค์การสมาชิกเครือข่ายเข้ามาเป็นกรรมการเพื่อรับผิดชอบและดำเนินงานตามนโยบายของข่ายงาน เพื่อให้กิจกรรมของข่ายงานดำเนินไปตามแนวทางที่วางไว้ นอกจากนี้ยังควรมีการทำข้อตกลงระหว่างองค์การสมาชิกเครือข่ายงานด้วย

2. เป้าหมาย (Goal) หมายถึง เป้าหมายเฉพาะที่องค์การสมาชิกเครือข่ายพยายามทำร่วมกันให้สำเร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ และมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมาย

3. หน้าที่ (Function) คือ ภารกิจในกิจกรรมที่ร่วมกันจัดทำข้อเพื่อสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์นั้น ซึ่งองค์การในกลุ่มเครือข่ายอาจแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามกิจกรรมที่แบ่งกันทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความชำนาญขององค์การสมาชิกแต่ละองค์การ

เสถียร จิรรังสิมันต์ (2549, น. 6-7) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่าย ได้แก่

1. หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่าย ที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์โดยแต่ละหน่วยชีวิตและแต่ละปัจเจกบุคคล จะดำเนินการสานต่อเพื่อหาแนวร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกันตามหลักธรรมชาติที่ทุกสรรพสิ่งจะต้องพึ่งพาอาศัยและสร้างกระบวนการที่สืบเนื่องเพื่อรักษาความเป็นไปของชีวิต ดังนั้นหน่วยชีวิตหรือสมาชิกในองค์กรนั้นจะเป็นองค์ประกอบหลักที่ก่อให้เกิดความเป็นเครือข่าย

2. จุดมุ่งหมาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะหากว่าบุคคลกลุ่มองค์กร มารวมกันเพียงเพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไร้ความมุ่งมั่นหรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอาจกล่าวได้ว่าเป็นเครือข่าย เพราะความเป็นเครือข่ายจะต้องมีความหมายถึง “การร่วมกันอย่างมีจุดหมาย” เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

3. การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่แต่ละหน่วยชีวิตหรือการที่แต่ละบุคคลจะมารวมกันนั้น สิ่งที่จะยึดโยงสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกัน คือ การทำหน้าที่ต่อกัน และกระทำอย่างมีจิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวมแล้ว กระบวนการนั้นจะเป็นเพียงการจัดตั้งและเรียกร้องหาผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น และการที่คนจะมารวมกลุ่มเป็นองค์กรเครือข่ายได้นั้น นอกจากจะมีความสนใจหรืออุปนิสัยใจคอที่คล้ายคลึงกันแล้ว บุคคลยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม กล่าวคือ

เมื่อพวกเขาเห็นปัญหาหรือต้องการที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จิตใจที่มุ่งมั่นซึ่งเป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ย่อมเป็นแรงขับเคลื่อนที่นำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการค้นหาวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งแสวงหาแนวร่วมจากเพื่อนร่วมอุดมการณ์ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายที่ทุกฝ่ายต่างก็มีความไว้วางใจต่อกัน ทั้งนี้ เพราะความเป็นเครือข่าวนั้น สามารถที่จะตอบสนองกระบวนการแก้ไขปัญหาได้มากกว่า

4. การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน ในองค์ประกอบของความเป็นเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่จะขาดมิได้ก็คือการมีส่วนร่วม การพึ่งพาอาศัยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกจะเป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เครือข่าวนั้นมีพลังมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและพึ่งพากันมากขึ้น นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การให้และการรับ รวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อให้ภารกิจที่เครือข่ายดำเนินการร่วมกันนั้นบรรลุถึงเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงเป็นทั้งแนวคิด กระบวนการและวิธีการของการจัดการเครือข่าย เป็นกระบวนการสร้างข้อมูลที่ต่อเนื่อง เพราะถ้าไม่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่มาจากการมีส่วนร่วมแล้ว พัฒนาการของเครือข่ายจะเป็นไปอย่างช้าๆ และอาจถดถอยลง ดังนั้นการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนจึงเสมือนกลไกที่เป็นแรงผลักดันให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร ถ้ากล่าวถึงเครือข่ายว่าเป็นความสัมพันธ์ที่โยงใยแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญต่อเครือข่าย คือ ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน โดยกระบวนการสื่อสารนั้นจะช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงาน และช่วยรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเช่นนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย ถ้าระบบความสัมพันธ์มิได้รับการตอบสนองหรือขาดการติดต่อแล้ว ความเป็นเครือข่ายก็อยู่ในภาวะที่เสื่อมถอย ดังนั้นการพัฒนาระบบเครือข่ายจะต้องยึดหลักการของความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีกิจกรรมและข้อมูลเพื่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของเครือข่าวนั้นๆ

สรุปได้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย ได้แก่ 1. โครงสร้างของข่ายงาน ซึ่งเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายและรูปแบบของข่ายงานระหว่างองค์กร 2. หน่วยชีวิตหรือสมาชิก 3. หน้าที่ หรือภารกิจในกิจกรรมที่ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ 4. การมีส่วนร่วม การพึ่งพาอาศัยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร

## 2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานแบบเครือข่าย

มีแนวคิดที่อธิบายการสร้างเครือข่ายการทำงาน ดังนี้

จรรยาพร ธรณินทร์ (2550) กล่าวถึง 8 ขั้นตอนของกระบวนการจัดการเครือข่ายความร่วมมือ ดังนี้

1. ทำให้รู้สึกถึงความเร่งด่วนที่ต้องมีเครือข่าย ประเมินสถานการณ์ด้านต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งให้เห็นวิกฤตและโอกาสทางเลือกของความสำเร็จ
2. ก่อรูปกลุ่มแกนนำเครือข่ายความร่วมมือ รวมตัวกันของคนและกลุ่มที่มีพลังพอที่จะขับเคลื่อนความร่วมมือทำกิจกรรมร่วมกันของแกนนำในลักษณะทีม
3. สร้างจินตภาพ/วิสัยทัศน์ความร่วมมือ กำหนดกลยุทธ์ไปสู่ความสำเร็จ
4. แผลงขยายการรับรู้และยอมรับในวิสัยทัศน์ใหม่ ใช้ทุกช่องทางในการสื่อวิสัยทัศน์ใหม่และกลยุทธ์กลุ่มแกนนำทำเป็นตัวอย่าง
5. ขับเคลื่อนการกระทำระหว่างหน่วยงาน ลดอุปสรรค เปลี่ยนระบบและโครงสร้างที่บั่นทอนการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริม “ความคิดใหม่ การกระทำใหม่ที่ดี”
6. ชื่นชมความสำเร็จที่เล็กละเอียด กำหนดและชื่นชมการปรับปรุงผลงานที่เริ่มเกิดขึ้น ชื่นชมสรรเสริญคนที่ปรับปรุงตนเองสร้างกระแสความเชื่อในความสำเร็จแม้จะเป็นเรื่องเล็ก
7. ผนึกกำลังผลความสำเร็จก่อตัวเป็นคลื่นของการเปลี่ยนแปลง เมื่อความคิดเริ่มเคลื่อนเปลี่ยน รีบปรับระบบ โครงสร้างและนโยบายให้คล้อยตาม ตอกย้ำความเชื่อมั่นด้วยโครงการใหม่ และแกนนำการเปลี่ยนแปลงหน้าใหม่
8. ปลูกฝังแนวทางการทำงานแบบเครือข่ายให้เป็นวัฒนธรรม ผลงานที่ดีมาจากความร่วมมือและการยึดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ผนวกกับการมีภาวะผู้นำที่ดีและการจัดการที่ดี เชื่อมโยงให้เห็นว่าพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน นำไปสู่ความสำเร็จของวัตถุประสงค์ ร่วมกันคิดค้นกลไกและหนทางที่พัฒนาภาวะผู้นำ และการสร้างผู้นำเครือข่ายความร่วมมือรุ่นใหม่

นฤมล นิราทร (2551, น.1) ได้อธิบายแนวคิดและทฤษฎีการสร้างเครือข่ายในการทำงานไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) อธิบายถึงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน ดังนั้นเหตุผลหลักที่จะทำให้เครือข่ายเกิดขึ้นได้โดยสมัครใจ ก็คือ แต่ละฝ่ายมองเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการเข้าร่วมเครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่ความเต็มใจที่จะประสานกันหรือเข้าร่วมเป็นเครือข่าย

2. แนวคิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นการผนึกกำลังในลักษณะที่มากกว่า  $1+1=2$  แต่ต้องเป็น  $1+1>2$  หมายความว่า การรวมพลังกันทำงานนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าหรือเข้มแข็งมากกว่า การที่แต่ละองค์กรจะทำงานโดยโดดเดี่ยว ซึ่งผลลัพธ์และคุณค่าจากการทำงานย่อมน้อยกว่าผลที่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจกันสร้างผลงาน

สนธยา พลศรี (2548, น.283) สรุปกระบวนการสร้างเครือข่ายและการดำเนินงานของเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชนมีเป้าหมายเพื่อรวมคนในชุมชน คือ ประชาชนชาวบ้าน ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาต่างๆ บุคคลทั่วไปมาเป็นเครือข่ายเพื่อได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการสร้างสัมพันธ์อันดีในชุมชน การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้จึงมีลักษณะเป็นการพัฒนาแบบองค์รวม โดยยึดคน ความรู้ ทรัพยากรในชุมชนเป็นหลัก ผสมผสานการจัดการระบบการเรียนรู้ ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างคนในชุมชนกับคนนอกชุมชน ก่อให้เกิดพลังในการเรียนรู้เพื่อมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน

## 2.5 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของเครือข่าย

มีนักวิชาการได้กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของเครือข่ายไว้ ดังนี้  
 ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์ (2542, น.14-15) ได้กล่าวถึงการสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนา ดังนี้

1. เชิญองค์กรและผู้มีส่วนได้เสียมาร่วมประชุม โดยมีหัวข้อการประชุมที่น่าสนใจเกี่ยวกับผลประโยชน์ร่วม หรือเป้าประสงค์ที่เกี่ยวข้องกัน มอบหน้าที่ในการบริหารจัดการการประชุมให้กับบรรดาผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันรับผิดชอบ การหาข้อตกลงร่วมในกิจกรรมที่เป็นผลประโยชน์ร่วมดังกล่าว

2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเครือข่าย ทิศทาง กิจกรรมหลักและคุณสมบัติของสมาชิกให้ชัดเจน โดยให้สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดด้วย เพื่อป้องกันการครอบงำจากกลุ่มคนบางกลุ่ม ทั้งนี้ควรมีการทบทวนเป็นระยะๆ เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของสังคม และความต้องการของสมาชิก

3. จัดตั้งกลุ่มแกนของเครือข่ายที่ปวารณาตัวเข้ามาทำหน้าที่ประสานงาน จัดการ และส่งกำลังบำรุงให้กับสมาชิก ซึ่งต้องไม่ติดอยู่กับกิจกรรมประจำวันขององค์กรตัวเองและกลุ่มแกน ต้องดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ต้องมีการหมุนเวียนเปลี่ยนกลุ่มผู้นำเครือข่าย เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำของสมาชิก และป้องกันการผูกขาดอำนาจ

4. ความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของและความผูกพันที่เหนียวแน่นมีส่วนอย่างสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่าย ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจการเลือกกิจกรรม และวิธีการทำงานของเครือข่ายในลักษณะประชาธิปไตย

5. เครือข่ายต้องมีวิธีการจัดหา และจัดการทรัพยากรเพื่อประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนกิจการของเครือข่าย และความสามารถในการพึ่งตนเอง ทรัพยากรนี้ไม่ได้หมายถึงเงินทุนอย่างเดียว แต่ยังหมายความรวมถึงคุณภาพของสมาชิก วิธีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เทคโนโลยีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

6. ทำให้เครือข่ายมีสถานภาพถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อให้เครือข่ายและผู้นำเครือข่ายได้รับการสนับสนุนและความไว้วางใจจากสมาชิกเครือข่าย เพื่อให้เป็นที่จดจำได้ง่าย และอาจส่งข่าวสารไปให้บุคคลเป้าหมายที่สามารถให้การรับรองเครือข่ายได้

7. ควรสนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายกับเครือข่าย เพื่อเสริมให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งมีได้ทั้งทางแนวราบ แนวตั้งหรือในภูมิภาคต่างระดับกัน การเชื่อมเครือข่ายทำได้ทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ด้วยการมีกิจกรรมร่วมกัน หรือเป็นตัวแทนร่วมกันในการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องและการร่วมกันประสานงานการประชุม

8. ควรมีการติดตามผลและประเมินผลเป็นประจำสม่ำเสมอและถี่ถ้วน โดยดูความสอดคล้องของแผนการทำงานกับวัตถุประสงค์ ความก้าวหน้าและความสำเร็จของเครือข่ายในแต่ละระยะ ทั้งนี้ควรให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดวิธีและเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพของกิจกรรมเครือข่าย และร่วมเรียนรู้ตลอดกระบวนการติดตามและประเมินผล

9. ควรมีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมด้านการจัดการเครือข่ายให้กับองค์กรแกนและผู้นำเครือข่ายสม่ำเสมอ

10. ถ้าวัตถุประสงค์ของเครือข่ายดี การเชื่อมโยงภายในเครือข่ายเหมาะสม เอื้อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกิจกรรม และความเข้มแข็งของสมาชิก โครงการหรือกิจกรรมมีลักษณะกระจายอำนาจไปให้กับมวลสมาชิกที่ได้รับประโยชน์ การดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในที่สุด

กองส่งเสริมพัฒนาเครือข่าย (2548) กล่าวถึง ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของเครือข่ายว่าจะต้องประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

1. ความเข้าใจ เครือข่ายที่สร้างขึ้นและล้มไปอย่างรวดเร็วในเวลาต่อมา มีสาเหตุสำคัญประการแรก มาจากการที่เครือข่ายไม่สามารถสร้างความเข้าใจให้ตรงกันได้ระหว่างมวลสมาชิก โดยอาจเป็นความไม่เข้าใจต่อวัตถุประสงค์ของเครือข่าย ตั้งแต่เริ่มต้นหรือเป็นความไม่เข้าใจในบทบาทของสมาชิกที่ตนเองเป็นอยู่ นั่นว่ามีบทบาทอย่างไร เป็นบทบาทหลักหรือบทบาทสนับสนุน ดังนั้นเมื่อเครือข่ายที่สร้างขึ้นได้ดำเนินการไปได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง สมาชิกที่ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ก็อาจถอนตัวออกไป ด้วยเห็นว่าเครือข่ายไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนหรือสมาชิกที่ไม่เข้าใจบทบาทของแต่ละส่วนก็อาจเกิดเป็นความสับสนว่ากิจกรรมแต่ละกิจกรรมใครควรเป็นแกนหลักและ

ใครควรเป็นผู้สนับสนุน เช่น หน่วยงานภาครัฐก็ไปทำบทบาทการเป็นแกนหลัก (แทนที่จะเป็นบทบาทของกลุ่มคน ชุมชนในพื้นที่) ในขณะที่ผู้เป็นแกนหลักเองก็อาจจะยังเคยชินกับรูปแบบเดิมของการเป็น “ผู้ร่วมกิจกรรม” ที่รอคอยการนำจากภายนอก

2. ความเป็นประชาธิปไตย การที่สมาชิกทุกคนมีอิสระในความคิดสิ่งที่ตามมาคือความหลากหลายที่แตกต่างกันและคล้ายคลึงกันของความคิดที่แสดงออกมา ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่จะทำ ความแตกต่างเหล่านี้ก็คือ การให้เกียรติการยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทั้งหลายได้เห็นทางเลือกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการที่ตนคิดเห็น และประสบการณ์ที่จำกัดของแต่ละบุคคลและเมื่อได้เกิดสัมพันธ์ความคิดระหว่างกันแล้วจุดเด่น-จุดด้อยของแต่ละ ทางเลือกจะได้รับการวิเคราะห์ห้อย่างเป็นเหตุเป็นผล เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นผลจากการหลอมรวมของ ทุกความคิดมาเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด บนพื้นฐานการยอมรับสมาชิกโดยรวม

3. ความจริงใจเองจากการทำงานในเครือข่าย เน้นการประสานงานในแนวราบไม่เน้น การบังคับสั่งการ ดังนั้นผู้ที่เป็นสมาชิกจะต้องเข้ามาด้วยความสมัครใจและมีความจริงใจในการทำงาน ร่วมกัน โดยเห็นประโยชน์ตามที่เครือข่ายกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ ซึ่งบางครั้งประโยชน์ร่วมที่จะเกิดขึ้น จะหมายถึงผลรวมของการเสียสละที่มาจากสมาชิกแต่ละส่วนนั่นเอง

4. การจัดการไม่ว่าในเครือข่ายใหญ่หรือเล็ก สมาชิกมากหรือน้อย การจัดการยังคง เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในความสำเร็จขององค์กรเสมอ และสำหรับการจัดการเครือข่าย ที่มีพื้นฐานสมาชิกหลากหลายมารวมกัน โดยอิสระโดยไม่ถือการสั่งการเป็นกลไกหลักนั้นการจัดการ จะมีความสำคัญยิ่งขึ้นไปอีก ความยืดหยุ่นในการจัดการให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็น สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการจัดการเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เครือข่ายต้องติดต่อ ประสานงานกับกลุ่มองค์กรภายนอกอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากการจัดการของเครือข่าย

5. การสื่อสาร คือตัวกลางที่ทำให้เครือข่ายสามารถเชื่อมโยงติดต่อถึงกันได้ โดยเป็น ที่ทราบกันอยู่ดีว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไม่ควรจะเป็นแบบทางเดียว เพราะนั่นคือ ระบบสั่งการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในเครือข่ายจะต้องมีลักษณะหลากหลายช่องทางเชื่อมโยงระหว่างสมาชิก กันเองโดยอิสระ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันให้มากที่สุด แม้ว่าเครือข่ายจะมี ระบบการสื่อสารผ่านทางผู้ประสานงานอยู่ก็ตาม แต่ไม่ควรกำหนดเป็นระบบการสื่อสารที่ตายตัว ว่าต้องผ่านเป็นขั้นเป็นตอนตามนั้น เพราะการกำหนดเช่นนี้อาจต้องทำให้เครือข่ายต้องเข้าไปติดอยู่ใน ระบบที่มากขึ้นตอนที่สร้างขึ้นเองอีก ทั้งๆ ที่เครือข่ายก็พยายามจะหลีกเลี่ยงตัวเองออกจากกรอบ ที่เป็นปัญหาของระบบอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายเกิดความเข้มแข็งได้แก่



5.1 สัมพันธภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นต่อการนำไปสู่ความสำเร็จของการเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ถ้าหากสมาชิกมีความเข้าใจและจริงจังในการเข้าร่วมเครือข่ายแล้วสิ่งที่จะได้ตามมาคือ ความเชื่อมั่นวางใจในเครือข่ายซึ่งจะเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในหมู่สมาชิก การมีสัมพันธภาพที่ดีนี้ไม่เฉพาะว่าต้องเป็นไปในลักษณะที่ใกล้ชิดกันเท่านั้นจึงเรียกว่าสัมพันธภาพที่ดีเพราะเครือข่ายที่สมาชิกอยู่ห่างไกลกันตามสภาพตามภูมิศาสตร์และการสื่อสารยังไม่สมบูรณ์พร้อมสมาชิกก็อาจจะไม่สามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกันได้เหมือนกับเครือข่ายที่สมาชิกอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน แต่เครือข่ายที่มีข้อจำกัดดังกล่าวก็ยังคงสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้ในลักษณะของความกลมเกลียวเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

5.2 ความชัดเจนของเป้าหมาย การมีเป้าหมายที่ชัดเจนของเครือข่ายจะสะท้อนให้เห็นความเป็นเอกภาพทางความคิดเห็นในเครือข่ายเบื้องต้น ก่อนที่จะนำไปสู่เอกภาพในการดำเนินกิจกรรมของเครือข่าย สะท้อนความเข้มแข็งของเครือข่าย ทำให้สมาชิกเครือข่ายเข้าใจตรงกันและดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

5.3 กระบวนการเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจของเครือข่ายต้องมีความเป็นประชาธิปไตย หากเครือข่ายให้โอกาสในการเสนอความคิดเห็นและให้สิทธิ์ในการตัดสินใจแก่สมาชิก ย่อมแสดงความเข้มแข็งของความเป็นเครือข่ายและยังเป็นปัจจัยให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันของหมู่สมาชิก ซึ่งจะประกอบเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการระดมสรรพกำลังเมื่อเครือข่ายมีความต้องการ

5.4 ลักษณะกิจกรรมและความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรมมีที่ระบุนว่าเป็นกิจกรรมเครือข่าย โดยมีหน่วยงานเจ้าภาพเป็นผู้จัดให้ภาคีสมาชิกได้พบปะกันอยู่ในหลายๆ เวที ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเครือข่าย แต่หลังจากนั้นเครือข่ายจะมีความเข้มแข็ง โดยพยายามพัฒนาไปสู่การคิดและดำเนินกิจกรรมด้วยเครือข่ายเองเป็นหลัก

5.5 แหล่งของทรัพยากร/ศักยภาพ ทรัพยากรใดที่เครือข่ายยังต้องรอคอยผู้รู้และพึงพิงทรัพยากรจากภายนอกเครือข่ายก็จะได้ชื่อว่าอยู่ได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นหากเครือข่ายสามารถแสวงหาทรัพยากร/ศักยภาพที่มีอยู่ภายใต้เครือข่ายมาใช้ได้มากเพียงไรความเข้มแข็งของเครือข่ายก็เพิ่มมากขึ้นและเป็นการเพิ่มคุณค่ากับสิ่งที่สมาชิกเป็นและที่เครือข่ายมีอยู่อย่างแท้จริง

5.6 การเรียนรู้และนวัตกรรม แม้ว่าจำนวนสมาชิกในเครือข่ายจะทำให้เห็นภาพของเครือข่ายในเชิงปริมาณ แต่ความเข้มแข็งของเวทีเครือข่ายต้องดูที่คุณภาพประกอบนั้นหมายความว่าความหลากหลายที่มารวมกันของสมาชิกก่อให้เกิดความรู้ใหม่สามารถนำไปสู่การพัฒนาจนเกิดการสร้างสรรค์นวัตกรรมตามมา

### 3. การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์

#### 3.1 ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) จังหวัดอุตรดิตถ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ 2558, น. 197 - 200)

จังหวัดอุตรดิตถ์ได้ดำเนินการดูแลและพัฒนาสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกครัวเรือนทุกพื้นที่ เป็นของขวัญปีใหม่ พ.ศ.2558 ภายใต้ชื่อ “ทีมหมอครอบครัว” (Family Care Team) เป็นการสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมชาติที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมในทุกครัวเรือน โดยมีระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ในการสนับสนุนการจัดบริการ การจัดสรรทรัพยากรให้สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการส่งทีมหมอครอบครัว เข้าไปดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ร่วมกันเป็นทีม รวมถึงทีมงานระดับชุมชน เช่น นักบริหาร ชุมชน อสม. อปท. เป็นต้น เข้ามาร่วมกันสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานการเชื่อมโยงให้บริการสุขภาพที่บ้านและประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีพัฒนาการทำงานที่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม โดยความร่วมมือ ร่วมใจ ของทุกคนเพื่อการดูแลประชาชนในครอบครัวที่ทีมหมอครอบครัวรับผิดชอบ

##### 3.1.1 จำนวนทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนดังปรากฏในตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์

รายการข้อมูล	เมือง	ตรอน	ท่าปลา	น้ำปาด	ฟากท่า	บ้านโลก	พิชัย	ลับแล	ทองแสนขัน	รวม
ปชก.ทั้งหมด	155,388	35,826	34,391	37,229	14,512	13,895	58,088	60,249	30,341	439,919
FCT ทีมอำเภอ	6	4	3	7	2	2	7	12	4	47
FCT ทีมตำบล	24	7	13	13	5	6	14	12	6	100
FCT ทีมชุมชน	127	33	76	58	31	23	66	59	26	499
รวมทีม FCT	157	44	92	78	38	31	87	83	36	646
ความครอบคลุม	990	814	374	477	382	448	668	726	742	681

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (2558)

3.1.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 ที่ต้องดูแลโดยทีมหมอครอบครัว จังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนดังปรากฏในตารางที่ 2.3 ดังนี้

ตารางที่ 2.3 แสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 ที่ต้องดูแลโดยทีมหมอครอบครัว จังหวัดอุตรดิตถ์

รายการ ข้อมูล	เมือง	ตรอน	ท่าปลา	น้ำปาด	พากท่า	บ้านโลก	พิชัย	ลับแล	ทองแสนขัน	รวม
ผู้สูงอายุ ทั้งหมด	25,558 (16.44)	5,482 (15.30)	6,345 (18.44)	6,233 (16.74)	3,209 (22.11)	1,799 (12.9)	11,653 (20.06)	10,019 (16.69)	4,696 (15.47)	74,994 (17.04)
ผู้สูงอายุ ที่ติดเตียง	117	69	106	59	7	18	73	72	19	540
ผู้พิการ ทั้งหมด	3,622	839	4,451	951	572	98	1,813	1,519	920	14,785
ผู้พิการ ที่ต้องได้รับ การดูแล Palliative care	93	51	139	81	3	98	64	30	120	679
สุขภาพจิต	41	10	16	32	17	4	54	28	14	216
รวมเป้าหมาย ที่ต้องดูแล	1,008	299	1,250	692	154	185	545	377	325	4,835

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (2558)

3.1.3 จำนวนสหวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนดังปรากฏในตารางที่ 2.4 ดังนี้

ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนสหวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์

อำเภอ	ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ				จำนวนบุคลากรในทีมหมอครอบครัว		
	ศสม (แห่ง)	รพ.สต. (แห่ง)	เวชปฏิบัติ รพ./เทศบาล	รวม	หมอครอบครัว อำเภอ	หมอครอบครัว ตำบล	รวม
เมือง	3	21	0	24	26	142	168
ลับแล	0	11	1	12	18	54	72

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

อำเภอ	ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ			จำนวนบุคลากรในทีมหมอครอบครัว			
	ศสม	รพ.สต.	เวชปฏิบัติ	รวม	หมอครอบครัว	หมอครอบครัว	รวม
	(แห่ง)	(แห่ง)	รพ./เทศบาล		อำเภอ	ตำบล	
พิชัย	0	13	1	14	21	62	83
ตรอน	0	6	1	7	11	37	48
ท่าปลา	0	12	1	13	15	53	68
น้ำปาด	0	12	1	13	14	51	65
ฟากท่า	0	4	1	5	5	25	30
บ้านโคก	0	5	1	6	7	28	35
ทองแสนขัน	0	5	1	6	11	26	37
<b>รวม</b>	<b>3</b>	<b>89</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	128	478	606

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (2558)

### 3.2 วิสัยทัศน์การดำเนินงานหมอครอบครัวในจังหวัดอุตรดิตถ์

วิสัยทัศน์การดำเนินงานหมอครอบครัวในจังหวัดอุตรดิตถ์ คือ “เป็นองค์กรบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”

### 3.3 พันธกิจการดำเนินงานหมอครอบครัวในจังหวัดอุตรดิตถ์

พันธกิจการดำเนินงานหมอครอบครัวในจังหวัดอุตรดิตถ์ คือ

3.3.1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3.3.2 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้มีประสิทธิภาพและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายทุกระดับ

3.3.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ

3.3.4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

3.3.5 พัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ

อย่างครอบคลุม

**3.4 กิจกรรมการดำเนินงานทีมหมอบรรเทา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2558, น. 200 - 201)**

**ระยะที่ 1 (ธันวาคม 2558- มีนาคม 2558)**

1. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์นโยบายหมอบรรเทา ได้แก่ การจัดงานเปิดตัว “ทีมหมอบรรเทาของขวัญปีใหม่” ในงานเสวนาเครือข่ายสุขภาพและสื่อมวลชน การจัดทำสื่อป้ายประชาสัมพันธ์ ติดที่โรงพยาบาลและ รพ.สต./ศสม.จำนวน 98 จุด และโปสเตอร์ของขวัญปีใหม่ “หมอบรรเทา” เพื่อสร้างการรับรู้ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขของประชาชนติดทุกครัวเรือน จำนวน 154,935 หลังคาเรือน

2. การดำเนินงานจัดระบบทีมหมอบรรเทา เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วย Palliative care ของจังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการจัดทีมหมอบรรเทาตามระดับที่กำหนด คือ ทีมหมอบรรเทาอำเภอ จำนวน 47 ทีม ทีมหมอบรรเทาตำบล จำนวน 100 ทีม และมีทีมหมอบรรเทาชุมชน จำนวน 499 ทีม รวมทั้งหมด 646 ทีม ซึ่งสามารถดูแลประชาชนจังหวัดอุดรธานี จำนวน 437,919 คน เฉลี่ย จำนวน 681 คน/ทีมหมอบรรเทา

จังหวัดอุดรธานีมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.04 และผู้พิการ ร้อยละ 3.36 และมีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ รวม 4,835 คน เป็นผู้ป่วยสุขภาพจิต มากที่สุด ร้อยละ 0.77 รองลงมาเป็นผู้พิการ ร้อยละ 0.15 และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง ( $ADL \leq 4$ ) ร้อยละ 0.12 และผู้ป่วย Palliative care ร้อยละ 0.04 และผู้ป่วยสุขภาพจิต ร้อยละ 0.77 ของประชากรทั้งหมด

3. เชื่อมโยงทีมหมอบรรเทาเข้ากับระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System)

โดยดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพ ให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันและมีระบบ Family Care Team เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ หรือการจัดบริการสุขภาพ (Essential Care/ODOP) พบว่า เรื่องหรือประเด็นที่ดำเนินการจัดบริการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ มากที่สุด คือ โรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง) เป็นหลักทุกเครือข่าย รองลงมา คือ สุขภาพจิต จำนวน 6 เครือข่าย การควบคุมโรคไข้เลือดออกและ SRRT จำนวน 5 เครือข่าย ส่วนประเด็นอื่นที่ดำเนินการในบางพื้นที่ ได้แก่ การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care) โดยทีมหมอบรรเทา ส่วนที่เหลือเป็นประเด็นตามกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งครรภ์ก่อนวัยฯ การจัดการขยะ แพทย์แผนไทย สุขภาพช่องปาก และอุบัติเหตุและการส่งต่อ

## ระยะที่ 2 (เมษายน 2558 - มิถุนายน 2558)

1. ดำเนินการออกติดตามเยี่ยม ประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการของทีมหมอครอบครัว โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ และคณะทำงาน ไตรมาสละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง คือ เดือนธันวาคม 2558 และ มีนาคม 2558 และ พฤษภาคม 2558 รวมจำนวน 3 ครั้ง

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดทำแผนบูรณาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยง Service Plan 10 สาขา ตามหลัก Six Building Block Plus ของคณะทำงาน Service Plan 10 สาขา กับเครือข่ายสุขภาพอำเภอและทีมหมอครอบครัวในหน่วยปฐมภูมิทุกแห่ง (ผู้เข้าร่วมประชุม 180 คน) ได้แผนบริการปฐมภูมิเชื่อมโยง Service Plan 10 สาขา โดยใช้กลไกของทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

3. การพัฒนาศักยภาพการบริการและดูแลกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วย Palliative care ของทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) โดยการอบรมฟื้นฟูพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวฯ ในหน่วยปฐมภูมิและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม/กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 75 คน

### 3.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

3.5.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ได้แก่ การจัดทำเรื่องเล่า และ Clip VDO ทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุดรดิตถ์ ในช่วงการดำเนินการระยะ 2 ได้ให้ทุกเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ดำเนินการเขียนเรื่องเล่าเป็นราย รพ./รพ.สต./ศสม. เป็นข้อมูลติดตามกำกับงานในเชิงคุณภาพ ดังปรากฏในตารางที่ 2.4 ดังนี้

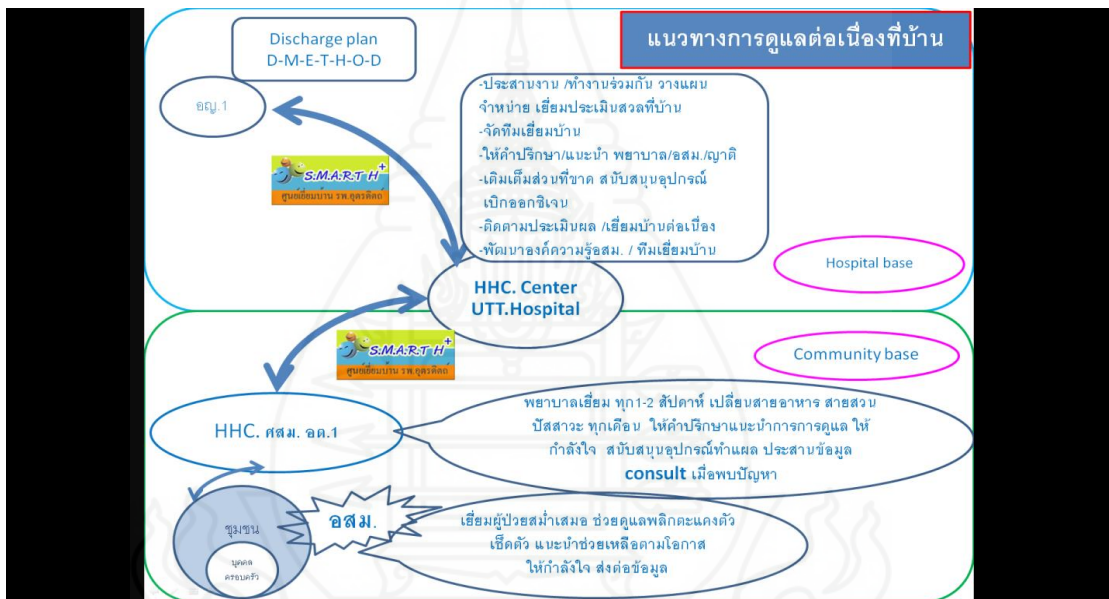
ตารางที่ 2.5 แสดงจำนวนการจัดทำเรื่องเล่า และ Clip VDO ทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุดรดิตถ์ ณ เดือน มิถุนายน 2558

รายการข้อมูล	เมือง	ตรอน	ท่าปลา	น้ำปาด	ฟากท่า	บ้านโลก	พิชัย	ลับแล	ทองแสนขัน	รวม
จำนวนเรื่องเล่าหมอครอบครัว	6	2	7	2	4	1	15	4	5	46
Clip VDO/PPT	0/2	1/0	0	1/0	0/1	1/0	2/0	0	0	5/3
ส่งเรื่องเล่าให้ สนง.ตร.เขต 2	2	1	2	1	2	1	4	2	2	17

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ (2558)

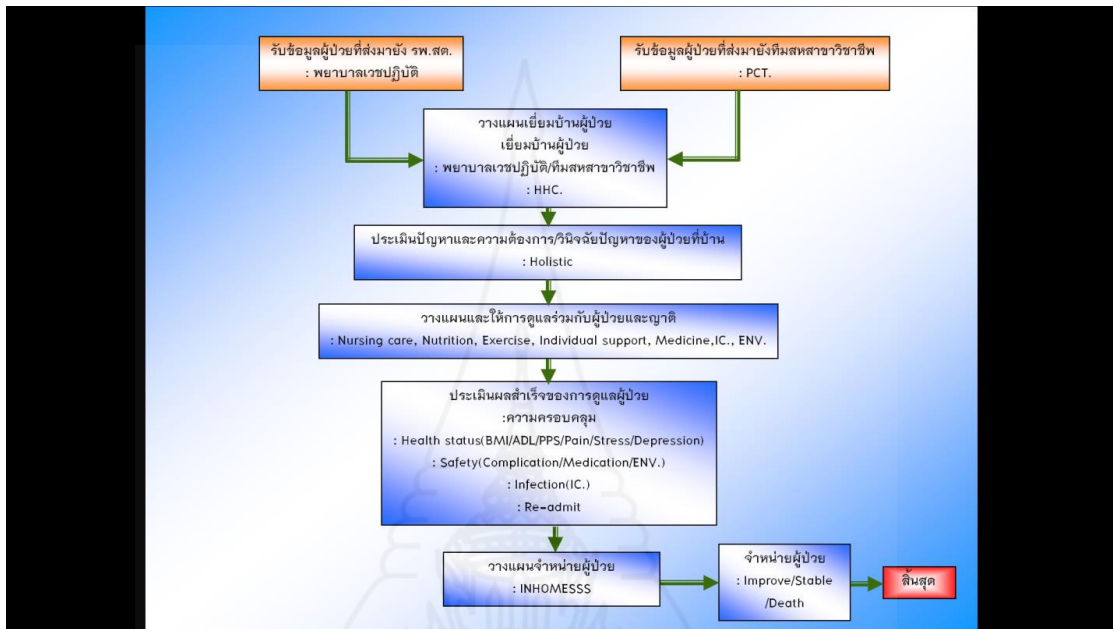
3.5.2 จัดทำระบบรายงานการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นแบบ FCT1 รายงานระดับอำเภอ แบบ FCT2-4 รายงานระดับตำบลและชุมชน เป็นข้อมูลติดตาม กำกับงานในเชิงปริมาณ

3.5.3 การจัดการระบบเชื่อมโยงการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวอำเภอ/หน่วยบริการตติยกรรม-ทุติยกรรม ไปยังระบบบริการปฐมภูมิและชุมชน ตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย Palliative Care ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องดูแลที่มี ADL ≤ 4 ตามแนวทางศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ดังปรากฏในภาพที่ 2.2 ดังนี้



ภาพที่ 2.2 การจัดการระบบเชื่อมโยงการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวอำเภอ/หน่วยบริการ ตติยกรรม-ทุติยกรรม ไปยังระบบบริการปฐมภูมิและชุมชน  
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (2558)

และบูรณาการการทำงานของศูนย์ Home Health Care กับ ศูนย์ Palliative Care Unit ในทุกโรงพยาบาลชุมชน ดังปรากฏในภาพ ที่ 2.3 ดังนี้



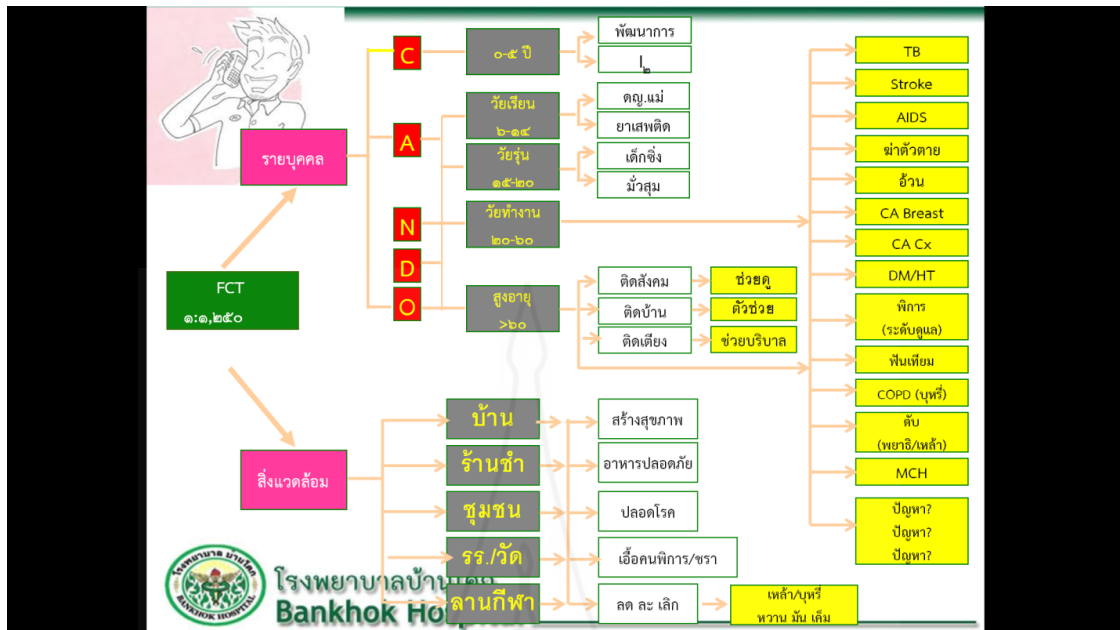
ภาพที่ 2.3 การบูรณาการการทำงานของศูนย์ Home Health Care กับ ศูนย์ Palliative Care Unit ในทุกโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (2558)

### 3.6 ต้นแบบการดำเนินงานหมอบรรณกิจจังหวัดอุดรธานี (Good Practice)

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานต้นแบบหมอบรรณกิจของอำเภอบ้านโคก โดยการใช้พื้นฐานการดำเนินงานของนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และแพทย์ที่ปรึกษา ดังปรากฏในภาพที่





ภาพที่ 2.4 แสดงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานต้นแบบหออครอบครัว ของอำเภอบ้านโคก โดยการใช้พื้นฐานการดำเนินงานของนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และแพทย์ที่ปรึกษา ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ (2558)

จากสรุปผลการดำเนินงานหออครอบครัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ ในปี 2558 พบว่ามีปัญหาการดำเนินงานหออครอบครัวด้าน 1. การสื่อสารการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่ และการถ่ายทอดนโยบาย 2. ระบบการทำงานร่วม แม่ข่าย – ลูกข่ายแบบเดิมและแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการร่วมของภาคีเครือข่าย 3. ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4. ทศนคติและความเชื่อมั่นของทีมหออครอบครัว ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในนโยบายและคิดว่าเป็นภาระงานเพิ่มขึ้น จากเดิมที่ระดับตำบลมีภาระงานมากอยู่แล้ว ทั้งนี้การดำเนินงานหออครอบครัวจังหวัดอุดรดิตต์ ตั้งแต่ปี 2558 – 2559 ยังมิได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานหออครอบครัวเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุดรดิตต์อย่างจริงจัง

### 3.7 การดำเนินงานทีมสุขภาพหออครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตต์

จากการถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานหออครอบครัวโดยลำดับ ทีมสุขภาพอำเภอน้ำป่าดจึงได้มีการจัดตั้งทีมสุขภาพหออครอบครัวขึ้นเพื่อสนองนโยบายดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลน้ำป่าด ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำป่าด เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอน้ำป่าด มีการ

ดำเนินงานตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยยึดหลักการประสานงานเชิงรุก โดยมีหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ 1. การทำให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น (Self-care) และ 2. การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม จากการดำเนินงานในปี 2559 ได้ให้บริการผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านได้เพียงร้อยละ 4.30 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.96 (สาธารณสุขอำเภอหน้าป่าด 2559, น.35) ในขณะที่เป้าหมายการดำเนินงานปี 2559-2561 ให้ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 10, 50 และ 100 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559, น.23) ดังนั้น การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว ระดับตำบล อำเภอหน้าป่าด จังหวัดอุดรธานี จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้พบแนวทางในการดำเนินงานบริการของทีมสุขภาพ หมอครอบครัวอำเภอหน้าป่าด ให้ประสบความสำเร็จโดยเร็ว ภายใต้ทรัพยากรที่มีและบริบทที่เป็นอยู่

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนาวิทย์ ทำนาเมือง (2548, น. 85-88) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของ ศูนย์สุขภาพชุมชน ปัจจัยด้านกำลังคน ปัจจัยด้านการเงิน ปัจจัยด้านวัสดุ ปัจจัยด้านการจัดการ (กระบวนการบริหาร) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม กับการดำเนินงานออกกำลังกาย พบว่า คุณลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ระยะทางระหว่างหมู่บ้านกับศูนย์สุขภาพชุมชน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงลบ ( $r = -0.16$ ,  $P\text{-value} = 0.02$ ) ปัจจัยด้านกำลังคน ด้านทัศนคติของผู้รับผิดชอบงานออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก ( $r = 0.15$ ,  $P\text{-value} = 0.02$ ) และปัจจัยด้านกำลังคนโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก ( $r = 0.17$ ,  $P\text{-value} < 0.01$ ) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก ( $r = 0.22$ ,  $P\text{-value} = 0.01$ ) ส่วนปัจจัยด้านการจัดการ (กระบวนการบริหาร) โดยรวมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก ( $r = 0.30$ ,  $P\text{-value} < 0.00$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการควบคุมกำกับ ด้านการจัดองค์กร ด้านการวางแผน และด้านการบริหารงานบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานออกกำลังกาย ( $r = 0.41, 0.38, 0.37$  และ  $0.34$ ,  $P\text{-value} < 0.01, 0.01, 0.01$  และ  $0.01$  ตามลำดับ) และด้านการอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานออกกำลังกาย ( $r = 0.29$ ,  $P\text{-value} = 0.01$ ) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกาย เชิงบวก ( $r = 0.34$ ,  $P\text{-value} < 0.01$ ) และเมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก ( $r = 0.26$ ,  $P\text{-value} < 0.01$ ) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ภาครัฐและเอกชนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก ( $r = 0.33$ ,  $P\text{-value} < 0.01$ )

วรสา บัวคง (2550, น. 108-110) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อายุและระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

สิงหา จันทริย์วงศ์ (2551, น. 158-159) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทประกอบด้วยยุทธศาสตร์ในการพัฒนา 4 ประการได้แก่ การเตรียมความพร้อม การส่งเสริมโดยครอบครัว ระบบคุ้มครองโดยครอบครัว การพัฒนานุเคราะห์ของครอบครัวผู้สูงอายุ และการจัดการความรู้และการวิจัยผู้สูงอายุในชนบทโดยครอบครัว

เพ็ชรรัตน์ แดงน้อย (2552 บทคัดย่อ) ที่ศึกษาคุณภาพบริการที่บ้านสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม มีผลการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ของการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางในการให้บริการและอยากให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนในการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการบริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการเยี่ยมบ้าน โดยในด้านขององค์กร พบว่าไม่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านชัดเจน

ลลิตา เสนกรรหา (2552, น. 76) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1) ในภาพรวม มีการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 31.70 และระดับต่ำร้อยละ 1.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.50 (S.D. = 0.34) และพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การเกิดโรคในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1)

กณิต หนูพลอย (2553, น. 57) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการ

ปฏิบัติงานของ อสม. ในเชิงลบค่อนข้างต่ำ ( $r = -0.31$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในเชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = 0.52$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยด้านค่านิยมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในเชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = 0.57$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในเชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = 0.55$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

วิชราภรณ์ โนราช (2553, น. 46) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ในการดูแลด้านกาย จิต และสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะแรกและระยะเรื้อรัง มีความต้องการได้รับการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลแม่ข่ายทางด้านจิตใจเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นด้านร่างกาย ด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยระยะแรกให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจเท่าๆ กัน และมีความเห็นสอดคล้องกับผู้ป่วยที่ต้องการให้ทีมเยี่ยมบ้านช่วยดูแลด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย ส่วนครอบครัวของผู้ป่วยระยะเรื้อรังมีความต้องการแตกต่างจากผู้ป่วย กล่าวคือ ต้องการให้ทีมเยี่ยมบ้าน ช่วยดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นด้านจิตใจ และด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย

บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์ (2553, น. 92-94) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่าระดับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง และมีระดับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชนและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ( $r = 0.263$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้ต่อโรคมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ( $r = 0.237$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ( $r = 0.382$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชนและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ( $r = 0.319$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.001 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ( $r = 0.220$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ( $r = 0.532$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

นาวาริน เพชรอุแท (2553, น. 87-88) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดชุมพร : ตามความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งในคณะกรรมการ และประสบการณ์หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.275$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยความรู้มีความสัมพันธ์กับดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในระดับต่ำตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการบริหารงบประมาณและการเงิน ( $r = 0.322$ ) ด้านการติดตามประเมินผล ( $r = 0.241$ ) ด้านการบริหารแผนงานและโครงการ ( $r = 0.230$ ) ด้านการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ( $r = 0.212$ ) และมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความรู้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในระดับต่ำ ( $r = 0.120$ )

กุลลาบ สุขพรรณ (2556, น. 108-110) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสุขภาพของครูอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนโดยรวมจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทันตสุขภาพของครูอนามัยกับการดำเนินงานทันตสุขภาพของครูอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวกในระดับสูงมาก ( $r=0.723$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร โรงเรียน ด้านการสนับสนุนจากบุคลากรครูในโรงเรียน ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการสาธารณสุข และด้านการสนับสนุนจากผู้ปกครอง/ครอบครัวของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการดำเนินงานทันตสุขภาพของครูอนามัย ( $r = 0.673, 0.648, 0.649$  และ  $0.593$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดำเนินงานทันตสุขภาพของครูนามัย ( $r = 0.460$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

พงษ์ศักดิ์ คชาทอง (2556, น. 87-88) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามนโยบาย 3S ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและความรู้ด้าน 3S และกระบวนการบริหารทรัพยากรกับผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย 3S ลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ อายุราชการ และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3S โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้าน Structure และด้าน System ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและความรู้ด้าน 3S กับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3S โดยรวมและรายด้านพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน กระบวนการบริหารทรัพยากรด้านการวางแผนกับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3S รายด้าน คือ ด้าน Structure และด้าน System มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ด้านการดำเนินงานกับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3S โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ รายด้านคือ ด้าน Structure มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง และด้าน System มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ด้านการประเมินผลกับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3S โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ รายด้าน คือ ด้าน Structure และด้าน System มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ

มุกดา ยิ้มย่อง (2556, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี โดยการออกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของบุคลากร (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลท่า양และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ ทีมสหวิชาชีพ) และญาติผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.58 ด้านโครงสร้างองค์กร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.32 ด้านการประเมินผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.49

วีรศักดิ์ มณี (2556, น.76- 82) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 พบว่า ผลการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเครือข่ายบริการสาธารณสุข 11 โดยภาพรวมมีความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกดี อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 ผลงานด้านการควบคุมโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ได้รับงบประมาณเพียงพอในการจัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกกับผลงานด้านการควบคุม

โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านกำลังคน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 ผลงานด้านการควบคุมโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน โรคไข้เลือดออกกับผลงานด้านการควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ส่วนผลการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 ด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน โรคไข้เลือดออก

เอมิกา กลยณี (2556, น. 83) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ปัจจัยคัดสรรด้านอายุ รายได้และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับหมอครอบครัว/ทีมสุขภาพของหมอครอบครัว แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับเครือข่าย การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้กรอบแนวคิดในการวิจัย (หน้า 8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่าย ทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ เครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวในอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ.2560 จำนวน 13 ทีม ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 12 ทีม และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 ทีม

1.2 ผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ บุคลากรในทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ปฏิบัติงานหมอครอบครัวในปี พ.ศ.2560 จำนวน 968 คน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทีมสหวิชาชีพหมอครอบครัว และทีมสุขภาพภาคประชาชน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของแดเนียล (Daniel 1995 อ้างในบุญธรรม กิจปริดาบ ธิสุทธิ์ 2551 หน้า 113) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2\alpha_2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha_2 P(1-P)}$$



- เมื่อ  $n$  = จำนวนตัวอย่างจากการคำนวณ  
 $N$  = จำนวนประชากรเป้าหมายเท่ากับ 968 คน  
 $Z_{\alpha_2}$  = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติตามลำดับความเชื่อมั่น  
 ที่กำหนดเท่ากับ 1.96  
 $P$  = ค่าสัดส่วนของตัวแทนประชากรที่ได้รับเลือกเท่ากับร้อยละ 50  
 หรือ 0.50  
 $d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{968(1.96)^2 \times 0.50(1-0.50)}{(968-1)0.05^2 + 1.96^2 \times 0.50(1-0.50)}$$

$$= 275.22$$

สรุปได้จำนวนตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ รวมจำนวนทั้งสิ้น 276 คน  
 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3.1 - 3.2

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและตัวอย่างทีมสุขภาพหมอครอบครัวผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ

ทีมสุขภาพหมอครอบครัว	จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ			รวม
	ทีม สหวิชาชีพ	ทีมสุขภาพภาค ประชาชน		
		ประชากร	ตัวอย่าง	
1. รพ.สต.ห้วยไคร้	4	53	12	16
2. รพ.สต.บ้านฝาย	5	158	37	42
3. รพ.สต.บ้านท่าโพธิ์	4	58	14	18
4. รพ.สต.เด่นเหล็ก	5	69	16	21
5. รพ.สต.บ้านห้วยแมง	4	53	12	16
6. รพ.สต.น้ำไคร้	4	97	23	27
7. รพ.สต.น้ำไผ่	4	63	15	19
8. รพ.สต.บ้านห้วยเตี๋ย	3	36	8	11
9. รพ.สต.ห้วยมุ่น	4	59	14	18

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ทีมสุขภาพหมอบรรณคร้ว	จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ			
	ทีม สหวิชาชีพ	ทีมสุขภาพภาค ประชาชน		รวม
		ประชากร	ตัวอย่าง	
10. รพ.สต.บ้านโป่งพาน	2	18	4	6
11. รพ.สต.ท่าแฝก	3	71	17	20
12. รพ.สต.บ้านห้วยผึ้ง	4	38	9	13
13. หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.น้ำปาด (ตำบลแสนตอ)	19	130	30	49
<b>รวม</b>	<b>65</b>	<b>903</b>	<b>211</b>	<b>276</b>

ตารางที่ 3.2 รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	จำนวน
	บุคลากร	ตัวอย่าง
ทีมสหวิชาชีพ		
1. แพทย์	4	4
2. พยาบาล	15	15
3. กวีวิชาการสาธารณสุข	7	7
4. เจ้าพนักงานสาธารณสุข	10	10
5. นักกายภาพบำบัด	3	3
6. นักโภชนาการ	1	1
7. นักการแพทย์แผนไทย	2	2
8. เภสัชกร	4	4
9. เจ้าพนักงานเภสัชสาธารณสุข	4	4
10. ทันตแพทย์	4	4
11. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	7	7
12. นักเทคนิคการแพทย์	4	4
<b>รวม</b>	<b>65</b>	<b>65</b>

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

	ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	จำนวน
		บุคลากร	ตัวอย่าง
ทีมสุขภาพภาค	1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	825	187
ประชาชน	2. เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ เทศบาล	8	8
	3. ผู้นำชุมชน ประธานชุมชน	70	16
	<b>รวม</b>	<b>903</b>	<b>211</b>
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		<b>968</b>	<b>276</b>

สรุปผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณรวมทั้งสิ้น 276 คน รายละเอียด ดังนี้

1) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มสหวิชาชีพหมอบรรณครวัระดับตำบล จำนวน 65 คน ใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด

2) ผู้ให้ข้อมูลทีมสุขภาพภาคประชาชน สำหรับผู้รับผิดชอบงานหมอบรรณครวัองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน ใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด

3) ผู้ให้ข้อมูลทีมสุขภาพภาคประชาชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 825 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 คน ใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย และกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลแบบเป็นสัดส่วน

4) ผู้ให้ข้อมูลทีมสุขภาพภาคประชาชน สำหรับผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชนหรือตัวแทนผู้รับผิดชอบงานหมอบรรณครวั จำนวน 70 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน ใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย และกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลแบบเป็นสัดส่วน

**1.2.2 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ** คือ ผู้บริหารในทีมสุขภาพหมอบรรณครวัระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ปฏิบัติงานหมอบรรณครวัในปี พ.ศ.2560 จำนวน 16 คน ใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 2 คน คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนน้ำปาด จำนวน 1 คน และสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด จำนวน 1 คน

2) กลุ่มที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน หัวหน้างานหมอครอบครัวโรงพยาบาลน้ำปาด จำนวน 1 คน และหัวหน้างานหมอครอบครัวสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด จำนวน 1 คน

### 1.3 คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

1.3.1 เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการดำเนินงานของหมอครอบครัวของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

1.3.2 ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถพูดคุยสื่อสารได้เข้าใจ

1.3.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ

### 1.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

1.4.1 เริ่มดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับหนังสือแจ้งโครงการวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ สช 0522.20/2077 เลขที่โครงการ IRB-SHS 2017/0111/38 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 ถึง 1 พฤศจิกายน 2561 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ สาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำปาด

1.4.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.3 การวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเผยแพร่ เพื่อมิให้เกิดผลกระทบหรือผลเสียใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีลักษณะของเครื่องมือ การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

### 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มี 3 ฉบับ ได้แก่

2.1.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ 1 ฉบับ และสำหรับทีมสุขภาพภาคประชาชน 1 ฉบับ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และแบบเติมข้อความในช่องว่าง

**ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
หมอครอบครัว** มีข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่

- 2.1 ด้านนโยบาย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1
- 2.2 ด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 5
- 2.3 ด้านกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4
- 2.4 ด้านวิธีการดำเนินงาน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 8, 9, 10,

11, 12, 13, 14

ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีการของลิเคิร์ต (Likert) โดยค่าแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

**ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีม  
สุขภาพหมอครอบครัว** มีข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน 4 ด้าน  
ได้แก่

- 3.1 ด้านงบประมาณ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16
- 3.2 ด้านบุคลากร จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18, 23, 24
- 3.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 17, 19,

21, 22

- 3.4 ด้านข้อมูลสารสนเทศ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15, 20, 25

ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีการของลิเคิร์ต (Likert) โดยค่าแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

**ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว** มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล 7 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการประชาสัมพันธ์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2
  2. ด้านลักษณะการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7
  3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11
  4. ด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12, 13, 14, 15
  5. ด้านการเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16
  6. ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 17, 18, 19, 20
  7. ด้านการประสานงาน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8, 9, 10
- ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีการของลิเคิร์ต (Likert) โดยค่าแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับมาก
- 3 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับน้อยที่สุด

**ตอนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิด (Open ended) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล** มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

- 5.1 ปัญหา อุปสรรคด้านการประชาสัมพันธ์ และข้อเสนอแนะ
- 5.2 ปัญหา อุปสรรคด้านลักษณะการให้บริการ และข้อเสนอแนะ
- 5.3 ปัญหา อุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อเสนอแนะ
- 5.4 ปัญหา อุปสรรคด้านการดูแลแบบประคับประคอง และข้อเสนอแนะ
- 5.5 ปัญหา อุปสรรคด้านการเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย และข้อเสนอแนะ

5.6 ปัญหา อุปสรรคด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ และข้อเสนอแนะ

5.7 ปัญหา อุปสรรคด้านการประสานงาน และข้อเสนอแนะ

**2.1.2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth Interview)** เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาบริบทเชิงโครงสร้างในการบริหารจัดการของผู้บริหารที่ดำเนินงานต่อทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล แล้วนำมาประมวลตั้งเป็นข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ 1) สาธารณสุขอำเภอป่าตอก ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล จำนวน 1 คน และ 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตอก ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาทีมสุขภาพหมอครอบครัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลป่าตอก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 2 คน เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมา และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าตอก โดยมีข้อคำถาม ดังนี้

1) การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าตอก ในระยะเวลาที่ผ่านมา

2) การมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว

3) บริบทการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าตอก จังหวัดอุดรธานี

4) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพหมอครอบครัวที่ผ่านมา

5) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล

**2.1.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)** เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาบริบทเชิงโครงสร้างในการบริหารจัดการของผู้บริหารที่ดำเนินงานต่อทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล แล้วนำมาประมวลตั้งเป็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้บริหาร ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 คน 2) หัวหน้ากลุ่มงานหมอครอบครัวสำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าตอก จำนวน 1 คน และ 3) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลป่าตอก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 16 คน เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมา และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าตอก โดยมีหัวข้อการสนทนา ดังนี้

1) การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด ในระยะเวลาที่ผ่านมา

2) การมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว

3) บริบทการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

4) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพหมอครอบครัว ที่ผ่านมา

5) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับ ตำบล

## 2.2 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ในการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

### 2.2.1 แบบสอบถาม

1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพ นโยบายหมอครอบครัว การบริหาร งานบริการ การสนับสนุนงานหมอครอบครัวและการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน

2) เลือกรูปแบบการสร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของลิเคิร์ต

3) สร้างแบบสอบถามฉบับร่าง แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอ คำแนะนำและความคิดเห็นแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

4) นำร่างแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสาธารณสุขจำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการ บริการชุมชนจำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยสาธารณสุขจำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรง เจริญเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้แบบประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Inex of Item Objective Congruence: IOC) ผลปรากฏว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.60-1.00

5) แบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับตัวแทน ทีมสหวิชาชีพทีมสุขภาพหมอครอบครัว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าปลาและ โรงพยาบาล ท่าปลา จำนวน 30 คน ทีมสุขภาพภาคประชาชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าปลาและ โรงพยาบาลท่าปลา จำนวน 30 คน ที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปวิเคราะห์ เพื่อหาค่าความเที่ยง



(Reliability) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$  - Coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach) พบว่าแบบสอบถามสำหรับกลุ่มวิชาชีพทั้งฉบับมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.982 โดย

- ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การดำเนินงาน เท่ากับ 0.962
- ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงาน เท่ากับ

0.965

- ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัวเท่ากับ 0.968

และแบบสอบถามสำหรับทีมสุขภาพภาคประชาชนทั้งฉบับมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.967 โดย

- ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การดำเนินงาน เท่ากับ 0.947
- ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงาน เท่ากับ

0.921

- ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัวเท่ากับ 0.950

6) ตรวจสอบแบบสอบถามและจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.2.2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก

1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพ นโยบายหมอครอบครัว การบริหาร งานบริการ การสนับสนุนงานหมอครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแล้วนำมาประมวล เพื่อตั้งเป็นคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมา และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด ในแบบสัมภาษณ์ฉบับร่าง

2) นำแบบสัมภาษณ์เจาะลึกฉบับร่าง เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำความคิดเห็น และหาความตรงเชิงเนื้อหา

3) นำแบบสัมภาษณ์เจาะลึกฉบับร่าง ไปปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.2.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพ นโยบายหมอครอบครัว การบริหาร งานบริการ การสนับสนุนงานหมอครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแล้วนำมาประมวล เพื่อตั้งเป็นคำถามที่จะใช้ในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค จาก

การดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมา และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด ในแบบบันทึกการสนทนากลุ่มฉบับร่าง

- 2) นำแบบบันทึกการสนทนากลุ่มฉบับร่าง เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำ ความคิดเห็น และหาความตรงเชิงเนื้อหา
- 3) นำแบบบันทึกการสนทนากลุ่มฉบับร่าง ไปปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

#### 3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

3.1.1 ขอนหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล น้ำปาด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.2 นำหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล น้ำปาด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.3 นำส่งแบบสอบถามพร้อมหนังสือขออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาด และ โรงพยาบาล น้ำปาด ที่เป็นต้นสังกัดของประชากรโดยผู้วิจัย นำส่งด้วยตนเอง พร้อมนัดหมายวัน เวลา ในการขอรับแบบสอบถามคืน

3.1.4 ผู้วิจัยติดตามรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

#### 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

3.2.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอน ดังนี้

1) ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกเสียง

2) ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีการทบทวนคำถามและคำตอบเพื่อเป็นแนวทางในการถามคำถามต่อไป โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที

3) ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะใช้การจดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญตามความเป็นจริง โดยไม่มีการตีความ

**3.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์** เพื่อทำการตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูล และข้อมูลที่ได้มาผู้วิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

### 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

**3.3.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแก่กลุ่มเป้าหมายการวิจัย และดำเนินการการสนทนากลุ่มตามขั้นตอน ดังนี้**

1) ก่อนเริ่มการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม โดยขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกเสียง

2) ระหว่างการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีการทบทวนหัวข้อการสนทนาเพื่อเป็นแนวทางในการสนทนาในหัวข้อต่อไป โดยจะใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 - 2 ชั่วโมง

3) ในขณะที่การสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะใช้การจดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญตามความเป็นจริง โดยไม่มีการตีความ

**3.3.2 ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปบันทึกการสนทนา** เพื่อทำการตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูล และข้อมูลที่ได้มาผู้วิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

## 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

### 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.1.1 การจัดกระทำข้อมูล

1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ตามจำนวนประชากรที่ดำเนินการวิจัย ได้จำนวนแบบสอบถามทั้งสิ้น 276 ฉบับ มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2) นำแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ ไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

### 3.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (*Descriptive Statistics*) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน และระดับการดำเนินงาน ซึ่งจะใช้ร้อยละ (Percentage) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญชม ศรีสะอาด 2545, น. 165)

2) ใช้สถิติอ้างอิง (*Inferential statistics*) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(1) สถิติไค-สแควร์ ( $\chi^2$ -test) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการศึกษากับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

(2) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Bartz 1999, pp. 184)

0.81 - 1.00 มีความสัมพันธ์สูงมาก

0.61 - 0.80 มีความสัมพันธ์สูง

0.41 - 0.60 มีความสัมพันธ์ปานกลาง

0.21 - 0.40 มีความสัมพันธ์ต่ำ

0.00 - 0.20 มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

3) ใช้รูปแบบพรรณนาวิเคราะห์ (*Analytical Description*) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล โดยการนำเสนอข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.2.1 *ตรวจสอบข้อมูล* โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความครบถ้วน ความเพียงพอ และความเชื่อถือได้ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

3.2.2 *จำแนกประเภทข้อมูล* โดยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาจัดระเบียบ โดยการจำแนกประเภทข้อมูลตามวัตถุประสงค์เชิงเนื้อหา และตัดข้อมูลส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องออก

3.2.3 *วิเคราะห์ข้อมูล* โดยการนำข้อมูลที่จำแนกประเภทแล้วมาวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรและปรากฏการณ์ต่างๆ ที่จะตอบคำถามการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป

3.2.4 **สร้างข้อสรุปของการวิจัย** โดยนำข้อสรุปย่อยทั้งหมดที่ได้จากการวิเคราะห์ มาสร้างข้อสรุปรวมทั้งหมด (พรทิพย์ เกตุรานนท์ 2557, น.40)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอไว้ตามลำดับ ดังนี้

#### ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลปรากฏดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอกรอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกตามเพศ อายุ รายได้และการศึกษา

สถานภาพ ของผู้ตอบแบบสอบถาม	สหวิชาชีพ		ภาคประชาชน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>						
ชาย	17	26.2	55	26.1	72	26.09
หญิง	48	73.8	156	73.9	204	73.91
<b>2. อายุ</b>						
< 31 ปี	25	38.5	20	9.5	45	16.30
31 - 40 ปี	20	30.8	30	14.2	50	18.11
41 - 50 ปี	16	24.6	86	40.8	102	36.96
51 - 60 ปี	4	6.2	59	28.0	63	22.83
> 61 ปี	-	-	16	7.6	16	5.80
<b>3. รายได้</b>						
< 15,000 บาท	7	10.8	173	82.0	180	65.22
15,000 - 30,000 บาท	38	58.5	36	17.1	74	26.81
> 30,000 บาท	20	30.8	2	0.9	22	7.97
<b>4. การศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี/อื่นๆ	9	13.8	201	95.3	210	76.09
ปริญญาตรี	50	76.9	8	3.8	58	21.01
ปริญญาโท/ปริญญาเอก	6	9.2	2	0.9	8	2.90

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอกรอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.91) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี (ร้อยละ 36.96) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 22.83) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 65.22) รองลงมาคือรายได้ระหว่าง 15,000 - 30,000 บาท (ร้อยละ 26.81) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีและอื่นๆ (ร้อยละ 76.09) รองลงมาคือ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 21.01)

**ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับของปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัย  
การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์**

การศึกษาระดับของปัจจัยของการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวมและรายด้าน ผลปรากฏดังตารางที่ 4.2 - 4.5

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยรายข้อ

การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ของเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. รู้จักผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ หมอครอบครัว และเครือข่าย ของทีมสุขภาพหมอครอบครัว	4.12	0.67	มาก	3.43	0.75	ปานกลาง	3.69	0.72	มาก
2. รู้ถึงบทบาทหน้าที่ในการ ดำเนินงานทีมสุขภาพ หมอครอบครัว	4.02	0.76	มาก	3.55	0.68	มาก	3.68	0.73	มาก
3. รู้ถึงบทบาทหน้าที่ของ เครือข่ายทีมสุขภาพหมอ ครอบครัวแต่ละส่วนในพื้นที่	4.05	0.76	มาก	3.44	0.72	ปานกลาง	3.59	0.78	มาก
4. รู้จักกลุ่มเป้าหมายในการ ดำเนินงานทีมสุขภาพหมอ ครอบครัว	4.12	0.72	มาก	3.45	0.74	ปานกลาง	3.59	0.80	มาก
5. รู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานทีมสุขภาพ หมอครอบครัว	4.03	0.71	มาก	3.52	0.71	มาก	3.58	0.72	มาก



ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ของเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
6. รู้วิธีการจัดกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย และประชาชนทั่วไป	3.85	0.73	มาก	3.50	0.67	ปานกลาง	3.58	0.73	มาก
7. รู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงาน ในทีมสุขภาพหมอครอบครัว ในด้านบริหาร	3.78	0.80	มาก	3.40	0.64	ปานกลาง	3.58	0.74	มาก
8. รู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงาน ในทีมสุขภาพหมอครอบครัว ในด้านการสนับสนุน	3.85	0.73	มาก	3.42	0.62	ปานกลาง	3.55	0.67	าก
9. รู้ขั้นตอนและวิธีการส่งต่อ ผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม	3.97	0.66	มาก	3.49	0.71	ปานกลาง	3.53	0.72	มาก
10. วิธีการถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วย	3.83	0.76	มาก	3.39	0.68	ปานกลาง	3.52	0.75	มาก
11. รู้วิธีการสร้างทักษะในการ สื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติงาน ในทีมสุขภาพหมอครอบครัว ให้มีประสิทธิภาพ	3.77	0.84	มาก	3.44	0.66	ปานกลาง	3.52	0.76	มาก
12. รู้วิธีการจัดทำข้อมูลสถานะ สุขภาพประจำครอบครัว	3.78	0.80	มาก	3.42	0.72	ปานกลาง	3.51	0.68	มาก
13. รู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงาน ในทีมสุขภาพหมอครอบครัว ในด้านบริการ	3.83	0.72	มาก	3.46	0.62	ปานกลาง	3.50	0.68	ปานกลาง
14. รู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย และวิธีการดำเนินงานของทีม สุขภาพหมอครอบครัว	3.89	0.81	มาก	3.58	0.69	มาก	3.15	0.78	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ รู้จักผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวและเครือข่ายของทีมสุขภาพหมอครอบครัว ( $\bar{X} = 3.69, S.D = 0.72$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ รู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวิธีการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว ( $\bar{X} = 3.15, S.D = 0.78$ )

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยภาพรวมและรายด้าน

การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ของเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. ด้านบทบาทหน้าที่	4.03	0.72	มาก	3.49	0.64	ปานกลาง	3.68	0.76	มาก
2. ด้านกลุ่มเป้าหมาย	4.12	0.63	มาก	3.44	0.63	ปานกลาง	3.67	0.75	มาก
3. ด้านนโยบาย	3.89	0.81	มาก	3.58	0.69	มาก	3.63	0.70	มาก
4. ด้านวิธีการดำเนินงาน	3.85	0.64	มาก	3.45	0.51	ปานกลาง	3.55	0.62	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.98</b>	<b>0.70</b>	<b>มาก</b>	<b>3.49</b>	<b>0.62</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.63</b>	<b>0.71</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยภาพรวมมีการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.63, S.D = 0.71$ ) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านบทบาทหน้าที่ ( $\bar{X} = 3.68, S.D = 0.76$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านวิธีการดำเนินงาน ( $\bar{X} = 3.55, S.D = 0.62$ )

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่าย  
ทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรายชื่อ

การสนับสนุนของเครือข่าย ทีมสุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุนนโยบาย เชิงปฏิบัติการที่มีขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ง่ายต่อการนำไป ปฏิบัติ	3.52	0.85	มาก	3.45	0.67	ปานกลาง	3.51	0.72	มาก
2. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับคำปรึกษาในด้าน บริการจากเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัว ในพื้นที่	3.68	0.81	มาก	3.42	0.66	ปานกลาง	3.48	0.74	ปานกลาง
3. ผู้บริหารของทีมสุขภาพหมอ ครอบครัวให้ความสำคัญ ต่อการดำเนินงานหมอ ครอบครัวโดยทำหน้าที่ เป็นผู้กำกับดูแล	3.75	0.79	มาก	3.42	0.71	ปานกลาง	3.46	0.73	ปานกลาง
4. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุน งบประมาณที่เพียงพอ	3.22	0.89	ปานกลาง	3.12	0.79	ปานกลาง	3.39	0.73	ปานกลาง
5. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับความร่วมมือจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.68	0.85	มาก	3.36	0.69	ปานกลาง	3.29	0.86	ปานกลาง
6. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ ที่มีคุณภาพและทันสมัย	3.26	0.89	ปานกลาง	3.10	0.89	ปานกลาง	3.24	0.83	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การสนับสนุนของเครือข่าย ทีมสุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
7. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการ บำบัดฟื้นฟูสุขภาพจากผู้ป่วย ญาติ	3.31	0.86	ปานกลาง	3.13	0.83	ปานกลาง	3.22	0.80	ปานกลาง
8. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือจากองค์กร ในชุมชนและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	3.34	0.85	ปานกลาง	3.17	0.83	ปานกลาง	3.18	0.84	ปานกลาง
9. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุนข้อมูล สารสนเทศที่ถูกต้อง ทันสมัยเป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงาน	3.37	0.82	ปานกลาง	3.19	0.78	ปานกลาง	3.16	0.88	ปานกลาง
10. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ	3.20	0.94	ปานกลาง	3.11	0.85	ปานกลาง	3.14	0.83	ปานกลาง
11. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ได้รับการสนับสนุนบุคลากร ที่เพียงพอ	3.23	0.98	ปานกลาง	3.23	0.82	ปานกลาง	3.14	0.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ระดับการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ ทีมสุขภาพหมอครอบครัวได้รับการสนับสนุนนโยบายเชิงปฏิบัติการที่มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ( $\bar{X} = 3.51, S.D = 0.72$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์

ที่เพียงพอ ( $\bar{X} = 3.14, S.D = 0.83$ ) และที่มสุขภาพหมอครอบครัวได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่เพียงพอ ( $\bar{X} = 3.14, S.D = 0.89$ )

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวม และรายด้าน

การสนับสนุนของเครือข่าย ที่มสุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. ด้านข้อมูลสารสนเทศ	3.52	0.73	มาก	3.34	0.58	ปานกลาง	3.38	0.62	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	3.22	0.89	ปานกลาง	3.42	0.55	ปานกลาง	3.37	0.65	ปานกลาง
3. ด้านบุคลากร	3.55	0.76	มาก	3.10	1.04	ปานกลาง	3.21	1.00	ปานกลาง
4. ด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ	3.28	0.80	ปานกลาง	3.17	0.67	ปานกลาง	3.19	0.70	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.39</b>	<b>0.80</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.26</b>	<b>0.71</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.32</b>	<b>0.68</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ระดับการสนับสนุนของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวมมีการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.32, S.D = 0.68$ ) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลสารสนเทศ ( $\bar{X} = 3.38, S.D = 0.62$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ ( $\bar{X} = 3.19, S.D = 0.70$ )

### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว ระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

การศึกษาระดับของการปฏิบัติต่อการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวมและรายด้าน ผลปรากฏดังตารางที่ 4.6-4.7

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
หมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยรายชื่อ

การดำเนินงานของเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้การ ดูแลแบบประคับประคองและ เป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยแก่ผู้พิการ และเด็กพิเศษ	3.98	0.72	มาก	3.64	0.71	มาก	3.72	0.72	มาก
2. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้การ ดูแลแบบประคับประคองและเป็น ที่พึ่งในยามเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุ	4.00	0.68	มาก	3.62	0.70	มาก	3.71	0.71	มาก
3. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้การ ดูแลแบบประคับประคองและ เป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย เด็กพิเศษ	4.12	0.67	มาก	3.57	0.70	มาก	3.70	0.73	มาก
4. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้การ ดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟู และเป็นที่พึ่งของประชาชน	3.92	0.71	มาก	3.59	0.72	มาก	3.67	0.73	มาก
5. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้การ ดูแลแบบประคับประคองและเป็น ที่พึ่งในยามเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.03	0.71	มาก	3.62	0.70	มาก	3.66	0.69	มาก

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การดำเนินงานของเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
6. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ให้บริการ ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป	4.00	0.59	มาก	3.54	0.74	มาก	3.64	0.73	มาก
7. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการ ประสานงานกับเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัวและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.91	0.65	มาก	3.55	0.68	มาก	3.63	0.69	มาก
8. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ให้บริการผู้ป่วยโดยยึดแนว ทางการบริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านกาย จิต สังคม และ สิ่งแวดล้อมให้สามารถอยู่ในสังคม ได้อย่างเป็นสุข	3.94	0.79	มาก	3.50	0.80	ปานกลาง	3.61	0.82	มาก
9. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการ ดูแล แนะนำ เชื่อมประสานงาน ในกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย	4.03	0.59	มาก	3.47	0.71	ปานกลาง	3.60	0.72	มาก
10. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการ สร้างความตระหนักความเข้าใจ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของ การดูแลสุขภาพของตนเอง	3.94	0.58	มาก	3.48	0.69	ปานกลาง	3.59	0.69	มาก
11. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวส่งทีม ดูแลถึงที่บ้านแก่ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก 0 – 5 ปี	3.94	0.83	มาก	3.49	0.73	ปานกลาง	3.59	0.77	มาก
12. ทีมสุขภาพหมอครอบครัว ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จนถึงบริการที่ต้องการ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	3.82	0.75	มาก	3.48	0.75	ปานกลาง	3.56	0.76	มาก

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การดำเนินงานของเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
13. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว	3.88	0.60	มาก	3.45	0.67	ปานกลาง	3.55	0.68	มาก
14. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่ประชาชน	3.77	0.68	มาก	3.48	0.69	ปานกลาง	3.55	0.70	มาก
15. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้บริการด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเทเสี่ยสละ	4.03	0.68	มาก	3.40	0.67	ปานกลาง	3.55	0.72	มาก
16. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป	3.94	0.68	มาก	3.42	0.65	ปานกลาง	3.54	0.69	มาก
17. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการดำเนินงานหมอครอบครัวโดยทำตามนโยบายภาครัฐเป็นหลัก	3.77	0.82	มาก	3.46	0.73	ปานกลาง	3.54	0.76	มาก
18. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	3.86	0.68	มาก	3.43	0.63	ปานกลาง	3.53	0.67	มาก
19. ทีมสุขภาพหมอครอบครัวมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน	3.82	0.66	มาก	3.43	0.67	มาก	3.52	0.68	มาก
20. หน่วยงานมีการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม	3.83	0.70	มาก	3.42	0.66	ปานกลาง	3.51	0.69	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ ทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่พักพิงในยามเจ็บป่วยแก่ผู้พิการ และเด็กพิเศษ ( $\bar{X} = 3.72$ , S.D = 0.72) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับ



มาก คือ หน่วยงานมีการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม ( $\bar{X} = 3.51$ , S.D = 0.69)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวม และรายด้าน

การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว	สหวิชาชีพ			ภาคประชาชน			รวม (n=276)		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. การดูแลแบบประคับประคอง	4.03	0.65	มาก	3.59	0.58	มาก	3.70	0.63	มาก
2. การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	3.92	0.71	มาก	3.59	0.72	มาก	3.67	0.73	มาก
3. การให้คำปรึกษาแนะนำ	3.96	0.49	มาก	3.48	0.60	ปานกลาง	3.60	0.61	มาก
4. การให้บริการด้านสุขภาพ	3.90	0.67	มาก	3.47	0.57	ปานกลาง	3.57	0.62	มาก
5. การประสานงาน	3.86	0.60	มาก	3.47	0.57	ปานกลาง	3.56	0.60	มาก
6. การสร้างเสริมสุขภาพ	3.94	0.68	มาก	3.42	0.65	ปานกลาง	3.54	0.69	มาก
7. การประชาสัมพันธ์	3.80	0.64	มาก	3.45	0.59	ปานกลาง	3.53	0.62	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.92</b>	<b>0.64</b>	<b>มาก</b>	<b>3.50</b>	<b>0.61</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.59</b>	<b>0.64</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวมมีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.59$ , S.D = 0.64) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก คือ การดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ( $\bar{X} = 3.70$ , S.D = 0.63) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับมาก คือ การดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ ( $\bar{X} = 3.53$ , S.D = 0.62)

**ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับ  
การดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่าย  
ทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งได้วิเคราะห์ตัวแปร อายุ รายได้ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ตัวแปร เพศ และการศึกษา จากค่าทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square Test) ผลปรากฏดังตารางที่ 4.8 - 4.11

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับตัวแปรอายุ และรายได้ กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=276)

ที่	ปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1.	อายุ กับ การดำเนินงาน	.034	.573	ไม่มีความสัมพันธ์
2.	รายได้ กับ การดำเนินงาน	.182**	.002	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสำหรับตัวแปรอายุ และรายได้กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว
2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $r = .182^{**}$ ,  $p\text{-value} = .002$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ตารางที่ 4.9 ค่าทดสอบไค-สแควร์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี (n=276)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การดำเนินงาน ของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว			$\chi^2$	df	p-value
	ระดับน้อยที่สุด	ระดับมากถึง	รวม			
	ถึงปานกลาง	มากที่สุด				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
<b>เพศ</b>						
ชาย	15 (20.83)	57 (79.17)	72	2.753	1	.097
หญิง	26 (12.75)	178 (87.25)	204			
รวม	41(14.86)	235 (85.14)	276			
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	20 (18.69)	87 (81.31)	107	2.034	1	.154
ปริญญาตรีขึ้นไป	21 (12.43)	148 (87.53)	169			
รวม	41 (14.86)	235 (85.14)	276			

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศและด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ p-value ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี (n=276)

ที่	การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1.	ด้านนโยบาย	.746**	.000	สูง
2.	ด้านบทบาทหน้าที่	.842**	.000	สูงมาก
3.	ด้านกลุ่มเป้าหมาย	.783**	.000	สูง
4.	ด้านวิธีการดำเนินงาน	.822**	.000	สูงมาก
	รวม	.723**	.000	สูง

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ปัจจัยการรับรู้โดยภาพรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .723^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว เมื่อพิจารณาระดับความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า

1. ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านนโยบาย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .746^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว

2. ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ไปในทางบวกในระดับสูงมาก ( $r = .842^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว

3. ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านกลุ่มเป้าหมาย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ไปในทางบวกในระดับสูง ( $r = .783^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว

4. ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านวิธีการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก ( $r = .822^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว

ตารางที่ 4.11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $p\text{-value}$  ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน

การดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล  
อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์ ( $n=276$ )

ที่	ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ( $r$ )	$p\text{-value}$	ระดับความสัมพันธ์
1.	ด้านงบประมาณ	.650**	.000	สูง
2.	ด้านบุคลากร	.319**	.000	ต่ำ
3.	ด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ	.517**	.000	ปานกลาง
4.	ด้านข้อมูลสารสนเทศ	.670**	.000	สูง
	<b>รวม</b>	<b>.647**</b>	<b>.000</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .647^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อพิจารณาระดับความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า

1. ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .650^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

2. ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = .319^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

3. ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .517^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

4. ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .670^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

## **ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์**

ผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์

**5.1 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์** จากการตอบแบบสอบถามผลปรากฏดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอ  
ครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ปัญหา อุปสรรค	สหวิชาชีพ		ภาคประชาชน		รวม (n=276)	
	จำนวน ปัญหา	ร้อยละ	จำนวน ปัญหา	ร้อยละ	จำนวน ปัญหา	ร้อยละ
1. ด้านการประชาสัมพันธ์	-	-	3	1.42	3	1.09
2. ด้านลักษณะการให้บริการ	14	21.54	21	9.95	35	12.68
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	-	-	-	-	-	-
4. ด้านการดูแลแบบประคับประคอง	-	-	1	0.47	1	0.36
5. ด้านการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย	1	1.54	-	-	1	0.36
6. ด้านการให้คำปรึกษา	-	-	1	0.47	1	0.36
7. ด้านการประสานงาน	1	1.54	5	2.37	6	2.17
<b>รวม</b>	<b>16</b>	<b>24.62</b>	<b>31</b>	<b>14.69</b>	<b>47</b>	<b>17.03</b>

จากตารางที่ 4.12 พบว่า เครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว มีปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.09) ด้านลักษณะการให้บริการ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 12.68) ด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.36) ด้านการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.36) ด้านการให้คำปรึกษา จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.36) ด้านการประสานงาน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.17)

**5.2 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์** จากการตอบแบบสอบถาม ปลายเปิด แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เมื่อประมวลผล วิเคราะห์ และสรุป เป็นรายด้าน ปรากฏรายละเอียดดังนี้

**5.2.1 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ด้านการประชาสัมพันธ์** ดังนี้

ปัญหา อุปสรรค

1. ในช่วงปีแรกมีการประชาสัมพันธ์มาก แต่ภายหลังมีการประชาสัมพันธ์น้อย ส่งผลให้บุคลากรในพื้นที่ขาดความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานหมอครอบครัว
2. การประชาสัมพันธ์นโยบายหมอครอบครัว มีหน่วยงานสาธารณสุขสุขเป็นแกนนำหลัก โดยส่วนใหญ่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนหน่วยงานในท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์น้อยมาก

3. ส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขและทีมสุขภาพภาคประชาชน ยังมีความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ที่น้อยมาก รวมถึงผู้ป่วยสูงอายุ เด็ก คนไข้ติดเตียงที่ยังไม่เข้าใจการทำงานของทีมหมอครอบครัว

#### ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

1. ควรจัดให้มีการประชุมใหญ่ระดับอำเภอสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับทุกฝ่าย เพื่อสร้างความเข้าใจ และหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานหมอครอบครัวร่วมกัน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ควรจัดให้มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ต่างๆ

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวทั้งในหน่วยงานของรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้ได้มาซึ่งความร่วมมือสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และความร่วมมือในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ

#### 5.2.2 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ด้านลักษณะการให้บริการ ดังนี้

##### ปัญหา อุปสรรค

1. บุคลากร ในส่วนของทีมสหวิชาชีพยังไม่เพียงพอด้วยภาระหน้าที่จากงานประจำและงานนโยบายที่มีมาก ทำให้มีเวลาให้บริการหมอครอบครัวไม่ตรงกัน ทีมหมอครอบครัวไม่ครบ ไม่เต็มทีม โดยเฉพาะแพทย์ที่เป็นแพทย์ที่หมุนเวียน เนื่องจากมีการย้ายบ่อย รวมทั้งแพทย์จบใหม่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่อยู่ในสภาพขาดแคลนงบประมาณทรัพยากร แต่ก็มีคำสั่งการงานที่ปฏิบัติหลากหลาย ยังไม่มีคณะทำงานมาดูข้อมูลอย่างจริงจังว่าผู้ปฏิบัติมีศักยภาพเพียงใด

3. งบประมาณ ที่ใช้ในการดำเนินงานของทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ยังไม่มีงบประมาณที่สนับสนุนมาเป็นการเฉพาะ ทั้งนี้การให้บริการหมอครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านจึงต้องได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4. วัสดุ อุปกรณ์ที่ให้บริการผู้ป่วยที่บ้านที่นำไปจากหน่วยบริการและได้รับความร่วมมือจัดทำโดยญาติผู้ป่วย ยังไม่เพียงพอ รวมถึงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมในการฟื้นฟู บำบัด และอยู่อาศัยด้วยตนเอง

### ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

1. ควรให้แพทย์ที่จบใหม่มีสิทธิ์ไปเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวได้เลย ไม่ต้องใช้เงินทุน 3 ปี เมื่อกลับมาค่าตอบแทนที่ไม่ต่ำกว่าแพทย์สาขาอื่น รวมทั้งมีเงินเพิ่มให้พยาบาลที่อบรมเวชศาสตร์ครอบครัวเฉพาะทาง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพิเศษ คล้ายพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้ค่าตอบแทนวิชาชีพเพิ่ม โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลไม่ใช่เขตเมือง
2. ควรมีการส่งเสริมทีมพยาบาลในพื้นที่ซึ่งรู้บริบทพื้นที่อยู่แล้ว ให้มีความชำนาญในการให้บริการสุขภาพโดยการพัฒนาความรู้ รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ Best practice จะช่วยให้ทีมหมอครอบครัวทำงานง่ายขึ้น และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ควรให้แพทย์ที่รับผิดชอบต่างพื้นที่ช่วยให้คำแนะนำ คู่มือพื้นที่ที่ผู้รับผิดชอบเดิมย้าย หรือมาใหม่และยังไม่ชำนาญ
4. ควรมีการเพิ่มค่าตอบแทน โดยเฉพาะบุคลากรรุ่นใหม่เพื่อสร้างแรงจูงใจ
5. ควรเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้พอเพียง
6. ควรจัดให้มีการประชุมใหญ่ระดับอำเภอสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อสร้างความเข้าใจ และหาแนวทางการดำเนินงานหมอครอบครัวร่วมกัน
7. ควรมีการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและช่วยประหยัดทรัพยากร
8. ควรมีการจัดตั้งกองทุนหมอครอบครัวระดับอำเภอ เพื่อระดมทุนสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานหมอครอบครัวภายในอำเภอ โดยเฉพาะกรณีที่บ้านพื้นที่ที่มีความขาดแคลนจริงๆ

### 5.2.3 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

#### ปัญหา อุปสรรค

1. ทีมหมอครอบครัวมุ่งดำเนินงานให้บริการแก้ไขปัญหา และลดภาวะทุกข์จากการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก่อน ทำให้การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพยังทำได้น้อย
2. ขาดแคลนบุคลากรที่จะดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง  
ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา
  1. การสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติ พี่เลี้ยง ชุมชน และทีมสุขภาพหมอครอบครัว จึงควรมีการแนะนำ และช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทว่าถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมืออย่างยั่งยืน



**5.2.4 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน  
เครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้**

**ปัญหา อุปสรรค**

1. ขาดแคลนบุคลากรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการออกบริการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง จึงได้รับการเยี่ยมจากทีมตำบลเท่านั้น
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง เกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการ รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ ยังมีน้อยและไม่ชัดเจน
3. ขาดการสร้างขวัญกำลังใจแก่ทีมหมอครอบครัวที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงจากผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

**ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา**

1. ควรมีการจัดสรรบุคลากรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญออกตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยติดเตียง
2. ควรมีการแนะนำ ถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติและพี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีการติดตามเสริมพลังโดยทีมสุขภาพหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

**5.2.5 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน  
เครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ด้านการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย ดังนี้**

**ปัญหา อุปสรรค**

1. การรวมทีมลงพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านยังขาดการรวมทีมที่ดีและครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติของหมอครอบครัว
2. มีการกำหนดแผนการเยี่ยมที่ชัดเจน แต่การปฏิบัติจริงยังเป็นบทบาทให้บุคลากรในพื้นที่ดำเนินการเองเป็นส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่เกือบทุกวิชาชีพเปลี่ยนสายงานกันบ่อยทำให้การลงพื้นที่ของทีมพี่เลี้ยงน้อยมากจนไม่ทั่วถึงในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล

**ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา**

1. ควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล
2. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพในทีมหมอครอบครัวในระดับตำบลและชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขสุขกับผู้นำในชุมชนให้มีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เบื้องต้นได้

**5.2.6 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน  
เครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ด้านการให้คำปรึกษา ดังนี้**

### ปัญหา อุปสรรค

1. ขั้นตอนการโทรปรึกษาแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ทีมหมอบรรเทาเป็นคนที่โทรไม่ใช่คนไข้ต้องโทรตรงไปที่หมอ แล้วทีมหมอบรรเทาโทรปรึกษาแพทย์อีกครั้งหนึ่ง
  2. ผู้ป่วยสูงอายุ เด็ก คนไข้ติดเตียง ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจการทำงานของทีมหมอบรรเทา
  3. ทีมสุขภาพระดับตำบล ยังมีศักยภาพเรื่องของความรู้ค่อนข้างน้อย ส่งผลให้การให้ความรู้ให้คำปรึกษาในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ
  4. ขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อพบปัญหาจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
  5. การสนับสนุนด้านวิชาการจากผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยงยังมีน้อย
- ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา
1. ควรให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่อง
  2. ทีมสุขภาพหมอบรรเทา ควรมีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จะได้นำความรู้นั้นไปใช้ในการดำเนินงาน

### 5.2.7 มีสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรเทา ด้านการประสานงาน ดังนี้

#### ปัญหา อุปสรรค

1. ปัญหาของผู้ป่วยมีหลายด้าน ต้องประสานหลายหน่วยงานทำให้ล่าช้าในการช่วยเหลือ
  2. บางครั้งญาติของผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับทีมหมอบรรเทาในการประสานความร่วมมือช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ
  3. ขาดความพร้อมของทีม การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคเอกชน
  4. การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและหน่วยงานในท้องถิ่น ยังไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง โดยขึ้นอยู่กับผู้บริหารของหน่วยงานในท้องถิ่นว่าจะให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานของหมอบรรเทาหรือไม่
  5. การประสานงานในทีมหมอบรรเทาแต่ละพื้นที่ ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
- ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา
1. องค์กรบริหารส่วนตำบล ควรมีส่วนช่วยเหลือคนไข้ที่ทีมหมอบรรเทาจะต้องเข้าดูแล เช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนแก่ทีมสุขภาพตำบล รวมทั้งการให้คำแนะนำสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

สรุปสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน  
เครือข่ายทีมสุขภาพของหมออกรอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ จากการตอบ  
แบบสอบถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เป็นภาพรวมได้ดังนี้  
ปัญหา อุปสรรค

1. มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและแนวทางการดำเนินงานไม่เพียงพอทั้ง ในกลุ่ม  
บุคลากร เครือข่ายทีมสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมาย

2. บุคลากร ยังไม่เพียงพอในส่วนของแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ

3. ขาดการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานระดับสูง  
ขึ้นไป

4. ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ

5. ขาดการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

6. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง เกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการ  
รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ ยังมีน้อยและไม่ชัดเจน ยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์  
เท่าที่ควร

7. ขาดการสร้างขวัญกำลังใจที่ดีแก่ทีมสุขภาพหมออกรอบครัว

8. การประสานงานในทีมสุขภาพ และเครือข่ายยังไม่ดีพอ

9. ขั้นตอนการประสานงานกับแพทย์ ผู้รับผิดชอบครอบครัวยังไม่เป็นไปตามนโยบาย  
เท่าที่ควร

10. ทีมสุขภาพระดับตำบล ยังได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ

11. ขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านวิชาการ และเทคนิค

12. การสนับสนุนด้านวิชาการจากผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยงยังมีน้อย

13. การประสานงาน และความร่วมมือในทีมสุขภาพ เครือข่าย และญาติของผู้ป่วย  
ยังไม่ดีพอในบางครั้ง

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

1. ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อสร้างความร่วมมือ  
ความเข้าใจ และหาแนวทางการดำเนินงานหมออกรอบครัวร่วมกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ  
รวมทั้งการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ต่างๆ

2. ควรแก้ปัญหาคาดแคลนบุคลากรวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน  
ทั้งแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมออกรอบครัว

3. ควรให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ และการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการ การทำงานแบบเสริมพลัง การเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ Best practice

4. ควรมีการเพิ่มค่าตอบแทน โดยเฉพาะบุคลากรรุ่นใหม่เพื่อสร้างแรงจูงใจ

5. ควรเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้พอเพียง

6. ควรมีการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน และช่วยประหยัดทรัพยากร

8. ควรมีการจัดตั้งกองทุนหมอครอบครัวระดับอำเภอ เพื่อระดมทุนสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานหมอครอบครัวภายในอำเภอ โดยเฉพาะกรณีที่บ้านที่มีความขาดแคลนจริงๆ

9. การสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติ พี่เลี้ยง ชุมชน และทีมสุขภาพหมอครอบครัว จึงควรมีการแนะนำ และช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องทั่วถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมืออย่างยั่งยืน

10. ควรมีการจัดสรรบุคลากรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญออกตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยติดเตียง

11. ควรมีการแนะนำส่งเสริม พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในระดับตำบล และชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้นำในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติและพี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีการติดตามเสริมพลังโดยทีมสุขภาพหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

12. ควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

13. องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีส่วนช่วยเหลือคนไข้ที่ทีมหมอครอบครัวจะต้องเข้าดูแล เช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนแก่ทีมสุขภาพตำบล รวมทั้งการให้คำแนะนำ สร้างความเข้าใจแก่ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยได้เสนอหัวข้อสรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

1.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

1.1.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

##### 1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล

1.2.2 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล

1.2.3 ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล

##### 1.3 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.3.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ทีมสุขภาพหมอครอบครัวในอำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 13 ทีม ที่ปฏิบัติงานหมอครอบครัวในปี พ.ศ.2560 โดยผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรในเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ปฏิบัติงาน

หมอครอบครัวในปี พ.ศ.2560 จำนวน 984 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 965 คน ใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงและวิธีการเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล จำนวน 276 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 16 คน ใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

**1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ในกรณีที่เป็นแบบสอบถามมีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และมีการหาค่าความเที่ยงซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.982 และ 0.967 และในกรณีที่เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มมีการหาคุณภาพโดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาทำกับอาจารย์ที่ปรึกษา

**1.3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 6-24 พฤศจิกายน 2560 ซึ่งได้รับแบบสอบถามพร้อมข้อมูลกลับคืนมาครบถ้วน 276 ฉบับ

**1.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงาน และการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าทดสอบไคสแควร์ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

## 1.4 ผลการวิจัย

**1.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์** พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.91 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.96 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 22.83 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 65.22 รองลงมาคือรายได้ระหว่าง 15,000-30,000 บาท ร้อยละ 26.81 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีและอื่นๆ ร้อยละ 76.09 รองลงมาคือ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.01

**1.4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์** เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ รู้จักผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัว และเครือข่ายของทีมสุขภาพหมอครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.69 (S.D = 0.72) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง คือ รู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวิธีการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.15 (S.D = 0.78)

**1.4.3 การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์** โดยภาพรวมและรายด้านพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.63 (S.D = 0.71) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านบทบาทหน้าที่ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.68 (S.D = 0.76) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านวิธีการดำเนินงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.55 (S.D = 0.62)

**1.4.4 ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์** เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัว ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ ที่มสุขภาพหมอครอบครัวได้รับการสนับสนุนนโยบายเชิงปฏิบัติการที่มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.51 (S.D = 0.72) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ที่มสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.14 (S.D = 0.83) และที่มสุขภาพหมอครอบครัวได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่เพียงพอ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.14 (S.D = 0.89)

**1.4.5 ปัจจัยการสนับสนุนของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์ โดยภาพรวมและรายด้าน** พบว่า ระดับการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.32 (S.D = 0.68) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลสารสนเทศ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.38 (S.D = 0.62) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.19 (S.D = 0.70)

**1.4.6 การดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์ โดยรายข้อ** พบว่า ระดับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัว เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ ที่มสุขภาพหมอครอบครัวให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่พักใจยามเจ็บป่วยแก่ผู้พิการและเด็กพิเศษ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.72 (S.D = 0.72) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับมาก หน่วยงานมีการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.51 (S.D = 0.69)

**1.4.7 การดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์ โดยภาพรวมและรายด้าน** พบว่า การดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพ

หมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 (S.D=0.64) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ การดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.70 (S.D = 0.63) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับมาก คือ การดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.53 (S.D = 0.62)

#### 1.4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าปอ จังหวัดอุดรธานี

1) ปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าปอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ( $r = .182^{**}$ ,  $p\text{-value} = .002$ )

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศและการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

2) ปัจจัยการรับรู้โดยภาพรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .723^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว เมื่อพิจารณาระดับความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า

ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านนโยบาย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .746^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก ( $r = .842^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านกลุ่มเป้าหมาย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .783^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านวิธีการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก ( $r = .822^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว



3) **ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานโดยภาพรวม** มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .647^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อพิจารณาระดับความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .650^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = .319^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .517^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .670^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

**1.4.9 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์** จากการตอบแบบสอบถามพบว่า เครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว มีปัญหา ด้านการประชาสัมพันธ์ จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.09 ด้านลักษณะการให้บริการ จำนวน 35 คน ร้อยละ 12.68 ด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.36 ด้านการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.36 ด้านการให้คำปรึกษา จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.36 ด้านการประสานงาน จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.17 เมื่อพิจารณารายด้านผลการวิจัยมีดังนี้

**1.4.10 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์** จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยภาพรวมมีดังนี้

#### ปัญหา อุปสรรค

1. มีการประชาสัมพันธ์ โฆษณาและแนวทางการดำเนินงานไม่เพียงพอทั้งในกลุ่มบุคลากร เครือข่ายทีมสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมาย
2. บุคลากร ยังไม่เพียงพอในส่วนของแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ

3. ขาดการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงาน  
ระดับสูงขึ้นไป

4. ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ

5. ขาดการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

6. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มผู้ป่วยคิดเพียง เกี่ยวกับสภาพปัญหา  
ความต้องการ รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ ยังมีน้อยและไม่ชัดเจน ยังไม่ได้นำมาใช้  
ประโยชน์เท่าที่ควร

7. ขาดการสร้างขวัญกำลังใจที่ดีแก่ทีมสุขภาพหมอบรรอบครัว

8. การประสานงานในทีมสุขภาพ และเครือข่ายยังไม่ดีพอ

9. ขั้นตอนการประสานงานกับแพทย์ ผู้รับผิดชอบครอบครัวยังไม่เป็นไป  
ตามนโยบายเท่าที่ควร

10. ทีมสุขภาพระดับตำบล ยังได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ

ไม่เพียงพอ

11. ขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านวิชาการ และเทคนิค

12. การสนับสนุนด้านวิชาการจากผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยงยังมีน้อย

13. การประสานงาน และความร่วมมือในทีมสุขภาพ เครือข่าย และญาติ  
ของผู้ป่วยยังไม่ดีพอในบางครั้ง

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

1. ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อสร้าง  
ความร่วมมือ ความเข้าใจ และหาแนวทางการดำเนินงานหมอบรรอบครัวร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง  
และสม่ำเสมอ รวมทั้งการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ต่าง ๆ

2. ควรแก้ปัญหาคาดเคลื่อนบุคลากรวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม  
ที่ชัดเจนทั้งแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมอบรรอบครัว

3. ควรให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ และการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน  
แบบบูรณาการ การทำงานแบบเสริมพลัง การเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ

Best practice

4. ควรมีการเพิ่มค่าตอบแทน โดยเฉพาะบุคลากรรุ่นใหม่เพื่อสร้างแรงจูงใจ

5. ควรเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้พอเพียง

6. ควรมีการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดขั้นตอนการ  
ปฏิบัติงานและช่วยประหยัดทรัพยากร

8. ควรมีการจัดตั้งกองทุนหมอบรรเทาทุกข์ระดับอำเภอ เพื่อระดมทุนสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานหมอบรรเทาทุกข์ภายในอำเภอ โดยเฉพาะกรณีที่บ้านพื้นที่ที่มีความขาดแคลนจริงๆ

9. การสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติ พี่เลี้ยง ชุมชน และทีมสุขภาพหมอบรรเทาทุกข์ จึงควรมีการแนะนำ และช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพหมอบรรเทาทุกข์อย่างต่อเนื่อง ทว่าถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมืออย่างยั่งยืน

10. ควรมีการจัดสรรบุคลากรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญออกตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยติดเตียง

11. ควรมีการแนะนำส่งเสริม พัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรเทาทุกข์ในระดับตำบล และชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้นำในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติและพี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีการติดตามเสริมพลังโดยทีมสุขภาพหมอบรรเทาทุกข์อย่างต่อเนื่อง

12. ควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

13. องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีส่วนช่วยเหลือคนไข้ที่ทีมหมอบรรเทาทุกข์จะต้องเข้าดูแล เช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนแก่ทีมสุขภาพตำบล รวมทั้งการให้คำแนะนำสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ผลการวิจัยตามสมมติฐาน พบว่า

1. มีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรเทาทุกข์ระดับตำบล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $r = .182^{**}$ ,  $p\text{-value} = .002$ ) 2) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรเทาทุกข์

2. มีผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรเทาทุกข์ระดับตำบล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศและการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรเทาทุกข์

3. มีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอบรรเทาทุกข์ระดับตำบล ได้แก่

3.1 ปัจจัยการรับรู้โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .723^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

3.2 ปัจจัยการรับรู้โดยรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

4. มีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับต่ำลง ได้แก่

4.1 ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .647^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

4.2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานโดยรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

## 2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยมีข้อค้นพบที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

2.1 การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ มีการดำเนินงานตามพันธกิจการดำเนินงานหมอครอบครัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ คือ 1) การพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้มีประสิทธิภาพภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายทุกระดับ 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ 4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ และ 5) พัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ 2558, น.199-200) สอดคล้องกับบุญผาชาติ ศรีพิบูลย์ (2553, น. 92) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และเมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มี

ค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ การดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงานหมอครอบครัว จึงมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตลอดจนจัดหาและสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน และมีการทำงานเชื่อมโยงกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ของโรงพยาบาลน้ำป่า รวมถึงมีการสร้างความตระหนักในการให้ความร่วมมือบริการด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับมุกดา ยิ้มย่อง (2556, น. 81) ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำป่า จังหวัดอุดรธานี

2.2.1 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เพราะปัจจุบันบทบาททางเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้เพศชายและเพศหญิงมีสิทธิและเสรีภาพในการแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวในทุกด้าน และสอดคล้องกับ บุญผาชาติ ศรีพิบูลย์ (2553, น. 93) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.2.2 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เพราะทีมสุขภาพหมอครอบครัวประกอบด้วยประชากรที่มีความหลากหลายทางอายุตั้งแต่อายุต่ำกว่า 30 ปี จนถึงสูงกว่า 60 ปี โดยทุกกลุ่มวัยสามารถพัฒนาความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ ประสบการณ์การทำงาน และความเข้าใจพื้นฐานบริบทชุมชนได้ไม่ต่างกัน จึงสามารถตอบสนองความต้องการในการให้บริการสุขภาพหมอครอบครัวได้ดีไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับนารีญา เพชรอุทา (2553, น. 87) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดชุมพรตามความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต่างกับบุญผาชาติ ศรีพิบูลย์ (2553, น. 93) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร และเอมิกา กลยนิ (2556, น. 83) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ปัจจัยคัดสรรด้านอายุ รายได้และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**2.2.3 รายได้มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $r = .182^{**}$ ,  $p\text{-value} = .002$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานหมอครอบครัวเป็นงานบริการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ ทีมสุขภาพหมอครอบครัวที่มีความพร้อมด้านรายได้ ครอบครัวไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงมีความพร้อมในปฏิบัติงานหมอครอบครัวได้ดีกว่า สอดคล้องกับ พงษ์ศักดิ์ คชาทอง (2556, น. 94) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามนโยบาย 3S พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3S ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม แต่ไม่สอดคล้องกับ บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์ (2553, น. 92) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

**2.2.4 การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวในทุกด้าน** ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เพราะการให้บริการหมอครอบครัวส่วนใหญ่จะมีแนวทางให้ปฏิบัติเป็นไปตามประกาศนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้บริการจะได้รับการประชุมชี้แจง รวมถึงการฝึกอบรมทักษะการให้บริการในแนวทางเดียวกัน ผู้ให้บริการหมอครอบครัวแม้จะแตกต่างกันในระดับการศึกษา แต่เมื่อมีการปฏิบัติงานไประยะหนึ่งมักมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในทีมและเครือข่ายอยู่เสมอจนสามารถให้บริการแทนกันและช่วยเหลือกันได้ในทีมได้ในบางส่วน โดยเฉพาะการให้บริการที่เป็นงานบริการพื้นฐานที่ไม่จำเป็นต้องให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เว้นแต่บริการที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้นระดับการศึกษาของทีมสุขภาพหมอครอบครัวที่แตกต่างกันในภาพรวม จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ สอดคล้องกับนวาริฎฐ เพชรอุเท (2553, น. 87) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่จังหวัดชุมพรตามความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

**2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมออกรอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตต์** พบว่า โดยภาพรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .723^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมออกรอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตต์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมออกรอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากงานบริการสุขภาพหมออกรอบครัวได้ประกาศเป็นงานนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่หน่วยบริการทุกหน่วยทั่วประเทศต้องดำเนินการ ประกอบกับกิจกรรมการให้บริการของทีมสุขภาพหมออกรอบครัว ได้มีการดำเนินงานอยู่ก่อนแล้วในรูปแบบและชื่อเรียกอื่น เช่น แกนนำสุขภาพครอบครัว Long Term Care บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด เป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการทำงานต่างๆ ดังนั้นปัจจัยการรับรู้โดยภาพรวม จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมออกรอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตต์ สอดคล้องกับวิรัชศักดิ์ มณี (2556, น.76- 82) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 กับผลงานด้านการควบคุมโรค และสอดคล้องกับคณิต หนูพลอย (2553, น. 57) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในเชิงลบค่อนข้างต่ำ ( $r = 0.31$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับความสัมพันธ์รายด้าน มีข้อค้นพบที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

**2.3.1 ปัจจัยการรับรู้กับการดำเนินงานด้านนโยบายมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ นโยบายมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ดังที่วิจิตร ศรีสะอ้าน (2551, น.8-16) ได้กล่าวเปรียบไว้ว่านโยบายเป็นเสมือนเข็มทิศและหางเสือ ทั้งสองอย่างมีความสำคัญในการเดินเรือ เข็มทิศบอกทิศทาง หางเสือทำให้ถูกทาง เข็มทิศและหางเสือสำคัญต่อการเดินเรือฉันใด นโยบายก็สำคัญต่อการบริหารและการดำเนินงานฉันนั้น โดยนโยบายมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการโดยมีความสำคัญในฐานะเป็นกรอบในการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ 1. เป็นกรอบในการพัฒนาหน่วยงาน สังคมและประเทศชาติ 2. เป็นกรอบในการวางแผน 3. เป็นกรอบในการตัดสินใจ และ 4. เป็นกรอบสำหรับการควบคุมและติดตามการปฏิบัติงาน ดังนั้น ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับ

การดำเนินงานด้านนโยบาย จึงมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์

**2.3.2 ปัจจัยการรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านบทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กัน**  
**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ไปในทางบวกในระดับสูงมาก กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นการทำงานที่เป็นทีมงานใหญ่มีองค์ประกอบของบุคลากรจำนวนมากดังคำกล่าวของ รัชตะ รัชตะนาวิน (ธันวาคม 2558) ที่กล่าวว่า ทีมหมอครอบครัวเป็นทีมงานใหญ่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของแพทย์ และวิชาชีพต่างๆ ในภาคสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาชน ซึ่งร่วมกันทำงานเป็นทีมเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน และหน้าที่หรือภารกิจในกิจกรรมที่ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินงานของเครือข่าย ดังนั้นการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมหมอครอบครัว ย่อมสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมอครอบครัว เพราะการรับรู้บทบาทหน้าที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายนโยบายหมอครอบครัว ดังที่ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (ธันวาคม 2558) กล่าวว่า นโยบายหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมาย (Goal) ของการดำเนินงานหมอครอบครัว คือ ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบุพผาชาติ ศรีพิบูลย์ (2553, น. 92-94) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ในบทบาทที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ( $r = 0.263$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**2.3.3 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับกับการดำเนินงานด้านกลุ่มเป้าหมายมีความสัมพันธ์กัน**  
**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001**) โดยมีความสัมพันธ์ไปในทางบวกในระดับสูง กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัว อธิบายได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการดำเนินงานหมอครอบครัว จะเป็นพื้นฐานของการกำหนดวัตถุประสงค์ นโยบาย การวางแผน การปฏิบัติงานและการประเมินผลงานขององค์กร ช่วยกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมทั้งช่วยให้การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวถูกทิศทางและมีความชัดเจน และสอดคล้องกับกองส่งเสริมพัฒนาเครือข่าย (2548) ที่กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายเกิดความเข้มแข็งว่าความชัดเจนของกลุ่มเป้าหมาย/เป้าหมาย การมีเป้าหมายที่ชัดเจนของเครือข่าย จะสะท้อนให้เห็นความเป็นเอกภาพทางความคิดเห็นในเครือข่ายเบื้องต้น ก่อนที่จะนำไปสู่เอกภาพ



ในการดำเนินกิจกรรมของเครือข่าย สะท้อนความเข้มแข็งของเครือข่าย ทำให้สมาชิกเครือข่ายเข้าใจตรงกันและดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับกับการดำเนินงานด้านกลุ่มเป้าหมายจึงมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ทุกด้าน

**2.3.4 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านวิธีการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอครอบครัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทีมหมอครอบครัวที่จะลงปฏิบัติงานในพื้นที่ ต้องผ่านการอบรม ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมกับงานบริการหมอครอบครัว เพื่อให้สามารถบริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง เทียบตรง เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ให้ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานตรงตามหลักวิชาการอย่างมืออาชีพ สอดคล้องกับสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (ธันวาคม 2558) ที่กล่าวว่า ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) มีหน้าที่ดูแลประชาชนทุกครัวเรือน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับชุมชนเป็นผู้ให้คำแนะนำ และดูแลถึงบ้าน รวมถึงประสานส่งต่อ โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ดูแลครอบคลุมทั้งปัญหาความเจ็บป่วย และดูแลด้านจิตใจ บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด เข้าถึงและเข้าใจ โดยประชาชนสามารถปรึกษาทีมหมอครอบครัวได้ โดยหมอครอบครัวทุกคนจำเป็นต้องได้รับรู้นโยบายและข้อสั่งการจากผู้บริหารระดับสูง ก่อนการดำเนินงานหมอครอบครัว

**2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์** พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .647^{**}$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานหมอครอบครัวเป็นการทำงานเป็นทีมใหญ่ ต้องได้รับความร่วมมือในการสนับสนุนจากหลายฝ่ายหลายองค์กร ทั้งผู้ให้บริการตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ตลอดจนถึงผู้รับบริการทั้งผู้ป่วย พี่เลี้ยง ผู้ดูแลและญาติ ดังสำนักการบริหารสาธารณสุข (2557, น.29-32) กล่าวว่า กลไกการสร้างและบูรณาการทีมหมอครอบครัวมีหัวใจสำคัญของการสร้างทีมหมอครอบครัวให้มีคุณภาพคือ การสร้างกลไก เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล อย่างเป็นทีมเดียวกัน ซึ่งการจะสร้างทีมนี้ต้องอาศัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกๆ ระดับตั้งแต่ผู้บริหารในระดับอำเภอนจนถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกันวางแผน ออกแบบระบบ การพร้อมใจกันปฏิบัติ เรียนรู้และพัฒนาจนเกิดทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง นอกจากนั้นจะต้องอาศัยกลไกการสนับสนุน

(Supportive mechanism) เพื่อให้เกิดการบูรณาการของทีมหมอครอบครัว และเมื่อพิจารณาระดับความสัมพันธ์รายด้าน มีข้อค้นพบที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

**2.4.1 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (2558, น.34-58) ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสนับสนุนการดำเนินงาน ในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการและมาตรการทางสังคมเป็นแรงหนุน สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ/กิจกรรม ที่เกิดจากแผนสุขภาพของตำบล เพื่อให้การดำเนินงานบริการสุขภาพหมอครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับวีรศักดิ์ มณี (2556, น.76- 82) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 ด้านการควบคุมโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) กับการได้รับงบประมาณเพียงพอในการจัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับผลงานด้านการควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**2.4.2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว สอดคล้องกับประเวศ วะสี (2549, คำนิยาม) ที่ได้กล่าวว่าหากประเทศไทยมีหมอครอบครัวจำนวนมากๆ จะเกิดผลดี คือ คนไข้จะได้รับการที่มีคุณภาพสูงขึ้น เพราะหมอครอบครัวจะดูแลทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางดูแลได้เพียงเสียเดียว ค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพจะลดลง เพราะโรคส่วนใหญ่ไม่ได้หายด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์เท่านั้น แต่หายเพราะผู้รักษาที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ หมอครอบครัวใช้หัวใจในการบริการมากกว่าเทคโนโลยี การควบคุมโรค เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จะได้ผลดีขึ้น เพราะหมอครอบครัวสามารถติดตามได้ต่อเนื่อง และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และสอดคล้องกับวีรศักดิ์ มณี (2556, น.76- 82) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านกำลังคนมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11

**2.4.3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว อธิบายได้ว่าเนื่องจากการให้บริการสุขภาพ

ของทีมสุขภาพหมอครอบครัว มีความหลากหลายครอบคลุมทั้งการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและบรรเทาความรุนแรงจากการเจ็บป่วย ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง เด็กแรกเกิด-5 ปี จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ กายอุปกรณ์ และวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นให้พร้อมและเพียงพอ เพื่อให้สามารถให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายได้ตรงความต้องการ เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการแต่ละคน เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือได้สอดคล้องกับความจำเป็นเฉพาะราย เกิดประสิทธิภาพจากการให้บริการสูงสุด สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (2558, น.34-58) ที่ได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อทีมหมอครอบครัวในการจัดระบบเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวด้านการบริหารเวชภัณฑ์ให้มีจำนวนเพียงพอเหมาะสมและมีคุณภาพ การจัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน

**2.4.4 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001** โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว อธิบายได้ว่า ข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินงานต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากกระแสโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องทันสมัย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการดำเนินการของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวเป็นการดำเนินงานในลักษณะของทีมงานใหญ่ ที่ต้องมีประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งภายใน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข ข้อมูลสารสนเทศจึงมีความสำคัญต่อการตัดสินใจและเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานและเพิ่มคุณภาพด้านการบริการหมอครอบครัว

**2.5 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ จากการตอบ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยภาพรวม พบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรค ในการประชาสัมพันธ์ นโยบายและแนวทางการดำเนินงานไม่เพียงพอทั้งในกลุ่มบุคลากร เครือข่ายทีมสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมาย ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความร่วมมือ ความเข้าใจและหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานหมอครอบครัวร่วมกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ต่างๆ**

การขาดแคลนแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ควรมีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนทั้งแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมอครอบครัว โดยจัด

ให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ และการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการแก่ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและช่วยประหยัดทรัพยากร รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจ และบุคลากรในทีมสุขภาพหมอบรรณครีวและเครือข่าย

การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ หน่วยงานสนับสนุนเพิ่ม การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้พอเพียงในการดำเนินงาน อาจมีการจัดตั้ง กองทุนหมอบรรณครีวระดับอำเภอ เพื่อระดมทุนสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานหมอบรรณครีว ภายในอำเภอ โดยเฉพาะกรณีที่บ้านพื้นที่ที่มีความขาดแคลน

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการ รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ ยังมีน้อย ไม่ชัดเจนและยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ เท่าที่ควร โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติ พี่เลี้ยง ชุมชน และ ทีมสุขภาพหมอบรรณครีว ควรมีการแนะนำ และช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพหมอบรรณครีวอย่างต่อเนื่อง ทั้งถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมืออย่างยั่งยืน

การประสานงานในทีมสุขภาพ และเครือข่ายยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะองค์การบริหาร ส่วนตำบล ควรมีส่วนช่วยเหลือคนไข้ที่ทีมหมอบรรณครีวจะต้องเข้าดูแล เช่น การจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนแก่ทีมสุขภาพตำบล รวมทั้งการให้คำแนะนำ สร้างความเข้าใจแก่ชุมชน และผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ทีมสุขภาพระดับตำบล ยังได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ขาด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านวิชาการ และเทคนิคการสนับสนุนด้านวิชาการ ความร่วมมือในทีมสุขภาพ เครือข่าย และญาติของผู้ป่วยยังไม่ดีพอในบางครั้ง ควรมีการแนะนำส่งเสริม พัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรณครีวในระดับตำบลและชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขสุขกับผู้นำในชุมชนให้มีความ เข้มแข็ง ถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติและพี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีการติดตามเสริมพลังโดยทีมสุขภาพหมอบรรณครีวอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกระทรวง สาธารณสุข (2558, น.34-58) ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพต่างๆ ในทีมหมอบรรณครีวที่มีต่อ การดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอบรรณครีว

### 3. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาคควรนำไปใช้ดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 เครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ควรให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ คือ ควรส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดนโยบาย หมอครอบครัวที่มีแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ขั้นตอนไม่ยุ่งยากง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ให้กับ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการประชาสัมพันธ์ ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อสร้างความร่วมมือ ความเข้าใจ และหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานหมอครอบครัวร่วมกัน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ต่างๆ

3.1.2 เครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว คือ ควรจัดให้มีการ พัฒนาองค์ความรู้ และการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการ การทำงานแบบเสริมพลัง การเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ Best practice เกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน ของทีมสุขภาพหมอครอบครัวที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต่างๆ

3.1.3 ควรมีการจัดตั้งกองทุนหมอครอบครัวอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อ ระดมทุนในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรในการดำเนินของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอ ครอบครัอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

3.1.4 ควรแก้ปัญหาคขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม ที่ชัดเจนทั้งแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมอครอบครัว เช่น จัดสรรทุน ให้แพทย์เรียนเวชศาสตร์ครอบครัวแล้วกลับมาทำงานด้านหมอครอบครัว โดยเฉพาะ มีการบูรณาการ ด้านการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและช่วยประหยัดทรัพยากร

3.1.5 การสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติ พี่เลี้ยง ชุมชน และทีมสุขภาพหมอครอบครัว จึงควรมีการแนะนำ และช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพหมอครอบครัว อย่างต่อเนื่อง ทัวถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมืออย่างยั่งยืน

3.1.6 ควรมีการแนะนำส่งเสริม พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในระดับตำบล และชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้เฝ้าในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ถ่ายทอดการดูแล ผู้ป่วยให้แก่ญาติและพี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีการติดตามเสริมพลัง โดยทีมสุขภาพหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

3.1.7 องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีส่วนช่วยเหลือคนไข้ที่ทีมหมอกรอบครัว จะต้องเข้าดูแล เช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนแก้มสุขภาพตำบล รวมทั้งการให้คำแนะนำ สร้างความเข้าใจแก่ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

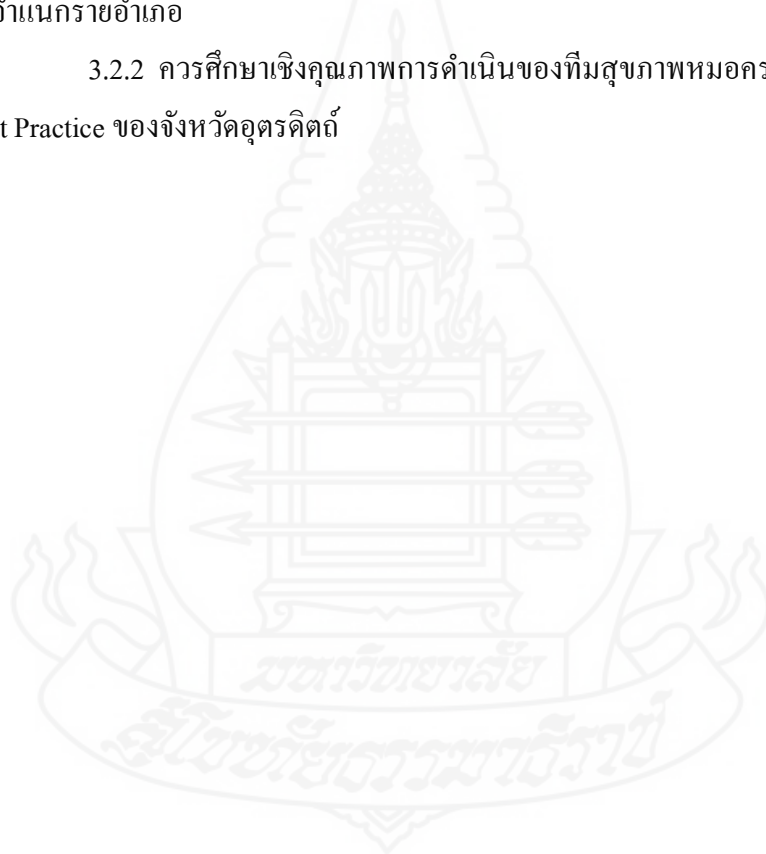
3.1.8 ควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ มาใช้ในการให้บริการติดตาม ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

3.1.9 ควรมีการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากรหมอกรอบครัว โดยเฉพาะบุคลากรรุ่นใหม่ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานหมอกรอบครัว

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอกรอบครัวจังหวัด อุดรดิตถ์ จำแนกรายอำเภอ

3.2.2 ควรศึกษาเชิงคุณภาพการดำเนินของทีมสุขภาพหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ที่เป็น Best Practice ของจังหวัดอุดรดิตถ์



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2559*. ค้นคืนวันที่ 20 เมษายน 2560 จาก[http://region5.moph.go.th/docs/mophplan\\_2559\\_final.pdf](http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_2559_final.pdf).
- กองส่งเสริมพัฒนาเครือข่าย,สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ. (2548). *กลยุทธ์เครือข่ายการพัฒนาสังคม*. กรุงเทพฯ: คอสมิกเอนเตอร์ไพรส์.
- กุหลาบ สุขพรรณ. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสุขภาพของครูอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2542). การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา. *วารสารพัฒนาชุมชน*, 38(1).
- คณิต หนูพลอย. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, พัทลุง.
- จรวยพร ธรณินทร์. (2550). *การสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการแบบเครือข่าย*. สรุปการบรรยาย วันที่ 25 ตุลาคม 2550 ณ โรงแรมรามาร์คาร์เดน กรุงเทพมหานคร.
- จารีรัตน์ ประแก้ว และคณะ. (2543). รายงานวิจัยโครงการ “ศึกษาและพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนในระบบกับชุมชนเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน : กรณีศึกษาพื้นที่ภูมิปัญญาท้องถิ่นบุรีรัมย์ในเขตการเคลื่อนไหวของโรงเรียนชุมชนอีสาน”. สืบค้นจาก[https://elibrary.trf.or.th/project\\_content.asp?PJID=RDG4540032](https://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG4540032).
- ชนาวิทย์ ทำนาเมือง. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอุดรธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นฤมล นิราทร. (2543). *การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ*. กรุงเทพฯ: สาขาพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



- นวาริน เพชรอุเท. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดชุมพร : ตามความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ.* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์ .
- บุปผชาติ ศรีพิบูลย์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร.* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2536). (อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข 2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.* กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประเวศ วะสี. (2549). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์.* กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- พงษ์ศักดิ์ คชาทอง. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามนโยบาย 3S ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30(1).*
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2557). *สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ หน่วยที่ 6.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เพ็ชรรัตน์ แดงน้อย. (2552). *การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม.* (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- มุกดา ยิ้มย่อง. (2556). *การพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี.* (ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิแพथ์ชนบท. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือทีมหมอครอบครัวมืออาชีพ.* นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- รุ่ง แก้วแดง. (2539). *รีเอ็นจิเนียริง ระบบราชการไทย ภาค 2.* กรุงเทพฯ: มติชน.
- โรงพยาบาลลับแล. (2558). *รายงานการประชุมประจำเดือน. ครั้งที่ 1/2558 วันที่ 14 มกราคม 2558.* ค้นคืนจาก [www.utostore.moph.go.th/web/e\\_reports/summary\\_meeting2](http://www.utostore.moph.go.th/web/e_reports/summary_meeting2).

- ลลิตา เสนกรรหา. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด เอ (H1N1) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วชิราภรณ์ โนราช. (2553). *ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว ในการดูแล ด้านกาย จิต และสังคม จากทีมเยี่ยม โรงพยาบาลแม่เอย*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรสา บัวคง. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วิจิตร ศรีสะอาด, ทองอินทร์ วงศ์โสธรและเก็จกนก เอื้อวงษ์. (2551). *แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับ นโยบาย*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา นโยบายและการวางแผนการศึกษา*. หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิรัชศักดิ์ มณี. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11*. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สนธยา พลศรี. (2550). *เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- \_\_\_\_\_. (2548). *เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชนสงขลา*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, สงขลา.
- สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2558). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2558*. มป.ท.
- สายพิน หัตถิรัตน์ และคณะ. (2549). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 29 เรื่องที่ 9. (2548). *การดูแลสุขภาพที่บ้าน*. โครงการ สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. โครงการสารานุกรมไทยฯ สนามเสือป่า, กรุงเทพฯ.
- สิงหา จันทริย์วงษ์. (2551). *การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง*. สุรินทร์: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุรินทร์.
- สำนักการบริหารสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชุมชุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สำนักกฎหมาย. (2554). *บทนำบทความความคิดเห็นทางวิชาการ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก [www.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/upload/.../b/IN37\\_jul\\_8\\_3.pdf](http://www.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/upload/.../b/IN37_jul_8_3.pdf).
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). *บทความ ปัญหาสุขภาพคนไทย และระบบบริการสุขภาพ เรื่อง ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=19>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าด. (2559). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2559*. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เสถียร จิรรังสิมันต์. (2549). *ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย*. สืบค้นจาก <http://v-reform.org/unknown/knowledges/ความรู้เกี่ยวกับองค์กร>.
- อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์. (2550). *กลยุทธ์การบริหารและพัฒนาพนักงานดาวเด่น*. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- เอมิกา กลยณี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. (ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- Bartz A.E. (1999). *Basics Statistical Concepts*. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall. Hair, Joseph F., Black, William C., Babin, Barry J. & Anderson, Rolph E. (2010) *Multivariate Data Analysis* 7. ed. NJ: Perrson.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการวิจัยในคน



สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
 โทร. 02-5048020, 02-5033610 โทรสาร 02-5033570  
 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University,  
 Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120  
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

เลขที่ ศธ 0522.20/2077

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
 ของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

**เลขที่โครงการ/รหัส** IRB-SHS 2017/0111/38

**ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย** นายสมภน วรสร้อย

**ที่อยู่** โรงพยาบาลป่าปาด อำเภอป่าปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม  
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2560  
 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

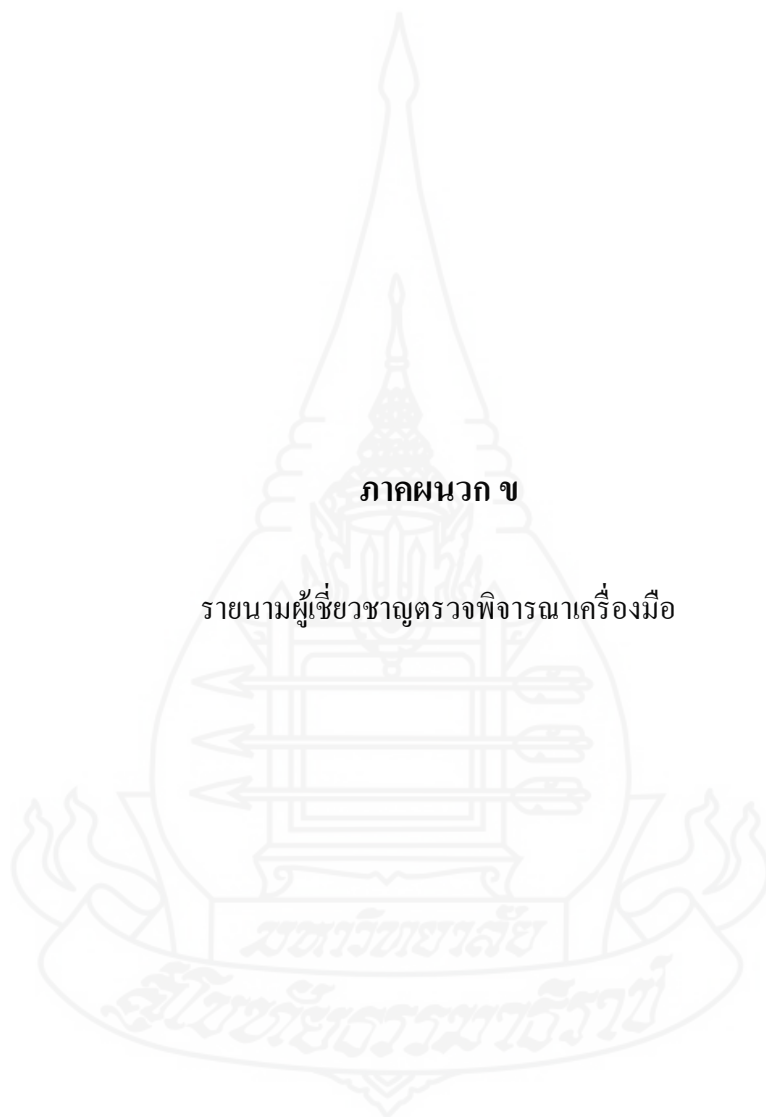
ลงนาม

(รองศาสตราจารย์สุรารุช สุธรรมมาสา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาเครื่องมือ



### รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาเครื่องมือ

1. ชื่อ-สกุล นายประกาย เข้มแข็ง  
 สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์  
 วุฒิการศึกษา ว.ท.ม. (สุขศึกษา)  
 ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
2. ชื่อ-สกุล นายปณุกา แก้วเจริญตา  
 สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์  
 วุฒิการศึกษา ร.ป.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
 ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
3. ชื่อ-สกุล ดร.สุทธิชัย ศิรินวล  
 สถานที่ทำงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา  
 วุฒิการศึกษา ว.ท.ค. (สาธารณสุขศาสตร์)  
 ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
4. ชื่อ-สกุล นางมาลี โชคเกิด  
 สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์  
 วุฒิการศึกษา ร.ป.ม. (การบริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท)  
 ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
5. ชื่อ-สกุล ดร.ปภาดา ชมพุนิตย์  
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์  
 วุฒิการศึกษา ว.ท.ค. (สิ่งแวดล้อม)  
 ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ





ภาคผนวก ค

เครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร

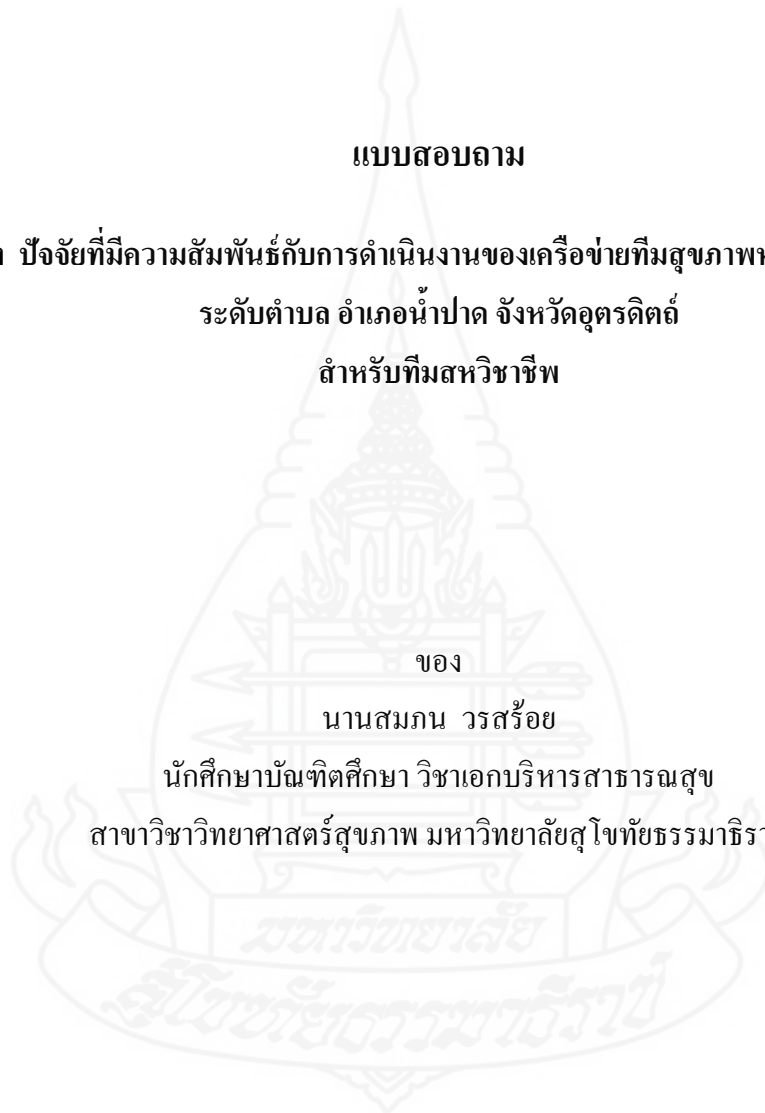
**แบบสอบถาม**

**เรื่อง** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอบรรณครว  
ระดับตำบล อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์  
สำหรับทีมสหวิชาชีพ

ของ

นายนสมภน วรสร้อย

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



## แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพหมอครอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์  
สำหรับทีมสหวิชาชีพ

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับการศึกษาวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดยใช้สอบถามความคิดเห็นของ  
สมาชิกเครือข่ายหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน  
ในครั้งนี้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ โดยผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์  
ในภาพรวม ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

2. แบบสอบถามทั้งหมดมี 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนของเครือข่าย  
ที่มีสุขภาพหมอครอบครัว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเครือข่ายที่มีสุขภาพหมอครอบครัว

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการ  
ดำเนินงานเพื่อพัฒนาการดำเนินงานที่มีสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นายสมภณ วรสร้อย

นักศึกษาระดับปริญญาโท วิชาเอกบริหารสาธารณสุข

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

อีเมล: [swsompon@gmail.com](mailto:swsompon@gmail.com) โทรศัพท์มือถือ 094-6141368

เลขที่แบบสอบถาม.....
----------------------

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ                    ( ) ชาย                    ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. รายได้ ต่อเดือน
 

( ) ต่ำกว่า 15,000 บาท	( ) 15,001 – 20,000 บาท
( ) 20,001 – 25,000 บาท	( ) 25,001 – 30,000 บาท
( ) 30,001 บาท ขึ้นไป	
4. วุฒิการศึกษาสูงสุดปัจจุบัน
 

( ) ต่ำกว่าปริญญาตรี	( ) ปริญญาตรี
( ) ปริญญาโท	( ) ปริญญาเอก
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
5. ตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ
 

( ) แพทย์/ทันตแพทย์	( ) เกษีกร
( ) พยาบาลวิชาชีพ	( ) นักวิชาการสาธารณสุข
( ) นักกายภาพบำบัด	( ) แพทย์แผนไทย
( ) นักจิตวิทยา	( ) นักโภชนาการ
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....	



**ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงาน  
ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

**ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานหมอครอบครัว**

- 5 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด  
4 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมาก  
3 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง  
2 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อย  
1 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
<b>การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน</b>						
1	ท่านรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวิธีการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
2	ท่านรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของท่านในการดำเนินงานทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
3	ท่านรู้จักผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัว และเครือข่ายของทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่าน					
4	ท่านรู้จักกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
5	ท่านรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวแต่ละส่วนในพื้นที่ของท่าน					
6	ท่านรู้วิธีการสร้างทักษะในการสื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงาน  
ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
<b>การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน (ต่อ)</b>						
7	ท่านรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
8	ท่านรู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงานในทีม สุขภาพหมอครอบครัวในด้านบริหาร					
9	ท่านรู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงานในทีม สุขภาพหมอครอบครัวในด้านบริการ					
10	ท่านรู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงานในทีม สุขภาพหมอครอบครัวในด้านการสนับสนุน					
11	ท่านรู้วิธีการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพ ประจำครอบครัว					
12	ท่านรู้วิธีการถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย					
13	ท่านรู้ขั้นตอนและวิธีการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม					
14	ท่านรู้วิธีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป					
<b>การสนับสนุนการดำเนินงาน</b>						
15	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการ สนับสนุนนโยบายเชิงปฏิบัติการ ที่มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ					
16	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการ สนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงาน  
ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
การสนับสนุนการดำเนินงาน (ต่อ)						
17	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ					
18	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่เพียงพอ					
19	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่มีคุณภาพและทันสมัย					
20	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน					
21	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจากผู้ป่วย ญาติ					
22	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือจากองค์กรในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
23	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
24	ผู้บริหารของทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานหมอครอบครัว โดยทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล					



ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนการดำเนินงาน  
ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
การสนับสนุนการดำเนินงาน (ต่อ)						
25	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับ คำปรึกษาในด้านบริการจากเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัวในพื้นที่					



### ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความคำถามและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

#### ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว

- 5 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการการปฏิบัติในการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
1	หน่วยงานของท่านมีการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม					
2	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่ประชาชน					
3	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการดำเนินงานหมอครอบครัวโดยทำตามนโยบายภาครัฐเป็นหลัก					
4	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านส่งทีมดูแลถึงที่บ้านแก่ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก 0 – 5 ปี					
5	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้บริการผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการบริการแบบผสมผสานทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว  
(ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
6	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานจนถึงบริการที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ					
7	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้บริการด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเท เสียสละ					
8	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการประสานงานกับเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
9	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน					
10	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น					
11	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป					
12	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่พักพิงในยามเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
13	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่พักพิงในยามเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุ					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว  
(ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
14	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่พักพิงในยามเจ็บป่วยแก่ผู้พิการ และเด็กพิเศษ					
15	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่พักพิงในยามเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ					
16	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟูและเป็นที่พักพิงของประชาชน					
17	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป					
18	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการดูแลแนะนำ เชื่อมประสานงาน ในกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย					
19	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการสร้างความตระหนักความเข้าใจให้ประชาชน เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง					
20	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว					

**ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
หมอครอบครัว ระดับตำบลของทีมสหวิชาชีพ**

1. ปัญหาอุปสรรคด้านการประชาสัมพันธ์ และข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

2. ปัญหาอุปสรรคด้านลักษณะการให้บริการ และข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

3. ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

4. ปัญหาอุปสรรคด้านการดูแลแบบประคับประคอง และข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

5. ปัญหาอุปสรรคด้านการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย และข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

6. ปัญหาอุปสรรคด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ และข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

7. ปัญหาอุปสรรคด้านการประสานงาน และข้อเสนอแนะ

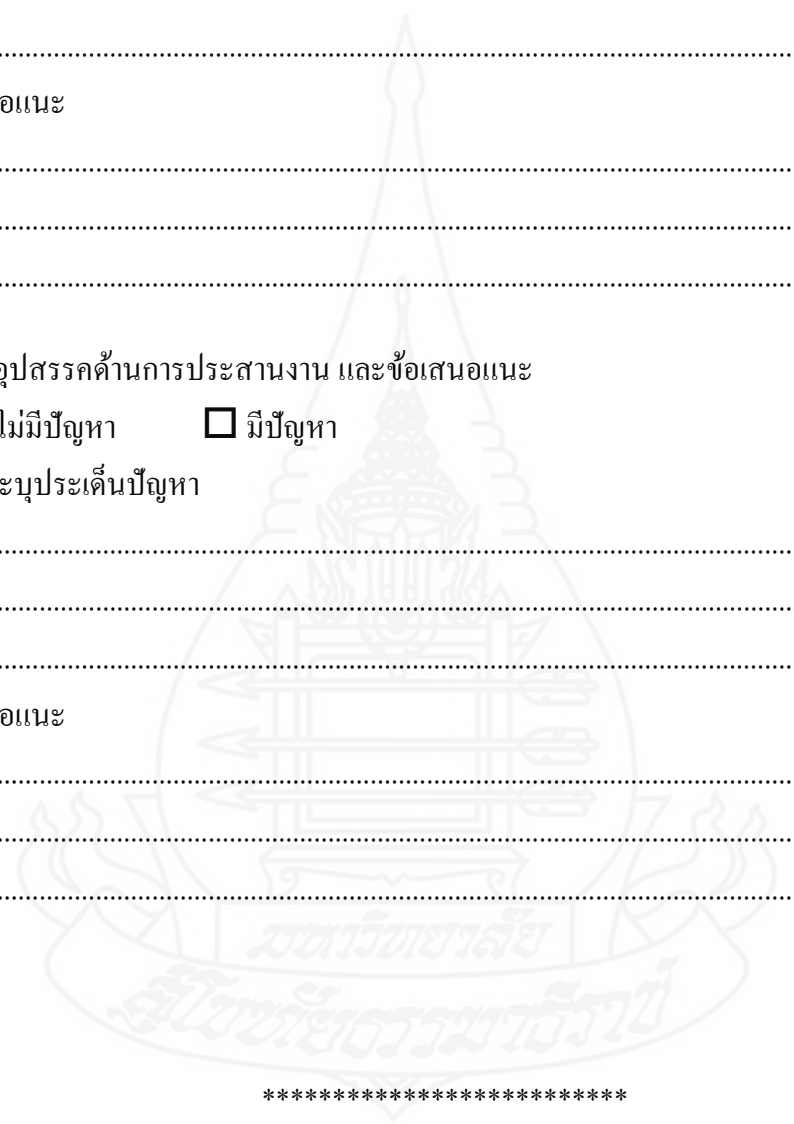
ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....



\*\*\*\*\*

**แบบสอบถาม**

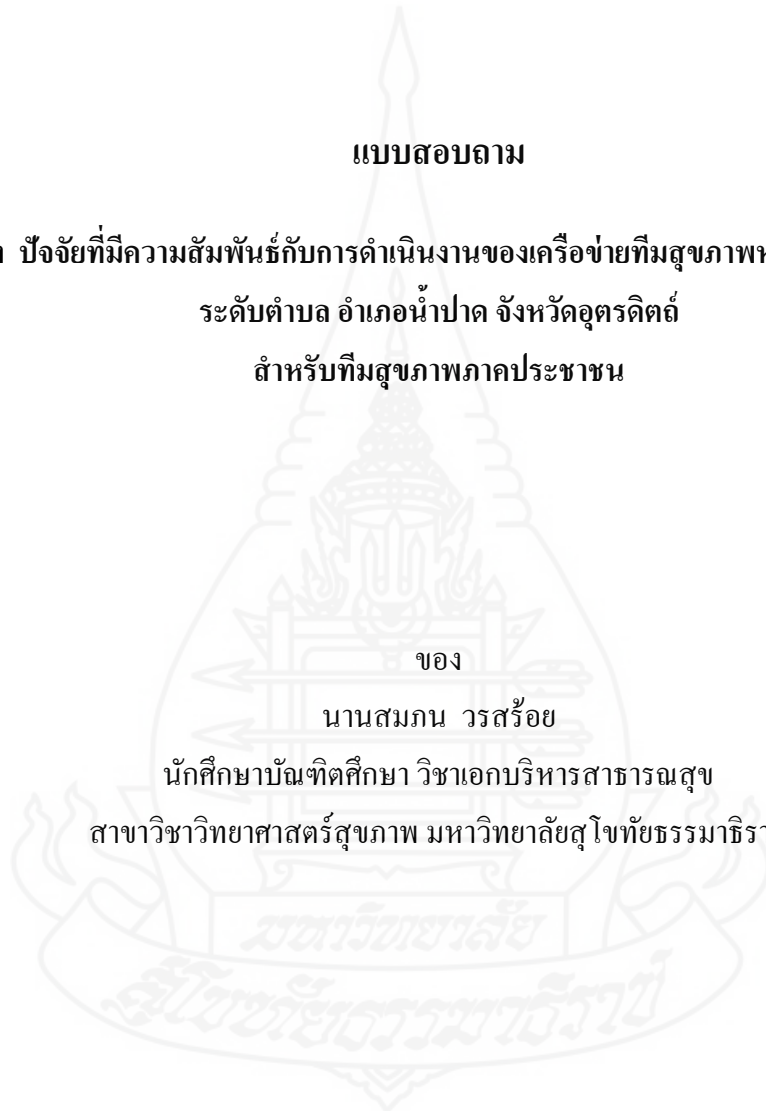
**เรื่อง** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอบรรณ  
**ระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิษฐ์**  
**สำหรับทีมสุขภาพภาคประชาชน**

ของ

**นายนสมภน วรสร้อย**

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี วิชาเอกบริหารสาธารณสุข**

**สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช**





## แบบสอบถาม

เรื่อง **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์  
สำหรับทีมสุขภาพภาคประชาชน**

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับการศึกษาวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดยใช้สอบถามความคิดเห็นของ  
สมาชิกเครือข่ายหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรดิษฐ์ ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน  
ในครั้งนี้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ โดยผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์  
ในภาพรวม ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกรปฏิบัติหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด
2. แบบสอบถามทั้งหมดมี 4 ตอน คือ
  - ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
  - ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ความร่วมมือและการ  
สนับสนุนของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว
  - ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัว
  - ตอนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิด สอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการ  
ดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นายสมภณ วรสร้อย

นักศึกษาริญาโท วิชาเอกบริหารสาธารณสุข  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
อีเมล : [swsompon@gmail.com](mailto:swsompon@gmail.com) โทรศัพท์มือถือ 094-6141368

เลขที่แบบสอบถาม.....
----------------------

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. รายได้ ต่อเดือน
 

( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท	( ) 5,001 – 10,000 บาท
( ) 10,001 – 15,000 บาท	( ) 15,001 – 20,000 บาท
( ) 20,001 – 25,000 บาท	( ) 25,001 – 30,000 บาท
( ) 30,001 บาท ขึ้นไป	
4. วุฒิการศึกษาสูงสุดปัจจุบัน
 

( ) มัธยมศึกษาตอนต้น	( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย
( ) ปวช.	( ) ปวส./ปวท.
( )ปริญญาตรี	( )ปริญญาโท
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
5. อาชีพ
 

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	( ) รับราชการ / พนักงานราชการ / ลูกจ้างราชการ
( ) พนักงานรัฐวิสาหกิจ	( ) ธุรกิจส่วนตัว
( ) พนักงาน / ลูกจ้างเอกชน	( ) เกษตรกร
( ) นักการเมืองท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน	( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....
6. ภูมิลำเนาที่อยู่อาศัย
 

( ) เขตเทศบาล
( ) เขต อบต.

7. บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องซึ่งในทีมสุขภาพหมอบรรณ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ด้านการบริหาร

( ) ด้านการให้บริการ

( ) ด้านการสนับสนุน

( ) ด้านอื่นๆ (โปรดระบุ).....



## ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนของเครือข่าย

### ทีมสุขภาพหมอครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

#### ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานหมอครอบครัว

- 5 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
<b>การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน</b>						
1	ท่านรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวิธีการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
2	ท่านรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของท่านในการดำเนินงานทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
3	ท่านรู้จักผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัว และเครือข่ายของทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่าน					
4	ท่านรู้จักกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
5	ท่านรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวแต่ละส่วนในพื้นที่ของท่าน					
6	ท่านรู้วิธีการสร้างทักษะในการสื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนของเครือข่าย  
ทีมสุขภาพหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
<b>การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน (ต่อ)</b>						
7	ท่านรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพหมอครอบครัว					
8	ท่านรู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวในด้านบริหาร					
9	ท่านรู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวในด้านบริการ					
10	ท่านรู้วิธีการพัฒนาการดำเนินงานในทีมสุขภาพหมอครอบครัวในด้านการสนับสนุน					
11	ท่านรู้วิธีการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว					
12	ท่านรู้วิธีการถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย					
13	ท่านรู้ขั้นตอนและวิธีการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม					
14	ท่านรู้วิธีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป					
<b>การสนับสนุนของเครือข่าย</b>						
15	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนนโยบายเชิงปฏิบัติการที่มีขั้นตอนง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ					
16	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนของเครือข่าย  
ทีมสุขภาพหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
การสนับสนุนของเครือข่าย (ต่อ)						
17	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ					
18	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่เพียงพอ					
19	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่มีคุณภาพและทันสมัย					
20	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน					
21	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจากผู้ป่วย ญาติ					
22	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือจากองค์กรในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
23	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
24	ผู้บริหารของทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานหมอครอบครัวโดยทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการสนับสนุนของเครือข่าย  
ทีมสุขภาพหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
<b>การสนับสนุนของเครือข่าย (ต่อ)</b>						
25	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านได้รับ คำปรึกษาในด้านบริการจากเครือข่ายทีม สุขภาพหมอครอบครัวในพื้นที่					



### ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพ

#### หมอครอบครัว

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

#### ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอครอบครัว

5 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
1	ท่านได้ถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ					
2	ท่านถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานหมอครอบครัวสู่ประชาชน					
3	ท่านดำเนินงานหมอครอบครัวโดยทำตามนโยบายภาครัฐเป็นหลัก					
4	ท่านให้บริการผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก อายุ 0 – 5 ปี ที่บ้าน					
5	ท่านให้บริการผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการบริการแบบผสมผสานทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข					
6	ท่านให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานจนถึงบริการที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ					
7	ท่านให้บริการหมอครอบครัวด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเท เสียสละ					



ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
หมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
8	ท่านมีการประสานงานกับเครือข่ายทีมสุขภาพ หมอครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
9	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน					
10	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการนำผล การประเมิน ไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น					
11	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการจัด กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย และประชาชนทั่วไป					
12	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแล แบบครบวงจรและเป็นที่ยั่งยืน เจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
13	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแล แบบครบวงจรและเป็นที่ยั่งยืน เจ็บป่วยแก่ ผู้สูงอายุ					
14	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแล แบบครบวงจรและเป็นที่ยั่งยืน เจ็บป่วยแก่ ผู้พิการ และเด็กพิเศษ					
15	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแล แบบครบวงจรและเป็นที่ยั่งยืน เจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
หมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
16	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟูและเป็นที่พึ่งของประชาชน					
17	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป					
18	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการดูแลแนะนำ เชื่อมประสานงาน ในกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย					
19	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการสร้างความตระหนักความเข้าใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง					
20	ทีมสุขภาพหมอครอบครัวของท่านมีการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว					

**ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ  
หมอครอบครัวระดับตำบลของ تیمอาสาสมัครสาธารณสุขและทีมสุขภาพ  
ภาคประชาชน**

1. ปัญหาอุปสรรคด้านการประชาสัมพันธ์

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

2. ปัญหาอุปสรรคด้านลักษณะการให้บริการ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

3. ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

4. ปัญหาอุปสรรคด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

5. ปัญหาอุปสรรคด้านการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

6. ปัญหาอุปสรรคด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

7. ปัญหาอุปสรรคด้านการประสานงาน

ไม่มีปัญหา       มีปัญหา

โปรดระบุประเด็นปัญหา

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....



\*\*\*\*\*

### แบบบันทึกการสัมภาษณ์เจาะลึก

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....

1. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล  
อำเภอป่าด ในมุมมองของท่านในฐานะผู้บริหารเป็นอย่างไรบ้าง (ทั้งด้านการบริหาร การบริการ  
การสนับสนุนและอื่นๆ)

.....  
.....  
.....

2. ในช่วงเวลาที่ผ่านมาท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสุขภาพหมอครอบครัวอย่างไร

.....  
.....  
.....

3. ท่านคิดว่ารูปแบบการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด  
จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับบริบทของทีมสุขภาพหมอครอบครัวและชุมชน  
อำเภอป่าด ควรเป็นอย่างไร

.....  
.....  
.....

4. การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพหมอครอบครัวที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

.....  
.....  
.....

5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล  
ให้มีความก้าวหน้า เกิดประโยชน์สูงสุดต่องานบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....



## แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

วันที่.....

สถานที่จัดกลุ่มสนทนา.....

1. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา การดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด ในมุมมองของท่านในฐานะผู้บริหารเป็นอย่างไรบ้าง (ทั้งด้านการบริหาร การบริการ การสนับสนุน และอื่นๆ)

.....

.....

.....

2. ในช่วงเวลาที่ผ่านมาท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายหมอครอบครัวอย่างไร

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่ารูปแบบการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายหมอครอบครัวและชุมชน อำเภอ น้ำปาด ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

4. การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพหมอครอบครัวที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

.....

.....

.....



5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวระดับตำบล  
ให้มีความก้าวหน้า เกิดประโยชน์สูงสุดต่องานบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....





ภาคผนวก ง

ค่าคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย



## ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

(Index of Item Objective Congruence : IOC)

ของแบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอ  
ครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ สำหรับทีมสุขภาพภาคประชาชน

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนที่					ค่า IOC
	1	2	3	4	5	
<b>การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน</b>						
1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
2	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
3	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
4	+1	+1	0	+1	+1	0.80
5	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
6	+1	+1	+1	0	+1	0.80
7	+1	0	+1	+1	+1	0.80
8	+1	0	+1	+1	+1	0.80
9	0	+1	+1	+1	+1	0.80
10	+1	0	+1	+1	+1	0.80
11	0	0	+1	+1	+1	0.60
12	0	+1	+1	+1	+1	0.80
13	+1	0	+1	+1	+1	0.80
14	0	+1	+1	+1	+1	0.80
<b>การสนับสนุนการดำเนินงาน</b>						
15	0	+1	+1	+1	+1	0.80
16	+1	0	+1	+1	+1	0.80
17	+1	0	+1	+1	+1	0.80
18	+1	0	+1	+1	+1	0.80
19	+1	0	+1	+1	+1	0.80
20	+1	0	+1	+1	+1	0.80
21	0	+1	0	+1	+1	0.60
22	0	+1	0	+1	+1	0.60
23	0	+1	0	+1	+1	0.60
24	0	0	+1	+1	+1	0.60
25	0	+1	+1	+1	+1	0.80

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนที่					ค่า IOC
	1	2	3	4	5	
<b>การปฏิบัติในการดำเนินงาน</b>						
1	+1	+1	+1	+1	0	0.80
2	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
3	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
4	+1	+1	+1	+1	0	0.80
5	0	0	+1	+1	+1	0.60
6	0	0	+1	+1	+1	0.60
7	+1	0	+1	+1	+1	0.80
8	+1	0	+1	+1	+1	0.80
9	+1	0	+1	+1	+1	0.80
10	0	+1	+1	+1	+1	0.80
11	0	+1	+1	+1	+1	0.80
12	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
13	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
14	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
15	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
16	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
17	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
18	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
19	+1	0	+1	+1	+1	0.80
20	+1	0	+1	+1	+1	0.80

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม  
(Reliability)

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามกลุ่มสาขาชีพ

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

ค่าความเที่ยงแบบสอบถามทั้งฉบับ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.982	45

## ค่าความเที่ยงแบบสอบถามรายข้อ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.8667	641.637	.717	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.7000	648.148	.710	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.5667	653.289	.551	.982
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.6667	650.437	.626	.982
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.7000	641.390	.795	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	172.0000	638.000	.781	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.8333	646.695	.688	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	172.0667	638.754	.778	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.9667	645.482	.734	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.9333	647.237	.659	.982
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	172.1000	640.369	.698	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	172.0000	640.759	.753	.981
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.8667	648.533	.661	.982
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	171.9667	642.654	.720	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.0333	639.757	.806	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.4667	637.292	.821	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.3667	642.171	.732	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.4667	638.189	.700	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.4000	642.248	.775	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.3333	639.057	.703	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.5000	642.603	.699	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.4667	635.568	.787	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.0667	635.582	.814	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	171.9000	640.576	.763	.981
การสนับสนุนการดำเนินงาน	172.0667	636.961	.863	.981

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การปฏิบัติ	171.9000	643.128	.741	.981
การปฏิบัติ	172.0333	640.378	.791	.981
การปฏิบัติ	171.9333	638.271	.803	.981
การปฏิบัติ	171.8333	637.730	.790	.981
การปฏิบัติ	171.7333	638.961	.786	.981
การปฏิบัติ	171.8333	638.557	.771	.981
การปฏิบัติ	171.6667	644.023	.810	.981
การปฏิบัติ	171.7667	645.564	.774	.981
การปฏิบัติ	171.9000	647.403	.721	.981
การปฏิบัติ	171.8667	648.740	.706	.981
การปฏิบัติ	171.8333	642.902	.791	.981
การปฏิบัติ	171.6000	648.731	.696	.981
การปฏิบัติ	171.6000	648.731	.696	.981
การปฏิบัติ	171.6000	648.731	.696	.981
การปฏิบัติ	171.6000	648.731	.696	.981
การปฏิบัติ	171.7333	650.409	.725	.981
การปฏิบัติ	171.6667	654.851	.667	.982
การปฏิบัติ	171.6333	654.792	.644	.982
การปฏิบัติ	171.8000	654.717	.640	.982
การปฏิบัติ	171.8333	647.868	.762	.981

## ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การดำเนินงาน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.962	14

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.4667	69.223	.787	.960
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.3000	71.666	.776	.960
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.1667	72.902	.652	.962
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.2667	71.995	.725	.961
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.3000	69.321	.863	.958
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.6000	67.421	.898	.957
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.4333	70.806	.778	.960
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.6667	67.954	.876	.958
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.5667	70.116	.853	.958
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.5333	70.533	.782	.960
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.7000	67.666	.844	.958
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.6000	68.938	.827	.959
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.4667	72.464	.662	.962
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	51.5667	70.599	.713	.961



## ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงาน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.965	11

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.3000	56.355	.815	.963
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.7333	54.616	.916	.959
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.6333	55.551	.870	.961
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.7333	54.685	.788	.964
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.6667	56.368	.851	.962
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.6000	54.593	.821	.962
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.7667	55.702	.828	.962
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.7333	53.926	.885	.960
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.3333	55.747	.768	.964
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.1667	56.695	.760	.964
การสนับสนุนการดำเนินงาน	35.3333	55.609	.868	.961

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอคอบครัว

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.968	20

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การปฏิบัติ	77.3667	112.723	.802	.966
การปฏิบัติ	77.5000	112.328	.804	.966
การปฏิบัติ	77.4000	111.559	.808	.966
การปฏิบัติ	77.3000	110.562	.840	.966
การปฏิบัติ	77.2000	111.683	.801	.966
การปฏิบัติ	77.3000	112.079	.752	.967
การปฏิบัติ	77.1333	113.568	.849	.966
การปฏิบัติ	77.2333	115.013	.756	.967
การปฏิบัติ	77.3667	115.344	.732	.967
การปฏิบัติ	77.3333	115.402	.755	.967
การปฏิบัติ	77.3000	113.666	.788	.966
การปฏิบัติ	77.0667	114.823	.785	.966
การปฏิบัติ	77.0667	114.823	.785	.966
การปฏิบัติ	77.0667	114.823	.785	.966
การปฏิบัติ	77.0667	114.823	.785	.966
การปฏิบัติ	77.2000	117.338	.683	.967

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การปฏิบัติ	77.1333	118.671	.670	.968
การปฏิบัติ	77.1000	118.576	.652	.968
การปฏิบัติ	77.2667	117.375	.748	.967
การปฏิบัติ	77.3000	115.597	.773	.966

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่มสุขภาพภาคประชาชน

Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

ค่าความเที่ยงแบบสอบถามทั้งฉบับ

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.967	45

## ค่าความเที่ยงแบบสอบถามรายข้อ

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.1000	447.817	.624	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.0333	451.068	.579	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.3000	446.631	.603	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.4000	442.455	.687	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.4333	439.909	.756	.965
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.2333	445.564	.702	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.0667	448.685	.576	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.4000	451.421	.595	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.2333	457.495	.469	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.2667	458.271	.400	.967
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.4333	447.702	.677	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.3667	446.171	.679	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.3333	456.851	.487	.966
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	155.3000	447.666	.717	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.3667	451.413	.638	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.8333	456.833	.439	.967
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.9333	444.340	.647	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.6667	447.057	.720	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.9000	446.162	.584	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.5667	447.151	.583	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.6667	442.092	.593	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.9000	448.783	.478	.967
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.3333	451.471	.635	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.1667	447.454	.696	.966
การสนับสนุนการดำเนินงาน	155.2000	453.131	.643	.966

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การปฏิบัติ	155.3000	442.976	.774	.965
การปฏิบัติ	155.3000	447.597	.719	.966
การปฏิบัติ	155.3000	450.079	.685	.966
การปฏิบัติ	155.0667	448.064	.759	.965
การปฏิบัติ	155.1000	446.783	.692	.966
การปฏิบัติ	155.4667	445.154	.682	.966
การปฏิบัติ	155.0000	450.966	.689	.966
การปฏิบัติ	155.1667	456.695	.513	.966
การปฏิบัติ	155.2667	455.651	.535	.966
การปฏิบัติ	155.3667	456.654	.454	.967
การปฏิบัติ	155.1333	446.120	.747	.965
การปฏิบัติ	155.0333	455.689	.611	.966
การปฏิบัติ	155.0333	455.689	.611	.966
การปฏิบัติ	155.0333	455.689	.611	.966
การปฏิบัติ	155.0333	455.689	.611	.966
การปฏิบัติ	155.0333	447.757	.730	.966
การปฏิบัติ	155.1000	449.955	.679	.966
การปฏิบัติ	155.0000	451.103	.684	.966
การปฏิบัติ	155.2333	460.944	.309	.967
การปฏิบัติ	155.2667	447.995	.708	.966

## ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การดำเนินงาน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.947	14

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.0333	62.447	.724	.943
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	45.9667	62.792	.765	.942
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.2333	60.530	.804	.941
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.3333	59.816	.823	.940
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.3667	60.516	.773	.942
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.1667	62.489	.734	.942
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.0000	61.310	.785	.941
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.3333	63.402	.748	.942
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.1667	65.109	.708	.944
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.2000	64.166	.733	.943
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.3667	63.620	.683	.944
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.3000	62.148	.757	.942
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.2667	67.513	.453	.949
การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	46.2333	64.116	.680	.944

## ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงาน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.921	11

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.1667	42.833	.454	.923
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.6333	41.137	.642	.916
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.7333	37.168	.829	.906
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.4667	40.740	.634	.916
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.7000	37.252	.798	.908
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.3667	37.482	.814	.907
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.4667	35.430	.831	.907
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.7000	37.252	.732	.912
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.1333	41.223	.645	.916
การสนับสนุนการดำเนินงาน	31.9667	40.723	.625	.917
การสนับสนุนการดำเนินงาน	32.0000	42.552	.550	.920

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติงานของเครือข่ายที่มสุขภาพหมอคอบครัว

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.950	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การปฏิบัติ	69.9000	82.576	.772	.945
การปฏิบัติ	69.9000	84.438	.728	.946
การปฏิบัติ	69.9000	85.679	.681	.947
การปฏิบัติ	69.6667	84.713	.765	.946
การปฏิบัติ	69.7000	83.941	.708	.947
การปฏิบัติ	70.0667	85.789	.522	.950
การปฏิบัติ	69.6000	85.283	.755	.946
การปฏิบัติ	69.7667	88.461	.518	.949
การปฏิบัติ	69.8667	87.568	.578	.948
การปฏิบัติ	69.9667	87.137	.561	.949
การปฏิบัติ	69.7333	83.030	.816	.945
การปฏิบัติ	69.6333	87.068	.716	.947
การปฏิบัติ	69.6333	87.068	.716	.947
การปฏิบัติ	69.6333	87.068	.716	.947
การปฏิบัติ	69.6333	87.068	.716	.947
การปฏิบัติ	69.6333	84.102	.773	.945
การปฏิบัติ	69.7000	84.976	.728	.946
การปฏิบัติ	69.6000	85.283	.755	.946



**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การปฏิบัติ	69.8333	88.902	.423	.951
การปฏิบัติ	69.8667	84.395	.734	.946





**ภาคผนวก จ**

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และ  
ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว  
ระดับตำบล อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ ราชดำเนิน

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสำหรับตัวแปรอายุ และรายได้กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี

(n=276)

ที่	ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ความสัมพันธ์
1.	อายุ กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.091	.132	ไม่มีความสัมพันธ์
	การให้บริการด้านสุขภาพ	.107	.075	ไม่มีความสัมพันธ์
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.042	.484	ไม่มีความสัมพันธ์
	การดูแลแบบประคับประคอง	.062	.305	ไม่มีความสัมพันธ์
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.134*	.026	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.069	.252	ไม่มีความสัมพันธ์
	การประสานงาน	.119*	.048	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
2.	รายได้ กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.196**	.001	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
	การให้บริการด้านสุขภาพ	.124*	.039	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.074	.221	ไม่มีความสัมพันธ์
	การดูแลแบบประคับประคอง	.090	.137	ไม่มีความสัมพันธ์
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.205**	.001	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.227**	.000	มีความสัมพันธ์ต่ำ
	การประสานงาน	.171**	.004	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่าย  
 ทีมสุขภาพของหมอกโรคเรื้อรังระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

(n=276)

ที่	การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
1.	ด้านนโยบาย กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.655**	.000	สูง
	ลักษณะการให้บริการ	.657**	.000	สูง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.562**	.000	ปานกลาง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.674**	.000	สูง
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.600**	.000	ปานกลาง
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.672**	.000	สูง
	การประสานงาน	.642**	.000	สูง
2.	ด้านบทบาทหน้าที่ กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.630**	.000	สูง
	ลักษณะการให้บริการ	.659**	.000	สูง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.586**	.000	ปานกลาง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.828**	.000	สูงมาก
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.903**	.000	สูงมาก
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.717**	.000	สูง
	การประสานงาน	.681**	.000	สูง
3.	ด้านกลุ่มเป้าหมาย กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.605**	.000	ปานกลาง
	ลักษณะการให้บริการ	.677**	.000	สูง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.573**	.000	ปานกลาง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.668**	.000	สูง
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.684**	.000	สูง
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.824**	.000	สูงมาก
	การประสานงาน	.648**	.000	สูง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่าย  
ทีมสุขภาพของหมอกรอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ (ต่อ)

(n=276)

ที่	การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
4.	ด้านวิธีการดำเนินงาน กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.661**	.000	สูง
	ลักษณะการให้บริการ	.739**	.000	สูง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.627**	.000	สูง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.634**	.000	สูง
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.624**	.000	สูง
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.902**	.000	สูงมาก
	การประสานงาน	.743**	.000	สูง
	<b>รวม</b>	<b>.723**</b>	<b>.000</b>	<b>สูง</b>

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน ของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอป่าด จังหวัดอุดรธานี

(n=276)

ที่	ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1.	ด้านงบประมาณ กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.525**	.000	ปานกลาง
	ลักษณะการให้บริการ	.590**	.000	ปานกลาง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.617**	.000	สูง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.444**	.000	ปานกลาง
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.480**	.000	ปานกลาง
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.538**	.000	ปานกลาง
	การประสานงาน	.691**	.000	สูง
2.	ด้านบุคลากร กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.356**	.000	ต่ำ
	ลักษณะการให้บริการ	.306**	.000	ต่ำ
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.293**	.000	ต่ำ
	การดูแลแบบประคับประคอง	.244**	.002	ต่ำ
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.221**	.002	ต่ำ
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.245**	.000	ต่ำ
	การประสานงาน	.239**	.000	ต่ำ
3.	ด้านวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.480**	.000	ปานกลาง
	ลักษณะการให้บริการ	.498**	.000	ปานกลาง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.585**	.000	ปานกลาง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.372**	.002	ต่ำ
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.347**	.005	ต่ำ
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.476**	.000	ปานกลาง
	การประสานงาน	.495**	.000	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน กับการดำเนินงานของเครือข่ายที่มสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

(n=276)

ที่	ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน กับการดำเนินงาน	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
4.	ด้านข้อมูลสารสนเทศ กับ			
	การประชาสัมพันธ์	.666**	.000	สูง
	ลักษณะการให้บริการ	.661**	.000	สูง
	การสร้างเสริมสุขภาพ	.530**	.000	ปานกลาง
	การดูแลแบบประคับประคอง	.468**	.000	ปานกลาง
	การเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย	.441**	.000	ปานกลาง
	การให้คำปรึกษาแนะนำ	.589**	.000	ปานกลาง
	การประสานงาน	.670**	.000	สูง
	<b>รวม</b>	<b>.647**</b>	<b>.000</b>	<b>สูง</b>

**ประวัติผู้วิจัย**

ชื่อ	นางสมภน วรสร้อย
วัน เดือน ปีเกิด	30 พฤษภาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์
ประวัติการศึกษา	ว.ท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2541 น.บ. (นิติศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2556
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์
ตำแหน่ง	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

