

บทความวิจัย (Research article)

สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ The Competencies of Health Care Provider to Support Family Care Team in Primary Care Service and Primary Care Cluster

อติญาณ์ ศรีเกษตริน¹, รุ่งนภา จันทรา^{2*}, ดาราวรรณ รongเมือง³, จินตนา ทองเพชร⁴, อรชร อินทองปาน⁵
Atiya Sarakshetrin¹, Rungnapa Chantra^{2*}, Daravan Rongmuang³, Jintana Tongpeth⁴, Orrachorn Intongpan⁵

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rungnapac64@gmail.com; โทรศัพท์ 081-3964193)

(Received: March 26, 2021; Revised: December 9, 2021; Accepted: December 12, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานแบบแผนคู่ขนานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และผู้รับบริการ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มละ 10-15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 321 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว ผลการวิจัยพบว่า

¹ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Director of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surathani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁵ นักวิชาการศึกษานานาชาติพิเศษ กองวิจัยและพัฒนานวัตกรรม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Educator, Senior Professional Level, Research and Innovation Division, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

1. สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ควรมีองค์ความรู้ตามกรอบของรัฐธรรมนูญและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีสมรรถนะที่เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชน ได้แก่ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน สมรรถนะเวชปฏิบัติ สมรรถนะวิชาการและการวิจัย สมรรถนะการส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรค สมรรถนะการติดต่อสื่อสาร และสมรรถนะการทำงานเป็นทีม

2. สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่านักวิชาการสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .839, p < .05$)

ควรมีการศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่สอดคล้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการจัดหลักสูตรอบรม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถการทำงานเชื่อมโยงแบบสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้

คำสำคัญ: สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข, การสนับสนุนทีมหมอครอบครัว, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This parallelly-mixed method research aims to examine the competencies of public health personnel to support the Primary Care Cluster (PCC) team in the primary care services and the primary care network. The 1st stage is qualitative research; the participant sample group was the Ministry of Public Health's senior experts, executives, as well as services recipients. The participants were selected by purposive samplings containing 10-15 persons per group. The semi-structured interview was used for collecting qualitative data and content analysis. The 2nd stage was quantitative research; the participants were 321 personnel working in the 1st – 12th Public Health Region by using the multi-stage sampling technique. The data were collected by the use of competencies of public health personnel questionnaire with Cronbach's alpha coefficient's reliability at .96. Data were analyzed by using descriptive statistics and one-way ANOVA. The results are as follows:

1. The competencies of public health personnel to support the PCC team should be composed of the body of knowledge in the constitution and related laws. The public health personnel should have competencies to provide the personnel's outcomes for instance the transformational leadership, family medicine, counseling for individuals, family, and community, academic and research, health promotion and prevention, collaborative working with communities as well as teamwork competencies.

2. The opinion on the public health personnel competencies to support the PCC team are at a high level in all aspects and the competencies of the registered nurses are significantly higher than public health technical officers, $p < .05$.

There should be studied the need for the competency development of public health personnel in primary care services and primary health care systems in order to develop competencies of public health personnel in accordance with the primary health care services which includes an arrangement of training programs for public health personnel to be able to network collaborate working with a multidiscipline team.

Keywords: Health care provider competencies, Family care team support, Primary care cluster (PCC)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (Van Doorslaer et al., 2006) ทุกประเทศควรให้ความสำคัญและจัดระบบให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีผลลัพธ์สุขภาพดี และมีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากรต่ำ (Macinko, Starfield, & Shi, 2003) การมีแพทย์และบุคลากรที่มีสมรรถนะในระบบบริการปฐมภูมิช่วยลดอัตราการตายทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Starfield, Shi, & Macinko, 2005) ระบบปฐมภูมิใหม่ จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนอย่างมากทั้งระบบเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อมูลและเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย และส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตของคนในสังคมแบบใหม่ การดำเนินชีวิตแบบคนเมือง หรือโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์การสื่อสารแบบใหม่ที่ทำให้สังคมเป็นโครงข่ายทางสังคม อันส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพแบบใหม่ การเปลี่ยนแปลงสังคมและสุขภาพในรูปแบบใหม่นี้ ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้คน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนปฏิรูปประเทศ, 2561)

ภารกิจที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิเพื่อสุขภาพจึงเป็นการจัดการและพัฒนา เพื่อสร้างความ เข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคให้เข้ามาช่วยจัดระบบและกลไกที่เอื้อต่อชุมชนมีความสุขอย่างมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ และรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่คุณภาพ

อย่างทั่วถึง และสะดวกเท่าเทียม โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการปฏิรูปประเทศ (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562, 2562)

ในการสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิของประเทศให้ประสบความสำเร็จ โดยการส่งเสริมให้ประชาชนลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อันเป็นผลจากการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC) ขึ้น ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ดำเนินการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบแบบญาติมิตร โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) ทั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ประชาชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นได้ โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมโดยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีความเหมาะสม

ดังนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว จึงต้องมีสมรรถนะในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมกับเครือข่าย และประชาชน โดยสมรรถนะหลักที่จำเป็นประกอบด้วย สมรรถนะในการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชน สมรรถนะด้านการวิจัย สมรรถนะด้านการบริหารจัดการสมรรถนะด้านการประสานงาน และสมรรถนะด้านการสื่อสาร ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวให้ประสบความสำเร็จ (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว เป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จึงได้สอบถามสมรรถนะตามข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนงานวิจัยปริมาณกำหนดกรอบสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำหนด ร่วมกับการวิเคราะห์จากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (จิราพร สร้อยมุกดา, 2558; โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559; นครินทร์ สุวรรณแสง และภราดร ยิ่งยวด, 2563) สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยสมรรถนะด้านการสืบเสาะหาข้อมูล ด้านความสัมพันธภาพและความไว้วางใจในงานอาชีพ

ด้านการคิดวิเคราะห์ ด้านศิลปะการสื่อสารสูงใจ ด้านความสามารถด้านบริการวิชาการ ด้านบริการที่ดี ด้านการทำงานเชิงรุก ด้านการวางแผนการดูแลรายบุคคลและสมรรถนะด้านอื่นๆ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสมผสาน (mixed method) แบบแผนคู่ขนาน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (qualitative data) และเชิงปริมาณ (quantitative data) ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข ด้านกำลังคนและด้านบริการปฐมภูมิ จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการกองระบบสุขภาพปฐมภูมิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลือกรุ่นตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ทรงคุณวุฒิเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

2. ประชาชนที่เคยใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นคลินิกหมอครอบครัวที่เป็นคลินิกนำร่องและดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 15 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเขตสุขภาพละ 3 จังหวัดๆ ละ 5 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) มีประสบการณ์เคยได้รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย 1-2 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน 2) เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นเกี่ยวกับสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับสนับสนุนทีมหมอครอบครัว และสำหรับกลุ่มประชาชน ในประเด็นเกี่ยวกับสมรรถนะที่ต้องการของบุคลากรในระดับปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกไปตรวจความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาล การบริการปฐมภูมิ และการวัดและประเมินผล จำนวน 5 คน มีคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) ระหว่าง .60- 1.00 จากนั้นปรับปรุงบางคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น และนำไปทดลองใช้คำถามการวิจัยในทีมวิจัย จำนวน 3 คน มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนลงนามแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร โดยการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยประมาณต่อการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตและจดบันทึก (field note) บรรยายภาพและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) 6 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับข้อมูล 2) การทำให้เกิดข้อมูลเบื้องต้น 3) การค้นหาแก่นสาระ 4) การตรวจสอบซ้ำแก่นสาระ 5) การระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ และ 6) การจัดทำรายงาน (Braun & Clarke, 2006)

การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูล ตามแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (credibility) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้าด้านบุคคล (person triangulation) มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ในภาพรวมให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน และมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น
2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทุกรายอย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริการปฐมภูมิและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระไปในทางเดียวกัน
3. การนำไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทหรือสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันได้
4. การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมเอกสารต่างๆ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือสิ่งที่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล เพื่อสามารถตรวจสอบความถูกต้องภายหลังได้

2. การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพ ที่ 1-12 ในปีงบประมาณ 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว ในเขตสุขภาพ ที่ 1-12 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรของ Cochran (1977)

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยการสุ่มเลือกจังหวัดเขตละ 3 จังหวัด จากนั้นเลือกคลินิกหมอครอบครัวที่เป็นคลินิกนำร่อง และดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี เพื่อเป็นตัวแทนจังหวัด ๆ ละ 1 แห่ง หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายคลินิกฯ ละ 10-11 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว 2) มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ปฏิบัติงานเต็มเวลา ไม่อยู่ในระหว่างการลาคลอด ลาอุปสมบท หรือลาศึกษาต่อ เป็นต้น และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว จำนวน 9 ด้าน รวม 66 ข้อ ได้แก่ ด้านการสืบเสาะหาข้อมูล จำนวน 18 ข้อ ด้านความพึงพอใจ ความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ จำนวน 14 ข้อ ด้านการคิดวิเคราะห์จำนวน 7 ข้อ ด้านศิลปะการสื่อสารสูงใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านบริการวิชาการ จำนวน 9 ข้อ ด้านบริการที่ดี จำนวน 7 ข้อ ด้านการทำงานเชิงรุก จำนวน 4 ข้อ ด้านการวางแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 4 ข้อ และด้านอื่นๆ จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (absolute criteria) ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการศึกษายาบาล การบริการปฐมภูมิ และการวัดและประเมินผล จำนวน 5 คน มีคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) ระหว่าง .60-1.00 จากนั้นปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการส่งแบบสอบถามสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และในขณะที่ตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ กลุ่มตัวอย่างสามารถข้ามข้อคำถามนั้นไปได้ หรือ อาจจะหยุดการทำแบบสอบถาม ข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายลงภายหลังงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ซึ่งได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนกลับคืนมา จำนวน 321 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.59

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์คะแนนสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งรายด้าน และโดยรวมโดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุน ทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้เลขรับรอง PCKCN REC 20/2562 ลงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (รหัส A และตามด้วยหมายเลขของผู้ให้ข้อมูล) ซึ่งประกอบไปด้วยที่ปรึกษาระดับกระทรวง 1 ท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจำนวน 5 ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 3 ท่าน หัวหน้างานพัฒนาบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 ท่าน และสาธารณสุขอำเภอ 2 ท่าน และประชาชน (รหัส P และตามด้วยหมายเลขของผู้ให้ข้อมูล) ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลอยู่ในช่วงอายุ 35-50 ปี จำนวน 3 ท่าน อายุ 51-60 ปีจำนวน 9 ท่าน และอายุ 61-70 ปีจำนวน 3 ท่าน โดยประชาชนที่มารับบริการส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสองพบว่า สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยสมรรถนะต่างๆ ดังนี้

1.1 สมรรถนะด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขต้องมีแนวคิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน มีการบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมต่อกับทุกหน่วยงาน การคิดเป็นระบบ อย่าคิดแยกส่วน คิดให้ประสานกันเป็นองค์รวม คิดเป็นเหตุเป็นผล ดังที่คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ต้องเป็นผู้นำและประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน” (A6)

“จะต้องมีการคิดอย่างเป็นระบบ และคิดอย่างเป็นองค์รวมในการดูแลผู้มารับบริการ” (A15)

“จะต้องปรับเปลี่ยนการทำงานจากการตั้งรับเป็นการทำงานที่เชื่อมโยงกับหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่ทำงานในหน้าที่รักษาอย่างเดียว” (P5)

“ต้องทำงานเป็นทีมประสานกัน ซึ่งประชาชนจะมีข้อมูล และเบอร์โทรศัพท์ หากมีการเจ็บป่วย สามารถปรึกษาขอความช่วยเหลือ จาก อสม. พยาบาล และแพทย์คนไหน ก็สะดวกกับผู้ป่วย” (P11)

1.2 สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งเป็นสมรรถนะที่เข้าใจและเข้าถึงชุมชน เป็นทักษะที่มีความสำคัญ เพราะหากขาดทักษะนี้จะไม่เข้าถึงชุมชน ไม่สามารถทำงานร่วมกับชุมชน ทั้งนี้ การทำงานในชุมชนจะต้องทำงานในรูปแบบขององค์รวม (holistic care) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ท้ายนี้ ให้เรามีโอกาสได้ทำงานในการที่จะลงไปในพื้นที่ มีองค์ความรู้ที่จะไปจัดการประสานงานและทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน...” (A9)

“ต้องมีความสามารถในการทำงานกับท้องถิ่น อาจจะต้องผ่านการอบรมในเรื่องของการบริหาร ภาวะผู้นำ การไปอยู่ PCC หรือชุมชน เพราะชาวบ้านคิดว่าเราก็คงเหมือนกับ อบต. ซึ่งเราต้องทำงานในชุมชนต้องใช้สิ่งนี้ เหมือนกัน...” (A13)

“การดูแลเมื่อเจ็บป่วย พยาบาลควรเปรียบบ้านเหมือนตึกที่ต้องไป ดูแลผู้ป่วย ให้ถือว่าบ้าน ชุมชนเป็นหอผู้ป่วย เพราะคนป่วยเกือบ 100% ไม่ต้องการนอนโรงพยาบาล (P7)

1.3 สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสมรรถนะการรับและส่งสารบนความเข้าใจ ความเคารพในความคิดเห็นและวัฒนธรรมที่แตกต่างในการทำงานในชุมชน รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกใช้สื่อ สร้างสื่อและกลวิธีการสื่อสารที่มีรูปแบบวัจนภาษาและ/หรือ อวัจนภาษา ให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมและความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสมรรถนะหนึ่งที่ทำให้การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิสำเร็จ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เพิ่มสมรรถนะเทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยและคนในชุมชน...” (A2)

“คอยอำนวยความสะดวกในการรับบริการ สื่อสารกับแพทย์ และ อสม. และช่วยประสานงานกับพยาบาลใน รพ.สต” (P11)

1.4 สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม การทำงานเป็นทีมเป็นสมรรถนะหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ามีความจำเป็นสำหรับพยาบาลในการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“Concept ที่ WHO Support..... Integrated People Centre Care....มองประชาชนผู้มารับบริการเป็นศูนย์กลาง เราก็คงรู้ว่าบุคลากรสุขภาพควรมีสมรรถนะอย่างไร ต้องสามารถทำงานเป็นทีม มี task shift มีความรู้ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนแก้ปัญหา” (A1)

“พยาบาลต้องมีทำงานเป็นทีมโดยเฉพาะในการออกเยี่ยมบ้านให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง” (P2)

1.5 สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย เป็นการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ๆ และความสามารถในการทำวิจัยเป็นสมรรถนะที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ามีความจำเป็นสำหรับแพทย์และพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“การเสริมสร้างเรื่องการวิจัย เนื่องจากส่วนใหญ่จะทำงานในพื้นที่แต่ไม่สามารถเขียนงานออกมาได้ ทั้งแพทย์ พยาบาล ถ้าทำได้จะสามารถสะท้อนปัญหาไปถึงกระทรวงได้ เนื่องจากปัจจุบันใช้คนนอกในการประเมิน ควรมีทีมของทีม สบข.และ สสจ.ทำงานร่วมกันเป็นทีมประเมินอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และทีมควรมีทั้งคนเขียนนโยบาย และประเมินให้ครบทุกมิติที่ผู้รับบริการด้วย” (A11)

“พยาบาลต้องมีการศึกษาและค้นคว้าหาความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางทางแพทย์ และนำมาประยุกต์ใช้กับผู้มารับบริการ” (P8)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรเทาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทีมหมอบรรเทาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 321 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.88 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.15 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 46.73 โดยมีอายุการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 67.70 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรเทาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 321)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	250	77.88
ชาย	71	22.12
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	59	18.38
31-40 ปี	100	31.15
41-50 ปี	100	31.15
51-60 ปี	62	19.32
ตำแหน่ง		
พยาบาล	150	46.73
นักวิชาการสาธารณสุข	96	29.91
อื่นๆ (แพทย์ ทันตสาธารณสุข และการแพทย์แผนไทย)	75	23.36
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	34	10.59
5-10 ปี	69	21.50
มากกว่า 10 ปี	218	67.91

2.2 สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรเทาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองในการสนับสนุนทีมหมอบรรเทาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.69$, $SD = .49$) และอยู่ในระดับมากในทุกๆ ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านบริการที่ดี ($M = 4.18$, $SD = .79$) รองลงมาคือ ด้านบริการวิชาการ ($M = 4.08$, $SD = .86$) และด้านการสืบเสาะหาข้อมูล ($M = 4.01$, $SD = .88$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับของความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (*n* = 321)

ด้าน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การสืบเสาะหาข้อมูล	4.01	.88	มาก
ความพึงพอใจต่อความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	3.83	.97	มาก
การคิดวิเคราะห์	3.84	.83	มาก
ศิลปะการสื่อสารจูงใจ	3.88	.98	มาก
บริการวิชาการ	4.08	.86	มาก
บริการที่ดี	4.18	.79	มาก
การทำงานเชิงรุก	3.97	.69	มาก
อื่นๆ			
ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	3.93	.78	มาก
ทำงานเป็นทีม	4.01	.69	มาก
การมุ่งผลสัมฤทธิ์	4.33	.67	มาก
จริยธรรม	4.26	.66	มาก
ความถูกต้องของงาน	4.29	.62	มาก
ความเข้าใจผู้อื่น	4.16	.67	มาก
การพัฒนาศักยภาพคน	4.12	.70	มาก
โดยรวม	3.96	.49	มาก

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวพบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีลักษณะอาชีพต่างกัน มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.67$, $p = .027$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของค่าเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามวิชาชีพ (*n* = 321)

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระหว่างกลุ่ม	142.90	2	71.45	3.67*	.027
ภายในกลุ่ม	6194.29	318	19.48		
รวม	6337.19	320			

* $p < .05$

โดยพบว่า วิชาชีพพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสูงสุด ($M = 4.06$, $SD = .58$) รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข ($M = 3.88$, $SD = .64$) และวิชาชีพอื่นๆ (แพทย์ ทันตสาธารณสุข และการแพทย์แผนไทย) ($M = 3.85$, $SD = .70$) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Tukey พบว่า วิชาชีพพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างวิชาชีพโดยวิธี Tukey

กลุ่ม	n	M	SD	95% CI	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	
					นักวิชาการสาธารณสุข	วิชาชีพอื่นๆ
พยาบาล	150	4.06	.58	3.97-4.16	0.16	.21*
นักวิชาการสาธารณสุข	96	3.88	.64	3.76-4.02		.03
วิชาชีพอื่นๆ	75	3.85	.70	3.69-4.02		

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถอภิปรายผล จำแนกตามรายสมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นคุณลักษณะหนึ่งของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเห็นพ้องกัน และร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าสมรรถนะด้านการวิเคราะห์ ด้านศิลปะการสื่อสารจูงใจ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์และด้านความถูกต้องในงานอยู่ในระดับมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าสมรรถนะเหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นความสามารถในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ตาม เพื่อให้เกิดขวัญและแรงใจในระดับที่สูงขึ้น (Bass & Bruce, 1994) ผู้ที่เป็นผู้นำต้องสามารถทำให้ผู้ตามเกิดแรงดลใจในการทำงาน และพยายามที่จะทำงานให้มากกว่าที่คาดหวัง บุคลากรสาธารณสุขจึงควรมีแนวความคิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ในการถือฤกษ์ให้ทุกภาคส่วนทำงานประสานกันได้ มีการเชื่อมต่อกับทุกหน่วยงานอย่างเป็นระบบ มองการทำงานเป็นองค์กรร่วม ดังคำกล่าวของ โสภณ เมฆธน และคณะ (2559) ที่ว่าภาวะผู้นำเป็นบทบาทของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพในทีมหมอครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญในการบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชน ประสานความช่วยเหลือและการทำงานได้ทุกระดับ ทั้งการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ สร้างความร่วมมือทุกระดับ

ตั้งแต่ระดับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลระดับปฐมภูมิได้อย่างแท้จริง

สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชน เป็นความเข้าใจและเข้าถึงชุมชน เป็นทักษะที่มีความสำคัญและเป็นสมรรถนะหลักของบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิหรือสุขภาพชุมชน เนื่องจากการบริการระดับปฐมภูมินั้นการให้บริการที่ใกล้ชิดเข้าถึงชุมชน รวมทั้ง สร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเข้ามาดูแลจัดการสุขภาพของตนเองและสุขภาวะของชุมชน ในการทำงานที่ต้องลงไปให้ถึงชุมชนและทำงานประสานกับภาคีเครือข่าย/ภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, และณัฐกา สงวนวงษ์, 2556) ทั้งนี้ การทำงานในชุมชนจะต้องทำงานในรูปแบบขององค์รวม (holistic care) สอดคล้องกับแนวคิดของการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวเดิม (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่แค่ดูแล “โรค” ดูแลผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (biopsychosocial-spiritual model) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (humanistic sensibility) โดยปรับทัศนคติที่มองแบบแยกส่วนมาเป็น การมองชีวิตแบบองค์รวม และการดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (comprehensive care) คือ การดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้มีความสุขแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีความสุขแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ครอบคลุมกับความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) ซึ่งเป็นมุมมองใหม่ของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริงและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ทางสุขภาพ (Saad, De Medeiros, & Mosini, 2017; Karunamuni, Imayama, & Goonetilleke, 2021)

สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเห็นพ้องกัน และร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งพบว่าสมรรถนะด้านศิลปะการสื่อสารจูงใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นสมรรถนะในการรับและส่งสารบนความเข้าใจ ให้เกียรติเพื่อนร่วมงานที่เป็นทีมสหวิชาชีพ มีผลต่อประสิทธิภาพของงาน ความเคารพในความคิดเห็นและวัฒนธรรมที่แตกต่างในการทำงานในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมและความรับผิดชอบต่อสังคม นอกจากนี้ การสื่อสารจะสามารถพัฒนาพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว เพื่อช่วยให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังตัวอย่าง สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพซึ่งเป็นสมรรถนะเชิงพื้นที่การพยาบาลอนามัยชุมชนที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (อัมชา สุวรรณกาญจน์, ประณีต ส่งวัฒนา, มุสลินท์ โต๊ะกานี, และนันทิยา ไชยนิ่ง, 2555)

สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม เนื่องจากการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ และการประสานงานกับชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสร้างความรับผิดชอบในการทำงานของสมาชิก จะต้องมีการวางแผนในการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน การรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก และการร่วมติดตามประเมินผลความสำเร็จของการทำงานในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น สมรรถนะการทำงานเป็นทีมจึงเป็นสมรรถนะที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานจำเป็นต้องแสดงบทบาทนี้ ดังการศึกษาของจิราพร สร้อยมุกดา (2558) ที่กล่าวว่า สมรรถนะการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าสมรรถนะการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ดังนั้น สมรรถนะการทำงานเป็นทีมจึงมีความสำคัญยิ่งที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของสมรรถนะการทำงานเป็นทีม

สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย เป็นการค้นคว้าหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ตามหลักการของวิชาชีพ และความสามารถในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานมีความใฝ่รู้ มีทักษะการสืบเสาะหาความรู้มีการพัฒนาตนเองในบทบาทด้านวิชาการ รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ไปสู่สังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ทักษะการสืบเสาะหาข้อมูล ทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะความสามารถด้านบริการวิชาการอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ สภาการพยาบาลได้กำหนดให้เป็นสมรรถนะของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (นครินทร์ สุวรรณแสง และภราดร ยิ่งยวด, 2563) และในบทบาทด้านวิชาการเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญของนักวิชาการสาธารณสุข (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) ดังการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, บุญเรือง ขาวนวล, และไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ (2562) พบว่า สมรรถนะด้านการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของนักวิชาการสาธารณสุขเป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นในการจัดการชุมชน จึงกล่าวได้ว่า สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยมีความจำเป็นสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

2. วิชาชีพพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ (แพทย์ ทันตสาธารณสุข และการแพทย์แผนไทย) แต่ไม่แตกต่างจากนักวิชาการสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ทำให้สามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทเป็นผู้จัดการรายการณิการักษาโรคเบื้องต้น การดูแลผู้ที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและอยู่ในระยะท้าย การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ การให้คำปรึกษา ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อผู้รับบริการ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน (นครินทร์ สุวรรณแสง และภราดร ยิ่งยวด, 2563) และมีความคล้ายคลึงกับบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านการบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค ด้านวิชาการ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลเบื้องต้น ข้อมูลทางระบาดวิทยา ด้านสุขอนามัย

สิ่งแวดล้อมการสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ และการสุขภาพ การสนับสนุนงานบริการให้กับทีมสุขภาพ การประสานงานร่วมกันกับทีม (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) ทำให้การรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน ประกอบกับการปฏิบัติงานของทั้งสองกลุ่มจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในหน่วยบริการ ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญสั่งสมในงาน เกิดการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสูง แตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นงานดูแลรักษา ซึ่งเป็นงานเชิงรับ ทำให้โอกาสในการแสดงบทบาทของการประสานงานการทำงานเชิงรุก ในเรื่องการส่งเสริม ป้องกันโรค น้อยกว่าพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่สอดคล้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการจัดหลักสูตรอบรม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานเชื่อมโยงแบบสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาสมรรถนะรองของกำลังคนที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกตามพื้นที่ครอบคลุมทั้งเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท

เอกสารอ้างอิง

- กรณีศึกษา เรื่อง เดช ขาวสวนศรีเจริญ, บุญเรือง ขาวนวล, และไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ. (2562). ผลของหลักสูตรเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย. *วารสาร มทร.อีสาน ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 6(1), 37-57.
- จิราพร สร้อยมุกดา. (2558). สมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคเอกชน เครือข่ายโรงพยาบาลนวมินทร์ (การค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนปฏิรูปประเทศ. (2561, 6 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 135 ตอนที่ 24 ก. หน้า 1-2.
- นครินทร์ สุวรรณแสง, และภราดร ยิ่งยวด. (2563). คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 5-17.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก. หน้า 165-185.

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, และณัฐภา สวงวนวงษ์. (2556). *สมรรถนะหลักและบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ*. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุโกศก เวชภัณฑ์เกสซ์, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, สิริชัย นามพรรษนีย์,... ชนบท บัวหลวง. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อัมชา สุวรรณกาญจน์, ประณิต ส่งวัฒนา, มุสลิมห์ โต๊ะกานี, และนันทยา ไชยนิ่ง. (2555). *วิจัยและพัฒนาสมรรถนะเชิงพื้นที่ทางการพยาบาลอนามัยชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนใต้* (รายงานการวิจัย). นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.
- Bass, B. M., & Bruce, J. A. (1994). Improving organizational effectiveness through transformational leadership. New York: Sage.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques*. (2nd ed.). New York: Wiley.
- Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science & Medicine*, 272, 112846. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846>.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), 831-865. doi: 10.1111/1475-6773.00149.
- Saad, M., De Medeiros, R., & Mosini, A. C. (2017). Are we ready for a true biopsychosocial-spiritual model? The many meanings of “spiritual”. *Medicines*, 4(4), 79. doi:10.3390/medicines4040079.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., ... & Zhao, Y. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet*, 368(9544), 1357-1364.