

ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยม
บ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของสาธารณสุขเขต 4

ปริญญานิพนธ์
ของ
ผกาวรรณ จันทรเพิ่ม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
มกราคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยม
บ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของสาธารณสุขเขต 4

บทคัดย่อ
ของ
ผกาวรรณ จันทร์เพิ่ม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
มกราคม 2548

ผลการรณ จันทรเพิ่ม. (2548). ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสาธารณสุขเขต 4. ปรินญาณพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินธ์ ชูชม , รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวท และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์.

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบการวิจัยแบบการผานวิธี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสาธารณสุขเขต 4 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1,920 คน และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซน จำนวน 135 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในปิงประมาณ 2547 ทำการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่มีพิสัยค่าความเชื่อมั่น .770 - .894 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC for Windows Version 9.0 และวิเคราะห์พหุระดับโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป HLM for Windows Version 4.01 ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า (1) การวิเคราะห์โมเดลระดับฐานปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นกับบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกันและที่อยู่ต่างหน่วยบริการ (2) การวิเคราะห์โมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล คือเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และกลุ่มตัวแปรความสามารถและการรับรู้ คือการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยที่ตัวแปรการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (3) การวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในตัวแปรลักษณะหน่วยบริการขนาดใหญ่ และกลุ่มตัวแปรการบริหารจัดการ คือประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหาร มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยตัวแปรประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหารมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (4) ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับพบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหารกับการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

THE PRIMARY CARE UNIT AND PUBLIC HEALTH PERSONNEL FACTORS
AFFECTING HOME VISIT PROCESS IN TREND OF HEALTH CARE REFORM
OF PUBLIC HEALTH IN ZONE 4.

AN ABSTRACT
BY
PAKAWAN CHANPERM

Presented in partial fulfillment of the requirements
For the Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University
January 2005

Pakawan Chanperm. (2005). *The Primary Care Unit and Public Health Personnel Factors Affecting Home Visit Process in Trend of Health Care Reform of Public Health in Zone 4*. Dissertation Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok : Graduate School , Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Oraphin Choochom, Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee, Asst. Prof. Dr. Ongard Naiyapatana.

The mixed methods research design was used in this study. The purpose of this study was to determine effects of factors in public health personnel and primary care unit levels on home visit process in trend of health care reform in zone 4. The Sample included 1,920 primary care unit personnel and 135 zone directors working in primary care units in 2004 fiscal year (October 1,2003 to September 30, 2004). The data were collected from using questionnaires with reliabilities ranging from 0.770 to 0.894. The SPSS/PC for Windows Version 9.0 and HLM for Windows Version 4.01 for Multilevel Linear Modeling were employed in this study. The qualitative data were analyzed by using content analysis procedures.

Base only model analysis in public health personnel and primary care unit levels showed that public health personnel working in the same and different primary care units conduct home visit differently. Personal factors affecting home visit process in primary care units were personal attitude towards home visit and training in home visit with a medium effect size. Abilities and perceptions about home visit including human relationships and perceived ability about home visit also influenced home visit process. Analyses among different primary care units showed that being large primary care units and directors' experiences had impacts on home visit process after controlling for other variables with directors' experiences having a moderate effect size. Cross level analyses showed that interactions between directors' experiences and human relationships had an impact on home visit process.

ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยม
บ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของสาธารณสุขเขต 4

ปริญญานิพนธ์
ของ
ผกาวรรณ จันทรเพิ่ม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
มกราคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน
เยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของสาธารณสุขเขต 4

ของ

นางสาวผกาวรรณ จันท์เพิ่ม

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ดร.มนัส บุญประกอบ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ นายแพทย์ฉัตร กิตติบวร)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์
ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์ กรรมการควบคุม
ปริญญานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงปริญญานิพนธ์ในทุกขั้นตอน

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาตรวจสอบและให้
คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแบบสอบถาม รวมทั้งอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ในการศึกษาตลอด
หลักสูตรการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ
จากการศึกษาไปพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. มนัส บุญประกอบ นายแพทย์จักร กิตติ
บวร

บุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล และผู้ให้ความช่วยเหลือทุกท่านที่ได้เอ่ยนามที่มี
ส่วนช่วยให้การทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

ผกาวรรณ จันทรเพิ่ม

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	
8 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	8
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ศึกษา.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.....	13
โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	17
การเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.....	22
ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงาน.....	34
ปัจจัยระดับบุคคลการสาธารณสุขกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน.....	37
คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน.....	38
ความสามารถและการรับรู้.....	42
ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	48
ลักษณะของหน่วยปฐมภูมิ.....	48
การบริหารจัดการของหน่วยปฐมภูมิ.....	49
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	61
สมมติฐานในการวิจัย.....	63

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	64
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย.....	65
ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ.....	66
แบบวัดปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	68
แบบวัดปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข.....	72
แบบวัดการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน.....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	80
ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	87
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	87
การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	89
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
สัญลักษณ์และการแปลความหมาย.....	90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนเบื้องต้น.....	91
ผลการตรวจสอบลักษณะข้อมูล.....	91
ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ HLM/2.....	92
ผลการวิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา.....	92
ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	93
ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	96
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลัก.....	99
ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข.....	99

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)	
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข.....	101
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	107
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	117
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	125
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	127
การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข.....	127
ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการเยี่ยมบ้าน.....	127
ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการเยี่ยมบ้าน.....	128
อภิปรายผล.....	131
ข้อเสนอแนะ.....	145
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	145
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	147
บรรณานุกรม.....	150
ภาคผนวก.....	165
ภาคผนวก ก การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	166
ภาคผนวก ข การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	174
ภาคผนวก ค การสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข.....	177
ภาคผนวก ง การสนทนากลุ่มหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	188
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	198

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความสัมพันธ์ภายในกลุ่มกับระดับนัยสำคัญ.....	81
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าความแปร และความโค้งของตัวแปรอิสระระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวแปรอิสระระดับบุคลากรสาธารณสุข และตัวแปรตาม.....	94
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับหน่วยบริการ ปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้าน.....	97
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข และการเยี่ยมบ้าน.....	98
5	แสดงอิทธิพลคงที่ และอิทธิพลสุ่มของการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ประมาณจากค่า โมเดลระดับฐาน.....	100
6	แสดงอิทธิพลคงที่ และอิทธิพลสุ่มของตัวแปรอิสระระดับ บุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.....	102
7	แสดงอิทธิพลคงที่ และอิทธิพลสุ่มของตัวแปรคัตसरค ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทาง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.....	105
8	แสดงอิทธิพลคงที่ และอิทธิพลสุ่มของตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มลักษณะหน่วยบริการที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.....	108
9	แสดงอิทธิพลของตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทาง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.....	111

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

10	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดพฤติกรรมการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน.....	167
11	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดการนิเทศงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	168
12	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน.....	169
13	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดการมีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน.....	170
14	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน.....	171
15	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน.....	172
16	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบวัดการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน.....	173

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	การดูแลและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ.....	16
2	โครงสร้างการบริหารราชการ.....	19
3	องค์ประกอบของพฤติกรรมการทำงาน.....	36
4	องค์ประกอบและผลการสร้างมนุษยสัมพันธ์.....	42
5	สถานการณ์การตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.....	54
6	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	62
7	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์บริหารงานกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน.....	115
	ในแต่ละระดับของมนุษยสัมพันธ์	
8	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษยสัมพันธ์กับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน.....	116
	ในแต่ละระดับของประสบการณ์บริหารงาน	
9	ความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการ.....	130
	ปฏิรูประบบบริการสุขภาพจากปัจจัยต่างๆ ที่มาจากแหล่งภายใน	
	และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 ต่อปี ซึ่งสูงมากกว่าอัตราการเพิ่มรายได้ของประชาชน ถือเป็นสัญญาณเตือนว่ากำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤติด้านสุขภาพ (ประเวศ วะสี. 2541 : 12) กล่าวคือมีการใช้เงินจำนวนมากหมดลงแต่ประชาชนยังคงป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้จำนวนมาก เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคติดต่อที่มีมาแต่อดีต เช่น โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และโรคไขเลือดออก ทำให้ในปี พ.ศ. 2543 เมื่อพิจารณาสถานการณ์ทางสุขภาพเปรียบเทียบกับดัชนีวัดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 99 จากสมาชิกทั้งสิ้น 191 ประเทศ (Kim-Farly. 2000 : 35 ; ทศนา บุญทอง. 2543 : 19) จึงต้องเร่งดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยวิธีการเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และครอบครัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย แต่ที่ผ่านมาการสร้างเสริมสุขภาพยังคงอาศัยมาตรการและเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่ากระบวนการทางสังคม ทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพมีราคาสูง อีกทั้งการให้บริการมีคุณภาพไม่ดีพอ ขาดการประสานแผนที่ดี ขาดกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสม (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. 2545 : 275) จากสถานการณ์ดังกล่าวประกอบกับประเทศไทยมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ปีพุทธศักราช 2540 ให้มีการปฏิรูประบบราชการส่งผลกระทบต่อโครงสร้างระบบสังคมไทย โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุขซึ่งกำหนดให้รัฐต้องจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ (มาตรา 82) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาค (มาตรา 52) มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบวงจรอย่างต่อเนื่อง (มาตรา 72) ให้บริการเชิงรุกสร้างสุขภาพเกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชาชนมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ป่วยตายด้วยโรคติดต่อและโรคที่สามารถป้องกันได้ จึงต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นไปตามขอบเขตที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545ค : 30 ; ทศนา บุญทอง. 2543 : 28-29 ; ประเวศ วะสี. 2541 : 13)

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health care reform) เป็นการดำเนินงานที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้มีการกำหนดไว้ใน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ให้มีการจัดการสถานบริการของรัฐ โดยปรับบทบาทให้สามารถแข่งขันกับสถานบริการอื่นได้ โดยเฉพาะสถานบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในระดับตำบลอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีการกระจายครอบคลุมทุกตำบล สามารถเข้าถึงสุขภาพประชาชนได้ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ เป็นที่ยอมรับกันว่ามีความสำคัญในการทำยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพประสบความสำเร็จ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 : 1 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544ข : 51) จากเดิมที่รู้จักกันในชื่อของสถานีอนามัย มีบุคลากรสาธารณสุขคอยให้บริการกับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการให้บริการแบบตั้งรับในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ มีสัดส่วนของงานรักษาพยาบาลต่องานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 75 : 25 ส่วนการให้บริการเชิงรุกเป็นการให้บริการดูแลมารดาและทารก สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการจัดนิทรรศการ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545ค : 42 ; สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. 2545 : 22-23 ; อรรถ ฤๅณนง. 2545 : 93 ; พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข และคณะ. 2542 : 19) จากการดำเนินงานแบบตั้งรับทำให้สามารถบริการประชาชนได้เพียงร้อยละ 15-20 ของจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเท่านั้น ยังมีประชากรอีกร้อยละ 80-85 ที่ไม่ได้รับการบริการสุขภาพ (ประพิน วัฒนกิจ. 2543 : 2 ; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 39) ผลจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ยกกระดับสถานีอนามัยมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีแพทย์ออกไปให้บริการ มีระบบการให้บริการหน่วยคู่สัญญาเพื่อการประสานงานและการส่งต่อ มีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเสมอภาค เป็นองค์รวม ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง เน้นหนักในบทบาทของการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก นำยุทธศาสตร์การสร้างนำซ่อมมาใช้ร่วมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำลี เปลี่ยนบางช้าง. 2546 : 3 ; วชิระ บถพิบูลย์. 2546 : 58 ; เกษม วัฒนชัย. 2545 : 8-10 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544ข : 42 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543 : 185) มีสัดส่วนของงานรักษาพยาบาลต่องานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 25 : 75 ดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community based management) เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับแบบแผนชีวิตของประชาชน (อรรถ ฤๅณนง. 2545 : 93 ; ประพิน วัฒนกิจ. 2543 : 2-3) สร้างศักยภาพและความเข้มแข็งในสังคม มีลักษณะการจัดการที่เป็นอิสระสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น มีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ สามารถกำหนดวิธีการทำงานของตนเองได้โดยยึดปัญหาในระดับพื้นที่เป็นหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 : 1 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. 2545 : 295-296 ; พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข และคณะ. 2542 : 19 ; ประพิน วัฒนกิจ. 2543 : 35)

จากการนำยุทธศาสตร์การสร้างนำซ่อมมาใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก ทำให้มีการกำหนดมาตรฐานในการจัดระบบบริการปฐมภูมิจำแนกออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) การรักษาพยาบาลต้องมีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) และให้การรักษาพยาบาลที่สถานบริการ (2) การสร้างเสริมสุขภาพต้องมีการเยี่ยมบ้านและให้บริการที่บ้านรวมทั้งในชุมชน (3) การควบคุมป้องกันโรค ต้องมีการเยี่ยมบ้านประเมินสภาพครอบครัวโดยใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family Folder or Family File) ประเมินสภาพชุมชนและสภาพปัญหา และ (4) การฟื้นฟูสภาพ ต้องมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ เช่น ผู้พิการจากอุบัติเหตุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิคือ เกิดความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ มีผู้มาใช้บริการและได้รับการบริการในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีที่ 1 และร้อยละ 90 ในปีที่ 5 ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 80 ในปีที่ 1 เพิ่มร้อยละ 90 ในปีที่ 2 และร้อยละ 95 ในปีที่ 5 ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นการให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประเภท คือ (1) การเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง (Home Health Care) (2) การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง คือ มารดาและทารกหลังคลอด ผู้ป่วยเรื้อรัง (3) การเยี่ยมประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. 2545 : 8-24) บุคลากรสาธารณสุขต้องออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละเดือน พยายามผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมผสมผสานกิจกรรม (เอี่ยม วิมุติสุนทร. 2545 : 2) และในการบรรยายวิชาการประชุมสัมมนาองค์กรปกครองท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ โรงแรมเจริญศรีแกรนด์ไฮแอท จังหวัดอุดรธานี วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2545 โดย ศาสตราจารย์ ดร. ภักดี โพธิศิริ (2545 : 1-5) อธิบดีกรมอนามัย ความว่า “นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ที่สำคัญเจ้าหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในเชิงรุก มีการออกเยี่ยมบ้าน ...” เช่นเดียวกับ คุณสมฤทธิ์ ต่อสติ (2546 : 3) บุคลากรสาธารณสุขดีเด่นโครงการไกลบ้านใกล้ใจ ประจำปีการแพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นวิทยากรบรรยายเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับภูมิภาค จังหวัดปราจีนบุรี วันที่ 17 มิถุนายน 2546 ความว่า “บริการสาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพต้องเร่งบริการเชิงรุกสร้างนำซ่อม เป็นบริการองค์รวม นักสร้างสุขภาพในชุมชนต้องเข้าไปเยี่ยมบ้าน ร่วมคลี่คลายปัญหา ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ...” และสอดคล้องกับการบรรยายพิเศษในโอกาสเปิดการประชุมวิชาการของ นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ (2546 : 1-2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในหัวข้ออย่างก้าวการสร้างสุขภาพ ความว่า “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีการจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย มีการติดตาม

เยี่ยมบ้านหาข้อมูลและให้การช่วยเหลือ ...” และการบรรยายของนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ (2546 : 1-4) ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ในการประชุมวิชาการพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ ประจำปี 2546 ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพมหานคร วันที่ 28-29 กรกฎาคม 2546 ความว่า “การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติบริการ (Health Promotion Intervention) ที่ให้แก่ประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การบริการอนามัยครอบครัว การบริการตรวจครรภ์ การดูแลก่อนคลอด การดูแลหลังคลอด การให้การพยาบาล การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงานสร้างนำซ่อม ...” จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า บริการที่เป็นรูปธรรมนำไปสู่ความสำเร็จในการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) เป็นบริการเชิงรุกที่จัดบริการสาธารณสุขไปยังบ้านเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถทำความรู้จักกับประชาชนได้ทั้งครอบครัว สามารถพูดคุย ค้นหาปัญหา ให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนการติดต่อสื่อสาร และความร่วมมือของชุมชน สามารถให้บริการผสมผสานงานทั้ง 4 ด้านแก่คนในครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้านนั้น กำลังอยู่ในความสนใจและความต้องการของประชาชนอย่างมาก ดังผลการศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้าพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีการให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวม ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (สุนทราวดี เขียวพิเศษ และคณะ. 2544 : 24 ; อารี วลัยเสวี และคณะ. 2543 : 77 ; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 65) แต่ถ้าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน ขาดการวางแผนที่ดี ขาดการเตรียมตัว ไม่มีการติดตามประเมินผลแล้ว จะทำให้ประชาชนในชุมชนและผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่าย และอาจถึงแก่ชีวิตได้ ขาดซึ่งความเข้าใจปัญหาสุขภาพพื้นฐานของชุมชน การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาจึงไม่สนองตอบต่อความต้องการของคนในชุมชน ไม่สามารถสร้างเสริมสุขภาพได้เหมือนอย่างในอดีตที่ผ่านมา (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543 : 185) ดังนั้นการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นวิธีการสำคัญที่สามารถทำให้เกิดการฟื้นฟู ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ประหยัดค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณเหมาะสมรายหัว และแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างภูมิคุ้มกันให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้เป็นอย่างดี (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2546 : 5 ; ศิริอร สินธุ. 2545 : 88 ; ประพิน วัฒนกิจ. 2543 : 170)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขพบว่า ความสำเร็จของงานขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้มีความ

สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้มีความชัดเจนในบทบาทและมีเจตคติที่ดีต่องาน ซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของพฤติกรรม ดังการศึกษาของ นิลรัตน์ ชาญไวยุทธ์ (2542 : 94-96) จุริกรณ์ ไถ่บ้านถวย (2543 : 72) พบว่าวุฒิการศึกษา การได้รับการอบรม เจตคติต่องาน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลต่อการผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบล นอกจากนี้เมื่อออกไปให้บริการเชิงรุกในครอบครัวและชุมชนเป็นงานที่ทำทลายความสามารถต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะมีการติดต่อประสานงานกับบุคคลหลากหลาย (คณะอนุกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการ. 2545 : 8 ; สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ. 2540 : 385-39) การที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความร่วมมือร่วมใจในการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นการที่บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความสามารถของตนเองและมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพหรือมนุษยสัมพันธ์ที่ดีจึงเป็นกุญแจนำไปสู่ความสำเร็จ การมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดความไว้วางใจปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยความสมัครใจ (วชิระ บถพิบูลย์. 2546 : 30 ; วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. 2545 : 43 ; อรรถ ณะระนอง. 2545 : 94 ; พงพิสุทธิ จงอุดมสุข และคณะ. 2542 : 22) ดังผลการศึกษาของ นิลรัตน์ ชาญไวยุทธ์ (2542 : 98-99) พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดี และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน จึงกล่าวได้ว่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การที่บุคลากรในองค์กรจะปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ นอกจากจะขึ้นอยู่กับความสามารถของตัวบุคคลเองแล้ว ผลการดำเนินงานจะออกมาดีหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้นำองค์กรมาประกอบอีกทางหนึ่ง ผู้นำองค์กรหรือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องให้การสนับสนุนและมีการนิเทศติดตามงานในหน่วยงานเป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนปรับปรุงแก้ไขและให้ข้อมูลย้อนกลับ ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การบริหารงานคอยควบคุมดูแลให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพราะการมีประสบการณ์ในงานย่อมเป็นผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2536 : 121-124 ; เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. 2521 : 225-227) นอกจากนี้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิยังต้องรับผิดชอบดูแลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งการปฏิบัติงานมีความหลากหลายในด้านของสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข ดังนั้นพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารจึงมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้าน (Silva. 1966 : abstract ; พวงเพชร วัชรอยู่. 2536 : 137) และในการบริหารจัดการของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความแตกต่างกันออกไปตามขนาดของหน่วยบริการ จึงกล่าวได้ว่าประสบการณ์

การปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจ การนิเทศงาน และขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ฉัตรเสกสรรค์วิริยะ และคณะ. 2542 : 32)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการรับรู้ในการดำเนินงาน และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ลักษณะขององค์กร และการบริหารจัดการ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นการที่จะพัฒนาให้มีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวในการที่จะนำมาจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร แต่เนื่องจากโครงสร้างทางสาธารณสุขมีความซับซ้อน มีการจัดองค์กรเป็นลำดับขั้นลดหลั่นกันลงมา กล่าวคือข้อมูลระดับจังหวัดส่งผลมาถึงข้อมูลระดับอำเภอ ข้อมูลระดับอำเภอส่งผลถึงข้อมูลระดับตำบล ข้อมูลระดับตำบลส่งผลถึงข้อมูลระดับหมู่บ้าน ดังนั้นตัวแปรในแต่ละระดับย่อมมีความสัมพันธ์กัน ทำให้ตัวแปรที่อยู่ในระดับเดียวกันและต่างระดับมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตลอดเวลา ถ้าเลือกศึกษาข้อมูลเพียงระดับเดียวโดยไม่สนใจต่อโครงสร้างของระดับตัวแปรผลที่ได้จะบิดเบือนจากความเป็นจริง การศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านจึงต้องคำนึงถึงโครงสร้างและระดับของตัวแปร ทั้งในระดับเดียวกันและต่างระดับมาใช้ศึกษาผลของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผลที่ได้มีความแม่นยำตรงสูง (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2535 : 3-5) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีรูปแบบการศึกษาและการวิเคราะห์พหุระดับด้วยสมการถดถอยกรณี 2 ระดับ คือระดับของบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นระดับจุลภาค และระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นระดับมหภาค ซึ่งเป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ทำนายหรืออธิบายตัวแปรตามจากชุดข้อมูลตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรหลายระดับ โดยที่ตัวแปรอิสระหลายระดับมาจากการรวบรวมตามระบบโครงสร้างที่มีการจัดอย่างเป็นระดับขั้น ทำให้สามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับเดียวกันและปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรต่างระดับกันได้ สามารถศึกษาให้ทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามในระดับหน่วยการวัดที่เล็กที่สุด และศึกษาอิทธิพลจากความแตกต่างในแต่ละระดับที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการรับรู้ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ลักษณะองค์การ และการบริหารจัดการ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้แก่

3.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานนิเทศงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิกับการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

3.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานนิเทศงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิกับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการวิจัยสามารถอธิบายให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิสาธารณสุขเขต 4

2. ข้อค้นพบจากการวิจัย ทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการวิจัย และการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สาธารณสุขเขต 4 ในปีงบประมาณ 2547 ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง จำนวน 437 แห่ง แบ่งเป็น 142 โซน มีหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซนจำนวน 142 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,964 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มาจากหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซน จำนวน 142 โซน แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 142 คน

1.2 บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ทั้งหมด รวมจำนวน 1,964 คน ที่มาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 437 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย รวมจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 คน และ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเพิ่มเติมและประกอบการอภิปรายผล

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วยตัวแปร 2 ระดับ คือ

1.1 ระดับที่ 1 ตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข แบ่งออกเป็น

1.1.1 ตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์ การเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน และการได้รับการอบรมงานเยี่ยมบ้าน

1.1.2 ตัวแปรความสามารถและการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน

1.2 ระดับที่ 2 ตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น

1.2.1 ตัวแปรลักษณะองค์การ ประกอบด้วย ขนาดของหน่วยบริการ

1.2.2 ตัวแปรการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การนิเทศงาน พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และประสิทธิภาพบริหารงาน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตาม แนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 การเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง

2.2 การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง

2.3 การเยี่ยมประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐที่ตั้งอยู่ในระดับ ตำบล อยู่ภายใต้การบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิตามลำดับ เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เน้นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อนมากนัก มีหน้าที่ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพกับประชาชนในชุมชน

2. ขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึงลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการแบ่งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขออกเป็น 2 ขนาด คือหน่วยบริการขนาดใหญ่ ที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขและมีแพทย์อยู่ประจำหรือหมุนเวียนมาให้บริการพร้อมกับทีมสุขภาพ และหน่วยบริการขนาดเล็กที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึงผู้ที่ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชนนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน หมายถึงระยะเวลาเป็นจำนวนปีที่บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่เริ่มเข้ารับราชการจนถึงปัจจุบัน
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหาร หมายถึงระยะเวลารวมเป็นจำนวนปีที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน
6. การอบรมงานเยี่ยมบ้าน หมายถึงจำนวนครั้งที่บุคลากรสาธารณสุขได้เข้ารับการอบรมงานเยี่ยมบ้าน ที่จัดขึ้นทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน หมายถึงปริมาณความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับคุณและโทษของการเยี่ยมบ้าน ที่บุคลากรสาธารณสุขจะตอบสนองไปในทางที่ชอบหรือไม่ชอบต่อการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งความพร้อมของบุคลากรที่จะแสดงพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า
2. มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน หมายถึงปริมาณของความสัมพันธ์ในการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขในการทำความรู้จัก การสร้างความคุ้นเคยกับประชาชน การให้ความช่วยเหลือ การสอน แนะนำ ชี้แนะด้วยถ้อยคำที่สุภาพ การวางตนอย่างเหมาะสมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเกิดความศรัทธา มีความเข้าใจที่ดีต่อกัน และร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับการมี

มนุษย์สัมพันธ์น้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีมนุษย์สัมพันธ์ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตาม แนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3. การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน หมายถึง ปริมาณการรับรู้ของบุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อความชัดเจนในบทบาทและหน้าที่ รับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน โดยทราบถึงวิธีการปฏิบัติงานให้ประสบ ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับจริงที่สุดจนถึงระดับไม่จริงเลย โดยข้อคำถามให้ คะแนนดังนี้ ไม่จริงเลย เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงจริงที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนน รวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้บทบาทในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการ ปฏิรูประบบบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

4. การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน หมายถึง ปริมาณความมั่นใจของ บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ที่มีต่อความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ได้ เป็นข้อคำถามให้ตอบถึงระดับความมั่นใจในการดำเนินงานเยี่ยม บ้าน วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก ระดับไม่มั่นใจเลยจนถึงระดับมั่นใจที่สุด โดยข้อคำถามให้คะแนนดังนี้ ไม่มั่นใจเลย เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมั่นใจที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มี การรับรู้ความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

5. พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ที่อยู่ ได้บังคับบัญชาในการตัดสินใจ ตามแนวคิดของ ฮอย และทาเตอร์ (Hoy; & Miskel. 2001 : 357 ; citing Hoy; & Tarter. 1995. Education Administration.) วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับที่หัวหน้าหน่วยงานให้ผู้ที่อยู่ ได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด คือ หัวหน้าตัดสินใจเอง ทุกคน ร่วมตัดสินใจ ใช้เสียงส่วนใหญ่ หรือกลุ่ม และหรือรายบุคคล โดยถ้าหัวหน้าหน่วยบริการ ปฐมภูมิให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยที่สุด ให้เท่ากับ 1 คะแนน จนถึง หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด ให้เท่ากับ 5 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมมาก กว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

6. การนิเทศงานเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการ หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติของ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการติดตามดูแลและตรวจสอบการปฏิบัติงานการดำเนินงาน เยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้งานสำเร็จ

ตามนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยข้อคำถามให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

7. การเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หมายถึง ความมุ่งมั่น ความตั้งใจ การเอาใจใส่ และความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นงานแขนงหนึ่งของการสาธารณสุขที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง (Home Health Care) หมายถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังจากเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ให้คำแนะนำการดูแลแก่บุคคลในครอบครัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ (2) การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง หมายถึงการติดตามเยี่ยมเพื่อการดูแล ให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้ทราบถึงการดำเนินไปของโรคเกิดการยอมรับสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพอย่างปกติสุข รวมถึงการติดตามดูแลมารดาและทารกหลังคลอดเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกตั้งแต่ในระยะก่อนคลอดจนถึงระยะหลังคลอด รวมทั้งการดูแลบริบาลทารก ประเมินพัฒนาการ สร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การติดตามภาวะโภชนาการ และการให้คำแนะนำวางแผนครอบครัว (3) การเยี่ยมประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนตามเกณฑ์ INHOMESSS ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพของวิถีชุมชน โดยใช้แฟ้มครอบครัวเป็นเครื่องมือในการประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม สำหรับการวัดการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขวัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยข้อคำถามให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพคือ แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงาน ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถและการรับรู้ ส่วนปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ และปัจจัยการบริหารจัดการ ได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

มนุษย์ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ เอาไว้อย่างกว้างขวางลึกซึ้งจนดูเหมือนว่าจะเป็นแค่ในอุดมคติเท่านั้น องค์การอนามัยโลกเป็นผู้เริ่มกำหนดนิยามศัพท์ของคำว่าสุขภาพไว้ตั้งแต่แรกตั้งองค์การกว่า 50 ปีที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นเป้าหมายกำหนดภารกิจและบทบาทขององค์กร การให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจึงครอบคลุมทุกกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริม ปรับแก้ และจรรโลงสุขภาพของมนุษย์ชน อย่างไรก็ตามการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบสุขภาพเท่าที่ผ่านมา มักวนเวียนอยู่ในเรื่องของการให้บริการสุขภาพ จนทำให้คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญแก่ระบบสุขภาพเฉพาะในด้านการจัดระบบบริการด้านการรักษาพยาบาล โดยละเลยที่จะให้ความสนใจในปัจจัยอื่น ตลอดจนกลไกทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม (WHO. 2000 : 3-19) จึงทำให้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ทรัพยากรทุ่มไปในการสร้างโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาวิวัฒนาการด้านโครงสร้างและนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีการจัดตั้งหน่วยงานและภารกิจต่าง ๆ ของรัฐที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของประชาชน มิได้พัฒนามาจากพื้นฐานการมองภาพรวมของระบบสุขภาพที่ชัดเจนจึงไม่สามารถออกแบบองค์กรที่มีการประสานงาน และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ได้อย่างใด หากแต่เป็นผลที่เกิดจากการก่อตัวขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในแต่ละช่วงเวลา ประกอบกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในช่วงเวลา 3 ทศวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งมีช่องทางการเปิดรับความรู้ ข้อมูล เทคโนโลยี และโครงสร้างการจัดองค์กรจากต่างประเทศเข้ามาอย่างรวดเร็ว เกิดการพัฒนาโครงสร้างองค์กรและนโยบายที่มีการแยกออกมาเป็นส่วนย่อยมากมาย ส่งผลให้ไม่สามารถเชื่อมโยงบริบทของงานที่รับผิดชอบเข้ากับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ และอยู่ภายใต้ระบบ

สุขภาพเดียวกันได้ ทำให้มองไม่เห็นภาพรวมและองค์รวมของระบบสุขภาพในประเทศไทยอย่างแท้จริง เกิดการทำงานแยกส่วน มีความซ้ำซ้อน ส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในที่สุด (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543 : 130) ทำให้ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเกือบ 300,000 ล้านบาท เพิ่มขึ้นด้วยอัตราร้อยละ 16 ต่อปี (ทัศนา บุญทอง. 2542 : 9) จากสาเหตุดังกล่าวการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจึงต้องเริ่มต้นขึ้น โดยสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ให้เห็นอย่างเด่นชัดร่วมกับประชาคมที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการสร้างความชัดเจนในเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไปในเวลาเดียวกันทำให้กระบวนการดังกล่าวเป็นองค์ประกอบร่วมของวิสัยทัศน์ และค่านิยมด้านสุขภาพของคนในชาติ ซึ่งร่วมกันกำหนดเป็นพื้นฐานโดยกรอบแนวคิดในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพใหม่ที่พึงปรารถนา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับพื้นฐานของสุขภาพ

ระดับพื้นฐานของสุขภาพ เป็นรากฐานของการจัดวางระบบสุขภาพในอนาคตให้เข้มแข็ง ช่วยให้ระบบสุขภาพที่ก่อตั้งขึ้นมีความเหมาะสมสอดคล้องกับเงื่อนไขทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ปรับเปลี่ยนไปตามความจำเป็นของสังคมไทย และรองรับแนวทางประชาธิปไตย กรอบปรัชญาในระดับนี้ ประกอบด้วย (1) องค์รวมของสุขภาพ (Holistic Approach) ระบบสุขภาพต้องเป็นกลไกที่สามารถจัดการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลสุขภาพ และแก้ไขฟื้นฟูสุขภาพทั้งในมิติทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณ กรอบปรัชญานี้ใช้กำหนดทั้งเป้าหมายและกลวิธีที่จะจัดวางให้ระบบสุขภาพตอบสนองความต้องการ กำกับกับการออกแบบให้เกิดระบบสุขภาพย่อยที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพของจิตวิญญาณมนุษย์ ครอบครัว ชุมชน เป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวม และเป็นหัวใจที่ทำให้กลไกระบบสุขภาพทำงานประสานกัน (2) การใช้ปัญญาเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพ (Wisdom based Health System) เป็นการสร้างศักยภาพทางสติปัญญา มุ่งใช้กลวิธีการเรียนรู้และเหตุผลที่มีพื้นฐานทางวิชาการตามหลักวิทยาศาสตร์เป็นหลักในการกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการจัดกลไกในระบบสุขภาพ เนื่องจากวิวัฒนาการขององค์ความรู้และเทคโนโลยีในสหัสวรรษนี้มี ความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเตรียมองค์กรให้มีศักยภาพในการใช้ข้อมูล และความรู้ใหม่ๆ จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด (3) การพึ่งพาตนเอง (Self Reliant) ระบบสุขภาพจะช่วยสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนในประเทศให้พึ่งพาภูมิปัญญาไทย ในระดับบุคคลต้องมีทักษะและความรู้ที่จะดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและครอบครัว ในระดับชุมชนต้องสามารถรวมตัวกันอย่างเข้มแข็งเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานของรัฐในระดับท้องถิ่นต้องพัฒนาบริการให้สามารถ

พึ่งตนเองได้ (4) การมีส่วนร่วม (Participation) ระบบสุขภาพต้องมีความโปร่งใสให้โอกาสทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและควบคุมนโยบาย รวมทั้งบริหารจัดการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ ถือเป็นรากฐานสำคัญของระบอบประชาธิปไตยที่บัญญัติไว้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

ระดับหลักประกันของระบบสุขภาพ

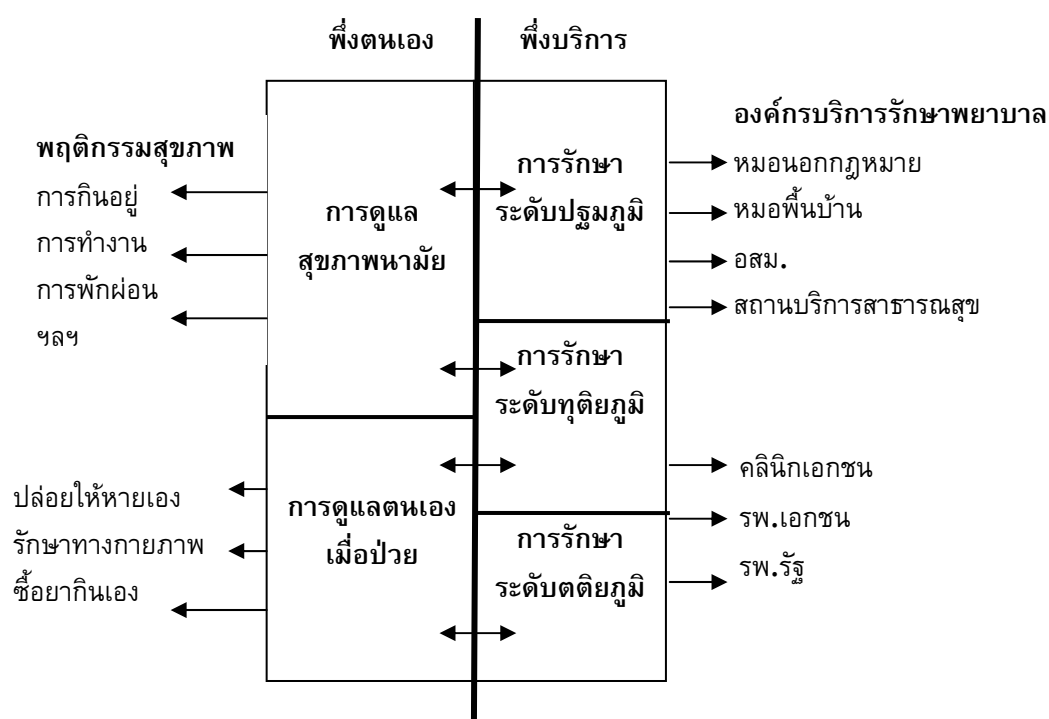
รัฐควรให้ความมั่นใจกับประชาชนในการมีระบบสุขภาพที่พึงปรารถนา สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพทางสุขภาพ ไม่ถูกจำกัดด้วยฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงต้องจัดให้มีการค้ำประกันระบบสุขภาพแห่งชาติให้มีคุณสมบัติตามกรอบปรัชญาเรียงตามลำดับในระดับนี้คือ (1) ความเสมอภาค (Equity) การจัดระบบสุขภาพต้องมุ่งให้เกิดความเสมอภาคในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนอย่างมีความเท่าเทียมกัน การจัดบริการสุขภาพจึงต้องป้องกันอุปสรรคทั้งในด้านของการเดินทาง การกีดกันทางสังคม และทางการเงิน (2) ประสิทธิภาพ (Efficiency) การออกแบบระบบสุขภาพและการจัดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายที่ลงทุน โดยข้อจำกัดทางงบประมาณเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เกิดการเลือกจัดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (3) คุณภาพ (Quality) ระบบสุขภาพต้องมีคุณภาพและมีมาตรฐาน มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประโยชน์สูงสุดต้องส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพในการจัดระบบสุขภาพทุกด้าน ตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอแก่การตัดสินใจ เลือกวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ระดับเป้าหมายของระบบสุขภาพ

การกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยกรอบปรัชญาประกอบด้วย (1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Public Policy) ระบบสุขภาพต้องมีกลไกควบคุมที่เชื่อมโยงโครงการในการพัฒนาต่างๆ และนโยบายสาธารณะในทุกระดับ ให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ต้องมีการตรวจสอบถึงผลกระทบ เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน (2) พลังผู้บริโภค (Consumer Empowerment) ประชาชนผู้รับบริการทางสุขภาพหรือบริโภคสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกใช้สินค้าได้อย่างเหมาะสม

จากกรอบแนวคิดและปรัชญาของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่ต้องการให้มีระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ มีการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญ (สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข. 2545ค : 33-34) แต่เนื่องจากองค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็นส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปขณะไม่ป่วย และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่พึ่งพาบริการ ดังภาพประกอบ 1



ภาพ 1 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

ที่มา : วิชัย โปษยะจินดา. (2542). การสร้างเสริมสุขภาพ. หน้า 8.

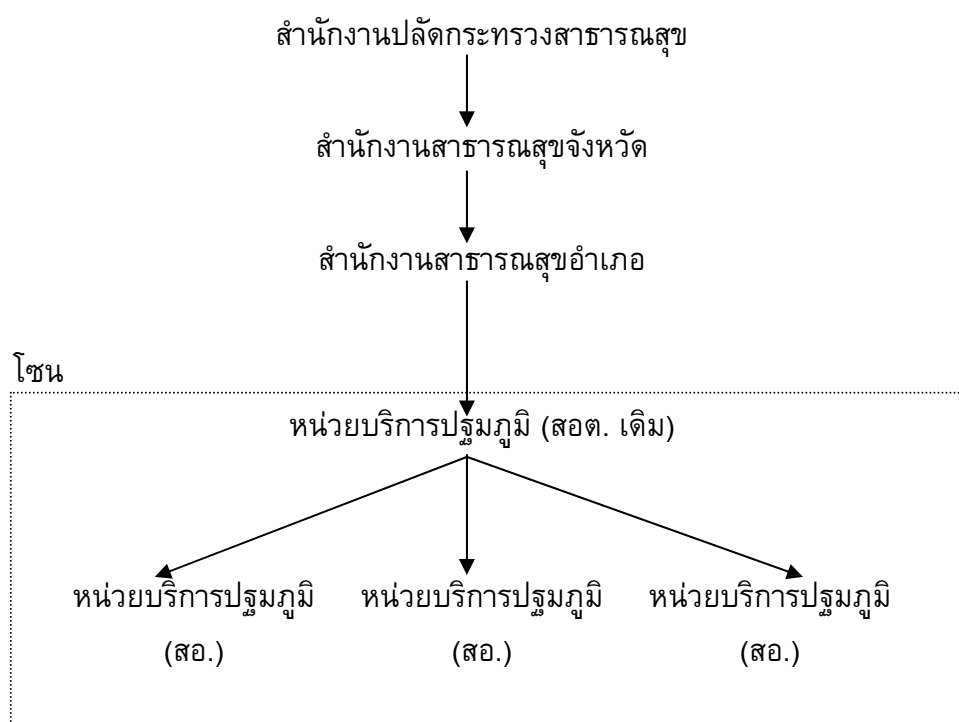
ถึงอย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นมา หนทางแก้ไขก็คือการพึ่งสถานรักษาพยาบาลที่แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในทางปฏิบัติระดับของบริการทั้ง 3 ประเภท จะคาบเกี่ยวกันอยู่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อย่างชัดเจน สิ่งสำคัญต้องสร้างดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบพึ่งตนเองกับการพึ่งบริการ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งของระบบ เนื่องจากกรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายขึ้นโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจาก

จำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลได้ขยายตัวเติบโตขึ้น จนทำให้ประชาชนขาดแนวคิดการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้น แม้มีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยที่สามารถดูแลรักษาได้ด้วยตนเองแต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ทำให้สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก (วิชัย โปษยะจินดา. 2542 : 9) สถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาแก้ไข เพราะเมื่อวิเคราะห์ให้ละเอียดแล้วการขยายการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่แท้จริง เนื่องจากขาดความยั่งยืน และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด เหตุผลหลักคือทรัพยากรที่ต้องใช้ในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล หรือทรัพยากรธรรมชาติย่อมมีปริมาณจำกัด ดังนั้นการลดกรอบการให้บริการจากรัฐให้เล็กลง แล้วส่งเสริมให้กรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เข้าไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ต้องอาศัยสถานอนามัยที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพด่านแรก เป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด หากได้รับการพัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่มีคุณภาพมากขึ้น จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและทำให้ประชาชนได้ใช้บริการอย่างเหมาะสม สะดวก ใกล้บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขเขต 1. 2545 : 3 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 : 1 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 51 ; วิชัย โปษยะจินดา. 2542 : 9)

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในอดีตจนถึงต้นรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ประเทศไทยเริ่มการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทจนวิวัฒนาการเข้าไปแทนที่การแพทย์แผนโบราณ ภาครัฐจึงเริ่มพัฒนาบริการสาธารณสุข มีการก่อตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2494 ต่อมา มีการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงโครงสร้างองค์กรจากหน่วยงานเป็นลักษณะผสมผสาน และขยายงานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีการเร่งสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพและการมีสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน แต่ด้วยขีดจำกัดของภาครัฐด้านความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการกระจายอัตรากำลังแพทย์ และโรงพยาบาลในทุกตำบล ดังนั้นเมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรมากที่สุดการจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานอนามัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความเท่าเทียม และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกลั่นกรองผู้ป่วยก่อนที่จะไปรับบริการในระดับสูงขึ้น ต่อมาได้มีการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในช่วงของการปฏิรูประบบสาธารณสุขไปสู่ความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ และคุณภาพให้สอดคล้องกับพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคมไทย จึงนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่

มีการปรับเปลี่ยนบทบาทและโครงสร้างของสถานบริการของรัฐโดยเฉพาะสถานื่อนามัยมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิให้การดูแลสุขภาพประชาชนที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการ โดยจัดแบ่งเขตเป็นโซนให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในตำบลเดียวกันและเขตใกล้เคียงมีการติดต่อประสานงาน การนิเทศงาน และการช่วยเหลือเพื่อปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิประจำตำบลหรือสถานื่อนามัยตำบล (สอต.) เดิมเป็นหัวหน้าโซนให้การช่วยเหลือ สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานื่อนามัย (สอ.) ที่อยู่ในโซนเดียวกัน ทั้งนี้อยู่ภายใต้การกำกับและสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นการบริหารราชการส่วนภูมิภาค (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2545 : 345 – 354) ดังภาพประกอบ 2



ภาพ 2 โครงสร้างการบริหารราชการ

ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2545). การสาธารณสุขไทย. หน้า 354.

การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมา มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักของบทบาทจะเน้นที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน ไม่ได้กล่าวถึงคุณลักษณะในการดูแลแบบผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ ไม่ได้เน้นการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้ประสานงานกับกระทรวงต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดี ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่าหรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิต่ำกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีสูง (วิชัย โปษยะจินดา. 2542 : 5) เมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดให้มีการจัดการสถานบริการของรัฐโดยปรับบทบาทให้สามารถแข่งขันกับสถานบริการอื่นได้ โดยเฉพาะสถานบริการด้านสุขภาพที่ตั้งอยู่ในระดับตำบล มีความใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นหน่วยบริการด่านแรก ที่มีการกระจายครอบคลุมทุกตำบล รู้จักสภาพวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนในชุมชน สามารถเข้าถึงสุขภาพประชาชนได้ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ เป็นที่ยอมรับกันว่ามีความสำคัญในการทำให้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพประสบความสำเร็จ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 : 1 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544ข : 51) จากเดิมที่รู้จักกันในชื่อของสถานีอนามัย มีบุคลากรสาธารณสุขคอยให้บริการกับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการให้บริการแบบตั้งรับในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ มีสัดส่วนของงานรักษาพยาบาลต่องานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 75 : 25 ส่วนการให้บริการเชิงรุกเป็นการให้บริการดูแลมารดาและทารก สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการจัดนิทรรศการ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545ค : 42 ; สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. 2545 : 22-23 ; อรรถ ณะรอง. 2545 : 93 ; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. 2542 : 19) จากการดำเนินงานแบบตั้งรับทำให้สามารถบริการประชาชนได้เพียงร้อยละ 15-30 ของจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเท่านั้น ยังมีประชากรอีกร้อยละ 80-85 ที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพ (ประพิณ วัฒนกิจ. 2543 : 2 ; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 39) ผลจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปรับโครงสร้างยกระดับสถานีอนามัยมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีแพทย์ออกไปให้บริการ มีระบบการให้บริการหน่วยคู่สัญญาเพื่อการประสานงานและการส่งต่อ มีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเสมอภาค และได้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เป็นบริการด่านแรกเข้าถึงง่าย (Front-line care) คือให้การดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค รวมทั้งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทาง ให้เป็นบริการต่อเนื่อง (Ongoing care) คือตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย เข้า

ใจความต้องการ รวมทั้งการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ให้เป็นบริการที่ผสมผสาน (Comprehensive care) คือการให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ คำนึงถึงปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Co-ordinated care) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ทั้งนี้ให้เน้นหนักในบทบาทของการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก นายยุทธศาสตร์การสร้างนำซ่อมมาใช้ร่วมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำลี เปลี่ยนบางช้าง. 2546 : 3 ; วชิระ บถพิบูลย์. 2546 : 58 ; เกษม วัฒนชัย. 2545 : 8-10 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 42 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543 : 185) มีสัดส่วนของงานรักษายาบาลต้องงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 25 : 75 ดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community based management) เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับแบบแผนชีวิตของประชาชน (วินัย วิริยะกิจจา. 2544 : 28 ; อรรถ ฤ ระนอง. 2545 : 93 ; ประพิน วัฒนกิจ. 2543 : 2-3) สร้างศักยภาพและความเข้มแข็งในสังคม มีลักษณะการจัดการที่เป็นอิสระสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น มีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ สามารถกำหนดวิธีการทำงานของตนเองได้ โดยยึดปัญหาในระดับพื้นที่เป็นหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 : 1 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. 2545 : 295-296 ; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. 2542 : 19 ; ประพิน วัฒนกิจ. 2543 : 35)

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสถานีนานามัยมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เนื่องจากต้องการให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายมาตรฐานของผลลัพธ์ที่แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ (2) ด้านคุณภาพบริการ และ (3) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (สำนักงานสาธารณสุขเขต 1. 2545 : 8)

ด้านความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย

1. ประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยใช้บริการหรือได้รับการบริการในชุมชนจากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในปี 5
2. กลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานโดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปีที่ 1 ร้อยละ 90 ในปี 2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ในปี 5

3. ในกรณีที่ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อต้องมีการรายงานอย่างครบถ้วน ทันเวลา ให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ตั้งแต่ปีที่ 1

ด้านคุณภาพบริการ ประกอบด้วย

1. บริการที่ต้องมีความต่อเนื่อง ได้แก่ บริการดูแลก่อนคลอด บริการให้วัคซีน และติดตามพัฒนาการเด็ก บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง จะต้องให้บริการที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีแรก ร้อยละ 80 ในปีที่ 2 และร้อยละ 90 ในปีที่ 5

2. ค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกทั้งในสถานบริการและในชุมชน
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. กลุ่มเป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน
5. สนับสนุนประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

1. ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้
2. ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย และประชาชนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานที่ดูแลตนเองได้ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน และไม่หยุดงานโดยไม่จำเป็น
3. ผู้ป่วยได้รับการตามระดับความรุนแรง และตามความสามารถของหน่วยบริการ

ในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ได้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่นายยุทธศาสตร์การสร้างนำซ่อมมาใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก จำแนกออกเป็น 4 ด้านคือ (1) การรักษาพยาบาลต้องมีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) และให้การรักษาพยาบาลที่สถานบริการ (2) การสร้างเสริมสุขภาพต้องมีการเยี่ยมบ้านและให้บริการที่บ้านรวมทั้งในชุมชน (3) การควบคุมป้องกันโรค ต้องมีการเยี่ยมบ้านประเมินสภาพครอบครัวโดยใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family Folder or Family File) ประเมินสภาพชุมชนและสภาพปัญหา และ (4) การฟื้นฟูสภาพ ต้องมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ เช่น ผู้พิการจากอุบัติเหตุ โดยทั่วไปกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพ ดังนั้นการปรับระบบบริการสุขภาพมาเน้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยกลวิธีการเยี่ยมบ้านเป็นตัวนำ เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับประชาชนให้มีทัศนคติที่ดีต่อกัน เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาไปสู่

การปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องผู้ป่วยเรื้อรังและมีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด และเยี่ยมครัวเรือนในชุมชนเพื่อประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งสนับสนุนด้านการศึกษา และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดสภาพการณ์ที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีของบุคคล ชุมชน และสังคมโดยรวม (สุนทรวดี เจริญพิเชษฐ์ และคณะ. 2544 : 24 ; อารี วัลย์เสวี และคณะ. 2543 : 77 ; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 65)

การเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ความหมายการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การเยี่ยมครอบครัวประชาชนในชุมชน และให้บริการในชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็นสำคัญ มีการเยี่ยมครอบครัวรายใหม่ ติดตามเยี่ยมครอบครัวรายเก่า ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ (1) การเยี่ยมบ้านเพื่อการพยาบาลต่อเนื่อง (Home Health care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ในระยะพักฟื้นให้ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ให้คำแนะนำสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ 100 ของผู้ป่วยระยะพักฟื้นและมีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (2) การเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง หมายถึง การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดูแลมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อบริบาลทารก ประเมินพัฒนาการ วางแผนครอบครัว ให้ความรู้สร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ 80 (3) การเยี่ยมบ้านประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการเยี่ยมเพื่อประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยตามเกณฑ์ INHOMESSS ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพของวิถีชุมชน โดยใช้แฟ้มครอบครัวเป็นเครื่องมือ มีเป้าหมายการดำเนินงานเยี่ยมประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 ของครัวเรือน

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ

1. เพื่อให้คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน
2. เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวม

3. เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและหายจากโรคโดยเร็วที่สุด เพราะการเจ็บป่วยนานทำให้สุขภาพทรุดโทรม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย
4. เพื่อให้คำแนะนำติดตามพัฒนาการเด็ก
5. เพื่อช่วยคลี่คลายปัญหาของครอบครัวในอันที่จะเป็นสาเหตุให้สุขภาพกายและใจเสื่อมโทรม
6. เพื่อให้ทราบความต้องการของแต่ละครอบครัวในด้านสุขภาพ
7. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง
8. เพื่อลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล
9. เพื่อสอนให้สมาชิกในครอบครัว และผู้ที่ให้การดูแลรู้วิธีการให้การพยาบาล
10. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อโรค รวมทั้งรู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

การเลือกครอบครัวเยี่ยมบ้าน

ในการเยี่ยมบ้านต้องมีการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยมในแต่ละวัน โดยพิจารณาจากระยะทาง ความจำเป็นเร่งด่วน และการสัมผัสโรค ทั้งนี้เพราะบุคลากรสาธารณสุขอาจเป็นสื่อในการนำโรคจากครอบครัวหนึ่งไปสู่อีกครอบครัวหนึ่งได้ ดังนั้นการวางแผนการเยี่ยมต้องคำนึงถึงหลักที่สำคัญ คือ

1. ครอบครัวที่ควรได้รับการช่วยเหลือทันที เช่น อุบัติเหตุ
2. ครอบครัวที่ทราบประวัติ และมีความจำเป็นต้องให้การเยี่ยมก่อน เช่น หญิงมีครรภ์ ทารก
3. ครอบครัวที่ต้องให้การพยาบาล เช่น ทำแผล
4. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคไต
5. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรค

การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง หมายถึง การบริการที่ประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนในระยะพักฟื้น ภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยการสอนสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้รู้วิธีการให้การพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องผสมผสานเป็นองค์รวม ป้องกันความพิการและการป่วยกลับซ้ำ (สุภาณี อ่อนชื่น และ ฤทัยพร ตีรตรง).

2544 : 1-3 ; Dowd; & Vlastuin. 1990 : 19-20) เป็นการบริการโดยที่บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องปฏิบัติในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการที่กำลังอยู่ในความต้องการของสังคม จากการศึกษา รูปแบบการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิต้องให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวม ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (สุนทรวดี เรียร์พิเชษ และคณะ. 2544 : 24 ; อารี วลัยเสวี และคณะ. 2543 : 77 ; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 65) ทั้งนี้เพราะครอบครัวไทยในชนบทและในเมืองมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีจำนวนครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (16 ล้านครัวเรือน) ในขณะที่ขนาดของครอบครัวเล็กลง (เฉลี่ย 3.7 คน) มีการย้ายถิ่นอพยพแรงงานทำให้ครอบครัวแยกกัน เวลาที่จะสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยทั้งของตนเอง ครอบครัว ญาติพี่น้องลดน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุของความยากจน ต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ทั้งในต่างถิ่นและต่างประเทศ (พรรณพิมล หล่อตระกูล. 2543 : 309) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและเจ็บป่วยซ้ำขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริอร สินธุ และศิริลักษณ์ ศรีประสงค์ (2542 : 42) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ออกจากโรงพยาบาลมีอาการแสดงภาวะหัวใจขาดเลือดใน 1-3 สัปดาห์แรก ถึงร้อยละ 18.1 และร้อยละ 87 มีสุขภาพโดยรวมเสื่อมลง เนื่องจากขาดผู้ดูแลที่บ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจนเนตร พลเพชร (สุนทรวดี เรียร์พิเชษ และคณะ. 2544 : 25 ; อ้างอิงจาก เจนเนตร พลเพชร. 2541.) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลพัทลุงใน 2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วย 16 คน ใน 20 คน มีอาการเหนื่อยหอบและในจำนวนนี้ 7 คน ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งภายในระยะเวลา 3 เดือน นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานก็จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง แต่ถ้าให้ผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่บ้านพร้อมอุปกรณ์การแพทย์ก็จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลได้ ดังการศึกษาของ ฮาลาแมนเดอร์ (สุนทรวดี เรียร์พิเชษ และคณะ. 2544 : 25 ; อ้างอิงจาก Halamanderis. 1999. Family & Community Health) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่าย 270,000 เหรียญต่อปี แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่บ้านจะเสียค่าใช้จ่าย 21,000 เหรียญต่อปี และจากการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2540 : 87) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้านร้อยละ 97 ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล หดหู่ใจ เบื่อหน่าย ขาดความมั่นใจ แต่การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่บ้านทำให้มีความรู้สึกที่ดีกว่าอยู่โรงพยาบาล เพราะไม่มีกฎเกณฑ์ ไม่จำกัดคนมาเยี่ยม มีอิสระ และได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รักได้ (ศิริอร สินธุ. 2545 : 35 ; ประพิณ วัฒนกิจ. 2543 : 169) นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพมากกว่า

ก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน (เยาเวศ ประภาชนนท์. 2540 : 99 ; นุช จัตุรภุชพิทักษ์. 2540 : 102) ลดจำนวนวันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงช่วยให้ผู้ป่วยอื่นมีโอกาสใช้บริการมากขึ้น ผู้ป่วยได้กลับบ้านเร็วขึ้นทำให้มีสภาพจิตใจดีกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน (สุภาณี อ่อนชื่น และ ฤทัยพร ตรีตรง. 2544 : 9)

การเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการพยาบาลต่อเนื่อง เป็นรูปแบบการบริการที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based management) บุคลากรสาธารณสุขจะทำการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ให้การดูแลทางการพยาบาลเฉพาะทางที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบด้วย (1) มีการจัดทำแผนงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (2) มีการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาเป็นพื้นฐานในการจัดบริการ (3) มีการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบและครบถ้วน (4) มีการนำข้อมูลจากการรวบรวมมาใช้ในการวินิจฉัยในการให้บริการ (5) มีการให้บริการตามแผนที่วางไว้ โดยคำนึงถึงความสุขสบาย การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (6) มีการประเมินผลผู้รับบริการ (7) มีความต่อเนื่องของการดูแล

การเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง

การเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หมายถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การดูแลมารดาและทารกหลังคลอดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อบริหารทารก ประเมินพัฒนาการ วางแผนครอบครัว และให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Dowd; & Vlastuin. 1990 : 25 ; Wong. 1995 : 42) โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย ในอดีตที่ผ่านมา การให้บริการสุขภาพมารดาและทารกมีเป้าหมายเพื่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยซึ่งเน้นการแก้ปัญหาแบบตั้งรับ แต่ปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกควบคู่กันไปทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการมีพัฒนาการอย่างสมดุล ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดรอดปลอดภัย และเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นนอกเหนือไปจากการรักษาแล้วทารกยังต้องการการปกป้อง การสร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีที่มีความบกพร่องเกิดขึ้น เป้าหมายของการดูแลช่วยเหลือก็มีใช้เฉพาะตัวทารกเท่านั้น ต้องครอบคลุมไปถึงครอบครัวและชุมชน (นิตยา คชภักดี. 2540 : 19 ; อรุณพล บุญประกอบ. 2540 : 27) ทั้งนี้เพราะเด็กคือทรัพยากรที่มีค่ายิ่งสำหรับประเทศชาติ เป็นสัญลักษณ์แห่งความเจริญรุ่งเรืองของชาติในภายหน้า ซึ่งการที่จะทำให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตนั้น สุขภาพของทารกเป็นปัจจัยสำคัญในการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทั้งนี้เพราะในวัยทารกเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยและอาจเสียชีวิตได้ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขต้องเฝ้าระวังและสร้างเสริมสุขภาพโดย

ติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อให้การบริบาลทารก ติดตามประเมินพัฒนาการ ให้คำแนะนำการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสังเกตอาการและดูแลทารก ดูแลสุขภาพมารดา หลังคลอด ให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว โดยปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในวัยนี้ คือ

1. ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมารดาทั้งขณะตั้งครรภ์และคลอด พบว่า ทารกจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีสุขภาพจากมารดามีประวัติความเจ็บป่วยอยู่เดิม มีอายุตั้งครรภ์น้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีบุตรมากกว่า 3 คน (นิตยา คชภักดี. 2540 : 23) นอกจากนี้เป็นปัญหาที่เกิดจากสภาวะการคลอดที่ผิดปกติ ปัญหาการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ซึ่งถ้าเด็กไม่เสียชีวิตในระยะคลอด ก็อาจเสี่ยงไม่โตเนื่องจากความพิการทางร่างกายและสมอง

2. ปัญหาโรคติดเชื้อในทารกแรกเกิด เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) ตาอักเสบ อูจาระร่วง และบาดทะยักในทารกแรกเกิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการทำคลอดที่ไม่สะอาด การตัดสายสะดือด้วยวัสดุติดเชื้อ และการดูแลสะดือหรือผิวหนังหลังเกิดที่ไม่ถูกวิธี โรคติดเชื้อเหล่านี้เกิดเนื่องจากทารกมีความต้านทานน้อยต่อเชื้อโรคต่างๆ จึงมีโอกาสดูดเชื้อได้สูง นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้ออีกหลายชนิดที่ทารกติดจากมารดาได้ในระยะตั้งครรภ์และคลอด ได้แก่ โรคตับอักเสบชนิดบี โรคเริม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคซิฟิลิส และโรคเอดส์ ซึ่งพบว่าเมื่ออัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิดสูงขึ้น กล่าวคือใน ปี พ.ศ. 2538 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 1-3 และมีโอกาสแพร่เชื้อผ่านรกให้ทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 25-30 ดังนั้นในเวลา 1 ปี จะมีทารกเกิดจากมารดาที่มีภาวะติดเชื้อเอดส์อยู่ประมาณ 18,000 คน จะมีทารกที่ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 4,500 คน (นิตยา คชภักดี. 2540 : 23) และจากการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทยจากกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2541 มีจำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคเอดส์โดยติดเชื้อจากมารดาตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา คิดเป็นร้อยละ 5.21 ของจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตทั้งหมด

3. ปัญหาการเกิดก่อนกำหนด หรือทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544 พบว่าเด็กไทยยังมีน้ำหนักตัวน้อยผิดปกติ คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 11.10 โดยจะพบมากในแม่ที่ทำงานหนัก ได้รับอาหารไม่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ และแม่ที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งเด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วย ความบกพร่องทางด้านการเรียนรู้และสติปัญญา และปัญหาทางพฤติกรรม

4. ปัญหาสุขภาพอื่นที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะตัวเหลือง ความพิการแต่กำเนิด อาการอาเจียนซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของลำไส้ ไข ปวดท้อง หรือ การชักซึ่งอาจเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ มักพบในมารดาที่เป็นเบาหวาน หรือมารดาที่มีการติดเชื้อ

การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโดยบุคลากร สาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่กับความ เจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ โดยส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันเพื่อเป็นการชลอภาวะของโรค ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความ พิกการหรือรอยโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วย ดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลัง พัฒนา จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,882 ครอบครัว พบว่าร้อยละ 67 ของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ตรวจพบว่ามีภาวะ โรคเรื้อรัง และมีเพียงร้อยละ 11.8 ของครอบครัวเท่านั้นที่ตรวจไม่พบภาวะโรคเรื้อรังจาก สมาชิกในครอบครัว โดยเฉลี่ยแล้วในครอบครัวที่พบจะมีโรคเรื้อรังประมาณ 1.6 โรคต่อ ครอบครัว (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2539 : 78) ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นของความเจ็บป่วยและเป็นสาเหตุของความตาย ในประเทศที่พัฒนาแล้ว แม้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสาธารณสุขจะมี ประสิทธิภาพและมีความพร้อมในการบำบัดรักษาโรคมมากขึ้น สามารถช่วยให้อายุขัยคาดเฉลี่ย ของคนเพิ่มมากขึ้น (WHO. 2000 : 2) แต่ก็ยังไม่มีวิธีรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้ ผู้ป่วยด้วย โรคเรื้อรังจึงต้องมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยตลอดไป ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นระดับหนึ่งก็จะ ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นต่อที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวจึงจำเป็นต้อง ช่วยเหลือและดูแลกันเองทั้งที่อาจไม่มีความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิด ความเครียด วิตกกังวลสับสน และขาดความมั่นใจ หากมีปัญหาต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ตนเองเพื่อประคับประคองภาวะของโรคอาจตัดสินใจผิดพลาด ผู้ป่วยจึงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด ความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่ง จะสวนทางกับนโยบายของรัฐที่ต้องการให้ประชาชนพึ่งตนเองและลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วยลง จากสถานการณ์ข้างต้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลที่ ผู้ป่วยได้รับ เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขต้องติดตามเยี่ยม บ้านให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ทำการสอนสาธิต หรือการฝึก ปฏิบัติจนผู้ป่วยหรือญาติมีความมั่นใจ กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสมโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

การเยี่ยมบ้านประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการปฏิบัติงานที่จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจความต้องการ หรือปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการเยี่ยมบ้าน ประสานงาน และให้บริการได้เหมาะสมกับสถานการณ์ของครอบครัว อีกทั้งยังเป็นแนวทางการประเมินผลบริการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้การประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพต้องมีการพิจารณาข้อมูลอย่างผสมผสานและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม (Holistic) ซึ่งหมายถึงความเป็นจริง หรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่ไม่อาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ มีการนำไปใช้ในศาสตร์และสถานการณ์ต่างๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับในระบบสุขภาพมีแนวคิดหลักขององค์รวม ประกอบด้วย (1) องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า สุขภาพอย่างองค์รวม หมายถึง สุขภาวะที่สมดุลย์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (2) องค์รวมเกิดจากการพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (3) องค์รวมเกิดจากการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ (4) องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับ จึงกล่าวได้ว่า มิติของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างกว้างขวางและครอบคลุมในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีการเชื่อมประสานปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องเป็นผลทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน และเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพที่เป็นดุลยภาพที่พอดีกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ. 2545ก : 31-33)

แนวคิดการดูแลสุขภาพ เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับปรัชญาองค์รวม โดยเชื่อว่าบุคคลมีพลังอำนาจ และในธรรมชาติบุคคลสามารถหายจากความเจ็บป่วยได้เอง ด้วยการจัดให้ได้รับอาหารและน้ำในปริมาณที่มีคุณภาพและเพียงพอ ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ได้รับแสงแดดและความอบอุ่นที่พอเหมาะ สิ่งแวดล้อมที่ปราศจากการรบกวนเพื่อการพักผ่อนที่เพียงพอ ได้รับการดูแลในเรื่องความสะอาด ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงต้องดูแลบุคคลทั้งหมด (Holism) และมีการจัดแบ่งแนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมออกเป็น 3 กลุ่ม (รัตนาทองสวัสดิ์. 2539 : 130-136) คือ

1. แนวคิดสนองความต้องการของมนุษย์ แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า พลังอำนาจ และธรรมชาติของบุคคลสามารถทำให้หายจากโรคได้เอง ถ้าบุคคลได้รับปัจจัยสี่ที่เพียงพอทั้งใน

ด้านของปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งการได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปกติบุคคลเหล่านี้จะสามารถทำได้ด้วยตนเอง ต้องช่วยเหลือให้กลับพึ่งตนเองได้โดยเร็วที่สุดด้วยการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ

2. แนวคิดการปรับตัวของมนุษย์ แนวคิดนี้จะมองสุขภาพในลักษณะของความคล่องจอร์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ระดับเซลล์จนถึงตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก โดยอาศัยทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบแนวคิดให้เข้าใจปฏิสัมพันธ์ของสิ่งที่สังเกตเห็นได้ จุดสำคัญของระบบคือ การเน้นถึงความสำคัญของส่วนต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด ดังเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory) มองการปรับตัวของคนกับสิ่งแวดล้อมย่อย 2 ระบบ คือกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ และจะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปของความต้องการทางด้านสรีระ มโนทัศน์แห่งตน บทบาทและหน้าที่ รวมทั้งการพึ่งพากัน โดยมองความเชื่อมโยงในระบบของการควบคุมและการรับรู้ เพื่อให้ผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง ด้วยการดูปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ (Mind body Interaction) การรักษาความคงที่ของสิ่งแวดล้อมภายใน (Homeostasis) และวิธีเผชิญกับภาวะความเครียดเมื่อมีความเจ็บป่วย

3. แนวคิดพลังงาน แนวคิดนี้กำเนิดในประเทศจีน โดยการแพทย์จีนไม่ได้แยกการดูแลกายกับจิต อาการทางกายและจิตเป็นเพียงลักษณะการแสดงออกของพลังงานและความสมดุลของสิ่งมีชีวิต แพทย์ชาวจีนตระหนักในความสำคัญจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันการเกิดโรค การให้การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้เป็นไปตามทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers Theory) ที่มีความเชื่อว่าคนกับสิ่งแวดล้อมเป็นพลังงานสนามที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และได้คัดค้านแนวคิดที่เอาส่วนย่อยมารวมกัน อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้เป็นนามธรรมสูงมากยากแก่การทำความเข้าใจ แต่ก็ได้มีผู้ที่พยายามพิสูจน์และขยายออกเป็นทฤษฎีย่อย เพื่อให้เป็นทฤษฎีระดับกลางง่ายแก่การทำความเข้าใจ เช่น ทฤษฎีสุขภาพของนิวแมน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

แนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง 3 แนวคิดที่กล่าวมา สามารถสรุปเป็นแนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ดังนี้ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบุคคลจะเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว ชุมชน ในระบบเปิดบุคคลจะแสวงหาความรู้ สร้างปัญญา แนวคิดของตนเองที่จะเลือกวิธีในการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยคนที่มีสุขภาพดีจะเป็นคนที่รู้จักตนเองรู้ว่าตนเองจะก้าวไปในทางใด การดูแลจึงเป็นการมุ่งให้ความช่วยเหลือบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีหน้าที่ทำการสำรวจชุมชนค้นหาปัญหาและวางแผนแนวทางแก้ไข ให้การดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนที่เจ็บป่วยต่อเนื่องจากสถานบริการอื่น ด้วยการให้บริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นองค์รวมในการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะความสามารถในการประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้ในการวางแผน เลือกแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามประเมินผลในการเยี่ยมบ้าน

การประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม เป็นกระบวนการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องนำข้อมูลจากการประเมินมาบันทึกในแฟ้มสุขภาพครอบครัว แล้ววิเคราะห์นำผลที่ได้มาใช้ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เพราะการประเมินสภาวะสุขภาพเป็นการรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการตรวจร่างกาย เพื่อวิเคราะห์ตัดสินระบบสุขภาพ (Health Status) ค้นหาปัญหา (Problem) และความต้องการ (Need) ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ในการประเมินสภาวะสุขภาพต้องไม่ค้นหาแต่เพียงเรื่องของโรคเท่านั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวเนื่องกันในระบบของสังคม กล่าวคือทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การประเมินสภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขทราบเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม การให้คุณค่า ความหมาย ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนหาแนวทางหรือกลยุทธ์ในการดูแลด้านสุขภาพในการเยี่ยมบ้านได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ลดและป้องกันความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยรวมถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านแบบองค์รวม (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. 2543 : 47) ในการประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เพ็นเดอร์ และเพ็นเดอร์ (Pender; & Pender. 2001 : 104-107) ได้เสนอแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพรวม 9 ด้าน ประกอบด้วย (1) ประวัติสุขภาพ (2) การประเมินสุขภาพที่ต้องทำเป็นระยะ (3) สมรรถภาพทางร่างกาย (4) ภาวะโภชนาการ (5) ปัจจัยเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (6) ความเครียดในชีวิตและการเผชิญปัญหา (7) แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (8) ความเชื่อด้านสุขภาพ (9) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ สำหรับในบริบทของสังคมไทยได้มีการนำสุขภาพบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. 2539 มาใช้ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งสิ้น 6 พฤติกรรม คือ อนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต อุบัติภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถประเมินจากดัชนีชีวิต 10 ด้าน ได้แก่ (1) การดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย (2) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (3) การล้างมือให้สะอาด (4) การรับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย (5) การงดสิ่งเสพติด การพนัน และพฤติกรรมทางเพศ (6) สัมพันธภาพในครอบครัว (7) การป้องกัน

อุบัติเหตุและความปลอดภัย (8) การออกกำลังกายและตรวจสุขภาพประจำปี (9) การพักผ่อน และสุขภาพจิต (10) ความสำนึกต่อส่วนร่วมและสังคม (ชลธิรา ซึ่งจิตตวิสุทธิ. 2540 : 4-5) ต่อมาเมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเน้นการให้บริการแบบองค์รวม สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านขึ้น (รุจิรา มังคละศิริ และ อรรพรรณ ดวงจันทร์. 2545 : 92-93)

แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวมบุคคลและครอบครัวในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เป็นการประเมินตาม INHOMESSS มีรายละเอียดดังนี้

I : Immobility หมายถึงการประเมินกิจกรรมในแต่ละวัน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) การออกกำลังกาย โดยการซักถามหรือแสดงให้ดู จะทำให้ผู้ประเมินทราบว่ามีปัญหาในเรื่องใด เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

N : Nutrition หมายถึงการประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะอาหารที่ชอบ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงการประเมินเรื่องอาหารนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมโรค

H : Home Environment หมายถึงการประเมินสภาพและลักษณะของบ้าน เพื่อนบ้าน สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน

O : Other people หมายถึงการซักถามเพื่อประเมินความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัว การมีส่วนร่วมในครอบครัว ความช่วยเหลือจากเครือญาติ บทบาทในชุมชน เครือข่ายทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นศักยภาพที่สำคัญในการดูแลตนเอง

M : Medication หมายถึงการซักถามเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วย หรือประวัติการใช้ยาในบุคคลทั่วไป เพื่อให้ทราบวิธีการกินยา การใช้ยา ชนิดของยา

E : Examination หมายถึงการตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน

S : Safety หมายถึงการตรวจดูความปลอดภัยภายในบ้าน เช่น บ้านที่มีเด็กเล็ก ควรเก็บยาไว้ให้พ้นมือเด็ก เพื่อป้องกันอุบัติเหตุอันอาจเกิดขึ้นได้

S : Spiritual health หมายถึงการซักถามถึงความเชื่อ ศาสนคติ วัฒนธรรม ค่านิยม ประเพณี ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้รู้จักและเข้าใจบุคคลมากขึ้น

S : Service หมายถึงการซักถามถึงบริการสุขภาพที่ได้รับ สิทธิการรักษาพยาบาล

การจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family Folder or Family file)

แฟ้มสุขภาพครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อทำความรู้จักหรือเข้าใจชีวิตของคนในครอบครัว ช่วยเพิ่มคุณภาพในการให้บริการเยี่ยมบ้าน โดยข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลการรับบริการ และข้อมูลสรุปสภาวะสุขภาพรายบุคคลจะถูกบันทึกอย่างต่อเนื่องและถูกเก็บไว้อย่างเป็นระบบ มีส่วนประกอบของแบบบันทึกดังนี้

1. แผนที่บ้าน
2. ผังครอบครัว
3. แบบฟอร์มการลงทะเบียนครอบครัว
4. ชีวิตประวัติและข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม
5. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล เป็นการบันทึกข้อมูลประวัติด้านสุขภาพ

ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว การตรวจวินิจฉัย การเจ็บป่วย การบริการสุขภาพและคำแนะนำทั้งในสถานบริการและเมื่อเยี่ยมบ้าน ข้อมูลเหล่านี้จะถูกบันทึกอย่างต่อเนื่องในบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล

6. บัตรปฏิบัติการ

6.1 บัตรบันทึกสุขภาพมารดา เป็นบัตรบันทึกข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยมีการบันทึกอย่างเป็นระบบตั้งแต่การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด เป็นการบันทึกทั้งเมื่อมีการบริการในสถานพยาบาลจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด โดยบุคลากรสาธารณสุขจะบันทึกผลการดูแล กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

6.2 บัตรบันทึกสุขภาพเด็ก เป็นบัตรบันทึกข้อมูลการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยมีการบันทึกอย่างเป็นระบบตั้งแต่การดูแลสุขภาพทั่วไป การได้รับวัคซีน ภาวะโภชนาการ การพัฒนาการ เป็นการบันทึกทั้งเมื่อมีการบริการในสถานพยาบาลจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุขจะบันทึกผลการดูแล กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

6.3 บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง เป็นบัตรบันทึกข้อมูลการดูแลปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค การใช้งานจะบันทึกควบคู่กับสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยบันทึกรายละเอียดของอาการแสดง วิธีการให้การรักษา วิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยบุคลากรสาธารณสุขจะบันทึกผลการดูแล และกำหนดวันนัดครั้งต่อไป

7. บัตรสรุปสภาวะสุขภาพตามกลุ่มอายุรายบุคคล เป็นการบันทึกข้อมูลการคัดกรองสภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้รับในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้ความสำคัญกับการสัมภาษณ์ประวัติ การ

ตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจสอบพัฒนาการ พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อเป็นการคัดกรองปัญหาสุขภาพโดยแยกตามกลุ่มอายุซึ่งมีความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกัน จากข้อมูลจะช่วยให้บุคลากรที่รับผิดชอบครอบครัวสามารถประเมินหรือพยากรณ์ปัญหาสุขภาพของบุคคลและครอบครัวได้ โดยทำให้ทราบว่ามีโอกาสป่วยหรือมีสุขภาพอะไร สามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

8. บัตรสรุปปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว เป็นการนำข้อมูลจากบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุ รายบุคคล มาสรุปลงในภาพรวมของครอบครัว ทำให้บุคลากรที่ดูแลเยี่ยมเข้าใจสภาพปัญหาเป็นอย่างดี

9. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เป็นการบันทึกสิ่งที่เป็นปัญหาของบุคคลหรือครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรสาธารณสุขและบริการ รวมทั้งคำแนะนำปรึกษาที่ให้แกบุคคลและครอบครัวนั้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในชุมชนและการเยี่ยมบ้านพบว่า การเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีการดำเนินงานเชิงรุกที่ใช้ต้นทุนต่ำ สามารถเข้าถึงสุขภาพของประชาชนได้ง่ายและทั่วถึง ถ้าบุคลากรสาธารณสุขดำเนินงานเยี่ยมบ้านครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ประเภท คือ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้านประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างเหมาะสม (อรชร ณ ระนอง. 2522 : 57 ; จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2532 : 85-86 ; เยาวเรศ ประภาษานนท์. 2540 : 95 ; นุช จัตุรภูษพิทักษ์. 2540 ; Thomas. 2002 : 297-298) จึงกล่าวได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ดำเนินการเยี่ยมบ้านครอบคลุมกิจกรรมตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จะส่งผลให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีมาตรฐานและคุณภาพ

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงาน

แนวคิดด้านการจัดการ

แนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงาน ของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) ได้กำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรในองค์กร ว่า

เป็นผลที่เกิดจากองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถแสดงได้ดังสมการที่ 1

พฤติกรรมการทำงานของบุคคล (Job performance behavior)

$$\text{สมการที่ 1} \quad B = f(P, E)$$

B แทน พฤติกรรมการทำงานในองค์การ (Individual behavior in organization)

f แทน เป็นผลมาจาก (Function)

P แทน บุคคล (Person)

E แทน สภาพสิ่งแวดล้อม (Environment)

, แทน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Interaction between the person and environment)

จากสมการที่ 1 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานในรูปแบบของพนักงาน หรือ ลูกจ้าง (Job performance behavior of employee : JP) สามารถแสดงได้ดังสมการที่ 2

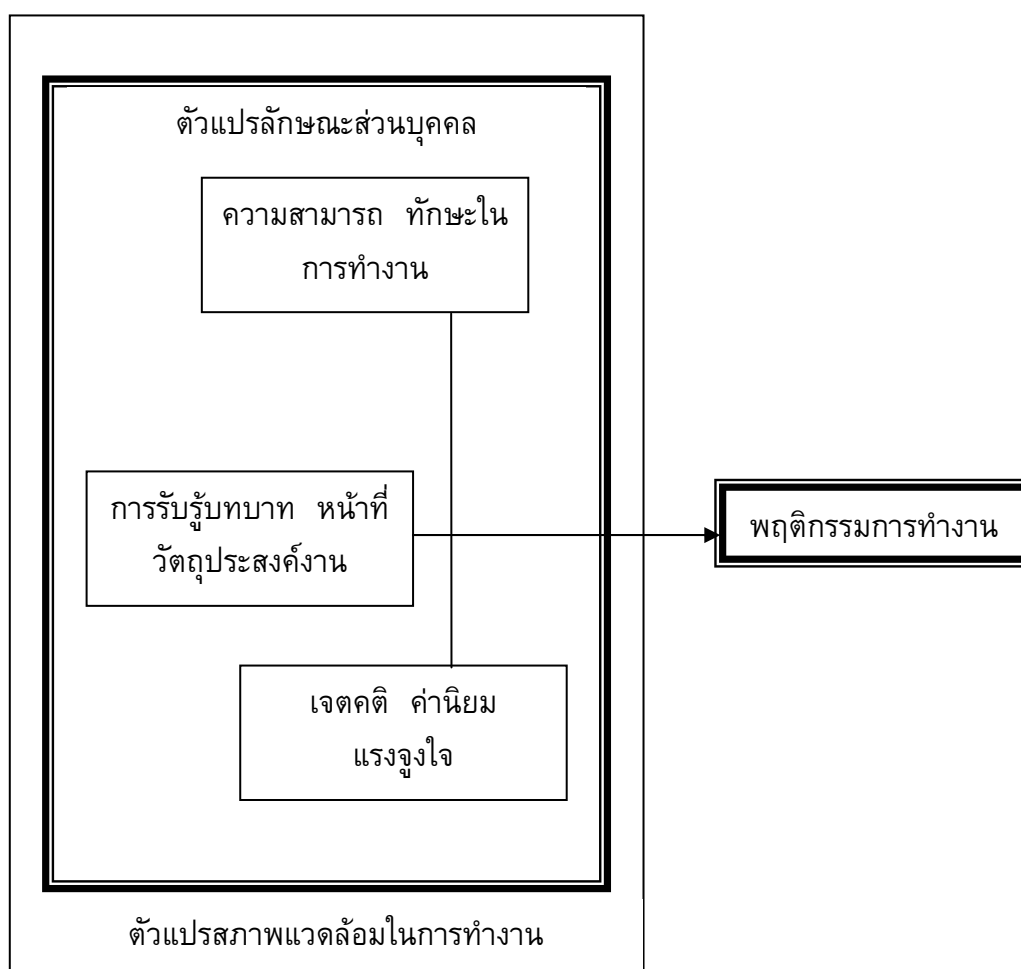
$$\text{สมการที่ 2} \quad JP = f(PV, SV)$$

PV แทน ตัวแปรสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม (Situation variables)

SV แทน ตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal variables)

จากแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงาน ของ อัลบานีส์ (Albanese. 1981 : 204) ในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย (1) ความสามารถและทักษะในการทำงาน ที่จะทำให้เกิดความสามารถในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ (2) การรับรู้บทบาทหน้าที่และจุดประสงค์ของงาน ทำให้สามารถกำหนดแนวทางในการทำงานได้เหมาะสม (3)

เจตคติ ค่านิยม และแรงจูงใจ เป็นสภาพจิตใจของบุคคลที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากจะทำงาน หรือมีความชอบในงานที่จะทำ ส่วนสภาพแวดล้อมในการทำงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับใกล้ (Immediate variables) เช่น ลักษณะงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างาน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน วัตถุประสงค์ของงาน (2) ระดับกลาง (Intermediate variables) เช่น ประเภทของผู้นำ เป้าหมายขององค์กร ปรัชญาขององค์กร ประเภทของรางวัลและแรงจูงใจ (3) ระดับไกล (External variables) เช่น วัฒนธรรม บรรทัดฐานของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง โดยที่ตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรสภาพแวดล้อมในการทำงาน แล้วส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคล ดังภาพประกอบ 3



ภาพ 3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการทำงาน

ที่มา : Albanese Robert. (1981). Managing Toward Accountability for Performance.

p. 204.

ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย

สตีเยร์ (Steers. 1977 : 6-8) ได้ทำการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จขององค์การคือ พฤติกรรมของคนในองค์การ และได้เสนอแนวคิดที่ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์การประกอบด้วย (1) ลักษณะองค์การ (organizational characteristics) เช่น ขนาดองค์การ ที่ตั้ง การบังคับบัญชา วัสดุอุปกรณ์ (2) ลักษณะสภาพแวดล้อมขององค์การ (environmental characteristics) เช่น ความซับซ้อนขององค์การ ความมั่นคงขององค์การ บรรยากาศในองค์การ (3) ลักษณะของบุคลากร (employee characteristics) เช่น ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์การ เจตคติต่องาน ประสิทธิภาพ และ (4) นโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน (managerial policy & practices) เช่น กระบวนการติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดหาและใช้ทรัพยากร การนิเทศงาน ทั้งนี้เพราะความสามารถ ลักษณะเฉพาะตัว ความสนใจของบุคคล จะเป็นตัวที่ช่วยกำหนดสมรรถนะของบุคคลในการทำงานเพื่อองค์การ ส่วนการมีความชัดเจนในบทบาทการยอมรับ การเข้าใจในเป้าหมาย จะทำให้เกิดความทุ่มเทพลังงานเพื่อกิจกรรม (Steers. 1977 : 113)

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงาน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์การ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานคือ คุณลักษณะของบุคลากร ลักษณะองค์การ สภาพแวดล้อมขององค์การ นโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงใช้แนวคิดของอัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) และสตีเยร์ (Steers. 1977 : 8) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการรับรู้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แบ่งตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขออกเป็น 2 กลุ่มคือ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคลากรสาธารณสุขมาตั้งแต่ในสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติขณะเรียนถือได้ว่าเป็นกระบวนการถ่ายทอดอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดเป็นคุณลักษณะที่ติดตัวมาเปลี่ยนแปลงได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์เทพ เกตุไสว (2544 : 139) นิลรัตน ชาญไววิทย์ (2542 : 95) พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การอบรม และเจตคติเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้นำตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลเข้าสมการวิเคราะห์เป็นลำดับแรก เพื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม (2) ความสามารถในการรับรู้ ประกอบด้วย มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เป็นตัวแปรในกลุ่มที่เป็นผลมาจากการพัฒนาในขณะปฏิบัติงาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้นำตัวแปรความสามารถและการรับรู้เข้าสมการวิเคราะห์เป็นลำดับที่สอง โดยตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

ประสิทธิภาพกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การที่บุคคลมีประสิทธิภาพในการทำงาน จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2536 : 121-124) ซึ่งเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงาน ตามแนวคิดของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) เนื่องจากบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากจะทำให้มีความสามารถนำความรู้และเทคนิคใหม่ๆ มาใช้มากขึ้น มีความชำนาญในงานเพิ่มสูงขึ้น (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. 2521 : 226) ย่อมเป็นผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดีจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าประสิทธิภาพในการทำงานเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ดังผลการวิจัยของ โอเนล (O' Neal. 1987 : 3269-A) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน ผลผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงานของหัวหน้าภาควิชา สอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ศิริธรรม

และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531 : 105-110) ทำการประเมินความรู้ ทักษะ และผล การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับตำบลนานกว่า 10 ปีขึ้นไป จะมีผลการปฏิบัติงานดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ส่วน สุเมธ ทิพย์ชาติ (2533 : 79) อนงค์นารถ คงคาน้อย (2538 : 118) พบว่าประสบการณ์ในการ ทำงานของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และความพร้อมในการให้คำปรึกษาในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไดเออร์ (Dyer. 1972 : 294) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศวรรณ นิพัทธ์ศิริผล (2541 : 68) พบว่าประสบการณ์ในการ ทำงานในหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และผลการศึกษาของ สุเมธนา สิทธิพงศ์สกุล (2527 : 94) นิลรตนา ชาญไววิทย์ (2542 : 93) พบว่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานเยี่ยม บ้าน ของพยาบาลสาธารณสุข จึงกล่าวได้ว่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการ ดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขใน หน่วยบริการปฐมภูมิ

การอบรมกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างกว้างขวาง แนวทางใน การปฏิบัติงานจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (สุรศักดิ์ นานา นุกูล. 2530 : 324 ; อ้างอิงจาก Davis & Newstrom. 1985. Human Behavior at work. pp. 258) และจากการสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (เกษม วัฒน ชัย. 2545 : 22 ; อ้างอิงจาก คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2539. สรุปผล การประเมินด้านกำลังคน. หน้า 28) พบว่าปัญหากำลังคนของรัฐไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่าง เหมาะสมสืบเนื่องมาจากการมีทัศนคติไม่เหมาะสมในการรับใช้ชุมชน การได้รับมอบหมายงาน ที่ไม่ตรงกับความรู้ความสามารถ การขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน รวมทั้งการเสื่อมสภาพความสามารถในการทำงาน ทางคณะกรรมการได้เสนอแนวทางการ แก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการพัฒนาบุคลากร มีการจัดการฝึกอบรมที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ในแต่ละงาน สำหรับหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้ง รายบุคคล ครอบครัว และชุมชนจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ดังนั้นจึงต้อง มีการจัดการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ ให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น จะใช้แต่ เพียงความรู้และทักษะที่เป็นทุนเมื่อสำเร็จการศึกษา รวมทั้งประสบการณ์ที่ได้มาไม่อาจ

นำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ ยังต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาต่อไปไม่จบสิ้นด้วย การพัฒนาตามแผนที่ย่อยการจัดขึ้น (สุรศักดิ์ นานานุกุล. 2530 : 344) จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับผลของการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสาข์ ศุภผล (2536 : 148) พบว่าการฝึกอบรมมีอิทธิพลต่อ ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล และผล การศึกษาของ จุริกรณ์ ไถ่บ้านถวย (2543 : 74) สมลักษณ์ สุวรรณมาลี (2539 : 48) พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร สาธารณสุขในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิลรตนา ชาญไววิทย์ (2542 : 95) พบว่าการ ได้รับการอบรมเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของ พยาบาลสาธารณสุข จึงกล่าวได้ว่าการได้รับการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการ ดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขใน หน่วยบริการปฐมภูมิ

เจตคติต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

เจตคติเป็นจิตลักษณะหนึ่งของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม สามารถคาด ถึงประโยชน์หรือโทษที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีเจตคติที่ดีจะมีความ พอใจ และเห็นความสำคัญต่อพฤติกรรม มีความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม เป็นไปตาม แนวคิดทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ ทำให้มีความรัก ความสนใจ ความกระตือรือร้น มีความสุขใน การทำงาน และมีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของผลงาน (เจ็ดหล้า สุนทรวิภาค. 2534 : 54) ในการศึกษาเจตคติเพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีนั้นต้องมีการศึกษาเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นๆ จึงถือว่าเป็นจิตลักษณะตามสถานการณ์ โดย ในการศึกษาครั้งนี้สถานการณ์คือการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาโดย นักจิตวิทยาสังคม เพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ มีองค์ประกอบที่แสดง ถึงความหมายที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ 3 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้เชิงประเมินค่า(cognitive component) หมายถึงการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งเหล่านั้นว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษมากน้อยเพียงใด บุคคลส่วนใหญ่มักจะมีความรู้เชิงประเมินค่าต่อสิ่งของ ต่างๆ เพียงเล็กน้อย และอาจเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอคติ หรือมีเจตคติต่อสิ่งนั้นๆ ไม่ ตรงตามความเป็นจริง เป็นผลทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือส่วนรวมได้ และเนื่องจากความรู้เชิง ประเมินค่านี้เป็นต้นกำเนิดของทัศนคติของบุคคล ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่สำคัญประการ

หนึ่งคือการปรับปรุงองค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่าด้วยการให้ความรู้ที่ตรงกับความเป็นจริงแก่บุคคลนั้นๆ

2. ความรู้สึกทางอารมณ์ (affective component) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลจะเกิดความรู้สึกชอบสิ่งนั้น และตรงกันข้ามถ้ารู้สึกว่สิ่งใดมีโทษบุคคลจะไม่ชอบหรือเกลียดสิ่งนั้น ส่วนใหญ่แล้วความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งถ้าเกิดขึ้นโดยตรงต่อตนเองบุคคลยังรู้สึกพอใจมาก แต่ถ้าเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นที่ตนเองไม่รู้จักร หรือเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองไม่มากนัก บุคคลจะรู้สึกพอใจในสิ่งนั้นเล็กน้อย การที่บุคคลจะรู้สึกพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมากทั้งๆ ที่สิ่งนั้นมีประโยชน์ต่อตนเองน้อยหรือไม่มีเลย แต่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม ประเทศชาติ และมนุษยชาติ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นต้องเป็นผู้มีเหตุผลเชิงจริยธรรมสูง ฉะนั้นเจตคติจึงเกี่ยวข้องกับเหตุผลเชิงจริยธรรมโดยผ่านองค์ประกอบนี้

3. การมุ่งกระทำหรือความพร้อมที่จะกระทำ (behavioral intention component) หมายถึง ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเอง ซึ่งความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรมนี้เป็นไปแบบกว้างๆ ไม่เฉพาะเจาะจง การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมได้อย่างเฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับจิตลักษณะอื่นๆ ของบุคคลและสถานการณ์ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมตามทัศนคติของตนเองก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีลักษณะเป็นตัวของตัวเอง คือ มีเหตุผลเชิงจริยธรรมสูง มีความสามารถในการควบคุมตนเอง ส่วนบุคคลที่ขาดความเป็นตัวของตัวเองต้องพึ่งพาการควบคุมจากภายนอก เช่น การให้รางวัลและการลงโทษจากผู้อื่นหรือสังคมจะกระทำไปตามการชักจูงหรือบังคับจากผู้อื่นมากกว่าที่จะทำตามเจตคติของตนเองต่อสิ่งนั้น ฟิชบายน์ และไอเซน (Fishbein; & Ajzen. 1975 : 54) อธิบายว่า นอกจากองค์ประกอบ 3 ประการนี้แล้ว เจตคดียังมีลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ ทิศทาง หมายถึงเจตคติจะมีทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ และปริมาณ หมายถึง ความเข้มข้นหรือรุนแรง เช่น บุคคลอาจมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งรุนแรงมาก และอีกสิ่งหนึ่งเบาบาง ขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งนั้นหรือความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งนั้น

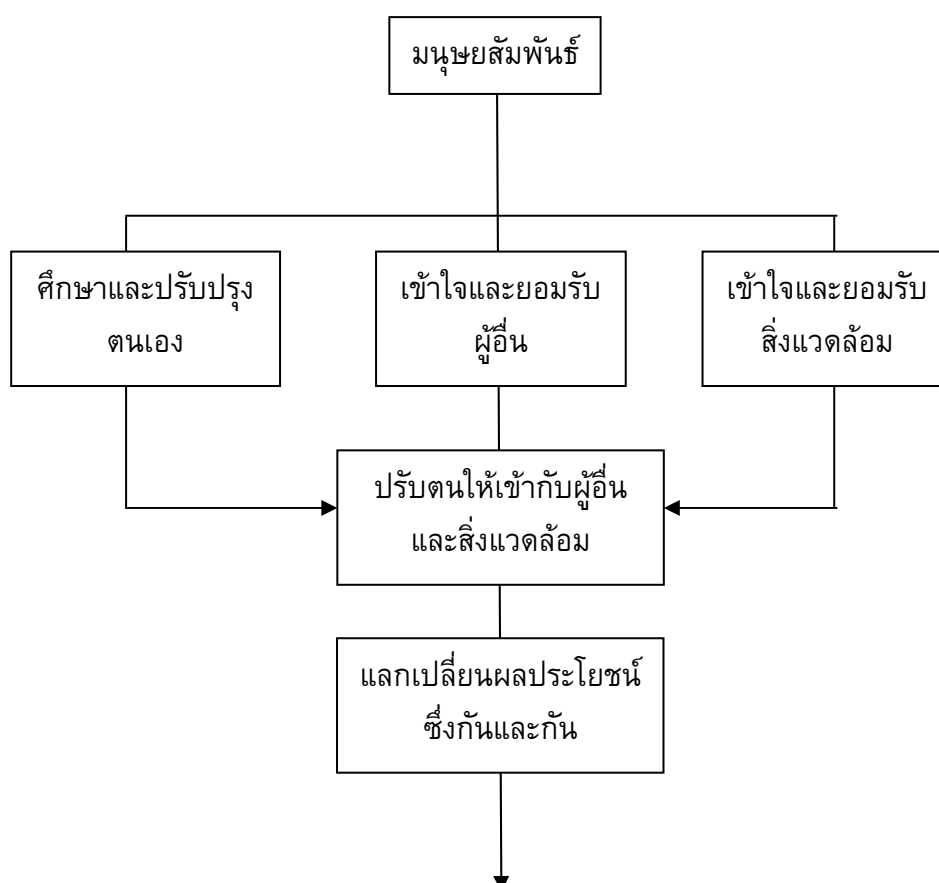
จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าบุคลากรที่มีเจตคติที่ดีต่องานจะทำให้มีผลการทำงานที่สูง ดังการศึกษาของ นุชราพร แสนบล (2536 : 64) พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานให้บริการใส่ห่วงอนามัยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดมุกดาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิญา โพธิ์ศรีทอง (2536 : 78) พบว่าทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลสามารถทำนายพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พงศ์เทพ เกตุไสว (2544 : 139) พบว่าเจตคติของบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ นิลรตนา ชาญไวยวิทย์

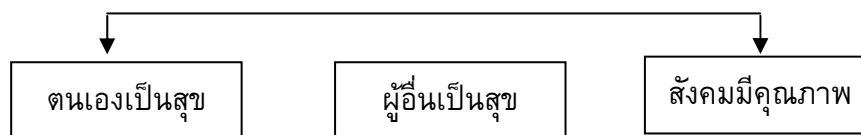
(2542 : 95) พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของพยาบาล
 สาธารณสุข จึงกล่าวได้ว่าเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตาม
 แนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสามารถและการรับรู้กับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

มนุษย์สัมพันธ์กับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

เมื่อมนุษย์รวมกันเป็นกลุ่มสังคม การติดต่อเกี่ยวข้องหรือการมีมนุษย์สัมพันธ์ย่อม
 มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคม มีผลทำให้มนุษย์ไม่ว่าเพศใดได้รับความช่วยเหลือ
 ได้รับความสำเร็จ ทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย ได้รับความรักและการยอมรับ ทำให้
 ตนเองมีความสุข ผู้รับบริการมีความสุข สังคมมีคุณภาพ (สมพร สุทัศนีย์. 2544 :15-16)
 ดังภาพประกอบ 4





ภาพ 4 องค์ประกอบและผลของการสร้างมนุษยสัมพันธ์

ที่มา : สมพร สุทัศนีย์. (2544). มนุษยสัมพันธ์. หน้า 7.

เนื่องจากมนุษยสัมพันธ์เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของคนในสังคมที่เป็นการอยู่ร่วมกัน และการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. 2522 : 128) มนุษยสัมพันธ์มีขอบเขตครอบคลุม 4 ประการ คือ (1) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะต้องรู้ถึงจังหวะและเวลาในการปฏิบัติตนต่อผู้อื่น สนองความต้องการผู้อื่น มีความยืดหยุ่น คงเส้นคงวา มีคุณธรรมประจำตน (2) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มร่วมมือ และช่วยเหลือ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากเพราะกลุ่มประกอบด้วยบุคคลที่มีความหลากหลาย จึงต้องอาศัยศิลปส่วนตัวร่วมกับความสามารถ สติปัญญา และประสบการณ์ ในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ (3) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนและสังคม บุคคลจะสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนและสังคมได้เป็นเรื่องที่ยาก เพราะชุมชนและสังคมเป็นกลุ่มใหญ่ย่อมมีอิทธิพลมาก บุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยเฉพาะการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เพื่อติดต่อทางปัญญา ทำให้ผู้รับบริการเกิดความสุข ความปลอดภัย ในการปฏิบัติงานบุคลากรสาธารณสุขต้องพบปะกับบุคคลที่มีลักษณะต่างๆ กัน เช่น เพศ อายุ อาการของโรค ความต้องการ ลักษณะนิสัย ความเชื่อ ดังนั้นในการออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านบุคลากรสาธารณสุขจึงต้องเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชนศรัทธา ไว้วางใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำ (จินดารัตน์ ทองประไพ. 2539 : 5) หลักสำคัญของการสร้างมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นข้าราชการในฐานะผู้ให้บริการนั้น บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความสำนึกในหน้าที่ของตนว่ามีหน้าที่ให้บริการช่วยเหลือประชาชน แสดงความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ ใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยนเข้าใจง่าย ให้คำแนะนำ ปฏิบัติอย่างเป็นกลางไม่อคติ เต็มใจรับฟังความคิดเห็น พยายามสนองความต้องการอย่างสมเหตุสมผล (สมพร สุทัศนีย์. 2544 : 344 ; อัสนา เวสาร์ช. 2529 : 79 ; จรูญ ทองถาวร. 2527 : 11) โดยที่การสร้างมนุษย

สัมพันธ์จะต้องมีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าสามารถนำประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ทำให้สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า (สุตาพร สงวนวงศ์. 2534 : 82) จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีจะสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข และงานประสบความสำเร็จได้โดยง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ใจเพชร (2534 : 76) พบว่า มนุษยสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดของพยาบาลหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภาศิษฎา อ่อนดี (2539 : 82) เบญจวรรณ นันทชัย (2534 : 77-78) เจียมจิต จุฑาบุตร (2539 : 89) จินดารัตน์ ทองประไพ (2539 : 99-100) ภคินี ศรีสารคาม (2538 : 88) พบว่า มนุษยสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของพยาบาลและของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จำรัส ชูวงศ์ (2541 : 85-86) พบว่าสัมพันธ์ภาพในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และนิลธนา ชาญไวยวิทย์ (2542 : 96) พบว่ามนุษยสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข จึงสรุปได้ว่ามนุษยสัมพันธ์มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

การรับรู้บทบาทกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

บทบาทเป็นรูปแบบของพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในโครงสร้างทางสังคม โดยพฤติกรรมจะถูกกำหนดด้วยความคาดหวังของกลุ่มบุคคลที่อยู่ในชุดความสัมพันธ์กับตำแหน่ง (Katz; & Kahn. 1978 : 43 ; citing House; & Lirtzman. 1970. Journal of Applied Psychology. pp. 155) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายบทบาทว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามหน้าที่ที่ได้มีการกำหนดไว้ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมาจากอำนาจหน้าที่ บุคคลที่เข้ามาดำรงตำแหน่งจะต้องกระทำ โดยการระบุนำที่ของงานเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงาน (ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ. 2533 : 33 ; อ้างอิงจาก Rambo. 1982. Work and Organizational. pp. 228) ในการปฏิบัติงานใดๆถ้าผู้ปฏิบัติงานมีความชัดเจนในบทบาทก็จะทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้ามีการรับรู้บทบาทที่ไม่ชัดเจนจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความลังเล ไม่แน่ใจว่าจะแสดงบทบาทอย่างไร ส่งผลต่อความสูญเสียทั้งเวลา งบประมาณ และผลงานที่ขาดคุณภาพ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลไม่รับรู้บทบาทที่แท้จริงจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดมาจากการขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในข้อมูลข่าวสาร การได้รับข่าวสารไม่เพียงพอ การถูก

คาดหวังในบทบาทที่ยังมีการกำหนดไว้มันไม่ชัดเจน(Owen. 1987 : 63 ; Kottkamp; & Mansfield. 1985 : 29-38) หรืออาจเกิดขึ้นมาจากผู้ปฏิบัติงานไม่แน่ใจในเป้าหมายที่จะต้องกระทำให้สำเร็จตามหน้าที่ และไม่ทราบถึงวิธีการที่จะกระทำ (Mitchell; & Larson. 1987 : 265) การรับรู้บทบาทที่ไม่ชัดเจนจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความพึงพอใจในงานลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อการปฏิบัติงาน (Davis. 1987 : 701) ในบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน ทำให้มีบทบาทและมีรายละเอียดของความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านที่ต้องมีทั้งบทบาทการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ และการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและความคาดหวังของผู้บังคับบัญชา แต่ในขณะเดียวกันบุคลากรสาธารณสุขก็ต้องให้บริการด้านรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และผลจากการปฏิรูประบบราชการทำให้เกิดการกระจายอำนาจ ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการกำหนดวิธีการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองให้สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในบทบาทที่ตนแสดงออกไป ส่งผลต่อพฤติกรรม การดำเนินงานเยี่ยมบ้าน จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความไม่ชัดเจนในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลการปฏิบัติงาน (อรทัย วรากรวรวิทย์. 2530 : 72 ; ยืนยง ไทยใจดี. 2537 : 61) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศวรรณ นิพนธ์ศิริผล. 2541 : 69) พบว่าความคลุมเครือในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก และการศึกษาของ วิรัตน์ ปานศิลา (2542 : 110) พบว่าความคลุมเครือในบทบาทสามารถทำนายพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลได้ ส่วนการศึกษาของ อรอนงค์ ศิริโชติ (2541 : 74) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการดูแลหลังคลอดของเจ้าหน้าที่ระดับตำบลเขต 12 พบว่า การรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับผลการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นิลรัตน์ ชาญไววิทย์ (2542 : 98) พบว่า การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

การรับรู้ความสามารถกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคมของแบนดูรา (Bandura. 1986 : 24) ซึ่งมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบส่วนบุคคล พฤติกรรม และอิทธิพลของสภาพแวดล้อม โดยทั้ง 3 องค์ประกอบ ทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลซึ่งเหตุผลซึ่งกันและกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดที่สำคัญตัวหนึ่งในการกระทำของบุคคลที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนา เพราะคนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยปฏิบัติให้ดีที่สุดถึงแม้ว่าจะรู้ว่าต้องปฏิบัติอะไร อย่างไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำได้ จะมีผลต่อการเลือกกิจกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทนในการทำงาน การคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล โดยบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่แสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่า บุคคลทั้ง 2 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน และในบุคคลคนเดียวกันถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ เนื่องจากแบนดูรามีความเชื่อว่า ความสามารถของบุคคลไม่ตายตัวมีความเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่เป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของคนในสถานการณ์นั้นๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความอดทน ไม่ท้อทอยก็จะประสบความสำเร็จในที่สุด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดสถานการณ์เฉพาะ คือการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม ซึ่งต่อมาเรียกว่าการรับรู้ความสามารถของตน (2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน (Bandura. 1977 : 191-215) โดยที่การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังมีความสัมพันธ์กันมากส่งผลต่อการตัดสินใจ กล่าวคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมแน่นอน แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำเช่นเดียวกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน

การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคล อาจมีความแตกต่างกันทั้งนี้เพราะขึ้นอยู่กับ (1) มิติเกี่ยวกับระดับหรือความยากง่ายของงาน (Level or Magnitude) หมายถึงขนาดความยากง่ายของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นความเชื่อของบุคคลว่าจะทำงานสำเร็จถึงระดับใดเมื่อถูกเสนองานที่มีระดับของความยากง่ายแตกต่างกัน (2) มิติเกี่ยวกับการแผ่ขยาย (Generality) หมายถึงระดับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์นั้นและประสบการณ์ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้ในปริมาณที่แตกต่างกัน และ (3) มิติเกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (Strenght) หมายถึงความมั่นใจที่บุคคลคิดว่าตนสามารถปฏิบัติงานได้ที่ระดับความยากต่างๆ จากความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานรวม 4 ด้าน คือ (1) พฤติกรรมการเลือก (Choice Behavior) บุคคลมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงงานหรือสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกินความสามารถ แต่ในขณะเดียวกันบุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถทำได้ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงเกินความเป็นจริงจะเลือกทำกิจกรรมที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้ามากขึ้นแต่อาจพบกับความล้มเหลว ความทุกข์ ความลำบาก ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำกว่าความเป็นจริงมักจะหลีกเลี่ยงงาน ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้ขาดประสบการณ์ที่จะได้รับสิ่งที่ดี การประเมินที่ดีคือ การประเมินสูงกว่าที่บุคคลนั้นกระทำได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งทำให้บุคคลเลือกทำกิจกรรมที่ยากพอเหมาะ ท้าทายความสามารถและมีแนวโน้มสูงที่จะประสบความสำเร็จ (2) การใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงาน (Effort Expenditure and Persistance) เมื่อต้องเผชิญอุปสรรคบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีความพยายามมุมานะในการทำงานได้นานกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ (3) รูปแบบความคิด (Thought Patterns) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะเป็นคนที่พยายามทำพฤติกรรมและยอมรับในผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง จะเลือกกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะท้าทายและใช้ความพยายามอย่างมากในการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถึงแม้บางครั้งจะประสบกับความล้มเหลวบ้างก็ตาม เขาจะไม่ท้อถอยและอ้างว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา แต่เขาจะให้เหตุผลของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในอนาคต ต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักเป็นคนที่ไม่ค่อยกระทำพฤติกรรมจะรอให้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นไปตามความเชื่อหรือตามคำทำนาย (4) ปฏิกริยาทางอารมณ์ (Emotional Reaction) การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อปฏิกริยาทางอารมณ์ของบุคคลระหว่างการกระทำพฤติกรรม มีผลต่อการคาดคะเนในเรื่องการจัดการสภาพแวดล้อมในอนาคต บุคคลที่รับรู้ว่าคุณ

มีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ต่อการกระทำพฤติกรรมมาก เมื่อพบอุปสรรคจะกระตุ้นให้ตนเองมีความพยายามมากขึ้น ส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำมีแนวโน้มที่จะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อตนเองในทางลบ ไม่มั่นใจ กระทำพฤติกรรมอย่างไม่เต็มความสามารถส่งผลให้ประสบความล้มเหลว จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน โดยส่งผลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน (วัลภา สบายยิ่ง. 2542 : 106) สอดคล้องกับการศึกษาของ หฤทัย ทบวงศรีศรี (2544 : 76) อุบล ไตรถวิล (2544 : 129) พบว่าการรับรู้ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับ นิลรัตน์ ชาญไวยวิทย์ (2542 : 99) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ความสามารถการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการบริหารจัดการ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิออกเป็น 2 กลุ่มคือ (1) คุณลักษณะของหน่วยบริการ คือขนาดหน่วยบริการ ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลเข้าสมการวิเคราะห์เป็นลำดับแรก เพื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรขนาดหน่วยบริการที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข (2) การบริหารจัดการ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และการนิเทศงานในหน่วยบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวแปรภายนอกที่เกิดจากพฤติกรรมของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้นำตัวแปรการบริหารจัดการเข้าสมการวิเคราะห์เป็นลำดับที่สอง โดยตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะของหน่วยปฐมภูมิกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

ขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

จากผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการทำงานของพนักงาน โดยเลวิน (นวลฉวี ประเสริฐสุข. 2542 : 33 ; อ้างอิงจาก Lewin. 1951. Theory in Social Science.) พบว่าได้รับอิทธิพลจากคุณลักษณะส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมขององค์การที่บุคคลนั้นได้ปฏิบัติงานอยู่ และฟอร์แซนด์ (นวลฉวี ประเสริฐสุข. 2542 : 33 ; อ้างอิงจาก Lewin. 1951. Theory in

Social Science.) กล่าวว่าบรรยากาศขององค์การประกอบขึ้นด้วยกลุ่มของคุณลักษณะขององค์การใดองค์การหนึ่ง โดยทำให้เกิดความแตกต่างไปจากองค์การอื่น และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ คุณลักษณะดังกล่าวประกอบด้วย ขนาด โครงสร้าง แบบของความเป็นผู้นำ ความซับซ้อนของระบบ เป้าหมาย และการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับแนวคิดของสตีเยร์ (Steers. 1977 : 8) ที่เสนอว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์การประการหนึ่งคือ ลักษณะขององค์การ (Organization characteristics) ดังเช่น ขนาดขององค์การ ที่ตั้งองค์การ การบังคับบัญชา วัสดุอุปกรณ์ และจากผลการศึกษาของสตีเยร์ (Steers. 1977 : 67) พบว่าขนาดขององค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลขององค์การ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพเราะ ไตรติลานันท์ (2534 : 84) จิตรกร วิเศษ (2542 : 32) หาญพล ศิริชัยประภา (2543 : 89) ที่ทำการศึกษพบว่า ขนาดของหน่วยบริการสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ทั้งนี้เพราะขนาดของหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการกำหนดรูปแบบของการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไป (ฉัตร เสกสรรค์วิริยะ และคณะ. 2542 : 32) จึงกล่าวได้ว่าขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การบริหารจัดการของหน่วยปฐมภูมิกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

จากแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) และสตีเยร์ (Steers. 1977 : 8) พบว่าตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงาน และประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน ผลผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงาน เนื่องจากหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องเป็นผู้ที่คอยควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคให้สามารถปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ หัวหน้าหน่วยงานจึงต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหารงาน เพราะการมีประสบการณ์ในงานย่อมเป็นผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2536 : 121-124 ; เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. 2521 : 225-227) จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังการศึกษาของ อัลคอร็บ (ไพเราะ ไตรติลานันท์. 2543 : 85 ; อ้างอิงจาก Alkherb. 1996. Journal of Research and development in Education.) พบว่าระยะเวลาและประสบการณ์ในการบริหารงานของครูใหญ่เพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับ

ประสิทธิผลของงาน เนื่องจากบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากจะทำให้มีความชำนาญเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โอเนล (O' Neal. 1987 : 3269-A) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน ผลผลิต ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร อิทธิเดชพงศ์ (2530 : 64) สาคร ใจพยอม (2531 : 103) ปลายมาศ ขุนภักดี (2533 : 98) ยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล (2535 : 147) ไพเราะ ไตรดิลาพันธ์ (2543 : 85) พบว่าประสิทธิภาพการบริหารของหัวหน้าสถานีนามัย และหัวหน้าหน่วยงานมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน จึงกล่าวได้ว่าประสิทธิภาพการบริหารงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การตัดสินใจ เป็นบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของผู้บริหารในองค์กร มีผลกระทบต่อความสำเร็จและล้มเหลวของงานและองค์กร โดยเฉพาะพฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการตัดสินใจจะต้องเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่อื่นๆ เช่น การวางแผน การประสานงาน การมอบหมายงาน การประเมินผล ทั้งนี้ในทุกขั้นตอนจะมีการตัดสินใจแฝงอยู่ตลอดเวลา (Knezevic. 1984 : 274 ; Steers. 1977 : 181) การตัดสินใจจึงถือได้ว่าเป็นหัวใจของการบริหารหน่วยงาน หรืออาจกล่าวได้ว่าการตัดสินใจเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดของผู้บริหาร (Griffiths. 1959 : 75 ; Jones. 1967 : 5) เมื่อพิจารณาด้านเวลาจะพบว่าภารกิจที่ผู้บริหารต้องใช้ส่วนใหญ่เสียไปในงานการตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 50 นอกนั้นเป็นงานให้คำปรึกษาแนะนำ ร้อยละ 25 งานริเริ่มสร้างสรรค์ ร้อยละ 15 งานเป็นตัวแทนกลุ่มร้อยละ 10 การตัดสินใจเป็นกระบวนการที่มีการวางแผนในการปฏิบัติและมีการเลือกอย่างน้อยที่สุด 2 ทางเลือก (Guthrie. 1991 : 241) การตัดสินใจจะเกี่ยวข้องกับปัญหาหรือโอกาส (Schermerhorn. 1998 : 242) โดยในปัจจุบันสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาผู้บริหารที่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีคุณภาพก็จะทำให้องค์กรในองค์กรมีผลการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น องค์กรสามารถอยู่รอดได้ การตัดสินใจตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีอยู่ 2 ประเภท คือการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงานประจำวัน และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรูปแบบของการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ เพื่อการควบคุมกำกับและประเมินผล การวางแผนพัฒนาการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งแผนปฏิบัติงานประจำปี และแผน

อนาคต รวมถึงการตัดสินใจนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และการตัดสินใจในสถานการณ์ที่แน่นอน เช่น การควบคุมกำกับแผนปฏิบัติการ การตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยในระดับต่ำลงจะมีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างจริงจังและสอดคล้องต่อปัญหา ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด ขณะเดียวกันผลของการตัดสินใจก็สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายต่อไปได้ แต่การตัดสินใจในบางเรื่องอาจประสบปัญหาอุปสรรคที่คาดไม่ถึง ทั้งในด้านที่เกี่ยวกับตัวผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน และอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลา งบประมาณ ทำให้บางครั้งยากที่จะตัดสินใจ ดังนั้นหัวหน้าหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตัดสินใจจึงเสี่ยงต่อความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องใช้ความละเอียดรอบคอบอย่างมีเหตุมีผลมากที่สุด ด้วยการอาศัยความรู้ความชำนาญ และความร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงาน ดังนั้นการให้บุคลากรสารสนเทศทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ (ภาวนา วงสวาท. 2541 : 47) ในการตัดสินใจของผู้บริหารมีปัจจัยที่อิทธิพลอยู่หลายประการดังเช่น กีบสัน (Gibson. 2000 : 428-490) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจของผู้บริหาร คือค่านิยม (Values) และบุคลิกภาพ (Personality) โดยที่ค่านิยมจะเป็นแนวทางแรกที่ถูกตัดสินใจใช้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องมีการเลือก ส่วนบุคลิกภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจในเชิงจิตวิทยา โดยประสิทธิผลของการตัดสินใจนั้นขึ้นอยู่กับ คุณภาพ เวลา การยอมรับ คุณธรรมจริยธรรมที่เหมาะสม (Gordon. 1999 : 125) ส่วน ฮอย และมิสเกล (Hoy; & Miskel. 2001 : 436) กล่าวว่าว่าการตัดสินใจที่มีประสิทธิผลต้องมีลักษณะดังนี้คือ มีการค้นหาข้อมูล มีการจำแนกว่าเป็นข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็น มีการให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

สำหรับรูปแบบการตัดสินใจ ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ทำการศึกษาและนำเสนอไว้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังเช่น แมคเคย์ (Mickay. 2000 : 200-218) ได้เสนอแนวทางการตัดสินใจที่จำแนกเป็น 2 ลักษณะคือ (1) การตัดสินใจที่ทราบผลล่วงหน้า (Decision with Known Outcome) เป็นการเลือกแนวทางในการตัดสินใจที่ทราบผลที่เกิดขึ้นตามมา โดยมีแนวคิดที่ช่วยให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพคือ (1.1) ให้ทำการตัดทางเลือกของการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจไม่พึงพอใจในการกระทำ (1.2) ให้ทำการตัดทางเลือกของการตัดสินใจที่ครอบคลุมทางเลือกอื่น (1.3) ให้ทำการเลือกแนวทางการตัดสินใจแรกที่ดีกว่ายอมรับผลของการตัดสินใจได้ (1.4) ให้ทำการตัดทางเลือกของการตัดสินใจที่คิดว่าถ้าเลือกทางที่หนึ่งแล้วต้องทำทางเลือกที่สอง (1.5) ให้ทำการกำหนดน้ำหนักเป็นตัวเลขที่สอดคล้องกับความคิดเห็นแล้วทำเป็นตารางเปรียบเทียบของแต่ละทางเลือก (2) การตัดสินใจที่ผลการตัดสินใจไม่แน่นอน (Decision with Uncertain Outcome) คือการตัดสินใจในแต่ละทางเลือกที่ไม่ทราบแน่นอนเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นตามมา แต่ในทางเลือกของการตัดสินใจจะมีความเป็นไปได้ของผลที่จะ

เกิดขึ้น ในการตัดสินใจจะทำการเลือกทางเลือกที่มีความสมมูลย์มากที่สุด โดยมีแนวคิดที่ช่วยให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพคือ (2.1) ให้ทำการตัดทางเลือกที่ไม่ยอมรับผลในการตัดสินใจออก (2.2) ให้ทำการตัดทางเลือกที่ครอบคลุมทางเลือกอื่น (2.3) ให้ทำการเลือกทางเลือกที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด (2.4) ให้ทำการเลือกทางเลือกที่นำไปใช้ได้มากที่สุด (2.5) ให้ทำการเลือกทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ได้ในระยะยาว กิปสัน (Gibson. 2000 : 426) ได้เสนอรูปแบบการตัดสินใจที่แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ (1) การตัดสินใจแบบมีแบบแผน (Programmed Decision) คือการตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้นตามปกติ และสามารถรับรู้ปัญหาได้โดยใช้มาตรฐานเป็นตัววัด ดังนั้นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามประสบการณ์ที่ผ่านมา (2) การตัดสินใจแบบไม่มีแบบแผน (Non-Programmed Decision) คือการตัดสินใจในปัญหาที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้บริหารหรือหัวหน้างานมักจะประสบปัญหาประเภทนี้เป็นส่วนใหญ่ ทำให้ต้องใช้เวลาสำหรับการตัดสินใจมาก และการตัดสินใจที่ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมจะเป็นรูปแบบที่ให้ผลผลิตมากที่สุดหรือเป็นรูปแบบการตัดสินใจที่มีคุณภาพมากที่สุด ดังผลจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบุคลากร พบว่าโอกาสในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายมีความสำคัญต่อขวัญกำลังใจและความกระตือรือร้นในการทำงานและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ แต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกๆ เรื่อง หรือการมีส่วนร่วมมากเกินไปก็ไม่ทำให้เกิดผลดีเสมอไป (Hoy; & Miskel. 2001 : 341) รูปแบบของการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมมีอยู่หลายรูปแบบ โดยรูปแบบดั้งเดิมมาจากแนวคิดของ วรูม และ เย็ตตัน (Hoy; & Miskel. 2001 : 341 ; citing Vroom; & Yetton. 1973. Leadership and decision making.) ได้มีการพัฒนาต่อโดย วรูม และจาโก (Vroom; & Jago. n.d) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพธรรมชาติของปัญหา แต่มีข้อจำกัดของการนำไปปฏิบัติเนื่องจากมีความยากต่อการนำไปใช้ ต่อมา ฮอย และทาเตอร์ (Hoy; & Miskel. 2001 : 341 ; citing Hoy; & Tarter. 1995. Education Administration.) จึงนำมาพัฒนาต่อและเป็นที่รู้จักกันในรูปแบบของการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของฮอย และทาเตอร์ (Hoy; & Tarter of Share Decision Making)

รูปแบบการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของฮอย และทาเตอร์ (Hoy; & Tarter of Share Decision Making) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากข้อสมมติฐานของการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม 2 ประการคือ (1) ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเขตการยอมรับนั้น การมีส่วนร่วมจะมีประสิทธิผลต่ำ (2) ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจนอกเขตการยอมรับนั้น การมีส่วนร่วมจะมีประสิทธิผลสูงกว่า แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับหัวหน้างานจะมาจากความยากลำบากในการพิจารณาว่าการตัดสินใจอยู่ในเขต หรือนอกเขตของการ

ยอมรับ ต่อมา ฮอย และทาเตอร์ (Hoy; & Miskel. 2001 : 342 ; citing Hoy; & Tarter. 1995. Education Administration.) ได้ตั้งข้อสมมติฐานเพิ่มอีก 2 ประการคือ (1) ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชา มีความเชี่ยวชาญพอที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตัดสินใจนั้นก็จะมีประสิทธิผล (2) ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชา มีความสนใจพอที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตัดสินใจนั้นก็จะมีประสิทธิผล การตัดสินใจตามแนวคิดนี้เป็นผลมาจากการตอบคำถามว่า ภายใต้สถานการณ์อย่างไรที่ผู้ใต้บังคับบัญชาจะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนได้ส่วนเสีย หรือมีความเชี่ยวชาญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง จะเกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชาไม่มีทั้งส่วนได้ส่วนเสีย และความเชี่ยวชาญ ก็จะไม่เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ นอกจากนี้ในการนำรูปแบบการตัดสินใจไปใช้ยังต้องคำนึงถึงความไว้วางใจ และสถานการณ์ การพิจารณาความไว้วางใจให้ผู้บังคับบัญชามีความยึดมั่นในการกิจขององค์กรหรือไม่ และเป็นที่ไว้วางใจมากขององค์กรหรือไม่ (Test of trust) ถ้าการตัดสินใจอยู่นอกเขตการยอมรับ และเป็นที่ไว้วางใจขององค์กรควรให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดขึ้น เรียกสถานการณ์นี้ว่าสถานการณ์แบบประชาธิปไตย (Democratic Situation) ถ้าการตัดสินใจอยู่นอกเขตการยอมรับ และเป็นที่ไว้วางใจเล็กน้อย เรียกสถานการณ์นี้ว่าสถานการณ์แบบขัดแย้ง (Conflictual Situation) แต่ถ้าประเด็นการตัดสินใจไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่มีความเชี่ยวชาญพอ และอยู่ในเขตการยอมรับ ควรหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรียกสถานการณ์นี้ว่าสถานการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non Collaborative Situation) ถ้าประเด็นการตัดสินใจมีส่วนได้ส่วนเสียกับบุคคลบางคน มีความเชี่ยวชาญเล็กน้อย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควรมีขอบเขตและเป็นบางกรณีเท่านั้น เรียกสถานการณ์นี้ว่าสถานการณ์แบบมีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Situation) แต่ถ้าประเด็นการตัดสินใจไม่มีส่วนเสียกับบุคคลบางคน แต่มีความรู้ความสามารถที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควรมีในบางสถานการณ์เท่านั้น เรียกสถานการณ์นี้ว่าสถานการณ์แบบมีความเชี่ยวชาญ (Expert Situation) จากสถานการณ์ต่างๆ สามารถแบ่งลักษณะของพฤติกรรมการตัดสินใจได้ 5 รูปแบบ (ดังภาพประกอบ 5) คือ

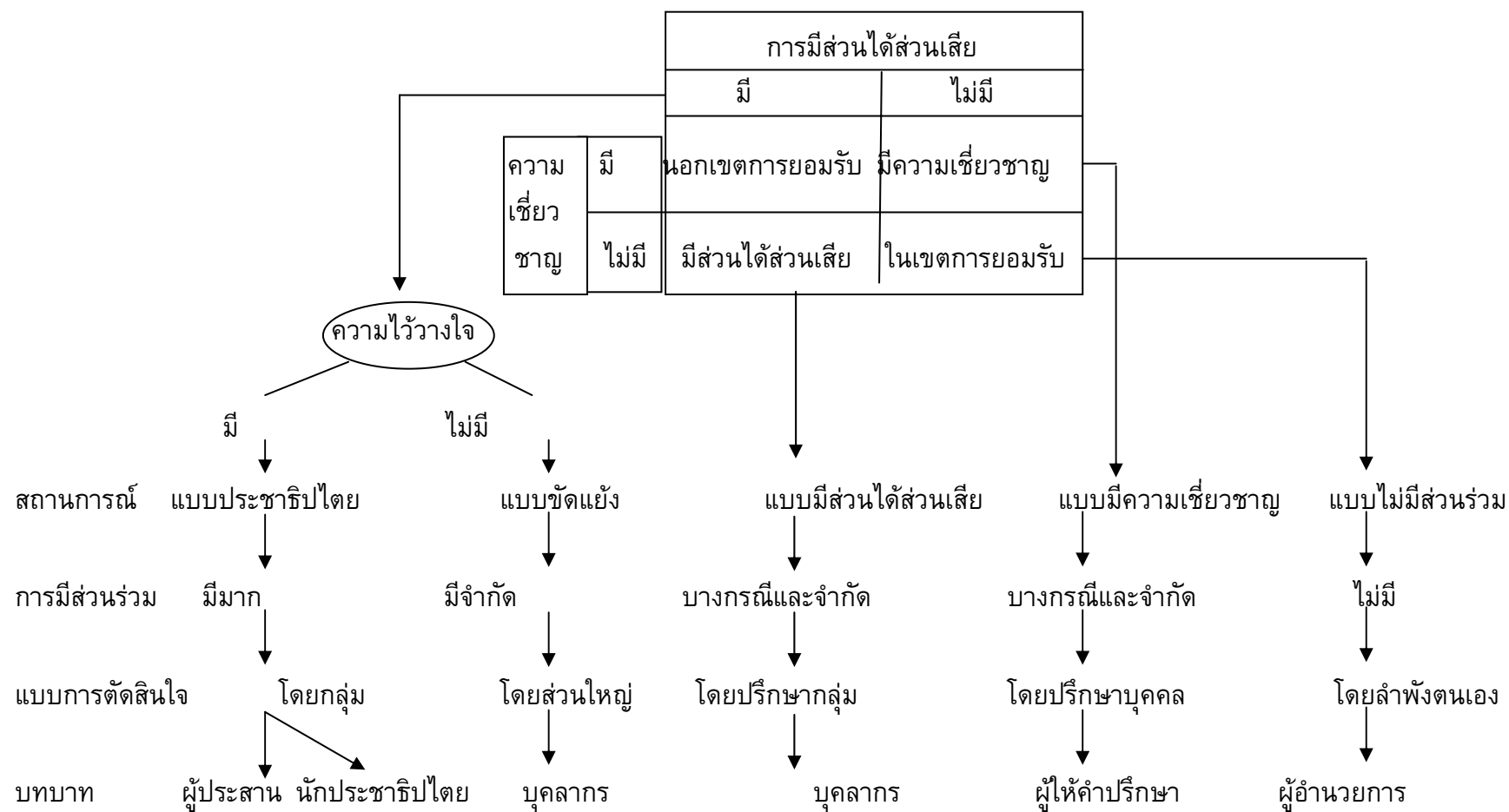
1. การตัดสินใจโดยกลุ่ม (Group Consensus) เป็นลักษณะของการตัดสินใจที่ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแล้วมีมติเป็นเอกฉันท์
2. การตัดสินใจโดยคนส่วนใหญ่ในกลุ่ม (Group Majority) เป็นลักษณะของการตัดสินใจโดยให้ผู้ใต้บังคับบัญชาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แล้วตัดสินใจโดยคนส่วนใหญ่ในกลุ่ม
3. การตัดสินใจโดยการปรึกษาหารือกับกลุ่ม (Group Advisory) เป็น

ลักษณะของการตัดสินใจที่ผู้บริหารให้ผู้บังคับบัญชาได้แสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ แล้วผู้บริหารตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งการตัดสินใจนี้อาจตรงตามความต้องการหรือไม่ตรงตามความต้องการของผู้บังคับบัญชาก็ได้

4. การตัดสินใจโดยการปรึกษาหารือเป็นรายบุคคล (Individual Advisory)

เป็นลักษณะของการตัดสินใจที่ผู้บริหารปรึกษากับผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีความเชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล แล้วผู้บริหารตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งการตัดสินใจอาจตรงตามความต้องการหรือไม่ตรงตามความต้องการของผู้บังคับบัญชาก็ได้

5. การตัดสินใจโดยลำพัง (Unilateral Decision) เป็นลักษณะของการตัดสินใจของผู้บริหารที่ไม่ได้ปรึกษาผู้ใต้บังคับบัญชา แต่เป็นการตัดสินใจโดยผู้บริหารผู้เดียว



ภาพ 5 สถานการณ์การตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ที่มา : Hoy, Wayne K. and Miskel, Cecil G. (2001). Education Administration : Theory Research and Practice. p. 37.

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงาน พบว่าการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมให้ผลทั้งในด้านของคุณภาพและการยอมรับการตัดสินใจ เนื่องจากใช้ทั้งความสามารถและความตั้งใจ ทำให้การขาดงานและความเฉื่อยชาลดลง มีความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง ลดข้อข้องใจและสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้นำและผู้ตาม มีความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้นจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นผลทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิวัฒน์ สุจริตน์ (2531 : 88) พบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมฤทธิ์ผลการปฏิบัติงาน และการศึกษาของ ซิลวา (Silva. 1996 : abstract) ได้ศึกษาผลของการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อขวัญกำลังใจในการทำงานของครูและผลการเรียนรู้ของนักเรียน พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนดำเนินงานของครูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจและผลการเรียนรู้ของนักเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทราณี สงวนนาม (2533 : 140-143) ประสิทธิ์ สาระสันต์ (2542 : 100-101) ศึกษาคุณลักษณะบางประการของผู้บริหารที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของโรงเรียนประถมศึกษาพบว่าการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงเรียนประถมศึกษา และการศึกษาของ วีระ ดิมัน (2541 : 67-68) เกียรติขจร ไพศาลนันท์ (2542 : 86) พวงเพชร วัชรอยู่ (2536 : 133-135) ทำการศึกษาพบว่า ความคลุมเครือในบทบาท ภาระงานตามบทบาท และความขัดแย้งในบทบาทมีความสัมพันธ์กับการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และหัวหน้าหน่วยงานที่มีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบประชาธิปไตยให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจและผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

การนิเทศงานในหน่วยบริการกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การนิเทศงาน เป็นกระบวนการอำนวยการของหน่วยงานช่วยนำการบริหารงานไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ นโยบาย และแผนงาน ตามที่กำหนดไว้ในระดับผู้บริหารไปสู่ระดับปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและให้งานเกิดประสิทธิผลสูงสุด (กระทรวงสาธารณสุข. 2540ก : 1) ด้วยเหตุที่สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด แนวคิดเกี่ยวกับการนิเทศงานซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้งานบรรลุเป้าหมายจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยในยุคเริ่มต้นการนิเทศงาน (ค.ศ. 1900) บทบาทของผู้นิเทศจะมุ่งปฏิบัติเป็นหลัก เน้นทักษะด้านเศรษฐศาสตร์และการพึ่งพาคนงาน ต่อมาเป็นยุคการปรับปรุง (ค.ศ. 1930) บทบาทของผู้นิเทศ

จะเปลี่ยนแปลงเป็นการมุ่งคนเป็นหลัก เน้นการใช้ทักษะด้านสังคม ทักษะด้านควบคุมปริมาณงาน ส่วนการนิเทศงานในยุคปัจจุบัน บทบาทของผู้นิเทศจะมองความสัมพันธ์ระหว่างทุกส่วนของระบบ เพื่อให้บรรลุจุดหมายขององค์การและเน้นการใช้การนิเทศเป็นการวินิจฉัยสถานการณ์และประยุกต์ความต้องการด้านการบริหารจัดการ จากการเปลี่ยนแปลงทางแนวคิดการบริหารทำให้ความหมายของการนิเทศงานเปลี่ยนไป

การนิเทศงานเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีการที่หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อพัฒนางาน ประกอบด้วย การตรวจตรา การวางแผน การอำนวยการ การประสานงาน การติดตามประเมินผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำแก้ไข้ปัญหา เสนอแนะแนวทางปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปรับปรุง และติดตามให้ผู้รับการนิเทศงานปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ มีการให้ข้อมูลป้อนกลับเพิ่มขีดความสามารถในการทำงาน จูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดตามเป้าหมาย และปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ทั้งนี้เพื่อให้งานสำเร็จตามนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ สอดคล้องกับ Department of health in London ให้ความหมายของการนิเทศภายใน ว่าเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบที่แน่นอนของการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทางวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถพัฒนาความรู้ ขีดความสามารถ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ของตน รวมทั้งเป็นการคุ้มครองผู้รับบริการด้านสุขภาพ (Kim-Farly. 2000 : 32 ; citing Sloan. 1999. The management of patient care. pp. 37)

วัตถุประสงค์การนิเทศการให้บริการด้านสุขภาพได้มีผู้กล่าวไว้ ดังเช่น คอรัน (Kron. 1987 : 5) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการนิเทศการให้บริการด้านสุขภาพว่าเป็นการพัฒนาบุคลากรทั้งในด้านวิชาการ เทคนิคทางการพยาบาล ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้รับการปรับปรุงอยู่เสมอ เช่นเดียวกับ วิเชียร ทวีลาภ (2534 : 10) กล่าวถึงจุดประสงค์สำคัญของการนิเทศ 2 ประการคือ (1) เพื่อให้บริการที่ดีแก่ผู้ป่วย และ (2) เพื่อพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้รู้จักพัฒนาตนเอง มีผลทำให้รู้จักพัฒนางานในหน้าที่รับผิดชอบ ส่วน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538 : 35) กล่าวว่าวัตถุประสงค์ของการนิเทศการให้บริการ คือ (1) เป็นการช่วยเหลือบุคลากรในการเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด (2) บุคลากรแต่ละคนมีพัฒนาการตามความสามารถสูงสุดที่ตนมีอยู่ (3) มีความสามารถในการบริการพยาบาลทั้งในด้านคุณภาพ ปริมาณ จนเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ (4) เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงานทั้งในด้านเทคนิค วิธีการพยาบาล การบันทึก รายงาน (5) เพื่อบำรุงรักษาทรัพยากร (6) ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ สำหรับ สุลักษณ์ มีชู

ทรัพย์ (2539 : 22) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนิเทศงานไว้ 6 ประการคือ (1) ให้ผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานของตนให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมายตรงกับวัตถุประสงค์และนโยบายของหน่วยงาน (2) เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติงานด้วยความสะดวกรวดเร็ว มีความมั่นใจและเกิดความคล่องตัวในการประสานงาน (3) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ความสามารถปฏิบัติงานให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพตามเป้าหมาย มาตรฐานกำหนดไว้ (4) เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน (5) สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้ถูกนิเทศ (6) เพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป และทางกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539ก : 4) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนิเทศงานไว้ 4 ประการ คือ (1) ปรับปรุงทั้งบุคลากรและงานให้ดีขึ้น (2) แก้ปัญหาให้ตรงจุดทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น (3) เพิ่มพูนทักษะทางการพยาบาล (4) เพิ่มพูนมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การนิเทศงานการให้บริการทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุขทั้งในด้านของความรู้วิชาการ ทักษะในการปฏิบัติงานให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจ รวมทั้งยังเป็นการติดตามผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รูปแบบของการนิเทศงานทางสาธารณสุขจะพิจารณาตามจุดมุ่งหมายเป็นเกณฑ์

มี

4 รูปแบบ คือ (1) การนิเทศเพื่อแก้ไข (Correction) หมายถึง การช่วยแก้ไขในสิ่งที่ผิดให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยบอกกล่าวอย่างเป็นกันเอง (2) การนิเทศเพื่อป้องกัน (Prevention) หมายถึง การอธิบายให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจในหลักการ มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ (3) การนิเทศเพื่อการก่อ (Construction) หมายถึง การให้ข้อเสนอแนะหรือหาแนวทางการแก้ไข (4) การนิเทศเพื่อการสร้างสรรค์ (Creative) หมายถึง การให้ความรู้ การให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยกระบวนการนิเทศงานการให้บริการทางด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องมีการทำอย่างต่อเนื่อง มีแบบแผน และมีลำดับขั้นที่ชัดเจน มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การวางแผน (Planing) โดยกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ จำนวน และประเภทของบุคลากรที่จะทำการนิเทศ (2) การจัดองค์การ (Organizing) การจัดสรรทรัพยากร และการมอบหมายงานตามหน้าที่รับผิดชอบ (3) การบริหารบุคคล (Staffing) มีการคัดเลือก และการพัฒนาบุคลากร (4) การนำ (Leading)การที่ผู้มีอำนาจเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ (5) การติดตามควบคุม (Controlling) การติดตามผลการปฏิบัติงาน การ

ตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้อง (Kim-Farly. 2000 : 22 ; citing Heimann. 1996. Supervisory management for health care organization. pp. 97) ส่วน ประโนม โอทกานนท์. (2529 : 12) กล่าวถึงกระบวนการขั้นตอนการนิเทศงานไว้ 3 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผนการนิเทศงาน การให้บริการทางการแพทย์ (2) การดำเนินการนิเทศงาน การให้บริการทางการแพทย์ (3) การประเมินผลการนิเทศงาน การให้บริการทางการแพทย์ จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า กระบวนการนิเทศงาน การให้บริการทางการแพทย์ในการเยี่ยมบ้าน หมายถึง การนิเทศงาน การเยี่ยมบ้านโดยหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผนการนิเทศงาน เป็นขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมาย กำหนดวิธีการดำเนินงาน กำหนดผู้รับการนิเทศ และกำหนดการประเมินผลการนิเทศงาน (2) การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ (3) การประเมินผลการนิเทศ เป็นขั้นตอนที่มีการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการปฏิบัติงาน และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การนิเทศงาน การให้บริการในการเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2538 : 37) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์ สารสุทธิ (2531 : 86) ชราพร แสนบล (2536 : 84) จิตรกร วิเศษ (2542 : 105) จุริภรณ์ ไถ่บ้านถวย (2543 : 83) ที่พบว่า การนิเทศงานในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน และจากผลการศึกษาของ ยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล (2535 : 148) พบว่า การนิเทศงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถและบทบาทในการบริหารทรัพยากรในสถานอนามัย เขต 1 จึงกล่าวได้ว่าการนิเทศงานโดยหัวหน้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

การนิเทศงานในหน่วยบริการกับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยในสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์จากการเรียนรู้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความต้องการ และหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล ด้วยการรับรู้ที่แตกต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป โดยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านข้อมูลหรือสิ่งเร้า ได้แก่ ชนิดหรือขนาดของสิ่งเร้า การได้รับข้อมูลป้อนกลับ การจัดองค์การ (2) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ (3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เวลา สถานที่ (Aenold; & Fledman. 1986 : 34-37 ; กัญญา สุวรรณแสง. 2536 : 136 ; วรลักษณ์ ชีราโมภย์. 2529 : 48-49) โดยเฉพาะการนิเทศงานเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการให้ข้อมูลป้อนกลับจึงมีประโยชน์โดยตรงต่อการรายงานผลการปฏิบัติงานให้บุคลากรสาธารณสุขได้

รับทราบ อีกทั้งยังทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องในการดำเนินงานตามบทบาท ดังนั้นถ้าบุคลากรสาธารณสุขได้รับข้อมูลป้อนกลับจากการนิเทศงานจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถ และจงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดตามเป้าหมายในการทำงาน กระตุ้นให้มีการปรับปรุงการทำงานของตนให้ดีขึ้น เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และการรับรู้ในบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน (Davis ; & Olson. 1985 : 95-97) สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2537 : 281-289) ทำการศึกษาการใช้ข้อมูลป้อนกลับในการนิเทศงานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการบริหารงานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พบว่าการให้ข้อมูลป้อนกลับส่งผลต่อการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลป้อนกลับมีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการทำงานเนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้รับทราบผลการปฏิบัติงาน และมีความชัดเจนในบทบาท จากผลการศึกษาของ เอลลิส และเบอร์นฮาร์ด (Ellis; & Burnhardt. 1989 : Abstract) ยอดเยี่ยมแสงรัตนกุล (2535 : 148) สมศักดิ์ กริชชัย (2542 : 86-89) ทำการศึกษากาการนิเทศงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พบว่า การนิเทศงานโดยรวมและรายด้านในเรื่องการให้ข้อมูลป้อนกลับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และสามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 21.40 และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รับการนิเทศมีการรับรู้บทบาท มีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น จึงกล่าวได้ว่าการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและการรับรู้บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

การนิเทศงานในหน่วยบริการกับการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน

การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เป็นตัวกำหนดที่สำคัญตัวหนึ่งในการกระทำของบุคลากรสาธารณสุขที่จะนำไปสู่ผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่พึงปรารถนา เพราะคนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยปฏิบัติให้ดีที่สุดถึงแม้ว่าจะรู้ว่าต้องปฏิบัติอะไร อย่างไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำได้ จะมีผลต่อการเลือกกิจกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทนในการทำงาน การคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล (Bandura. 1977 : 191-215) โดยที่การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังมีความสัมพันธ์กันมากส่งผลต่อการตัดสินใจ กล่าวคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมแน่นอน แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำเช่นเดียวกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน ในการรับรู้

ความสามารถของตนมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตของบุคคล และมีความแตกต่างกันออกไป สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจะรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางชีวะของบุคคล และเหตุการณ์ทางสังคม เช่น เหตุการณ์ในครอบครัว การศึกษา อาชีพ ในเด็กแรกเกิดจะยังไม่มีความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน ความรู้สึกเรื่องตัวตนจะถูกสร้างขึ้นโดยผ่านกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกที่ว่าตนสามารถกระทำตามเจตนาได้จะเริ่มจากการรับรู้ถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเหตุการณ์ ผ่านการเข้าใจสาเหตุโดยมีการกระทำ และในที่สุดก็ตระหนักว่าตนคือผู้ที่ก่อให้เกิดการกระทำนั้นได้ เด็กจะเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เริ่มจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสร้างความสามารถทางการรู้คิด การรับรู้ความสามารถของตนของเด็กจะเปลี่ยนแปลงไปจากการที่เด็กมีการขยายขอบเขตของสิ่งแวดล้อมไปยังชุมชนภายนอก รวมทั้งการมีเพื่อน ประสบการณ์ในโรงเรียน ช่วงชีวิตของบุคคลที่เปลี่ยนเข้าสู่วัยต่างๆ การบริหารจัดการและบรรยากาศในองค์กร ล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากต้องประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ มากมาย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานมาจากปัจจัย 4 ประการ คือ

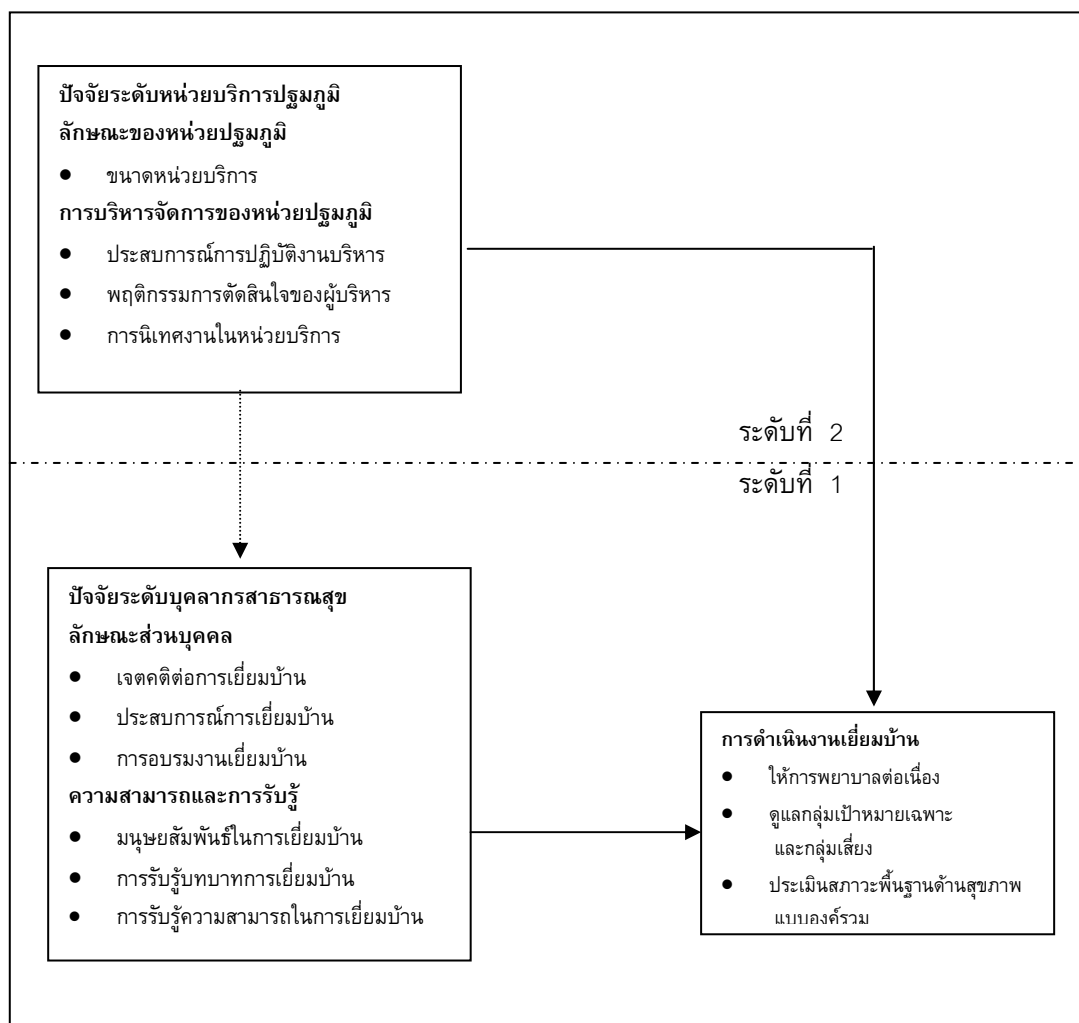
- (1) ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของคนมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรงและเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง บุคคลจะให้น้ำหนักกับประสบการณ์ใหม่มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความเข้มข้นของการรับรู้ความสามารถเดิมที่มีอยู่ การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จหลายครั้งทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ความล้มเหลวของงานที่มีเป็นครั้งคราวก็ จะไม่ส่งผลหรือมีผลน้อยมากต่อการประเมินความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่ทำงานแล้ว ประสบกับความล้มเหลวเสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเคยเกิดมาก่อนแล้ว การรับรู้นี้ยังมีแนวโน้มที่จะแผ่ขยายไปยังสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันได้ (2) การได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนได้ ในทางตรงกันข้ามการที่บุคคลเห็นผู้อื่นที่มีความสามารถคล้ายกับตนประสบความล้มเหลวแม้ว่าจะพยายามอย่างเต็มที่ ก็อาจทำให้ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนได้ (3) สภาวะทางกาย การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะสูงหรือต่ำส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสภาวะทางกายของบุคคลนั้นด้วย ในสภาวะที่ร่างกายเกิดอาการตื่นกลัว ไม่สงบ เกิดความวิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย หรืออยู่ในสภาพที่ถูกกดดันจะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร และมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ (4) การชักชวนด้วยวาจา เป็นการใช้คำพูดชักชวนให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่เขาทำ เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มกำลังใจ ทำให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น และเกิดความพยายามที่จะทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับบุคคลที่พูดชักจูง เนื่องจากผู้พูด

ชักจูงต้องเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้ถูกชักจูง เป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ไว้วางใจ (Bandura. 1986 : 399-401) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาและบริหารจัดการของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน โดยผ่านกระบวนการนิเทศงานเพื่อการสร้างสรรค์ (Creative) หมายถึงการให้ความรู้ การให้กำลังใจ การอธิบายให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจในหลักการ มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติงานได้ที่ระดับความยากต่างๆ และมีพัฒนาการตามความสามารถสูงสุดที่ตนมีอยู่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการนิเทศการให้บริการ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2538 : 35) สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ สาทรสุทธิ (2531 : 86) และยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล (2535 : 148) พบว่า การนิเทศงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการบริหารทรัพยากรในสถานอนามัย เขต 1 จึงกล่าวได้ว่าการนิเทศงานโดยหัวหน้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) พบว่าการทำงานเป็นผลที่ได้จากองค์ประกอบ 2 ประการ คือ (1) ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย (1.1) ความสามารถและทักษะที่จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (1.2) การรับรู้บทบาทและหน้าที่ (1.3) เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ (2) ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย (2.1) สภาพแวดล้อมระดับใกล้ เช่น สภาพการทำงาน ผู้บริหาร ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ลักษณะงานที่ทำ (2.2) สภาพแวดล้อมระดับกลาง เช่น จุดประสงค์และเป้าหมายขององค์การ ปรัชญา (2.3) สภาพแวดล้อมระดับไกล เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สภาพการแข่งขันในสังคมขณะนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของสตีเยร์ (Steers. 1977 : 8) ที่เสนอว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์การได้แก่ (1) ลักษณะองค์การ (organizational characteristics) เช่น ขนาดองค์การที่ตั้ง การบังคับบัญชา วัสดุอุปกรณ์ (2) ลักษณะสภาพแวดล้อมขององค์การ (environmental characteristics) เช่น ความซับซ้อนขององค์การ ความมั่นคงขององค์การ บรรยากาศในองค์การ (3) ลักษณะของบุคลากร (employee characteristics) เช่น ความพึงพอใจในงาน และ (4) นโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน (managerial policy & practices) เช่น

กระบวนการติดต่อสื่อสาร การจัดหาและใช้ทรัพยากร นอกจากนี้การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรจะต้องอาศัยพฤติกรรมการทำงานที่ดีของบุคลากรในองค์กรด้วย (Steers. 1977 : 6) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงบูรณาการกรอบแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese. 1981) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์กรของสตีเยร์ (Steers. 1977 : 67) มาเป็นแนวทางกำหนดกรอบการวิจัย โดยแบ่งตัวแปรออกเป็น 2 ระดับคือ ตัวแปรบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลเป็นตัวแปรระดับที่ 1 หรือตัวแปรระดับจุลภาค และตัวแปรหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นตัวแปรระดับที่ 2 หรือตัวแปรระดับมหภาค ดังภาพประกอบ 6



ภาพ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน และการอบรมงานเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
2. ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นความสามารถและการรับรู้ ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
3. ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นลักษณะของหน่วยงาน ได้แก่ ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขแล้ว
4. ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นการบริหารจัดการของหน่วยงาน ได้แก่ ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และการนิเทศงานในหน่วยบริการ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขแล้ว
5. ปฏิสัมพันธ์ของการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กับการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ แล้ว
6. ปฏิสัมพันธ์ของการนิเทศงาน กับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ แล้ว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยใช้ระเบียบการวิจัยแบบการผสมวิธี (Mixed Methods Approaches) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม แล้วตามด้วยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Sequential Explanatory Strategy) เพื่อนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมาช่วยในการอธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการตรวจสอบผลที่ไม่คาดคิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Creswell. 2003 : 208-215 ; Morse. 1994. 120-123) วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้ามียรายละเอียดดังต่อไปนี้

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิสาธารณสุขเขต 4 ในปีงบประมาณ 2547 ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง จำนวน 437 แห่ง มีหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซนจำนวน 142 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,964 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน รวมจำนวน 1,964 คน และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซน รวมจำนวน 142 คน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเฉลี่ย 13 คน ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซน ถือได้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดพอเพียงสำหรับการประมาณค่าพารามิเตอร์ในโมเดล HLM เพื่อการทดสอบสมมติฐานการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทางสถิติวิเคราะห์รูปแบบพหุระดับชั้นลดหลั่นเชิงเส้นที่ให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในระดับมหภาคจำนวนมากกว่า 20 แห่ง เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบทางสถิติที่เพียงพอสำหรับการตรวจพบปฏิสัมพันธ์หรืออิทธิพลข้ามระดับ ส่วนขนาดของกลุ่มตัวอย่างระดับจุลภาคที่สอดคล้องอยู่ในแต่ละหน่วยของข้อมูลระดับมหภาค ควรมีจำนวนอย่างน้อยที่สุดจำนวน 11 คน (องอาจ นัยวัฒน์. 2544 : 31-33 ; อ้างอิงจาก

Snijders; & Bosker. 1993. Multilevel Analysis : An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย รวมจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเพิ่มเติมและประกอบการอภิปรายผล

ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาคำตอบวิจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นคำตอบในเชิงนโยบาย จึงต้องอาศัยข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักมาเพื่ออธิบายข้อค้นพบในระดับมหภาค แต่การใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวจะทำให้การค้นหาคำตอบที่แท้จริงเพื่อตอบคำถามการวิจัยขาดรายละเอียดในเชิงลึก ดังนั้นเพื่อไม่เป็นการละเลยต่อข้อมูลในระดับจุลภาค และให้ได้รายละเอียดของข้อมูลที่มีความชัดเจนลึกซึ้งมากขึ้นจึงต้องอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพมาช่วยในการอธิบายผลการวิจัยในส่วนที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถอธิบายได้ ดังนั้นระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ระเบียบการวิจัยแบบการผสมวิธี (Mixed Method) ด้วยยุทธวิธีนำข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ (Sequential Explanatory Strategy) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัย แล้วตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มในกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ
2. ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน (2) แบบสอบถามหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบสอบถามหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแบบวัดระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1.1.1 แบบวัดลักษณะขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.1.2 แบบวัดการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.1.2.1 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร

1.1.2.2 พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร

1.1.2.3 การนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแบบวัดระดับบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย

1.2.1 แบบวัดคุณลักษณะส่วนบุคคล

1.2.1.1 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

1.2.1.2 การอบรมงานเยี่ยมบ้าน

1.2.1.3 เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน

1.2.2 แบบวัดความสามารถและการรับรู้

1.2.2.1 มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน

1.2.2.2 การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน

1.2.2.3 การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน

1.3 แบบวัดการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

1.3.1 การเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง

1.3.2 การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง

1.3.3 การเยี่ยมประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ การบริหารงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถและการรับรู้

2. ทำการศึกษาสำรวจโดยวิธีการสร้างข้อคำถามปลายเปิด (Open Question) ที่เกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 30 คน ตอบข้อคำถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประกอบกับแนวคิดทฤษฎีเพื่อกำหนดนิยามศัพท์ของตัวแปร สร้างข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยต่อไป

3. นำแบบวัดที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษานำร่อง ไปหาคุณภาพของเครื่องมือใหม่ทั้งหมด ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

ได้แก่ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจอย่างดีในเรื่องเนื้อหาของสิ่งที่ต้องการวัด พิจารณาข้อคำถามว่าวัดได้ตรงและครอบคลุมเนื้อหาที่นิยามปฏิบัติการหรือไม่ ภาษาและสำนวนของข้อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนที่จะนำไปทดลองใช้

3.2 การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 139)

3.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของ ครอนบาค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 132)

แบบวัดปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

แบบวัดขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวัดขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การแบ่งของกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 2 ขนาด คือ หน่วยบริการขนาดใหญ่ ที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขและมีแพทย์อยู่ประจำหรือหมุนเวียนมาให้บริการพร้อมกับทีมสุขภาพ และหน่วยบริการขนาดเล็กที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านปัจจุบันมีขนาดใด

- ☐ ขนาดใหญ่
☐ ขนาดเล็ก

แบบวัดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร

การวัดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามให้ตอบระยะเวลาเป็นจำนวนปีที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน

ตัวอย่างข้อคำถาม

- (0) ระยะเวลาที่ท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่เข้ารับราชการจนถึงปัจจุบัน รวม.....ปี

แบบวัดพฤติกรรมการตัดสินใจ

การวัดพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ ฮอย และทาเตอร์ (Hoy; & Miskel. 2001 : 357 ; citing Hoy; & Tarter. 1995. Education Administration.) เพื่อวัดการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการตัดสินใจกับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุด คือหัวหน้าหน่วยบริการตัดสินใจเอง หรือรายบุคคล หรือกลุ่ม ใช้เสียงส่วนใหญ่ และทุกคนร่วมตัดสินใจ โดยข้อคำถามกำหนดจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับผลการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์ รวมจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .894

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิใช้การตัดสินใจเองโดยตอบว่าไม่จริงที่สุด หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิใช้วิธีการตัดสินใจเอง ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงจริงที่สุด หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิให้ทุกคนร่วมตัดสินใจ ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 15-34 คะแนน หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 35-54 คะแนน หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 55-75 คะแนน หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร
สาธารณสุขในการตัดสินใจกับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละ
ข้อแล้วให้น้ำหนักของการกระทำตามที่ท่านปฏิบัติจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ความหมายของตัวเลือก

จริงที่สุด	หมายถึง	ในการปฏิบัติงานท่านได้ให้ผู้ใต้บังคับบัญชา ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
จริง	หมายถึง	ในการปฏิบัติงานท่านได้ให้ผู้ใต้บังคับบัญชา เกือบทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ในการปฏิบัติงานท่านได้ให้ผู้ใต้บังคับบัญชา บางคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ไม่จริง	หมายถึง	ในการปฏิบัติงานท่านได้ให้ผู้ใต้บังคับบัญชา เพียงคนเดียวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ไม่จริงที่สุด	หมายถึง	ในการปฏิบัติงานท่านไม่ได้ให้ผู้ใต้บังคับบัญชา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลย

ข้อคำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
(0) ข้าพเจ้าให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วม ในการทำแผนประจำปี					
(00) ข้าพเจ้าให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วม ในการกำหนดพื้นที่เยี่ยมบ้าน					

แบบวัดการนิเทศงานในหน่วยงาน

การวัดการนิเทศงานการเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิ
แบบสอบถามที่

วัดโดย

ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดปริมาณการปฏิบัติของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการติดตาม
ตรวจสอบการปฏิบัติงานและผลการดำเนินงานการเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อ
ค้นหาข้อบกพร่อง ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่บุคลากรสาธารณสุขใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้งานสำเร็จตามนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับมากที่สุดถึงระดับน้อยที่สุด โดยข้อ

คำถามกำหนดจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษาสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์รวมจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .875

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการนิเทศงานเยี่ยมบ้านในหน่วยงานน้อยที่สุด หมายถึงทำการนิเทศงานเพียง 1 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่เคยนิเทศงานเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด หมายถึงทำการนิเทศงานเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 15-34 คะแนน หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการนิเทศงานการเยี่ยมบ้านต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 35-54 คะแนน หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการนิเทศงานการเยี่ยมบ้านปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 55-75 คะแนน หมายถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการนิเทศงานการเยี่ยมบ้านสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการกระทำของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วให้น้ำหนักของการกระทำตามที่ท่านปฏิบัติจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ความหมายของตัวเลือก

มากที่สุด หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้

กระทำ

กิจกรรมตามข้อความ 6 ครั้ง หรือปฏิบัติทุกเดือน

มาก หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้

กระทำ

กิจกรรมตามข้อความ 4-5 ครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กระทำ

กิจกรรมตามข้อความ 3 ครั้ง

น้อย หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้

กระทำ

กิจกรรมตามข้อความ 2 ครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้

กระทำ

กิจกรรมตามข้อความ 1 ครั้ง หรือไม่เคยเลย

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(0) ข้าพเจ้าให้คำแนะนำบุคลากรสาธารณสุขในการลงบันทึกบัตรเยี่ยมบ้าน					
(00) ข้าพเจ้าตรวจสอบแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบุคลากรสาธารณสุข					

แบบวัดปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข

แบบวัดประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน

การวัดประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามให้ตอบระยะเวลารวมเป็นจำนวนปีที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน

ตัวอย่างข้อคำถาม

- (0) ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านตั้งแต่เริ่มเข้ารับราชการจนถึงปัจจุบัน
รวม.....ปี

แบบวัดการอบรมงานเยี่ยมบ้าน

การวัดการอบรมงานเยี่ยมบ้าน วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อคำถามให้ตอบจำนวนครั้งที่บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลได้เข้ารับการอบรมงานเยี่ยมบ้าน ที่จัดขึ้นทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน

ตัวอย่างข้อคำถาม

- (0) ท่านเคยเข้ารับการอบรมงานเยี่ยมบ้านตั้งแต่เริ่มเข้ารับราชการจนถึงปัจจุบัน เป็นจำนวนรวม ครั้ง

แบบวัดเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน

การวัดเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดปริมาณความรู้สึกรู้สึกของบุคลากรสาธารณสุขที่จะตอบสนองไปในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมที่มีต่องานเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึกทางอารมณ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามกำหนดจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์ รวมจำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .809 โดยเป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าบุคลากรสาธารณสุขไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อคำถามทางบวก หมายถึงมีเจตคติไม่ดีต่อการเยี่ยมบ้าน ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อคำถาม หมายถึง มีเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้าน ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 17-39 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านระดับต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 40-62 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านระดับปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 63-85 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านระดับสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับระดับความรู้สึกของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วให้น้ำหนักของความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ความหมายของตัวเลือก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกที่สอดคล้องกับกิจกรรมตามข้อความมากกว่าร้อยละ 80
เห็นด้วย	หมายถึง	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกที่สอดคล้องกับกิจกรรมตามข้อความอยู่ระหว่างร้อยละ 51-80
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกที่สอดคล้องกับกิจกรรมตามข้อความอยู่ประมาณร้อยละ 50
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกที่สอดคล้องกับกิจกรรมตามข้อความอยู่ระหว่างร้อยละ 20-49
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้สึกที่สอดคล้องกับกิจกรรมตามข้อความอยู่ ไม่เกินร้อยละ 20

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
(0) ข้าพเจ้าเห็นว่าการเยี่ยมบ้านสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชนได้					
(00) ข้าพเจ้าเห็นว่าการออกไปเยี่ยมบ้านมีอันตราย					

แบบวัดมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน

การวัดการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข วัดโดยแบบวัด

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดปริมาณความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขในการทำ ความรู้จัก การสร้างความคุ้นเคยกับประชาชน การให้ความช่วยเหลือ การสอน แนะนำ ชี้แนะ ด้วยถ้อยคำที่สุภาพ การวางตนอย่างเหมาะสมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชนใน ชุมชนเกิดความศรัทธา มีความเข้าใจที่ดีต่อกัน ร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริม

สุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับการมีมนุษยสัมพันธ์น้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยข้อคำถามกำหนดจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อ ตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์ รวมจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .796 โดยเป็นข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติตามข้อคำถามน้อยที่สุดคือไม่ปฏิบัติเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านต่ำ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุดคือปฏิบัติตามข้อคำถามอย่างสม่ำเสมอในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านสูง ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 15-34 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 35-54 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 55-75 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการกระทำของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสร้างมนุษยสัมพันธ์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วให้น้ำหนักของการกระทำตามที่ท่านปฏิบัติจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ความหมายของตัวเลือก

มากที่สุด	หมายถึง	ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้
		กระทำกิจกรรมตามข้อความเป็นประจำสม่ำเสมอ
มาก	หมายถึง	ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้
		กระทำ
		กิจกรรมตามข้อความไม่ค่อยสม่ำเสมอ หรือทำ
		ประมาณร้อยละ 80

ปานกลาง หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้
กระทำ

กิจกรรมตามข้อความอยู่บ้าง หรือทำประมาณ
ร้อยละ 50

น้อย หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่
ค่อยได้

กระทำกิจกรรมตามข้อความ หรือทำประมาณ
ร้อยละ 20

น้อยที่สุด หมายถึง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่
เคยได้

กระทำกิจกรรมตามข้อความ หรือน้อยกว่า
ร้อยละ 20

ข้อคำถาม	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
(0) ข้าพเจ้าจะตกทายคนในชุมชนก่อน (00) ข้าพเจ้ารับฟังปัญหาและให้คำปรึกษา นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ					

แบบวัดการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน

การวัดการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข วัดโดยแบบวัด
ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดปริมาณการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐม
ภูมิที่มีต่อความชัดเจนในบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน เป็นแบบวัด
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยจนถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามกำหนดจาก
การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่า
อัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อ ตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์ รวมจำนวน 15 ข้อ มีค่าความ
เชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .770

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าบุคลากรสาธารณสุขรับรู้ว่ามีจริงเลยที่ต้องปฏิบัติ
กิจกรรมตามข้อคำถาม หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านต่ำ
ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงจริงที่สุดคือต้องปฏิบัติกิจกรรมตามข้อคำถาม หมายถึง

บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านสูง ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 15-34 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 35-54 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 55-75 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วให้น้ำหนักที่ตรงกับข้อเท็จจริงที่ท่านรับรู้มากที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อ

ข้อคำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
(0) ท่านต้องดูแลผู้ป่วยที่กลับมาจากโรงพยาบาลทุกราย					
(00) ท่านต้องติดตามเยี่ยมทารกหลังคลอดนาน 7 วัน					

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน

การวัดการรับรู้ความสามารถการเยี่ยมบ้าน วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดปริมาณความมั่นใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ที่มีต่อความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ได้ ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1986) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับมั่นใจที่สุดถึงไม่มั่นใจเลย โดยข้อคำถามกำหนดจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษาสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อ ตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์รวมจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .802

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความมั่นใจเลยในการปฏิบัติตามข้อคำถาม หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านต่ำ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีความมั่นใจที่สุดในการปฏิบัติตามข้อคำถาม หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านสูง ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 20-46 คะแนนหมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 47-73 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 74-100 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความมั่นใจของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วให้น้ำหนักที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อคำถาม	มั่นใจที่สุด	มั่นใจ	ค่อนข้างมั่นใจ	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย
(0) ข้าพเจ้าสามารถให้การพยาบาลตามหลักการปราศจากเชื้อที่บ้านได้					
(00) ข้าพเจ้าสามารถออกไปเยี่ยมบ้านได้โดยลำพัง					

แบบวัดการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การวัดพฤติกรรมการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามบทบาทภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข และสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกิจกรรม 3 ประเภท ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง (Home Health Care) (2) การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง (3) การเยี่ยมประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อวัดความมุ่งมั่น ความตั้งใจ การเอาใจใส่ และความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยข้อคำถามกำหนดจาก

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษาสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อ ตามวิธีการของ t -test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดฉบับสมบูรณ์ รวมจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .883 แบ่งออกเป็นข้อคำถามการเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องจำนวน 6 ข้อ การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ และการเยี่ยมประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าบุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติตามข้อคำถาม ได้น้อยที่สุด หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านต่ำ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงสามารถปฏิบัติตามข้อคำถามได้มากที่สุด หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านสูง ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมระหว่าง 20-46 คะแนนหมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านระดับต่ำ ได้คะแนนรวมระหว่าง 47-73 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านระดับปานกลาง และได้คะแนนรวมระหว่าง 74-100 คะแนน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมระดับบ้านสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

คำแนะนำในการตอบ

แบบวัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความมุ่งมั่น ตั้งใจ เอาใจใส่ และความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อแล้วให้น้ำหนักที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(0) ข้าพเจ้าใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อ					
ข้าพเจ้าจัดลำดับการเยี่ยมผู้ป่วย					
(00) ข้าพเจ้าออกติดตามซึ่งน้ำหนักเด็กที่บ้าน					
(00) ข้าพเจ้าถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน					

1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.2.1 ทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขต 4 เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.2.2 ร่วมเข้าประชุมชี้แจงจุดมุ่งหมาย และความสำคัญของการวิจัยในการประชุมของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลในการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.2.3 ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยผู้วิจัยแจกให้กลุ่มตัวอย่างในการประชุมประจำเดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 พร้อมทั้งเก็บส่งคืนผู้วิจัยโดยผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนเบื้องต้น (Primary data analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อตรวจสอบคุณลักษณะและคุณภาพของข้อมูล ในระดับบุคลากรสาธารณสุขและระดับหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนที่จะทำการวิเคราะห์พหุระดับ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ทำการตรวจสอบค่าที่ขาดหาย (Missing data values) ค่าเบี่ยงเบนที่ผิดปกติ (Outliers) ของข้อมูลทั้ง 2 ระดับ ตรวจสอบลักษณะของข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์พหุระดับแบบโมเดลสองระดับชั้นลดหลั่นเชิงเส้น วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment analysis)

1.3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลหลัก (Main data analysis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป HLM for Windows ทำการวิเคราะห์ซึ่งเป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ทำนายหรืออธิบายตัวแปรตามจากชุดข้อมูลตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรหลายระดับ โดยที่ตัวแปรอิสระหลายระดับมาจากการรวบรวมตามระบบโครงสร้างที่มีการจัดอย่างเป็นระดับชั้นลดหลั่นกันลงมา กล่าวคือข้อมูลระดับหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลมาถึงข้อมูลระดับบุคลากรสาธารณสุข ทำให้สามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับเดียวกันและปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรต่างระดับกันได้ สามารถศึกษาให้ทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามในระดับหน่วยการวัดที่เล็กที่สุด และศึกษาอิทธิพลจากความ

แตกต่างกันในแต่ละระดับที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยผลที่ได้จะไม่บิดเบือนจากความเป็นจริง มีขั้นตอนการวิเคราะห์โมเดล ดังต่อไปนี้

1.3.2.1 การวิเคราะห์โมเดลระดับฐานหรือโมเดลว่าง (Base-only model or Null model) เป็นการวิเคราะห์ศึกษาภาพรวมของตัวแปรการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยไม่มีตัวแปรอิสระอื่นเข้ามาร่วมพิจารณา เพื่อตรวจสอบความแปรปรวนว่ามาจากแหล่งใดบ้าง และเพียงพอที่จะวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่มีผลในขั้นต่อไปหรือไม่ ด้วยการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม (Intraclass Correlation : ρ) ถ้าพบว่าค่า Intraclass Correlation มีค่ามากกว่า 0 จะบ่งบอกว่าวิธีการวิเคราะห์หลายระดับมีความจำเป็นที่ต้องนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่เป็นจริงเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผลการวิจัยผิดพลาดจากที่ควรจะเป็น (รายละเอียดดัง ตาราง 1) และพิจารณาค่าไคสแคว์ถ้าพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันด้วยผลของตัวแปรอิสระในระดับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจึงต้องทำการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป มีวิธีการคำนวณและมีรูปโมเดลดังนี้

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความสัมพันธ์ภายในกลุ่มกับระดับนัยสำคัญ

จำนวนสมาชิกต่อกลุ่ม	ระดับของความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Intraclass Correlation)					
	.00	.01	.05	.20	.40	.80
10	.05	.06	.11	.28	.46	.75
25	.05	.08	.19	.46	.63	.84
50	.05	.11	.30	.59	.74	.89
100	.05	.17	.43	.70	.81	.92

ที่มา : Barcikows. R.S. (1981). Journal of Educational Statistics. p. 275

$$\text{ค่า Intraclass Correlation : } \rho = \frac{U_0}{U_0 + R}$$

โดยที่	U_0	แทน	ความแปรปรวนระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ
	R	แทน	ความแปรปรวนระดับบุคลากรสาธารณสุข

โมเดลระดับที่ 1

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 2

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + U_0$$

โมเดลพหุระดับ

$$Y_{ij} = \gamma_{00} + U_{0j} + e_{ij}$$

โดยที่	Y_{ij}	แทน	ตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน
	β_{0j}	แทน	ค่าคงที่ของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข
	γ_{00}	แทน	ค่าคงที่ของ β_{0j}
	U_{0j}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ
	e_{ij}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนระดับบุคลากรสาธารณสุข

1.3.2.2 การวิเคราะห์โมเดลอย่างง่ายหรือโมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Simple model or Within-Primary Care Unit model) เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ ตรวจสอบความแปรปรวนว่ามาจากแหล่งใดบ้าง และมีความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอในการนำไปวิเคราะห์ผลในขั้นตอนต่อไปหรือไม่ โดยทำการวิเคราะห์โมเดลย่อย 2 รูปแบบ คือโมเดลย่อยรูปแบบที่ 1 ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล โมเดลย่อยรูปแบบที่ 2 ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล และกลุ่มตัวแปรความสามารถและการรับรู้คือ (1) ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน (2) ความสามารถและการรับรู้ ประกอบด้วย มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เข้ามาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรตาม โดยใช้คะแนนเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (centering around group mean) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 2 มีรูปโมเดลดังนี้

โมเดลระดับที่ 1 (รูปแบบที่ 1)

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + \beta_{2j}(\text{การอบรม}) \\ + \beta_{3j}(\text{เจตคติ}) + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 2 (รูปแบบที่ 1)

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + U_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + U_{1j}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{20} + U_{2j}$$

$$\beta_{3j} = \gamma_{30} + U_{3j}$$

โมเดลพหุระดับ (รูปแบบที่ 1)

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน}_j = \gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + \gamma_{20}(\text{การอบรม}) \\ + \gamma_{30}(\text{เจตคติ}) + U_{0j} + U_{1j}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) \\ + U_{2j}(\text{การอบรม}) + U_{3j}(\text{เจตคติ}) + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 1 (รูปแบบที่ 2)

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + \beta_{2j}(\text{การอบรม}) \\ + \beta_{3j}(\text{เจตคติ}) + \beta_{4j}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + \beta_{5j}(\text{รับรู้}$$

บทบาท)

$$+ \beta_{6j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 2 (รูปแบบที่ 2)

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + U_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + U_{1j}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{20} + U_{2j}$$

$$\beta_{3j} = \gamma_{30} + U_{3j}$$

$$\beta_{4j} = \gamma_{40} + U_{4j}$$

$$\beta_{5j} = \gamma_{50} + U_{5j}$$

$$\beta_{6j} = \gamma_{60} + U_{6j}$$

โมเดลพหุระดับ (รูปแบบที่ 2)

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน}_j = \gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + \gamma_{20}(\text{การอบรม}) \\ + \gamma_{30}(\text{เจตคติ}) + \gamma_{40}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + \gamma_{50}(\text{รับรู้}$$

บทบาท)

$$+ \gamma_{60}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{0j} \\ + U_{1j}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + U_{2j}(\text{การอบรม}) \\ + U_{3j}(\text{เจตคติ}) + U_{4j}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + U_{5j}(\text{รับรู้}$$

บทบาท)

$$+ U_{6j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + e_{ij}$$

โดยที่	β_{0j}	แทน	ค่าคงที่ของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข
	γ_{00}	แทน	ค่าคงที่ของ β_{0j}
	U_{0j}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ
	e_{ij}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนระดับบุคลากรสาธารณสุข

1.3.2.3 การวิเคราะห์โมเดลระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Between - Primary Care Unit model) เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระระดับหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ และตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ โดยทำการวิเคราะห์โมเดลย่อย 2 รูปแบบ คือโมเดลย่อยรูปแบบที่ 1 ลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนจริง โมเดลย่อยรูปแบบที่ 2 กลุ่มตัวแปรการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ประสบการณ์งานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจ การนิเทศงานในหน่วยบริการ ทำการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยรวม(centering around grand mean) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3, 4, 5 และ 6 มีรูปแบบโมเดลดังนี้

โมเดลระดับที่ 1 (รูปแบบที่ 1)

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + \beta_{2j}(\text{การอบรม}) \\ + \beta_{3j}(\text{เจตคติ}) + \beta_{4j}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + \beta_{5j}(\text{รับรู้}$$

บทบาท)

$$+ \beta_{6j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 2 (รูปแบบที่ 1)

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + U_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + U_{1j}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{20} + \gamma_{21}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + U_{2j}$$

$$\beta_{3j} = \gamma_{30} + \gamma_{31}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + U_{3j}$$

$$\beta_{4j} = \gamma_{40} + \gamma_{41}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + U_{4j}$$

$$\beta_{5j} = \gamma_{50} + U_{5j}$$

$$\beta_{6j} = \gamma_{60} + \gamma_{61}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + U_{6j}$$

โมเดลพหุระดับ

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{21}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{31}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{41}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{61}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \beta_{2j}(\text{การอบรม}) + \beta_{3j}(\text{เจตคติ}) + \beta_{4j}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + \beta_{6j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{0j} + e_{ij}$$

หน่วย

$$\text{บริการ}) + \gamma_{61}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \beta_{2j}(\text{การอบรม}) + \beta_{3j}(\text{เจตคติ}) + \beta_{4j}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + \beta_{6j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{0j} + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 1 (รูปแบบที่ 2)

$$\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน}) + \beta_{2j}(\text{การอบรม}) + \beta_{3j}(\text{เจตคติ}) + \beta_{4j}(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + \beta_{5j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + e_{ij}$$

บทบาท)

$$+ \beta_{6j}(\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + e_{ij}$$

โมเดลระดับที่ 2 (รูปแบบที่ 2)

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{02}(\text{การตัดสินใจ})$$

$$+ \gamma_{03}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{04}(\text{ประสบการณ์บริหาร})$$

$$+ \gamma_{05}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้บทบาท})$$

$$+ \gamma_{06}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + U_{1j}$$

$$\begin{aligned}\beta_{2j} = & \gamma_{20} + \gamma_{21}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{22}(\text{การตัดสินใจ}) \\ & + \gamma_{23}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{24}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\ & + \gamma_{25}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้บทบาท}) \\ & + \gamma_{26}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{2j}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\beta_{3j} = & \gamma_{30} + \gamma_{31}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{32}(\text{การตัดสินใจ}) \\ & + \gamma_{33}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{34}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\ & + \gamma_{35}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้บทบาท}) \\ & + \gamma_{36}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) \\ & + \gamma_{36}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{3j}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\beta_{4j} = & \gamma_{40} + \gamma_{41}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{42}(\text{การตัดสินใจ}) \\ & + \gamma_{43}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{44}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\ & + \gamma_{45}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้บทบาท}) \\ & + \gamma_{46}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{4j}\end{aligned}$$

$$\beta_{5j} = \gamma_{50} + U_{5j}$$

$$\begin{aligned}\beta_{6j} = & \gamma_{60} + \gamma_{61}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{62}(\text{การตัดสินใจ}) \\ & + \gamma_{63}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{64}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\ & + \gamma_{65}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้บทบาท}) \\ & + \gamma_{66}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) + U_{6j}\end{aligned}$$

โมเดลพหุระดับ

$$\begin{aligned}\text{ผลงานเยี่ยมบ้าน} = & \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{02}(\text{การตัดสินใจ}) \\ & + \gamma_{03}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{04}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\ & + \gamma_{05}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้บทบาท}) \\ & + \gamma_{06}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) \\ & + \gamma_{21}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{22}(\text{การตัดสินใจ}) \\ & + \gamma_{23}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{24}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\ & + \gamma_{25}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้บทบาท}) \\ & + \gamma_{26}(\text{การนิเทศงาน x รับรู้ความสามารถตนเอง}) \\ & + \gamma_{31}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{32}(\text{การตัดสินใจ})\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& + \gamma_{33}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{34}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\
& + \gamma_{35}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้บทบาท}) \\
& + \gamma_{36}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) \\
& + \gamma_{41}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{42}(\text{การตัดสินใจ}) \\
& + \gamma_{43}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{44}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\
& + \gamma_{45}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้บทบาท}) \\
& + \gamma_{46}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) \\
& + \gamma_{61}(\text{ลักษณะหน่วยบริการ}) + \gamma_{62}(\text{การตัดสินใจ}) \\
& + \gamma_{63}(\text{การนิเทศงาน}) + \gamma_{64}(\text{ประสบการณ์บริหาร}) \\
& + \gamma_{65}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้บทบาท}) \\
& + \gamma_{66}(\text{การนิเทศงาน} \times \text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) \\
& + \beta_{2j} (\text{การอบรม}) + \beta_{3j} (\text{เจตคติ}) + \beta_{4j} (\text{มนุษยสัมพันธ์}) \\
& + \beta_{6j} (\text{รับรู้ความสามารถตนเอง}) U_{0j} + e_{ij}
\end{aligned}$$

สัมพัทธ์)

โดยที่	β_{0j}	แทน	ค่าคงที่ของตัวแปรระดับจุลภาค
	γ_{00}	แทน	ค่าคงที่ของ β_{0j}
	U_{0j}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนระดับหน่วยบริการ
	e_{ij}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนระดับบุคคลากร

สาธารณสุข

2. ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นวิธีการศึกษาสืบค้นหาข้อมูลหลักฐานสำหรับทำความเข้าใจและยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Exploration and confirmation) โดยวิธีการใช้คำถามที่ถามถึงปัจจัยต่างๆ ตามกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน ความรู้สึก ความเชื่อ การตัดสินใจ การให้เหตุผล เป็นการสะท้อนความคิดของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการเรียบเรียงข้อคำถามที่ต่อเนื่อง สอดคล้องการถาม และการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงได้จัดเตรียมแนวข้อคำถาม โดยการนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละข้อไปจำแนกเป็นประเด็นหรือสมมติฐานหลักแล้วสร้างข้อคำถามย่อย เพื่อให้ได้คำตอบใน

ซึ่งเป็นเหตุเป็นผลว่าเกิดจากสิ่งใด ทำไมเป็นอย่างนี้ เพราะอะไร ด้วยการเรียงข้อคำถามจากเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและเป็นกันเองแล้วจึงถามเข้าสู่ข้อคำถามหลัก ไปจบลงที่คำถามทั่วไปเพื่อผ่อนคลายบรรยากาศและความคิด มีประเด็นสำหรับการสนทนาดังนี้คือ

ประเด็นที่หนึ่ง สนทนาเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยใช้กลวิธีการเยี่ยมบ้าน

ประเด็นที่สอง สนทนาเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อลักษณะของหน่วยงานในด้านของขนาด และอัตรากำลังว่ามีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านหรือไม่

ประเด็นที่สาม สนทนาเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อลักษณะการบริหารจัดการในด้านการนิเทศงาน การตัดสินใจ และประสิทธิภาพบริหารงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิว่ามีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านหรือไม่

ประเด็นที่สี่ สนทนาเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุขในด้านการมีประสบการณ์เยี่ยมบ้าน การมีเจตคติที่ดีต่องานเยี่ยมบ้าน และการได้รับอบรมงานเยี่ยมบ้านว่ามีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านหรือไม่

ประเด็นที่ห้า สนทนาความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถและการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน บทบาทในการเยี่ยมบ้านและความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านว่ามีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านหรือไม่

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการจัดสนทนากลุ่ม ที่จำแนกออกตามระดับของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 2 กลุ่ม คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยในกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสบการณ์การปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 8 -10 ปี และกลุ่มตัวอย่างระดับบุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 9 -12 ปี ซึ่งอนุมานได้ว่าไม่มีความแตกต่างกันภายในกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการสนทนาครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้งต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ในระหว่างเดือนเมษายน 2547 ถึงเดือนพฤษภาคม 2547 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเองและมีผู้ช่วยจดบันทึกการสนทนาและขออนุญาตกลุ่มบันทึกเทปเสียงการสนทนา พร้อมทั้งผู้วิจัยได้สังเกตท่าทาง การแสดงออกของผู้ร่วมสนทนาที่อาจจะเป็นปัจจัยสำคัญในการแปลความหมายของข้อมูลที่ต้องการ และเพื่อให้บรรยากาศการสนทนาเป็นกันเอง ผ่อนคลายความคิดของผู้ร่วมสนทนาผู้วิจัยจึงได้จัดเตรียมขนมขบเคี้ยว ผลไม้ น้ำเย็นวางไว้ให้สมาชิกกลุ่มได้รับประทาน หลังจบการสนทนากลุ่มทุกครั้งผู้วิจัยทำการถอดเทปและสรุปผลตามประเด็นข้อคำถาม

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการตรวจสอบความถูกต้อง และความเที่ยงตรงของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคสามเส้าทำการตรวจสอบข้อมูล โดยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยกลุ่มผู้สนทนา และการตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลที่ได้จากหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิกับข้อมูลที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล แล้วทำการจัดเตรียมข้อมูล (Data Preparation) โดยการเขียนข้อความที่เกี่ยวกับประเด็นคำถามการวิจัย แล้วจำแนกแยกแยะข้อมูลเชิงคุณภาพออกเป็นส่วนย่อย (Data identification) ที่มีความหมายในเชิงวิเคราะห์ง่ายต่อการค้นหาพร้อมทั้งจัดทำรหัสหรือดัชนีข้อมูล (Data coding) จากนั้นทำการกำหนดมโนทัศน์ หรือหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วนำหัวข้อความคิดมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดจนกลายเป็นข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีความหมายเพื่ออธิบายและสนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ หรือให้ประเด็นใหม่ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นอันเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจประเด็นที่ทำการศึกษาวิจัยต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ และระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ของสาธารณสุขเขต 4 ได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนเบื้องต้น
 - 1.1 ผลการตรวจสอบลักษณะข้อมูล
 - 1.2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ HLM/2L
 - 1.3 ผลการวิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
 - 1.4 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
 - 1.5 ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลัก
 - 2.1 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข
 - 2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
 - 2.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
 - 2.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

สัญลักษณ์และการแปลความหมาย

SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
r	ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
R	ค่าความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ
U_0	ค่าความแปรปรวนที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ
ES	ขนาดอิทธิพล คำนวณได้จาก

$$\text{ขนาดอิทธิพลภายในหน่วยบริการ} = \text{สปส.} / \sqrt{R}$$

$$\text{ขนาดอิทธิพลระหว่างหน่วยบริการ} = (\text{สปส.})(SD) / \sqrt{U_0}$$

โดยแบ่งขนาดอิทธิพลออกเป็น 3 ระดับ (Stevens. 1996. p. 241-242) คือ

ค่าค่านวณน้อยกว่า .200 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก
 ค่าค่านวณตั้งแต่ .200 - .800 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลระดับปาน
 กลาง
 ค่าค่านวณมากกว่า .800 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่

- ๐ ขนาดอิทธิพลในรูปหน่วยเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น
 เจตคติที่มีขนาดอิทธิพล 0.601 ๐ หมายถึงเจตคติมีผลต่อการอธิบายความ
 แตกต่างในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข มีขนาดเท่ากับ
 0.601 หน่วยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ๓ ขนาดอิทธิพลในรูปหน่วยเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น
 ประสิทธิภาพบริหารงานมีขนาดอิทธิพล 0.682 ๓ หมายถึงผลของการเปลี่ยนแปลง
 เท่ากับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขนาดหนึ่งหน่วยที่เกิดขึ้นในตัวแปรประส
 บการณ์บริหารงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน
 ของ
 บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิเท่ากับ 0.682 ในหน่วยของส่วน
 เบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนเบื้องต้น

1.1 ผลการตรวจสอบลักษณะข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่ได้จากหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 4 ในส่วน
 ของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 142 ฉบับ และจากบุคลากร
 สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,964 ฉบับ พบว่ามีข้อมูลที่สูญหาย (Missing values)
 ในกลุ่มของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 7 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 2.93 และในกลุ่มของ
 บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 44 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 2.25 จึงทำให้มีข้อมูลที่สมบูรณ์นำมาใช้
 การวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 2,055 ฉบับ จำแนกเป็นหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 135 คน
 บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,920 คน ทำการศึกษาในตัวแปรอิสระทั้ง 2 ระดับรวม 10 ตัวแปร
 ซึ่งมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 15 คนต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่ม
 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมทำให้การทดสอบมีระดับความเชื่อมั่น .05
 (Stevens. 1996 : 123-127)

เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลที่เบี่ยงเบนจากค่ากลางผิดปกติ (Outliers)
 พบว่า ลักษณะการกระจายของข้อมูลระดับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และระดับบุคลากร

สาธารณสุข มีการกระจายอยู่รอบๆ ค่ากลาง (Central value) แสดงว่าข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถนำไปสู่กระบวนการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปได้

1.2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ HLM/2L

การตรวจสอบข้อมูลระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2,055 คน ด้วยกราฟแผนภูมิแท่ง (Histogram) และโค้งปกติ (Normal curve) พบว่าตัวแปรทั้ง 2 ระดับมีการแจกแจงของข้อมูลในลักษณะโค้งปกติ และการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) ระหว่างตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและระดับบุคลากรสาธารณสุข กับตัวแปรการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ด้วยวิธีการดูการกระจายของจุดข้อมูล (Scatterplot) ระหว่างค่าของความคลาดเคลื่อนจากการประมาณค่าพารามิเตอร์จุดตัดแกน y กับตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและระดับบุคลากรสาธารณสุข ทุกตัวแปร พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ระดับทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม และผลการตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ด้วยตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขและระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการลงจุดบนกราฟดูการกระจายของความคลาดเคลื่อนพบว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ HLM/2L (Condon. 1996 : 37-39 ; Brky; & Raudenbush. 1992 : 212-214)

1.3 ผลการวิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนรวม 135 คน เพื่อศึกษาลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านของขนาดหน่วยบริการ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาคิดเป็นร้อยละ 47.10 รองลงมาคือจังหวัดปทุมธานี คิดเป็นร้อยละ 18.10 จังหวัดอ่างทองและจังหวัดนนทบุรี คิดเป็นร้อยละ 17.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิขนาด คิดเป็นร้อยละ 67.40 ที่เหลือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.60 หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51.30 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีและเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนในระดับปริญญาโทและสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 2.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ร้อยละ 84.40 รองลงมาคือสถานภาพโสดร้อยละ 11.20 และมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 4.40

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,920 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 64.70 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 35.30 มีการศึกษา

ระดับปริญญาตรีและเทียบเท่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.30 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนในระดับปริญญาโทและสูงกว่าน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 51.90 รองลงมาไม่มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 29.30 และมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.80 ตามลำดับ

1.4 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง แสดงลักษณะของข้อมูลตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนข้อมูลตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวแปรอิสระ 2 กลุ่ม คือ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน และการได้รับการอบรมการเยี่ยมบ้าน (2) ความสามารถและการรับรู้ ประกอบด้วย มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน ส่วนตัวแปรตามคือ การดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง
ของตัวแปรอิสระระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวแปรอิสระระดับบุคลากรสาธารณสุข และ
ตัวแปรตาม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ความเบ้	ความโด่ง	SE
ตัวแปรอิสระระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ							
พฤติกรรมการตัดสินใจ	63.920	5.540	53	73	0.096	-1.110	
	0.477						
การนิเทศงานภายในหน่วยงาน	63.990	6.650	53	73	0.490	-	
	1.350	0.572					
ประสบการณ์ในงานบริหาร	11.100	9.870	1	35	0.800	-	
	0.680	0.850					
ตัวแปรอิสระระดับบุคลากรสาธารณสุข							
เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน	55.190	5.530	42	68	0.280	-0.280	
	0.135						
มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน	53.040	9.370	41	75	0.529	-	
	0.340	0.220					
การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน	55.590	7.300	41	71	-0.054	-0.460	
	0.166						
การรับรู้ความสามารถการเยี่ยมบ้าน	77.350	10.280	63	95	0.130		
	-0.520	0.234					
ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน	7.310	5.990	1	24	0.966		
	0.350	0.136					
การได้รับการอบรมการเยี่ยมบ้าน	5.150	2.620	0	12	0.134	-0.020	
	0.059						
ตัวแปรตาม							
การดำเนินงานเยี่ยมบ้าน	79.100	5.900	70	91	0.115	-0.320	
	0.140						

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิรวม 135 คน ในตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง พบว่ามีประสบการณ์ในงานบริหารเฉลี่ย 11 ปี 10 เดือน พฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยงานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (63.920) และการนิเทศงานภายในหน่วยงานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (63.990) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้และค่าความโด่ง พบว่าพฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยงาน การนิเทศงานภายในหน่วยงาน และประสบการณ์การบริหารงานมีค่าความเบ้เป็นบวกหรือเบ้ขวา แสดงว่าหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ได้คะแนนสูงและมีบางส่วนได้คะแนนสูงมากทำให้การแจกแจงของข้อมูลบางค่าสูงมาก ในตัวแปรพฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยงาน การนิเทศงานภายในหน่วยงาน และประสบการณ์การบริหารงาน ค่าความโด่งในตัวแปรพฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยงาน การนิเทศงานภายในหน่วยงาน และประสบการณ์การบริหารงานมีค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่าการแจกแจงของข้อมูลค่อนข้างแบน และเมื่อตรวจสอบค่าความเบ้และความโด่งของทุกตัวแปร พบว่ามีค่าไม่มากกว่า 2.5 เท่าของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่อนุมานได้ว่าการแจกแจงน่าจะมีแนวโน้มเป็นโค้งปกติ (Morgan; & Orlando. 1998 : 49)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคลากรสาธารณสุข จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขรวม 1,920 คน ในตัวแปรอิสระทั้งสองกลุ่มที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7 ปี 3 เดือน โดยมีประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 24 ปี ได้รับการอบรมการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7 ครั้ง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เคยได้รับการอบรมการเยี่ยมบ้านเลยจนถึงผู้ที่ได้รับการอบรมสูงสุด 12 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน (55.190) และมีคะแนนเฉลี่ยการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน (53.040) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน (55.590) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน (77.350) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าความเบ้และความโด่งพบว่าการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านมีค่าความเบ้เป็นลบหรือเบ้ซ้าย แสดงว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้คะแนนการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านไม่สูงมากนัก และค่าความโด่งในตัวแปรเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน และการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีค่าเป็นลบ แสดงว่าการแจกแจงของข้อมูลค่อนข้างแบน และเมื่อตรวจสอบค่าความเบ้และความโด่งของตัวแปร พบว่ามีค่าไม่มากกว่า 2.5 เท่าของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่อนุมานได้ว่าการแจกแจงน่าจะมีแนวโน้มเป็นโค้งปกติ (Morgan; & Orlando. 1998 : 49) ยกเว้นตัวแปรประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน ที่มีค่าความเบ้มากกว่า 2.5 เท่าของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน แต่ผู้วิจัยไม่ได้ทำการแปลงคะแนนเนื่องจากมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างใหญ่

เพียงพอการประมาณค่าพารามิเตอร์จะมีความคงเส้นคงวาแม้ว่าการแจกแจงของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตัวแปรตาม คือการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 79.910 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง

1.5 ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรอิสระในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ขนาดของหน่วยบริการ (2) การบริหารจัดการ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร การนิเทศงานภายในหน่วยบริการ และตัวแปรอิสระในระดับบุคลากรสาธารณสุข ที่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน การได้รับการอบรมการเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน (2) ความสามารถในการรับรู้ ประกอบด้วย มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าตัวแปรอิสระในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิคือ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจ และการนิเทศงานในหน่วยงาน มีค่าความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามสูงที่สุดคือ การนิเทศงานในหน่วยงาน รองลงมาคือพฤติกรรมการตัดสินใจ และประสิทธิภาพปฏิบัติงานบริหารตามลำดับ ($r = 0.585, 0.486$ และ 0.254 $p < .05$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 3

ตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขคือ การอบรมงานเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถการเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์การเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน และประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน มีค่าความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามสูงที่สุดคือ การอบรมงานเยี่ยมบ้าน รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการ

เยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน และประสบการณ์การเยี่ยมบ้านตามลำดับ ($r = 0.753, 0.645, 0.640, 0.565, 0.553$ และ 0.196 $p < .05$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้าน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)			
	ประสบการณ์บริหาร	การตัดสินใจ	การนิเทศงาน	การเยี่ยมบ้าน
ประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหาร	1.000	0.270	0.104	0.254*
พฤติกรรมการตัดสินใจ		1.000	0.412**	0.486*
การนิเทศงานในหน่วยงาน			1.000	0.585*
การเยี่ยมบ้าน				1.000

* $p < .05$

** $p < .001$

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขและการเยี่ยมบ้าน

ตัวแปร			ค่า	า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)				
สัมพันธ์	รับรู้บทบาท	รับรู้ความสามารถ	เจตคติ การเยี่ยมบ้าน	ประสบการณ์ การอบรม มนุษย์
เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน			1.000	0.820**
ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน				1.000
0.214**	0.125**	0.196*		
การอบรมเยี่ยมบ้าน				1.000
0.498**	0.419**	0.753*		
มนุษย์สัมพันธ์การเยี่ยมบ้าน				1.000
0.411**	0.351**	0.565*		
การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน				
1.000	0.403**	0.553*		
การรับรู้ความสามารถการเยี่ยมบ้าน				
1.000	0.645*			
การเยี่ยมบ้าน				
1.000				

* p < .05

** p < .001

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลัก

การศึกษาปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการพัฒนาโมเดลสองระดับชั้นลดหลั่นเชิงเส้น (HLM/2L, 2-Level Hierarchical) มีขั้นตอนการวิเคราะห์โมเดลย่อยประกอบด้วย (1) โมเดลระดับฐานหรือโมเดลว่าง (Base-only, Null Model) (2) โมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Simple Model, Within-Primary Care Unit Model) (3) โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ (Between-Primary Care Unit Model) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในแต่ละโมเดลตามลำดับ ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

การวิเคราะห์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโมเดลระดับฐานหรือโมเดลว่าง (Base-only, Null model) เป็นการศึกษาภาพรวมของตัวแปรการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยไม่มีตัวแปรอิสระอื่นเข้ามาร่วมพิจารณา เพื่อตรวจสอบความแปรปรวนว่ามาจากแหล่งใดบ้าง และเพียงพอที่จะวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่มีผลในขั้นต่อไปหรือไม่ ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงอิทธิพลคงที่ (Fixed effect) และอิทธิพลสุ่ม (Random effect) ของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ประมาณจากค่าโมเดลระดับฐาน

ตัวแปรตาม	อิทธิพลคงที่			อิทธิพลสุ่ม		
	สัมประสิทธิ์	SE	t-ratio	ส่วนประกอบ	df	χ^2
ความแปรปรวน						
Intercept : b_{0j}	79.893	0.278	287.701**			
Intercept-2 : U_0				8.399	134	712.207**
Intercept-1 : R				27.498		
Interclass Correlation	0.234					

** P < .001

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลคงที่พบว่า ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับบุคคล (b_{0j}) มีค่า 79.893 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน(SE) เท่ากับ 0.278 แสดงว่าบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกันและที่อยู่คนละหน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยรวมที่แท้จริงของคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 79.348 ถึง 80.437 [$(79.893 \pm 1.960(0.278))$]

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลสุ่มพบว่า ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ(U_0) มีค่า 8.399 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2_{134} = 712.207$ $p < .001$) และมาจากความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ (R) มีค่า 27.498 แสดงว่าความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 77 เป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ [$27.498 / (27.498 + 8.399) \times 100$] และอีกประมาณร้อยละ 23 เป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ [$8.399 /$

$(27.498 + 8.399) \times 100]$ ผลการวิเคราะห์แสดงว่ามีปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Interclass Correlation) มีค่า 0.234 $[8.399 / (27.498 + 8.399)]$ แสดงว่ามีอิทธิพลของกลุ่มที่ส่งผลทำให้คะแนนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขไม่เป็นอิสระต่อกันอยู่ประมาณร้อยละ 23 ทำให้ค่าระดับนัยสำคัญที่เป็นจริง (Actual α) มีค่าเพิ่มขึ้นส่งผลต่ออำนาจการทดสอบ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงนำสมการการวิเคราะห์พหุระดับมาใช้ในการทดสอบขั้นต่อไป

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ปัจจัยในระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เป็นการวิเคราะห์โมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Simple Model, Within-Primary Care Unit Model) เพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ ตรวจสอบความแปรปรวนว่ามาจากแหล่งใดบ้าง และมีความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอในการนำไปวิเคราะห์ผลในขั้นตอนต่อไปหรือไม่ โดยทำการวิเคราะห์โมเดลย่อย 2 รูปแบบ คือโมเดลย่อยรูปแบบที่ 1 ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล โมเดลย่อยรูปแบบที่ 2 ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล และกลุ่มตัวแปรความสามารถและการรับรู้คือ (1) ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน (2) ความสามารถในการรับรู้ ประกอบด้วย มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เข้ามาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรตาม โดยใช้คะแนนเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (centering around group mean) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงอิทธิพลคงที่ (Fixed effect) และอิทธิพลสุ่ม (Random effect) ของตัวแปร
 อิสระระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการ
 ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	อิทธิพลคงที่			อิทธิพลสุ่ม		
	สัมประสิทธิ์	SE	t-ratio	ส่วนประกอบ	df	χ^2
ความแปรปรวน						
Intercept : b_{0j}	79.891	0.278	286.631**			
ลักษณะส่วนบุคคล						
ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน : b_{1j}	0.034	0.015	2.201*	0.014	113	
						202.985**
การอบรม : b_{2j}	4.335	0.436	9.942**	20.884	113	745.743**
เจตคติ : b_{3j}	0.568	0.036	15.767**	0.147	113	752.293**
Intercept-2 : U_0			10.136	113		1933.656**
Intercept-1 : R			4.782			
Intercept : b_{0j}	79.892	0.278	286.479**			
ลักษณะส่วนบุคคล						
ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน : b_{1j}	0.006	0.009	0.674	0.002	113	
						90.856
การอบรม : b_{2j}	3.412	0.338	10.979**	12.571	113	
						408.422**
เจตคติ : b_{3j}	0.401	0.025	15.678**	0.068	113	
						414.602**
ความสามารถและการรับรู้						
มนุษยสัมพันธ์ : b_{4j}	0.061	0.009	6.862**	0.006	113	
						204.961**
การรับรู้บทบาท : b_{5j}	0.027	0.008	3.095*	0.002	113	
						126.017
การรับรู้ความสามารถตนเอง : b_{6j}	0.158	0.010	15.277**	0.009	113	
						317.765**
Intercept-2 : U_0			10.300	113		423.125**
Intercept-1 : R			2.702			

* $p < .05$

** $p < .001$

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ในโมเดลย่อยรูปแบบที่ 1 ที่มีตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีค่า 79.892 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านมีค่า 4.335, 0.568 และ 0.034 ตามลำดับ ส่งผลต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ความแปรปรวนในคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่อธิบายได้ด้วยกลุ่มปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข มีค่า 4.782 และ 10.136 ตามลำดับ แสดงว่าเมื่อนำตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลมาร่วมพิจารณาทำให้สามารถอธิบายความแปรปรวนในคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละคนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เท่ากับ 0.825 หรือประมาณร้อยละ 82 $[(27.498 - 4.7829 / 27.498) \times 100]$ และสามารถอธิบายความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เท่ากับ 0.207 หรือประมาณร้อยละ 22 $[(8.399 - 10.136 / 8.399) \times 100]$ มีความแปรปรวนของส่วนที่เหลือหลังควบคุมตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2_{113} = 1933.656$ $p < .001$) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวได้แสดงขนาดอิทธิพล (Effect size) ของประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านมีค่าต่ำกว่า .20 หน่วยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ (0.0056σ ได้มาจาก $0.03 / \sqrt{27.498}$; 0.10σ ได้มาจาก $0.56 / \sqrt{27.498}$) ซึ่งทั่วไปพิจารณาว่าเป็นขนาดอิทธิพลที่เล็กมาก ส่วนการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพล 0.82σ (ได้มาจาก $4.33 / \sqrt{27.498}$) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่ใหญ่ (Stevens. 1996 : 241-242) แสดงว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลในตัวแปรการรับการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์โมเดลย่อยรูปแบบที่ 1 พบว่าตัวแปรปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล คือประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนว

ทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และมีความแปรปรวนระหว่างคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้ต้องมีการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีตัวแปรใดบ้างในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถอธิบายความแปรปรวนในส่วนที่เหลือได้

ผลการวิเคราะห์โมเดลย่อยรูปแบบที่ 2 ที่เพิ่มกลุ่มตัวแปรความสามารถและการรับรู้ ประกอบด้วย มนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านเข้ามาร่วมวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีค่า 79.892 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทเยี่ยมบ้าน และประสพการณ์การเยี่ยมบ้านมีค่า 3.412, 0.401, 0.158, 0.061, 0.027 และ 0.006 ตามลำดับ โดยมีตัวแปรการอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน และมนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน ส่งผลต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข ทั้งหมดมีค่า 2.702 และ 10.300 ตามลำดับ แสดงว่าเมื่อนำกลุ่มตัวแปรความสามารถและการรับรู้มาพิจารณาร่วมกับกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ทำให้สามารถอธิบายความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เท่ากับ 0.207 หรือประมาณร้อยละ 21 $[(8.399 - 10.136 / 8.399) \times 100]$ และสามารถอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นจากเดิมเท่ากับ 0.901 หรือประมาณร้อยละ 90 $[(27.498 - 2.702 / 27.498) \times 100]$ โดยมีความแปรปรวนของส่วนที่เหลือหลังควบคุมตัวแปรกลุ่มปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2_{113} = 3423.125$ $p < .001$) เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (effect size) ของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล และกลุ่มความสามารถและการรับรู้พบว่าตัวแปรเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีขนาดอิทธิพลต่ำกว่า .20 หน่วยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ (0.07σ ได้มาจาก $0.40 / \sqrt{27.498}$; 0.01σ ได้มาจาก $0.06 / \sqrt{27.498}$; 0.005σ ได้มาจาก $0.02 / \sqrt{27.498}$; 0.03σ ได้มาจาก $0.15 / \sqrt{27.498}$) ซึ่งทั่วไปพิจารณาว่าเป็นขนาดอิทธิพลที่เล็กน้อย ส่วนการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพล 0.65σ (ได้มาจาก $3.41 / \sqrt{27.498}$) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Stevens. 1996 : 241-242) แสดงว่าปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข โมเดลย่อยรูปแบบที่ 2 มีความสัมพันธ์กับคะแนนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก

จากการวิเคราะห์โมเดลย่อยรูปแบบที่ 2 พบว่าปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพคือ การอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรระดับบุคลากร

สาธารณสุขดังกล่าวเข้าทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขก่อนนำไปวิเคราะห์ขั้นตอนต่อไป รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงอิทธิพลคงที่ (Fixed effect) และอิทธิพลสุ่ม (Random effect) ของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขที่คัดสรรแล้วมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	อิทธิพลคงที่			อิทธิพลสุ่ม		
	สัมประสิทธิ์	SE	t-ratio	ส่วนประกอบ	df	χ^2
ความแปรปรวน						
Intercept : b_{0j}	79.891	0.278	286.523**			
การอบรม : b_{2j}	3.600	0.351	10.238**	13.852	113	688.649**
เจตคติ : b_{3j}	0.402	0.025	15.736**	0.680	113	471.418**
มนุษยสัมพันธ์ : b_{4j}	0.066	0.009	7.103**	0.007	113	292.319**
การรับรู้ความสามารถ : b_{6j}	0.162	0.010	16.044**	0.008	113	348.359**
Intercept-2 : U_0				10.287	113	3263.927**
Intercept-1 : R				2.834		

** $p < .001$

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์โมเดลระดับบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่คัดสรรแล้ว พบว่าค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน มีค่า 79.892 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยการอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน และมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านมีค่า 3.600, 0.402, 0.162 และ 0.066 ตามลำดับ ส่งผลต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่อธิบายได้ด้วยปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่คัดสรรแล้ว 4 ตัวแปร มีค่า 2.83 และ 10.287 ตามลำดับ แสดงว่าเมื่อนำปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่คัดสรรแล้วมาพิจารณา สามารถอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เท่ากับ 0.897 หรือประมาณร้อยละ 89.70

[(27.498 - 2.834/27.498) x 100] ซึ่งมีค่าลดลง แต่สามารถอธิบายความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นมีค่า 0.225 หรือประมาณร้อยละ 22.50 [(8.399 - 10.287 / 8.399) x 100] ความแปรปรวนของส่วนที่เหลือหลังควบคุมปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขทั้ง 4 ตัวแปร พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2_{113} = 3263.927$ $p < .001$) แสดงว่าเมื่อปรับอิทธิพลความแตกต่างของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยความสามารถและการรับรู้ ที่เป็นปัจจัยคัดสรรระดับบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ผลการวิเคราะห์พบว่ายังมีความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงต้องทำการสืบค้นต่อไปว่ามีตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายความแปรปรวนในส่วนที่เหลือได้อีก และในส่วนของตัวแปรคัดสรรทั้ง 4 ตัวแปร คือ การอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีความแปรปรวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2_{113} = 668.649, 471.418, 292.319$ และ 348.359 $p < .001$ ตามลำดับ) ขนาดอิทธิพล (effect size) ของตัวแปรปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขในตัวแปรคัดสรรทั้ง 4 ตัวแปร คือ การอบรมงานเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 0.69 σ (ได้มาจาก $3.60 / \sqrt{27.498}$) เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 0.08 σ (ได้มาจาก $0.40 / \sqrt{27.498}$) การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 0.03 σ (ได้มาจาก $0.162 / \sqrt{27.498}$) และมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 0.01 σ (ได้มาจาก $0.066 / \sqrt{27.498}$) ตามลำดับ แสดงว่าขนาดอิทธิพลของเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านยังมีขนาดค่อนข้างเล็ก และการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเหมือนเดิม

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลโมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ พบว่าโมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมีย่อยทั้ง 2 รูปแบบ มีอำนาจในการทำนายความแปรปรวนในคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิแตกต่างกันคือ รูปแบบที่ 1 ที่มีตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สามารถอธิบายความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ประมาณร้อยละ 82 และโมเดลรูปแบบที่ 2 ที่มีตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรปัจจัยความสามารถและการรับรู้ สามารถอธิบายความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 90 แสดงว่าการเพิ่มกลุ่มตัวแปรปัจจัยความสามารถและการรับรู้เข้าไปร่วมวิเคราะห์ในโมเดล สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายได้ประมาณร้อยละ 8 หลังจากที่ได้นำปัจจัยคัดสรรมาพิจารณาพบว่ามีความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องทำการวิเคราะห์ขั้นตอนต่อไปว่ามีตัวแปรตัวใดบ้างในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถอธิบายความแปรปรวนส่วนที่เหลือได้อีก โดยนำตัวแปรการอบรมงานเยี่ยม

บ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน เข้าทำการวิเคราะห์ต่อไป

2.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ปัจจัยในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยนำตัวแปรอิสระที่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ และ หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก (2) การบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และการนิเทศงานในหน่วยบริการมาเป็นตัวแปรอิสระ แล้วนำตัวแปรอิสระระดับบุคลากรสาธารณสุขที่คัดสรรแล้ว คือค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านเข้ามาวิเคราะห์เป็นตัวแปรตาม ทำการตรวจสอบผลของตัวแปรอิสระระดับหน่วยบริการปฐมภูมิว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3 และ 4 แล้วตรวจสอบผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5 และ 6 รายละเอียดดังตาราง 8 และ 9

ตาราง 8 แสดงอิทธิพลคงที่ (Fixed effect) และอิทธิพลสุ่ม (Random effect) ของตัวแปร
ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยม
บ้าน
ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ตัวแปรระดับ บุคลากร	อิทธิพลคงที่			อิทธิพลสุ่ม		
	สัมประสิทธิ์	SE	t-ratio	ส่วนประกอบ ความแปรปรวน	df	χ^2
Intercept : b_{0j}	61.577	2.144	28.712**			
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.235	0.033	6.207**			
การอบรม slopes: b_{2j}	-10.109	3.264	-3.097**	12.050	111	
705.015**						
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.218	0.051	4.260**			
เจตคติ slopes: b_{3j}		1.182	0.235	5.016**	0.063	111
490.686**						
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.188	0.414	3.506**			
มนุษยสัมพันธ์ slopes: b_{4j}	- 0.299	0.085	-3.521**	0.006	111	
269.849**						
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.156	0.552	2.905*			
รับรู้ความสามารถ slopes: b_{6j}	0.314	0.095	3.277**	0.008	111	
349.399**						
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.005	0.002	1.687			
Intercept-2 : U_0				6.3852	111	2492.743**
Intercept-1 : R				2.8340		

* P < .05

** P < .001

จากตาราง 8 การวิเคราะห์ในโมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 1 ที่มีตัวแปรปัจจัยลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิคือ ขนาดของหน่วยบริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ขนาด ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ และหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก ผลการวิเคราะห์พบว่าความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขภายในหน่วยบริการปฐมภูมิและระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่อธิบายได้ด้วยกลุ่มตัวแปรลักษณะของหน่วยบริการมีค่า 2.834 และ 6.385 ตามลำดับ แสดงว่าเมื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ตัวแปรกลุ่มลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจะอธิบายความแปรปรวนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เท่ากับ 0.896 หรือประมาณร้อยละ 90 $[(27.498 - 2.834) / 27.498 \times 100]$ และสามารถอธิบายความแปรปรวนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เท่ากับ 0.240 หรือประมาณร้อยละ 24 $[(8.399 - 6.385) / 8.399 \times 100]$ มีค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิ เท่ากับ 61.577 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=28.712$ $p < .001$)

เมื่อพิจารณาผลของตัวแปรอิสระในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 61.577 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่า 0.235 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดใหญ่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และผลจากการทดสอบอิทธิพลร่วมพบว่าค่าเฉลี่ยในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีค่าความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ เท่ากับ 6.385 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2_{111} = 2492.743$ $p < .001$)

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการอบรมงานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมาเป็นตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการอบรมงานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่า 0.218 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.260$ $p < .001$) แสดงว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการอบรมงานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมาเป็นตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ 0.188 ซึ่งมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.506$ $p < .001$) แสดงว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของมนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมาเป็นตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของมนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่า 0.156 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.905$ $p < .05$) แสดงว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของมนุษย์สัมพันธ์ต่องานเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมาเป็นตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่า 0.005 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

ผลจากการวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 1 พบว่าตัวแปรลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามการอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข และมีความแปรปรวนระหว่างคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทำให้ต้องมีการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีตัวแปรใดบ้างในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถอธิบายความแปรปรวนส่วนที่เหลือได้อีก

การวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 2 ที่เพิ่มกลุ่มตัวแปรปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มที่ 2 คือการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยบริการ และการนิเทศงานในหน่วยบริการ เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดหลังจากที่ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มปัจจัยลักษณะของหน่วยบริการแล้ว ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงอิทธิพลคงที่ (Fixed effect) และอิทธิพลสุ่ม (Random effect) ของตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ตัวแปรระดับ บุคลากร	อิทธิพลคงที่			อิทธิพลสุ่ม		
	สัมประสิทธิ์	SE	t-ratio	ส่วนประกอบ ความแปรปรวน	df	χ^2
Intercept : b_{0j}	66.102	2.241	29.497**			
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.234	0.035	5.786**			
การตัดสินใจของหัวหน้า	-0.068	0.464	-0.148			
การนิเทศงาน	1.062	0.579	1.834			
ประสบการณ์บริหาร	0.195	0.426	4.589**			
ประสบการณ์บริหาร x มนุษย์สัมพันธ์	0.004	0.020	2.285*			
การอบรม slopes: b_{2j}	-8.146	3.682	-2.212	12.343	108	717.430**
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.197	0.058	3.230*			
การตัดสินใจของหัวหน้า	0.064	0.758	0.085			
การนิเทศงาน	-0.090	0.953	-0.095			
ประสบการณ์บริหาร	0.108	0.070	1.551			
เจตคติ slopes: b_{3j}		1.004	0.272	3.687**	0.063	108
514.481**						
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.098	0.420	2.315*			
การตัดสินใจของหัวหน้า	0.052	0.055	0.945			
การนิเทศงาน	-0.105	0.070	-1.493			
ประสบการณ์บริหาร	-0.005	0.005	-1.105			
มนุษย์สัมพันธ์ slopes: b_{4j}	-0.200	0.095	-2.098*	0.006	108	
217.688**						
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.140	0.052	2.673*			
การตัดสินใจของหัวหน้า	0.001	0.019	-0.058			
การนิเทศงาน	0.026	0.024	1.073			
ประสบการณ์บริหาร	0.004	0.002	2.288*			

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปรระดับ บุคลากร	อิทธิพลคงที่			อิทธิพลสุ่ม		
	สัมประสิทธิ์	SE	t-ratio	ส่วนประกอบ ความแปรปรวน	df	χ^2
การรับรู้ความสามารถ slopes: b_{6j}	0.308	0.106	2.903*	0.008	108	
ลักษณะหน่วยปฐมภูมิ	0.002	0.002	1.512			
การตัดสินใจของหัวหน้า	-0.016	0.023	-0.750			
การนิเทศงาน	0.050	0.028	1.824			
ประสบการณ์บริหาร	-0.001	0.002	-0.529			
Intercept-2 : U_0			5.574	108	167.004**	
Intercept-1 : R			2.824			

* $P < .05$

** $P < .001$

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 2 ที่เพิ่มกลุ่มตัวแปรปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มที่ 2 คือการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยบริการ และการนิเทศงานในหน่วยบริการ พบว่าความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่อธิบายได้ด้วยปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด เท่ากับ 2.824 และ 5.574 ตามลำดับ แสดงว่าเมื่อเพิ่มปัจจัยกลุ่มการบริหารจัดการสามารถอธิบายความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขได้ มีค่า 0.897 หรือประมาณร้อยละ 90 $[(27.498-2.824)/27.498 \times 100]$ สรุปได้ว่าโมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เพิ่มปัจจัยการบริหารจัดการเข้ามาในการวิเคราะห์หลังจากปรับอิทธิพลของปัจจัยลักษณะหน่วยบริการแล้วสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 (มาจาก $(0.336-0.240) \times 100$) โดยที่ปัจจัยการบริหารจัดการตัวแปรประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหาร มีอำนาจการอธิบายความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขหลังจากที่ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับหน่วย

บริการปฐมภูมิกลุ่มปัจจัยลักษณะของหน่วยบริการแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.589$ $p < .001$) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวอธิบายได้ว่า ตัวแปรประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลทางบวกต่อคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน โดยตัวแปรดังกล่าวมีขนาดอิทธิพลในรูปของหน่วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดขึ้นในคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขเท่ากับ $0.68 \tau [(0.198 \times 9.88) / \sqrt{8.399}]$ กล่าวได้ว่าผลของการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เกิดขึ้นในตัวแปรประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหาร มีอิทธิพลทางบวกต่อคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข เท่ากับ 0.68 หน่วยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการวิเคราะห์บ่งชี้ว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารมีอำนาจในการอธิบายปานกลาง

ผลการวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่นำกลุ่มตัวแปรระดับหน่วยบริการเข้าร่วมวิเคราะห์ทั้งหมด พบว่าเมื่อบุคลากรสาธารณสุขมีคุณลักษณะส่วนบุคคลความสามารถและการรับรู้ไม่แตกต่างกันแล้ว การดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิและปัจจัยการจัดการจัดการ สรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกับปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับตามสมมติฐานการวิจัย ไม่พบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน และปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข แต่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่าปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิตัวแปรประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารส่งผลต่อปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขตัวแปรการมีมนุษยสัมพันธ์ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 65-79) ที่ว่า “หัวหน้ารุ่นเก่าๆ เขาแนะนำงานได้ดีกว่าหัวหน้ารุ่นใหม่ ทำงานเป็นแบบอย่างพวกเราได้ดีทั้งงานบนอนามัยและงานในชุมชนโดยเฉพาะวิธีการเข้าหาชาวบ้าน...” และคำกล่าวที่ว่า “...หัวหน้าที่ทำงานมานาน... สอนเราออกเยี่ยมบ้านได้ดี แนะนำการเข้ากับคนในชุมชน เป็นแบบอย่างการสร้างสัมพันธ์ภาพ” สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “...พี่เขาพาเข้าหมู่บ้านด้วยเวลาออกไปเยี่ยมก็ได้เห็นวิธีการทำงาน การพูดคุย การวางตัว การเข้ากับชาวบ้าน ผิดกับที่เก่าหัวน่ายังรักษาการเป็นมาปีกว่า เวลาทำงานต่างคนต่างทำ” จากข้อค้นพบดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานชั่วคราวเพื่อนำไปตรวจสอบทางสถิติคือ ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารกับการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพหลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ แล้ว ผลการวิเคราะห์พบว่ามีปฏิสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรประสพการณ์การปฏิบัติงานบริหารและการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในทุกระดับของการมีมนุษยสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุข โดยที่ประสพการณ์การปฏิบัติงานบริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและการดำเนินงานเยี่ยมบ้านจะมีความสัมพันธ์กันสูงในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีมนุษยสัมพันธ์สูง (ภาพประกอบ 7) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการมีมนุษยสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุขและการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในทุกระดับของประสพการณ์ปฏิบัติงานบริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการมีมนุษยสัมพันธ์และการดำเนินงานเยี่ยมบ้านจะมีความสัมพันธ์กันสูงในกลุ่มที่หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสพการณ์บริหารงานสูง (ภาพประกอบ 8) และพบว่าปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างประสพการณ์การปฏิบัติงานบริหารกับการมีมนุษยสัมพันธ์ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีอำนาจการอธิบายความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขหลังจากที่ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มปัจจัยลักษณะของหน่วยบริการแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.285$ $p < .05$) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวอธิบายได้ว่า เมื่อหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสพการณ์บริหารงานมากจะมีแนวโน้มต่อการที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเชื่อมโยงถึงการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่สูงขึ้น และถ้าหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสพการณ์บริหารงานน้อยจะมีแนวโน้มต่อการทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีที่เชื่อมโยงถึงการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ต่ำลงด้วย ดังนั้นตัวแปรประสพการณ์การปฏิบัติงานบริหารกับมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านจึงมีอิทธิพลร่วมกันที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับมากยิ่งขึ้นจึงได้อธิบายโดยภาพประกอบ 7 และ 8 โดยใช้ค่าของตัวแปรในสมการ 3 ค่า คือค่าเฉลี่ยของตัวแปร ($\text{mean} : y_M$) ค่าบวก 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($1 \text{ sd above} : y_H$) และค่าลบ 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($1 \text{ sd below} : y_L$) มีรายละเอียดของสมการดังนี้

สัมประสิทธิ์ประสพการณ์บริหารงาน เท่ากับ 0.195 และ SD เท่ากับ 9.870

สัมประสิทธิ์การมีมนุษยสัมพันธ์ เท่ากับ 0.066 และ SD เท่ากับ 9.370

สัมประสิทธิ์ประสพการณ์บริหารงาน $\times$ การมีมนุษยสัมพันธ์ เท่ากับ 0.004

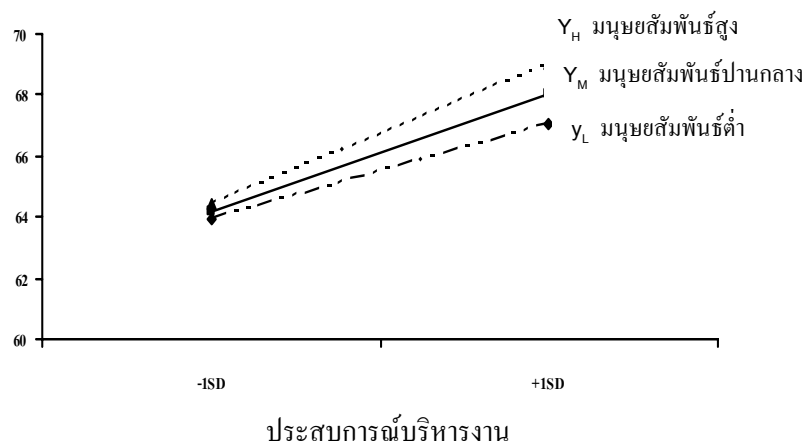
สัมประสิทธิ์ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เท่ากับ 66.100

$$\begin{aligned} y_H &= (0.195 + 0.004(\text{มนุษยสัมพันธ์})(\text{ประสพการณ์บริหาร}) + 0.066(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 66.100 \\ &= 0.232 (\text{ประสพการณ์บริหาร}) + 66.718 \\ &= 0.232 (\pm 9.870) + 66.718 \\ &= 64.429, 69.007 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 y_M &= 0.195 (\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 66.100 \\
 &= 0.195 (\pm 9.870) + 66.100 \\
 &= 64.176, 68.024
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 y_L &= (0.195 + 0.004(\text{มนุษย์สัมพันธ์})(\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 0.066(\text{มนุษย์สัมพันธ์}) + 66.100 \\
 &= 0.158 (\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 65.428 \\
 &= 0.158 (\pm 9.870) + 65.428 \\
 &= 63.923, 67.014
 \end{aligned}$$

โดยที่ 1 sd below : $y_L = 0.158(\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 65.428$
 mean : $y_M = 0.195(\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 66.100$
 1 sd above : $y_H = 0.232(\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 66.718$



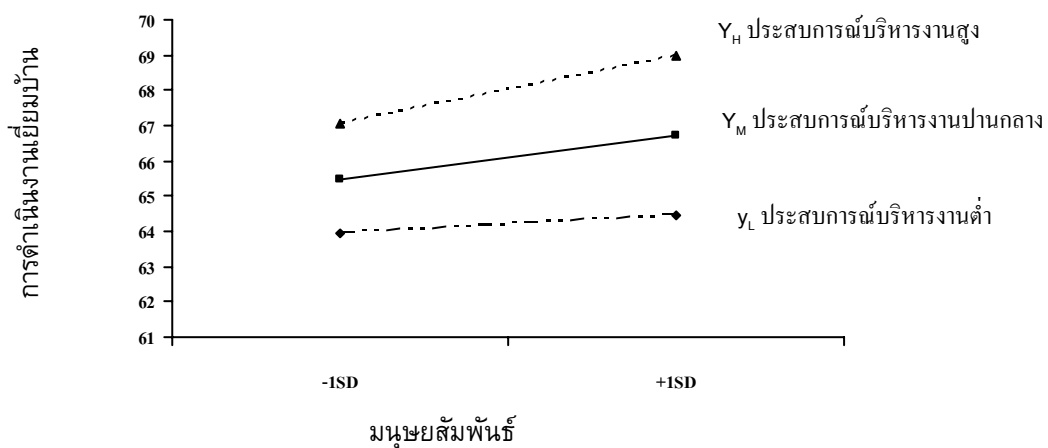
ภาพ 7 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์บริหารงานกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละระดับของมนุษย์สัมพันธ์

$$\begin{aligned}
 y_H &= (0.066+0.004(\text{ประสบการณ์บริหาร})(\text{มนุษย์สัมพันธ์}) + 0.195(\text{ประสบการณ์บริหาร}) + 66.100 \\
 &= 0.105 (\text{มนุษย์สัมพันธ์}) + 68.024 \\
 &= 0.105 (\pm 9.370) + 68.024 \\
 &= 67.041, 69.007
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 y_M &= 0.066 (\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 66.100 \\
 &= 0.066 (\pm 9.370) + 66.100 \\
 &= 65.482, 66.718
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 y_L &= (0.066+0.004(\text{ประสบการณ์บริหาร})(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 0.195(\text{ประสบการณ์บริหาร}) + \\
 &66.100 \\
 &= 0.027 (\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 64.176 \\
 &= 0.027 (\pm 9.370) + 64.176 \\
 &= 63.924, 64.428
 \end{aligned}$$

โดยที่ 1 sd below : $y_L = 0.027(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 64.176$
mean : $y_M = 0.066(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 66.100$
1 sd above : $y_H = 0.105(\text{มนุษยสัมพันธ์}) + 68.024$



ภาพ 8 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษยสัมพันธ์กับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละระดับของประสบการณ์บริหารงาน

2.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 10 คน และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อทำการสนทนากลุ่มในประเด็น “ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านประสบผลสำเร็จ” ทั้งในส่วนของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุข ใช้เวลาในการ

สนทนาคั้งละ 2 ชั่วโมง รวมจำนวน 6 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ดังนี้

ขนาดและจำนวนบุคลากร

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า ขนาดและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิหลักตามกรอบอัตรากำลังจะมีบุคลากรสาธารณสุข มีการจัดสรรงบประมาณมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย อีกทั้งยังมีแพทย์และทีมสุขภาพเข้ามาช่วยในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ทำให้ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิหลักน้อยกว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของนางสาวนิต (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 15) และนายมานพ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลตลาดขวัญ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 12-14) ว่า “ สถานื่อนามัยของเรามีความเจริญต่างกันทำให้ในเขตชนบทมีเจ้าหน้าที่อยู่น้อยทำงานลำบาก ” สอดคล้องกับคำกล่าวของนายสม (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางรักพัฒนา (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 16-22) และนายจำลอง (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางรักน้อย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 20-23) ว่า “ ในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่มีทั้งหมด พยาบาล เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพออกมาช่วยทำงานเยี่ยมบ้าน...ผลงานจึงออกมาดี ” เช่นเดียวกับคำกล่าวของ นางสาวศรี (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางเขนและนางสาวสมใจ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลไทรม้ว (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 25-29) “ ในที่ใหญ่ตามกรอบมีคนมาก... ยังมีคนจากโรงพยาบาลมาช่วยงานมันก็ต้องดีกว่าอยู่แล้ว เวลาทำเป็นทีมก็สนุก ได้ความรู้ ชาวบ้านเขาก็เชื่อหมอมากกว่า ”

การนิเทศงาน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า การนิเทศติดตามงานเยี่ยมบ้านของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะการนิเทศงานเป็นวิธีการสำคัญที่ใช้เพื่อการติดตามผลการดำเนินงาน ทำให้เข้าใจในปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความตื่นตัวในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย จึงทำให้หน่วยงานที่หัวหน้ามีการนิเทศเป็นประจำจะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าหน่วยงานที่ขาดการนิเทศงาน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นายมานพ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลตลาดขวัญ และนายสมชาย (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 38-42) ว่า “ เห็นด้วยนะกับการติดตามผลงานทำให้เขาทำงานตามแผน

กัน ” สอดคล้องกับคำกล่าวของ นางนิตยา (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลไทรมา (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 44-45) “ ถ้าหัวหน้าคอยถามจะช่วยกระตุ้นให้ทำงานตามแผน ” เช่นเดียวกับคำกล่าวของ นางรุจา (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลสวนใหญ่ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 34) “ ถ้าตามงานบ่อยๆ ก็ช่วยให้คำแนะนำแก้ปัญหาได้ ผลงานก็จะดี ” และคำกล่าวของนางสมศรี (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางเขน (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 45-46) “ ถ้าหัวหน้าสนใจคอยตรวจสอบแผนการทำงานผลงานก็จะได้ตามที่กำหนดไว้ ”

ประสบการณ์การบริหารงาน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สอดคล้องกัน โดยหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความคิดเห็นว่าการประสบการณ์การบริหารงานไม่มีผลต่อผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะแผนงานโครงการส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานจากส่วนกลาง มีการกำหนดกลวิธีดำเนินงาน และเกณฑ์การประเมินผลไว้แล้วจึงทำให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิไม่จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์การบริหารงานมากนัก การผ่านหลักสูตรนักบริหารระดับต้นตามคุณสมบัติการแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิก็น่าจะเพียงพอแล้ว ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นายสมควร (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 70-71) และนายสมศักดิ์ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางรักพัฒนา (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 72-73) “ ประสบการณ์มันก็จำเป็นแต่ไม่ได้จะใช้ได้ผลกับทุกเรื่องนะ อย่างเรื่องเยี่ยมบ้านที่สำคัญมันอยู่ที่ตัวเจ้าหน้าที่เองว่าอยากออกไปหรือไม่ ” สอดคล้องกับคำกล่าวของนางฤทัย (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางเขน (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 75-76) ที่ว่า “ ...ต้องทำตามที่เรามีแผนกำหนดให้เสร็จไม่ต้องมีประสบการณ์มากก็ทำได้... ”

ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่าการประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลต่อการสร้างมนุษยสัมพันธ์และการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ในงานบริหารมากจะให้ความสำคัญในเรื่องของการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับบุคคลตามความสามารถ อีกทั้งยังเป็นตัวแบบที่ดีในการถ่ายทอดวิธีการดำเนินงานในชุมชน จึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่หัวหน้ามีประสบการณ์บริหารงานมากกว่ามีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน และมีการสร้างมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่หัวหน้ามีประสบการณ์บริหารงานน้อย ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นางสุนีย์ (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลท่าอิฐ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 70-71) ที่ว่า “ หัวหน้าที่ทำงานมานานรู้จักบริหารคน บริหารงาน บริหารเวลา คอยให้กำลังใจจะช่วยลูกน้องมีแรงทำงาน อีกทั้งยังเป็นตัวอย่างให้รุ่นน้องเวลาทำงานอีกด้วย โดยเฉพาะเรื่องการทำงานในชุมชนต้องรู้จักวางตัวให้ดี ” และคำกล่าวจากการสนทนาของ นางสาวสมใจ (นามสมมุติ) ที่

ปฏิบัติงานในตำบลไทรมา(ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 72-75) สอดคล้องกับคำกล่าวของ นายสม (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางรักพัฒนา (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 76-79) “ อยู่กับหัวหน้าใหม่เวลาทำงานก็ต้องคิดแก้ไขปัญหาเอง ... แต่มาอยู่ที่นี้พี่เขาเป็นหัวหน้ามานาน ... พาออกไปตามบ้านแนะนำกับคนในชุมชน สอนวิธีการทำงาน การพูดคุย การวางตัว การเข้ากับชาวบ้าน...”

พฤติกรรมการตัดสินใจ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะการที่หัวหน้าหน่วยงานใช้วิธีการแบบประชาธิปไตย คือให้ผู้ร่วมงานทุกคนมีส่วนร่วมตั้งแต่การจัดทำโครงการ การวางแผนดำเนินงาน รวมถึงการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมดำเนินงาน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ยอมรับในวิธีการที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้หน่วยงานที่หัวหน้ามีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมจะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าหน่วยงานที่หัวหน้ามีพฤติกรรมการตัดสินใจแบบไม่มีส่วนร่วม ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นายมานพ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลตลาดขวัญ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 94-97) และนายสมชาย (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานตำบลท่าทรายว่า (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 105-108) ที่ว่า “ ...การที่ทุกคนได้มีส่วนร่วมทางความคิด ตั้งแต่การวางแผน การแก้ปัญหาต่างๆ ทำให้เรารู้สึกภูมิใจ รู้สึกว่าความคิดเราเป็นส่วนหนึ่งของงานที่เราต้องทำให้ดีที่สุด ” สอดคล้องกับคำกล่าว ของนางวาณี (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลสวนใหญ่ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 105-108) ที่ว่า “ ...เรื่องการมีส่วนร่วมนี้เห็นได้ชัดเจนมากเลย ก็ตอนก่อนพี่คิดเองคนเดียวทั้งหมดเวลาทำแผน เสร็จแล้วก็เอามาให้น้องๆ เขาก่อน ในกิจกรรมบางข้อน้องเขาก็แย้งว่าไม่น่าทำแบบนี้ ผลที่ตามมาก็คือกิจกรรมข้อนั้นไม่บรรลุเกณฑ์ ”

การฝึกอบรมงานเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า การได้รับการอบรมงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะการเข้ารับการอบรมทำให้ทราบนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงาน ได้รับความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งการฟื้นฟูความรู้ในการดำเนินงาน มีเจตคติที่ดีต่องาน รับผิดชอบต่อเทคนิควิธีการใหม่ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้หน่วยงานปฐมภูมิที่บุคลากรสาธารณสุขได้

เข้ารับการอบรมงานเยี่ยมบ้านจะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าหน่วยงานที่บุคลากรไม่ได้
รับการอบรม ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นายมานะ (นามสมมุติ) (ภาคผนวก ค
บรรทัดที่ 115-117) และนายจำลอง(นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางรักน้อย (ภาคผนวก ง
บรรทัดที่ 124-127) ที่ว่า “ การไปอบรมทำให้ได้รู้อะไรใหม่ๆ สามารถเอามาเป็นตัวอย่างเวลา
เราลับมาทำงานของเราเองได้นะ ” สอดคล้องกับคำกล่าวของ นางดวงตา (นามสมมุติ) ที่
ปฏิบัติงานในตำบลบางประดู่ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 127-128) นางสมศรี (นามสมมุติ) ที่
ปฏิบัติงานในตำบลบางเขน (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 118-119) ที่ว่า “ การไปอบรมก็เหมือนกับ
การเปิดหูความรู้ เราจะได้รู้นโยบายใหม่ๆ อบรมทุกคนก็จะดีมาก ๆ ควรทำทุกปี...”

การรับรู้บทบาทในงานเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการ
ปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้านของบุคลากร
สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะ
การรับรู้บทบาทที่ถูกต้องจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
รู้ถึงขอบเขตความรับผิดชอบ ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น จึงทำให้บุคลากร
สาธารณสุขที่มีการรับรู้บทบาทงานเยี่ยมบ้านดีจะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าบุคลากร
สาธารณสุขที่มีการรับรู้บทบาทงานเยี่ยมบ้านต่ำกว่า ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของนาย
สมชาย (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 156-157) และนาย
สุทัศน์ (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางศรีเมือง(ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 158-160) ที่ว่า
“ งานเยี่ยมบ้านของเรามีหลายกิจกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม คนที่รู้ว่ามีอะไรที่เปลี่ยนไปก็จะ
ทำได้ถูกต้องมากกว่า ” สอดคล้องกับ นายสุธี (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลท่าอิฐ
(ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 165-170) ที่กล่าวว่า “ การทำคู่มือชี้แจงในบทบาทหน้าที่ รู้ว่าอะไรทำ
ได้ทำไม่ได้ คนเราก็จะทำงานได้ด้วยความสะดวกสบายใจ ” สอดคล้องกับคำกล่าวของ
นางสาวมะลิ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลตลาดขวัญ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 157-160)
ที่ว่า “ บทบาทเป็นเรื่องสำคัญมาก ... การที่รู้ว่าจะรับผิดชอบอะไรบ้าง เหมือนกับแผนที่คอย
กำกับทางเดินให้การทำงานมันง่ายขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วย
บริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน โดยบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลเห็นว่าการรับรู้
ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่
แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผล
ให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เมื่อปฏิบัติงานแล้วประสบผลสำเร็จก็จะยิ่งทำให้เกิดความ

มันใจมากขึ้นสามารถ ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานและทำงานที่มีระดับความยากสูงขึ้นได้ จึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่รับรู้ความสามารถของตนในการเยี่ยมบ้านสูง จะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของนางสาวนิต (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 175-180) ที่ว่า “...เรารู้ว่าตัวเราเองสามารถใส่สายยางให้อาหารได้ เมื่อออกไปเยี่ยมบ้าน เราก็จะสามารถเปลี่ยนสายให้ได้ สิ่งเหล่านี้คิดว่าน่าจะช่วยส่งเสริมให้ผลการทำงานดีไปด้วยนะ ” สอดคล้องกับนายสม (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางรักพัฒนา (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 199-201) และนายวีระ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางประดู่ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 185-187) ที่กล่าวว่า “ ถ้าเรารู้ว่าเราทำได้สิ่งนั้นก็ไม่ใช่เรื่องยากสำหรับเรา ... แถมยังอยากทำงานที่ท้าทายมากขึ้น ”

ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความคิดเห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นายจำลอง (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางรักน้อย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 181) และนางนิตยา (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลไทรมา (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 176-180) ที่ว่า “...บางคนก็รับรู้ว่าจะตนเองทำสิ่งนั้นได้ ทำได้ดีด้วยนะแต่ก็ไม่ทำ ไม่ออกไปเยี่ยมบ้านเพราะว่ามันเหนื่อยที่ต้องออกไปทำงานข้างนอก...” สอดคล้องกับคำกล่าวของ นางดวงตา (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางประดู่ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 182-185) ที่ว่า “ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เคยเจอว่าบางทีเขาก็มีความสามารถทำได้แต่ไม่ทำ...พี่ก็เลยรู้สึกว่าการรับรู้ว่ามีความสามารถที่ทำได้มันก็ไม่ได้บอกว่าเขาต้องทำ ผลงานเขาต้องออกมาดีเสมอไป ”

เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านแตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะเจตคติเป็นความรู้สึกที่อยู่ภายใน ถ้ามีเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้เกิดความทุ่มเทและกระตือรือร้น กำลังความสามารถ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย เจตคติยังเป็นคุณลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำของบุคคลอีกด้วย จึงทำให้หน่วยงานปฐมภูมิที่บุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติที่ดีต่องานเยี่ยมบ้านจะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าหน่วยงานที่บุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติไม่ดีต่องานเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่ม ของนางรุจา (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลสวนใหญ่ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 213-216) ที่ว่า “ ...ถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อกิจกรรมที่ต้องทำมันก็ทำให้เราอยากทำ ไม่ขัดความความรู้สึก เป็นความอยากความชอบที่จะทำ เลยคิดว่าถ้ามีทัศนคติที่ดีไม่ว่ากับเรื่องใดงานมันดีตามมาแน่นอน ” สอดคล้องกับคำกล่าวจากการ

สนทนากลุ่มของ นางสาวนิต (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 219-222) ที่ว่า “...อย่างตัวหนูเองมีความรู้สึกว่างานเยี่ยมบ้านไม่ได้สร้างความลำบากอะไร กลับช่วยให้เราสามารถช่วยชาวบ้านได้ในหลายๆ เรื่องในคราวเดียวกัน มันก็เลยอยากทำ อยากออกไปเยี่ยม ทำแล้วสนุกดีเสียอีก ” และจากคำกล่าวของ นายสุทัศน์ (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางศรีเมือง (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 210-214) “ มันได้กับตัวเองเลยในสมัยก่อนไม่เยี่ยมเด็กที่บ้านเพราะมันยุ่งยาก เวลาทำก็ไม่ค่อยตั้งใจ เมื่อได้ไปอบรมทำให้รู้ว่ามันมีประโยชน์ ก็เลยเกิดความรู้สึกที่ดีกับการออกไปเยี่ยมเด็กที่บ้าน ไม่คิดว่าเป็นเรื่องน่าเบื่ออีกงานมันก็ทำได้ขึ้น ”

มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีมนุษยสัมพันธ์แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะการที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีจะสามารถสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ มีความเต็มใจในการปฏิบัติงาน มีความเป็นกันเองพร้อมให้ความช่วยเหลือ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีส่งผลให้เป็นที่ไว้วางใจของประชาชนในชุมชน เกิดความศรัทธา มีความเชื่อถือ สิ่งเหล่านี้ทำให้ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากการออกเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งของตนเองและบุคคลในครอบครัว ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นายสม (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางรักพัฒนา (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 244-247) ที่ว่า “ ผู้ป่วยบางคนก็ไม่อยากให้เราไปหาที่บ้าน เพราะเขาอายุสภาพบ้านช่อง แต่ถ้าเรารู้จักสร้างความสัมพันธ์เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคย เป็นพวกเดียวกัน มันช่วยแก้ปัญหาได้มากเลยเขาก็จะไม่อายเรา...” และสอดคล้องกับคำกล่าวของ นายวีระ (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางประดู่ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 256) นายสุธี (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลท่าอิฐ (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 251-252) ที่ว่า “ เมื่อเราทำงานในชุมชนอย่างแรกที่ต้องทำเลยก็คือต้องเข้ากับคนในชุมชนให้ได้ เราเป็นคนมาจากที่อื่นมาบอกให้เขาทำโน่นทำนี่เขาไม่เชื่อหรือต้องทำให้เขาไว้วางใจก่อน...” และคำกล่าวของ นางสุนีย์ (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางเขน (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 257-260) ที่ว่า “...มีอยู่ครั้งหนึ่งเข้าไปหมู่บ้านก็บอกให้เขาทำนู่นทำนี่ ห้ามไม่ให้ใช้น้ำมันรดคนที่เป้นไข้ ก็เลยโดนชาวบ้านต่อว่าเขาทำมานานไม่เห็นไปไร ไอ้เราก็ลืมไปว่าเพิ่งมาอยู่ใหม่ไม่ใช่คนมาเดิม เลยต้องเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพกันใหม่ก็แก้ปัญหาได้...” เช่นเดียวกับคำกล่าวของ นายสมชาย (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 225-228) ที่ว่า “ เรื่องนี้สำคัญมาก...เราต้องรู้จักวางตัว เข้ากับคนให้เป็น ถ้าทำดีแล้วการทำงานก็สบาย ” สอดคล้องกับคำกล่าวของ นายสุธี (นามสมมุติ) ที่

ปฏิบัติงานในตำบลท่าอิฐ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 234-237) ที่ว่า “...เมื่อเราทำงานในชุมชนอย่างแรกที่ต้องทำก็คือต้องเข้ากับชุมชนให้ได้ เราเป็นคนมาจากที่อื่นมาบอกให้เขาทำโน่นทำนี่ เขาไม่เชื่อหรอก...”

ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกันแสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านแตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะประสบการณ์ทำให้เกิดความคุ้นเคย และเมื่อมีประสบการณ์มากย่อมต้องมีระยะเวลาการทำงานมากด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ในปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขโดยสามารถนำเอาเทคนิคต่างๆ มาประยุกต์ใช้ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ หรือมีประสบการณ์น้อยกว่า ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มของ นางสาวนิต (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลท่าทราย (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 275-277) ที่ว่า “...จบมาแรกๆ ทำงานไม่เป็นเลยโดยเฉพาะงานในชุมชน มันยากไม่เหมือนในตำรา แต่พอทำไปนานเข้าก็รู้สึกดีขึ้น รู้ว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหาได้ยังไง ” สอดคล้องกับคำกล่าวของนายวีระ (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางประตู (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 280-282) ที่ว่า “ ตอนแรกออกไปเยี่ยมบ้านผมทำไม่เป็นเลยนะแต่พอทำนานๆ เข้าก็เริ่มเรียนรู้ เข้าใจวิธีการทำงานมากขึ้น...ผมเชื่อเรื่องประสบการณ์ช่วยได้มากเลย ” เช่นเดียวกับคำกล่าวของ นายจำลอง (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานในตำบลบางรักน้อย (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 246-247) ที่ว่า “เรื่องของประสบการณ์การทำงานเยี่ยมบ้าน ถ้าเขามีมาก่อนมันก็ช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น...” สอดคล้องกับคำกล่าวของ นางดวงตา (นามสมมุติ) ที่ปฏิบัติงานในตำบลบางประตู (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 250-251) ที่ว่า “...ยังมีประสบการณ์ตรงมากเท่าไร ก็เป็นประโยชน์ต่อคนปฏิบัติงานมากเท่านั้น...”

ผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ขนาดและจำนวนบุคลากรการนิเทศงาน การได้รับการอบรมการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนประสบการณ์การบริหาร และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน บุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าประสบการณ์การบริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อมนุษยสัมพันธ์ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน และศึกษาปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยแบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็น 2 ระดับ คือปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประยุกต์จากแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) และ สเตียร์ (Steers. 1977 : 8) ทำการศึกษาโดยใช้ระเบียบการวิจัยแบบการผสมวิธี (Mixed Methods Approaches) ด้วยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามแล้วตามด้วยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Sequential Explanatory Strategy) ในกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมาช่วยในการอธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการตรวจสอบผลที่ไม่คาดคิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำให้การสรุปผลการศึกษามีความครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาให้มากที่สุด (Creswell. 2003 : 208-215 ; Morse. 1994. 120-123)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในประชากรทั้งหมดโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย (1) แบบวัดปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ตอบแบบสอบถามคือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในสาธารณสุขเขต 4 ในปีงบประมาณ 2547 จำนวน 142 คน (2) แบบวัดปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ตอบแบบสอบถามคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิสาธารณสุขเขต 4 ในปีงบประมาณ 2547 จำนวน 1,964 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุข จำนวนกลุ่มละ 10 คน ทำการสนทนากลุ่มจำนวนกลุ่มละ 3 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเพิ่มเติมและประกอบการอภิปรายผล

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 2 ระดับ ในระดับที่ 1 คือตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข แบ่งออกเป็น (1) ตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน และการได้รับการอบรมงานเยี่ยมบ้าน (2) ตัวแปรความสามารถและการรับรู้ ประกอบด้วยการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มนุษย

สัมพันธในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน ระดับที่ 2 คือตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น (1) ตัวแปรลักษณะองค์การ ประกอบด้วย ขนาดของหน่วยบริการ (2) ตัวแปรการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพบริหารงาน พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และการนิเทศงาน และตัวแปรตาม ได้แก่ การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง (2) การเยี่ยมเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง และ (3) การเยี่ยมประเมินสภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพแบบองค์รวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ (1) แบบวัดปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการตัดสินใจ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .894 การนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .877 เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (2) แบบวัดปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แบบวัดเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .809 ข้อคำถามวัดความสามารถและการรับรู้ในตัวแปรมนุษย์สัมพันธในการเยี่ยมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .796 การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .770 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .802 ข้อคำถามวัดการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .883 เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ (4) ข้อคำถามแนวทางการสนทนากลุ่ม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ในกลุ่มของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 142 คน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1,964 คน ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อหาค่าสถิติพื้นฐาน ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC for Windows Version 9.0 และทำการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปร 2 ระดับ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์พหุระดับชั้นลดหลั่นเชิงเส้น (Hierarchical Linear Model, HLM/2L) รวมจำนวน 2,055 ฉบับ จำแนกเป็นหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 135 ฉบับ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1,920 ฉบับ โดยพบว่าหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายหรือหน่วยบริการขนาดเล็ก มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สถานภาพการสมรสคู่ มีประสบการณ์การบริหารงานเฉลี่ย 11 ปี 10 เดือน มีพฤติกรรมการตัดสินใจ และการนิเทศงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและเทียบเท่า สถานภาพการสมรสคู่ มีประสบการณ์การเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7 ปี 3 เดือน ได้รับการอบรมงานเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7

ครั้ง มีการรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน และผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูง ส่วนการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์โมเดลพหุระดับชั้นลดหลั่นเชิงเส้น (Hierarchical linear model, HLM/2L) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ผลสรุปดังนี้

1. การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มีคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 79 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) มีความแตกต่างในระดับบุคลากรสาธารณสุข และระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 77 มาจากความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ และประมาณร้อยละ 23 เป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ แสดงว่าบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขเขต 4 มีคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านแตกต่างกันไม่ว่าจะอยู่ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกันหรืออยู่ต่างหน่วยบริการปฐมภูมิ

2 ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน และการได้รับอบรมงานเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข (สมมติฐานข้อ 1) สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ประมาณร้อยละ 82 และเมื่อเพิ่มปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้ พบว่าการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านและการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข (สมมติฐานข้อ 2) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ประมาณร้อยละ 90 แสดงว่าอำนาจในการอธิบาย (Explanatory power) ของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้คือ การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน

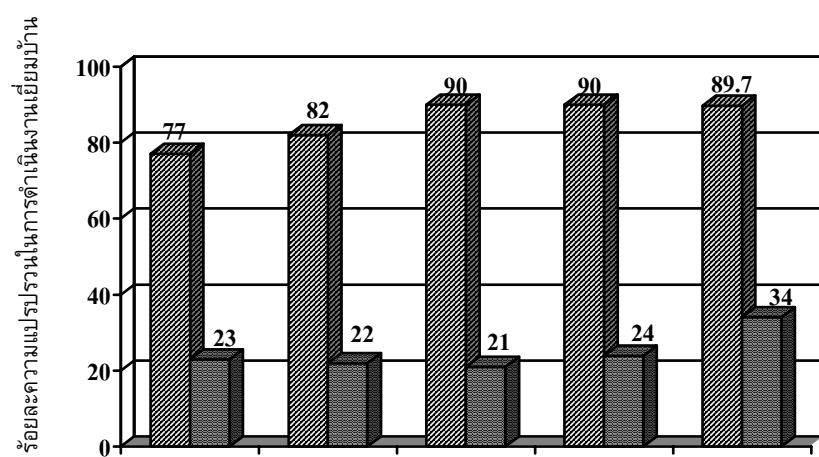
สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นจากที่ปัจจัยกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคลได้อธิบายไว้แล้วประมาณร้อยละ 82 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 90 และยังพบว่าตัวแปรเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การได้รับอบรมงานเยี่ยมบ้าน การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในการอธิบายความแปรปรวน หรือความเปลี่ยนแปลงในคะแนนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการคือขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิ มีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข (สมมติฐานข้อ 3) และหลังจากเพิ่มปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มการบริหารจัดการพบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน (สมมติฐานข้อ 4) คือประสบการณ์การบริหารสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ปัจจัยขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิอธิบายไว้ประมาณร้อยละ 24 เป็นประมาณร้อยละ 34 หลังจากที่ได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เมื่อพิจารณาผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ (Cross-level interaction effects) ไม่ปรากฏผลของปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างงานนิเทศงานกับการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน และการนิเทศงานกับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน (สมมติฐานข้อ 5 และ 6)

สรุปได้ว่า ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน โดยปัจจัยระดับบุคลากรสาขาสหกรณสุขกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล คือเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และในกลุ่มความสามารถและการรับรู้ คือมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิ คือขนาดหน่วยบริการ และกลุ่มการบริหารจัดการ คือ ประสบการณ์การบริหาร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับในชุดของตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มการบริหารจัดการ คือ ประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหาร ส่งผลต่อชุดของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้ คือมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน ที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉพาะตัวแปรการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน (Null Modell) พบว่ามี

ความแปรปรวนมาจากภายในหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณร้อยละ 77 เมื่อเพิ่มตัวแปรเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน และการอบรมงานเยี่ยมบ้านในกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล (Simple1 Model) พบว่ามีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 และเมื่อเพิ่มตัวแปรมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถตนเองในการเยี่ยมบ้านในกลุ่มความสามารถและรับรู้ (Simple2 Model) พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 90 เมื่อพิจารณาความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเฉพาะตัวแปรการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน พบว่ามีความแปรปรวนมาจากระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณร้อยละ 23 เมื่อเพิ่มตัวแปรในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการ (Between 1-Primary Care Unit Model) พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 24 และเมื่อเพิ่มตัวแปรการนิเทศงานในกลุ่มการบริหารจัดการ (Between2-Primary Care Unit Model) พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 10 รายละเอียดดังภาพประกอบ 9



ภาพ 9 ความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการ
สุขภาพจากปัจจัยต่างๆ ที่มาจากแหล่งภายในและระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยที่ Null หมายถึง ความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน
Simple1 หมายถึง ความแปรปรวนที่เกิดจากตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล
บุคคล Simple2 หมายถึง ความแปรปรวนที่เกิดจากตัวแปรกลุ่ม
คุณลักษณะส่วนบุคคล
ร่วมกับกลุ่มความสามารถและการรับรู้
Between 1 หมายถึง ความแปรปรวนที่เกิดจากตัวแปรคุณลักษณะหน่วยบริการ
Between 2 หมายถึง ความแปรปรวนที่เกิดจากตัวแปรคุณลักษณะหน่วยบริการ
ร่วมกับกลุ่มการบริหารจัดการ

อภิปรายผล

1. การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขเขต 4 มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน 79 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยความแปรปรวนส่วนใหญ่ของคะแนนมาจากความแปรปรวนภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจาก ใน

แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบวงจรอย่างต่อเนื่อง เน้นหนักในบทบาทของการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก นำยุทธศาสตร์การรื้อสร้างนำซ่อมมาใช้ดำเนินงานโครงการใกล้บ้านใกล้ใจที่ใช้กลวิธีการเยี่ยมบ้านเป็นตัวขับเคลื่อน (สำลี เปลี่ยนบางช้าง. 2546 : 3 ; วชิระ บลพิบูลย์. 2546 : 58 ; เกษม วัณชัย. 2545 : 8-10 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544ข : 42 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543 : 185) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นไปตามขอบเขตที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545ค : 30 ; ทศนา บุญทอง. 2543 : 28-29 ; ประเวศ วะสี. 2541 : 13) จึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับบทบาท ภาระหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ที่จัดขึ้นทั้งในระดับกระทรวงและระดับจังหวัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น (สุรศักดิ์ นานานุกูล. 2530 : 344) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 56.30 โดยมีประสบการณ์การเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7 ปี ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านจะทำให้มีความสามารถนำความรู้และเทคนิคใหม่ๆ มาใช้มากขึ้น มีความชำนาญในงานเพิ่มสูงขึ้น ย่อมเป็นผลให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง (นิลรัตนหา ชาญไววิทย์. 2542 : 78)

ผลการศึกษาการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละคนที่อยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกันพบว่ามีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านของระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาโดยตรงอย่างต่อเนื่องในงานเยี่ยมบ้าน จะได้รับประสบการณ์ตรงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่เข้ารับการอบรมอีกทอดหนึ่ง จะส่งผลให้มีเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทงานเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน และการใช้เทคนิคการสร้างมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านแตกต่างกัน โดยปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มความสามารถและการรับรู้ รวม 6 ปัจจัย พบว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ รวม 4 ปัจจัย คือการอบรมงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุขและหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิคือ ขนาดของหน่วยบริการ และประสบการณ์การบริหารงาน สามารถอธิบายความแตกต่างในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละสถานบริการได้ ดังนั้นขนาดของหน่วยบริการ และประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกัน สามารถอธิบาย

ความแปรปรวนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการได้ การที่ตัวแปรดังกล่าวมีความแปรปรวนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในสภาพแวดล้อมของการทำงานที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของศักยภาพในการบริหารจัดการของผู้บริหาร สมรรถภาพด้านการเยี่ยมบ้านของบุคลากรบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประชาชนในชุมชน ความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของอัลบาเนียส (Albanese. 1981 : 204) ที่ว่าพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรในองค์การขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers. 1977 : 6-8) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์การคือ ลักษณะองค์การ สภาพแวดล้อม ลักษณะของบุคลากร นโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชราพร แสนบล (2536 : 64) อภิญา โพธิ์ศรีทอง (2536 : 78) ที่พบว่าเจตคติต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข และผลการศึกษาของ นิลรัตน์ ชาญไวยุทธ์ (2542 : 95-102) ภาติษญา อ่อนดี (2539 : 82) เบญจวรรณ นันทชัย (2534 : 77-78) เจียมจิต จุฑาบุตร (2539 : 89) จินดารัตน์ ทองประไพ (2539 : 99-100) ภคินี ศรีสารคาม (2538 : 88) พบว่าการได้รับการอบรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการมีมนุษยสัมพันธ์มีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรติลลันท์ (2534 : 85) จิตรกร วิเศษ (2542 : 33) หาญพล ศิริชัยประภา (2543 : 88) ที่ทำการศึกษพบว่าที่ตั้งและขนาดของหน่วยบริการสาธารณสุขมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล

จากผลการศึกษาอำนาจในการอธิบายของตัวแปรแต่ละกลุ่มที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุระดับ ได้ข้อค้นพบที่มีความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแปรแต่ละกลุ่มที่เพิ่มความสามารถในการอธิบายถึงความแปรปรวนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน คือเมื่อพิจารณาตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข 2 กลุ่ม คือกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล และกลุ่มความสามารถและการรับรู้ ผลการวิเคราะห์พบว่าการเพิ่มตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้ สามารถอธิบายความแปรปรวนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 8 จากที่อธิบายไว้แล้วด้วยกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 กลุ่ม คือกลุ่มลักษณะของหน่วยบริการ และกลุ่มการบริหารจัดการของหน่วยบริการ พบว่าหลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวแปรการบริหารจัดการของหน่วยบริการ สามารถอธิบายความแปรปรวนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 10 จากเดิมที่กลุ่มลักษณะของหน่วยบริการได้อธิบายไว้แล้ว

ขนาดอิทธิพล (Effect size) ของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข และตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข คือการอบรมงานเยี่ยมบ้าน และตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ คือประสิทธิภาพงานบริหารมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถ้านำตัวแปรดังกล่าวไปดำเนินการพัฒนาจะมีผลมากพอที่จะทำให้มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีขนาดอิทธิพลค่อนข้างเล็กซึ่งถ้ามีการนำตัวแปรดังกล่าวไปพัฒนาอาจยังมีผลไม่มากพอที่จะทำให้มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 135 คน ซึ่งมากพอที่จะทำให้ปรากฏผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ เพราะอำนาจในการทดสอบ (Power) ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ตามที่โคเฮน (Stevens. 1996 : 5-6 ; citing Cohen. 1977) เสนอไว้ว่าที่ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดของตัวอย่างจำนวน 100 หน่วยสามารถเพิ่มอำนาจในการทดสอบได้มากถึง .94 สอดคล้องกับ ปีเตอร์สันและโกลด์สไตน์ (องอาจ นัยพัฒน. 2544 : 32 ; อ้างอิงจาก Goldstein; & Peterson. 1991) ที่เสนอว่าขนาดตัวอย่างในระดับที่ 2 ควรจะมีมากกว่า 100 หน่วย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความแม่นยำและชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้การศึกษาในครั้งนี้พบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ คือ ตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิประสิทธิภาพปฏิบัติงานบริหาร ส่งผลต่อตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุข คือมนุษย์สัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน ที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

2. ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การอภิปรายผลของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้เสนอตามลำดับของกลุ่มตัวแปร และตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

2.1 ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคลคือ เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน และการได้รับอบรมงานเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กล่าวคือบุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดี และบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมในงานเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดี ส่วนประสบการณ์การเยี่ยมบ้านไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

เจตคติต่อการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะเจตคติเป็นคุณลักษณะสภาพจิตใจของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม สามารถคาดการณ์ถึงประโยชน์หรือโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำ ดังนั้นถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีจะมีความพอใจและเห็นความสำคัญต่อพฤติกรรม มีความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม จึงก่อให้เกิดความรู้สึกอยากจะทำงาน หรือมีความชอบในงานที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ เจตคติจึงเป็นปัจจัยคุณลักษณะของบุคลากรที่มีผลโดยตรงต่อความสามารถและความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายขององค์การ (Steers. 1977 : 6-8 ; Albanese. 1981 : 204) ดังนั้นการที่บุคลากรสาธารณสุขมีเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดี และการศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในบุคลากรสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะท้อนให้เห็นว่าเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านส่งผลต่อผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดังคำสนทนาของบุคลากรสาธารณสุข (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 213-216) ที่ว่า “ ...ถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อกิจกรรมที่ต้องทำมันก็ทำให้เราอยากทำ ไม่ขัดความความรู้สึก เป็นความอยากความชอบที่จะทำ เลยเชื่อว่าถ้ามีทัศนคติที่ดีไม่ว่ากับเรื่องใดงานมันดีตามมาแน่นอน ” และกล่าวจากการสนทนา (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 219-22) ที่ว่า “...อย่างตัวหนูเองมีความรู้สึกว่าจะงานเยี่ยมบ้านไม่ได้สร้างความลำบากอะไร กลับช่วยให้เราสามารถช่วยชาวบ้านได้ในหลายๆเรื่องในคราวเดียวกัน มันก็เลยอยากทำ อยากออกไปเยี่ยม ทำแล้วสนุกดีเสียอีก ” สอดคล้องกับคำสนทนาของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 205-209) ที่ว่า “ ...เรื่องความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งที่เราทำนั้นเป็นเรื่องสำคัญนะ ถ้ารู้หมดทุกอย่างแต่มีความรู้สึกหรือที่พูดกันว่าทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้นแล้ว มันก็ลำบากที่จะทำอย่างทุ่มเท...” และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องใดจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ ดังเช่นผลการวิจัยของ นุชราพร แส่นบล (2536 : 64) ที่พบว่าเจตคติต่อการให้บริการใส่ห่วงอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานให้บริการใส่ห่วงอนามัยในชุมชนของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดมุกดาหาร และงานวิจัยของ อภิญา โพธิ์ศรีทอง (2536 : 78) พบว่าทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลสามารถทำนายพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พงศ์เทพ เกตุไสว (2544 : 139) พบว่าเจตคติต่อการส่งเสริม

สุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิลรัตนา ชาญไวยวิทย์ (2542 : 95) พบว่าเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข

การได้รับอบรมงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการอบรมเป็นวิธีการพัฒนาบุคลากรที่ใช้กระบวนการสร้างความรู้โดยให้ประสบการณ์ตรงแก่ผู้เข้ารับการอบรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้มีเจตคติที่ถูกต้อง และมีการรับรู้บทบาทภาระหน้าที่ในการดำเนินงานที่เหมาะสม (Bloom. 1975 : 65) ทั้งนี้เพราะเจตคติ และการรับรู้บทบาทที่ถูกต้องเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญนำไปสู่พฤติกรรมการทำงานตามเป้าประสงค์ (Albanese. 1981 : 205) จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าการได้รับอบรมงานเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และผลการศึกษาคล้อยกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 126-128) ที่ว่า “ การไปอบรมทำให้ได้รู้อะไรใหม่ๆ สามารถเอามาเป็นตัวอย่างเวลาเรากลับมาทำงานของเราเองได้นะ ” และคำกล่าวที่ว่า (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 118-119) “ การไปอบรมก็เหมือนกับการปัดฝุ่นความรู้... เราจะได้รู้นโยบายใหม่...” และสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 148-150) ที่ว่า “...ไปปรับนโยบาย รู้วิธีการนำไปใช้ หรือปฏิบัติอย่างถูกต้องสำคัญมาก...” และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลรัตนา ชาญไวยวิทย์ (2542 : 95) พบว่าการเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข เช่นเดียวกับผลการวิจัยอีกหลายเรื่องที่พบว่าการฝึกอบรมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการทำงาน ดังผลการวิจัยของ วิสาข์ ศุภผล (2536 : 148) พบว่าการฝึกอบรมมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุริภรณ์ ไถ่บ้านถวย (2543 : 74) สมลักษณ์ สุวรรณมาลี (2539 : 48) พบว่าการได้รับการฝึกอบรมมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน

ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers. 1977 : 7) ที่พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร สาเหตุที่ไม่พบอิทธิพลของประสบการณ์การเยี่ยมบ้านที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอาจเป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุขได้รับการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรที่ใช้ในการผลิตบุคลากรสายสุขภาพ จากประสบการณ์ดังกล่าวน่าจะทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับประสบการณ์ที่ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกันภายหลังสำเร็จการศึกษาก็ตาม ทั้งนี้เพราะประสบการณ์ที่จะ

มีผลต่อผลการปฏิบัติงานนั้นต้องเป็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Bandura. 1986 : 32) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านมานานหรือมีประสบการณ์การเยี่ยมบ้านมากอาจไม่ได้หมายความว่า会有ผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดีเสมอไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมณฑา สิทธิพงศ์สกุล (2527 : 94) นิลรัตน ชาญไววิทย์ (2542 : 93) ที่พบว่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข และผลการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ดังเช่นผลการวิจัยของ โอเนล (O' Neal. 1987 : 3269-A) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงานผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงานของหัวหน้าภาควิชา และผลการศึกษาของ บุปผา ศิริธรรม และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531 : 105-110) ทำการประเมินความรู้ ทักษะ และผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระดับตำบลนานกว่า 10 ปีขึ้นไป จะมีผลการปฏิบัติงานดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ส่วนสุนทร ทิพย์ชาติ (2533 : 79) อนงค์นารถ คงคาน้อย (2538 : 118) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และความพร้อมในการให้คำปรึกษาในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไดเออร์ (Dyer. 1972 : 294) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศวรรณ นิพนธ์ศิริผล (2541 : 68) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2.2 ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้ได้แก่ มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้คือ การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กล่าวคือบุคลากรสาธารณสุขที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดี และบุคลากรสาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านสูงจะส่งผลให้มีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดี ส่วน

การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชน โดยเฉพาะการออกไปปฏิบัติงานที่บ้านของประชาชนในชุมชนโดยที่เจ้าของบ้านไม่ได้เชิญล่วงหน้า จึงต้องอาศัยความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพหรือมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเป็นกุญแจนำไปสู่ความศรัทธาประชาชนเกิดความไว้วางใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยความสมัครใจ (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. 2522 : 128 ; วชิระ บถพิบูลย์. 2546 : 30 ; วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. 2545 : 43 ; อรรถ ณะรอง. 2545 : 94 ; พงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. 2542 : 22) นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของอัลบานีส (Albanese. 1981 : 203) และแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของสตีเยร์ (Steers. 1977 : 113) ที่พบว่าความสามารถและทักษะเฉพาะตัวในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพจะเป็นตัวช่วยกำหนดสมรรถนะของบุคคลในการทำงานเพื่อองค์กร จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าการมีมนุษยสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 250-253) ที่ว่า “เมื่อเราทำงานในชุมชนอย่างแรกที่ต้องทำเลยก็คือต้องเข้ากับคนในชุมชนให้ได้ เราเป็นคนมาจากที่อื่นมาบอกให้เขาทำโน่นทำนี่เขาไม่เชื่อหรอก ต้องทำให้เขาไว้วางใจก่อน...” และสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 226-229) ที่ว่า “...เราต้องรู้จักวางตัว เข้ากับคนให้เป็น ถ้าทำดีแล้วการทำงานก็สบายพูดอะไรเขาก็ให้ความร่วมมือ...”และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลรัตน์า ชาญไวยวิทย์ (2542 : 96) พบว่ามนุษยสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข เช่นเดียวกับผลงานวิจัยอีกหลายเรื่องที่ทำการศึกษาพบว่าการมีมนุษยสัมพันธ์มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรปฏิบัติงาน ดังเช่นการศึกษาของ ปัทมา ใจเพชร (2534 : 76) พบว่ามนุษยสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดของพยาบาลหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาศิษฏา อ่อนดี (2539 : 82) เบญจวรรณ นันทชัย (2534 : 77-78) เจียมจิต จุฑาบุตร (2539 : 89) จินดารัตน์ ทองประไพ (2539 : 99-100) ภคินี ศรีสารคาม (2538 : 88) พบว่ามนุษยสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และผลการศึกษาของ จำรัส ชูวงศ์ (2541 : 85-86) พบว่าสัมพันธภาพในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ เพราะคนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยปฏิบัติให้ดีที่สุดถึงแม้ว่าจะรู้ว่าต้องปฏิบัติอะไร อย่างไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำได้ จะมีผลต่อการเลือกกิจกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทนในการทำงาน การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดที่สำคัญตัวหนึ่งในการกระทำของบุคคลที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนา โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมแน่นอน แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำเช่นเดียวกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน (Bandura. 1977 : 191-215 ; Bandura. 1986 : 24) และสอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของสตีเยร์ (Steers. 1977 : 113) ที่พบว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวทำให้เกิดพลังในการทำงาน จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 185-187) ที่ว่า “ ถ้าเรารู้ว่าเราทำได้สิ่งนั้นก็ไม่ใช่เรื่องยากสำหรับเรา ... แถมยังอยากทำงานที่ทำหายมากขึ้น ” และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิลรตนา ชาญไวยวิทย์ (2542 : 99) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานเยี่ยมของพยาบาลสาธารณสุข เช่นเดียวกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ดังผลการศึกษาวิจัยของวัลภา สบายยิ่ง. (2542 : 106) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานโดยส่งผลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ หฤทัย ทบวงษ์ศรี (2544 : 76) อุบล ไตรถวิล (2544 : 129) พบว่าการรับรู้ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) และแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สตีเยร์ (Steers. 1977 : 113) ที่พบว่าการรับรู้บทบาทจะทำให้บุคคลมีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เกิดการยอมรับ มีความเข้าใจในเป้าหมาย ส่งผลให้มีความทุ่มเทในการทำงาน สาเหตุที่ไม่พบอิทธิพลของการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอาจเป็นเพราะการปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้มีการ

ตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน โดยกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ในปีที 1 ร้อยละ 90 ในปีที 2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ในปีที 5 ทั้งนี้ต้องมีการให้บริการอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายโดยการเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีแรก ร้อยละ 80 ในปีที 2 และร้อยละ 90 ในปีที 5 จากการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติงานโดยหน่วยงานระดับกระทรวงและระดับจังหวัด เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติ ทำให้การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขต้องดำเนินไปตามแผนที่มีการกำหนดมาเพื่อให้สนองนโยบายและเป้าหมายที่กำหนดไว้มากกว่าการปฏิบัติงานที่เกิดจากการรับรู้บทบาทที่แท้จริงแล้วนำมาวางแผนให้สอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของสังคมในพื้นที่รับผิดชอบ จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลรัตน์า ชาญไวยวิทย์ (2542 : 98) พบว่าการรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการรับรู้บทบาทหรือความคลุมเครือในบทบาทมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ดังเช่นผลการศึกษาของ อรทัย วรากรวรวิทย์ (2530 : 72) ยืนยง ไทยใจดี (2537 : 61) ยศวรรณ นิพัฒน์ศิริผล (2541 : 69) ที่พบว่าความคลุมเครือในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ คีรีโชติ (2541 : 74) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการดูแลหลังคลอดของเจ้าหน้าที่ระดับตำบลเขต 12 พบว่าการรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับผลการปฏิบัติงาน และผลการศึกษาของ วิรัตน์ ปานศิลา (2542 : 110) พบว่าความคลุมเครือในบทบาทสามารถทำนายพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลได้

3. ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละตัวแปรที่มีต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้เสนอตามลำดับของกลุ่มตัวแปรละตามสมมติฐาน ดังนี้

3.1 ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการ

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นลักษณะของหน่วยงาน ได้แก่ ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพหลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขแล้ว

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการ คือขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กล่าวคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่จะมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีกว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก

ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะขนาดของหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการกำหนดรูปแบบของการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบจำนวนมากจะได้รับการสนับสนุนอัตรากำลังมากกว่าหน่วยบริการขนาดเล็ก และมีบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนมาร่วมในการออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็กที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยกว่า (ฉัตร เสกสรรค์วิริยะ และคณะ. 2542 : 32) มีผลต่อการทำงานเป็นทีม ขวัญกำลังใจ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้เมื่อปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพยังทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่ถือว่าเป็นการได้รับประสบการณ์ตรงมาช่วยพัฒนาการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers. 1977 : 112) ที่พบว่าขนาดขององค์การซึ่งเป็นลักษณะขององค์การนั้นเป็นตัวแปรที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของคนในองค์การที่นำไปสู่ความสำเร็จของงาน จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและยังสอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุขที่ว่า “ ในที่ใหญ่ตามกรอบมีคนมาก... ยังมีคนจากโรงพยาบาลมาช่วยงานมันก็ต้องดีกว่าอยู่แล้ว เวลาทำเป็นทีมก็สนุก ได้ความรู้ ชาวบ้านเขาก็เชื่อหมอมากกว่า ” (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 26-29) เช่นเดียวกับการสนทนากลุ่มของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ (ภาคผนวก ง บรรทัดที่ 15-18) ที่ว่า “สถานีนอมนายขนาดใหญ่ทั้งงบประมาณ ยานพาหนะมีสนับสนุนให้ออกทำงานเพียงพอ มีเครื่องอำนวยความสะดวกครบครัน ก็ส่งผลให้การทำงานง่ายขึ้น...” และสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องพบว่าขนาดขององค์การมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงาน ดังเช่นผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรติลลันท์ (2534 : 84) จิตรกร วิเศษ (2542 : 32) พบว่าขนาดของสถานีนอมนายมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผลการศึกษาของ หาญพล ศิริชัยประภา (2543 : 89) พบว่าขนาดของหน่วยบริการสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

3.2 ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มการบริหารจัดการ

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มการบริหารจัดการได้แก่ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหาร พฤติกรรมการตัดสินใจ และการนิเทศงานภายในหน่วยบริการมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพหลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขแล้ว

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มการบริหารจัดการคือ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหารมีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กล่าวคือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพการดำเนินงานมากจะส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขมีผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่ดี ส่วนพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร และการนิเทศงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าไม่มีอิทธิพลทางบวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานบริหารมากจะทำให้มีความชำนาญเพิ่มสูงขึ้น รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีความเหมาะสมในสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไปส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะงานสาธารณสุขที่มีปัญหาความต้องการที่หลากหลายแตกต่างกันตามภาวะของโรคและบริบททางสังคม ดังนั้นการที่บุคลากรสาธารณสุขจะปฏิบัติงานได้ดีจึงต้องอาศัยหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพในการบริหารงานคอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และคอยควบคุมดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดการกับพฤติกรรมการทำงานของ อัลบานีส (Albanese. 1981 : 204) และแนวคิดว่าความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers. 1977 : 8) ที่พบว่าตัวแปรด้านประสิทธิภาพการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน ผลผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงาน จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริหารมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลที่ว่า “ หัวหน้าที่ทำงานมานานรู้จักบริหารคน บริหารงาน บริหารเวลา คอยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ แก้ปัญหาก็จะช่วยให้ลูกน้องมีแรงทำงาน...” (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 70-71) และสอดคล้องกับผลการวิจัยอีกหลายเรื่องที่พบว่าระยะเวลาในการทำงานหรือประสิทธิภาพการปฏิบัติงานมีความเกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน ดังการศึกษาของ อัลคอร์บ (ไพเราะ ไตรติลำนันท์. 2543 : 85 ; อ้างอิงจาก Alkherb. 1996. Journal of Research and development in Education.) พบว่าระยะเวลาและประสิทธิภาพในการบริหารงานของครูใหญ่เพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ โอนีล (O' Neal. 1987 :

3269-A) พบว่าประสิทธิภาพการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน และความสำเร็จในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมพร อิทธิเดชพงศ์ (2530 : 64) สาคร ใจพยอม (2531 : 103) ปลายมาศ ขุนภักดี (2533 : 98) ไพเราะ ไตรติลลันท์ (2543 : 85) และยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล (2535 : 147) พบว่าประสิทธิภาพการบริหารของหัวหน้าสถานีนามัย และหัวหน้าหน่วยงานมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน

พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหาร พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการจัดทำแผนคำของบประมาณสนับสนุน และการจัดทำโครงการที่มีการประชุมร่วมกันของบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนในขั้นตอนของการดำเนินงานที่ต้องจัดทำแผนปฏิบัติการ และการวางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเยี่ยมบ้านโดยตรงที่เป็นส่วนสำคัญที่นำไปสู่ผลสำเร็จของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านนั้น ผู้ปฏิบัติคือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านในแต่ละพื้นที่จะเป็นผู้ดำเนินการเองเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน รู้สภาพที่แท้จริง และความต้องการของประชาชนมากกว่าหัวหน้า จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพหน่วยงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers. 1977 : 7) ที่พบว่าการบริหารงานและการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดำเนินงานและการบรรลุเป้าหมายขององค์กร และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยอีกหลายเรื่องที่ทำการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารมีความเกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน ดังเช่นการศึกษาของ ซิลวา (Silva. 1996 : abstract) ได้ศึกษาผลของการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อขวัญกำลังใจในการทำงานของครูและผลการเรียนรู้ของนักเรียน พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนดำเนินงานของครูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญ กำลังใจ และผลการเรียนรู้ของนักเรียน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทราณี สงวนนาม (2533 : 140-143) ประสิทธิ์ สาระสันต์ (2542 : 100-101) ที่ศึกษาคุณลักษณะบางประการของผู้บริหารที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของโรงเรียนประถมศึกษา พบว่าการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงเรียนประถมศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีระ ติมัน (2541 : 67-68) เกียรติขจร ไพศาลนันท์ (2542 : 86) พวงเพชร วัชรอยู่ (2536 : 133-135) ทำการศึกษาพบว่าหัวหน้าหน่วยงานที่มีพฤติกรรมตัดสินใจแบบประชาธิปไตยโดยให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ และผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล

การนิเทศงานภายในหน่วยบริการ พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้อาจ

เนื่องมาจากหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิต้องรับผิดชอบงานจำนวนมากทั้งด้านบริหารและบริการ อยู่ในช่วงรอยต่อของการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ใช้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีหลักแทนการรักษาพยาบาล ในขณะเดียวกันมีการกระจายอำนาจการบริหารงานทำให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิต้องติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีการประชุมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเป็นจำนวนมาก ทำให้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับงานอื่นๆ มากกว่าการตรวจสอบและบริหารจัดการภายใน จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าการนิเทศงานภายในหน่วยบริการไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพซึ่งผลไม่

สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของ สเตียร์ (Steers, 1977 : 8) ที่พบว่าการบริหารงานและการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดำเนินงานและการบรรลุเป้าหมายขององค์กร และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยอีกหลายเรื่องที่ผลการศึกษาพบว่าการนิเทศงานมีความเกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน ดังเช่นการศึกษาของ อนงค์ สารสุทธิ (2531 : 86) พบว่าการนิเทศงานมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการเด็กทารกและวัยก่อนเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชราพร แสนบล (2536 : 84) พบว่าการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานการพยาบาลและผลการศึกษาของ จิตรกร วิเศษ (2542 : 105) จุริภรณ์ ไถ่บ้านถวย (2543 : 83) ที่พบว่าการนิเทศงานในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

การอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับที่มีต่อตัวแปรตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตามสมมติฐานมีผลการศึกษาดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 5 ปฏิสัมพันธ์ของการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ แล้ว

สมมติฐานข้อที่ 6 ปฏิสัมพันธ์ของการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หลังจากที่ได้ปรับอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ แล้ว

การศึกษาเมื่อพิจารณาผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ (Cross-level interaction effects) พบว่าไม่ปรากฏผลของปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ไม่พบ

ปฏิสัมพันธ์ของการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (macro level) กับการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน (micro level) และไม่พบปฏิสัมพันธ์ของการนิเทศงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (macro level) กับการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน (macro level) ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เพราะผลการศึกษาในระดับบุคลากรสาธารณสุขไม่พบอิทธิพลของการรับรู้บทบาทที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน อาจเป็นเพราะการรับรู้บทบาทและการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์หรือคาบเกี่ยวกันสูง กล่าวคือบุคลากรสาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถสูงย่อมมีการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้านสูงด้วย ตัวแปรที่มีลักษณะร่วมกันดังกล่าวทำให้ไม่เป็นอิสระต่อกันส่งผลต่ออำนาจการทดสอบ (Snijders; & Bosker. 1999 : 16-22) จึงไม่พบอิทธิพลของการรับรู้บทบาทที่มีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าตัวแปรการนิเทศงานในหน่วยงานซึ่งเป็นตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ไม่พบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล (2535 : 148) ที่พบว่าการนิเทศงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถและการรับรู้บทบาทในการบริหารทรัพยากรในสถานอนามัยเขต 1 และผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มของบุคลากรสาธารณสุขสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิตัวแปรประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารส่งผลต่อปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขตัวแปรการมีมนุษยสัมพันธ์ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “ อยู่กับหัวหน้าใหม่เวลาทำงานก็ต้องคิดแก้ไขปัญหาเอง ... แต่มาอยู่ที่นี้พี่เขาเป็นหัวหน้ามานาน ... พาออกไปตามบ้านแนะนำกับคนในชุมชน สอนวิธีการทำงาน การพูดคุย การวางตัว การเข้ากับชาวบ้าน...” (ภาคผนวก ค บรรทัดที่ 72-75) จากข้อค้นพบดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานชั่วคราวเพื่อนำไปตรวจสอบทางสถิติ ผลจากการศึกษาพบว่าประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหาร (macro level) ส่งผลต่อการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข อาจเป็นเพราะหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหารมากกว่ามีโอกาสเข้ารับการพัฒนาศักยภาพตามแผนที่สำนักงานสาธารณสุขเขตกำหนดไว้สำหรับผู้บริหารคือ การบริหารจัดการบุคลากรในองค์กรภาวะผู้นำ การสร้างทีมงาน การสร้างมนุษยสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และได้เรียนรู้ถึงปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาภายในหน่วยงานที่สั่งสมมาตลอดระยะเวลาการเป็นผู้บริหารมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานบริหารน้อยกว่า ทำให้เกิดตัวแบบที่ดีแก่บุคลากรสาธารณสุข นำไปสู่การเลียนแบบและการปฏิบัติที่ดีต่อประชาชนในชุมชนขณะปฏิบัติหน้าที่ จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า ปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน โดยปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน และในกลุ่มความสามารถและการรับรู้คือ มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิคือ ขนาดหน่วยบริการ และกลุ่มการบริหารจัดการ คือ ประสิทธิภาพการบริหาร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับในชุดของตัวแปรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มการบริหารจัดการ คือ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานบริหาร ส่งผลต่อชุดของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มความสามารถและการรับรู้ คือมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าในแต่ละตัวแปรในแต่ละระดับที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จะมีตัวแปรที่มีความโดดเด่นแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการนำเสนอข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ผู้วิจัยจึงแยกออกเป็น 2 ระดับ คือระดับบุคลากร และระดับองค์กร ดังต่อไปนี้คือ

1.1 ข้อเสนอแนะในระดับบุคลากร

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบอิทธิพลของตัวแปรระดับบุคลากรสาธารณสุขทั้งในส่วนที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการรับรู้ที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข คือเจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน การมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน โดยพบว่าตัวแปรการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ คืออยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีผลมากพอต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นหน่วยงานในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวงควรนำกระบวนการฝึกอบรมมาใช้พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน สำหรับการวางแผนพัฒนาบุคลากรสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

การวางแผนพัฒนาบุคลากรในระยะสั้น การวางแผนในระยะนี้สามารถที่จะดำเนินการได้ทันทีโดยการจัดอบรมเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่กำลังปฏิบัติงานอยู่มีความรู้ที่ถูกต้องและเพิ่มพูนทักษะในส่วนของวิชาความรู้ เทคนิคใหม่ๆ และวิธีการสร้างมนุษยสัมพันธ์เพื่อการทำงานในชุมชน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ในงานเยี่ยมบ้าน

รับรู้ในบทบาทหน้าที่ รับรู้ความสามารถของตนเอง มีเจตคติที่ดีต่องานเยี่ยมบ้าน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชน

การวางแผนพัฒนาบุคลากรของสายการผลิตในระยะยาว เป็นการวางแผนที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสายสุขภาพในสถาบันการศึกษาด้วยการปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับนโยบายและสภาพการณ์ของสังคม โดยเน้นการเรียนการสอนที่เพิ่มระยะเวลาในการฝึกทักษะภาคปฏิบัติในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้วิถีชุมชน การค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและการดำรงชีวิต เรียนรู้วิธีการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ตรงที่ไม่สามารถเรียนรู้ได้จากตำราหรือในห้องเรียน สร้างเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชุมชน ฝึกการสร้างมนุษยสัมพันธ์ การติดต่อประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรสายสุขภาพที่จะออกสำเร็จการศึกษาให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวางแผนพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการในระยะยาว เป็นการวางแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงาน โดยการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นให้กับบุคลากรสาธารณสุขทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูความรู้ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน รับทราบเทคนิคและวิธีการใหม่ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านได้อีกทางหนึ่ง

1.2 ข้อเสนอแนะในระดับองค์กร

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบอิทธิพลของตัวแปรระดับองค์กรหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในส่วนที่เป็นคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการบริหารจัดการที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข คือขนาดของหน่วยบริการ และประสบการณ์บริหารของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบว่าตัวแปรประสบการณ์บริหารมีขนาดอิทธิพลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ คืออยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีผลมากพอต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นหน่วยงานในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวงควรนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาองค์กร ดังนี้คือ

การพิจารณาคัดเลือกและแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำเอาคุณสมบัติด้านความรู้ความสามารถ ระยะเวลาและประสบการณ์ด้านการบริหารงาน การผ่านการอบรมและฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอในหลักสูตรผู้บริหาร การนิเทศงาน การวางแผนและประเมินผลการปฏิบัติงาน การมีเสริมสร้างบุคลิกภาพและภาวะผู้นำมาประกอบการพิจารณา เพื่อให้ได้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความสามารถทั้งการบริหารคน

บริหารงานได้เป็นอย่างดีเป็นผลให้เกิดการบริหารจัดการแบบบูรณาการ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัดและแนวทางการปฏิรูประบบราชการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การวางแผนอัตรากำลัง ควรดำเนินการจัดทำแผนขอสนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็กในสาขาวิชาชีพต่างๆ ให้เป็นไปตามเกณฑ์กรอบอัตรากำลังคนที่กระทรวงกำหนดไว้ เพื่อรองรับการยกระดับของสถานบริการ และในขณะเดียวกันต้องดำเนินการฝึกอบรมและศึกษาดูงานให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการขนาดเล็ก ให้มีความชัดเจนในบทบาท มีความรู้ เจตคติที่ถูกต้องเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านให้มีความต่อเนื่องและเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาอิทธิพลของตัวแปรในระดับมหภาคหรือในระดับ

หน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มตัวแปรลักษณะองค์การ และกลุ่มของการบริหารจัดการ ประกอบด้วยขนาดของหน่วยงาน ประสิทธิภาพการบริหารงาน พฤติกรรมการตัดสินใจ และการนิเทศงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิตามแนวคิดของสเตียร์และอัลบานีสซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงแนวคิดอื่นๆ ที่มีอยู่มากมาย จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในองค์ประกอบอื่นให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น ตัวแปรแรงจูงใจ ตัวแปรองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ตัวแปรบรรยากาศในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

ระดับตำบล ผลที่ได้จากการศึกษาทำให้ทราบอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม บรรยากาศในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละประเภทเป็นอย่างไรอันจะนำไปสู่ความเข้าใจลักษณะอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และบรรยากาศในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนพัฒนาในระดับองค์การต่อไป

2.2 การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาอิทธิพลของตัวแปรในระดับจุลภาค หรือในระดับบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการรับรู้ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพงานเยี่ยมบ้าน เจตคติต่องานเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงแนวคิดอื่นๆ ที่มีอยู่มากมาย จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในองค์ประกอบอื่นให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ผลของการศึกษาทำให้ทราบอิทธิพลของแรงจูงใจ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลว่าเป็นเช่นไร เป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนพัฒนาในระดับบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

2.3 ควรทำการศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ ระหว่างตัวแปร

ระดับ

หน่วยบริการปฐมภูมิและระดับบุคลากรสาธารณสุขบางประการที่น่าสนใจ เช่น ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ผลที่ได้ทำให้ทราบถึงทิศทางและขนาดอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าหน่วยงานที่มีต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล เป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนพัฒนาทั้งในระดับหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

2.4 การวิจัยในครั้งนี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่ปฏิบัติงานในสังกัดสาธารณสุขเขต 4 เท่านั้น จึงอาจเป็นปัญหาต่อการตีความในเรื่องของการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรขยายขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในระดับภาค

2.5 จากผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางมีผลมากต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาหารูปแบบการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

2.6 จากผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรประสบการณ์งานบริหารมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางมีผลมากต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาหารูปแบบการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านการบริหารงาน

2.7 การวิจัยในครั้งนี้อาศัยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นหลัก แล้วทำการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อนำข้อมูลเชิงลึกมาประกอบการอภิปรายผล แต่เนื่องจากประเด็นข้อคำถามมุ่งหาคำตอบเฉพาะตัวแปรตามกรอบการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาตัวแปรที่นอกเหนือจากกรอบแนวคิด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2540ก). *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- (2542ข). *การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา แสงรัตน์. (2532). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสถานื่อนามัยจังหวัดพิษณุโลก*.
ปริญญาโท วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกษม วัฒนชัย. (2545). *ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์*. ใน *รวมบทความการประชุมวิชาการ 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาลห้วเจียว*. หน้า 22-26.
กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกียรติขจร ไพศาลนันท์. (2542). *ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดราชบุรี*. ปริญญาโท วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. และคณะ (2545). *วิถีชุมชน*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- จันทราณี สงวนนาม. (2533). *คุณลักษณะบางประการของผู้บริหาร วิทยาลัยโรงเรียน และ ความพึงพอใจในงานที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของโรงเรียนประถมศึกษา*. ปริญญาโท
กศ.ด. (การบริหารการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติมา พานิชกิจ. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์*. ปริญญาโท วท.ม.
(บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตรกร วิเศษ. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานื่อนามัย จังหวัดสระบุรี*. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- จินดารัตน์ ทองประไพ. (2539). พฤติกรรมแบบเอและแบบบีกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต การปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จรีภรณ์ ไถ่บ้านถวย. (2543). ความรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษทางน้ำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครปฐม. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สิ่งแวดล้อมศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา ทองถาวร. (2527). มนุษยสัมพันธ์. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- เจนเนตร พลเพชร. (2545). การบริการเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง. ใน รวมบทความการประชุมวิชาการ 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาลห้วเจียว. หน้า 94-128. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เจียมจิต จุฑาบุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ ความทนทานแรงจูงใจกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช. ปรินิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จรัส ชวงศ์. (2541). ความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฉัตร เสกสรรค์วิริยะ และคณะ. (2542). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดนนทบุรี. ม.ป.ท.
- ชนิดา มณีวรรณ และคณะ. (2545). ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์. ใน รวมบทความการประชุมวิชาการ 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาลห้วเจียว. หน้า 18. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชราพร แสนบล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผลการปฏิบัติงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ปรินิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชลธิรา ซึ่งจิตติวิสุทธิ. (2540). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ศิริยอด.
- ทัศน บุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ : ศิริยอด.

- นวลจวี ประเสริฐสุข. (2542). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในอาชีพของผู้บริหารสตรีใน
ธนาคารพาณิชย์ไทย. ปรินญาณพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา คชภักดี. (2540). สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน. ใน ตำรากุมาร
เวชศาสตร์ เล่ม 1. หน้า 19-29. กรุงเทพ ฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- นิลธนา ชาญไวยวิทย์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับประสิทธิผลกิจกรรม
เยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- บุปผา ศิริรัตน์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2531). การประเมินความรู้ ทักษะ
และผลการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล.
กรุงเทพ ฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- เบญจวรรณ นันทชัย. (2534). ผลการประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและทฤษฎีสัมพันธ
ภาพระหว่างบุคคลของเพปบลาวในการปฏิบัติการพยาบาลละความสามารถในการ
วินิจฉัยการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. ปรินญาณพนธ์ พย.ม. (การบริหารการ
พยาบาล) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2543). การจัดระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก. กรุงเทพ ฯ : สามเจริญ.
- ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิต และสังคม.
กรุงเทพ ฯ : ดีไซน์.
- ประสิทธิ์ สารสันต์. (2542). พฤติกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จทางการบริหาร
ของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษา. ปรินญาณพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปลายมาศ ขุนภักดี. (2533). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรม
สังคม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (บริหาร
สาธารณสุข) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปัทมา ใจเพชร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง มนุษยสัมพันธ์ ทักษะทางการ
พยาบาล และการรับรู้โครงสร้างองค์กรการพยาบาลกับทักษะด้านการคิดของ
พยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข.
ปรินญาณพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- พงศ์เทพ เกตุโล. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลใน
จังหวัดปทุมธานี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. (2542). รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคม
ไทยในสองทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พรรณพิมล หล่อตระกูล. (2545). สถาบันครอบครัวกับสุขภาพ. ใน 30 ประเด็นแผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. หน้า 323-338. กรุงเทพฯ : สามัญนิติบุคคลสหประชา
พานิชย์.
- พระธรรมปิฎก. (2534). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พวงเพชร วัชรอยู่. (2536). ลักษณะบทบาทที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของ
หัวหน้าภาควิชาที่เป็นสตรีในมหาวิทยาลัยของรัฐ. ปรินิพนธ์ กศ.ด.(การบริหาร
การศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). การนิเทศและการสอนพยาบาลในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2 .
ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชญาภรณ์ อิงคามระชร. (2532). ความเป็นผู้นำทางวิชาการ ความพึงพอใจในงานของหัว
หน้าภาควิชาในสถานศึกษาพยาบาลที่ส่งผลสำเร็จในการบริหารภาควิชา.
ปรินิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพเราะ ไตรติลลันท์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทรา. ปรินิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ. (2533). ความขัดแย้งในบทบาทและความคลุมเครือในบทบาทของ
ครูมัธยมศึกษา. ปรินิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ภาคินี ศรีสารคาม. (2538). ระดับความสามารถในการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดมหาสารคาม.
ปรินิพนธ์ วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ภักดี โพธิศิริ. (2545). *สรุปคำบรรยายบทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ*. (เอกสารประกอบการสัมมนา). อุตรธานี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- ภาติษฐา อ่อนดี. (2539). *ทักษะทางสังคมกับการปฏิบัติงานและมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศิริราช*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยศวรณ นิพนธ์ศิริผล. (2541). *ปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล. (2535). *การบริหารทรัพยากรของหัวหน้าสถานีอนามัยในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยีนยง ไทยใจดี. (2537). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและวิธีจัดการกับความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวเรศ วิสูตรโยธิน. (2535). *องค์ประกอบการบริหารจัดการที่มีผลต่ออัตราความครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดพิษณุโลก*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวเรศ ประภาษานนท์. (2540). *ผลการสอนและการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. (2539). *การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ : อักษร.
- รุจิรา มังคละศิริ และ อรวรรณ ดวงจันทร์. (2545). *คู่มือผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหลักสูตรการบริการต่อเนื่อง*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วชิระ บถพิบูลย์. (2546). *การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- วัลลภ ไทยเหนือ. (2546). *สรุปคำบรรยายอย่างก้าวการสร้างสุขภาพ*. (เอกสารประกอบการสัมมนา). นนทบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา

- วัลภา สบายยิ่ง. (2542). การเรียนรู้ความสามารถของตนเองและบุคลิกภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้จำหน่ายตรง. ปรินญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย โปษยะจินดา. (2542). การสร้างเสริมสุขภาพ. (เอกสารประกอบการประชุม). นนทบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- วิเชียร ทวีลาภ. (2534). การนิเทศงาน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2546). การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ. (เอกสารประกอบการประชุม). นนทบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- วินัย วิริยะกิจจา. (2544). สาธารณสุขเชิงรุก. (เอกสารประกอบการประชุม). นนทบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2543). สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2542). การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน จิตลักษณะ และการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลภาคเหนือในประเทศไทย. ปรินญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิสาร ศุภผล. (2539). ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย จังหวัดราชบุรี. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วีระ ดีมัน. (2541). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลกับแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานอนามัยในจังหวัดพิจิตร. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2535, มิถุนายน-กรกฎาคม). การวิเคราะห์พระดำริสำหรับการวิจัยการศึกษา. วารสารวิจัยการศึกษา. 15(5) : 3-5.
- สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. จังหวัดนครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมพร อธิเดชพงศ์. (2530). ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (บริหารการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมพร สุกตัญญู. (2544). มนุษย์สัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

- สมลักษณ์ สุวรรณมาลี. (2539). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน*
เยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข. ปรินซ์นิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ. (2540, กรกฎาคม-กันยายน). การวิเคราะห์ปัญหาการจัดบริการสาธารณสุข
ในเขตเมือง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 6(3) : 385-395.
- สัมฤทธิ์ ต่อสติ. (2546). *สรุปคำบรรยายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน*. (เอกสารประกอบการ
การสัมมนา). ปรานีบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- สาคร ใจพยอม. (2531). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ*
โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. ปรินซ์นิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539ก). *คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ :
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2544ข). *การปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.
- _____. (2545ค). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*
ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. สำนักงานฯ. อัดสำเนา
- สำนักงานสาธารณสุขเขต 1. (2545). *การประเมินผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ*
ถ้วนหน้า เขต 1. (เอกสารประกอบการประชุม). นนทบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2540). *แนวทางการปฏิบัติงานวิชาการในสถานีอนามัย*.
กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *การจัดเครือข่ายบริการ*
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.
- สำลี เปลี่ยนบางช้าง. (2546). *30 ปี สืบสานการสร้างสุขภาพ*. (เอกสารประกอบการสัมมนา)
กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- สุดาพร สงวนวงศ์. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจในการ*
ปฏิบัติงาน การพัฒนาตนเองกับความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. ปรินซ์นิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- สุขเมธ ทิพย์ชาติ. (2533). การปฏิบัติงานและการรับรู้ในบทบาทการให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ในจังหวัดพิษณุโลก. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทรวดี เขียวพิเศษ และคณะ. (2544). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคตะวันออก. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2545ก). การบริการปฐมภูมิ : บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- (2545ข). มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- สุภาณี อ่อนชื่น และ ฤทัยพร ตรีตรง. (2544). การบริการสุขภาพที่บ้าน. สงขลา : ชานเมือง.
- สมณฑา สิทธิพงศ์สกุล. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรเกียรติ์ อาชาานุภาพ. (2545). การสร้างเสริมสุขภาพ : กลยุทธ์และแนวทางสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีไทย. ใน 30 ประเด็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. หน้า 275-287. กรุงเทพฯ : สามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- สุรศักดิ์ นานานุกุล. (2530). “ขอบเขตภาระหน้าที่ของการบริหาร” เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร หน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- สุวิทย์ อินนามา. (2542). การดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับสถานีอนามัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหนองเรือจังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2545). การสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. (2521). พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์

- หฤทัย ทบวงษ์ศรี. (2544). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดขอนแก่น. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- หาญพล ศิริชัยประภา. (2543). ความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดเพชรบุรี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (ประชากรศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินผลประสิทธิผลของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2542. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อนงค์ สารสุทธิ. (2531). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการเด็กทารกและวัยก่อนเรียนของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดอุดรธานี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อนงค์นารถ คงคาน้อย. (2538). ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์ : ศึกษากรณีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยตำบล และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2545). บริการสุขภาพ : แนวทางสู่คุณภาพและประสิทธิภาพ. ใน 30 ประเด็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. หน้า 295-308. กรุงเทพฯ : สามัญนิติบุคคลสหประชาชาติ.
- อภิญญา โพธิ์ศรีทอง. (2536). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรชร ณ ระนอง. (2545). การดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนเมือง. นนทบุรี : สามชัย.
- อรทัย วรากรวรภูมิ. (2530). การปฏิบัติงานตามบทบาทวิชาชีพพยาบาล : กรณีศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินูญานิพนธ์ สด.ม. (สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- อรอนงค์ คีรีโชติ. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการดูแลหลังคลอดของเจ้าหน้าที่ระดับตำบลเขต 12. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- อัชชา เวสารัชช. (2529). *มนุษย์สัมพันธ์ในการทำงาน. กรุงเทพฯ : รุ่งแสง.*
- อาภัสรา วงศ์สัมพันธ์ชัย. (2538). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (การเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- อารี วัลยเสวี และคณะ. (2543). *รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สามชัย.*
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). *สรุปคำบรรยายจุดร่วมจุดต่างการสร้างสุขภาพบนเส้นขนาน. (เอกสารประกอบการสัมมนา). นนทบุรี : ม.ป.พ. อัดสำเนา.*
- อุทัยวรรณ ชื้อเศรษฐ์ไกลวัล. (2536). *ความต้องการการนิเทศงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- อุบล ไตรถวิล. (2544). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- อุรพล บุญประกอบ. (2540). *การดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก. ใน กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. หน้า 27-60. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.*
- เอี่ยม วิมุติสุนทร. (2545, กรกฎาคม-ธันวาคม). *รูปแบบการบริการสุขภาพ. วารสารสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. 1(2) : 1-4.*

Albanese Robert. (1981). *Managing Toward Accountability for Performance.* 3rd ed. Texas : Richard D. Irwin.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory.* New Jersey : Prentice-Hall.

Barcikowski, R.S. (1981, July). Statistical Power with Groupmean as the Unit of *Journal of Education Statistics.* 6(10) : 267-285.

Bloom, S. Benjamine. (1975). *Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive Domain.* New York : David Mckay.

- Brandt, P.A.; & Weinert, C. (1985). *PRQ : Psychometric Update, Unpublished Manuscript*. Washington D.C : University of Washington.
- Bryk, A.S.; & Raudenbush, S.W. (1992). *Hierarchical Linear Models*. Newbury Park, CA : Sage.
- Cobb, S. (1976). *Social Support as A Moderator o f Llife Stress*. New York : McGraw-Hill.
- Condon, Robet J. (1996). *Data Processing System Analysis and Design*. 4 th ed. New York : McGraw-Hill.
- Creswell. John.W. (2003). *Research Design : Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 2 nd ed. Thousand Oaks, California : Sage
- Davis, Keith and John W. Newstrom. (1985). *Human Behavior at Work : Organizational Behavior*. 7th ed. New York : McGraw-Hill.
- Dowd, E. L.; & Vlastuin, L.D. (1990). *Nursing Intervention for Infants & Children*. Philadephia : W.B. Saunders.
- Dyer, E.D., et al. (1972, April). *Can Job Performance be Predicted from Biographical, Personality, and Administrative Climate Inventories*. Nursing Research. 21(4) : 294-304.
- George, Morgan A. & Orlando, Griego V. (1998). *Easy Use and Interpretation of SPSS for Windows : Answering Research Question With Statistics*. New Jersey : Lawrence Erlbaum.
- Gibson, James L. (2000). *Organizations : Behavior Structure Process*. 10th ed. U.S.A. : McGraw Hill.
- Gordon, Judith R. (1999). *Organizational Behavior : A Diagnostic Approach*. 6th ed. Egkubg. Prentice Hall.
- Griffiths, Daniel E. (1959). *Administrative Theory*. New York : Appleton-Crofts.
- Guthrie, James W. (1991). *Education Administration and Policy : Effective Lleaership for American Education*. 2nd ed. U.S.A. : McGraw-Hill.
- Hoy K. Wayne.; & Miskel, Cecil G. (2001). *Education Administration : Theory Research and Practice*. 6th ed. New York : McGraw Hill.
- Kahn, Robert L. and et.al. (1981). *Organization Stress : Studies in Role Conflict and Role Ambiguity*. New York : John Wiley & Sons.

- Katz, Daniel.; & Robert L. Kahn. (1978). *The Social Psychology of Organization*.
2nd ed. New York : John Wiley & Sons.
- Kim-Farley. (2000). "Health for All : The Challenge of the New Millennium," In
Regional Health Forum. 4(12) : 17.
- Knezevic, Stephen J. (1984). *Administration of Public Education*. 4th ed. New York :
Harper and Row.
- Jones, Manley Howe. (1967). *Executive Decision Making*. 2nd ed. Illinois : Richard.
- Kottkamp, Robert B.; & John R. Mansfield. (1985, April). Role Conflict, Role
Ambiguity, Powerlessness and Burnout among High School Supervisor.
Journal of Research and Development in Education. 18(4) : 29-38.
- Kron, M. (1987). *Fundamentals of Management*. Texas : Business Publication.
- Lee, Cynthia.; & Bobko, Phillip. (1994, March). Self-Efficacy Beliefs : Comparison of
Five Measures. *Journal of Applied Psychology*. 95 : 364-369.
- Loustau, A. (1991). *Health Promotion and Patient Teaching : Medical-surgical Nursing*.
Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Mitchell, Terence R.; & James R. Larson. Jr. (1987). *People in Organizations :
An Introduction to Organizational Behavior*. 3rd ed. Singapore : McGraw-Hill.
- Morse, John. M. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks,
California : Sage.
- O'Neal, Sandra Worrall. (1987). *Classifying Job Characteristics of Educational
Administrators : An Examination of Satisfiers and Motivations*. Dissertation
Abstracts International. 47(9A) : 3269.
- Owen, Robert B. (1987). *Organizational Behavior in Education*. 3rd ed. New Jersey :
Prentice-Hall.
- Pender, N.J.; & Pender, A.R. (2001). *Health Promotion in Nursing Practice*.
2nd ed. California : Appleton & Lange.
- Ritzer, George. (1996). *Sociological Theory*. 4th ed. International : McGraw-Hill.
- Schaefer, C. Coyne, J.C.; & Lazarus, R.S. (1981, January). The Health Related
Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*.
4(15) : 381-406.

- Schermerhorn, J.R. (1980). *Management and Organizational Behavior*. Singapore : Ohn Wiley & Sons.
- Silva, Newton S. (1996). *Shared Dicision Making. Teacher Morale, and Pupils Preference in Public Schools*. Ph.D. Dissertation. The University of Michigan. Photocopied.
- Smeltzer, S.C.; & Bare, B.G. (1992). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 7th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Steers, R.m. (1977). *Organization Effectiveness : A Behavioral View*. Santa Monica : Goodyear.
- Stevens, J. (1996). *Applied Multivaiate Statistics for the Social Sciences*. 3 rd ed. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Thoits, P.A. (1986, July). Social Support as Coping Assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54(22) : 416-423.
- Thomas, Rourke. (2002, April). Health Care Reform – Insights for Health Educators. *American Journal of Health Education*. 33(5) : 297-298.
- Vanetzian, E.; & Corrigan, B.A. (1995, Mach). *A Comparison of the Educational Wants of Family Caregivers of Patients with Stroke*. *Rehabilitation Nursing*. 20(3) : 149-153.
- Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. New York : Wiley.
- WHO. (2000). *Promoting the Health of Community*. 3rd ed. Australia : n.p..
- Wong, D.L. (1995). *Nursing Care of Infants and Children*. St. Louis : Mosby - Year Book.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดพฤติกรรมการ
ตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

ข้อ

ค่า t

1	18.343
2	4.954
3	2.948
4	17.971
5	19.602
6	13.361
7	10.403
8	19.640
9	28.531
10	18.337
11	17.090
12	11.906
13	21.926
14	21.901
15	17.157
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.894

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดการนิเทศงาน
ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อ	ค่า t
1	13.988

2	4.407
3	13.577
4	11.637
5	13.861
6	8.617
7	11.344
8	11.409
9	14.394
10	10.428
11	2.686
12	1.723
13	5.335
14	4.009
15	3.025

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.875
--------------------------	------

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

ข้อ	ค่า t
1	4.761
2	4.363
3	5.368

4	3.989
5	8.718
6	10.663
7	3.091
8	13.323
9	2.630
10	10.428
11	4.426
12	4.977
13	3.780
14	3.782
15	5.872
16	4.512
17	2.295

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.809
--------------------------	------

ตาราง 13 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดการมี
มนุษย์สัมพันธ์ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

ข้อ	ค่า t
1	20.373
2	16.722
3	15.898
4	2.608
5	20.906

6	25.102
7	26.495
8	22.672
9	19.751
10	14.115
11	21.035
12	17.986
13	13.014
14	14.117
15	29.189

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.796
--------------------------	------

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

ข้อ	ค่า t
1	3.477
2	4.553
3	4.244
4	2.540
5	7.354
6	3.513
7	2.860

8	7.177
9	4.300
10	3.358
11	5.540
12	11.012
13	10.503
14	2.588
15	17.817

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .770

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดการรับรู้
ความสามารถในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

ข้อ	ค่า t
1	7.617
2	12.741
3	12.140
4	7.873
5	15.993
6	27.333
7	16.044
8	15.744
9	14.415

10	18.437
11	5.928
12	9.995
13	6.733
14	7.125
15	19.387
16	2.734
17	4.762
18	15.402
19	7.882
20	10.933

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.802
--------------------------	------

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบวัดการดำเนินงาน
การเยี่ยมบ้าน

ข้อ	ค่า t
1	14.767
2	12.316
3	7.982
4	10.457
5	9.450
6	8.719
7	11.583
8	7.740
9	10.315
10	16.301

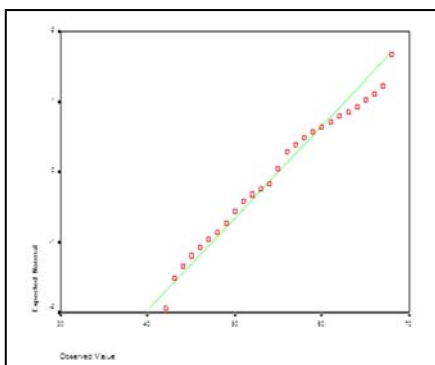
11	2.534
12	5.395
13	4.938
14	2.184
15	9.007
16	8.816
17	8.468
18	8.861
19	2.184
20	2.538

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.883
--------------------------	------

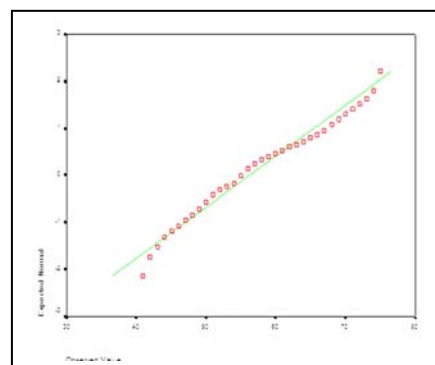
ภาคผนวก ข
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การตรวจสอบค่าเบี่ยงเบนที่ผิดปกติ

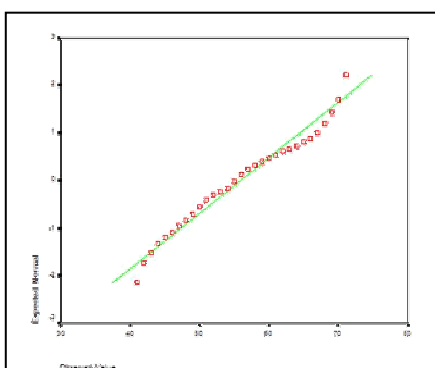
Normal Q-Q Plot of เจตคติ



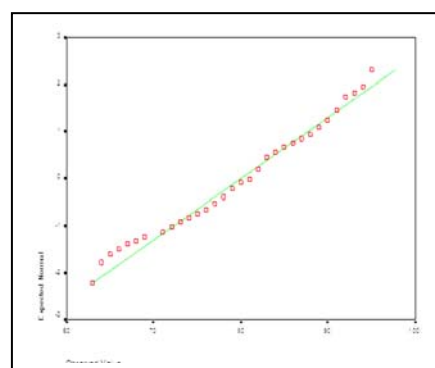
Normal Q-Q Plot of มนุษยสัมพันธ์ (Human Relations)



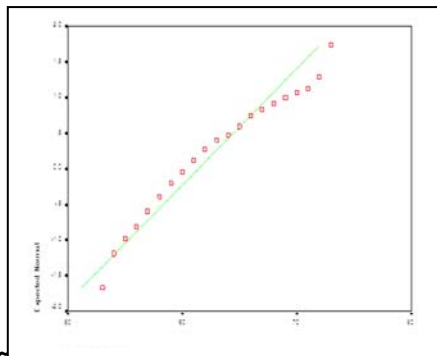
Normal Q-Q Plot of รับรู้บทบาท (Perceived Role)



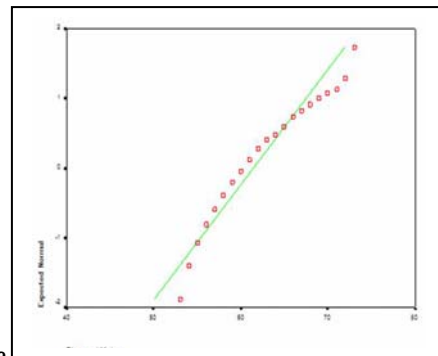
Normal Q-Q Plot of รับรู้ความสามารถ (Perceived Ability)



Normal Q-Q Plot of การตัดสินใจ

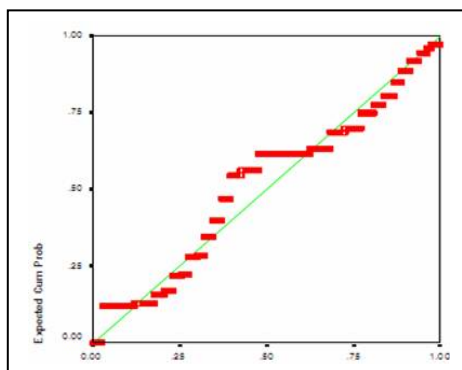


Normal Q-Q Plot of การนิเทศ

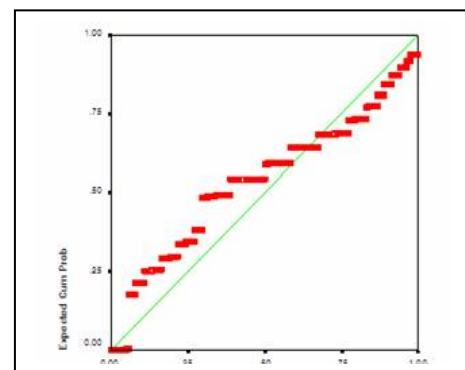


การตรวจสอบความสมมาตรของข้อมูลและความเบี่ยงเบนของค่าเฉลี่ย

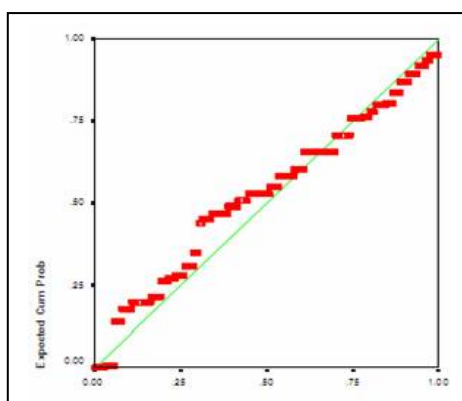
Normal P-P Plot of เจตคติ



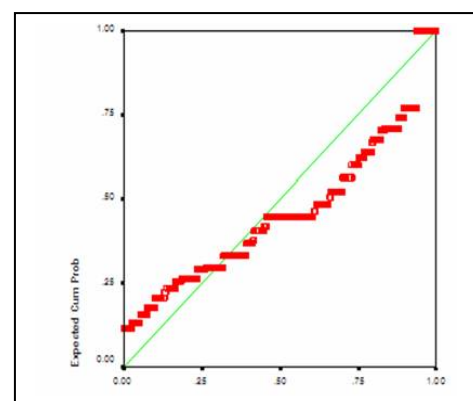
Normal P-P Plot of รับรู้บทบาท



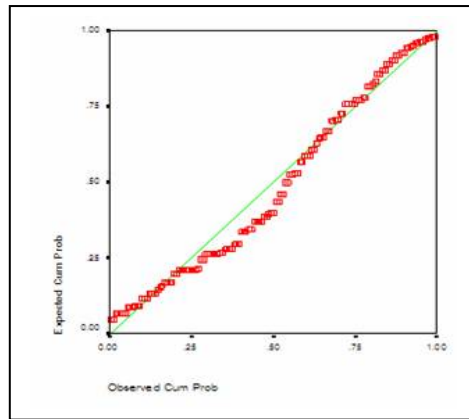
Normal P-P Plot of มนุษยสัมพันธ์
ความสามารถ



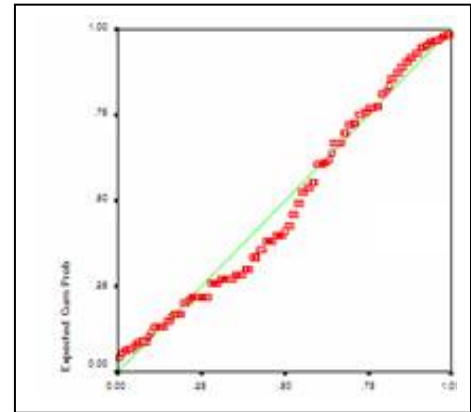
Normal P-P Plot of รับรู้



Normal P-P Plot of การตัดสินใจ



Normal P-P Plot of การนิเทศงาน



ภาคผนวก ค
ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม
บุคลากรสาธารณสุข

ข้อมูลการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข

ผู้วิจัย	สวัสดีค่ะ วันนี้เชิญทุกท่านมาร่วมประชุมก็เพื่อต้องการขอความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับการออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน	บรรทัดที่ 1
นางสาวนิต	แล้วพี่จะเอาไปทำอะไรเธอ	
ผู้วิจัย	การพูดคุยในวันนี้ข้อมูลที่ได้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิจัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเรียน และขอรับรองว่าจะไม่มีผลต่อพวกเรา	บรรทัดที่ 5
นายสม	พวกเราไม่มีปัญหาอะไรหรอกครับ ดีใจด้วยซ้ำไปที่ได้มีโอกาสพูดกับเขาบ้าง	
ผู้วิจัย	ถ้าอย่างนั้นก็เริ่มกันเลยนะคะ อยากให้พวกเราแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่า พวกเราคิดว่าขนาดและจำนวนบุคลากรในหน่วยงานมีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร	บรรทัดที่ 10
นางสาวนิต	โดยส่วนตัวแล้วหนูมีความคิดเห็นว่า สถานื่อนามัยของเรามีความเจริญต่างกันทำให้เขตชนบทมีเจ้าหน้าที่อยู่น้อยทำงานลำบากเมื่อเปรียบเทียบกับสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ที่มีคนจากโรงพยาบาลมาออกทำงานเยี่ยมบ้านด้วย	
นายสม	เอในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่มีทั้งหมด พยาบาล เจ้าหน้าที่ของทีม	บรรทัดที่ 15
นางรุจา	สุขภาพออกมาช่วยทำงานเยี่ยมบ้าน ร่วมกับคนในพื้นที่ของทางสถานื่อนามัย ผลงานจึงออกมาดีเพราะคนช่วยมันเยอะ พี่เห็นด้วยเลย ไอ้ที่มีทีมโรงพยาบาลมาช่วยมันสามารถแบ่งเบาภาระของพวกเราได้มากเลย เวลาที่ออกไปหลายคนงานก็เสร็จเร็ว	

ความน่าเชื่อถือก็มีมากกว่าด้วย

บรรทัดที่ 20

นางสมศรี โดยปกติแล้วนามัยขนาดใหญ่ก็มีคนทำงานมากกว่าอยู่แล้ว
นางสาวสมใจ ในที่ใหญ่ตามกรอบมีคนมาก เมื่อแบ่งงานทำความรับผิดชอบก็มี
น้อยกว่าคนที่ทำอยู่ในนามัยขนาดเล็ก แถมยังมีคนโรงพยาบาล
มาช่วยงานมันก็ต้องดีกว่าอยู่แล้ว เวลาทำเป็นทีมก็สนุก ได้ความรู้
ที่สำคัญชาวบ้านเขาก็เชื่อหมอมากกว่า

บรรทัดที่ 25

ผู้วิจัย มีใครคิดเห็นอย่างอื่นอีกไหม

นายสม ถ้าเป็นไปได้นะพี่ หนูอยากให้มีเจ้าหน้าที่ 1 คน รับผิดชอบไป 1
หมู่บ้านไปเลย แล้วรับผิดชอบทำงานทุกงานในหมู่ที่ตัวเองดูแล
ไม่ใช่เป็นอย่างตอนที่สถานีอนามัยหนูรับผิดชอบคนละ 3 หมู่บ้าน
มันออกเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมหรอก

บรรทัดที่ 30

ผู้วิจัย คนอื่นมีใครคิดเห็นอย่างอื่นอีกไหม ต้องการเพิ่มเติมอะไรอีกบ้าง
ถ้าไม่มีขอผ่านไปประเด็นต่อไปเลยนะค่ะ คือในเรื่องการนิเทศงาน
พวกเราคิดว่ามีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร

นางรุจา เวลาเราทำงานนะ ถ้าหัวหน้าคอยถามในเรื่องการทำงานบ่อยๆ
มีงานอะไรบ้างที่ยังทำไม่บรรลุตามเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้

บรรทัดที่

35

มันจะช่วยให้เรารู้ข้อบกพร่องด้วย คือก็คิดว่ามันมีผลดีกับการทำ
งานเยี่ยมบ้านนะ ถ้าหัวหน้าหรือมีทีมจากอำเภอมานิเทศงาน

นายสมชาย ผมเห็นด้วยเลย เพราะถ้ามีการติดตามงานเป็นระยะ หรือถ้าตาม
งานบ่อยๆ ก็ช่วยให้คำแนะนำแก้ปัญหาได้ แก้ปัญหาได้ผลงาน
ก็จะดี

บรรทัดที่ 40

นางสมศรี จากที่ตัวเองเคยเจอมานะ เปรียบเทียบสองที่ ที่แรกหัวหน้าอายุ
ค่อนข้างมากเป็นผู้ชาย เขาไม่เคยถาม ไม่เคยดูแผนการทำงาน
ของเราเลย แต่อีกที่หนึ่งมันตรงกันข้ามเลยหัวหน้าเขาติดตามถาม
ความก้าวหน้าทุกเดือนเลย มันก็ทำให้เราต้องขยันออกไปเยี่ยม
บ้านมากขึ้น ก็คือถ้าหัวหน้าสนใจคอยตรวจสอบแผนการทำงาน

บรรทัดที่

45

ผลงานก็จะได้ตามที่กำหนดไว้

นายวีระ เรื่องการนิเทศงานสมัยก่อนผมไม่เห็นด้วยเลยนะ เพราะมันเหมือน
ว่าเขามาจับผิด พวกเราทำงานก็เหนื่อยอยู่แล้ว มาถึงก็บอกว่า
อันนี้ทำไม่ทำ ทำอย่างนี้ไม่ถูก แต่ก็ไม่ได้เห็นบอกว่าที่ถูกต้องทำ
แบบไหน แต่มาตอนนี้ผมว่ามันดีขึ้น มันไม่ได้จับผิดแต่เป็นเหมือน

บรรทัดที่

50

- การถามไถ่ถึงปัญหา สาเหตุที่ไม่สามารถทำงานได้สำเร็จ ถ้าเราทำได้ก็มีการชมเชยให้กำลังใจมันค่อยมีแรงทำงานขึ้นมาหน่อย
- ผู้วิจัย มีใครมีความคิดเห็นแตกต่างจากนี้บ้างไหม หรือจะเพิ่มเติมที่พูดมาแล้ว มีไหมคะ ไม่ทราบว่าจะคุยกันต่อเลยหรือหยุดพักก่อน
- นางสุนีย์ พักหน่อยก็ได้นะ จะได้เข้าห้องน้ำก่อน บรรทัดที่ 55
- ผู้วิจัย เอาเป็นว่าเราพักกันสัก 10 นาทีนะ แล้วค่อยมาคุยกันต่อ
- ผู้วิจัย เต็มใจเรามาคุยกันต่อในเรื่องของประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ พวกเรามีความคิดเห็นอย่างไร และคิดว่ามันส่งผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของพวกเราหรือไม่อย่างไร บรรทัดที่ 60
- นางสาวสมใจ มันก็เหมือนจะเกี่ยวข้องกันอยู่นะเรื่องนี้ แต่คงไม่มีผลมากเท่าไร
- นายสมชาย ผมมีความคิดเห็นเช่นเดียวกับพี่เขานะ จะว่าไม่มีผลเลยก็ไม่ใช่นะ แต่ผมว่าหัวหน้าที่ทำงานด้านบริหารมานาน ไม่ว่าจะเป็นการสั่งการมอบงาน การตามงานมันจะทำให้ดีกว่าคนไม่มีประสบการณ์
- นางสาวมะลิ หัวหน้ารุ่นเก่าๆ เขาแนะนำงานได้ดีกว่าหัวหน้ารุ่นใหม่ ทำงานเป็นแบบอย่างพวกเราได้ดี ทั้งงานบนอนามัยและงานในชุมชน เขามีวิธีการที่เราไม่เคยเรียนมา เอามาสอนพวกเรา บรรทัดที่ 65
- นายวีระ ผมเห็นด้วย หัวหน้าเก่าทำงานมานาน สอนเราออกเยี่ยมบ้านได้ดีมากเลย เพราะมันไม่เหมือนตำราที่เราเรียนมา
- นางสุนีย์ หัวหน้าที่ทำงานมานานรู้จักบริหารคน บริหารงาน บริหารเวลา คอยให้กำลังใจก็จะช่วยลูกน้องมีแรงทำงาน บรรทัดที่ 70
- นางสาวสมใจ ก่อนจะย้ายมาที่นี่เคยอยู่กับหัวหน้าใหม่ที่เป็นมาได้ 2 ปี เวลาทำงานก็ต้องคิดแก้ไขปัญหาเองเขาช่วยเราไม่ค่อยได้ แต่มาอยู่ที่นี้พี่เขาเป็นหัวหน้ามานานช่วยเราได้มากเลย ทั้งยังพาออกไปตามบ้านแนะนำกับคนในชุมชน สอนวิธีการทำงานให้ บรรทัดที่ 75
- นายสม ของผมก็เหมือนกันตอนแรกพี่เขาพาเข้าหมู่บ้านด้วยเวลาออกไปเยี่ยมก็ได้เห็นวิธีการทำงาน การพูดคุย การวางตัว การเข้ากับชาวบ้าน ส่วนที่เก่าหัวหนายังรักษาการเป็นมาปีกว่าเวลาทำงานก็ต่างคนต่างทำ
- ผู้วิจัย ที่พวกเราพูดมาก็มีความคิดเห็นตรงกันนะว่าประสบการณ์ของ บรรทัดที่ 80
- หัวหน้ามันส่งผลต่อการเยี่ยมบ้านของพวกเรา แต่ไม่มีผลโดยตรงที่เดียว มันจะช่วยในเรื่องของการช่วยสอน การให้คำแนะนำ และการเป็นตัวอย่างให้พวกเราเวลาทำงาน อย่างนี้ใช่ไหม

นางสาวนิต ก็ถูกต้องนะ

ผู้วิจัย มีใครจะเพิ่มเติมในประเด็นนี้อีกไหม ถ้าไม่มีต่อเลยนะ ในเรื่องการ บรรทัดที่ 85

ตัดสินใจของหัวหน้าคิดว่ามีผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้านของพวกเราหรือไม่ อย่างไร

นางสาวนิต เรื่องการตัดสินใจในอนามัยของตัวเองส่วนใหญ่แล้วหัวหน้าเขาจะเป็นคนตัดสินใจเองเป็นส่วนใหญ่ เราก็แค่ทำตามเท่านั้น ก็เลยจะไม่รู้สึกเท่าไหร่วิธีการทำงานไม่สำเร็จ บรรทัดที่ 90

ผู้วิจัย โอ้ที่ว่าไม่รู้สึกเท่าไหร่นั่นมันหมายถึงอย่างไร

นางสาวนิต ก็คือว่าจะทำได้หรือไม่ได้ก็ไม่มีผลกับเรา เพราะมันไม่ใช่ความคิดของเรา

นายวีระ อย่างที่ของผมเวลาทำอะไรจะปรึกษากันทั้งหมด ยกเว้นบางเรื่อง ที่หัวหน้าตัดสินใจเองอย่างเช่นเรื่องของงบประมาณ มันทำให้เรารู้สึกว่าเรามีส่วนร่วมต้องช่วยกันทำงานตามที่เราคิดกันไว้ งาน บรรทัดที่ 95

เยี่ยมบ้านก็เหมือนกัน เราวางแผนเยี่ยมและแก้ไขปัญหาด้วยกัน ก็ช่วยกระตุ้นให้ทำได้สำเร็จมากเลย

นางสมศรี พี่เห็นด้วย ในเรื่องเยี่ยมบ้านถ้าหัวหน้าตัดสินใจคนเดียวงานทำไม่ได้เลย ไม่มีทางสำเร็จ เพราะว่าคนเยี่ยมไม่ใช่หัวหน้าแต่เป็นน้องๆ เป็นพวกเราทุกคน พวกเรารู้ปัญหาดีกว่ามาร่วมคิดร่วมกัน บรรทัดที่ 100

ออกไปทำงานมันจะเห็นผลงานมากกว่าให้หัวหน้าคิดเองแล้วลูกน้องเป็นคนเอามาทำ

นายสมชาย การที่หัวหน้าให้ลูกน้องร่วมตัดสินใจในงานเยี่ยมบ้านมันสำคัญนะ ส่งผลต่อความสำเร็จของงานอย่างมากเลย เพราะการทำงานในชุมชนต้องอาศัยกำลังใจ ความรักในงานอย่างมาก การได้มีส่วน บรรทัดที่ 105

ร่วมทางความคิดตั้งแต่การวางแผน การแก้ปัญหาต่างๆ ทำให้เรารู้สึกภูมิใจว่าเรามีความสำคัญ รู้สึกว่าความคิดเราเป็นส่วนหนึ่งของงานที่เราต้องทำให้ดีที่สุด

นางรุจา พี่ก็คิดอย่างเดียวกันว่ามันสำคัญส่งผลต่อผลงานที่ออกมาของการเยี่ยมบ้าน ทำให้รู้สึกอยากทำมากขึ้น บรรทัดที่ 110

ผู้วิจัย มีใครจะแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมอีกไหม ถ้าไม่มีตอนนี้ก็มาดูที่ตัวเราเองบ้างนะว่าถ้าพวกเราได้รับการอบรมเรื่องงานเยี่ยมบ้าน พวกเราคิดว่ามันจะมีส่วนช่วยในการปฏิบัติงานของเราบ้างหรือไม่อย่างไร

นายมานะ	การไปอบรมทำให้ได้รู้อะไรใหม่ๆ รู้ว่าที่อื่นเขาทำกันอย่างไร	บรรทัดที่
115	ทำไปถึงไหนกันแล้ว สามารถเอามาเป็นตัวอย่างเวลาเราลั้บมาทำงานของเราเองได้นะ	
นางสมศรี	การไปอบรมก็เหมือนกับการปัดฝุ่นความรู้ เพราะที่รู้มาเคยทำมามันอาจล้าสมัยไปแล้ว เราจะได้รู้ว่ำนโยบายใหม่ๆ เขาได้ทำอะไรกัน มีอะไรที่เปลี่ยนไป บทบาทของเรายังคงเหมือนเดิม	บรรทัดที่
120	หรือว่าลดลงไป แต่เท่าที่ผ่านมามันมีแต่มากขึ้นกว่าเดิมทั้งนั้น	
นางสาวมะลิ	หนูว่าการอบรมมันก็มีความสำคัญนะ เพราะการที่เราทำงานกันทุกวันนี้นั้นมันเหมือนกับการทำตามความเคยชิน แต่ถ้ามีการไปเข้ารับการอบรมกลับมาส่วนใหญ่วู้สึกว่ามันจะมีไฟในการทำงานมากขึ้น	บรรทัดที่ 125
นายสมชาย	การไปอบรมทำให้ได้รู้อะไรใหม่ๆ รู้ว่าที่อื่นเขาทำกันอย่างไร ทำไปถึงไหนกันแล้ว สามารถเอามาเป็นตัวอย่างเวลาเรานำมาใช้ในการทำงานของเราเองได้	
นางสุรีย์	ถ้าเจ้าหน้าที่ในอนามัยเราได้รับการอบรมทุกคนก็จะดีมาก ๆ เลย ดีกว่าให้อบรมหนึ่งคนแล้วมาถ่ายทอดกันเอง การรับรู้ ความเข้าใจ	บรรทัดที่
130	ความจำของคนแต่ละคนมันแตกต่างกัน คนที่ไปอบรมถ้าเขาไม่เคยเจอปัญหาแบบเราเขาก็จะไม่สนใจในหัวข้อนั้น ถ้าได้ไปทำความเข้าใจ รับฟังวิธีการแนวทางการทำงานกันทุกคนก็น่าจะทำให้ผลงานเราดีกว่านี้	
ผู้วิจัย	เท่าที่ฟังมาพวกเราเห็นด้วยว่าการอบรมทำให้เรามีผลการทำงาน	บรรทัดที่
135	ที่ดีขึ้น ใครคิดเห็นเป็นอย่างอื่นมีไหมคะ ถ้าไม่มีมาต่อในเรื่องของการรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้านพวกเราคิดว่ามีส่วนช่วยในการทำงานเยี่ยมบ้านของพวกเราหรือไม่ อย่างไร	
นายมานะ	ผมว่าเจ้าหน้าที่เราทำงานหลายอย่างมากเลย แต่บางทีก็ยังไม่มีความชัดเจนเลยว่าที่ถูกแล้วต้องทำอะไรบ้าง ไม่รู้ว่าต้องออกไป	บรรทัดที่
140	เยี่ยมบ้านในกรณีไหนบ้าง ออกไปแล้วจะไปทำอะไรก่อนหลัง ก็มันเหมือนกับว่าเราต้องสวมบทบาทหลายอย่างมาก แต่ถ้าเรามีการพูดคุยกันให้รู้ว่บทบาทของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านต้องทำอะไร	

มันจะทำให้มันใจมากขึ้นเวลาทำงานไม่ต้องกลัวว่าจะไปซ้ำซ้อนกับ
งานของใคร

บรรทัดที่ 145

นางสาวนิต หนูก็มีความคิดคล้ายกับที่มานะเขาพูดด้วยเหมือนกัน มันทำงาน
ค่อนข้างลำบากในช่วงนี้ พอบอกว่าปฏิรูปแต่พวกเราก็กังทำงาน
ไม่แตกต่างจากเดิม วิธีการก็ยังใช้แบบเดิมๆ บทบาทในการที่เรา
ทำงานเยี่ยมบ้านมันต้องติดตามแบบ ไกลบ้านใกล้ใจ พูดกันต่อๆ
อยากให้เขียนสรุปไว้อย่างชัดเจนกว่านี้ เราจะได้ทำงานถูกทาง

บรรทัดที่

150

นางสาวสมใจ ตามความคิดตัวเองแล้วรู้สึกเหมือนว่าบางครั้งเวลาทำงานมันขาด
ความชัดเจน ตัวอย่างเช่น งานนี้ต้องรอทีมโรงพยาบาลหรือเปล่า
จะติดต่อเรื่องนี้ต้องผ่านจังหวัดหรือเปล่า หรือว่าเราติดต่อได้โดย
ตรงเลย สิ่งเหล่านี้มันจะไม่เกิดและการทำงานจะได้ผลดีถ้าทุกคน
รู้ว่าเรามีหน้าที่ มีขอบเขตการทำอะไรได้แค่ไหน มันเหมือนกับมี

บรรทัดที่

155

ความมั่นใจที่จะทำมากขึ้น

นางสาวมะลิ เรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญมาก การที่รู้ว่า
ในงานนี้เรากำลังเล่นเป็นตัวอะไร มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอะไร
เหมือนกับมีแผนที่คอยกำกับทางเดินให้เราการทำงานมันก็ง่ายขึ้น
งานก็สำเร็จ ผลงานก็ออกมาดีด้วย

บรรทัดที่ 160

ผู้วิจัย แล้วทางด้านโน้นมีความคิดเห็นอย่างไรบ้าง

นางรุจา ก็คงไม่แตกต่างอะไรกับที่พูดๆ กันมา อย่างที่เจอมากับตัวเองเลย
ตอนทำงานใหม่ๆ ก็ไม่มีอะไร พี่เขาบอกยังงี้ ก็ทำตามนั้น แต่พอ
อยู่มาระยะหนึ่งก็ก็ได้ไปฟังบรรยาย ได้อบรม อ่านคู่มือต่างๆ ก็
มีความรู้มากขึ้นว่าในงานเยี่ยมบ้าน หรืองานอื่นๆ เราต้องทำงาน

บรรทัดที่

165

ทำกิจกรรมอะไรบ้าง มันส่งผลให้มีความมั่นใจเวลาออกไปทำงาน

ผู้วิจัย คนอื่นมีความคิดเห็นแตกต่างจากที่คุยกันมาบ้างไหม หรือจะเพิ่ม
ตรงไหน เชิญได้เลยนะ มีไหมคะ ถ้าไม่มีก็มาคุยกันในเรื่องของ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านมันมีผลต่อการ
ทำงานเยี่ยมบ้านของเราไหม และมีอย่างไร

บรรทัดที่ 170

นายวีระ ผมอยากถามนิดหนึ่ง ไ้ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
เยี่ยมบ้านอย่างที่พี่ว่า มันหมายถึงถ้าเรารู้ที่เราทำได้แล้วมันจะ
ช่วยทำให้งานเราดีขึ้น อย่างนั้นหรือเปล่า

ผู้วิจัย ที่พูดมาก็ถูกต้อง

นางสาวนิต 175 เมื่อเรารู้ว่าตัวเองมีความสามารถมากน้อยแค่ไหน ก็จะทำให้มี บรรทัดที่

ความมั่นใจในการทำสิ่งนั้นมากขึ้น ผลงานที่ตามมาจะดีอย่างเช่น
เรารู้ว่าตัวเราเองสามารถใส่สายยางให้อาหารได้ เมื่อต้องออกไป
เยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลโดยการให้อาหารทาง
สายยาง เราก็จะมั่นใจว่าให้อาหารได้ เมื่อถึงเวลาสามารถเปลี่ยน
สายให้ได้ สิ่งเหล่านี้คิดว่าน่าจะช่วยส่งเสริมให้ผลการทำงานดีไป บรรทัดที่ 180
ด้วยนะ

นายสมชาย แต่ผมว่าไม่ใช่กับทุกคนที่เป็นแบบนี้ บางคนรักสบายทำได้ก็แกล้ง
ว่าทำไม่ได้ ทำไม่เป็น จะได้ไม่ต้องเหนื่อย

นางสุนีย์ มันก็ยังมีบ้างที่เป็นแบบที่คุณสมชายว่า แต่ก็ไม่ใช่ทุกคน

นายวีระ ส่วนตัวเองก็เห็นด้วยนะกับที่ว่าถ้ารู้ว่ามีความสามารถทำได้ก็จะ
ช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น ดีขึ้น ไม่ว่าจะการทำอะไรก็ตามถ้า บรรทัดที่ 185
เรารู้ว่าเราทำได้ สิ่งนั้นก็ไม่ใช่เรื่องยากสำหรับเรา งานก็จะสำเร็จ
โดยง่าย แถมยังอยากทำงานที่ทำหายมากขึ้นด้วย

นางสาวมะลิ เห็นด้วยเลย เมื่อวันก่อนก็เพิ่งไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
ตอนเรียนก็เคยทำแต่มีพี่พยาบาลคอยควบคุม แล้วมาทำงานที่
อนามัยก็ไม่มีโอกาสได้ทำอีกเลย แต่ที่ผ่านมามีการปรับรูปแบบ บรรทัดที่

190

มีทีมจากโรงพยาบาลมาตามเยี่ยมด้วย เราก็ได้เรียนรู้ ได้ฝึกทำ
ก็มีความมั่นใจว่าต่อไปเราทำได้

นางรุจา อ้าวแล้วมันแตกต่างกับตอนที่เคยทำเวลาเรียนมาหรือ

นางสาวมะลิ ด้วยวิธีการมันก็เหมือนเดิม แต่ทั้งสิ่งรอบข้าง สถานที่มันต่างกัน
เพราะเราต้องมาทำที่บ้านคนไข้ มีสายตาญาติคอยมองเราอยู่ แต่ บรรทัดที่

195

เวลาทำที่โรงพยาบาลก็มีแต่พวกเจ้าหน้าที่ด้วยกัน ถ้ามีอะไรที่มัน
เกิดความผิดพลาดยังมีคนคอยช่วยเหลือ เครื่องมือก็พร้อม

นายสม ในการออกไปเยี่ยมบ้านต้องทำกิจกรรมต่างๆ มากมาย แต่เมื่อ
เรารู้ว่าเราทำได้ เมื่อพบกับสิ่งนั้นๆ เราก็จะสามารถแก้ไขหรือทำ
ได้อย่างที่เคยทำมาแล้ว บางครั้งมันอาจไม่เหมือนกันทีเดียวแต่เรา บรรทัดที่

200

มีความมั่นใจว่าเราสามารถที่จะทำได้ มันก็จะไม่ใช่เรื่องยากสำหรับเรา
ต่อไป

ผู้วิจัย มีใครเพิ่มเติมในส่วนไหนอีกบ้าง เท่าที่เราคุยกันก็มีบางส่วนคิดว่า

	ไ้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านมีผลต่อการ ทำงาน แต่มีบางเสียงก็บอกว่ามันมีผลจริงแต่ไม่ได้ใช้ได้กับทุกคน	บรรทัดที่
205	ซึ่งส่วนนี้ก็เป็นคนกลุ่มน้อยถูกต้องไหม	
นายสมชาย	ใช่ แล้วคนอื่นล่ะ	
นางสาวนิต	ก็เห็นเป็นอย่างนั้นเหมือนกัน	
นางสาวมะลิ	ถูกต้องแล้ว	
ผู้วิจัย	คะถ้าอย่างนั้นเรามาเริ่มในประเด็นของที่เราคุ้นเคยกันดีก็คือคำว่า	บรรทัดที่
210	เจตคติ พวกเราคิดว่าเจตคติต่อการเยี่ยมบ้านส่งผลต่อการออก ปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร	
นางรุจา	ถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อกิจกรรมที่ต้องทำ มันก็จะทำให้เราอยากทำ ไม่ขัดความรู้สึกที่เรามีอยู่ เป็นความอยาก ความชอบที่จะทำ ในกิจกรรมนั้นๆ ทำให้สามารถมองข้ามปัญหาอุปสรรคไปได้ก็	บรรทัดที่
215	เลยคิดว่าถ้ามีทัศนคติที่ดีไม่ว่ากับเรื่องใดงานมันดีตามมาแน่นอน	
นางสาวนิต	หนูเห็นด้วยอย่างมากเลยนะพี่กับเรื่องความรู้สึกหรือทัศนคติของ เจ้าหน้าที่เราที่มีต่องานทุกงานไม่เฉพาะแต่กับงานเยี่ยมบ้านเท่านั้น อย่างตัวหนูเองมีความรู้สึกว่างานเยี่ยมบ้านไม่ได้สร้างความลำบาก อะไร กลับช่วยให้เราสามารถช่วยชาวบ้านได้ในหลายๆ เรื่องใน	บรรทัดที่
220	คราวเดียวกัน มันก็เลยอยากทำ อยากออกไปเยี่ยม ทำแล้วสนุก ดีเสียอีก	
นายมานะ	เรื่องความรู้สึกที่ดีต่องานเยี่ยมบ้าน หรือเรื่องทัศนคติที่ดีต่องาน เยี่ยมบ้านสามารถบอกได้ถึงการทำงาน อย่างตัวเองมีความ รู้สึกว่างานเยี่ยมบ้าน ทำแล้วสนุกดี ดีกว่าการนั่งอยู่ที่ทำงาน ได้	บรรทัดที่
225	ออกมาพบผู้คน เรียนรู้ความเป็นอยู่ ได้ช่วยคนจำนวนมากว่า ไม่เคยรู้สึกท้อ ไม่กลัวร้อนหรือลำบาก ชาวบ้านเขาก็ชอบเรากี่ ได้งาน	
นายสมชาย	เรื่องทัศนคติดีต่องาน ผลงานก็ดีตามมาด้วย ในเรื่องนี้คิดว่า ทุกคนคงเห็นด้วยเหมือนกันหมด มีใครที่ไม่เห็นด้วย คิดเป็น	บรรทัดที่
230	อย่างอื่นมีไหม ถ้ามีช่วยเสนอด้วยนะ	

ผู้วิจัย มีไหมคะที่ใครคิดเป็นอย่างอื่น แสดงความคิดเห็นได้นะคะ หรือว่า
ตอนนี้พ้นกอนดีไหมคะ นะซัก 10 นาที แล้วมาคุยกันต่อเชิญคะ
น้ำ กาแฟ ขนมอยู่ทางด้านหลังห้องนะคะ พวกเราบริการตัวเอง
เลยนะคะ บรรทัดที่ 235

ผู้วิจัย ค่ะ เมื่อเราพร้อมกันแล้วก็ขอยุ่ในอีก 2 ประเด็น ประเด็นแรก
คือเรื่องเรื่องการมีมนุษยสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุข เราคิดว่า
มันมีผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร

นายสม ผมรู้สึกว่าการทำงานในชุมชนเป็นเรื่องใหญ่มากเลยถ้าเราเข้ากับคน
ในชุมชนไม่ได้ งานก็ทำไม่สำเร็จหรอก บรรทัดที่ 240

นางสมศรี ถูกที่สุดเลย เราต้องทำตัวให้เข้ากับเขา ให้เขาไว้วางใจ ต้องรู้จัก
สร้างสัมพันธภาพที่ดี

นายสม เวลาเราไปทำงานเยี่ยมบ้าน มันก็มี 2 ประเภته คือพวกที่
อยากให้เราไปหาที่บ้าน แต่อีกพวกหนึ่งก็คือไม่อยากให้เราเข้าไป
ที่บ้าน เขาอายบ้านช่อง แต่ถ้าเรารู้จักสร้างความสัมพันธ์ที่เป็น บรรทัดที่
245

กันเอง สร้างความคุ้นเคย เป็นพวกเดียวกัน มันช่วยแก้ปัญหา
ได้มากเลย เขาก็จะไม่อายเราเวลาที่เรากลับไปเยี่ยมบ้าน มันก็
พูดได้ว่าถ้าเรามีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีการทำงานเยี่ยมบ้านก็มองเห็น
ความสำเร็จอยู่แล้ว ไม่รู้ว่าคุณอื่นเห็นด้วยไหม

นายสุธี ผมก็เห็นด้วย เมื่อเราทำงานในชุมชน อย่างแรกที่ต้องทำเลยก็คือ บรรทัดที่
250

ต้องเข้ากับคนในชุมชนให้ได้ เพราะเรามาจากที่อื่นมาบอกให้เขา
ทำโน่นทำนี่ เขาไม่เชื่อหรอก ต้องทำให้เขาไว้วางใจก่อนเขาถึงจะ
ยอมรับ ศรัทธา ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เราให้ไว้ตอนออกไปให้
การเยี่ยมบ้าน เมื่อเขาทำตาม เราก็มีแรงทำงานเพราะผลสำเร็จ
ที่มันตามมา ถือได้ว่าเป็นสิ่งจูงใจให้เราอยากทำงานมากขึ้นด้วยนะ บรรทัดที่
255

นายวีระ ผมเห็นด้วยกับพี่สม และสุธี

นางสุนีย์ เห็นกับตัวเองที่เคยเจอมาเลย มีอยู่ครั้งหนึ่งเข้าไปในหมู่บ้านไป
ห้ามชาวบ้านไม่ให้ใช้น้ำมนต์รดคนที่ป่วยไข้ ก็โดนชาวบ้านต่อว่า
เขาทำกันมานานไม่เห็นเป็นไร ไอ้เราก็ก็นึกไปว่าเพิ่งมาอยู่ใหม่ ไม่ใช่
อนามัยเดิม เลยต้องเริ่มสร้างสัมพันธภาพกันใหม่ก็แก้ปัญหาได้ บรรทัดที่
260

ก็เลยเห็นว่าการที่พวกเรามีมนุษยสัมพันธ์เป็นสิ่งจำเป็นต่อความสำเร็จของงานการเย็บบ้าน

นางสมศรี ประสพการณ์ที่เคยเจอก็คล้ายๆ กับที่ สุธี และ สุนีย์เล่ามา คิดว่ามีความจำเป็นมากต่อการทำงานเย็บบ้าน

ผู้วิจัย มีใครมีความเห็นเป็นอย่างอื่นอีกไหม มาคุยต่อในเรื่องสุดท้ายเลย บรรทัดที่ 265

นางสมศรี นะคะ เกี่ยวกับประสพการณ์ในการทำงานเย็บบ้าน เราคิดว่ามันมีผลต่อการทำงานเย็บบ้านของเราบ้างไหม และมีอย่างไร ถ้าพูดถึงเรื่องประสพการณ์ คนที่เคยผ่านงานมาก่อนก็ย่อมจะรู้จักวิธีการทำงาน ที่ทำให้มันง่ายเข้า แก้ปัญหาได้ แต่ถ้ามาเทียบกับคนที่ไม่เคยทำงานเย็บบ้านมาก่อนมันก็ต้องได้เปรียบมากกว่า บรรทัดที่ 270

นายสม อยู่แล้ว เชื่อว่าคนที่เคยผ่านงานมาก่อนย่อมทำงานได้ดีกว่า จริงนะ อย่างตัวเองตอนทำงานใหม่ๆ ทำอะไรก็เจอแต่ปัญหา แล้วหาทางแก้ก็ไม่ค่อยสำเร็จ ต้องปรึกษาคนที่เคยทำงานด้านนี้มาก่อน พอมาระยะหลังเราทำงานนี้นามเข้าก็สามารถแก้ไขสิ่งต่างๆ ได้เอง

นางสาวนิต เหมือนกับนิตเลยคะ จบมาแรกๆ ทำงานไม่เป็นเลยโดยเฉพาะ บรรทัดที่ 275

นางสาวนิต ทำงานในชุมชน มันยากไม่เหมือนในตำรา แต่พอทำไปนานๆ รู้สึกว่าดีขึ้น รู้ว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหาได้ยังไง มันเป็นเรื่องจริงที่ตัวเองเคยประสบมาจึงเชื่อมากเลยว่าย่อมมีประสพการณ์ในงานเย็บบ้านย่อมทำงานได้ดีมากกว่าคนที่ไม่มีประสพการณ์

นายวีระ ผมอีกคนที่เห็นด้วยเพราะตอนแรกที่ออกไปเย็บบ้านผมทำไม่เป็น บรรทัดที่ 280

ผู้วิจัย เลยนะ แต่พอทำนานๆ เข้าก็เริ่มเรียนรู้ เข้าใจวิธีการทำงานมากขึ้นกว่าเดิม มันก็เลยสนุกอยากทำงานเย็บบ้านซึ่งผิดกับตอนแรกไม่อยากทำเลย มันทำให้ผมเชื่อว่าเรื่องประสพการณ์ช่วยได้มากเลย มีใครมีความเห็นเพิ่มเติมอีกบ้าง ทุกคนเห็นเหมือนกันว่าการมีประสพการณ์การเย็บบ้านสามารถช่วยให้ผลงานการเย็บบ้าน บรรทัดที่ 285

มีผลงานที่ดีตามไปด้วย

นางสาวสมใจ ค่ะก็เห็นด้วย

นายสมชาย ผมก็เห็นด้วยเหมือนกัน

ผู้วิจัย ถ้าอย่างนั้นก็ขอสรุปว่า เท่าที่เราแสดงความคิดเห็นกันมาทั้งหมด

มีความเห็นในทางเดียวกันว่าขนาด จำนวนบุคลากร การนิเทศงาน บรรทัดที่

290

ประสบการณ์การบริหารงาน พฤติกรรมการตัดสินใจ การอบรม
งานเยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความ
สามารถในการเยี่ยมบ้าน เจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์
ในการเยี่ยมบ้าน ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการออก
ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วย บรรทัดที่ 295
บริการปฐมภูมิ มีใครมีความเห็นเป็นอย่างอื่นไหม ถ้าไม่มีก็ต้อง
ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้สละเวลามาพูดคุย เสนอแนวคิด
และความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการนำไปพัฒนางาน
เยี่ยมบ้าน และการสาธารณสุขของเราเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
ของประชาชนในชุมชนต่อไป และขอรับรองว่าสิ่งที่เราแสดงความ บรรทัดที่

300

คิดเห็นทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประกอบการทำวิจัย
จะไม่มีผลกระทบต่อทุกๆ คน ขอขอบคุณมากค่ะ

ภาคผนวก ง
ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม
หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้วิจัย สวัสดิ์ดีคะ วันนี้ที่เชิญทุกท่านมาร่วมประชุมก็เพื่อต้องการขอความ บรรทัดที่ 1
 คิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับการออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ที่เราทำกัน
 โดยวันนี้เราจะคุยกันในประเด็นที่ว่า มีสิ่งใดบ้างที่พวกท่านคิดว่ามี
 ผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้าน

นายสมชาย แล้วจะเอาข้อมูลทำอะไรเธอ

ผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประกอบการทำวิจัยค่ะ

นายสมศักดิ์ หัวข้อที่จะพูดถึงมีอะไรบ้าง

ผู้วิจัย เดี่ยวจะคุยกันเป็นประเด็นๆ ไป เรามาเริ่มกันเลยดีไหมคะ ในเรื่องแรกอยากจะทราบความคิดเห็นว่าในฐานะที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน คิดว่าขนาดของหน่วยบริการกับจำนวนบุคลากรส่งผลต่อการออก
บรรทัดที่ 10

ทำงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร

นายมานพ ผมว่าสถานื่อนามัยของเรามีทั้งในเขตเมือง เขตชนบท ที่มีความเจริญต่างกันทำให้เจ้าหน้าที่เราส่วนใหญ่จะขอมาลงในเขตเมือง ทำให้ในเขตชนบทมีเจ้าหน้าที่อยู่น้อยทำงานลำบาก

นางฤทัย พี่ว่าที่สำคัญนะถ้าเป็นสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ทั้งงบประมาณ และ บรรทัดที่ 15

ทั้งยานพาหนะก็มีสนับสนุนให้ออกทำงานเพียงพอ มีเครื่องอำนวยความสะดวกครบครัน ก็ส่งผลให้การทำงานง่ายขึ้นโดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านทั้งร้อน ทั้งเหนื่อย ถ้ามีรถก็อยากออกไปทำงาน

นายจำลอง ในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่จะเป็นหน่วยงานหลักรองรับในโครงการบัตรทอง 30 บาทด้วย เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลชุมชนจึงมีทั้ง บรรทัดที่ 20

หมอ พยาบาล เภสัช เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพออกมาช่วยทำงานเยี่ยมบ้านกับสถานื่อนามัยด้วย แต่คนอยู่ในอนามัยขนาดเล็กต้องทำงานลำพัง ถ้าเทียบผลงานกันส่วนใหญ่แล้วจะดีกว่า

นายสุธี ผมเห็นด้วยกับพี่เขาที่ว่าในทีมใหญ่มีคนมากกว่าอยู่แล้วตามกรอบนะ แต่มันยังมีคนจากโรงพยาบาลมาช่วยทำงานอีกผลงานมันก็ต้องดีกว่า บรรทัดที่ 25

นางดวงตา พี่ก็มีความเห็นเหมือนน้องๆ ว่าสถานื่อนามัยงานมันมาก รายงานก็เยอะ ในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่มีทีมสุขภาพมาช่วยมันสามารถที่จะแบ่งเบาภาระงานได้มากเลย เวลาทำเป็นทีมก็สนุก ได้ความรู้ และพวกชาวบ้านเขาก็เชื่อหมอมากกว่าพวกเราเสียอีก ผลงานจึงออกมาดี บรรทัดที่ 30

ผู้วิจัย ค่ะมีท่านใดคิดเห็นเป็นอย่างอื่นอีกไหม เท่าที่แสดงความคิดเห็นทุกท่านเห็นตรงกันว่าขนาดและจำนวนบุคลากรมีผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้าน คือถ้าขนาดใหญ่ และมีคนมากกว่าการทำงานก็ออกมามากกว่าหน่วยบริการขนาดเล็กที่มีคนทำงานน้อยกว่า นะคะ ท่านใดมีอะไรเพิ่มเติมไหมคะ ถ้าไม่มีก็มาถึงในเรื่องของการนิเทศงานของ บรรทัดที่ 35

	ตัวท่านเอง ท่านคิดว่ามีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของน้องๆ บ้างหรือไม่ อย่างไร	
นายมานพ	ผมว่าในเรื่องการนิเทศงาน มันเป็นการติดตามความก้าวหน้าของผลงานทำให้พวกน้องๆ เขาทำงานตามแผนกัน ถ้าพบปัญหาจะได้แก้ไขทันด้วย	บรรทัดที่ 40
นายสมชาย	ผมเห็นเหมือนกับมานพ ถ้าเราไม่มีการนิเทศงานเราก็ไม่รู้ว่ตอนนี้ผลงานไปถึงไหนแล้ว น้องๆ เขาก็ก้นหรือเปล่า หรือว่าออกไปในหมู่บ้านทุกวันเลยแต่กลับไม่ได้งานด้วยเหตุผลหลายๆ อย่าง	
นางนิตยา	ถ้าหัวหน้าคอยถามไถ่ก็จะช่วยกระตุ้นให้ทำงานตามแผนได้เป็นอย่างดี	บรรทัดที่ 45
นางวาณี	ก็จริงนะ ถ้าปล่อยให้ทำงานกันไปเรื่อยๆ ไม่มีการติดตามถามก็จะไม่รู้เลยว่าเขาทำงานกันได้ไหม ที่ทำไปถูกต้องหรือยัง ถ้าทำได้ดีแล้วก็จะได้ชมเชยให้คนอื่นเอาเป็นแบบอย่าง	
นางฤทัย	ถ้าหัวหน้ามีการนิเทศงาน โดยเฉพาะงานการเยี่ยมบ้านที่ต้องไปทำในหมู่บ้านซึ่งเราไม่ได้ออกไปด้วย จะมีบางครั้งก็จำนวนน้อยที่	บรรทัดที่ 50
	ได้ออกไปด้วย เพราะมีงานอย่างอื่นต้องทำมาก ยิ่งถ้าไม่มีการติดตามนิเทศแล้วแยะเลย เราจะไม่รู้ความคืบหน้า ไม่รู้ข่าวคราวอะไรเลย แต่ถ้าเราหมั่นถามเป็นประจำน้องเขาก็จะมีความตื่นตัว มีความใส่ใจในการทำงานมากขึ้น ขยันออกไปเยี่ยมบ้านเพื่อเอาข้อมูลมาพูดคุยกับเรา	บรรทัดที่ 55
ผู้วิจัย	ท่านอื่นมีความคิดเห็นแตกต่างจากนี้ไหมคะ ที่ว่าการนิเทศงานมีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน	
นางดวงตา	ก็เห็นด้วยถ้าตามงานบ่อยๆ ก็ช่วยแก้ปัญหาให้คำแนะนำกับน้องได้ด้วยเพราะบางคนไม่มีประสบการณ์	
นายสุทัศน์	การออกไปเยี่ยมที่บ้านแดดก็ร้อนเหนื่อยก็เหนื่อย บางที่ต้องเดิน	บรรทัดที่ 60
	สู้อยู่บนสถานีอนามัยไม่ได้ แต่ถ้าหัวหน้าคอยติดตามถามถึงเสมอจะช่วยกระตุ้นให้ทำงานตามแผน	
ผู้วิจัย	มีใครเพิ่มเติมอีกไหมคะถ้าไม่มีก็ขอต่อที่เรื่องของหัวหน้าอีกนะคะคือเรื่องประสบการณ์การบริหารงานของตัวท่านเองนั้นพวกท่านคิดว่ามีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของน้องๆ หรือไม่ อย่างไร	บรรทัดที่ 65
นางนิตยา	พวกเราเป็นหัวหน้าก็จริงแต่ไม่ได้ทำงานบริหารอย่างเดียวต้องทำ	

	การรักษาด้วย งานมันก็มากถ้าจะให้มาติดตามน้องๆ อย่างใกล้ชิด ก็ทำได้บางครั้ง แต่ก็เห็นด้วยนะกับการติดตามผลงานทำให้เขาทำงานตามแผนกัน	
นายสมควร	พี่ว่าการมีความรู้เรื่องการบริหารงานมันก็จำเป็น แต่ก็ไม่ได้จะ	บรรทัดที่
70	หมายความว่าจะใช้ได้ผลกับทุกเรื่องนะ	
นายสมศักดิ์	ผมเห็นด้วยว่าการที่เรามีประสบการณ์ด้านการบริหารงานมาก ก็ไม่ได้หมายถึงว่าผลการทำงานเยี่ยมบ้านของเราจะดีตามไปด้วย มันก็ยังมีผลบ้าง แต่คิดว่าน้อยมากเรื่องอื่นสำคัญมากกว่า	
นางฤทัย	พวกเราเป็นหัวหน้าก็จริงแต่ต้องทำตามที่เขาสั่งมาก็รู้ๆ กันอยู่	บรรทัดที่
75	ไม่ต้องใช้ประสบการณ์มากก็ทำได้	
นายสุธี	คนที่จะเป็นหัวหน้าต้องผ่านการอบรมผู้บริหารระดับต้นก่อน ก็น่าจะพอละ สำหรับความรู้ในเรื่องบริหารงาน แต่ก็เห็นเหมือนคนอื่นว่า มันไม่ค่อยส่งผลเท่าไรต่อผลสำเร็จของงานเยี่ยมบ้าน	
ผู้วิจัย	คะ จากที่ฟังมาคือตัวหัวหน้าเองมีความคิดเห็นว่าคุณสมบัติที่	บรรทัดที่
80	มีในเรื่องของการบริหารงานไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ	
นายสมชาย	ไขมันมีแต่น้อยมากๆ มันไม่ส่งผลกันตรงๆ	
ผู้วิจัย	ประเด็นสุดท้ายที่เกี่ยวกับตัวของหัวหน้าก็คือ เรื่องการตัดสินใจที่ใช้ในการทำงานเยี่ยมบ้าน ท่านคิดว่ามีผลต่อการปฏิบัติงานใน	บรรทัดที่
85	การเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร	
นางวาณี	ให้ช่วยขยายความว่าการตัดสินใจน้อยได้ไหมว่ามีอย่างไรบ้าง	
ผู้วิจัย	ก็เช่น การตัดสินใจของหัวหน้าที่มาจากความเป็นประชาธิปไตย ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การที่หัวหน้าถามเพียงบางคน หรือการที่ตัดสินใจคนเดียวเลย เหล่านี้เป็นต้น	บรรทัดที่ 90
นายสมชาย	มีผลมากเลยเรื่องการตัดสินใจในงานเยี่ยมบ้าน เริ่มตั้งแต่การเขียนโครงการ การทำแผน กิจกรรมที่จะทำ รวมถึงการแก้ไขด้วยนะ เพราะถ้าหัวหน้าตัดสินใจเองคนเดียว ลูกน้องไม่รับรู้ งานก็ไม่เดิน	
นายมานพ	ไอ้เรื่องการตัดสินใจนี้ไม่ใช่เรื่องเล็กน้อย สำคัญมากเลย ถ้าการที่ทุกคนในอนามัยได้ร่วมกันคิด ช่วยกันวางแผน ช่วยกันตัดสินใจ	บรรทัดที่

- ทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของต้องช่วยกันทำให้สำเร็จ ตามที่ได้
ร่วมกันกำหนดขึ้นมา เหมือนอย่างที่ท่านสมชายบอกนะ
- นายจำลอง ตอนแรกผมว่าไม่ค่อยสำคัญเท่าไร นื่องเขาเป็นผู้ปฏิบัติ เรามัน
มีหน้าที่บริหารจัดการ งานแผนงาน โครงการ การกำหนดเรื่อง
ยุทธศาสตร์เป็นหน้าที่เรา แต่มาในยุคสมัยนี้ผมคิดใหม่ทำใหม่แล้ว บรรทัดที่
- 100
- เพราะน้องๆ เขามีความคิดดีๆ พอมานั่งคุยกันร่วมตัดสินใจ แล้ว
นำเอาไปปฏิบัติ พอเวลาประเมินผลงานมันดีกว่าแต่ก่อนมาก ผม
เคยถามนะว่าทำไมงานเยี่ยมบ้านเดือนนี้ผลงานดีขึ้นมากเลย ก็ได้
คำตอบว่า ก็ช่วยกันคิดแล้วก็ต้องช่วยกันทำซิ
- นางวาณี ในการตัดสินใจ หรือเรื่องการมีส่วนร่วมนี้เห็นได้ชัดเจนมากเลยก็ บรรทัดที่ 105
ตอนก่อนพี่คิดเองคนเดียวทั้งหมดเวลาทำแผน เสร็จแล้วก็เอามาให้
น้องๆ เขากำหนด ในบางกิจกรรมน้องเขาก็แย้งว่าไม่น่าทำแบบนั้น
ผลที่ตามมาคือกิจกรรมข้อนั้นไม่บรรลุเกณฑ์ที่ตั้งไว้
- นางดวงตา ตัวเองเห็นด้วย เหตุผลก็อย่างที่คนอื่น ๆ พูดมาแล้ว เหตุการณ์มัน
คล้ายกัน บรรทัดที่ 110
- ผู้วิจัย ค่ะทุกท่านจะเห็นเหมือนกันนะคะว่าวิธีการตัดสินใจที่หัวหน้าใช้นั้น
มีผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้านของน้องๆ มีเพิ่มเติมไหมคะ ถ้าไม่มี
คิดว่าน่าจะพักสักหน่อยไหมคะ แล้วค่อยคุยกันต่อ
- นายสมศักดิ์ ดีเหมือนกันนะ
- ผู้วิจัย ค่ะสักสิบนาทีนะคะ เชิญคะ บรรทัดที่ 115
- ผู้วิจัย ถ้าพร้อมกันแล้วก็ขอเริ่มในส่วนของตัวบุคลากรสาธารณสุขนะคะ
คือพวกท่านในฐานะหัวหน้าหน่วยบริการมีความคิดเห็นอย่างไรกับ
การที่ลูกน้องได้ไปเข้ารับการอบรมงานเยี่ยมบ้าน มันส่งผลให้งาน
ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร
- นางนิตยา การอบรมมันก็มีความสำคัญนะ เพราะการที่เราทำงานกันทุกวันนี้ บรรทัดที่
- 120
- มันเหมือนกับการทำตามความเคยชิน แต่ถ้ามีการไปเข้ารับการ
อบรมกลับมาส่วนใหญ่รู้สึกว่ามันจะมีไฟในการทำงานมากขึ้น
- นายจำลอง ผมก็เห็นด้วยว่าหลังอบรมมาทำงานดีขึ้น มีบ้างก็ส่วนน้อยที่ไม่ได้
เรื่องได้ราว คือการไปอบรมทำให้ได้รู้อะไรใหม่ๆ รู้ว่าที่อื่นเขาทำ
กันอย่างไร ทำไปถึงไหนกันแล้ว สามารถเอามาเป็นตัวอย่าง บรรทัดที่
- 125
- เวลาเราลับมาทำงานของเราเองได้นะ

นางดวงตา การไปอบรมก็เหมือนกับการมารับความรู้ใหม่ เพราะที่รู้มา เคยทำมามันอาจล้าสมัยไปแล้ว เราจะได้รู้ว่านโยบายใหม่ๆ เขาทำอะไรกันบ้าง บทบาทของเรายังคงเหมือนเดิม หรือว่า วาลดลงไป แต่เท่าที่ผ่านมามันมีแต่มากขึ้นกว่าเดิมทั้งนั้น บรรทัดที่

130

นางวาณี ก็เห็นด้วยกับดวงตาถ้าเจ้าหน้าที่ในอนามัยเราได้รับการอบรมกัน ทุกคนก็จะดีมาก ๆ เลย ดีกว่าให้อบรมหนึ่งคนแล้วมาถ่ายทอด กันเอง การรับรู้ ความเข้าใจ ความจำของคนแต่ละคนมันก็ แตกต่างกัน คนที่ไปอบรมถ้าเขาไม่เคยเจอปัญหาแบบเราเขา ก็จะไม่สนใจในหัวข้อนั้น ถ้าได้ไปทำความเข้าใจ รับฟังวิธีการ บรรทัดที่ 135

นางฤทัย แนวทางการทำงานกันทุกคนก็น่าจะทำให้ผลงานเราดีกว่านี้ พี่ว่าการจัดอบรมควรทำกันทุกปี ทั้งในคนที่เข้าทำงานใหม่ก็แยก กลุ่มหนึ่ง ส่วนคนเก่าก็เอามาฟื้นฟูความรู้ เป็นการคอยกระตุ้น ถ้ามีปัญหาก็สามารถแก้ไขได้เนิ่นๆ

นายมานพ ควรมีการกระจายโอกาสให้ทุกๆ คนได้เข้ารับอบรม หัวหน้าที่ บรรทัดที่

140

สำคัญต้องบริหารจัดการส่งคนเข้าอบรมให้ดี ไม่ใช่ว่ามีมือปืน รับจ้างอบรมเรื่องอะไรก็ส่งมาแต่หน้าเดิม อย่างนี้ไม่เกิดประโยชน์ พี่ว่าแบบนี้มันก็มีมากนะ พี่คิดว่าการอบรมเป็นสิ่งสำคัญเวลาที่จะ ทำงานนะ เพราะลายๆ อย่างมันเปลี่ยนไป อย่างตอนนี้การ เยี่ยมบ้านต้องมีการทำแผนที่เดินดิน ทำทะเบียนประวัติสมัยก่อน บรรทัดที่

145

ไม่มี ถ้าไม่มีการอบรมมันก็ทำกันผิดๆ เมื่อเขารับรู้สิ่งที่ถูกต้อง การทำงานก็ง่ายขึ้นส่งผลให้มีผลงานที่ดี

นายสุธี การอบรมเป็นสิ่งสำคัญนะ จะไปรับรู้นโยบาย รู้วิธีการนำไปใช้ หรือปฏิบัติอย่างถูกต้องสำคัญมาก ผลงานจะดีหรือไม่ก็อยู่ที่ส่วนนี้ ด้วยนะ บรรทัดที่ 150

ผู้วิจัย เท่าที่นั่งฟังมาในเรื่องการอบรมพวกเราเห็นว่ามี ความจำเป็น และ มีความสำคัญมากที่ทำให้มีการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านที่ดีขึ้น ต่อมา ก็เป็นเรื่องของการรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน ท่านคิดว่าถ้าคน ในหน่วยของเรามีการรับรู้บทบาทที่ถูกต้องมันจะส่งผลต่อการ ทำงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร บรรทัดที่ 155

นายสมชาย ตอนนี้นงานเยี่ยมบ้านของเรามีหลายกิจกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม คนที่รู้ว่ามันมีอะไรที่เปลี่ยนไปก็จะทำได้ถูกต้องมากกว่า

นายสุทัศน์ เห็นด้วยกับสมชาย ถ้าเขาว่าต้องทำกิจกรรมอะไรบ้างก็จะ
สามารถวางแผนทำงานได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน งานมันก็
ออกมาดี โดยเฉพาะกับงานเยี่ยมบ้านที่ต้องประสานหลายฝ่าย บรรทัดที่

160

นางฤทัย พี่ว่าเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญมาก การที่รู้
ว่าในงานนี้เรากำลังเล่นเป็นตัวอะไร มีบทบาทหน้าที่ต้องรับผิดชอบ
อะไรบ้าง เหมือนกับแผนที่คอยกำกับทางเดินให้เราการทำงานมัน
ก็ง่ายขึ้น

นายสุริ ผนึกก็เห็นด้วยนะ การทำคู่มือชี้แจงรายละเอียดงาน ชี้แจงให้รู้ใน บรรทัดที่
165

บทบาทหน้าที่ รู้ว่าอะไรทำได้ทำไม่ได้ คนเราก็จะทำงานได้ด้วย
ความชัดเจนสบายใจ ผลงานที่ได้ก็ดีขึ้นตามลำดับกับงานเยี่ยมบ้าน
ก็สำคัญแม้ว่าทำกันมานาน แต่ปัจจุบันถึงจะเรียกชื่อเดิมแต่ในส่วน
รายละเอียดมันเปลี่ยนไป วิธีการเปลี่ยน รายงานก็เปลี่ยน

ผู้วิจัย มีท่านใดมีความเห็นแตกต่างเป็นอย่างอื่น หรือมีเหตุผลอื่นไหมคะ บรรทัดที่
170

ก็สรุปได้ว่าทุกคนเห็นด้วยกับเรื่องการรับรู้บทบาทเยี่ยมบ้านที่จะ
ช่วยให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีขึ้น ขอต่อในเรื่องของการรับรู้
ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน ถ้าน้องๆ เขามีเรื่องการรับรู้ความ
สามารถในการเยี่ยมบ้านที่ดี พวกท่านในฐานะหัวหน้าหน่วยคิดว่า
สิ่งนี้จะส่งผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร

บรรทัด

ที่ 175

นางนิตยา ตัวพี่เองนะ ตามความคิดเห็นส่วนตัวแล้วเรื่องการออกเยี่ยมบ้าน
กับการรับรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ พี่รู้สึกว่ามันไม่ไปด้วยกัน
เพราะบางคนก็รับรู้ว่ามันทำสิ่งนั้นได้ ทำได้ดีด้วยนะแต่ก็ไม่ทำ
ไม่ออกไปเยี่ยมบ้าน เพราะว่ามันเหนื่อยที่ต้องออกไปทำงานที่
ข้างนอกอยู่รักษาในอนามัยดีกว่า บรรทัดที่ 180

นายจำลอง ผมเห็นด้วยกับพี่นิตยา เคยเจอมาก็มีแล้วนะ

นางดวงตา จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เคยเจอว่าบางทีเขาก็มีความสามารถ
ทำได้แต่ไม่ทำ มันเหมือนกับว่ารู้มาก ทำมาก เหนื่อยมาก
พี่ก็เลยรู้สึกว่าการรับรู้ว่าเรามีความสามารถที่ทำได้มันก็ไม่ได้
บอกว่าเขาต้องทำผลงานออกมาดีเสมอไป บรรทัดที่ 185

นายสมศักดิ์ ในเรื่องนี้ไม่ค่อยเห็นด้วย ตามเหตุผลที่หลายๆ คนกล่าวมาแล้ว
มันใช้ได้กับบางคน ต้องเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ เสียสละ

- นางฤทัย ตัวเองก็คิดว่ามันไม่สามารถส่งเสริมให้การเยี่ยมบ้านดีขึ้นมาได้
มันต้องประกอบกับว่าคนนั้นต้องมีความสำนึกในหน้าที่การออกไป
เยี่ยมบ้านด้วย บรรทัดที่ 190
- ผู้วิจัย ทุกท่านเห็นตรงกันนะค่ะว่าการรับรู้ความสามารถในการเยี่ยมบ้าน
ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานไม่ส่งผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้าน ค่ะเรา
มาคุยกันต่อในเรื่องที่พวกเราคงคุ้นกับคำนี้ ก็คือเรื่องเจตคติของ
ผู้ทำงานเยี่ยมบ้าน ท่านคิดว่ามีผลต่องานหรือไม่ อย่างไร
- นางวาณี เราคุ้นกับคำว่าเจตคติ หรือทัศนคติมานานแล้ว มีการอบรมเรื่องนี้ บรรทัดที่
195
- ก็มาก ก็คิดว่ามีส่วนที่ช่วยให้การทำงานได้ผลที่ดีทางหนึ่ง
- นายมานพ เห็นด้วยมากๆ เลยในเรื่องนี้ มันได้กับตัวเองเลยในสมัยก่อน
เวลาทำงานมีความรู้สึกที่ไม่ชอบเรื่องการทำรายงานเพราะรู้สึกว่า
น่าเบื่อจำนวนรายงานก็มีมาก เวลาทำก็ไม่ค่อยตั้งใจเท่าไรคิดแต่ว่า
ทำให้เสร็จๆ ผลงานที่ออกมามันก็บกพร่อง แต่มาตอนหลังได้ไป บรรทัดที่
200
- อบรมทำให้รู้ว่ามันมีประโยชน์ ทำเพื่ออะไร ก็เลยเกิดความรู้สึก
ที่ดีกับการทำรายงาน ผลงานมันก็ทำได้ดีขึ้นนะ คิดว่าทัศนคติ
เป็นเรื่องสำคัญที่บอกถึงความสำเร็จของงานได้ทางหนึ่งโดยเฉพาะ
กับงานเยี่ยมบ้านที่ต้องอาศัยความอดทนอย่างมาก
- นายจำลอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความรู้ การรู้ถึงความสามารถ รู้อย่างแท้จริงใน บรรทัดที่
205
- บทบาทมันก็มีความสำคัญทั้งนั้น แต่เรื่องของความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งที่
เราต้องทำก็เป็นเรื่องสำคัญนะ ถ้ารู้หมดทุกอย่าง แต่มีความรู้สึก
หรือที่พูดกันว่ามีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้นแล้ว มีก็ลำบากนะที่เราจะ
ทำอย่างทุ่มเท ก็เห็นด้วยนะว่าเรื่องนี้มันส่งผลถึงผลงานด้วย
- นายสุทัศน์ มันได้กับตัวเองเลย สมัยก่อนไม่เยี่ยมเด็กที่บ้านเพราะมันยุ่งยาก บรรทัดที่
210
- เวลาทำก็ไม่ค่อยตั้งใจ เมื่อได้ไปอบรมทำให้รู้ว่ามันมีประโยชน์ก็
เลยเกิดความรู้สึกที่ดีกับการออกเยี่ยมเด็กที่บ้าน ทำให้มีความรู้สึก
ที่ดีต่องาน ที่เขาพูดกันว่ามีเจตคติที่ดีไม่คิดว่าเป็นเรื่องน่าเบื่ออีก
งานมันก็ทำได้ดีขึ้น
- ผู้วิจัย สรุปได้ว่าก็เห็นด้วยนะค่ะกับเรื่องของเจตคติต่องานเยี่ยมบ้านที่ส่ง บรรทัดที่
215
- ผลต่อผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข จะต่อ

ในอีกสองประเด็นเลย หรือว่าจะหยุดกันก่อนละ

นายสมชาย ผมอยากขอหยุดก่อน เพราะเดี๋ยวจะต้องมีประชุมในตอนบ่าย สามโมง

ผู้วิจัย ท่านอื่นขัดข้องไหมคะถ้าเราจะหยุดไว้ก่อนแล้วพรุ่งนี้ตอนบ่ายโมง บรรทัดที่ 220

ผู้วิจัย เราค่อยมาพูดคุยกันต่อ ขอขอบคุณมากคะแล้วพบกันพรุ่งนี้
สวัสดีค่ะ วันนี้ทุกท่านมาพร้อมแล้วก็จะขอเริ่มเข้าเรื่องเลยเพื่อไม่ให้เป็นการเสียเวลา คือในเรื่องของการมีมนุษยสัมพันธ์ในการ
เยี่ยมบ้าน ท่านหัวหน้าคิดว่ามันมีผลกับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน
หรือไม่ อย่างไร บรรทัดที่ 225

นายสมชาย เรื่องนี้สำคัญมากเลย เวลาที่น้องๆ จะออกไปทำงานต้องกำชับกัน
อย่างมากเลย เราต้องรู้จักวางตัว เข้ากับคนให้เป็น ถ้าทำดีแล้ว
การทำงานก็สบาย พูดอะไรเขาก็ทำตามให้ความร่วมมือ ในข้อนี้
เห็นด้วยมากๆ เลย ไม่รู้ว่าคุณอื่นเห็นด้วยกับผมหรือเปล่า

นางวารี ขอสนับสนุนคุณสมชายนะ มีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกัน บรรทัดที่ 230

ผู้วิจัย เรื่องนี้ทุกคนรู้ดี ต้องอยู่ในใจเวลาทำงานในชุมชนเสมอ ถ้าใครมี
มนุษยสัมพันธ์ที่ดีกว่าก็ถือว่าได้เปรียบโดยการเยี่ยมบ้านสำคัญนะ
นายสุธี ไม่ใช่เฉพาะกับงานการเยี่ยมบ้านอย่างเดียวเท่านั้น มันมีผลกับ
ทุกงาน เมื่อเราทำงานในชุมชน อย่างแรกที่ต้องทำก็คือ ต้องเข้า
กับคนในชุมชนให้ได้ เราเป็นคนมาจากที่อื่น มาบอกให้เขาทำโน่น บรรทัดที่ 235

ทำนี้เขาไม่เชื่อหรอก ต้องทำให้เขาไว้วางใจก่อนเขาถึงจะยอมทำ
ตามที่เราให้คำแนะนำไป

ผู้วิจัย ท่านอื่นล่ะคะ มีความคิดเห็นอย่างไร

นายสมศักดิ์ เห็นด้วย

นางนิตยา ฉันก็เห็นด้วยกับท่านอื่น บรรทัดที่ 240

นายมานพ ผมก็เห็นด้วยว่ามันสำคัญ แล้วก็ส่งผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้านโดย
ตรงเลยด้วย

ผู้วิจัย ค่ะ ถ้าไม่มีใครเห็นเป็นอย่างอื่นก็มาถึงประเด็นสุดท้าย คือเรื่อง
ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ท่านคิดว่า
มันส่งผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้านหรือไม่ อย่างไร บรรทัดที่ 245

นายจำลอง เรื่องของประสิทธิภาพการทำงานเยี่ยมบ้านถ้าเขามีมาก่อนมันก็
ช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น มีผลอยู่แล้วต่อการทำงานเยี่ยมบ้านที่ทำ

- ให้ทำงานไม่ลำบาก อยากทำงานมากขึ้นเพราะมันไม่ใช่เรื่องยาก
อีกต่อไป
- นางดวงตา 250 จริงๆ แล้วก็เป็นอย่างที่คุณจำลองว่า ยังมีประสบการณ์ตรงมาก บรรทัดที่
- เท่าไร ก็เป็นประโยชน์ต่อคนปฏิบัติงานมากเท่านั้น เห็นด้วยว่า
ช่วยทำให้เกิดผลงานดีกว่า มากกว่าคนที่ไม่มีประสบการณ์ หรือ
มีน้อยกว่า
- นายสุทัศน์ 255 ประสบการณ์มีผลกับการทำงานครับ อย่างกับคำที่เขากล่าวกันว่า
ประสบการณ์เป็นครู ยังมีมากทำงานง่ายขึ้น สามารถนำไปปรับใช้ บรรทัดที่
- ให้เหมาะสม และนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้เป็นอย่างดี
การทำงานก็จะสนุก ทำงานง่าย อยากทำงานผลงานที่ดีในที่สุด
- นายสมชาย ผมมีความคิดเห็นเหมือนกับกลุ่มนะ เห็นด้วยครับ
- นางนิตยา 260 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านมีผลต่อการทำงานเยี่ยมบ้าน
ของเจ้าหน้าที่เรา เพราะคนที่เคยผ่านงานด้านนี้มาแล้วจะสามารถ บรรทัดที่
- มองแนวทางการทำงานได้ดีกว่าคนที่ไม่มีประสบการณ์ การทำ
งานผิดพลาด ทำไม่สำเร็จ การเกิดความท้อแท้ในการออกไปเยี่ยม
มันก็ต้องลดน้อยลงไปด้วยถ้ายังมีประสบการณ์ ดังนั้นสิ่งนี้ก็จะไป
ช่วยส่งเสริมให้ผลการทำงานเยี่ยมบ้านดีขึ้นได้ทางหนึ่ง
- นางฤทัย 265 เจ้าหน้าที่คนที่ทำงานมานาน พบเห็นปัญหามากย่อมรู้จักการ บรรทัดที่
- แก้ปัญหาได้ดีกว่าคนที่เพิ่งมาใหม่ และยิ่งถ้าเคยทำงานแบบเดียว
กันมาก่อนก็ไม่ต้องสอนกันมากมีความชำนาญอยู่แล้ว เรียกว่า
ยิ่งทำมานานงานยิ่งดีขึ้น
- ผู้วิจัย 270 มีท่านใดไม่เห็นด้วย หรืออยากเพิ่มเติมตรงไหนบ้างไหมคะ ใน
ประเด็นอื่นๆที่คุยผ่านมาแล้วก็ได้ ถ้าไม่มีก็ขอสรุปผลความคิดเห็น บรรทัดที่
- ของพวกเรา นะคะ พวกท่านในฐานะที่เป็นหัวหน้าหน่วยบริการ
ปฐมภูมิมีความคิดเห็นว่าขนาดและจำนวนบุคลากร การนิเทศงาน
การตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยบริการ การได้รับการอบรมงาน
เยี่ยมบ้าน การรับรู้บทบาทในการเยี่ยมบ้าน มนุษยสัมพันธ์ในการ
เยี่ยมบ้าน ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน และเจตคติต่องานมีผล บรรทัดที่

ต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนในเรื่อง
ของประสิทธิภาพการบริหารและการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการเยี่ยมบ้านไม่มีผลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านจะไม่ทราบว่า
ทุกท่านเห็นด้วยไหมคะ หรือว่ามีส่วนใดต้องการแก้ไข เพิ่มเติม
เชิญเลยคะ ถ้าไม่มีก็ต้องขอขอบคุณหัวหน้าทุกท่านที่สละเวลามา
พูดคุยกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครั้งนี้ ขอขอบคุณมากคะ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวผกาพรรณ จันทร์เพิ่ม
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 6 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2507
สถานที่เกิด	อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	33 หมู่ 5 ตำบลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ กลุ่มสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2548	วท.ด (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2537	กศ.ม (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2534	คป. (สุขศึกษา) จากสถาบันราชภัฏสวนสุนันทา
พ.ศ. 2528	ประกาศนียบัตรการพยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทสระบุรี