



การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีม
สุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ



รพีแพทย์ ประสิทธิ์นราพันธุ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีม
สุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับ
ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ"
ของ รพีแพทย์ ประสิทธิ์นราพันธุ์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร. นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ
ผู้วิจัย	รพีแพทย์ ประสิทธิ์ธินราพันธ์
สถานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธิระวุฒิมวงษ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	การทำงานร่วมกัน, สมรรถนะ, การพัฒนาเครื่องมือ, ปฐมภูมิระบบสุขภาพอำเภอ

บทคัดย่อ

มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพนำไปสู่บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ของประเทศไทย ยังมีอย่างจำกัด วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อพัฒนาความตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน แบบเชิงสำรวจแบบเปิด ในขั้นตอนเชิงคุณภาพมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 37 คน ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและนักวิชาการที่มีประสบการณ์การทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงประเด็น ตรวจสอบข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลและตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ร่วมวิจัย ขั้นตอนเชิงปริมาณ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน และหาค่าความเที่ยงในแบบสอบถามฉบับสุดท้าย จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 497 คน

ผลการศึกษา พบว่า แบบสอบถามฉบับสุดท้ายมีจำนวน 49 ข้อ ระดับการวัด 5 ระดับ ค่า I-CVI ระหว่าง 0.86-1.00 และ S-CVI/UA = 0.87 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้ 6 องค์ประกอบ 1) ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 2) ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง 3) การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ 4) ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ 5) การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 6) ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน ผลการวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยันโดยพิจารณาจากค่า CFI = 0.99, RMSEA = 0.049, SRMR = 0.043 และค่า GFI = 0.84 เข้าใกล้ค่า The goodness-of-fit มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0.86 - 0.94

สรุปได้ว่า แบบสอบถามประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอมีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ สามารถนำไปประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้ออกแบบหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ



Title	DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT TO ASSESS INTERPROFESSIONAL COLLABORATION PRACTICE COMPETENCY FOR PRIMARY CARE TEAM IN DISTRICT HEALTH SYSTEM
Author	Raphiphaet Prasitnarapun
Advisor	Associate Professor Nithra Kitreerawutiwong, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2022
Keywords	Interprofessional collaboration, Competency, Instrument development, Primary care, District health system

ABSTRACT

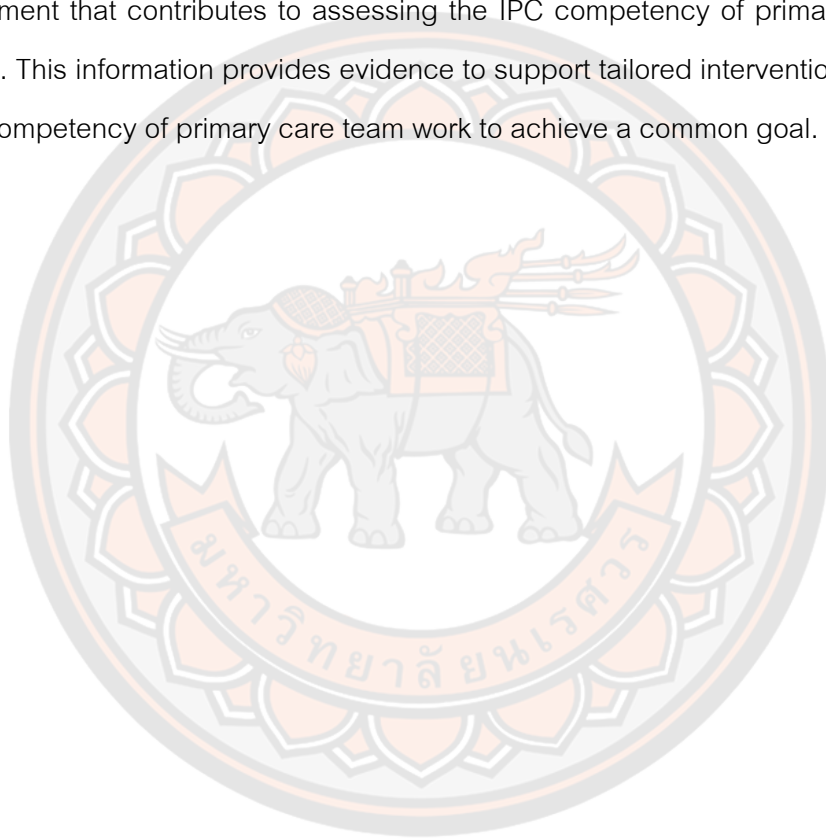
Background: Evidence shows that interprofessional collaboration (IPC) practice contributes to the quality of health care. However, there are limited instruments to assess IPC in providing primary care in the district health system (DHS) in Thailand. The aim of this study is to develop a valid and reliable questionnaire to assess the IPC competency of primary care team members in DHSs.

Methods: This study was designed as an exploratory mixed methods study. In the qualitative phase, 37 participants, including policymakers, practitioners, and academics with experience in primary care, were involved. Data were analysed using thematic analysis, and trustworthiness was verified by triangulation and peer debriefing. In the quantitative phase, content validity, exploratory factor analysis (EFA), confirmatory factor analysis (CFA), and reliability were conducted, and the final version of the questionnaire was evaluated with 497 participants.

Results: The findings showed an I-CVI range of 0.86-1.00 and S-CVI/UA = 0.87 for 49 items with a 5-point Likert scale. EFA suggested six factors: 1) collaborative teamwork, 2) population- and community-centred care, 3) communication and mutual

respect, 4) clarification of roles and responsibilities, 5) interprofessional reflection, and 6) interprofessional values and mixed skills. In the CFA results, the model fit indices were acceptable (CFI = 0.99, RMSEA = 0.049, SRMR = 0.043) or slightly less than the goodness-of-fit values (GFI = 0.84). All subscales showed acceptable Cronbach's alpha values with a range of 0.86–0.94.

Conclusions: The developed IPC competency scale is a valid and reliable instrument that contributes to assessing the IPC competency of primary care teams in DHSs. This information provides evidence to support tailored intervention to promote the IPC competency of primary care team work to achieve a common goal.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำ กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาโดยตลอด และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันประกอบด้วย อาจารย์ ดร.นายแพทย์ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วุฒิชัย จริยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์

กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ.ราชสีมา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ เป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ในการศึกษาระดับปริญญาเอก และในการทำวิจัยครั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจเครื่องมือวิจัย พร้อมให้คำแนะนำในการทำวิจัย

กราบขอบพระคุณ ท่านผู้บริหารสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย เป็นอย่างดีในการเข้าไปทำวิจัย และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ของผู้วิจัย ขอขอบคุณคุณลุง บ้า น้ำ อา พี่ น้อง ขอขอบคุณภรรยา ผู้ร่วมงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ เพื่อนร่วมชั้นเรียนทุกท่าน ตลอดจนजनทุกท่านที่ให้กำลังใจ ในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศให้กับทุกดวงจิต ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ และผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

รพีแพทย์ ประสิทธิ์นราพันธ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์งานวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ระบบบริการปฐมภูมิ.....	13
แนวคิดในการจัดการศึกษาและอบรมระหว่างวิชาชีพ.....	29
สมรรถนะ.....	40
แนวคิดการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	97

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	99
รูปแบบการวิจัย	99
ขั้นตอนการทำวิจัย	100
การวิเคราะห์ข้อมูล	127
ขั้นตอนการวิจัย	130
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย	132
บทที่ 4 ผลการวิจัย	133
ผลการศึกษาระยะที่ 1 ศึกษากรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ. 134	
ผลการศึกษาระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือสมรรถนะการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ. 152	
บทที่ 5 บทสรุป	199
สรุปผลการวิจัย	199
อภิปรายผลการวิจัย	202
ข้อจำกัดของการวิจัย	220
ข้อเสนอแนะ	220
บรรณานุกรม	222
ภาคผนวก	247
ประวัติผู้วิจัย	270

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงเปรียบเทียบความหมายและการทำงานร่วมกัน.....	34
ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ.....	42
ตาราง 3 แสดงการอบรม A Curriculum for an Interprofessional Seminar on Integrated Primary Care ของ American Psychological Association ในประเทศ สหรัฐอเมริกา.....	45
ตาราง 4 แสดงชุดความรู้และวัตถุประสงค์การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)	51
ตาราง 5 แสดงชื่อผู้แต่ง กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนกำหนดสมรรถนะ การวิเคราะห์ข้อมูลและสมรรถนะ ที่ค้นพบ	73
ตาราง 6 แสดงกระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ	102
ตาราง 7 แสดงผู้ให้ข้อมูลหลัก คุณสมบัติและจำนวนสำหรับการเก็บข้อมูล	106
ตาราง 8 แสดงกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้ใน การตอบแบบสอบถาม	124
ตาราง 9 แสดงค่าสถิติที่เหมาะสมและดัชนีความสอดคล้องของโมเดล	130
ตาราง 10 แสดงจำนวนข้อคำถามแยกตามองค์ประกอบของสมรรถนะ.....	153
ตาราง 11 แสดงจำนวนข้อคำถามแยกตามองค์ประกอบก่อนและหลังปรับแก้ไข	154
ตาราง 12 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและภาพรวมของแบบสอบถาม.....	156
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของแบบสอบถามที่ได้รับกลับและตอบสมบูรณ์	157
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n = 497).....	159
ตาราง 15 แสดงผลการสกัดองค์ประกอบหลังการหมุนแกน	162
ตาราง 16 แสดงเมตริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามหลังหมุนแกน (n=497).....	164
ตาราง 17 แสดงองค์ประกอบที่ 1	166
ตาราง 18 แสดงองค์ประกอบที่ 2	168
ตาราง 19 แสดงองค์ประกอบที่ 3	169

ตาราง 20 แสดงองค์ประกอบที่ 4	171
ตาราง 21 แสดงองค์ประกอบที่ 5	172
ตาราง 22 แสดงองค์ประกอบที่ 6	174
ตาราง 23 แสดงค่าความเชื่อมั่นสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา แต่ละองค์ประกอบ	175
ตาราง 24 แสดงค่าสถิติค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับโมเดล	176
ตาราง 25 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	178
ตาราง 26 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง	180
ตาราง 27 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ	182
ตาราง 28 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่	184
ตาราง 29 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ..	186
ตาราง 30 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ด้านการให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน ..	188
ตาราง 31 แสดงค่าสถิติค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับโมเดล	189
ตาราง 32 แสดงจำนวนข้อคำถามแยกตามองค์ประกอบ	191
ตาราง 33 แสดงข้อมูลทั่วไปของแบบสอบถาม	196
ตาราง 34 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และค่าคะแนนสูงสุดจำแนกตามองค์ประกอบ (n = 497)	197
ตาราง 35 แสดงการแปลงค่าคะแนนรายองค์ประกอบ (n=497)	198

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	98
ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการวิจัย.....	131
ภาพ 3 แสดงองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ	177
ภาพ 4 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง.....	190



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 20 รูปแบบการเกิดโรคเป็นโรคเดี่ยว (Single burden of disease) การจัดการศึกษาและอบรมทางด้านสุขภาพในยุคนั้น จึงเป็นการจัดการศึกษาเป็นแบบสาขาเดียว การประกอบอาชีพเป็นแบบวิชาชีพเดียว (O'Halloran, Hean, Humphris & Macleod-Clark, 2006) โดยการจัดการศึกษาและอบรมเป็นแบบใช้หลักสูตรเป็นหลัก (Curriculum based) ต่อมา ในปี ค.ศ. 2010 (Frenk et al., 2010) เสนอให้มีการปฏิรูปการศึกษาด้านสุขภาพ โดยจัดอบรมเป็นแบบใช้สมรรถนะเป็นหลัก (Competency based) เนื่องจาก ระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน ประกอบกับปี ค.ศ 2020 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก เพิ่มขึ้นเป็น 702.9 ล้านคน และจากการ คาดประมาณการณ์ขององค์การสหประชาชาติ ระบุว่าในปีค.ศ 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้าน คน เป็นโครงสร้างประชากรที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดระหว่างปี ค.ศ 1990-1995 และ 2015-2020 ยืนยาวขึ้น 7.7 ปี และระหว่างปี ค.ศ 2015-2020 และ 2045-2050 จะเพิ่มขึ้นอีก 4.5 ปี (United Nations, 2019) รวมถึงรูปแบบการเกิดโรคเป็นแบบสามภาวะ โรค (โรคเรื้อรัง โรคติดเชื้อ และอุบัติเหตุ/โรคอุบัติใหม่) (Frenk & Gómez-Dantés, 2011) และการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการที่ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (Patient-center care) (Fix et al., 2018) ดังนั้นการตอบสนองของระบบบริการสุขภาพด้วยวิชาชีพเดียวจึงไม่เพียงพอ

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional collaboration practice: IPCP) คือ บุคคลากรวิชาชีพสุขภาพจากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกันกับ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และ ชุมชน เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้รับบริการ (World Health Organization, 2010) จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพลดความซ้ำซ้อนของงานที่ทำ ร่วมกัน ทำให้ประหยัดทรัพยากร ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (Chan & Wood, 2010; Gougeon, Johnson & Morse, 2017) ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การลดลงของดัชนีมวล กาย การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น (Barceló et al., 2010; Nagelkerk et al., 2018) ทำให้บริการ สุขภาพที่จัดให้ไร้รอยต่อ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผล เข้าถึงบริการ อีกทั้งยังทำให้เกิดการคงอยู่ของผู้ให้บริการ (Mann et al., 2009) นอกจากนี้ การทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพ ทำให้มีความใกล้ชิดกัน มีการสื่อสาร ปกป้องกัน อีกทั้งยังเป็นการนำความรู้ ทักษะ ของคนในทีมมาใช้สนับสนุนซึ่งกันและกัน (Booth & Hewison, 2002; Chan & Wood, 2010)

ข้อมูลในทางเศรษฐศาสตร์ สถานบริการปฐมภูมิ ในประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานว่า การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี สามารถลดจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 28 และแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 50 ลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 49 และลดการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ร้อยละ 67 ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่ลดลง 721,654 ดอลลาร์ หรือลดลงร้อยละ 51 (Hardin, Kilian & Spykerman, 2017) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งศึกษาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในจำนวน 24 การศึกษา พบว่า จาก 17 ใน 24 การศึกษา มีผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การหกล้ม คุณภาพชีวิต การดำเนินกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า ดีขึ้น (Morgan, Pullon & McKinlay, 2015; Tsakitzidis et al., 2016) กล่าวได้ว่า การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ จะทำงานแบบคู่ขนาน (Parallel) (Mitchell, 2005) ส่วนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพทำงานแบบร่วมกันโดยไม่ได้จำกัดเฉพาะวิชาชีพสายสุขภาพ หรือในสถานบริการสุขภาพ และมองการทำงานการแก้ไขปัญหามองในภาพกว้างในกลุ่มประชากร (Green & Johnson, 2015)

สำหรับทีมระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) เป็นการร่วมมือของแต่ละวิชาชีพโดย อย่างน้อยต้องมีระดับการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยบริการ แต่ละวิชาชีพมีความอิสระในวิชาชีพของตนเอง (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, 2005) ส่วน ทีมร่วมสาขาวิชาชีพ (Transdisciplinary team) คือวิชาชีพมาปฏิบัติงานร่วมกัน มีข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ไม่มีข้อจำกัดของเส้นแบ่งทางวิชาชีพ มีความตั้งใจที่จะแลกเปลี่ยน ความรู้และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพซึ่งกันและกัน (King et al., 2009; Stepan, Thompson & Buchanan, 2002) การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการทำงานระหว่างวิชาชีพ ที่แบ่งปันความเชี่ยวชาญ ภายในทีมทำงาน และมองการทำงานการแก้ไขปัญหามองในภาพกว้างในกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตามในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพได้นั้น ต้องผ่านการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional education: IPE) เพื่อให้แต่ละวิชาชีพมีทักษะในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (World Health Organization, 2010)

ในต่างประเทศ มีการจัดอบรมและการเรียนการสอนเพื่อให้แต่ละวิชาชีพสามารถทำงานร่วมกันแบบระหว่างวิชาชีพได้ มีทั้งในระดับทางคลินิกและปฐมภูมิ เช่น มหาวิทยาลัยเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ในระดับคลินิกมีการฝึกอบรมโดยใช้การเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ (Simulation-based) ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร และแพทย์ มาเรียนร่วมกัน เพื่อเกิดสมรรถนะ 1) ค่านิยมและจริยธรรม 2) บทบาทและความรับผิดชอบต่อ

หน้าที่ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4) ทีมและการทำงานเป็นทีม (Wietholter et al., 2017) และประเทศแคนาดา มีการจัดอบรมภายใต้แนวคิด การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เช่น การเรียนรู้ในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ในสถานบริการปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยลิวาล เมืองควิเบกได้จัดวิชาชีพแพทย์พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ ได้เรียนรู้ร่วมกันโดยจัดอบรมทั้งหมด 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การทำความเข้าใจแนวคิด ระยะที่ 2 การเข้าใจในบทบาทแต่ละวิชาชีพ และ ระยะที่ 3 การแก้ไขปัญหาและข้อขัดแย้งร่วมกัน เพื่อเกิดสมรรถนะ 1) การสื่อสาร 2) บทบาทและการทำงานเป็นทีม 3) การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง และ 4) การวางแผนพัฒนาการทำงาน (Paré, Maziade, Pelletier, Houle & Iloko-Fundi, 2012) นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ได้จากการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Blended learning approach) วิธีการสอน ประกอบด้วย 1) การเรียนแบบออนไลน์ 2) ผู้เรียนพบกันในระบบออนไลน์เพื่อรับงานที่ได้รับมอบหมาย และ 3) ผู้เรียนพบกันในห้องเรียน ผู้เรียนประกอบด้วยนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ประกอบด้วย ทันตแพทย์ แพทย์พยาบาล เกษษกรและนักกายภาพบำบัดในศูนย์การแพทย์ศึกษา เพื่อให้เกิดสมรรถนะ 1) การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 2) บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4) การแก้ไขความขัดแย้ง และ 5) ภาวะผู้นำและการเป็นสมาชิกทีม (Chen et al., 2017) สอดคล้องกับ มหาวิทยาลัยพิตส์เบิร์ก รัฐเพนซิลเวเนียได้มีการจัดการการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional education: IPE) แบบออนไลน์ ให้กับทีมสหวิชาชีพสุขภาพ เช่น พยาบาล ผู้ทำงานด้านสาธารณสุข และนักให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรม ที่ทำงานศูนย์บริการปฐมภูมิการป้องกันการใช้สารเสพติดในชนบท เพื่อเกิดสมรรถนะการทำงานร่วมกัน โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจผลลัพธ์การเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 2 การฝึกปฏิบัติการศึกษาจำลอง ขั้นตอนที่ 3 การสนทนาระหว่างวิชาชีพกับกรณีศึกษา และขั้นตอนที่ 4 การแบ่งปันทรัพยากรในการดูแล เพื่อเกิดสมรรถนะ 1) ค่านิยมและจริยธรรม 2) บทบาทและความรับผิดชอบ ต่อหน้าที่ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และ 4) ทีมและการทำงานเป็นทีม (Puskar et al., 2016) เห็นได้ว่าการเรียนการสอนที่ดำเนินการในระดับปริญญาตรี (Undergraduate Degrees) และระดับบัณฑิตศึกษา (Graduate degrees) ซึ่งเป็นการพัฒนาก่อนสำเร็จการศึกษา โดยวิชาชีพที่เข้าร่วมในการศึกษาร่วมกัน มีความหลากหลายทั้งด้านสุขภาพ สังคมสงเคราะห์ และนักให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรม วิธีการจัดการศึกษามีหลายวิธีเพื่อให้เกิดสมรรถนะการทำงานร่วมกัน ตามลักษณะของงานที่แต่ละวิชาชีพต้องทำงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการสำเร็จการศึกษา ออกมาปฏิบัติงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น บทบาทหน้าที่มีการขยายให้ครอบคลุมสถานการณ์ที่

ซับซ้อน (Complexity) สมรรถนะการทำงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพต้องทำงานร่วมกัน จำเป็นต้องกำหนดไว้ เพื่อออกแบบวิธีการอบรมให้เหมาะสม โดยสรุป เห็นได้ว่าในต่างประเทศมีการเตรียมกำลังคนในระบบสุขภาพให้สามารถทำงานร่วมกันผ่านการเรียนร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่มีการกำหนดสมรรถนะอย่างชัดเจน

สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐานที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะอื่น (Attributes) เช่น ทักษะ/ลักษณะนิสัย หรือบุคลิกภาพต่าง ๆ ที่ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง (McClelland, 1973) ซึ่งสมรรถนะเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงาน ทำให้มั่นใจว่าบุคคลมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จของงานได้ (Fey & Miltner, 2000) ถ้าหน่วยงานมีบุคลากรที่ขาดสมรรถนะไม่พร้อมที่จะปฏิบัติงาน อาจเกิดความผิดพลาดและความเสี่ยงได้ แต่ถ้าบุคลากรมีสมรรถนะจะทำให้เกิดความมั่นใจว่าหน่วยงานได้ให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงแก่ผู้รับบริการ เนื่องจากการมีสมรรถนะของบุคลากรจะช่วยลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดและช่วยปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น (Taylor, 2000) ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะมักพบในการพัฒนากำลังคนทั้งในขณะศึกษา และหลังสำเร็จการศึกษา

การกำหนดสมรรถนะของการพัฒนากำลังคน ของประเทศแคนาดา มีการออกแบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องทั้งก่อนสำเร็จการศึกษา และการศึกษาต่อเนื่องเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว (College of Health Disciplines, 2008) ส่วนประเทศออสเตรเลีย หน่วยงานการศึกษาทางคลินิกและฝึกอบรมควีนแลนด์ (Clinical Education and Training Queensland) ได้มีการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ในสายวิชาชีพสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และประเทศโอมาน กระทรวงสาธารณสุข ได้สร้างสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในสายผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพในโรงพยาบาลและสายการศึกษา ประกอบด้วยอาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา และนักกายภาพบำบัด (Al Harthy et al., 2018) สำหรับประเทศในทวีปเอเชีย พบว่ามีการพัฒนารอบแนวคิดของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในประเทศญี่ปุ่น ในกลุ่มวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (Sakai et al., 2017) ซึ่งแต่ละประเทศจะมีการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันในการพัฒนากำลังคนของประเทศแตกต่างกันออกไป ตามระบบสุขภาพของประเทศของตน

ในส่วนของประเทศไทย มีการนำแนวคิดการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ (Transformative education of health professionals) โดยสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการตอบสนองและคงไว้ซึ่งระบบสุขภาพที่ยั่งยืน มีเป้าประสงค์เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศาสตร์ศึกษาศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยมูลนิธิพัฒนาศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ (ศสช.) เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและได้มีการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยคณะอนุกรรมการการศึกษาวิชาชีพสุขภาพ แบบสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการทดลองปรับใช้สำหรับนักศึกษาในหลักสูตรต่าง ๆ ในชั้นปีแรกและชั้นปีก่อนสำเร็จการศึกษา มีการกำหนด วิธีการสอนแบบที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ก่อนออกไปปฏิบัติงานร่วมกันหลังสำเร็จการศึกษา (วณิชชา ชื่นทองแก้ว, 2561)

นอกจากนี้สำหรับผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) โดยการอบรมดังกล่าวมาจากความสนใจของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดสมรรถนะหลัก (Core competencies) ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีมและ 6) การรู้จักใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการ และสมรรถนะเงา (Shadow competencies) ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์ 2) การสื่อสาร 3) การให้อำนาจ และ 4) การสร้างคุณค่า โดยสมรรถนะดังกล่าวได้กำหนดมาจากนักวิชาการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกำหนดสมรรถนะอย่างเป็นระบบ ดำเนินการ ผ่านความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานในแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ยกเว้น ทดลองใช้ และประเมิน ซึ่งสมรรถนะที่ได้ พบในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในสถานบริการระดับตติยภูมิ และปฐมภูมิ ประกอบไปด้วยบุคลากรทางสุขภาพและด้านอื่น ๆ ทำงานร่วมกัน (Al Harthy et al., 2018; Bahnisch et al., 2012; Haruta et al., 2018; Yamamoto et al., 2014)

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบที่ให้บริการสุขภาพที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม เชื่อมต่อกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้สามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (Starfield, 1994; สุพิศตรา ศรีวิชิชากร,

2559) สำหรับประเทศไทย ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นบริการสำคัญภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการภายใต้ระบบคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) และจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Primary care unit (PCU) การทำงานระดับปฐมภูมิ ปัจจุบันดำเนินการภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วยทีมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักการแพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และนักจิตวิทยาคลินิกเป็นต้น เพื่อให้การให้บริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของผู้รับบริการ (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในแต่ละประเทศ มีความหลากหลาย จากรูปแบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ตามทรัพยากรและการออกแบบบริการสุขภาพของประเทศนั้น เช่น ประเทศอังกฤษกำหนด กรอบแนวคิดสมรรถนะระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional capability framework) ในปี ค.ศ. 2004 ประกอบด้วย 1) ความรู้ในการปฏิบัติ 2) จริยธรรมในการปฏิบัติ 3) การทำงานระหว่างวิชาชีพ และ 4) การสะท้อนคิด ประกอบด้วยนักศึกษาสายสุขภาพและนักศึกษาด้านสังคมสังเคราะห์มาทำงานร่วมกัน (Walsh, Gordon, Marshall, Wilson & Hunt, 2005) ประเทศแคนาดา กำหนดกรอบแนวคิดสมรรถนะระหว่างวิชาชีพแห่งชาติ A National Interprofessional Competency Framework ปี ค.ศ. 2010 ประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่น 2) การยึดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแล 3) การทำงานเป็นทีม 4) ภาวะผู้นำและความร่วมมือ 5) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และ 6) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ เป็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในสถานบริการระดับตติยภูมิ ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพหลากหลายสาขา (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010) สำหรับประเทศออสเตรเลีย กำหนดกรอบแนวคิดสมรรถนะระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional capability framework) ปี ค.ศ. 2010 ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร 2) การทำงานเป็นทีม 3) ความชัดเจนในแต่ละบทบาทหน้าที่ 4) การแก้ไขความขัดแย้ง 5) การสะท้อนคิด (Curtin Interprofessional Capability Framework, 2010) ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดกรอบแนวคิดสมรรถนะหลักในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice) ปี ค.ศ. 2016 ประกอบด้วย 1) ค่านิยมและจริยธรรมในการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพ 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4) ทีมและการทำงานเป็นทีม เป็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพหลากหลายสาขา (Interprofessional Education Collaborative Expert

Panel, 2016) สำหรับประเทศสวีเดนพบกรอบสมรรถนะการทำงาน 4 ด้าน 1) ตระหนักรู้ในทักษะ การปฏิบัติงานและสมรรถนะของวิชาชีพอื่น ๆ 2) ประสานงานกับวิชาชีพอื่น 4) การรู้ในบทบาท และความสามารถของวิชาชีพอื่น ๆ (Areskog, 2009) และในประเทศญี่ปุ่น พบกรอบสมรรถนะ 6 ด้าน คือ 1) ทักษะคิดและความเชื่อของวิชาชีพ 2) ทักษะการจัดการทีม 3) การดำเนินงานเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายของทีม 4) ให้การดูแลและเคารพผู้ป่วย 5) ทักษะคิดและการปรับพฤติกรรม เพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีม และ 6) การปฏิบัติตามบทบาทของวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมรรถนะ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพ และนักสังคมสงเคราะห์ (Yamamoto et al., 2014)

ทั้งนี้ สำหรับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดกรอบแนวคิด สมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Framework for action on Interprofessional Education and Collaborative Practice) ปี ค.ศ. 2016 จำนวน 5 ด้าน 1) การทำงานเป็นทีม 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การสื่อสาร 4) การเรียนรู้และการ สะท้อนคิด 5) ความสัมพันธ์กับตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย และ 6) ฝึกปฏิบัติ จริยธรรม (World Health Organization, 2010) เห็นได้ว่าในต่างประเทศจะมีสมรรถนะการทำงาน ที่หลากหลาย ส่วนใหญ่กำหนดในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ประเทศไทย มีการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพ ระดับอำเภอโดยผู้เชี่ยวชาญในโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้าง สมรรถนะหลัก (Core competencies) ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีมและ 6) การรู้จักใช้เครื่องมือ ในการบริหารจัดการ และสมรรถนะเงา (Shadow competencies) ได้แก่ 1) การสร้าง ความสัมพันธ์ 2) การสื่อสาร 3) การให้อำนาจ และ 4) การสร้างคุณค่า โดยการดำเนินการ โครงการ DHML เป็นการดำเนินการแบบสมัครใจ ไม่ได้มีการจัดทุกพื้นที่ และจากการประเมิน การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในรูปแบบของทีมหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 2 โดยวิธีการ เชิงคุณภาพ พบว่า บทบาทระหว่างวิชาชีพยังไม่ชัดเจน บุคลากรขาดการเตรียมความพร้อมใน การทำงานเป็นทีม (Kitreerawutiwong, Mekrungrongwong, Wongwonsin & Phetphum, 2018) เห็นได้ว่า สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ มาจากนักวิชาการ ยังไม่ครอบคลุมภาคส่วนอื่น เช่น ผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ เป็นต้น

วิธีการพัฒนากรอบสมรรถนะ (Competency framework) ได้มาจากหลายวิธีการ เช่น เทคนิคเดลฟายแบบอิเล็กทรอนิกส์ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 รอบ (Murphy, Walker, Duff & Williams, 2016; Taylor et al., 2016) ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยการทำเดลฟายและการประชุมนอมินอลกรุป (Nominal Group technique) (Davis, Turner, Hicks & Tipson, 2008) หรือจากทบทวนวรรณกรรมและผ่านความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยกร่างกรอบสมรรถนะ และไปทดลองใช้ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) กำหนดวัตถุประสงค์กรอบสมรรถนะ 2) ขอความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ 3) พัฒนาการสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูล 4) วางแผนวิธีการและเก็บข้อมูล 5) ระบุสมรรถนะและสร้างกรอบสมรรถนะ 6) ประยุกต์ใช้กรอบสมรรถนะ 7) ประเมินและปรับปรุงกรอบสมรรถนะ (Marrelli, Tondora & Hoge, 2005) มีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงโครงสร้างของสมรรถนะที่ได้ (Haruta et al., 2016; Norris et al., 2015) ซึ่งเมื่อได้กรอบสมรรถนะแล้วจะนำไปสู่การสร้างเครื่องมือ เพื่อประเมินสมรรถนะในขั้นต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดด้านการพยาบาลเป็นศูนย์กลาง ใช้เฉพาะกับกลุ่มแพทย์และพยาบาล แต่ยังไม่เหมาะสำหรับการวัดในกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Kenaszchuk, Reeves, Nicholas & Zwarenstein, 2010) นอกจากนี้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดทัศนคติในทีมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ซึ่งออกแบบสำหรับการเรียนทางคลินิก ไม่ใช่ในทีมผู้ปฏิบัติงานในชุมชน (Heinemann, Schmitt, Farrell & Brallier, 1999) และเครื่องมือประเมินการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ของทีมสุขภาพ ประเทศแคนาดา The assessment of inter-professional team collaboration scale (AITCS) (Orchard, Pederson, Read, Mahler & Laschinger, 2018) ส่วนการศึกษาของ (Haruta et al., 2016) พัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ Competency Scale (CICS29) เน้นกลุ่มเป้าหมายวิชาชีพสายสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และ Shimmura & Tadaka (2018) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในกลุ่มที่ดูแลเด็กที่มีโรคซับซ้อนในคลินิก ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ จะใช้ประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก ที่ใช้ในการประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิมีจำกัด

บริการปฐมภูมิของประเทศไทย ในระยะหลัง 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนบุคลากรระดับวิชาชีพ ที่เป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และในส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ลงมาช่วยในหน่วยบริการ

เพิ่มมากขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชะลอลเดช & พงกษา บุญบุญ, 2558) มีการทำงานร่วมกันจากหลายวิชาชีพ ที่ต้องการประสาน ทำงานและวางแผนร่วมกันในการดูแล สุขภาพของประชาชน ซึ่งยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานระหว่างวิชาชีพ ในระดับปฐมภูมิจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่นผู้เชี่ยวชาญแต่ละวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพ อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระดับปฐมภูมิ ประโยชน์ของเครื่องมือประเมินนี้จะช่วยให้หน่วยบริการ และสถานศึกษา บุคลากรทางด้านสุขภาพ เข้าใจสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และนำไปเป็น แนวโน้มในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมกำลังคนในระดับปฐมภูมิโดยใช้แนวคิดสมรรถนะเป็น ฐาน (Competency-based training) เพื่อเพิ่มผลผลิตการดูแลผู้รับบริการที่ดีขึ้น ป้องกัน ข้อผิดพลาดในการทำงานรวมกัน ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีใน การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะและองค์ประกอบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ มีอะไรบ้าง
2. เครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่ออธิบายสมรรถนะและองค์ประกอบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีม สุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีม สุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีคุณภาพ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและปริมาณ แบบสำรวจ (Exploratory mixed methods research design) วิธีการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พัฒนารอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยาม ของสมรรถนะการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เมื่อได้ข้อมูล เชิงคุณภาพระยะที่ 1 นำข้อมูลมาเชื่อมต่อ (Connect) ในระยะที่ 2 โดยดำเนินการต่อใน ระยะที่ 2

ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ซึ่งประยุกต์ขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือของ DeVellis (2017) มาใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ คือ ผู้เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในบริการปฐมภูมิ ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และนักวิชาการ เพื่อให้ครอบคลุมมาจากแนวคิดของทุกภาคส่วน และทุกกลุ่ม อย่างเป็นระบบ สำหรับประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 คือ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินการ งานวิจัยเริ่มดำเนินการหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ในปี 2563 หมายเลขโครงการวิจัย COA No. 180/2020 IRB No. P3-0027/2563

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบริบทการทำงานของทีมผู้ปฏิบัติงานการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประชากรในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางด้าน ประเพณีและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ในบริบทการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ในเขตสุขภาพอื่น ได้ จากการที่ขั้นตอนแรกของการค้นหาความหมายและองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ทำการค้นหาจากตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในทุกวิชาชีพ ครอบคลุมตัวแทนที่เป็นผู้กำหนดนโยบายจากระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด เพื่อให้ความหมายและองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความครอบคลุม

นิยามศัพท์เฉพาะ

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ สาธารณสุข ที่ทำงานร่วมกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินงานตามหน้าที่ในดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพที่ดี

ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ สาธารณสุข ด้านสังคม ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์

นักการแพทย์แผนไทย นักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข นักรังสีเทคนิค และ นักจิตวิทยาคลินิก ทำงานร่วมกันในพื้นที่รับผิดชอบ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในระบบสุขภาพอำเภอ

สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของ ผู้ประกอบวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นผลมาจาก ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะต่าง ๆ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ตัวอย่าง เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความชัดเจนในแต่ละบทบาทหน้าที่ การแก้ไขความขัดแย้ง เป็นต้น

บริการปฐมภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักการแพทย์แผนไทย นักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข นักรังสีเทคนิค และนักจิตวิทยาคลินิก และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในงานสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา หนังสือ บทความ งานวิจัย รายงานของหน่วยงานต่าง ๆ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างกรอบความคิดการวิจัยที่ขึ้นำประเด็นสำคัญในการศึกษา ซึ่งได้ข้อสรุปตามประเด็นต่อไปนี้

1. ระบบบริการปฐมภูมิ
 - 1.1 ความหมายระบบบริการปฐมภูมิ
 - 1.2 ระบบปฐมภูมิของต่างประเทศและประเทศไทย
 - 1.3 ความเชื่อมโยงของบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ
 - 1.4 ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.5 บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ
2. แนวคิดในการจัดการศึกษาและอบรมระหว่างวิชาชีพ
 - 2.1 การปฏิรูประบบการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - 2.2 การจัดการศึกษาร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
 - 2.2.1 แนวคิดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ Interprofessional educations (IPE)
 - 2.2.2 การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในต่างประเทศ
 - 2.2.3 การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในประเทศไทย
 - 2.3 การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
 - 2.3.1 แนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
 - 2.3.2 การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ
 - 2.3.3 การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในประเทศไทย

3. สมรรถนะ

3.1 ความหมาย

3.2 ประเภทของสมรรถนะ

3.3 สมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ

3.4 หลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ

3.5 หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

3.6 การอบรมโดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency based training)

4. แนวคิดการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกัน

ระหว่างวิชาชีพ

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระบบบริการปฐมภูมิ

1. ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง เป็นบริการด่านแรกที่ทำให้ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศ และเป็นการดูแลทุกด้านที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชน ตามคำประกาศของอัลมา อัลตา (World Health Organization, 2010)

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง เป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงง่าย โดยมีแพทย์รับผิดชอบในการดูแล ตอบสนองทางด้านสุขภาพของประชาชน และมีการร่วมมือกับครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพให้มีความยั่งยืน (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996)

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ดูแลต่อเนื่อง (Ongoing care) มีลักษณะบริการแบบผสมผสาน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่เชื่อมประสานการบริการกับหน่วยบริการเฉพาะทางอื่น หรือประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care) (Starfield, 1994)

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุ (สุพัตรา ศิริวิณิชชากร, 2559)

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชีวิตชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป (สำเริง แหยมกระโทก, 2543)

สรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง เป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงง่าย ดูแลดูแลอย่างบูรณาการและผสมผสาน (Integrated & Comprehensive Care) บูรณาการงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ มีการผสมผสานระบบการแพทย์ มีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความทุกข์ของคน ดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care) ความเจ็บป่วยและสุขภาพต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ และเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งมีระบบส่งต่อ ไป กลับ (Referral System) กับหน่วยบริการในระดับอื่น ๆ

2. ระบบบริการปฐมภูมิของต่างประเทศและประเทศไทย ประเทศอังกฤษ

ระบบสุขภาพประเทศอังกฤษหรือสวัสดิการเต็มรูปแบบประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรีและเสมอภาคกันหมด ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ National Health Service (NHS) ซึ่งถูกตั้งในปี ค.ศ.1948 รัฐบาลใช้เงินจากการเก็บภาษีทั่วไปในการสนับสนุนเรื่องของระบบสุขภาพสำหรับระบบสุขภาพมีการแยกผู้ซื้อออกจากผู้ให้บริการ และการบริการปฐมภูมิถูกแยกจากการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิอย่างชัดเจน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งหน่วยบริการแต่ละแห่งจะได้รับงบประมาณคงที่ตามจำนวนประชากรผู้ขึ้นทะเบียน โดย

จะต้องให้บริการและรับผิดชอบประชาชนทุกคนในเขตพื้นที่ตามที่รัฐกำหนด สำหรับกองทุนบริการปฐมภูมิ Primary Care Trust (PCTs) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ โดย PCTs จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรผู้ขึ้นทะเบียน ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้บริหารจัดการและทำหน้าที่เป็นผู้ที่คอยดูแลคนไข้ว่าป่วยมากน้อยอย่างไร ก่อนที่จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล หากจำเป็น (Gate Keeper) ร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยกิจกรรมในระดับปฐมภูมิ จะให้การดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลหรือบำบัดเจ็บที่พบบ่อย การจัดการโรคเรื้อรังและการเยี่ยมบ้าน (Roland, Guthrie & Thomé, 2012)

ประเทศแคนาดา

ระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศแคนาดาเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งรัฐบาลกลาง (State government) มีหน้าที่กำหนดนโยบายหลัก และสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุน CHT (Canada Health Transfer) (Department of Finance Canada, 2020) จัดสรรงบประมาณจากภาษีให้หน่วยงาน Health benefits ในแต่ละจังหวัด (Province) / แคว้น (Territory) ของรัฐบาลท้องถิ่น (Provincial government) เป็นผู้รับผิดชอบบริหารระบบประกันสุขภาพ และดูแลการให้บริการแก่ประชาชนที่มีสิทธิ โดยที่แต่ละมลรัฐและเขตปกครองมีนโยบายต่างกัน และอาจมีระบบประกันสุขภาพเสริมที่มีกลุ่มประชากรที่ครอบคลุม มีข้อกำหนดด้านสิทธิประโยชน์ การร่วมจ่าย และอื่น ๆ แตกต่างกันไป เช่น ในจังหวัด Ontario จะมี Ontario Health (OH) Benefits เป็นผู้บริหารระบบ นอกจากนี้แล้วแต่ละจังหวัดในแคนาดายังมีอิสระในการวางนโยบายสุขภาพของตน ระบบประกันสุขภาพของแคนาดาครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ และผู้ใช้สิทธิส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในระบบบริการปฐมภูมิมีลักษณะ ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ โดยผู้ให้บริการ คือ แพทย์ประจำครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร และมีการให้คำแนะนำสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์ รวมทั้งการประสานงานเพื่อมีความต่อเนื่องและความสะดวกในการส่งต่อระหว่างระบบบริการเมื่อประชาชนต้องการบริการพิเศษเพิ่มเติมกับผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล ซึ่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะรวมถึง การป้องกันและรักษาโรค และการบำบัดเจ็บที่พบบ่อย บริการฉุกเฉินขั้นพื้นฐานประสานงานกับการดูแลในระดับอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลและการดูแลเฉพาะทาง การดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย การส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมพัฒนาเด็ก การดูแลคลอดบุตร และ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The Government of Canada, 2020)

ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพหลักเป็นแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมประชาชนในประเทศทุกคน รัฐบาลกลางโดย Department of Health and Aging หรือเทียบได้กับกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นผู้กำหนดนโยบาย และจัดสรรงบประมาณ สำหรับการบริการด้านสุขภาพ (Health services) โดยรัฐบาลระดับรัฐ เขตปกครอง หรือท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดำเนินงานตามนโยบายที่รัฐบาลกลางกำหนด ระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย เป็นระบบผสมผสานระหว่างการประกันสุขภาพของรัฐและของเอกชน การบริการด้านการรักษาพยาบาล ที่รัฐเป็นผู้จัดบริการให้แก่ประชาชนมีอยู่ 2 ระบบหลัก คือ Medicare Benefits Schedule (MBS) และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ซึ่งทั้งสองระบบนี้ปัจจุบันอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ Department of Human Services (Harris et al., 2010) ระบบบริการปฐมภูมิของออสเตรเลีย มีผู้ให้บริการหลากหลายทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไร บริการที่ให้ขั้นต้นในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะให้โดยทีมงานสุขภาพที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม อย่างต่อเนื่อง และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิ ถือว่าเป็นบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งชาวออสเตรเลียส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รวมถึงพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลชุมชน พยาบาลผดุงครรภ์ เกษัชกร ทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชาวอะบอริจิน บริการปฐมภูมินั้นมีหลากหลาย เช่น การส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน และการคัดกรองโรค การรักษาเบื้องต้น บริการอาจถูกกำหนดเป้าหมายไปยังกลุ่มประชากรเฉพาะเช่น ผู้สูงอายุ สุขภาพของแม่และเด็ก สุขภาพของเยาวชน ผู้คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทและห่างไกล (The Department of Health, 2013)

ประเทศญี่ปุ่น

ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเริ่มใช้ตั้งแต่เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี 1922 (Sakamoto et al., 2018) เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง ค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนใหญ่มาจากระบบประกันสุขภาพ และมีประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศญี่ปุ่นเป็นความร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลและเอกชน ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิหรือผู้ป่วยนอก โดยส่วนใหญ่จะมีภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการ โดยแพทย์ สามารถบริหารจัดการตรวจวินิจฉัยรักษาอย่างเบ็ดเสร็จในคลินิก ซึ่งในประเทศญี่ปุ่นประชาชนสามารถเลือกที่จะใช้บริการสุขภาพจากคลินิกหรือโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิได้โดยตรง ไม่ต้องรอใบส่งต่อจากแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งรัฐบาลญี่ปุ่นพยายามที่จะให้ประชาชน ใช้บริการปฐมภูมิก่อนเป็นอันดับแรกเพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ดีแล้วแต่กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสังคมสงเคราะห์ The Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) ที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและการบริหารระบบการดูแลสุขภาพภาพในประเทศญี่ปุ่น ได้เสริมสร้างการประสานงานของการดูแลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยให้ค่าธรรมเนียมเพื่อกระตุ้นการทำงานร่วมกันระหว่างการดูแลระหว่างปฐมภูมิและทุติยภูมิ ตัวอย่างเช่น ถ้ามีการจัดประชุมเพื่อเตรียมวางแผนจำหน่ายคนไข้ ก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับดูแลที่บ้านในชุมชน ระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาล กับแพทย์ที่ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน จะได้รับค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม จากการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้จัดการการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Kato et al., 2019)

ประเทศไทย

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นระบบพื้นฐานที่สำคัญในระบบสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะว่าเป็นระบบที่ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ มีความเท่าเทียมกัน และเกิดการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนโดยส่วนใหญ่ เกิดการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีสำหรับประเทศไทยมีพัฒนาการระบบบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง ในยุคแรก เป็นยุคของการต่อสู้โรคระบาด ได้มีการตั้งสถานบริการขึ้นมาชื่อ “สุขศาลา” เพื่อดูแลผู้เจ็บป่วยเล็กน้อย รักษาพยาบาลเบื้องต้น ฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น วัณโรค ปลูกฝี ยุคที่สอง ยุคของการใช้สาธารณสุขมูลฐานมาเป็นการแนวทางการพัฒนา เป้าหมายการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) และการบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (Basic health service: BHS) ตามคำประกาศอัลมา อตา (Alma Ata declaration) และในช่วงปี 2515 ได้เปลี่ยนสถานเฝ้าระวังขั้น 1 ที่พัฒนามาจากสุขศาลา ไปเป็น โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัด และสถานเฝ้าระวังขั้น 1 ไปเป็น สถานเฝ้าระวัง ให้บริการรักษาคนไข้ เจ็บป่วยขั้นพื้นฐานเบื้องต้น ก่อนส่งไปยังโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัด (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2560)

ต่อมากระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นจากโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัยในปี 2535 โดยอาศัยบทเรียนจาก “โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พร้อมกับการดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้การให้บริการสุขภาพที่ดีตามแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเกิดขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาติป กะทา, 2550) ยุคที่สาม พัฒนาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลมีการประกาศใช้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยให้ความสำคัญกับการมีหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟู รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลแห่งอื่นในกรณีเกินความสามารถของระดับปฐมภูมิ ทั้งยังจะสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลระดับอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาคีรัฐกับภาคเอกชนเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผ่านระบบคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) และจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Primary care unit(PCU) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดย สามารถแบ่งลักษณะของ PCU ได้ 5 ประเภท ได้แก่ 1) PCU ที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2) PCU ที่ตั้งอยู่ใน รพช. หรือ รพท./ รพศ. 3) PCU ของ รพช. หรือ รพท./ รพศ. แต่ตั้งใหม่อยู่ภายนอกโรงพยาบาล 4) PCU สังกัดเอกชน และ 5) PCU สังกัดสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข

ต่อมาในปีพ.ศ. 2553 ได้มีการเปลี่ยนชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิมาเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต.(Health Promoting Hospital) (สุพัตรา ศิริวิณิชชากร และคณะ , 2558) และ ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นนโยบายสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างเป็นเครือข่าย โดยหน่วยบริการประจำ ทำหน้าที่เป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care: CUP) โดยส่วนใหญ่ใช้การบริหารจัดการที่ใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง ในภาครัฐ ซึ่งการทำงานในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอ จะมีภาคส่วนอื่นที่มาร่วมทำงานกัน ไม่ได้มีเฉพาะแต่กระทรวงสาธารณสุขที่มาทำงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน เข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่าย

ในปี 2557 ได้พัฒนาแนวคิดทีมหมอบครอบครัว (Family Care Team: FCT) เพื่อให้สุขภาพของคนในครอบครัว มีการดูแลโดยทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งทีมหมอบครอบครัวประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพประชาชน (สำนักการบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และ ปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับปฐมภูมิ นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอบครอบครัว

(Primary Care Cluster: PCC) เพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขไทยให้ประชาชนได้รับการรักษาและส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้วยการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอบรรอบครัว ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม และใช้กระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวคิดในการดูแลประชาชน (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งการทำงานที่จะไปถึงเป้าหมายดังกล่าวนี้ จะต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ

3. ความเชื่อมโยงของบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ

ก่อนศตวรรษที่ 20 ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อรองรับ ปัจจัยทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสภาพสังคมที่มีความซับซ้อน ซึ่งประเทศไทยได้ประสบปัญหาเช่นเดียวกับนานาประเทศ เช่น บริการสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมพื้นที่ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มากขึ้น โรงพยาบาลแออัด (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2559) ระบบสุขภาพจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยเฉพาะระบบบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิที่มีความเข้มแข็ง จะช่วยให้ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประเทศไทยได้มีการแนวทางการพัฒนางานในระบบบริการปฐมภูมิมาเป็นลำดับ เช่น นวัตกรรมอาสาสมัครสาธารณสุข การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การส่งเสริมสุขภาพ (นิทรา กิจธีระวุฒินันท์ และวุฒิชัย จรिया, 2558) เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและประชาชนเชื่อมั่นในการใช้บริการปฐมภูมิเป็นที่แรกเมื่อเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการและความปลอดภัยของประชาชน ปัจจุบันระบบบริการปฐมภูมิ เริ่มมีการจัดการสุขภาพโดยการขับเคลื่อนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ หรือ District Health System (DHS) ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมที่มีการปรับเปลี่ยนหลายองค์ประกอบ และจะเป็นกลไกที่ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ถือเป็นจุดยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบปฐมภูมิในประเทศไทย เนื่องจากพื้นที่ระดับอำเภอเป็นพื้นที่ ที่มีขนาดพอดี มีทรัพยากรมากพอ ที่สำคัญประชาชนเข้าถึงง่าย สะดวก จะทำให้ประชาชนได้รับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมได้มาตรฐานและ อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอได้ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.)ประกอบด้วย โดยมีผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน ทั้งภาคสาธารณสุข ท้องถิ่น และประชาชน ประกอบด้วย นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนภาครัฐ 6 คน(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปลัดอำเภอ นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ตัวแทนภาคเอกชน/ผู้ประกอบการวิชาชีพ 6 คน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน เจ้าของโรงงาน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ) และตัวแทนภาคประชาชน 7 คน (ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ) ซึ่งคณะกรรมการทั้งหมดจะต้องมีการทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับคุณลักษณะของบริการปฐมภูมิที่ออกแบบให้เป็นงานบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน

4. ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Teams: PCT) หมายถึง ทีมของผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพทางสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน (Physiopedia, 2020)

ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Teams: PCT) หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ (Professionals) ที่สำเร็จการศึกษามาจากหลากหลายศาสตร์ มาทำงานร่วมกันตามโครงสร้างที่เป็นทางการ มีวัตถุประสงค์ มีการแบ่งปันเป้าประสงค์การทำงานร่วมกัน ในการมาทำงานร่วมตามบทบาทให้บรรลุตามเป้าประสงค์ของทีม (Doekhie, Buljac-Samardzic, Strating & Paauwe, 2017) คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562)

ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และให้หมายความรวมถึงบุคคลตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562)

โดยสรุป ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง ทีมของผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพทางสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน ประกอบด้วยหลากหลายวิชาชีพ มาทำงานร่วมกันตามโครงสร้างที่เป็นทางการ มีกำหนด และแบ่งปันเป้าประสงค์ การทำงานร่วมกัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักการแพทย์แผนไทย นักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

5. บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ

ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ของประเทศไทย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักการแพทย์แผนไทย นักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข นักรังสีเทคนิค และนักจิตวิทยาคลินิก โดยแต่ละวิชาชีพ จะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงานภาพรวมในระบบสุขภาพ (โสภณเมฆธน และคณะ, 2559) ดังนี้

1. ผู้ให้บริการ (Health care provider) ให้บริการเบ็ดเสร็จ ตามความเป็นทางสุขภาพของผู้รับบริการ
2. ครู (Teacher)/ ที่ปรึกษา (Consultant)/ ผู้แนะแนว (Counselor) ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งในสถานบริการในบ้าน และในชุมชน
3. ผู้จัดการ (Manager) บริหารจัดการในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ
4. ผู้ประสานงาน (Coordinator)/ ผู้สนับสนุน (Supporter) ประสานงานกับหน่วยงานทั้ง ในภาคสาธารณสุข (Intersectoral) และนอกภาคสาธารณสุข (Intersectoral) และสนับสนุน ให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น
5. นายประตู (Gate-keeper) เผื่อระวังปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วยของบุคคล ปัญหาสังคม ปัญหาครอบครัว โรคระบาด เป็นต้น และหาทางป้องกันและแก้ไขให้ทันกาล
6. เป็นแบบอย่างที่ดี (Role model) ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เช่น การออกกำลังกาย อาหาร สุขภาพ การควบคุมอารมณ์ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดให้โทษ การมีครอบครัวที่อบอุ่นการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น
7. เป็นนักรณรงค์ (Advocate)/ ผู้นำชุมชน (Community leader) เป็นผู้นำและรณรงค์สนับสนุนให้เกิดโครงสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การลดละบุหรี่ แอลกอฮอล์ เป็นต้น

8. เป็นผู้นำ (Leader) พร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ทุก ๆ ด้านอยู่ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ จนเกิดผลสำเร็จ ความภูมิใจและความสุข

บทบาทหน้าที่ของวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ
บทบาทของแพทย์

1. เป็นแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลให้บริการครบวงจรแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบร่วมกับทีมหมอครอบครัวใน ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและทำงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง รวมถึง อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการ

2. เป็นผู้นำในการใช้แนวคิดหรือหลักการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จะต้องมีความรู้และทักษะในการประยุกต์หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ากับชุมชน (Community Based Practice) เพื่อนำมาใช้กำหนดกระบวนการดูแลครอบครัวหรือ วางแผนการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ ทำให้ทีมสหวิชาชีพได้เข้าร่วมกระบวนการดูแลได้ตรงตามประเด็นสำคัญทางคลินิก ขณะเดียวกันก็ต้องมีความเข้าใจความละเอียดอ่อนในความเป็นมนุษย์

3. เป็นครู ผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ทางการแพทย์และความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัว แก่บุคลากร ทุกสาขา เช่น ฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายปัญหาผู้ป่วย (Case Conference) เป็นต้น

4. เป็นที่ปรึกษาแก่ประชาชนและทีมงาน ในการให้การสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ชุมชนในทางการแพทย์ มีบทบาทและทักษะในการชี้แนะทางออกของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ และร่วมวางแผนเพื่อสร้างแผนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลและจัดการตนเองได้

5. เป็นนักจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ แพทย์มีบทบาทร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาและวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในชุมชน วางแผนดำเนินการ ประเมินโครงการ และสรุปบทเรียนร่วมกับทีมซึ่งจะเสริมความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิในการแก้ไข และป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งวางระบบ การดูแลด้านต่าง ๆ เช่น จัดระบบบริการสนับสนุนการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD Support) จัดระบบงาน Long term care เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

1. ด้านบริการการดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัวทั้งเชิงรับและเชิงรุก ให้การดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เกี่ยวข้องของครอบครัวที่รับผิดชอบมีการพิจารณาถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบจากครอบครัวต่อผู้ป่วยจากมุมมองของทุกฝ่ายเพื่อการแก้ไขปัญหาย่างรอบด้าน ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูล (Evidence Base Practice) และยึดความคุ้มค่า คุ้มค่า เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว

2. ผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัว (Empowerment) และชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพ เช่น การสอน การเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติการ เป็นต้น มาใช้พัฒนาหรือดึงเอาศักยภาพที่แฝงอยู่ภายใน ออกมาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองตามบริบทที่แท้จริง

3. ให้คำปรึกษา/แนะนำ ด้านสุขภาพ แก่ครอบครัวที่รับผิดชอบ เพื่อให้ครอบครัวดูแลตนเองได้ และ/หรือมีการให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีที่ครอบครัว เช่น โทรศัพท์, LINE เป็นต้น

4. มีการประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วน ทั้งในทีมด้านสุขภาพ และทีมด้านสังคม และผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในชุมชน บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ใช่ทำงานแบบสั่งการกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำความรู้สึกร่วมในการรับผิดชอบต่อปัญหาออกมาใช้ในการสร้างทีม

5. บทบาทการพิทักษ์สิทธิ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของครอบครัวในความรับผิดชอบ เช่น ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย และเป็นผู้สูงอายุ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านเศรษฐกิจ ให้กับครอบครัว

6. บทบาทประสานงาน ประสานการดูแลกับทีมสนับสนุนในทุก ๆ ระดับ เช่น การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในกรณีที่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ ประสานกับอปท. ร่วมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ เป็นต้นดูแลให้เกิดความต่อเนื่องจนกระทั่งจบปัญหานั้น ๆ

บทบาทนักกายภาพบำบัด

สามารถแบ่งงานกายภาพบำบัดในคลินิกหมอครอบครัวออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. การดูแลในระดับบุคคล เป็นการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความต้องการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายด้วยกิจกรรมทั้งเชิงรับ เชิงรุกในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยแสดงบทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลตามกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญในชุมชนได้ ดังนี้

1.1 การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันนั้นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันซึ่งมีโอกาสฟื้นฟูให้กลับมาเคลื่อนไหวเป็นปกติได้

1.2 การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่มีความพิการถาวร ไม่สามารถฟื้นฟูให้สมรรถนะฟื้นคืนขึ้นมาได้นั้น ยังคงต้องการการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาโรคแทรกซ้อนหรือภาวะพิการซ้ำซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ, ข้อติด การติดเชื้ทางเดินหายใจจากภาวะนอนนาน, ภาวะไหลหลุด เป็นต้น

1.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการคงสภาพร่างกายหรือการฟื้นฟูด้านต่าง ๆ เช่น เด็กพิการ, ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง, ผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งสามารถให้การบำบัดฟื้นฟูเพื่อคงสภาพร่างกาย หรือกระตุ้นให้เกิดพัฒนาการเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีการทำงานได้เพิ่มขึ้น ในการรักษาร่างกายให้คงสภาพ

2. การดูแลระดับชุมชน หรือการสร้างระบบงานฟื้นฟูในชุมชน เป็นการออกแบบระบบบริการฟื้นฟูร่วมกับภาคีหรือผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อนำเอาศักยภาพของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพ ในภาวะที่ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ลักษณะของการดำเนินงาน ได้แก่ การสำรวจและวางแผนงาน สร้างกลุ่มผู้ดูแล (Care Giver) หรือจิตอาสาในชุมชนที่มีศักยภาพในการให้บริการฟื้นฟูในระดับต้น

บทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม

บทบาทหน้าที่งานเภสัชกรรมในคลินิกหออกรับผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. พัฒนาระบบยาในคลินิกหออกรับผู้ป่วย ได้แก่

1.1 งานบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่ การพัฒนาระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ของคลินิกหออกรับผู้ป่วย

1.2 งานบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวังการคัดกรอง การส่งมอบยา เป็นต้น โดยผลลัพธ์จากกิจกรรมนี้คือผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย

2. งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและค้นหาปัญหา ใช้ยา การให้ความรู้ การเสริมพลังด้านยาและสุขภาพ การวางแผนร่วมกันในการดูแลแก้ไขด้านสุขภาพ การออกแบบการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้าน ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

3. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ซึ่งมีได้มีบทบาทเพียงแค่นักงานเจ้าหน้าที่ในการ ตรวจสอบ แต่ครอบคลุมบทบาทถึงการจัดการความเสี่ยง ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Risk Management) การให้ความรู้การรณรงค์ และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่ชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Empowerment)

4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ

บทบาทของทันตแพทย์

1. การให้บริการตรวจรักษาแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยทันตกรรมที่มีโรคทางระบบต่าง ๆ ที่ซับซ้อนและผู้ป่วยที่จัดการยาก
2. ให้บริการสุขภาพฟันที่บ้าน ในรายที่จำเป็น และไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการได้ เช่นทำฟลูออไรด์ ถอนฟัน อุดฟันชั่วคราว ทำฟันปลอม
3. ประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวหรือผู้ดูแลในการร่วมกันดูแลอนามัยช่องปากในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้ป่วย Stoke ใส่ NG tube และอยู่ในภาวะ Dysphagia จำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกัน Aspirate pneumonia เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
4. บริหารจัดการ ให้การสนับสนุนทีมทันตบุคลากรในเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนในพื้นที่เช่น ให้ความรู้ การดูแลอนามัยช่องปากแก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต่าง ๆ ให้คำปรึกษาเมื่อทันตบุคลากรต้องถอนฟันหรือรักษาในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบที่ต้องระมัดระวังเป็นต้น
5. ประสานงานและ ให้คำปรึกษาที่ทีมสหวิชาชีพในการร่วมประเมินและดูแลผู้ป่วยรักษาโรคในช่องปาก ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการตามปัญหาที่พบอย่างเหมาะสม
6. เป็นที่ปรึกษาจัดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่และส่งต่อเพื่อให้ทีมทันตบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ อสม. และเครือข่ายร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น จัดระบบคัดกรองโรคมะเร็งในช่องปาก ระบบคัดกรองโรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น
7. เป็นนักจัดการ ร่วมกับชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาทันตสุขภาพ ออกแบบมาตรการในการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรครวมทั้งจัดระบบส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปากด้วย เช่น ร่วมกับโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชนในการควบคุมการบริโภคหวาน

บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข

1. บทบาทด้านการบริการ ปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคตรวจ โดยทำการคัดกรอง ตรวจและดูแลเบื้องต้น สอบสวนสืบสวนโรค ติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส เพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพที่ดี ร่วมประเมินสิ่งแวดล้อมทั้งในที่ทำงาน ประเมินสถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุขสถานที่สาธารณะทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

2. บทบาทด้านวิชาการหรือเทคโนโลยี มีบทบาทในการจัดหาฐานข้อมูลเบื้องต้น เช่น ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลประชากร สถานะสุขภาพของประชากรในเขต ดูแลด้านระบาดวิทยา ประมวลผลข้อมูลเพื่อนำไปใช้

3. บทบาทด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อสุขภาพประชาสัมพันธ์ เพื่อเผยแพร่สร้างความเข้าใจด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ สามารถป้องกันตนเองจากโรคและภัยสุขภาพ

4. บทบาทด้านการสนับสนุนงานบริการให้กับทีมสุขภาพ ทำการตรวจสอบสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีคุณภาพและเหมาะสมแก่การนำไปใช้งานอยู่เสมอ รวมทั้งสนับสนุนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุข เพื่อให้การบริการดังกล่าวเป็นไปอย่างราบรื่น

5. มีบทบาทในการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและจิตอาสา ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) และทำการกำกับดูแล นิเทศให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6. ในการพัฒนางาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล คาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรค พื้นที่เสี่ยง และกลุ่มประชากรเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนการทำงานให้กับคลินิกหมอครอบครัว และร่วมจัดทำโครงการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

7. บทบาทด้านการประสานงานร่วมกับทีม โดยทำการประสานงานทั้งภายในและภายนอกโดยเฉพาะการติดต่อเชื่อมโยงการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมการสุขภาพิบาล เพื่อให้เกิดการทำงานไปพร้อมกัน เป็นการสร้างหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกัน

บทบาทวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านจิตวิทยา

1. ให้บริการคำปรึกษาแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (NCD) ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด วิตกกังวลซึมเศร้า ผู้พิการ บุคคลที่มีปัญหาบุคลิกภาพ การประเมินคัดกรองทางเขาวนปัญญา/พัฒนาการและผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและปัญหาการเรียนรู้อื่นๆ

2. ร่วมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด

3. เป็นผู้ประสานงานการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน ในรายการที่มี ความจำเป็น เช่นประสานงานกับผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือด้านการดูแลที่พักอาศัยในกรณี ที่จำเป็น การจัดหาเบี้ยยังชีพตามสิทธิผู้พิการด้านจิต ตลอดจนการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการยัง โรงพยาบาลจิตเวช

4. เป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ ให้แก่ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ และภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ และร่วมดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ได้อย่างเหมาะสมและครบวงจร

5. ให้บริการการส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อ บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะ ในกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หรือในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ป่วย) และประชาชนทั่วไป การสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา อย่างง่าย เช่น แบบประเมินหรือแบบคัดกรองทางจิตวิทยาหรือทางสุขภาพจิต การถ่ายทอดความรู้ ทางจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพแก่ชุมชนตลอดจนงานเยี่ยมบ้านผู้ได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์ เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติต่าง ๆ เป็นต้น

6. สร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ประชาชน สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้โดยง่าย ผ่านทีมสหวิชาชีพและทีมสหสาขา เพื่อนำไป ขยายผลในพื้นที่ของตนเอง

7. เป็นผู้รวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาในชุมชนและ ข้อมูลงานสุขภาพจิตในชุมชน (งานพัฒนาวิชาชีพและองค์ความรู้ของตนเอง) เพื่อกำหนดเป็นแผน หรือแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง

บทบาทวิชาชีพแพทย์แผนไทย

บทบาทหน้าที่งานด้านแพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ มีดังนี้ (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และคณะ, 2560)

1. การให้บริการการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย ให้บริการตรวจวินิจฉัย ส่งการรักษาในโรคทั่วไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. บริการเภสัชกรรมไทย มีการจัดยา จ่ายยาแผนไทยที่ได้มาตรฐาน GMP รวมถึงยา ชีมันชั้นและฟ้าทะลายโจรตามนโยบาย First line drug

3. ทัศนคติด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำ สมุนไพร การดูแลมารดาหลังคลอด การพอกยาสมุนไพร และอื่นๆ ตามความชำนาญของแพทย์แผนไทยภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

4. บริการการแพทย์ทางเลือก ให้บริการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ สมุนไพรบำบัด SKT โดยผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

5. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน บริการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ในชุมชน บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในชุมชน

6. ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์พื้นบ้านเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ การตรวจรักษา ร่วมกับ PCC (Primary Care Cluster) และติดตามเยี่ยมบ้าน เช่น การดูแลมารดา และทารกหลังคลอด การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

7 การส่งเสริม อนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

8. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 0 – 5 ปี วันรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ

เห็นได้ว่าแต่ละวิชาชีพ จะมีจุดเด่นในศาสตร์ของวิชาชีพของตนเอง เช่น แพทย์ดูแลในการรักษาโรค ทันตแพทย์ดูแลด้านทันตกรรม พยาบาลดูแลครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรดูแลการใช้ยา นักกายภาพบำบัดดูแลฟื้นฟูสภาพทางกาย นักวิชาการสาธารณสุข ดูแลการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม นักจิตวิทยาดูแลให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต และนักแพทย์แผนไทยดูแลให้บริการการแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามแล้วแต่ในบริบท ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยยังมีความขาดแคลนกำลังคน ทำให้บางวิชาชีพมีการทำงานทดแทนกัน เช่น พยาบาลวิชาชีพรักษาโรคเบื้องต้นแทนแพทย์ จ่ายยาแทนเภสัชกรและนักวิชาการสาธารณสุขทำงานแทนพยาบาลในบางสถานการณ์ เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (รัชตวรรณ ศรีตระกูล และชนิษฐา นันทบุตร, 2564) อย่างไรก็ตาม เมื่อแต่ละวิชาชีพ เมื่อมาทำงานร่วมกัน จะต้องมีการประสานการทำงานร่วมกัน อันจะทำให้การทำงานของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดในการจัดการศึกษาและอบรมระหว่างวิชาชีพ

1. การปฏิรูประบบการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ก่อนปี ค.ศ. 1910 ได้มีการปฏิรูประบบการผลิตแพทย์ในสหรัฐอเมริกา มาอย่างต่อเนื่อง โดยผลจากรายงานของ Abraham Flexner ได้จุดประกายให้เกิดการปฏิรูปการศึกษาด้านสุขภาพอย่างหลากหลาย (Duffy, 2011) ผ่านระบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ของอาจารย์ (Experience-based) สู่การบูรณาการการเรียนรู้ที่อยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (Scientific-based) ทำให้บริการทางการแพทย์และการผลิตแพทย์ วางอยู่บนพื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมาก และต่อมาเพิ่ม (Problem-base) ส่งผลให้บริการสุขภาพมีคุณภาพดี อายุขัยของคนเพิ่มมากขึ้น และการพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยรวมดีขึ้นมาก

ในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดปัญหาด้าน วิกฤตการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำภัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทั่วโลกและความเสี่ยงจากทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนผ่านด้านประชากรสูงสังคมผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากการเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี ยิ่งไปกว่านั้น คุณภาพและความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ถือเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อทั้งระดับชาติและนานาชาติ (Frenk et al., 2010) ในธันวาคม พ.ศ. 2553 คณะกรรมาธิการได้เผยแพร่รายงานเรื่อง Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission มติ 1 ใน 5 การพัฒนาการศึกษาทางสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าคือ การพัฒนาทักษะโดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน การเรียนรู้ การเรียนรู้ผ่านทางไกลการเรียนแบบสหวิชาชีพและการทำงานเป็นทีม การเรียนรู้โดยการเชื่อมโยงการวิจัยและการศึกษาจากห้องเรียนสู่การฝึกภาคปฏิบัติ ภายหลังจากที่รายงานดังกล่าวถูกเผยแพร่ ได้มีความเคลื่อนไหวในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในการปฏิรูประบบการศึกษาตามข้อเสนอในรายงานฯ (Bhutta et al., 2010) ในหลายภูมิภาค เช่น แอฟริกา เอเชีย และอเมริกา โดยเฉพาะเครือข่ายของ 5 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ จีน อินเดีย ไทย และเวียดนาม ที่ได้ร่วมกระบวนกรปฏิรูประบบการศึกษานในสายสุขภาพ

2. การจัดการศึกษาร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

2.1 แนวคิดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ Interprofessional educations (IPE)

การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ Interprofessional educations (IPE) ของนักศึกษา มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ โดยการเรียนรู้และทำงานร่วมกัน เพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัยมีคุณภาพสูง เข้าถึงได้และมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล

ครอบครัว ชุมชนและประชากร (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011) การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ เกิดขึ้นเมื่อนักศึกษาจากสองวิชาชีพขึ้นไป มาเรียนรู้ซึ่งกันและกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2010) เมื่อนักศึกษาเรียนรู้ร่วมกันพวกเขามีแนวโน้มที่จะทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นและเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Heale, Dickieson, Carter & Wenghofer, 2014)

2.2 การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในต่างประเทศ

สถาบันทางการแพทย์ (The Institute of Medicine: IOM) ได้สนับสนุนการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (IPE) มาตั้งแต่ ปี ค.ศ.1972 ช่วงที่มีการประชุมครั้งแรกในการประชุม "Interrelationships of Educational Programs for Health Professionals" และ การเผยแพร่รายงานที่เกี่ยวข้อง ของ "Education for the Health Team" (Baldwin, 1996) (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011) และ IOM อ้างถึงการศึกษาศึกษาที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพจะต้องดำเนินการแบบสหวิชาชีพ โดยเชื่อมโยงการศึกษากับความต้องการในการดูแลสุขภาพของประชาชน และในปี 2001 รายงาน Crossing the Quality Chasm (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001) รายงานฉบับหลังนี้ได้กำหนดสมรรถนะหลักห้าประการสำหรับวิชาชีพสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ หนึ่งในนั้นคือด้านการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในขณะที่เดียวกัน Romanow (2002) ได้รายงานการศึกษา ให้กับคณะกรรมการที่ดูแลอนาคตระบบสุขภาพของแคนาดา โดยแนะนำให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพของประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ.2006 องค์การอนามัยโลกยังตีพิมพ์รายงานหลายฉบับรวมถึง Working Together for Health (World Health Organization, 2016) ซึ่งเรียกร้องรูปแบบการทำงานร่วมกัน สำหรับการเตรียมความพร้อมของระดับบัณฑิตศึกษา และในปี 2007 องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้งกลุ่มการศึกษาที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากนานาชาติ มาตรวจสอบรูปแบบการทำงานร่วมกัน จากสี่สิบสองประเทศ ผลลัพธ์คือ การเผยแพร่รายงาน Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (World Health Organization, 2010) รายงานดังกล่าวขอให้ผู้กำหนดนโยบาย นักการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน และผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพระดับโลก ให้การสนับสนุนรูปแบบการเรียนการสอนและการปฏิบัติแบบสหวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี (Bainbridge, 2010; Blue, Mitcham, Smith, Raymond &

Greenberg, 2010; Frenk et al., 2010) ซึ่งการเรียนแบบสหวิชาชีพได้เกิดขึ้นใน มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น มหาวิทยาลัยไมอามี, มหาวิทยาลัยมินนิโซตา, มหาวิทยาลัยบริติชโคลัมเบีย ตั้งแต่ปี 1970 โดยมีแหล่งสนับสนุนการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพจากหลายหน่วยงาน เช่น องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (The Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) และสหพันธ์แพทยศาสตร์แห่งโลก (World Federation for Medical Education : WFME) ได้มีการส่งเสริมกลยุทธ์การสอนแบบ IPE ในประเทศอเมริกา (Oandasan & Reeves, 2005) สำหรับประเทศในยุโรปที่จัดให้มีการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (IPE) (เช่นฟินแลนด์, สวีเดน, นอร์เวย์, สหราชอาณาจักร), ออสเตรเลีย, แคนาดา และประเทศกำลังพัฒนา (เช่น แอฟริกาใต้, ชูแดน, และประเทศไทย) (Oandasan & Reeves, 2005)

2.3 การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2554 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแผนงานพัฒนา ระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ได้สนับสนุนการดำเนิน “โครงการพัฒนาการศึกษา สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เหมาะสมในศตวรรษที่ 21” และในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 ที่ประชุมได้มีฉันทามติเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 มติสมัชชาสุขภาพ 5. มติ 3 เรื่อง “การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย” โดยข้อมติระบุว่า “ขอให้มีคณะกรรมการเฉพาะกิจที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ และในปี พ.ศ. 2557 มีการนำแนวคิดการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ (Transformative education of health professionals) มีการจัดตั้งสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มีเป้าประสงค์เพื่อการมีสุขภาพะของประชาชน และการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยมูลนิธิพัฒนาการศึกษามูลนิธิพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (ศสช.) มีคณะกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (IPE) ซึ่งเป็นตัวแทนจากสถาบันการศึกษาและสาขาวิชาชีพจากหลากหลายวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ดำเนินการขับเคลื่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ พร้อมกับกำหนดยุทธศาสตร์ของบุคลากรสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และกรอบแนวคิดในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ สำหรับนักศึกษา ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในหลักสูตรต่าง ๆ ซึ่งผู้สอนในสาขาวิชาต่าง ๆ สามารถนำไปพิจารณาใช้จัดการเรียนการสอน สามารถจัดเป็นกิจกรรมใหม่ในรายวิชาที่ปัจจุบันเปิดสอนอยู่แล้ว เป็นกิจกรรม เสริมหลักสูตร หรือพิจารณาใช้เป็น รายวิชาเลือกและ/หรือเป็นรายวิชาบังคับใน

หลักสูตรใหม่หรือหลักสูตรปรับปรุง โดยจัดในระดับชั้นปีแรก ๆ (Pre-professional Years) และในระดับชั้นปีก่อนสำเร็จการศึกษา (Professional Years) ทั้งนี้เพื่อหวังผลสัมฤทธิ์ให้นักศึกษาในอนาคตได้มีทักษะความรู้ จากการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหวิชาชีพ เมื่อสำเร็จการศึกษาสามารถนำความรู้จากการเรียนแบบสหวิชาชีพ ไปดูสุขภาพของประชาชนได้ดีขึ้น (วณิชานันท์, 2561)

ปัจจุบันแนวคิดนี้ได้ถูกนำไปใช้ในมหาวิทยาลัย และสถานบันอุดมศึกษามากขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดังตัวอย่างจาก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้จัดในนิสิตชั้นปีที่ 2 จากทั้ง 6 คณะในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพและไม่ใช่อสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมในหลักสูตร โดยจัดให้นิสิตได้ลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนจริง และร่วมกันสร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบดูแล เพื่อให้นักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ และไม่ใช่อสายสุขภาพได้มีโอกาสทำงานร่วมกัน (ชนันตลา พลอยเลื่อมแสง, ชญาณิชฐ์ สีหนาท และดุสิตา ไชยธรรม, 2562) ซึ่งเมื่อจบการศึกษาแล้วแต่ละคนสามารถเข้าใจบทบาทแต่ละวิชาชีพ และทำงานร่วมกันในการดูแลผู้รับบริการได้

3. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

3.1 แนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

การทำงานร่วมกัน นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการทำงานร่วมกันไว้ดังนี้ ในปี ค.ศ. 1965 Coggeshall (1965) กล่าวว่า แนวคิดด้านการแพทย์ เป็นศาสตร์เดียวที่ดูแลรักษาสุขภาพให้ปราศจากโรคในระดับบุคคล ควรจะถูกแทนที่โดยการทำงานร่วมกันของวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อคงไว้และสร้างการมีสุขภาพดีในระดับบุคคลและสังคม (Coggeshall, 1965) ต่อมาในปี ค.ศ. 1970 Jerome P. Lysaught เสนอแนะว่า การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ จะทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (Lysaught, 1970) และในปี ค.ศ. 1972 สถาบันการแพทย์ (The Institute of Medicine: IOM) เสนอแนะให้มีการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้รายงานเกี่ยวกับการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ (World Health Organization, 1988) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ในการทำงานร่วมกันเพื่อสุขภาพที่ดีประชาชน

ในปี 2000 จากรายงาน Crossing the Quality Chasm ของ IOM เรียกร้องให้เน้นถึงการส่งมอบการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพให้กับผู้ป่วย ที่เกิดจากการสื่อสาร และทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ รวมทั้ง ให้ระบบการศึกษา ระบบบริการ มีความรับผิดชอบในการเตรียมบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการทางคลินิก มากกว่าที่จะให้เป็นความรับผิดชอบของบุคคล ผู้ที่อยู่ในระดับนโยบายต้องกำหนดให้มีการปฏิรูปดังกล่าว และในปี 2006 ที่ประชุมสมัชชา

สุขภาพโลกครั้งที่ 59 เพื่อตอบสนองต่อทรัพยากรมนุษย์สำหรับวิกฤตสุขภาพได้ใช้มติ WHA59.23 ซึ่งเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ผ่านกลยุทธ์ที่หลากหลายรวมถึงการใช้นวัตกรรมในการเรียนการสอนในการพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ ต่อมาในปี 2010 องค์การอนามัยโลกได้เสนอกรอบแนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพและการเรียนร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่มีการเชื่อมต่อกัน

การทำงานร่วมกัน collaboration มาจากภาษาลาติน คำว่า *co* และ *laborare* หมายถึงการทำงานร่วมกัน Henneman, Lee & Cohen (1995) กล่าวว่าการทำงานร่วมกันนั้นเกี่ยวข้องกับความเป็นหุ้นส่วนโดยมีเป้าหมายและพันธะผูกพันร่วมกันซึ่งผู้เข้าร่วมเต็มใจมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ Camarihna-Matos & Afsarmanesh (2008) อธิบายการทำงานร่วมกันว่า เป็นกระบวนการที่มีการแบ่งปันข้อมูล ทรัพยากร และความรับผิดชอบในการวางแผนและประเมินผลการทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม มีศัพท์ทางวิชาการที่ให้ความหมายคล้ายกันในประเด็นของความร่วมมือ ได้แก่ คำว่า ทีมระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) ทีมพหุสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ทีมร่วมสาขาวิชาชีพ (Transdisciplinary team) และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional collaboration practice: IPCP)

ทีมระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) หมายถึง การร่วมมือของแต่ละวิชาชีพโดย อย่างน้อยต้องมีระดับการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ประเด็น หรือ หัวข้อในการทำงานร่วมกันมีโครงสร้าง เป้าหมายและกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (D'Amour et al., 2005)

ทีมพหุสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) หมายถึง สถานการณ์ที่ต่างวิชาชีพมาทำงานร่วมกันแต่ทุกวิชาชีพยังเป็นอิสระต่อกันหรือทำงานคู่ขนานกัน (Mitchell, 2005)

ทีมร่วมสาขาวิชาชีพ (Transdisciplinary team) หมายถึง วิชาชีพมาปฏิบัติงานร่วมกัน มีข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ไม่มีข้อจำกัดของเส้นแบ่งทางวิชาชีพ มีความตั้งใจที่จะแลกเปลี่ยน ความรู้และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพซึ่งกันและกัน (King et al., 2009; Stepan et al., 2002)

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ คือ บุคลากรวิชาชีพสุขภาพจากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกันกับ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้รับบริการ (World Health Organization, 2010)

ตาราง 1 แสดงเปรียบเทียบความหมายและการทำงานร่วมกัน

ประเด็น เปรียบเทียบ	Interdisciplinary	Multidisciplinary	Transdisciplinary	Interprofessional collaboration practice
ความเกี่ยวข้องกับ สาขาอื่นๆ	ทำงานด้วยกันหลาย ๆ สาขา	ทำงานร่วมกัน ระหว่างสาขา	ทำงานข้ามหลาย ๆ สาขา	บุคคลากรวิชาชีพ สุขภาพจากหลาย วิชาชีพมาทำงาน ร่วมกัน
จำนวนสาขา/วิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง	การมีส่วนร่วม มากกว่า 2 สาขา	การมีส่วนร่วม 2 สาขา(มุ่งไปที่การ แลกเปลี่ยน กิจกรรมของ สาขา)	การมีส่วนร่วมจาก สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้มีส่วนได้เสีย บุคคลที่ไม่เกี่ยวกับ สาขาวิทยาศาสตร์ และไม่ใช่ นักวิชาการ มาร่วม กัน	การทำงานร่วมกัน มากกว่า 2 วิชาชีพ
ลักษณะการทำงาน	-สมาชิกจากสาขาที่ แตกต่างกันมา ทำงานตามอิสระ ด้านต่างในโครงการ, ทำงานขนานกัน หรือ ทำงานต่อเนื่องกัน	สมาชิกจากสาขา ที่แตกต่างกันมา ทำงานรวมกันใน โครงการ เหมือนกัน,	สมาชิกจากสาขาที่ แตกต่างกันมา ทำงานรวมกัน และ แบ่งปันกรอบ แนวคิดร่วมกัน	ประกอบด้วย บุคลากรจากด้าน สุขภาพและด้าน สังคมมาทำงาน ร่วมกัน แก้ไขปัญหาที่ ซับซ้อนหรือการ ให้บริการสุขภาพ ร่วมกัน
เป้าหมาย	เป้าหมายการทำงาน แตกต่างกันของแต่ละ วิชาชีพ	แบ่งปันเป้าหมาย ร่วมกัน	แบ่งปันเป้าหมาย และทักษะร่วมกัน	- ส่งมอบบริการที่ มีคุณภาพให้กับ ผู้รับบริการ - ตอบสนองความ ต้องการของ ปัญหาของ ประชาชน

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	Interdisciplinary	Multidisciplinary	Transdisciplinary	Interprofessional collaboration practice
บทบาทของทีม	ผู้เข้าร่วมแบ่งแยก การทำงานแต่ยังมี บทบาทการทำงาน ระหว่างกัน	ผู้เข้าร่วมมีบทบาท ร่วมกัน	ผู้เข้าร่วมเปิดเผย บทบาทและขยาย บทบาท	รูปแบบการ ทำงาน เคารพซึ่ง กันและกัน มี ความคิดเห็น ร่วมกัน
การกำกับบทบาท ของทีม	ผู้เข้าร่วมดูแลกำกับ บทบาทการทำงาน ของสาขาตนเอง	ผู้เข้าร่วมยอมรับ บทบาทบางแง่มุม ของแต่ละสาขา แต่ ยังคงรักษาบทบาท ที่เป็นพื้นฐานของ สาขาตนเอง	ผู้เข้าร่วมพัฒนา กรอบแนวคิด กำหนดบทบาทการ ทำงานพื้นฐาน เฉพาะ ร่วมกัน	ผู้ที่ทำงานในทีม มี การผสมผสาน ทักษะความรู้ เข้า ด้วยกัน เพื่อใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิดคุณภาพ มากที่สุด
เส้นแบ่งวิชาชีพ	เส้นแบ่งวิชาชีพ ระหว่างสาขายังคง เดิม	การทำงานไม่มีเส้น แบ่งวิชาชีพ	การทำงานอยู่เหนือ เส้นแบ่งวิชาชีพ	แต่ละวิชาชีพมี บทบาทเฉพาะ เมื่อมาทำงาน ร่วมกันเป็นทีม เพื่อให้เกิดการ ทำงานแบบ ประสานพลัง
บทสรุป	สรุปและการไปคู่กัน ระหว่างสาขา	บูรณาการและ สังเคราะห์สาขา	การบูรณาการ,การ รวม,การร่วมความ สามัคคีของสาขาทั้ง มุมมองและวิธีการ	ทำงานแบบ ร่วมมือ และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน เพื่อ นำไปสู่เป้าหมาย เดียวกัน

ที่มา: ประยุกต์จาก (Barr, Koppel, Reeves, Hammick & Freeth, 2005; Choi & Anita, 2008; Harbaugh, 1994; World Health Organization, 2010)

ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ผู้วิจัยจะกล่าวถึง ความหมายของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เนื่องจากปัจจุบันระบบสุขภาพมีทรัพยากรที่จำกัด ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเปลี่ยนแปลงรูปแบบภาระโรค ทำให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิซึ่งใช้ทรัพยากรที่มีต้นทุนต่ำ ทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี จึงมีการให้พัฒนาให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในบริการปฐมภูมิ (interprofessional collaboration in primary care) (Supper et al., 2014)

ความหมายของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional collaboration practice: IPCP)

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ คือ บุคลากรวิชาชีพสุขภาพจากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกันกับ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้รับบริการ (World Health Organization, 2010)

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างทางวิชาชีพด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยมีการเจรจาและแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนหรือการให้บริการสุขภาพร่วมกัน (Barr et al., 2005)

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ของ สองวิชาชีพหรือมากกว่า มาทำงานร่วมกัน ด้วยความตั้งใจ เคารพซึ่งกันและกัน มีความคิดเห็นร่วมกันที่จะตอบสนองความต้องการของปัญหาของประชาชน (Harbaugh, 1994)

โดยสรุป หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างสองวิชาชีพหรือมากกว่า ทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ด้วยความตั้งใจ เคารพพบปะและยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดบริการ ที่มีคุณภาพให้กับประชาชนที่ดูแล

ความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

การทำงานร่วมกับระหว่างสหสาขาวิชาชีพจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เช่น บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลดลง การตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการต้องใช้มากกว่า 1 วิชาชีพเช่น การดูแลผู้ป่วยอัมพาตนอนติดเตียงที่ชุมชน ต้องใช้ ทั้ง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด รวมทั้ง นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่าง

เป็นระบบ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพดีขึ้น เช่น ลดการกลับมาอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ระบบการส่งต่อผู้รับบริการจากชุมชนสู่สถานบริการสุขภาพดีขึ้น (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston, 2014) ลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มการควบคุมระดับความดันโลหิตและไขมันในผู้ป่วย ลดอัตราการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาล และลดอัตราการตาย (Newhouse et al., 2011)

2. ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ช่วยลดช่องว่างในการสื่อสารและลดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่กำลังดำเนินอยู่รวมทั้งการวินิจฉัยผิดพลาด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยผิดหรือได้รับยาที่ไม่ถูกต้อง มีโอกาสที่พวกเขาจะต้องได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงของตนเองและสถานพยาบาล เมื่อทีมสหวิชาชีพเพิ่มความร่วมมือกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพในครั้งแรก ในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าการดูแลแบบร่วมมือกันของสหวิชาชีพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลได้เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ (Bauer et al., 2006)

3. การตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ทำงานในลักษณะการทำงานแบบร่วมมือระหว่างวิชาชีพจะมีความพึงพอใจและมีประสบการณ์เชิงบวกมากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ทำงานในรูปแบบวิชาชีพแบบเดี่ยว จากรายงานของ Primary Health Care Transition (PHCTF) การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพเมื่อมีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนกัน ทำให้เกิดการปรับปรุงการทำงานร่วมกัน ตระหนักและเข้าใจในบทบาท และขอบเขตการทำงานของแต่ละวิชาชีพ และเกิดการยอมรับซึ่งกัน (Barrett, 2007)

3.2 การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ

รูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศเริ่มในปี ค.ศ. 1972 ซึ่งสถาบันการแพทย์ (The Institute of Medicine: IOM) เสนอแนะให้มีการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ในปี 2010 องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมาย การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ คือ บุคคลากรวิชาชีพสุขภาพจากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกันกับ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้ป่วย (World Health Organization, 2010) ในช่วงเวลาเดียวกัน World Health Professions Alliance (WHPA) กลุ่มพันธมิตรวิชาชีพด้านสุขภาพโลก สมาคมพยาบาลระหว่างประเทศ สมาคมเภสัชกรรมโลก สมาคมกายภาพบำบัดโลก สมาคมทันตกรรมโลก สมาคมการแพทย์โลก (WHPA) ได้แถลงการณ์จุดยืนร่วมสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ (World Health Professions Alliance, 2013) พันธมิตรนี้แสดงถึง

บุคลากรทางสุขภาพ 26 ล้าน ใน 130 ประเทศทั่วโลก เน้นหลักการสำหรับ สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างการกำกับดูแลและนโยบายที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันโครงสร้างพื้นฐานระบบสุขภาพที่เปิดใช้งานการทำงานร่วมกัน 2) โปรแกรมการศึกษาที่สนับสนุนการแบ่งปันความรู้ระหว่างสหวิชาชีพ 3) นโยบายการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพบนพื้นฐานของหลักฐานที่ชัดเจน และ 4) การฝึกฝนโดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นศูนย์กลางตามความต้องการส่วนบุคคล

รูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของงาน เช่นงานในคลินิก จะมีแพทย์และพยาบาล ที่จะต้องการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ผ่านการสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย (Tang, Zhou, Chan & Liaw, 2018) หรือในงานระดับปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา จะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พระ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งพบว่าจะเป็นทีมที่ทำงานร่วมมาจากทั้งสายสุขภาพและวิชาชีพอื่น ๆ (Dugan Day, 2012) และ เมื่อทีมสุขภาพและผู้รับบริการสื่อสารและพิจารณามุมมอง แนวคิดของแต่ละวิชาชีพพร้อมกัน จะสามารถจัดการกับปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนได้ดีขึ้น ซึ่งไม่มีผู้วิชาชีพสุขภาพรายใดสามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้เพียงลำพังเพียงวิชาชีพเดียว (Sullivan, Kiovsy, Mason, Hill & Dukes, 2015)

ประเทศต่าง ๆ มีการจัดการจัดอบรมและการเรียนการสอนเพื่อให้แต่ละวิชาชีพสามารถทำงานร่วมกันแบบระหว่างวิชาชีพได้ มีทั้งในระดับทางคลินิกและปฐมภูมิ เช่น มหาวิทยาลัยเวอร์จิเนีย ในระดับคลินิกมีการฝึกอบรมโดยใช้การเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ (Simulation-based) ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร และแพทย์มาเรียนร่วมกัน (Wietholter et al., 2017) ประเทศแคนาดา มีการจัดฝึกอบรมภายใต้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เช่นการเรียนรู้ในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ในสถานบริการปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยลาวัล เมืองควิเบกได้จัดวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ ได้เรียนรู้ร่วมกันโดยจัดอบรมทั้งหมด 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การทำความเข้าใจแนวคิด ระยะที่ 2 การเข้าใจในบทบาทแต่ละวิชาชีพ และ ระยะที่ 3 การแก้ไขปัญหาและข้อขัดแย้งร่วมกัน เพื่อเกิดสมรรถนะ 1) การสื่อสาร 2) บทบาทและการทำงานเป็นทีม 3) การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง และ 4) การวางแผนพัฒนาการทำงาน (Paré et al., 2012)

เห็นได้ว่าการเรียนการสอนที่ดำเนินการในระดับปริญญาตรี (Undergraduate Degrees) และระดับบัณฑิตศึกษา (Graduate degrees) ซึ่งเป็นการพัฒนา ก่อนสำเร็จการศึกษา โดยวิชาชีพที่เข้าร่วมในการศึกษาร่วมกัน มีความหลากหลายทั้งด้านสุขภาพ สังคมสงเคราะห์ และนักให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรม วิธีการจัดการศึกษามีหลายวิธีเพื่อให้เกิด สมรรถนะการทำงานร่วมกัน ตามลักษณะของงานและระดับของสถานบริการที่แต่ละวิชาชีพต้อง ทำงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการสำเร็จการศึกษา ออกมาปฏิบัติงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น บทบาทหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์ที่ซับซ้อน

3.3 การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในประเทศไทย

ในปี พ.ศ.2555 มีการประกาศนโยบาย ระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีการทำงานโดย ใช้อำเภอเป็นฐานในการขับเคลื่อน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน มีการปรับรูปแบบการทำงาน จากเดิมงานด้านสุขภาพจะเป็นในส่วนของเจ้าหน้าที่ภาคสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว มาเป็น การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนอื่นในอำเภอ (นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ และวุฒิชัย จริยา, 2558) ในระบบสุขภาพอำเภอจึงออกแบบให้มีการสร้างความร่วมมือโดยเพิ่มผู้ที่มีอำนาจสูงสุดในอำเภอ คือ นายอำเภอเป็นประธาน และเพิ่มสมาชิกจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ตัวแทนจากภาครัฐ องคกร ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ในการเป็นเจ้าของและทำงาน ร่วมกัน ในการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปีพ.ศ. 2557 ของประเทศไทยได้การทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในรูปแบบของคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผ่านกระบวนการที่ เรียกว่า การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพัฒนาการทำงานของทีมสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเรียกว่า ทีมเรียน อำเภอละ 10-12 คน ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ภาคท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ ใน ชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ มาเรียนรู้ร่วมกัน จัดทุก 2 เดือน โดยใช้แนวคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Participatory learning through action: PILA) มีทีมพี่เลี้ยง สถาบันการศึกษา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ยงยุทธ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) มีชุดความรู้ทั้ง 11 ชุด โดยชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ที่ผู้เรียนทุกทีมจำเป็นต้องเรียน ในส่วนชุดการ เรียนรู้ ชุดที่ 3 ถึงชุดที่ 11 ใช้เลือกตามความจำเป็นของแต่ละทีมผู้เรียน

โดยการอบรมดังกล่าวมาจากความสมัครใจของคณะกรรมการสุขภาพระดับ อำเภอ เพื่อให้เกิดสมรรถนะหลัก (Core competencies) ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมี วิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีมและ 6) การรู้จัก

ใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการ และสมรรถนะเงา (Shadow competencies) ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์ 2) การสื่อสาร 3) การให้อำนาจ และ 4) การสร้างคุณค่า และจากผลการวิจัยของ กิตติ กรรภิรมย์, เกวลินทร์ ชื่นเจริญสุข และจุฑาทิพย์ พิทักษ์ (2560) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ในคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขรับรู้ว่าจะระบบสุขภาพอำเภอ เป็นกลไกการดำเนินงานคล้ายกับ คปสอ. เน้นหลักการขับเคลื่อนทีม โดยการสร้างความร่วมมือ จากภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจาก คปสอ. อย่างไรก็ตามบางกระบวนการดำเนินการ ยังพบอุปสรรคด้านการสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายที่ไม่เข้าถึงในระดับตำบล

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ คือแนวคิดที่จะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม โดยแต่ละประเทศจะมีการอบรมตามความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งการอบรม โดยผู้ที่ใช้แนวคิดนี้ จะมีการกำหนดสมรรถนะก่อนการอบรม (Training) ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการพัฒนา กำลังคนยุคใหม่ ภายใต้แนวคิดการอบรมโดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน

สมรรถนะ

1. ความหมาย

สมรรถนะ หมายถึง บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบได้สำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นบางครั้งเมื่อกล่าวถึงองค์ประกอบ มักกล่าวถึง 3 ส่วน คือเช่น ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะ (McClelland, 1973)

สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) อุปนิสัย (Trait) อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันหรือมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและ/หรือสูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง (Criterion - reference) หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Spencer & Spencer, 1993)

สมรรถนะ หมายถึง องค์ประกอบ ของความสามารถที่ประยุกต์ ใช้ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะการตัดสินใจที่แสดงถึง ความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพการทำงาน ในบทบาทของ บุคลากรทางสุขภาพ (Verma et al., 2009)

ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2548) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ ความสามารถ ทักษะและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของเป้าหมายของงานใน ตำแหน่งนั้น ๆ สมรรถนะแต่ละตัวจะมีความสำคัญต่องานแต่ละงานแตกต่างกันไป

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของสมรรถนะ คือ ความสามารถหรือคุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นผลของความรู้ ทักษะ ความสามารถ เฉพาะบุคคล ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพสมรรถนะของ บุคลากรเป็นผลมาจากการฝึกอบรมและประสบการณ์ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนย่อม ไม่เหมือนกัน แม้แต่วิชาชีพเดียวกันหากมีความแตกต่างในด้านบริบทของสถานการณ์และ ตำแหน่งงาน ย่อมมีสมรรถนะที่แตกต่างกัน และเมื่อแต่ละวิชาชีพมาทำงานร่วมกัน จำเป็นจะต้อง มีสมรรถนะการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. ประเภทของสมรรถนะ

สมรรถนะโดยส่วนใหญ่จำแนกได้ 2 ประเภทคือ สมรรถนะหลัก (core competency) และสมรรถนะในงาน (Functional Competency) (วรินทร์ บุญยั้ง, 2555)

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) มี 2 ประเภทคือ สมรรถนะหลักขององค์กร และสมรรถนะหลักของบุคคล

1.1 สมรรถนะหลักขององค์กร (Organizational core competency) หมายถึง เป็นสมรรถนะหรือขีดความสามารถโดยรวมขององค์กร เกิดจากการรวม ความสามารถบุคคล และ ความสามารถขององค์กรผสมผสานทั้งทักษะและเทคโนโลยีทั้งหมดขององค์กรเข้าไว้ด้วยกัน เป็นแนวทางให้องค์กรสามารถนำไปสู่การสร้างหรือการมีโอกาสนวัตกรรมในเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในอนาคต ซึ่งสมรรถนะขององค์กรที่กำหนดขึ้น นี้จะเป็นรากฐานสำคัญที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ของ องค์กร

1.2 สมรรถนะหลักของบุคคล (Personal core competency) สมรรถนะหรือขีด ความสามารถที่เป็นคุณสมบัติของบุคลากรทุกคนในองค์กรเดียวกันต้องมีส่วนร่วม เพื่อให้บรรลุ ความสำเร็จขององค์กร

2. สมรรถนะในงาน (Functional Competency) เป็นสมรรถนะหรือขีดความสามารถ ของบุคคลที่ปฏิบัติงานเกิดผลสำเร็จตามที่องค์กรต้องการ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 สมรรถนะในงานทั่วไป (Common Functional Competency) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ทุกตำแหน่งในกลุ่มงานเดียวกันที่จะต้องมี

2.2 สมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง (Specific Functional Competency) เป็นคุณลักษณะของขีดความสามารถเฉพาะบุคคลแต่ละตำแหน่ง

จากการแบ่งสมรรถนะออกเป็นประเภทต่าง ๆ สรุปได้ว่า สมรรถนะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สมรรถนะหลัก (core competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่บุคลากรทุกคนใน

องค์การจำเป็นต้องมี ทั้งนี้เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้บรรลุเป้าหมายขององค์การ อาทิ ความรอบรู้เกี่ยวกับองค์การ การทำงานเป็นทีม ความใฝ่รู้ และความรับผิดชอบ และสมรรถนะในงาน (Functional Competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ควรมีเพื่อให้งานสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

ทั้งนี้ มีการกำหนดสมรรถนะการทำงานของแต่ละวิชาชีพโดยสภาวิชาชีพซึ่งเป็นสมรรถนะของวิชาชีพตามลักษณะบทบาทของวิชาชีพตนเอง แต่การกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ นั้นมีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากต้องมีการทำงานร่วมกัน และจำเป็นต้องมีการสื่อสาร วางแผน เข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดสมรรถนะหลักที่จำเพาะในการทำงานร่วมกัน (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2016)

3. สมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ

จากการทบทวน งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ พบว่า จะมีสมรรถนะบางองค์ประกอบเหมือนกัน เช่น ประเทศแคนาดา ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีสมรรถนะการทำงานเป็นทีม และสมรรถนะด้านการสื่อสาร และมีบ้างองค์ประกอบที่ไม่เหมือนกันซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

ประเทศ/ชื่อเรื่องปี	สมรรถนะ
ประเทศอังกฤษ Interprofessional capability framework ปี ค.ศ. 2004	1) ความรู้ในการปฏิบัติ 2) จริยธรรมในการปฏิบัติ 3) การทำงานระหว่างวิชาชีพ 4) การสะท้อนคิด
ประเทศแคนาดา A National Interprofessional Competency Framework ปี ค.ศ. 2010	1) การทำความเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่น 2) การยึดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแล 3) การทำงานเป็นทีม 4) ภาวะผู้นำและความร่วมมือ 5) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 6) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

ตาราง 2 (ต่อ)

ประเทศ/ชื่อเรื่อง/ปี	สมรรถนะ
ประเทศออสเตรเลีย Interprofessional capability framework ปี ค.ศ. 2010	1) การสื่อสาร 2) การทำงานเป็นทีม 3) ความชัดเจนในแต่ละบทบาทหน้าที่ 4) การแก้ไขความขัดแย้ง 5) การสะท้อนคิด
ประเทศสหรัฐอเมริกา Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice ปี ค.ศ. 2016	1) ค่านิยมและจริยธรรมในการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพ 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4) ทีมและการทำงานเป็นทีม
ประเทศสวีเดน /ไม่ได้ระบุ	1) ตระหนักรู้ในทักษะการปฏิบัติงานและสมรรถนะของวิชาชีพอื่น ๆ 2) ประสานงานกับวิชาชีพอื่น 3) การรู้ในบทบาทและความสามารถของวิชาชีพอื่น ๆ
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนด Framework for action on Interprofessional Education and Collaborative Practice ปี ค.ศ. 2016	1) การทำงานเป็นทีม 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การสื่อสาร 4) การเรียนรู้และการสะท้อนคิด 5) ความสัมพันธ์กับตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย 6) ฝึกปฏิบัติจริยธรรม

นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่แตกต่างกัน หรือต่างพื้นที่กัน ส่งผลให้สมรรถนะการทำงานร่วมกันแตกต่างกัน การกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสุขภาพ ที่ปฏิบัติการในระบบบริการสุขภาพ(โรงพยาบาล) ประกอบด้วย 1) ค่านิยมและจริยธรรมในการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพสุขภาพ 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4) ทีมและการทำงานเป็นทีม (Chen et al., 2018; Ward, Shaffer & Testa, 2018) แต่ถ้าหากเป็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลตติยภูมิไปสู่ปฐมภูมิ จะมีสมรรถนะ ทางด้านการดูแลแบบประคับประคองการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ การตอบสนองความต้องการทาง

สังคมของผู้ป่วย การตอบสนองของความต้องการของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะกลาง และระยะยาวตามเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง และการตอบสนองต่อการตัดสินใจทางคลินิก จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง เพิ่มเติมเข้ามา (Gamondi, Larkin & Payne, 2013)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในแต่ละประเทศมีบริบทการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่แตกต่างกัน และในหน่วยที่ให้บริการสุขภาพระดับที่แตกต่างกัน เช่น ในระดับตติยภูมิ หรือปฐมภูมิ จะมีลักษณะการทำงานร่วมกันที่แตกต่างกัน ส่งผลให้สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การกำหนดสมรรถนะที่เหมาะสมในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของประเทศไทย ที่ต้องทำงานร่วมกัน ในรูปแบบทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ จึงควรมีการกำหนดสมรรถนะที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดและพัฒนากำลังคนที่มีความเหมาะสมต่อระบบสุขภาพ

4. หลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ

การพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีความจำเป็นในการวางแผนพัฒนากำลังคน เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (Wood, Flavell, Vanstolk, Bainbridge & Nasmith, 2009) ดังนั้นในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมที่ใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency-Based Education) จะพัฒนาให้บุคลากรทางสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการทำงาน สามารถที่จะตอบสนองต่อเป้าหมายของหน่วยงานและความต้องการของผู้รับบริการ (Gruppen, Mangrulkar & Kolars, 2012)

จากข้อมูลหลักสูตรการอบรม A Curriculum for an Interprofessional Seminar on Integrated Primary Care ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นหลักสูตรที่ช่วยให้เกิดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยหลักสูตรดังกล่าว มี 8 Module โดยมีรายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการอบรม A Curriculum for an Interprofessional Seminar on Integrated Primary Care ข อ ง American Psychological Association ใน ป ระ เ ท ศ สหรััฐอเมริกา

Module	ผลลัพธ์การเรียนรู้
1. องค์ประกอบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 2. อภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการทำงานรวมกันระหว่างวิชาชีพและการปฏิบัติในระดับปฐมภูมิ 3. อภิปรายผลกระทบสมรรถนะการทำงานรวมกันระหว่างวิชาชีพ กับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการและคุณภาพการบริการ 4. อภิปรายปัจจัยสามประการที่เปลี่ยนแปลงในสถานบริการ ที่สนับสนุนการทำงานร่วมกัน 5. ระบุปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางการเรียนรู้และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
2. ความสำคัญของการบูรณาการในระดับปฐมภูมิ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เข้าร่วมสามารถอธิบายถึงจุดอ่อนจุดแข็งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต 2. ผู้เข้าร่วมที่จะสามารถอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบบริการปฐมภูมิ ร่วมทั้งการให้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ทีมมีประสิทธิภาพ และมีการบูรณาการพฤติกรรมการทำงานร่วมกันในระดับปฐมภูมิ 3. ผู้เข้าร่วมสามารถอธิบายถึงวิธีการต่าง ๆ และการบูรณาการ การทำงานร่วมกันและผลกระทบที่เกิดจากการบูรณาการ
3. สุขภาพประชากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายปัจจัยทางสังคมของสุขภาพและความไม่เสมอภาคทางสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติทางคลินิก 2. แสดงให้เห็นว่านโยบายการส่งเสริมสุขภาพสามารถบูรณาการดูแลสุขภาพของประชากร ในระบบบริการปฐมภูมิ

ตาราง 3 (ต่อ)

Module	ผลลัพธ์การเรียนรู้
3. สุขภาพประชากร(ต่อ)	<p>3. สาธิตให้เห็นว่าการป้องกันสุขภาพประชาชนสามารถนำไปใช้ในการดูแลในระดับปฐมภูมิ</p> <p>4. อภิปราย วิธีการประเมินสุขภาพประชากรโดยการประเมินพฤติกรรมความต้องการทางพฤติกรรมในระดับปฐมภูมิ</p> <p>5. อธิบายการดูแลในระดับปฐมภูมิ สามารถช่วยให้ชุมชนเข้าถึงความต้องการด้านสุขภาพ</p>
4. จริยธรรม	<p>1. ผู้เข้าร่วมสามารถสาธิตถึงความรู้ ของ The Interprofessional Education Collaborative competency domain (IPEC, 2016) ในประเด็น จริยธรรมในระดับปฐมภูมิ</p> <p>2. ผู้ เข้าร่วมสามารถอธิบาย The Interprofessional Education Collaborative competency domain (IPEC, 2016) ในหัวข้อ สมรรถนะที่1 การทำงานกับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อรักษา บรรยายภาคของความเคารพซึ่งกันและกัน และมี ค่านิยมร่วมกัน (ค่านิยม/จริยธรรมการสำหรับ ทำงานร่วมกัน)</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมสามารถอธิบายบทบาทนักจิตวิทยาใน สถานบริการและบทบาทของวิชาชีพอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องในบริการปฐมภูมิ รวมทั้งจริยธรรมที่ เกี่ยวข้องกับบทบาท</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมสามารถสาธิตความรู้จรรยาบรรณ วิชาชีพหลักของตนเองและผู้อื่น</p> <p>- สสำรวจคุณค่าส่วนบุคคลและวิชาชีพที่สัมพันธ์กับ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพและจริยธรรมใน การตัดสินใจ</p>

ตาราง 3 (ต่อ)

Module	ผลลัพธ์การเรียนรู้
4. จริยธรรม(ต่อ)	<p>-ระบุประเด็นจริยธรรมที่ควรระวังในบทบาทของวิชาชีพในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ</p> <p>5. ผู้เข้าร่วมสามารถอธิบายประเด็นจริยธรรมอย่างน้อย 1 ประเด็นในการเรื่องการตัดสินใจ</p> <p>6. ผู้เข้าร่วมสามารถอภิปรายกระบวนการตัดสินใจสำหรับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างวิชาชีพ</p> <p>- ระบุถึงจริยธรรม กฎหมาย และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ</p> <p>7. ระบุแหล่งประโยชน์และกลยุทธ์ที่สนับสนุนจริยธรรมและการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ</p>
5. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	<p>1. เปรียบเทียบโครงสร้าง หน้าที่ จุดแข็งและข้อจำกัดที่ผ่านมา และตัวแบบภาวะผู้นำการทำงานร่วมกัน</p> <p>2. อธิบายลักษณะที่สำคัญและพฤติกรรมของผู้นำรวมทั้งการสนับสนุนประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันในระดับปฐมภูมิ</p> <p>3. ตระหนักถึงผลกระทบของเทคโนโลยีในปัจจุบันและที่เกิดขึ้นใหม่ ในผู้นำการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ</p> <p>4. อธิบายภูมิหลังของสมาชิกในทีมการทำงานร่วมกันและวัฒนธรรมองค์กรที่หลากหลายที่สามารถส่งผลต่อภาวะผู้นำในทีม</p>

ตาราง 3 (ต่อ)

Module	ผลลัพธ์การเรียนรู้
6. การพัฒนาคุณภาพ	<p>1. ผู้เข้าร่วมสามารถอธิบายข้อกังวลหลักเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสุขภาพและความสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะผู้เข้าร่วมจะสามารถ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุความท้าทายที่สำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยในระบบการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกา รวมถึงความสำคัญของ IOM (1999) ต่อข้อผิดพลาดคือเรื่องมนุษย์และ (2001) รายงาน Chasm ที่มีคุณภาพ - ระบุมิติคุณภาพของ IOM (เป้าหมายที่เป็นไปได้สำหรับการปรับปรุง) และอธิบายถึงความสำคัญของการดำเนินการตามเป้าหมายเหล่านี้ <p>2. ผู้เข้าร่วมสามารถอธิบายถึงความสำคัญของการคิดอย่างเป็นระบบเพื่อการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงคุณภาพ</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมสามารถระบุองค์ประกอบสำคัญของกรอบการพัฒนาแบบจำลอง (Langley et al., 2009) โดยเฉพาะผู้เข้าร่วมจะสามารถ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุรูปแบบของคำถามพื้นฐาน 3 ข้อสำหรับการปรับปรุง - อธิบายองค์ประกอบ 4 อย่างของวงจร PDSA <p>4. (ตัวเลือก): ผู้เข้าร่วมจะสามารถแสดงให้เห็นถึงความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการนำโมเดลไปใช้เพื่อการปรับปรุง หมายเหตุ: ผลการเรียนรู้ (ตามเนื้อหาหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง) เกี่ยวข้องกับความรู้และความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมถึงความคาดหวังในการใช้ทักษะ QI การนำ</p>

ตาราง 3 (ต่อ)

Module	ผลลัพธ์การเรียนรู้
	<p>เครื่องมือการวิเคราะห์กระบวนการมาใช้ (เช่นผังแผนผังสาเหตุและผลกระทบ)</p> <p>ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้น / ประสบการณ์เกี่ยวกับการคิดระบบการฝึกปฏิบัติระหว่างวิชาชีพและความสำคัญของการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในที่พัฒนา (ผลการเรียนรู้ 2) การใช้เครื่องมือวิเคราะห์กระบวนการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้เข้าร่วมสามารถระบุหลักการ SMART - ผู้เข้าร่วมสามารถระบุผลลัพธ์กระบวนการและการวัดความเท่าเทียมได้ - ผู้เข้าร่วมสามารถตรวจสอบกระบวนการโดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์กระบวนการ - ผู้เข้าร่วมสามารถทำแผนภูมิระบบและกลไกให้เสร็จสมบูรณ์ (แผนที่กระบวนการ) - ผู้เข้าร่วมสามารถจัดระเบียบข้อมูลลงในแผนภาพสาเหตุและผลกระทบ (Fishbone)
7. ระบบการเงินการคลังในระบบบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายบริบทที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดโครงสร้างทางการเงิน สถานบริการสุขภาพในปัจจุบัน 2. อธิบายรูปแบบค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการ 3. อธิบายอย่างน้อยสองรูปแบบการชำระเงินทางเลือก 4. อธิบายถึงผลกระทบที่มีโมเดลทางการเงินต่าง ๆ มีผลกระทบต่อความสามารถของผู้เรียนและวิชาชีพอื่น ๆ ในการจัดหางบประมาณในการดูแลแบบที่มที่ยั่งยืนให้กับผู้ป่วยในการดูแลแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ

ตาราง 3 (ต่อ)

Module	ผลลัพธ์การเรียนรู้
8. นโยบายสุขภาพและการสนับสนุน	<p>1. (นโยบายสุขภาพและ ACA): อธิบายการเปลี่ยนแปลงล่าสุดของระบบบริการสุขภาพผ่านการปฏิรูปการดูแลสุขภาพและ ACA รวมถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นในการดูแลสุขภาพของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ</p> <p>2. (คุณค่าของการสนับสนุน): ผู้เรียนสามารถระบุค่านิยม ด้านบวกหรือด้านลบ เกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพและการสนับสนุน ผู้เรียนสามารถนำเสนอเหตุผลสำหรับการดูแลแบบบูรณาการโดยทีมการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการเตรียมการดูแลที่มีคุณภาพ</p> <p>3. (ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของการสนับสนุนที่ประสบความสำเร็จ): อธิบายพื้นฐานของการสนับสนุนและระบุองค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสนับสนุนที่ประสบความสำเร็จ</p> <p>4. (ทักษะที่จำเป็นสำหรับการนำความรู้ด้านการสนับสนุนไปสู่การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ):</p> <ul style="list-style-type: none"> •เตรียม Op-Ed สนับสนุน 1) การรวมของวิชาชีพของตัวเองในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการระดมทุนด้านการดูแลสุขภาพและ 2) การรวมของเงินทุนสำหรับและมุ่งเน้นไปที่การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ <p>ผู้เรียน 1) อธิบายบริการในคลินิกของแต่ละวิชาชีพ ในทีม 2) เขียน Op-Ed ที่สนับสนุนความสำคัญของการรวมกันของวิชาชีพในทีม</p>

5. หลักสูตรเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

ทั้งนี้ระบบสุขภาพอำเภอต้องการ คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีความสามารถ ในการบริหารจัดการ วางแผน จัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน ตลอดจนประสานงาน สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในส่วนของประเทศไทยได้มีการพัฒนาศักยภาพ ของคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยกระบวนการที่เรียกว่า การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) ในปี พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพัฒนาการทำงานของทีมสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเรียกว่า ทีมเรียน อำเภอละ 10-12 คน ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ภาคท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ มาเรียนรู้ร่วมกัน จัดทุก 2 เดือน โดยใช้แนวคิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Participatory learning through action: PILA) มีทีมพี่เลี้ยง สถาบันการศึกษา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) โดยมีชุดความรู้ของการอบรมและวัตถุประสงค์ ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงชุดความรู้และวัตถุประสงค์การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
1. เป้าหมายและวิสัยทัศน์	วัตถุประสงค์ 1. อธิบายความหมายของ “คุณลักษณะพึงประสงค์” ขององค์ประกอบ สำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ พร้อมกับสามารถยกกรณีตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของ “กรอบแนวคิด” กับ “ชีวิตจริง” บนพื้นฐานของ

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
	<p>การเรียนรู้ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน สื่อ ประกอบการเรียน และการศึกษาดูงานจาก แหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ</p> <p>2. อธิบายความเชื่อมโยงของ “เป้าหมาย จำเพาะ” ของโครงการที่จะมีการดำเนินการ โดยทีมผู้เรียน กับคุณลักษณะพึงประสงค์ของ องค์ประกอบสำคัญต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน ระบบสุขภาพอำเภอ</p> <p>3. นำความรู้และความเข้าใจ คุณลักษณะพึง ประสงค์-เป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วม-และ เป้าหมายจำเพาะของโครงการที่จะมี การดำเนินการโดยทีมผู้เรียนนำไปใช้อ้างอิง เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ การสังเคราะห์ ประสพการณ์และการตัดสินใจดำเนินการ อย่างมีทิศทางและระบบ</p>
2. การวิเคราะห์สถานการณ์	<p>1. อธิบายความหมายของ ชนิด ขนาด และ ความรุนแรงของปัญหา และสามารถ เรียงลำดับความสำคัญเพื่อการตัดสินใจและ ลงมือดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ ดังกล่าว</p> <p>2. อธิบายความสัมพันธ์ของการแก้ปัญหา สุขภาพผ่านโครงสร้างต่าง ๆ ของระบบบริการ ประกอบด้วย การให้บริการหรือการดำเนินการ ของสถานบริการหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งที่เป็น ทางการและไม่ใช่ทางการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
	<p>โครงสร้างบริการที่อยู่ภายในระบบสุขภาพอำเภอ</p> <p>3. วิเคราะห์การใช้เครื่องมือด้านการบริหารจัดการ พร้อมกับการสังเคราะห์ประสบการณ์การใช้เครื่องมือด้านการบริหารจัดการ และประสบการณ์ของการแก้ปัญหาสุขภาพภายในระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน และในบริบทระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่อื่น ๆ เท่าที่สามารถเข้าถึงและรวบรวมได้</p> <p>4. สร้างทางเลือก และตัดสินใจเลือกวิธีการและเลือกดำเนินการแก้ปัญหาที่มีความสำคัญและสมควรได้รับการแก้ไข</p>
3. ปัญหาสุขภาพ	<p>1. อธิบายความหมาย ความเหมือน และความต่างของคุณลักษณะของปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่าง เช่น ความทุกข์ (Sufferings) การเจ็บป่วยไม่สบาย (Illnesses) การเป็นโรค (Diseases) และการมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค-การเจ็บป่วยไม่สบาย-และการเป็นทุกข์ (Risks of Diseases-Illnesses-Sufferings)</p> <p>2. อธิบายความหมายที่แตกต่างของข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ที่ผ่านกระบวนการทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ากลาง (Median) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) รวมทั้งร้อยละ</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
	<p>(Percentage) และกระบวนการทางระบาดวิทยา เช่น อัตรา (Rate) อัตราส่วน (Ratio) และสัดส่วน (Proportion) เป็นต้น</p> <p>3. อธิบายความหมายของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่สามารถนำมาใช้คู่ควบกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อทราบและทำให้เกิดความเข้าใจในขนาดและความรุนแรงตามคุณลักษณะที่แตกต่างของปัญหาสุขภาพ</p>
<p>4. ระบบบริการสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์: ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ</p>	<p>1. อธิบายความหมายของระบบบริการสุขภาพอำเภอ (District healthcare system) ที่มีคุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health care system) โดยมีบริการที่เกิดจากความร่วมมือของผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ ในระบบสุขภาพอำเภอที่ทำให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered care)</p> <p>2. อธิบายความหมายของการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational integration) ที่เกิดจากความร่วมมือของโรงพยาบาล กับผู้ให้บริการที่สถานบริการในชุมชนและผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่ร่วมให้บริการที่บ้านและในชุมชน ในการร่วมกันให้บริการประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยไม่มีช่องว่าง และไม่มี ความซ้ำซ้อน ระหว่างบ้าน-ชุมชน-สถานบริการในชุมชน-และโรงพยาบาล</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
	<p>3. อธิบายความหมายของการบูรณาการเชิงโครงสร้างด้านการบริหารจัดการ (Integration of management) ของระบบบริการสุขภาพอำเภอ ที่จะช่วยทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการให้บริการและการบริหารจัดการในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพอำเภอหมดไป</p>
<p>5. คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ</p>	<p>1. อธิบายความหมายและเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน และการดำเนินการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีมของทีมผู้เรียน บนพื้นฐานของการมีสมรรถนะในการควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์การวิเคราะห์/วางแผน/สนับสนุน/ควบคุมกำกับ/ติดตาม/และประเมินผลการดำเนินการ การนำ การเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือทางการจัดการตามความจำเป็นความยาก (Complicated problems and interventions) รวมถึงปัญหาและการดำเนินการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (Complex problems and interventions)</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
	<p>2. อธิบายความหมายและเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพและการดำเนินการที่แตกต่าง ทั้งปัญหาและการดำเนินการที่ไม่ยุ่งยาก (Simple problems and interventions) ปัญหาและการดำเนินการที่มีความยาก (Complicated problems and interventions) รวมถึงปัญหาและการดำเนินการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (Complex problems and interventions)</p>
<p>6. วงจรการวางแผนและวงจรการบริหารจัดการด้านสุขภาพ</p>	<p>1. อธิบายความหมายของวงจรการวางแผน (Planning Cycle) วงจรการวางแผนโครงการ (Project Planning Cycle) การวางแผนโครงการโดยใช้ตารางเหตุผลสัมพันธ์ (Logical framework) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) และวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบ (Systemic Management Cycle)</p> <p>2. นำวงจรการวางแผนต่าง ๆ และวงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการในพื้นที่ตามความจำเป็น</p>
<p>7. การบริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคลและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม</p>	<p>1. อธิบายความหมายของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์หรือทำให้เกิดคุณค่าสูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน</p> <p>2. อธิบายความหมายของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning) บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
8. การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ	<p>1. อธิบายความหมายและมีการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระบบสุขภาพอำเภอ เปรียบเทียบกับประสบการณ์การดำเนินการ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน</p> <p>2. อธิบายความหมายและมีการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ เปรียบเทียบกับประสบการณ์การดำเนินการ เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน</p>
9. การบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ	<p>1. อธิบายความหมายของข้อมูลที่ได้จากการบันทึกอย่างต่อเนื่องในขณะให้บริการทั้งในระดับรายบุคคลและรายครอบครัว</p> <p>2. อธิบายความหมายของการมีและใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและเพื่อทราบสถานการณ์ของชุมชน และภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ</p> <p>3. อธิบายความหมายของข้อมูลเพื่อส่งรายงานไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจทางการเงินหรืออำนาจสั่งการ</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ชุดความรู้	วัตถุประสงค์
10. การบริหารจัดการด้านการเงิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความหมายของการทำให้กลไกการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน 2. อธิบายความหมายของการใช้กลไกการเงินกระตุ้นผู้ให้บริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ 3. อธิบายความหมายของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบ่งปัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในระบบสุขภาพอำเภอ 4. อธิบายความหมายของการมีสถานะทางการเงินที่มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถอยู่รอดได้ภายในระบบสุขภาพอำเภอ
11. การประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความหมายของการประเมินผลโดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วย การควบคุมกำกับและประเมินผล เพื่อติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลลัพธ์ และการประเมินผลกระทบ 2. อธิบายความหมายของการประเมินผลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงในระบบสุขภาพ บนพื้นฐานของ “ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนา” ในที่นี้เรียกว่า การประเมินตามความเป็นจริง ซึ่งมีทั้งองค์ประกอบของการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์

ที่มา:-ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557

จากข้อมูลตาราง 4 เนื้อหาการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ตาราง 3 หลักสูตรการอบรม A Curriculum for an Interprofessional Seminar on Integrated Primary Care ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้นำมาเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์การเรียนรู้ พบว่า การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) มีชุดความรู้ทั้งหมด 11 ชุด โดยชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ที่ผู้เรียนทุกทีมจำเป็นต้องเรียน ในส่วนชุดการเรียนรู้ ชุดที่ 3 ถึงชุดที่ 11 ใช้เลือกตามความจำเป็นของแต่ละทีมผู้เรียน อย่างไรก็ตามแนวคิดการอบรมนี้ เป็นการสมัครใจของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ ไม่ได้ดำเนินการในระบบสุขภาพอำเภอทุกแห่ง ซึ่งการอบรมสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศทุกคนจะต้องผ่านทุก Module และ เพิ่มเติมในประเด็นจริยธรรมในการทำงานร่วมกัน ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการขับเคลื่อนนโยบาย การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสุขภาพในระดับอำเภอ จะต้องมีการประสานงานกันเพื่อขับเคลื่อนนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีภาวะผู้นำในการทำงาน ตลอดจนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้ง เข้าใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. การอบรมโดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency based training)

ทั้งนี้จากสถานการณ์แนวโน้มสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป มีความจำเป็นต้องการกำลังคนทางสุขภาพที่มีสมรรถนะในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Bridges, Davidson, Soule Odegard, Maki & Tomkowiak, 2011) ซึ่งต้องผ่านการอบรมที่ใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency-Based Education) จะช่วยให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานการใช้ทักษะทางคลินิก ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการวินิจฉัย บริหารจัดการและป้องกันโรค การตัดสินใจประเด็นเชิงจริยธรรม การแก้ไขปัญหา และการเข้าใจในบทบาทวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ ซึ่งการออกแบบหลักสูตรจะกำหนดเกณฑ์ความสามารถที่ผู้เรียนพึงปฏิบัติได้ โดยไม่ได้มุ่งเน้นความรู้หรือเนื้อหาวิชา แต่มุ่งพัฒนาในทักษะความสามารถ เจตคติ และ ค่านิยมในการปฏิบัติงานเป็นหลัก (Gruppen et al., 2012) การศึกษาของ Brownie, Thomas & Bahnisch (2011) สะท้อนถึงการประโยชน์ของการฝึกอบรมโดยใช้สมรรถนะเป็นหลัก ในหลายประเด็น คือ ทักษะความสามารถการปฏิบัติงานความสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพ ผู้รับบริการ และชุมชน ในด้านของผู้รับบริการ ช่วยปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ ตลอดจนเพิ่มความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานกับกำลังคนทางสุขภาพ ด้านวิชาชีพสุขภาพ ลด

การทำงานแบบแยกส่วนและดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ มีโอกาสในการทำความเข้าใจและแบ่งปันความรู้ในวิชาชีพต่าง ๆ ในการดูแลผู้รับบริการ ด้านนายจ้าง วางแผนความสอดคล้องกำลังคนระหว่างภาคการศึกษาและภาคบริการสุขภาพ และจัดค่าตอบแทนได้เหมาะสม ด้านนักวางแผนทางสุขภาพ สามารถวางแผนกำลังคนทางสุขภาพได้และมีความพร้อมจะรับสถานการณ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงภายใต้ระบบสุขภาพ

Brownie et al. (2011) กล่าวว่า ก่อนออกแบบให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สิ่งสำคัญจะต้องมีการทำความเข้าใจในลักษณะของบทบาทและคุณลักษณะการทำงานร่วมกัน ซึ่งหากประเด็นเหล่านี้ไม่มีความชัดเจน จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานและความรับผิดชอบร่วมกัน เช่น ภาวะผู้นำ การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาต่อรอง การแก้ปัญหา สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Bainbridge, Nasmith, Orchard & Wood (2010) เสนอแนะว่าสิ่งที่สามารถสะท้อนคุณลักษณะการทำงานร่วมกัน คือ สมรรถนะ ที่จะต้องกำหนดก่อนการพัฒนา กำลังคนให้ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

แนวคิดการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ดี ที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องมีคุณภาพ สามารถใช้ในการวัดและประเมินผล ตรงประเด็น และถูกต้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนั้น ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ตลอดจนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจะต้องมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ เพราะจะทำให้ลดความผิดพลาดในการวัด และผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือจากแนวทางของ DeVellis (2017) และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2560) ได้แนะนำ ขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือ มี 8 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การกำหนดสิ่งที่ต้องการวัดให้ชัดเจน (To determine clearly what is to be measures) เช่น วัตถุประสงค์ นิยามสิ่งที่ต้องการวัด โดยการวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีที่จะทำการศึกษา (Concept analysis) ซึ่งจะทำให้ทราบขอบเขตและองค์ประกอบนำไปสู่นิยามเชิงแนวคิด (Conceptual definition) และนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ที่ชัดเจนเหมาะสมในการวัด เพื่อให้สามารถวัดได้ในทางปฏิบัติ (DeVellis, 2017; นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, 2560; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) หลักจากนั้นผู้วิจัยควรระบุองค์ประกอบของแนวคิดที่ได้มาจากนิยามทางทฤษฎี องค์ประกอบของแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาเชิงคุณภาพแบบอุปนัย (Mishel, 1989) หลังจากได้คำจำกัดความทางทฤษฎีแล้ว ผู้วิจัยกำหนดวิธีการวัด และสร้างข้อคำถามในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 1 สร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

หลังจากวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีที่จะทำการศึกษาเพื่อให้ได้ความหมาย ขอบเขตและองค์ประกอบที่ชัดเจนแล้ว กระบวนได้มาซึ่งข้อคำถามสามารถทำได้หลายวิธี เช่น จาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) สำหรับวิธีการสร้างข้อคำถาม (DeVellis, 2012) ได้เสนอแนวทางในการสร้างข้อคำถามดังนี้ 1) ข้อคำถามของแต่ละรายการควรสะท้อนถึงสิ่งที่ต้องการวัดและวัตถุประสงค์ของการวัดผลในงานวิจัย 2) ในขั้นตอนเริ่มต้นการสร้างข้อคำถาม สร้างจำนวนข้อให้ได้มากที่สุด ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และ 3) สร้างจำนวนข้อคำถามให้ได้มากกว่าจำนวนที่คาดหวังไว้ในเครื่องมือขั้นสุดท้าย เช่น ขั้นตอนแรกของการสร้าง จำนวนข้อคำถามที่สร้างอาจมากเป็น 4 เท่า หรือมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนข้อคำถามฉบับสุดท้าย

จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ มาพิจารณาความถูกต้องตามหลักภาษา ใช้ภาษาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ความยาวข้อคำถาม ความยากง่ายในการอ่าน ข้อคำถามที่คลุมเครือควรตัดออกซึ่งข้อคำถามอาจมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบได้ (DeVellis, 2017; นิทรากิจจิระวุฒิมิวงษ์, 2560)

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)

การกำหนดรูปแบบวัด โดยพิจารณาจากเครื่องมือ แนวคิดทฤษฎี นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ตัวแปร เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบในการวัด วิธีการวัด มี 2 ประเภท คือ 1) การวัดโดยตรง (Direct measurement) หมายถึง การวัดค่าตัวแปรที่เป็นรูปธรรม (Concrete variables) ซึ่งสามารถสังเกตได้โดยตรง ความหมายไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย สามารถใช้วิธีวัดที่ง่ายและตรงไปตรงมาได้ เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก อายุ เป็นต้น 2) การวัดโดยอ้อม (Indirect measurement) หมายถึง การวัดค่าตัวแปรที่เป็นนามธรรม (Abstract variables) หรือตัวแปรโครงสร้าง (Construct variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีคุณลักษณะแฝง (Latent trait) ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่สังเกตไม่ได้หรือสังเกตได้ยาก เช่น ความรู้ เจตคติ ความเครียด การปรับตัว ไม่สามารถวัดโดยตรง (โสเพ็ญ ชูนวน, 2559) ดังนั้น การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดตัวแปรที่เป็นนามธรรม จึงต้องสร้างเครื่องมือที่มีข้อคำถามหลายข้อ ที่เรียกว่า “มาตรวัด” (Measurement scales) ซึ่งหมายถึง เครื่องมือวัดที่มีการรวบรวมรายการคำถาม (Item) ต่างๆ เข้าด้วยกันแล้วสรุปเป็นคะแนนรวม (Composite score) เพื่อแสดงให้เห็นถึงระดับของตัวแปรทฤษฎีที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

การจำแนกประเภทของมาตรวัดที่นิยมใช้ทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งเป็นมาตรที่เหมาะสมสำหรับการรวบรวมข้อมูลทางจิต ที่นิยมใช้มีดังนี้

1. มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) หรือ วิธีการประเมินแบบรวมค่า (Method of Summated Rating) เป็นมาตรวัดที่นิยมใช้มากที่สุด (Barker, Pistrang & Elliott, 2015) ส่วนใหญ่จะใช้ในการถามความรู้สึก วัดเจตคติหรือทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามหรือข้อความชุดหนึ่งที่ครอบคลุมทัศนคติทุกมิติที่ต้องการวัด โดยให้น้ำหนักความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อเท่าเทียมกัน โดยผู้ตอบรายงานตนเองและเลือกระดับความรู้สึกจากมากไปหาน้อย เช่น “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่แน่ใจ” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยกำหนดคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับในข้อคำถามเชิงบวก และ กำหนดคะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ในข้อคำถามเชิงลบ

2. มาตรวัดของเธอร์สโตน ลักษณะเป็นมาตรการวัดช่วงเท่ากัน (Method of Equal-appearing Intervals) ที่เน้นคุณสมบัติของการวัดให้มีความเท่ากันโดยจำแนกช่วงการวัดออกเป็น 11 ช่วง เป็นมาตรวัดระดับความรู้สึกหรือเจตคติ หรือทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความเข้มต่างกัน 11 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 - 11 คะแนนโดยระยะห่างของความคิดเห็นนั้นเท่ากันหรือใกล้เคียงกันโดยเริ่มจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด (Dimitrov, 2012) ผู้ตอบเพียงแต่เลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง

3. มาตรวัดวัดของออสกู๊ด (Osgood Scale) หรือมาตรวัดโดยอาศัยการจำแนกความหมายของคำ (Semantic Differential Scale) เป็นสเกลความแตกต่างทางความหมาย (Semantic differential scale) เป็นการใช้อำนาจศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกันเป็นสองขั้วได้ (DeVellis, 2017) ซึ่งคำคุณศัพท์ที่ใช้จะแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านประเมินค่า (Evaluation) เช่น ดี-เลว รัก-เกลียด ฉลาด-โง่ เป็นต้น ด้านพลัง (Potency) เช่น แข็งแรง-อ่อนแอ หนัก-เบา เป็นต้น และด้านกิจกรรม (Activity) เช่น คล่องแคล่ว-อืดอาด รวดเร็ว-เชื่องช้า ซึ่งผู้ตอบต้องประเมินความรู้สึกของตนเองว่าตรงกับคุณศัพท์แต่ละคู่อยู่ตรงจุดใด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท ในเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เนื่องจากเป็นมาตรวัดที่ประกอบด้วยรายการคำถามที่ครอบคลุมทุกมิติ หรือองค์ประกอบที่ต้องการวัด แต่ละคำถามผู้ตอบสามารถประเมินค่าได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts) ขั้นตอนนี้เป็น การพิจารณา สรรหาและเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ตามด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ต้องการศึกษา โดยการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหา และทางด้านระเบียบวิธีวิจัยให้คำแนะนำข้อคำถามที่สร้างจากขั้นตอนที่ 2 และ 3 (DeVellis, 2017) ผู้เชี่ยวชาญ จะพิจารณาข้อคำถามทั้งหมดว่าตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ และช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย ในการปรับข้อคำถามแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งเพิ่มเติมส่วนที่หาย ตัดออกในส่วนซ้ำ เพื่อให้ได้เครื่องมือวิจัยที่วัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดมากขึ้น สำหรับเกณฑ์การพิจารณาจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ใช้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมนั้นควรเป็นเลขคี่ อย่างน้อย 3 คนขึ้นไป (DeVellis, 2017) หรือ ขึ้นอยู่กับประเภทของเครื่องมือและความซับซ้อนของเครื่องมือ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2555)ซึ่งจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่เหมาะสม คือ จำนวน 3-7 คน ไม่ควรเกิน 10 คน (Lynn, 1986) ส่วนการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

ความตรง (Validity) ของเครื่องมือและการตรวจสอบ

ความตรงของเครื่องมือวิจัย หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือในการวัดคุณลักษณะของตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง (DeVellis, 2017)

ความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) หมายถึง ข้อคำถาม ถ้ามได้ตรงครอบคลุม และครบถ้วนตามเนื้อหาที่และวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจะใช้ดุลยพินิจหรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion) แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2555)

1. การตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (Face validity) เป็นการพิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามว่าวัดได้ตรง ครอบคลุม และครบถ้วนตามเนื้อหาที่และวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด โดยใช้ความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เป็นการพิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามว่าวัดได้ตรง ครอบคลุม และครบถ้วนตามเนื้อหาที่และวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับคำนิยาม แนวคิดและทฤษฎี

จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหานั้นไม่ควรน้อยกว่า 5 คน (Lynn, 1986)โดยผู้เชี่ยวชาญจะกระทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยอาศัยดุลยพินิจทาง

วิชาการ และความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญจะแสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยนั้นๆ (Grant & Davis, 1997) ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความครอบคลุมของเนื้อหา
2. ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาที่แยกเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อย่อย
3. ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์

ซึ่งจะทำการคำนวณออกมาเป็นตัวเลขเรียกว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) โดยวิธีการคือ ผู้เชี่ยวชาญประเมินข้อความแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 1, 2, 3 หรือ 4 ระดับ

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่เกี่ยวข้อง
- 2 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ ถ้าไม่ปรับแก้ไข
- 3 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องพอควร หรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ไข
- 4 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องมาก

สำหรับข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ลงคะแนนดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจะพิจารณาจากสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญที่ได้ลงความเห็นในข้อคำถามไว้เท่านั้น ซึ่งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ทั้งความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index: I-CVI) โดยการหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Item content validity index: I-CVI) หาได้จากจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับความสอดคล้อง (ประเมินระดับ 3 หรือ 4)หารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

การคำนวณ I-CVI = N_c/N

เมื่อ N_c แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามในระดับสอดคล้อง

N แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาระดับที่ยอมรับได้ของค่า I-CVI ลินน์ (Lynn, 1986) จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 6-8 คน จะต้องมียุทธศาสตร์การพิจารณาระดับที่ยอมรับได้ของค่า I-CVI ตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป ซึ่งถ้าข้อคำถามใดมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์นี้ พิจารณาปรับแก้หรือตัดทิ้ง

และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scales: S-CVI) คำนวณโดยการหาค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Item content validity index) โดยนำผลรวมของค่า I-CVI หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (Polit, Beck & Owen, 2007) ซึ่งมีสูตรการคำนวณ คือ

$S-CVI = \text{ผลรวมของค่า I-CVI} / \text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อและทั้งฉบับจะได้ค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ซึ่งการประเมินที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Waltz, Strickland & Lenz, 2005)

ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) เป็นค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยาม จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หรือ 5 ท่าน แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละงาน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยประเมินว่า ข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม สามารถวัดได้ตรงกับเนื้อหาที่กำหนดหรือไม่ โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ แล้วนำผลมาพิจารณาคะแนนของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

1. แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องหรือวัดได้ ให้คะแนน 1
2. ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องหรือวัดได้ ให้คะแนน 0
3. แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องหรือวัดได้ ให้คะแนน -1

โดยมีสูตรในการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Congruence)

$\sum R$ ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ค่า IOC มีค่าระหว่าง 0.00-1.00 โดยค่าที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป หากมีค่าไม่ถึง 0.5 ให้พิจารณาในการปรับปรุงข้อคำถามหรือตัดข้อคำถามทิ้ง

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากการความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI)

ขั้นตอนที่ 5 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

เป็นขั้นตอนการนำข้อคำถามไปใช้ในในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับประชากรในงานวิจัยที่มีขนาดใหญ่พอ ((DeVellis, 2017) เพื่อทดสอบความเข้าใจความหมายของข้อคำถาม วิธีการตอบคำถาม ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียงลำดับของข้อคำถามและเป็นการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในรอบแรก หากใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนอย่างไรก็ตามในการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ เพื่อหาความเที่ยงขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ควรน้อยกว่า 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

ขั้นตอนที่ 6 วิเคราะห์จำแนกข้อคำถาม (Evaluate the Items)

ความเที่ยง (Reliability) หมายถึง เครื่องมือวิจัยที่นำไปทำการวัดซ้ำแล้วได้ค่าเหมือนเดิม สามารถหาความเที่ยงได้หลายวิธี ซึ่งในแต่ละวิธีจะเหมาะสมกับชนิดของเครื่องมือวิจัยแตกต่างกันไปออกไป ได้แก่ (Polit et al., 2007)

1. วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) หมายถึง ความคงที่ของค่าที่วัดได้เมื่อเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นไปวัดซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปให้มีระยะห่างกันประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ จากนั้นนำผลการวัดครั้งที่ 1 และ 2 มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กันด้วยสูตรการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment) ถ้าค่าความเชื่อมั่นได้ค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง เครื่องมือมีคุณภาพ ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ควรมีค่า 0.7 ขึ้นไป

2. วิธีการใช้เครื่องมือคู่ขนาน (Parallel forms Reliability) วิธีการใช้เครื่องมือคู่ขนานเป็นการนำเครื่องมือวิจัย 2 ชุด ที่วัดเนื้อหาแบบเดียวกัน ความยากง่าย อำนาจจำแนกพอ ๆ กัน ไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบพร้อมกันหรือไม่ก็ได้ จากนั้นจึงนำคะแนน 2 ชุด มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ที่ตัวอย่างแต่ละคนได้จากการทำแบบสอบคู่ขนานนั้น ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเหมือนกับวิธีการทดสอบซ้ำ ค่าที่ได้เป็นค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนั้น

3. วิธีการหาความเป็นเอกพันธ์ภายใน (Internal Consistency Reliability) วิธีนี้ใช้การเก็บข้อมูลครั้งเดียวแล้วหาความเชื่อมั่นได้เลย ดังนี้

3.1 วิธีการแบ่งครึ่ง (Split-half Reliability) เป็นการวัดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือที่เป็นแบบวัดหรือแบบสอบถาม มักประกอบด้วยข้อรายการจำนวนมาก เพื่อจะวัดลักษณะเดียวกัน จะมีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว แล้วจึงแบ่งผลการวัดออกเป็น 2 ส่วนซึ่งอาจแบ่งโดยข้อคู่-ข้อคี่ หรือครึ่งแรก-ครึ่งหลัง ก็ได้ ตรวจให้คะแนนนำแบบทดสอบมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สันได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครึ่งฉบับ หลังจากนั้นนำค่าที่ได้คำนวณไปหาสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับของสเปียร์แมน-บราวน์ (Spearman-Brown)

3.2 สูตร Kuder-Richardson 20: KR-20 วิธีนี้เป็นการหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือที่มีการให้คะแนนแบบ 2 ค่าเช่น ให้คะแนน เป็น ใช่ ไม่ใช่ ถูก ผิด

3.3 สูตรค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เป็นการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน สูตรนี้ดัดแปลงมาจากสูตร KR-20 เพื่อให้สูตรนี้ใช้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ให้คะแนนต่างจาก 1 และ 0 เช่น แบบสอบถามแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า เป็นต้น ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ควรมีค่า 0.7 ขึ้นไป (DeVellis, 2017; Nunnally & Bernstein, 1994)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน แบบสอบถามชุดนั้นมีค่าสูงยังไม่สามารถบอกได้ว่าแบบสอบถามชุดนั้นมีคุณภาพ เพราะจำนวนข้อคำถาม มีผลต่อค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรพิจารณาค่าของ Item Total Correlation ซึ่งเป็นการดูว่า ข้อคำถามนั้นๆ มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของข้อคำถามที่เหลือของแบบสอบถามทั้งฉบับหรือไม่ เพื่อที่จะทราบความสอดคล้องของข้อคำถาม โดย ค่าของ Item Total Correlationมีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 และค่ายอมรับได้ควรมีค่า 0.3 ขึ้นไป (Nunnally & Bernstein, 1994)

ขั้นตอนที่ 7 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)

นำเครื่องมือไปใช้ในภาคสนามกับกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะเหมือนประชากร ขั้นตอนนี้คือการประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย โดยมีประเด็นสำคัญคือการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมกับจำนวนข้อคำถาม ซึ่งควรมีจำนวนตัวอย่างที่มากพอที่จะอ้างอิงไปในกลุ่มประชากรได้ (DeVellis, 2017) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 400 คน (Burns & Grove) ส่วน Nunnally & Bernstein (1994) แนะนำ 300 คนในกรณีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) หรือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 10 เท่าของจำนวนข้อคำถาม (DeVellis, 2017; Plichta, Kelvin & Munro, 2013) โดยการตรวจสอบความตรง (Validity) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความตรง (Validity) คือ คุณภาพของเครื่องมือวัดที่สามารถ วัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้องและตรงเป้าหมาย (Polit & Beck, 2014; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

1. ความตรงเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criterion-related validity) และการตรวจสอบ เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวิจัยกับเกณฑ์ภายนอกซึ่งเป็นสภาพความเป็นจริงที่ได้จากการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) ได้แก่

1.1 ความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) เป็นความสามารถของเครื่องมือที่วัดคุณลักษณะของสิ่งที่ศึกษาได้ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดในปัจจุบัน สามารถหาได้จากนำเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน นำไปใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันตอบ แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถ้าค่าสูงแสดงว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงตามสภาพการณ์

1.2 ความตรงตามการทำนาย (Predictive validity) เป็นความสามารถของเครื่องมือที่สร้างขึ้น สามารถทำนายคุณลักษณะหรือพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งคำนวณได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น กับคะแนนที่เป็นเกณฑ์ภายนอก ซึ่งอาจได้จากเครื่องมือฉบับอื่นที่เป็นมาตรฐานซึ่งวัดในเวลาต่อมาหรือในอนาคต

2. ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) หมายถึง เครื่องมือที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามโครงสร้างทฤษฎี มีวิธีการการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากความสัมพันธ์ของ ผลการวัดเครื่องมือกับโครงสร้าง (Waltz et al., 2005; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) ดังนี้

2.1 วิธีการกลุ่มรู้ชุด (Known-groups technique) เป็นวิธีตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการนำเครื่องมือไปวัดในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีลักษณะตรงข้ามกันในสิ่งที่วัด (Contrast group) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบประเมินชุดเดียวกัน หลังจากนั้น นำคะแนนทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติ T-test for dependent ในกรณีแบบทดสอบกลุ่มที่เก่งกว่า คะแนนที่ได้ ควรได้คะแนนมากกว่ากลุ่มที่เรียนอ่อน หรือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง

2.2 วิธีการวิเคราะห์พหุลักษณะและพหุวิธี (Multitrait-multimethod: MT-MM) เป็นวิธีการวัดแบบทดสอบ ที่ประกอบด้วยการวัด สองลักษณะ หรือมากกว่า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

2.2.1 ความตรงแบบลู่เข้า (Convergent validity) เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างผลการวัดลักษณะเดียวกัน หรือวิธีวัดเดียวกัน และลักษณะเดียวกัน แต่ต่างวิธีจะมีความสัมพันธ์กันสูง

2.2.2 ความตรงแบบจำแนกหรือลู่ออก (Discriminant หรือ Divergent validity) เป็นความตรงที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างผลการวัดที่ต่างลักษณะกัน ใช้วิธีเดียวกัน หรือต่างกัน จะมีความสัมพันธ์กันต่ำ หรือ ไม่ควรมีความสัมพันธ์

อย่างไรก็ตามวิธีการนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการแปลผล จากความซับซ้อนของกระบวนการทดสอบ ซึ่งผู้วิจัยสามารถเลือกทดสอบด้วยวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมได้ (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562)

2.3 วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้จัดกลุ่มหรือรวมกลุ่มของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่ม หรือองค์ประกอบเดียวกัน โดยในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละองค์ประกอบจะประกอบด้วยตัวแปรหลายๆตัวที่มีความสัมพันธ์กันสูง ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยทราบว่าองค์ประกอบมีอะไรบ้าง ที่กลุ่มตัวแปรเหล่านั้นที่วัดร่วมกัน ซึ่งการวิเคราะห์มี 2 วิธี

คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis หรือ EFA) และ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis หรือ CFA)

2.3.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบร่วมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ตัวแปร ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ ตัวแปรสังเกตได้หรือวัดได้ โดยที่นักวิจัยยังมีหลักฐานหรือแนวคิดทฤษฎีไม่พอเพียงที่จะสรุปหรือ ยืนยันเกี่ยวกับโครงสร้างหรือองค์ประกอบได้ (Courtney, 2013)

ขั้นตอนในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีดังนี้ (Plichta et al., 2013; นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์, 2560; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555; สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562)

ขั้นที่ 1 ตรวจสอบข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลง (Assumptions) ของสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ ดังนี้

1. เมตริกซ์สัมพันธ์ (Correlation matrix) ซึ่งต้องพิจารณาค่าต่างๆ ได้แก่ เมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) ด้วยการใช้สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's test sphericity) โดยจะต้องพิจารณาที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ($p \leq 0.05$) ซึ่งแสดงว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของประชากรไม่เป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์ และเมตริกซ์ สหสัมพันธ์นั้นมีความเหมาะสมที่จะใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ

2. ค่าไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (Kaiser-Meyer-Olkin) หรือค่า KMO เป็น ดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้

2.1 ถ้าค่า KMO มีค่าน้อย (เข้าสู่ศูนย์) แสดงว่าเทคนิค Factor analysis ไม่เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่

2.2 ถ้าค่า KMO มีค่ามาก (เข้าสู่หนึ่ง) แสดงว่าเทคนิค Factor analysis เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่

โดยทั่วไปถ้าค่า KMO > .6 จะถือว่า ข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะใช้ เทคนิค Factor Analysis (Garson, 2008)

3. ค่าความร่วมกันของตัวแปร (Communality) เป็นดัชนีที่บ่งชี้ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรและตัวแปรอื่นๆ มีพิสัยอยู่ระหว่าง 0-1 ค่า 0 คือค่าที่แสดง ว่าองค์ประกอบร่วมไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนนั้นได้ ค่าที่สามารถนำไปวิเคราะห์ องค์ประกอบได้คือ ค่าที่มากกว่า 0.2

ขั้นที่ 2 การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) เพื่อหาจำนวน องค์ประกอบที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ วิธีการสกัดองค์ประกอบมีหลายวิธี แต่ที่

นิยม คือ วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis: PCA) เป็นวิธีที่เหมาะสมในการลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุด แต่สามารถอธิบายความหมายได้มากที่สุด (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562)

ขั้นที่ 3 วิธีการหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor rotation) ทำได้ 2 วิธี คือ

1. การหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) เป็นวิธีการหมุนแกนแบบที่ให้แกนของปัจจัยหมุนจากตำแหน่งเดิมในลักษณะตั้งฉากกันตลอดเวลาที่มีการหมุนแกน เรียกว่า เป็นการหมุนแกนแบบที่ปัจจัยแต่ละปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กันเลย มี 3 วิธีคือ

1.1 วิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) เป็นวิธีที่ทำให้ผลรวมความแปรปรวนของน้ำหนักระหว่างองค์ประกอบมีค่าสูงสุด ทำให้แต่ละองค์ประกอบแยกจากกันอย่างชัดเจนเหมาะสำหรับการหมุนแกนที่เป็นอิสระจากกัน

1.2 วิธีควอติแมกซ์ (Quartimax) เป็นวิธีที่ทำให้ตัวแปรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงบนองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง และมีค่าต่ำบนองค์ประกอบอื่นๆ

1.3 วิธีอีควิแมกซ์ (Equimax) เป็นวิธีผสมระหว่างวิธีแวนริแมกซ์กับวิธีควอติแมกซ์ พยายามหาโครงสร้างอย่างง่ายของตัวแปรและองค์ประกอบ

2. การหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมแหลม (Oblique rotation) วิธีการหมุนแกนแบบสามารถที่จะระบุระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยการกำหนดจำนวนองศาของมุมแหลม

ตั้งแต่ 0 ถึง 90 องศา โดยถ้ากำหนดเป็น 0 องศา แสดงว่าให้ปัจจัยมีความสัมพันธ์กันสูงสุด และถ้ากำหนดเป็น 90 องศา แสดงว่าให้ปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กันเลย และจะกลายเป็นการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Osborne, 2015)

ขั้นที่ 4 การพิจารณาจำนวนปัจจัย (องค์ประกอบ) ปัจจัยที่สกัดได้พิจารณาจากค่าไอเกน (Eigen value) > 1 ประกอบด้วย ตัวแปรไม่น้อยกว่า 3 ตัวแปร และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) โดยปกติในงานวิจัยส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์มากกว่า 0.3 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

ขั้นที่ 5 ตั้งชื่อองค์ประกอบที่ได้จากขั้นที่ 4 โดยพิจารณาความคล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ ชื่อองค์ประกอบควรสั้นกระชับ ได้ใจความ มีความหมายสอดคล้องกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบที่ผู้วิจัยค้นคว้ามาจากแนวคิด

ทฤษฎี หรืออาจตั้งชื่อใหม่ให้สอดคล้องกับแนวคิดของผู้วิจัยเอง (สุภมาส อังคุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนีกุล ภิญญูภาณุวัฒน์, 2557)

2.3.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) เพื่อต้องการทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์ประกอบว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้าง และตัวแปรแต่ละตัวควรมีน้ำหนักหรืออัตราความสัมพันธ์กับองค์ประกอบมากน้อยเพียงใด ตรงกับที่คาดคะเนไว้หรือไม่ หรือสรุปได้ว่าข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกลมกลืนสมมุติฐานเพียงใด

โดยสามารถตรวจสอบค่าสถิติที่เหมาะสมและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ดังนี้ (Diamantopoulos & Siguaw, 2000; Schumacker & Lomax, 2010)

1. ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้น้อยกว่าไคสแควร์ตาราง หรือพิจารณาค่า p-value ต้องมากกว่า 0.05
2. Relative Chi-square (Chi-square/df) ค่าที่ยอมรับได้ น้อยกว่า 2
3. Goodness of Fit Index (GFI) มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องมาก ค่าที่ยอมรับได้ 0.90
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องมาก ค่าที่ยอมรับได้ 0.90
5. Comparative Fit Index (CFI) มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องมาก ค่าที่ยอมรับได้ 0.95
6. Norm Fit Index (NFI) มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องมาก ค่าที่ยอมรับได้ 0.95
7. Root Mean square Residual (RMSR) มีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่าเป็นโมเดลที่ดี
8. Standardized RMR (SRMR) มีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่าเป็นโมเดลที่ดี ค่าที่ยอมรับ น้อยกว่า 0.08
9. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ถ้าค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่าเป็นโมเดลที่ดี ค่าที่ยอมรับ น้อยกว่า 0.06

ในการพิจารณาดัชนีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ควรพิจารณาจากค่าสถิติและดัชนีมากกว่า 1 ตัว (Hooper, Coughlan & Mullen, 2007)

ขั้นตอนที่ 8 ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize Scale Length)

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากขั้นตอนที่ 7 มาปรับข้อความคำถาม ซึ่งเครื่องมือที่มีข้อความจำนวนมาก จะให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟา สูงกว่าเครื่องมือที่มีข้อความจำนวนน้อย แต่มีข้อเสียทำให้ผู้ตอบเกิดความเบื่อหน่าย ถ้าจะพิจารณาตัดออกได้ ควรเป็นข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อต่ำกว่า 0.2 และต้องพิจารณาความครอบคลุมของการวัดในวิจัยครั้งนั้นด้วย (DeVellis, 2017)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ ประเด็นนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ การวิเคราะห์ข้อมูล และสมรรถนะที่ค้นพบ เพื่อให้ผู้วิจัยได้เห็นรูปแบบการศึกษาที่เกี่ยวกับการกำหนดสมรรถนะ อันจะนำไปสู่การออกแบบวิจัยที่เหมาะสม ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงชื่อผู้แต่ง กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนกำหนดสมรรถนะ การวิเคราะห์ข้อมูลและสมรรถนะที่ค้นพบ

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนดสมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. (Walsh et al., 2005)	1. แพทย์ 2. ทันตแพทย์ 3. พยาบาล 4. นักสังคมสงเคราะห์ 5. ผดุงครรภ์	การศึกษาเชิงคุณภาพ Ground theory	1. Theoretical sensitivity 2. Constant comparison and coding 3. Categorizing of data	1. ความรู้ในการปฏิบัติ 2. จริยธรรมในการปฏิบัติ 3. การทำงานระหว่างวิชาชีพ 4. การสะท้อนคิด

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration (Wood et al., 2009)	1. แพทย์ 2. นักสังคมสงเคราะห์ 3. พยาบาล 4. นักจิตวิทยา 5. เภสัชกร 6. นักศึกษาสายสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	1. การทบทวนวรรณกรรม 2. สันทนาและสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพ ต่าง ๆ	ไม่ได้ระบุ	1. การสื่อสารระหว่าง วิชาชีพ 2. การดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3. ความร่วมมือในการ ปฏิบัติ มี 4 ด้านย่อยคือ ความร่วมมือในการ ตัดสินใจ บทบาทและ ความรับผิดชอบ การทำ หน้าที่ของทีม และการ พัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care (Mior, Barnsley, Boon, Ashbury & Haig, 2010)	<p>ระยะที่ 1 สัมภาษณ์จำนวน 16 คน อาจารย์,ผู้บริหาร, แพทย์, ผดุงครรภ์, พยาบาล และนักจิตวิทยา</p> <p>ระยะที่ 2 สทนากลุ่ม จำนวน 62 คน ประกอบด้วย แพทย์จัดกระดูก, แพทย์และผู้ป่วย</p>	<p>การศึกษาเชิงคุณภาพ</p> <p>Ground theory</p> <p>ระยะที่ 1</p> <p>สัมภาษณ์และสนทนา</p> <p>กลุ่ม</p> <p>ระยะที่ 2</p> <p>สนทนากลุ่ม</p>	<p>การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (The constant comparison method)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การไว้ใจ 2. ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3. การสื่อสาร 4. การฝึกปฏิบัติ 5. การบริการ

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care (Dey, de Vries & Bosnic-Anticevich, 2011)	แพทย์ 7 คน และเภสัชกรชุมชน 18 คน	1. การศึกษาเชิงคุณภาพ 2. การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง	ไม่ได้ระบุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความมั่นใจในความรู้ 2. การเผชิญหน้า 3. การแสดงออกและการสื่อสาร 4. การสื่อสารสองทาง 5. การไว้วางใจ, สามัคคี, ทำตามเป้าหมาย 6. สื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือและประสานงาน

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
The Development of Competencies in Interprofessional Healthcare for Use in Health Sciences Educational Programs (Tashiro, Byrne, Kitchen, Vogel & Bianco, 2011)	1. อาจารย์ผู้สอนวิชาชีพสุขภาพ 2. วิชาชีพสุขภาพปฏิบัติงานในคลินิก	1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกรอบสมรรถนะ 2. การทำแผนผังความคิดความหมายของสมรรถนะแต่ละด้าน 3. ทำการทบทวนแผนผังความหมายของสมรรถนะโดยผู้เชี่ยวชาญ	ทำMatrix สมรรถนะการทำงานร่วมกันของ Barr 3 ด้าน กับสมรรถนะหลักทั้ง 7 ด้าน ทบทวนจำนวน 3 รอบ	1. การแก้ปัญหา 2. การตัดสินใจ 3. การเคารพ 4. การสื่อสาร 5. การแบ่งปันความรู้ 6. การทำงานเป็นทีม

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Interdisciplinary hospice team processes and multidimensional pain: a qualitative study (Dugan Day, 2012)	ทีมการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลสำนักงาน, พยาบาลเยี่ยมบ้าน, นักสังคมสงเคราะห์ พระและพี่ช่วยเหลือคนไข้	การศึกษาเชิงคุณภาพ Ground theory	ไม่ได้รับ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพึ่งพาซึ่งกันและกัน 2. การกำหนดกิจกรรมใหม่ในวิชาชีพ 3. บทบาทที่ยืดหยุ่น 4. มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน 5. การสะท้อนคิดกระบวนการทำงาน

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
ประเทศออสเตรเลีย Clinical Education and Training Queensland. (Bahnisch et al., 2012)	1. ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ 2. ผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ 3. ผู้สอนวิชาชีพ	ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 1. กำหนดวัตถุประสงค์ กรอบสมรรถนะ 2. ขอความเห็นจาก ผู้เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ 3. พัฒนาการสื่อสารกับผู้ให้ ข้อมูล 4. วางแผนวิธีการและเก็บข้อมูล 5. ระบุสมรรถนะและสร้าง กรอบสมรรถนะ 6. ประยุกต์ใช้กรอบ สมรรถนะ 7. ประเมินและปรับปรุง กรอบสมรรถนะ	ไม่ได้รับ	1. การสื่อสารระหว่าง วิชาชีพ 2. การผู้ป่วย/ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการดูแล 3. การมีขอบเขตการ ปฏิบัติงานของวิชาชีพที่ ชัดเจน 4. การทำงานเป็นทีม

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration (Bradley, Ashcroft & Noyce, 2012)	แพทย์ 27 คน เภสัชกรชุมชน 31 คน	วิจัยเชิงคุณภาพ 1. สัมภาษณ์เชิงลึก 2. สัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง	การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (The constant comparison method)	1. ความสัมพันธ์และหลักการ 2. การรับรู้ซึ่งกันและกัน 3. ความไว้วางใจ 4. การสื่อสาร 5. บทบาทและความรับผิดชอบ 6. การเคารพวิชาชีพ
Assessing an interdisciplinary health care model: the Governor's Wellmobile Program (Jani, Tice & Wiseman, 2012)	หัวหน้างานสถานบริการสุขภาพ ผู้จัดบริการสุขภาพ	การศึกษาเชิงคุณภาพ Case study	การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (The constant comparison method)	1. การพึ่งพาซึ่งกันและกัน/ ประเมินไปข้างหน้า 2. การกำหนดกิจกรรมใหม่ในวิชาชีพ 3. บทบาทที่ยืดหยุ่น 4. มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน 5. การประเมิน/การสะท้อนคิด กระบวนการทำงาน

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ที่ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด	การวิเคราะห์ข้อมูล	สรุปลักษณะที่ค้นพบ
Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. (Hepp et al., 2015)	ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 113 คน ในตีกลุ่มวัย 6 ที่ และ ผู้ป่วยหนัก จาก 3 โรงพยาบาล ประกอบด้วย, พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, ผู้จัดการ, เภสัชกร, นักรังสีวิทยา, นักกายภาพบำบัด และหัวหน้าผู้ให้การสนับสนุนหน่วยงานบริการ	สัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ตามสมรรถนะของ The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)	วิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิ	1. การทำความกระจ่างในบทบาทของตนเองและผู้อื่น 2. การยึดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแล 3. การทำงานเป็นทีม 4. ภาวะผู้นำและความร่วมมือ 5. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 6. การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Together we stand, divided we fall: Interprofessional collaborative practice competencies from Malaysian medical professionals' perspectives (Roslan, Yusoff, Rahim & Hussin, 2016)	1. แพทย์ในสถาบันการศึกษา 2. แพทย์ปฏิบัติงานนอกสถาบันการศึกษา	การศึกษาเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม	วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)	1. การมีสมรรถนะ 2. การมีลักษณะมีอาชีพ 3. มีจริยบรรณ 4. มีความเป็นเลิศและมุ่งพัฒนาริวิชาชีพ 5. มีความเสมอภาคและเข้าใจมนุษย์ 6. รับผิดชอบต่อสังคม 7. มีภาวะผู้นำและทักษะการสื่อสาร 8. ยึดผู้ป่วยในการดูแล

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Defining interdisciplinary competencies for audiological rehabilitation: findings from a modified Delphi study (Xue, Le Bot, Van Petegem & van Wieringen, 2018)	ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู 27 คน	การทำ Delphi จำนวน 2 รอบ	รอบที่ 1 วิเคราะห์หรือยลและสัดส่วน รอบที่ 2 วิเคราะห์ Content analysis	1. บทบาทและความรับผิดชอบ 2. การสื่อสาร 3. การทำงานเป็นทีม 4. การบูรณาการ 5. ตระหนักถึงวัฒนธรรม

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Development of an interprofessional competency framework in Japan. (Haruta et al., 2018)	ผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพ จำนวน 7 คน 1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. นักโภชนาการ 4. นักกำหนดอาหาร 5. นักสังคมสงเคราะห์ 6. นักภาพบำบัด	1. ทบทวนวรรณกรรม 2. เก็บข้อมูล 3. พัฒนารอบสมรรถนะ 4. หาความเห็นพ้อง 5. ตัดสินใจรอบสมรรถนะ	วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)	สมรรถนะหลัก 1. การยืดหยุ่น/ ผู้รับบริการ/ครอบครัว/ ชุมชน เป็นศูนย์กลาง 2. การสื่อสารระหว่าง วิชาชีพ สมรรถนะรอง 3. การสนับสนุนบทบาท 4. การสร้าง ความสัมพันธ์ 5. การสะท้อนคิด 6. การทำความเข้าใจ ผู้อื่น

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการกำหนด สมรรถนะ	การวิเคราะห์ข้อมูล	สมรรถนะที่ค้นพบ
Interprofessional Competency Framework for Health Service Managers in Oman: An e-Delphi Study (Al Harthy et al., 2018)	ผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพ จำนวน 20 คน 1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 4. เภสัชกร 5. เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา 6. นักภาพพบบำบัด	การทำ Delphi จำนวน 3 รอบ	1. Mean 2. An interquartile distribution	1. การปรับตัว 2. การยกระดับการวิจัย 3. จริยธรรมระหว่างวิชาชีพ 4. การพัฒนาคุณภาพ 5. การใช้เทคโนโลยี 6. การเสนอแนะ 7. ทักษะบริหารจัดการ 8. การสื่อสาร 9. พลวัตทีม

จากข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกรอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อหาองค์ประกอบของสมรรถนะ (Dey et al., 2011; Dugan Day, 2012; Mior et al., 2010; Roslan et al., 2016; Walsh et al., 2005; Yamamoto et al., 2014) หรือทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกรอบสมรรถนะของหน่วยงานหรือองค์กร (Haruta et al., 2018; Tashiro et al., 2011) หรือ ใช้เทคนิค Delphi (Al Harthy et al., 2018; Xue et al., 2018)) หรือ การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพต่าง (Wood et al., 2009) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ The constant comparison method (Bradley et al., 2012; Jani et al., 2012; Mior et al., 2010; Walsh et al., 2005) และ Thematic analysis (Roslan et al., 2016) กลุ่มตัวอย่าง การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีหลากหลายอาชีพ ทั้งด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล และ ไม่ใช่ด้านสุขภาพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พระ และผู้บริหารสถานบริการ (Dugan Day, 2012; Haruta et al., 2018; Hepp et al., 2015) เมื่อทราบถึงกรอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแล้ว จะนำไปสู่การออกแบบพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เหมาะสมต่อไป

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะในประเทศไทย

ณลินี พสุคันธภักดิ์ และสุวรรณา วิชาดสงเคราะห์ (2557) ศึกษาการพัฒนาเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพโรคหลอดเลือดสมอง วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย แบบปรับปรุง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ท่าน ตามกรอบแนวคิดสมรรถนะหลักและพิเศษโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพของสมาคมดูแลสุขภาพนานาชาติ โดยทบทวนเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพของเดิมที่ผ่านมาแล้ว วางแผนการปรับปรุง และพัฒนาเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพใหม่ นำไปสอบถามความคิดเห็น กับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในสถาบันประสาทวิทยา พร้อมกับสรุปอภิปรายผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุด คือ 1) แบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลสมรรถนะเฉพาะทางพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 1 2) แบบแสดงความคิดเห็นในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะเฉพาะทางพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 3) แบบแสดงความคิดเห็น ในลักษณะ

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะเฉพาะทางพยาบาลวิชาชีพ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 และ 4) แบบแสดงความคิดเห็น ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับเพื่อประเมินความคิดเห็น ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เกี่ยวกับสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลที่ควรมีในพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์หาคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 ผลวิจัย พบว่า สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผู้เชี่ยวชาญ ให้ระดับความสำคัญกับสมรรถนะหลัก 9 ด้าน คือ 1) ความรู้เรื่องโรค 2) ความสามารถในการประเมินและจัดการภาวะเร่งด่วน 3) การให้ยาละลายลิ่มเลือด 4) การพยาบาลในการประเมินและจัดการเมื่อฟื้นภาวะเร่งด่วน 5) การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง 6) การสื่อสารและการประสานงาน 7) การเป็นผู้นำ 8) การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาล และ 9) การวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล โดยมีความสอดคล้องมากที่สุด 7 ด้านและมาก 2 ด้าน ค่ามัธยฐาน 3.98 – 4.91 ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ 0.07-1.20 และเมื่อนำไปประเมินความคิดเห็นกับพยาบาลวิชาชีพ ระดับผู้ปฏิบัติการ พบว่ามีความคิดเห็นสูงมาก เฉลี่ย 4.36 จากคะแนนเต็ม 5 (ร้อยละ 87.2) ค่าเบี่ยงเบน เฉลี่ย 0.53

กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ, วิภาดา คุณาวิกติกุล, เรมวล นันทศุภวัฒน์ และ ลีติณัฐ อัครเศษอนันต์ (2558) ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะสำหรับ หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กรอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยของสภาการพยาบาล แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 นำมาพัฒนาข้อคำถามสมรรถนะจำนวน 125 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมดเท่ากับ 0.94 และได้แบบประเมิน สมรรถนะที่ประกอบด้วยสมรรถนะ 55 ข้อ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.99 แล้วจึงนำไปทดสอบคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือกับ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทยที่ได้รับการสุ่ม จำนวน 614 ราย ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจแบบประเมินสมรรถนะสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ จำนวน 52 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ 2) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมของการบริการสุขภาพ 3) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการสื่อสาร 4) ด้านการจัดการ 5) ด้านจริยธรรมของวิชาชีพ แต่ละองค์ประกอบคิดเป็นร้อยละมากกว่า 60 ของ ความแปรปรวนทั้งหมด

และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ 0.93 ถึง 0.96 การทดสอบ เครื่องมือ โดยวิธีการใช้กลุ่มแตกต่าง 2 กลุ่มระหว่างพยาบาลที่จบใหม่และหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญศรี ทองเพชร และรุ่งนภา จันทรา (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ (Situation analysis) ระยะที่ 2 การพัฒนาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ ระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบการประเมิน ระยะที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการประเมิน และระยะที่ 5 รับรองรูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม การทำแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) เป้าหมายการประเมิน เพื่อประเมินสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลเป็นรายบุคคลตามตัวบ่งชี้สมรรถนะที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ 2) ขอบเขตการประเมิน มีการประเมินสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน 3) การดำเนินการประเมิน ประกอบด้วย การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะซึ่งมี 7 องค์ประกอบ 43 ตัวบ่งชี้ การกำหนดผู้ประเมินแบบ 360 องศา 4) การตัดสินผลการประเมิน โดยเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ จากนั้นจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล และ 5) การนำผลการประเมินไปใช้ เป็นการติดตามการพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลตามแผนพัฒนาสมรรถนะ รูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพทำให้อาจารย์พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินในระดับดีมาก ซึ่งอาจารย์พยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแผนพัฒนาอาจารย์รายบุคคล ร้อยละ 100 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบและยืนยันว่ารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์

จารีศรี กุลศิริปัญญา (2558) ศึกษาการพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้และเกณฑ์ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ 8 ด้าน ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย, สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ, สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย, สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และสมรรถนะด้านสังคม โดยอาศัยวิธีการเดลฟายเป็นเทคนิคที่มีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 ท่าน ตอบแบบสอบถามจำนวนสามรอบ โดยในแต่ละรอบผู้วิจัยจะสรุปคำตอบของรอบนั้นเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับตอบคำถามในรอบถัดไป การสอบถามจะหยุดลงเมื่อได้ข้อสรุปที่มั่นคง และได้ค่าทางสถิติ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย, หัวหน้าเวร และบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ที่สำเร็จการศึกษาไม่เกิน 2 ปี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.98 แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจาก 4 ภาคของประเทศไทย ภาคเหนือ 16 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 36 คน ภาคกลาง 30 คน และภาคใต้ จำนวน 30 คนรวม 112 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นซ้ำอีกครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.98 และพบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพสูงสุด และสมรรถนะที่เป็นไปได้มากในการนำไปใช้ คือ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จารุวรรณ ธาณี และบุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร (2558) ศึกษาการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา แบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน และตรวจสอบ ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน วิธีการประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ขั้นที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จัดการพยาบาล จำนวน 330 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบ ประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 7 ด้าน และ 63 สมรรถนะย่อย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่า CVI ได้เท่ากับ 0.88 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายด้าน มีค่าระหว่าง 0.51 - 0.79 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.98 วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้สถิติ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก และหมุนแกนแบบแวนริแมกซ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน โดยให้ผู้ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ประเมินสมรรถนะ

ผู้จัดการพยาบาล และให้ผู้จัดการพยาบาลประเมินสมรรถนะของตนเอง วิเคราะห์ค่าความเที่ยง การประเมิน โดยใช้สถิติ Intraclass Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมิน สมรรถนะของผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย 6 สมรรถนะหลัก ได้แก่ 1) การจัดการเชิงกลยุทธ์ 2) ความฉลาดทางอารมณ์ 3) การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4) การจัดการทรัพยากรมนุษย์ 5) การพัฒนาบุคลากรพยาบาลที่มีศักยภาพสูง 6) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีรายการสมรรถนะ รวมทั้งสิ้น 46 รายการ เป็นแบบประเมินที่มีความตรงเชิงเนื้อหา มีความตรงเชิงโครงสร้าง มีความเที่ยงทั้งฉบับ 0.98 และมีความเที่ยงการประเมินระหว่างผู้ประเมินเฉลี่ย 0.89

วิรัช ประวันเตา (2558) ศึกษาเรื่องการพัฒนาสมรรถนะประจำสายงานสาธารณสุข นิเทศของผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับเขต วัตถุประสงค์ 1) ศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์สมรรถนะ องค์ประกอบสมรรถนะสาธารณสุขนิเทศของผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับเขต 2) สร้างและตรวจสอบแบบสมรรถนะ องค์ประกอบสมรรถนะสาธารณสุขนิเทศของผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับเขต การศึกษาวิจัยนี้เป็นแบบผสมวิธี (Mixed Method) มี 2 ขั้นตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์สมรรถนะ องค์ประกอบสมรรถนะจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสอบถามผู้เชี่ยวชาญ 18 คน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน Confirmatory factor analysis ตอนที่ 2 สร้างและตรวจสอบแบบสมรรถนะ องค์ประกอบสมรรถนะ โดยการนำผลวิจัยที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสมรรถนะ ตรวจสอบความเป็นไปได้โดยการสนทนากลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ 7 คน 1) สมรรถนะประจำสายงานสาธารณสุขนิเทศของผู้นิเทศงานสาธารณสุข ระดับเขต มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 แบบสมรรถนะ 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสอนงานและพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาป้องกันควบคุมโรค 2) การวางแผนงานป้องกันควบคุมโรค 3) การศึกษาวิจัยป้องกันควบคุมโรค 4) การกำกับติดตาม ประเมินผลการ ป้องกันควบคุมโรค 5) การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานป้องกันควบคุมโรค 6) การประสานนิเทศงานสาธารณสุข 7) การถ่ายทอดองค์ความรู้การป้องกันควบคุมโรค และ 8) การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรค

เกศแก้ว สอนดี, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจติย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ (2561) ศึกษาเรื่องการประเมินผลสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี วัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของทีมนักเรียน ใน

โครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมสุขภาพระดับอำเภอ 6 ทีม ได้แก่ อำเภอแมวกเหล็ก อำเภอแก่งคอย อำเภอเมืองนครนายก อำเภอเมืองพทุมธานี อำเภอคลองหลวง และมิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม รวม 57 คน ประกอบไปด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษัชกร แพทย์ ปลัดออบต. และอสม. คัดเลือกตัวอย่างโดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติ ของคณะทำงาน พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินตนเองด้านสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ (1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด) และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า สมรรถนะหลักการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ทั้ง 5 ด้าน คือ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีม 6) การใช้เครื่องมือการจัดการ หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน สำหรับสมรรถนะทั้ง 4 คือ 1) การมีคุณค่า 2) การมีความสัมพันธ์ที่ดี 3) การสื่อสาร 4) การมีอำนาจ หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน

จากงานวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะ สามารถใช้ประเมินความพร้อมของกำลังคนก่อนทำงานร่วมกัน เพื่อค้นหาช่องว่างของการพัฒนา สร้างหลักสูตรการอบรมที่สอดคล้องกับสมรรถนะ จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถามที่เป็นการประเมินตนเอง แบบ 5 ตัวเลือก (เกศแก้ว สอนดี, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจดีย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ, 2561; นลินี พสุคันธภักดิ์ และสุวรรณา วิชาคสงเคราะห์, 2557) โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะ ที่สร้างขึ้นใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรม กรอบการทำงานสมรรถนะของวิชาชีพในประเทศ การทำเดลฟาย (จารีศรี กุลศิริปัญญา, 2558; นลินี พสุคันธภักดิ์ และสุวรรณา วิชาคสงเคราะห์, 2557; วิรัช ประวันเตา, 2558) ใช้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (จารุวรรณ ธานี และบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2558) เพื่อให้ได้ร่างแบบสอบถามที่มีความเหมาะสม ก่อนนำร่างแบบสอบถามไปทดลองในกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน (กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ และคณะ, 2558; จารีศรี กุลศิริปัญญา, 2558) โดยมีตัวเลือกในการตอบเป็นมาตรวัดแบบ 5 ตัวเลือก เพื่อหาความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และ Intraclass Correlation Coefficient การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยสถิติ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่า CVI และการหาความตรงเชิง

โครงสร้าง ด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (วิรัช ประวันเตา, 2558) ก่อนนำเครื่องมือที่ได้ไปใช้ในกลุ่มที่ศึกษา

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ เนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทยที่ขับเคลื่อนด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2561 ยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ของการพัฒนาเครื่องมือ โดยแนวคิดของสมรรถนะควร ครอบคลุมความคิดเห็นของกลุ่มนโยบาย กลุ่มปฏิบัติการ และกลุ่มนักวิชาการ ซึ่งเมื่อได้นิยามสมรรถนะและองค์ประกอบของสมรรถนะ จะนำไปใช้ในการสร้างข้อคำถามพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การออกแบบวิจัยที่เหมาะสมต่อไป

บทความวิจัย ที่มีการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานระหว่างวิชาชีพ ประเด็นนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพ และผลการวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยได้เห็นรูปแบบการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานระหว่างวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การออกแบบวิจัยที่เหมาะสม มีรายละเอียดดังนี้

Nuño-Solinis, Berraondo Zabalegui, Sauto Arce, San Martín Rodríguez & Toro Polanco (2013) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ระหว่างระดับบริการทั้ง 2 ระดับ (ระดับปฐมภูมิและเฉพาะทาง) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลระหว่างระดับบริการทั้ง 2 ระดับ การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 1) การสร้างแบบสอบถาม ตามแนวคิด (D'Amour et al., 2005) 2) การนำแบบสอบถามไปหาความตรงเชิงเนื้อหา 3) การทดสอบกับแพทย์และพยาบาล จำนวน 24 คนและให้ข้อคิดเห็น 4) การหาความตรงเชิงโครงสร้างกับแพทย์และพยาบาล จำนวน 1,166 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Confirmatory factor analysis ทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.86 ผลการวิจัย ได้องค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ 10 ข้อ 1) การแบ่งปันเป้าหมาย 2) ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล 3) ความรู้ 4) ความไว้วางใจ 5) การมีแนวทางกลยุทธ์ 6) แบ่งปันภาวะผู้นำ 7) การสนับสนุนนวัตกรรม 8) การประชุมร่วมกัน 9) การสร้างแนวทาง และ 10) ระบบข้อมูลข่าวสาร

Archibald, Trumpower & MacDonald (2014) ที่ศึกษาคุณภาพของเครื่องมือประเมินความสำเร็จของสมรรถนะการทำงานร่วมกัน วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น ของแบบประเมินความสำเร็จของสมรรถนะการทำงานร่วมกัน วิธีวิจัยมีดังนี้ พัฒนาเครื่องมือจาก IPE assessment instruments ตามแนวคิด The new IPE/IPC competencies โดยทีมผู้วิจัย ได้ 6 องค์ประกอบ 20 ข้อ หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านภาษา และตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Exploratory factor analysis กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 584 คน ประกอบด้วยวิชาชีพสุขภาพ นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ ในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ในประเทศแคนาดา และนิวซีแลนด์ ทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมที่ยกเว้นข้อคำถามนั้น (Corrected Item – Total Correlation) ทุกข้อมากกว่า 0.70 ผลการวิจัยเครื่องมือประเมินความสำเร็จของสมรรถนะการทำงานร่วมกัน ได้ 20 ข้อคำถาม 2 องค์ประกอบ

Yamamoto et al. (2014) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพใหม่ ในประเทศญี่ปุ่น วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ วิธีวิจัยมี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 32 คน นำมาสร้างข้อคำถาม ได้ 255 ข้อ หลังจากทีมผู้วิจัย ทบทวนข้อคำถาม กับแนวคิด ทฤษฎี และความซ้ำซ้อนคงเหลือ 63 ข้อ ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ กำหนดมาตรวัด 5 ตัวเลือก (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ปานกลาง 4=เห็นด้วย 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Exploratory factor analysis กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 972 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกำหนดอาหาร ในโรงพยาบาล ทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายด้านทั้ง 6 ด้าน ระหว่าง 0.66 - 0.69 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมที่ยกเว้นข้อคำถามนั้น (Corrected Item – Total Correlation) ตัดข้อคำถาม ที่ได้น้อยกว่า 0.3 ออก ผลการวิจัยเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ประกอบด้วย 35 ข้อคำถาม 6 สมรรถนะหลัก คือ 1) ทักษะคิดและความเชื่อในวิชาชีพ 2) ทักษะการบริหารจัดการทีม 3) การดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม 4) การดูแลและเคารพสิทธิของผู้ป่วย 5) การมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ดีขึ้น 6) การปฏิบัติตามบทบาทของวิชาชีพ

Sakai et al. (2017) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ วิธีวิจัยมี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือ The Chiba Interprofessional Competency Scale จาก 40 ข้อ ปรับปรุง ข้อคำถามเหลือ 29 ข้อ กำหนดมาตรวัด 5 ตัวเลือก (1=ไม่สำคัญ 2=ค่อนข้างไม่สำคัญ 3=ค่อนข้างสำคัญ 4=สำคัญ 5=สำคัญอย่างยิ่ง) ทดสอบในกลุ่มตัวอย่างบุคคลากรทางสุขภาพ จำนวน 1,245 ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Confirmatory factor analysis ระยะที่ 2 นำแบบสอบถามจากขั้นตอนที่ 1 ทดสอบความเชื่อมั่น โดยค่า Intraclass correlation coefficients ในกลุ่มตัวอย่าง 571 คน ในกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น ทั้ง 6 ด้าน อยู่ระหว่าง 0.65 ถึง 0.77 ผลการวิจัย เครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ประกอบด้วย 29 ข้อคำถาม 6 สมรรถนะหลัก คือ 1) ทักษะและความเชื่อในวิชาชีพ 2) ทักษะการบริหารจัดการทีม 3) การดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม 4) การดูแลและเคารพสิทธิของผู้ป่วย 5) การมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ดีขึ้น 6) การปฏิบัติตามบทบาทของวิชาชีพ

Shimmura & Tadaka (2018) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในเด็กที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในเด็กที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ วิธีวิจัยมี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ทำการทบทวนวรรณกรรม การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สร้างข้อคำถาม และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 14 คน ตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา กำหนดมาตรวัด 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ปานกลาง 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ระยะที่ 2 ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Exploratory factor analysis และ Confirmatory factor analysis กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลากรทางสุขภาพ จำนวน 2,347 คน ประกอบด้วยกลุ่มทางการแพทย์ สังคมสงเคราะห์ และสายการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93 ผลการวิจัย เครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในเด็กที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม 3 สมรรถนะหลัก คือ 1) แบ่งปันทักษะในการประเมินความต้องการ 2) ทักษะการพัฒนาแหล่งสนับสนุน 3) ทักษะการสร้างเครือข่าย

Sakakida, Tadaka & Arimoto (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันการทารุณกรรมเด็กจากการตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะของสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันการทารุณกรรมเด็กจากการตั้งครรภ์ วิธีวิจัย มี 2 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาข้อคำถาม โดยการทบทวนวรรณกรรม และคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการทำงานร่วมกัน และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ 4 คน ด้านวิจัย 6 คน สร้างข้อคำถาม ได้ 30 ข้อ 3 องค์ประกอบ หลังจากนั้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ ความตรงแบบเผชิญหน้า จากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาลสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และครูสอนอนุบาล ปรับข้อคำถามเหลือ 21 ข้อ ระยะที่ 2 ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Exploratory factor analysis เหลือข้อคำถาม 18 ข้อ และ Confirmatory factor analysis กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรจากศูนย์สุขภาพ โรงเรียนและโรงพยาบาล จำนวน 276 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาเด็ก ผู้ดูแลเด็กและครูอนุบาล ในประเทศญี่ปุ่น ทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90 ผลการวิจัย เครื่องมือประเมินความสำเร็จของสมรรถนะการทำงานร่วมกัน ได้ 10 ข้อคำถาม 2 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และ 2) ความมุ่งมั่นของวิชาชีพ

Tsukasaki, Kyota & Itatani (2022) ที่ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่บ้านของประเทศญี่ปุ่น วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่บ้านของประเทศญี่ปุ่น วิธีวิจัยมี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาข้อคำถาม โดยการทบทวนนิยามความหมายการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ระยะที่ 2 ตรวจข้อคำถามเบื้องต้น สัมภาษณ์เชิงลึกวิชาชีพสุขภาพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ ผู้จัดการเกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน นำไปสร้างข้อคำถาม ได้ 58 ข้อ และตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า เหลือข้อคำถาม 55 ข้อ ระยะที่ 3 ประเมินเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Exploratory factor analysis กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้จัดการทางด้านการเยี่ยมบ้าน จำนวน 512 คนในประเทศญี่ปุ่น ตรวจสอบความตรงกลุ่มผู้ชัด (Known-Group Technique) และ ตรวจสอบความตรงเชิงสภาพการณ์ (Concurrent validity) ทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.97 ผลการวิจัย เครื่องมือประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง

ประกอบด้วย 37 คำถาม 4 องค์ประกอบ คือ 1) กลยุทธ์การทำงานเป็นทีมแบบร่วมกัน 2) การบริหารจัดการทำงานร่วมกัน 3) ประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน 4) การสื่อสาร

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพทั้งในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีหลากหลายอาชีพ ทั้งด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล และ ไม่ใช่ด้านสุขภาพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และ ครู (Nuño-Solinis et al., 2013; Sakakida et al., 2021; Shimmura & Tadaka, 2018; Tsukasaki et al., 2022)

ขั้นตอนการดำเนินการของวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 จะเป็นการศึกษาวิธีวิจัยการเชิงคุณภาพ เพื่อหาองค์ประกอบของสมรรถนะ (Yamamoto et al., 2014) หรือทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกรอบสมรรถนะของหน่วยงานหรือองค์กร (Nuño-Solinis et al., 2013; Tsukasaki et al., 2022) หรือ ปรับจากแบบประเมินสมรรถนะมาตรฐานมาใช้ (Archibald et al., 2014; Sakai et al., 2017) การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพต่าง (Shimmura & Tadaka, 2018) หลังจากนั้น นำข้อมูลมาเชื่อมต่อระยะที่ 2

สำหรับระยะที่ 2 ทำการศึกษาเชิงปริมาณ กำหนดมาตรฐานแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ปานกลาง 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Factor analysis (Sakakida et al., 2021; Tsukasaki et al., 2022; Yamamoto et al., 2014) หรือตรวจสอบความตรงกลุ่มรู้จัก (Known-Group Technique) หรือตรวจสอบความตรงเชิงสภาพการณ์ (Concurrent validity) (Tsukasaki et al., 2022) และทดสอบความค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค หรือ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยค่า Intraclass correlation coefficients (Sakai et al., 2017) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมที่ยกเว้นข้อคำถามนั้น (Corrected Item – Total Correlation) (Yamamoto et al., 2014) สมรรถนะที่พบมีความแตกต่างกัน ตามลักษณะการทำงานและสถานที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมียังมีจำกัดในต่างประเทศ ซึ่งในประเทศไทยระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนี้ ได้ดำเนินงานภายใต้หลักการของการบริการปฐมภูมิ โดยคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มคนหลากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกันเป็น

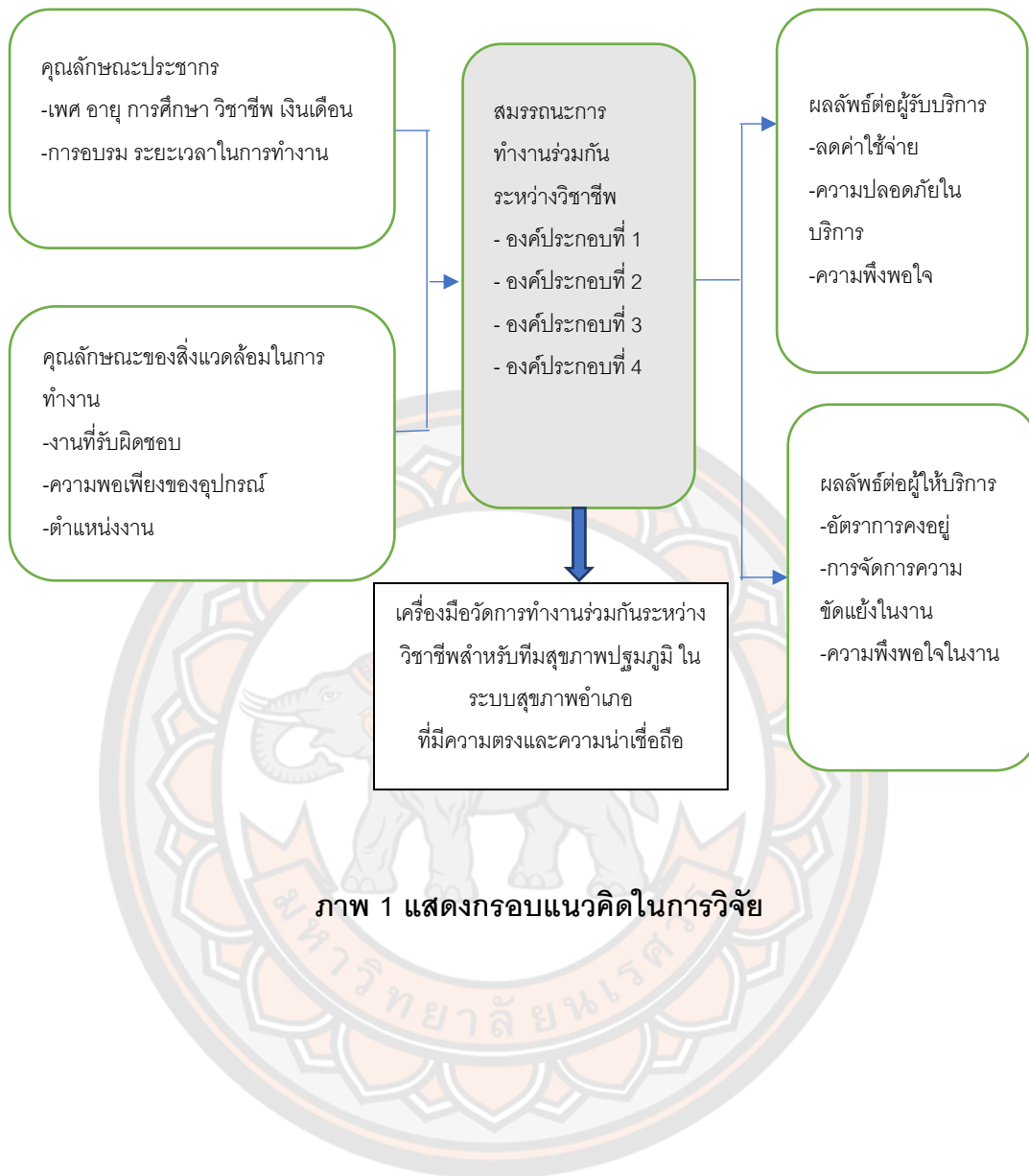
ผู้ขับเคลื่อนระบบดังกล่าว เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนในพื้นที่ ที่รับผิดชอบ เนื่องจากเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมียังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ประโยชน์ของเครื่องมือประเมินนี้จะช่วยให้หน่วยบริการ และสถานศึกษาบุคลากรทางด้านสุขภาพ เข้าใจสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ทีมสุขภาพปฐมภูมิ

โดยสรุป การดำเนินการวิจัยนี้ใช้แนวคิดของปฏิบัตินิยม เริ่มจากค้นหาความหมายของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ จากการที่บริบทของระบบสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ จึงเริ่มต้นระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้องค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ และระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือด้วยวิธีการเชิงปริมาณ เพื่อให้เครื่องมือมีความตรง และความเที่ยง ในการไปประเมินกลุ่มเป้าหมาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย คือ รูปแบบความคิดหรือหลักการ ที่แสดงถึงภาพรวมของกระบวนการวิจัย ที่ผู้วิจัยนำตัวแปรที่สนใจในการทำวิจัยมาเชื่อมโยงกันเพื่อตอบคำถามงานวิจัย ซึ่งสามารถเขียนในรูปของการบรรยายและสร้างแผนภาพ (Latham, 2017)

ในการศึกษานี้ ตัวแปร คือ สมรรถนะการทำงานระหว่างวิชาชีพ ที่ทำการค้นหาด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ สอดคล้องกับคำถามการวิจัยข้อที่ 1 ที่ไม่มีนิยามสมรรถนะการทำงานระหว่างวิชาชีพ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิทุกภาคส่วนทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการ หลังจากนั้นนำองค์ประกอบของสมรรถนะสมรรถนะการทำงานระหว่างวิชาชีพ มาสร้างข้อคำถาม และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Psychometric properties) สอดคล้องกับคำถามการวิจัยข้อ 2 เพื่อให้มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้ในบริบทของประเทศไทย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้กระบวนการนำแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) นำเสนอขั้นตอนของการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ในหัวข้อรูปแบบการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลา 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลา 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายกระบวนการวิจัย ระยะเวลาวิจัย ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ดังนี้

1. กระบวนการทัศน์การวิจัย (Paradigm)

การศึกษานี้มีมุมมอง แนวความคิด ความเชื่อในกระบวนการปฏิบัตินิยม (Pragmatism) โดยไม่ได้ยึดถือแนวคิด ปรัชญาในการค้นหาความจริงเพียงวิธีเดียว แต่เป็นการผสมผสานวิธีวิจัย ในการหาคำตอบจากแนวคิดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งจะต้องทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีการ จะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูล (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2555) และเพื่อให้ได้มาซึ่งความจริงบนพื้นฐานของปัญหาการวิจัย (Creswell, 2014)

จากกระบวนการข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method design) แบบ Exploratory Sequential Mixed Methods ตามแนวคิดของ John W. Creswell (Creswell, 2014) การวิจัยเป็นแบบเรียงลำดับ (Sequential) เริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณทำการเชื่อมต่อข้อมูลด้วยวิธีการแบบติดต่อกัน (Connect Data) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนแล้วนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้ในการเก็บเชิงปริมาณต่อ ซึ่งในการศึกษาเชิงปริมาณนั้น นำขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือของ (DeVellis, 2017) มาดำเนินการ

ตามขั้นตอนต่อไป โดยมีสัญลักษณ์ของวิธีการศึกษา คือ qual --> QUAN (Creswell & Plano Clark, 2007)

2. พื้นที่ที่ศึกษา

สถานที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 2 (อุตรดิตถ์ พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และ ตาก) เนื่องจาก หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 2 มีบริบทของประชากรในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางด้าน ประเพณีและวัฒนธรรม เป็นพื้นที่ศูนย์กลางทางการแพทย์ของภาคเหนือตอนล่าง

ขั้นตอนการทำวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เริ่มต้นด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้สำหรับการค้นหาตัวแปรใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ หลังจากนั้นนำตัวแปรที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 เชื่อมต่อ ใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2017) โดยขึ้นกระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ของการวิจัยทั้ง 2 ระยะ แสดงในตาราง 6

ระยะที่ 1 ศึกษากรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 กรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามขององค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ (To determine clearly what is to be measures)

ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ (Instrument development and psychometric testing) (DeVellis, 2017)

ขั้นตอนที่ 2 สร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool

Reviewed by Experts)

ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์จำแนกข้อคำถาม (Evaluate the Items)

ขั้นตอนที่ 8 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)

ขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize Scale Length)

โดยสามารถเขียนกระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ได้ตามตาราง 6



ตาราง 6 แสดงกระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ระยะศึกษา	ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ได้
1	ศึกษารอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยาม ของสมรรถนะการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ	1. เพื่อค้นหาความหมาย นิยามและ องค์ประกอบของสมรรถนะการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับ ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ	การศึกษาเชิงคุณภาพ เครื่องมือวิจัย 1. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง 2. สมุดจดบันทึก 3. เครื่องอัดเทปบันทึกเสียง วิธีการเก็บข้อมูล 1. สัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) จำนวน 28 คน 2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 9 คน	ความหมาย นิยามและ องค์ประกอบของสมรรถนะ การทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ
2	ขั้นตอนที่ 2 สร้างข้อ คำถาม	2. พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบ คุณสมบัติของเครื่องมือประเมิน สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐม ภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ	การศึกษาระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) การศึกษาระดับปริมาณ สร้างข้อคำถามจากนิยามสมรรถนะการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ	ข้อคำถามที่ได้เกี่ยวกับ สมรรถนะการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพสำหรับทีม สุขภาพระดับปฐมภูมิ ใน ระบบสุขภาพอำเภอ

ตาราง 6 (ต่อ)

ระยะ ศึกษา	ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ได้
	ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบในการวัด		กำหนดรูปแบบการวัด	รูปแบบการวัด
	ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ		นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (Face validity) จำนวน 9 ท่าน	ข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหา
	ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา		ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตามเกณฑ์ จำนวน 7 ท่าน วิเคราะห์ I-CVI; S-CVI Ave ; S-CVI/UA	แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1
	ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง		ทดลองใช้แบบสอบถามสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ Corrected item to total correlation, Cronbach's alpha	ได้ข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงแบบสอบถาม

ตาราง 6 (ต่อ)

ระยะ ศึกษา	ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ ได้
ศึกษา	ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ จำแนกข้อคำถาม		วิเคราะห์จำแนกข้อคำถามแบบประเมินสมรรถนะการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ	แบบสอบถามฉบับร่าง ที่ 2
	ขั้นตอนที่ 8 นำ เครื่องมือไปใช้ ภาคสนาม		ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยนำไปเก็บข้อมูลการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบ สุขภาพอำเภอ วิเคราะห์ EFA, CFA จำนวน 600 คน	ได้ ข้อมูล ความ ตรงเชิง โครงสร้าง เพื่อนำไปปรับปรุง แบบประเมิน
	ขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุง แบบประเมินฉบับ สมบูรณ์		ปรับข้อคำถามแบบประเมิน	แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่มี คุณภาพตามเกณฑ์ทั้งความ ตรงและความเชื่อมั่น

โดยมีรายละเอียดดำเนินการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาระยะที่1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาในระยะที่1 ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยาม ของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา กรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ พบว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เป็นหนึ่งในวิธีการที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอนการค้นหาความหมาย และองค์ประกอบของสมรรถนะ เช่น สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่าง แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักจิตวิทยา เกษัชกร ได้สมรรถนะการทำงานร่วมกันด้าน 1) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 2) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ 3) ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแพทย์และเกษัชกรในระดับปฐมภูมิได้สมรรถนะด้าน 1) ความมั่นใจในความรู้ 2) การเผชิญหน้า 3) การแสดงออกและการสื่อสาร 4) การสื่อสารสองทาง 5) การไว้วางใจ,สามัคคี,ทำตามเป้าหมาย 6) สื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือและประสานงาน (Dey et al., 2011; Mior et al., 2010; Wood et al., 2009) เมื่อได้ผลการศึกษาแล้วนำกรอบสมรรถนะ ความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ไปใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ระยะที่ 2

1. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความครอบคลุมทุกระดับ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการ ครอบคลุมทั้ง ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับชาติ ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต และผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยมีผู้ปฏิบัติงานร่วมกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ และนักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ

1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก กำหนดจากผู้ที่มีประสบการณ์ ความรู้และความเชี่ยวชาญตรงกับประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีการวางแผน กำหนดคุณสมบัติ และจำนวนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อเป็นตัวแทนที่ดี โดยผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักและจำนวน ดัง

แสดงในตาราง 7 ทั้งนี้ การเก็บจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก อาจมีการเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาวิจัยจะเก็บจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

ตาราง 7 แสดงผู้ให้ข้อมูลหลัก คุณสมบัติและจำนวนสำหรับการเก็บข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	คุณสมบัติ	จำนวน (คน)
1. ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับชาติ	1. ปฏิบัติงานด้านนโยบาย เช่น กำหนดนโยบาย ติดตามการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ ระดับชาติ สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
2. ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต	1. ปฏิบัติงานด้านนโยบาย เช่น กำหนดนโยบาย ติดตามการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ ในระดับเขตสุขภาพ เช่น ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
3. ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด	1. ปฏิบัติงานด้านนโยบาย เช่น กำหนดนโยบาย ติดตามการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ ในระดับจังหวัด เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
4. แพทย์	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
5. ทันตแพทย์	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
6. เภสัชกร	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
7. พยาบาล	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
8. นักกายภาพบำบัด	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
9. แพทย์แผนไทย	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
10. นักวิชาการสาธารณสุข	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2

ตาราง 7 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	คุณสมบัติ	จำนวน (คน)
11. นักจิตวิทยาคลินิก	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
12. นักรังสีเทคนิค	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
13. นักเทคนิคการแพทย์	1. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
14. นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการทำงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1. เป็นผู้ทำวิจัยในประเด็น การพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีผลงานตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการยอมรับในระดับชาติหรือนานาชาติ จำนวน 1 เรื่อง ใน 5 ปี	2

1.3 เครื่องมือในการวิจัย แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบในเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยแสดงตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล ข้อคำถามในแต่ละกลุ่มในตาราง 8

ตาราง 8 กลุ่มที่ วิธีการเก็บข้อมูล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนคน และตัวอย่างข้อคำถาม

กลุ่มที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	คำถามเริ่มต้น	ตัวอย่างข้อคำถาม
1	การสัมภาษณ์เชิงลึก	<p>1. ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ ระดับชาติ</p> <p>2. ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ ระดับชาติในระดับเขต</p> <p>3. ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ ระดับชาติในระดับจังหวัด</p> <p>4. นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการทำงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>5. แพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยาคลินิก นักเทคนิคการแพทย์และนักรังสีเทคนิค ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>	<p>คำถามเริ่มต้น</p> <p>1. ท่านปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิกี่ปี</p> <p>2. เป้าหมายของการทำงานระบบบริการปฐมภูมิคืออะไรบ้าง</p> <p>3. ท่านคิดว่าการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพจะทำประโยชน์อะไรให้กับประชาชนในพื้นที่บ้าง</p> <p>4. ขอให้ท่านเล่าความสัจหรือความภูมิใจของการทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ</p> <p>ภูมิ</p> <p>คำถามหลัก</p> <p>1. ก่อนเข้ามาทำงานในระบบบริการปฐมภูมินี้ ท่านได้รับการอบรม หรือมีความรู้ อะไรบ้างเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ</p> <p>คำถามหยังประเด็น (Probe question)</p> <ul style="list-style-type: none"> • สิ่งที่ท่านคิดว่าในการทำงานปฐมภูมิ ต้องมีความรู้เรื่องอะไรบ้าง • ความรู้ใน สำคัญอย่างไร ความรู้ใน นำไปใช้ในการทำงานของ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ อย่างไร 	

ตาราง 8 (ต่อ)

กลุ่มที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	ตัวอย่างข้อคำถาม
			<p>2. ท่านคิดว่าทักษะ (ทักษะ หมายถึง การปฏิบัติ เช่น การประสานงาน การสื่อสารภายในทีมและระหว่างทีม ฯลฯ) ที่จำเป็นในระบบบริการปฐมภูมิมีอะไรบ้าง</p> <p>คำถามหยังประเด็น (Probe question)</p> <p>ทักษะนั้น สำคัญอย่างไร ทักษะนั้น นำไปใช้ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ อย่างไร</p> <p>3. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในอุดมคติของท่าน เป็นอย่างไร</p> <p>4. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในสถานการณ์จริง เป็นอย่างไร</p> <p>5. จากข้อ 3, 4 ที่เราคุยกัน ท่านจะพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิอย่างไรบ้าง</p> <p>6. สิ่งที่ท่านต้องการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้าง</p> <p>7. มีประเด็นข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ที่ท่านต้องการเพิ่มเติม</p>

ตาราง 8 (ต่อ)

กลุ่มที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)	ตัวอย่างข้อคำถาม
2	การสนทนากลุ่ม	<ol style="list-style-type: none"> แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นักกายภาพบำบัดผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์แผนไทยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นักวิชาการสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นักจิตวิทยาคลินิกผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นักรังสีเทคนิคผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 	1	<p>คำถามเริ่มต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> ท่านปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิกานานกี่ปี เป้าหมายของการทำงานระบบบริการปฐมภูมิมีอะไรบ้าง ท่านคิดว่าการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพจะทำประโยชน์อะไรให้กับประชาชนในพื้นที่บ้าง ขอให้ท่านเล่าความสำเร็จหรือความภูมิใจของการทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ <p>คำถามหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> เหตุใด ท่านจึงเข้ามาทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ <p>คำถามห้วงประเด็น (Probe question)</p> <p>การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ มีความเชื่อมโยงกับงานหลักของท่านที่ปฏิบัติอยู่อย่างไร (สนับสนุนการทำงาน เพิ่มภาระงาน หรือ อย่างไร)</p> <ol style="list-style-type: none"> ก่อนเข้ามาทำงานในระบบบริการปฐมภูมินี้ ท่านได้รับการอบรมหรือมีความรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับการทำงานร่วมกับระหว่างวิชาชีพ
			1	

ตาราง 8 (ต่อ)

กลุ่ม ที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)	ตัวอย่างข้อคำถาม
2	การสนทนากลุ่ม			<p>คำถามหึ่งประเด็น (Probe question)</p> <ul style="list-style-type: none">• ท่านคิดว่าความรู้ที่จำเป็นที่จะต้องมีการทำงานรวมกันระหว่างวิชาชีพนี้มีอะไรบ้าง• ความรู้ที่จำเป็น สำคัญอย่างไร ความรู้ที่นำมาใช้ในการทำงานรวมกันระหว่างวิชาชีพอย่างไร <p>3. ท่านคิดว่าทักษะ (ทักษะ หมายถึง การปฏิบัติ เช่น การประสานงาน การสื่อสารภายในทีมและระหว่างทีม ฯลฯ) ที่จำเป็นในระบบบริการปฐมภูมิมีอะไรบ้าง</p> <p>คำถามหึ่งประเด็น (Probe question)</p> <ul style="list-style-type: none">• ทักษะนั้น สำคัญอย่างไร ทักษะนั้น นำไปใช้ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ อย่างไร <p>4. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในอุดมคติของท่าน เป็นอย่างไร</p> <p>5. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในสถานการณ์จริง เป็นอย่างไร</p>

ตาราง 8 (ต่อ)

กลุ่ม ที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)	ตัวอย่างข้อคำถาม
2	การสนทนากลุ่ม			<ol style="list-style-type: none">จากข้อ 3, 4 ที่เราคูด้วยกัน ท่านจะพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิอย่างไรบ้างสิ่งที่ท่านต้องการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้างมีประเด็นข้อเสียดังต่อไปนี้ที่ท่านต้องการเพิ่มเติม

1.4 การเก็บข้อมูล

1.4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลจึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักเองทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล

- 1) ผู้วิจัย ร่างแนวคำถาม จากการทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา
- 2) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 3) ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักที่คัดเลือกทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และโทรศัพท์ พร้อมส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร หลังจากผ่านจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการวิจัย COA No. 180/2020 IRB No. P3-0027/2563 เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ล่วงหน้า ตามวันเวลา และประสาน ขอห้องสำหรับสัมภาษณ์ ในสถานที่ทำงานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือสถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก
- 5) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล กล่าวทักทาย สอบถามเรื่องทั่วไป อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที
- 6) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบถึงขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยขอบันทึกเสียงการให้สัมภาษณ์ และจัดบันทึกข้อมูล ทั้งนี้เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุด ข้อมูลทุกชนิดของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายทิ้ง ทันที
- 7) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบว่า ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด จะไม่ถูกนำไปให้ใครรับทราบ และผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บไว้เพียงคนเดียว
- 8) ผู้วิจัยจะถามคำถามไปเรื่อย ๆ หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการตอบหรืออยากพักก่อนสามารถกระทำได้ตลอดเวลา และใช้เวลาสัมภาษณ์ ระหว่าง 1 ถึง 1.30 ชั่วโมง
- 9) เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยจะกล่าวคำขอบคุณ และหากมีความไม่สบายใจเกี่ยวกับข้อมูล สามารถแจ้งผู้วิจัยให้รับทราบได้ทันที

10) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มาถอดเทปการสนทนาคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนา และตรวจสอบคำผิดเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

1.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึก โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล

1) ผู้วิจัย ร่างแนวคำถาม จากการทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

2) ผู้วิจัยเลือกผู้ร่วมสนทนากลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3) ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักที่คัดเลือกทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และโทรศัพท์ พร้อมส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร หลังจากผ่านจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการวิจัย COA No. 180/2020 IRB No. P3-0027/2563 เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยนัดหมายผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ล่วงหน้า ตามวันเวลา และใช้สถานที่ ห้องประชุมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นสถานที่ ที่เดินทางมาประชุมได้สะดวก สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเอง รวมทั้งจัดที่นั่งเป็นวงกลมในการสนทนากลุ่ม

5) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและผู้ช่วยนักวิจัย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมสนทนากลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามเรื่องทั่วไป อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในการวิจัยก่อนสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

6) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ได้รับทราบถึงขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยขอบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม และจดบันทึกข้อมูล ทั้งนี้เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุด ข้อมูลทุกชนิดของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายทิ้ง ทันที

7) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้รับทราบว่า ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด จะไม่ถูกนำไปให้ใครรับทราบ และผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บไว้เพียงคนเดียว

8) ผู้วิจัยจะถามคำถามไปเรื่อย ๆ หากผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่ต้องการตอบ หรืออยากพักก่อนสามารถกระทำได้ตลอดเวลา

9) เมื่อสนทนากลุ่มเสร็จ ผู้วิจัยจะกล่าวคำขอบคุณ และหากมีความไม่สบายใจเกี่ยวกับข้อมูล สามารถแจ้งผู้วิจัยให้รับทราบได้ทันที

10) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้ร่วมสนทนากลุ่ม มาพบกัน เริ่มด้วย เปิดโอกาสให้ทุกคนทำความรู้จักกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มแจ้งวัตถุประสงค์ของการสนทนา การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้โดยไม่มีการบินที่กวีดีโอเพื่อความไว้วางใจ แต่จะขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนาโดยไม่มีกรกล่าวถึงชื่อผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยก็เริ่มประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการสนทนา การสนทนากลุ่มครั้งนี้ใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง 50 นาที

11) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มาถอดเทปการสนทนาคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนา และตรวจสอบคำผิดเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

1.5 ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004)

1.5.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการอย่างมีขั้นตอนและเป็นกระบวนการ มีการเตรียมประเด็นและตัวอย่างข้อคำถาม และมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและที่ปรึกษาร่วม และเพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของงานวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ ซึ่งกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล โดยการสอบถามข้อมูลจากหลายพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 มีการเก็บข้อมูลจากหลากหลายกลุ่ม (Person data triangulation)

2) การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เพื่อการตรวจสอบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ กัน รวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลรูปร่างนั้น เทียบตรงตามความเป็นจริงหรือไม่

1.5.2 ผู้วิจัยอยู่ในสนามเป็นช่วงระยะนาน (Prolonged Engagement) จนผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) กับผู้ให้ข้อมูลจนแน่ใจว่าจะได้ความจริงจากผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งทำให้นักวิจัยสามารถขจัดอคติและตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ ๆ

ให้ถูกต้อง เพื่อผลในการสร้างความเชื่อถือของข้อมูล การศึกษานี้ผู้วิจัยวางแผนการเก็บข้อมูล สทนหากกลุ่ม ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที และการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 45-60 นาที

1.5.3 การตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (Peer debriefing) ทำการสรุปประเด็นของข้อมูลและมีการอภิปรายประเด็นที่ได้จากการเก็บข้อมูลกับ นักวิจัยในทีม อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อช่วยให้นักวิจัย สามารถตรวจสอบและประเมินผลการถอด ความหมายของหมวดหมู่ที่เกิดขึ้นใหม่ ก่อนสรุปข้อมูล

1.5.4 การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) เป็นความสามารถอ้าง ผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ งานวิจัยนี้อาจนำผลการวิจัยไป ปรับใช้กับกลุ่มที่มี บริบท ใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งงานวิจัยนี้ องค์ประกอบของสมรรถนะ ได้มา จากทำการค้นหาจากตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ทุกวิชาชีพ ครอบคลุมตัวแทนที่เป็น ผู้กำหนดนโยบายจากระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด เพื่อให้ครอบคลุมความหมายของสมรรถนะ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) เนื่องจาก ทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความหลากหลายในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลได้ ทำให้มอง ประเด็นได้ชัดเจนและประเด็นที่อยู่ภายใต้พื้นฐานของข้อมูลที่เก็บมาทั้งหมด ซึ่งมีขั้นตอน การวิเคราะห์ข้อมูล (Braun & Clarke, 2006) ดังต่อไปนี้

1. Becoming familiar with data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล) ผู้วิจัยสร้าง ความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยทำการอ่านข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดเพื่อค้นหา ความหมายของข้อมูล ตลอดจนการฟังเทปให้เกิดความเข้าใจในน้ำเสียงไม่ว่าจะเป็นเสียงต่ำ เสียง สูง การเปล่งเสียงออกมา มีความหมายอย่างไร

2. Generating initial codes (สร้างรหัสข้อมูล) ผู้วิจัยสร้างรหัสข้อมูลเพื่อให้ เกิดกลุ่มคำเป็นหมวดหมู่ย่อยต่อความเข้าใจ และพยายามสกัดคำพูดของผู้ให้ข้อมูลออกมาเป็น Code ซึ่งแต่ละ Code ก็จะมีเนื้อหาที่แตกต่างกันไป แต่ถ้าเนื้อหาคำพูดอันไหนที่มีความหมาย เดียวกันหรือประเภทเดียวกันก็จะให้ Code ข้อมูลเดียวกันไว้

3. Searching for themes (สร้างประเด็น) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและ พิจารณารหัสที่เหมือนไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัส ด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่จัดไว้เป็นกลุ่มคือประเด็น ขั้นตอนนี้เป็น การแสดงความสอดคล้องของแต่ละ ประเด็นโดยการทำ Mind-maps

4. Reviewing themes (ทบทวนประเด็น) เป็นขั้นตอนก่อกำเนิดประเด็นประเด็นต่าง ๆ ที่อยู่ในขั้นตอนนี้อาจไม่ใช่ประเด็นแท้ เพราะมีบางประเด็นซ้อนกันและบางประเด็นก็สามารถแตกออกไปเป็นประเด็นใหม่ได้ โดยการรวบรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน ประเด็นไหนที่ต่างกันก็จะถูกแยกไปรวมกลุ่มกัน

5. Defining and naming themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น) ขั้นตอนนี้ประเด็นที่ได้จะเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจแล้วเพราะประเด็นได้ถูกก่อกำเนิดและจัดหมวดหมู่รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน โดยเขียนแผนภาพการเชื่อมโยงประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งทำการตั้งชื่อประเด็นให้สอดคล้องกับเนื้อหา

6. Producing the report (การรายงาน) เขียนรายงานโดยการยกตัวอย่างประเด็นผู้ให้ข้อมูล และอธิบายประเด็นพร้อมหาแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัยมาสนับสนุนข้อมูลโดยไม่มี การบิดเบือนข้อมูล

ผลผลิตที่ได้จากระยะที่ 1 คือองค์ประกอบ ความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในระยะเวลาที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้แนวทางการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2017)

2. การศึกษาระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยในระยะเวลาที่ 1 คือ ความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เข้าสู่การวิจัยในระยะเวลาที่ 2 โดยพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิดของ DeVellis (2017) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ดังตาราง 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

ผู้วิจัยรวบรวมประเด็นที่ได้จากระยะที่ 1 ซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มาสร้างเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ให้สอดคล้องกับ นิยาม ความหมาย และองค์ประกอบ ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

รวมทั้งจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็นพร้อมตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ให้มีความชัดเจนไม่กำกวมและซ้ำซ้อนในเบื้องต้น ก่อนนำส่งผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบข้อคำถามในเบื้องต้น

2. กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)

แบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยกำหนด รูปแบบในการวัดโดยใช้ (Likert scale) ซึ่งรูปแบบนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการวัดความคิดเห็น ความเชื่อ ระดับความเห็นพ้อง และในการวัดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในต่างประเทศ (Haruta et al., 2016; Shimmura & Tadaka, 2018; Yamamoto et al., 2014) โดยกำหนดตัวเลือกตอบ 5 ระดับ ซึ่งถ้ามีตัวเลือกหลายระดับมาก ๆ ทำให้ตอบยากและใช้เวลาพิจารณานาน (Streiner, Norman & Cairney, 2015) ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงและสอดคล้องกับผู้ตอบ ผู้วิจัยกำหนดตัวเลือกตอบชนิด Likert scale 5 ระดับโดยให้ค่าเรียงลำดับคะแนน ดังนี้ 1 = ทำได้น้อยมาก (Lowest performing) 2 = ทำได้น้อย (Lower performing) 3 = ทำได้ปานกลาง (Moderate performing) 4 = ทำได้ดี (High performing) 5 = ทำได้ดีมาก (Highest performing) คะแนนที่มาก หมายถึงการมีสมรรถนะที่สูง (Kitreerawutiwong, Sriruecha & Laohasiriwong, 2015)

3. ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts)

ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความถูกต้อง ของหมวดหมู่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่กำกวม แต่ละข้อความกล่าวถึงความคิดหลักเพียงหนึ่งประเด็น และเป็นตัวแทนคุณลักษณะที่ต้องการวัด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับคำจำกัดความหรือคุณลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัด พิจารณาความครอบคลุมของข้อความในการวัด ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (Face validity) (Drost, 2011) จำนวน 9 คน (Lynn, 1986) โดยผู้เชี่ยวชาญมีคุณลักษณะดังนี้

3.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิหรือ การพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ หรือ การพัฒนากำลังคนระบบบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

3.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยมีผลงาน

ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่อง ในรอบ 5 ปี หรือสำเร็จการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ หรือ การพัฒนากำลังคนระบบบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

3.3 ผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี แพทย์ จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน รวมเป็น 7 คน

โดยผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และโทรศัพท์ พร้อมส่งสำเนาแบบสอบถาม เอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณา แบบสอบถามสำหรับการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงแบบเผชิญหน้า (Face Validity) ผลที่ได้จากขั้นตอนนี้ คือ ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่เห็นว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามที่ต้องการที่จะวัดหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปสู่ในขั้นตอนต่อไป

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

นำแบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในบริการปฐมภูมิ ที่สร้างขึ้นใหม่จากขั้นตอนที่ 4 นี้ โดยผู้วิจัยปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา และกำหนดผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อเป็นการตรวจสอบ เครื่องมือ มีเนื้อหาตรง และครอบคลุม ตามแนวคิด ตัวแปรที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน (DeVellis, 2012) โดยกำหนดผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน (Lynn, 1986) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิหรือ การพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ หรือ การพัฒนากำลังคนระบบบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

4.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

4.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือสำเร็จการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ หรือ การพัฒนากำลังคนระบบบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

4.4 ผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน รวมเป็น 3 คน

โดยผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และโทรศัพท์ พร้อมส่งสำเนาแบบสอบถาม เอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณา แบบสอบถามสำหรับการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา และใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Item content validity index: I-CVI) ในการตรวจสอบว่าแบบสอบถามนั้นสามารถวัดตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการวัด/ประเมินได้ตรงหรือไม่ โดยกำหนดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ (Polit et al., 2007) คือ

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่เกี่ยวข้อง
2 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องกับเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ ถ้าไม่ปรับแก้ไข

3 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องพอควร หรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ไข

4 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องมาก

ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมข้อเสนอแนะในส่วนท้ายของแต่ละข้อในแบบสอบถามสำหรับการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เชี่ยวชาญสามารถระบุข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ถ้าผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแล้วว่า ข้อความนั้น อยู่ในระดับ 2 หรือ 3

เมื่อได้แบบสอบถามกลับจากผู้เชี่ยวชาญ นำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณดังนี้

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Item content validity index: I-CVI)

จากสูตร

$$I-CVI = N_c/N$$

เมื่อ N_c หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาระดับที่ยอมรับได้ของค่า I-CVI ลินน์ (Lynn, 1986) จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 6-8 คน จะต้องมียุทธศาสตร์ I-CVI ตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป ซึ่งถ้าค่าถามใดมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์นี้ พิจารณาปรับแก้หรือตัดทิ้ง

2. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) โดยวิธีคำนวณหาค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (S-CVI/Ave) จากสูตร $S-CVI/Ave = S(S-CVI)/p$

เมื่อ S(S-CVI) หมายถึง ผลรวมของค่า I-CVI

p หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาระดับที่ยอมรับได้ของค่า S-CVI/Ave คือ 0.8 ขึ้นไป (Waltz et al., 2005)

3. การหา S-CVI/UA การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ โดยวิธี S-CVI/UA (Universal agreement) ซึ่งเป็นการหาสัดส่วนข้อคำถามที่ได้รับการประเมินในระดับ 3-4 ขาดด้วยข้อคำถามทั้งหมด (Waltz et al., 2005) ซึ่งค่าที่ได้จะทำให้เรารู้ว่าจำนวนข้อคำถามที่ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่มีจำนวนสัดส่วนเท่าใดเมื่อเทียบกับจำนวนข้อคำถามทั้งหมด หรือสามารถบอกเป็นร้อยละได้เมื่อคูณด้วย 100 สำหรับเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ของค่า S-CVI/UA คือ 0.80 หรือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (Polit et al., 2007)

หลังจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีก 1 ครั้งจนไม่มีการแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัย ทำร่างแบบสอบถามเพื่อไปทดลองในกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนต่อไป

5. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

นำร่างแบบสอบถาม ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วในขั้นตอนที่ 4 ไปทดลองใช้ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งอยู่เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 2 ปี เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อคำถามในขั้นตอนที่ 6

6. การวิเคราะห์จำแนกข้อคำถาม (Evaluate the Items)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ จากขั้นตอนที่ 5 มาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) และวิเคราะห์ข้อคำถาม (Item analysis) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามโดยตรวจสอบลักษณะของข้อคำถามจากผลการวิเคราะห์ดังนี้

6.1 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าที่คำนวณได้ต้อง ≥ 0.7 ขึ้นไป จึงนับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม (Nunnally and Bernstein, 1994)

6.2 วิเคราะห์ข้อคำถาม (Item analysis) โดยพิจารณา ดังนี้

6.2.1 ค่าเฉลี่ยของข้อคำถามที่ดีควรมีค่าเฉลี่ยที่เข้าใกล้ค่ากลางของพิสัยคะแนน

6.2.2 ค่าความแปรปรวนของข้อคำถามที่ดีควรมีค่าความแปรปรวนสูง เพื่อข้อคำถามจะได้มีอำนาจในการจำแนกคุณลักษณะที่ต้องการวัด

6.2.3 Corrected Item – Total Correlation ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมที่ยกเว้นข้อคำถามนั้น ค่า Corrected Item – Total Correlation ต้องมากกว่า 0.30 ขึ้นไป (Nunnally & Bernstein, 1994)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่วิเคราะห์ได้ จัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้ในภาคสนามในขั้นตอนต่อไป

7. นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 2,081 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่การศึกษาคือ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 2 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปร (Costello & Osborne, 2005) ซึ่งข้อคำถามมี 49 ข้อ ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่าง 490 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาน้อย

ปฐมภูมิ

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ
- 2) ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมาแล้ว 2 ปีขึ้นไป
- 3) ยินดีให้ข้อมูล

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.3 การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดตัวอย่างของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละวิชาชีพ ตามสัดส่วนประชากรของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) การสุ่มเลือกโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 5 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด โดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาล และรายชื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังจากได้รายชื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละที่แล้ว ทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละที่ โดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในขั้นตอนที่ 2 ตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 1 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

จังหวัด	วิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	คน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง
พิษณุโลก	แพทย์	59	17
	ทันตแพทย์	29	8
	เภสัชกร	33	10
	พยาบาล	180	52
	นักกายภาพ	26	7
	แพทย์แผนไทย	30	9
	นักวิชาการสาธารณสุข	254	73
ตาก	แพทย์	19	5
	ทันตแพทย์	13	4
	เภสัชกร	13	4
	พยาบาล	73	21
	นักกายภาพ	12	3
	แพทย์แผนไทย	20	6
	นักวิชาการสาธารณสุข	122	35
สุโขทัย	แพทย์	27	8
	ทันตแพทย์	13	4
	เภสัชกร	21	6
	พยาบาล	96	28
	นักกายภาพ	15	4
	แพทย์แผนไทย	21	6
	นักวิชาการสาธารณสุข	127	37

ตาราง 8 (ต่อ)

จังหวัด	วิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	คน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
อุตรดิตถ์	แพทย์	33	9
	ทันตแพทย์	30	9
	เภสัชกร	31	9
	พยาบาล	146	42
	นักกายภาพ	26	7
	แพทย์แผนไทย	25	7
	นักวิชาการสาธารณสุข	178	51
เพชรบูรณ์	แพทย์	35	10
	ทันตแพทย์	21	6
	เภสัชกร	21	6
	พยาบาล	131	38
	นักกายภาพ	14	4
	แพทย์แผนไทย	31	9
	นักวิชาการสาธารณสุข	156	45
		2,081	600

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับสถานภาพ วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ และปฐมภูมิ และประสบการณ์การอบรมเฉพาะด้านเพิ่มเติมของวิชาชีพเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยด้านความรู้ ด้านทักษะ

ด้านความสามารถ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า ซึ่งขึ้นกับ การกำหนดรูปแบบการวัดของเครื่องมือ ในส่วนของขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโดยกำหนดตัวเลือกตั้งแต่ 5 ระดับ ซึ่งถ้ามีตัวเลือกหลายระดับมาก ๆ ทำให้ตอบยากและใช้เวลาพิจารณานาน (Streiner et al., 2015) ผู้วิจัยกำหนดตัวเลือกตอบชนิด Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่แสดงสมรรถนะได้น้อยที่สุด ไปจนถึงแสดงสมรรถนะได้มากที่สุด มีจำนวน 49 ข้อ

1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ที่ อว 0603.02/ว 0771 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 10 มีนาคม 2565

2. ผู้วิจัยจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 19 คนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในการศึกษาและรายละเอียดต่าง ๆ ของแบบสอบถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทำการอธิบายเกี่ยวกับคำชี้แจง จำนวนข้อคำถามและลักษณะการตอบ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเดินทางไปแจกแบบสอบถามในการประชุมเดือนของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอของแต่ละอำเภอ ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยเดินทางประสานด้วยตนเอง กับงานธุรการเพื่อประสานแจกแบบสอบถามให้กับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยเดินทางประสานด้วยตนเอง กับกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเพื่อประสานการแจกแบบสอบถามให้กับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อครบกำหนด 1 เดือน ผู้วิจัยติดตามข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อรวบรวมแบบสอบถามกลับจากผู้ช่วยวิจัย

3. แบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบจากรหัสแบบสอบถามและประสานงานช่วย ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละที่ เช่น แบบสอบถามหาย จะมีการส่งแบบสอบถามไปให้เพิ่มเติม และให้เวลาตอบแบบสอบถามเพิ่มอีก 1 เดือน

4. หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง โดยพิจารณาตัดแบบสอบถามที่ตอบเหมือนกันทั้งฉบับ หรือตอบ

แบบสอบถามไม่ครบทุกหน้าออก หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด ก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป SPSS 22.0 มีวิธีการดังนี้

1.1 เตรียมข้อมูลและตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบนั้น จะต้องมีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่องหลาย ๆ ตัวแปรที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นทำการตรวจสอบว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ถ้าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมาก หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญจะสามารถใช้เทคนิค Factor Analysis ได้ โดยมีขั้นตอนตรวจสอบความเหมาะสมข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการสร้างเมทริกซ์แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าเข้าใกล้ +1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากควรอยู่ใน Factor เดียวกัน

1. ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อยควรอยู่คนละ Factor

2. ถ้ามีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ หรือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือน้อยมาก ควรตัดตัวแปรนั้นออกจากการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 ใช้สถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดความเหมาะสมของข้อมูลตัวอย่างที่จะนำมาวิเคราะห์โดยเทคนิค Factor Analysis โดยที่เมื่อ r คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งทำให้ค่า $0 \leq KMO \leq 1$

1. ถ้าค่า KMO มีค่าน้อย (เข้าสู่ศูนย์) แสดงว่าเทคนิค Factor analysis ไม่เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่

2. ถ้าค่า KMO มีค่ามาก (เข้าสู่หนึ่ง) แสดงว่าเทคนิค Factor analysis เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่

3. โดยทั่วไปถ้าค่า $KMO > .6$ จะถือว่า ข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะใช้เทคนิค Factor Analysis (Garson, 2008)

ขั้นตอนที่ 3 Bartlett's Test of Sphericity เป็นการทดสอบค่า ไค-สแควร์ (Chi-square) ของดีเทอร์มิแนนท์ (Determinant) ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ มีการทดสอบสมมติฐานว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ จากสมมติฐาน

H_0 : ตัวแปรต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือ

H_1 : ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน

ดังนั้นถ้ายอมรับ H_0 แสดงว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน จึงไม่ควรใช้เทคนิค Factor analysis แต่ถ้าปฏิเสธ H_0 (หรือยอมรับ H_1) นั่นคือตัวแปรมีความสัมพันธ์กันจึงสามารถใช้เทคนิค Factor analysis ได้

1.2 การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาจำนวน Factor ที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ใน Factor โดยใช้ วิธี Principal Component Analysis เรียกอย่อ ๆ ว่า PCA เป็นเทคนิคที่มีวัตถุประสงค์ที่จะนำรายละเอียดของตัวแปรที่มีจำนวนตัวแปรมาก ๆ มาไว้ในองค์ประกอบที่มีเพียงไม่กี่ตัว

1.3 การหมุนแกน (Factor Rotation) กรณีที่ค่า Factor Loading มีค่ากลาง ๆ ทำให้ไม่สามารถจัดตัวแปรว่าควรอยู่ใน Factor ไตใดได้นั้น จะต้องทำการหมุนแกน ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการหมุนแกนปัจจุบันคือ เพื่อให้ค่า Factor Loading ของตัวแปร มีค่ามากขึ้นหรือลดลงจนกระทั่งทำให้ทราบว่าตัวแปรนั้นควรอยู่ใน Factor ไตหรือไม่ควรอยู่ใน Factor ไต การพิจารณาว่าแต่ละปัจจัยอยู่ในองค์ประกอบใด ให้พิจารณาจากค่าน้ำหนักตัวแปร (Factor loading) ซึ่งเป็นค่าแสดงปริมาณความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับองค์ประกอบ โดยจะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 และพิจารณาตัวแปร ที่มีค่า Factor Loading มากกว่า 0.3 ขึ้นไป หากพบว่าค่า Factor loading ของตัวแปรใดที่มีค่าสูงสุดอยู่ในองค์ประกอบใด ก็จัดอยู่ในองค์ประกอบนั้นโดยไม่ต้องพิจารณาเครื่องหมายร่วมด้วย โดยผู้วิจัยใช้แบบการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) โดยใช้วิธีการหมุนแบบแวร์ริแมกซ์ (Varimax)

1.4 การแปลความหมายและกำหนดชื่อองค์ประกอบ (Factor meaning) การพิจารณาจำนวนองค์ประกอบ จะพิจารณาจากองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalue มากกว่า 1 ทำการตั้งชื่อองค์ประกอบให้สอดคล้องกับตัวแปร การตั้งชื่อให้แต่ละองค์ประกอบ มีกฎในการตั้งชื่อดังนี้ ชื่อขององค์ประกอบควรจะสั้น อาจตั้งชื่อเพียง 1-2 คำ มีความหมายสอดคล้องกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนข้างต้นมาตรวจสอบยืนยันโครงสร้างของแบบวัดตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาแบบวัด โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Confirmatory Factor Analysis: CFA) โดยใช้โปรแกรม Lisrel 8.52 มีวิธีการดังนี้

2.1 เตรียมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น 1) ข้อมูลควรมีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distributions) 2) ข้อมูลมีความเป็นเอกพันธ์ของการกระจาย (Homoscedasticity) 3) ข้อมูลมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง (Linear Relationships) และ 4) ความคลาดเคลื่อน (Error Terms) ต้องไม่สัมพันธ์กับตัวแปรแฝงใด ๆ ในโมเดล

2.2 การประมาณค่าพารามิเตอร์ (Estimating the parameter) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการปรับแก้สมการโครงสร้างเพื่อหาพารามิเตอร์ซึ่งเป็นตัวไม่ทราบค่าในสมการ การประมาณค่าพารามิเตอร์ได้จากการใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (ความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้) ประมาณค่าพารามิเตอร์ของประชากร วิธีการวิเคราะห์มีหลายวิธี ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการ Maximum Likelihood estimation

2.3 การประเมินความสอดคล้องของโมเดล (Evaluating the data- model fit) เป็นการประเมินความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบ โดยพิจารณาค่าสถิติต่าง ๆ ในผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติเหล่านี้ใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีหรือไม่หรือแนะนำว่าโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลอย่างไร ซึ่งกรณีโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลต้องปฏิเสธโมเดลองค์ประกอบตามสมมติฐาน หรืออาจใช้ค่าสถิติที่ให้มากับผลการวิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดลหรือปรับโมเดลใหม่ ค่าสถิติที่สำคัญที่ใช้พิจารณาหรือตัดสินใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบมีรายละเอียดตามตาราง 9 อย่างไรก็ตาม การใช้ ไค-สแควร์ เป็นสถิติทดสอบวัดความสอดคล้องของโมเดลต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะกลุ่มตัวอย่างยิ่งขนาดใหญ่ ไค-สแควร์ก็จะมีค่าสูงมาก ผลการทดสอบอาจจะมีนัยสำคัญทางสถิติได้ง่าย จึงควรพิจารณา ค่าอื่น ๆ ประกอบการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดล เช่น ค่า Relative Chi-square, ค่า CFI, ค่า GFI, ค่า RMSEA , และ ค่า SRMR เป็นต้น (Alavi et al., 2020; สุขมาศ อังศุโชติ และคณะ, 2557)

ตาราง 9 แสดงค่าสถิติที่เหมาะสมและดัชนีความสอดคล้องของโมเดล

ดัชนีความสอดคล้อง	ค่าสถิติที่เหมาะสม
Chi-square Goodness of Fit Statistic	$P > 0.05$
Relative Chi-square (Chi-square/df)	ไม่เกิน 2
Goodness of Fit Index: GFI	≥ 0.90
Adjusted goodness of fit index: AGFI	≥ 0.90
Comparative Fit Index: CFI	≥ 0.95
Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA	< 0.06
Standardized Root Mean Square Residual: SRMR	< 0.08

ที่มา: (Diamantopoulos & Siguaw, 2000; Schumacker & Lomax, 2004)

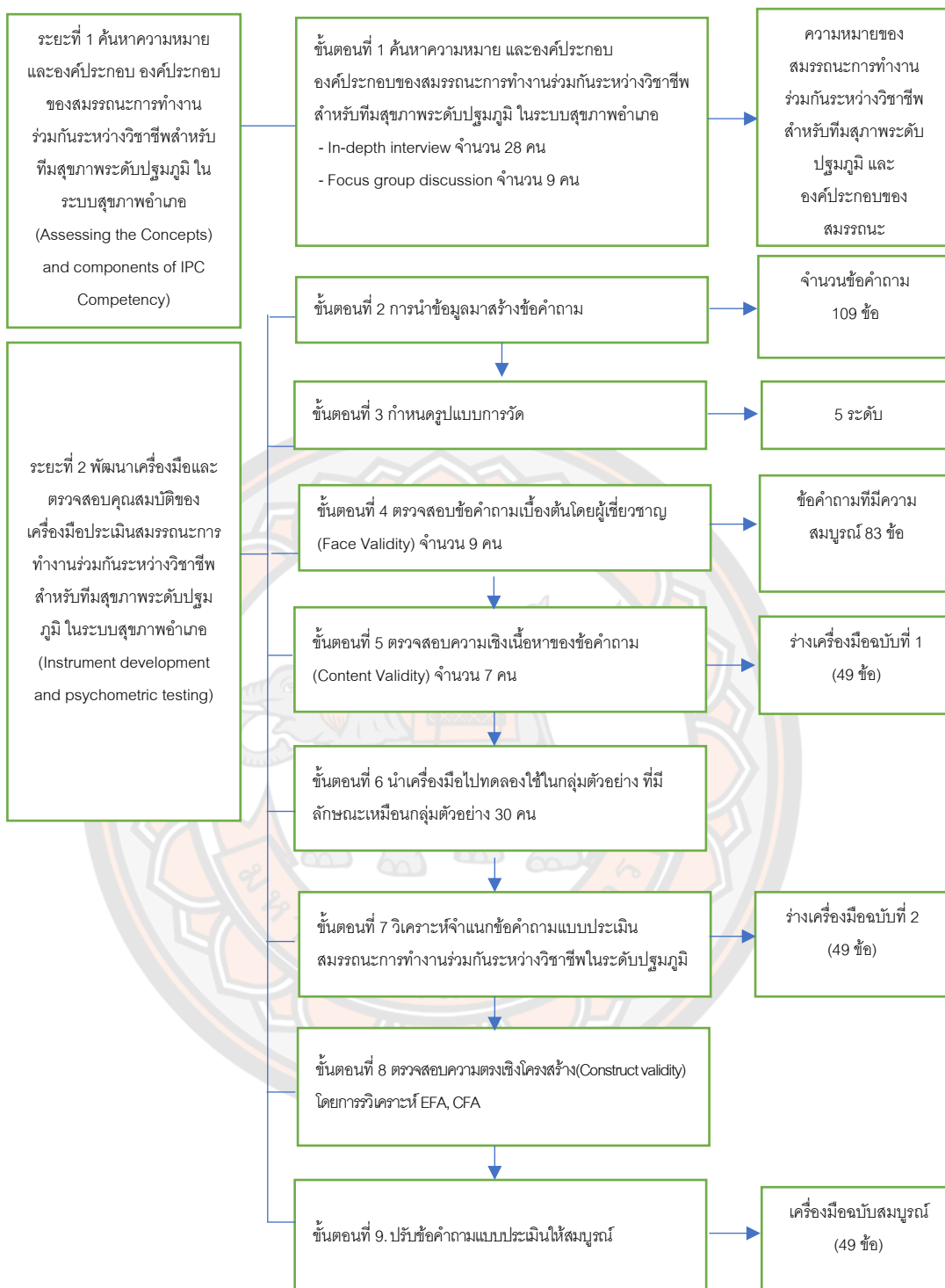
2.4 การปรับโมเดล (Model modification) กรณีที่ผู้วิจัยพบว่าโมเดลองค์ประกอบไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อาจเนื่องมาจากการกำหนดความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในโมเดลไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ผู้วิจัยอาจพิจารณาปรับพารามิเตอร์ในโมเดลสมมุติฐานแล้วทำการทดสอบผลการปรับ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงทฤษฎีที่มาของโมเดลการวัดด้วย (Schumacker & Lomax, 2004)

8. ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize scale length)

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากขั้นตอนที่ 7 มาปรับข้อความคำถามและตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม หลังจากนั้นดำเนินการจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดขั้นตอนการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษากรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ และระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเคารพและตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยรายชื่อเป็นรายบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจร่วมวิจัยทุกราย จะมีการลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารการยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย
3. ข้อมูลของการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลการตอบแบบสอบถามให้กับบุคคลอื่นทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ หลังจบการวิจัยครั้งนี้
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสงสัยในการวิจัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ทันที
5. หลังจากทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายใน 3 ปี ภายหลังจากงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) เพื่ออธิบายสมรรถนะและองค์ประกอบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ และ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ศึกษากรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผลการศึกษาระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts)

ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์จำแนกข้อคำถาม (Evaluate the Items)

ขั้นตอนที่ 8 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)

ขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize Scale Length)

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ศึกษากรอบสมรรถนะ ค้นหาความหมาย นิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผลการศึกษาองค์ประกอบ ความหมาย และนิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ โดยเลือกแบบกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 37 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การทำงาน หรือเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 2 ปี โดยเลือกจาก ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ ระดับชาติ 2 คน กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับชาติ เขต 2 คน และกำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด 2 คน นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการทำงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2 คน วิชาชีพแพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน นักจิตวิทยาคลินิก 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน และ นักรังสีเทคนิค 2 คน รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลา 40 นาที ถึง 60 นาที ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย วิชาชีพแพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน และ นักรังสีเทคนิค 1 คน ใช้เวลาการสนทนากลุ่ม 90 นาที นำมาถอดเทปการสนทนาคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนา นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วย Thematic analysis และตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากบุคคลที่แตกต่างกัน ที่มีความเกี่ยวข้องกับข้อกับวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ในปฐมภูมิ และวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน (Method Triangulation) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก กับการสนทนากลุ่ม และการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล กับทีมนักวิจัย (Peer debriefing) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ให้ ความหมาย และนิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของ ผู้ประกอบวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นผลมาจาก ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะต่าง ๆ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม แบ่งปันการทำงานในหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน และมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ที่มีคุณภาพ ในประชาชนที่รับผิดชอบ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“คำว่าสมรรถนะอันนี้ คือ competency มันเป็นการมัดรวมทั้งความรู้ ทักษะ และก็การปฏิบัตินะครับ อันนี้สำคัญเพราะว่าถ้าไม่เช่นนั้น ร่วมมือกันเพื่ออะไรก็ไม่รู้หรือ ร่วมมือเพื่อไปสู่อะไรก็ไม่รู้ เพราะฉะนั้นทีมจะต้องมีจุดตรงนี้เป็นจุดตั้งต้นก่อนคุณว่าคุณ จะร่วมมือกันเพื่อนำไปสู่อะไรจะจริงไหม ถ้าในแง่ของสุขภาพผมก็ต้องบอกว่าตรงนี้ที่ทีม ปฐมภูมิต้องเข้าใจว่าคุณต้องเข้าใจประเด็นงานในภารกิจด้านสุขภาพทั้งหมด คนที่ สุขภาพปกติ เด็กมีสติปัญญาระดับปกติจะทำให้เราฉลาดขึ้นได้ไหม นะ คนที่ไม่ป่วยคุณ จะต้องร่วมมือกันเพื่อทำให้เขาคงอยู่การมีสุขภาพดี ต่อเนื่อง ไม่กลายเป็นภาวะเสี่ยง คนเสี่ยงคุณก็ต้องเข้าไปร่วมมือกันจัดการให้เขาพ้นจากภาวะเสี่ยงกลับมาสู่สุขภาพปกติ”

รหัส DR_reg1 สัมภาษณ์เมื่อ 4 กันยายน 2563

“.....การบูรณาการการจัดบริการของสหวิชาชีพเพื่อวัตถุประสงค์หนึ่งเพิ่ม การเข้าถึงบริการแล้วเป็นบริการที่มีคุณภาพแล้วก็ลดต้นทุนลดค่าใช้จ่ายหรือเป็นบริการ ที่มีประสิทธิภาพก็คือคุณภาพดีต้นทุนไม่มากอันนี้คือเป้าหมายในการบูรณาการก็คือ การทำงานเป็นทีมในการที่จะบูรณาการการบริการเพื่อเป้าหมายการเพิ่มการเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ....”

รหัส acad2, สัมภาษณ์, 5 กรกฎาคม 2564

“สมรรถนะการทำงานร่วมกันมัน คือ ability ความสามารถในการที่จะทำงาน ร่วมกับผู้อื่นภายใต้เป้าหมายเดียวกัน”

รหัส DR_reg2, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 2564

“สมรรถนะของการทำงานร่วมกัน สมรรถนะมันน่าจะเป็น มันเป็นพฤติกรรมหรือ เป็นคุณลักษณะ เป็นอะไรที่ทำให้ การทำงานเป็นทีม มันประสบความสำเร็จ เนอะ ในที่นี้เป็นทีมสหวิชาชีพ ก็น่าจะเป็นพฤติกรรมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพในทีม สุขภาพเนี่ย ที่จะทำให้การทำงานเป็นทีมประสบความสำเร็จ นะคะ ตามเป้าหมายที่ตั้ง ไว้ ก็คือเป้าหมายการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอ ค่ะ”

รหัส Dent2, สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“หมายถึงทักษะหรือการประยุกต์ใช้ของวิชาชีพเพื่อที่จะทำงานร่วมกัน ในความเป็นทีม ในการที่จะดูแลประชากร ถ้าเน้นมาที่ปฐมภูมิก็จะเป็นทีมสหวิชาชีพหลัก ๆ ก็จะมีแพทย์ มีพยาบาล มีนักวิชาการสาธารณสุข มีนักกิจกรรมหรือนักกายภาพรวมไปถึงเภสัช เพราะงั้นถ้าเขามีทักษะที่จะสามารถทำงานร่วมกันก็จะดี”

รหัส Dr2, สัมภาษณ์, 1 เมษายน 2564

“การสื่อสารระหว่างคนในทีมสหวิชาชีพ หรือว่าการสื่อสารกับผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีต่าง ๆ การสื่อสารก็ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ สิ่งที่เราพูดออกไปสื่อสารออกไปคือจะต้องมุ่งเน้นถึงประโยชน์ของผู้ป่วย”

รหัส DEN2, สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“การเปิดใจที่จะเรียนรู้แล้วก็ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นแล้วก็รับฟังเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่นไม่ใช่ว่าเขาเป็นชาวบ้านแล้วเราจะไม่เคารพหรือจะเป็นวิชาชีพอื่นหรือจะเป็นน้องที่เพิ่งมาทำงานด้วยกันน้องอาจจะเด็กกว่าหรือจะเป็นต่างวิชาชีพ เราต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่นเปิดใจยอมรับฟัง”

รหัส FGD_P7, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“ถ้าเป็นการทำงานร่วมกันน่าจะเหมือนการแชร์ข้อมูลร่วมกันแต่ว่าต้องเป็นการแชร์ที่อยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพอาจารย์พอเข้าใจไหมครับ คือการแชร์ข้อมูลนี่คือการแชร์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ข้อมูลของคนไข้ อันนี้ก็ข้อมูลทั่วไปแต่อันนี้ไปตามมาตรฐานวิชาชีพเนี่ยก็คือว่ามันจะต้องมีเส้นคือเส้นที่แบ่งว่าเราเราจะปรึกษากันเนี่ยในบทบาทวิชาชีพอย่างเภสัชอะจะขนาดไหนพอข้ามเขตนั้นไปแล้วอาจจะมีการตัดสินใจ ของอีกฝ่ายหนึ่ง ทำยังไงถึงจะให้การแชร์ข้อมูลแล้วก็การปรึกษานั้นประสบความสำเร็จโดยให้เกียรติวิชาชีพกันและกัน”

รหัส Phar1, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2563

“การส่งเสริมป้องกันเราคนเดียวทำไม่ได้แล้วเราก็จะต้องมีการประสานงานไม่ใช่แค่กับทีมของเราแต่กับเครือข่ายที่เป็นทีม พขอ”.

รหัส acad1 , สัมภาษณ์, 21 ธันวาคม 2563

ซึ่งจำแนกได้เป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ 2) สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 3) สมรรถนะด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 5) สมรรถนะด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และ 6) สมรรถนะด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สมรรถนะด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ การตระหนักในคุณค่าของการทำงาน บรรยากาศในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน แบ่งปันการทำงานในหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง เกิดคุณภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่ดูแลของทีมผู้ให้บริการในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“การทำงานร่วมกันเนี่ย ถ้าคุณไม่มีเป้าหมายกันมันก็จะเหมือนต่างคนต่าง คำถามว่าวิชาชีพสาธารณสุขเนี่ยเป้าหมายอยากให้ประชาชนมีสุขภาพดีใช่ไหม คำตอบคือใช่ ทุกวิชาชีพสอนแบบนั้น แต่เราจะเห็นวิธีการทำงานไปคนละทิศและทางแล้วถามว่าอย่างนี้ดีกว่าเป้าหมายกันใหม่ ผมเรียกว่าคนละบ้านนะถึงแม้คุณจะทำอะไรผมต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีอาจารย์อยากให้ประชาชนมีสุขภาพดี แต่ไม่เคยมาคุยกันคำว่านาย ก.มีสุขภาพดี ผมต้องทำอะไรอาจารย์XXXต้องทำอะไร พยาบาล ก.โกทำอะไรนะ นักวิชาการสาธารณสุข ข.ทำอะไร เราไม่เคยคุยกันลักษณะแบบนี้”

รหัส DR_reg2, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 2564

“มันต้องไปในทิศทางเดียวกัน เราก็เห็นเป้าหมายเดียวกัน งานมันถึงจะไปด้วยกันถ้าต่างคนต่างเดินมันน่าจะไม่ใช่”

รหัส radio1, สัมภาษณ์, 12 พฤศจิกายน 2564

“เห็น Concept การทำงานเป็นทีมของแต่ละประเทศว่า เฮ้ย การทำงานเป็นทีมของเขาแปลว่า ไม่ได้ยกโขยงลงไปนะ แต่คุณต้อง Share goal ร่วมกัน ไม่ใช่ Goal ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ต้องเป็น Goal ของประชาชนรวมกับเจ้าหน้าที่”

รหัส DR_MO2, สัมภาษณ์, 1 ธันวาคม 2563

“สมมุติข้อมูลให้คนหนึ่งไม่ได้ดูคนเดียวอาจจะดูหลายคน คนนี้มีการจัดระบบการเก็บข้อมูลแบบนี้ คนนี้ก็มีการจัดระบบการเก็บข้อมูลแบบนี้ พอข้อมูลหลายๆ ข้อมูลมาแชร์กันมีการสร้างเครื่องมือร่วมกันเกิดขึ้นพอสร้างเครื่องมือร่วมกันเกิดขึ้นประโยชน์ที่ได้ก็คือ หนึ่งเราประเมินคนไข้ไปในทางเดียวกัน เรามองปัญหาไปในทางเดียวกัน เพราะว่าหนึ่งเราใช้เครื่องมือตัวชี้วัดเดียวกันเรามองปัญหาตรงนี้ภาษาเดียวกัน”

รหัส Physi1, สัมภาษณ์ 24 มีนาคม 2564

“เขาก็จะมีความเข้าใจว่าเวลาการทำงานเขาต้องอาศัยคนอื่น เขาทำคนเดียวไม่ได้หรอก แล้วถ้าคนอื่นมาช่วย คุณภาพในการดูแลคนไข้ที่เขาอยากให้เกิดมันดีกว่าดูแลคนเดียว”

รหัส DR_Pro1, สัมภาษณ์, 20 ตุลาคม 2564

“ทีมที่ทำงานด้วยกันในลักษณะของการเป็นแบบเป็นญาติพี่น้องเป็นเพื่อนกันเป็นเป็นกัลยาณมิตรต่อกันไม่มีใครที่สูงกว่าใคร ทุกคนสามารถตัดสินใจร่วมกันได้และทุกคนมองคนไข้เป็นศูนย์กลางนี่ละ อยากให้ทีมเป็นแบบนี้”

รหัส Phar 2, สัมภาษณ์, 30 กันยายน 2563

“การปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมก็มีความสำคัญถ้าเราปฏิสัมพันธ์กันดีทุกวิชาชีพเราก็จะสามารถดูแลคนไข้ได้แยบยลทั้งทีมงาน และประโยชน์ก็เกิดกับคนไข้ทุกคน”

รหัส NU2, สัมภาษณ์, 2 กันยายน 2563

“คือแต่ละวิชาชีพเขาจะมีความถนัดแล้วก็จะมีความเฉพาะในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน การที่แบบว่าเราทำงานร่วมกันมันก็ดึงความสามารถหรือว่าความรู้ต่างๆ มาให้บริการกับคนไข้ได้หลากหลายได้ลึกมากขึ้น คือแต่ละคนก็ สมมุติว่าถ้ามีเรื่องต้องการไม่ทำกายภาพก็ช่วยประสานกับทางแพทย์ให้”

รหัส Physi2, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2564

“เพราะว่าถ้าเราไปแค่วิชาชีพเดียวเราก็จะมีมุมมองแค่แผนไทยแต่ถ้ามีนักกายไปด้วยเภสัชไปด้วยเขาก็จะดูแลเรื่องยาด้วยว่าเขา Lost ยาไหม กระโดดข้ามยาไหม หรือว่ากินยาถูกวิธีไหมหรือว่า ทันตแพทย์ไปด้วยไหมก็จะได้ดูลึกเข้าไปอีกเรื่องพินในส่วนตัวเองคิดว่า สหวิชาชีพรวมตัวกันไปดูแลคิดว่าเป็นเรื่องดีสำหรับคนไข้”

รหัส TTMed2, สัมภาษณ์, 29 กันยายน 2563

“การทำงานระหว่างวิชาชีพพร้อมกันคือ ต้องเข้าใจระหว่างวิชาชีพด้วยกันเองอยากให้ได้มีส่วนมาแชร์กันหรือว่าได้พูดคุยกัน พัฒนาการสื่อสารในองค์กรให้มากขึ้นแล้วก็รับรู้การทำงานระหว่างวิชาชีพว่ามันไม่ได้จำเป็นขนาดว่า 1 คน ต้องทำงานนี้เท่านั้น ประมาณนี้คะ”

รหัส FGD_P8, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“ทีมปฐมภูมิต้องเข้าใจว่าคุณต้องเข้าใจประเด็นงานในภารกิจด้านสุขภาพทั้งหมดนะ คนที่สุขภาพปกติเด็กมีสติปัญญาระดับปกติจะทำให้เราฉลาดขึ้นได้ไหม นะ คนที่ไม่ป่วยคุณจะต้องร่วมมือกันเพื่อที่ทำให้เขาคงอยู่การมีสุขภาพดี ต่อเนื่อง ไม่กลายเป็นภาวะเสี่ยง คนเสี่ยงคุณก็ต้องเข้าไปร่วมมือกันจัดการให้เขาพ้นจากภาวะเสี่ยงกลับมาสู่สภาพปกติ”

รหัส DR_reg1, สัมภาษณ์, 20 ตุลาคม 2563

“ปฐมภูมิที่ดีคือวิชาชีพทั้งหมดต้องรวมกันให้ได้ และต้องร่วมกับชุมชนให้ได้ร่วมกับผู้นำให้ได้เพราะสุดท้าย Concept ของมันก็คือเขาต้องดูแลตัวเอง โดยมีเราเป็นสายวิชาชีพเราอาจจะเป็นโค้ชให้ที่ที่มันให้ แต่สุดท้ายการดูแลการส่งเสริมป้องกันสุขภาพมันต้องใช้ระบบชุมชนทั้งหมด”

รหัส FGD_P4, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

2. สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ การที่มีวิชาชีพอื่นๆมาร่วมกันทำงานมากกว่า 2 ขึ้นไป มีภาวะผู้นำ เข้าใจและประยุกต์หลักการของการทำงานเป็นทีมในการวางแผน ส่งมอบบริการ การประสานงาน การให้คำปรึกษา การส่งต่อ ตัดสินใจในการทำงานร่วมกันของทีมงาน ลดความขัดแย้ง สร้างบรรยากาศที่ดี เสียสละและทำงานแบบผสมผสานทักษะในทีม ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ไม่ใช่ว่าแพทย์เห็นว่าปัญหานี้มันต้องแบบนี้เท่านั้น วิชาชีพอื่นก็เห็นด้วยตามแพทย์ไปหมดมัน ก็อาจจะผิดทางได้ แต่ทุกคนถ้ามีภาวะผู้นำ เขาก็จะมีความรู้ความเชี่ยวชาญในเฉพาะวิชาชีพเขามันก็จะเกิดมุมมองในแต่ละวิชาชีพมาวางแผนร่วมกัน ไม่ใช่เชื่อหมอเพราะว่าหมอเก่ง”

รหัส NU2, สัมภาษณ์, 2 กันยายน 2563

“ประมาณว่าทุกคนต้องทำงานเป็นทีม แต่ละคนก็ต้องเป็นส่วนหนึ่งของทีมมีส่วนร่วมในการวางแผน มีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์หรือปฏิบัติการงานบูรณาการกันได้ ไม่มีรอยต่อ อย่างเนี่ย และก็ทำงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เห็นประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง”

รหัส DEN2, สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“สมรรถนะของการทำงานกับวิชาชีพพร้อมกันระหว่างวิชาชีพสิ่งที่สำคัญผมมองว่าหนึ่งก็ต้องทำงานเป็นทีมก็สมรรถนะของการทำงานเป็นทีมเพราะว่าถ้าเกิดไปอยู่ด้วยกันไปทำงานคนเดียวก็คงไม่ได้ ต้องช่วยกันมีความเสียสละมีความรับผิดชอบในเรื่องของผลลัพธ์ที่จะออกมา”

รหัสMt2, สัมภาษณ์, 12 ตุลาคม 2563

“... การให้คำแนะนำที่มีบางที่เราก็ฟังเภสัชเราก็เสริมให้คนไข้ที่ไปเยี่ยมบ้านได้เราจะตัดสินใจร่วมกันหาแนวทาง ร่วมกันกับคนในทีม ญาติ และผู้ป่วย”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2563

“สมมุติว่าเป็นนักจิตวิทยาที่ลงไปดูแลให้คำปรึกษา บางที่เราไม่ได้มีความรู้ในเรื่องของฝ่ายกายมาก บางทีความคับข้องใจหรือว่าความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของเขาอาจจะเป็นในเรื่องของปัญหาโรคทางสุขภาพกายอะไรต่าง ๆ ถ้าสมมุติว่ามันมีการทำงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น ๆ เราสามารถที่จะปรึกษาเขา ส่งต่อเขาไปให้ได้รับบริการที่มันครอบคลุม มากขึ้น”

รหัส phycho2, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2563

“เราเป็นเจ้าของชุมชนดูแลชุมชนนี้ถ้าเกิดมีคนไข้ติดเตียงก็จะไปประเมิน ADL ร่วมกัน ระหว่างเรา พี่พยาบาลชุมชน ถ้าบางเคสเขาก็จะมีนักกายภาพลงชุมชนด้วยเพื่อวางแผนการดูแล”

รหัส Public 2, สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2563

“มันมีความหลากหลายด้านมิติมากกว่า อย่างเช่นสมมุติเราถนัดในสายงานด้านนี้เราก็จะมองในมุมมองของวิชาชีพเราแต่จริง ๆ แล้วตัวปัญหาของคนไข้จริง ๆ คือเขาเขาไม่ได้มีแค่ด้านเดียวเขาอาจจะมีปัญหาในหลายด้านซึ่งการรักษาด้านเดียวมันก็ตอบโจทย์แค่ด้านเดียว แต่ถ้าเกิดว่ามันมีการส่งต่องานการมีการประสานงานกันกับวิชาชีพอื่นเขามองปัญหาในมิติอื่นเห็นมากกว่าเรามันก็มีการแชร์ข้อมูลเกิดขึ้นเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันคนไข้จริง ๆ ”

รหัส Physi1, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2564

“แม้กระทั่งการที่มีวิชาชีพออกไปเดือนละครั้งไม่ว่าจะเป็นอาจารย์หมอไปตรวจก็จะมีที่พยาบาลไปอยู่ข้าง ๆ อาจารย์หมอก็จะอธิบายแนวทางการดูแลหรือแม้กระทั่งกายภาพ หรือทีมจิตเวชหรือทันตแพทย์ออกไปในวันศุกร์ แพทย์แผนไทยออกไปเวียนก็จะมีมีการแชร์ความรู้ที่ Case แบบนี้จะดูแลอย่างไร”

รหัส FGD_P7, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“คือบางคนก็จะมีความคิดอีกอย่างหนึ่งแล้วอีกบางคนก็จะมีความคิดอีกอย่างหนึ่งซึ่งมันก็มีปัญหาในทุกๆที่ค่ะ แต่ว่าเวลาเรามีปัญหาเราก็คุยกันประชุมกันอะไรแบบเนี่ยค่ะแล้วก็จะจบแค่ตรงนี้”

รหัส TTMed1, สัมภาษณ์, 24 กันยายน 2563

“สมรรถนะในการทำงานเป็นทีม ต้องมีความตั้งใจที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จเพราะการมีภาวะผู้นำก็คือมีการบริหารความขัดแย้งได้เพราะว่าหลายสาขาวิชาชีพ มันก็มีการขัดแย้งกันได้”

รหัส DEN2, สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“ขัดแย้งในแง่ของเชิงวิชาการไม่ยากมันจะจบลงด้วยเหตุและผล”

รหัส DR_reg2, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 2564

“งานปฐมนุฎมิจะต้องทำงานเป็นทีมแล้วก็อาจจะต้องมีการ Delegate งานกันคือต้องข้ามพรม Boundary ของวิชาชีพไม่ใช่ไปหวงอันนี้เป็นของวิชาชีพนี้ละ”

รหัส acad2, สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม 2564

“ผมเชื่อว่าทุกคนที่อยู่ใน รพ.สต. สามารถที่จะทำแทนกันได้หมด พยาบาลไม่อยู่ เราก็สามารถที่จะจ่ายยา เจาะเลือดได้หมดทำเป็นทีมก็คือทุกคนช่วยกันทำ ก็คือถ้า บุคลากรเราพร้อมก็ให้เขาเป็นแกนหลักในการทำงาน แต่ถ้าไม่อยู่จริง ๆ ก็สามารถที่จะช่วยกันได้”

รหัส pubic 1, สัมภาษณ์, 23 กันยายน 2563

“อยากจะพัฒนามาตรฐานเรียกว่าพัฒนาความรู้ อย่างเช่นนักวิชาการพัฒนา ความรู้พัฒนาหัตถการเขา ให้เขาสามารถทำหัตถการได้มากยิ่งขึ้นซึ่งเดิมเขาอาจจะไม่เคยทำแผลหรือฉีดยาอะไรที่เขาพอจะให้ช่วยพยาบาลได้”

รหัส DR1, สัมภาษณ์, 29 มีนาคม 2564

“คือทักษะที่สำคัญน่าจะเป็นเหมือนกันที่ทำงานร่วมกันแทนกันได้หรือว่า การทำงานที่เป็นแบบ Unity จริง ๆ คือสมมุติว่าพยาบาลไม่อยู่อย่างที่พี่เขาบอกเราก็คือ สามารถเย็บแผลแทนได้คือเหมือนต้องมานั่งคุยกันการสื่อสารภายในองค์กรที่ควรที่จะ พัฒนาคือมานั่งคุยกันเลยว่าแต่ละคนที่ทำงานมีงานอะไรบ้างที่อยากให้คนอื่นมาแชร์เรา หรือสามารถทำแทนเราได้ในช่วงที่เราไม่อยู่คือเป็นทีมด้วยกันจริง”

รหัส FGD_P8, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“ทีมที่ทำงานด้วยกันในลักษณะของการเป็นแบบเป็นญาติพี่น้องเป็นเพื่อนกัน เป็นกัลยาณมิตรต่อกันไม่มีใครที่สูงกว่าใครทุกคนสามารถตัดสินใจร่วมกันได้และทุกคน มองคนไข้เป็นศูนย์กลางนี่ละ อยากให้ทีมเป็นแบบนี้”

รหัส Phar2, สัมภาษณ์, 30 กันยายน 2563

3. สมรรถนะด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ความรู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจในการยอมรับจากประชาชน และความรู้สึกในการเคารพความคิดเห็นของการทำงานร่วมกัน ในระดับบุคคลกับอาชีพอื่น และแบ่งปันความรู้สึกคุณค่าการทำงานร่วมกัน ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“สมมุติว่าคนไข้นอนไม่หลับ เราก็จะมาปรึกษาคุณหมอ หมอโอเคคุณหมอมให้ยามันก็เหมือนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่พยาบาลก็จะซักประวัติให้เราที่มีหน้าที่อธิบายให้คุณหมอฟังอีกทีหนึ่งว่าเคสเราตอนนี้อาการเป็นแบบนี้คุณหมอก็จะคอยสอบถามแล้วก็ให้ยาไป คนไข้ก็นอนหลับดีขึ้นหรืออะไรเนี่ยคะถือว่ามันก็เป็นความรู้สึกที่โอเคในการทำงาน”

รหัส Public 2, สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2563

“ถ้าเกิดว่าเราลงไปปุ๊บเราเห็นปัญหาหลาย ๆ ด้านนอกจากเรื่องของภาวะโรคแล้วเนี่ยเราไปเห็นปัญหาด้านอื่นด้วยแล้วสามารถที่จะปรับการดูแลให้มันสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของเขที่เป็นอยู่ได้โดยใช้ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิหรือว่าเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นช่วยคนไข้ดีขึ้นพอเขาหายเขาดีใจที่คุณภาพชีวิตเขากลับมาเขาก็รู้สึกเขาก็เข้ามาขอบคุณเราด้วยความรู้สึกตรงนี้มันก็เลยรู้สึกว่ามันดีเราก็เลยอยากทำต่อ”

รหัส Physi1, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2564

“ประชาชนไว้ใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง อาการดีขึ้น ก็มีความภูมิใจ”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2563

“ต้องพึงเหตุผลผลของกันและกันว่าที่ทำแบบนี้เพราะอะไร การตรงต่อเวล ถ้านัดทีมการตรงต่อเวลาต้องมองถึงเวลจริง ๆ ที่เรามาทำงานด้วยกันด้วย ต้องเคารพกันพูดจากันดี ๆ ให้ความเข้าใจกัน ต้องมีความใจกว้างพอที่จะมองโลกในแง่กว้างด้วยจุดหมายเพื่อคนไข้ เราต้องทำเพื่อคนไข้ไม่ได้ทำเพื่อตนเอง ความอ่อนน้อมถ่อมตนมีผล”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2563

“การทำงานเป็นทีม Mind set ทีมองว่า ทุกคนมีศักดิ์ศรีวิชาชีพ เท่ากันไม่ด้อยไม่เด่นกว่ากันทุกคนเท่ากัน ความเป็นแพทย์ ความเป็นพยาบาล นักวิชาการ ส่วนที่ได้เป็นหัวโขนวางไว้ ถ้าเราคิดว่าเราเท่ากัน เรามาเรียนรู้ร่วมกัน”

รหัส Dr_MO1, สัมภาษณ์, 1 ธันวาคม 2563

“การทำงานเป็นทีม เราจะต้องเน้นการสื่อสารการประสานงานถ้าเราคิดว่าเราทำคนเดียวได้ไม่เห็นคุณค่าคนอื่น ไม่ Empathy ไม่มีทักษะการสื่อสารไม่มีทักษะการเห็นอกเห็นใจไม่มีทักษะการยอมรับ คิดบวกลบคูณหารนับถือหรือสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าเราขาดเราจะทำงานในพื้นที่ไม่ได้”

รหัส acad1, สัมภาษณ์, 21 ธันวาคม 2563

“การทำงานเป็นทีมมันก็ต้องมีสิ่งที่จะต้องให้เกียรติซึ่งกันและกันนะ เคารพซึ่งกันและกันก็คือฟังเสียงข้างมาก ใช้ประชาธิปไตยเป็นสิ่งสำคัญ การทำงานเป็นทีมต้องเคารพซึ่งกันและกัน”

รหัส head pc , สัมภาษณ์, 16 ตุลาคม 2563

“อยากให้ทุกคนสามารถมีอะไรก็คุยกันได้หมดเลย เหมือนแบบอยู่กันเป็นพี่เป็นน้อง ไม่ใช่คนนี้เรียนเยอะกว่า คนนี้เรียนน้อยอยากจะทำให้ทุกคนเท่าเทียมกัน”

รหัส TTMed1, สัมภาษณ์, 24 กันยายน 2563

“โครงการ DHML ของ อ.สุรเกียรติ อันนั้นจะเห็นการทำงานเป็นทีม ระหว่างวิชาชีพ เอนเป็นการให้คุณค่า ให้เกียรติ ฟัง อะไรอย่างนี้เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม”

รหัส DR_MO2, สัมภาษณ์, 1 ธันวาคม 2563

“การทำงานร่วมกัน ต้องประกอบด้วยการทำงาน การวางแผนร่วม การยอมรับการเห็นต่าง การยอมรับความหลากหลายในแต่ละวิชาชีพ”

รหัส DR_Pro1, สัมภาษณ์, 20 ตุลาคม 2563

“การเปิดใจที่จะเรียนรู้แล้วก็ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นแล้วก็รับฟังเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่นไม่ใช่ว่าเขาเป็นชาวบ้านแล้วเราจะไม่เคารพหรือจะเป็นวิชาชีพอื่นหรือจะเป็นน้องที่เพิ่งมาทำงานด้วยกันน้องอาจจะเด็กกว่าหรือจะเป็นต่างวิชาชีพ เราต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่นเปิดใจยอมรับฟัง”

รหัส FGD_P7, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“...สุดท้าย ถ้าเราดูแลคนไข้ ดูแลประชาชน เค้าน่ามีสุขภาพดี คนในที่นี้ก็รู้สึกดี ภูมิใจที่ทำให้เค้ามาใช้ชีวิตแบบเดิมได้”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2563

“ความต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือว่าหายจากโรคภัยมันก็จะทำให้เขาสามารถที่มีแรงในการทำงานคือไม่ได้คิดว่าฉันทำอยู่คนเดียวและอยากให้ทุกคนมีค่านิยมหรือมีเป้าหมายเดียวกัน”

รหัส DEN2, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2563

“พอเราคุยด้วยกันเป็นทีมการทำงานมันก็ง่ายขึ้นแล้วก็เข้าใจบริบทเข้าใจปัญหาของกันและกันได้มากขึ้นแล้วก็สมมุติว่าเราไปเยี่ยมบ้านคนไข้เวลาที่เราเห็นคนไข้ดีขึ้นเรารู้สึกว่ามันประสบความสำเร็จไม่งั้นเขาก็อาจจะกลายเป็นคนไข้ติดเตียงหรือว่าเป็นคนพิการได้”

รหัส Physi2, สัมภาษณ์เมื่อ 2 ตุลาคม 2563

4. สมรรถนะด้านการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ การสื่อสารภายในทีม ผู้ให้บริการปฐมภูมิ การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำปรึกษา ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“คนทำงานในทีม หากมีความรู้อย่างเดียวแล้วสื่อสารกันไม่เข้าใจมันก็ไปกันไม่ได้ ต้องพูดคุยกันให้รู้เรื่องเข้าใจกัน ต้องเปิดเผยต่อกันเพราะเป้าหมายก็คือคนไข้”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2563

“การทำงานร่วมกัน ความสำคัญคือ Horizontal a approve มากกว่าการสั่งการ Primary care นี้ชัดเจน อย่างสั่งไปเนี่ย ยากมากที่ Success เพราะมันมี Scale มันมี Diversity ของมัน”

รหัส DR_MO1, สัมภาษณ์, 1 ธันวาคม 2563

“ปัจจุบันนี้ระบบการดูแลผู้ป่วย NCD มันก็ต้องมีการวางแผนในการใช้วางระบบ ถ้ามีการดูแลคนไข้การส่งต่อการสื่อสารในแต่ละระดับและการสื่อสารสำคัญการทำงานเป็นทีม”

รหัส head pc, สัมภาษณ์, 16 ตุลาคม 2563

“น่าจะคุยกันเข้าใจมากขึ้น เพราะว่าเวลาเราเวลาแพทย์คุยใช้ใหม่คะก็จะเป็น ศัพท์แพทย์ถูกใหม่คะเวลาคุยกันอย่างนี้ บางอย่างเราก็ต้องเรียนรู้ใหม่”

รหัส TTMed1, สัมภาษณ์, 24 กันยายน 2563

“การสื่อสารระหว่างคนในทีมสหวิชาชีพ หรือว่าการสื่อสารกับผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีต่าง ๆ การสื่อสารก็ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ สิ่งที่เรารู้สึกออกไป สื่อสารออกไปคือจะต้องมุ่งเน้นถึงประโยชน์ของผู้ป่วย”

รหัส DEN2, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2563

“เป็นในเรื่องของการทำให้บรรลุตัวชี้วัดก็คือแบบว่าอย่างสมมุติว่าเราทำอะไรมันก็จะ มีปัญหาเนาะ แต่ว่าเราก็จะมีการคุยกับทางเจ้าหน้าที่ปฐมภูมิที่เขารับผิดชอบต่อตัวชี้วัด ตรงเนี่ยแล้วก็ช่วยดูว่าอันไหนมันเป็นปัญหาแล้วก็ช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาให้มัน สามารถบรรลุผ่านไปได้”

รหัส Physi2, สัมภาษณ์, 2 ตุลาคม 2563

“ทำงานเป็นทีม ทีม Work สำคัญแล้วก็การสื่อสารเทคนิคการสื่อสารสำคัญเวลา พูดกันในเวลาทำงานเหนื่อย ๆ พูดจาไม่ดีอาจจะเพิ่มศัตรู”

รหัส Mt2, สัมภาษณ์, 12 ตุลาคม 2563

“บางทีการสื่อสารมีหลายแบบบางคนใช้คำสั่งบางทีเราสื่อสารด้วยการสั่งใช้คำสั่ง มันไม่น่าฟังมันไม่น่าให้ความช่วยเหลือถ้าเป็นเชิงบวกรู้สึกเราคุยกันด้วยมิตรไมตรีหรือ ว่าการพูดในเชิงให้การช่วยเหลือคนใช้มันรู้สึกทำให้เรามีจุดมุ่งหมายเดียวกัน”

รหัส phycho1, สัมภาษณ์, 12 พฤศจิกายน 2563

“ต้องสื่อสารให้ชัดเจนตรงเป้าหมายเพราะคุณสื่อสารไม่ชัดเจนไม่กระชับ ฉะนั้น คนแปลงสารก็จะเพี้ยน การเดินทางไปถึงจุดเป้าหมายอาจจะช้า”

รหัส radio2, สัมภาษณ์, 23 มีนาคม 2564

“สมมติว่าเป็นคนไข้ผู้สูงอายุอาจจะเป็นพยาบาล เป็น Care manager เป็น เจ้าภาพคนไข้ วิเคราะห์แล้วคราวนี้มาคุยกันว่าเอาไง แพทย์จะให้ Intervention ตรงไหน อะไรพวกนี้หลังจากนั้นจะต้องมีกลไกมาอาจจะเป็น Node ของคนไข้เป็นตัวที่ ค่อยเชื่อมประสาน หรือตัว CM เนี่ยจะต้องเป็นคนคอยเชื่อมประสานเจ้าภาพจะต้อง เชื่อมประสานให้ทุกวิชาชีพได้”

รหัส acade2 , สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม 2564

“ผมว่าการทำงานกับคนอื่นเนี่ยถึงจะเรียนมาอย่างไรแต่ถ้าทักษะสื่อสารไม่เป็น ฟัง ไม่เป็นมันก็เท่านั้นครับ ถึงจะมีการอบรมมาถึงจะมีความรู้อะไรมาแต่ว่าหน้างานคุณ ไม่ได้ใช้ ที่เรียนมาผมว่ามันก็ทำงานไม่ได้”

รหัส FGD_P4, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“เราก็ต้องใช้ทักษะในการสื่อสารที่มีหลายระดับอย่างเรารายงานแพทย์หรือเรา ปรีक्षा Consult เคสกับวิชาชีพอื่น ๆ เราก็ใช้ทักษะการสื่อสารหรือว่าภาษาคำพูดที่ไม่ เหมือนกันก็จะเป็นการสื่อสารหลายระดับในการทำงานระหว่างวิชาชีพ”

รหัส FGD_P8, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“การทำงานร่วมกันเป็นทีมที่อาจจะยกตัวอย่างช่วงโควิดที่ต้องประสานกับ เทศบาลด้วย เพราะเขาจะมีศูนย์กักกัน เราก็ต้องติดต่อว่าเราจะมีเคสนั้นเคสนั้นมาเข้า อะไรอย่างนี้”

รหัส Public 2, สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2563

“การสื่อสารระหว่างคนในทีมสหวิชาชีพ หรือว่าการสื่อสารกับผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีต่าง ๆ การสื่อสารก็ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ สิ่งที่เราพูดออกไป สื่อสารออกไปคือจะต้องมุ่งเน้นถึงประโยชน์ของผู้ป่วย”

รหัส DEN2, สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“การทำงานร่วมกันก็คืออันนี้มันเป็นการ Sharing ข้อมูลเป็นการส่งต่อ ประสานงานข้อมูลระหว่างตัวหน่วยงาน อย่างของเราเป็นโรงพยาบาลของเราเป็น หน่วยงานพื้นฟูเราประสานงานกับตัวชุมชน ตัวชุมชนตัวท้องถิ่นเองก็จะมีหลาย หน่วยงานที่เข้าไป”

รหัส Physi1, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2564

“ทักษะที่จำเป็นที่สุดในปฐมภูมิก็คือเรื่องของการติดต่อประสานงานการเชื่อมสัมพันธกับชุมชนไม่ว่าจะเป็นอสม. อบต. ผู้นำชุมชนท้องถิ่นคือถ้าเราวมกันได้ผมว่าจะทำให้ทำงานง่ายขึ้น”

รหัส pubic1, สัมภาษณ์, 23 กันยายน 2563

“อันที่สองสื่อสารเหมือนกันแต่เป็นสื่อสารนอกทีมสุขภาพคุณจะสื่อสารอย่างไรให้ผู้นำชุมชนเขารู้คุณจะสื่อสารอย่างไรให้ตอนนี้มันมีกองทุนตำบลด้วยที่จะให้งบประมาณให้คุณจะสื่อสารอย่างไรให้รู้ว่านี่มันคือปัญหา นี่มันคือสิ่งที่ควรจะต้องทำแล้ว จะสื่อสารยังไงให้คนในชุมชนได้ร่วมกันทำถ้าสมมุติมันเป็นเรื่องไข้เลือดออก มันเป็นโรคติดต่อแบบนี้คุณสื่อสารไม่ได้เขาก็ไม่ทำการปรับปรุงบ้านพักไม่เก็บขยะทิ้ง มีน้ำขัง ปล่อยบ้านเรือนสกปรก มันก็ไม่เกิดผล”

รหัส DR_reg2, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 256

“การที่เราจะทำงานในส่วนของปฐมภูมินอกจากในเครือข่ายของเราเองในสาธารณสุขแล้วที่ว่ามันอาจจะต้องแบบเหมือนพัฒนาในส่วนขององค์ความรู้กับผู้อื่นที่เป็นเครือข่ายภายนอกในชุมชนร่วมด้วย ซึ่งจะมีประโยชน์มาก ๆ อย่างเช่นในส่วนของจิตเวชเวลาที่เขาประเมินเคสนี้เสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความรุนแรง เคสนี้เริ่มดูอาการไม่ดีแล้วถ้าเกิดเป็นในส่วนของตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้านตรงส่วนนี้ เขาก็มีส่วนร่วมในการร่วมกันดูแลได้มาก”

รหัส FGD_P2, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

5. สมรรถนะด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน ผ่านวงจรการสะท้อนคิดเป็นระบบ สรุปการเรียนรู้และนำไปพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ลงไปในชุมชน เจอครอบครัวคนพิการ 1ครอบครัว แต่ละวิชาชีพจะมาทำงานกันได้อย่างไร เานี้เลยใช้คำว่า Participatory Interactive Learning through Action หมายความว่าต้องเรียนให้เล่น แล้วไปหน้างานจริง ๆ แล้วมาทบทวน มี After action review เรียนแบบนี้จะสนุกมากกว่าเรียนใน Class ผมรู้สึกอันนี้เป็นประสบการณ์การทำงานในพื้นที่”

รหัส Dr_MO1, สัมภาษณ์, 1 ธันวาคม 2563

“ทุกวิชาชีพที่อยู่ในนี้หรือแม้กระทั่งการทำงานวิชาการทุกวิชาชีพทำได้ไม่จำเป็นต้องให้นักวิชาการอย่างเดียวหยิบแค่ปัญหาหน้างานเล็ก ๆ มาทำ CQI ไม่ว่าจะ เป็นวิชาชีพไหนก็ทำได้”

รหัสFGD_P7, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“มีกรณีเสียชีวิตด้วยไข้เลือดออกเขาก็เชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อมา วิเคราะห์ สาเหตุเกิดจากอะไรเหมือนกับมาวิเคราะห์สาเหตุการตาย ให้หมอที่เกี่ยวข้อง มาอธิบายให้ฟังเพื่อเราจะได้อาแนวทางในการแก้ไขในพื้นที่ต่อไป”

รหัส pubic1, สัมภาษณ์, 23 กันยายน 2563

“สมรรถนะการเรียนรู้ ก็คือสามารถเรียนรู้ได้ว่าสิ่งไหนที่เรารู้แล้วหรือว่าสิ่งไหนที่ เราต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม พร้อมทั้งจะพัฒนาตัวเอง มีการสะท้อนย้อนคิด คือมีการเรียนรู้ และพัฒนาได้”

รหัส DEN2 , สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“เขาจะต้องรู้เรื่องของ Human Skill เขาจะต้องรู้จักตัวเองวิเคราะห์ตัวเอง ตัวเอง เป็นคนซี้กั้ว ซีน้อยใจซึ่งอนซึนซึนซึน แล้วคนที่ทำงานกับเขาเพื่อนเขาเป็นยังไงคือเข้าใจ ตนเองและเข้าใจผู้อื่น แล้วก็ปรับที่ Reflection อาจจะต้องพูดคุยกันฉันเป็นอย่างนี้นะ เธอเป็นอย่างนี้นะเข้าใจเนาะ ะ แล้วก็จูนเข้าหากัน”

รหัส DR_reg1, สัมภาษณ์, 4 กันยายน 2563

6. สมรรถนะด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง การให้บริการ โดยร่วมกับสหวิชาชีพและทีมสุขภาพในพื้นที่ ที่ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการให้บริการที่ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของชุมชนผ่านกรรวิญฉัยชุมชน มีการสร้างพลังอำนาจ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ใช้การมีส่วนร่วม และติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน และ ชุมชนดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“... การให้คำแนะนำที่มีบางที่เราก็ฟังเกสซ์เราก็เสริมให้คนไข้ที่ไปเยี่ยมบ้านได้ เราจะตัดสินใจร่วมกันหาแนวทาง ร่วมกันกับคนในทีม ญาติ และผู้ป่วย”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 256

“นอกจากทำข้อมูลสุขภาพแล้วก็มีงานอื่นที่เกี่ยวข้องก็จะเป็นในเรื่องของการลงไป
ในชุมชน ทำงานร่วมกับชุมชนด้วย และงานบริการหรือการทำงานร่วมกับหน่วยงานข้าง
นอกที่เกี่ยวข้อง” ”

รหัส Public 2, สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2563

“มาวิเคราะห์ชุมชนร่วมกันว่าชุมชนเราเป็นยังไงมีประชากรเท่าไรมีเด็กเท่าไร
ห้องเท่าไรสูงอายุเท่าไรวัยทำงานเท่าไรผู้พิการเท่าไรเราจะมาเคลียร์ตรงนี้ยังไงโรค
ในแต่ละกลุ่มโรคเป็นยังไง”

รหัสFGD_P4, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2564

“อย่างกรณีงานควบคุมโรคในชุมชนหรือไม่ก็เป็นงาน NCD ในชุมชนเพราะมัน
เกี่ยวข้องกับหลายงานถ้าเราไม่มีเครือข่าย ไม่มีอสม. เราไม่มีผู้นำชุมชนช่วยเราก็ไม่
สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้”

รหัส public1, สัมภาษณ์, 23 กันยายน 2563

“กลุ่มอายุไหนมีปัญหาเรื่องอะไร แล้วคนไหนในปัญหานั้น กลุ่มอายุนั้นต้องดูแล
เป็นพิเศษก็จะถึงมาเข้าสู่วงจรการปรึกษาแพทย์เฉพาะลงไปในรายนั้น ๆ แต่ทั้งหมด
ภาพรวมนั้นแพทย์ต้องทราบสถานะของประชากร 10,000 คนคู่กันไปกับพยาบาลและ
นวก.ทุกคน แต่จะมีการแบ่งดูแลเฉพาะกลุ่มลงไปอีกเพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่ามันไม่
สามารถแยกกันทำงานได้เลยจะต้องไปกันเป็นทีมไม่ใช่แค่ทีม 5 คนนี้ ด้วยจะสำเร็จได้
จะต้องมีทีมวิชาชีพอื่น ๆ ”

รหัส acade1, สัมภาษณ์, 21 ธันวาคม 2563

“ถ้าอยู่ในปฐมภูมิ ทักษะการคิด น่าจะเป็นการคิดวิเคราะห์ ประเมิน ปัจจัยต่าง ๆ
ที่ทำให้เกิดโรคของประชาชนในพื้นที่ ที่หาสาเหตุการเกิดโรค มาวิเคราะห์สาเหตุ มาสรุป
รวมเป็นแนวคิด หรือรูปแบบ ในการที่เขาจะต้องดำเนินการ ในการดูแลสุขภาพ
ประชาชน คิดรูปแบบที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละพื้นที่ เขาจะต้องคิดเป็น วิเคราะห์
เป็น สรุปเป็น ประเมินผล หรือว่าวางแผนปฏิบัติงาน ในระดับเชิงปฏิบัติได้”

รหัส DEN2 , สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2563

“เราอยากมีโอกาสที่จะพัฒนาในพื้นที่ที่เขาเข้มแข็งโดยที่ถ้าเกสซ์ไม่สามารถไปได้ เหมือนทำให้ที่รพ.สต.เนี่ยเขาสามารถมีองค์ความรู้ที่จะดูแลคนไข้ได้ในระดับหนึ่ง ถ้าเกสซ์ไม่ได้ไปทุกครั้ง และเราก็เป็นที่ปรึกษาให้เขาได้ตลอด”

รหัส Phar 2, สัมภาษณ์, 30 กันยายน 2563

“การเป็นผู้นำคือในการที่เราไปทำงานในระดับปฐมภูมิ มันไม่ใช่แค่ในรพ.สต.มีหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน การมีทักษะผู้นำคือเหมือนกับว่า เหมือนการซักจูง เหมือนการจุดประกายให้เขาคิดว่าปัญหาในชุมชนของเขาเป็นแบบไหน”

รหัส Phar 2, สัมภาษณ์, 30 กันยายน 2563

“KPI ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกัน อะไรก็ควรจะได้เข้าไปให้หมดเลย จะได้ตกลงร่วมกันในเป้าหมายนั้น”

รหัส NU1, สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2564

“พอมีตัวชี้วัดเจ้าของงานก็ต้องลงไปดูว่าตัวชี้วัดนี้มันเกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตนเองยังไง แล้วเราจะต้องทำยังไงใช้ก็ใช้องค์ความรู้เพื่อจะไปสู่เป้าหมายตรงส่วนนั้น ผลลัพธ์ออกมาก็คือประชาชนมีสุขภาพดีมีความสุขโดยการบริการทุกคนคือทุกกลุ่มวัย ถูกไหมคะทุกคนทุกที่ทุกเวลานะคะ”

รหัส Public 2, สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2563

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญ และวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพปฐมภูมิ และการสนทนากลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อหาความหมาย และนิยามของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ สรุปนิยามของของแต่ละองค์ประกอบได้ดังนี้

1. ด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ หมายถึง การตระหนักในบทบาทและความรับผิดชอบของสมาชิกในทีม ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดเป้าหมายการทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ และรับผิดชอบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชน

2. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ หมายถึง การทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ โดยการประยุกต์ใช้ความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคลสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน เพื่อการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพในด้านภาวะผู้นำ การจูงใจ การจัดการขั้นตอนการทำงาน และการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3. ด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การรับรู้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและการเคารพความคิดเห็นวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งแบ่งปันค่านิยมคุณค่าของการทำงานร่วมกัน

4. ด้านการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การสื่อสารภายในทีม และการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำปรึกษา

5. ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน ผ่านวงจรการสะท้อนคิดเป็นระบบ สรุปการเรียนรู้และนำไปพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง

6. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การทำงานร่วมกันกับประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ตามความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชนตลอดจนการติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชน

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการทบทวนความหมายแต่ละด้านร่วมกับ การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปสร้างเป็นข้อคำถาม ในการศึกษาในระยะที่ 2 ต่อไป

ผลการศึกษา ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 สร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

การสร้างข้อคำถามโดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มาสร้างเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยองค์ประกอบด้าน การทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีจำนวนข้อคำถามมากที่สุดคือจำนวน 39 ข้อ รองลงมาคือความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพจำนวน จำนวน 21 ข้อ สำหรับด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีจำนวนข้อน้อยที่สุด 8 ข้อ ได้ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 109 ข้อ หลังจากนั้นนำรายการข้อคำถามที่สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ เสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาตรวจสอบข้อคำถาม การให้

นิยาม สิ่งที่ต้องการวัดมีความสอดคล้องกับข้อคำถามที่สร้าง ความชัดเจนในการใช้คำ ความถูกต้องร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้คำแนะนำ หาแนวทางแก้ไข ได้ตั้งนี้องค์ประกอบ ด้าน การทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีจำนวนข้อคำถามมากที่สุดคือจำนวน 29 ข้อ รองลงมาคือ การให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง จำนวน 19 ข้อ สำหรับด้านคุณค่าของ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีจำนวนข้อน้อยที่สุด 8 ข้อ ได้ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 90 ข้อ ดังแสดงตาราง 10

ตาราง 10 แสดงจำนวนข้อคำถามแยกตามองค์ประกอบของสมรรถนะ

องค์ประกอบ	จำนวนข้อคำถาม	
	ผู้วิจัย	ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา
ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	21	13
การทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	39	29
คุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	8	8
การสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	11	11
การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	11	10
การให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง	19	19
รวม	109	90

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)

กำหนด รูปแบบในการวัดโดยใช้ (Likert scale) โดยกำหนดตัวเลือกตอบ 5 ระดับ โดยให้ค่าเรียงลำดับคะแนน ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึงทำได้น้อยมาก ระดับ 2 หมายถึงทำได้น้อย ระดับ 3 หมายถึงทำได้ปานกลาง ระดับ 4 = หมายถึงทำได้ดี ระดับ 5 = หมายถึงทำได้ดีมาก ค่าคะแนนที่มาก หมายถึงการมีสมรรถนะที่สูง

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts)

การพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามผู้วิจัยได้นำร่างแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (Face validity) (Drost, 2011) จำนวน 9 คน

(Lynn, 1986) ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน วิชาชีพสุภาพมีประสบการณ์ในการทำงานในปฐมภูมิอย่างน้อย 2 ปี แพทย์จำนวน 1 คน ทันตแพทย์จำนวน 1 คน เกษตรกร จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถาม พร้อมทั้งเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหายไป และตัดส่วนที่ซ้ำออก โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตัดออก จำนวน 7 ข้อ จาก 90 ข้อ และเหลือข้อคำถามทั้งสิ้น 83 ข้อ ซึ่งภายหลังการปรับแก้ข้อคำถามด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีจำนวนข้อคำถามมากที่สุดคือจำนวน 27 ข้อ รองลงมาคือการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลางจำนวน 19 ข้อ สำหรับด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพมีจำนวนข้อน้อยที่สุด 6 ข้อ ดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงจำนวนข้อคำถามแยกตามองค์ประกอบก่อนและหลังปรับแก้ไข

องค์ประกอบ	จำนวนข้อคำถามก่อนปรับแก้ไข	จำนวนข้อคำถามหลังปรับแก้ไข
ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	13	11
การทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	29	27
คุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	8	6
การสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	11	11
การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	10	9
การให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง	19	19
รวม	90	83

ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

การพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามและความเหมาะสม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน (Lynn, 1986) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านปฐมภูมิ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 1 คน วิชาชีพสุภาพมีประสบการณ์ในการทำงานในปฐมภูมิอย่างน้อย 2 ปี แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุม

ของเนื้อหา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเพิ่มเติม โดยรูปแบบของระดับความคิดเห็นในแต่ละระดับสามารถ จำแนกได้ตั้งแต่ ข้อคำถามไม่เกี่ยวข้อง ไปจนถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องมาก และให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 ตามลำดับดังนี้ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่เกี่ยวข้อง 2 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ ถ้าไม่ปรับแก้ไข 3 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องพอควร หรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ไข และ 4 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องมาก จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) มีค่าระหว่าง 0.86 – 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 0.87 ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ทั้งรายข้อรายข้อและทั้งฉบับคือ 0.8 ขึ้นไป (Polit et al., 2007) โดยมีข้อคำถามถูกตัดออกจำนวน 34 ข้อและคงเหลือข้อคำถามจำนวน 49 ข้อ ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งอยู่เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีประชากรอยู่ในการทำงาน อย่างน้อย 2 ปี จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะของประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์จำแนกข้อคำถาม (Evaluate the Items)

พิจารณาค่าความเชื่อมั่นทั้งรายด้านและภาพรวม และค่า Corrected Item – Total Correlation ซึ่งค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ต้อง ≥ 0.7 ขึ้นไป จึงนับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ((DeVellis, 2012; Nunnally & Bernstein, 1994) ในส่วนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมที่ยกเว้นข้อคำถามนั้น ค่า CITC ต้องมากกว่า 0.30 ขึ้นไป (Nunnally & Bernstein, 1994) จากผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ผู้วิจัยพิจารณา ค่าความเชื่อมั่นทั้งรายด้านและภาพรวมและค่า Corrected Item – Total Correlation โดยคำนวณค่าความเชื่อมั่นทั้งรายด้านและภาพรวม พบว่าภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.96 สำหรับรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.84 - 0.91 และค่า Corrected Item – Total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.32 - 0.82 โดยด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีค่าความเชื่อมั่นสูงสุด คือ 0.91 รองลงมาคือด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพและด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีค่าความเชื่อมั่น 0.90 สำหรับด้านการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นน้อยสุด คือ 0.84 ซึ่งในขั้นตอนนี้ข้อคำถามทุกด้านผ่านเกณฑ์พิจารณา จึงคงข้อคำถามทุกข้อในขั้นตอนนี้ คือ 49 ข้อ

ตาราง 12 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและภาพรวมของแบบสอบถาม

สมรรถนะ	จำนวนข้อ คำถาม	ค่าความ เชื่อมั่น	ช่วงของค่า Corrected Item – Total Correlation
ด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของ			
การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	8	0.856	0.42-0.70
ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	14	0.904	0.32-0.78
ด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกัน			
ระหว่างวิชาชีพ	7	0.887	0.43-0.76
ด้านการสื่อสารในการทำงานร่วมกัน			
ระหว่างวิชาชีพ	6	0.841	0.39-0.61
ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการ			
ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	6	0.906	0.58-0.81
ด้านการให้บริการที่ประชาชน และ			
ชุมชนเป็นศูนย์กลาง	8	0.918	0.52-0.74
รวม	49	0.967	

ขั้นตอนที่ 8 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่จังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย ตาก และอุตรดิตถ์ ซึ่งมีจำนวน 2,081 คน และได้ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนของวิชาชีพในแต่ละจังหวัด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 600 คน ดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของแบบสอบถามที่ได้รับกลับและตอบสมบูรณ์

จังหวัด	แบบสอบถามที่ส่ง จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับกลับจำนวน (ร้อยละ)	ตอบสมบูรณ์จำนวน (ร้อยละ)
พิษณุโลก			
แพทย์	17(100%)	8(47.06%)	6(35.29%)
ทันตแพทย์	8(100%)	8(100%)	8(100%)
เภสัชกร	10(100%)	6(60%)	6(00%)
พยาบาล	52(100%)	51(98.08%)	49(94.23%)
นักกายภาพ	7(100%)	7(100%)	7(100%)
แพทย์แผนไทย	9(100%)	9(100%)	9(100%)
นักวิชาการสาธารณสุข	73(100%)	55(75.34%)	55(75.34%)
เพชรบูรณ์			
แพทย์	10(100%)	4(40%)	4(40%)
ทันตแพทย์	6(100%)	4(66.67%)	3(50%)
เภสัชกร	6(100%)	4(66.67%)	4(66.67%)
พยาบาล	38(100%)	26(68.42%)	25(65.79%)
นักกายภาพ	4(100%)	4(100%)	4(100%)
แพทย์แผนไทย	9(100%)	9(100%)	9(100%)
นักวิชาการสาธารณสุข	45(100%)	32(71.11%)	32(71.11%)
สุโขทัย			
แพทย์	8(100%)	6(75.00%)	5(62.50%)
ทันตแพทย์	4(100%)	3(75.00%)	3(75.00%)
เภสัชกร	6(100%)	4(66.67%)	3(50.00%)
พยาบาล	28(100%)	28(100%)	28(100%)
นักกายภาพ	4(100%)	4(100%)	4(100%)
แพทย์แผนไทย	6(100%)	6(100%)	6(100%)
นักวิชาการสาธารณสุข	37(100%)	37(100%)	37(100%)
ตาก			
แพทย์	5(100%)	5(100%)	4(80%)
ทันตแพทย์	4(100%)	4(100%)	3(75%)
เภสัชกร	4(100%)	3(75.00%)	2(50%)
พยาบาล	21(100%)	21(100%)	21(100%)
นักกายภาพ	3(100%)	3(100%)	3(100%)
แพทย์แผนไทย	6(100%)	6(100%)	6(100%)
นักวิชาการสาธารณสุข	35(100%)	27(77.14%)	26(74.29%)

ตาราง 13 (ต่อ)

จังหวัด	แบบสอบถามที่ ส่งจำนวน	ได้รับกลับจำนวน	ตอบสมบูรณ์ จำนวน
ขอตรดิดต์			
แพทย์	9(100%)	8(88.89%)	8(88.89%)
ทันตแพทย์	9(100%)	8(88.89%)	8(88.89%)
เภสัชกร	9(100%)	8(88.89%)	7(77.78%)
พยาบาล	42(100%)	42(100%)	42(100%)
นักกายภาพ	7(100%)	7(100%)	7(100%)
แพทย์แผนไทย	7(100%)	7(100%)	7(100%)
นักวิชาการสาธารณสุข	51(100%)	46(90.20%)	46(90.20%)
	600(100%)	510(85%)	497(82.83%)

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 497 คน ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ การศึกษา วิชาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในระบบบริการสุขภาพ ประสบการณ์การทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ และประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติมของวิชาชีพในบริการปฐมภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 367 คิดเป็นร้อยละ 73.80 สถานภาพสมรสจำนวน 297 คิดเป็น ร้อยละ 59.80 อายุของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด น้อยกว่า 35 ปี จำนวน 187 คิดเป็นร้อยละ 37.60 รองลงมาคืออายุระหว่าง 46 ปี – 50 ปี จำนวน 80 คิดเป็น ร้อยละ 16.10 โดยมีค่าเฉลี่ย 47.34 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.12 ปี สำหรับการศึกษพบว่าจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 404 คน คิดเป็นร้อยละ 81.30 รองลงคือ ระดับปริญญาโท จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 และเป็นวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 39.40 รองลงมา คือวิชาชีพพยาบาล จำนวน 165 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.20 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 378 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 ในส่วนของประสบการณ์การทำงานในระบบบริการสุขภาพสูงสุดอยู่ในช่วง มากกว่า 20 ปี จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 17.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.40 ปี

มีประสบการณ์การทำงานในระบบบริการปฐมภูมิสูงสุด อยู่ในชวงน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 26.80 โดยมีค่าเฉลี่ย 13.96 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.01 ปี และมากกว่าครึ่ง มีประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติมของวิชาชีพในบริการปฐมภูมิจำนวน 277 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.70 ดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n = 497)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	130	26.2
หญิง	367	73.8
สถานภาพ		
โสด	161	32.4
สมรส	297	59.8
หม้าย/หย่า/แยก	39	7.8
อายุ		
< 35 ปี	187	37.6
36ปี – 40ปี	73	14.7
41ปี – 45ปี	64	12.9
46ปี – 50ปี	80	16.1
51ปี – 55ปี	51	10.3
> 56 ปี	42	8.5
(Mean = 40.58, SD = 9.60)		
การศึกษา		
ปริญญาตรี	404	81.3
ปริญญาโท	91	18.3
ปริญญาเอก	2	0.4

ตาราง14 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วิชาชีพ		
แพทย์	27	5.4
ทันตแพทย์	25	5.0
เภสัชกร	22	4.4
พยาบาล	165	33.2
นักกายภาพ	25	5.0
แพทย์แผนไทย	37	7.4
นักวิชาการสาธารณสุข	196	39.4
สถานที่ปฏิบัติงาน		
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2	0.4
โรงพยาบาล	117	23.5
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	378	76.0
ประสบการณ์การทำงานในระบบบริการสุขภาพ		
< 5 ปี	68	13.7
6ปี – 10 ปี	104	20.9
11ปี – 15 ปี	62	12.5
16ปี – 20 ปี	63	12.7
> 20 ปี	200	40.2
(Mean = 17.65, SD = 10.40)		
ประสบการณ์การทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ		
< 5 ปี	133	26.8
6ปี – 10 ปี	113	22.7
11ปี – 15 ปี	65	13.1
16ปี – 20 ปี	62	12.5
> 20 ปี	124	24.9
(Mean = 13.96, SD = 10.01)		

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติมของวิชาชีพในบริการปฐมภูมิ		
ไม่เคย	220	44.3
เคย	277	55.7

ส่วนที่ 2 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity)

ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 10 เท่าของข้อคำถามในแบบสอบถาม (Costello & Osborne, 2005) แบ่งออกเป็น 2 แบบ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ดังนี้

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก Principal Component Analysis มีจุดมุ่งหมาย เพื่อหาจำนวน Factor ที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ใน Factor และใช้หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) โดยใช้วิธีการหมุนแบบแวนริแมกซ์ (Varimax)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) โดยการนำข้อคำถาม จำนวน 49 ข้อ เมื่อพิจารณาค่า KMO = 0.973 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสม (Hair, 2010) สามารถใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบในการจัดกลุ่มได้ และผลการทดสอบ Barlett's Test of Sphericity พบว่า มีค่า Chi-Square = 19926.284, df = 1176 และมี p-value < 0.001 ซึ่งมีนัยสำคัญ ทางสถิติ หมายความว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ข้อมูลในการศึกษาระยะนี้จึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบโดยวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ Principal component analysis หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) ด้วยวิธี Varimax แต่ละองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 ขึ้นไป มีจำนวน 6 องค์ประกอบโดยเรียงลำดับ ตามค่าผลรวมของแปรปรวนสะสมของตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบจากมากไปหาน้อย และเพื่อให้ได้ตัวแปรที่น้อยที่สุดที่อธิบายองค์ประกอบสมรรถนะ

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในปฐมภูมิ จึงกำหนดให้ค่าไอเกน (eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 ขึ้นไป

การพิจารณาวิเคราะห์องค์ประกอบผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตัดข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.3 2) องค์ประกอบต้องคงเหลือข้อคำถามไม่น้อยกว่า 3 ข้อคำถาม 3) ความหมายของข้อคำถามต้องมีความหมายที่สามารถรวมอยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ และ 4) ถ้าตัวแปรใดอยู่บนองค์ประกอบหลายตัว ใช้วิธีเลือกน้ำหนักตัวองค์ประกอบที่สูงที่สุด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า องค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในปฐมภูมิ มี 6 องค์ประกอบ มีจำนวน 49 ข้อคำถาม สามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 66.53 ดังตาราง 15

ตาราง 15 แสดงผลการสกัดองค์ประกอบหลังการหมุนแกน

Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Loadings			Loadings		
				Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	24.344	49.682	49.682	24.344	49.682	49.682	7.413	15.128	15.128
2	2.386	4.870	54.552	2.386	4.870	54.552	6.285	12.826	27.955
3	1.839	3.754	58.306	1.839	3.754	58.306	6.067	12.382	40.337
4	1.674	3.417	61.723	1.674	3.417	61.723	5.609	11.447	51.784
5	1.340	2.735	64.458	1.340	2.735	64.458	4.971	10.145	61.929
6	1.020	2.081	66.539	1.020	2.081	66.539	2.259	4.610	66.539
7	.927	1.893	68.431						
8	.861	1.757	70.189						
9	.769	1.570	71.758						
10	.697	1.422	73.181						
11	.691	1.411	74.591						
12	.609	1.244	75.835						
13	.589	1.203	77.038						
14	.574	1.172	78.210						
15	.546	1.115	79.325						
16	.540	1.102	80.428						
17	.499	1.018	81.446						
18	.476	.972	82.418						
19	.473	.966	83.383						

ตาราง 15 (ต่อ)

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
	20	.441	.899	84.283					
21	.422	.861	85.144						
22	.409	.835	85.979						
23	.394	.804	86.782						
24	.386	.787	87.569						
25	.364	.743	88.313						
26	.357	.729	89.042						
27	.350	.714	89.756						
28	.331	.675	90.431						
29	.324	.661	91.092						
30	.312	.637	91.729						
31	.292	.597	92.326						
32	.291	.593	92.919						
33	.274	.559	93.478						
34	.263	.537	94.015						
35	.257	.525	94.540						
36	.249	.507	95.047						
37	.241	.492	95.539						
38	.239	.488	96.027						
39	.228	.465	96.492						
40	.216	.442	96.934						
41	.210	.429	97.363						
42	.206	.420	97.783						
43	.192	.392	98.175						
44	.174	.355	98.530						
45	.164	.335	98.865						
46	.156	.319	99.184						
47	.146	.298	99.482						
48	.129	.263	99.746						
49	.125	.254	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ผลการสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก Principal Component Analysis มีจุดมุ่งหมาย เพื่อหาจำนวน Factor ที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ใน Factor และใช้หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) โดยใช้วิธีการหมุนแบบแวนริแมกซ์ (Varimax) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการหมุน 1 ครั้งจึงได้ค่าคงที่ได้จำนวน 6 องค์ประกอบ คงจำนวนข้อคำถาม 49 ข้อ และเมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถาม ดังในตาราง 16 พบว่า องค์ประกอบที่ 1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.681 – 0.442 องค์ประกอบที่ 2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.737 – 0.609 องค์ประกอบที่ 3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.719 – 0.509 องค์ประกอบที่ 4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.729 – 0.573 องค์ประกอบที่ 5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.729 – 0.549 และ องค์ประกอบที่ 6 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.557 – 0.411

ตาราง 16 แสดงเมตริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามหลังหมุนแกน (n=497)

ข้อคำถาม	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5	องค์ประกอบที่ 6
Collect 7	0.681					
Collect 8	0.681					
Collect 5	0.633					
Collect 12	0.626					
Collect 11	0.619					
Collect 3	0.609					
Collect 1	0.598					
Collect 6	0.586					
Collect 2	0.581					
Collect 4	0.575					
Collect 9	0.570					
Collect 10	0.568					
Collect 13	0.442					
People 6		0.737				
People 7		0.730				
People 4		0.710				
People 8		0.707				
People 5		0.698				

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบ 4	องค์ประกอบที่ 5	องค์ประกอบที่ 6
People 1	0.660					
People 3	0.659					
People 2	0.609					
Valu 7			0.719			
Valu 5			0.689			
Valu 6			0.671			
Commu 3			0.578			
Commu 4			0.571			
Commu 5			0.567			
Valu 4			0.548			
Commu 2			0.543			
Commu 6			0.537			
Commu 1			0.509			
Role 2					0.729	
Role 6					0.691	
Role 5					0.671	
Role 3					0.669	
Role 1					0.631	
Role 4					0.618	
Role 8					0.617	
Role 7					0.573	
Reflec 3						0.729
Reflec 5						0.709
Reflec 6						0.685
Reflec 4						0.682
Reflec 2						0.673
Reflec 1						0.549
Valu 3						0.557
Valu 2						0.554
Valu 1						0.492
Collect14						0.411

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 9 iterations.

ตาราง 17 แสดงองค์ประกอบที่ 1

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	collect 7	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการให้บริการร่วมกับทีม สหวิชาชีพ	0.681
2	Collect 8	สามารถร่วมกันกับทีม ในการจัดแผน การดูแลผู้รับบริการ ได้	0.681
3	Collect 5	สามารถสนับสนุนสมาชิกของทีมให้ทำงานร่วมกันได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ	0.633
4	Collect 12	สามารถสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมระหว่างการประชุม ร่วมกันหรือการสนทนาเพื่อให้วิชาชีพอื่นได้แสดงความ ความคิดเห็น	0.626
5	Collect 11	เมื่อเกิดความขัดแย้งภายในทีม สามารถจัดการและแก้ไข สถานการณ์ความขัดแย้งได้ด้วยหลักวิชาการ	0.619
6	Collect 3	มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำและผู้ตามที่ดีในการจัดการ เพื่อส่งเสริมทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ดี (เช่น การ เป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล ในการประชุม การจัดการในการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบใน การทำงานร่วมกัน ฯลฯ)	0.609
7	Collect 1	สามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมเกิดการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	0.598
8	Collect 6	สามารถบูรณาการความรู้ และศาสตร์ระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการดูแลสุขภาพของ ผู้รับบริการ	0.586

ตาราง 17 (ต่อ)

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
9	Collect 2	จัดกระบวนการในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของ ทีมสุขภาพ (เช่น การประสานงาน การจัดการให้มี ระบบงานที่ดี การวางแผน ฯลฯ)	0.581
10	Collect 4	สามารถสร้างบรรยากาศให้เกิดการสร้างนวัตกรรมภายใน ทีม	0.575
11	Collect 9	สามารถให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตาม ความจำเป็นทางสุขภาพของผู้รับบริการ	0.570
12	Collect 10	เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการทำงานร่วมกัน สามารถ จัดการ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย เพื่อจัดการแก้ไขได้	0.568
13	Collect 13	นำความรู้ในศาสตร์ของวิชาชีพตนเอง มาใช้ร่วมกับทีมใน การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ค่าไอเกน = 24.34 ค่าร้อยละของความแปรปรวน = 15.12	0.442

จาก ตาราง 17 พบว่าองค์ประกอบที่ 1 บรรยายด้วยตัวแปรสำคัญจำนวน 13 ตัวแปรมี
ค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบระหว่าง 0.68–0.44 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร
(Eigenvalues) เท่ากับ 24.34 ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percent of variance) เท่ากับ
15.12 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 13 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่สามารถร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้
ได้ดีที่สุดและองค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยได้ร้อยละ 15.12
เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) ขององค์ประกอบอื่น ๆ แล้ว
องค์ประกอบนี้มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีส่วนร่วมใน
การตัดสินใจ ในการให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด (0.68)
ส่วนตัวแปรนำความรู้ในศาสตร์ของวิชาชีพตนเอง มาใช้ร่วมกับทีมในการดูแลผู้รับบริการได้อย่าง
เหมาะสม มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด (0.42) และเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของตัวแปรใน
องค์ประกอบผู้วิจัยเห็นสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ
(Collaborative teamwork)”

ตาราง 18 แสดงองค์ประกอบที่ 2

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	People 6	ทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข	0.737
2	People 7	ทำงานในพื้นที่โดยคำนึงถึงกลุ่มประชาชน ชุมชน ที่ รับผิดชอบ ร่วมกับการดูแลสุขภาพระดับบุคคล	0.730
3	People 4	จัดให้มีการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ทางสุขภาพที่ น่าเชื่อถือ ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เพื่อการ ตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม	0.710
4	People 8	สนับสนุน ให้เสนอข้อแนะ แก่ประชาชน และชุมชน ร่วมกับทีม สุขภาพและทีมภาคส่วนอื่น ๆ	0.707
5	People 5	รับฟัง ปัญหาสาธารณสุข วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของ ประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับทีมสุขภาพ	0.698
6	People 1	จัดกิจกรรมให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมใน กระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยและชุมชนเอง	0.660
7	People 3	จัดให้มีช่องทางในการรับฟังปัญหาสุขภาพ ประเด็น ข้อเสนอนแนะของผู้ป่วยและประชาชน เพื่อนำมาวาง แผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ	0.659
8	People 2	ประเมินความต้องการ ความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย หรือประชาชน ในหลายมิติ เพื่อนำมาร่วมกันออกแบบ บริการของทีมสหวิชาชีพที่เป็นองค์รวม	0.609
ค่าไอเกน = 2.38			
ค่าร้อยละของความแปรปรวน = 12.82			

จาก ตาราง 18 พบว่าองค์ประกอบที่ 2 บรรยายด้วยตัวแปรสำคัญจำนวน 8 ตัวแปร มีค่า น้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบระหว่าง 0.73–0.69 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 2.38 ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percent of variance) เท่ากับ 12.82 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่สามารถร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด และองค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยได้ร้อยละ 12.82 เมื่อเปรียบเทียบกับ ค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues)ขององค์ประกอบอื่น ๆ แล้วองค์ประกอบนี้มีความสำคัญเป็นอันดับ 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมากที่สุด (0.73) ส่วนตัวแปร ประเมินความต้องการ ความจำเป็นทางสุขภาพของ ผู้ป่วย หรือประชาชน ในหลายมิติ เพื่อนำมาร่วมกันออกแบบบริการของทีมสหวิชาชีพ มีน้ำหนัก องค์ประกอบน้อยที่สุด (0.60) และเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของตัวแปรในองค์ประกอบผู้วิจัย เห็นสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Population and communication centered care)”

ตาราง 19 แสดงองค์ประกอบที่ 3

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	Valu 7	เต็มใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ เมื่อได้รับข้อมูล ใหม่ ที่เป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.719
2	Valu 5	แสดงออกถึงการให้เกียรติ เคารพ บทบาทหน้าที่และความ รับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพในทีม	0.689
3	Valu 6	เมื่อในทีมมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สามารถตอบสนองได้ อย่างสร้างสรรค์ ให้เกียรติต่อกัน	0.671
4	Commu 3	ใช้การสื่อสารสองทาง (two-way communication) ในการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.578
5	Commu 4	มีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ที่ถูกต้อง ละเอียด และ ครบถ้วน เพื่อการสื่อสารกันภายในทีมสหวิชาชีพในการ ดูแลผู้รับบริการร่วมกัน	0.571

ตาราง 19 (ต่อ)

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
6	Commu 5	สามารถใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้คำศัพท์มาตรฐานหรือคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ถูกต้อง เมื่อต้องสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ	0.567
7	Valu 4	ยอมรับความแตกต่าง หลากหลายทางวัฒนธรรมของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ	0.548
8	Commu 2	เลือกช่องทางและวิธีการสื่อสารรวมถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ ให้มีประสิทธิภาพ	0.543
9	Commu 6	สามารถสื่อสารกับญาติ ครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการทำงานของทีมได้	0.537
10	Commu 1	สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อทีมเข้าใจ ส่งต่องานกันได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ	0.509
		ค่าไอเกน = 1.83	
		ค่าร้อยละของความแปรปรวน = 12.38	

จาก ตาราง 19 พบว่าองค์ประกอบที่ 3 บรรยายด้วยตัวแปรสำคัญจำนวน 10 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบระหว่าง 0.71–0.50 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.83 ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percent of variance) เท่ากับ 12.38 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 10 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่สามารถร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด และองค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยได้ร้อยละ 12.38 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) ขององค์ประกอบอื่น ๆ แล้วองค์ประกอบนี้มีความสำคัญเป็นอันดับ 3 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เต็มใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดทัศนคติ เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ที่เป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด (0.71) ส่วนตัวแปร สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อทีมเข้าใจ ส่งต่องานกันได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ มีน้ำหนักองค์ประกอบ

น้อยที่สุด (0.50) และเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของตัวแปรในองค์ประกอบผู้วิจัยเห็นสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ (communication and mutual respect)”

ตาราง 20 แสดงองค์ประกอบที่ 4

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	Role 2	แบ่งงาน หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายของทีม	0.729
2	Role 6	ตรวจสอบความถูกต้องของงานในหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตวิชาชีพของตน เพื่อเป้าหมายของทีม	0.691
3	Role 5	นำเสนอข้อมูล ความคิดเห็น ประเด็นการดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานของทีมงานบรรลุเป้าหมาย	0.671
4	Role 3	ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้องตามขอบเขตวิชาชีพของตนเอง	0.669
5	Role 1	ทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของ แต่ละวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.631
6	Role 4	สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในทีม แสดงความคิดเห็น ตามทักษะ ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ	0.618
7	Role 8	ประเมินผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ	0.617
8	Role 7	สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน กำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.573
ค่าไถ่เกิน = 1.67			
ค่าร้อยละของความแปรปรวน = 11.44			

จาก ตาราง 20 พบว่าองค์ประกอบที่ 4 บรรยายด้วยตัวแปรสำคัญจำนวน 8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบระหว่าง 0.72–0.53 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.67 ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percent of variance) เท่ากับ 11.44 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่สามารถร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด และองค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยได้ร้อยละ 11.44 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) ขององค์ประกอบอื่น ๆ แล้วองค์ประกอบนี้มีความสำคัญเป็นอันดับ 4 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า แบ่งงาน หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายของทีม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด (0.72) ส่วนตัวแปร สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน กำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด (0.57) และเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของตัวแปรในองค์ประกอบผู้วิจัยเห็นสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ (Clarification of roles and responsibilities)”

ตาราง 21 แสดงองค์ประกอบที่ 5

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	Reflec 3	อธิบายความคิด ความรู้สึก ความเครียด ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.729
2	Reflec 5	ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จ ไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ได้ตามสถานการณ์	0.709
3	Reflec 6	สรุปประเด็น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานของทีมได้	0.685
4	Reflec 4	มีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อการปรับปรุงระหว่างทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.682

ตาราง 21 (ต่อ)

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
5	Reflec 2	มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพของประชาชน	0.673
6	Reflec 1	ทบทวน บทบาทหน้าที่ตนเอง งานที่ปฏิบัติ กับทีมสห วิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ	0.549
ค่าไอเกน = 1.34			
ค่าร้อยละของความแปรปรวน = 10.14			

จาก ตาราง 21 พบว่าองค์ประกอบที่ 5 บรรยายด้วยตัวแปรสำคัญจำนวน 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบระหว่าง 0.72–0.54 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.34 ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percent of variance) เท่ากับ 10.14 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่สามารถร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุดและองค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยได้ร้อยละ 10.14 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) ขององค์ประกอบอื่น ๆ แล้วองค์ประกอบนี้มีความสำคัญเป็นอันดับ 5 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อธิบายความคิด ความรู้สึก ความเครียดในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด (0.72) ส่วนตัวแปรทบทวน บทบาทหน้าที่ตนเอง งานที่ปฏิบัติ กับทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด (0.57) และเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของตัวแปรในองค์ประกอบผู้วิจัยเห็นสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional reflection)”

ตาราง 22 แสดงองค์ประกอบที่ 6

อันดับ ที่	ข้อที่	ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	Valu 3	มีการพูดคุยถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ และรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการต่อประโยชน์ ที่ได้รับจากการทำงานแบบสหวิชาชีพ	0.557
2	Valu 2	รับฟังความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ที่สามารถนำไปพัฒนาและการให้บริการ	0.554
3	Valu 1	ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพ ประชาชน	0.492
4	Collect 14	สามารถทำงานทดแทนกันได้ระหว่างการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพ ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม	0.411
ค่าไอเกน = 1.02			
ค่าร้อยละของความแปรปรวน = 4.61			

จาก ตาราง 22 พบว่าองค์ประกอบที่ 6 บรรยายด้วยตัวแปรสำคัญจำนวน 4 ตัวแปร มี
ค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบระหว่าง 0.55–0.41 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร
(Eigenvalues) เท่ากับ 1.02 ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percent of variance) เท่ากับ 4.61
แสดงว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่สามารถร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด
และองค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยได้ร้อยละ 4.61 เมื่อเปรียบเทียบกับ
ค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) ขององค์ประกอบอื่น ๆ แล้วองค์ประกอบนี้มี
ความสำคัญเป็นอันดับ 6 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีการพูดคุยถึงคุณค่าของการทำงาน
ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการทำงาน
แบบสหวิชาชีพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด (0.55) ส่วนตัวแปร สามารถทำงานทดแทนกัน
ได้ระหว่างการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม มีน้ำหนัก
องค์ประกอบน้อยที่สุด (0.41) และเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของตัวแปรในองค์ประกอบผู้วิจัย
เห็นสมควรตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน
(Interprofessional value and mixed skill)”

ตาราง 23 แสดงค่าความเชื่อมั่นสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา แต่ละองค์ประกอบ

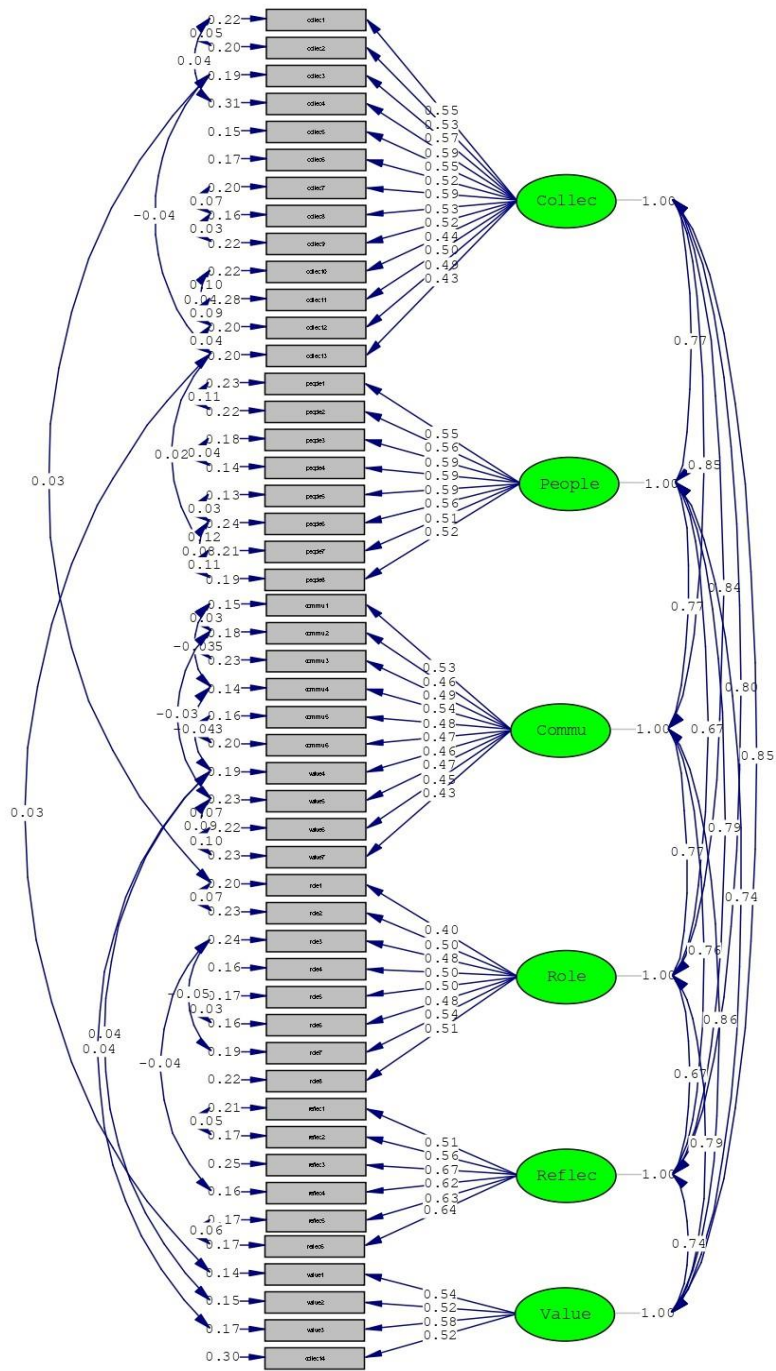
องค์ประกอบ	จำนวน ข้อ	ค่าความ เชื่อมั่น	ช่วงของค่า item-total correlations	ช่วงของค่า alphas if individual item deleted
1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	13	0.94	0.69-0.80	0.94-0.94
2. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง	8	0.93	0.73-0.81	0.92-0.93
3. การสื่อสารและเคารพความแตกต่าง ของวิชาชีพ	10	0.92	0.68-0.72	0.91-0.92
4. ด้านความชัดเจนของขอบเขตและ รับผิดชอบในบทบาทหน้าที่	8	0.90	0.65-0.74	0.89-0.90
5. การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	6	0.92	0.70-0.81	0.90-0.91
6. ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและ ทำงานทดแทนกัน	4	0.86	0.61-0.76	0.80-0.86
รวมทั้งหมด	49	0.97		

สรุปค่าความสอดคล้องภายใน จากการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก Principal Component Analysis มีจุดมุ่งหมาย เพื่อหาจำนวน Factor ที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ใน Factor และใช้หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) โดยใช้วิธีการหมุนแบบแปรริแมกซ์ (Varimax) ได้จำนวนองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ จำนวน 49 ข้อ พบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีค่าความเชื่อมั่นสูงสุดเท่ากับ 0.94 มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ รองลงมาคือ ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ โดยรวมทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ดังตาราง 23

ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยได้ค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนปรับโมเดล และทำการปรับโมเดล และได้ค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับโมเดล ดังนี้ $\chi^2 = 2055.73$, $df=1077$, relative $\chi^2 = 1.91$, $p\text{-value}= 0.00$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.86$ $RMSEA = 0.043$, $SRMR = 0.039$, โดยดัชนี ความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ relative χ^2 มีค่าน้อยกว่า 2 ดัชนี CFI, มีค่ามากกว่า 0.95 ส่วนดัชนี GFI เข้าใกล้ 0.90 ดัชนี และ RMSEA, SRMR มีค่าน้อยกว่า 0.06 ดังตาราง 24 และภาพ 3

ตาราง 24 แสดงค่าสถิติค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับโมเดล

ค่าดัชนี	เกณฑ์พิจารณา	ก่อนปรับโมเดล	หลังปรับโมเดล
χ^2	-	3716.32	2055.73
df	-	1112	1077
χ^2 / df	ไม่เกิน 2	3.34	1.91
p-value	$p < 0.05$	0.00	0.00
CFI	≥ 0.95	0.98	0.99
GFI	≥ 0.90	0.77	0.86
RMSEA	< 0.06	0.069	0.043
SRMR	< 0.08	0.043	0.039



$\chi^2 = 2055.73$, $df = 1077$, $\chi^2/df = 1.90$, $p\text{-value} = 0.000$, $RMSEA = 0.043$

ภาพ 3 แสดงองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกัน
ระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยันอันดับที่หนึ่งรายด้าน

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ

ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือข้อ Collect 5 สามารถสนับสนุนสมาชิกของทีมให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับ ผู้รับบริการ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.81 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 63 รองลงมา คือข้อ Collect 8 สามารถร่วมกันกับทีม ในการจัดแผน การดูแลผู้รับบริการได้มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.80 และมีความผันแปรร่วมกันกับ องค์ประกอบ ร้อยละ 63 ดังตาราง 25

ตาราง 25 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ

องค์ประกอบและข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Collect 7 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	0.59*	0.79	0.03	21.03	0.63	0.11
Collect 8 สามารถร่วมกันกับทีม ในการ จัดแผน การดูแลผู้รับบริการได้	0.53*	0.80	0.03	21.10	0.63	0.09
Collect 5 สามารถสนับสนุนสมาชิกของ ทีมให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับ ผู้รับบริการ	0.55*	0.81	0.03	21.80	0.63	0.17
Collect 12 สามารถสร้างบรรยากาศที่ เหมาะสมระหว่างการประชุมร่วมกันหรือ การสนทนาเพื่อให้วิชาชีพอื่นได้แสดง ความคิดเห็น	0.49*	0.74	0.03	19.04	0.66	0.06
Collect 11 เมื่อเกิดความขัดแย้งภายใน ทีม สามารถจัดการและแก้ไขสถานการณ์ ความขัดแย้งได้ด้วยหลักวิชาการ	0.50*	0.68	0.03	17.04	0.47	0.04

ตาราง 25 (ต่อ)

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	B	B	SE	T		
Collect 3 มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำ และผู้ตามที่ดีในการจัดการเพื่อส่งเสริม ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ดี (เช่น การเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในการประชุม การจัดการในการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบใน การทำงานร่วมกัน ฯลฯ)	0.57*	0.79	0.03	20.86	0.62	0.18
Collect 1 สามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีม เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง	0.05*	0.76	0.03	17.04	0.58	0.09
Collect 6 สามารถบูรณาการความรู้ และ ศาสตร์ระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อไปสู่ เป้าหมายเดียวกันในการดูแลสุขภาพของ ผู้รับบริการ	0.52*	0.78	0.03	20.45	0.61	0.15
Collect 2 จัดกระบวนการในการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพ (เช่น การประสานงาน การจัดการให้มี ระบบงานที่ดี การวางแผน ฯลฯ)	0.53*	0.76	0.03	19.88	0.58	0.11
Collect 4 สามารถสร้างบรรยากาศให้เกิด การสร้างนวัตกรรมภายในทีม	0.59*	0.73	0.03	18.54	0.53	0.08
Collect 9 สามารถให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็น ทางสุขภาพของผู้รับบริการ	0.52*	0.75	0.03	19.26	0.56	0.10

ตาราง 25 (ต่อ)

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	T		
Collect 10 เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนใน การทำงานร่วมกัน สามารถจัดการ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย เพื่อจัดการ แก้ไขได้	0.44*	0.69	0.03	17.20	0.47	0.07
Collect 13 นำความรู้ในศาสตร์ของ วิชาชีพตนเอง มาใช้ร่วมกับทีมในการดูแล ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม	0.43*	0.69	0.02	17.44	0.48	0.13

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบที่ 2 การให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง
ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญ
มากที่สุดคือ People 5 รับฟัง ปัญหาสาธารณสุข วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนใน
พื้นที่ ร่วมกับทีมสุขภาพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.86 และมีความผันแปรร่วมกัน
กับองค์ประกอบ ร้อยละ 73 รองลงมา คือข้อ People 4 จัดให้มีการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ทาง
สุขภาพที่น่าเชื่อถือ ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่
เหมาะสม มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.85 และมีความผันแปรร่วมกันกับ
องค์ประกอบ ร้อยละ 72 ดังตาราง 26

ตาราง 26 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อความและสัมประสิทธิ์
คะแนนองค์ประกอบ ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
People 6 ทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข	0.56*	0.75	0.03	19.14	0.61	0.04

ตาราง 26 (ต่อ)

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
People 7 ทำงานในพื้นที่โดยคำนึงถึง กลุ่มประชาชน ชุมชน ที่รับผิดชอบ ร่วมกับการดูแลสุขภาพระดับบุคคล	0.51*	0.75	0.03	19.12	0.56	0.09
People 4 จัดให้มีการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ให้กับ ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เพื่อการ ตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม	0.59*	0.85	0.03	22.90	0.72	0.28
People 8 สนับสนุน ให้ข้อเสนอแนะ แก่ ประชาชน และชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพ และทีมภาคส่วนอื่น ๆ	0.52*	0.76	0.03	19.64	0.58	0.13
People 5 รับฟัง ปัญหาสาธารณสุข วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของ ประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับทีมสุขภาพ	0.59*	0.86	0.03	23.36	0.73	0.34
People 1 จัดกิจกรรมให้ประชาชนใน พื้นที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน ของทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยและชุมชนเอง	0.55*	0.76	0.03	19.40	0.57	0.12
People 3 จัดให้มีช่องทางในการรับฟัง ปัญหาสุขภาพ ประเด็นข้อเสนอแนะของ ผู้ป่วยและประชาชน เพื่อนำมาวางแผนการดูแล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ	0.59*	0.81	0.03	21.48	0.66	0.20
People 2 ประเมินความต้องการ ความ จำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยหรือประชาชน ใน หลายมิติ เพื่อนำมาร่วมกันออกแบบ บริการของทีมสหวิชาชีพที่เป็นองค์รวม	0.56*	0.77	0.03	19.75	0.59	0.13

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ

ด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ Commu 4 มีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ที่ถูกต้อง ละเอียด และครบถ้วน เพื่อการสื่อสารกันภายในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.82 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 68 รองลงมา คือข้อ Commu 1 สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อทีมเข้าใจ ส่งต่องานกันได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.81 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 65 ดังตาราง 27

ตาราง 27 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนน องค์ประกอบ ด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ

องค์ประกอบและข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนนองค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Valu 7 เต็มใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดทัศนคติ เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ที่เป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.43*	0.67	0.03	16.48	0.45	0.04
Valu 5 แสดงออกถึงการให้เกียรติ เคารพบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพในทีม	0.47*	0.70	0.03	17.49	0.49	0.09
Valu 6 เมื่อในทีมมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ให้เกียรติต่อกัน	0.45*	0.69	0.03	17.25	0.48	0.07
Commu 3 ใช้การสื่อสารสองทาง ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.49*	0.72	0.03	18.11	0.51	0.11

ตาราง 27 (ต่อ)

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Commu 4 มีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้รับบริการ ที่ถูกต้อง ละเอียด และ ครบถ้วน เพื่อการสื่อสารกันภายในทีมสห วิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน	0.54*	0.82	0.02	21.94	0.68	0.36
Commu 5 สามารถใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้คำศัพท์มาตรฐานหรือคำศัพท์ทาง การแพทย์ที่ถูกต้อง เมื่อต้องสื่อสารกับ ทีมสหวิชาชีพ	0.48*	0.77	0.02	19.90	0.59	0.15
Valu 4 ยอมรับความแตกต่าง หลากหลายทางวัฒนธรรมของสมาชิกใน ทีมสหวิชาชีพ	0.46*	0.82	0.03	18.36	0.53	0.22
Commu 2 ล็อกช่องทางและวิธีการ สื่อสารรวมถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ ให้มี ประสิทธิภาพ	0.46*	0.73	0.02	18.59	0.54	0.09
Commu 6 สามารถสื่อสารกับญาติ ครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วยให้เข้าใจถึง กระบวนการทำงานของทีมได้	0.47*	0.72	0.03	18.25	0.52	0.11
Commu 1 สามารถสื่อสารกับทีมสห วิชาชีพ ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อ ทีมเข้าใจ ส่งต่องานกันได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ	0.53*	0.81	0.02	21.19	0.65	0.27

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบที่ 4 ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่

ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ Role 5 นำเสนอข้อมูล ความคิดเห็น ประเด็นการดูแลผู้รับบริการ ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานของทีมนบรรลุเป้าหมาย มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.78 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 60 Role 4 สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในทีม แสดงความคิดเห็น ตามทักษะ ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.78 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 62 และ Role 7 สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน กำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.78 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 61 รองลงมา คือข้อ Role 6 ตรวจสอบความถูกต้องของงานในหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตวิชาชีพของตน เพื่อเป้าหมายของทีมน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.77 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 59 ดังตาราง 28

ตาราง 28 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนน องค์ประกอบ ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่

องค์ประกอบและข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนนองค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Role 2 แบ่งงาน หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายของทีมน	0.50*	0.73	0.03	18.27	0.53	0.13
Role 6 ตรวจสอบความถูกต้องของงานในหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตวิชาชีพของตน เพื่อเป้าหมายของทีมน	0.48*	0.77	0.02	19.79	0.59	0.19
Role 5 นำเสนอข้อมูล ความคิดเห็น ประเด็นการดูแลผู้รับบริการ ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานของทีมนบรรลุเป้าหมาย	0.50*	0.78	0.03	20.01	0.60	0.19

ตาราง 28 (ต่อ)

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Role 3 ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง ตามขอบเขตวิชาชีพของตนเอง	0.48*	0.70	0.03	17.36	0.49	0.21
Role 1 ทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของ แต่ละวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.40*	0.67	0.02	16.41	0.45	0.10
Role 4 สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในทีม แสดงความคิดเห็น ตามทักษะ ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ	0.50*	0.78	0.02	20.43	0.62	0.24
Role 8 ประเมินผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ	0.51*	0.74	0.03	18.71	0.54	0.17
Role 7 สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนกำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.54*	0.78	0.03	20.24	0.61	0.28

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบที่ 5 การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ Reflec 5 ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ได้ตามสถานการณ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.84 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 70 Reflec 6 สรุปประเด็น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานของทีมได้ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.84 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ

ร้อยละ 70 และ Reflec 4 มีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อการปรับปรุงระหว่างทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.84 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 70 รองลงมา คือข้อ Reflec 2 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพของประชาชน มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.81 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 65 ดังตาราง 29

ตาราง 29 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามและสัมประสิทธิ์คะแนน องค์ประกอบ ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

องค์ประกอบและข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนนองค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Reflec 3 อธิบายความคิด ความรู้สึก ความเครียด ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	0.67*	0.80	0.03	20.98	0.64	0.20
Reflec 5 ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จ ไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ได้ตามสถานการณ์	0.63*	0.84	0.03	22.48	0.70	0.20
Reflec 6 สรุปประเด็น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานของทีมได้	0.64*	0.84	0.03	22.49	0.70	0.20
Reflec 4 มีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อการปรับปรุงระหว่างทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.62*	0.84	0.03	22.60	0.70	0.29

ตาราง 29 (ต่อ)

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Reflec 2 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความ คิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพของ ประชาชน	0.56*	0.81	0.03	21.19	0.65	0.21
Reflec 1 ทบทวน บทบาทหน้าที่ตนเอง งานที่ปฏิบัติ กับทีมสหวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ	0.51*	0.74	0.03	18.81	0.55	0.13

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบที่ 6 ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน

ด้านการให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกันตัวแปรที่มีน้ำหนัก
ความสำคัญมากที่สุดคือ Valu 1 ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจ
ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
เท่ากับ 0.83 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 68 รองลงมา คือข้อ Valu 3
มีการพูดคุยถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และรับฟังความคิดเห็นจาก
ผู้รับบริการต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการทำงานแบบสหวิชาชีพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
เท่ากับ 0.82 และมีความผันแปรร่วมกันกับองค์ประกอบ ร้อยละ 67 ดังตาราง 30

ตาราง 30 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความเชื่อมั่นของข้อความและสัมประสิทธิ์
คะแนน องค์ประกอบ ด้านการให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงาน
ทดแทนกัน

องค์ประกอบและข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ				R ²	สปส.คะแนน องค์ประกอบ
	b	B	SE	t		
Valu 3 มีการพูดคุยถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการทำงานแบบสหวิชาชีพ	0.58*	0.82	0.03	21.55	0.67	0.32
Valu 2 รับฟังความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชนที่สามารถนำไปพัฒนาและการให้บริการ	0.52*	0.80	0.02	20.75	0.63	0.31
Valu 1 ช่วยให้มีทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน	0.54*	0.83	0.02	21.98	0.68	0.35
Collect 14 สามารถทำงานทดแทนกันได้ระหว่างการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม	0.52*	0.69	0.03	16.91	0.47	0.15

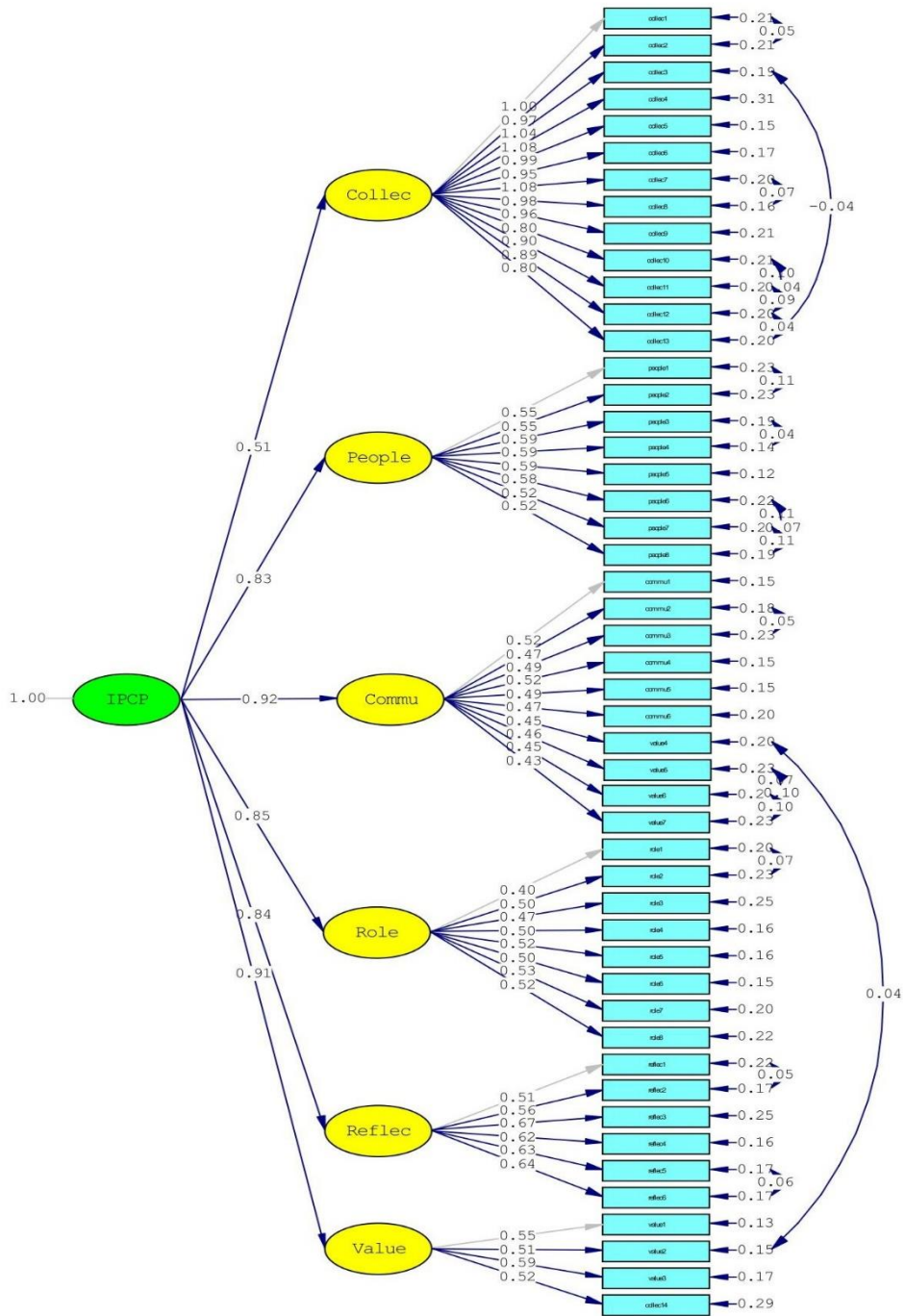
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยันอันดับที่สอง

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยันอันดับที่สองแบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้จากองค์ประกอบ หรือตัวแปรแฝงจำนวน 6 ตัวแปรได้แก่ Collec, People, Commu, Role, Reflec และ Value โดยได้ค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนปรับโมเดลและทำการปรับโมเดล โดยได้ค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับโมเดล ดังนี้ $\chi^2 = 2386.57$, $df=1101$, relative $\chi^2 = 2.17$, $p = 0.00$, CFI = 0.99, GFI = 0.84 RMSEA = 0.049, SRMR = 0.049, โดยดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ดัชนี CFI มีค่ามากกว่า 0.95 ส่วนดัชนี GFI เข้าใกล้ 0.90 ดัชนี และ RMSEA, SRMR มีค่าน้อยกว่า 0.06 ดังตาราง 31 และภาพ 4

ตาราง 31 แสดงค่าสถิติค่าความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับโมเดล

ค่าดัชนี	เกณฑ์พิจารณา	ก่อนปรับโมเดล	หลังปรับโมเดล
χ^2	-	3781.61	2386.57
df	-	1121	1101
χ^2 / df	< ไม่เกิน 2	3.37	2.17
p-value	$p < 0.05$	0.00	0.00
CFI	≥ 0.95	0.98	0.99
GFI	≥ 0.90	0.76	0.84
RMSEA	< 0.06	0.069	0.049
SRMR	< 0.08	0.046	0.043



$\chi^2 = 2386.57, df = 1101, \chi^2/df = 2.17, p\text{-value} = 0.000, RMSEA = 0.049$

ภาพ 4 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

ขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize Scale Length)

แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ ที่สร้างขึ้นประกอบด้วยคำชี้แจงในการใช้แบบประเมิน ลักษณะทั่วไปของแบบประเมิน รายละเอียดของแบบประเมิน ดังภาคผนวก จ และขั้นตอนการจัดการข้อมูล โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป ของแบบประเมิน

แบบประเมินสมรรถนะที่สร้างขึ้นใช้ในการประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสอบถาม มีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ลักษณะคำถามเป็นแบบเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความเห็นของผู้ตอบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีจำนวน 6 องค์ประกอบซึ่งมีข้อความจำนวน 49 ข้อ โดยข้อความทั้งหมด ได้รับการประเมินคุณภาพของแบบประเมินให้มีความตรงและความเชื่อมั่น

ส่วนที่ 2 รายละเอียดของแบบประเมิน

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพของแบบประเมิน โดยได้ทำการเรียงลำดับข้อความใหม่ในแต่ละองค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 13 ข้อ 2) ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง 8 ข้อ 3) การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ 10 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ 8 ข้อ 5) การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 6 ข้อ 6) ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 49 ข้อคำถามดังแสดงในตาราง 32

ตาราง 32 แสดงจำนวนข้อความแยกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ลำดับคำถาม	คำถาม
1) ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	ข้อที่ 1	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
	ข้อที่ 2	สามารถร่วมกันกับทีม ในการจัดแผน การดูแลผู้รับบริการได้
	ข้อที่ 3	สามารถสนับสนุนสมาชิกของทีม ให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ
	ข้อที่ 4	สามารถสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมระหว่างการประชุมร่วมกันหรือการสนทนาเพื่อให้วิชาชีพอื่นได้แสดงความคิดเห็น

ตาราง 32 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ลำดับคำถาม	คำถาม
1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ (ต่อ)	ข้อที่ 5	เมื่อเกิดความขัดแย้งภายในทีม สามารถจัดการและแก้ไขสถานการณ์ความขัดแย้งได้ด้วยหลักวิชาการ
	ข้อที่ 6	มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำและผู้ตามที่ดีในการจัดการเพื่อส่งเสริมทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ดี (เช่น การเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในการประชุม การจัดการในการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน ฯลฯ)
	ข้อที่ 7	สามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
	ข้อที่ 8	สามารถบูรณาการความรู้ และศาสตร์ระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ
	ข้อที่ 9	จัดกระบวนการในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพ (เช่น การประสานงาน การจัดการให้มีระบบงานที่ดี การวางแผน ฯลฯ)
	ข้อที่ 10	สามารถสร้างบรรยากาศให้เกิดการสร้างนวัตกรรมภายในทีม
	ข้อที่ 11	สามารถให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็นทางสุขภาพของผู้รับบริการ
	ข้อที่ 12	เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการทำงานร่วมกัน สามารถจัดการ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย เพื่อจัดการแก้ไขได้
	ข้อที่ 13	นำความรู้ในศาสตร์ของวิชาชีพตนเอง มาใช้ร่วมกับทีมในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม
	2. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง	ข้อที่ 14
ข้อที่ 15		ทำงานในพื้นที่โดยคำนึงถึงกลุ่มประชาชน ชุมชน ที่รับผิดชอบ ร่วมกับการดูแลสุขภาพระดับบุคคล

ตาราง 32 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ลำดับคำถาม	คำถาม
	ข้อที่ 16	จัดให้มีการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม
	ข้อที่ 17	สนับสนุน ให้ข้อเสนอแนะ แก่ประชาชน และชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพและทีมภาคส่วนอื่นๆ
	ข้อที่ 18	รับฟัง ปัญหาสาธารณสุข วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับทีมสุขภาพ
	ข้อที่ 19	จัดกิจกรรมให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและชุมชนเอง
	ข้อที่ 20	จัดให้มีช่องทางในการรับฟังปัญหาสุขภาพ ประเด็นข้อเสนอแนะของผู้ป่วย และประชาชน เพื่อนำมาวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ
	ข้อที่ 21	ประเมินความต้องการ ความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย หรือประชาชน ในหลายมิติ เพื่อนำมาร่วมกันออกแบบบริการของทีมสหวิชาชีพที่เป็นองค์รวม
3. การสื่อสาร และเคารพ ความแตกต่าง ของวิชาชีพ	ข้อที่ 22	เต็มใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ที่เป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
	ข้อที่ 23	แสดงออกถึงการให้เกียรติ เคารพ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพในทีม
	ข้อที่ 24	เมื่อในทีมมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ให้เกียรติต่อกัน
	ข้อที่ 25	ใช้การสื่อสารสองทาง ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
	ข้อที่ 26	มีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ที่ถูกต้อง ละเอียด และครบถ้วน เพื่อการสื่อสารกันภายในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน
	ข้อที่ 27	สามารถใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้คำศัพท์มาตรฐานหรือคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ถูกต้อง เมื่อต้องสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ
	ข้อที่ 28	ยอมรับความแตกต่าง หลากหลายทางวัฒนธรรมของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ
	ข้อที่ 29	เลือกช่องทางและวิธีการสื่อสารรวมถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ ให้มีประสิทธิภาพ

ตาราง 32 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ลำดับคำถาม	คำถาม
	ข้อที่ 30	สามารถสื่อสารกับญาติ ครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการทำงานของทีมได้
	ข้อที่ 31	สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อทีมเข้าใจ ส่งต่องานกันได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
4. ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่	ข้อที่ 32	แบ่งงาน หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพอย่างเหมาะสม เพื่อเป้าหมายของทีม
	ข้อที่ 33	ตรวจสอบความถูกต้องของงานในหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตวิชาชีพของตน เพื่อเป้าหมายของทีม
	ข้อที่ 34	นำเสนอข้อมูล ความคิดเห็น ประเด็นการดูแลผู้รับบริการ ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานของทีมบรรลุเป้าหมาย
	ข้อที่ 35	ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง ตามขอบเขตวิชาชีพของตนเอง
	ข้อที่ 36	ทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของ แต่ละวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
	ข้อที่ 37	สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในทีม แสดงความคิดเห็น ตามทักษะ ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ
	ข้อที่ 38	ประเมินผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ
	ข้อที่ 39	สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน กำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
5. การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	ข้อที่ 40	อธิบายความคิด ความรู้สึก ความเครียด ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
	ข้อที่ 41	ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จ ไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ได้ตามสถานการณ์
	ข้อที่ 42	สรุปประเด็น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานของทีมได้
	ข้อที่ 43	มีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อการปรับปรุงระหว่างทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ
	ข้อที่ 44	มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพของประชาชน

ตาราง 32 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ลำดับคำถาม	คำถาม
5. การเรียนรู้ สะท้อนคิดของ การทำงาน ร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ	ข้อที่ 45	ทบทวน บทบาทหน้าที่ตนเอง งานที่ปฏิบัติ กับทีมสหวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ
	ข้อที่ 40	อธิบายความคิด ความรู้สึก ความเครียด ในการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ
	ข้อที่ 41	ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จ ไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ได้ตามสถานการณ์
	ข้อที่ 42	สรุปประเด็น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อ นำไปพัฒนาการทำงานของทีมได้
	ข้อที่ 43	มีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ เพื่อการปรับปรุงระหว่างทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ให้คุณค่าของ การทำงาน ร่วมกันและ ทำงานทดแทน กัน	ข้อที่ 44	มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการ ดูแลสุขภาพของประชาชน
	ข้อที่ 45	ทบทวน บทบาทหน้าที่ตนเอง งานที่ปฏิบัติ กับทีมสหวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ
	ข้อที่ 46	มีการพูดคุยถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และรับฟัง ความคิดเห็นจากผู้รับบริการต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการทำงานแบบสห วิชาชีพ
	ข้อที่ 47	รับฟังความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ที่สามารถนำไปพัฒนาและการให้บริการ
	ข้อที่ 48	ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจ ในการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน
	ข้อที่ 49	สามารถทำงานทดแทนกันได้ระหว่างการดำเนินงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการจัดการข้อมูล

ภายหลังจากผู้วิจัยได้ลงข้อมูลเรียบร้อยแล้วได้ทำการจัดการข้อมูล 3 ลำดับได้แก่ ลำดับ
ที่ 1 การตรวจสอบข้อมูล ลำดับที่ 2 การประมวลผลข้อมูล และลำดับที่ 3 การแปลงค่าคะแนนเป็น
คะแนนเต็ม 100 โดยมีลำดับขั้นดังนี้

ลำดับที่ 1 การตรวจสอบข้อมูล

ขั้นตอนของการตรวจสอบข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ทั้งรายองค์ประกอบและทั้งฉบับ โดยค่า Minimum of item score scale ที่ยอมรับมากกว่าร้อยละ 50 โดยองค์ประกอบที่มีข้อคำถามมากที่สุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีจำนวน 13 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเป็นไปได้ 13 คะแนน คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ 65 คะแนน และมีพิสัยเท่ากับ 52 องค์ประกอบที่มีข้อคำถามน้อยที่สุด คือ ด้านให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน มีจำนวน 4 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเป็นไปได้ 4 คะแนน คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ 20 คะแนน และมีพิสัยเท่ากับ 16 ดังตาราง 33

ตาราง 33 แสดงข้อมูลทั่วไปของแบบสอบถาม

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อคำถาม	ลำดับข้อ	คะแนนต่ำสุด ที่เป็นไปได้	คะแนนสูงสุด ที่เป็นไปได้	พิสัย
1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบ ร่วมมือ	13	ข้อที่ 1 -13	13	65	52
2. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง	8	ข้อที่ 14 -21	8	40	32
3. การสื่อสารและเคารพความ แตกต่างของวิชาชีพ	10	ข้อที่ 22 -31	10	50	40
4. ด้าน ความชัดเจนของ ขอบเขตและรับผิดชอบใน บทบาทหน้าที่	8	ข้อที่ 32 -39	8	40	32
5. การเรียนรู้สะท้อนคิดของการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	6	ข้อที่ 40 -45	6	30	24
6. ให้คุณค่าของการทำงาน ร่วมกันและทำงานทดแทนกัน	4	ข้อที่ 46 -49	4	20	16
รวม	49	ข้อที่ 1 -49	49	245	196

ลำดับที่ 2 การประมวลผลข้อมูล

พบว่าด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 50.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.06 รองลงมาคือ การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพคะแนนเฉลี่ย

คือ 40.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.03 โดยให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 15.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.33 ดังตาราง 34

ตาราง 34 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และค่าคะแนนสูงสุดจำแนกตามองค์ประกอบ (n = 497)

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	ค่าคะแนนต่ำสุด	ค่าคะแนนสูงสุด
1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ	50.00	7.06	51.00	21.00	65.00
2. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง	30.86	4.73	32.00	13.00	40.00
3. การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ	40.66	5.03	40.00	21.00	50.00
4. ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่	31.94	4.13	32.00	20.00	40.00
5. การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ	22.29	3.80	23.00	9.00	30.00
6. ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน	15.85	2.33	16.00	7.00	20.00
รวม	187.71	23.25	189.00	100.00	240.00

ลำดับที่ 3 การแปลงค่าคะแนนเป็นคะแนนเต็ม 100 (Transform) คะแนนจากการประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในปฐมภูมิ ซึ่งทำการแปลงค่าคะแนนให้อยู่ระหว่าง 0-100 โดยใช้สูตรดังนี้ (McDowell, 2006)

$$\text{การแปลค่าคะแนน} = \frac{(\text{คะแนนเฉลี่ย} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้รายด้าน}) \times 100}{\text{พิสัยของช่วงคะแนนรายด้าน}}$$

เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบค่าคะแนนรายด้านและภาพรวมได้ชัดเจนในทางปฏิบัติ ได้ค่าคะแนน 100 มีความหมายไปในทางการ ที่มีสมรรถนะมาก (Aoki, Taguchi & Hama, 2021; Chaudhuri, 2019; Chen et al., 2012) พบว่า ด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพมีคะแนนการแปลงค่าคะแนนสูงสุด คือ ร้อยละ 76.65 รองลงมา คือ ด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ มีคะแนนการแปลงค่าคะแนนสูงสุด คือ ร้อยละ 74.81 ดังตาราง 35

ตาราง 35 แสดงการแปลงค่าคะแนนรายองค์ประกอบ (n=497)

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อคำถาม	ช่วงคะแนนต่ำสุด ถึงสูงสุด	คะแนน เฉลี่ย	พิสัยของ ช่วงคะแนน	การแปลง ค่าคะแนน
1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบ ร่วมมือ	13	13-65	50.00	52	71.15
2. ด้านการให้บริการที่ ประชาชน และชุมชนเป็น ศูนย์กลาง	8	8-40	30.86	32	71.44
3. การสื่อสารและเคารพความ แตกต่างของวิชาชีพ	10	10-50	40.66	40	76.65
4. ด้านความชัดเจนของ ขอบเขตและรับผิดชอบใน บทบาทหน้าที่	8	8-40	31.94	32	74.81
5. การเรียนรู้สะท้อนคิดของ การทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ	6	6-30	22.29	24	67.88
6. ให้คุณค่าของการทำงาน ร่วมกันและทำงานทดแทนกัน	4	4-20	15.85	16	74.06
รวม	49	49-245	187.71	196	70.77

บทที่ 5

บทสรุป

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method design) แบบ Exploratory Sequential Mixed Methods มีวัตถุประสงค์ได้แก่ 1) เพื่ออธิบายสมรรถนะและองค์ประกอบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ และ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอ สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษา ข้อจำกัดการศึกษา ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

สรุปผลการวิจัย

แบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 49 ข้อ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 13 ข้อ 2) ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง 8 ข้อ 3) การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ 10 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ 8 ข้อ 5) การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 6 ข้อ และ 6) การให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน 4 ข้อ โดยมีรูปแบบการวัดแบบระดับขั้น จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง แสดงสมรรถนะได้น้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึงแสดงสมรรถนะได้มากที่สุด

การศึกษานี้ใช้ขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาความหมาย นิยามขององค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยการทำ In-depth interview และ ทำ Focus group discussions โดยเลือกแบบกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 37 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์การทำงาน หรือเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 2 ปี โดยเลือกจาก ผู้กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับชาติ 2 คน กำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับชาติ เขต 2 คน และกำหนดนโยบายระบบบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด 2 คน นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการทำงานระบบ

สุขภาพปฐมภูมิ 2 คน วิชาชีพแพทย์ 3 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาล 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน แพทย์แผนไทย 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน นักจิตวิทยาคลินิก 3 คน นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน และ นักรังสีเทคนิค 3 คน

รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลา 60 นาที ถึง 90 นาที ร่วมกับและการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เวลา 110 นาที มาถอดเทปการสนทนาคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนา และตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) ใช้ Credibility, Triangulation, and Peer debriefing นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วย Thematic analysis ได้ นิยามความหมายสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นผลมาจาก ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะต่าง ๆ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม แบ่งปันการทำงานในหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน และมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ที่มีคุณภาพ ในประชาชนที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ 2) ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 3) ด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 4) ด้านการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 5) การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และ 6) ด้านการให้บริการที่ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ระยะที่ 2 รวบรวมประเด็นที่ได้จากระยะที่ 1 ซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มาสร้างเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ให้สอดคล้องกับ นิยาม ความหมาย และองค์ประกอบ ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย ได้จำนวนข้อคำถาม จำนวน 109 ข้อ และนำรายการข้อคำถามที่สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ เสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไข คงเหลือข้อคำถาม 90 ข้อ หลังจากนั้นนำร่างแบบสอบถามตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (Face validity) จำนวน 9 คน โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม กับคำจำกัดความหรือคุณลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัด พิจารณาความครอบคลุมของข้อความในการวัด ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน วิชาชีพสุขภาพมีประสบการณ์ในการทำงานในปฐมภูมิอย่างน้อย 2 ปี แพทย์ จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ จำนวน 1 คน

เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ซึ่งได้พิจารณาปรับแก้ไข ลบข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องออก 7 ข้อ เหลือจำนวนข้อคำถาม จำนวน 83 ข้อ นำข้อคำถามไปพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านปฐมภูมิ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 1 คน วิชาชีพสุขภาพมีประสบการณ์ในการทำงานในปฐมภูมิอย่างน้อย 2 ปี แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ มีค่า I-CVI ตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป ซึ่งถ้าคำถามใดมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์นี้ พิจารณาปรับแก้หรือตัดทิ้ง ขั้นตอนนี้ ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องมีจำนวน 34 ข้อ คงเหลือจำนวนข้อคำถามจำนวน 49 ข้อ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 2 ปี จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.967 โดยยังคงจำนวนข้อคำถาม 49 ข้อ นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างการศึกษาคือ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ วิชาชีพสุขภาพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพ แพทย์แผนไทย และ นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 600 คน ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 510 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85 โดยมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์เท่ากับ 497 ชุด คิดเป็นร้อยละ 82.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ Principal component analysis หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) ด้วยวิธี Varimax และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมีการหมุนแกนจำนวน 1 ครั้ง ได้ข้อคำถามคงเหลือ 49 ข้อ และจำนวนองค์ประกอบเท่ากับ 6 องค์ประกอบ โดยทุกองค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ ร้อยละ 66.53 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้ค่าสถิติทดสอบ $\chi^2 = 2386.57$, $df = 1101$, relative $\chi^2 = 2.17$, $p = 0.00$, CFI = 0.99, GFI = 0.84 RMSEA = 0.049, SRMR = 0.043, โดยดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าโมเดลตามสมมุติฐานที่พัฒนาสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

อภิปรายผลการวิจัย

1. นิยามความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลการศึกษารื่องการหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 วิธีการค้นหาความหมายและองค์ประกอบของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

สมรรถนะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรในองค์กร ซึ่งในระบบปฐมภูมิของประเทศไทยจะประกอบด้วย หลาย ๆ วิชาชีพ มาทำงานร่วมกัน อย่างไรก็ตามสมรรถนะการทำงานของแต่ละวิชาชีพ จะถูกกำหนดโดยสภาวิชาชีพซึ่งเป็นสมรรถนะของวิชาชีพตามลักษณะบทบาทของวิชาชีพตนเอง แต่การกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ นั้นมีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากต้องมีการทำงานร่วมกัน และจำเป็นต้องมีการสื่อสาร วางแผน เข้าใจ บทบาทของแต่ละวิชาชีพในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการทำงานร่วมกัน (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2016)

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพซึ่งเป็นการสร้างสมรรถนะจากบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wood et al. (2009) ที่ศึกษากรอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration โดยทำการค้นหา ประเด็นสมรรถนะ จากการทบทวนวรรณกรรม สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญจากวิชาชีพต่าง ๆ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Van, Costa, Mitchell, Abbott & Krass (2012) ศึกษาการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิประเทศออสเตรเลีย โดยทำการค้นหาประเด็นการทำงานร่วมกันด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ทั่วไปกับเภสัชกรที่ทำงานในปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Yamamoto et al. (2014) ที่ทำการศึกษาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของประเทศญี่ปุ่น ที่ทำการระบุประเด็นสมรรถนะโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และ Tang et al. (2018) ที่ทำการศึกษาการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ทำงานใหม่ และพยาบาลในโรงพยาบาล ประเทศ

สิงคโปร์ โดยกำหนดประเด็นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพโดยการสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

อย่างไรก็ตาม ยังพบวิธีการที่หลากหลายในการค้นหาประเด็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในโปรแกรมการศึกษา The Development of Competencies in Interprofessional Healthcare for Use in Health Sciences Educational Programs ของประเทศแคนาดา การกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ประเทศญี่ปุ่น ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรม และการหาความเห็นพ้อง เช่น ประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Haruta et al., 2018; Tashiro et al., 2011) กำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพด้านการฟื้นฟูในชุมชน ประเทศออสเตรเลีย ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม และการหาความเห็นพ้อง เช่น ประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Kendall et al., 2011)

นอกจากนี้ ยังพบการระบุประเด็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยการใช้เทคนิคเดลฟาย เพียงวิธีเดียวในการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันของวิชาชีพต่าง ๆ ด้านการฟื้นฟู ประเทศเบลเยียม และกรอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันของวิชาชีพ ในระบบบริการสุขภาพ ประเทศโอมาน (Al Harthy et al., 2018; Xue et al., 2018)

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการค้นหาความหมายของสมรรถนะมีหลายวิธีการ ทั้งนี้พบว่าวิธีการร่วมในการดำเนินการคือการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละวิชาชีพ และวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ๆ ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ซึ่งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการเข้าใจกระบวนการความคิด และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ (Renjith, Yesodharan, Noronha, Ladd & George, 2021; Tuckerman, Kaufman & Danchin, 2020) การทำความเข้าใจกระบวนการความคิด ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ตั้งแต่ระดับผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานทุกวิชาชีพ เพื่อให้ได้แนวคิดมุมมอง ที่หลากหลาย ครอบคลุมทุกกลุ่ม ปิดช่องว่างความรู้ระหว่างนักวิชาการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่และบริบทที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละประเทศซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

1.2 ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นความสำคัญของการให้ความหมายและองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เนื่องจากบริบทของประเทศไทยมีความแตกต่างจากประเทศอื่น ผลการศึกษาคั้งนี้มีการ

ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าจากหลายแหล่งข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม และอาจารย์ที่ปรึกษา (Creswell, 2014) จากการค้นหาความหมายครั้งนี้สรุป ความหมายได้ว่า สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นผลมาจาก ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะต่าง ๆ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม แบ่งปันการทำงานในหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน และมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ที่มีคุณภาพ ในประชาชนที่รับผิดชอบ จากการผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าความหมายมีทั้ง ความรู้ และทักษะต่าง ๆ ซึ่งประกอบเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมด้าน การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม แบ่งปันการทำงานในหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานร่วมกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน และมีการกำหนดเป้าหมายการทำงาน เพื่อนำไปสู่การดูแลประชาชนในพื้นที่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักมอง การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในปฐมภูมิ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแล้วก็ลดต้นทุนลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Bauer et al. (2006) พบว่าการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีปัญหาของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ในบริบทของประเทศไทย ยังขาดเรื่องการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน อาจเนื่องมาจากที่ผ่านมาแต่ละวิชาชีพมาจากสถาบันการศึกษาที่แตกต่างกันจึงขาดประสบการณ์ การเรียนรู้การทำงานร่วมกัน ประกอบหลักสูตรการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในประเทศไทย เพิ่งเริ่มจัดให้มีการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพใน พ.ศ.2557 ในระดับ สถาบันอุดมศึกษาที่มี นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (วณิชชา ชื่นกองแก้ว, 2561) ซึ่งจะมีการวางแผนขยายผลเรียน การสอนแบบสหวิชาชีพให้ครอบคลุมสถาบันอุดมศึกษาในประเทศต่อไป แต่อย่างไรก็ตามในปี 2557 สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน โดยการอบรมดังกล่าว มาจากความสมัครใจของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งไม่ได้มาจากทุกพื้นที่ทั้งนี้ยังพบว่า ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ละวิชาชีพมองขอบเขตการทำงานบริการปฐมภูมิในมิติการรักษาโรคและการฟื้นฟู มากกว่ามิติการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดของการทำงานปฐมภูมิจะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

มากกว่าการรักษาโรค ซึ่งอาจเนื่องมาจากจุดเริ่มต้นของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับ ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในประเทศไทยเริ่มจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ

จากการศึกษาในระยะแรก ได้องค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 2) ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 3) ด้านคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 4) ด้านการสื่อสาร ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 5) ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ และ 6) ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง พบประเด็นที่สอดคล้อง กับองค์ประกอบ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) 1) การทำงานเป็นทีม 2) การสื่อสาร 3) การเรียนรู้และการสะท้อนคิด 4) การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (World Health Organization, 2010) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมในประเทศไทย มีแนวโน้ม สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมทั้ง ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในการทำงานระดับบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้วิชาชีพ ต่าง ๆ มาทำงานร่วมกัน โดยใช้ การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การสะท้อนคิด การยึดประชาชน เป็นศูนย์กลางการทำงาน เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในปี 2555 มีการประกาศใช้นโยบาย ระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งมีวิชาชีพหลายภาคส่วนมาทำงานร่วมกัน และต่อมาปลายปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้ออกนโยบาย การพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอ ครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดย ตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ผ่านกลไกการ ขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอภายใต้นโยบายการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบกับในปี 2562 ได้มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ โดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในจำนวนที่ เหมาะสมทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ จากแนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ดังกล่าว ทีมสหวิชาชีพต้องมีสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้ ในการศึกษายังพบว่าองค์ประกอบของสมรรถนะ ด้านคุณค่าของการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจ รับ ฟังความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ยอมรับความแตกต่างของ ทีมสหวิชาชีพ เต็มใจที่จะ เปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ที่เป็นประโยชน์ ในการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ สอดคล้องการศึกษา Mior et al. (2010) ที่ศึกษาการออกแบบกรอบการทำงานร่วมกัน ระหว่างหมอดักกระดูกและแพทย์ ในการดูแลระดับปฐมภูมิในชุมชน พบว่า การทำงานร่วมกันได้ ควรมาจากความไว้วางใจ ซึ่งจะต้องพัฒนาความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย หมอดักกระดูก และ แพทย์ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบด้านความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ หมายถึง การทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ แบ่ง งาน หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายของทีม สนับสนุนให้มีการ แลกเปลี่ยน กำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สอดคล้องกับองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของประเทศแคนาดา และ ประเทศออสเตรเลีย ที่มีสมรรถนะความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพตนเองและผู้ร่วม วิชาชีพ ซึ่งบทบาทที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจน อาจกลายเป็นต้นตอของความขัดแย้งได้ในทีมคลินิกและ ลดประสิทธิภาพของการดูแลและบริการที่ส่งมอบให้กับประชาชนในพื้นที่ (Brault, 2014) ดังนั้นการ ชี้แจง ทำความเข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพเป็นทั้งกระบวนการ ขององค์กรที่ต้องพัฒนาใน ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการปฐมภูมิจึงมีการทำความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้แน่ใจว่าการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิง ผสมผสาน (Mixed method design) ในการหาความหมาย และองค์ประกอบสมรรถนะการ ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่ง สอดคล้องกับศึกษา Yamamoto et al. (2014) ที่พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในทีมวิชาชีพสุขภาพ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ 4 แห่งในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้ง การศึกษา Shimmura & Tadaka (2018) ที่พัฒนาเครื่องมือประเมินการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพในการดูแลเด็กที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ ในทีมวิชาชีพสุขภาพ สังคม สงเคราะห์ และการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น และการศึกษา Prill, Steinhäuser, Herchenröder & Flügel (2021) ที่พัฒนาเครื่องมือประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือก ในประเทศเยอรมนี ที่ใช้การวิจัยเชิงผสมผสานในการพัฒนา

เครื่องมือประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ซึ่งแนวทางดังกล่าวนำไปสู่การเข้าใจสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย นอกจากนี้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานยังมีการเชื่อมต่อ ข้อมูลระหว่างขั้นตอนของเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกนำไปสร้างเป็นข้อคำถามในขั้นตอนเชิงปริมาณ วิธีการนี้จะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือการค้นพบข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ถูกยืนยันความสอดคล้องด้วยขั้นตอนของเชิงปริมาณ (Onwuegbuzie, Bustamante & Nelson, 2009; Onwuegbuzie, 2009)

2. เครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีคุณภาพ

2.1 การสร้างเครื่องมือที่มีคุณภาพ: การหาความตรงเชิงเนื้อหา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ได้รับการประเมินทั้งแบบเผชิญหน้า (Face validity) ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน วิชาชีพสุขภาพมีประสบการณ์ในการทำงานในปฐมภูมิอย่างน้อย 2 ปี แพทย์ จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี และค่า CVI เท่ากับ 0 หมายถึง เนื้อหาของข้อคำถามไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพต้องไม่น้อยกว่า 0.8 (Lynn, 1986) การประเมินค่า CVI ดำเนินการหาค่าโดยได้ค่า I-CVI ระหว่าง 0.86 -1.00 และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในภาพรวม (S -CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 แสดงให้เห็นว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

นอกจากนี้ ได้นำเครื่องมือ ไปทดลองใช้ในกลุ่ม ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้คำนวณหาความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งรายด้านและภาพรวม ในทุกขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือคุณภาพ โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.7 ขึ้นไป (Nunnally and Bernstein, 1994) นับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และพิจารณาค่า Item – Total Correlation มากกว่า 0.3 ขึ้นไป (DeVellis, 2012)) โดยคำนวณค่าดัชนีความเชื่อมั่นทั้งรายด้านและภาพรวม ผลการคำนวณความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าในภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความ

เชื่อมั่น 0.97 เนื่องจากจำนวนข้อคำถามที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ค่าความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อคำถามภาพรวมมีจำนวน 49 ข้อ สำหรับรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.86-0.94 มีจำนวนข้อคำถามอยู่ระหว่าง 4-13 ข้อ

อย่างไรก็ตามค่าความเชื่อมั่น ภายในรายด้านที่มีค่า > 0.9 ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม (DeVellis, 2012; Tavakol, 2011) ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อคำถามแล้วพบว่า ไม่มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกัน ทั้งนี้สรุปได้ว่าข้อคำถามในแต่ละด้านมีความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนของข้อคำถามทั้งหมดที่อยู่ในด้านนั้น และค่า Item – Total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.61-0.81 แสดงให้เห็นว่าค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ภายหลังจากการทดลองใช้เครื่องมือผู้วิจัยได้ประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอสูงสุดท้าย มีความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และความตรงเชิงโครงสร้าง เช่นเดียวกับเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในประเทศญี่ปุ่น (Haruta et al., 2016; Yamamoto et al., 2014) โดยกำหนดตัวเลือกตอบ 5 ระดับ ซึ่งถ้ามีตัวเลือกหลายระดับมาก ๆ ทำให้ตอบยากและใช้เวลาพิจารณาานาน (Streiner et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับ (Losby & Anne, 2012) ที่กล่าวว่าหากข้อคำถามมีความละเอียด การมีมาตรวัดในช่วงกลาง (Mid-point) จะทำให้สามารถแยกแยะความหมายของข้อคำถามได้ และช่วยให้ผู้ตอบสามารถแสดงความจริงใจได้ ในความคิดเห็นที่เป็นกลาง และไม่เป็นการบังคับให้ผู้ตอบเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจะทำให้ผู้ตอบรู้สึกไม่สะดวกในการตอบคำถาม และได้ข้อมูลไม่ถูกต้อง (Chyung, Roberts, Swanson & Hankinson, 2017; Chyung, 2017) ดังนั้นในการวิจัยนี้ เลือกรูปแบบมาตรวัดเป็น 5 ระดับ ซึ่งแบบสอบถามออกแบบให้ผู้ตอบ ตอบด้วยตนเอง มีข้อความการวัดช่วงกลาง และคำนึงถึงความหมายในการตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2.2 การสร้างเครื่องมือที่มีคุณภาพ: การหาความตรงเชิงโครงสร้าง

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถวัดได้ตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดของโครงสร้างที่ต้องการจะวัด ในการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยได้พิจารณาจากคะแนนของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 497 คน ซึ่งสอดคล้องกับ การคำนวณข้อคำถามต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 10 เท่าของข้อคำถาม (Costello & Osborne, 2005) การศึกษานี้

ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง 2 วิธีดังนี้ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

-การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ ด้วยวิธีการองค์ประกอบหลัก (Principal component analysis) เพื่อจัดกลุ่มของตัวแปรเพื่อสร้างขึ้นเป็น Factor ที่สามารถอธิบายความหมายได้ชัดเจนขึ้นจากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์หรือมีความหมายที่สัมพันธ์ใกล้เคียงกัน (Osborne, 2015) และหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) ด้วยวิธี Varimax การพิจารณาวิเคราะห์องค์ประกอบผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตัดข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.3 2) องค์ประกอบต้องคงเหลือข้อคำถามไม่น้อยกว่า 3 ข้อคำถาม และ 3) ความหมายของข้อคำถามต้องมีความหมายที่สามารถรวมอยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ดำเนินการหมุนแกน 1 ครั้งได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบได้จำนวน 6 องค์ประกอบ คงเหลือข้อคำถามทั้งสิ้น 49 ข้อคำถาม

ภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีการตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม 2 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional value) เปลี่ยนเป็น ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน (Interprofessional value and mixed skills) และเปลี่ยนจาก การสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional communication) เป็น การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ (Communication and mutual respect) ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับความหมายของข้อคำถามที่จัดอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ซึ่งวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเป็นวิธีการที่ใช้ความสัมพันธ์ของกลุ่มคำถามที่มีความสัมพันธ์กันสูงไว้ในกลุ่มเดียวกัน และแต่ละกลุ่มต้องแยกจากกันชัดเจน (Watkins, 2018) จึงทำให้ข้อคำถามบางข้อที่มีความสัมพันธ์กับหลาย ๆ องค์ประกอบ ถูกแยกออกไปอยู่กับข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์สูงกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ เป็นเหตุให้เมื่อรวมกลุ่มข้อคำถามแล้ว ต้องมีการเปลี่ยนแปลงชื่อให้สอดคล้องกับคำถามที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม (Cumulative percent) มีค่าเท่ากับ 66.53 ซึ่ง (Pett & Lackey, 2003) เสนอว่า ความแปรปรวนสะสม ควรอยู่ระหว่าง 50 – 60%

ค่าความสอดคล้องภายใน จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีการองค์ประกอบหลัก Principal Component Analysis มีจุดมุ่งหมาย เพื่อหาจำนวน Factor ที่

สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ใน Factor และใช้หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) โดยใช้วิธีการหมุนแบบแวนริแมกซ์ (Varimax) ได้ จำนวนองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ จำนวน 49 ข้อ ผลการคำนวณ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าในภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.97 สำหรับรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.86-0.94 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.7 ขึ้นไป โดย Nunnally (1967) เสนอแนะว่าค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือ สำหรับการวิจัยเบื้องต้น ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5-0.6 การวิจัยขั้นพื้นฐาน มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 และการวิจัยประยุกต์มากกว่า หรือเท่ากับ 0.90-0.95 ซึ่งการศึกษานี้เป็นการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มแรก ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือรายด้านและโดยรวมอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ นับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมสอดคล้องการศึกษาของ Findyartini et al. (2019) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ประเทศอินโดนีเซีย ได้องค์ประกอบ 8 ด้าน จำนวนข้อคำถาม 53 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.539 – 0.890 และโดยรวมอยู่ 0.901 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Jaruseviciene et al., 2019; Jaruseviciene, 2019) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ประเทศลิทัวเนีย ได้ข้อคำถาม 27 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือโดยรวมอยู่ 0.92 ซึ่งการศึกษาของ Sakai et al. (2017) ได้พัฒนาเครื่องมือการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในโรงพยาบาล ประเทศญี่ปุ่น ได้ องค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนข้อคำถาม 29 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.91 – 0.82 และการศึกษาของ Archibald et al. (2014) ได้ พัฒนาแบบประเมินความสำเร็จในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เก็บข้อมูลในนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ ในระดับก่อนและหลังปริญญาตรี จากสถานบันการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศแคนาดา ได้ จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือรายด้าน องค์ประกอบที่ 1 ได้เท่ากับ 0.96 และองค์ประกอบที่ 2 ได้เท่ากับ 0.94 ดังนั้นจึงสามารถใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอได้

วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

หลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ลำดับที่ 1 และ ลำดับที่ 2 ของ องค์ประกอบของสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ลำดับที่ 1 ได้ค่า $\chi^2 = 2055.73$, $df=1077$, $relative \chi^2 = 1.91$, $p = 0.00$, $CFI = 0.99$, $RMSEA$

= 0.043, SRMR = 0.039 และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล การวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบเชิงสำรวจ ลำดับที่ 2 ได้ค่า $\chi^2 = 2386.57$, $df=1101$, relative $\chi^2 = 2.17$, $p = 0.00$, CFI = 0.99, RMSEA = 0.049, SRMR = 0.049 ซึ่งพบว่าค่า $p = 0.00$ อย่างไรก็ตาม การใช้ ไค-สแควร์ เป็นสถิติทดสอบวัดความสอดคล้องของโมเดลต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะกลุ่มตัวอย่างยิ่งขนาดใหญ่ ไค-สแควร์ก็จะมีค่าสูงมาก มีโอกาสพบมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรพิจารณา ค่าอื่นประกอบการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดล (Alavi et al., 2020; สุภมาส อังสุโชติ และคณะ, 2557) และพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล GFI = 0.86 และ GFI = 0.84 ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิด จากขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนพารามิเตอร์ และอัตราส่วนค่าองศาอิสระกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อค่า GFI เข้าใกล้ค่า 0.90 (Sharma, Mukherjee, Kumar & Dillon, 2005) ส่วนค่าดัชนีที่สำคัญ relative $\chi^2 = 2.17$, CFI = 0.99, RMSEA = 0.049, SRMR = 0.049 เป็นค่าที่ยอมรับได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Diamantopoulos & Siguaw, 2000; Hu & Bentler, 1999; Schumacker & Lomax, 2004; Steiger, 2007) แสดงถึงโมเดลตามสมมุติฐานที่พัฒนาสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้เครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับสุดท้าย ได้สมรรถนะ 6 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะขององค์การความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพแคนาดา (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010) และ สมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพและฝึกปฏิบัติงานร่วมกันของรัฐควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย (Bahnsch et al., 2012) จำนวน 4 ด้าน 1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ 2. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง 3. การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ 4. ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ยกเว้นสมรรถนะ ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ด้านสมรรถนะ การเรียนรู้และการสะท้อนคิด (World Health Organization, 2010) และกรอบสมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ประเทศอังกฤษ (Walsh et al., 2005) ที่เสนอนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกันวิชาชีพ ด้านความรู้ในการปฏิบัติ ด้านจริยธรรมในการปฏิบัติ ด้านการทำงานร่วมกัน และด้านการสะท้อนคิด เพื่อที่จะกลายเป็นผู้ปฏิบัติงานระหว่างวิชาชีพที่มีความสามารถในการทำงานร่วมกัน และให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกันสอดคล้องกับสมรรถนะการทำงานร่วมกัน

ระหว่างวิชาชีพประเทศสหรัฐอเมริกา (Interprofessional Education Collaborative, 2016) ที่ประกอบด้วย 1) ค่านิยมและจริยธรรมในการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพ 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และ 4) ทีมและการทำงานเป็นทีม และสมรรถนะในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ประเทศญี่ปุ่น มี 6 สมรรถนะหลักคือ 1) ทักษะคติและความเชื่อในวิชาชีพ 2) ทักษะการบริหารจัดการทีม 3) การดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม 4) การดูแลและเคารพสิทธิของผู้ป่วย 5) การมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ดีขึ้น ซึ่งองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน นำเสนอการอภิปรายแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. ด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ ในการทำงานระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบไปด้วยวิชาชีพผู้ที่มีบทบาทและความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน ร่วมปฏิบัติงานร่วมกัน ประกอบด้วย วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และ นักวิชาการสาธารณสุข จะต้องสนับสนุนสมาชิกของทีมให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือกัน จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพในประชาชนที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพดีขึ้น เช่น ลดการกลับมาอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ระบบการส่งต่อผู้รับบริการจากชุมชนสู่สถานบริการสุขภาพดีขึ้น (Allen et al., 2014) ลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มการควบคุมระดับความดันโลหิตและไขมันในผู้ป่วย ลดอัตราการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาล และลดอัตราการตาย (Newhouse et al., 2011) ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลได้เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ (Bauer et al., 2006) ตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ทำงานในลักษณะการทำงานแบบร่วมมือระหว่างวิชาชีพจะมีความพึงพอใจและมีประสบการณ์ในเชิงบวกมากขึ้น (Barrett, 2007) อีกทั้งยังพบว่า สอดคล้องกับ สมรรถนะทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพระดับอำเภอของประเทศไทย (District Health System Management Learning: DHML) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะหลัก (Core competencies) ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีม และ 6) การรู้จักใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) และการศึกษาของ Jaruseviciene (2019) ที่ให้ความสำคัญในการประเมินการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพพยาบาลชุมชน กับแพทย์ในทีมสุขภาพปฐมภูมิ ประเทศลิทัวเนีย

2. ด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมรับฟัง ปัญหา สาธารณสุข วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึง ความต้องการของประชาชน และสนับสนุนให้ประชาชนตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการจัดการด้านสุขภาพและตามความคาดหวังของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูในชุมชน สอดคล้ององค์การอนามัยโลก สมรรถนะ การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล (Archibald et al., 2014; Findyartini et al., 2019; Sakai et al., 2017) จากการเปลี่ยนแปลงการดูแลที่เน้นการ ให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง การฝึกอบรมให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจการดูแล โดยยึดประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งสอดคล้ององค์การอนามัยโลก กำหนดให้การดูแลที่ยึดผู้รับบริการศูนย์กลาง เป็นยุทธศาสตร์บริการสุขภาพสำคัญและได้พัฒนา กรอบการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพ (World Health Organization, 2016) และพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ 2562 ว่าด้วยหลักการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความ เสนอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562) ซึ่ง Ahmed, van den Muijsenbergh & Vrijhoef (2022) ทำการทบทวนวรรณกรรม การยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลในระบบปฐมภูมิ พบว่า ทีมสุขภาพ ควรได้รับการฝึกฝน เรื่อง การสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความปรารถนาของ ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้มากที่สุด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลดีทั้งทาง สุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดังเช่นข้อคำถาม จัดให้มีช่องทางในการรับฟัง ปัญหาสุขภาพ ประเด็นข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและประชาชน เพื่อนำมาวางแผนการดูแลร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ ในการทำงานบริการปฐมภูมิ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ มีการ ดำเนินงานสุขภาพ ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล การดูแลระยะยาว บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน (Chanprasert, 2021; Lijutipoom, Lertmaharit & Hanvoravongchai, 2015; Suriyanrattakorn & Chang, 2021) ในการดำเนินดังกล่าวนี้ ควรยึด หลักการชุมชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน และเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็นในการ ดำเนินงานและการพัฒนางาน เพื่อให้เกิดประโยชน์กับชุมชนของตนเอง ดังนั้นในการทำงานร่วม ระหว่างวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนและวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมี การส่งเสริมและสนับสนุน ภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดังกล่าว เพื่อให้เกิดประโยชน์กับชุมชนมากที่สุด

3. การสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ประชาชน ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อทีมสหวิชาชีพเข้าใจการทำงานร่วมกัน รวมทั้งให้เกียรติและเคารพ ความแตกต่างของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ เป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เป็นการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการครบถ้วน และส่งต่องาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้องตรงกัน เนื่องจากทีมวิชาชีพสุขภาพ ที่ทำงานบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ มาจากหลากหลายวิชาชีพที่มี มุมมองการทำงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน มาทำงานรวมกัน ดังนั้นการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพ และประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเป็นทีม ในการส่งต่อข้อมูลการทำงานที่ถูกต้อง และเหมาะสม จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การขาดการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพยังเป็นปัญหา และอุปสรรคที่สำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระดับปฐมภูมิ (Fox, Gaboury, Chiochio & Vachon, 2021; Rawlinson et al., 2021; Supper et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษา Tsukasaki et al. (2022) ที่ศึกษาเครื่องมือการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่บ้านของประเทศญี่ปุ่น พบว่า การสื่อสารเป็นสมรรถนะหลักของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษา Schimith, Cezar-Vaz, Xavier & Cardoso (2021) ที่พบว่าการดูแลเด็กผู้ป่วยเรื้อรัง โดยแพทย์ พยาบาลครอบครัว และครอบครัวเด็กผู้ป่วยเรื้อรัง ประเทศบราซิล การสื่อสารระหว่างเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้มีการพัฒนา เพื่อการดูแลวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกและในประเทศไทย ที่ผลักดันหลักสูตรการฝึกอบรมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระดับปริญญาตรี และฝึกอบรมหลังจากจบปริญญาตรี โดยกลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นการช่วยให้เข้าใจกระบวนการทำงานร่วมกัน แก้ไขข้อขัดแย้ง จากการสื่อสารกันภายในทีมและนอกทีม (World Health Organization, 2010; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557; วณิชา ชื่นกองแก้ว, 2561) นอกจากนี้การเปิดช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพจะช่วยให้สมาชิกในทีมสุขภาพได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในประเด็นความวิตกกังวลและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้นรวมทั้งเกิดความพึงพอใจในบริการสุขภาพ (Previato & Baldissera, 2018) สำหรับการเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ เมื่อทีมวิชาชีพสุขภาพมาทำงานร่วมกัน ต้องเคารพในความหลากหลายและยอมรับความแตกต่างของวิชาชีพทุกคน รับฟังและยอมรับความสามารถของแต่ละวิชาชีพ (Gittel, 2006) ซึ่งการเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญในการทำงานระดับปฐมภูมิที่ทีมวิชาชีพสุขภาพต้องทำงานประสานงานทั้งแนวดิ่งและแนวราบใน

กระบวนการทำงาน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการเคารพซึ่งกันและกัน จะนำไปสู่การประสานที่ดีภายในทีมสุขภาพ

4. ด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพ เข้าใจขอบเขตการปฏิบัติของตนเองและบทบาทของผู้ที่อยู่ในทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนการดูแลประชาชนตามบทบาทตนเองกับทีมสหวิชาชีพ ร่วมทั้งสร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน แสดงความคิดเห็นตามทักษะ ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ แสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพตนเอง ให้ทีมรับทราบและเกิดความเข้าใจ และใช้ความรู้ของทีมสหวิชาชีพ ไปใช้ในการดูแลประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม สอดคล้องกับการศึกษา Bahnisch et al. (2012) ได้กำหนดสมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพและฝึกปฏิบัติงานร่วมกันของรัฐควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ที่ระบุว่า การเข้าใจขอบเขตการปฏิบัติของตนเองและบทบาทของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพอื่น นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการ และการศึกษา Brault (2014) พบว่าความชัดเจนของบทบาทเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ที่มีประสิทธิภาพ บทบาทที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนอาจกลายเป็นที่มาของความขัดแย้งในทีมทางคลินิก และลดประสิทธิภาพของการดูแลประชาชน สอดคล้องกับ Hudson et al. (2017) พบว่า การชี้แจงบทบาท ขอบเขตของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ (Billings, Kowalski & Bittner, 2018) อย่างไรก็ตาม การทำความเข้าใจของความชัดเจนของ บทบาทหน้าที่ ของแต่ละวิชาชีพไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะบางบทบาทที่ได้รับมอบหมาย บางบทบาทมีความชัดเจน แต่ในงานที่มีความซับซ้อน บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบอาจมีการทับซ้อนกัน การประเมินขอบเขตของบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความรู้ และทักษะของทีมวิชาชีพสุขภาพ (White-Williams & Shirey, 2022) ดังนั้นจึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญ เพราะส่งผลต่อผู้รับบริการ จึงต้องมีการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะของทีมวิชาชีพสุขภาพให้ปฏิบัติงานร่วมกันได้ โดยการวางแผนพัฒนา จัดสรรงานตามบทบาทหน้าที่เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชน

5. การเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ทีมสุขภาพปฐมภูมิ ใช้กระบวนการสะท้อนคิดเพื่อ ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ รวมทั้ง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสพการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งการทำงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ภายใต้ระบบสุขภาพ

อำเภอ เน้นการทำงานร่วมกัน ผ่านกระบวนการชื่นชม และแบ่งปันความรู้ในการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดการฝึกอบรมตามความสมัครใจ ในโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) ให้กับทีมสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 10-12 คน เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ในการยกระดับการทำงานร่วมกันตั้งแต่ปี 2557 (Kitreerawutiwong, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ การสะท้อนคิดช่วยเพิ่มผลลัพธ์ของโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันและการสะท้อนในประเด็นต่าง ๆ เช่น บทบาทและความสำคัญของวิชาชีพอื่น ๆ เกิดโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันในทีมสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีความสำคัญ ในการสร้างการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้น ครอบคลุมบริบทการดูแลผู้รับบริการ (Zarezadeh, Pearson & Dickinson, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา (Bahnisch et al., 2012; Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010; Dugan Day, 2012; Walsh et al., 2005; World Health Organization, 2010) เนื่องจากกระบวนการสะท้อนคิดจะช่วยให้เกิดทักษะการคิดขั้นสูง (Higher-order thinking skills) สามารถพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ และประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนในสถานการณ์จริงได้ นอกจากนี้ (Horton-Deutsch & Sherwood, 2017) กล่าวว่า การสะท้อนคิดเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาความสามารถของผู้เรียนในการทำความเข้าใจแยกแยะ และอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนสามารถที่จะปรับมุมมองของตนเอง เกิดการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณในปฏิบัติงาน เพื่อการวางแผนสำหรับการปฏิบัติการในอนาคต สอดคล้องแนวคิดการศึกษาในต่างประเทศ ที่จัดให้มีการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดให้กับนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ที่ฝึกปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Bzowycykj, Brommelsiek, Lofgreen, Gotham & Lindsey, 2017; Lwin et al., 2017) และแนวทางการศึกษาในปัจจุบันของประเทศไทย ที่มีแนวคิดการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ (Transformative education of health professionals) และการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยมูลนิธิพัฒนาการศึกษานักวิชาการสุขภาพแห่งชาติ (ศสช.) ที่ระบุ สมรรถนะการสะท้อนคิด เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ นักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ (วนิชา ชื่นกองแก้ว, 2561)

6. ให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน การช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ รับฟังความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และทำงานทดแทนกันตามสถานการณ์ที่เหมาะสมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน

สอดคล้องสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพประเทศสหรัฐอเมริกา (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2016) ที่กำหนด สมรรถนะค่านิยม และจริยธรรมในการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพ เป็นหนึ่งในสี่สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และสอดคล้องการศึกษา Yamamoto et al. (2014) ที่พบทัศนคติและการปรับตัวพฤติกรรม เพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีม เป็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในประเทศญี่ปุ่น เนื่องจาก ความแตกต่างของบุคคล ทักษะความเชี่ยวชาญ วิธีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยที่ชักนำให้มีความคิดเห็นเป้าหมายการทำงานที่แตกต่างกัน การเห็นคุณค่าการทำงานร่วมกันจะช่วยให้เกิด ทิศทางการทำงานไปสู่เป้าหมายเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษา Sanchez-Molina et al. (2022) ที่ศึกษาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเภสัชกรชุมชน และแพทย์จาก มุมมองเภสัชกรชุมชน ที่พบ องค์ประกอบ การยอมรับและเห็นคุณค่าการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ ในการพิจารณาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาของผู้ป่วย ที่ร่วมกันตัดสินใจ ระหว่างแพทย์และเภสัชกร

สำหรับการทำงานทดแทนกันได้ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพตาม สถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jarusevicene (2019) ที่พบว่า การกระจายงานและ หน้าที่ในการทำงานภายใต้ขอบเขตที่กำหนด เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพแพทย์ และพยาบาลชุมชนในระบบปฐมภูมิ ซึ่งการทำงานบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบ สุขภาพอำเภอ ที่เน้นการเข้าถึงบริการ การดูแลแบบต่อเนื่อง การทำงานแบบผสมผสาน การ ประสานและส่งต่อ และการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน (Kitreerawutiwong, Jordan & Hughes, 2017) จากสถานการณ์ดังกล่าวของการทำงาน นำไปสู่ภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้นของทีม สุขภาพที่ปฏิบัติในระดับปฐมภูมิ ประกอบกับในระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยกำลังคน ทางด้านสุขภาพยังมีความขาดแคลน (ทีปกร จิริฐิติกุลชัย, 2563) ความซับซ้อนของประชาชนที่ ต้องการให้บริการ จึงมีการแบ่งปันหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลกที่ระบุ ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและระบบปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดกำลังคน สหวิชาชีพต้องบูรณาการการดูแลผู้ป่วย พัฒนาทักษะผสมผสาน โดยทบทวนทักษะ แบ่งปัน บทบาทหน้าที่ใหม่และประสานงานมากขึ้น เมื่อมาทำงานร่วมกัน (World Health Organization, 2022) จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีทักษะทำงานทดแทนกันในบริการปฐมภูมิ ส่งผล เกิด การดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย ในผู้ป่วย (Nelson, Martindale, McBride, Checkland & Hodgson, 2018) สอดคล้องกับ Freund et al. (2015) พบว่า บทบาทของสมาชิกในทีมสุขภาพแต่ ละคนมีความชัดเจน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภายในทีมสุขภาพ และการมี

ทักษะผสมผสานในการให้บริการ ในปฐมภูมิจะช่วยให้เกิดการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและคุณภาพของการดูแลได้ อย่างไรก็ตามในการพัฒนาทักษะผสมผสาน แต่ละวิชาชีพในทีมสหวิชาชีพ ควรจะทำแนวปฏิบัติ หรือข้อตกลงร่วมกันว่าสิ่งไหนที่วิชาชีพอื่นสามารถทำงานทดแทนได้ในสถานการณ์แบบใด เพื่อไม่เป็นการทำงานเกินขอบเขตวิชาชีพตนเอง และของวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งประเด็นนี้สภาวิชาชีพแต่ละวิชาชีพควรมาทำข้อตกลงแนวปฏิบัติร่วมกัน

3. คะแนนสมรรถนะของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผลของระดับคะแนนการประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอใช้การแปลงค่าคะแนนเป็นคะแนนเต็มร้อยละ 100 โดยการปรับฐานค่าคะแนนเป็นร้อยละ ซึ่งผลการประเมินเมื่อปรับฐานคะแนนแล้ว พบว่าภาพรวมของ สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 70.77

เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดได้แก่ ด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ มีคะแนนร้อยละ 76.65 เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งทำงานในระบบบริการปฐมภูมิเกิน 10 ปี ซึ่งลักษณะงานบริการปฐมภูมิให้บริการแบบเชิงรุก ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู จึงจำเป็นต้องมีทักษะหลายทักษะในการทำงานกับประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะเรื่องการสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะให้เข้าใจการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Lim et al., 2021) ช่วยลดความขัดแย้งในการทำงาน (Brown et al., 2011) และการสื่อสารของผู้ให้บริการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มความฉลาดทางด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ (สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, สมจิตต์ สีนุชชัย และดวงดาว อุบลแย้ม, 2565) สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) ที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดสมรรถนะด้านหนึ่งของผู้เรียนในโครงการนี้ คือ การสื่อสาร (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) และโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้เน้นทักษะการสื่อสารสำหรับผู้นำเพื่อพัฒนาทีม เครือข่าย และชุมชน (สุฤษดิ์เดช เจริญไชย, สูดคนึง ฤทธิฤทัย จารุณี, จันท์เพชร โกเมนทร์ ทิวทอง และมาสริน ศุกลปักษ์, 2562)

ด้านให้คุณค่าของการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกันมีคะแนน ร้อยละ 74.06 เนื่องจาก นโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care Team: FCT) ตลอดจนขยายแนวคิดการทำงานเป็น คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) (สำนักงานบริหารสาธารณสุข,

2557) ด้วยการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยจัดให้ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ รวมกันเป็นทีมหอดครอบครัว ร่วมดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559) ทำให้มีโอกาสได้ทำงานร่วมกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากการขาดแคลนกำลังคนในปฐมภูมิ ทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานทดแทนแพทย์ เภสัชกรที่ขาดแคลน หรือนักวิชาการสาธารณสุขทำงานทดแทนพยาบาลในบางสถานการณ์ สอดคล้องการศึกษางานของแสงทอง วีระทองคำ, สมจิตร หนูเจริญกุล และนางลักษณีย์ สุวิไลษฐ์ (2552) ที่ศึกษา การรับรู้ประโยชน์สภาพปัญหา พยาบาลเวชปฏิบัติ พบ ประสพปัญหาขณะปฏิบัติงานโดยเฉพาะ การทำงานเกินบทบาทและขอบเขตกฎหมาย ทั้งทำงานแทนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและโดยลำพังที่สถานีอนามัย นอกจากนี้ รัชตวรรณ ศรีตระกูล และชนิษฐา นันทบุตร (2564) และสุริยา ฟองเกิด, ศุภรา หิมาเนินโต และสีปตระกูล ดันตลานุกูล (2560) พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติ ยังมีปัญหาการทำงานเกินขอบเขตบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านการตรวจรักษาพยาบาลแทนแพทย์ในบางพื้นที่การทำงานมีการขยายขอบเขตไปนอกเหนือจากบทบาทการเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ เช่นการดูแลผู้ใช้สารเสพติดและประเด็นการความทำรุนแรงในครอบครัว นอกจากนี้พบว่า ค่าดัชนีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะตนเอง สำหรับการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของนักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 ด้านการตรวจประเมินบำบัดโรคเบื้องต้น เป็นข้อที่มีค่าสูงที่สุด ที่ตนเองต้องการพัฒนา (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวน ศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวน ศรีเจริญ, เสาวลักษณ์ คงสนิท และจินตนา แซ่ลิ่ม, 2563)

ด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำร่วมกันระหว่างวิชาชีพได้คะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 67.77 อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ทำงานเกิน 10 ปี ซึ่งอาจยังไม่เข้าใจแนวคิดกระบวนการสะท้อนคิดในการทำงาน เนื่องจาก ระบบการศึกษาในประเทศไทยได้เริ่มใช้แนวทางการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ซึ่งเป็นกระบวนการขั้นหนึ่งของการจัดการศึกษาใน ศตวรรษที่ 21 มาใช้ในการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพในปี 2557 (ชนิดดา ภูหงส์ทอง, 2561; พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน, 2557; วิจารย์ พานิช, 2558; องค์กร ประจันเขต, 2557) อาจทำให้ผู้ที่จบการศึกษาก่อนหน้านี้ ขาดประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด อย่างไรก็ตามการเรียนแบบสะท้อนคิด เป็นแนวทางการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ในไปสู่การพัฒนาตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของ Richard, Gagnon & Careau (2019) พบว่า กระบวนการสะท้อนคิดมีประสิทธิผลต่อกระบวนการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพและการทำงาน

ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การปฏิบัติการสะท้อนคิด จะช่วยวิเคราะห์ พิจารณาและตัดสินใจได้ สอดคล้องกับ Silén-Lipponen & Saaranen (2021) ใช้กระบวนการสะท้อนคิด ในสถานการณ์จำลองกลุ่มใหญ่ผ่านระบบออนไลน์ ระหว่างการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพ ประกอบนักศึกษาสายสุขภาพและวิชาชีพสุขภาพ พบว่า กระบวนการสะท้อนคิดเป็น ปัจจัยส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลปัญหาสุขภาพและสังคมที่สำคัญ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ 1) ในขั้นตอนเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมาจากเขตสุขภาพที่ 2 เพียงเขตเดียวเท่านั้น การนำไปอ้างอิงในเขตสุขภาพอื่น ๆ ต้องทำด้วยความรอบคอบ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ขั้นตอนเชิงปริมาณใช้การสุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น 2) เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อประเมินตนเอง เพื่อนำไปใช้ระบุประเด็นสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในอนาคตอาจต้องมีการประเมินสมรรถนะในรูปแบบอื่น ๆ หรือกระบวนการอื่น ๆ เพื่อยืนยันสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ แม้ว่าข้อจำกัดหลายประการ เครื่องมือนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา ในการนำไปใช้ประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในอนาคตควรนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อยืนยันคุณภาพของเครื่องมือและพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือให้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การคํานานิยามสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ มีความครอบคลุมจากมุมมองผู้ปฏิบัติงาน ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการ ดังนั้นนิยามสมรรถนะสามารถนำไปใช้ในการออกแบบ ระบุสมรรถนะที่ต้องพัฒนา และออกแบบเนื้อหา รูปแบบการอบรม การศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการเตรียมกำลังคนทางสุขภาพ อาจใช้สมรรถนะจากงานวิจัยนี้ เป็นเป้าหมายในการออกแบบหลักสูตร ให้กับนักศึกษาสายสุขภาพ ซึ่งหลักสูตรการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based education) มีความสำคัญ และถูกนำมาใช้ในการพัฒนา หลักสูตรระดับอุดมศึกษาอย่างมากในปัจจุบัน

1.2 สำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ สามารถนำเครื่องนี้ไปประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้ง การออกแบบการฝึกอบรม ทีมสหวิชาชีพให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพการให้บริการระดับปฐมภูมิดีขึ้น

1.3 เครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ และนำไปเปรียบเทียบ องค์ความรู้ทางเชิงวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.4 จากผลการประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ เมื่อปรับฐานคะแนนแล้ว พบว่าด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำร่วมกันระหว่างวิชาชีพได้คะแนนน้อยที่สุด ดังนั้นในการจัดอบรมสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงควรเน้นทักษะการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพการให้บริการระดับปฐมภูมิดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาเชิงปริมาณ ในการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.2 ออกแบบหลักสูตร โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามระดับสมรรถนะที่ประเมินได้ โดยใช้แนวคิด (Competency based training) โดยกำหนดนิยามสมรรถนะ ความรู้ ทักษะ สิ่งที่ต้องพัฒนา วิธีการเรียนรู้ มีการประเมินสมรรถนะก่อน และหลังการอบรม

2.3 การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรตรวจสอบความตรงด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงความตรงเพิ่มเติม ได้แก่ ความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) หรือ ความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) เพื่อให้เครื่องมือมีหลักฐานแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือ ที่ส่งผลให้มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวน ศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวน ศรีเจริญ, เสาวลักษณ์ คงสนิท, และจินตนา ช่างสีม. (2563). การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว) ของนักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 6(2), 149-168.
- กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ, วิภาดา คุณาวิคิตกุล, เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, และฐิติณัฐ อัครคะเดช อนันต์. (2558). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 19(2), 122-132.
- กิตติ กรรภิรมย์, เกวลินทร์ ชื่นเจริญสุข, และจุฑาทิพย์ พิทักษ์. (2560). ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยภายหลัง 5 ปี ด้วยการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอ. *พุทธชินราชเวชสาร*, 34(3), 294-306.
- เกศแก้ว สอนดี, เพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจติย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. (2561). การประเมินผลสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 116-126.
- เกศแก้ว สอนดี, เพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจติย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. (2561). การประเมินผลสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 116-126.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และประชาธิป กะทา. (2550). *สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิ: จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, อัจฉรา เชียงทอง, ณัฐพล สุวัชรังกูร, สุกัญญา ฉายาชาวลิต, ภานิศา รักความสุข, สุพิณญา เกิดไธ, . . . อุดลรัตน์ มโนศิลป์. (2560). *คู่มือสำหรับผู้บริหารงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารีศรี กุลศิริปัญญา. (2558). การพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 123-130.

- จารุวรรณ ธาณี, และบุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2558). การพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาแบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(3), 93-104.
- ชนิดดา ภูหงส์ทอง. (2561). การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: ความท้าทายของผู้สอนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 24(1), 163-182.
- ชนิดดา พลอยเลื่อมแสง, ชญาณิชฐ์ สีหนาท, และดุสิตา ไชยธรรม. (2562). ผลลัพธ์และผลประโยชน์ของการเรียนการสอนร่วมสหวิชาชีพ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 16(3), 1-14.
- ณรงควิทย์ แสนทอง. (2548). *Competency เพื่อการประเมินผลงานประจำปี*. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- ทีปกร จิริฐิติกุลชัย. (2563). การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(3), 243-273.
- นลินี พุคันธักด์, และสุวรรณา วิภาคสงเคราะห์. (2557). การพัฒนาเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(1), 74-87.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2555). วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 131-152.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2560). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากหลักการสู่การปฏิบัติ*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, และวุฒิชัย จริยา. (2558). การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 6-15.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562). *ราชกิจจานุเบกษา*. 136(56ก). น. 165-185.
- พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน. (2557). การเรียนรู้เปลี่ยนแปลงกับการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(3), 449-459.
- เพ็ญศรี ทองเพชร, และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 166-178.

- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ.(2557). *การจัดการเรียนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ*. กรุงเทพฯ: APPA Prienting GroupCO.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health system management learning: Dhml)*. สมุทรสาคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- รัชตวรรณ ศรีตระกูล, และชนิษฐา นันทบุตร. (2564). การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14, 265-279.
- วณิชา ชื่นทองแก้ว (บก.). (2561). *การศึกษาระบบสหวิชาชีพ (interprofessional education)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ.
- วรินทร์ บุญยั้ง. (2555). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยใช้แนวคิด สมรรถนะเป็นฐานในการพัฒนาสู่ประชาคมอาเซียน. *วารสารครุศาสตร์*, 39(3), 83-96.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). *การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง transformative learning*. กรุงเทพฯ: เอสอาร์พรินติ้ง แมสโปรดักส์.
- วิรัช ประวันเตา. (2558). *การพัฒนาสมรรถนะประจำสายงานสาธารณสุขนิเทศของผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับเขต (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (บก.). (2560). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- สถุชาติเดช เจริญไชย, สุดคนึง ฤทธิ์ธำชัย จารุณี, จันทรไพเซอร์ โกเมนทร์ ทิวทอง, และมาสริน สกุลปักข์. (2562). การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(2), 93-102.
- สำนักงานบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (family care team)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *แนวทางตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2562). *การพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.

- สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, สมจิตต์ สีนุชชัย, และดวงดาว อุบลแย้ม. (2565). ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 1-13.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559-2569*. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2562, จาก kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4411?locale-attribute=th
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชะลอลเดช, และพฤษภา บุญบุญ. (2558). *สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547-2558*. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุภมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ, และรัชนีกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2557). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม lisre* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สุรียา ฟองเกิด, ศุภรา หิมาเนินโต, และสีบตระกูล ต้นตลานุกูล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปฏิบัติบทบาทด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. *วารสาร มชก. วิชาการ*, 21(41), 65-78.
- แสงทอง ธีระทองคำ, สมจิตร หนูเจริญกุล, และนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์. (2552). การรับรู้ประโยชน์ สภาพปัญหา พยาบาลเวชปฏิบัติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(3), 39-49.
- โสเพ็ญ ชูนวล. (2559). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย*, 3(1), 64-80.
- โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุภโชค เวชภักดิ์เกสัช, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, สิริชัย นามทรงศนี, . . . ชนบท บัวหลวง. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- องค์อร ประจันเขต. (2557). การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: มุมมองในการศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหาร*, 15(3), 179-184.
- Ahmed, A., van den Muijsenbergh, M., & Vrijhoef, H. J. M. (2022). Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3328-e3341. doi:10.1111/hsc.13913
- Al Harthy, S. N., Tuppal, C. P., Sta Ana, A. E., Reynecke, J., Al Husami, I., & Al Rubaiey, A. (2018). Interprofessional competency framework for health service managers in oman: An e-delphi study. *Oman Medical Journal*, 33(6), 486-496. doi:10.5001/omj.2018.90

- Alavi, M., Visentin, D. C., Thapa, D. K., Hunt, G. E., Watson, R., & Cleary, M. (2020). Chi-square for model fit in confirmatory factor analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2209-2211. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.14399>
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: A systematic review. *BMC Health Serv Res*, 14, 346. doi:10.1186/1472-6963-14-346
- Aoki, T., Taguchi, K., & Hama, E. (2021). Development and psychometric properties of the Japanese consumer assessment of healthcare providers and systems clinician & group survey (cg-cahps). *PloS One*, 16(4). doi:10.1371/journal.pone.0250843
- Archibald, D., Trumppower, D., & MacDonald, C. J. (2014). Validation of the interprofessional collaborative competency attainment survey (iccas). *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 553-558. doi:10.3109/13561820.2014.917407
- Areskog, N.-H. (2009). Undergraduate interprofessional education at the Linköping faculty of health sciences—how it all started. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 442-447. doi:10.1080/13561820902739825
- Bahnisch, M., Thomas, J., Groves, M., McAllister, L., Capra, S., & Brownie, S. (2012). *Wide bay health service district interprofessional education and training developments*. Brisbane: Clinical Education and Training Queensland.
- Bainbridge, L. (2010). Interprofessional education for interprofessional practice: Will future health care providers embrace collaboration as one answer to improved quality of care. *University of British Columbia Medical Journal*, 2(1), 9-10.
- Bainbridge, L., Nasmith, L., Orchard, C., & Wood, V. (2010). Competencies for interprofessional collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), 6-11.
- Baldwin, D. W. C. (1996). Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 173-187.
- Barceló, A., Cafiero, E., de Boer, M., Mesa, A. E., Lopez, M. G., Jiménez, R. A., . . . Meiners, M. (2010). Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The vida project. *Primary Care Diabetes*, 4(3), 145-153. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2010.04.005>

- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2015). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners* (3rd ed.) Oxford: John Wiley & Sons.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education. Argument, assumption & evidence*. Oxford: Blackwell publishing.
- Barrett, C. G. (2007). *Chsrf synthesis: Interprofessional collaboration & quality primary healthcare*. Retrieved October 27, 2018, from <http://www.chsrf.ca>
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., . . . Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part ii. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services, 57*(7), 937-945. doi:10.1176/ps.2006.57.7.937
- Bhutta, Z. A., Chen, L., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., . . . Zurayk, H. (2010). Education of health professionals for the 21st century: A global independent commission. *The lancet, 375*(9721), 1137-1138. doi:10.1016/S0140-6736(10)60450-3
- Billings, D. M., Kowalski, K., & Bittner, C. A. (2018). The importance of role clarity for development of interprofessional teams. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 49*(8), 345-347. doi:doi:10.3928/00220124-20180718-04
- Blue, A. V., Mitcham, M., Smith, T., Raymond, J., & Greenberg, R. (2010). Changing the future of health professions: Embedding interprofessional education within an academic health center. *Academic Medicine, 85*(8), 1290-1295. doi:10.1097/ACM.0b013e3181e53e07
- Booth, J., & Hewison, A. (2002). Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: An exploratory study. *Journal of Interprofessional Care, 16*(1), 31-40. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820220104140>
- Bradley, F., Ashcroft, D. M., & Noyce, P. R. (2012). Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 8*(1), 36-46. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.12.005>

- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C.-A., . . . Beaulieu, M.-D. (2014). Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: A multiple-case study. *Nursing research and practice*, 2014, 170514-170514. doi:10.1155/2014/170514.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bridges, D., Davidson, R. A., Soule Odegard, P., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online*, 16(1), 6035. doi:10.3402/meo.v16i0.6035
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 4-10. doi:10.3109/13561820.2010.497750
- Brownie, S., Thomas, J., & Bahnisch, M. (2011). *Exploring the literature: Competency-based education and training & competency-based career frameworks*. N.p.: National Health Workforce Planning & Research Collaboration.
- Burns, N., & Grove, S. K. *The practice of nursing research, conduct, critique, and utilization* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bzowickyj, A. S., Brommelsiek, M., Lofgreen, M., Gotham, H. J., & Lindsey, C. C. (2017). Reflecting on care: Using reflective journaling to evaluate interprofessional education and clinical practicum experiences in two urban primary care clinics. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 6-9. doi:https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.04.003
- Camarihna-Matos, L. M., & Afsarmanesh, H. (2008). Concept of collaboration. *Encyclopedia of networked and virtual organizations*. Hershey, PA: IGI Global.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A national interprofessional competency framework. Retrieved December 5, 2018, from www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Chan, A. K., & Wood, V. (2010). Preparing tomorrow's health care providers for interprofessional collaborative patient-centred practice today. *UBC Medical Journal*, 1(2), 22-24.
- Chanprasert, P. (2021). Long-term care policy and implementation in thailand'. *Coping*

with rapid population ageing in Asia: discussions on long-term care policy and cross-border circulation of care workers. Jakarta: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia, 36-44.

Chaudhuri, A. (2019). Study of metabolic syndrome among health professionals in a rural eastern indian population and its relation with quality of life. *Saudi Journal of Obesity, 6*. doi:10.4103/sjo.sjo_2_18

Chen, A. K., Dennehy, C., Fitzsimmons, A., Hyde, S., Lee, K., Rivera, J., . . . Wamsley, M. (2017). Teaching interprofessional collaborative care skills using a blended learning approach. *Journal of Interprofessional Education & Practice, 8*, 86-90. doi:https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.07.002

Chen, A. Y., Elliott, M. N., Spritzer, K. L., Brown, J. A., Skootsky, S. A., Rowley, C., & Hays, R. D. (2012). Differences in cahps reports and ratings of health care provided to adults and children. *Med Care, 50*(Suppl), S35-S39. doi:10.1097/MLR.0b013e3182610a88

Chen, D. W., Gerolamo, A. M., Harmon, E., Bistline, A., Sicks, S., & Collins, L. (2018). Interprofessional collaborative practice in the medical intensive care unit: A survey of caregivers' perspectives. *Journal of General Internal Medicine, 33*(10), 1708-1713. doi:10.1007/s11606-018-4623-3

Choi, B. C., & Anita, W. (2008). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clinical and Investigative Medicine, E41-E48*.

Chyung, S., Roberts, K., Swanson, I., & Hankinson, A. (2017). Evidence-based survey design: The use of a midpoint on the likert scale. *Performance Improvement, 56*(10), 15-23. doi:10.1002/pfi.21727

Chyung, S., Roberts, K., Swanson, I., & Hankinson, A. (2017). Evidence-based survey design: The use of a midpoint on the likert scale. *Performance Improvement, 56*, 15-23. Doi:10.1002/pfi.21727.

Coggeshall, L. T. (1965). *The coggeshall report*. Retrieved December 1, 2018, from

https://journals.lww.com/academicmedicine/citation/1965/07000/the_coggeshall_report.7.aspx

College of Health Disciplines. (2008). *The british columbia competency framework for interprofessional collaboration*. Vancouver: University of british columbia. Retrieved December 25, 2018, from

<http://www.chd.ubc.ca/files/file/BC%20Competency%20Framework%20for%20IPC.pdf>

Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*(1), 1-9.

Courtney, M. G. (2013). Determining the number of factors to retain in efa: Using the spss r-menu v2 0 to make more judicious estimations. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 18*(1), 1-14.

Creswell, J. W. (2014). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th ed.). Lincoln: Sage Publications.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Curtin Interprofessional Capability Framework. (2010). Retrieved november 7, 2018. from http://healthsciences.curtin.edu.au/local/docs/IP_Capability_Framework_booklet.pdf

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 116-131.

doi:10.1080/13561820500082529

Davis, R., Turner, E., Hicks, D., & Tipson, M. (2008). Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *Journal of Clinical Nursing, 17*(2), 168-174. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01866.x>

Department of Finance Canada. (2020). Canada health transfer. Retrieved march 8, 2020, from <http://www.canada.ca/en/department-finance/programs/federal->

transfers/canada-health-transfer.html

- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development theory and applications* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE publication.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development theory and applications*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Dey, R. M., de Vries, M. J., & Bosnic-Anticevich, S. (2011). Collaboration in chronic care: Unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(1), 21-29.
doi:10.1136/bmjopen-2017-019415
- Diamantopoulos, A., & Siguaw, J. A. (2000). *Introduction to lisrel: A guide for the uninitiated*. London: SAGE Publications.
- Dimitrov, D. M. (2012). *Statistical methods for validation of assessment scale data in counseling and related fields*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Doekhie, K. D., Buljac-Samardzic, M., Strating, M. M. H., & Paauwe, J. (2017). Who is on the primary care team? Professionals' perceptions of the conceptualization of teams and the underlying factors: A mixed-methods study. *BMC Family Practice*, 18(1), 111. doi:10.1186/s12875-017-0685-2
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N. A. (1996). *Primary care: America's health in a new era*. Washington, DC: National Academy.
- Drost, E. (2011). Validity and reliability in social science research. *Education Research and Perspectives*, 38(1), 105-124.
- Duffy, T. P. (2011). The flexner report--100 years later. *Yale J Biol Med*, 84(3), 269-276.
- Dugan Day, M. (2012). Interdisciplinary hospice team processes and multidimensional pain: A qualitative study. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 8(1), 53-76. doi:10.1080/15524256.2011.650673
- Fey, M. K., & Miltner, R. S. (2000). A competency-based orientation program for new graduate nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 30(3), 126-132.
- Findyartini, A., Kambey, D. R., Yusra, R. Y., Timor, A. B., Khairani, C. D., Setyorini, D., &

- Soemantri, D. (2019). Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in indonesia: A mixed-methods study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 17, 100279. doi:<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100279>
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, 21(1), 300-307. doi:<https://doi.org/10.1111/hex.12615>
- Fox, S., Gaboury, I., Chiocchio, F., & Vachon, B. (2021). Communication and interprofessional collaboration in primary care: From ideal to reality in practice. *Health Communication*, 36(2), 125-135. doi:10.1080/10410236.2019.1666499
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Kelley, P. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2011). The triple burden: Disease in developing nations. *Harvard International Review*, 33(3), 36-40.
- Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 727-743. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). *Core competencies in palliative care: An eapc white paper on palliative care education – part 1*. Retrieved October 10, 2018, from <https://www.eapcnet.eu/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=0&moduleid=1207&articleid=376&documentid=47>
- Garson, N. D. (2008). *Factor analysis*. Retrieved november 10, 2018, from <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm>
- Gittel, J. H. (2006). Relational coordination: Coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect. *Relational perspectives in organizational studies: A research companion* (pp. 74-94). Edward: Elgar Publishing.

- Gougeon, L., Johnson, J., & Morse, H. (2017). Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice, 7*, 29-37.
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health, 20*(3), 269-274.
doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Green, B. N., & Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: Working together for a better future. *Journal of Chiropractic Education, 29*(1), 1-10. doi:10.7899/jce-14-36
- Gruppen, L. D., Mangrulkar, R. S., & Kolars, J. C. (2012). The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Human Resources for Health, 10*(1), 43. doi:10.1186/1478-4491-10-43
- Hair, J. F. (2010). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harbaugh, G. (1994). Assumptions of interprofessional collaboration: Interrelatedness and wholeness. In R. M. Casto, & M.C. Julia (Eds.), *Interprofessional care and collaborative practice* (pp. 13-23). Pacific Grove, VA: Brooks/Cole.
- Hardin, L., Kilian, A., & Spykerman, K. (2017). Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs. *Journal of Interprofessional Education & Practice, 7*, 5-10.
- Harris, M., Pirkis, J., Burgess, P., Olesen, S., Bassilio, B., Fletcher, J., . . . A, S. (2010). *Evaluation of the better access to psychiatrists, psychologists and gps through the medicare benefits schedule initiative—component b: An analysis of medicare benefits schedule (mbs) and pharmaceutical benefits scheme (pbs) administrative data*. Melbourne: Centre for Health Policy, Programs and Economics, The University of Melbourne.
- Haruta, J., Sakai, I., Otsuka, M., Yoshimoto, H., Yoshida, K., Goto, M., & Shimoi, T. (2016).

- Development of an interprofessional competency framework in japan. *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), 675-677. doi:10.1080/13561820.2016.1192588
- Haruta, J., Yoshida, K., Goto, M., Yoshimoto, H., Ichikawa, S., Mori, Y., . . . Otsuka, M. (2018). Development of an interprofessional competency framework for collaborative practice in japan. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 436-443. doi:10.1080/13561820.2018.1426559
- Heale, R., Dickieson, P., Carter, L., & Wenghofer, E. F. (2014). Nurse practitioners' perceptions of interprofessional team functioning with implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 924-930. doi:https://doi.org/10.1111/jonm.12054
- Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Brallier, S. A. (1999). Development of an attitudes toward health care teams scale. *Evaluation & the health professions*, 22(1), 123-142. doi:10.1177/01632789922034202
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109. doi:https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x
- Hepp, S. L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J., & Birmingham, L. (2015). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 131-137.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2007). Structural equation modeling: Guidelines for determining model fit. *Electron. The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.
- Horton-Deutsch, S., & Sherwood, G. D. (2017). *Reflective practice: Transforming education and improving outcomes*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hudson, C. C., Gauvin, S., Tabanfar, R., Poffenroth, A. M., Lee, J. S., & O'Riordan, A. L. (2017). Promotion of role clarification in the health care team challenge. *Journal of*

- Interprofessional Care*, 31(3), 401-403. doi:10.1080/13561820.2016.1258393
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. N.p.: National Academies Press (US).
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Retrieved December 5, 2018, from www.aacn.nche.edu/educationresources/ipecreport.pdf
- Jani, J. S., Tice, C., & Wiseman, R. (2012). Assessing an interdisciplinary health care model: The governor's wellmobile program. *Social Work in Health Care*, 51(5), 441-456.
- Jaruseviciene, L., Kontrimiene, A., Zaborskis, A., Liseckiene, I., Jarusevicius, G., Valius, L., & Lazarus, J. V. (2019). Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 670-679. doi:10.1080/13561820.2019.1594730
- Jaruseviciene, L., Kontrimiene, A., Zaborskis, A., Liseckiene, I., Jarusevicius, G., Valius, L., & Lazarus, J. V. (2019). Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 670-679. doi:10.1080/13561820.2019.1594730
- Kato, D., Ryu, H., Matsumoto, T., Abe, K., Kaneko, M., Ko, M., . . . Kondo, M. (2019). Building primary care in japan: Literature review. *Journal of General and Family Medicine*, 20(5), 170-179. doi:<https://doi.org/10.1002/jgf2.252>
- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(1), 83. doi:10.1186/1472-6963-10-83

- Kendall, E., Muenchberger, H., Catalano, T., Amsters, D., Dorsett, P., & Cox, R. (2011). Developing core interprofessional competencies for community rehabilitation practitioners: Findings from an Australian study. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 145-151. doi:10.3109/13561820.2010.523651
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young Children*, 22(3), 211-223. doi:10.1097/IYC.0b013e3181abe1c3
- Kitreerawutiwong, K., Sriruecha, C., & Laohasiriwong, W. (2015). Development of the competency scale for primary care managers in Thailand: Scale development. *BMC Fam Pract* 16(1), 1-9. doi:https://doi.org/10.1186/s12875-015-0388-5
- Kitreerawutiwong, N. (2017). Assessing the implementation of the family care team in the district health system of health region 2. *Thailand. Fam Med Community Health*, 6. doi:10.15212/FMCH.2017.0139.
- Kitreerawutiwong, N., Jordan, S., & Hughes, D. (2017). Facility type and primary care performance in sub-district health promotion hospitals in northern Thailand. *PLoS One*, 12(3), e0174055. doi:10.1371/journal.pone.0174055
- Latham, J. (2017). Conceptual framework. Retrieved March 15, 2017, from <http://johnlatham.me/frameworks/researchmethodsframework/conceptual-framework>
- Lijutipoom, S., Lertmaharit, S., & Hanvoravongchai, P. (2015). Engaging local governments in health promotion and chronic disease prevention activities: The case of local health security funds in Thailand. *Asian Biomedicine*, 9(6), 761-770. doi:doi:10.5372/1905-7415.0906.448
- Lim, L., Zimring, C. M., DuBose, J. R., Lee, J., Stroebel, R. J., & Matthews, M. R. (2021). Designing for effective and safe multidisciplinary primary care teamwork: Using the time of COVID-19 as a case study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8758.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*.
- Losby, J., & Anne, W. (2012). Cdc coffee break: Using Likert scale in evaluation survey

- work. Retrieved March 4, 2020, from
http://www.cdc.gov/dhbsp/pubs/docs/cb_february_14_2012.pdf
- Lwin, H., Than, N., Htay, M., Kyaw Soe, H. H., Abas, A., & Moe, S. (2017). Reflective learning experience in primary care medicine posting: A potential qualitative study. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 24(6).
 doi:10.9734/JAMMR/2017/37225
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-386.
- Lysaught, J. P. (1970). *National commission for the study of nursing and nursing education releases report*. Retrieved December 2, 2018, from
<https://www.nursing.upenn.edu/nhhc/nursing-through-time/1960-1989/>
- Mann, K. V., McFetridge-Durdle, J., Martin-Misener, R., Clovis, J., Rowe, R., Beanlands, H., & Sarria, M. (2009). Interprofessional education for students of the health professions: The "seamless care" mode. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 224-233. doi:10.1080/13561820802697735
- Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. A. (2005). Strategies for developing competency models. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 32(5), 533-561. doi:10.1007/s10488-005-3264-0
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence.". *American Psychologist*, 28, 1-14. doi:10.1037/h0034092
- Mior, S., Barnsley, J., Boon, H., Ashbury, F., & Haig, R. (2010). Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 678-689. doi:10.3109/13561821003608757
- Mishel, M. H. (1989). Methodological studies: Instrument development. In P. J. Brink, & M. J. Wood (Eds.), *Advanced design in nursing research* (pp.239-283). Newbury Park. SAGE Publications.
- Mitchell, P. H. (2005). What's in a name? *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 332-334. doi:10.1016/j.Profnurs.2005.10.009

- Morgan, S., Pullon, S., & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1217-1230.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- Murphy, K., Walker, K., Duff, J., & Williams, R. (2016). The collaborative development of a pre-operative checklist: An e-delphi study. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 36-43.
- Nagelkerk, J., Benkert, R., Pawl, B., Myers, A., Baer, L. J., Rayford, A., . . . Armstrong, M. (2018). Test of an interprofessional collaborative practice model to improve obesity-related health outcomes in michigan. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 11, 43-50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.02.001>
- Nelson, P., Martindale, A.-M., McBride, A., Checkland, K., & Hodgson, D. (2018). Skill-mix change and the general practice workforce challenge. *British Journal of General Practice*, 68(667), 66-67. doi:10.3399/bjgp18X694469
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Heindel, L. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review. *Nursing economics*, 29(5), 230-250.
- Norris, J., Carpenter, J. G., Eaton, J., Guo, J. W., Lassche, M., Pett, M. A., & Blumenthal, D. K. (2015). The development and validation of the interprofessional attitudes scale: Assessing the interprofessional attitudes of students in the health professions. *Acad Med*, 90(10), 1394-1400. doi:10.1097/acm.0000000000000764
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nuño-Solinís, R., Berraondo Zabalegui, I., Sauto Arce, R., San Martín Rodríguez, L., & Toro Polanco, N. (2013). Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *International Journal of Integrated Care*, 13, e015. doi:10.5334/ijic.984
- O'Halloran, C., Hean, S., Humphris, D., & Macleod-Clark, J. (2006). Developing common learning: The new generation project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 12-28.

- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 39-48. doi:10.1080/13561820500081703
- Onwuegbuzie, A. J., Bustamante, R. M., & Nelson, J. A. (2009). Mixed research as a tool for developing quantitative instruments. *Journal of Mixed Methods Research, 4*(1), 56-78. doi:10.1177/1558689809355805
- Onwuegbuzie, A. J., Bustamante, R. M., & Nelson, J. A. (2009). Mixed research as a tool for developing quantitative instruments. *Journal of Mixed Methods Research, 4*(1), 56-78. Doi:10.1177/1558689809355805.
- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. (2018). Assessment of interprofessional team collaboration scale (aitcs): Further testing and instrument revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 38*(1), 11-18. doi:10.1097/ceh.0000000000000193
- Osborne, J. (2015). What is rotating in exploratory factor analysis?. *Assessment, 20*(1), 1-8.
- Paré, L., Maziade, J., Pelletier, F., Houle, N., & Iloko-Fundi, M. (2012). Training in interprofessional collaboration. *Pedagogic Innovation in Family Medicine Units, 58*(4), e203-e209.
- Pett, M. A., & Lackey, N. R. (2003). *Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research*. California: Sage Publications.
- Physiopedia. (2020). *The role and function of primary care teams in ireland*. Retrieved March 4, 2020, from https://www.physiopedia.com/The_role_and_function_of_Primary_Care_Teams_in_Ireland?title=Physiopedia:Privacy_Policy
- Plichta, S. B., Kelvin, E. A., & Munro, B. H. (2013). *Munro's statistical methods for health care research*. New York: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the cvi an acceptable indicator of content

- validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. doi:10.1002/nur.20199
- Previato, G., & Baldissera, V. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1535-1547. doi:10.1590/1807-57622017.0647
- Prill, P., Steinhäuser, J., Herchenröder, M., & Flägel, K. (2021). Determinants of interprofessional collaboration in complementary medicine to develop an educational module "complementary and integrative medicine" for undergraduate students: A mixed-methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 1-12. doi:10.1080/13561820.2021.1935810
- Puskar, K., Mitchell, A. M., Albrecht, S. A., Frank, L. R., Kane, I., Hagle, H., . . . Talcott, K. S. (2016). Interprofessional collaborative practice incorporating training for alcohol and drug use screening for healthcare providers in rural areas. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4), 542-544. doi:10.1080/13561820.2016.1178219
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., . . . Gilles, I. (2021). An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 32. doi:10.5334/ijic.5589
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J. A., Ladd, E., & George, A. (2021). Qualitative methods in health care research *International journal of preventive medicine*, 12(1), 20. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19
- Richard, A., Gagnon, M., & Careau, E. (2019). Using reflective practice in interprofessional education and practice: A realist review of its characteristics and effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 424-436. doi:10.1080/13561820.2018.1551867
- Roland, M., Guthrie, B., & Thomé, D. C. (2012). Primary medical care in the united kingdom. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S6-S11. doi:10.3122/jabfm.2012.02.110200

- Romanow, R. J. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Retrieved July 10, 2018, from <https://publications.gc.ca/site/archivee-archived.html?url=https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>
- Roslan, N. S., Yusoff, M. S., Rahim, A. F. A., & Hussin, Z. A. M. (2016). Together we stand, divided we fall: Interprofessional collaborative practice competencies from malaysian medical professionals' perspectives. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), 533-540.
- Sakai, I., Yamamoto, T., Takahashi, Y., Maeda, T., Kunii, Y., & Kurokuchi, K. (2017). Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The chiba interprofessional competency scale (cics29). *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 59-65. doi:10.1080/13561820.2016.1233943
- Sakakida, C., Tadaka, E., & Arimoto, A. (2021). Development and validation of a new multidisciplinary approach competency scale for prevention of child abuse from pregnancy (muscat). *PloS One*, 16(4), e0249623. doi:10.1371/journal.pone.0249623
- Sakamoto, H., Mizanur, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., & Yasunaga, H. (2018). Japan health system review. *Reg Office South-East Asia*, 8(1), 123-134.
- Sanchez-Molina, A. I., Benrimoj, S. I., Ferri-Garcia, R., Martinez-Martinez, F., Gastelurrutia, M. A., & Garcia-Cardenas, V. (2022). Development and validation of a tool to measure collaborative practice between community pharmacists and physicians from the perspective of community pharmacists: The professional collaborative practice tool. *BMC Health Services Research*, 22(1), 649. doi:10.1186/s12913-022-08027-w
- Schimith, M. D., Cezar-Vaz, M. R., Xavier, D. M., & Cardoso, L. S. (2021). Comunicação em saúde e colaboração interprofissional na atenção a crianças com condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. doi:10.1590/1518-8345.4044.3390
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation*

- modeling* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sharma, S., Mukherjee, S., Kumar, A., & Dillon, W. R. (2005). A simulation study to investigate the use of cutoff values for assessing model fit in covariance structure models. *Journal of Business Research*, *58*(7), 935-943.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2003.10.007>
- Shenton, A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, *22*(2), 63-75. doi:10.3233/EFI-2004-22201
- Shimmura, K., & Tadaka, E. (2018). Development of an interprofessional collaboration competency scale for children with medical complexity. *BMJ Open*, *8*(6), e019415.
doi:10.1136/bmjopen-2017-019415
- Silén-Lipponen, M., & Saaranen, T. (2021). Reflection as a factor promoting learning interprofessional collaboration in a large-group simulation in social and health care. *International Journal of Nursing and Health Care Research*, *4*(5), 1241.
doi:10.29011/2688-9501.101241
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work: Model for superior performance*. New York: Wiley.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, *344*(8930), 1129-1133.
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and individual differences*, *42*(5), 893-898.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.017>.
- Stepans, M. B., Thompson, C. L., & Buchanan, M. L. (2002). The role of the nurse on a transdisciplinary early intervention assessment team. *Public Health Nursing*, *19*(4), 238-245.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Sullivan, M., Kiovisky, R., Mason, D., Hill, C., & Dukes, C. (2015). Interprofessional

- collaboration and education. *AJN The American Journal of Nursing*, 115(3), 47-54.
doi:10.1097/01.Naj.0000461822.40440.58
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Létrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727.
doi:10.1093/pubmed/fdu102
- Suriyanrattakorn, S., & Chang, C.-L. (2021). Long-term care (ltc) policy in thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy OPEN*, 2, 100026.
doi:https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100026
- Tang, C. J., Zhou, W. T., Chan, S. W.-C., & Liaw, S. Y. (2018). Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 11-18.
doi:https://doi.org/10.1111/jonm.12503
- Tashiro, J., Byrne, C., Kitchen, L., Vogel, E., & Bianco, C. (2011). The development of competencies in interprofessional health care for use in health science educational programs. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 2(1).
doi:10.22230/jripe.2011v2n1a64
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- Taylor, K. (2000). Tackling the issue of nurse competency. *Nursing Management*, 31(9), 34-37.
- Taylor, R. M., Feltbower, R. G., Aslam, N., Raine, R., Whelan, J. S., & Gibson, F. (2016). Modified international e-delphi survey to define healthcare professional competencies for working with teenagers and young adults with cancer. *BMJ Open*, 6(5), e011361. doi:10.1136/bmjopen-2016-011361
- The Department of Health. (2013). *Primary health care in australia*. Retrieved March 5, 2020, from <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/NPHC-Strategic-Framework~phc-australia>
- The Government of Canada. (2020). *What is primary health care?* Retrieved March 17,

2020,, from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/about-primary-health-care.html>

- Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Verhoeven, V., Lopez-Hartmann, M., Truijen, S., . . . Van Royen, P. (2016). Outcome indicators on interprofessional collaboration interventions for elderly. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 5. doi:10.5334/ijic.2017
- Tsukasaki, K., Kyota, K., & Itatani, T. (2022). Development and validation of an interprofessional collaboration scale for home health care for the frail elderly. *Asian Nursing Research*, 16(2), 106-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.03.004>
- Tuckerman, J., Kaufman, J., & Danchin, M. (2020). How to use qualitative methods for health and health services research. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 56(5), 818-820. doi:<https://doi.org/10.1111/jpc.14849>
- Van, C., Costa, D., Mitchell, B., Abbott, P., & Krass, I. (2012). Development and validation of the gp frequency of interprofessional collaboration instrument (fici-gp) in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 26(4), 297-304. doi:10.3109/13561820.2012.685994
- Verma, S., Broers, T., Paterson, M., Schroder, C., Medves, J. M., & Morrison, C. (2009). Core competencies: The next generation. Comparison of a common framework for multiple professions. *Journal of Allied Health*, 38(1), 47-53.
- Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230-237. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.12.004>
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Ward, W. L., Shaffer, L. A., & Testa, E. G. (2018). Pediatric psychologists' collaboration in a national pediatric obesity initiative: A case study in interprofessional collaboration. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 367-389. doi:10.1007/s10880-018-9540-4

- White-Williams, C., & Shirey, M. R. (2022). Taking an interprofessional collaborative practice to the next level: Strategies to promote high performing teams. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 26, 100485.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100485>
- Wietholter, J. P., Grey, C., Howard, C., Johnson, B. N., Sween, R., & Rowlands, A. E. (2017). Interprofessional collaborative practice through an adult medicine based simulation. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 9, 21-26.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.07.011>
- Wood, V., Flavell, A., Vanstolk, D., Bainbridge, L., & Nasmith, L. (2009). The road to collaboration: Developing an interprofessional competency framework. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 621-629. doi:10.3109/13561820903051477
- World Health Organization. (1988). *Learning together to work together for health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Retrieved March 17, 2020, from http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people centered health service*. Retrieve March 3, 2020, from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2022). *How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? Who regional office for europe*. Retrieved September 15, 2020, from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1443474/retrieve>
- World Health Professions Alliance. (2013). *Whpa statement on interprofessional collaborative practice*. Geneva, Switzerland: World Health Professions Alliance.
- Xue, L., Le Bot, G., Van Petegem, W., & van Wieringen, A. (2018). Defining interdisciplinary competencies for audiological rehabilitation: Findings from a modified delphi study. *International Journal of Audiology*, 57(2), 81-90.
- Yamamoto, T., Sakai, I., Takahashi, Y., Maeda, T., Kunii, Y., & Kurokochi, K. (2014).

Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: A pilot study in japan. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), 45–51
doi:<https://doi.org/10.3109/13561820.2013.851070>

Zarezadeh, Y., Pearson, P., & Dickinson, C. (2009). A model for using reflection to enhance interprofessional education. *International Journal of Education*, 1(1), E12.
doi:<https://doi.org/10.5296/ije.v1i1.191>.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ชุดที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบาย ระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด วิชาชีพ
ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและนักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (กำหนดเป็นรหัส IDA1 = In-depth Academics คนที่ 1)
2. เพศ ชาย หญิง
3. ตำแหน่งงาน
4. วิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา.....
5. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
6. อายุจริง ปี
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทั้งหมด ปี

คำถามหลัก

1. ความหมายของสมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิใน
บริการสุขภาพระดับอำเภอ คืออะไร
2. ก่อนเข้ามาทำงานในระบบบริการปฐมภูมินี้ ท่านได้รับการอบรม หรือมีความรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับการ
ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
3. ท่านคิดว่าทักษะ (ทักษะ หมายถึง การปฏิบัติ เช่น การประสานงาน การสื่อสารภายในทีมและ
ระหว่างทีม ฯลฯ) ที่จำเป็นในระบบบริการปฐมภูมิมีอะไรบ้าง
4. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในอุดมคติของท่าน เป็นอย่างไร
5. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในสถานการณ์จริง เป็นอย่างไร
6. จากข้อ 4, 5 ที่เรากล่าว ท่านจะพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิอย่างไร
บ้าง
7. สิ่งที่ท่านต้องการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้าง
8. ท่านคิดว่าสมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริการ
สุขภาพระดับอำเภอ มีอะไรบ้าง และเพียงพอหรือไม่สำหรับการปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ
9. มีประเด็นข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ที่ท่านต้องการเพิ่มเติม

NU-IRB
APPROVAL
18 JULY 2020

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม
ชุดที่ 2 วิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและนักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคน
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. เพศ ชาย หญิง
3. ตำแหน่งงาน
4. วิชาชีพ.....
5. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
6. อายุจริง ปี
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทั้งหมด ปี

คำถามหลัก

1. ก่อนเข้ามาทำงานในระบบบริการปฐมภูมินี้ ท่านได้รับการอบรม หรือมีความรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
2. ท่านคิดว่าทักษะ (ทักษะ หมายถึง การปฏิบัติ เช่น การประสานงาน การสื่อสารภายในทีมและระหว่างทีม ฯลฯ) ที่จำเป็นในระบบบริการปฐมภูมิมีอะไรบ้าง
3. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในอุดมคติของท่าน เป็นอย่างไร
4. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ในสถานการณ์จริง เป็นอย่างไร
5. จากข้อ 3, 4 ที่เรากล่าวกัน ท่านจะพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิอย่างไรบ้าง
6. สิ่งที่ท่านต้องการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้าง
7. มีประเด็นข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ที่ท่านต้องการเพิ่มเติม

NU-IRB
APPROVAL
18 JULY 2020

ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า

จำนวน 9 ท่าน ดังนี้

1. รศ.ดร.สุนีย์ ละกำป็น ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
3. อ.ดร.กীরติ กิจธีระวุฒิมิวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
4. ทพ.สืบศักดิ์ เจริญเกษมวิทย์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
5. ภญ. อรวรรณ กาศสมบุญณ์ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลดอย จังหวัดแพร่
6. ดร.ผาสุก แก้วเจริญตา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
7. นายสิทธิศักดิ์ กองมา แพทย์แผนไทยชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
8. น.ส.ดวงลัดดา มานักส่อง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
9. นายพรเทพ ธาราเวชรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1. รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผศ.ดร.ภัทระ แสงไชยสุริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ผศ.ดร.ภญ.ชนันตภา พลอยเลื่อมแสง คณบดี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

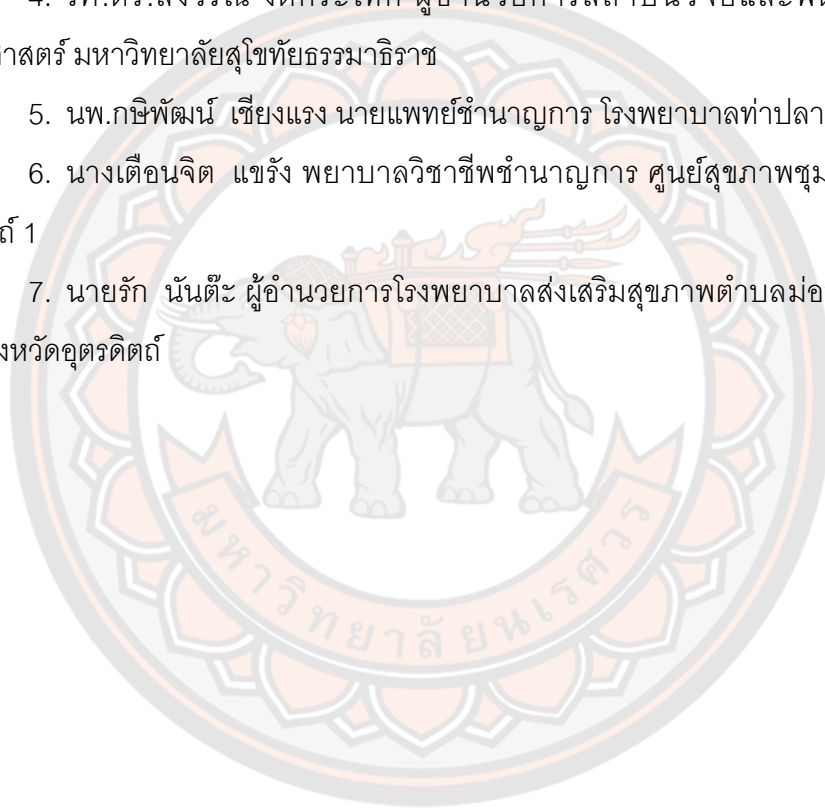
มหาสารคาม

4. รศ.ดร.สังวรณ์ ังคระโทก ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา สาขาวิชา
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

5. นพ.กษิพัฒน์ เขียงแรง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

6. นางเดือนจิต แซ่รัง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล
อุตรดิตถ์ 1

7. นายรัก นันดีะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง อำเภอ
เมือง จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาคผนวก จ ประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับสมบูรณ์

รหัส	
แบบสอบถาม (สำหรับผู้วิจัย)	

แบบสอบถาม

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
สำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ
2. ผู้วิจัยขอให้ท่าน ดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตามสิ่งที่ปฏิบัติได้ ซึ่งผลการประเมินจะนำไปใช้ในออกแบบการอบรม เพื่อพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในระบบสุขภาพอำเภอ
3. การตอบแบบสอบถาม จะไม่ระบุชื่อของผู้ตอบ ท่านสามารถให้ข้อมูลตามที่เป็นจริง คำตอบจะไม่สามารถจะระบุถึงตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม
4. ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม
5. แบบสอบถาม มีจำนวน 58 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ จำนวน 13 ข้อ
สมรรถนะด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง จำนวน 8 ข้อ
สมรรถนะด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ
สมรรถนะด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ จำนวน 8 ข้อ
สมรรถนะด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ
สมรรถนะด้านให้คุณค่าการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน จำนวน 4 ข้อ

5. ระดับการแสดงสมรรถนะของแต่ละข้อในส่วนที่ 2 ของแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้ค่า คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตามลำดับดังนี้ 1 = ทำได้น้อยมาก (lowest performing) 2 = ทำได้น้อย (lower performing) 3 = ทำได้ปานกลาง (moderate performing) 4 = ทำได้ดี (high performing) 5 = ทำได้ดีมาก (highest performing)

ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามชุดนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูล หรือทำเครื่องหมาย ในช่องว่าง ที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	
1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง
2. อายุปัจจุบัน.....ปี (เต็ม)	
3. สถานภาพของท่านในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1.โสด <input type="checkbox"/> 2.สมรส <input type="checkbox"/> 3.หม้าย <input type="checkbox"/> 4.หย่า <input type="checkbox"/> 5.แยกกันอยู่
4. วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> ทันตแพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> นักกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทยประยุกต์ <input type="checkbox"/> นักวิชาการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ตามคุณวุฒิการศึกษาที่เรียนจบ)	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี หลักสูตร..... สาขา..... <input type="checkbox"/> ปริญญาโท หลักสูตร..... สาขา..... <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก หลักสูตร..... สาขา..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
6. สถานที่ปฏิบัติงาน	ศูนย์สุขภาพชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด..... โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด	ปี
8. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ปี

ข้อมูลส่วนบุคคล

9. ประสบการณ์การอบรมเฉพาะด้านเพิ่มเติมของวิชาชีพเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ

1. ไม่เคย
2. เคยระบุ ได้แก่
- 2.1 หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว
 - 2.2 หลักสูตรทันตสาธารณสุข
 - 2.3 หลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ
 - 2.4 หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
 - 2.5 หลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น
 - 2.6 อื่นๆ โปรดระบุ.....
 - 2.7 อื่นๆ โปรดระบุ.....



ส่วนที่ 2 ด้านสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องว่าง ที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือ					
ข้อที่ 1 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ					
ข้อที่ 2 สามารถร่วมกันกับทีม ในการจัดแผน การดูแลผู้รับบริการได้					
ข้อที่ 3 สามารถสนับสนุนสมาชิกของทีมให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ					
ข้อที่ 4 สามารถสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมระหว่างการประชุมร่วมกัน หรือการสนทนาเพื่อให้วิชาชีพอื่นได้แสดงความคิดเห็น					
ข้อที่ 5 เมื่อเกิดความขัดแย้งภายในทีม สามารถจัดการและแก้ไขสถานการณ์ความขัดแย้งได้ด้วยหลักวิชาการ					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 6 มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำและผู้ตามที่ดีในการจัดการเพื่อส่งเสริมทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ดี (เช่น การเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในการประชุม การจัดการในการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน ฯลฯ)					
ข้อที่ 7 สามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง					
ข้อที่ 8 สามารถบูรณาการความรู้และศาสตร์ระหว่างวิชาชีพต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ					
ข้อที่ 9 จัดกระบวนการในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพของทีมสุขภาพ (เช่น การประสานงาน การจัดการให้มีระบบงานที่ดี การวางแผน ฯลฯ)					
ข้อที่ 10 สามารถสร้างบรรยากาศให้เกิดการสร้างนวัตกรรมภายในทีม					
ข้อที่ 11 สามารถให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็นทางสุขภาพของผู้รับบริการ					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 12 เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน ในการทำงานร่วมกัน สามารถ จัดการ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย เพื่อจัดการแก้ไขได้					
ข้อที่ 13 นำความรู้ในศาสตร์ของ วิชาชีพตนเอง มาใช้ร่วมกับทีมใน การดูแลผู้รับบริการได้อย่าง เหมาะสม					
สมรรถนะด้านการให้บริการที่ประชาชน และชุมชนเป็นศูนย์กลาง					
ข้อที่ 14 ทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ได้แก่ ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ในการ แก้ปัญหาสาธารณสุข					
ข้อที่ 15 ทำงานในพื้นที่โดยคำนึงถึง กลุ่มประชาชน ชุมชน ที่รับผิดชอบ ร่วมกับการดูแลสุขภาพระดับบุคคล					
ข้อที่ 16 จัดให้มีการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ทางสุขภาพที่ น่าเชื่อถือ ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เพื่อการตัดสินใจด้าน สุขภาพที่เหมาะสม					
ข้อที่ 17 สนับสนุน ให้เสนอ ข้อเสนอแนะ แก่ประชาชน และชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพและทีมภาคส่วนอื่นๆ					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 18 รับฟัง ปัญหาสาธารณสุข วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของ ประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับทีมสุขภาพ					
ข้อที่ 19 จัดกิจกรรมให้ประชาชนใน พื้นที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อการ ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและชุมชนเอง					
ข้อที่ 20 จัดให้มีช่องทางในการรับฟัง ปัญหาสุขภาพ ประเด็นข้อเสนอแนะ ของผู้ป่วยและประชาชน เพื่อนำมา วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสห วิชาชีพและทีมสุขภาพ					
ข้อที่ 21 ประเมินความต้องการ ความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย หรือประชาชน ในหลายมิติ เพื่อ นำมาร่วมกันออกแบบบริการของ ทีมสหวิชาชีพที่เป็นองค์รวม					
ด้านการสื่อสารและเคารพความแตกต่างของวิชาชีพ					
ข้อที่ 22 เต็มใจ ที่จะเปลี่ยนแปลง ความคิด ทัศนคติ เมื่อได้รับข้อมูล ใหม่ ที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ					
ข้อที่ 23 แสดงออกถึงการให้เกียรติ เคารพ บทบาทหน้าที่และความ รับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพในทีม					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 24 เมื่อในทีมมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ให้เกียรติต่อกัน					
ข้อที่ 25 ใช้การสื่อสารสองทาง ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ					
ข้อที่ 26 มีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ที่ถูกต้อง ละเอียด และครบถ้วน เพื่อการสื่อสารกันภายในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน					
ข้อที่ 27 สามารถใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้คำศัพท์มาตรฐานหรือคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ถูกต้อง เมื่อต้องสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ					
ข้อที่ 28 ยอมรับความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ					
ข้อที่ 29 เลือกช่องทางและวิธีการสื่อสารรวมถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ ให้มีประสิทธิภาพ					
ข้อที่ 30 สามารถสื่อสารกับญาติ ครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการทำงานของทีมได้					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 31 สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ถึงงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อทีมเข้าใจ ส่งต่องานกันได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ					
สมรรถนะด้านความชัดเจนของขอบเขตและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่					
ข้อที่ 32 แบ่งงาน หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายของทีม					
ข้อที่ 33 ตรวจสอบความถูกต้องของงานในหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตวิชาชีพของตน เพื่อเป้าหมายของทีม					
ข้อที่ 34 นำเสนอข้อมูล ความคิดเห็น ประเด็นการดูแลผู้รับบริการ ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานของทีมงานบรรลุเป้าหมาย					
ข้อที่ 35 ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง ตามขอบเขตวิชาชีพของตนเอง					
ข้อที่ 36 ทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของ แต่ละวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ					
ข้อที่ 37 สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ ผู้ปฏิบัติงานในทีม แสดงความคิดเห็น ตามทักษะ ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 38 ประเมินผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ					
ข้อที่ 39 สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน กำกับติดตาม เป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ					
สมรรถนะด้านการเรียนรู้สะท้อนคิดของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ					
ข้อที่ 40 อธิบายความคิด ความรู้สึก ความเครียด ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ					
ข้อที่ 41 ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จ ไม่สำเร็จ เมื่อต้องทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ได้ตามสถานการณ์					
ข้อที่ 42 สรุปประเด็น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานของทีมได้					
ข้อที่ 43 มีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อการปรับปรุงระหว่างทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	5 ทำได้ มากที่สุด	4 ทำได้ มาก	3 ทำได้ ปานกลาง	2 ทำได้ น้อย	1 ทำได้ น้อยมาก
ข้อที่ 44 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความ คิดเห็น ประสพการณ์ ข้อเสนอแนะ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายการดูแล สุขภาพของประชาชน					
ข้อที่ 45 ทบทวน บทบาทหน้าที่ ตนเอง งานที่ปฏิบัติ กับทีมสห วิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ					
สมรรถนะด้านให้คุณค่าการทำงานร่วมกันและทำงานทดแทนกัน					
ข้อที่ 46 มีการพูดคุยถึงคุณค่าของ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และรับฟังความคิดเห็นจาก ผู้รับบริการต่อประโยชน์ที่ได้รับจาก การทำงานแบบสหวิชาชีพ					
ข้อที่ 47 รับฟังความต้องการของทุก ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ที่สามารถนำไป พัฒนาและการให้บริการ					
ข้อที่ 48 ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็น คุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจ ใน การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชน					
ข้อที่ 49 สามารถทำงานทดแทนกัน ได้ระหว่างการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ ตามสถานการณ์อย่าง เหมาะสม					

ขอขอบทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 180/2020
IRB No. P3-0027/2563



AF 12-10/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยหลัก : นายบุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 พฤษภาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 พฤษภาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 พฤษภาคม 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2563
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2563
6. AF 04-10 สำหรับระยะที่ 1 สันทนาการผู้ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2563
7. AF 04-10 สำหรับระยะที่ 1 (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ ระดับนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2563
8. AF 04-10 สำหรับระยะที่ 2 (นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2563
9. AF 04-10 สำหรับระยะที่ 2 (ทดลองใช้เครื่องมือ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2563
10. AF 05-10 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 พฤษภาคม 2563
11. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤษภาคม 2563
12. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างการศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤษภาคม 2563
13. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤษภาคม 2563
14. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤษภาคม 2563

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี อุทัยแสงสุข)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

วันที่รับรอง : 18 กรกฎาคม 2563

วันหมดอายุ : 18 กรกฎาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าส่งใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่วันที่ใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณาการรับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



COA No. 180/2020
IRB No P3-0027/2563



AF 05-13/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยหลัก : นายบุญฤทธิ ประสิทธิ์ธำพันธุ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

เอกสารที่ได้รับการรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 เมษายน 2565
2. PF 02 ตารางสรุปการเปลี่ยนแปลง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 เมษายน 2565
3. แบบสอบถามฉบับเตรียมเก็บข้อมูล เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 เมษายน 2565
4. แบบเสนอโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 14 พฤษภาคม 2564
5. เอกสารแนบท้ายบันทึกข้อความการปรับแก้ไขแบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2565

ลงนาม

วิไลลักษณ์ อธิสุขสวัสดิกุล

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสกุลสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 27 เมษายน 2565

หมายเหตุ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรก (ถ้าเกี่ยวข้อง) มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 180/2020)

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



COA No. 180/2020
IRB No. P3-0027/2563



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ
ผู้วิจัยหลัก : นายบุญฤทธิ ประสิทธิ์นราพันธุ์
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 มิถุนายน 2565

ลงนาม

วิไลคุณ อธิสฤทธิพรหมสงกุล

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 18 กรกฎาคม 2563
วันหมดอายุ : 18 กรกฎาคม 2564
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 18 กรกฎาคม 2564
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 18 กรกฎาคม 2565
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 2 : 18 กรกฎาคม 2565
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 2 : 18 กรกฎาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ไปยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือไปโฆษณาถ้ามี) แบบสลับภาษา และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน 1 เดือน ก่อนใบรับรองหมดอายุ
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 180/2020)

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย (หากร้องขอล่วงหน้า) เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

