

การประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
ของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการภาครัฐ จังหวัดชลบุรี



ร้อยเอกหญิงเสาวนิตย์ แพงโพธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน
ของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการภาครัฐ จังหวัดชลบุรี

ผ. น.

ร้อยเอกหญิงเสาวนิตย์ แพงโพธิ์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลิระพันธ์, Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช, พบ.ม.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์มลินี สมภพเจริญ, ประ.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผ. น.

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล, ค.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน
ของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการภาครัฐ จังหวัดชลบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2554

.....

ร้อยเอกหญิงเสาวนิตย์ แพงโพธิ์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทร์โมลี, ศ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

.....

อาจารย์มลินี สมภพเจริญ, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช, พบ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดี
ยิ่งของ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์ และคณะกรรมการทุกท่าน ได้แก่ รศ.ชราดล เก่งการพานิช และ
อาจารย์ ดร.มลินี สมภพเจริญ ซึ่งเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้
ถ่ายทอดวิชาความรู้ และทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งตลอดจน พี่
เพื่อน น้อง วทม.(สาธารณสุขศาสตร์) เอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้แบ่งปัน
ประสบการณ์ให้ความช่วยเหลือ ตลอดเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานี
อนามัย และบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดชลบุรีทุกท่าน ที่สละเวลา ให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายนวนมินทราจีนี ทั้งในอดีตและปัจจุบัน
หัวหน้าแผนกพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน พี่ เพื่อน น้อง ที่ให้
ความอนุเคราะห์ให้เวลา ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา น้องสาว น้องชาย และครอบครัว ที่เป็นแรงกระตุ้น
ให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา รวมทั้งให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ
ด้าน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ร้อยเอกหญิงเสาวนิตย์ แวงโพธิ์

การประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี

CORE COMPETENCY EVALUATION OF PREVENTIVE AND CONTROL DIABETES HEALTH SERVICE
OF HEALTH OFFICER IN CHONBURI

ร.อ.หญิงเสาวนิตย์ แพงโพธิ์ 4936392 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ประสิทธิ์ ลิระพันธ์, Ph.D., ธราดล เก่งการพานิช, พบ.ม., มลินี สมภพเจริญ, ปร.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี ครอบคลุมสมรรถนะหลัก 3 ด้าน คือ ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ, ความรู้สึกรับผิดชอบ และทักษะที่จำเป็น ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ตัวอย่าง 239 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเที่ยงของสมรรถนะหลักเท่ากับ 0.9529 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการสถิติเปรียบเทียบ t-test และ One-way ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

การศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ในระดับมาก(14.6%) ระดับปานกลาง(46.0%) และระดับน้อย(39.4%) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักโดยรวม และด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ คือ สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน และภาระงานที่รับผิดชอบ ส่วนด้านความรู้สึกรับผิดชอบ คือ การศึกษา และการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การทำงาน และด้านทักษะที่จำเป็น คือ เพศ สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน และภาระงานที่รับผิดชอบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

จากผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่า สมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เต็มที่ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นการเฉพาะเพื่อยกระดับตามการทำงานของโรคเรื้อรัง โดยจัดทำหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนรู้ควรปรับให้สอดคล้องกับสภาพ และเงื่อนไข การทำงานของสถานบริการสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน รวมทั้งตำแหน่งงาน และหน้าที่รับผิดชอบ

คำสำคัญ : สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน/ บุคลากรทางการแพทย์/ สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

CORE COMPETENCY EVALUATION FOR PREVENTION AND CONTROL OF
DIABETES HEALTH SERVICE OF HEALTH OFFICER IN CHONBURI

CPT. SAOWANIT PAENGPHO 4936392 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : PRASIT LEERAPAN, Ph.D., THARADOL
KENGGANPANICH, M.A., MALINEE SOMPOPCHARUEN, Ph.D.

ABSTRACT

This survey study aimed to study core competency for prevention and control of diabetes and the relationship between related-factors and the core competency for prevention and control of diabetes, including the core competencies of academic preparedness, feeling of empowerment, and possessing the necessary skills, of health officers in the health service offices in Chonburi, Thailand. The sample was 239 health officers. Data were collected from questionnaires with a reliability at 0.9529, and analyzed by statistics including percentages, means, standard deviations (S.D.), paired t-tests, and one-way ANOVA.

The results revealed that 14.6% of the health officers have on overview of the core competency at a high level, 46.0% at a medium level, and 39.4% at a low level. Variables that had a significant statistical relationship with overview of the core competency were sex, work place, position, relationship with the head of the health officers, and responsible work load, with a reliability of 95%.

The results reflected that the core competency for prevention and control of diabetes of the health officers was not complete and health service administrators should examine policies and purposes for development of the core competency, especially for enhancing working knowledge about chronic disease, programs, and processes of knowledge management which can improve the conforming circumstances and conditions of those working in the health service offices at different levels, including position, duty, and responsibility.

KEYWORDS : CORE COMPETENCY FOR PREVENTION AND CONTROL OF
DIABETES / HEALTH OFFICER/ HEALTH SERVICE OFFICE

193 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	5
สมมติฐาน	5
ตัวแปรในการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ขอบเขตการศึกษา	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
1. ความรู้พื้นฐานในการวิจัย	10
2. สถานการณ์ในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน	21
3. แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	44
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49
กรอบแนวคิดงานวิจัย	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	58
รูปแบบการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	71
บทที่ 4 ผลการวิจัย	72
บทที่ 5 อภิปรายผล	116
บทที่ 6 สรุปผล และข้อเสนอแนะ	134
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	138
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	155
บรรณานุกรม	171
ภาคผนวก	177
ประวัติผู้วิจัย	193

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2544-2552	23
2.2 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชลบุรีปี พ.ศ. 2544-2552	24
3.1 แสดงจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ และวิชาชีพ ของสถาน บริการสุขภาพภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข ตามการคำนวณ	60
3.2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ และวิชาชีพ ของสถานบริการสุขภาพ ภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข	61
4.1 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะลักษณะประชากร	73
4.2 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามการพัฒนาความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน	75
4.3 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามปัจจัยทางสังคม	75
4.4 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามความยุ่งยากซับซ้อนใน การทำงานโรคเบาหวาน	76
4.5 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามการเร่งรัดนโยบายที่มุ่ง ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน	77
4.6 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามการเร่งรัดนโยบายที่มุ่ง ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน	77
4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะหลักในการป้องกัน และ ควบคุมโรคเบาหวาน	78
4.8 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามระดับสมรรถนะหลักใน การป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์	78
4.9 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการ ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทาง วิชาการที่สำคัญเป็นรายชื่อ	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.10 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกเสริมพลังเป็นรายข้อ	82
4.11 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็นเป็นรายข้อ	84
4.12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักการในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามกลุ่มอายุ	86
4.13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักการในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามเพศ	87
4.14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักการในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามการศึกษา	88
4.15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามสถานที่ทำงาน	89
4.16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักการในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามสถานที่ทำงาน	90
4.17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง ตามสถานที่ทำงาน	91
4.18 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานด้านทักษะที่จำเป็น ตามสถานที่ทำงาน	92
4.19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม ตามตำแหน่งงาน	93
4.20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามตำแหน่งงาน	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง ตามตำแหน่งงาน	95
4.22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านทักษะที่จำเป็น ตามตำแหน่งงาน	96
4.23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามกลุ่มระยะเวลาในการทำงานโรคเรื้อรัง	97
4.24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	99
4.25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ	101
4.26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในครอบครัว	102
4.27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	104
4.28 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	105
4.29 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	106
4.30 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน	107
4.31 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งสัมฤทธิ์ในการ ปฏิบัติงาน	109
4.32 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกเสริมพลัง ตามระดับการเร่งรัดของ นโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน	110

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.33 ตารางการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	111
4.34 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	112
4.35 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกระดมพลัง ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	112
4.36 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	113
4.37 จำนวนร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน ตามสถานที่ทำงาน	114

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
2.1 The Chronic Care Model	10
2.2 องค์ประกอบสมรรถนะ	15
2.3 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย และผู้ตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรี	23
2.4 การเปรียบเทียบอัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรี	25
2.5 วงจรการพัฒนากระบวนการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ	43

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED ของกรีน	46
2.2 แบบจำลอง PRECEED กับดัชนีของแต่ละระยะ	47
2.3 แบบจำลอง PRECE ระยะที่ 4 และ 5	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากอุบัติการณ์โรคเบาหวานของสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุขนั้น พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จาก 44 จังหวัดทั่วประเทศที่ส่งรายงานมีจำนวน 645,620 ราย และยังพบว่าผู้หญิงมีมากกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่าโดยพบโรคแทรกซ้อนที่เกิดที่หลอดเลือดแดง และการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 30 ภาพรวมของสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทุก 10 ปี คือ ตัวเลขปี 2529 2539 และ 2549 ยิ่งตอกย้ำให้เห็นว่าเบาหวานไม่ใช่เป็นเรื่องง่ายเลยนั้น คืออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 33 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มร้อยละ 100 ในปี 2539 และพุ่งสูงถึง ร้อยละ 586.8 ในอีก 10 ปีต่อมา⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยสูงขึ้นมากในทุกประเทศ และพบในทุกกลุ่มอายุประมาณร้อยละ 2.8 ในปี ค.ศ.2000 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยมีอัตราสูงขึ้นจากประมาณ 171 ล้านคนในปี ค.ศ. 2000 เป็น 366 ล้านคนในปี ค.ศ. 2003 นั่นคือ มีอัตราเพิ่มถึงสองเท่า ประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นถึง 150 % โรคเบาหวานเป็นโรคที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพจนถึงเสียชีวิต พบว่าประมาณ 8700 คนจะเสียชีวิตทุกวัน หรือ มีจำนวน 6 คนที่ตายทุกนาที⁽²⁾ สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) ได้คาดการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 20 - 79 ปีทั่วโลกว่ามีจำนวน 285 ล้านคน ในปี 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 438 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ประมาณ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นั้น คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้านคน ในปี 2553 ไปถึง 101 ล้านคนในปี 2573 เรียกว่าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 72 เลยทีเดียว ทุกวันนี้ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีอัตราการตายร้อยละ 6 ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ⁽¹⁾

การดูแลและการสร้างการตื่นตัวเรื่องการป้องกันโรคเรื้อรังผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะโรงพยาบาลควรเข้ามามีบทบาทเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคกับผู้ป่วย การณรงค์เพื่อสร้างความ

ตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิด ใช้ระยะเวลานานพอสมควร และต้องมีการเชื่อมต่อประสานงานกันอย่างดีระหว่างหน่วยงานในระดับต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อทั้งระบบบริการและสนับสนุน ส่วนหน่วยงานภาครัฐควรเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเพื่อลดจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างจริงจัง โดยการณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยจากความอ้วนและเบาหวาน เช่น กระทรวงศึกษาธิการควรสอดแทรกหลักสูตรเกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกาย เพื่อให้ความรู้กับเด็กในการเลือกบริโภคอาหารชนิดต่างๆ กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจกรอง และการรักษาอย่างเหมาะสม⁽³⁾ อีกทั้งบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ อาสาสมัครทางสาธารณสุขและตัวผู้ป่วยเอง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องการบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจุบันเป็นสิ่งที่ขาดมากในการรักษาโรคเบาหวาน คือ ระบบการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย (Diabetic Education Program) และผู้ให้การอบรม (Educator) สำหรับแพทย์ผู้รักษาส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญหรือยังไม่เข้าใจระบบการให้การศึกษาและประกอบกับมีผู้ป่วยที่ต้องดูแลมากขึ้นไป ด้วย จึงทำให้เกิดปัญหาการขาดบุคลากรที่จะช่วยแนะนำ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญ และขาดมาตรฐานในการให้การศึกษา รวมทั้งขาดคู่มือ⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะกำหนดให้ วันที่ 14 พฤศจิกายนของทุกปีเป็นวันเบาหวานโลก (World Diabetes Day) แต่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานก็ยังมีจำนวนมากอยู่ และแม้จะมีการวิจัยเรื่องการจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากมาย แต่แนวโน้มของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานก็ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมียงานวิจัยที่แสดงว่าในประเทศไทยยังขาดมาตรฐานในการให้การศึกษา⁽⁵⁾

ประเด็นสำคัญในเรื่องการดำเนินงานเรื่องโรคเบาหวาน คือ เมื่อโรคเบาหวานมีความสำคัญ ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) องค์การอนามัยโลก(WHO) และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการกำหนดมาตรฐานต่างๆ รูปแบบการทำงานด้านเบาหวาน เป็นต้น แต่สิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่ากันเลย คือ ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเราจะแก้ปัญหาโรคเบาหวาน ลดการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เราควรจะมีเรื่องอะไร เราควรมีความรู้ ทักษะ หรือทัศนคติ อย่างไรในการทำงาน เพราะโรคเบาหวานโดยหลักแล้วเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยด้านพันธุกรรมมีผลเป็นส่วนน้อย จึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ประชาชน

ผู้ป่วย ชุมชน ตลอดจนองค์กรภาครัฐ และเอกชน ในการเข้ามามีบทบาทในการช่วยกันจัดการเรื่องนี้ และตัวการหลักในการดำเนินงาน และจัดการเรื่องนี้ก็คงไม่พ้นบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การประสานงาน ฯลฯ ซึ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการการทำงาน เพราะมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน คำถามคือ บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมมากน้อยเพียงใด มีเครื่องมือที่จะสามารถวัดได้หรือไม่ว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน คือ ตั้งแต่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งแต่ละกลุ่มก็มีบริบทที่ต่างกัน จากการศึกษาพบว่าเครื่องมือหลักที่ใช้ ประเมินการทำงานของบุคลากรด้านต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้รับการยอมรับ และนิยมใช้เรื่องการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรในสาขาต่างๆ คือ สมรรถนะ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสามารถใช้ในการ สรรหา คัดเลือกพัฒนา และประเมินผลงานของบุคลากรได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของตำแหน่งงาน และองค์กรมากที่สุด นอกจากนี้แนวคิดสมรรถนะยังเชื่อมโยงกับการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)⁽⁶⁾

David C. McClelland ได้แสดงแนวคิดของเขาในเรื่อง Competency ไว้ในบทความชื่อ Testing for Competence Rather Than Intelligence ว่า "IQ (ประกอบด้วยความถนัดหรือความเชี่ยวชาญทางวิชาการ ความรู้ และความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ) ไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ดีของผลงานและความสำเร็จโดยรวม แต่ Competency กลับเป็นสิ่งที่สามารถคาดหมายความสำเร็จในงานได้ดี กว่า" ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า "ผู้ที่ทำงานเก่ง" มิได้หมายถึง "ผู้ที่เรียนเก่ง" แต่ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการทำงานต้องเป็นผู้ที่สามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่ในตนเองเพื่อก่อให้เกิด ประโยชน์ในงานที่ตนปฏิบัติ จึงเรียกว่า คนนั้นมี "Competency" ที่เหมาะสมกับงานนั้นๆ⁽⁷⁾

สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และคุณลักษณะ (Attributes) ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานใดงานหนึ่ง (Job Roles) ให้ประสบความสำเร็จและมีความโดดเด่นกว่าคนอื่น ๆ ในเชิงพฤติกรรม⁽⁸⁾ สมรรถนะมีหลายประเภท แต่ประเภทที่ตรงกับการมาใช้ ในการประเมินความพร้อมในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวาน คือ สมรรถนะหลัก หรือความสามารถสำคัญที่บุคคลต้องมี หรือต้องทำเพื่อให้บรรลุ ตามเป้าหมายที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงสนใจใช้สมรรถนะหลัก ในการประเมินความพร้อมของบุคลากร ทางแพทย์ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน คือ การดูแลตั้งแต่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วย โดยจะแบ่งการประเมินสมรรถนะหลัก เป็น 3 ด้าน คือ ความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ การสร้างพลัง และทักษะในการทำงานที่ทำงานประจำสถานบริการภาครัฐ คือ โรงพยาบาล สถานี

อนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะมีความแตกต่างกันในแต่ละที่ในด้านการทำงาน และบุคลากรทางการแพทย์ คือ กลุ่มของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พื้นที่ที่สนใจทำการศึกษาวิจัย คือ จังหวัดชลบุรี เนื่องจากจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายของพื้นที่ คือ เป็นทั้งพื้นที่ส่วนการเกษตรกรรม การประมง อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว เป็นต้น จากสถิติที่รวบรวมโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ⁽⁹⁾ ตั้งแต่ปี 2547จนถึงปี 2552 จังหวัดชลบุรีมีจำนวนและอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี ในปี 2547 (อัตรา 254.42) ในปี 2548 (อัตรา 374.36) ในปี 2549 (อัตรา 430.02) ในปี 2550 (อัตรา 510.98) ในปี 2551 (อัตรา 587.96) และ ในปี 2552 (อัตรา 897.00) จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในระยะ 5 ปีมีอัตราการเพิ่มถึง 3.5 เท่า จังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาในเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ที่เริ่มตั้งแต่ปี 2547 – 2551 ที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นรูปแบบเฉพาะเจาะจงของชลบุรีเท่านั้น ผู้คิดรูปแบบนี้คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีในสมัยนั้น คือ นายแพทย์ศุภชัย วัฒนา रूपแบบ นั้น เรียกว่า Life Style Clinic⁽¹⁰⁾ เป็นรูปแบบการบริการทั้งเชิงรุก และเชิงรับที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ที่เข้าไปถึงชุมชน และหลังจากได้มีการพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน พร้อมทั้ง สปสช.เองได้จัดทำโครงการ การบริหารจัดการจัดโครงการ ดูแลรักษาโรคเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจร (Disease Management program : Diabetes Mellitus)⁽¹¹⁾ และมีการจัดสรรงบประมาณซึ่งในระยะที่ 2 ปี 2551 (1 ตุลาคม 2550 – 30 กันยายน 2551) ดำเนินการนำร่องระยะขยายผล จำนวน 26 จังหวัด โดยจะให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่พิจารณาจากความพร้อมของจังหวัด ทั้งในแง่ความพร้อม ยุทธศาสตร์ ดำเนินการ โครงสร้างพื้นฐานและระบบส่งต่อ การจัดการด้าน Diabetic Education ของจังหวัด ซึ่งหนึ่งในจำนวน 26 จังหวัด มีการดำเนินงานในการคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับระบบส่งข้อมูลในการคัดกรองเป็นระบบ online การมีพัฒนาการในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน เป็นจังหวัดที่ถูกเลือกในโครงการการจัดการโรคเบาหวานของสปสช. ผู้วิจัยมีความสนใจ เรื่องสมรรถนะหลักในบุคลากรทางการแพทย์ใน จังหวัดชลบุรี บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในจังหวัดที่มีรูปแบบเฉพาะในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน มีพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลงการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ สปสช. เลือกเป็นพื้นที่ในการดำเนินการนำร่อง โครงการการจัดการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะขยายผล ซึ่งน่าสนใจ และมีคำถามว่าบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดมีสมรรถนะหลักในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน เป็นอย่างไร มีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

เพื่อให้ บุคลากรทางการแพทย์ นำผลการประเมินสมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะหลักการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นแนวทางให้กับผู้บริหาร สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีในการจัดหลักสูตรในการฝึกอบรมเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ให้สอดคล้องกับบริบทและเป็นไปตามมาตรฐานที่องค์กรกำหนด และหน่วยงานอื่นได้นำไปปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ในองค์กรต่อไป

คำถามการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน มากน้อยเพียงใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกเสริมพลัง และทักษะที่จำเป็น
2. เพื่อศึกษาปัจจัย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

สมมติฐาน

1. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็น มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน

2. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกละเมิมพลึง และ ทักษะที่จำเป็นแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง งาน ประสบการณ์ในการทำงานโรคเรื้อรัง ฐานะทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

3. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกละเมิมพลึง และ ทักษะที่จำเป็นแตกต่างกันตามปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน

4. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกละเมิมพลึง และ ทักษะที่จำเป็นแตกต่างกันตามปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน การเร่งรัด ของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน และภาระงานที่รับผิดชอบ

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และฐานะเศรษฐกิจ

1.2 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน

1.3 ปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ความยุ่งยากและซับซ้อนของงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน และภาระงานที่รับผิดชอบ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกละเมิมพลึง และทักษะที่จำเป็น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ หมายถึง สถานิอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

2. บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี

3. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน หมายถึง ความสามารถในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกระดมพลัง และทักษะที่จำเป็น ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 ความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ หมายถึง ความสามารถทางวิชาการในเรื่อง เนื้อหาวิชาการและเครื่องมือวิชาการในการทำงานป้องกันและป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ คือ

1. เนื้อหาวิชาการ หมายถึง ความสามารถทางวิชาการที่ครอบคลุมเรื่องหลักการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนและชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและประชาชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน และหลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2. เครื่องมือวิชาการ หมายถึง ความสามารถทางวิชาการที่ครอบคลุมเรื่องการวางแผนปฏิบัติการ การประเมินผล การถอดบทเรียน และการวิจัยโดยประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

3.2 ความรู้สึกระดมพลัง หมายถึงความเชื่อมั่นในการทำงานด้านป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมใน 4 เรื่อง คือ

1. ความเชื่อมั่นในหลักการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
2. ความเชื่อมั่นในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน/ผู้ป่วยและญาติ
3. ความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมของประชาชน/ผู้ป่วยและญาติ
4. ความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุน

3.3 ทักษะที่จำเป็น หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำงาน ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ครอบคลุมใน 4 เรื่อง คือ

1. การเข้าถึงและได้รับการยอมรับจากประชาชนและชุมชน/ผู้ป่วยและญาติ
2. การถอดบทเรียนการพัฒนาของประชาชนในฐานะผู้อำนวยความสะดวก
3. การสื่อสารสุขภาพกับประชาชน/ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล กลุ่ม และเป็นชุมชนหรือสังคม
4. การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อสร้างเสริมการเรียนรู้

4. ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ได้ทำงานการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังจนถึงเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล คิดเป็นจำนวนเต็มเป็นปี ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปคิดเป็นจำนวนเต็ม

5. ฐานะเศรษฐกิจ หมายถึง ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายของตัวเอง และครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเหลือเก็บ กลุ่มพอกินพอใช้ และกลุ่มไม่พอใช้

6. การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับความรู้ จากการอบรมความรู้ การฝึกทักษะ การประชุม/สัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ การศึกษาดูงาน เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน

7. ความยุ่งยากและความซับซ้อนของงานป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน หมายถึง การมีกระบวนการในการทำงานมากกว่า 1 ขั้นตอน และหรือไม่สามารถทำให้สำเร็จโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานกับหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

8. การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน หมายถึง งานที่ปฏิบัติอยู่ได้รับการเร่งรัดและติดตามผลจากหัวหน้าหน่วยงาน หรือหน่วยงานที่อยู่เหนือขึ้นไป

9. ภาระงานที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายและรับผิดชอบ

10. ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวในเรื่อง การขัดแย้งทะเลาะ การขัดแย้งทำร้ายร่างกาย การสังสรรค์หรือมีกิจกรรมร่วมกัน และการปรึกษาหารือ มีผลต่อสมรรถนะหลักในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

11. ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในเรื่อง การขัดแย้งทะเลาะเรื่องส่วนตัวที่มีผลต่อการทำงาน การขัดแย้งทะเลาะเรื่องการทำงาน การสังสรรค์หรือทำกิจกรรมร่วมกันนอกเหนือจากการทำงาน และการสนับสนุนช่วยเหลือกันในการทำงาน มีผลต่อสมรรถนะหลักในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

12. ความสัมพันธ์ของหัวหน้าหน่วยงาน หมายถึง ลักษณะ การปฏิบัติของหัวหน้างานต่อบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่อง การใช้อำนาจในการดำหนิ/ติเตียน การไม่รับฟังความคิดเห็น การให้คำปรึกษา/คำแนะนำ และความโปร่งใสในการบริหารจัดการ ที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ในทางที่ดี

ขอบเขตการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ประจำสถานบริการสุขภาพของรัฐ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์

2. การศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ การประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานในการวิจัย

- 1.1 รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
- 1.2 สมรรถนะการทำงาน (Competency)

2. สถานการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

- 2.1 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานในประเทศไทย
- 2.2 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานในชลบุรี
- 2.3 รูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน

3. แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

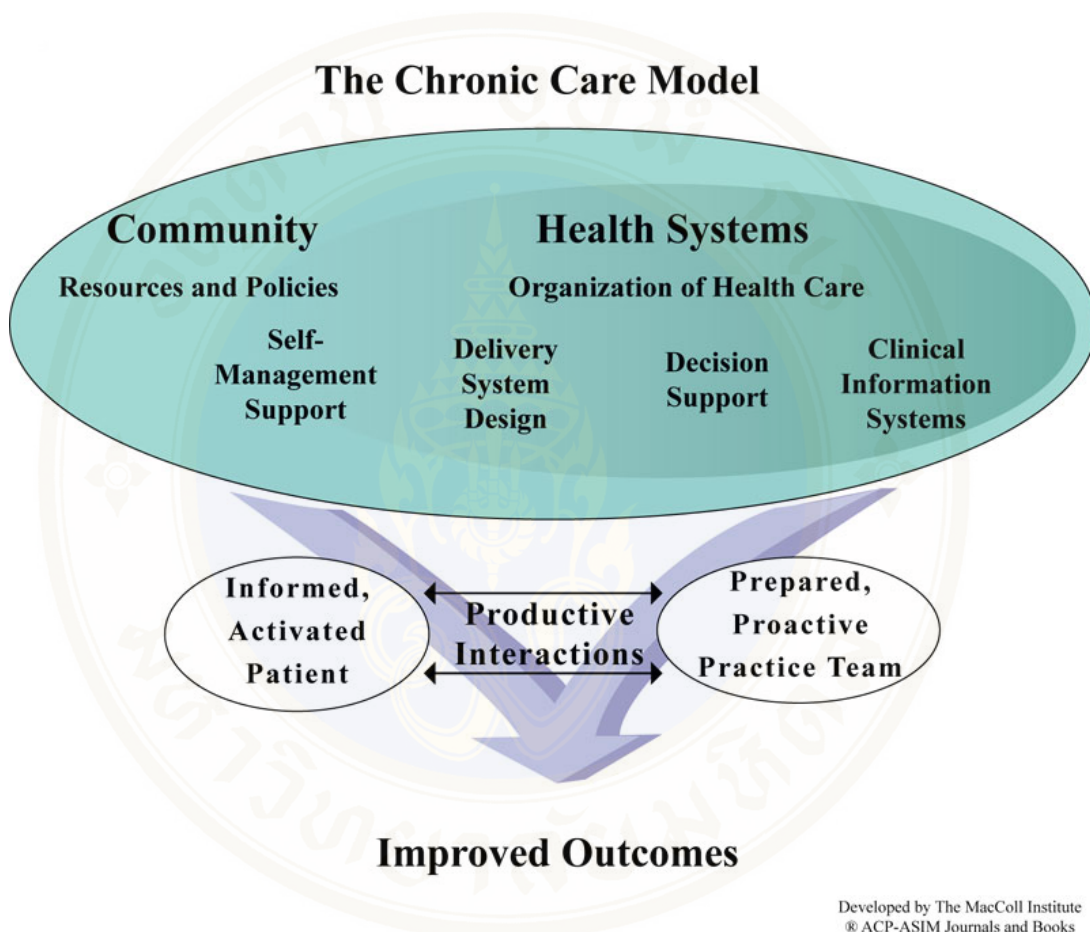
5. กรอบความคิด

1. ความรู้พื้นฐานในการวิจัย

1.1 Chronic Care Model (CCM)⁽¹²⁾

Chronic Care Model (CCM) พัฒนาขึ้นใน พ.ศ.2545 โดย MacColl Institute for Healthcare Innovation ในสหรัฐอเมริกา เพื่อเป็นเค้าโครงในการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรัง (ในที่นี้ นิยาม Chronic illness ว่าเป็น any condition that requires ongoing activities and response from patients and

their personal caregivers, as well as medical care system. ซึ่งนอกจาก physical chronic illnesses ยังรวมถึง mental disorders และ behavioral disorders ด้วย) ต่อมา model นี้ได้นำไปใช้ในประเทศอื่นๆ และมี การดัดแปลง เพิ่มเติม model บางส่วน เช่น Extended Chronic Care Model (ECDM) ของ British Columbia health network แคนาดา ซึ่งเพิ่มรายละเอียดในส่วน Community resource เป็นต้น



ภาพที่ 2.1 The Chronic Care Model

จากภาพที่ 2.1 เมื่омองจากล่างขึ้นบน อธิบายได้ว่า ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง คือการลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วย (เมื่อหน่าย, หมดกำลังใจ, ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ไม่ทราบประวัติเดิม, แพทย์ไม่มีเวลา, รับภาระผู้ป่วยที่เกิด complication) เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างผู้ป่วย (ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลถูกต้อง และมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลสุขภาพ) กับผู้บริการทางการแพทย์ (เตรียมพร้อม, ทำงานเชิงรุก) ทั้งนี้มีองค์ประกอบสำคัญอยู่ 6 ประการคือ

1. Community partnership

นั่นคือ ให้เกิดความร่วมมือขององค์กรในชุมชน เช่น สถานที่ทางศาสนา ชมรม โรงเรียน หน่วยบริหาร ท้องถิ่น ในการนำทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ เงิน สนับสนุน หรือ นโยบายสาธารณะ มาประสานกับ โรงพยาบาล เพื่อดูแลสุขภาพคนในชุมชนนั่นเอง (Mobilize community resources to meet needs of patients)

2. Health Systems organization

ระบบขององค์กรที่เอื้อต่อการนำ Chronic care model มาใช้ คือ มีการระบุผู้รับผิดชอบหลักของโครงการและ ผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของโครงการ (Visibly support improvement at all levels of the organization, beginning with the senior leader) และสร้างคุณภาพงานบริการด้วยการ สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (provide incentives based on quality of care)

3. Self-management support

สร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วย เป็นผู้ตั้งเป้าหมายการ รักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะ สุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเอง ได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care) การให้ผู้ป่วย เป็นผู้สอนผู้ป่วยด้วยกันเอง (laid leader) ช่วยสร้างความภูมิใจ แก่ผู้ป่วยต้นแบบเอง และยังสร้าง ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แก่ผู้ป่วยรายอื่น

4. Delivery System Design

จัดวางรูปแบบการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามความแตกต่างของแต่ละ กลุ่ม เช่น ตามความ ซับซ้อนของโรคเรื้อรัง (clinical case management services for complex patients) หรือ ตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม (Give care that patients understand and that agrees with their cultural background)

5. Decision support

มีระบบสนับสนุนให้แพทย์ใช้ความรู้ที่ทันสมัย และ Evidence-based guidelines ในการตัดสินใจให้การรักษา รวมทั้งการแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยอาจจัดประชุมวิชาการเพื่อ Continuous

Medical Education (CME) หรือเพิ่มความสะดวก ให้กับแพทย์ที่ไม่ค่อยมีเวลาติดตามวิชาการ ด้วยการมีผู้ช่วย ให้คำแนะนำปรึกษา ที่เรียกว่า Academic detailer

6. Clinical information system

ระบบเชื่อมโยง medical record ในบางการศึกษาพบว่าระบบข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ากับการปฏิบัติงาน (integration with workflow) และใช้ร่วมกันได้(allowing data sharing) เป็นปัจจัยสำคัญมากในความสำเร็จของระบบดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนในการสร้าง Chronic disease management model.

a. Identifying patients

กำหนดลักษณะผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย อาทิ สิทธิบัตรการรักษาพื้นที่อยู่อาศัย

b. Understanding patient needs and available resources

สำรวจ รวบรวมข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานด้านสุขภาพ ในพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย.

c. Developing Chronic Disease Management Programs

การจัดทำแนวปฏิบัติ (Protocal) โดยอ้างอิงจาก Evidence based clinical practice guideline และปรับให้เหมาะสม กับทรัพยากรขององค์กร

d. Delivering Chronic Disease Management programs

การรวบรวมจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อทำกิจกรรมร่วม เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค , การร่วมกันออกกำลังกาย, การ วางแผนเพื่อดูแลตัวเองที่บ้าน

e. Coordinating Chronic Disease Management programs

การวางระบบเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างแพทย์ หรือหน่วยงานดูแลสุขภาพส่วนต่าง ๆ เช่น ข้อมูลที่ OPD ของ specialty ต่างๆ หรือ ข้อมูลของโรงพยาบาล กับข้อมูลของ Home health care

f. Measuring success-evaluating chronic disease management programs

การประเมินผลของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยอาจประเมินจากการบรรลุมิติวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (เช่น ลดอัตราการ readmission, ลด complication rate) หรือประเมินจาก feedback ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

1.2 สมรรถนะการทำงาน (Competency)

สมรรถนะ (competency) เป็นปัจจัยในการทำงานที่เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กร โดยเฉพาะการเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะสมรรถนะเป็นปัจจัยช่วยให้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนางานองค์กรปัจจุบันจึงมีองค์การจำนวนมากได้นำแนวคิดสมรรถนะ (Competency) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสามารถใช้ในสรรหา คัดเลือก พัฒนาและประเมินผลงานของบุคลากรได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของตำแหน่งงานและองค์การมากที่สุดเป็นผลทำให้้องค์การมีความได้เปรียบเชิงการพัฒนา นอกจากนี้แนวคิดสมรรถนะ ยังเชื่อมโยงกับการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ซึ่งเป็นองค์การที่ผู้บริหารทั้งหลายใฝ่ฝันที่จะสร้างขึ้นมาสมรรถนะการปฏิบัติมีหลายประเภทเช่น สมรรถนะหลัก (Core Competency) สมรรถนะประจำสายงาน (Functional Competency)⁽⁶⁾

1.2.1 ความหมายของสมรรถนะ

David C. McClelland⁽⁷⁾ ให้ความหมายว่า สมรรถนะ คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในของแต่ละคนซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติที่ดี หรือตามเกณฑ์ที่กำหนด

Scott B. Parry⁽⁷⁾ ให้ความหมายว่า สมรรถนะ คือ กลุ่มของความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ ที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งมีผลกระทบต่องานหลักของตำแหน่งงานหนึ่งๆ โดยกลุ่มความรู้ ทักษะและคุณลักษณะดังกล่าว สัมพันธ์กับผลงานของตำแหน่งงานนั้นๆ และสามารถวัดผลเทียบกับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และเป็นสิ่งที่สามารถเสริมสร้างขึ้นได้ โดยผ่านการฝึกอบรมและการพัฒนา

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน⁽¹³⁾ “สมรรถนะ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ/ความสามารถและคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ในองค์กร” กล่าวคือ การที่บุคคลจะแสดง

สมรรถนะใดสมรรถนะหนึ่งได้ มักจะต้องมีองค์ประกอบของทั้งความรู้ ทักษะ/ความสามารถและคุณลักษณะอื่น ๆ

กรมการแพทย์⁽¹⁴⁾ สมรรถนะ คือ ความรู้ ทักษะ และ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งจำเป็นต้องมีในการปฏิบัติงานตำแหน่งหนึ่งๆ ให้ประสบความสำเร็จ โดยได้ผลงานสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือโดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานในสถานการณ์ที่หลากหลายกว่า

ดร.เจริญวิทย์ สมพงษ์ธรรม⁽⁶⁾ สมรรถนะคือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะต่างๆ ที่เป็นทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานในความรับผิดชอบ โดยอย่างมีประสิทธิภาพทำให้องค์การประสบผลสำเร็จได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไป

ปิยะชัย จันทรวงศ์ไพศาล⁽¹⁵⁾ สมรรถนะคือ ทักษะ ความรู้ และพฤติกรรมของบุคลากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถทำงานจนบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานนั้น

สรุปได้ว่า ความหมายของสมรรถนะ คือ ความสามารถของบุคคล ในด้าน ความรู้ บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.2 องค์ประกอบสมรรถนะ (ดังภาพที่ 2.2)⁽¹⁶⁾



ภาพที่ 2.2 องค์ประกอบสมรรถนะ

1. **ทักษะ (Skill)** หมายถึง ความสามารถหรือความชำนาญในการปฏิบัติงานทั้งด้านการใช้ทักษะของร่างกายและการใช้ทักษะการคิดทางสมอง “บุคคลต้องสามารถทำอะไรได้.”

2. **ความรู้ (Knowledge)** ข้อมูล หรือเนื้อหาเฉพาะของวิชาชีพ “บุคคลต้องมีความรู้อะไรบ้าง” จึงจะปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ

3. **คุณลักษณะ (Attributes)** “บุคคลต้องมีคุณลักษณะอย่างไร” ซึ่งประกอบด้วย

- แรงจูงใจ - สิ่งต่างๆ ที่เป็นแรงขับให้บุคคลกระทำ พฤติกรรม
- อุปนิสัย - ลักษณะทางกายภาพที่มีการตอบสนองต่อข้อมูล หรือสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ
- อัตมโนทัศน์ - หมายถึงทัศนคติ ค่านิยม หรือ จินตภาพ ส่วนบุคคล

1.2.3 ประเภทของสมรรถนะ

1.2.3.1 การแบ่งสมรรถนะของนักวิชาการ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ทรรศนะที่แตกต่างกันออกไป โดย ฌวงค์วิทย์ แสนทอง⁽¹⁶⁾ ได้ทำการสมรรถนะออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สมรรถนะหลัก (Core Competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และอุปนิสัยของคนในองค์กร โดยรวมที่จะช่วยสนับสนุนให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ได้

2. สมรรถนะตามสายงาน (Job Competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่จะช่วยส่งเสริมให้คนนั้น ๆ สามารถสร้างผลงานในการปฏิบัติงานตำแหน่งนั้น ๆ ได้สูงกว่ามาตรฐาน

3. สมรรถนะส่วนบุคคล (Personal Competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้โดดเด่นกว่าคนทั่วไป เช่น สามารถอาศัยอยู่กับแมงป่องหรือสรพิษได้ เป็นต้น ซึ่งเรามักจะเรียกสมรรถนะส่วนบุคคลว่าความสามารถพิเศษส่วนบุคคล

จิรประภา อัครบวร⁽⁸⁾ กล่าวว่า สมรรถนะในตำแหน่งหนึ่งๆ จะประกอบไปด้วย 3 ประเภท ได้แก่

1) สมรรถนะหลัก คือ พฤติกรรมที่ดีที่ทุกคนในองค์กรต้องมีเพื่อแสดงถึงวัฒนธรรมและหลักนิยมขององค์กร

2) สมรรถนะบริหาร (Professional Competency) คือ คุณสมบัติความสามารถด้านการบริหารที่บุคลากรในองค์กรทุกคนจำเป็นต้องมีในการทำงานเพื่อให้งานสำเร็จ และสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ ขององค์กร

3) สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical Competency) คือ ทักษะด้านวิชาชีพที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ โดยจะแตกต่างกันตามลักษณะงาน โดยสามารถจำแนกได้ 2 ส่วนย่อย ได้แก่ สมรรถนะเชิงเทคนิคหลัก (Core Technical Competency) และสมรรถนะเชิงเทคนิคเฉพาะ

1.2.3.2 การแบ่งสมรรถนะของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ได้แบ่งประเภทของสมรรถนะ เป็น 2 ประเภทดังนี้

1. สมรรถนะขององค์กร (Organizational Competency) ซึ่งจะบ่งบอกได้ว่าองค์กรควรมีทิศทาง การดำเนินงานหรือยุทธศาสตร์ไปในทิศทางใด สมรรถนะขององค์กรหมายถึง กลยุทธ์ และความสามารถเปรียบขององค์กรในการแข่งขัน ซึ่งการกำหนดสมรรถนะขององค์กรจะต้องมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร และค่านิยมขององค์กร และสมรรถนะขององค์กรจะต้องมีลักษณะเป็นตัวผลักดัน ให้วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร และยุทธศาสตร์ขององค์กรประสบความสำเร็จ สมรรถนะหลัก (Core Competency) บางองค์กรอาจเรียกว่า สมรรถนะทั่วไป (General Competency) หมายถึงคุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม) ที่ทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมีเพื่อที่จะทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้สำเร็จลุล่วงตามวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) เป้าหมาย แผนงานและโครงการต่างๆขององค์กร

2. สมรรถนะตามสายวิชาชีพ (Functional Competency) หรือ บางองค์กรเรียกว่า “Technical Professional/Position/Job Competency” หมายถึง คุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม) ที่บุคคลในแต่ละสายวิชาชีพจำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะมีสมรรถนะที่แตกต่างกันไปตามหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทกล่าวคือ

1) สมรรถนะร่วมของทุกตำแหน่งในกลุ่มงาน/สายวิชาชีพ (Common Functional Competency) หมายถึง คุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม) ที่บุคคลในทุกตำแหน่งงานในสายวิชาชีพเดียวกันหรือกลุ่มงานเดียวกัน (Job Families) จำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ

2) สมรรถนะเฉพาะตำแหน่งในกลุ่มงาน/สายวิชาชีพ (Specific Functional Competency) หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะ (ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม) ของแต่ละตำแหน่งในกลุ่มงาน/สายวิชาชีพเดียวกันจำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ

จึงอาจสรุปได้ว่า สมรรถนะสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ สมรรถนะหลัก และสมรรถนะตามวิชาชีพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจในการนำ สมรรถนะหลักในการมาประเมินความพร้อมในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

1.2.4 ความสำคัญและประโยชน์ของสมรรถนะ

สมรรถนะ (Competency) เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่น่ามาเป็นพื้นฐานจัดทำระบบหรือ วางแนวทางในการพัฒนา ทรัพยากรบุคคลขององค์กรให้สอดคล้องกับกลยุทธ์และเป้าหมายในการดำเนินขององค์กร และนำมาใช้กับการบริหาร ทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีประสิทธิภาพ สมรรถนะจึงมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร กล่าวคือ

- เป็นเครื่องมือช่วยในการแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ วัฒนธรรมองค์กร และยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ขององค์กรมาสู่กระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล
- เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรในองค์กรอย่างมีระบบ ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ วัฒนธรรมองค์กร และยุทธศาสตร์ขององค์กรเป็นมาตรฐานการแสดงผลพฤติกรรมที่ดีในการทำงานของบุคลากร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลในด้านต่าง ๆ ขององค์กร เช่น การสรรหาและคัดเลือกบุคลากร การพัฒนาบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าทางอาชีพ การวางแผนการสืบทอดตำแหน่ง และการจ่ายผลตอบแทน เป็นต้น

1.2.5 การประเมินสมรรถนะ

การประเมิน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดคุณค่าของสิ่งที่สนใจด้วยการ สรุปล้างอิงจากสิ่งที่สังเกตได้โดยตรงจากที่เป็นตัวชี้บ่งคุณค่านั้น เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ตัดสินคุณค่านั้น วิธีการกำหนดคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมินขึ้นอยู่กับความเชื่อและประสบการณ์ของนักประเมิน ว่ายึดถือมาตรการลักษณะใดในการเข้าถึงคุณค่าและตัดสินคุณค่านั้นอาจยึดตามแนวอัตนนิยมซึ่งเน้นวิธีการประเมินโดยวิธีเชิงธรรมชาติ หรือยึดแนวปรนัยนิยมซึ่งเน้นการประเมินโดยวิธีการเชิงระบบ⁽¹⁷⁾ และเป็นกระบวนการอย่างมีระบบที่นำมาใช้ต่อเนื่องจากการวัดเพื่อตีค่า และคุณค่าของสิ่งที่เราวัด โดยมีเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์หรือมาตรฐานเป็นตัวเปรียบเทียบ⁽¹⁸⁾

ดังนั้นการประเมินสมรรถนะจึงเป็นการตัดสิน ดีค่า หาคุณค่า จากความรู้ความสามารถ ทักษะ ทักษะคิดและบุคลิกลักษณะของบุคคลที่แสดงออกมาทางพฤติกรรมและการปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ การประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพนั้น ผู้ประเมินอาจเป็นตัวเอง ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ซึ่งวิธีการประเมินนั้นสามารถจะทำได้หลายรูปแบบ วิธีการประเมินที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การสังเกตขณะปฏิบัติงาน การตรวจสอบงาน และการพิจารณาโดยใช้เครื่องมือวัด⁽¹⁹⁾ สรุปได้ดังนี้

(1) การสังเกตขณะปฏิบัติงาน (Performance observation) เป็นการตรวจและสังเกตขณะปฏิบัติงานอยู่ มีการบันทึกอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้ทราบสถานการณ์ที่บุคลากรใช้แก้ปัญหาและตัดสินใจ ข้อดี ผู้บังคับบัญชาทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้จากการบันทึก ทำให้การประเมินมีความถูกต้องเหมาะสม ข้อเสีย ผู้บังคับบัญชามักไม่ได้ทำการบันทึกไว้ทำให้จำเหตุการณ์ไม่ได้เมื่อถึงเวลาประเมิน

(2) การตรวจสอบงาน (Job evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลงานที่ปรากฏทั้งปริมาณและคุณภาพกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ วิธีนี้เน้นผลสำเร็จของงานมากกว่าตัวบุคคล โดยจะบันทึกผลการปฏิบัติงานว่า ดีเยี่ยม ดีมาก ดี หรือ พอใช้ เป็นต้น ข้อดี ใช้กับการบริหารสมัยใหม่ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยพิจารณาผลสำเร็จของงานเป็นสำคัญ และยังใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการฝึกอบรม พัฒนา หรือพิจารณาผลตอบแทนได้ต่อไป ข้อเสีย ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาต้องมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี เพราะเป็นเรื่องไม่ง่ายที่จะนำไปปฏิบัติ

(3) การพิจารณาตามเครื่องชี้วัด (Graphic scale หรือ Rating scale) โดยมีแบบฟอร์มการประเมิน แสดงรายการและระดับคะแนนไว้ตามความสำคัญของงานจากมากไปหาน้อย เป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุด ข้อดี ทำให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุงส่งเสริมการทำงานต่อไป ข้อเสีย ถ้าผู้

ประเมินไม่เข้าใจความหมายของตัวเลขที่กำหนดไว้ ทำให้ผลการประเมินที่ได้เบี่ยงเบนไปทำให้เชื่อถือได้ยาก

สำนักงาน ก.พ.⁽¹⁴⁾ ได้กล่าวถึงประเภทของการวัดหรือการประเมินสมรรถนะโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

(1) Tests of performance เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบทำงานบางอย่าง เช่น การเขียนคำอธิบายตอบ การเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด หรือการคิดว่าถ้ารูปทรงเรขาคณิตที่แสดงบนจอหมุนไปแล้วจะเป็นรูปใด แบบทดสอบประเภทนี้ออกมาเพื่อวัดความสามารถของบุคคลภายใต้เงื่อนไขของการทดสอบ ตัวอย่างของแบบทดสอบประเภทนี้ ได้แก่ แบบทดสอบความสามารถทางสมองโดยทั่วไป (general mental ability) แบบทดสอบที่วัดความสามารถเฉพาะเช่น special ability หรือความเข้าใจด้านเครื่องยนต์กลไก และแบบทดสอบที่วัดทักษะ หรือความสามารถทางด้านร่างกาย

(2) Behavior observations เป็นแบบทดสอบที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับการทดสอบในบางสถานการณ์ แบบทดสอบประเภทนี้ต่างจากแบบทดสอบประเภทแรกตรงที่ผู้เข้ารับการทดสอบไม่ได้ต้องพยายามทำงานอะไรบางอย่างที่ออกแบบมาเป็นอย่างดีแล้ว แต่เป็นการถูกสังเกตและประเมินพฤติกรรมในบางสถานการณ์ เช่น การสังเกตพฤติกรรมการเข้าสังคมพฤติกรรมการทำงาน การสัมภาษณ์ก็อาจจัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

(3) Self reports เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ตอบรายงานเกี่ยวกับตนเอง เช่น ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจ เป็นต้น

ในการปฏิบัติงานการประเมินสมรรถนะ ผู้ประเมินอาจใช้รูปแบบหลายรูปแบบได้ ขึ้นกับการพิจารณาว่าเหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของสิ่งที่ต้องการจากการประเมิน ซึ่งในงานวิจัย ผู้วิจัยเลือกการทำแบบสอบถาม ในการประเมินสมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก และมีสถานที่ทำงานแตกต่างกัน คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัย แต่อยู่ภายใต้กรอบการทำงานคล้ายๆกัน พื้นที่เดียวกันคือจังหวัดชลบุรี

2. สถานการณ์ในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน

2.1 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

2.1.1 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานในประเทศไทย

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน⁽²⁰⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดและการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติแต่ยังไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน เช่นผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose, IFG) ผู้ที่มีความทนกลูโคสผิดปกติ (Impaired Glucose Tolerance, IGT) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดเช่นเดียวกัน⁽²¹⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกและสถาบันโรคเบาหวานนานาชาติพบว่าเบาหวานคุกคามประชากร 171 ล้านคนทั่วโลก คาดว่าปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 366 ล้านคน โดยร้อยละ 60 จะเป็นผู้ป่วยในเอเชีย⁽²⁾ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยโรคหนึ่ง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน⁽²²⁾ ตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดถึงร้อยละ 75 และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสูงขึ้น 2-3 เท่า⁽²³⁾ โรคเบาหวานยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy)⁽²⁴⁾ และเกิดพยาธิสภาพที่ไต (Diabetic nephropathy)⁽²⁵⁾ ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยครั้งที่ 3 ปี 2547 พบว่าประเทศไทยเรามีผู้ป่วยเบาหวานอายุมากกว่า 15 ปี อยู่ถึงร้อยละ 6.7 (9) (>3.0 ล้านคน) ซึ่งสูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 2 ปี 2540 เกือบถึง 2 เท่า และในจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ ประมาณ 1.5 ล้านคน ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อนการเพิ่มจำนวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศเช่นเดียวกับประเทศอุตสาหกรรมและประเทศที่พัฒนาแล้ว ก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรงต่อระบบบริการสุขภาพอนามัยของประเทศ

ในประเทศไทยโรคเบาหวานพบประมาณร้อยละ 9.6 ของประชากรผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป⁽²⁶⁾ เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยเนื่องจากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน (acute) และระยะเรื้อรัง (chronic) ที่ก่อให้เกิดอัตราเจ็บป่วยและอัตราเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 95 พบเป็นเบาหวาน

ชนิดที่ 2 พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวนน้อยและมักจะพบในเด็กหรือวัยรุ่นโรคไตจากเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง พบได้ประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยเบาหวาน จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะmicroalbuminuria ร้อยละ 18.7-43.5 และพบภาวะ overt nephropathy แล้วร้อยละ 1.6-5.1⁽²⁷⁾ นอกจากนี้โรคไตจากเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือพบประมาณร้อยละ 30.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย⁽²³⁾ ซึ่งไม่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ⁽²⁴⁾ โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ความชุกของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก

ผู้ที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ควบคุมไม่ได้ยังมีอีกเป็นจำนวนมาก การคัดกรองโรคเบาหวานเป็นมาตรการสำคัญเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงและความสูญเสียในระยะยาว ให้ประชาชนมีโอกาสในการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง และตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมีความเสี่ยงสูง พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไว้เพื่อให้ข้อมูลอุบัติการณ์ของโรค⁽²⁸⁾

2.2 ระบาดวิทยาโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรี

โรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา ข้อมูลจากหนังสือคณะทำงานแห่งชาติ เรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน : ระบาดวิทยาและผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ต่อปัญหาเบาหวานในประเทศไทย ได้มีการศึกษาโดยใช้ Fasting whole blood glucose 140 มก./ดล. ในชุมชนจังหวัดชลบุรี (2527) กับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 จำนวน 1,060 ราย พบว่าอัตราความชุกโรคเบาหวานมีร้อยละ 3.4 ในชุมชนตำบลอ่างศิลา จังหวัดชลบุรีพบว่าทุกๆ 100 คนจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 6 คน จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 206 ราย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.0 โรคจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ร้อยละ 35.4 ปัสสาวะมีโปรตีนร้อยละ 31.0 โรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี ร้อยละ 19.4 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.8 โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ร้อยละ 11.2

สำหรับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจากข้อมูลและสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักโรคไม่ติดต่อปี พ.ศ. 2544-2552 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ในจังหวัดชลบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2545 จำนวน 56 ราย จากนั้นค่อยๆลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2546 จำนวน 281 รายและค่อยๆเพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2552 โดยเพิ่มมากที่สุดในปี พ.ศ. 2552 กล่าวคือเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 จำนวน 4,112 ราย รายละเอียดตามตารางที่ 2.1⁽⁹⁾

สำหรับสถิติจำนวนผู้ตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรีของสำนักงานโรคไม่ติดต่อปี พ.ศ. 2544-2552 พบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มขึ้นๆลงๆเล็กน้อยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2552 ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2544-2552

ปีพ.ศ.	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	3,094	3,150	2,869	2,926	4,334	5,121	6,241	7,344	11,456
จำนวนผู้ตาย (ราย)	223	174	103	98	99	120	108	123	97

ที่มา: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾

รวบรวมโดย: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ

จากตารางที่ 2.1 แสดงให้เห็นว่าในขณะที่จำนวนผู้ตายด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2544-2552 มีแนวโน้มเกือบคงที่ แต่จำนวนผู้ป่วยกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2552 ดังแสดงในภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย และผู้ตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรี พ.ศ.2544-2552

สำหรับอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรีจากข้อมูลและสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2552 ซึ่งพบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีแนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2551-2552 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคนี้ก็สูงขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าหลายปีที่ผ่านมา ดังตารางที่ 2.2

สำหรับอัตราผู้ตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรีจากข้อมูลและสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2552 ซึ่งพบว่าอัตราผู้ตายด้วยโรคนี้มีแนวโน้มขึ้นๆ ลงๆ แต่ไม่แตกต่างกันมากในแต่ละปี ดังตามตารางที่ 2.2

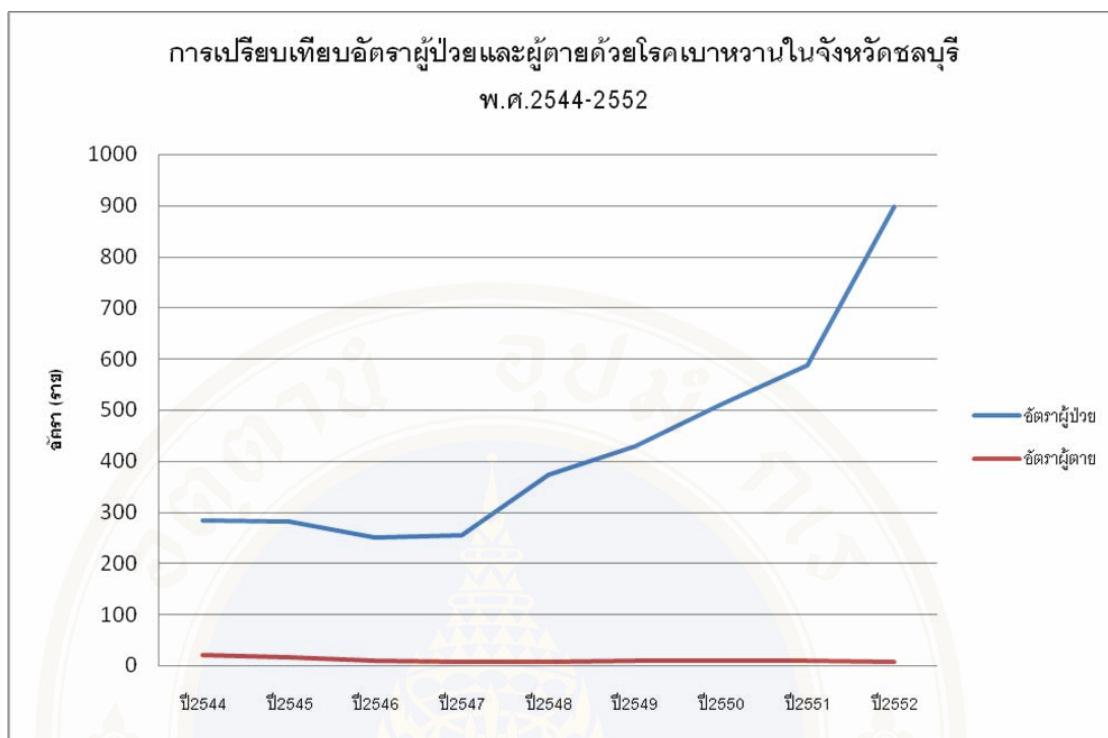
ตารางที่ 2.2 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชลบุรีปี พ.ศ. 2544-2552

ปีพ.ศ.	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
อัตราผู้ป่วย(ราย)	283.50	281.99	250.89	254.42	374.36	430.02	510.98	587.96	897.00
อัตราผู้ตาย(ราย)	20.43	15.58	9.01	8.52	8.55	9.92	8.84	9.85	7.60

ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย: สำนักโรคไม่ติดต่อ

จากตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นว่า อัตราผู้ตายและผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชลบุรีปี พ.ศ. 2544-2552 อัตราผู้ตายด้วยโรคนี้มีแนวโน้มเกือบคงที่ แต่จำนวนผู้ป่วยกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2552 ดังแสดงในภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 การเปรียบเทียบอัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรี พ.ศ.2544-2552

2.3 รูปแบบในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน

2.3.1 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ)⁽²⁹⁾ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

หลักการของ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับทรัพยากร และเงื่อนไขของสังคมไทย โดยหวังผลในการส่งเสริมและพัฒนาการบริการโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด และคุ้มค่า ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติโดยสรุปดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ใช้ทั้ง 2 วิธี คือ การประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจหาผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเวลานั้น (prevalent case screening) จะช่วยหาค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน และให้การรักษาได้ในระยะเริ่มแรก ส่วนการประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจกรองหาผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต (incident case screening) นอกจากจะช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานในอนาคต และให้การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานแล้ว ยังช่วยให้ตรวจพบผู้ที่

เป็นเบาหวานโดยไม่มีอาการ และให้การรักษาแต่เนิ่นๆ ได้อีกด้วย วิธีหลังนี้น่าจะมีประโยชน์สำหรับป้องกัน และรักษาโรคเบาหวานในประชากรไทยระดับชุมชน

2. การคัดกรอง การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัย

การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงมีครรภ์ แนะนำให้ตรวจในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่อ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ม² และ/หรือ มีรอบพุงเกินมาตรฐาน) และมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง คือ 1. มีพ่อแม่ พี่ หรือ น้อง เป็นโรคเบาหวาน 2. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่ 3. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ 4. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม 5. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น impaired glucose tolerance (IGT) หรือ impaired fasting glucose (IFG) 6. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) วิธีการคัดกรองโรคเบาหวาน แนะนำให้ใช้การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG) ถ้าไม่สามารถตรวจ FPG ให้ตรวจ capillary fasting blood glucose ได้

การคัดกรองโรคเบาหวานอาจจะใช้การตรวจวัด capillary blood glucose จากปลายนิ้วโดยที่ไม่ต้องอดอาหารแทนในกรณีที่ไม่สามารถในการตรวจระดับ FPG ถ้าระดับ capillary blood glucose ขณะที่ไม่อดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจยืนยันด้วยค่า FPG

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน นอกจากใช้วิธีการตรวจ FPG และ 75 g OGTT แล้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะมากหรือน้ำหนักตัวลด โดยที่ไม่ทราบสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสขณะที่ไม่อดอาหารได้ ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเช่นกันการคัดกรองโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น เป็นการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะตรวจคัดกรองในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่อ้วนและมีปัจจัยเสี่ยง 2 จาก 3 ข้อ คือ 1. มีพ่อแม่ พี่ หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน 2. มีความดันโลหิตสูง ($BP \geq 130/85$ มม.ปรอท) 3. ตรวจร่างกายพบ acanthosis nigrican

ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรก ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การรักษาเบาหวานต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเอง และ ทีมสุขภาพอื่นๆ โดยการรักษามีการดำเนินการต่อไปนี้

- ตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย
- แนะนำอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสม คือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต
- ให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน และ ครู ในกรณีผู้ป่วยเด็ก
- ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

4. การให้ความรู้โรคเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง

การให้ความรู้โรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษา ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนสามารถปฏิบัติ เพื่อดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้ ผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่น มีทักษะ มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

เนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่จำเป็นในการให้ความรู้โรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน
2. โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน
3. โภชนบำบัด
4. การออกกำลังกาย
5. ยารักษาเบาหวาน
6. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะและแปลผลด้วยตนเอง
7. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข
8. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป
9. การดูแลในภาวะพิเศษ เช่น ตั้งครรภ์ ขึ้นเครื่องบิน เดินทางไกลไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา
10. การดูแลรักษาเท้า

5. การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ยาที่ใช้มี 2 กลุ่ม คือ ยาฉีดอินซูลินและยาเม็ดรับประทาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก ในบางรายอาจจำเป็นต้องเสริมยาอื่น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยา โดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลตั้งแต่แรก ซึ่งอาจเป็นยาอื่นหรือยาฉีด ขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด และสภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจมีร่วมด้วย

6. การรักษา การติดตาม การประเมินผลการรักษา และการส่งปรึกษา

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานคือ

1. รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน
3. ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง
4. ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ
5. สำหรับเด็กและวัยรุ่นให้มีการเจริญเติบโตเป็นปกติ

ในการรักษาโรคเบาหวานให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ต้องควบคุมชีวเคมีที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการขาดอินซูลินหรือภาวะดื้อต่ออินซูลินให้กลับสู่ปกติ และหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคแทรกซ้อน การควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลาทำได้ยาก และทำไม่ได้ในผู้ป่วยทุกราย หรือไม่จำเป็นในผู้ป่วยบางกรณี เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก ซึ่งหากเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือดอาจมีอันตรายได้ จึงไม่จำเป็นต้องควบคุมอย่างเข้มงวด ดังนั้นในการรักษาโรคเบาหวาน ควรจะตั้งเป้าหมายการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ให้ผู้ป่วยทราบเป้าหมายในการควบคุม และมีทักษะการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและบรรลุถึงเป้าหมายการรักษาได้

การติดตามและประเมินผลการรักษาทั่วไป

การติดตามผลการรักษาขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษา ในระยะแรกอาจจะต้องนัดผู้ป่วยทุก 1-4 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ปริมาณของยาจนกว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ในระยะต่อไป

ติดตามทุก 2-3 เดือน เพื่อประเมินการควบคุมว่ายังคงได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังอาหาร และ/หรือ ระดับ HbA_{1c} ผู้ป่วยมีการติดตามการรักษาได้สม่ำเสมอหรือไม่ หรือมีอุปสรรคในการรักษาอย่างไร ในการติดตามการรักษาข้อมูลประกอบอื่นๆ ที่จำเป็น

- ชั่งน้ำหนักตัว ความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่พบแพทย์
- ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย
- ตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- ตรวจระดับไขมันในเลือด (lipids profiles) ถ้าครั้งแรกปกติ ควรตรวจซ้ำปีละ 1-2 ครั้ง

การประเมินการเกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ควรประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และประเมินผู้ป่วยทุกรายว่ามีภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานหรือไม่ หากยังไม่พบควรป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ถ้าตรวจพบภาวะหรือโรคแทรกซ้อนในระยะต้น สามารถให้การรักษาเพื่อให้ดีขึ้น หรือชะลอการดำเนินของโรคได้

การประเมินและการติดตามในกรณีที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรจะประเมินปัจจัยเสี่ยง และตรวจหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเป็นระยะดังนี้

- ตรวจร่างกายอย่างละเอียดรวมทั้งการตรวจเท้าอย่างน้อยปีละครั้ง
- ตรวจตาปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจปัสสาวะและ microalbuminuria ปีละ 1 ครั้ง
- เลิกสูบบุหรี่
- หากดื่มแอลกอฮอล์ แนะนำให้ดื่มเป็นครั้งคราว จำกัด 1 ส่วนสำหรับผู้หญิง หรือ 2 ส่วนสำหรับผู้ชาย (1 ส่วน เท่ากับ วิสกี้ 45 มล. หรือไวน์ 120 มล. หรือเบียร์ชนิดอ่อน 360 มล.) สำหรับผู้ที่ไม่ดื่ม ไม่แนะนำให้เริ่มดื่ม
- ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว

7. การตรวจค้นและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตาและไต

แนวทางการตรวจค้นและการวินิจฉัยภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน

การตรวจค้นภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน มีแนวทางปฏิบัติคือ

- ถ้ามมีอาการทางตาและสายตา
- ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจจอประสาทตา โดยการขยายม่านตา และวัด visual acuity โดยจักษุแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีจักษุแพทย์ อาจถ่ายภาพจอประสาทตาด้วย digital camera โดยขยายม่านตาหรือไม่ ขยายม่านตา และอ่านภาพถ่ายจอประสาทตาโดยผู้ชำนาญการ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ควรตรวจจอประสาทตาลังเป็นเบาหวาน 5 ปี หรือเมื่ออายุ 12 ปี และตรวจตามแพทย์นัดหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรรับการตรวจจอประสาทตาในเวลาไม่นานนักหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และตรวจตามแพทย์นัดหรืออย่างน้อยปีละครั้ง
- ผู้ป่วยเบาหวานขณะมีครรภ์ ควรได้รับการตรวจจอประสาทตาในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และตรวจครั้งต่อไปตามผลการวินิจฉัยของการตรวจครั้งก่อน ยกเว้นผู้เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงปกติตลอดเวลา
- ควรวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาพบแพทย์ และควบคุมให้ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท
- ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีโรคไตร่วมด้วย
- ผู้ที่เป็น severe NPDR หรือ PPDR ควรพบจักษุแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในการรักษาภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานทันที
- การรักษาด้วยเลเซอร์ในเวลาที่เหมาะสม สามารถป้องกันการสูญเสียสายตาในผู้ที่มีภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน

แนวทางการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวาน

การคัดกรองหาโรคไตจากเบาหวานมีแนวทางคือ

- คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นโรคมานาน 5 ปีหรือเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ควรได้รับการตรวจหาโรคไตจากเบาหวาน และหลังจากนั้นควรตรวจตามที่แพทย์แนะนำ หรือปีละหนึ่งครั้ง
- วิธีการตรวจ macroalbuminuria โดยใช้ dipstick สำหรับตรวจหา urine protein
 - ◇ หาก dipstick ให้ผลบวกโดยที่ไม่มีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ถือว่าเป็น macro- albuminuria หรือ macroproteinuria อาจเกิดจากเบาหวานหรือโรคไตอื่น หากสงสัยโรคไตจากเหตุอื่นควรส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคไตเพื่อการตรวจรักษาที่เหมาะสม
 - ◇ หากผลของ dipstick ได้ผลลบ ให้เก็บปัสสาวะในเวลาเช้าเพื่อตรวจหา albumin creatinine ratio หรือตรวจ dipstick สำหรับ microalbuminuria ถ้าได้ผลบวกควรตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน สามารถให้การวินิจฉัย microalbuminuria เมื่อพบผลเป็นบวก 2 ใน 3 ครั้ง
- ควรตรวจ serum creatinine ทุกปี

แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตจากเบาหวาน

1. ระยะที่ยังไม่พบ microalbuminuria

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย
- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ระยะที่ตรวจพบ microalbuminuria (incipient nephropathy)

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย
- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคได้ ยาลดความดันโลหิตสูงบางกลุ่ม เช่น angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI)

หรือ angiotensin II receptor blocker (ARB) มีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ายาอื่น

- ควรจำกัดโปรตีนในอาหารไม่ให้เกินวันละ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสารที่อาจมีอันตรายต่อไต เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาอื่นๆ เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycoside และการฉีดสารทึบรังสีเพื่อถ่ายภาพเอ็กซเรย์
- ควรสืบค้นและให้การรักษารโรคหรือภาวะอื่นที่อาจทำให้ไตเสื่อมสภาพ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว
- ควรตรวจหาและให้การดูแลรักษา diabetic retinopathy ซึ่งอาจพบร่วมด้วย

3. ะยะที่มี macroalbuminuria (clinical or overt diabetic nephropathy)

- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ และความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งการจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหาร ช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงได้
- ควรเลือกยาลดความดันโลหิตที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาล หรือไขมันในเลือดให้น้อยที่สุดยาลดความดันโลหิตสูงบางกลุ่ม เช่น ACEI หรือ ARB มีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ายาอื่น
- ควรตรวจหาและให้การดูแลรักษา diabetic retinopathy ซึ่งมักพบร่วมด้วยในระยะนี้

4. ะยะไตวายเรื้อรัง (end stage renal failure)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไตเสื่อมลงน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที่ หรือมี serum creatinine ตั้งแต่ 2 มก./ดล. ขึ้นไป ควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต เพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสม

8. การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง

การตรวจค้นภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง

ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ควรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวคือ

- การสูบบุหรี่
- ประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว
- ความดันโลหิตสูง
- ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
- ภาวะ peripheral arterial disease
- การตรวจพบ albuminuria ทั้ง microalbuminuria และ macroalbuminuria

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยังไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เป็นการป้องกันการเกิดโรค การรักษาต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อย่างเข้มงวด

9. การตรวจค้น การป้องกันและการดูแลรักษาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน

คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลและรักษาเท้าที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลและรักษาเท้าที่เหมาะสม

- ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด (foot examination) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินระดับความเสี่ยง (risk category) ต่อการเกิดแผลที่เท้า และผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการสำรวจเท้า (foot inspection) เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกทำให้การรักษาได้ผลดี และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
- ควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเกิดแผลที่เท้า รวมทั้งการป้องกันและการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายตั้งแต่แรกวินิจฉัยโรคเบาหวานและควรทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ขาตีบจนมีอาการของขาขาดเลือด อาจต้องพิจารณาให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นทางของเลือด

10. บทบาทหน้าที่สถานบริการและตัวชี้วัด

เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง สามารถใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner's Chronic Care Model (CCM) และ WHO's Chronic Care Model สร้างเครือข่ายความร่วมมือขึ้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งนี้ บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการซึ่งจัดโดยเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพ มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ สถานบริการระดับต่างๆ จำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน สามารถจัดเครือข่ายได้เหมาะสมตามทรัพยากรของระดับสถานบริการ เพื่อพัฒนาไปสู่กระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกันดังนี้

ระดับบริการ	บทบาท	ประเภทบุคลากรหลัก
หน่วยบริการปฐมภูมิ	- ป้องกันการเกิดโรค ให้บริการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาเบื้องต้น - ให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ งดบุหรี่ งดเหล้าหรือดื่มในปริมาณที่จำกัด) - ให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัว - ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้สุขศึกษาและกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง - ควรจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน	แพทย์ (ถ้ามี) พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับบริการ	บทบาท	ประเภทบุคลากรหลัก
หน่วยบริการ ทุติยภูมิ	- คัดกรอง ค้นหา วินิจฉัยโรคแทรกซ้อน และให้การรักษาที่ซับซ้อนกว่าระดับปฐมภูมิ - ให้องค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน - เน้นความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัว - ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เน้นทักษะการดูแลตนเองและไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง - ควรให้มีชมรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหาร นักสุขศึกษา
หน่วยบริการ ตติยภูมิ	- เช่นเดียวกับหน่วยบริการทุติยภูมิ แต่ให้การรักษาที่มีความซับซ้อนกว่าระดับทุติยภูมิ - พัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยเบาหวาน และการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการจัดเครือข่ายบริการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - เป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือ สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้ป่วยเบาหวานแก่โรงพยาบาลระดับต่ำกว่า	แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อหรือ ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น เช่น ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์โรคไต เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหาร วิทยากรเบาหวาน
หน่วยบริการ ตติยภูมิ ระดับสูง	- เช่นเดียวกับหน่วยบริการตติยภูมิ แต่สามารถให้การรักษาโรคที่ซับซ้อนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ครอบคลุมมากขึ้น	แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อหรือ ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น เช่น ศัลยแพทย์หลอดเลือด จักษุแพทย์ แพทย์โรคไต แพทย์โรคหัวใจ เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหาร วิทยากรเบาหวาน

ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของสถานบริการ

ตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการ ภาวะโรคเบาหวาน ได้แก่

- อัตราการได้รับบริการตรวจ HbA_{1c} ตรวจระดับไขมันในเลือด ตรวจ ไต ตรวจตา ตรวจเท้า ตามเกณฑ์การติดตามและประเมิน ผลการรักษาเบาหวานกรณีที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และการตรวจ ช่องปากและฟันในกรณีที่มีข้อบ่งชี้
- อัตราการควบคุมระดับ HbA_{1c} ระดับไขมัน LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceride และความดันโลหิต ได้ตามเป้าหมายการรักษา
- อัตราการเกิดแผลที่เท้า และการตัดขา หรือเท้า หรือบางส่วนของเท้า
- อัตราการเกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน
- อัตราการส่งต่ออัตราการรักษาอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาเบาหวาน

2.4 การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัด นครพนม⁽³⁰⁾

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลปลาปาก สามารถให้บริการได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็น ความสำคัญของการปฏิบัติตน โดยมีแนวคิดว่า กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของ ผู้ป่วย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะช่วยให้สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการของโรค

โรงพยาบาลปลาปาก ใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการในคลินิก เบาหวาน โดยร่วมมือกับผู้ป่วยในการที่จะหาวิธีจะจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของ เขา เป็นการแก้ปัญหาที่พบจากการให้บริการระบบเดิม หลังจากนั้นก็จะประเมินผลว่าระบบการ ให้บริการแบบใหม่นี้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัว ได้ดีขึ้นหรือไม่ ผู้ป่วยมีความเห็นต่อระบบใหม่อะไร โดยประเมินจากผลการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด และการปฏิบัติตนเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการระบบใหม่ ผลการพัฒนาระบบ บริการ มีการแยกหน่วยบริการผู้ป่วยเบาหวานออกจากบริการผู้ป่วยทั่วไป เพิ่มวันในการ ให้บริการเป็น 2 วันคือ วันพุธ และวันศุกร์ วิธีการให้สุขศึกษาเปลี่ยนแปลงจากการให้สุขศึกษาตาม แผนมาเป็นการจัดทำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแทน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ใน

การปฏิบัติตัว พบพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้ากลุ่ม และ หลังเข้ากลุ่ม 1 เดือน โดยใช้สถิติ pair t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในด้านการควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการแสวงหาการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพจิตของร่างกายและทำการผ่อนคลายความเครียด และผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของโครงการ หลังจากการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยมีการปรับท่าทีและบทบาท จากผู้ทำหน้าที่สอนชี้นำ ด้วยคิดว่าตนเองมีความรู้มากกว่า มาเป็นการให้บริการที่เน้นการรับฟังข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ การพิจารณาตัดสินใจของเขา ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ และเป็นบทเรียนที่สำคัญยิ่ง อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการนี้เป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานนั่นเอง

2.5 การบริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลเทพธารินทร์⁽³¹⁾

โรงพยาบาลเทพธารินทร์ เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 1,000 เตียง ในกรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเน้นการสร้างบุคลากรผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งที่เป็นพยาบาล นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด มีการพัฒนาการดูแลเท้า การตัดรองเท้า การดูแลผู้ป่วยในมีการประสานงานกันภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ และสื่อสารกันอย่างชัดเจน มีแนวปฏิบัติทางคลินิก ตลอดจนมีการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกัน สำหรับการดูแลผู้ป่วยนอกมีระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและสามารถดูแลตนเองเพื่อการควบคุมเบาหวาน มีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และมีการจัดค่ายเบาหวาน

โดยการดำเนินการของโรงพยาบาลเทพธารินทร์ มีหลักการ คือ เบาหวานควบคุมและป้องกันได้ **Healing and Prevention through Education** โดยใช้หลัก 3 “C” Activities ประกอบด้วย

1. Class

คลาสสำหรับผู้เป็นเบาหวานใหม่และครอบครัว แนะนำให้เข้าใจโรค ความสำคัญของการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

2. Camp

กิจกรรมเพื่อการเรียนรู้และการใช้ชีวิตสำหรับผู้เป็นเบาหวานอย่างมีความสุข

3. Club

คลับสำหรับสมาชิกผู้เป็นเบาหวาน รับข่าวสารความรู้ ร่วมกิจกรรม เพื่อสุขภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง

รูปแบบการบริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลเทพารินทร์ เป็นต้นแบบของการบริการที่มีผู้ให้ความสนใจมาก ได้มีบุคลากรจากโรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อนบ้านมาขอศึกษาดูงาน และมีการนำรูปแบบของโรงพยาบาลเทพารินทร์ไปใช้ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของตนเอง

2.6 นโยบายกระจายอำนาจให้มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับหน่วยปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ของจังหวัดสกลนคร⁽³²⁾

การดำเนินการของสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลประสบปัญหาการมีผู้ป่วยมาใช้บริการในแต่ละวันจำนวนมาก ส่งผลให้การดูแลรักษาไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเกิดความไม่พึงพอใจ จังหวัดสกลนครจึงได้ดำเนินการเพื่อลดการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลลง โดยใช้นโยบายกระจายอำนาจให้มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับหน่วยปฐมภูมิเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 โดยสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดระบบบริการ ณ จุดเดียว เชื่อมโยงหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และชุมชน ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งกำหนดรูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล และหน่วยปฐมภูมินอกโรงพยาบาล ในการดำเนินงานมีการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ผู้ป่วยหลายรายได้รับการฝึกอบรมจนสามารถเป็นวิทยากรได้ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับสมุดประจำตัวควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ลดอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงกว่าปกติ ควบคุมความดันโลหิตได้ ดัชนีมวลกายลดลง พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ลดการใช้ยาได้ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง ต่อมาในปี ค.ศ.2003 จังหวัดสกลนครได้จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด เพื่อนำผลงานข้างต้นไปขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผลการดำเนินงานในปี ค.ศ.2003 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกหน่วยมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน มีการติดตามที่เป็นระบบ มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าทุกอำเภอ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และคัดกรองประชากรทั่วไปทำให้สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้ ผลการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 42.7 ควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด อัตราตายของผู้ป่วย เท่ากับ

12.9 รายต่อประชากร 1 แสนคน จากการพัฒนาระบบการส่งต่อ และติดตามทำให้ผู้ป่วยมีการช่วยเหลือกัน การจัดระบบการให้ศึกษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ครบตามวัตถุประสงค์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือผู้บริหารมีความมุ่งมั่น มีการกระจายอำนาจอย่างเหมาะสม บุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ในมาตรฐานเดียวกัน มีกำลังใจ สามารถสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7 คลินิกสร้างสุขภาพ (Life Style Clinic) ของนายแพทย์สมชัย วัฒนา จังหวัดชลบุรี⁽¹⁰⁾

มีเป้าหมายหลัก เพื่อเพิ่มระดับความผาสุก การมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันไม่ได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะไม่ต้องป่วยด้วยโรคที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำ ผลสุดท้ายค่าใช้จ่ายทางตรง และทางอ้อมในการรักษาพยาบาลจะลดลง องค์กรสาธารณสุขจะอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี บุคลากรสาธารณสุขเป็นสุข และประชาชนมีสุขภาพดี

โดยมีกรอบแนวคิดการจัดบริการคลินิกสร้างสุขภาพ คือ การจัดคลินิกพิเศษในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้สูงอายุรวมถึงคลินิกให้คำปรึกษา เพื่อให้บริการรักษาจำเพาะเจาะจงตามวิธีการรักษาโรค ในสถานะการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ภายใต้โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” จำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นในสถานบริการพยาบาลทุกระดับ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง ความพยายามในการสนับสนุนให้ บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างกระแสการปลูกจิตสำนึกประชาชน การจัดบริการคลินิกสุขภาพดีเพื่อให้คำแนะนำและสอนแนะการดูแลตนเอง ให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ต่อเชื่อมกับคลินิกพิเศษ เป็นบทเรียนที่บุคลากรสาธารณสุขจะมีโอกาส และมีเวลาในการดูแลสุขภาพ หรือการศึกษาผู้ป่วยให้ทราบถึงแบบแผนการดำรงชีวิต และการจัดตั้งศูนย์สุขภาพดี เพื่อจัดบริการต่อเนื่องไปถึงการดูแลใกล้บ้าน ในศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) รวมถึงการประสานเชื่อมโยงข้อมูลให้คลินิกสุขภาพดีใน PCU ซึ่งใกล้บ้านของผู้ป่วย และมีศูนย์สุขภาพดีใน PCU เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่การติดตาม และสนับสนุนการตัดสินใจดูแลตนเองของประชาชนในบ้าน และชุมชนได้ โดยมีศูนย์สุขภาพดีประจำตำบล/หมู่บ้าน เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการพึ่งตนเอง หรือที่เรียกว่า คลินิกสร้างสุขภาพ(Life Style Clinic) เป็นการนำแนวคิดการพึ่งตนเอง (Self Care) มาใช้ คลินิกสร้างสุขภาพประกอบด้วย การจัดคลินิกสุขภาพดีและศูนย์สุขภาพดี ทุกระดับ

คลินิกสุขภาพดี คือ การจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อย 3 คน หมุนเวียน และมีพยาบาล ประจำ 1 คน เพื่อให้บริการ มีการบันทึกประวัติแบบแผนการดำรงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ มีบริการให้คำปรึกษา มีบริการประสานการส่งต่อ โดยมุ่งเน้นการให้คำแนะนำและฝึกกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันและควบคุมโรค อันประกอบด้วย 5 อ.เป็นหลัก ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อนามัยชุมชน อารมณ์และการป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหา การจัดบริการคลินิกสุขภาพดี สามารถจัดคลินิกได้ทุกระดับ คือ คลินิกสุขภาพดีในสถานพยาบาล (โรงพยาบาล, ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย)

ศูนย์สุขภาพดีในสถานบริการ คือการจัดตั้งหน่วยประสานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจากคลินิกสุขภาพดี การรับผู้ป่วยต่อเนื่องจากคลินิกสุขภาพดีระดับรองลงมา และมีข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังคลินิกสุขภาพดีในระดับที่สูงขึ้น ตลอดจนมีข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงกับคลินิกสุขภาพดี มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนการตัดสินใจที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเอง และมีแผนการรับและส่งต่อศูนย์สุขภาพดีในสถานพยาบาลและในชุมชน

ศูนย์สุขภาพดีในชุมชน คือสถานที่จัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรชุมชน กลุ่มแกนนำโรงเรียน วัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คนมีการบริหารงานในรูปคณะกรรมการ มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพในชุมชน การบริการสาธารณสุขมูลฐาน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การรับและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลสุขภาพตามความเหมาะสมให้กับคลินิกสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับตำบล

องค์ประกอบของบริการในคลินิกสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย

1. บริการคัดกรองสุขภาพ สามารถดำเนินการได้ในสถานบริการ และในชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่

- 1.1 ผู้รับบริการรายใหม่มารับบริการ ตรวจคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ฯ

- 1.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่าที่รับบริการจากคลินิกพิเศษ และควบคุม
ภาวะของโรคไม่ได้ หรือมีแนวโน้มจะมีความรุนแรงของโรค หรือ
มีภาวะแทรกซ้อน
- 1.3 การรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับรอง หรือจากชุมชน
- 1.4 บริการคัดกรองผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงจากชุมชน โดยมีศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานในชุมชนเป็นคลินิกสุขภาพดีในระดับชุมชน

2. บริการเชื่อมโยงข้อมูลศูนย์สุขภาพดี จัดระบบความเชื่อมโยงบริการในทุกระดับ
ครอบคลุมระดับสถานพยาบาล และในชุมชน

3. บริการให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ

2.8 การบริหารจัดการโรคเบาหวานอย่างครบวงจรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)⁽¹¹⁾

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงร่วมกับคณะกรรมการอาหารและ
ยา รวมทั้ง แพทย์เชี่ยวชาญด้านเมตาบอลิก กำหนดองค์ประกอบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน
อย่างครบวงจรจากแนวคิด Disease Management ดังนี้

1. การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และ/หรือ ค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในบุคคล โดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ
2. พัฒนาองค์ความรู้ เป้าหมาย มาตรฐานบริการ ระบบส่งต่อ และชุดสิทธิประโยชน์ที่
จำเป็นและเป็นมาตรฐานทางวิชาการ โดยใช้กลไกการลงทะเบียนโรคเบาหวาน (Diabetes DMIS
registration)
3. การควบคุมการเจ็บป่วยซ้ำ ลดความรุนแรงของภาวะโรค ด้วยการให้การศึกษา
(Diabetes Education)
4. เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
5. การพัฒนาโครงการสร้างพื้นฐาน กลไก และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม
ป้องกันโรคการใช้เทคนิควิธีการบริหารจัดการโรค (Disease Management Program) นับว่าเป็น
วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลรักษาเบาหวาน มีความต่อเนื่อง มีฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ และ
ควบคุมคุณภาพการจัดการภาวะคุกคามจากโรคเบาหวานที่อาจเกิดความพิการซ้ำซ้อน รวมทั้ง
ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศได้ โดยความร่วมมือกับกรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามแนวทางโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลที่ เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจร Disease Management Program : Diabetes Mellitus ปีงบประมาณ 2550-2552 ซึ่ง สปสช. สนับสนุนการจ่ายเงินค่าชดเชยค่าบริการจากผลการดำเนินการตามขั้นตอนของ การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนจัดโปรแกรมการ ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และจัดอุปกรณ์ที่ จำเป็นต่อการรักษาให้เกิดความสมดุลเพื่อเอื้อต่อการดำเนินการที่สะดวก คล่องตัว พร้อมกับการสร้าง เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด โดยร่วมมือจาก สมาคมวิชาชีพองค์กรภาคีต่าง ๆ รวมทั้งภาคประชาชน

2.9 วงจรการพัฒนาระบบการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ACRMC) กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข⁽³³⁾

แนวคิด คือ การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อนอกจากการเชื่อมโยง และประสาน การดำเนินงานจากองค์กรทุกระดับทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และบุคคลแล้ว การป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องมีการดำเนินงานที่เป็นระบบ มีการดำเนินงานตามกระบวนการหลัก ที่เป็นวงจรมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งสามารถประยุกต์หลักการของวงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle : SDLC) มาใช้เป็นแนวคิดในการกำหนดกระบวนการหลักที่ครอบคลุม การวิเคราะห์(Analysis) การออกแบบ(Design) และการนำไปใช้(Implementation)

วงจรการพัฒนาระบบการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อประกอบด้วย กระบวนการหลัก ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 วงจรการพัฒนากระบวนการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

จากภาพที่ 2.5 วงจรการพัฒนากระบวนการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีกระบวนการหลัก และหลักการสำคัญ ดังนี้

1.การประเมินบริบทที่เกี่ยวข้อง (Assessment)

คือ ประเมิน และติดตามสถานการณ์ และบริบทต่างๆที่มีผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อ ทั้งแง่มุมที่ส่งเสริมสนับสนุน และแง่มุมที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ วิถีชีวิตของชุมชน พฤติกรรมเสี่ยง อัตราป่วย อัตราตาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นอุปสรรคต่อภาวะสุขภาพดี และนโยบาย สาธารณะสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

2. การค้นหากลุ่มเสี่ยง (Case finding)

คือ ค้นหาบุคคลที่เสี่ยงต่อการป่วย บุคคลที่เริ่มป่วยแต่ยังไม่แสดงอาการ

3. การจัดการปัจจัยเสี่ยง (Risk factor monitoring)

คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องปรับบทบาทตนเองเป็นที่ปรึกษา และเฝ้าอำนาจให้บุคคล ชุมชนดำเนินการได้ด้วยตนเอง

4. การติดตาม และการประเมินผล (Monitoring and evaluation)

คือ สามารถระบุให้ได้ทั้งปัจจัยเอื้อ สนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อผลสำเร็จ

5. การเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Capacity building)

คือ บูรณาการการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเข้ากับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ของชุมชน และภาครัฐ

โดยสรุป รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน มีความหลากหลายแต่ละพื้นที่ และแต่ละองค์กร โดยถ้าเป็นโรงพยาบาล ก็เน้นไปที่การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ความร่วมมือจากผู้ป่วย และญาติ แต่ถ้าเป็นองค์กรใหญ่ ก็จะมีการบวนการหลักที่ต่างกันไป อาจจะมีความคล้ายกันอยู่บ้าง ซึ่งก็ไม่ได้แตกต่างกันมาก เพราะสิ่งสำคัญของทุกรูปแบบในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน คือต้องการ ลดปัญหาโรคเบาหวาน ลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ และต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีตามวิถีแห่งตน

3. แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

3.1 PRECEDE-PROCEED MODEL

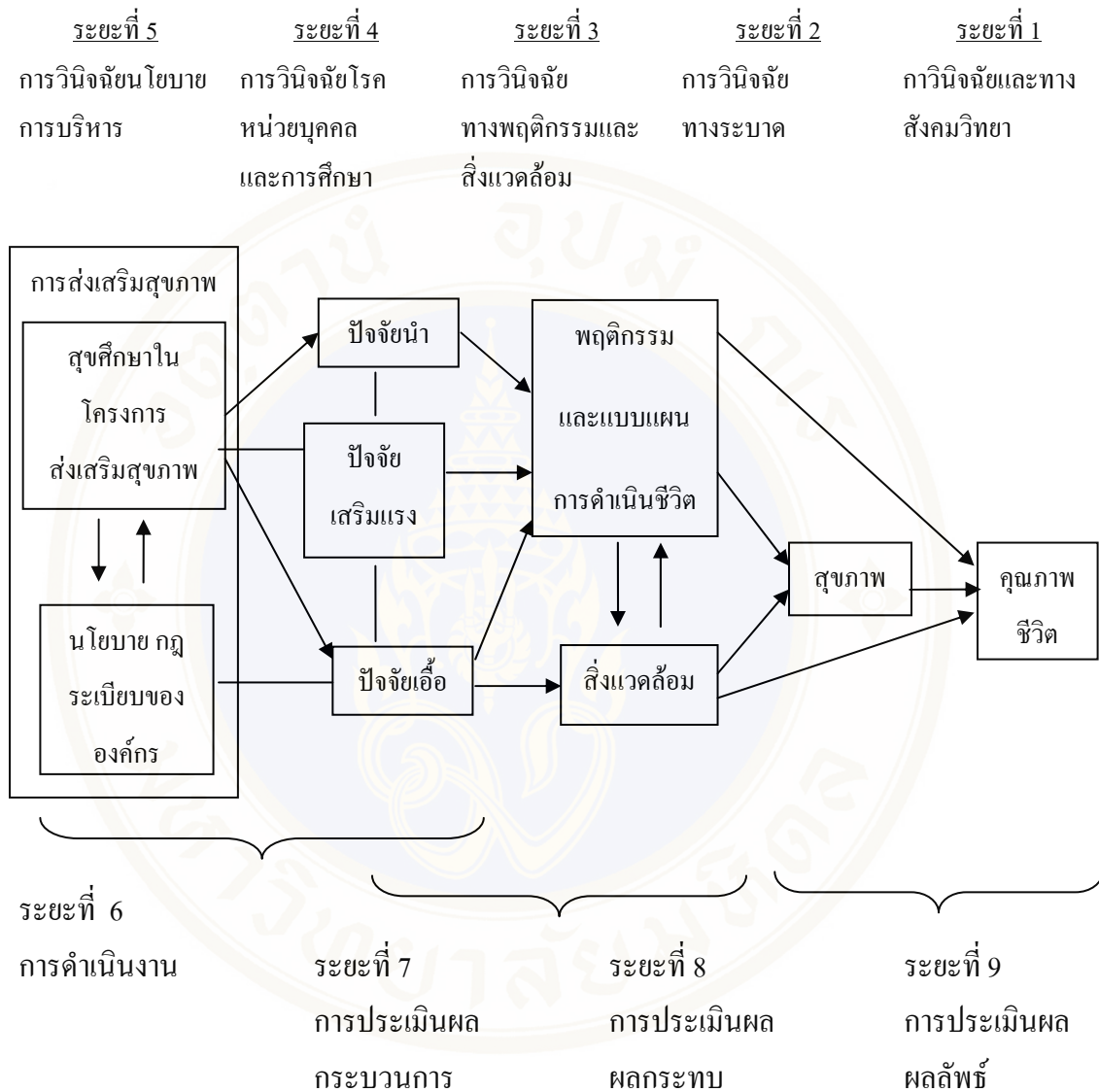
แบบจำลอง กรีนและครูเตอร์⁽³⁴⁾ เสนอ ปัจจัยต่างๆ ที่ร่วมกันกำหนด ขอบเขต สภาวะสุขภาพของบุคคล โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับกรอบดำเนินงานวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพ ว่าประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ประการ คือ

1. องค์ประกอบระยะการวินิจฉัยปัญหา (การประเมินความต้องการที่จำเป็น) เรียกว่า PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Constructs) การวินิจฉัยการศึกษา (Education Diagnosis) และการประเมิน (Evaluation) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Predisposing Reinforcing Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation หมายถึง การประเมินผลและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อ ระยะพัฒนาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งดำเนินตามกระบวนการ นับตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล

2. องค์ประกอบในระยะที่สองนี้เรียกว่า PROCEED เป็นคำย่อมาจากนโยบาย (Policy) กฎข้อบังคับ (Regulatory) การจัดองค์กร (Organization Constructs) และพัฒนาทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Education and Environmental Development) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Policy Regulatory and Organizational Constructs in Education and Environmental Development หมายถึง การกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับ จัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การพัฒนาการศึกษาและการจัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนสถานะการมีสุขภาพดีของบุคคล ชุมชน และสังคม ตามแนวคิดของ กรีน และครูเตอร์ ได้ให้ข้อเสนอว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการสนับสนุนทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการกระทำและสภาพการณ์ต่างๆของการอยู่อาศัยนำไปสู่สภาพอันสมบูรณ์” การกระทำหรือพฤติกรรมที่เขาได้ระบุถึงอาจเป็นได้ทั้ง บุคคล กลุ่มชน หรือชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย ครู หรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งการกระทำของเขาเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อการคิด การตัดสินใจ การกระทำหรือปฏิบัติทางสุขภาพของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนนับว่าเป็นศูนย์กลางสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลองได้เสนอแนวคิดเชิงระบบเพื่อวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ ดังแผนภูมิที่ 2.1

PRECEDE

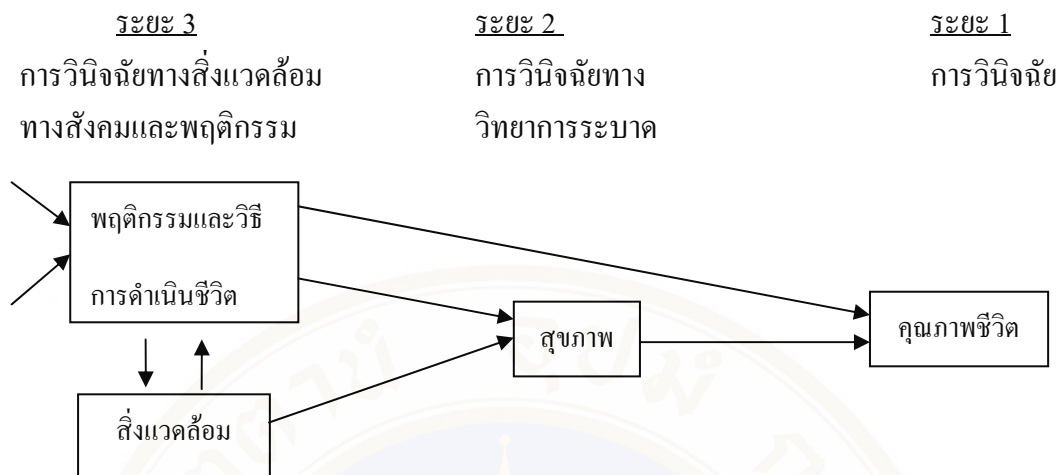


PROCEED

แผนภูมิที่ 2.1

แหล่งที่มา : ประยุกต์จาก Green and Kreuter, 1991 หน้า 24

จากแผนภูมิที่ 2.1 จะมีแนวทางดำเนินงานตามแบบจำลอง โดยใช้วิธีคิดเชิงนิรนัยเริ่มจากระยะที่ 9 อันเป็นผลลัพธ์สุดท้าย แล้วย้อนกลับมาเรื่อยๆ ไปยังจุดเริ่มต้นของ สาเหตุ ปัญหา องค์ประกอบและขบวนการดังกล่าว สามารถสรุปความสัมพันธ์และดัชนี เพื่อใช้ในกระบวนการวินิจฉัย หรือประเมิน สำหรับช่วงที่ 1 ของระบบ PRECEDE เป็นดังแผนภูมิที่ 2.2 ดังนี้



ดัชนีของพฤติกรรม

การกำหนดปัญหาและ
-แบบแผนต่างๆ ของการ
ลำดับความสำคัญของ
บริบทของผู้ใช้บริการ
บุคคลและ สังคมในเชิง
-การขบคิดแก้ปัญหาอัตตวิสัย
-การกระทำ ดูแลตนเอง

ดัชนีทางสังคม

-การใช้บริการทางสุขภาพ

ดัชนีสิ่งแวดล้อม

-เศรษฐกิจ
-กายภาพ
-บริการต่างๆ
-สังคม

-การเกิด
-การตาย
-ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ

ดัชนีของการมีชีพ

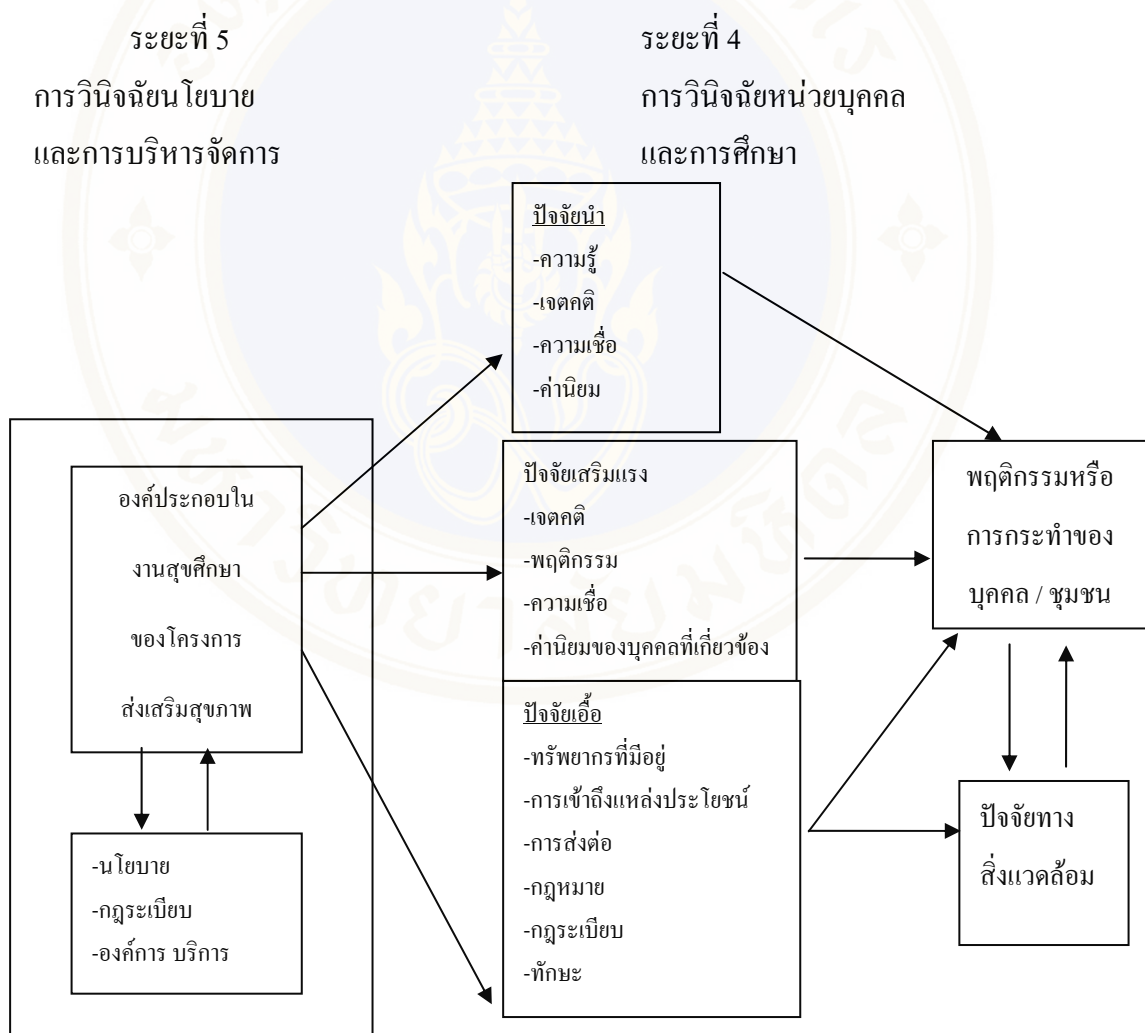
-ความไม่สามารถ
-ความไม่สุขสบาย
-การเจริญพันธุ์
-ความแข็งแรง

-การบรรลุสัมฤทธิ์ผล
-การขาดแคลน
-ความแปลกแยก
-ความสุขสบาย
-อาชกรรม
-ความสุข
-การผิดกฎหมาย
-ความรุนแรง
-สวัสดิการ
-การนับถือตนเอง
-การจลาจล
-การตกลาน
-ฯลฯ

แผนภูมิที่ 2.2 แบบจำลอง PRECEED กับดัชนีของแต่ละระยะ

แผนภูมิที่ 2.2 จะเห็นได้ว่าในระยะที่ 3 ได้ระบุชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ ขณะเดียวกันเมื่อพัฒนาแบบจำลอง ต่อมาถึงระยะที่ 4 และระยะที่ 5 จะเห็นว่าการวินิจฉัยอย่างเป็นระบบในส่วนบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน ทั้งปัจจัยภายในระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและเสริมแรง ก่อให้เกิดพฤติกรรมมีองค์ประกอบและความสัมพันธ์ ดังแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 2.3 ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ของแบบจำลอง PRECEDE ที่แสดงถึงยุทธวิธีเพื่อใช้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ



แผนภูมิที่ 2.3 แบบจำลอง PRECE ระยะที่ 4 และ 5

แหล่งที่มา : ประยุกต์จาก Green and Kreuter , 1991 หน้า 30

จากแผนภูมิที่ 2.3 แบบจำลองนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนประยุกต์ใช้ในหลายระดับ นับตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับเอกัตบุคคล แนวคิดที่นำมาใช้วางแผนงานสุขภาพ ได้ประยุกต์ มาจากศาสตร์ทางวิทยาการระบาด การศึกษา สังคมศาสตร์พฤติกรรมศาสตร์ และการบริหารสุขภาพ ดังนั้น ความสำเร็จของระยะที่ 1, 2 และ 3 ขึ้นอยู่กับการใช้วิธีการทางระบาดวิทยา และข้อมูล ข่าวสารที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการช่วงระยะที่ 3 และ 4 โดยเฉพาะใน ระยะที่ 4 จะมีแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ช่วยในการออกแบบโครงการสุขภาพที่ต้องการ ใช้การจัดการศึกษาทั้งอย่างเป็นทางการ (Formal Education) และอย่างไม่เป็นทางการ (Nonformal Education) และการศึกษาตามอัธยาศัย (In Formal Education) เป็นกุศโลบายให้บุคคลได้เปลี่ยนแปลง ความรู้ การจำ การเข้าใจ การนำไปใช้ของความสามารถทางสมองของเขา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

จากแบบจำลองเชิงระบบของ กรีน และ กรูเตอร์ นั้นอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมของ บุคคลมีปัจจัยหลายด้านเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และองค์ประกอบนี้ถูกกระทบกระเทือนจาก องค์ประกอบและปัจจัยอื่นๆ ของมนุษย์ ที่ได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม นับจากวงจรชีวิตของมนุษย์เอง สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ต้องเกี่ยวข้องกับทุกระดับ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ปัจจัย ภายใน ภายนอก และสิ่งแวดล้อมต่างมีส่วนเสริม หรือเป็น อุปสรรคต่อการกระทำหรือการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสนใจ นำมาประยุกต์เพื่อปรับใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะหลักในการ ควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ และในด้านของเรื่องตัวสมรรถนะหลักเอง ในส่วนของ ความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ และความรู้สึกลึกซึ้งพลัง ซึ่งอยู่ในส่วนของปัจจัยนำ ของแบบจำลอง นำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายและทำความเข้าใจในส่วนของสมรรถนะหลัก

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลัก ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ตามกรอบแนวคิด ของ PRECEDE – PROCEED ของกรีนและสมรรถนะหลักในการทำงาน และงานที่วิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เพื่อทำความเข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานโรคเบาหวาน ปัญหา และ อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อนำไปสร้างเครื่องมือในการประเมิน ซึ่งจะประกอบด้วย งานวิจัยเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน และสมรรถนะหลักในการทำงาน

4.1 โรคเบาหวาน

ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์⁽³⁵⁾ ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยารักษา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป และศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหารและการใช้ยารักษา ความเชื่อในเรื่องการไม่หายจากโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการใช้ยารักษา และการรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร

อินทราพร พรหมปรการ⁽³⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ เป็นกลุ่มตัวแปร ทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 21.58

วรรณลักษณ์ ดุลยกุล⁽³⁷⁾ เปรียบเทียบคุณภาพบริการงานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดสระบุรีตามการรับรู้ของผู้รับบริการในมิติโครงสร้าง, มิติกระบวนการ และมิติดุลยภาพ พบว่า เพศ, การศึกษา, อาชีพ, จำนวนครั้งที่มารับบริการและเหตุจูงใจในการมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ ปัญหาที่พบคือ การเสียเวลารอแพทย์ตรวจและให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่ได้ดำเนินการสม่ำเสมอ และผู้รับบริการส่วนใหญ่มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ ปรับปรุงขั้นตอนการบริการให้สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ รวมทั้งการจัดรูปแบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสม จึงจะช่วยสนับสนุนการรักษาของแพทย์ได้เป็นอย่างดี

สมคิด สีสัทสิทธิ์⁽³⁸⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ค่านิยมกลาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

วณีย์ ปรียานันต์⁽³⁹⁾ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานแบบครอบครัว ความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเบาหวาน และการออกกำลังกาย ส่วนครอบครัวต้องการให้ผู้สูงอายุเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน

4.2 สมรรถนะการทำงาน และ คุณภาพบริการ

J.H. Hubly⁽⁴⁰⁾ ศึกษาอุปสรรคที่มีผลต่อโปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มี 4 ประเด็นที่โปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาไม่สำเร็จ คือ 1.ความล้มเหลวในกระบวนการวางแผนในการประยุกต์ใช้ระดับวิทยา และ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ในเลือกใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ 2.การสื่อสารที่ล้มเหลวในการเข้าถึงความสนใจของผู้ฟังและการนำเสนอให้เข้าใจและยอมรับในสาร 3. ความล้มเหลวในองค์กรของหน่วยงานสุขศึกษาและความอ่อนแอของผู้เชี่ยวชาญของนักสุขศึกษา และ 4.ความล้มเหลวในกระบวนการประเมินผล และการเผยแพร่งานวิจัยที่ทำ

ณัฐพร คำศิริรักษ์⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาสมรรถนะการสอนเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการคิดแก้ปัญหาในวิทยาพยาบาล เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สมรรถนะการสอนเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการคิดแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในทัศนะของอาจารย์ผู้สอน มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการสอนเพื่อคิดแก้ปัญหา และภาระงานสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมรรถนะการสอนเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการคิดแก้ปัญหาที่พึงประสงค์ ในทัศนะของอาจารย์ มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการสอนเพื่อคิดแก้ปัญหา ภาระงานสอน และประสิทธิภาพการสอน เจตคติต่อการสอนเพื่อคิดแก้ปัญหาสามารถทำนายสมรรถนะการสอนเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการคิดแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญ

ปิ่นนเรศ กาศอุดม⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก ของอาจารย์พยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุ เจตคติและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนการสอน แบบใช้ปัญหาเป็นหลัก มีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับปานกลางกับสมรรถนะการจัดการเรียนการสอน ส่วนพฤติกรรมการศึกษา ประสิทธิภาพการสอน ประสิทธิภาพการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก ประสิทธิภาพการฝึกอบรม/สัมมนาฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ

คุณฤทัย อายวัฒน์ และวิยะดา ฆารวิวัฒน์⁽⁴³⁾ หารูปแบบการบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลสำหรับชุมชนริมเขื่อน ให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติและการรับรู้ของชุมชน พบว่าชาวบ้านยังมีความเข้าใจและการรับรู้ในด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผิด และชาวบ้านตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและเห็นว่าควรได้รับความรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเน้นการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น เน้นการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนให้ความรู้เรื่องการไข้ยา เน้นการให้สุขศึกษาที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนและโรงพยาบาล

พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์⁽⁴⁴⁾ ศึกษาการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ปัญหา อุปสรรค วิธีการแก้ไขปัญหา ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และแนวทางการพัฒนาการให้บริการของคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่คัดสรรแห่งหนึ่ง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุน มีวิสัยทัศน์กว้างไกล บุคลากรเพียงพอ มีความรู้ ทักษะ และรับผิดชอบ ขวัญกำลังใจดี ให้ความร่วมมือ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผู้รับบริการที่มีการศึกษาสูง ขอมรับบริการและพึงพอใจ ผู้ให้บริการเป็นกันเอง อธิบายดี ให้ความรู้ คำแนะนำดี และมีมุมของเด็กเล่น ปัญหา อุปสรรค คือ ปัญหาด้านบุคลากร ผู้รับบริการ สถานที่ งบประมาณ ของเล่นและนิทาน การให้ความรู้ โครงการ/กิจกรรม การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การคมนาคมและประชาสัมพันธ์ วิธีแก้ปัญหา คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนบุคลากรเฉพาะด้าน จัดบุคลากรมาช่วยปฏิบัติงานโดยมอบหมายงานตามความเหมาะสม

วันทนา พรหมเสริม⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแตกต่างกัน กลุ่มที่มีอายุ 31-35 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 38 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มากกว่า กลุ่มที่มีอายุ 21-25 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 26-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-5 ปี และ 6-10 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 11-15 ปี มี

ค่าเฉลี่ยของระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มากกว่า กลุ่มที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-5 ปี

ศุณี กลสตัยสมิต⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาสมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านองค์กรและระบบงาน และปัจจัยด้านการส่งเสริมและสนับสนุน และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ระดับการศึกษา นโยบาย และแผนขององค์กร และการนิเทศงานสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 28.80 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานควรให้การสนับสนุนด้านการศึกษาแก่บุคลากรและปรับปรุงการบริหารงานให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน กองการพยาบาลควรกำหนดสมรรถนะพื้นฐานในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรใหม่ และฟื้นฟูวิชาการต่างๆ แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่เก่า พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถพร้อมที่จะรับงานใหม่ พัฒนานิเทศงานเพื่อการแก้ปัญหาที่ในงานวิจัย ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์⁽⁴⁷⁾ อธิบายความหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการที่สำคัญ 3 ประเด็นคือ บุคคล นโยบายรัฐบาล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีผลทั้งการส่งเสริมและขัดขวางต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ คือ ปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญคือ การพัฒนาตนเองด้านความรู้ความสามารถมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถนำความรู้ที่มีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยด้านนโยบายรัฐบาลมีการเตรียมความพร้อมด้านอัตรากำลัง ซึ่งเป็นความร่วมมือระดับเครือข่าย สามารถปฏิบัติได้ในช่วงแรก แต่ปัจจุบันไม่สามารถได้อย่างต่อเนื่อง และสุดท้ายคือปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและระบบงานตามนโยบายรัฐบาลเพื่อการพัฒนา แต่ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อบรรยากาศที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานด้วย

Sadra C. Jones and Robert J. Donovan⁽⁴⁸⁾ ได้สำรวจผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพประเทศออสเตรเลียที่ยินยอมให้การศึกษาในเรื่องความตระหนัก ความเข้าใจและประโยชน์ ทฤษฎีและแบบจำลองหลักที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจากงานวิจัยของจิตวิทยาและการสื่อสาร พบว่า ไม่มีทฤษฎีหรือแบบจำลองไหนที่มีมาตรฐาน สามารถนำเสนอในหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพ และรวมถึงการนำไปบรรจุในตำราเรียน มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้เชี่ยวชาญก็นำไปใช้ในการทำงานของพวกเขา มีเพียงไม่กี่ทฤษฎีที่ถูกใช้ มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้เชี่ยวชาญใช้ แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED และแบบจำลอง Transtheoretical (Stage of Change)

กรกช จันทรสุคนธ์⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาสมรรถนะในการสอนงานของหัวหน้างานในโรงงาน พบว่า หัวหน้างานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตำแหน่งงานต่างกัน และการฝึกอบรมเพิ่มเติมตามสายอาชีพต่างกัน มีสมรรถนะในการสอนงานในภาพรวม สมรรถนะด้านความรู้ สมรรถนะด้านทักษะ และ สมรรถนะด้านเจตคติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หัวหน้างานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ที่มีอายุต่างกัน มีสมรรถนะในการสอนงานในภาพรวม สมรรถนะด้านความรู้ และ สมรรถนะด้านทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หัวหน้างานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันมีสมรรถนะในการสอนงานในภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ศุภวรรณ เสาธานนท์⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาสมรรถนะของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนสมรรถนะ 12 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านคลินิกทันตกรรม 2. ด้านสร้างเสริมสุขภาพ 3. ด้านจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ 4. ด้านการบริหารจัดการ 5. ด้านภาวะผู้นำ 6. ด้านการติดต่อสื่อสาร 7. ด้านการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น 8. ด้านการทำงานเป็นทีมและการประสานงาน 9. ด้านความฉลาดทางอารมณ์ 10. ด้านการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 11. ด้านการคิดวิเคราะห์ และ 12. ด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต ประกอบด้วยรายการสมรรถนะทั้งหมด 91 รายการเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในระดับมากที่สุด 28 รายการและเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในระดับมาก 63 รายการ

สุพัตรา ศรีวิณิชชากร⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาสถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ(CUP)ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผลลัพธ์ที่เป็นศักยภาพของผู้เป็นเบาหวานในด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม การประเมินโดยบุคลากรในหน่วยงาน และการสังเกต สัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากเอกสารโดยผู้ประเมินภายนอกหน่วยงาน ผลการศึกษาแสดงถึงระดับคุณภาพของระบบงานในการ

ดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ความแตกต่างกันสูง และส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงไม่มาก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทในการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย

เตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย⁽⁵²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการได้รับการอบรมเพิ่มเติมไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ วุฒิการศึกษา และบรรยากาศองค์การ ด้านการเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย และโครงสร้างองค์การ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ร้อยละ 18.5

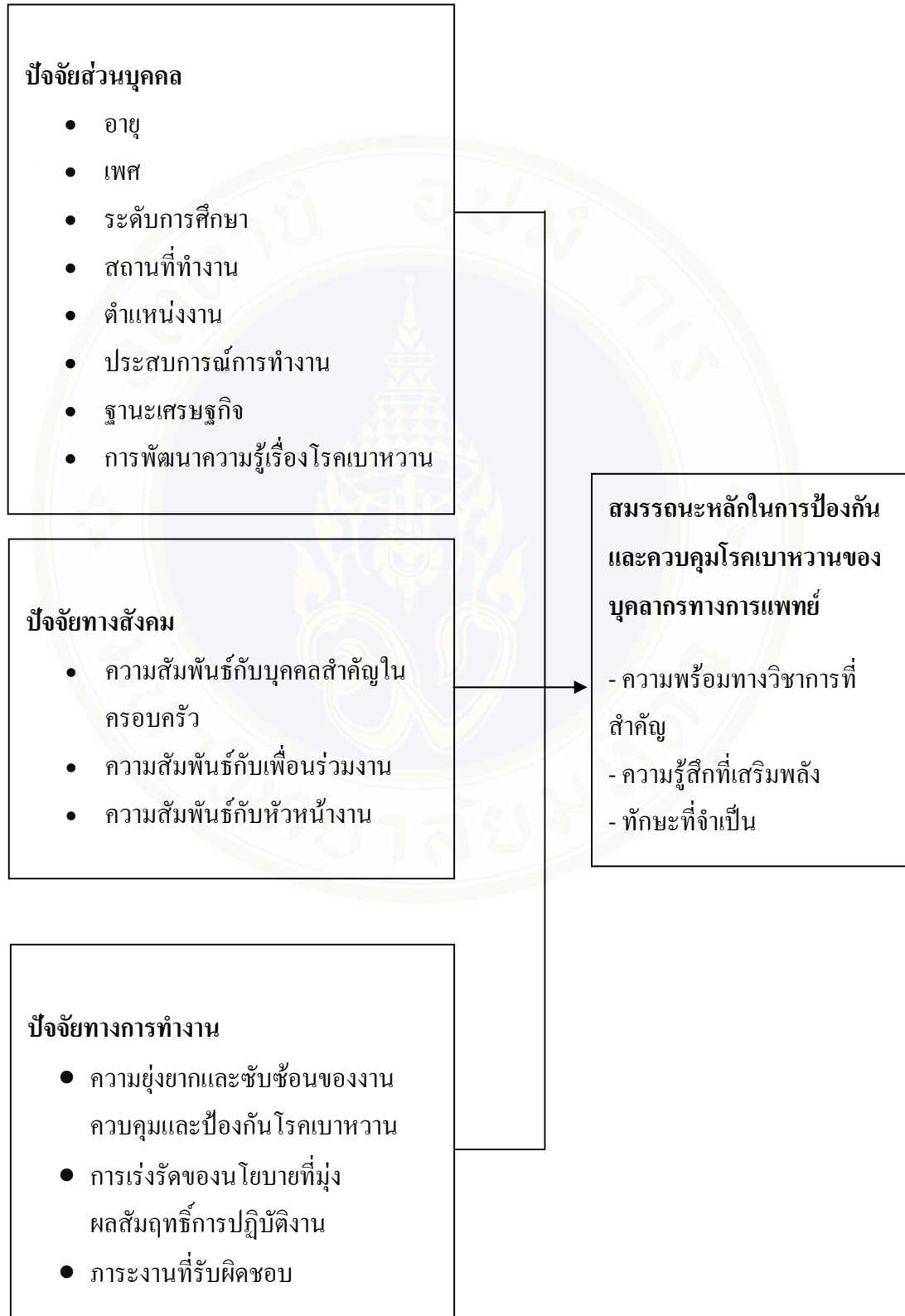
รักษ์เกียรติ จิรันธร, ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, ปรีชา โลหะนกุล และปิ่นฤดี ตีรรัตน์ไพบูลย์⁽⁵³⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ใน 6 จังหวัดภาคใต้ตอนบน พบว่าบทบาทด้านการบริการเภสัชกรรมมีความสัมพันธ์กับ 2 ปัจจัย คือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ PCU และจำนวนเภสัชกรที่รับผิดชอบ PCU โดยสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานด้านการบริการเภสัชกรรม ได้ร้อยละ 56.8 ส่วนด้านการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและสุขภาพ มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ จำนวนเภสัชกรที่รับผิดชอบ PCU ซึ่งสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานด้านการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและสุขภาพได้ร้อยละ 50.3 และไม่มีปัจจัยใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์

อุษณีย์ เปรมสุริย⁽⁵⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการพัฒนาความรู้ บรรยากาศขององค์การและแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระปกเกล้า

รวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษา สมรรถนะของผู้บริหารระดับกลางในระบบราชการไทย พบว่าปัจจัยภูมิหลังของผู้บริหารระดับกลาง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานและฝึกอบรม ระดับการศึกษา และลักษณะงานมีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะในด้านต่างๆ ของผู้บริหารระดับกลาง โดยเฉพาะปัจจัยประสบการณ์ทำงานและฝึกอบรมและระดับการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานที่มีความรุนแรง ความหลากหลายของรูปแบบในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และการประเมินสมรรถนะในการทำงาน ที่จำเป็นในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ คือ สมรรถนะหลัก ซึ่งมีองค์ประกอบ ที่สำคัญ ที่ผู้วิจัยจะใช้ในการประเมินสมรรถนะหลัก คือ ความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ ความรู้ลึกเสริมพลัง และทักษะที่จำเป็น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลัก มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน อย่างไร นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีผู้ทำการศึกษา ซึ่งในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน จำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model และแนวคิดด้านสมรรถนะในการทำงาน มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

5. กรอบแนวคิด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง(Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานบริการสุขภาพของรัฐ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 119 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง โดยมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 628 คน⁽⁵⁶⁾ โดย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการสุ่มตัวอย่างโดยตามสัดส่วนประชากร โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแฉะเนียล⁽⁵⁷⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{z^2 \alpha_{/2} \cdot N \pi (1-\pi)}{z^2 \alpha_{/2} \cdot N \pi (1-\pi) + Nd^2}$$

ซึ่งใช้ประมาณขนาดตัวอย่างแบบง่ายเมื่อทราบประชากรแน่ชัด

เมื่อ π เป็นค่าสัดส่วนประชากรที่ไม่ทราบค่าแทนค่าด้วย

$$\pi = (1 - p)$$

p = ค่าร้อยละของสมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ได้จากการศึกษานำร่องในการประเมินสมรรถนะหลักการควบคุมป้องกันของบุคลากรทางการแพทย์ $p = 0.50$

d ค่าความผิดพลาดที่แท้จริงที่ยอมให้เกิดได้สูงสุดในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน $5\% = 0.05$

z ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 1.96

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{(1.96)^2 \times 628 \times (0.50)(0.50)}{(1.96)^2 (0.50)(0.50) + 628 (0.05)^2} = 238$$

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 238 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นร้อยละ เป็น 250 คน

2. การสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ และแต่ละอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ (Proportionate Stratified random sampling) จากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานบริการภาครัฐจังหวัดชลบุรี ให้ครบตามกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการดังนี้

2.1 หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอใช้สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละอำเภอตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n_j = \frac{n \times N_j}{N}$$

N

n_j = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N_j = จำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

2.2 หาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิชาชีพโดยใช้สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละอำเภอ ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n_j = \frac{n \times N_j}{N}$$

N

n_j = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอาชีพ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N_j = จำนวนประชากรในแต่ละอาชีพ

N = จำนวนประชากรทั้งหมดทุกอาชีพของอำเภอ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิชาชีพ ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ และวิชาชีพ ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข ตามการคำนวณ

อำเภอ	ประชากร			รวม	กลุ่มตัวอย่าง			รวม
	วิชาชีพ				วิชาชีพ			
	แพทย์	พยาบาล	จนท.สธ		แพทย์	พยาบาล	จนท.สธ	
อำเภอเมือง	14	36	49	111	6	16	22	44
อำเภอบ้านบึง	6	17	38	61	2	7	15	24
อำเภอหนองใหญ่	2	33	22	57	1	13	9	23
อำเภอบางละมุง	13	27	38	78	5	11	15	31
อำเภอพานทอง	2	10	29	41	1	4	11	16
อำเภอพนัสนิคม	6	24	48	78	1	10	20	31
อำเภอศรีราชา	15	28	38	81	6	11	15	32
อำเภอสัตหีบ	6	36	18	60	3	14	7	27
อำเภอบ่อทอง	1	5	30	36	1	2	11	14
อำเภอเกาะสีชัง	1	1	3	5	1	1	1	3
กิ่งอำเภอเกาะจันทร์	1	8	11	20	1	3	4	8
รวม	67	225	324	628	28	92	130	250

2.3 สุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (**Simple random sampling**) คือ การจับฉลาก นำรายชื่อบุคลากรแบ่งตามวิชาชีพ และอำเภอ ดำเนินการจนครบตามจำนวนที่คำนวณได้

2.4 แบบสอบถามที่กลับคืนมาทั้งหมดจำนวน 239 ราย ดังนี้

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ และวิชาชีพ ของสถานบริการสุขภาพ
ภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข

อำเภอ	วิชาชีพ					รวม
	ผู้บริหาร	แพทย์	พยาบาล	นวก.	จนท.สช	
อำเภอเมือง	2	-	24	12	6	44
อำเภอบ้านบึง	1	-	12	8	3	24
อำเภอหนองใหญ่	1	-	16	4	2	23
อำเภอบางละมุง	1	-	14	8	3	26
อำเภอพานทอง	1	1	6	5	3	16
อำเภอพนัสนิคม	1	1	19	5	3	29
อำเภอศรีราชา	2	-	18	8	2	30
อำเภอสัตหีบ	2	-	10	8	4	24
อำเภอบ่อทอง	1	-	5	4	2	12
อำเภอเกาะสีชัง	-	-	3	-	-	3
กิ่งอำเภอเกาะจันทร์	1	-	2	3	3	24
รวม	13	2	128	65	31	238

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดให้เติมคำตอบในช่องว่าง ส่วน เพศ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดและให้เลือกตอบ มีทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ สถานที่ทำงาน การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, ความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในครอบครัว, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน, การปฏิบัติของหัวหน้าต่อบุคลากรทางการแพทย์, ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน การป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน, การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และภาระงานที่รับผิดชอบ มีทั้งหมด 7 ข้อ

ข้อคำถาม เรื่อง การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็น แบ่งเป็นข้อย่อย 6 หัวข้อ แต่ละหัวข้อย่อยมีตัวเลือก 4 ระดับดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่มีรายการนี้	0
มีน้อย	1
มีปานกลาง	2
มีมาก	3

การวิเคราะห์คะแนน และแปลผล อ้างอิงเกณฑ์ของบูม⁽⁵⁸⁾ ดังนี้

ระดับมาก	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 80 - 100
ระดับปานกลาง	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับน้อย	ต้องได้คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60

คะแนนรวมได้ 12 – 15 หมายถึง ได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับมาก

คะแนนรวมได้ 9 – 11 หมายถึง ได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

คะแนนรวมได้ 0 – 10 หมายถึง ได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับน้อย

ข้อคำถาม เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในครอบครัว แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อย่อยมีตัวเลือก 3 ระดับ (ข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1-2) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน ข้อความด้านบวก	คะแนน ข้อความด้านลบ
ไม่มี	0	2
บางครั้ง	1	1
เป็นประจำ	0	2

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁵⁹⁾ ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{2 - 0}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 1.00 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 – 0.66 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ข้อคำถาม เรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อย่อยมีตัวเลือก 3 ระดับ (ข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1-2) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน ข้อความด้านบวก	คะแนน ข้อความด้านลบ
ไม่มี	0	2
บางครั้ง	1	1
เป็นประจำ	0	2

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁵⁹⁾ ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{2 - 0}{3} = 0.67 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00	หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33	หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับดีปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.66	หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับไม่ดี

ข้อคำถาม เรื่องความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อย่อยมีตัวเลือก 3 ระดับ (ข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1-2) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน ข้อความด้านบวก	คะแนน ข้อความด้านลบ
ไม่มี	0	2
บางครั้ง	1	1
เป็นประจำ	0	2

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{2 - 0}{3} = 0.67 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00	หมายถึง สัมพันธภาพกับหัวหน้างานอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33	หมายถึง สัมพันธภาพกับหัวหน้างานอยู่ในระดับดีปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.66	หมายถึง สัมพันธภาพกับหัวหน้างานอยู่ในระดับไม่ดี

ข้อคำถาม เรื่อง ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน แบ่งเป็นข้อย่อย 5 หัวข้อ แต่ละข้อย่อยมีตัวเลือก 5 ระดับดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่มี	0
มีน้อย	1
มีปานกลาง	2
มีมาก	3
ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนนี้	0

การวิเคราะห์คะแนน และแปลผล อ้างอิงเกณฑ์ของบูม ดังนี้

ระดับมาก	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 80 - 100
ระดับปานกลาง	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับน้อย	ต้องได้คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60

คะแนนรวมได้ 12 – 15 หมายถึง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวานในระดับมาก

คะแนนรวมได้ 9 – 11 หมายถึง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

คะแนนรวมได้ 0 – 10 หมายถึง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวานในระดับน้อย

ข้อคำถาม เรื่อง การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อย่อยมีตัวเลือก 3 ระดับ (ข้อคำถามเชิงลบข้อ 1-2) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่มี	0
บางครั้ง	1
เป็นประจำ	2

การวิเคราะห์คะแนน และแปลผล อ้างอิงเกณฑ์ของบุญ ดังนี้

ระดับมาก	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 80 - 100
ระดับปานกลาง	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับไม่ดี	ต้องได้คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60

คะแนนรวมได้ 7-8 หมายถึง มีการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนรวมได้ 5-6 หมายถึง มีการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีปานกลาง

คะแนนรวมได้ 0-4 หมายถึง มีการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย

ข้อคำถาม เรื่อง ภาระงานที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องโรคเบาหวาน เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ มีทั้งหมด 10 ตัวเลือก

การแปลผลคะแนน คิดจากคะแนนผลรวมที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือก

เลือก 9 – 10 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับมาก

เลือก 5 – 8 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

เลือก 1 – 4 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับน้อย

ข้อคำถาม เรื่อง ภาระงานที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากงานโรคเบาหวาน เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ มีทั้งหมด 15 ตัวเลือก

การแปลผลคะแนน คิดจากคะแนนผลรวมที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือก

เลือก 11 – 15 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับมาก

เลือก 6 – 10 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

เลือก 1 – 5 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับน้อย

การแปลผลคะแนนรวมข้อคำถามเรื่อง ภาระงานโรคเบาหวาน และงานนอกเหนือโรคเบาหวาน คิดจากคะแนนผลรวมที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือก

เลือก 20 – 25 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับมาก

เลือก 11 – 19 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

เลือก 1 – 10 ข้อ หมายถึง ภาระงานที่รับผิดชอบด้านเบาหวานอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

- ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 18 ข้อ

ตัวเลือก	คะแนน
ไม่มี	0
มีแต่ไม่พอเพียงต่อการนำไปปฏิบัติ	1
มีและพอเพียงนำไปปฏิบัติได้จริง	2

การวิเคราะห์คะแนน และแปลผล อ้างอิงเกณฑ์ของบุญ ดังนี้

ระดับดี	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 80 - 100
ระดับปานกลาง	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับน้อย	ต้องได้คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60

- ด้านความรู้สึที่เสริมพลังในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 14 ข้อ
คำถามเชิงลบ(ข้อ 5,10,11)

ตัวเลือก	คะแนน ข้อความด้านบวก	คะแนน ข้อความด้านลบ
เชื่อว่าทำไม่ได้	0	2
เชื่อว่าทำได้ยากมาก	1	1
เชื่อว่าทำได้แน่นอน	2	0

การวิเคราะห์คะแนน และแปลผล อ้างอิงเกณฑ์ของบุญม ดังนี้

ระดับดี	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 80 - 100
ระดับปานกลาง	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับน้อย	ต้องได้คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60

- ด้านทักษะที่จำเป็นในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานจำนวน 14 ข้อข้อคำถามเชิงลบ (ข้อ 9)

ตัวเลือก	คะแนน ข้อความด้านบวก	คะแนน ข้อความด้านลบ
ทำไม่ได้	0	2
ทำได้เป็นบางครั้ง	1	1
ทำได้เป็นประจำ	2	2

การวิเคราะห์คะแนน และแปลผล อ้างอิงเกณฑ์ของบุญม ดังนี้

ระดับดี	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 80 - 100
ระดับปานกลาง	ต้องได้คะแนน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับน้อย	ต้องได้คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60

การแปลผลคะแนน ส่วนที่ 3 สมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการ ความรู้สึกเสริมพลัง และทักษะที่จำเป็น อ้างอิงเกณฑ์ของบุญม ดังนี้

เกณฑ์	สมรรถนะหลักโดยรวม		ความพร้อมทางวิชาการ ที่สำคัญ		ความรู้สึกเสริมพลังและ ทักษะที่จำเป็น	
	ช่วงคะแนน	ระดับ	ช่วงคะแนน	ระดับ	ช่วงคะแนน	ระดับ
$\geq$ ร้อยละ80	25 - 31	มาก	29 - 36	มาก	23 - 28	มาก
ร้อยละ60-79	19 - 24	ปานกลาง	22 - 28	ปานกลาง	17 - 22	ปานกลาง
$<$ ร้อยละ60	0 - 18	น้อย	0 - 21	น้อย	0 - 16	น้อย

ส่วนที่ 4 การแสดงความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ในการพัฒนาตนเอง และหน่วยงาน เพื่อการทำงานโรคเบาหวาน เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด

การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากตำรา วรรณกรรม ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำแนะนำจาก อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดโครงสร้าง และขอบเขตของเนื้อหาของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
3. ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ รศ.ธราดล เก่งการพาณิชย์
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจ และแก้ไขเพื่อให้มีความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาพิจารณาปรับแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้ทดสอบจริง
5. ทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปใช้ในบุคลากรในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์กำหนด ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี อยู่ในหน่วยที่มีได้ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 นาย ซึ่งหน่วยที่ผู้วิจัยใช้ทดสอบเครื่องมือคือ สถานบริการสุขภาพเขตอำเภอเมือง และโรงพยาบาลเมือง หลังจากนั้น วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้ ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เท่ากับ 0.9529 ด้านความรู้สึกเสริมพลัง เท่ากับ 0.9160 ด้านทักษะที่จำเป็น เท่ากับ 0.8986 และโดยรวม เท่ากับ 0.9666

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองแล้วไปปรับแก้ โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายหลังได้รับอนุมัติ (หมายเลข MUPH2010-210) จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ประสานงานขอหนังสือจาก ต้นสังกัด ถึงหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากต้นสังกัด เข้าพบหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ ด้วยตนเอง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ตลอดจนขออนุญาตเก็บข้อมูล จากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี
4. จัดส่งแบบสอบถามพร้อมกับเอกสารชี้แจงการวิจัย(จธ.3) และหนังสือยินยอมตนในการการวิจัย (จธ.4) ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ผ่านทางไปรษณีย์ในกรณีอยู่โรงพยาบาล เพราะทางสาธารณสุขอำเภอไม่สามารถนำส่งให้ได้
5. ติดตามแบบสอบถามหากผู้ยินยอมตนไม่ส่งคืนแบบสอบถามภายใน 15 วัน ตรวจสอบการได้รับแบบสอบถาม และหากไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่มีการตอบรับภายใน 5 วัน ก็ถือว่าผู้ยินยอมตนไม่สมัครใจในการทำวิจัย
6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมทำการวิจัย สอบถามเกี่ยวกับงานวิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอด24 ชั่วโมง
7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาตรวจให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา

- ศึกษาลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ อายุ ระยะเวลาในการทำงาน โรคเรื้อรัง โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ
- ศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ ในด้าน ความพร้อมทางด้านวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกรับรู้ และทักษะที่จำเป็น โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนสมรรถนะการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ โดยใช้ สถิติเปรียบเทียบ t-test และ One-way ANOVA โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 %

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ในสถานบริการภาครัฐ เขตพื้นที่ จังหวัดชลบุรี จำนวน 239 คน อัตราการตอบกลับ เท่ากับ ร้อยละ 95.6 นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะประชากรทางสังคม
2. ปัจจัยทางสังคม และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
3. สมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
4. ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน กับปัจจัยที่กำหนด ลักษณะประชากร ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน
5. การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการทำงานโรคเบาหวาน

1. ลักษณะประชากรทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี จำนวน 239 ราย ผลการวิเคราะห์ดังนี้

บุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.3 เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 41.4 อายุเฉลี่ย 40 ปี (SD = 7.927) การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84.5 อยู่ในระดับเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี มีสถานที่ทำงานอยู่ที่สถานีนอนมัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน มากที่สุด ร้อยละ 43.9 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.9 เป็นพยาบาล ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.0 และฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ พอกิน พอใช้ร้อยละ 60.7 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะลักษณะประชากร
(n = 239)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 – 30	31	13.0
31 – 40	99	41.4
41 – 50	89	37.2
51 – 60	20	8.4
$\bar{x} = 39.90$, S.D. = 7.927, min = 20 , max = 58		
เพศ		
ชาย	28	11.7
หญิง	211	88.3
การศึกษา		
เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	202	84.5
ปริญญาโท	37	15.5
สถานที่ทำงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	12	5.1
โรงพยาบาลชุมชน	34	14.2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	88	36.8
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	105	43.9
ตำแหน่งงาน		
ผู้บริหาร	13	5.3
แพทย์	2	0.8
พยาบาล	128	53.8
นักวิชาการสาธารณสุข	65	27.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	31	13.0

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะประชากร (n=239)
(ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (ปี)		
1 – 5	74	31.0
6 – 10	71	29.6
11 – 15	36	15.0
≥ 16	35	14.4
— $\bar{x} = 10.48$, S.D. = 7.535 , min = 1 , max = 34		
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
เหลือเก็บ	62	25.9
พอกินพอใช้	145	60.7
ไม่ค่อยพอใช้	32	13.4

การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม เกือบทั้งหมดร้อยละ 94.6 อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการอบรม ให้ความรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการฝึกทักษะ การประชุม/สัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการศึกษาดูงาน อยู่มีการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 59.0, 49.8, 63.1 และ 87.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (n = 239)

การพัฒนาความรู้	ระดับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การพัฒนาความรู้โดยรวม	8(3.3)	5(2.1)	226(94.6)
ด้านการอบรมให้ความรู้	18(7.5)	114(47.7)	107(44.7)
ด้านการฝึกทักษะ	8(3.3)	90(37.7)	141(59.0)
ด้านการประชุม/สัมมนา	22(9.2)	98(41.0)	119(49.8)
ด้านการประชุมเชิงปฏิบัติการ	9(3.8)	79(33.1)	151(63.1)
ด้านการศึกษาดูงาน	4(1.7)	25(10.5)	210(87.9)

2. ปัจจัยทางสังคม และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

2.1 ปัจจัยทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1, 66.1 และ 68.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามปัจจัยทางสังคม (n = 239)

ปัจจัยทางสังคม	ระดับความสัมพันธ์		
	ดี	ปานกลาง	น้อย
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	44(18.4)	158(66.1)	37(15.5)
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	51(21.3)	158(66.1)	30(12.6)
ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	59(24.7)	163(68.2)	17(7.1)

2.2 ปัจจัยการทำงาน

2.2.1 ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า การทำงานโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการค้นหา/คัดกรองความเสี่ยง ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุดร้อยละ 49.0, 46.0, 49.8, 54.8 และ 51.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน (n = 239)

ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน	ระดับการปฏิบัติ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโดยรวม	69(28.9)	28(11.7)	142(59.4)
ด้านการค้นหา/คัดกรองความเสี่ยง	52(21.8)	117(49.0)	70(29.2)
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	85(35.6)	110(46.0)	44(18.4)
ด้านการรักษาพยาบาล	46(19.2)	119(49.8)	74(40.0)
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	66(27.6)	131(54.8)	42(17.6)
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	73(30.5)	123(51.5)	43(18.0)

2.2.2 การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่า การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานโรคเบาหวาน โดยรวม ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.9 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการติดตาม และเร่งรัดให้มีการปฏิบัติ ด้านการติดตามและเร่งรัดผลการดำเนินงาน ด้านการติดตาม และเร่งรัดการรายงานผล มีระดับการเร่งรัดของนโยบายส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.7, 62.7

และ 64.0 ตามลำดับ ส่วนในด้านการประชุมเมื่อผลไม่บรรลุตามเป้าหมาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.7 มีระดับการเร่งรัดของนโยบาย อยู่ในระดับ ปานกลาง ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามการเร่งรัดนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน (n = 239)

การเร่งรัดของนโยบาย	ระดับการปฏิบัติ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การเร่งรัดของนโยบายโดยรวม	136(56.9)	34(14.2)	69(28.9)
ด้านการติดตามและเร่งรัดให้มีการปฏิบัติ	157(65.7)	77(32.2)	5(2.1)
ด้านการติดตามและเร่งรัดผลการดำเนินงาน	150(62.7)	86(36.0)	3(1.3)
ด้านการติดตามและเร่งรัดการรายงานผล	153(64.0)	81(33.9)	5(2.1)
ด้านการประชุมเมื่อผลไม่บรรลุตามเป้าหมาย	105(43.9)	121(50.7)	13(5.4)

2.2.3 ภาระงานที่รับผิดชอบ

ผลการศึกษาพบว่า ภาระงานที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.1 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ภาระงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และงานอื่นๆที่นอกเหนือจากโรคเบาหวาน พบว่ามากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 และ 40.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามการเร่งรัดนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน (n = 239)

ภาระงานที่รับผิดชอบ	ระดับการปฏิบัติ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ภาระงานที่รับผิดชอบโดยรวม	65(27.2)	115(48.1)	59(24.7)
เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	85(35.5)	101(42.3)	53(22.2)
งานอื่นๆ	74(31.0)	97(40.5)	68(28.5)

3. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะหลักโดยรวม ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 46.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.72 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ อยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 48.5 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.53 ส่วนด้านความรู้สึกระดมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 และ 54.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.71 และ 19.66 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.7 และ 4.8

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน (n = 239)

สมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ
สมรรถนะหลักโดยรวม	21.72	7.36	ปานกลาง
ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ	18.53	3.78	น้อย
ความรู้สึกระดมพลัง	18.71	4.31	ปานกลาง
ทักษะที่จำเป็น	19.66	4.27	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามระดับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 239)

ระดับสมรรถนะหลัก	มาก	ปานกลาง	น้อย
สมรรถนะหลักโดยรวม	35(14.6)	110(46.0)	91(39.4)
ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ	47(19.7)	76(31.8)	116(48.5)
ความรู้สึกระดมพลัง	35(14.6)	122(51.1)	82(34.3)
ทักษะที่จำเป็น	50(20.9)	130(54.4)	11(4.6)

3.1 สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญเป็นรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่าหัวข้อที่ส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์มีและพอเพียงนำไปปฏิบัติได้จริงเกินร้อยละ 50 คือ หัวข้อที่2.การสร้างกระแสสังคมเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการ 3อ. 2ส. ร้อยละ51.0 ,หัวข้อที่ 4.การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีพฤติกรรมบริโภค และการใช้ร่างกายเหมาะสมในผู้รับบริการผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 53.6, หัวข้อที่ 5.การจัดกิจกรรม ให้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการควบคุมอารมณ์ ร้อยละ 57.3 และหัวข้อที่7.การปรับสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน เป็นหน่วยงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50.6 ส่วนหัวข้อที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ขาดแคลนในเรื่องความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ คือ 8. สำรวจตลาดนัดเป็นประจำเพื่อแนะนำผู้ค้าเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ ร้อยละ 31, หัวข้อที่10.การจัดเวทีให้ กลุ่มเครือข่าย ประชาชน ได้มีการแสดงความคิดเห็น ดัดสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.8, หัวข้อที่ 15.การร่วมกลุ่มประชาชน ถอดบทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม ตามประเด็นหัวข้อที่เจ้าหน้าที่และประชาชนร่วมกันกำหนด ร้อยละ 25.1, หัวข้อที่ 16. การนำสิ่งที่ได้จากการถอดบทเรียนร่วมกับประชาชน ไปต่อยอดในการปรับปรุง พัฒนาการทำงานโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.5, หัวข้อที่ 17.การค้นคว้าเพื่อทำความเข้าใจปัญหา หรือการแก้ไขปัญหในการทำงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในองค์กรและ/หรือในชุมชน มาทำการวิจัย ร้อยละ 21.3 และ หัวข้อที่ 18.การทำงานวิจัยในงานประจำ มาพัฒนางานโรคเบาหวานที่ตนเองรับผิดชอบ ร้อยละ 38.1 ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญเป็นรายชื่อ

รายการ	ไม่มี	มีแต่ไม่พอเพียงต่อการนำไปปฏิบัติ	มีและพอเพียงนำไปปฏิบัติได้จริง
1. การส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชน และชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ	4 (1.7)	151 (63.2)	84 (35.1)
2. การสร้างกระแสสังคมเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการ 3อ. 2ส.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์สุราและยาสูบ)	4 (1.7)	113 (47.3)	122 (51.0)
3. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา	16 (6.6)	117 (49.0)	106 (44.4)
4. การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีพฤติกรรม การบริโภค และการใช้ร่างกายเหมาะสมในผู้รับบริการ ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	7 (2.9)	104 (43.5)	128 (53.6)
5. การจัดกิจกรรม ให้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการควบคุมอารมณ์	4 (1.7)	98 (41.0)	137 (57.3)
6. การปรับสภาพแวดล้อมในสังคมที่เอื้อต่อการมีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ	23 (9.6)	128 (53.6)	88 (36.8)
7. การปรับสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน เป็นหน่วยงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	9 (3.8)	109 (45.6)	121 (50.6)
8. สำรวจตลาดนัดเป็นประจำเพื่อแนะนำผู้ค้าเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ	74 (31.0)	94 (39.3)	71 (29.7)
9. การอำนวยความสะดวก ให้ทุกภาคส่วน ทั้ง ประชาชน องค์กรของรัฐ และเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดการ ปัญหาโรคเบาหวาน	27 (11.3)	126 (52.7)	86 (36.0)
10. การจัดเวทีให้ กลุ่มเครือข่าย ประชาชนได้มีการแสดง ความคิดเห็น ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน	52 (21.8)	115 (48.1)	72 (30.1)

ตารางที่ 4.9 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญเป็นรายชื่อ (ต่อ)

รายการ	ไม่มี	มีแต่ไม่พอเพียงต่อการนำไปปฏิบัติ	มีและพอเพียงนำไปปฏิบัติได้จริง
11. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การควบคุมป้องกันโรคเบาหวานตามปัญหาสถานการณ์ของโรคเบาหวานในชุมชน และการกำหนดรูปแบบ วิธีการ ตามความต้องการของชุมชน	29 (12.1)	120 (50.2)	90 (37.7)
12. การจัดทำแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมาย ในการรักษาร่วมกัน	34 (14.2)	126 (52.7)	79 (33.1)
13. การประเมินผลเพื่อติดตามความก้าวหน้า ของงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งขณะปฏิบัติงาน และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน	19 (7.9)	130 (54.4)	90 (37.7)
14. การตรวจสอบความก้าวหน้า วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และพิจารณาผลงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ	29 (12.1)	137 (57.4)	73 (30.5)
15. การร่วมกลุ่มประชาชน ถอดบทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม ตามประเด็นหัวข้อที่เจ้าหน้าที่และประชาชนร่วมกันกำหนด	60 (25.1)	141 (59.0)	38 (15.9)
16. การนำสิ่งที่ได้จากการถอดบทเรียนร่วมกับประชาชน ไปต่อยอดในการปรับปรุง พัฒนางานโรครเบาหวาน	61 (25.5)	143 (59.8)	35 (14.6)
17. การค้นคว้าเพื่อทำความเข้าใจปัญหา หรือการแก้ไขปัญหในการทำงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในองค์กรและ/หรือในชุมชน มาทำการวิจัย	51 (21.3)	150 (62.8)	38 (15.9)
18. การทำงานวิจัยในงานประจำ มาพัฒนางานโรคเบาหวานที่ตนเองรับผิดชอบ	91 (38.1)	122 (51.0)	26 (10.9)

3.2 สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความรู้สึกเสริมพลังเป็นรายชื่อ

ผลการศึกษาพบว่าหัวข้อที่ส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์ เชื่อว่าทำได้แน่นอน เกินร้อยละ 50 คือ หัวข้อที่ 14. ผลงานที่เกิดจากประชาชนโดยตรงเท่านั้น จึงจะมีความยั่งยืน ร้อยละ 51.0 ส่วนหัวข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่จะเชื่อมั่นว่าทำได้ยากมาก ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกเสริมพลังเป็นรายชื่อ

รายการ	เชื่อว่าทำ ไม่ได้	เชื่อว่าทำได้ ยากมาก	เชื่อว่าทำได้ แน่นอน
1. การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ต้องทำให้องค์ ส่วนปกครองท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย	1 (0.4)	119 (49.8)	119 (49.8)
2. การส่งเสริมและกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนแสดงพลังในการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจในการ จัดทำแผนงาน โครงการ โรคเบาหวานในชุมชน	1 (0.4)	121 (50.6)	117 (49.0)
3. การกำหนดเป้าหมายพัฒนาให้ชาวบ้านพึ่งตนเองได้เป็น เรื่อง ทำท่ายแต่ก็สามารถทำได้	7 (2.9)	140 (58.6)	92 (38.5)
4. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชนมีการพึ่งพา ตนเองเป็นการแก้ปัญหาโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน	13 (5.4)	142 (59.5)	84 (35.1)
5. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ทำได้เองทุก กระบวนการโดยไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ประชาชน และชุมชน	47 (19.7)	88 (36.8)	104 (43.5)
6. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชน มีส่วนร่วม ในการจัดการ ปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน ตั้งแต่กระบวนการวางแผน การ ปฏิบัติการ การประเมินผล และการถอด บทเรียน	9 (3.8)	147 (61.5)	83 (34.7)
7. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน มีการ จัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง	6 (2.5)	131 (54.8)	102 (42.7)
8. การเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้จัดการตนเอง ที่มี ประสิทธิภาพ คือ มีความรู้ และฝึกทักษะที่เพียงพอ	6 (2.5)	114 (47.7)	119 (49.8)

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกละเต็มพลังเป็นรายข้อ (ต่อ)

รายการ	เชื่อว่าทำไม่ได้	เชื่อว่าทำได้ยากมาก	เชื่อว่าทำได้แน่นอน
9. การพัฒนาประชาชนให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ด้วยกรมี ส่วนร่วมในการควบคุมโรคเบาหวาน	4 (1.7)	122 (51.0)	113 (47.3)
10. การทำให้ประชาชนมีความสามารถในการคิดเอง และ ประเมินผลการปฏิบัติของตนเองเป็นสิ่งที่เป็นไปได้เลย	48 (20.1)	164 (68.6)	27 (11.3)
11. การพัฒนาประชาชนได้ยาก เพราะประชาชนเรียนมาน้อย และไม่สนใจเรียนรู้เพิ่มเติม	61 (25.5)	151 (63.2)	27 (11.3)
12. การพัฒนาที่จะเกิดความเข้มแข็งอยู่ที่ประชาชนสามารถคิด เอง ทำเอง รวมทั้งแสดงบทบาทของตนเองได้	9 (3.8)	138 (57.7)	92 (38.5)
13. การที่จะให้ชาวบ้านเข้มแข็ง ต้องสร้างจิตสำนึกขึ้นมาก่อน	6(2.5)	123(51.5)	110(46.0)
14. ผลงานที่เกิดจากประชาชนโดยตรงเท่านั้น จึงจะมีความ ยั่งยืน	10(4.2)	107(44.8)	122(51.0)

3.3 สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านทักษะที่จำเป็น เป็นรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่าหัวข้อที่ส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์ ทำได้เป็นประจำ มากกว่าร้อยละ 50 คือ หัวข้อที่ 1.การสร้างความสัมพันธ์กับประชาชน ชุมชนจนทำให้เขารู้สึกยอมรับ และสามารถทำงานร่วมกับเขาได้ ร้อยละ 62.8, หัวข้อที่ 2.การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ จนทำให้เขารู้สึกไว้วางใจในการเล่าปัญหา และร่วมมือในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 64.4, หัวข้อที่ 6.การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ แก่ประชาชน และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ร้อยละ 57.7, หัวข้อที่ 7.การจัดทำช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานอย่างสะดวก ร้อยละ 51.5 ส่วนหัวข้อ 9. ไม่เคยมีการติดตาม ผลตอบกลับจากการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องโรคเบาหวาน เป็นข้อคำถามเชิงลบ พบว่าเป็นหัวข้อที่บุคลากรทางการแพทย์ทำเป็นประจำถึงร้อยละ 16 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการ
ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น
เป็นรายชื่อ

รายการ	ทำ ไม่ได้	ทำได้ บางครั้ง	ทำได้เป็น ประจำ
1. การสร้างความสัมพันธ์กับประชาชน ชุมชนจนทำให้เขาารู้สึก ยอมรับ และสามารถทำงานร่วมกับเขาได้	1 (0.4)	88 (36.8)	150 (62.8)
2. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ จนทำให้เขาารู้สึก ไว้วางใจในการเล่าปัญหา และร่วมมือในการรักษาพยาบาล	1 (0.4)	84 (35.2)	154 (64.4)
3. โครงการที่ท่านร่วมมือ กับชาวบ้าน ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี	4 (1.7)	122 (51.0)	113 (47.3)
4. การสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องโรคเบาหวานและถอดเป็นบทเรียน ตามประเด็นหัวข้อที่ เจ้าหน้าที่ และชุมชนร่วมกันกำหนด	12 (5.0)	171 (71.5)	56 (23.4)
5. การสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานและญาติในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สรุปและถอดเป็น บทเรียน ตามสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่ม	15 (6.3)	148 (61.9)	76 (31.8)
6. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ที่เน้นการสร้าง เสริมสุขภาพ แก่ประชาชนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	3 (1.3)	98 (41.0)	138 (57.7)
7. การจัดทำช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ได้ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานอย่างสะดวก	3 (1.3)	113 (47.2)	123 (51.5)
8. การสนับสนุนและสร้างระบบเชื่อมโยงภายในเครือข่าย เพื่อการ สื่อสารที่สะดวกในการประสานงาน และทำงานร่วมกัน	6 (2.5)	132 (55.2)	101 (42.3)
9. ไม่เคยมีการติดตาม ผลตอบกลับจากการเผยแพร่ข่าวสารเรื่อง โรคเบาหวาน	48 (20.1)	152 (63.6)	39 (16.3)
10. การใช้คอมพิวเตอร์ในการสร้างสื่อเผยแพร่ต่างๆเพื่อเสริมสร้างการ เรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย	12 (5.0)	139 (58.2)	88 (36.8)
11. การจัดทำเครื่องมือในการสื่อสารที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ได้เข้าถึง แก่นสาร หรือหลักการสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน	11 (4.6)	153 (64.0)	75 (31.4)

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น เป็นรายชื่อ (ต่อ)

รายการ	ทำ ไม่ได้	ทำได้ บางครั้ง	ทำได้เป็น ประจำ
12. การสรุปบทเรียนทางวิชาการที่ได้จากประสบการณ์ทำงานร่วมกับ ประชาชน	22 (9.2)	172 (72.0)	45 (18.8)
13. การแยกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนดก่อนการถ่ายทอด ความรู้	15 (6.3)	145 (60.7)	79 (33.1)
14. การใช้คอมพิวเตอร์ในการสร้างเครื่องมือ ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึง ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ที่ประชาชนยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติ	17 (7.1)	163 (68.2)	59 (24.7)

4. ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กับปัจจัยที่กำหนด ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน

4.1 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กับปัจจัยส่วนบุคคล

4.1.1 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามกลุ่มอายุ

การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.921$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกเสริมพลัง ทักษะที่จำเป็น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.807, 0.399$ และ 0.930) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามกลุ่มอายุ (n(20-30)=31, n(31-40)=99, n(41-50)=89, n(51-60)=20)

กลุ่มอายุ(ปี)	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
20 – 30	20.08	4.58	0.164	3,235	0.921
31 – 40	19.56	4.21			
41 – 50	19.70	4.35			
51 – 60	19.30	3.42			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
20 – 30	22.71	8.35	0.326	3,235	0.807
31 – 40	21.41	7.25			
41 – 50	21.49	7.38			
51 – 60	22.50	6.59			
ด้านความรู้สึกระดมพลัง					
20 – 30	18.71	3.63	0.988	3,235	0.399
31 – 40	18.42	3.71			
41 – 50	18.66	3.88			
51 – 60	17.30	.394			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
20 – 30	18.81	4.69	0.149	3,235	0.930
31 – 40	18.79	4.41			
41 – 50	18.73	4.17			
51 – 60	18.10	3.40			

4.1.2 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุม

โรคเบาหวาน ตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามเพศ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.205$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และความรู้สึกระมัดระวัง เมื่อเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.255$ และ 0.755) ตามลำดับ ส่วนด้านทักษะที่จำเป็น เมื่อเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$) โดยผู้ชายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้หญิง ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุม

โรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามเพศ ($n_{\text{ผู้ชาย}} = 28$, $n_{\text{ผู้หญิง}} = 211$)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ชาย	20.62	4.76	-66.752	238	0.205
หญิง	19.53	4.20			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ชาย	23.21	8.18	-41.468	238	0.255
หญิง	21.56	7.25			
ด้านความรู้สึกระมัดระวัง					
ชาย	18.32	3.87	-67.952	238	0.755
หญิง	18.56	3.78			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ชาย	20.32	4.49	-59.267	238	0.035
หญิง	18.50	4.25			

4.1.2 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุม

โรคเบาหวาน ตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบตามระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.199$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกเสริมพลัง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.019$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า ระดับเทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี ส่วนด้าน ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.421$ และ 0.689) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามการศึกษา (n เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี= 202, nปริญญาโท = 37)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	19.50	4.07	-67.197	238	0.199
ปริญญาโท	20.49	5.21			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	21.56	7.13	-43.228	238	0.421
ปริญญาโท	22.62	8.59			
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	18.29	3.64	-71.773	238	0.019
ปริญญาโท	19.87	4.31			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	18.66	4.24	-62.946	238	0.689
ปริญญาโท	18.97	4.69			

4.1.2 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามสถานที่ทำงาน

สมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบตามสถานที่ทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.018$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงาน ที่โรงพยาบาลศูนย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีค่าต่าง 3 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรงพยาบาลศูนย์ กับโรงพยาบาลชุมชน ($p = 0.047$), โรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($p = 0.002$) และโรงพยาบาลชุมชน กับศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย ($p = 0.039$) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามสถานที่ทำงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
โรงพยาบาลศูนย์	12	20.61	3.92	3.402	3,235	0.018
โรงพยาบาลชุมชน	34	17.79	3.79			
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	88	20.41	3.95			
ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย	13	19.52	4.56			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)

	Mean – dif	p-value
โรงพยาบาลศูนย์ – โรงพยาบาลชุมชน	2.82	0.047
โรงพยาบาลศูนย์ – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.20	0.876
โรงพยาบาลศูนย์ – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย	1.09	0.395
โรงพยาบาลชุมชน – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	-2.62	0.002
โรงพยาบาลชุมชน – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย	-1.72	0.039
โรงพยาบาลส่งเสริม – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัยสุขภาพตำบล	0.89	0.144

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามสถานที่ทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่($p=0.012$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์ และต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีคู่ต่าง 2 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($p = 0.001$) และโรงพยาบาลชุมชน กับ สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ($p = 0.022$) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามสถานที่ทำงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
โรงพยาบาลศูนย์	12	22.58	8.32	3.983	3,235	0.012
โรงพยาบาลชุมชน	34	18.27	6.57			
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	88	23.13	7.12			
ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย	105	21.57	7.37			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
โรงพยาบาลศูนย์ – โรงพยาบาลชุมชน			4.32	0.077
โรงพยาบาลศูนย์ – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			-0.54	0.808
โรงพยาบาลศูนย์ – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย			1.01	0.647
โรงพยาบาลชุมชน – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			-4.86	0.001
โรงพยาบาลชุมชน – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย			-3.31	0.022
โรงพยาบาลส่งเสริม – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยสุขภาพตำบล			1.55	0.139

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความรู้สึกล

เสริมพลัง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกลเสริมพลัง เมื่อเปรียบเทียบตามสถานที่ทำงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และต่ำสุด คือ โรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.383$) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความรู้สึกลเสริมพลัง ตามสถานที่ทำงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
โรงพยาบาลศูนย์	12	19.67	3.11	0.823	3,235	0.383
โรงพยาบาลชุมชน	34	16.74	3.68			
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	88	18.90	3.53			
ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย	105	18.14	4.07			

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านทักษะที่จำเป็น

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น เมื่อเปรียบเทียบตามสถานที่ทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.030$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีคู่ต่าง 3 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรงพยาบาลศูนย์ กับโรงพยาบาลชุมชน ($p=0.047$) โรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($p=0.004$) และโรงพยาบาลชุมชน กับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ($p=0.013$) ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
ด้านทักษะที่จำเป็น ตามสถานที่ทำงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
โรงพยาบาลศูนย์	12	19.58	3.32	3.060	3,235	0.030
โรงพยาบาลชุมชน	34	16.74	3.90			
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	88	19.21	3.95			
ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย	105	18.84	4.67			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
โรงพยาบาลศูนย์ – โรงพยาบาลชุมชน			2.85	0.047
โรงพยาบาลศูนย์ – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			0.38	0.772
โรงพยาบาลศูนย์ – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย			0.75	0.566
โรงพยาบาลชุมชน – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			-2.47	0.004
โรงพยาบาลชุมชน – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย			-2.10	0.013
โรงพยาบาลส่งเสริม – ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยสุขภาพตำบล			3.67	0.552

4.1.3 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามตำแหน่งงาน

สมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบตามตำแหน่งงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.006$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น นักวิชาการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และต่ำที่สุด คือ แพทย์ เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีคู่ต่าง 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พยาบาล กับนักวิชาการสาธารณสุข ($p=0.003$) ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม ตามตำแหน่งงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ผู้บริหาร	13	19.49	3.08	3.745	4,234	0.006
แพทย์	2	12.83	1.65			
พยาบาล	128	19.01	4.13			
นักวิชาการสาธารณสุข	65	20.93	4.37			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	31	20.16	4.38			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
ผู้บริหาร – พยาบาล			0.48	0.694
ผู้บริหาร – นักวิชาการสาธารณสุข			-1.45	0.256
ผู้บริหาร – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			-0.67	0.626
พยาบาล – นักวิชาการสาธารณสุข			-1.93	0.003
พยาบาล – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			-1.15	0.169
นักวิชาการฯ – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			0.77	0.398

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามตำแหน่งงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.002$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น นักวิชาการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และต่ำที่สุด คือ แพทย์ เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีคู่ต่าง 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พยาบาล กับนักวิชาการสาธารณสุข ($p=0.001$) ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามตำแหน่งงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ผู้บริหาร	13	21.69	5.31	4.219	4,234	0.002
แพทย์	2	9.00	2.83			
พยาบาล	128	20.58	7.17			
นักวิชาการสาธารณสุข	65	24.15	7.26			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	31	22.19	7.71			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
ผู้บริหาร – พยาบาล			1.11	0.594
ผู้บริหาร – นักวิชาการสาธารณสุข			-2.46	0.260
ผู้บริหาร – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			-0.50	0.833
พยาบาล – นักวิชาการสาธารณสุข			-3.58	0.001
พยาบาล – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			-1.62	0.262
นักวิชาการฯ – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			1.96	0.212

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความรู้ลึก

เสริมพลัง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้ลึกเสริมพลัง เมื่อเปรียบเทียบตามตำแหน่งงานพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และต่ำสุด คือ แพทย์ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.376$) ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง ตามตำแหน่งงาน

ตำแหน่งงาน	n	$\bar{X}$	SD	F	df	p-value
ผู้บริหาร	13	17.77	3.14	1.063	4,234	0.376
แพทย์	2	14.00	1.41			
พยาบาล	128	18.44	3.83			
นักวิชาการสาธารณสุข	65	18.92	3.79			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	31	18.71	3.81			

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามตำแหน่งงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่($p = 0.050$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น นักวิชาการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และต่ำที่สุด คือ แพทย์ เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีคู่ต่าง 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พยาบาล กับนักวิชาการสาธารณสุข ($p = 0.009$) ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านทักษะที่จำเป็น ตามตำแหน่งงาน

สถานที่ทำงาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ผู้บริหาร	13	19.00	4.20	2.416	4,234	0.050
แพทย์	2	15.50	0.71			
พยาบาล	128	18.01	4.18			
นักวิชาการสาธารณสุข	65	19.72	4.45			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	31	19.58	4.23			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
ผู้บริหาร – พยาบาล			0.99	0.424
ผู้บริหาร – นักวิชาการสาธารณสุข			-0.72	0.577
ผู้บริหาร – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			-0.59	0.680
พยาบาล – นักวิชาการสาธารณสุข			-1.72	0.009
พยาบาล – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			-1.57	0.066
นักวิชาการฯ – เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			0.14	0.878

4.1.4 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามประสบการณ์การทำงาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อรัง พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานช่วงระยะเวลา 11–15 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ช่วงระยะเวลา 6–10 ปี และต่ำสุด คือ ช่วงระยะเวลา 1- 5 ปี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.832$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อรัง พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานช่วงระยะเวลา มากกว่า 16 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ช่วงระยะเวลา 11-15 ปี และต่ำสุดคือ ช่วงระยะเวลา 1- 5 ปี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.946$)

ส่วนด้านความรู้สึกละเมียดล้นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อรัง พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานช่วงระยะเวลา 11 – 15 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ช่วงระยะเวลา 1- 5 ปี และต่ำสุดคือ ช่วงระยะเวลามากกว่า 16 ปี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.413$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อรัง พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานช่วงระยะเวลา 11-15 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ช่วงระยะเวลา 6-10 ปี และต่ำสุดคือ ช่วงระยะเวลา 1- 5 ปี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.430$) ดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามกลุ่มระยะเวลาในการทำงานโรคเรื้อรัง ($n(1-5)=74$, $n(6-10)=71$, $n(11-15)=36$, $n(\geq 16) = 58$)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
1 - 5	19.45	4.90	0.123	3ม235	0.832
6 – 10	19.62	4.26			
11 – 15	20.25	3.08			
≥16	19.58	4.12			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
1 - 5	21.31	8.55	0.123	3,235	0.945
6 – 10	21.79	7.21			
11 – 15	21.94	5.59			
≥16	22.03	7.37			

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามกลุ่มระยะเวลาในการทำงานโรคเรื้อรัง ($n(1-5)=74$, $n(6-10)=71$, $n(11-15)=36$, $n(\geq 16)=58$ (ต่อ))

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
1 - 5	18.85	3.99	0.958	3,235	0.413
6 – 10	18.20	3.64			
11 – 15	19.19	3.53			
≥16	18.12	3.83			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
1 - 5	18.20	4.60	0.923	3,235	0.430
6 – 10	18.89	4.41			
11 – 15	19.61	3.36			
≥16	18.59	4.31			

4.1.5 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาความรู้ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ช่วงระดับมาก และระดับน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.096$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาความรู้ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับน้อย และต่ำสุด คือ ระดับมาก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.083$)

ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาความรู้ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับน้อย และต่ำสุด คือ ระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.376$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาความรู้ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และต่ำสุด คือ ระดับน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.159$) ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (ระดับมาก=14, ระดับปานกลาง=117, ระดับน้อย=108)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับมาก	19.63	5.31	2.371	2,236	0.096
ระดับปานกลาง	19.73	3.96			
ระดับน้อย	19.63	4.40			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ระดับมาก	21.25	8.49	2.520	2,236	0.083
ระดับปานกลาง	23.80	6.87			
ระดับน้อย	21.70	7.63			
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
ระดับมาก	19.50	4.54	0.376	2,236	0.376
ระดับปานกลาง	16.60	3.72			
ระดับน้อย	18.54	3.77			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ระดับมาก	20.38	4.80	1.851	2,236	0.159
ระดับปานกลาง	19.73	4.11			
ระดับน้อย	18.65	4.42			

4.1.6 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับ พอกินพอใช้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับเหลือเก็บ และต่ำสุด คือ ระดับไม่พอใช้ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.542$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับ พอกินพอใช้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับเหลือเก็บ และต่ำสุด คือ ระดับไม่พอใช้ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.302$)

ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับ พอกินพอใช้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับไม่พอใช้ และต่ำสุด คือ ระดับเหลือเก็บ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.975$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับเหลือเก็บ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับ พอกินพอใช้ และต่ำสุด คือ ระดับไม่พอใช้ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.289$) ดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจ (ระดับเหลือเก็บ=62, ระดับพอกินพอใช้=145, ระดับ ไม่พอใช้=32)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับเหลือเก็บ	19.77	5.00	0.717	3,235	0.542
ระดับพอกินพอใช้	19.82	3.95			
ระดับไม่พอใช้	18.67	4.18			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ระดับเหลือเก็บ	21	21.80	8.41	3,235	0.302
ระดับพอกินพอใช้	22.10	6.79			
ระดับไม่พอใช้	19.88	7.77			
ด้านความรู้ลึกเสริมพลัง					
ระดับเหลือเก็บ	18.47	3.95	0.073	3,235	0.975
ระดับพอกินพอใช้	18.56	3.77			
ระดับไม่พอใช้	18.53	3.58			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ระดับเหลือเก็บ	19.05	5.11	1.259	3,235	0.289
ระดับพอกินพอใช้	18.81	3.86			
ระดับไม่พอใช้	17.59	4.55			

4.1.7 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ระดับ ไม่ดี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุดคือระดับมาก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.349$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ คือ ระดับไม่ดี ต่ำสุด คือ ระดับดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.641$)

ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.482$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.194$) ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในครอบครัว (ระดับดี = 189, ระดับปานกลาง = 49, ระดับไม่ดี = 4)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับดี	18.81	4.34	1.057	2,236	0.349
ระดับปานกลาง	19.84	4.29			
ระดับไม่ดี	19.88	4.12			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ระดับดี	20.82	7.23	0.445	2,236	0.641
ระดับปานกลาง	22.00	7.35			
ระดับไม่ดี	21.62	7.12			
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
ระดับดี	17.96	3.47	0.732	2,236	0.482
ระดับปานกลาง	18.60	3.84			
ระดับไม่ดี	18.92	3.88			

ตารางที่ 4.26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในครอบครัว
(ระดับดี = 189, ระดับปานกลาง = 49, ระดับไม่ดี = 4) (ต่อ)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ระดับดี	17.66	3.96	1.650	2,236	0.194
ระดับปานกลาง	18.91	4.41			
ระดับไม่ดี	19.11	4.18			

4.1.8 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับดี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือระดับไม่ดี ต่ำสุดคือ ระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.900$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับดี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับไม่ดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.680$)

ส่วนด้านความรู้สึกระมัดระวังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.509$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับดี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับไม่ดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.852$) ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (ระดับดี=59, ระดับปานกลาง=163, ระดับไม่ดี=17)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับดี	19.89	3.41	0.449	2,236	0.900
ระดับปานกลาง	19.57	4.37			
ระดับไม่ดี	19.69	5.12			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ระดับดี	22.53	5.74	0.848	2,236	0.680
ระดับปานกลาง	21.51	7.58			
ระดับไม่ดี	21.50	8.69			
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
ระดับดี	18.31	3.28	0.143	2,236	0.509
ระดับปานกลาง	18.46	3.83			
ระดับไม่ดี	19.27	4.31			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ระดับดี	18.82	3.81	0.408	2,236	0.852
ระดับปานกลาง	18.75	4.35			
ระดับไม่ดี	18.30	4.94			

4.1.9 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างานพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับไม่ดี ต่ำสุด คือ ระดับดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.063$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับดี ต่ำสุด คือ ระดับไม่ดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.195$)

ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับไม่ดี อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.240$) ดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน (ระดับดี=159, ระดับปานกลาง=72, ระดับไม่ดี=8)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับดี	183.64	3.78	2.351	2,236	0.0063
ระดับปานกลาง	20.10	4.29			
ระดับไม่ดี	18.94	5.14			
ด้านวิชาการที่สำคัญ					
ระดับดี	18.05	3.81	3.667	2,236	0.195
ระดับปานกลาง	18.80	3.82			
ระดับไม่ดี	17.59	3.06			
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
ระดับดี	20.36	3.81	0.491	2,236	0.240
ระดับปานกลาง	18.80	3.82			
ระดับไม่ดี	17.58	3.06			

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านทักษะที่จำเป็น

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น เมื่อเปรียบเทียบตามตำแหน่งงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.038$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ระดับไม่ดี และต่ำที่สุด คือ ระดับดี เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีคู่ต่าง 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับดี กับระดับปานกลาง ($p=0.011$) ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน

ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ด้านทักษะที่จำเป็น						
ระดับดี	59	17.53	4.10	1.055	2,236	0.038
ระดับปานกลาง	163	19.18	4.28			
ระดับไม่ดี	17	18.35	4.67			
เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)						
				Mean – dif	p-value	
ดี – ปานกลาง				-1.65	0.011	
ดี – ไม่ดี				-0.83	0.482	
ปานกลาง – ไม่ดี				0.83	0.449	

4.1.10 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับมาก ต่ำสุด คือ ระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.960$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับมาก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.844$)

ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.693$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับมาก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.789$) ดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน (ระดับมาก=151, ระดับปานกลาง=75, ระดับน้อย=13)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับมาก	19.57	4.22	0.041	2,236	0.960
ระดับปานกลาง	19.55	3.95			
ระดับน้อย	19.72	4.62			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ระดับมาก	21.32	7.65	0.170	2,236	0.844
ระดับปานกลาง	21.61	6.12			
ระดับน้อย	21.94	7.49			
ด้านความรู้สึกเสริมพลัง					
ระดับมาก	18.81	4.04	0.368	2,236	0.693
ระดับปานกลาง	18.71	3.68			
ระดับน้อย	18.36	3.68			

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานโรคเบาหวาน (ระดับมาก=151, ระดับปานกลาง=75, ระดับน้อย=13) (ต่อ)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ระดับมาก	18.57	4.43	0.237	2,236	0.789
ระดับปานกลาง	18.32	4.15			
ระดับน้อย	18.86	4.30			

4.1.11 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การทำงานโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการเร่งรัดของนโยบาย ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.054$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการเร่งรัดของนโยบาย ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.124$)

และด้านทักษะที่จำเป็นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การทำงานโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการเร่งรัดของนโยบาย ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับมาก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.283$) ดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน (ระดับมาก=151, ระดับปานกลาง=75, ระดับน้อย=13)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
สมรรถนะหลักโดยรวม					
ระดับมาก	20.21	4.50	2.961	2,236	0.054
ระดับปานกลาง	19.34	3.12			
ระดับน้อย	18.71	4.16			
ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ					
ระดับมาก	22.57	7.46	2.104	2,236	0.124
ระดับปานกลาง	20.82	6.53			
ระดับน้อย	20.50	7.45			
ด้านทักษะที่จำเป็น					
ระดับมาก	18.16	4.57	1.271	2,236	0.283
ระดับปานกลาง	18.29	3.02			
ระดับน้อย	18.36	4.43			

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความรู้สึกเสริมพลัง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกเสริมพลัง เมื่อเปรียบเทียบตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงานโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.022$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และต่ำที่สุด คือ ระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีคู่ต่าง 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับมาก กับระดับน้อย ($p = 0.007$) ดังตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.32 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกระดมพลัง ตามระดับการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน

ระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
ด้านทักษะที่จำเป็น						
มาก	136	18.97	3.97	3.858	2,236	0.022
ปานกลาง	34	18.91	2.61			
น้อย	69	17.48	3.72			
เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)						
				Mean – dif	p-value	
มาก – ปานกลาง				0.06	0.935	
มาก – น้อย				1.49	0.007	
ปานกลาง – น้อย				1.43	0.068	

4.1.11 ความแตกต่างของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ตามภาระงานที่รับผิดชอบ

สมรรถนะหลักในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม เมื่อเปรียบเทียบตามภาระงานที่รับผิดชอบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ปานกลาง และต่ำที่สุด คือ ระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีคู่ต่าง 2 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับมาก กับระดับน้อย ($p < 0.001$) และ ระดับปานกลาง กับ ระดับน้อย ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 ตารางการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ

ระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
มาก	85	20.69	4.24	10.876	2,236	<0.001
ปานกลาง	101	19.96	3.82			
น้อย	53	17.41	4.40			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
มาก – ปานกลาง			0.730	0.228
มาก – น้อย			3.275	<0.001
ปานกลาง – น้อย			2.545	0.001

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบตามภาระงานที่รับผิดชอบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.001$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงาน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และต่ำที่สุด คือ ระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีคู่ต่าง 2 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับมาก กับระดับน้อย ($p<0.001$) และ ระดับปานกลาง กับ ระดับน้อย ($p=0.001$) ดังตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ

ระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
มาก	85	23.86	6.77	11.518	2,236	<0.001
ปานกลาง	101	21.91	6.76			
น้อย	53	17.94	8.02			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
มาก – ปานกลาง			1.948	0.062
มาก – น้อย			5.915	<0.001
ปานกลาง – น้อย			3.968	0.001

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความรู้สึกละ

เสริมพลัง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกละเสริมพลัง เมื่อเปรียบเทียบตามภาระงานที่รับผิดชอบ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงาน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือระดับปานกลาง ต่ำสุด คือ ระดับน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่(p = 0.273) ดังตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.35 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกละเสริมพลัง ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ

ระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
มาก	85	18.75	3.80	1.305	2,236	0.273
ปานกลาง	101	18.73	3.62			
น้อย	53	17.79	4.03			

สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความพร้อมด้านทักษะที่จำเป็น

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น เมื่อเปรียบเทียบตามภาระงานที่รับผิดชอบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงาน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และต่ำที่สุด คือ ระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบพบว่า มีคู่ต่าง 2 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับมาก กับระดับน้อย ($p < 0.001$) และ ระดับปานกลาง กับ ระดับน้อย ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.36 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น ตามระดับภาระงานที่รับผิดชอบ

ระดับภาระงานที่รับผิดชอบ	n	$\bar{x}$	SD	F	df	p-value
มาก	85	19.46	4.36	9.613	2,236	<0.001
ปานกลาง	101	19.23	4.01			
น้อย	53	16.51	4.11			

เปรียบเทียบคู่ต่าง (LSD)			Mean – dif	p-value
มาก – ปานกลาง			0.221	0.718
มาก – น้อย			2.949	<0.001
ปานกลาง – น้อย			2.728	<0.001

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการทำงานโรคเบาหวาน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการทำงานโรคเบาหวาน ได้จากการตอบแบบสอบถามของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ความสนใจ คิดเห็นทั้งสิ้น 67 ราย บุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่ เป็นพยาบาล ร้อยละ 55.22

รองลงมาเป็น นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 28.36 และที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็น เป็น แพทย์ สถานที่ทำงานส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 46.68 รองลงมา คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย ร้อยละ 29.85 และที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นคือ โรงพยาบาลศูนย์ ดังตารางที่ 4.37

ตารางที่ 4.37 จำนวนร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน ตามสถานที่ทำงาน

สถานที่ทำงาน	ตำแหน่งงาน					
	ผู้บริหาร	แพทย์	พยาบาล	นวก.	จสช.	รวม
โรงพยาบาลศูนย์	0	0	0	0	0	0
โรงพยาบาลชุมชน	0	0	14(20.90)	2(2.99)	0	16(23.87)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1(1.49)	0	15(22.39)	9(13.42)	6(8.96)	31(46.68)
ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย	1(1.49)	0	8(11.94)	8(11.94)	3(4.48)	20(29.85)
รวม	2(2.99)	0	37(52.23)	19(28.35)	9(13.43)	67(100.00)

รายละเอียดการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ สรุปได้ดังนี้

5.1 ด้านการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

1. การพัฒนาความรู้ และทักษะ ในการทำงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วย ประชาชน เป็นต้น

2. การจัดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานโรคเบาหวาน ทั้งภายในองค์กรเดียวกัน และต่างองค์กร

3. การทำงานโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการ ขั้นตอนที่ชัดเจน

4. การสร้างคุณลักษณะภายในที่ดีในตัวเอง ในการทำงานโรคเบาหวาน

5. การใช้สื่อ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี ในการทำงานโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การนำงานประจำพัฒนาสู่การทำเป็นงานวิจัย

5.2 ด้านการพัฒนาหน่วยงาน

1. การบูรณาการการทำงานโรคเบาหวาน ที่มีการวางแผน กลยุทธ์ในการทำงาน ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานราชการ วัด โรงเรียน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน
2. มีรูปแบบในการทำงานโรคเบาหวานที่ทันสมัย สามารถปรับใช้ได้ทุกพื้นที่
3. การทำงานโรคเบาหวานที่เน้นในเชิงรุก มีระบบการทำงาน มีการวางแผน การปฏิบัติ การสรุปผล และการติดตามประเมินผล อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง
4. การสร้างทีมงานในการทำงานโรคเบาหวาน ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ที่มีการร่วมกันทำงาน ประสานงาน ระหว่างทีม
5. การจัดทำ สื่อ อุปกรณ์ ช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัย ประชาชน เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก
6. การพัฒนาระบบข้อมูล ให้มีความทันสมัย สามารถนำมาใช้ได้ง่าย และเกิดประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ

5.3 งานด้านบริการ ผู้ป่วย ประชาชน และชุมชน

1. พัฒนา ผู้ป่วย และญาติ ประชาชน สามารถพึ่งตนเอง มีส่วนร่วมในการดูแล ตนเอง และชุมชน
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถเป็นตัวแทน ในการสื่อสาร ถ่ายทอดองค์ความรู้และดูแลคนในชุมชนได้

5.4 ปัญหา และข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และงานที่รับผิดชอบมีความหลากหลาย บุคลากรไม่สามารถบริหารจัดการ กับงานได้ทุกอย่าง ส่วนใหญ่ทำงานตามนโยบาย ไม่ได้ทำตาม ปัญหาที่แท้จริง
2. การทำงานโรคเบาหวานไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากร ขาดความรู้เฉพาะทาง ขาดทีมงาน อุปกรณ์ และงบประมาณในการดำเนินงาน
3. การจัดการกับข้อมูล เรื่องการรายงานทางอินเทอร์เน็ตไม่สามารถทำได้ทัน มีปัญหา ในการส่งข้อมูล

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรี ครั้งนี้ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 239 ราย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความพร้อมสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์
2. ระบบการทำงานกับการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
4. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากร
6. บทเรียนจากกระบวนการวิจัย

1. ความพร้อมสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์

การศึกษาพบว่า สมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ มากที่สุดร้อยละ 46.0 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 39.4 อยู่ในระดับน้อย และน้อยที่สุด ร้อยละ 14.6 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 3 ด้านพบว่า ด้านความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ มากที่สุดร้อยละ 48.5 อยู่ในระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 31.8 อยู่ในระดับปานกลาง และน้อยที่สุดร้อยละ 19.7 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้าน ความรู้สึกเสริมพลัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.0 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 34.3 อยู่ในระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 14.6 อยู่

ในระดับมาก และด้านทักษะที่จำเป็น มากที่สุดร้อยละ 46.9 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 20.9 อยู่ในระดับปานกลาง น้อยที่สุดร้อยละ 20.9 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่12) จากข้อมูลการศึกษา จะเห็นได้ว่าสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้านนั้น สมรรถนะหลักในระดับมาก คือระดับที่เราพึงพอใจ มีจำนวนน้อยมาก คือเกือบทุกด้าน มีระดับที่เรา พึงพอใจไม่ถึง ร้อยละ 20 ยกเว้นด้านทักษะที่จำเป็นมีร้อยละ 20.9 และเมื่อพิจารณา พบว่า สมรรถนะ หลักในระดับน้อย คือ ระดับขาดแคลนนั่น มีสัดส่วนค่อนข้างมาก คือ โดยรวมมีประมาณ สองในห้า ส่วนด้านความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ มีประมาณ เกือบครึ่งหนึ่ง ด้านความรู้สึกเสริมพลัง มี ประมาณหนึ่งในห้า มีเพียงด้านทักษะที่จำเป็นที่มีสมรรถนะหลักในระดับขาดแคลนเพียง ร้อยละ 4.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความพร้อมในสมรรถนะหลัก โดยรวม ด้านความ พร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านความรู้สึกที่เสริมพลัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาสถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ (CUP)ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ความแตกต่างกันสูง และส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ จัดการกับพฤติกรรม เลี่ยงไม่มาก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการ พัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทในการคัดกรอง และการติดตาม ผู้ป่วย

ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาสมรรถนะหลักในส่วนที่พร้อมเป็นการ เร่งด่วนเพื่อให้เกิดการทำงานด้านโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล แต่ในด้านทักษะ ที่จำเป็นถึงแม้จะมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนด้านนี้น้อย และมีสัดส่วนในส่วนระดับ ที่น่าพอใจค่อนข้างมากกว่าด้านอื่นๆ แต่ก็ยังมีอีกประมาณครึ่งหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ ที่อยู่ใน ระดับปานกลาง หรือระดับที่มีแต่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งก็ควรได้รับการพัฒนาเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของแต่ละด้านพบว่า ในด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ (ตารางที่13) พบว่า ในข้อที่บุคลากรทางการแพทย์มีความสามารถด้านวิชาการที่สำคัญ และนำไป ปฏิบัติได้มากกว่า ร้อยละ 50 คือในเรื่องของการสร้างกระแสสังคมในการสร้างสุขภาพ การจัด กิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยง และการสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ส่วนหัวข้อ ที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ขาดแคลนในเรื่องความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ คือ ตำราจ ตลาदनัด การกระจายอำนาจทางสุขภาพ การถอดบทเรียน และการทำงานวิจัยในงานประจำ

ซึ่งเมื่อพิจารณาในหัวข้อส่วนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ จะเป็นเรื่องของการทำงานเชิงรุก ในด้านการสร้างสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นเรื่องที่เราค่อนข้างคุ้นเคย แม้ในหัวข้อ ที่มีมากกว่าร้อยละ 50 แต่ใช้ว่าเป็นประเด็นหัวข้อที่มีส่วนเติมเต็มพอแล้วสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพราะเมื่อพิจารณา เราจะพบว่า อีกครึ่งหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับที่ไม่มีความสามารถด้านนี้ หรือมีแต่ไม่เพียงพอนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ควรจะมีการพัฒนาในด้านเหล่านี้ด้วย แต่หากมีการพิจารณาลำดับก่อนหลัง ก็ควรจะพิจารณาในด้านที่ส่วนที่ขาดแคลน และในส่วนที่มีความขาดแคลนนั่นเราจะพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง เกี่ยวกับการถอดบทเรียนการเรียนรู้ และการวิจัย และเป็นหัวข้อที่ต้องเกี่ยวข้องกับชุมชน ความรู้ที่ต้องใช้ก็ต้องเป็นความรู้เฉพาะด้าน และอาจเป็นเรื่องใหม่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แต่เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับในเรื่องการทำงาน และสมควรแก่การได้รับการพัฒนา เพราะหากงานที่เราทำไปนั้น เราไม่สามารถนำไปถอดบทเรียนได้ จะทำให้เราไม่สามารถได้เรียนรู้จากงานที่เราทำว่า สิ่งที่เราทำสำเร็จนั้นเพราะอะไร อะไรคือปัจจัยแห่งความสำเร็จ และหากงานนั้นมีปัญหา เราก็จะไม่ได้เรียนรู้ร่วมกันหรือชี้ให้ประชาชนได้เห็นว่าจะอะไร คือ ปัจจัยอุปสรรค และก็จะไม่มีการพัฒนางานต่อไป และสิ่งสำคัญคือการนำงานประจำมาทำวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเพราะเราจะได้เรียนรู้อะไรหลายอย่าง และสามารถนำงานประจำไปพัฒนาต่อยอดได้

ด้านความรู้สึกเสริมพลัง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า หัวข้อที่ส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์ เชื่อว่าทำได้แน่นอน เกินร้อยละ 50 มีเพียงหัวข้อเดียว คือ ผลงานที่เกิดจากประชาชน โดยตรงเท่านั้น จึงจะมีความยั่งยืน ร้อยละ 51.0 ส่วนหัวข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่จะเชื่อมั่นว่าทำได้ยากมาก แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกเสริมพลังของบุคลากรทางการแพทย์นั้น อยู่ในระดับที่ควรพัฒนาเพราะเมื่อพิจารณาเป็นภาพรวม พบว่า สัดส่วนของบุคลากรส่วนใหญ่จะค่อนข้างไปในระดับน้อย ซึ่งก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ ซึ่งมีเพียงหัวข้อเดียวที่บุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นว่าทำได้ แต่อีก 13 หัวข้อ ไม่มีความเชื่อมั่น หรือ เชื่อมั่นว่าทำได้ยากมากเพราะ ระบบการทำงานนั้นยังไม่เอื้อที่จะทำให้พัฒนาสมรรถนะหลักในด้านนี้ได้ ซึ่งระบบการทำงาน นั้นอาจจะเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการก่อเกิดพฤติกรรม หรือสมรรถนะหลัก เช่นเดียวกันหากเราลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และเพิ่มปัจจัยในการส่งเสริมก็จะทำให้การพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ให้ดีขึ้นด้วย

ด้านทักษะที่จำเป็น เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ(ตารางที่ 15) พบว่า หัวข้อที่ส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์ ทำได้เป็นประจำ มากกว่าร้อยละ 50 คือ การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ชุมชนให้เขารู้สึก การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การจัดทำช่องทางการสื่อสารที่

เข้าถึงและสะดวก แต่การศึกษากลับพบว่า ไม่เคยมีการติดตาม ผลตอบกลับจากการเผยแพร่ข่าวสาร เรื่องโรคเบาหวาน เป็นหัวข้อที่บุคลากรทางการแพทย์ทำเป็นประจำถึงร้อยละ 16 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์มีทักษะที่จำเป็น ในด้าน การเข้าถึงและได้รับการยอมรับจากประชาชน และชุมชน/ผู้ป่วยและญาติ ได้ดี นั้นอาจจะเป็นผลจากประสบการณ์ในการทำงาน และความเป็น บุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ได้รับความไว้วางใจ จากผลการศึกษา ส่วนหัวข้อด้านการสื่อสารคือ มีการสื่อสาร แต่ขาดการติดตามผล ซึ่งในแต่ด้านก็ควรได้รับการพัฒนาเพราะยังมีบุคลากร อีกเกือบครึ่งหนึ่งในหัวข้อเหล่านี้ยังอยู่ในระดับที่ ปฏิบัติได้ยาก หรือไม่มีการปฏิบัติ ส่วนในหัวข้ออื่นก็ เช่นเดียวกันควรได้รับการพัฒนาต่อไป

เมื่อเราพิจารณาทั้งในภาพรวม รายด้าน และรายข้อ จะเห็นประเด็นได้ว่าในประเด็น ต่างๆ ในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ยิ่ง เพราะบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนางานป้องกัน และควบคุม โรคเบาหวาน และยังมีส่วนที่ขาดอยู่ และควรที่จะเติมให้เต็มเพื่อพัฒนางานด้านนี้ต่อไป เมื่อ พิจารณาตามแบบจำลองของ กรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ในการพัฒนาสมรรถนะ หลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานการจะวินิจฉัยเพื่อวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ พัฒนาคุณภาพบริการที่สำคัญ 3 ประเด็นคือ บุคคล นโยบายรัฐบาล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีผลทั้งการส่งเสริมและขัดขวางต่อการพัฒนาคุณภาพบริการต้องดูทั้งปัจจัยนำคือเกี่ยวกับตัว บุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมดูในเรื่องปัจจัยแวดล้อม เช่นเดียวกันในการพัฒนาสมรรถนะหลัก ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเราต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพัฒนานั้นได้ เหมาะสม และต้องดูว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคต่อการพัฒนา สมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

2. ระบบการทำงานกับเงื่อนไขในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุม โรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

ระบบการทำงานในเรื่องป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน เอื้อต่อการในการ พัฒนาการงานของบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างน้อย ทั้งในด้านการพัฒนาความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน ด้านการแรงจูงใจของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน และภาระงานที่รับผิดชอบ

เพราะจากการศึกษาพบว่า การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เกือบทั้งหมด ร้อยละ 94.6 อยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้าน การอบรม ให้ความรู้ การฝึกทักษะ การประชุม/สัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการศึกษาดูงาน พบว่า ด้านที่มีการพัฒนาความรู้ในระดับน้อย มากกว่าร้อยละ 50 คือ การฝึกทักษะ การประชุม เชิงปฏิบัติการ และการศึกษาดูงาน ส่วนอีก 2 ด้านแม้จะไม่มากกว่าร้อยละ 50 แต่ก็อยู่ระดับใกล้เคียง ร้อยละ 50 แสดงให้เห็นในการด้านการพัฒนาความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของ โรคเบาหวานมีน้อย เมื่อการพัฒนาความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาการทำงานของ บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความเชี่ยวชาญ ในงานที่ทำ ซึ่งขัดแย้งกับ แบบจำลองของ กรีนและ ครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยนำที่จะทำให้บุคคลเกิดการ พัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และขัดแย้งกับงานวิจัยของรวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ที่พบว่า การ ฝึกอบรม มีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะในด้านต่างๆ แต่ที่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา ศรีวิชชากร⁽⁵¹⁾ ที่พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่ เต็มที่

จากผลการศึกษาที่พบนั้น มีทั้งส่วนที่ขัดแย้งกับทฤษฎีและงานวิจัย ดังนั้นเราควรจึง ต้องพิจารณาในเรื่องของรูปแบบ และวิธีการอีกด้วยว่ามีความสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะ หลักของบุคลากรทางการแพทย์หรือการพัฒนาความรู้ที่ผ่านมาสามารถทำให้นำความรู้ที่ได้รับไป พัฒนาหรือปรับประยุกต์ใช้กับงานที่ทำอยู่ได้หรือไม่ ซึ่งการศึกษาพบว่า การพัฒนาความรู้ในราย ด้าน ในด้านที่มีการพัฒนามากกว่าด้านอื่น คือ ในเรื่องของการอบรม และการประชุม/สัมมนา ที่อยู่ ในระดับปานกลาง ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจยังทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน หรือ พัฒนาสมรรถนะหลักในการทำงานได้ และถ้าวิธีการต่างๆที่เราได้ ให้ในการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์แล้ว บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการทำงานได้นั้นก็ถือว่า ระบบการพัฒนาความรู้ นั้น ไม่ได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ J.H. Hubly⁽⁴⁰⁾ ศึกษาอุปสรรคที่มีผลต่อโปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มี 4 ประเด็นที่โปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาไม่สำเร็จ คือ 1.ความล้มเหลวใน กระบวนการวางแผนในการประยุกต์ใช้ระดับวิทยา และ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ในเลือกใช้ตรงกับ วัตถุประสงค์ 2.การสื่อสารที่ล้มเหลวในการเข้าถึงความสนใจของผู้ฟังและการนำเสนอให้เข้าใจ และยอมรับในสาร 3. ความล้มเหลวในองค์กรของหน่วยงานสุขศึกษาและความอ่อนแอของ ผู้เชี่ยวชาญของนักสุขศึกษา และ 4.ความล้มเหลวในกระบวนการประเมินผล และการเผยแพร่ งานวิจัยที่ทำ

การพัฒนาความรู้ที่มากแต่ไม่ได้เข้าถึงการพัฒนาสมรรถนะหลัก ให้สามารถนำมาใช้ได้นั้นก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่ถ้ามีน้อยไปก็ยังไม่สามารถไปพัฒนาสมรรถนะหลักได้เช่นกัน กระบวนการ การพัฒนาความรู้จึงมีความสำคัญ ควรมีการประเมินความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ว่ามีความพร้อมมากเพียงใด สิ่งใดที่บุคลากรทางการแพทย์มีความขาดแคลน และการพัฒนาตามความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์

อีกด้านหนึ่งของเงื่อนไขในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ คือ การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน โรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ การติดตามและเร่งรัดให้มีการปฏิบัติงาน การติดตามและเร่งรัดผลการดำเนินงาน การติดตามและเร่งรัดการรายงานผล และการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่า ทุกด้านส่วนใหญ่การเร่งรัดของนโยบายอยู่ในระดับมากยกเว้นด้านการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าทางสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยเหนือให้ความสำคัญกับงานด้านโรคเบาหวาน จึงมีการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานด้านเบาหวาน ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของ กรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่กำหนดนโยบาย เพื่อพัฒนางานด้านเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น แต่การศึกษาพบว่า ในส่วนรายด้านในการเร่งรัดของนโยบาย ในส่วนการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในส่วนนี้ควรอยู่ในระดับมากเพราะหากเมื่อ การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ควรมีการพิจารณาในการหาสาเหตุ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค หรืออีกนัยหนึ่งคือการถอดบทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาในงานต่อไป ซึ่งในส่วนของการเร่งรัดของนโยบายควรจะเน้นเรื่องนี้เป็นสำคัญ

และการศึกษาในด้านอื่นที่เป็นเงื่อนไขในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน คือ ภาระงานที่รับผิดชอบ การศึกษาพบว่า โดยรวม และรายด้าน ภาระงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่สัดส่วนของภาระงานที่รับผิดชอบจะค่อนข้างต่ำทางระดับมาก และจากความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เองก็คิดว่าเป็นการทำงานในปัจจุบันมีภาระงานที่มาก หนึ่งคนต้องรับผิดชอบหลายหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ หรือเต็มที่กับงาน

ในระบบการทำงานของการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน เป็นงานที่ค่อนข้างเป็นภาระหนัก เพราะผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ และพฤติกรรมของประชาชนก็เปลี่ยนไปในทางที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคเบาหวาน สิ่งสำคัญคือการพัฒนาระบบการทำงานให้เอื้อต่อการพัฒนาการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาความรู้ที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์นำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ การเร่งรัดของนโยบายที่ควรเพิ่มระดับในการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีการถอดบทเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนา และภาระงานควรมีในระดับที่เอื้อต่อการพัฒนางานคือไม่มากเกินไป จนไม่สามารถที่จะให้ตัวเองได้พัฒนางาน ควรมีการจัดสรรเวลาให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพได้พัฒนาความรู้ตามความพร้อมของแต่ละบุคคล และตามเวลาที่เหมาะสม

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

3.1 เพศ

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามเพศ ในภาพรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านความรู้ที่เสริมพลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่พบว่า ด้านทักษะที่จำเป็นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $(p=0.035)$ โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่า ผู้ชายนั้นทำงานในด้านเข้าชุมชนหรือเชิงรุกได้ดีกว่าเพศหญิง ผู้ชายที่ซึ่งมีความคล่องตัวในการทำงานในชุมชน การปรับตัว ทำให้ในด้านนี้ในเรื่องทักษะที่จำเป็น จึงมีความแตกต่างกัน และผู้ชายก็มีสมรรถนะหลักด้านนี้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ที่เพศมีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะในด้านต่างๆของผู้บริหารระดับกลาง แต่ในส่วนอีก 2 ด้านพบว่าเพศไม่มีผลต่อสมรรถนะหลัก หากพิจารณาในการนำไปเพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านนี้ การจัดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลัก ควรพิจารณาเป็นรายกลุ่ม ดูความแตกต่าง ความพร้อมของแต่ละบุคคล และควรพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้หญิงเป็นพิเศษ เพื่อการพัฒนาบุคลากรให้มีการดำเนินงานได้ทัดเทียมกัน เพราะจากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

3.2 การศึกษา

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามการศึกษา ในภาพรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่พบว่า ด้านความรู้สึกลึกซึ้งที่เสริมพลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ(p=0.019) โดย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ระดับปริญญาตรี /เทียบเท่าปริญญาตรี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นในการทำงานมากขึ้น และส่งผลเพิ่มระดับให้สมรรถนะหลักด้านนี้มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งก็สอดคล้องกับ งานวิจัยของรวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ และสุณี กลสตัยสมิต⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่า การศึกษามีผลต่อสมรรถนะหลัก และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานควรให้การสนับสนุนการศึกษาแก่บุคลากร เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลัก ซึ่งสรุปได้ว่าหากจะมีการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานในด้านความรู้สึกลึกซึ้งที่เสริมพลัง ควรมีการส่งเสริมการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นของบุคลากร ซึ่งก็เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพราะในระบบการศึกษาที่สูงขึ้นจะช่วยทำให้เรานั้นมีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น มีการคิดที่เป็นระบบ และเป็นกระบวนการเป็นขั้นตอน มากขึ้น สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งทฤษฎีมาผสมผสานกับงานได้มากยิ่งขึ้น และก็จะทำให้พัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานได้มากขึ้นด้วย

3.3 สถานที่ทำงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามสถานที่ทำงาน ในภาพรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ตามลำดับ แต่พบว่า ด้านความรู้สึกลึกซึ้งที่เสริมพลัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยในทุกด้านสถานที่ทำงานที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ยกเว้น ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ สถานที่ทำงานที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์มีสมรรถนะหลักในภาพรวม และด้านทักษะที่จำเป็นดีกว่าสถานที่ทำงานอื่นๆ เพราะโรงพยาบาลศูนย์มีการจัดหน่วยบริการที่ได้เต็มที่มีมากกว่าที่อื่นๆ เพราะมีคลินิกเฉพาะโรค มีแพทย์เฉพาะทาง และมีหน่วยสุศึกษาและพฤติกรรมโดยเฉพาะทำให้การทำงานเป็นเฉพาะด้านมากยิ่งขึ้น และทำให้สมรรถนะนั้นดีตามไปด้วย แต่ในส่วน of โรงพยาบาลชุมชน เป็น

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้บริการทั้งด้านการรักษา และด้านการป้องกัน แต่ในการทำงานไม่ได้มีหน่วยงานที่แยกเป็นเฉพาะ ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และเจ้าหน้าที่ด้านอื่นๆ การทำงานส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของพยาบาล ส่วนในด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าที่อื่นๆ เพราะก็ที่จะปรับสถานะจาก ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ปรับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความพร้อมและความสามารถ ที่มีมากกว่า ต้องมีการประเมินมาตรฐานต่างๆ จึงทำให้บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าที่อื่นๆ ในด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของ กรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ปัจจัยด้านสถานที่ทำงานก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเอื้อ เอื้อต่อการให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนา ที่จะให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับงานวิจัย ของสุณี กลสัตยสมิต⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านองค์กรสามารถทำนายสมรรถนะได้

สรุปได้ว่าในสถานที่ทำงานที่ต่างกันก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์การทำงานที่ต่างกัน เพราะนโยบาย หรือวิธีการทำงานนั้นก็ต่างกัน เมื่อพิจารณาในกรที่จะพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุม โรคเบาหวานของสถานที่ทำงานที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือในโรงพยาบาลชุมชน ต้องเข้าไปดูบริบทในส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นจัดองค์กร นโยบาย การทำงานด้านโรคเบาหวาน เพื่อบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนได้พัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานได้ทัดเทียมกับที่อื่นๆ

3.4 ตำแหน่งงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามตำแหน่งงาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.018$)ตามลำดับ แต่พบว่า ด้านความรู้สึกลึกที่เสริมพลัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักโดยรวม และทุกด้านตามตำแหน่งงาน พบว่า นักวิชาการสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าตำแหน่งงานอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า นักวิชาการสาธารณสุขมีสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าตำแหน่งงานอื่น เพราะงานด้านป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเป็นงานเชิงรุก และงานของนักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็เป็นงานเชิงรุก จึงทำให้มีสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าตำแหน่งงานอื่นๆ ฉะนั้นเราควรมีการพัฒนาสมรรถนะหลักในส่วนสาขาวิชาชีพต่างๆ ให้มีสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

3.5 ความสัมพันธ์ของหัวหน้า

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ส่วนด้านทักษะที่จำเป็น พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p=0.038) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระดับอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ของหัวหน้างานกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นในแนวเกี่ยวกับการทำงานโดยตรง โดยเฉพาะในเรื่องทักษะการทำงาน ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของ กรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ หัวหน้างานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสริม เสริมให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนา ที่จะให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สรุปได้ว่า หากเราต้องการที่จะพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านทักษะที่จำเป็นนั้น หัวหน้างานควรมีการสอนงาน แนะนำ เป็นที่ปรึกษา และเป็นตัวอย่างในการทำงาน เพื่อให้กระตุ้นให้ลูกน้องเกิดการเรียนรู้ ในเชิงการปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

3.6 การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน ในภาพรวม และรายด้าน คือความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลัง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ(p=0.022) โดย บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการเร่งรัดของนโยบายใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า ถ้ามีการเร่งรัดของนโยบายในระดับมากจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้สึกเสริมพลังในการทำงาน เพราะงานที่มีการเร่งรัดของนโยบายเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรให้รับรู้ว่าการงานนั้นเป็นงานที่สำคัญ ที่ต้องทำเป็นลำดับต้นๆ และต้องทำให้ได้บรรลุตามเป้าหมาย เพราะเมื่อการทำงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่สาธารณสุขจังหวัดตั้งไว้ ก็จะเป็นผลงาน ซึ่งมีผลสำคัญในการพิจารณาบำเหน็จในแต่ปีของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุณี กลสัตยสมิต⁽⁴⁶⁾ พบว่า ระดับการศึกษา นโยบายและแผนขององค์กร และการนิเทศงานสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 28.80

สรุปได้ว่าการที่มีการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานโรคเบาหวานในระดับมาก จะช่วยพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานด้านความรู้สึกเสริมพลัง แต่ควรจะเสริมในเรื่อง เร่งรัดนโยบายในด้านมีการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้า เพื่อให้บุคลากรมีการถอดบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากงาน ก็จะช่วยในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

3.7 ภาระงานที่รับผิดชอบ

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามภาระงานที่รับผิดชอบ ทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ($p < 0.001$) ทุกด้าน โดยโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงาน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับอื่นๆ ยกเว้นด้านความรู้สึกเสริมพลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แสดงให้เห็นว่าภาระงานที่มากทำพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น เพราะมีภาระงานมากย่อมหมายถึงการทำงานนั้นก็มากไปด้วย เมื่อได้ทำงานมากขึ้น ประสบการณ์ในการทำงานที่สั่งสมไว้มากตามไปด้วย จึงเป็นการพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านนั้นๆตามไปด้วย ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของ กรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่การที่มีภาระงานนั้นเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล หรือสมรรถนะ ส่วนในด้านความรู้สึกเสริมพลังที่ไม่มีความแตกต่าง คงเพราะ การทำงานมากหรือน้อยไม่ได้ไปพัฒนาด้านความรู้สึกให้ดีขึ้นได้

4. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

4.1 อายุ และประสบการณ์ในการทำงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามอายุ และประสบการณ์ในการทำงาน ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ซึ่งแสดง

ให้เห็นว่า ปัจจัยทั้งอายุ และประสบการณ์การทำงานไม่เกี่ยวข้องกับ สมรรถนะหลักในการทำงาน ซึ่งขัดแย้งกับแบบจำลองของ กรีนและ ครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่ปัจจัยด้านอายุ และประสบการณ์การทำงานซึ่งเป็นปัจจัยนำ ที่ทำให้มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรม และขัดแย้งกับงานวิจัยของ เตือนใจ พิทยาวัฒนชัย⁽⁵²⁾ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และขัดแย้งกับงานวิจัยของ รวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษา สมรรถนะของผู้บริหารระดับกลางในระบบราชการไทย พบว่าปัจจัยภูมิหลังของผู้บริหารระดับกลาง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานและฝึกอบรม ระดับการศึกษา และลักษณะงานมีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะในด้านต่างๆ ของผู้บริหารระดับกลางโดยเฉพาะปัจจัยประสบการณ์ทำงานและฝึกอบรมและระดับการศึกษา นั้นเพราะในช่วงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ามามีบทบาทในช่วงปีหลัง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการค้ากรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการทำงานมากขึ้น มีการส่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ และประสบการณ์ใหม่เกิดขึ้น และทำให้ทุกคนเกิดการเปลี่ยนแปลง และเหมือนกับว่าเป็นจุดเริ่มต้นใหม่เช่นเดียวกัน ทำให้เมื่อเปรียบเทียบจึงไม่มีความแตกต่างกัน

4.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามฐานะทางเศรษฐกิจ ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกลึกเสริมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจไม่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหลัก

4.3 การพัฒนาความรู้

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกลึกเสริมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีผลต่อการพัฒนา

สมรรถนะหลัก ซึ่งขัดแย้งกับแบบจำลองของ กรีนและ ครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่ในด้านพัฒนาความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนของปัจจัยนำที่จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ หรือสมรรถนะหลัก ซึ่งขัดแย้งกับ งานวิจัยของ อุณีย์ เปรมสุริยา⁽⁵⁴⁾ และรวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาความรู้มีผลต่อสมรรถนะหลักในการทำงาน หรือสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับในการพัฒนาความรู้จากหน่วยงาน ไม่สามารถที่จะนำไปพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานได้ จึงทำให้ผู้ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย มีสมรรถนะหลักไม่แตกต่าง ซึ่งอาจจะต้องเข้าไปศึกษาในรายละเอียดว่า รูปแบบในการจัด หรือวิธีการที่ให้นั้นมีความเหมาะสม หรือตรงกับเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งจะสอดคล้องกับงานวิจัยของ J.H. Hubly⁽⁴⁰⁾ ศึกษาอุปสรรคที่มีผลต่อโปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มี 4 ประเด็นที่โปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาไม่สำเร็จ คือ 1.ความล้มเหลวในกระบวนการวางแผนในการประยุกต์ใช้ระดับวิทยา และ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ในเลือกใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ 2.การสื่อสารที่ล้มเหลวในการเข้าถึงความสนใจของผู้ฟังและการนำเสนอให้เข้าใจ และยอมรับในสาร 3. ความล้มเหลวในองค์กรของหน่วยงานสุขศึกษาและความอ่อนแอของผู้เชี่ยวชาญของนักสุขศึกษา และ 4. ความล้มเหลวในกระบวนการประเมินผล และการเผยแพร่งานวิจัยที่ทำ

สรุปได้ว่าหากเราจะมีการพัฒนาความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ที่จะทำให้พัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ด้วยนั้นต้องพิจารณาว่า โปรแกรมหรือรูปแบบนั้นสามารถที่จะทำให้นักบุคลากรทางการแพทย์เกิดความรู้ แล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานได้หรือไม่ สามารถสื่อสารให้เข้าถึงความสนใจ นำเสนอให้เข้าใจ และทำให้นักบุคลากรทางการแพทย์ยอมรับในความรู้ที่นั้นหรือไม่ และสิ่งสำคัญเราควรมีการประเมินผลในการดำเนินการพัฒนาความรู้ด้วย และควรพิจารณาว่าการประเมินผล สามารถสื่อได้จริงๆว่านั่นคือผลจากการพัฒนาความรู้

4.4 ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ในภาพรวม และรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน คือความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกเสริมพลัง และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหลักในการทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกับการสั่งสมประสบการณ์ในการทำงาน หรือขีด

ความสามารถในการทำงานของแต่ละบุคคล และในส่วนของเพื่อนร่วมงานนั้น เพราะความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่บนพื้นฐานในเรื่องส่วนตัวมากกว่า จึงเป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะหลัก

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากร

จากข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการทำงานโรคเบาหวาน สะท้อนให้เห็นเป็นประเด็นดังนี้

5.1 การพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังขาดแคลน

จากข้อคิดเห็น

“การพัฒนาด้านบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับการทำงานโรคเบาหวานให้ทัดเทียมกัน เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานจะปฏิบัติงานด้านนี้เป็นส่วนใหญ่”

จากข้อคิดเห็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ยังไม่เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย จากคำว่าทัดเทียมกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีบางกลุ่มที่ไม่ได้รับการพัฒนา และมีอีกหลายข้อคิดเห็นที่ต้องการในเรื่องการพัฒนาสมรรถนะหลักตนเอง ในด้านต่างๆเพื่อให้ตนเองสามารถทำงานในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 ระบบการทำงานที่ขาดการเชื่อมโยง

จากข้อคิดเห็น

“ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล และข่าวสารในการทำงาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประสานงาน การส่งต่อไม่ครอบคลุม”

จากข้อคิดเห็นดังกล่าวซึ่งเป็นเพียงหนึ่งตัวอย่าง ซึ่งยังมีอีกหลายความคิดเห็นที่แสดงให้เห็นว่าในระบบการทำงานด้านโรคเรื้อรัง ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างองค์กร หรือแม้แต่ภายในองค์กรเองยังมีปัญหา ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไข เพราะการแก้ไขในเรื่องนี้ควรเป็นการวางระบบของสาธารณสุขจังหวัด ที่ควรรหาแนวทางร่วมกันระหว่างองค์กร และถ้าเป็นภายในองค์กร

ควรจะมีการประชุมตกลงเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ปัญหาส่วนใหญ่ คือ ทุกฝ่ายไม่หันหน้าเข้าหากันเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน หากทุกฝ่ายให้ความร่วมมือกัน งานก็จะสำเร็จไปได้ด้วยดี

5.3 ภาระงานที่รับผิดชอบ กับการทำงานโรคเบาหวาน

จากข้อคิดเห็น

“การทำงานเบาหวาน อาจทำได้ไม่เท่ากับความตั้งใจจะทำ เนื่องจากภาระงานหลายด้าน ทำงาน บริหาร ส่งเสริม รักษา ฟันฟู ควบคุมโรค งานธุรการ งานด่วน การประชุมด่วน บางครั้งรู้ก่อนเวลาประชุม เพียงครึ่ง – 1 ชม. หน่วยงาน อยู่ไกลจะลำบากมี জন.เพียง 2 คน ในขณะที่บางอำเภอ เช่น บางละมุง, สัตหีบ มี জন. อยู่ สอ. หรือ รพ.สต. 4 – 5 คน “

“ภาระงานมาก และหลากหลาย บุคลากรดูแลงานไม่ทั่วถึง ต้องคิดอัตรากำลังงานเพื่อนำเสนอผู้บริหารให้เห็นถึงปัญหา และความสำคัญของการพัฒนางาน ก็จะช่วยให้การทำงานเป็นไปได้ตามที่วางแผนไว้”

“จนท.มีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คน แต่ต้องทำหน้าที่หลายอย่าง การที่จะทำให้งานด้านนี้หรืองานด้านอื่นทำได้ดี เป็นไปได้ยาก เพราะส่วนใหญ่ทำงานตามนโยบายไม่ได้ทำตามปัญหาที่แท้จริง”

จากข้อคิดเห็นดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการทำงานของบุคลากรทาง การแพทย์ที่ต้องการจะทำงานออกมาดี แต่ภาระที่รับผิดชอบอยู่นั้นมันมีมากมาย จนไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่ เต็มกำลังความสามารถ และเมื่อต้องเลือก บุคลากรทาง การแพทย์ก็ต้องเลือกงานที่เป็นนโยบาย ที่ส่วนราชการเร่งรัดมาให้ทำก่อน ทำให้ไม่สามารถทำงานที่เป็นปัญหาจริงๆ ของพื้นที่ได้ ซึ่งในส่วนนี้ในการจัดการแก้ไขปัญหา ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาในเรื่องการจัดอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และดูแลงานที่ทำในปัจจุบัน เพราะหากเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานหนักมากต่อเนื่องก็อาจทำให้เกิดความท้อแท้ใจ และเบื่อหน่ายในการทำงาน ซึ่งส่วนนี้ผู้บริหารควรพิจารณา เพื่อสร้างขวัญ และกำลังใจในการทำงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์

5.4 ขาดการทำงานที่เป็นทีม

จากข้อคิดเห็น

“อยากให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อ ผู้ป่วย และญาติ การไปประชุม อบรมต่างๆ ควรจะเป็นทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วย เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ไม่ใช่มีเฉพาะกลุ่มงานการพยาบาลไป และเมื่อกลับมาปฏิบัติก็ทำได้ไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย และอยากให้จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นทีมสหวิชาชีพมาช่วยกันทำ ไม่ใช่ทิ้งให้พยาบาลรับผิดชอบเพียงคนเดียว ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้อีกต่อไป”

จากข้อคิดเห็นดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงปัญหา การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ที่ยังขาดการประสานงาน การร่วมมือกัน เพราะไม่ใช่หนึ่งความคิดเห็นที่เห็นว่า การงานในปัจจุบันนี้ ยังขาดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งก็เป็นปัญหาว่าทำให้งานโรคเบาหวาน ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เพราะในบางเรื่องก็ต้องใช้ความเชี่ยวชาญของแต่ละสาขาวิชาชีพ การทำงานร่วมกันก็จะช่วยในการทำให้การทำงาน ในการช่วยกันคิด วางแผน การวางแผนทางการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้งานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าขาดความเป็นงานที่จะสำเร็จได้นั้นมีความเป็นไปได้น้อย ทางผู้บริหารควรมีการจัดการวางแผนในเรื่องนี้ เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญ การทำงานร่วมระหว่างสหวิชาชีพ จะช่วยให้หน่วยงาน ตลอดจนผู้ป่วยได้รับผลงานที่ดีตามมา

จากข้อคิดเห็นที่บุคลากรทางการแพทย์ได้แสดงความคิดเห็นนั้น เป็นตัวที่สะท้อนให้เห็นว่า ในระบบการทำงานการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน หรือแม้โดยภาพรวมของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดชลบุรีนั้น ไม่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ เพราะทั้งในเรื่อง การพัฒนาความรู้ ที่ยังไม่เข้มข้น เข้าถึง การพัฒนาสมรรถนะหลัก การมีภาระงานที่มาก แม้การศึกษาจะแสดงให้เห็นว่า การมีภาระงานที่หนักจะช่วยในการพัฒนาสมรรถนะหลักในภาพรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น แต่การมีภาระงานที่มากก็ไม่ได้ พัฒนาสมรรถนะหลักในด้านความรู้สึกเสริมพลังด้วย เพราะหากเมื่อมีภาระงานที่หนักมากเกินไปก็อาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ได้เช่นกัน การวางระบบงานระหว่างองค์กรในการเชื่อมโยงข้อมูล ในการติดต่อสื่อสารต่างๆ และรวมถึงการวางแผนการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพก็จะช่วยในการพัฒนางาน และสมรรถนะหลักในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. บทเรียนจากการงานวิจัย

ในด้านการดำเนินงานวิจัยในการประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี สิ่งที่ได้เรียนรู้ แยกเป็นประเด็นดังนี้

6.1 การสร้างเครื่องมือ ในการสร้างเครื่องมือเป็นกระบวนการที่เราต้องมีการผสมผสาน ระหว่างงานการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน กับสมรรถนะหลักการทำงาน ซึ่งการผสมผสานไม่ได้เกิดจากตำราหนึ่งเล่ม หนึ่งข้อคำถามอาจมาจากหนังสือ หลายเล่ม สิ่งสำคัญคือ การทบทวนวรรณกรรมที่มากพอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ และสิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือจุดเริ่มต้นที่ชัดเจน หากเรากำหนดบทที่ 1 ไม่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นความเป็นมา วัตถุประสงค์ คำจำกัดความ เราก็จะไปสามารถตั้งคำถามได้ แม้จะได้แต่ก็ยาก และก็จะไม่ชัดเจน เพราะภาพแรกของเราไม่ชัด ภาพต่อไปจะเรื้อนรางไปเรื่อยๆ อาจารย์ที่ปรึกษามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการที่จะทำให้อกรอบความคิดของเราชัดเจน ทุกอย่างมีความสอดคล้องกัน ทำให้เราได้เรียนรู้ถึงคำว่าระบบการทำงานมากยิ่งขึ้น การคิดเป็นเหตุเป็นผล การคิดเป็นนักวิจัย ทุกสิ่งที่เราทำต้องเป็นเหตุเป็นผลกัน การทำงานที่เป็นขั้นตอน เพราะจะข้ามขั้นตอนไหนไปก่อนไม่ได้ เพราะทุกอย่างเป็นเหตุเป็นผลกัน เพราะเวลาเราสร้างเครื่องมือ เราต้องดูว่าสอดคล้อง หรือครอบคลุมวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดของเราแล้วหรือยัง การให้คำจำกัดความ ก็จะส่งผลต่อการสร้างเครื่องมือเช่นเดียวกัน ถ้าไม่ชัดเจน ข้อคำถามก็จะไม่ชัดเช่นเดียวกัน ทำให้เรามีความคิดที่เชื่อมโยงเป็นระบบ เป็นขั้นตอนมากยิ่งขึ้น

6.2 การเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่ค่อนข้างยาก เราต้องมีวิธีการปรับให้เข้ากับสถานที่ที่เราจะไปเก็บ ไม่มีกฎตายตัวว่าต้องทำอย่างไร แต่ต้องศึกษาบริบทของพื้นที่ที่เราจะไปเก็บก่อน และสิ่งที่ได้เรียนรู้ก็อย่างจากการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ที่จังหวัดชลบุรี คือ ความมีน้ำใจ และความเอื้อเฟื้อ ของทั้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ และสาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ เพราะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และทำให้เราได้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ ที่ตำราไม่สอนไว้ แต่สิ่งที่สำคัญอีกสิ่งหนึ่ง คือการวางแผน หากเราวางแผนในการเก็บข้อมูลไม่ดี ก็จะทำให้เราพลาดในการได้ข้อมูลที่สำคัญได้ การทำงานที่เป็นระบบ และการวางแผนจะช่วยให้เราได้ว่าการจัดส่ง การนำส่ง การเรียงลำดับข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ ตลอดจนการเก็บข้อมูลกลับ เพราะเราไม่สามารถไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองได้ทุกที่ ต้องมีการวางแผนที่จะทำให้ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม

นั่นสะดวกที่จะส่งคือแบบสอบถามมาที่เราได้ หรือแม้แต่การที่ไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองเราก็ต้องมีการวางแผน ในการเข้าไปพบ การชี้แจง การเก็บแบบสอบถาม เพราะบางครั้ง ไม่สามารถทำเสร็จได้ในวันเดียว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงาน หรือคนที่ประสานงานในการเก็บข้อมูล นี่ก็จะเป็นตัวช่วยที่สำคัญที่จะทำให้เราได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เช่นกัน



บทที่ 6

สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ประจำสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัย ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 239 ราย จากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบตามสัดส่วนประชากร ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2554 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 95.6 ประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยสถิติ t-test และ ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะประชากรทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่าลักษณะประชากรทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84.5 อยู่ในระดับเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี มีสถานที่ทำงาน อยู่ที่สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 43.9 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 53.9 เป็นพยาบาล ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง มากที่สุดร้อยละ 31.0 อยู่ในช่วง 1 – 5 ปี ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 อยู่ในระดับ พอกินพอใช้ มีการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยภาพรวม เกือบทั้งหมดร้อยละ 94.6 อยู่ในระดับน้อย

1.2 ปัจจัยทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์

พบว่า ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.1, 66.1 และ 68.2 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

พบว่า ในเรื่องความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน โรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 59.4 ส่วนด้านการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.9 และด้านการงานที่รับผิดชอบโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคือ ร้อยละ 48.1

2. สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีสมรรถนะหลักโดยภาพรวมในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมากร้อยละ 14.6 , ระดับปานกลางร้อยละ 46.0 และระดับน้อยร้อยละ 39.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญมีเพียงร้อยละ 14.6 อยู่ในระดับมาก ส่วนระดับปานกลาง และระดับน้อยอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ด้านความรู้สึกระดมพลังส่วนใหญ่ร้อยละ 51.0 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 34.3 เป็นระดับน้อย และระดับมากมีเพียงร้อยละ 14.6 เท่านั้น ส่วนด้านทักษะที่จำเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 54.4 อยู่ในระดับปานกลาง ในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 4.6 เท่านั้น

3. เปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน

3.1 สมรรถนะหลักโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ และด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ปัจจัย

การทำงาน ได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบ ส่วนปัจจัยทางสังคม พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

3.3 ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า 3.2 ด้านความรู้สึกลึกเสริมพลัง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา ปัจจัยการทำงาน ได้แก่ การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน ส่วนปัจจัยทางสังคม พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95%

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน และปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบ ดังภาคผนวก ข.ตารางที่ 42–45

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการพัฒนา

1. ด้านการบริหาร

จากผลการศึกษาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า สมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เต็มที่ ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นการเฉพาะเพื่อยกระดับตามการทำงานของโรคเรื้อรัง ด้วยการจัดทำหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนรู้ควรปรับให้สอดคล้องกับสภาพ และเงื่อนไข การทำงานของสถานบริการสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน รวมทั้งตำแหน่งงาน และหน้าที่รับผิดชอบด้วย โดย

- ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น เพื่อการพัฒนาสมรรถนะหลักในการทำงาน เสริมความเชื่อมั่นในการทำงาน
- การจัดหลักสูตรอบรมที่ต้องพิจารณาในด้านความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้หญิงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านทักษะที่จำเป็นให้เพิ่มมากขึ้น กว่าผู้ชาย
- ควรส่งเสริมการพัฒนาเรื่องทำวิจัยในงานประจำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อม
- พัฒนาสมรรถนะหลักในบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น และเปิดโอกาสให้ได้รับการอบรม มีการกำหนดหลักสูตรที่จำเป็นที่ ทุกคนที่ทำงานด้านการป้องกัน และ

ควบคุมโรคเบาหวานต้องผ่านการอบรม เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักอย่างทั่วถึง

- การเร่งรัดของนโยบายที่ควรเพิ่มระดับในการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีการถอดบทเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนา
- ภาระงานที่บุคลากรทางการแพทย์ควรมีในระดับที่เอื้อต่อการพัฒนางานคือไม่มากเกินไป จนไม่สามารถที่จะให้ตัวเองได้พัฒนางาน และควรมีการจัดสรรเวลาให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพได้พัฒนาความรู้ตามความพร้อมของแต่ละบุคคล และตามเวลาที่เหมาะสม

2. ด้านการนำไปใช้กับองค์กรอื่น

หน่วยงานอื่นๆสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ หรือการประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ไปปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบุคลากรได้ในหน่วยงาน แต่ควรมีการพิจารณาตาม กรอบการทำงาน บริบท วิสัยทัศน์ พันธกิจ ในการทำงาน of หน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะหลักได้ตรงกับเป้าประสงค์ของหน่วยงาน

3. ด้านการวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ในจัดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำผลการประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแนวทางเพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์เช่น สถานการณ์โรคเบาหวาน รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของแต่ละสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ และนำไปวางแผนเพื่อการพัฒนาต่อไป

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านอื่นๆ หรือ พื้นที่อื่น เพื่อประโยชน์ในการทำข้อมูลในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในด้านอื่นๆ หรือพื้นที่อื่นๆ

การประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี
CORE COMPETENCY EVALUATION OF PREVENTIVE AND CONTROL DIABETES HEALTH
SERVICE OF HEALTH OFFICER IN CHONBURI

ร.อ.หญิงเสาวนิตย์ แพงโพธิ์ 4936392 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์:ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, Ph.D., ธารดล เก่งการพานิช, พบ.ม., มลีนี สมภพเจริญ, ประ.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ/โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ด้วยอัตราการป่วยและตาย ที่สูงของประชาชน และเป็นโรคที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่นๆอีกมากมาย⁽¹⁾ สถานบริการสุขภาพของรัฐ เป็นหน่วยงานหลักที่ต้องดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้กับประชาชน และชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ การที่บุคลากรทางการแพทย์ประจำสถานบริการสุขภาพของรัฐ จะทำงานเรื่องนี้ให้ได้ผลดีบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในคือปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยภายนอกคือระบบการทำงาน สภาพปัญหาในการปรับปรุง และพัฒนาให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และกลมกลืนกันไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลไกหรือปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมในการทำงานด้านนี้

จากการศึกษาพบว่าเครื่องมือหลักที่ใช้ประเมินการทำงานของบุคลากรด้านต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้รับการยอมรับ และนิยมใช้เรื่องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในสาขาต่างๆ คือ สมรรถนะ⁽¹⁶⁾

สมรรถนะหลักในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน เป็นประเด็นที่ท้าทายต่อการกำหนดคุณลักษณะที่ควรจะเป็น และความรู้ความเข้าใจต่อศักยภาพ และประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ปัญหาในกาวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะในการควบคุม และป้องกันโรคเบาหวาน มากน้อยเพียงใด และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการควบคุม และป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งคำตอบที่ได้รับทำให้ได้แนวคิด และแนวทางในการกำหนดแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ประจำสถานบริการสุขภาพของรัฐ ให้มีความพร้อมในการควบคุม และป้องกันโรคเบาหวาน ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ทำการศึกษา เรื่องการประเมินสมรรถนะหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในจังหวัดชลบุรีเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาการควบคุม และป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และเป็นพื้นที่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพใช้เป็นพื้นที่นำร่องระยะขยายผล ในโครงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานอย่างครบวงจร⁽¹¹⁾

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ของบุคลากรทางการแพทย์ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ, ความรู้สึกเสริมพลัง และทักษะที่จำเป็น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมการประเมินสมรรถนะในการทำงาน ที่จำเป็นในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ คือ สมรรถนะหลัก ซึ่งมีองค์ประกอบ ที่สำคัญ ที่ผู้วิจัยจะใช้ในการประเมินสมรรถนะหลัก คือ ความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกเสริมพลัง และทักษะที่

จำเป็น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลัก มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model และแนวคิดด้านสมรรถนะในการทำงาน มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง(Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานบริการสุขภาพของรัฐ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 119 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง โดยมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 628 คน⁽⁵⁶⁾ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแฉะเนียล⁽⁵⁷⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างสูงสุดที่ได้จากการคำนวณ คือ 239 คน และใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ และแต่ละอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ (Proportionate Stratified random sampling) สุดท้าย ใช้การสุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย(Simple random sampling) คือ การจับฉลาก นำรายชื่อบุคลากรแบ่งตามวิชาชีพ และอำเภอ ดำเนินการจนครบตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีความเที่ยงของสมรรถนะหลัก เท่ากับ 0.9529 ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดให้เติมคำตอบในช่องว่าง ส่วน เพศ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ สถานที่ทำงาน การพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, ความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในครอบครัว, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน, การปฏิบัติของหัวหน้าต่อบุคลากรทางการแพทย์, ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ,การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และภาระงานที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกเสริมพลัง และด้านทักษะที่จำเป็น เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 4 การแสดงความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ในการพัฒนาตนเอง และหน่วยงาน เพื่อการทำงานโรคเบาหวาน เป็นคำถามปลายเปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองแล้วไปปรับคืน โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายหลังได้รับอนุมัติ (หมายเลขMUPH2010-210) จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากต้นสังกัด เข้าพบหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ ด้วยตนเอง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี
3. จัดส่งแบบสอบถามพร้อมกับเอกสารชี้แจงการวิจัย(จร.3) และหนังสือยินยอมตนในการการวิจัย(จร.4) ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ผ่านทางไปรษณีย์ในกรณีอยู่โรงพยาบาล
4. ติดตามแบบสอบถามหากผู้ยินยอมตนไม่ส่งคืนแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมทำการวิจัย สอบถามเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ตลอด24 ชั่วโมง
6. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา

- ศึกษาลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ อายุ ระยะเวลาในการทำงาน โรคเรื้อรัง โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ
- ศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ในด้าน ความพร้อมทางด้านวิชาการที่สำคัญ ความรู้สึกรับรู้พลัง และทักษะที่จำเป็น โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์

- เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนสมรรถนะการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ โดยใช้ สถิติเปรียบเทียบ t-test และ One-way ANOVA โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 %

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ลักษณะประชากรทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84.5 อยู่ในระดับเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี มีสถานที่ทำงานส่วนใหญ่ร้อยละ 43.9 อยู่ที่สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 53.9 เป็นพยาบาล ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง มากที่สุดร้อยละ 31.0 อยู่ในช่วง 1 – 5 ปี ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 อยู่ในระดับ พอกินพอใช้ มีการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยรวม เกือบทั้งหมดร้อยละ 94.6 อยู่ในระดับน้อย จะสังเกตได้ว่าจากข้อมูลการศึกษา การทำงานด้านโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล และเป็นเพศหญิง ที่สำคัญคือ มีการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา ศรีวิณิชชากร⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษา

สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ(CUP)ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ การที่บุคลากรมีการพัฒนาความรู้มีน้อย คงเพราะภาระงานของเจ้าหน้าที่ ที่ค่อนข้างมีหลากหลายทำให้การจัดสรรเวลาในการพัฒนาความรู้มีน้อย และการจัดพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานอาจเป็นเรื่องที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงทางหน่วยเหนือจึงให้ความสำคัญในการจัดให้ความรู้เรื่องนี้มีน้อย อาจจะจัดเป็นภาพรวมในเรื่องความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ซึ่งทำให้งานที่เป็นด้านเฉพาะที่ควรได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะที่จำเป็นยังมีน้อย และผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ เพื่อให้บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านนี้ได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ของตนเอง และเพื่อการพัฒนางานด้านนี้ต่อไป

1.2 ด้านปัจจัยทางสังคม

พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1, 66.1 และ 68.2 ตามลำดับ เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับกลางๆ

1.3 ด้านปัจจัยการทำงาน

พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีความยุ่งยากในการทำงานโดยรวม ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 อยู่ในระดับน้อย ด้านการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.9 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านภาระงานที่รับผิดชอบโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 48.1

2. สมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

การศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีสมรรถนะหลักโดยรวมในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมากร้อยละ 14.6 ระดับปานกลางร้อยละ 46.0 และระดับน้อยร้อยละ 39.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญมีเพียงร้อยละ 14.6 อยู่ในระดับมาก ส่วนระดับปานกลาง และระดับน้อยอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ด้านความรู้สึกริมพลังส่วนใหญ่ร้อยละ 51.0 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 34.3 เป็นระดับน้อย และระดับมากมีเพียงร้อยละ 14.6 เท่านั้น ส่วนด้านทักษะที่จำเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 54.4 อยู่ในระดับปานกลาง ในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 4.6 เท่านั้น

จากข้อมูลการศึกษา จะเห็นได้ว่าสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้านนั้น สมรรถนะหลักในระดับมาก คือระดับที่เราพึงพอใจ มีจำนวนน้อยมาก คือเกือบทุกด้าน มีระดับที่เราพอใจไม่ถึง ร้อยละ 20 ยกเว้นด้านทักษะ ที่มีร้อยละ 20.9 และเมื่อพิจารณา พบว่า สมรรถนะหลักในระดับน้อย คือ ระดับขาดแคลนนั่น มีสัดส่วนค่อนข้างมาก คือโดยรวมมีประมาณ สองในห้า ส่วนด้านความพร้อมด้านวิชาการที่สำคัญ มีประมาณ เกือบครึ่งหนึ่ง ด้านความรู้สึกรับผิดชอบ มีประมาณหนึ่งในห้า มีเพียงด้านทักษะที่จำเป็นที่มีสมรรถนะหลักในระดับขาดแคลนเพียง ร้อยละ 4.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความพร้อมในสมรรถนะหลัก โดยรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านความรู้สึกรับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาสถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ(CUP)ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ความแตกต่างกันสูง และส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงไม่มาก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย

เมื่อเราพิจารณาทั้งในภาพรวม รายด้าน และรายข้อ จะเห็นประเด็นได้ว่าในประเด็นต่างๆ ในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่ง เพราะบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนางานป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และยังมีส่วนที่ขาดอยู่ และควรที่จะเติมให้เต็มเพื่อการพัฒนาทางด้านนี้ต่อไป เมื่อพิจารณาตามแบบจำลองของ กรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานการจะวินิจฉัยเพื่อวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการที่สำคัญ 3 ประเด็นคือ บุคคล นโยบายรัฐบาล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีผลทั้งการส่งเสริมและขัดขวางต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ต้องดูทั้งปัจจัยนำคือเกี่ยวกับตัวบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมดูในเรื่องปัจจัยแวดล้อม เช่นเดียวกันในการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานเราต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพัฒนานั้นได้เหมาะสม และต้องดูว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

3.1 เพศ

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามเพศ ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านความรู้สึที่เสริมพลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่พบว่า ด้านทักษะที่จำเป็นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p=0.035) โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่า ผู้ชายนั้นทำงานในด้านเข้าชุมชน หรือเชิงรุกได้ดีกว่าเพศหญิง ผู้ชายที่ซึ่งมีความคล่องตัวในการทำงานในชุมชน การปรับตัว ทำให้ในด้านนี้ในเรื่องทักษะที่จำเป็น จึงมีความแตกต่างกัน และผู้ชายก็มีสมรรถนะหลักด้านนี้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิทยา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ที่เพศมีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะในด้านต่างๆของผู้บริหารระดับกลาง หากพิจารณาในการนำไปเพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านนี้ การจัดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลัก ควรพิจารณาเป็นรายกลุ่ม ความแตกต่าง ความพร้อมของแต่ละบุคคล และควรพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้หญิงเป็นพิเศษ เพื่อการพัฒนาบุคลากรให้มีการดำเนินงานได้ทัดเทียมกัน เพราะจากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

3.2 การศึกษา

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามการศึกษา ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่พบว่า ด้านความรู้สึที่เสริมพลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p=0.019) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ระดับปริญญาตรี /เทียบเท่าปริญญาตรี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำใ้บุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นในการทำงานมากขึ้น และช่วยพัฒนาสมรรถนะหลักด้านนี้มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งก็สอดคล้องกับ งานวิจัยของ วิทยา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ และ สุณี กลลัศยสมิต⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่าการศึกษา มีผลต่อสมรรถนะหลัก และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานควรให้การสนับสนุนการศึกษาแก่บุคลากร เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลัก ซึ่งสรุปได้ว่าหากจะมีการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานในด้านความรู้สึที่เสริมพลัง ควรมี

การส่งเสริมการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นของบุคลากร ซึ่งก็เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพราะในระบบการศึกษาที่สูงขึ้นจะช่วยให้เรานั้นมีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น มีการคิดที่เป็นระบบ และเป็นกระบวนการเป็นขั้นตอน มากขึ้น สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งทฤษฎีมาผสมผสานกับงานได้มากยิ่งขึ้น และก็จะทำให้พัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานได้มากขึ้นด้วย

3.3 สถานที่ทำงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามสถานที่ทำงาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ตามลำดับ แต่พบว่า ด้านความรู้สึที่เสริมพลัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยในทุกด้านสถานที่ทำงานที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุด คือโรงพยาบาลชุมชน ยกเว้น ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ สถานที่ทำงานที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุด คือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานบริการสุขภาพในระดับที่ต่างกัน จะมีการพัฒนาสมรรถนะหลักแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของกรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ปัจจัยด้านสถานที่ทำงานก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเอื้อต่อการให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนา ที่จะให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุณี กลสตัยสมิต⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านองค์กรสามารถทำนายสมรรถนะได้ จะเห็นได้ว่าในระดับที่ใหญ่จะมีการพัฒนาที่มากกว่าในระดับที่เล็กลงมาซึ่งในส่วนนี้อาจจะมีข้อจำกัดในการทำงานในส่วนของสถานบริการสุขภาพขนาดเล็กในการพัฒนาสมรรถนะหลัก ทั้งในเรื่องของการจัดองค์การแบ่งความรับผิดชอบ เพราะในส่วนของสถานบริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาลศูนย์จะมีการจัดหน่วยงานที่ชัดเจน เพราะมีในเรื่องของการจัดอัตรากำลังที่เพียงพอ ส่วนในระดับชุมชน บุคลากรค่อนข้างน้อย แต่ต้องทำหลายหน้าที่ ในส่วนนี้อาจทำให้การพัฒนาสมรรถนะหลักได้ไม่ดีเท่ากับสถานบริการสุขภาพในส่วนอื่นๆ หากต้องการในการพัฒนาสมรรถนะหลักในทุกสถานบริการสุขภาพให้มีความทัดเทียมกัน ควรมีการพิจารณาในข้อจำกัดต่างๆ เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาในการพัฒนาสมรรถนะหลัก

3.5 ตำแหน่งงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามสถานที่ทำงาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.018$)ตามลำดับ แต่พบว่า ด้านความรู้สึที่เสริมพลัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% โดยรวม และทุกด้านพบว่า นักวิชาการสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าตำแหน่งงานอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า นักวิชาการสาธารณสุขมีสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าตำแหน่งงานอื่น เพราะงานด้านป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเป็นงานเชิงรุก และงานของนักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็เป็นงานเชิงรุก จึงทำให้มีสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าตำแหน่งงานอื่นๆ มิฉะนั้นเราควรมีการพัฒนาสมรรถนะหลักในส่วนสาขาวิชาชีพต่างๆ ให้มีสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

3.6 ความสัมพันธ์ของหัวหน้า

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และความรู้สึที่เสริมพลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่พบว่าด้านทักษะที่จำเป็น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.038$) โดย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระดับอื่นๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของ กรีนและครูเดอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ หัวหน้างานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสริม เสริมให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนา ที่จะให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ของหัวหน้างานกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นในแนวเกี่ยวกับการทำงานโดยตรง โดยเฉพาะในเรื่องทักษะการทำงาน

3.7 การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น

พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลัง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ($p=0.022$) โดย บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการเร่งรัดของนโยบายใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า ถ้ามีการเร่งรัดของนโยบายในระดับมากจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้สึกเสริมพลังในการทำงาน เพราะงานที่มีการเร่งรัดของนโยบายเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรให้รับรู้ว่าการนั้นเป็นงานที่สำคัญ ที่ต้องทำเป็นลำดับต้นๆ และต้องทำให้ได้บรรลุตามเป้าหมาย เพราะเมื่อการทำงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่สาธารณสุขจังหวัดตั้งไว้ ก็จะเป็นผลงาน ซึ่งมีผลสำคัญในการพิจารณาบำเหน็จในแต่ละปีของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุณี กลสตัยสมิต⁽⁴⁶⁾ พบว่า ระดับการศึกษา นโยบายและแผนขององค์กร และการนิเทศงานสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 28.80

สรุปได้ว่าการที่มีการเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานโรคเบาหวานในระดับมาก จะช่วยพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานด้านความรู้สึกเสริมพลัง แต่ควรจะเสริมในเรื่อง เร่งรัดนโยบายในด้านมีการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าเพื่อให้บุคลากรมีการถอดบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากงาน ก็จะช่วยในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

3.8 ภาระงานที่รับผิดชอบ

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามภาระงานที่รับผิดชอบ ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ($p<0.001$) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงาน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับอื่นๆ ส่วนด้านความรู้สึกเสริมพลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งก็สอดคล้องกับแบบจำลองของกรีนและครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่การที่มีภาระงานนั้นเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล หรือสมรรถนะ แสดงให้เห็นว่าภาระงานที่มากทำพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน โดยรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น เพราะมีภาระงานมากย่อมหมายถึงการทำงานนั้นก็มากไปด้วย เมื่อได้ทำงานมากขึ้น ประสบการณ์ในการทำงานที่สั่งสมไว้มากตามไปด้วย จึงเป็นการพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านนั้นๆตามไปด้วย แต่ก็ควรอยู่ในระดับที่พอเหมาะ เพราะหากมากเกินไปอาจจะทำให้เกิดความท้อแท้จนไม่อยากที่จะทำงานในด้านนี้ต่อไป

4. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

การศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ตามอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ การพัฒนาความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน คือด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ ด้านความรู้สึกระดมพลัง และ ด้านทักษะที่จำเป็น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทั้งอายุ ประสบการณ์การฐานะทางเศรษฐกิจ ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานไม่เกี่ยวข้องกับ สมรรถนะหลักในการทำงาน

ส่วนด้านการพัฒนาความรู้ นั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งขัดแย้งกับแบบจำลองของ กรีนและ ครูเตอร์ PRECEDE-PROCEED⁽³⁴⁾ ที่ในด้านพัฒนาความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนของปัจจัยนำที่จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพหรือสมรรถนะหลัก ซึ่งขัดแย้งกับ งานวิจัยของ อุษณีย์ เปรมสุริยา⁽⁵⁴⁾ และรวิภา ธรรมโชติ⁽⁵⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาความรู้มีผลต่อสมรรถนะหลักในการทำงาน หรือสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับในการพัฒนาความรู้จากหน่วยงาน ไม่สามารถที่จะนำไปพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานได้ จึงทำให้ผู้ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย มีสมรรถนะหลักไม่แตกต่าง ซึ่งอาจจะต้องเข้าไปศึกษาในรายละเอียดว่า รูปแบบในการจัด หรือวิธีการที่ให้นั้น มีความเหมาะสม หรือตรงกับเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งจะสอดคล้องกับงานวิจัยของ J.H. Hubly⁽⁴⁰⁾ ศึกษาอุปสรรคที่มีผลต่อโปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มี 4 ประเด็นที่โปรแกรมสุขศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาไม่สำเร็จ คือ 1.ความล้มเหลวในกระบวนการวางแผนในการประยุกต์ใช้ระดับวิทยา และ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ในเลือกใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ 2.การสื่อสารที่ล้มเหลวในการเข้าถึงความสนใจของผู้ฟังและการนำเสนอให้เข้าใจ และยอมรับในสาร 3. ความล้มเหลวในองค์กรของหน่วยงานสุขศึกษาและความอ่อนแอของผู้เชี่ยวชาญของนักสุขศึกษา และ 4.ความล้มเหลวในกระบวนการประเมินผล และการเผยแพร่งานวิจัยที่ทำ

การพัฒนาความรู้ที่มากแต่ไม่ได้เข้าถึงการพัฒนาสมรรถนะหลัก ให้สามารถนำมาใช้ได้ นั่นก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่ถ้ามีน้อยไปก็ยังไม่สามารถไปพัฒนาสมรรถนะหลักได้เช่นกัน กระบวนการ การพัฒนาความรู้จึงมีความสำคัญ ควรมีการประเมินความพร้อมของบุคลากรทาง

การแพทย์ ว่ามีความพร้อมมากเพียงใด สิ่งใดที่บุคลากรทางการแพทย์มีความขาดแคลน และการพัฒนาตามความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสมรรถนะหลักในการทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกับการตั้งสมประสงค์ในการทำงาน หรือขีดความสามารถในการทำงานของแต่ละบุคคล และในส่วนของเพื่อนร่วมงานนั้น เพราะความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่บนพื้นฐานในเรื่องส่วนตัวมากกว่า จึงเป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะหลัก

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง และหน่วยงานของบุคลากร

จากข้อคิดเห็นที่บุคลากรทางการแพทย์ได้แสดงความคิดเห็นในเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังขาดแคลน ,ระบบการทำงานที่ขาดการเชื่อมโยง ,ภาระงานที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ที่มากและหลากหลาย กับการทำงานโรคเบาหวาน และการขาดการทำงานที่เป็นทีม เป็นตัวที่สะท้อนให้เห็นว่า ในระบบการทำงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน หรือแม้โดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดชลบุรีนั้น ไม่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ เพราะทั้งในเรื่อง การพัฒนาความรู้ ที่ยังไม่เข้มข้น เข้าถึงการพัฒนาศมรรถนะหลัก การมีภาระงานที่มาก แม้การศึกษาจะแสดงให้เห็นว่า การมีภาระงานที่หนักจะช่วยในการพัฒนาสมรรถนะหลักในภาพรวม ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ และด้านทักษะที่จำเป็น แต่การมีภาระงานที่มากก็ไม่ได้ พัฒนาสมรรถนะหลักในด้านความรู้สึกเสริมพลังด้วย เพราะหากเมื่อมีภาระงานที่หนักมากเกินไปก็อาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ได้เช่นกัน การวางระบบงานระหว่างองค์กรในการเชื่อมโยงข้อมูล ในการติดต่อสื่อสารต่างๆ และรวมถึงการวางแผนงานในการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพก็จะช่วยในการพัฒนางาน และสมรรถนะหลักในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. บทเรียนจากงานวิจัย

6.1 การสร้างเครื่องมือ ในการสร้างเครื่องมือเป็นกระบวนการที่เราต้องมีการผสมผสาน ระหว่างงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กับสมรรถนะหลักการทำงาน สิ่งสำคัญคือ การทบทวนวรรณกรรมที่มากพอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ และสิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือความชัดเจนในส่วนต่างๆ ตั้งแต่บทนำจนไปถึงคำจำกัดความ เพราะจะช่วยให้เราสร้างเครื่องมือได้ชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ของเรามากยิ่งขึ้น อาจารย์ที่ปรึกษามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการที่จะทำให้กรอบความคิดของเราชัดเจน ทุกอย่างมีความสอดคล้องกัน ทำให้เราได้เรียนรู้ถึงคำว่าระบบการทำงานมากยิ่งขึ้น การคิดเป็นเหตุเป็นผล การคิดเป็นนักวิจัย ทำให้ได้เรียนรู้ว่ากระบวนการทำงานที่เป็นแบบนักวิจัยคือความเป็นเหตุเป็นผล ความละเอียด และทำให้เรามีความคิดที่เชื่อมโยงเป็นระบบ เป็นขั้นตอนมากยิ่งขึ้น

6.2 การเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่ค่อนข้างยาก ทำให้เราได้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ ที่ตำราไม่สอนไว้ สิ่งที่สำคัญ คือการวางแผน ในการเก็บข้อมูล การทำงานที่เป็นระบบ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงาน หรือคนที่ประสานงานในการเก็บข้อมูล นี่ก็จะเป็นตัวช่วยที่สำคัญที่จะทำให้เราได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร

จากผลการศึกษาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า สมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เต็มที่ ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นการเฉพาะเพื่อยกระดับตามการทำงานของโรคเรื้อรัง ด้วยการจัดทำหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนรู้ควรปรับให้สอดคล้องกับสภาพ และเงื่อนไข การทำงานของสถานบริการสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน รวมทั้งตำแหน่งงาน และหน้าที่รับผิดชอบด้วย โดย

- ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น เพื่อการพัฒนาสมรรถนะหลักในการทำงาน เสริมความเชื่อมั่นในการทำงาน

- การจัดหลักสูตรอบรมที่ต้องพิจารณาในด้านความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้หญิงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านทักษะที่จำเป็นให้เพิ่มมากขึ้น กว่าผู้ชาย
- ควรส่งเสริมการพัฒนาเรื่องทำวิจัยในงานประจำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อม
- พัฒนาสมรรถนะหลักในบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของการ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น และเปิดโอกาสให้ได้รับการอบรม มีการกำหนดหลักสูตรที่จำเป็นที่ ทุกคนที่ทำงานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานต้องผ่านการอบรม เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักอย่างทั่วถึง
- การเร่งรัดของนโยบายที่ควรเพิ่มระดับในการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีการถอดบทเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนา
- ภาระงานที่บุคลากรทางการแพทย์ควรมีในระดับที่เอื้อต่อการพัฒนางานคือไม่มากเกินไป จนไม่สามารถที่จะให้ตัวเองได้พัฒนางาน และควรมีการจัดสรรเวลาให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพได้พัฒนาความรู้ตามความพร้อมของแต่ละบุคคล และตามเวลาที่เหมาะสม

2. ด้านการนำไปใช้กับองค์กรอื่น

หน่วยงานอื่นๆสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ หรือการประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ไปปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบุคลากรได้ในหน่วยงาน แต่ควรมีการพิจารณาตาม กรอบการทำงาน บริบท วิสัยทัศน์ พันธกิจ ในการทำงาน of หน่วยงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะหลักได้ตรงกับเป้าประสงค์ของหน่วยงาน

3. ด้านการวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ในจัดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำผลการประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแนวทาง เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะหลักในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์เช่น สถานการณ์โรคเบาหวาน รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของแต่ละสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ และนำไปวางแผนเพื่อการพัฒนาต่อไป

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรทางแพทย์ในด้านอื่นๆ หรือ พื้นที่อื่น เพื่อประโยชน์ในการทำข้อมูลในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในด้านอื่นๆ หรือพื้นที่อื่นๆ



CORE COMPETENCY EVALUATION FOR PREVENTION AND CONTROL OF
DIABETES HEALTH SERVICE OF HEALTH OFFICER IN CHONBURI

CPT. SAOWANIT PAENGPHO 4936392 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL
SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : PRASIT LEERAPAN, Ph.D., THARADOL
KENGGANPANICH, M.A., MALINEE SOMPOPCHARUEN, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Significant of the Problem

Diabetes is perceived as a significant non-contagious / chronic disease and an important health problem due to its high morbidity and mortality rates in Thailand as well as high possibilities to induce other numerous complications to the patients⁽¹⁾. The state's health services are primary operating agencies to prepare diabetes health service for the public within their responsible areas. There are several factors affecting health service officers' operation in diabetes health service at the state's health services to meet defined objectives. These factors comprise both internal factors - health service officers' personal factors and external factors - operational system. To adjust all concerning factors to their appropriate conditions and concordant with one another, health service officers are considered the private factors that must be developed to be ready for providing diabetes health service.

Nowadays, competency is widely accepted and used as a main tool to evaluate the personnel's working efficiency in various activities⁽¹⁶⁾. Core competencies in diabetes prevention and control challenging issues to define the required features, comprehension toward the potential. And experience of health service officers being present. The investigated matters in this research were at what level of efficiencies in diabetes prevention and control the health service officers possess and what factors are associated with the health service officers' core competencies in diabetes prevention and control. The obtained results from this research give both ideas and guidelines for specifying development plans health service officers at the state's health services. To be ready to control. And prevent diabetes, this research has studied interest. Regarding the evaluation of core competencies in the care of diabetic patients a full range of health service officers. Annual government health facility. Chonburi province is because of the development control and prevention of diabetes continues. And health is an area used as office space expansion of the pilot phase. Diabetes care program. And conditions associated with diabetes an integrated⁽¹¹⁾.

2. Purposes of the Study

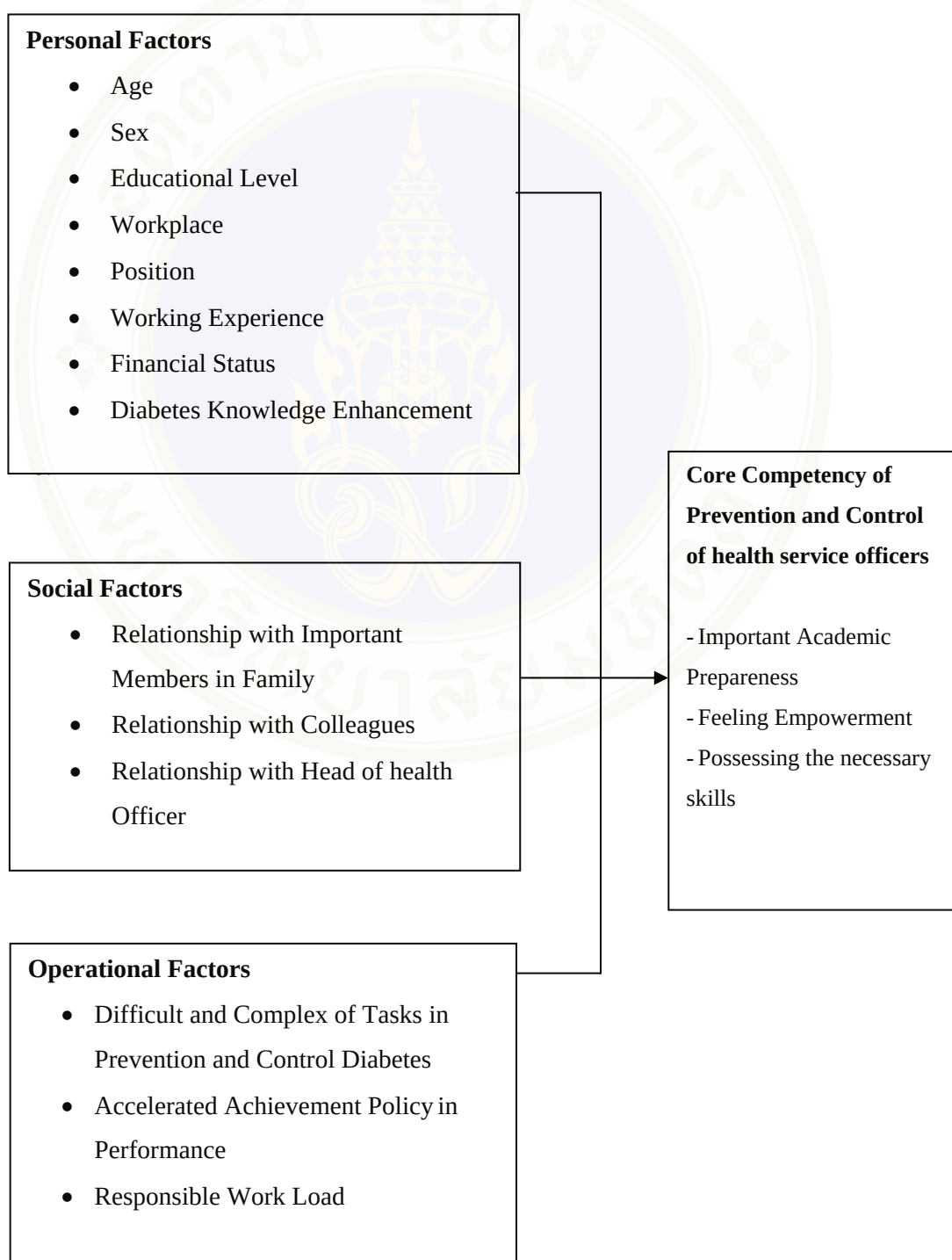
1. To study core competency for prevention and control of diabetes health service office of health officer in Chonburi, covering 3 aspects: important academic readiness, feeling of empowerment and possessing necessary skills.

2. To study personal, social, and operational factors associated with core competency for prevention and control of diabetes health service office of health officer in Chonburi.

3. Framework of the Study

Based on literature review, core competencies is evaluation of operational competencies, required to work for successful performance is a key element that is important that the research will be used to assess core competencies is the availability

of academic major. Feeling of empowerment. And skills necessary The factors that are associated with core competencies. Both personal factors. Social factors. And work factors. The researcher has applied model PRECEDE - PROCEED Model and the concept of performance. Used as a framework for this research. The concept of research as follows.



4. Research Methodology

This study is the Cross-Sectional Survey Research. This section describes the research procedure used in this study. It is divided into four main parts: population and samples, research instruments, data collection, and data analysis and statistic.

4.1 Population and Samples

The populations of the study were health service officers who work about the health service of diabetes's patients such as doctors, registered nurses, and public health service officers in health services in Chonburi. The health services including center hospital 1 hospital, sub-district health promotion hospital/primary care unit 119 places and community hospital 11 hospitals. The totals of health service officers have 628 health service officers⁽⁵⁶⁾. The sample size was calculate by using Daniel's formula⁽⁵⁷⁾. The next stage, the stratified random sampling was used to select number of samples according to number of each career of the health service officers and each district in Chonburi. The final stage, the simple random sampling was used for selecting the samples. The sample was 239 samples.

4.2 Research Instruments

The questionnaires were used as the research instrument for collecting data which were created by the researcher according to frameworks and purposes of the study with the core competency which had reliabilities of 0.9529. The questionnaires in this study consist of four main sections as follows:

Section1: Health officer's general data, they consist of age and period of working on chronic disease. In addition, this section is the open-ended questions by filling the answers about sex, educational level, and financial status in the blank.

Section2: Social factors and working of health service officers consist of workplace, diabetes knowledge enhancement, relationship with important members in family, head of health officer's demeanour with health service officers, difficult and

complex of tasks in prevention and control diabetes, accelerated achievement policy, and responsible work load.

Section3: Evaluation form of the core competency of prevention and control diabetes of health service officers. It can be divided into three categories: important academic preparedness, feeling empowerment, and necessary skills.

Section4: Health officer's opinions in self-development and organization development for tasks of diabetes.

4.3 Data Analysis and Statistic

4.3.1 Descriptive Statistics

- Studied aspects of the health service officers such as sex, education, career, age, period of working in chronic disease by using means, standard deviations (S.D.), frequencies, and percentages.
- Studied score's mean of core competency for prevention and control of diabetes health service officers in each category: important academic preparedness, feeling empowerment, and necessary skills by using means, standard deviations (S.D.), and percentages.

4.3.2 Statistical Analysis

- Compared differences of score's core competency for prevention and control of diabetes health service officers according to private factors, reinforcing factors, and enabling factors by using the statistics including paired t-tests and one-way ANOVA with at reliability of 95%.

5. Results and Discussions

5.1 Aspects of Social Population of Health service officers

5.1.1 Private Factors

It was found that 88.3% of the health service officers were female with the average age of 40 years, most of them 84.5% finished graduated bachelor degree, and have worked 43.9% of working in primary care unit and 53.9% were nurses, working period in chronic disease in the most were 31.0% in phase of 1-5 years, financial status was 60.7% at a medium level, and overall of development in diabetes knowledge was 94.6% at a low level. It was noticed that most of health service officers who work on diabetes were nurses and female, especially they have developed in diabetes knowledge in low level which was supported by the study of Suprattra Srivinitchakorn⁽⁵¹⁾. She studied situation diabetes patients health care system of Care Units Primary (CUP) under the Universal Coverage of Health Insurance found that it was not completely accepted the knowledge and ability development. Since health service officers have more and several work load, it makes the managing time for knowledge development is less. In addition, the development in diabetes knowledge may be specialized tasks. These affect in the development in diabetes knowledge of health service officers. Administrators of health services should consider to the significance of them in order to support the health service officers who response in this knowledge have the chances for developing their acknowledge and their organizations.

5.1.2 Social Factors

It was found that the most of health service officers have relationship among family, co-workers, and head of health service offices were the medium level, namely 66.1%, 66.1%, and 68.2% respectively.

5.1.3 Working Factors

Based on the results of the study, it was found that overall of work were difficult at 59.4% at a low level, the accelerated achievement policy in performance were 56.9% at a high level, responsible work load were 48.1% at a medium level.

5.2 Core Competency of Diabetes Prevention and Control of Health service officers

The results revealed that 14.6% of the health officers have on overview of the core competency at a high level, 46.0% at a medium level, and 39.4% at a low level. when was considered each category, the important academic preparedness has only 14.6% at a high level, in the medium and the low level were nearly rate. In term of the feeling empowerment was 51.0% at a medium level, 34.3% at a low level, and 14.6% at a high level. In case of possessing necessary skills, 54.4% at a medium level, and in the low level was 4.6%.

From the main finding, when considered the overall of core competency for diabetes prevention and control and three categories in the high level means the satisfactory level, namely the overall and every category of the core competency were less in the satisfactory level . There were the satisfactory level was less than 20%, except necessary skills which has 20.9% and also considered the core competency in the low level which refer to lacking level. The core competency in the low level has more rate: 2/5. In category of important academic preparedness has around $\frac{1}{2}$, the feeling empowerment was around $\frac{1}{5}$, there was only the necessary skills which has the core competency in the lacking level only 4.6%. It was noticed that the health service officers still have insufficiency in the overall of core competency and the categories of important academic, feeling empowerment which conformed to the research of Suprattra Srivinitchakorn⁽⁵¹⁾. She studied situation diabetes patients' health care system of Care Units Primary (CUP) under the Universal Coverage of Health Insurance found that level of quality in working system of looking after diabetes's patients which there were high difference still

use defensive system, and there are not much in managing risk behavior, followed complication system was not managed continue. The primary care unit was not complete in developing knowledge and ability, but it plays role in and screening and follow-up.

When was considered in overall, each category and sub-category of competency will see that core competency for diabetes prevention and control is very significant because the health service officers are important human resource for development of prevention and control tasks in diabetes, still lack of many things, and should enhance something which lack in the prevention and control tasks in diabetes.

According to Green & Kreuter's Model (PROCEDE-PROCEED), the development in core competency for diabetes prevention and control will be prejudged for planning to develop health behavior as supported by the study of Chutharat Penkhetwit⁽⁴⁷⁾ which pointed out that factors related to the development of three service qualities, i.e. person, governmental policy, and environment. These factors result in both supporting and counteracting in the development of three service qualities. They should be considered conductivity factors which refers to person, enabling factors and reinforcing factors in term of environmental factors

5.3 Related-Factors with Core Competency of Diabetes Prevention and Control

5.3.1 Sex

In term of sex, the comparison of the core competency for diabetes prevention and control of health service officers according to sex in the overall and two categories, the important academic preparedness, the feeling empowerment, it was found that there were not significantly different at the reliability 95%. While the category of necessary skills, there were not significantly different at $p=0.035$ level. The mean of male was higher than female which it was indicated that the difference in necessary skills was due to the agility, the acclimation of working of male in the community. Therefore, it affected in male have the competency for the

necessary skills was better than female as indicated by Rawipha Dhammachot⁽⁵⁵⁾. She pointed out that sex affected in level of competency in each category of the middle administrators. In contrast, the competency in two categories: important academic preparedness and feeling empowerment did not affect in the core competency. If consider sex for development of core competency, it should be considered about each groups, difference, preparedness of each person and should enhance the necessary skills to female in order to occur the equality between male and female because almost health service officers were female.

5.3.2 Education

In case of education, the comparison of the core competency for diabetes prevention and control of health service officers in the overall and two categories, the important academic preparedness, the possessing necessary skills, it was found that there were not significantly different at the reliability of 95%. While the category of feeling empowerment, there were not significantly different at $p=0.019$ level. The mean of the health service officers who graduated master degree were higher than the health service officers who graduated bachelor degree. It was showed that the education is very important which make the health service officers have more confidence in doing work. And can help to enhance core competency in this category as supported by Rawipha Dhammachot⁽⁵⁵⁾ and Sunee Kolsattayasamit⁽⁴⁶⁾. They found that education influence with core competency and they gave the suggestions that organizations should support about education of the personnel in order to develop core competency. In summary, the development in the core competency of diabetes prevention and control of health service officers will occur if the higher education of the health service officers were supported from the organizations. It was believed that is a strategy for developing human resource because in the higher education will help us learn more, systematically and orderly thinking, can bring something which have learned both theories and work to blend together. It resulted in enhancing the core competency for diabetes prevention and control in higher level.

5.3.3 Workplace

The comparison of the core competency for prevention and control of diabetes health service officers in term of workplace in the overall and two categories, the important academic preparedness, the possessing necessary skills, it was found that there were significantly different at the reliability of 95%. While the category of feeling empowerment, there were not significantly different at 0.05 level. In this case, The center hospital have the highest mean, while the community hospital have the lowest. Except the important academic preparedness, the workplace where have the highest mean were the sub-district health promotion, while the community hospital have the lowest. It was pointed out that health service offices in the different level will have difference in the development core competency as well according to Green & Kreuter's Model (PROCEDE-PROCEED)⁽³⁴⁾. They described that workplace is an enabling factor that help in learning and developing desired behavior and this reason conforms to the study of Sunee Kolsattayasamit⁽⁴⁶⁾ who found that organizational factors can predict competency. Huge health service offices have developed competency more than small health service offices. The small health service offices may have limitation about working such as organizing and responsibility because the huge health service offices such as the center hospital have clearly organized functional structures which relate to amount of person. While the community hospitals have not many personnel that affect in developing core competency is not good as well as the other health service offices. If would like to develop core competency in every health service office, the limitations should consider to seek the solution as well.

5.3.4 Position

In case of position, the results of comparing between the core competency for diabetes prevention and control of health service officers in the overall and two categories: the important academic preparedness and the possessing necessary skills, it was found that there were significantly different at $p=0.018$ level, while the feeling empowerment there were not significantly different at the reliability of 95%. The overall and every category, it was found that mean of public health technical

officers have the highest of all position in diabetes prevention and control. The results revealed that the public health technical officers are better than the other position in diabetes prevention and control because tasks for diabetes prevention and control have to use approach strategy that correspond to tasks of the public health technical officers. It results in the public health technical officers have core competency for diabetes prevention and control more than the other positions. Hence, the core competency for diabetes prevention and control should be developed in many areas of careers of diabetes prevention and control.

5.3.5 Relationship between head of health service office with Health service officers

In term of the relationship between head of health service office, when considered the overall of core competency for diabetes prevention and control and each category of core competency, i.e. the important academic preparedness and the feeling empowerment, it was found that there were not significantly different at the reliability of 95%. In case of the possessing necessary skills, there were significantly different at $p=0.038$ level. Mean of the health service officers who have relationship with head of health service offices at a medium level is higher than the other level according to Green & Kreuter's Model (PROCEDE-PROCEED).⁽³⁴⁾ The head of health service offices is a reinforcing factor which supports learning, developing in desired behavior. It was pointed that the relationship between head of health service office with health service officers related to work directly, especially the necessary skills.

5.3.6 Accelerated Achievement Policy in Performance

According to total core competency of prevention and control diabetes of health service officers with the accelerated achievement policy in performance and each category of academic preparedness and necessary skills, there were not significantly different at the reliability of 95%. In term of the category of feeling of empowerment was significantly different at the 0.022 level. Mean of the health service officers who retrieved the accelerated achievement policy in the high

level is higher than the other levels. It pointed out that if there is the acceleration of the policy in the high level, it will enhance the feeling empowerment of the health service officers in work because work which has the accelerated achievement policy and is stimulated, it will stimulate awareness in the significance of their work. They also aware that should do any work before and after and have to achieve the target which was expected by Public Health Office in Level of Province. Then, it become to masterwork and affects in considering annual perpetuity of the health service officers according to the study of Sunee Kolsattayamitra⁽⁴⁶⁾. She pointed out that educational level of policy and organization plan, and supervision can assist in predicting competency of National Health Security System by registered nurses at 28.80%.

In conclusion, the accelerated achievement policy in performance in the high level about the diabetes will assist to develop in core competency of prevention and control of diabetes until feeling empowerment, but the accelerated policy in conference was enhanced when outputs of the conference are not follow the conference in order to assist the health service officers in the lesson distilled and develop quality of their work.

5.3.7 Responsible Work Load

From the results, the comparison between the core competency of prevention and control diabetes of health service officers both on the whole and each category (academic preparedness ,possessing necessary skills) according to responsible work load, it was found that there were significantly different at the $p<0.001$ level in every category. Mean of the health service officers who have the responsible in the high level is higher than the other levels. In term of the feeling empowerment, it was found that there were not significantly different at the reliability 95% which conform to Green & Kreuter's Model (PROCEDE-PROCEED)⁽³⁴⁾. This model relies on responsible work load which is the enabling factors for developing behavior or competency of persons. It pointed out that more responsible work load lead to the development of overall core competency for prevention and control diabetes and each category includes academic preparedness,

and necessary skills. More responsible work load refer to the quantity is more as well. Therefore, it results in more development in core competency in suitable level. But if there were more development in core competency too much, the health service officers will give up for working.

5.4 Unrelated-Factors with the Core Competency for Diabetes Prevention and Control

The comparison between the core competency for prevention and control of diabetes health service officers according to age, working experience, financial status, development of knowledge, relationship in family, co-workers, difficult and complex work both on the whole and each category (academic preparedness, necessary skills, feeling empowerment), it was found that there were not significantly different at the reliability of 95%. It was pointed that factors include age, working experience, financial status, development of knowledge, relationship in family, co-workers, difficult and complex work were not related to the core competency.

5.5 Opinion in Self-Development and Organization Development of the Health service officers

Based on the point of view of the health service officers about the development of core competency in the health service officers which are lacking in the present time, lacking in connection of tasks, several responsible work load of diabetes, and lacking of working in team work, it was found that overall diabetes prevention and control system of the health service officers in Chonburi did not support the development of core competency in health service officers because the health service officers have more and several work load.

6. Lesson Learned from Research

6.1 Creation of Tools

The creation tools is a process that have to combine between tasks of diabetes prevention and control and core competency. Importantly, the study about core competency of diabetes prevention and control in the health service officers should study many related research in order to enhance comprehension in this task. The advisor for each research study is another importance and is who participated until complete this study in valuable guidance, precious time, beneficial comments, patience in editing the paper, encouraged and supported this study.

6.2 Data Collection

The data collection is a process that is rather difficult. The researcher will have learned in solving problem that the researcher encountered in the research. There are not teaching for solving the problem, there is not permanent formula. Additionally, planning, collecting data, working with systematically, cooperating of other organizations or cooperators have to be considered of all. These things will help to be complete in the research.

7. Suggestions

From the findings of the present study, the future studies should be carried out to gain a deeper understanding and applications. There are three suggestions derived from this study.

7.1 Administration

As mentioned in the results of this study, it affected that the core competency for prevention and control of diabetes health service officers were not complete. The health service administrators should examine policies and purposes for

development of the core competency, especially for enhancing working knowledge about chronic disease, programs, and processes of knowledge management which can improve the conforming circumstances and conditions of those working in the health service offices at different levels, including position, duty, and responsibility. There are methods that were suggested as follows.

- Supports health service officers for studying in higher education in order to develop in core competency of work and supports working confidence.
- Creates programs that consider in differences of person, woman should receive the development of core competency in necessary skills more than man.
- Develops core competency of health service officers: doctors, nurses, and public health officers and enhances approach strategy for working. In addition, open the chances to the health service officers accept training, should examine necessary programs that everyone who work in diabetes prevention and control have to pass these programs which result in development of core competency of all.

7.2 Application with other Organizations

Other organizations can apply this study with their organizations such as evaluation of core competency of diabetes prevention and control in order to apply in human resource development in the organizations. Additionally, it should consider according to working framework, context, vision, and mission in order to occur the development in core competency which will direct to target of the organizations.

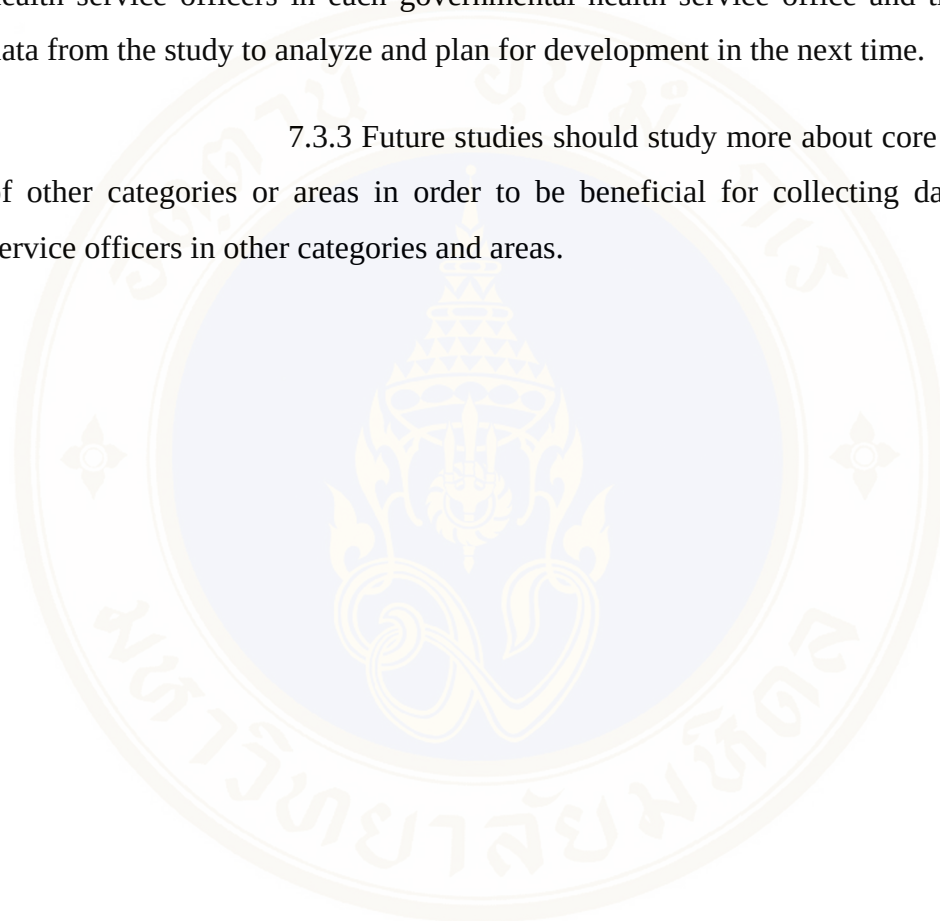
7.3 More Information for Future Studies

7.3.1 Future studies should use experimental research for formatting development of core competency of diabetes prevention and control of health service officers with the results of evaluations in core competency for diabetes

prevention and control in order to be a guideline for development in core competency of diabetes prevention and control.

7.3.2 Future studies should study more about relationship between related factors and core competency of diabetes prevention and control of health service officers in each governmental health service office and then take the data from the study to analyze and plan for development in the next time.

7.3.3 Future studies should study more about core competency of other categories or areas in order to be beneficial for collecting data of health service officers in other categories and areas.



บรรณานุกรม

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2553. “เบาหวาน-ความดันโลหิตที่มากับความเฒ่า.” รายงานสุขภาพคนไทย. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report2007-THAI.php?manu=4>
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(5):1047-53.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นักวิจัยเผยพฤติกรรมบริโภคเสี่ยงเบาหวานสูงแข่งพันธุกรรม [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.herbalone.net/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=42
4. สมาคมให้ความรู้โรคเบาหวาน. คู่มือ โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ.2550. 2550 ; หน้า 1 – 6
5. เทพ หิมะทองคำ, วัลลาตันทโยทัยม พงศ์อมร นุนนาคคม ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ สุนทรี นาคะเสถียร. 2548. การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
6. เจริญวิทย์ สมพงษ์ธรรม. 2550. “การพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงาน: สมรรถนะหลัก (Core Competency)” วารสารสถานบริหารการศึกษา 2550; 1(1): 25-41.
7. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. 2548. แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วย Competency Based Learning. กรุงเทพฯ : ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
8. จิรประภา อัครบวร. โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. สถาบันบัณฑิตบริหารศาสตร.2549. “Competency คืออะไรกันแน่.” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dms.mop.go.th/competency/modules.php?name=content&pa=showpage&pid=2>
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550: Public Health Statistic 2007. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
10. สฤษฎี วัฒนา. 2550. คลินิกสร้างสุขภาพ. เอกสารลำดับที่ 5/2551 เอกสารแนบท้ายสัญญาหมายเลข 3 สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.

11. สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.เอกสาร บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การบริหารจัดการโครงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และภาวะที่เกี่ยวข้องโรคเบาหวานอย่างครบวงจร,2549.
12. Mc Clelland, 1973 p171 International Diabetes Federation and International Society of Nephrology. *Diabetes and Kidney Disease: Time to Act (2003).*
13. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. 2548. **การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์.** เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง สมรรถนะของข้าราชการ, ขอนแก่น, โรงพยาบาลขอนแก่น.
14. นิสดาร์ก เวชยานนท์. 2550. **Competency Model** กับการประยุกต์ใช้ในองค์กรไทย. กรุงเทพฯ; บริษัท กราฟโก้ ซิสเต็มส์ จำกัด.
15. ปิยะชัย จันทรวงศ์ไพศาล. 2549. **การค้นหาและวิเคราะห์เจาะลึก competency** ภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
16. ณรงฤทธิ์ แสงทอง. 2547. **มารู้จัก Competency กันเถอะ.** กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
17. ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, ดิเรก ศรีสุขโข. 2537. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. เยาวดี วัฒนยศศรี. 2539. **การประเมินโครงการ : แนวคิดและการปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
19. อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. (2539). **การศึกษาผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
20. Khwanjaipanich R, Tengtrirat C, Nanna K, Laiwatanapaisa S. Vascular Complications in Type 2 Diabetes Mellitus at Chonburi Hospital, Thailand. Intern Med J Thai 2002; 18:122-130.
21. Schnell O. The links between diabetes and cardiovascular disease. J Interv Cardiol 2005;18(6):413-6.
22. Creager MA, Luscher TF, Cosentino F, Beckman JA. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: Part I. Circulation 2003;108(12):1527-32.
23. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. Circulation 1979; 59(1):8-13.

24. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al.
Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ
2004;82(11):844-51.
25. Gross JL, de Azevedo MJ, Silveiro SP, Canani LH, Caramori ML, Zelmanovitz T. Diabetic
nephropathy: diagnosis, prevention, and treatment. Diabetes Care 2005; 28(1):164-
76
26. Luscher TF, Creager MA, Beckman JA, Cosentino F. Diabetes and vascular disease:
pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: Part II. Circulation
2003;108(13):1655-61.
27. Suwanwalaikorn S, et al. High prevalence of microalbuminuria in Thai type 2 diabetes
patients: Results form DEMAND Campaign (A collaborative multicenter DEMAND
Study). Annual Meeting of the Royal College of Physicians of Thailand 2004
(Abstracts).
28. วิฑูรย์ โล่สุนทร, วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. “ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัย
เสี่ยงและการตรวจคัดกรองในประเทศไทย.” ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://hcll.handle.net/123456789/1653>
29. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
พ.ศ.2551.** กรุงเทพฯ : บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (๑๕๗๗) จำกัด.
30. สุพัฒน์ สมจิตรกุล,พรรณทิวา สมจิตรสกุล, ทิพย์สุดา หริกุลสวัสดิ์, กรรณิการ์ รัชอินทร์,
มติกา สุนา.การพัฒนากระบวนการให้บริการในคลินิกเบาหวาน. โรงพยาบาลปลาปาก
จังหวัดนครพนม รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
31. สิริเนตร กฤติยวงศ์. คู่มือเก็บเกี่ยวและจุดประกายความรู้. เอกสารประกอบการประชุม 5th
National Forum on Quality Improvement & Hospital Accreditation “การจัดการ
ความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล” จัดโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
(พรพ.) วันที่ 17-19 มีนาคม 2547; หน้า191-194

32. ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ๊ะ. คู่มือเก็บเกี่ยวและจุดประกายความรู้. เอกสารประกอบการประชุม 5th National Forum of Quality Improvement & Hospital Accreditation “การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล” จัดโดยสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) วันที่ 17 – 19 มีนาคม 2547; หน้า 195 – 197.
33. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2552 . **แนวทางการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ 30. สิริเนตร กฤติยวงศ์. คู่มือเก็บเกี่ยวและจุดประกายความรู้. เอกสารประกอบการประชุม 5th National Forum on Quality Improvement & Hospital Accreditation “การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล” จัดโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) วันที่ 17-19 มีนาคม 2547; หน้า 191-194
34. Green, L.W. & Krueuter, M.W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Toronto: Mayfield Publishing Company.
35. ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: การศึกษาเชิงมานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขา มานุษยวิทยาประยุกต์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
36. อินทราพร พรหมปรการ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สาธารณศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
37. วรรณลักษณ์ คลยากุล. คุณภาพบริการงานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสระบุรี ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา เวชศาสตร์ชุมชน]. กรุงเทพฯ: แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
38. สมคิด สีหสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
39. วณีย์ ปรีชาอนันต์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ความเชื่อ และความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลครอบครัว]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

40. J.H. Hubley. Barriers to Health Education in Developing Countries. Health Education Research [Online] 1986; 1(4): [12 screens]. Available from: URL: <http://www.her.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml> [Accessed 2008 Mar 20].
41. ณัฐพร คำศิริรักษ์. สมรรถนะการสอนเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการคิดแก้ปัญหาในวิทยาลัยพยาบาล เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
42. ปิ่นนเรศ กาสุอุดม. สมรรถนะการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักของอาจารย์พยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
43. คุญฎี อายุวัฒน์, วิยะดา ชารวิพัฒน์. แนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสำหรับชุมชนริมเขื่อน [วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
44. พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์. การบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่คัดสรร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
45. วันทนา พรหมเสริม. การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
46. สุณี กลสัตยสมิตม. สมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล] กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546
47. จุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์. การพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คัดสรร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.

48. Sandra C. Jones, Robert J. Donoman. Dose Theory Inform Practice in Health Promotion in Australia. Health Education Research [Online] 2004; 19(1): [14 screens]. Available from:URL:<http://www.her.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml> [Accessed 2008 Mar 17].
49. กรกช จันทรสุคนธ์. ศึกษาสมรรถนะในการสอบงานของหัวหน้างานในโรงงาน ปัญหาพิเศษ [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริการทั่วไป] ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
50. ศุภวรรณ เสาธานนท์. สมรรถนะของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
51. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารระบบสาธารณสุข 2548; 1(1) : 17-34
52. เตือนใจ พิทยาวัฒนชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารวิจัย มข.(บ.ศ.) 2549; 6(1) : 17-34
53. รักษ์เกียรติ จิรันธร, ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, ปรีชา โลหะนกุล, ปิ่นฤดี ตีร์รัตนไพบูลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(PCU) : กรณีศึกษาในภาคใต้. 2549; 24(6) : 505 – 516
54. อุษณีย์ เปรมสุริยา. ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาล ที่ปฏิบัติภายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระปกเกล้า [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
55. รวิภา ธรรมโชติ. 2550. “สมรรถนะของผู้บริหารระดับกลางในระบบราชการไทย.” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา www.polpacon7.ru.ac.th/download/article/ (17 พฤษภาคม 2550).
56. สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 5 ปี และแผนปฏิบัติการฯ ปี 2553” วันที่ 18 มิถุนายน 2552. หน้า 60-92.
57. วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุภัททา กลางการ. 2546. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม; อภิชาติการพิมพ์.
58. Bloom,B.S. Mastery Learning. Adapted from “Learning for Mastery.” U.C.L.A-C.S.F.I.P. Evaluation Comment, 1, no.2(1968) p.60
59. Best, J.W., and Kahn, J.V. Research in Education. 7th ed. Boston : Allyn and Bacon, 1993



ภาคผนวก ก.

แบบสอบถาม

เรื่อง ประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์
ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ ประจำสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดชลบุรี และปัจจัยที่กำหนด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ (ภาคพิเศษ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล การตอบคำถามของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาแต่อย่างใด ข้อมูลที่ท่านตอบลงในแบบสอบถาม ผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผลของการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นประโยชน์ทางการศึกษา และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และเป็นแนวทางให้กับผู้บริหารในการกำหนด นโยบาย กลยุทธ์ และกลวิธีในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในสถานบริการสุขภาพภาครัฐเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี เป็นสถานบริการที่มีบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน มีสุขภาพที่ดีต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรทางสังคม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยการทำงาน

ส่วนที่ 3 สมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

ข้าพเจ้าใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่าน ในการตอบคำถาม และขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับทุกประการ

ร.อ.หญิง เสาวนิตย์ แพงโพธิ์

นักศึกษาปริญญาโท

สาขาวิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ทำการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรทางสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงในปัจจุบัน หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
3. การศึกษา
() 1.เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี () 2.ปริญญาโท () 3.ปริญญาเอก
4. สถานที่ทำงานของท่าน
() 1.โรงพยาบาลศูนย์ () 2.โรงพยาบาลชุมชน
() 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล () 4.ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย
5. ตำแหน่งงานของท่าน
() 1.ผู้บริหาร () 2.แพทย์
() 3.พยาบาล () 4.นักวิชาการสาธารณสุข
() 5.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 6.อื่นๆระบุ.....
6. ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ปี
7. ในรอบปีงบประมาณ 2553 ท่านได้รับการพัฒนาความรู้เรื่อง โรคเบาหวานหรือไม่ บ่อยแค่ไหน
 1.อบรมให้ความรู้ () 1.ไม่มีรายการนี้ () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก
 2.การฝึกทักษะ () 1.ไม่มีรายการนี้ () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก
 3.ประชุม/สัมมนา () 1.ไม่มีรายการนี้ () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก
 4.ประชุมเชิงปฏิบัติการ () 1.ไม่มีรายการนี้ () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก
 5.การศึกษาดูงาน () 1.ไม่มีรายการนี้ () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก
 6.อื่นๆ ระบุ..... () 1.ไม่มีรายการนี้ () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก
8. ฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวของท่านในปัจจุบัน เป็นอย่างไร
() 1.เดือดร้อนเรื่องเงินมาก
() 2.เดือดร้อนเรื่องเงินเล็กน้อย
() 3.ไม่เดือดร้อนเรื่องเงิน แต่ต้องอยู่อย่างประหยัด
() 4.ไม่เดือดร้อนเรื่องเงิน และไม่ต้องระวังเรื่องการใช้เงิน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยการทำงาน

9. ความสัมพันธ์ของท่านกับบุคคลสำคัญในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร
 - 1.การขัดแย้งทะเลาะ (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 2.การขัดแย้งทำร้ายร่างกาย (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 3.การสังสรรค์/ทำกิจกรรมร่วมกัน (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 4.การปรึกษาหารือ (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
10. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร
 - 1.การขัดแย้งทะเลาะของบุคคลในหน่วยงานเรื่องส่วนตัวที่มีผลต่อการทำงาน
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 2.การขัดแย้งทะเลาะของบุคคลในหน่วยงานเรื่องการทำงาน
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 3.การสังสรรค์/ทำกิจกรรมร่วมกันนอกเหนือจากการทำงาน
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 4.การสนับสนุนช่วยเหลือกันในการทำงานของเพื่อนร่วมงาน
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
11. หัวหน้างานของท่านปฏิบัติต่อท่านในการทำงานเป็นอย่างไร
 - 1.การใช้อารมณ์ในการดำหนิ/ติเตียน (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 2.การไม่รับฟังความคิดเห็น (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 3.การให้ปรึกษา/คำแนะนำ (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
 - 4.ความโปร่งใสในการบริหารจัดการ (☐) 1.ไม่มี (☐) 2.บางครั้ง (☐) 3.เป็นประจำ
12. ในรอบปีงบประมาณ 2553 งานในความรับผิดชอบของท่านเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน

ท่านมีความคิดเห็นว่ามีปัญหายาก และซับซ้อนในการดำเนินงานมากเพียงใด

 1. การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.มีน้อย (☐) 3.มีปานกลาง (☐) 4.มีมาก (☐) 5.ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนนี้
 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.มีน้อย (☐) 3.มีปานกลาง (☐) 4.มีมาก (☐) 5.ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนนี้
 3. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน
(☐) 1.ไม่มี (☐) 2.มีน้อย (☐) 3.มีปานกลาง (☐) 4.มีมาก (☐) 5.ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนนี้

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน
 - () 1.ไม่มี () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก () 5.ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนนี้
5. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
 - () 1.ไม่มี () 2.มีน้อย () 3.มีปานกลาง () 4.มีมาก () 5.ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนนี้
13. ในการทำงานเรื่องโรคเบาหวานในหน่วยงานของท่านได้มีการดำเนินการหรือไม่ เพียงใด
 1. การติดตามและเร่งรัดให้มีการปฏิบัติงาน
 - () 1.ไม่มี () 2.มีบางครั้ง () 3.มีเป็นประจำ
 2. การติดตามและเร่งรัดผลการดำเนินงาน
 - () 1.ไม่มี () 2.มีบางครั้ง () 3.มีเป็นประจำ
 3. การติดตามและเร่งรัดการรายงานผล
 - () 1.ไม่มี () 2.มีบางครั้ง () 3.มีเป็นประจำ
 4. มีการประชุมเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้า
 - () 1.ไม่มี () 2.มีบางครั้ง () 3.มีเป็นประจำ
14. ในรอบปีงบประมาณ 2553 งานที่ท่านได้ปฏิบัติจริงในเรื่องโรคเบาหวานมีอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ที่ครอบคลุมงานที่ได้ปฏิบัติจริง)
 - () 1.การคัดกรองความเสี่ยง () 2.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - () 3.การจัดทำโครงการ () 4.การให้สุขศึกษา
 - () 5.การให้การรักษายาบาลผู้ป่วย () 6.การจัดทำสื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร
 - () 7.การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน () 8.การรณรงค์
 - () 9.การลงข้อมูล และการรายงานผล () 10.อื่นๆ โปรดระบุ.....
15. ในรอบปีงบประมาณ 2553 งานที่ท่านได้ปฏิบัติจริงที่นอกเหนือจากงานโรคเบาหวานมีอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ที่ครอบคลุมงานที่ได้ปฏิบัติจริง)
 - () 1.งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ () 2.งานควบคุมโรคติดต่อ
 - () 3.งานรักษายาบาลโรคอื่นๆ () 4.การจัดทำโครงการต่างๆ
 - () 5.งาน อสม. () 6.งานผู้สูงอายุ
 - () 7.งานอนามัยแม่และเด็ก () 8.งานมะเร็ง
 - () 9.งานคุ้มครองผู้บริโภค () 10.งานพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน
 - () 11.งานเยี่ยมบ้าน () 12.งานสุขภาพจิต
 - () 13.งานด้านการส่งต่อผู้ป่วย () 14.งานรณรงค์ต่างๆ
 - () 15.อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 สมรรถนะหลักในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์

3.1 ด้านความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ

ให้ท่านประเมินตนเองว่าท่านมีความสามารถทางวิชาการในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่
อย่างไร เพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ไม่มี มีแต่ไม่พอเพียงต่อการนำไป
ปฏิบัติได้ มีและพอเพียงนำไปปฏิบัติได้

รายการ	ไม่มี	มีแต่ไม่พอเพียง ต่อการนำไป ปฏิบัติ	มีและพอเพียง นำไปปฏิบัติได้ จริง
1. การส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชน และ ชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ			
2. การสร้างกระแสสังคมเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองตาม หลักการ 3อ. 2ส.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุราและยาสูบ)			
3. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา			
4. การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีพฤติกรรมบริโภค และ การใช้ร่างกายเหมาะสมในผู้รับบริการผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน			
5. การจัดกิจกรรม ให้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันการเกิด โรคเบาหวาน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการควบคุมอารมณ์			
6. การปรับสภาพแวดล้อมในสังคมที่เอื้อต่อการมีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อ สุขภาพ เช่น จัดสถานที่สำหรับการออกกำลังกายใกล้บ้านที่พักอาศัยหรือ ในสถานที่ทำงาน มีบริการอาหารสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายทั่วไป เป็นต้น			
7. การปรับสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน เป็นหน่วยงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ที่ดี เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ			
8. สำนวจตลาดนัดเป็นประจำเพื่อแนะนำผู้ค้าเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ			
9. การอำนวยความสะดวกให้ทุกภาคส่วน ทั้ง ประชาชน องค์กรของรัฐ และ เอกชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาโรคเบาหวาน			

รายการ	ไม่มี	มีแต่ไม่พอเพียง ต่อการนำไป ปฏิบัติ	มีและพอเพียง นำไปปฏิบัติได้ จริง
10. การจัดเวทีให้ กลุ่มเครือข่าย ประชาชน ได้มีการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการควบคุมป้องกัน โรคเบาหวาน			
11. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การควบคุมป้องกัน โรคเบาหวาน ตามปัญหา สถานการณ์ของโรคเบาหวานในชุมชน และการกำหนดรูปแบบ วิธีการ ตามความต้องการของชุมชน			
12. การจัดทำแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมาย ในการรักษา ร่วมกัน			
13. การประเมินผลเพื่อติดตามความก้าวหน้า ของงานควบคุมป้องกัน โรคเบาหวาน ทั้งขณะปฏิบัติงาน และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน			
14. การตรวจสอบความก้าวหน้า วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง การดำเนินงาน และพิจารณาผลงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ			
15. การร่วมกลุ่มประชาชน ถอดบทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม ตาม ประเด็นหัวข้อที่เจ้าหน้าที่และประชาชนร่วมกันกำหนด			
16. การนำสิ่งที่ได้จากการถอดบทเรียนร่วมกับประชาชน ไปต่อยอดในการ ปรับปรุง พัฒนาการทำงาน โรคเบาหวาน			
17. การค้นคว้าเพื่อทำความเข้าใจปัญหา หรือการแก้ไขปัญหในการทำงาน เกี่ยวกับโรคเบาหวานในองค์กรและ/หรือในชุมชน มาทำการวิจัย			
18. การทำงานวิจัยในงานประจำ มาพัฒนางาน โรคเบาหวานที่ตนเอง รับผิดชอบ			

3.2 ด้าน ความรู้สึกเสริมพลัง

ให้ท่านประเมินตนเองว่าท่านมีความรู้สึกเชื่อมั่นในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร เพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก3คำตอบ คือ เชื่อว่าทำไม่ได้ เชื่อว่าทำได้ยากมาก เชื่อว่าทำได้แน่นอน

รายการ	เชื่อว่าทำ ไม่ได้	เชื่อว่าทำ ได้ยากมาก	เชื่อว่าทำได้ แน่นอน
1. การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ต้องทำให้องค์ส่วนปกรอง ท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย			
2. การส่งเสริมและกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนแสดงพลังใน การแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจในการจัดทำแผนงาน โครงการ โรคเบาหวานในชุมชน			
3. การกำหนดเป้าหมายพัฒนาให้ชาวบ้านพึ่งตนเองได้เป็นเรื่อง ทำท่ายแต่ก็ สามารถทำได้			
4. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชนมีการพึ่งพาตนเองเป็นการ แก้ปัญหาโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน			
5. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ทำได้เองทุกกระบวนการโดยไม่ต้อง อาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ประชาชน และชุมชน			
6. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชน มีส่วนร่วม ในการจัดการปัญหา โรคเบาหวานในชุมชน ตั้งแต่กระบวนการวางแผน การปฏิบัติการ การ ประเมินผล และการถอดบทเรียน			
7. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน มีการจัดการปัญหาสุขภาพ ด้วยตนเอง			
8. การเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้จัดการตนเอง ที่มีประสิทธิภาพ คือ มี ความรู้ และฝึกทักษะที่เพียงพอ			
9. การพัฒนาประชาชนให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ด้วยการมีส่วนร่วมในการ ควบคุมโรคเบาหวาน			
10. การทำให้ประชาชนมีความสามารถในการคิดเอง และประเมินผลการปฏิบัติ ของตนเองเป็นสิ่งที่เป็นไปได้เลย			
11. การพัฒนาประชาชนได้ยาก เพราะประชาชนเรียนมาน้อย และไม่สนใจ เรียนรู้เพิ่มเติม			
12. การพัฒนาที่จะเกิดความเข้มแข็งอยู่ที่ประชาชนสามารถคิดเอง ทำเอง รวมทั้งแสดงบทบาทของตนเองได้			
13. การที่จะให้ชาวบ้านเข้มแข็ง ต้องสร้างจิตสำนึกขึ้นมาก่อน			
14. ผลงานที่เกิดจากประชาชนโดยตรงเท่านั้น จึงจะมีความยั่งยืน			

3.3 ทักษะการทำงาน(Skill)

ให้ท่านประเมินตนเองในประเด็นต่อไปนี้ว่า ท่านมีความสามารถทำในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 คำตอบ ทำไม่ได้ ทำได้บ้างครั้ง ทำได้เป็นประจำ

รายการ	ทำไม่ได้	ทำได้บ้างครั้ง	ทำได้เป็นประจำ
1. การสร้างความสัมพันธ์กับประชาชน ชุมชนจนทำให้เขารู้สึกยอมรับ และสามารถทำงานร่วมกับเขาได้			
2. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ จนทำให้เขารู้สึกไว้วางใจในการเล่าปัญหา และร่วมมือในการรักษาพยาบาล			
3. โครงการที่ท่านร่วมมือ กับชาวบ้านได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี			
4. การสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องโรคเบาหวานและถอดเป็นบทเรียน ตามประเด็นหัวข้อที่เจ้าหน้าที่ และชุมชนร่วมกันกำหนด			
5. การสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานและญาติในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สรุปและถอดเป็นบทเรียน ตามสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่ม			
6. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ แก่ประชาชนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ			
7. การจัดทำช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานอย่างสะดวก			
8. การสนับสนุนและสร้างระบบเชื่อมโยงภายในเครือข่าย เพื่อการสื่อสารที่สะดวกในการประสานงาน และทำงานร่วมกัน			
9. ไม่เคยมีการติดตาม ผลตอบกลับจากการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องโรคเบาหวาน			
10. การใช้คอมพิวเตอร์ในการสร้างสื่อเผยแพร่ต่างๆเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย			
11. การจัดทำเครื่องมือในการสื่อสารที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ได้เข้าถึงแก่นสารหรือหลักการสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน			
12. การสรุปบทเรียนทางวิชาการที่ได้จากประสบการณ์ทำงานร่วมกับประชาชน			
13.การแยกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนดก่อนการถ่ายทอดความรู้			
14.การใช้คอมพิวเตอร์ในการสร้างเครื่องมือ ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงยุทธศาสตร์ การดำเนินงาน ที่ประชาชนยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติ			

ส่วนที่ 4 **ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ**

4.1 **สิ่งที่ตัวท่านเองต้องการพัฒนาในการทำงานโรคเบาหวาน**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 **สิ่งที่ท่านต้องการให้หน่วยงานของท่านพัฒนาในการทำงานโรคเบาหวาน**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.3 **ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการทำงานโรคเบาหวานในหน่วยงานของท่าน**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข.

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน

สมรรถนะหลัก	ปัจจัย	ตัวแปร	p-value	การตัดสินใจ
สมรรถนะหลักโดยรวม	ปัจจัยส่วนบุคคล	-อายุ	p= 0.205	ไม่มีความสัมพันธ์
		-เพศ	p= 0.921	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การศึกษา	p= 0.199	ไม่มีความสัมพันธ์
		-สถานที่ทำงาน	p = 0.018	มีความสัมพันธ์
		-ตำแหน่งงาน	p= 0.006	มีความสัมพันธ์
		-ประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อรัง	p= 0.832	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การพัฒนาความรู้	p= 0.889	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ฐานะทางเศรษฐกิจ	p= 0.372	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยทางสังคม	-ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	p= 0.349	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	p= 0.900	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	p= 0.063	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยการทำงาน	-ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน	p= 0.960	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน	p= 0.54	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ภาระงานที่รับผิดชอบ	p<0.001	มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความร่วมมือทางวิชาการที่สำคัญ ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน

สมรรถนะหลัก	ปัจจัย	ตัวแปร	p-value	การตัดสินใจ
ความพร้อมทางวิชาการที่สำคัญ	ปัจจัยส่วนบุคคล	-อายุ	p= 0.255	ไม่มีความสัมพันธ์
		-เพศ	p=0.087	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การศึกษา	p= 0.421	ไม่มีความสัมพันธ์
		-สถานที่ทำงาน	p= 0.012	มีความสัมพันธ์
		-ตำแหน่งงาน	p= 0.002	มีความสัมพันธ์
		-ประสบการณ์การทำงาน	p= 0.946	ไม่มีความสัมพันธ์
		โรคเรื้อรัง		
		-การพัฒนาความรู้	p= 0.806	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ฐานะทางเศรษฐกิจ	p= 0.303	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยทางสังคม	-ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	p= 0.641	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	p= 0.680	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	p= 0.195	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยการทำงาน	-ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน	p= 0.844	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน	p= 0.124	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ภาระงานที่รับผิดชอบ	p<0.001	มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้สึกระงมพลัอง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน

สมรรถนะหลัก	ปัจจัย	ตัวแปร	p-value	การตัดสินใจ
ความรู้สึกระงมพลัอง	ปัจจัยส่วนบุคคล	-อายุ	p= 0.755	ไม่มีความสัมพันธ์
		-เพศ	p= 0.399	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การศึกษา	p= 0.019	มีความสัมพันธ์
		-สถานที่ทำงาน	p= 0.383	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ตำแหน่งงาน	p= 0.376	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ประสบการณ์การทำงาน	p= 0.413	ไม่มีความสัมพันธ์
		โรคเรื้อรัง		
		-การพัฒนาความรู้	p= 0.402	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ฐานะทางเศรษฐกิจ	p= 0.988	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยทางสังคม	-ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	p= 0.482	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	p= 0.509	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	p= 0.240	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยการทำงาน	-ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน	p= 0.693	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน	p= 0.022	มีความสัมพันธ์
		-ภาระงานที่รับผิดชอบ	p= 0.273	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของสมรรถนะหลักในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรทางการแพทย์ด้านทักษะที่จำเป็น ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยการทำงาน

สมรรถนะหลัก	ปัจจัย	ตัวแปร	p-value	การตัดสินใจ
ทักษะที่จำเป็น	ปัจจัยส่วนบุคคล	-อายุ	p= 0.350	ไม่มีความสัมพันธ์
		-เพศ	p= 0.035	มีความสัมพันธ์
		-การศึกษา	p= 0.689	ไม่มีความสัมพันธ์
		-สถานที่ทำงาน	p= 0.030	มีความสัมพันธ์
		-ตำแหน่งงาน	p= 0.050	มีความสัมพันธ์
		-ประสบการณ์การทำงาน	p= 0.430	ไม่มีความสัมพันธ์
		โรคเรื้อรัง		
		-การพัฒนาความรู้	p= 0.539	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ฐานะทางเศรษฐกิจ	p= 0.271	ไม่มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยทางสังคม	-ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	p= 0.194	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	p= 0.680	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	p= 0.038	มีความสัมพันธ์
	ปัจจัยการทำงาน	-ความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงาน	p= 0.789	ไม่มีความสัมพันธ์
		-การเร่งรัดของนโยบายที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน	p= 0.283	ไม่มีความสัมพันธ์
		-ภาระงานที่รับผิดชอบ	p<0.001	มีความสัมพันธ์



**เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2010-210

ชื่อโครงการ : การประเมินสมรรถนะหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรของบุคลากร
ทางการแพทย์ประจำสถานบริการสุขภาพภาคทวี เขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี

รหัสโครงการ : 149/2553

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวเสาวนีย์ พงษ์โพธิ์

หน่วยงานที่สังกัด : หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับรอง : 30 ธันวาคม 2553

วันที่หมดอายุ : 31 ธันวาคม 2554

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เจตจำนง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์สุณีย์ ละกำป็น)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ทิพย์ จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร 10400

โทร 0-2354-8543-6 ต่อ 1127, 7404 โทรสาร 0-2840-8884



Certificate of Approval
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2010-210

Protocol Title : Core competency evaluation of comprehensive diabetes health service of health officer in Chonburi

Protocol No. : 145/2553

Principal Investigator : Miss Saowanit Phaengphoe

Affiliation : Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Behavioral Sciences
Faculty of Public Health, Mahidol University

Date of Approval : 30 December 2010

Date of Expiration : 31 December 2011

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sunee Lagampen'.

(Assoc. Prof. Sunee Lagampen)

Chairman of Ethics Committee for Human Research

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Phaiya Charupoonphol'.

(Assoc. Prof. Phaiya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand 10400.

Tel. (662) 3548543-9 ext. 1127, 7404 Fax. (662) 6408854

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

ร้อยเอกหญิงเสาวนิตย์ แพงโพธิ์

วัน เดือน ปีเกิด

31 กรกฎาคม 2525

สถานที่เกิด

จังหวัดนครราชสีมา

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2543 – 2547

วิทยาศาสตร์บัณฑิต(พยาบาลศาสตร์)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2549 – 2554

วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

ที่อยู่ปัจจุบัน

304/19 หมู่ 9 ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี

โทรศัพท์ 038 - 273034

E-mail : rhaiaom@gmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาล กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และเวชกรรมป้องกัน

โรงพยาบาล ค่ายนวนมินทราชีนี

โทรศัพท์ 038 - 273034

E-mail : rhaiaom@gmail.com