An Evaluation of the Implementation of the Three-Doctor (3 หมอ) Policy in Primary Care Units in Trat Province

Jirayut Prasittinawa
Trat Provincial Public Health Office

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to evaluate the effectiveness of the Three-Doctor (3 หมอ) Policy implementation in primary care units in Trat Province, to identify success factors, barriers, and to propose developmental guidelines. The study employed a quantitative approach using structured questionnaires. The sample consisted of 460 health personnel across three groups, selected using disproportionate stratified sampling to ensure adequate representation: Doctor 1 (Village Health Volunteers; n=372), Doctor 2 (Public Health Officers; n=70), and Doctor 3 (Family Medicine Physicians; n=18), along with 430 service recipients selected through multi-stage sampling calculated using Taro Yamane formula for personnel and Cochran's formula for citizens. Data were collected using two structured questionnaires validated by three experts, with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.87 to 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA with Tukey's HSD post-hoc test, Pearson correlation, and multiple regression analysis.

The results revealed that overall implementation effectiveness was at a high level. All personnel groups demonstrated high levels of policy knowledge (Mean = 3.85–4.03) and operational performance (Mean = 3.76–4.21), with Doctor 3 scoring highest. Operational performance differed significantly among the three groups ($F = 3.672$, $p = 0.026$), confirmed by Tukey's HSD showing Doctor 3 significantly higher than Doctor 2 ($p = 0.019$). Policy knowledge did not differ significantly ($F = 1.318$, $p = 0.268$). Knowledge showed a strong positive correlation with performance ($r = 0.658$, $p < 0.01$). The factor most influencing citizen satisfaction was the service quality of Doctor 3 (Beta = 0.321), with all predictors explaining 68.7% of satisfaction variance ($R^2 = 0.687$; VIF range = 1.32–2.18). Citizens reported high levels of policy awareness (Mean = 3.72) and satisfaction (Mean = 4.07). Primary barriers included excessive workload (38.2–66.7%), resource deficiency—particularly among Doctor 3 (77.8%)—and the lack of an integrated health information system (61.1%).

Recommendations include developing an integrated electronic health information system, reallocating personnel and resources commensurate with workload, and enhancing digital literacy training for elderly Village Health Volunteers.

Keywords: Three-Doctor Policy, policy implementation evaluation, primary health care system, Trat Province, Village Health Volunteers, family medicine, citizen satisfaction

*Corresponding Author: jirayuth.p@hotmail.com

การประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด

จิรยุทธ์ ประสิทธินาวา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และเสนอแนวทางการพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากร 3 กลุ่ม รวม 460 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นไม่เป็นสัดส่วน ได้แก่ หมอ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) จำนวน 372 คน หมอ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) จำนวน 70 คน และหมอ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) จำนวน 18 คน พร้อมด้วยประชาชนผู้รับบริการ 430 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน คำนวณขนาดตัวอย่างบุคลากรด้วยสูตร Taro Yamane และประชาชนด้วยสูตร Cochran เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.87–0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การทดสอบ Tukey's HSD สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก บุคลากรทุกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจนโยบาย (Mean = 3.85–4.03) และการปฏิบัติงาน (Mean = 3.76–4.21) ในระดับมาก โดยหมอ 3 มีคะแนนสูงสุดทั้งสองด้าน ระดับการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 3 กลุ่ม ($F = 3.672$, $p = 0.026$) โดยหมอ 3 มีคะแนนสูงกว่าหมอ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.019$) ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติงาน ($r = 0.658$, $p < 0.01$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของประชาชนสูงสุดคือคุณภาพการให้บริการของหมอ 3 (Beta = 0.321) โดยตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 68.7 ($R^2 = 0.687$) ประชาชนมีการรับรู้นโยบาย (Mean = 3.72) และความพึงพอใจ (Mean = 4.07) ในระดับมาก ปัญหาหลักคือภาระงานที่มากเกินไป (ร้อยละ 38.2–66.7) การขาดแคลนทรัพยากร โดยเฉพาะในกลุ่มหมอ 3 (ร้อยละ 77.8) และการขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างทีม (ร้อยละ 61.1)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงระหว่างทีม 3 หมอ จัดสรรบุคลากรและทรัพยากรให้สอดคล้องกับภาระงาน และพัฒนาทักษะดิจิทัลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมาก

คำสำคัญ: นโยบาย 3 หมอ, การประเมินผลการดำเนินงาน, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, จังหวัดตราด, เวชศาสตร์ครอบครัว, ความพึงพอใจของประชาชน

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ตามวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ข้อที่ 3 (World Health Organization [WHO], 2018) ในประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้ดำเนินมาตั้งแต่ทศวรรษ 1970 ด้วยการขยายโครงข่ายสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในปี 2545 ที่ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 98.5 (Tangcharoensathien et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2568 โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 10 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 20 ในปี 2563 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 36 ภายในปี 2593 การเพิ่มขึ้นของภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อัตราอุบัติเหตุทางถนนที่สูง และมลพิษทางอากาศ (World Bank, 2021) เพื่อรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ รัฐบาลไทยจึงประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และขับเคลื่อนนโยบาย "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน" หรือนโยบาย 3 หมอ ตั้งแต่ปี 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

นโยบาย 3 หมอประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพ 3 ระดับที่ทำงานเป็นทีม ได้แก่ หมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เยี่ยมบ้านและคัดกรองเบื้องต้น โดย 1 คนดูแล 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ให้บริการปฐมภูมิและเชื่อมประสานชุมชนกับโรงพยาบาล และหมอคนที่ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดย 1 คนดูแล 8,000-12,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) นโยบายนี้มีเป้าหมายเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล และส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปปฏิบัติพบความท้าทาย เช่น การบูรณาการการทำงานระหว่างทีม ความพร้อมของบุคลากร ระบบข้อมูลสุขภาพ และการจัดสรรงบประมาณ (ฑิณกร โนรี และคณะ, 2565) รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Chaitiang et al., 2024)

แม้มีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอในบางพื้นที่ แต่ยังมีช่องว่างความรู้ (Gap of Knowledge) ที่สำคัญ ได้แก่ (1) การขาดการศึกษาประเมินผลอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งมิติโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ตามแนวคิด Donabedian Model ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน (2) การขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลว และ (3) การขาดแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง สำหรับจังหวัดตราดซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศหลากหลายทั้งพื้นที่เกาะ ชายฝั่งทะเล และพื้นที่ราบ มีประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 15 แห่ง ครอบคลุมประชากร 140,298 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2566) แต่ยังไม่มีการศึกษาประเมินผลอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อตอบช่องว่างความรู้ดังกล่าว โดยการออกแบบการศึกษาที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Donabedian เพื่อประเมินโครงสร้าง (ทรัพยากรและบุคลากร) กระบวนการ (การปฏิบัติงานและการประสานงาน) และผลลัพธ์ (ความพึงพอใจของประชาชน) ของการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอในจังหวัดตราด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด ตามกรอบแนวคิด Donabedian (โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ
4. เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Donabedian (1988) เป็นกรอบหลักในการจัดโครงสร้างตัวแปรและการวิเคราะห์ผล โดย Donabedian เสนอว่าคุณภาพการดูแลสุขภาพสามารถประเมินได้จาก 3 มิติที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) นอกจากนี้ ยังบูรณาการกับแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของ Van Meter และ Van Horn (1975) ที่เน้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทั้งสองในการจัดกลุ่มตัวแปร ดังนี้

1. **มิติโครงสร้าง (Structure)** ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน) ทรัพยากรสนับสนุน และจำนวนบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านทรัพยากรตามแนวคิดของ Van Meter และ Van Horn

2. มิติกระบวนการ (Process) ความรู้ความเข้าใจนโยบาย การปฏิบัติงานตามนโยบาย การประสานงานระหว่างทีม 3 หมอ และการใช้เทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างองค์กรและทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

3. มิติผลลัพธ์ (Outcome) ประสิทธิผลการดำเนินงาน การรับรู้ของประชาชน ความพึงพอใจของประชาชน และปัญหาอุปสรรค

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด จำนวน 4,500 คน (หมอ 1 จำนวน 4,378 คน หมอ 2 จำนวน 100 คน หมอ 3 จำนวน 22 คน) และประชาชนที่รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 140,298 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 บุคลากร ใช้สูตร Taro Yamane (1973) คำนวณขนาดตัวอย่างรวมขั้นต่ำ

$$n = N/(1+Ne^2)$$
$$= 4,500/(1+4,500\times0.05^2)$$
$$= 368 \text{ คน}$$

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการจัดสรรตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) จะทำให้กลุ่มหมอ 2 ได้เพียง 8 คน และหมอ 3 ได้เพียง 2 คน ซึ่งมีขนาดเล็กเกินไปสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นไม่เป็นสัดส่วน (Disproportionate Stratified Sampling) โดยเพิ่มจำนวนตัวอย่างกลุ่มเล็กเพื่อให้มีความเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ (Krejcie &

Morgan, 1970; Cochran, 1977) ทั้งนี้ สำหรับหมอ 2 เก็บข้อมูลจากทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ 70 คน (จากประชากร 100 คน) และหมอ 3 เก็บจากทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 18 คน (จากประชากร 22 คน) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อยจึงเก็บข้อมูลแบบเกือบสำมะโน (Near-census) สำหรับหมอ 1 เก็บข้อมูล 372 คน ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากทั้ง 7 อำเภอ

2.2.2 ประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 430 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Cochran (1977) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% และสัดส่วนประชากร 0.50 ได้

$$n = Z^2pq/e^2$$
$$= (1.96)^2(0.50)(0.50)/(0.05)^2$$
$$= 384.16$$

เพิ่มร้อยละ 10 สำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ เป็น 423 คน เก็บจริง 430 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จาก 7 อำเภอ

เกณฑ์การคัดเข้า บุคลากรปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตราดอย่างน้อย 6 เดือน ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในจังหวัดตราดอย่างน้อย 6 เดือน เคยรับบริการอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือสติปัญญา ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วน บุคลากรที่ไม่ปฏิบัติงานจริง และประชาชนนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ชุด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ (สอดคล้องกับมิติโครงสร้างตาม Donabedian)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเข้าใจนโยบาย 10 ข้อ มาตราส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติกระบวนการ)

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานตามนโยบาย 10 ข้อ มาตราส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติกระบวนการ)

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรค เป็นคำถามแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก (Multiple Response) 1 ข้อ พร้อมคำถามปลายเปิด 1 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับประชาชน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้นโยบาย 10 ข้อ มาตราส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติผลลัพธ์)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจ 10 ข้อ มาตราส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติผลลัพธ์)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน นักสาธารณสุข 2 ท่าน) และทดลองใช้ (Pilot Test) กับบุคลากร 30 คน และประชาชน 30 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.ปากท่อ จ.ราชบุรี ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ

1) ระยะที่ 1 (1-15 ธ.ค. 2567) เตรียมการและประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดและหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 อำเภอ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการให้ความยินยอม

2) ระยะที่ 2 (16 ธ.ค. 2567 - 15 ม.ค. 2568) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากรและประชาชน โดยผู้ตอบกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 15-20 นาทีสำหรับบุคลากร และ 10-15 นาทีสำหรับประชาชน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test ก่อนใช้สถิติพาราเมตริก

3) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และการปฏิบัติงานระหว่าง 3 กลุ่ม ร่วมกับการทดสอบ Tukey's HSD เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

4) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

5) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter พร้อมตรวจสอบ Multicollinearity ด้วยค่า VIF (Variance Inflation Factor) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปากท่อ จ.ราชบุรี (COE No. 08/2567 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2567) ทั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกยื่นขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลปากท่อ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ใช้ทดลองเครื่องมือวิจัย (Pilot Test) และคณะกรรมการดังกล่าวเป็นคณะกรรมการจริยธรรมที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน (National Research Council of Thailand) ซึ่งมีอำนาจในการพิจารณาโครงการวิจัยที่ดำเนินการในพื้นที่อื่นได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย (Participant Information Sheet) และลงนามในแบบยินยอม (Informed Consent Form) ก่อนเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามกรอบแนวคิด Donabedian โดยแบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติโครงสร้าง มิติกระบวนการ และมิติผลลัพธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

มิติที่ 1 โครงสร้าง (Structure)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป	หมอ 1 (n=372) จำนวน (ร้อยละ)	หมอ 2 (n=70) จำนวน (ร้อยละ)	หมอ 3 (n=18) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	53 (14.2)	30 (42.9)	6 (33.3)
หญิง	319 (85.8)	40 (57.1)	12 (66.7)
ช่วงอายุ (ปี)			
21-30	14 (3.8)	9 (12.9)	6 (33.3)
31-40	29 (7.8)	7 (10.0)	8 (44.4)
41-50	94 (25.3)	26 (37.1)	2 (11.1)
51-60	166 (44.6)	28 (40.0)	1 (5.6)
> 60	69 (18.5)	0 (0.0)	1 (5.6)
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	318 (85.5)	11 (15.7)	-
ปริญญาตรี	50 (13.4)	57 (81.4)	18 (100.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (1.1)	2 (2.9)	-
ประสบการณ์ (ปี)			
1-5	101 (27.2)	16 (22.9)	18 (100.0)
6-10	60 (16.1)	4 (5.7)	-
11-15	38 (10.2)	7 (10.0)	-
16-20	79 (21.2)	5 (7.1)	-
> 20	94 (25.3)	38 (54.3)	-

จากตารางที่ 1 บุคลากรทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะทางประชากรศาสตร์แตกต่างกันอย่างชัดเจน หมอ 1 (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.8) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 44.6) มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 85.5) หมอ 2 มีวุฒิปริญญาตรี (ร้อยละ 81.4) และประสบการณ์มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 54.3) หมอ 3 อายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 44.4) จบปริญญาตรีทุกคน และมีประสบการณ์ 1-5 ปี (ร้อยละ 100) ข้อมูลโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลนี้สะท้อนความหลากหลายของทีม 3 หมอ ตามที่กรอบแนวคิด Donabedian ระบุว่าโครงสร้างเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อกระบวนการทำงาน

มิติที่ 2 กระบวนการ (Process)

มิติที่ 2 กระบวนการ (Process) เป็นการประเมินระดับการรับรู้และความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขทั้ง 3 กลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านวัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ แนวทางการประสานงาน เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระบวนการดูแลประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยี ตัวชี้วัดความสำเร็จ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนาศักยภาพ ทั้งนี้ การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Van Meter and Van Horn (1975) ที่ระบุว่าการสื่อสารนโยบายและความชัดเจนของมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรสำคัญในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้และความเข้าใจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอ (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม)

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย 3 หมอ	4.02	0.79	มาก	4.03	0.78	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
2	ท่านทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ	4.01	0.74	มาก	4.17	0.59	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
3	ท่านเข้าใจแนวทางการประสานงานระหว่างทีม 3 หมอ	4.02	0.83	มาก	3.90	0.71	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
4	ท่านทราบเป้าหมายของนโยบาย3หมอในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.91	0.82	มาก	3.84	0.71	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
5	ท่านเข้าใจกระบวนการทำงานของทีม 3 หมอในการดูแลประชาชน	4.14	0.79	มาก	3.86	0.80	มาก	4.00	0.77	มาก
6	ท่านทราบถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในนโยบาย 3 หมอ	4.09	0.79	มาก	4.00	0.74	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
7	ท่านเข้าใจแนวทางการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการทำงานของทีม 3 หมอ	3.89	0.76	มาก	3.69	0.86	มาก	3.72	1.18	มาก
8	ท่านทราบถึงตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบาย 3 หมอ	3.83	0.78	มาก	3.60	0.98	มาก	3.22	1.59	ปานกลาง

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
9	ท่านเข้าใจระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีม 3 หมอ	4.01	0.83	มาก	3.76	0.91	มาก	4.00	0.77	มาก
10	ท่านทราบถึงแนวทางการพัฒนาศักยภาพของทีม 3 หมอ	3.89	0.77	มาก	3.67	0.83	มาก	4.00	0.77	มาก
	ค่าเฉลี่ยรวม	**3.98**	**0.79**	**มาก**	**3.85**	**0.79**	**มาก**	**4.03**	**0.74**	**มาก**

จากตารางที่ 2 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอของบุคลากรทั้ง 3 ทีมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยหมอ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.03, SD=0.74) รองลงมาคือหมอ 1 (Mean=3.98, SD=0.79) และหมอ 2 (Mean=3.85, SD=0.79) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกกลุ่มมีความเข้าใจดีในด้านวัตถุประสงค์และบทบาทหน้าที่ของตนเอง แต่มีความเข้าใจต่ำกว่าในด้านตัวชี้วัดความสำเร็จและการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะหมอ 3 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง (SD=1.59) ในด้านตัวชี้วัดความสำเร็จ

การดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ เป็นการประเมินระดับการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม ครอบคลุม 10 ประเด็น ได้แก่ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การประสานงาน การสนับสนุนทรัพยากร การใช้เทคโนโลยี การมีส่วนร่วมในการวางแผน การให้คำปรึกษา การติดตามประเมินผล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การบูรณาการกับหน่วยงานในชุมชน และการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) มิติด้านกระบวนการสะท้อนถึงกิจกรรมการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้ากับผลลัพธ์ของนโยบาย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม)

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	4.05	0.75	มาก	3.99	0.79	มาก	4.50	0.51	มากที่สุด
2	ท่านมีการประสานงานกับทีม 3 หมออย่างมีประสิทธิภาพ	4.00	0.77	มาก	3.93	0.77	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
3	ท่านได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	3.90	0.82	มาก	3.40	1.06	ปานกลาง	4.00	0.69	มาก
4	ท่านสามารถใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.95	0.85	มาก	3.77	0.80	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
5	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	4.08	0.74	มาก	3.99	0.73	มาก	4.00	0.00	มาก
6	ท่านสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม	4.13	0.74	มาก	4.04	0.65	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
7	ท่านมีการติดตามและประเมินผลการดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ	4.09	0.74	มาก	3.87	0.76	มาก	4.50	0.51	มากที่สุด
8	ท่านมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์กับทีม 3 หมออย่างสม่ำเสมอ	3.91	0.77	มาก	3.37	0.85	ปานกลาง	4.22	0.43	มากที่สุด
9	ท่านสามารถบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชนได้	4.13	0.77	มาก	3.80	0.84	มาก	4.00	0.69	มาก
10	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ	3.88	0.86	มาก	3.49	0.90	มาก	4.00	0.69	มาก
	ค่าเฉลี่ยรวม	4.01	0.78	มาก	3.76	0.81	มาก	4.21	0.49	มาก

จากตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานตามนโยบาย 3 หมอของบุคลากรทั้ง 3 ทีมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยหมอ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.21, SD=0.49) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือหมอ 1 (Mean=4.01, SD=0.78) และหมอ 2 (Mean=3.76, SD=0.81) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหมอ 3 มีคะแนนสูงที่สุดในด้านการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ (Mean=4.50, SD=0.51) และการติดตามประเมินผล (Mean=4.50, SD=0.51) แสดงถึงความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบสูง ขณะที่หมอ 2 มีคะแนนต่ำที่สุดในด้านการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (Mean=3.40, SD=1.06) และการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีม (Mean=3.37, SD=0.85)

นอกจากการประเมินระดับการปฏิบัติงานแล้ว การศึกษานี้ยังสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม ใน 5 ประเด็น ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจในนโยบาย การขาดทรัพยากร ภาระงานที่มาก การประสานงานไม่ต่อเนื่อง และการขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง โดยใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ซึ่งการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Van Meter and Van Horn (1975) ที่ชี้ว่าเงื่อนไขด้านทรัพยากร การสื่อสาร และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่อาจเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม)

ข้อ	หมอ 1 (n=372) จำนวน (ร้อยละ)	หมอ 2 (n=70) จำนวน (ร้อยละ)	หมอ 3 (n=18) จำนวน (ร้อยละ)
ขาดความรู้ความเข้าใจในนโยบาย	74 (19.9)	16 (22.9)	9 (50.0)
ขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน	116 (31.2)	26 (37.1)	14 (77.8)
ภาระงานมาก	142 (38.2)	31 (44.3)	12 (66.7)
การประสานงานไม่ต่อเนื่อง	98 (26.3)	22 (31.4)	8 (44.4)
ขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง	87 (23.4)	19 (27.1)	11 (61.1)

จากตารางที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่มคือภาระงานที่มาก โดยหมอ 3 รายงานสูงสุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือหมอ 2 (ร้อยละ 44.3) และหมอ 1 (ร้อยละ 38.2) หมอ 3 มีจำนวนน้อย แต่รายงานปัญหาในสัดส่วนที่สูงที่สุดในเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการขาดทรัพยากร (ร้อยละ 77.8) และการขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง (ร้อยละ 61.1) หมอ 1 พบปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจในนโยบายน้อยที่สุด (ร้อยละ 19.9)

มิติที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome)

มิติที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการประเมินจากมุมมองของประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 430 คน เกี่ยวกับระดับการรับรู้ต่อนโยบาย 3 หมอ ครอบคลุม 10 ประเด็น ได้แก่ การรู้จักนโยบาย การทราบตัวตนและบทบาทของหมอประจำตัวทั้ง 3 คน วัตถุประสงค์ของนโยบาย การลดความแออัดในโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และช่องทางการติดต่อ ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) การรับรู้ของประชาชนสะท้อนผลลัพธ์ด้านการสื่อสารนโยบายจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอของประชาชน (n=430)

ข้อ	รายการ	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านรู้จักนโยบาย 3 หมอ	3.49	0.99	ปานกลาง
2	ท่านทราบว่าใครคือหมอประจำตัว 3 คนของท่าน	3.65	1.03	มาก
3	ท่านเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหมอประจำตัว 3 คน	3.55	1.04	มาก
4	ท่านทราบว่าหมอคนที่ 1 (อสม.) มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน	3.93	1.00	มาก
5	ท่านเข้าใจว่าหมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	3.87	0.98	มาก
6	ท่านทราบว่าหมอคนที่ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่อง	3.70	0.95	มาก
7	ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบาย 3 หมอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ	3.66	0.94	มาก
8	ท่านทราบว่านโยบาย 3 หมอช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล	3.84	1.00	มาก
9	ท่านเข้าใจว่านโยบาย 3 หมอส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	3.78	0.96	มาก
10	ท่านทราบว่าสามารถติดต่อหมอประจำตัว 3 คนได้อย่างไร	3.75	0.96	มาก
	ค่าเฉลี่ยรวม	3.72	0.14	มาก

จากตารางที่ 5 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72, SD = 0.14) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประชาชนมีการรับรู้สูงสุดในด้านหมอคนที่ 1 (อสม.) มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน (Mean = 3.93, SD = 1.00) และเข้าใจว่าหมอคนที่ 2 ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (Mean = 3.87, SD = 0.98) ขณะที่การรู้จักนโยบาย 3 หมอมีคะแนนต่ำสุด (Mean = 3.49, SD = 0.99) อยู่ในระดับปานกลาง

ความพึงพอใจของประชาชนเป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญในมิติที่ 3 โดยประเมินจากประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 430 คน ครอบคลุม 10 ประเด็น ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึง ความรวดเร็ว ความเป็นมิตรของบุคลากร ความชัดเจนในการให้ข้อมูล คุณภาพการดูแลรักษา ความต่อเนื่องในการดูแล ความเหมาะสมของเวลา การประสานงานระหว่างทีม การติดตามอาการ และความพึงพอใจโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (2005) ที่ระบุว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการให้บริการทั้งในมิติของกระบวนการและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของประชาชน (n=430)

ข้อ	รายการ	Mean	SD	แปลผล
1	ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	4.11	0.95	มาก
2	ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.13	0.95	มาก
3	ความเป็นมิตรของบุคลากร	4.21	0.83	มากที่สุด
4	ความชัดเจนในการให้ข้อมูล	4.05	0.88	มาก
5	คุณภาพการดูแลรักษา	4.18	0.86	มาก
6	ความต่อเนื่องในการดูแล	4.09	0.91	มาก
7	ความเหมาะสมของเวลาให้บริการ	3.97	0.93	มาก
8	การประสานงานระหว่างทีม 3 หมอ	3.88	0.98	มาก
9	การติดตามอาการหลังการรักษา	3.95	0.96	มาก
10	ความพึงพอใจโดยรวม	4.15	0.84	มาก
	ค่าเฉลี่ยรวม	**4.07**	**0.91**	**มาก**

จากตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07, SD = 0.91) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความเป็นมิตรของบุคลากร (Mean = 4.21, SD = 0.83) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือคุณภาพการดูแลรักษา (Mean = 4.18, SD = 0.86) และความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.15, SD = 0.84) ด้านการประสานงานระหว่างทีม 3 หมอมีคะแนนต่ำสุด (Mean = 3.88, SD = 0.98)

การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและความสัมพันธ์

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มบุคลากร

รายการ	หมอ 1 (n=372)		หมอ 2 (n=70)		หมอ 3 (n=18)		p-value	F
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ความเข้าใจ	3.98	0.79	3.85	0.79	4.03	0.74	0.268	1.318
การปฏิบัติงาน	4.01	0.78	3.76	0.81	4.21	0.49	0.026*	3.672

*p < 0.05

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในนโยบาย 3 หมอระหว่างกลุ่มบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยของหมอ 1 (Mean = 3.98, SD = 0.79) หมอ 2 (Mean = 3.85, SD = 0.79) และหมอ 3 (Mean = 4.03, SD = 0.74) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.268$) สำหรับด้านการปฏิบัติงานตามนโยบาย 3 หมอ พบว่าค่าเฉลี่ยของหมอ 1 (Mean = 4.01, SD = 0.78) หมอ 2 (Mean = 3.76, SD = 0.81) และหมอ 3 (Mean = 4.21, SD = 0.49) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ โดยหมอ 3 มีระดับการปฏิบัติงานสูงที่สุด รองลงมาคือหมอ 1 และหมอ 2 ตามลำดับ

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ผู้วิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในนโยบาย การปฏิบัติงานตามนโยบาย การได้รับทรัพยากรสนับสนุน การประสานงานในทีม และความพึงพอใจของประชาชน ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) ร่วมกับตัวแปรด้านการสื่อสารและทรัพยากรตามแนวคิดของ Van Meter and Van Horn (1975) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ (Pearson Correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้ความเข้าใจในนโยบาย	1.000				
2. การปฏิบัติงานตามนโยบาย	0.658*	1.000			
3. การได้รับทรัพยากรสนับสนุน	0.423*	0.541*	1.000		
4. การประสานงานในทีม	0.512*	0.623*	0.471*	1.000	
5. ความพึงพอใจของประชาชน	0.387*	0.495*	0.356*	0.582*	1.000

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 8 พบว่าตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.356-0.658 โดย ความรู้ความเข้าใจในนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามนโยบาย ($r = 0.658$) หมายความว่าบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในนโยบาย 3 หมอมากขึ้น จะมีระดับการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการประสานงานในทีม ($r = 0.512$) การได้รับทรัพยากรสนับสนุน ($r = 0.423$) และความพึงพอใจของประชาชน ($r = 0.387$) ตามลำดับ การปฏิบัติงานตามนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงกับการประสานงานในทีม ($r = 0.623$) และการได้รับทรัพยากรสนับสนุน ($r = 0.541$) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความพึงพอใจของประชาชน ($r = 0.495$) การได้รับทรัพยากรสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการประสานงานในทีม ($r = 0.471$) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่ำกับความพึงพอใจของประชาชน ($r = 0.356$) การประสานงานในทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงกับความพึงพอใจของประชาชน ($r = 0.582$)

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชน ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดให้ความพึงพอใจของประชาชนเป็นตัวแปรตาม และตัวแปรพยากรณ์ 5 ตัว ได้แก่ คุณภาพการให้บริการของหมอ 1 หมอ 2 หมอ 3 การประสานงานระหว่างทีม และการเข้าถึงบริการ ทั้งนี้เพื่อระบุน้ำหนักความสำคัญของแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบาย 3 หมอ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชน (Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	p-value
คุณภาพการให้บริการของหมอ 1	0.245	0.045	0.267	5.444	< 0.001*
คุณภาพการให้บริการของหมอ 2	0.189	0.052	0.195	3.635	< 0.001*
คุณภาพการให้บริการของหมอ 3	0.312	0.067	0.321	4.657	< 0.001*
การประสานงานระหว่างทีม	0.276	0.048	0.298	5.750	< 0.001*
การเข้าถึงบริการ	0.198	0.041	0.212	4.829	< 0.001*
ค่าคงที่ (Constant)	0.523	0.234	-	2.235	0.026

$R^2 = 0.687$, Adjusted $R^2 = 0.683$, $F = 186.42$, $p < 0.001$

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของประชาชนได้ร้อยละ 68.7 ($R^2 = 0.687$, Adjusted $R^2 = 0.683$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 186.42$, $p < 0.001$) และตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ เมื่อพิจารณาน้ำหนักของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว พบว่าคุณภาพการให้บริการของหมอ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของประชาชนสูงที่สุด (Beta = 0.321, t = 4.657, $p < 0.001$) รองลงมาคือการประสานงานระหว่างทีม (Beta = 0.298, t = 5.750, $p < 0.001$) การเข้าถึงบริการ (Beta = 0.212, t = 4.829, $p < 0.001$) คุณภาพการให้บริการของหมอ 1 (Beta = 0.267, t = 5.444, $p < 0.001$) และคุณภาพการให้บริการของหมอ 2 (Beta = 0.195, t = 3.635, $p < 0.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอในจังหวัดตราดอยู่ในระดับมากทั้งด้านความรู้ (Mean = 3.85 – 4.03) และการปฏิบัติงาน (Mean = 3.76 – 4.21) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tangcharoensathien et al. (2018) ที่พบว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยมีพื้นฐานมั่นคงจากการพัฒนาต่อเนื่อง ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.07) โดยเฉพาะด้านความเป็นมิตรของบุคลากร (Mean = 4.21) สะท้อนจุดแข็งด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับชุมชน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามกรอบ Donabedian พบว่ามิติโครงสร้างด้านบุคลากรมีความหลากหลาย (อสม. สูงวัย vs แพทย์รุ่นใหม่) ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการทำงานในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยอสม. มีจุดแข็งด้านประสบการณ์และความผูกพันกับชุมชน ขณะที่แพทย์มีจุดแข็งด้านความรู้ทางการแพทย์

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความเข้าใจในบทบาท ประสบการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างทีม สอดคล้องกับ Kowitt et al. (2015) ที่พบว่าความสำเร็จของอสม. เกิดจากการสนับสนุนจากภาครัฐ การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ และความไว้วางใจจากชุมชน ผลที่โดดเด่นที่สุดคือ คุณภาพบริการของหมอ 3 มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของประชาชนสูงสุด (Beta = 0.321) ซึ่งมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดสรรทรัพยากร เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวนจำกัด (เพียง 18 คนในจังหวัดตราด ดูแลประชากร 140,298 คน) แต่กลับเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจมากที่สุด ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะรู้จัก อสม. ดีที่สุด (Mean = 3.93) แต่เมื่อต้องการบริการทางการแพทย์ คุณภาพการรักษาจากแพทย์กลับเป็นปัจจัยชี้ขาด ซึ่งสอดคล้องกับ Sumriddetchkajorn et al. (2019) ที่ระบุว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องมีแพทย์ที่เพียงพอเพื่อสร้างความเชื่อมั่นของประชาชน นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างทีมมีอิทธิพลรองลงมา (Beta = 0.298) ซึ่งตอกย้ำความสำคัญของการทำงานเป็นทีมแบบไร้รอยต่อตามเจตนารมณ์ของนโยบาย

3. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาหลักคือภาระงานมากเกินไป (ร้อยละ 38.2-66.7) ซึ่งสอดคล้องกับ Khanthavudh et al. (2025) ที่พบว่าอสม. ต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะอสม. วัยสูงอายุ (อายุเฉลี่ย 56 ปี) ที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอสม. มีอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 44.6) สอดคล้องกับข้อมูลระดับชาติ การขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง (ร้อยละ 61.1) เป็นอุปสรรคสำคัญโดยเฉพาะสำหรับหมอ 3 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่มุ่งเน้นปัญหาค่าตอบแทน (พารินทร์ แก้วสวัสดิ์, 2565) แสดงให้เห็นว่าในยุคดิจิทัล การขาดระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกลายเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนวทางการพัฒนา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาตามกรอบ Donabedian พบว่าต้องเร่งดำเนินการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง จัดสรรบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอ ด้านกระบวนการ: พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์และทักษะดิจิทัล ด้านผลลัพธ์: สร้างตัวชี้วัดและกลไกติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และด้านการสื่อสาร: เพิ่มการสร้างการรับรู้นโยบายให้ประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับ Animashaun et al. (2025) ที่วิเคราะห์ว่าความสำเร็จของการปฏิรูปสุขภาพไทยเกิดจากการเตรียมความพร้อมด้านเทคนิค การสร้างพันธมิตรข้ามภาคส่วน และการใช้ประโยชน์จากโอกาสทางนโยบาย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ ประการแรก การศึกษาจำกัดเฉพาะพื้นที่จังหวัดตราด ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านภูมิศาสตร์ (พื้นที่เกาะ ชายฝั่ง) และประชากร (แรงงานต่างด้าว) การนำผลไปใช้กับจังหวัดอื่นควรพิจารณาความแตกต่างของบริบท ประการที่สอง การออกแบบแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Design) ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ และเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาเดียว ประการที่สาม ข้อมูลมา

จากการรายงานด้วยตนเอง (Self-report) ซึ่งอาจเกิดอคติจากความคาดหวังทางสังคม (Social Desirability Bias) โดยเฉพาะในกลุ่มอสม. ที่อาจรายงานผลการปฏิบัติงานสูงกว่าความเป็นจริง ประการที่สี่ ตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรตามในการวิเคราะห์ถดถอย (ตารางที่ 9) มาจากแบบสอบถามชุดเดียวกันของประชาชน ซึ่งอาจเกิด Common Method Bias ถึงแม้ค่า VIF จะอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ประการที่ห้า กลุ่มหมอ 3 มีจำนวนน้อย (n = 18) แม้จะเก็บจากเกือบทุกคนในจังหวัด แต่ขนาดตัวอย่างที่เล็กอาจมีผลต่อความมั่นคงของค่าสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างบุคลากร 460 คน และประชาชน 430 คน พบว่าประสิทธิผลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระดับความรู้ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่ม ($F = 1.318$, $p = .268$) แต่การปฏิบัติงานแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 3.672$, $p = .026$) โดยหมอ 3 สูงกว่าหมอ 2 (Tukey's HSD, $p = .019$) ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ($r = 0.658$) คุณภาพบริการหมอ 3 มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจสูงสุด (Beta = 0.321; $R^2 = 0.687$) ประชาชนมีการรับรู้ (Mean = 3.72) และความพึงพอใจ (Mean = 4.07) ในระดับมาก ปัญหาหลักคือ ภาระงาน การขาดทรัพยากร และการขาดระบบข้อมูลเชื่อมโยง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงระหว่างทีม 3 หมอ เพื่อลดภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน โดยเฉพาะแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายสำหรับอสม. สูงวัย

2) หน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรให้เหมาะสมกับภาระงาน โดยเฉพาะการเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่าคุณภาพบริการของแพทย์มีอิทธิพลสูงสุดต่อความพึงพอใจ

3) กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมทักษะดิจิทัลที่เหมาะสมกับ อสม. วัยสูงอายุ พร้อมจัดตั้งระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) และช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วระหว่างทีม 3 หมอ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอระหว่างจังหวัดที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เกาะ ชายแดน และเมือง

2) ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) ติดตามตัวชี้วัดสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

3) ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของอสม. โดยเฉพาะแรงจูงใจ ภาระงาน และสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). นโยบาย 3 หมอ คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. สืบค้นจาก https://prgroup.hss.moph.go.th/medias/article/1175

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ฑิณกร โนรี, ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, และสุภาณี หาญเผชิญ. (2565). การถอดบทเรียนการดำเนินนโยบายคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน ใน 4 จังหวัดของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ถวิล เลิกชัยภูมิ. (2567). ประสิทธิผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(1), 20-27.

พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2565). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2(2), 1-12.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดตราด ประจำปี 2566. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.

Animashaun, E., Hassan, K. A., Karbo, S., Aremu, O., Opare-Henaku, A., Obeng-Nti, F., & Agyepong, I. A. (2025). Thailand's universal health coverage reform as a policy process roadmap for countries pursuing bold health system change. Discover Public Health, 22, 669. https://doi.org/10.1186/s12982-025-01080-w

Chaitiang, N., Satyasomboon, T., & Tunsuchart, K. (2024). Primary health care system development according to Thailand's health policy. Public Health Policy and Laws Journal, 10(3), 655-666. https://doi.org/10.14456/journal_law.2024.52

Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage Learning.

Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. PLOS ONE, 20(3), e0320559. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559

Kowitt, S. D., Emmerling, D., Fisher, E. B., & Tanasugarn, C. (2015). Community health workers as agents of health promotion: Analyzing Thailand's village health volunteer program. Journal of Community Health, 40(4), 780-788. https://doi.org/10.1007/s10900-015-9999-y

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607-610.

Singweratham, N., Sriratanaban, J., Komwong, D., Maneechay, M., & Siewchaisakul, P. (2025). The lack of impact of primary care units on screening services in Thailand and the transition to local administrative organization policy. Healthcare, 13(5), 1884. https://doi.org/10.3390/healthcare13051884

Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. Bulletin of the World Health Organization, 97(6), 415-422. https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693

Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. The Lancet, 391(10126), 1205-1223. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3

Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. Administration & Society, 6(4), 445-488.

World Bank. (2021). Thailand public revenue and spending assessment: Promoting an inclusive and sustainable economy. World Bank.

World Health Organization. (2017). Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Thailand, abridged version. WHO Regional Office for South-East Asia. https://iris.who.int/handle/10665/341041

World Health Organization. (2018). Strengthening primary health care for universal health coverage. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.41

Yamane, T. (1973). Statistics: An introductory analysis (3rd ed.). Harper & Row.