

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของ จังหวัดอุดรธานี

Performance according to the policy of a team of 3 personal physicians in caring for vulnerable
groups of Uttaradit Province.

(Received: February 15,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

รณภพ เกตุทอง¹
Ronnaphop Ketthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ ทีมหมอบริการ จำนวน 180 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ ผู้รับบริการในคลินิกหมอบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบาง จำนวน 180 คน จัดเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2566 ด้วยแบบสอบถาม ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี (1) ด้านบริบท (Context) สามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนและดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล (2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) การจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ครอบคลุมและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย (3) ด้านกระบวนการ (Process) การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ (4) ด้านผลผลิต (Product) สามารถดำเนินงานตอบสนองและการสื่อสารความรู้ทางวิชาการ การเฝ้าระวังควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ นโยบาย/กลุ่มเป้าหมายชัดเจน การทำงานเป็นทีม/ความร่วมมือ การประสานงาน/บทบาทหน้าที่ ส่งผลให้ความพึงพอใจผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบางอยู่ในระดับมาก ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ภาระงาน/บุคลากรไม่เพียงพอ เทคโนโลยี/อินเทอร์เน็ต/มือถือ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาศักยภาพ/ทักษะทีมหมอบริการ

คำสำคัญ: การประเมินผล, ทีมหมอประจำตัว 3 คน, กลุ่มเปราะบาง, ความพึงพอใจ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research was action research. The objective is to study the results of operations according to the policy of a team of 3 personal doctors in caring for vulnerable groups in Uttaradit Province. The first sample group was a family doctor team, numbering 180 people. The second group sample group was 180 vulnerable family doctor clinic service recipients. Data were collected from October to November 2023 with a questionnaire on the effectiveness of operations according to the policy of a team of 3 personal doctors in caring for vulnerable groups. Satisfaction and quality of life of vulnerable service recipients Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation.

The research results found that effectiveness of operations according to the policy of a team of 3 personal doctors or a team of 3 doctors in caring for vulnerable groups in Uttaradit Province; (1) Context: able to respond to the needs and solve problems of the people and operate in areas with direct compliance with government policy (2) In terms of inputs, the organization of the referral system for patient care is comprehensive and uses technology to care for patient groups. (3) Process: home visits to give advice, screen, follow up, and provide basic care to patients Medical

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

treatment and counseling, coordination and referral for special treatment. (4) Product: able to respond and communicate academic knowledge, disease surveillance and control promote health. Factors for success include clear policies/target groups. Teamwork/Cooperation Coordination/Role as a result, the satisfaction of service recipients who are vulnerable groups is at a high level. Problems and obstacles include workload/inadequate personnel. Technology/Internet/Mobile Budget and equipment Developing the potential/skills of the family care team.

Keyword; Evaluation, team of 3 personal physicians, vulnerable groups, satisfaction, quality of life

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่มีเป้าหมายให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืน คือ การมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care team) ที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนในการร่วมกันทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการและประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹ เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล² ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คนหรือ 3 หมอ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในความสุขกาย สุขใจ สุขสามัคคีและปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ในวิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นรูปธรรมได้จริงจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดย 3 หมอหรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแล

ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุขและหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว เพื่อให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชนโดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ คัดกรองติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ อาทิ พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยดูแลประชาชน 1,250-2,500 คน และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน³

ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิตและใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้สร้างเศรษฐกิจของประเทศสู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็งประเทศไทย

แข็งแรง” ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้น 5 ประการ ประกอบด้วย (1) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยการเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย “3 หมอ” คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัวดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาและการส่งต่อ (2) ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรงโดยปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (3) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึงส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรงโดยครอบครัวและชุมชน บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายจิตใจและภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การป้องกันปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการดูแลระยะยาว (Long term care) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น แวนสายตา ผ้าอ้อม ฟันปลอม สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น (4) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกขยายสู่การเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลกต่อยอดทางเศรษฐกิจเพิ่มรายได้ของประชาชนและประเทศ (5) การนำข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชนและเพื่อประชาชนพัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชนที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาล เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่องและรัฐใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁴

จังหวัดอุดรดิตถ์ ดำเนินงานตอบสนองนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ โดยจัดกิจกรรม Kick off หมอเป็นของขวัญปีใหม่ ในปี 2564 คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน “ดูแลใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ภายใต้นโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ 9 อำเภอของจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนให้ครอบคลุมประชากรในความรับผิดชอบ การให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นประชาชนกลุ่มที่มีความเปราะบาง (Vulnerable group) ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) โดยนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชนมาเป็นแนวทางในดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ซึ่งผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ พบว่า มีข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือ 3 หมอ

ดังนั้น ผู้วิจัยศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายหมอประจำตัว 3 คนหรือ 3 หมอในการดูแลสุขภาพกลุ่มที่มีเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยกรอบแนวคิดของ CIPP model เป็นแนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลสุขภาพเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลสุขภาพเปราะบาง

คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเปราะบางต่อการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว 3 คน หรือ 3 หมอในการดูแลประชาชนกลุ่มที่มีเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผลด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ของการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้บริหาร ภาควิชา และผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอมือครบถ้วนใน 9 อำเภอของจังหวัดอุดรธานี จำนวน 171 คน ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ(สอ.) (2) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน (3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอมือครบถ้วนระดับอำเภอในสาขาวิชาชีพ (4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอมือครบถ้วนระดับตำบล (5) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอมือครบถ้วนระดับชุมชน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอมือครบถ้วน ในจังหวัดอุดรธานีมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีประสบการณ์ดูแลกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สัมภาษณ์เข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี ซึ่งบูรณาการตามแนวคิดทีมหมอมือครบถ้วน¹

2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอมือครบถ้วน 3 คน หรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอมือประจำตัว 3 คน และหน่วยงานที่สังกัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว จำนวน 63 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต) ลักษณะข้อความเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอมือครบถ้วนในการดูแลผู้กลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index - CVI) เท่ากับ .72 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)⁶ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว 3 ระดับ⁷ ได้แก่ มาก (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 3.66) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายหมอมือประจำตัว วิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย กลุ่มเปราะบางหรือญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มเปราะบางที่เป้าหมายของทีมหมอมือครบถ้วน 5 กลุ่ม จำนวน 180 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้อง

ได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระดับประคองหรือญาติผู้ดูแลเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยรุนแรงในระหว่างวิจัย ย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่นอกพื้นที่วิจัย ระหว่างการวิจัยและไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการทำงานวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล หน่วยงานที่ให้บริการดูแล และบุคลากรที่ให้บริการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ 16 ข้อผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ⁸ ลักษณะข้อความแบบมาตราประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจน้อย (2) และพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1) วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)⁶ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอัตราก้าวขึ้น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ มาก (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก

(WHOQOL-BREF-THAI)⁹ 20 ข้อ ลักษณะข้อความแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁷ คือ คุณภาพชีวิตที่ดี (3.67-5.00 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (2.37-3.67 คะแนน) คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบางและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบาง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน 45 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยินดีเข้าร่วมโครงการ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเข้าถึงในระยะเวลาและงบประมาณ

2. เครื่องมือการวิจัย เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย (1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (2) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว (3) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ (4)

ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาการดำเนินงานนโยบายทีมหมอบรรเทา ครอบคลุม ตรวจสอบสวนความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาแก้ไขและปรับปรุงก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตีความ (interpretation) ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์โดยตัดข้อมูลที่ไม่ต้องการออกไปจากนั้นทำการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive) เพื่ออธิบายสถานการณ์ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)¹⁰ ในการอธิบายปรากฏการณ์การในการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอหรือหมอบรรเทาในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับความเห็นชอบและอนุมัติดำเนินการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UPOH REC 055/2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่การเริ่มต้นของกระบวนการเก็บข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทา 3 คนหรือทีม 3 หมอ

ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

องค์ประกอบการประเมิน	$\bar{x}$	SD.	ระดับประสิทธิผล
ด้านบริบท (Context)	4.30	.60	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.64	.67	ปานกลาง
ด้านกระบวนการ (Process)	4.04	.65	มาก
ด้านผลผลิต (Product)	3.91	.71	มาก
โดยรวม	3.98	.60	มาก

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทา 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

1. กลุ่มผู้ให้บริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทา 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

1.1 ทีมหมอบรรเทา 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.44 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 25.00 รองลงมา คือ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 22.78 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 21.67 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 54.44 รองลงมา คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 25.00 ประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ ระยะเวลา 21-30 ปี ร้อยละ 30.56 บทบาทหน้าที่ในทีมหมอบรรเทา 3 คน เป็นหมอบรรเทาคนที่ 2 (สหวิชาชีพ) ร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ หมอบรรเทาคนที่ 1 (อสม.) ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ

1.2 ผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทา 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ระดับมาก ได้แก่ ด้านบริบท (Context) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ตามลำดับ ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) (ตารางที่ 1)

2. กลุ่มผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบาง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ประเภทกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.78 รองลงมา คือ กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ร้อยละ 32.33 และกลุ่มผู้พิการ ร้อยละ 13.33 สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยสิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 86.67 ข้าราชการ ร้อยละ 13.33 หน่วยบริการที่ให้การดูแลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ร้อยละ 77.78 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 22.22 ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 30.50 รองลงมา คือ แพทย์ ร้อยละ 26.60 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 21.63 และนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 13.12 ตามลำดับ

2.2 ความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คน จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.2 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าระดับมาก ได้แก่ ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอครอบครัว ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คน จังหวัดอุดรดิตถ์

ความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คน	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอครอบครัว	0	0.0	28	15.6	152	84.4
ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดค่าใช้จ่าย	0	0.0	22	12.2	158	87.8
ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ	0	0.0	32	17.8	148	82.2
ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล	0	0.0	22	12.2	158	87.8
โดยรวม	0	0.0	32	17.8	158	82.2

2.3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์ตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คน จังหวัดอุดรดิตถ์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อย

ละ 64.6 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 35.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์ ต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบายที่มอบประจำตัว 3 คน จังหวัดอุดรดิตถ์

คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	116	64.6
คุณภาพชีวิตปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	64	35.4
โดยรวม	180	100.0

การวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการ

ดำเนินงานตามนโยบายที่มอบครอบครัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง จังหวัดอุดรดิตถ์

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

1.1 ด้านบริบท (Context) ได้แก่ การมีภาวะผู้นำ การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการ และระบบส่งต่อที่มีคุณภาพการดำเนินงาน นโยบายทีมหมอรอบครัว 3 คนหรือทีม 3 หมอมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเปราะบางที่มีการดำเนินการร่วมกันในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง การแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายในและหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่ายในการดูแล อาทิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำแต่ละภาคส่วนในพื้นที่ แต่ควรชี้แจงแนวทางที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์และข้อจำกัดในการดำเนินงานให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นทั้งภายในทีมหมอรอบครัว 3 คน และทีมภายนอกที่เกี่ยวข้องกันในการดูแลกลุ่มเปราะบางให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยเน้นการประสานการทำงาน“ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การดำเนินงานของทีมหมอรอบครัว 3 คน การรับรู้และน่านโยบายสู่การปฏิบัติตามแนวทางและการดำเนินงานตามนโยบายที่สามารถน่านโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมการจัดสรรสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนกำหนดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยขั้นตอนในการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานถือว่าเป็นจุดแข็งอย่างหนึ่ง

ของจังหวัดอุดรธานีในการดำเนินงานร่วมกัน สำหรับข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีและการดำเนินการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม เช่น ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลและการให้คำปรึกษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยกำหนดเป้าหมายในการการจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน

1.3 ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การวางแผนดำเนินงานตามนโยบายโดยแต่งตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ ดูแลการดำเนินงานนโยบายหมอรอบครัว 3 คนและดำเนินงานตามนโยบายโดยกำหนด เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่และพื้นที่ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ของหมอรอบครัว 3 คน การร่วมประชุมทีมหมอรอบครัว 3 คนในเครือข่ายเพื่อวางแผนดูแลกลุ่มเป้าหมาย ช่องทางการติดต่อประสานงานในการดูแลกลุ่มเป้าหมายและถ่ายทอดความรู้และข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายร่วมกันของทีมหมอรอบครัว 3 คนและการรักษาอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น สำหรับกระบวนการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลยังต้องพัฒนาต่อเนื่องจากกิจกรรมในบางส่วนยังไม่มีรายงานเพื่อสรุปและรายงานผลอย่างต่อเนื่อง

1.4 ด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ การรับรู้แนวทางการดำเนินงานตามนโยบายอย่างเหมาะสม อาสาสมัครดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ หมอสาธารณสุขดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบและให้คำปรึกษา การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ

2. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอรอบครัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี

2.1 ด้านบริบท (Context) พบว่า การดำเนินงานตามนโยบายหมอรอบครัว 3 คน ของจังหวัดอุดรธานี ยังพบข้อด้อยในการดำเนินงานในบางพื้นที่ อาทิ การทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลกลุ่มเปราะบางเนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว การต้องไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ บริบทของบางพื้นที่ที่มีห่างไกล ความยุ่งยากด้านเทคโนโลยีและระบบการสื่อสาร รวมทั้ง ความครอบคลุมของสัญญาณอินเทอร์เน็ต

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า การสนับสนุนงบประมาณจากแม่ข่ายเป็นไปอย่างจำกัดเนื่องจากสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลแม่ข่าย และการสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่าย เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณทำให้ไม่สามารถสนับสนุนได้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายในการจัดกิจกรรมในการดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง หมอครอบครัวคนที่ 1 (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัยจึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองการดำเนินงานที่ปรับเปลี่ยนไปตลอดเวลา และหมอครอบครัวคนที่ 3 หมอเวชปฏิบัติครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนและโยกย้าย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนแต่ละครอบครัวในพื้นที่รู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวของตนเองควรปรับปรุงกระบวนการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย การถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อเกิดการร่วมมือกันในการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง การรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรและภาระงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากร การสนับสนุนและกำกับการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า หมอประจำตัว 3 คน ควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแม่ข่ายและจากเครือข่ายในพื้นที่เพิ่มเติมและเหมาะสมกับการดำเนินงานแต่ละพื้นที่และการใช้เทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงาน เช่น การเก็บข้อมูล

ผ่าน smart phone การใช้ไลน์ Application การการดูแลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดภาระงานของทีมหมอครอบครัว

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์ มีแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ของจังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย (1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว เช่น การจัดสรรบุคลากรให้พอเพียง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพและทักษะการทำงานที่จำเป็นให้ทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (2) การพัฒนาศักยภาพสถานบริการโดยการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายในภาพรวมของจังหวัด เช่น การพัฒนาศักยภาพการจัดบริการที่สำคัญในโรงพยาบาลแม่ข่ายและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน (3) การพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพ เช่น การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการส่งต่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าเป็นภาระและควรพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้จริงในทุกพื้นที่ (4) การพัฒนาศักยภาพและทักษะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ (5) การประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ประชาชนได้เข้าถึงทีมหมอครอบครัวของตนเองและสร้างการรับรู้แนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว 3 คนอย่างถูกต้องเหมาะสม

อภิปรายผล

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยประยุกต์ได้ใช้กรอบโมเดล CIPP⁵ ผลการวิจัยนี้ พบว่า ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต อยู่ในระดับมาก แต่ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์¹¹ ที่พบว่า การประเมินผลการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก แต่ด้านผลผลิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับความคาดหวังของทีมหมอครอบครัวที่อยากให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่ เนื่องจากการดูแลในคลินิกหมอครอบครัวที่รับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและหลากหลายขึ้นต้องการการดูแลที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานความเชี่ยวชาญเฉพาะ และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก็ต้องการการดูแลเฉพาะปัญหาตามความเชี่ยวชาญของวิชาชีพต่างๆ ซึ่งตรงกับแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ พ.ศ. 2559¹ ทั้งนี้ จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมที่สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนให้ครอบคลุมประชากรในความรับผิดชอบ การให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นประชาชนกลุ่มที่มีความเปราะบาง (Vulnerable group) ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ของโดยนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือ

ทีม 3 หมอ ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชนมาเป็นแนวทางในดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ รวมทั้ง โดยพบว่าในระยะแรกของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ พบข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จึงจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในทุกด้านให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 กำหนดแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิตและใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้สร้างเศรษฐกิจของประเทศสู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง” ซึ่งจะเห็นได้จากการที่มีทีมหมอ ครอบครัวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่ม ผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทีมหมอครอบครัวจึง สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน อาทิ การตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนและดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล การปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมรักษาในโรคซับซ้อน ยุ่งยาก นอกจากนี้ การจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม ครอบคลุมตามเกณฑ์เป้าหมาย การดำเนินงานและการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม การบันทึกข้อมูลการให้บริการกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบและการดำเนินงานนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่รับรู้แนวทางเป็นอย่างดี การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นตามคำแนะนำของแพทย์ที่มอบหมายการรักษาดูแลให้

คำปรึกษา ประสานและส่งเสริมการรักษาศิษย์ รวมทั้งบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ ส่งผลให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบ การให้คำปรึกษา การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านและการส่งต่อที่ตอบสนองแนวทางนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการสื่อสารความรู้ทางวิชาการในการเฝ้าระวังควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ¹² ที่กล่าวว่า นโยบายสามหมอบไม่ได้เอาวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งมาเป็นตัวตั้งแต่กำหนดว่าทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ว่าจะวิชาชีพอะไรทุกคนเป็นหมอบคนที่ 2 เหมือนกันหมด เพื่อประโยชน์ของประชาชนและให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงการรับบริการสุขภาพจากหมอบคนที่ 2 ได้โดยไร้รอยต่อของวิชาชีพ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ Telemedicine ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนงบประมาณจากแม่ข่ายอย่างดี จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนไม่สอดคล้องกับประชากร ซึ่งการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอบให้บรรลุเป้าหมาย “รู้จัก รู้ใจ เข้าถึง และพึงได้” ควรดำเนินงานอย่างจริงจังไปพร้อมกับการพัฒนาในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นโยบาย 3 หมอบให้บรรลุตามวัตถุประสงค์โดยการบูรณาการนโยบายระดับกระทรวง และการเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว¹³

ความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบประจำตัว 3 คน จังหวัดอุดรธานี โดยรวม ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอบครอบครัว ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ ด้านความพึงพอใจตนเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานีตามนโยบายทีมหมอบประจำตัว 3

คน จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 64.6 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 35.4 สอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า การจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วม ตลอดจนกำหนดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ขั้นตอนในการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานถือว่าเป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งของจังหวัดอุดรธานีในการดำเนินงานร่วมกัน สำหรับข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีและการดำเนินการการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม เช่น การบริการรักษาพยาบาลและการให้คำปรึกษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยกำหนดเป้าหมายในการจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษาติดตามเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะ เทพปวยงค์¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องการดูแลและเฝ้าระวังมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอบครอบครัวในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างทีม 3 หมอบ พัฒนาการดำเนินงานทีม หมอบครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติงานและแผนงานที่เกี่ยวข้อง กับทีมหมอบครอบครัวในระดับกระทรวง ได้สื่อสารถึงพื้นที่และอำนวยความสะดวกให้กับพื้นที่ เพื่อความถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรให้กับทีมหมอบครอบครัวในระดับพื้นที่ รวมทั้งยานพาหนะที่ใช้ในการรับส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกลพื้นที่ทุรกันดาร

2. ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายใหม่ เพื่อร่วมดำเนินงานทีมหมอบครอบครัว โดยการค้นหาต้นทุนทางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อ

นำมาช่วยในการขับเคลื่อน กิจกรรมการดูแลสุขภาพ
ประชาชนและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อิตยงวัน ยงย่วน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำปรึกษา

วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นกมล เลื่อนนักรบ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่ให้
คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และและทีม
หมอครอบครัวจังหวัดอุดรธานี ตลอดจนทีมวิจัยที่มี
ส่วนร่วมทำให้การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วย
บริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2559.
2. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก กับ การขับเคลื่อนนโยบายหมอ 3 คน. [อินเทอร์เน็ต].
2563. [สืบค้นเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: <https://hrdo.org>
3. กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2565] เข้าถึงจาก:
http://bps.moph.go.th/new_bps/node/63
4. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster: แนวทางการ
ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป.. [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2566]. เข้าถึงจาก:
http://bps.moph.go.th/new_bps/node/86.
5. Stufflebeam, Daniel L. "Education Evaluation and Decision Making" in Education Evaluation : Theory and Practice.
New York: Harcourt, Brace and World Nic. 1973.
6. Cronbach, L. J. Essentials of psychology and education. New York, NY: McGraw-Hill. 1984.
7. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การสร้างมาตรวัดสำหรับการวิจัยที่ถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. กรุงเทพฯ: สามลดา. 2558.
8. สมยศ ศรีจารนัย, พิษณุภัสสร วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ , อรรถรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา และสมใจ นกดีวิชัย. การประเมินผลการ
ดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2558.
9. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. รายงานการวิจัย.
เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
10. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. กรุงเทพฯ: สามลดา. 2556.
11. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,
2563; 14(1); 230-240.
12. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Long Term Care การดูแลระยะยาว เพื่อพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย.
นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2563.
13. ชินกร โนรี. กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต: บทเรียนจากการระบาด COVID-19 การประชุม วิชาการ
30 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข7กรกฎาคม 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก;
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5659>
14. ปิยะ เทพปियวงศ์. แนวทางการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว
อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุขศึกษา, 2558; 38(130), 1-15.