

การประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่มการดูแลทางการแพทย์ครอบครัว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ศักดา เมืองคำ

หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10170

กมลพร กัลยาณมิตร

คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10170

ติดต่อผู้เขียนบทความที่ ศักดา เมืองคำ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

กรุงเทพมหานคร 10170

E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

วันที่รับบทความ: 30 มีนาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ: 21 พฤษภาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ: 31 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการ ระบุปัจจัยที่มีผลต่อผลการบริหารจัดการ และเสนอแนะการปรับปรุงการบริหารจัดการนโยบายที่มการดูแลครอบครัว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร **วิธีการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีการสุ่มพื้นที่กลุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น ใช้วิธีการจับฉลาก เพื่อให้ได้เขตสุขภาพ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 174 ราย และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 10 ราย การวิเคราะห์โดยตัวแบบ บริบท-ปัจจัยนำเข้า-กระบวนการ-ผลลัพธ์ (CIPP) และ สถิติภาคบรรยาย **ผลการวิจัย** พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักทีมหมอ ทั้งที่มีประสบการณ์รับบริการจากทีมหมอครอบครัว มีเบอร์โทรศัพท์ทีมหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการโทรศัพท์ปรึกษาทีมหมอครอบครัว เมื่อได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัวโดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ส่วนทีมงานหมอครอบครัวมีองค์ประกอบหลักเป็นแพทย์มากที่สุด การบริหารจัดการนโยบายที่มการแพทย์ครอบครัวมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิภาพ ได้แก่ การดูแลรักษา, การสร้างเสริมสุขภาพ, การดูแลและเป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วย, สุขภาพประจำการ จัดทำข้อมูลสถานะครอบครัว, การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง, ให้คำปรึกษาแนะนำและสุดท้ายการดูแลในกรณีส่งต่อ **สรุป** การบริหารจัดการนโยบายที่มการแพทย์ครอบครัวมีประสิทธิภาพ จึงควรเน้นเรื่อง การดูแลรักษา การเสริมสร้างสุขภาพ การจัดทำข้อมูลสุขภาพ การศึกษาทางด้านสุขภาพ การให้บริการด้านสุขภาพ และการช่วยนำส่งโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ทีมหมอครอบครัว การบริหารจัดการการแพทย์ครอบครัว การประเมินผล

The Evaluation of the Family Care Team Policy Management in Bangkok Metropolitan Areas

Sakda Muangkham

Doctor of Public Administration Programme, Bangkok Thonburi University, Bangkok 10170

E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

Kamonporn Kallayanamitr

Doctor of Public Administration Programme, Bangkok Thonburi University, Bangkok 10170

Correspondence concerning this article should be addressed to **Sakda Muangkham**, Doctor of Public Administration Programme, Bangkok Thonburi University, Bangkok 10170
E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

Received date: March 30, 2018 Revised date: May 21, 2020 Accepted date: May 31, 2020

ABSTRACT

PURPOSES: The objectives of this study were to evaluate, identify factors affecting, and offer recommendations for the improvement of the effectiveness of Care Team Family Policy Management in Bangkok Metropolitan Areas. **METHODS:** The study employed a mixed research method. Multi-stage cluster and simple random sampling techniques were used for the selection of cluster areas and purposive sampling technique for 174 families for quantitative research, and 10 key informants were purposively selected for qualitative research. The Context-Input-Process-Product (CIPP) model and descriptive statistical analysis were employed. **RESULTS:** The data analysis revealed that most families did not know family doctors despite the fact that they used to receive medical services from them. The majority of the patients had telephone numbers of family doctors but never called them for medical advices. However, most patients were highly satisfied with the services delivered by the family doctors. The management of family care team policy was effective and satisfactory. Factors affecting effectiveness include health care and cure by doctors, health care practices by patients, family health data base, health education, provision of health advices, and help in delivery to a hospital. **CONCLUSIONS:** For enhancing health care team management effectiveness, policies should emphasize health care and cure by doctors, health care practices by patients, family health data base, health education, provision of health services, and help in delivery to a hospital.

Keywords: Family care doctors, family care management, evaluation

บทนำ

นโยบายรัฐบาลในการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ถือเป็นยุทธศาสตร์การทำงานสมัยใหม่ ช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครอื่น ๆ และองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ ให้มีการช่วยเหลือกันในการดูแลประชาชน ทำให้งานสาธารณสุขในชุมชนและอำเภอเข้มแข็ง เป็นด้านหน้าของการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และสร้างความพร้อมในการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุที่ควรเน้นไปที่การดูแลในชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังจะเห็นได้จากผลงานวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 พบว่า การพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุไทยมาจาก 4 สาเหตุใหญ่ คือ อัมพฤกษ์อัมพาต สมอเสื่อม โรคเรื้อรัง และ ชราภาพ การดูแลส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงราว 3 ใน 4 ต้องทำงานด้วยราว 1 ใน 9 ต้องดูแลมากกว่า 1 คน ผู้ดูแลบางคนจำต้องลาออกจากงาน รายได้จึงลดลง ขณะที่รายจ่ายเพิ่ม เกิดความเครียดและปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัวตามมา การดูแลส่วนใหญ่ทำได้เพียงการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อย จึงมั่นใจว่า การบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทีมหมอครอบครัวสร้างหลักประกันคุณภาพของการดูแลที่บ้าน

เดิมเต็มช่องว่างของระบบบริการในชุมชน และเพิ่มความอุ่นใจแก่ผู้ดูแลเพราะมีที่ปรึกษาตลอดเวลา และจากการศึกษาแนวการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวของ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ของเทพปิยะวงศ์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของทีมหมอครอบครัวที่ไปเยี่ยมหรือไปตรวจสุขภาพที่บ้าน และต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอหรือการติดตามทางการสื่อสารต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว กระจายครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั่วไทย พร้อมให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน และสามารถส่งต่อผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา มีเป้าหมายให้ทุกครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพดี ได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ มีระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพและดูแลกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ (สำนักงานบริหารสาธารณสุข, 2558) โดยมุ่งตอบวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ 1) คาดประมาณ % ครัวเรือนที่มีประสบการณ์อันพึงประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอ

ครอบครัว” 2) การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัด EQ5D-5L) ของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) เพื่อสังเคราะห์แบบแผน (Patterns) การทำงานของทีมหน่วยบริการจากตำบลถึงอำเภอ ในการตอบสนองความต้องการของครัวเรือน ตลอดจนที่มาของแบบแผนต่าง ๆ ในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติ และ 4) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ, 2558) โดยการดูแลและให้คำปรึกษาเสมือนหนึ่งเพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัว มีส่วนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติทั้งการรักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่อง ทันทั่วถึง รวมถึงประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับ ร่วมกับส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา

อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ตามแนวคิดที่เป็นการทำงานร่วมกันของหลายฝ่ายทั้งในส่วนของสาธารณสุข ชุมชน ท้องถิ่น ซึ่งอาจมีความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีเพียงการศึกษาประเมินผล การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวในต่างจังหวัด แต่ยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งที่พื้นที่กรุงเทพมหานครก็มีการนำนโยบายทีมหมอ

ครอบครัวสู่การปฏิบัติเช่นเดียวกับต่างจังหวัด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เริ่มนำนโยบายโครงการทีมหมอครอบครัวมาสู่การปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 จนถึงปัจจุบัน มีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย เข้าร่วมโครงการจำนวน 18 แห่ง และคลินิกภาคเอกชน จำนวน 95 แห่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองให้บริการดูแลประชาชนแบบเชิงรุกในชุมชน สนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมหมอครอบครัว ที่ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้าน และโรงพยาบาล รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาชน โดยมีกิจกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวดังนี้ 1) บริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน จัดทำแฟ้มครอบครัว (Family folder) และทำแผนการให้บริการเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล 2) จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่หมอครอบครัว 3) ดำเนินการ/บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ ให้

คำปรึกษาด้านสุขภาพ ด้านสิทธิการรักษาทาง
โทรศัพท์ และในหน่วยบริการ การดูแล
สุขภาพที่บ้าน เยี่ยมบ้าน (Home visit) การ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ตาม
มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้น 3
กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดเตียง
ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการ
ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative
care) ประสานเรื่องสิทธิการรักษา ประสาน
การส่งต่อส่งกลับจากโรงพยาบาล (4) ติด
สัญลักษณ์ Family care team ที่ด้านหน้า
หน่วยบริการให้มองเห็นเด่นชัด ระบุชื่อ
บุคลากรทางการแพทย์ ทีมหมอบรรลุ
หมายเลขโทรศัพท์ มีการให้การปรึกษาทาง
โทรศัพท์ การเยี่ยมติดตามที่บ้าน และส่งต่อ
รับเข้า การรักษาที่โรงพยาบาล และจัดทำ

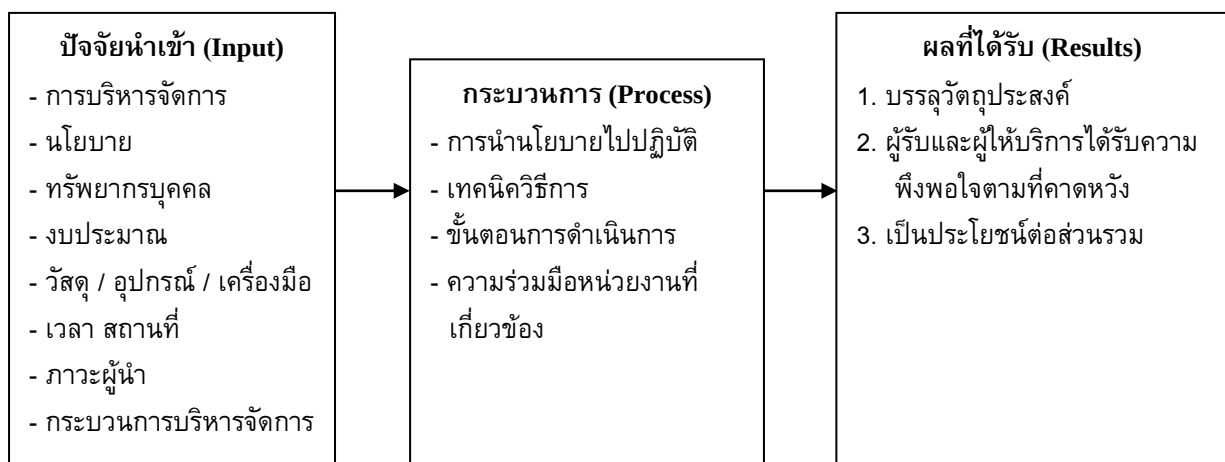
แผนการให้บริการ มีระบบการบันทึกการ
ให้บริการ แต่ความซับซ้อนของพื้นที่ บริบท
ของสังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่มีความ
แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการ
นโยบาย ทีม หมอ ครอบครัว ในพื้นที่
กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อการบริหาร
จัดการนโยบาย ทีม หมอ ครอบครัว ในพื้นที่
กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อกำหนดข้อเสนอแนะในการ
ปรับปรุงการบริหารจัดการนโยบาย ทีม หมอ
ครอบครัว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวความคิดในการประเมินผล

บริบท (Context)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่มหมอครอบคลุมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการนโยบายที่มหมอครอบคลุมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่มหมอครอบคลุมในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

แนวความคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

มีผู้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะไว้มากมาย ดังต่อไปนี้ Anderson (1975) ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การกระทำบางอย่างที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาหรือเกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยจะมีการนำไปปฏิบัติโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่าง ๆ Lineberry (1983) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การกระทำต่างๆ ของรัฐบาลเพื่อตอบสนองต่อประเด็นทางการเมืองบางประการ ส่วน Dye (1998) ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่าเป็น สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ

ความหมายของการประเมินผลนโยบายสาธารณะ

Thomas R. Dye (อ้างถึงใน Nhimpanich, 2549) ให้ความหมายว่าการ

ประเมินผลนโยบายสาธารณะ หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายสาธารณะ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการประมาณการณ์การเปรียบเทียบผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การประเมินนโยบาย คือ ขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการนโยบาย ซึ่งจะให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบายหรือผลการดำเนินการตามนโยบายว่า ตอบสนองความต้องการหรือมีคุณค่าหรือไม่เพียงใด

การประเมินผลนโยบายสาธารณะเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายสาธารณะเริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวิเคราะห์นโยบาย การปฏิบัติตามนโยบาย และการประเมินผลกระทบหรือผลที่เกิดขึ้น เพื่อแสวงหาคำตอบสำหรับคำถามที่ว่า นโยบาย/แผนงาน/โครงการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้แต่ต้นหรือไม่และระดับใด และการวัดต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการและเหตุผลและนำข้อมูลที่ได้มานั้นเพื่อทำการสรุปผล

ตัวแบบการประเมินผล

ตัวแบบการประเมินผลแบบรวบยอดที่สำคัญ ได้แก่ ตัวแบบ CIPP (Context-Input-Process-Product Model) ของ Stufflebeam (1971) ตัวแบบนี้ ประกอบด้วย

- การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context evaluation: C) เป็นการ

ประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ

- การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (Input evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึง ความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ

- การประเมินกระบวนการ (Process evaluation: P) เป็นการประเมินระหว่าง การดำเนินงานโครงการ เพื่อสำรวจข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการ ช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- การประเมินผลผลิต (Product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ และการประเมินผล เรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบายและความพึงพอใจของผลที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของทีมหมอบรรเทาทุกข์ ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานพยาบาล ทีมหมอบรรเทาทุกข์ ผู้รับบริการ

และผู้ดูแล ในพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้งหมด 4 เขต ได้แก่ เขตจอมทอง เขตบางขุนเทียน เขตลาดพร้าว และเขตดอนเมือง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมหมอบรรเทาทุกข์ แห่งละ 1 ท่าน จากศูนย์บริการสาธารณสุข 29, ศูนย์บริการสาธารณสุข 60, ศูนย์บริการสาธารณสุข 66, โรงพยาบาลบางขุนเทียน 1, เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขา 5, เสนานิเวศคลินิกเวชกรรม, เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขา 3, เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขา 4, ภาวนาคลินิกเวชกรรม, และเปรมประชาคลินิกเวชกรรม รวมจำนวน 10 ราย

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การสุ่มพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสุ่มพื้นที่กลุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi-stage cluster sampling) ได้แก่ เขตจอมทอง เขตบางขุนเทียน เขตลาดพร้าว และเขตดอนเมือง และใช้วิธีการจับฉลาก (Draw slots) เพื่อให้ได้เขตสุขภาพ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แล้วดำเนินการตามประเภทการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร/บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในทีมหมอบรรเทาทุกข์ กลุ่ม

ผู้รับบริการ และกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน ไม่คงที่ และมีการปรับตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการกำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power analysis) ของ Polit and Beck (2004) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .30 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย โดยกำหนดให้มีประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติในทีมหมอครอบครัวจำนวน 87 ราย และผู้ปฏิบัติในทีมหมอครอบครัวจำนวน 87 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม มีลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุดถึงระดับน้อยที่สุด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามรายข้อ (ICVI: Item level

CVI) และหาความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (SCVI: Scale level CVI) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินหลักการบริหารของผู้บริหาร แบบสอบถามภาวะผู้นำ แบบสอบถามประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแบบสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการ ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้ Cronbrach's alpha coefficient ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.92, 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method research) ระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณ แบบตัดขวางและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Qualitative content analysis) พรรณนารายละเอียด ดีความ หาความหมาย อธิบายความ สัมเคราะห์ข้อมูลที่ได้เทียบเคียงกับบริบทการวิจัย และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย แล้วนำเสนอประเด็นความเห็น และสรุปสาระสำคัญของการ

ประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่หมอครอบครัว

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การบริหารจัดการนโยบายเป็นการนำนโยบายไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในแต่ละพื้นที่ มีการคัดเลือกพื้นที่ที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน จำนวนทรัพยากรทั้งทางด้านคน เงินและสิ่งของเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินงาน ทิศทางการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน จึงต้องใช้ความสามารถในการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ คนทำงานต้องมีความพร้อมเสียสละ มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ มีทัศนคติด้านบวก จึงจะทำให้งานมีประสิทธิภาพ ศักยภาพ ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ รวมถึงระยะเวลาทำงานในพื้นที่ สาธารณสุขมีผลด้านบวกต่อการทำงานสร้างภาคีความร่วมมือ ในเขตกรุงเทพมหานครก็ยังคงประสบปัญหาในด้านการขาดแคลนบุคลากร ปัญหาการเข้าออกของบุคลากรทำให้เกิดปัญหาศักยภาพในการทำงานเชิงรุก ยังพบกับปัญหาความเข้าถึงยากในการให้บริการเชิงรุกในบางสถานที่ อาทิ ค่ายทหาร คอนโดย หมู่บ้านจัดสรร เป็นต้น ทำให้การทำงานของหมอครอบครัวค่อนข้างลำบาก ต่างจาก

พื้นที่ในต่างจังหวัด แต่ในงานการเยี่ยมบ้านก็ยังคงปฏิบัติอยู่ เมื่อมีหมอครอบครัวทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานง่ายขึ้นเช่นกัน โดยศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละเขตพื้นที่จะเป็นผู้คอยควบคุมดูแล และมีคลินิกครอบครัวอบอุ่นช่วยให้บริการในระดับปฐมภูมิและส่วนใหญ่ไปเยี่ยมบ้านเป็นทีมเรียกว่าทีมหมอครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ร้อยละ 77.70 ยังไม่รู้จักทีมหมอครอบครัว อาจเป็นเพราะการขาดการประชาสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 มีประสบการณ์ในการรับบริการจากทีมหมอครอบครัว นอกจากนี้ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ร้อยละ 56.20 มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกับทีมหมอครอบครัวแต่ไม่ค่อยมีการติดต่อขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัว ซึ่งเกิดจากการจัดการภายในทีมหมอครอบครัวในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ รวมทั้งความร่วมมือของหน่วยงาน อีกทั้งงบประมาณด้านการเงินเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงาน ในขณะที่นโยบายทีมหมอครอบครัวไม่เน้นการสนับสนุนงบประมาณโดยตรงแต่เน้นการบูรณาการงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารพบว่าค่าใช้จ่ายในการทำงานของทีมหมอครอบครัวยังกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานในทุกด้านซึ่งพื้นที่บางแห่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมาก เพื่อให้เข้าถึงผู้รับบริการได้อย่างสะดวกและปลอดภัยมากขึ้น

การดำเนินการตามนโยบายที่มหมอ
ครอบครัวเป็นมิติใหม่ของการบริการด้าน
สุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการทำงานที่เข้าหา
ประชาชนโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็น
ผู้อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการอบรมจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลงพื้นที่ให้คำแนะนำ
และให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งในยาม
ปกติและยามฉุกเฉินให้ประชาชนสามารถ
เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างง่ายขึ้น ใน
พื้นที่กรุงเทพมหานครสร้างกลไกการทำงาน
อย่างชัดเจน มีศูนย์สาธารณสุขแต่ละเขตเป็น
ผู้ประสานงาน สร้างเครือข่ายกับผู้นำชุมชน
ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย มีการกระจายงาน

ให้แก่คลินิกครอบครัวอบอุ่น ให้บริการแบบ
รอบด้าน ตอบสนองความต้องการของชุมชน
สร้างความผูกพันและทำให้เกิดความเชื่อมั่น
ศรัทธาต่อทีมสาธารณสุข

การวิจัยเชิงปริมาณ

จากการวิจัยเชิงปริมาณเป็นข้อมูล
เกี่ยวกับลักษณะผู้นำและการประยุกต์
หลักการบริหารจัดการในการบริหารงานทีม
แพทย์ครอบครัวในพื้นที่ และความพึงพอใจใน
การบริหารทีมดูแลทางการแพทย์ของ
ครอบครัว

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนภาวะผู้นำของผู้บริหารโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ภาวะผู้นำโดยรวม	3.76	.600	มาก
ผู้นำแบบชี้แนะ	3.83	.641	มาก
ผู้นำแบบสนับสนุน	3.76	.613	มาก
ผู้นำแบบมีส่วนร่วม	3.78	.668	มาก
ผู้นำแบบมุ่งเน้นความสำเร็จ	3.68	.622	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะผู้นำของ
ผู้บริหารโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก
ข้อมูลความพึงพอใจของสมาชิกทีมหมอ

ครอบครัวที่มีต่อภาวะผู้นำในด้านการ
บริหารงานของผู้บริหารแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความพึงพอใจของสมาชิกที่มหมอ
ครอบครัวที่มีต่อภาวะผู้นำในการบริหารงานของผู้บริหาร

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจที่มีต่อภาวะผู้นำ ด้านการบริหาร	3.68	.697	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนความพึงพอใจต่อภาวะผู้นำในการ
บริหารงานของผู้บริหารอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนการประยุกต์หลักการบริหารของ
ผู้บริหารโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
หลักการบริหารโดยรวม	3.66	.610	มาก
หลักประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล	3.76	.616	มาก
หลักการตอบสนอง	3.72	.592	มาก
หลักการระดมทรัพยากร	3.73	.634	มาก
หลักความโปร่งใส	3.48	.750	ปานกลาง
หลักการมีส่วนร่วม	3.67	.697	มาก
หลักการกระจายอำนาจ	3.68	.697	มาก
หลักนิติธรรม	3.85	.669	มาก
หลักความเสมอภาค	3.63	.720	มาก
หลักมุ่งเน้นฉันทามติ	3.50	.670	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนการประยุกต์หลักการบริหารโดยรวม
และรายด้านอยู่ในระดับมาก มีเพียงหลักด้าน

ความโปร่งใสและหลักมุ่งเน้นฉันทามติ มี
คะแนนอยู่ระดับปานกลาง

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีม
หมอครอบครัวเสนอในตารางที่4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนความพึงพอใจของการให้บริการของทีมหมอครอบครัวโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจของการให้บริการโดยรวม	3.66	.750	มาก
ด้านคุณภาพการดูแล	3.78	.670	มาก
ด้านความเป็นธรรม	3.59	.760	มาก
ด้านความสะดวกในการรับบริการ	3.68	.750	มาก
ด้านความเป็นกันเอง	3.71	.640	มาก
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.56	.890	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินผลโดยให้คะแนนความพึงพอใจของการให้บริการของทีมหมอครอบครัว โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่าการบริหารจัดการของผู้บริหารในการนำนโยบายทีมหมอครอบครัวมาใช้โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามความคาดหวัง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงเป็น

กลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งทีมหมอครอบครัวในระดับชุมชนถือว่าอยู่ใกล้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด เมื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจึงทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ดังจะเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจของการให้บริการของทีมหมอครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

ผลการประเมินสอดคล้องกับงานวิจัยของ Theppiyawong (2558) ศึกษาเรื่องการศึกษานโยบายการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองระเหว จังหวัดชัยภูมิ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมากทั้ง 7 ด้าน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การดูแลรักษา, การสร้างเสริมสุขภาพ, การดูแลและเป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วย, การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพ

ประจำครอบครัว, การเสริมพลังให้ประชาชน และครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง, ให้คำปรึกษาแนะนำและสุดท้ายการดูแลในกรณีส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การบริหารจัดการนโยบายที่หมอครอบครัวจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบาย จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ทำการวิเคราะห์และพิจารณาการสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญต่อการบริหารจัดการนโยบายที่หมอครอบครัว โดยเฉพาะทรัพยากรคน (ทั้งปริมาณ คุณภาพและขวัญ กำลังใจ)
2. ทำการทบทวนและพิจารณาปรับปรุงเงื่อนไขระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณในระดับพื้นที่ และตามความจำเป็น โดยการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ และแก้ไขกฎระเบียบให้มีความสะดวกในการใช้งบประมาณ
3. ทำการรณรงค์กระตุ้นความคิดทัศนคติให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ

4. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจนโยบายที่หมอครอบครัวอย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง

5. สนับสนุนผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และพัฒนาศักยภาพให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการที่หมอครอบครัวมากขึ้น

6. ทำการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่หมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกที่หมอครอบครัวได้ทบทวนกระบวนการดำเนินงาน และเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
2. ทำการศึกษาแนวทางการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมในการเข้าถึงประชาชนได้รับรู้อย่างทั่วถึงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. ทำการศึกษารูปแบบเครือข่ายสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

References

- Anderson, A. (1975). *Public policy making: Basic concept in political sciences*. Praeger University Series.
- Dye, R. (1998). *Understanding public policy* (9th ed.). Prentice-Hall.
- Lineberry, R. (1983). *Government in America: People, politics, and policy* (2nd ed.). Brown and Company.

- Nhimpanich, J. (2549). *Policy analysis: Conceptual framework, theory, and case studies*. (3rd ed.). Sukhothai Thammathirat Open University.
- Office of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2558). *Family medicine team (family care team): Families with relatives throughout Thailand are family doctors*. Agricultural Cooperatives of Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practices* (8th ed.). Prentice -Hall, Inc.
- Stufflebeam, D. L. (1971). *Educational evaluation and decision making*. Peacock.
- Suriyawongphaisan, P., Phengphiss, S., Wiridiromkul, S., Wanichkul, N., & Pattaramongkol, S. (2558). *Department of Family Medicine, Institute of Public Health*. Health Systems Research Institute (HSRI).
- Theppiyawong, P. (2558). Developmental orientation of family doctor team and satisfaction of long-term care patients, Amphoe Nong Bua Rawe, Chaiyaphum Province. *Journal of Health Education*, 38, 130-152.