

รายงานวิจัย

Research Article

การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัว Evaluation of Primary Care System Development by Primary Care Cluster

ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง* วิโรจน์ วรรณภีระ* สิริพรรณ ชีระกาญจน์*

Sasitorn Sripotong* Wiroj Wanapira* Siriphan Theerakarn*

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก 65000

*Department of Social Medicine and Primary Care Service ,Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 65000

Corresponding author. Email address:Sasitorn_med@hotmail.com

บทคัดย่อ

จังหวัดพิษณุโลกได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เริ่มเปิดดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการด้วยรูปแบบ Stufflebeam's CIPP (Context, Input, Process and Product) model ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 28 คน ด้วยแบบสอบถามประเมินความคิดเห็น 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1. ด้านบริบทการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน การตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกมีความเหมาะสมในระดับมาก 2. ด้านปัจจัยนำเข้า ความพอเพียงของบุคลากรอยู่ในระดับน้อยที่สุด บุคลากรมีความเต็มใจและมีอิสระในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง บุคลากรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพในระดับปานกลาง ระบบการเงินอยู่ในระดับน้อย ระบบบัญชียา ระบบบริการขนส่งเจ้าหน้าที่ และระบบข้อมูล 43 อยู่ในระดับปานกลาง ระบบเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอยู่ในระดับมาก 3. ด้านกระบวนการ การบริการต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ส่วนการบริการเชิงรับในหน่วยงาน การบริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม และการรับข้อมูลให้คำปรึกษากับประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง 4. ด้านผลผลิต ผลงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับน้อย การตอบสนองความต้องการประชาชนและภาพรวมผลลัพธ์การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้บริหารคลินิกหมอครอบครัวควรให้การสนับสนุนปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรและเงินงบประมาณร่วมกับพัฒนาระบบการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีขึ้นแก่ประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : คลินิกหมอครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิ การประเมินผล

พุทธชินราชเวชสาร 2018;35(1):82-91.

Abstract

Phitsanulok province had established primary care cluster in Phitsanulok City Municipality, according to Ministry of Public Health policy, started in June 2015. This evaluation research by Stufflebeam CIPP model (Context, Input, Process and Product), had aimed to evaluate the outcome of primary care system development by Primary Care Cluster. Data collection was using by the CIPP opinion questionnaires from 28 healthcare providers who worked in Primary Care Cluster. Data were analyzed by using descriptive statistic included percentage, mean and standard deviation. The results of this research showed that 1. Context: establishment of primary care cluster was consistent and appropriated with current primary care system development policy. The opening of primary care cluster in Phitsanulok City Municipality was proper at a high level. 2. Input: the adequacy of healthcare provider was a lowest level. Healthcare provider had willing and freedom to work at moderate level. They had received the support and potential development at moderate level. Financial system was a low level. The list of drug system, logistic system for the personnel and 43 file information systems were at moderate level. The connecting system with the supported hospital was high level. 3. Process: continuity health care service was at high level. Passive service in the department, active service in the community, networking and community participation, and medical information counselling were at moderate level. 4. Product: result indicator according to Ministry of Public Health was low level. The response to needs of people and overview operation were moderate level. Thus, the healthcare manager should support about increasing number of healthcare provider and budget along with the development of primary care cluster system to achieve better service process for people.

Keywords: primary care cluster, primary care system, evaluation

Buddhachinaraj Med J 2018;35(1):82-91.

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแพทย์เฉพาะทางดูแลรายโรค รายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม ทำให้ขาดความมั่นคงในระบบ¹ ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ด้วยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมด้วยระบบให้บริการที่เรียกว่า "บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี" ทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ดูแลประชากร 10,000 คน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์

ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและสหวิชาชีพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเงินรายหัวเพิ่มเติม 100-200 บาท ต่อประชากรด้านยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีให้มีระบบเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จัดให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาและวางนโยบายตลอดจนการติดตามประเมินผลทั้ง 43 แพ้ม เน้นรูปแบบการบริการที่สำคัญ ได้แก่ การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ การบริการต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน การบริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน² จังหวัดพิษณุโลกได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เปิดดำเนินการเต็มรูปแบบเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ดูแลประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก ซึ่งเดิมดูแลโดยองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น (อปท.) ด้วยการย้ายสถานที่จากอาคารศูนย์สุขภาพเมือง เดิมที่ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มาเปิดให้บริการใหม่โดยเช่าพื้นที่ของเอกชน (รพ.รังสิรักษา) ซึ่งตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลพุทธชินราช คลินิกหมอครอบครัว 2 คลัสเตอร์ (2 primary care cluster) ประกอบด้วย 7 ทีมย่อยเพื่อดูแลประชาชนทั้งหมด 70,710 คน การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลพิษณุโลกหลังจากเปิดดำเนินการมาเป็นเวลาประมาณ 1 ปี ช่วยประเมินกระบวนการทำงานได้อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์และบรรลุเป้าหมายหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการแก้ไขปรับปรุงให้คลินิกหมอครอบครัวมีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมากขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณด้วยรูปแบบการประเมินโครงการของสตฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ที่เรียกว่า CIPP model ประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน คือ 1. บริบท (Context) 2. ปัจจัยนำเข้า (Input) 3. กระบวนการ (Process) 4. ผลผลิต (Product)³ เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 จากเจ้าหน้าที่ทุกคนซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 28 คน ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและความคิดเห็นในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัว ตามแบบ CIPP model จำนวน 44 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ

0.85 การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้ข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ 046/60 ลงวันที่ 12 มิ.ย.2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ตัวแปรบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ ระยะเวลาในการทำงาน ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ตัวแปร ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ หาค่าเฉลี่ยแล้วนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์วัดระดับตัวแปรตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก และค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ผลการศึกษา

เจ้าหน้าที่ทั้งหมด 28 คน ตอบแบบสอบถามทุกคน เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 28.56 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 28.6 ทันตภิบาล มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 3.6 ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุด คือ ช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 28.6 รองลงมา คือ ช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 25.0 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (n = 28)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	22	(78.6)
อายุ (ปี)		
21-30	8	(28.6)
31-40	8	(28.6)
41-50	6	(21.4)
51-60	5	(17.9)
มากกว่า 60	1	(3.8)
อาชีพ		
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	6	(21.4)
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	8	(28.6)
นักวิชาการสาธารณสุข	7	(25.0)
ทันตแพทย์	2	(7.1)
ทันตภิบาล	1	(3.6)
เภสัชกร	2	(7.1)
กายภาพบำบัด	2	(7.1)
ระยะเวลาในการทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 5	6	(21.4)
5-10	2	(7.1)
11-15	8	(28.6)
16-20	7	(25.0)
21-25	2	(7.1)
26-30	1	(3.6)
มากกว่า 30	2	(7.1)

ผลการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัวมีดังนี้

1. ด้านบริบท ความสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ความเหมาะสมของพื้นที่ต่อการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ความจำเป็นต่อการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากทุกประเด็น

2. ด้านปัจจัยนำเข้า 2.1 บุคลากร ความเต็มใจในการทำงาน การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีอิสระในการตัดสินใจขณะปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพจนเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเพียงพอของบุคลากรอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2.2 ระบบ พบว่า ระบบการเงิน (งบประมาณ) อยู่ใน

ระดับน้อย ระบบเชื่อมโยงโรงพยาบาลแม่ข่ายอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ระบบบัญชียา ระบบบริการขนส่งเจ้าหน้าที่ และระบบข้อมูล 43 แฟ้มอยู่ในระดับปานกลาง

3. ด้านกระบวนการ แบ่งเป็น 5 ส่วน 3.1 การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นการตรวจพัฒนาการเด็ก การฉีดวัคซีน EPI การให้คำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาและเท้าผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับมาก การฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และการให้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับน้อย 3.2 การบริการต่อเนื่องภาพรวมอยู่ในระดับมาก ประเด็นย่อยคือการเยี่ยมบ้าน การทำหัตถการให้ผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ที่บ้าน ตลอดจนการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน อยู่ในระดับมากทุกประเด็น 3.3 การบริการเชิงรุก ในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการฉีดวัคซีน เด็กในโรงเรียน และการสอบสวนโรคติดต่อในชุมชน อยู่ในระดับมาก ส่วนการตรวจประเมินสถานประกอบการ ในชุมชน และการประเมินมาตรฐานสุขภาพในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง 3.4 การสร้างเครือข่าย และสร้างการมีส่วนร่วม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยหัวข้อการทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน การสนับสนุน กองทุนสุขภาพ การสนับสนุนชมรมสุขภาพในชุมชน การสร้างเครือข่ายกับร้านยาคุณภาพ การสร้างเครือข่าย กับร้านอาหารสะอาดปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง

ในขณะที่การพัฒนาศักยภาพของอสม. และการได้รับความร่วมมือจากอสม. อยู่ในระดับมาก 3.5 การรับข้อมูล ให้คำปรึกษากับประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเด็นย่อยคือ การตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษากับประชาชน การตั้งศูนย์โทรศัพท์เพื่อรับคำปรึกษาจากประชาชน และการตั้งเว็บไซต์เพื่อสื่อสารข้อมูลกับประชาชน ได้รับการประเมินอยู่ในระดับปานกลางทุกประเด็น

4.ด้านผลผลิต ผลงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับน้อย ส่วนการตอบสนอง ความต้องการของประชาชน และภาพรวมผลลัพธ์ การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	แปลผล
1. ด้านบริบท			
ความสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ	4.10	0.68	มาก
ความเหมาะสมของพื้นที่ต่อการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว	4.07	0.81	มาก
ความจำเป็นต่อการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว	4.07	0.81	มาก
เป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวมีความเหมาะสม	3.46	1.03	มาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า			
2.1 บุคลากร			
ความเต็มใจในการทำงาน	3.07	1.11	ปานกลาง
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	3.00	1.18	ปานกลาง
การมีอิสระในการตัดสินใจขณะปฏิบัติงาน	3.00	1.18	ปานกลาง
การพัฒนาศักยภาพจนเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน	3.03	0.92	ปานกลาง
ความเพียงพอของบุคลากร	1.67	0.81	น้อยที่สุด
2.2 ระบบ			
ระบบการเงิน (งบประมาณ)	2.50	1.03	น้อย
ระบบเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	3.42	0.87	มาก
ระบบบัญชียา	3.17	0.90	ปานกลาง
ระบบบริการขนส่งเจ้าหน้าที่	3.10	0.95	ปานกลาง
ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม	2.92	0.93	ปานกลาง
3.ด้านกระบวนการ			
3.1 การบริการเชิงรับในหน่วยงาน (ภาพรวม)	3.27	1.01	ปานกลาง
การตรวจพัฒนาการเด็ก	3.50	0.74	มาก
การฉีดวัคซีน EPI	3.60	0.87	มาก
การให้คำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพ	3.64	0.78	มาก
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.46	0.92	มาก
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	3.42	0.87	มาก
การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาและเท้าผู้ป่วยเบาหวาน	3.64	0.95	มาก
การฝากครรภ์	2.67	1.05	ปานกลาง
การให้บริการแพทย์แผนไทย	2.21	0.92	น้อย

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ (ต่อ)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	แปลผล
3.2 การบริการต่อเนื่อง (ภาพรวม)	3.84	0.83	มาก
การเยี่ยมบ้าน	4.00	0.76	มาก
การทำหัตถการให้ผู้ป่วยที่บ้าน	4.07	0.81	มาก
การดูแลผู้ป่วยระยะเร่งระยะสุดท้ายที่บ้าน	3.78	0.83	มาก
การตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน	3.53	0.83	มาก
3.3 การบริการเชิงรุกในชุมชน (ภาพรวม)	3.37	0.90	ปานกลาง
การฉีดวัคซีนเด็กในโรงเรียน	3.85	0.84	มาก
การสอบสวนโรคติดต่อในชุมชน	3.71	0.80	มาก
การตรวจประเมินสถานประกอบการในชุมชน	3.03	0.79	ปานกลาง
การประเมินมาตรฐานสุขภาพในชุมชน	2.89	0.78	ปานกลาง
3.4 การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน (ภาพรวม)	3.11	0.92	ปานกลาง
การทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน	2.85	0.89	ปานกลาง
การสนับสนุนกองทุนสุขภาพชุมชน	2.85	0.97	ปานกลาง
การสนับสนุนชมรมสุขภาพในชุมชน	3.03	0.88	ปานกลาง
การพัฒนาศักยภาพของอสม.	3.57	0.87	มาก
การสร้างเครือข่ายกับร้านยาคุณภาพ	3.28	0.89	ปานกลาง
การสร้างเครือข่ายกับร้านอาหารสะอาดปลอดภัย	2.71	0.85	ปานกลาง
การได้รับความร่วมมือจากอสม.	3.50	0.79	มาก
3.5 การรับข้อมูลให้คำปรึกษากับประชาชน (ภาพรวม)	3.01	1.05	ปานกลาง
การตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษากับประชาชน	3.35	1.02	ปานกลาง
การตั้งศูนย์โทรศัพท์เพื่อรับคำปรึกษาจากประชาชน	2.92	0.89	ปานกลาง
การตั้งเว็บไซต์เพื่อสื่อสารข้อมูลกับประชาชน	2.75	1.14	ปานกลาง
4. ด้านผลผลิต			
ผลงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข	2.57	0.92	น้อย
การตอบสนองความต้องการของประชาชน	3.03	0.92	ปานกลาง
ภาพรวมผลลัพธ์การดำเนินงาน	2.85	0.80	ปานกลาง

วิจารณ์

ในการวิจัยนี้ เจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิก หมอครอบครัวเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีระยะเวลาการทำงานค่อนข้างนาน 10-20 ปี เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการให้บริการสาธารณสุข ผลการวิจัยการประเมินผลโครงการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวโดยใช้ CIPP model มีข้ออภิปรายได้ดังนี้

ด้านบริบท การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับนโยบายการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยความจำเป็นต้องก่อตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเขตเทศบาลจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องที่มีความเหมาะสมในระดับมาก เนื่องจากการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวครั้งนี้ช่วยเพิ่ม

การเข้าถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกได้ง่ายและทั่วถึงมากขึ้น อีกทั้งยังเติมเต็มช่องว่างการบริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ทางคลินิกหมอครอบครัวรับช่วงต่อจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เคยบริหารงานด้านนี้มาก่อน

ด้านปัจจัยนำเข้าแบ่งเป็นด้านบุคลากร พบว่าความเพียงพอของบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับน้อยที่สุดเพราะยังขาดบุคลากรอีกหลายตำแหน่งซึ่งไม่ตรงตามกรอบบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว² การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัญหาสำคัญในระบบ

บริการสาธารณสุข⁴ โดยเฉพาะในระดับผู้ปฏิบัติที่หน่วยบริการปฐมภูมิ⁵ ส่วนความเต็มใจในการทำงานและการมีอิสระในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากจังหวัดพิษณุโลกต้องรีบเร่งดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้เสร็จภายในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างจำกัดในการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ อีกทั้งด้านการสนับสนุนจากผู้บริหารและการพัฒนาศักยภาพจนเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานนั้นอยู่ในระดับปานกลาง เพราะคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายใหม่ในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ทำให้บุคลากรคิดว่าควรได้รับการสนับสนุนพัฒนาศักยภาพเพื่อให้พร้อมสำหรับการให้บริการสุขภาพรูปแบบใหม่นี้ ได้แก่ ทักษะการจัดการปัญหาและอุปสรรค ทักษะการบริหาร บริการวิชาการ และการพัฒนาคุณภาพบริการ⁵ ระบบการทำงาน ระบบการเงินอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากได้รับการสนับสนุนด้านเงินงบประมาณในช่วงแรกของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวไม่เพียงพอ เกิดจากความไม่พร้อมในการจัดทำแผนกลยุทธ์และโครงการเชิงรุกในชุมชน ทำให้การเบิกจ่ายเงินล่าช้า พบได้บ่อยในการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ⁶ ระบบเชื่อมโยงโรงพยาบาลแม่ข่ายกับคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก เนื่องจากได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระบบบัญชียาอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากยังมีการส่งตัวผู้ป่วยบางคนไปพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อรับยาบางตัวที่ถูกตัดออกจากบัญชียาของคลินิกหมอครอบครัว เพราะต้องการให้เกิดความสอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระบบบริการขนส่งเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่เต็มที่ มีปัญหาการประสานงานขนส่งผลกระทบต่อแผนการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชน นอกจากนี้ยังมีปัญหากับระบบขนส่งมวลชนเช่นจังหวัดอื่น⁷ และระบบข้อมูล 43 แฟ้ม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นระบบที่ค่อนข้างซับซ้อนและทำให้สมบูรณ์แบบได้ยากในระยะแรก ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาต่ำกว่าที่ควรเป็น อีกทั้งเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ที่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มค่อนข้างน้อย การศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าปัจจัย

ด้านความรู้ ด้านการบันทึก และการจัดเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพ⁸ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ด้านการจัดการข้อมูลทั้งระบบ โดยมีระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ด้านกระบวนการแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1. การบริการเชิงรุกในหน่วยงานการตรวจพัฒนาการเด็ก การฉีดวัคซีน EPI การให้คำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาและเท้าผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของคลินิกหมอครอบครัวมีประสบการณ์ด้านนี้มานานกว่า 10 ปี ในการให้บริการที่ศูนย์สุขภาพเมืองเดิม การฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากคลินิกฝากครรภ์ยังอยู่ระหว่างการพัฒนาให้บริการได้เต็มรูปแบบมากขึ้น ด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากในช่วงนั้นยังไม่ได้เปิดให้บริการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัว 2. การบริการต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การทำหัตถการให้ผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน และการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (nurse practitioner) ซึ่งมีทักษะในการเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และบูรณาการได้เป็นอย่างดี มีรายงานวิจัยสนับสนุนว่าการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมบ้านแบบ home nursing care⁹ เช่นเดียวกับการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชนที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCD case manager)¹⁰ 3. การบริการเชิงรุกในชุมชนการฉีดวัคซีนเด็กในโรงเรียนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการฉีดวัคซีนรวมถึงการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ และมีการบริการเชิงรุกติดตามเด็กที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนตามนัด¹¹ ส่วนการสอบสวนโรคติดต่อในชุมชนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีการประสานงานกันเป็นอย่างดีระหว่างทีมหมอครอบครัว ทีมควบคุมโรคติดต่อของโรงพยาบาล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยงานควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การตรวจประเมินสถานประกอบการในชุมชนอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากขาดบุคลากรที่มีความสามารถและมีประสบการณ์ด้านอาชีวอนามัย อีกทั้งมีความซ้ำซ้อนของกฎหมาย¹² ส่วนการประเมินมาตรฐานสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทในการประเมินมาตรฐานสุขภาพ อีกทั้งมีผู้ประกอบการเป็นจำนวนมากที่ต้องได้รับการประเมิน รวมทั้งต้องคำนึงถึงผลกระทบในทางลบของการประเมินด้วย¹³ 4. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพและการได้รับความร่วมมือของอสม. อยู่ในระดับมาก เนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวได้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่อสม. อย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ให้อสม.อย่างต่อเนื่อง โดยให้เนื้อหาสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของอสม. เป็นการพัฒนาศักยภาพของอสม. โดยพบว่าปัจจัยด้านความรู้ มีความสำคัญกับการปฏิบัติงานของอสม.¹⁴ การทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน การสนับสนุนกองทุนสุขภาพ การสนับสนุนชมรมสุขภาพในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการดำเนินงานกับชุมชนต้องสอดคล้องกับความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ¹⁵ การสร้างเครือข่ายกับร้านยาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้านยาคุณภาพของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ได้ส่งต่อผู้ที่มีความผิดปกติจากการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารักษาต่อที่คลินิกหมอครอบครัว ความร่วมมือดังกล่าวเป็นไปตามหลักการ Public Private Partnership ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ แต่ยังมีร้านยาอีกหลายแห่งที่ไม่ได้เข้าร่วมเครือข่ายนี้ ส่วนการสร้างเครือข่ายร้านอาหารสะอาดปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากยังขาดแคลนบุคลากรและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยต้องเร่งพัฒนารูปแบบการดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ¹⁶ 5. การรับข้อมูลให้คำปรึกษากับประชาชน การตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษากับประชาชน การตั้งศูนย์โทรศัพท์เพื่อรับคำปรึกษาจากประชาชน และการตั้งเว็บไซต์เพื่อให้สื่อสารข้อมูลกับประชาชนอยู่ใน

ระดับปานกลาง ตามแนวทางการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวที่มุ่งให้บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี¹ ทางคลินิกหมอครอบครัวได้จัดช่องทางให้ประชาชนได้สื่อสารหรือปรึกษาด้วยเทคโนโลยี ได้แก่ เฟซบุ๊ก ไลน์ การปรึกษาทางโทรศัพท์ และมีการพัฒนาซอฟต์แวร์ "หมอรู้จักคน" เพื่อให้ประชาชนสามารถสื่อสารด้านสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น การพัฒนาทักษะของประชาชนให้ใช้สื่อใหม่ผ่านสื่อสังคมในโทรศัพท์มือถือ เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตซึ่งถือเป็นงานบริการที่สำคัญของทีมแพทย์และพยาบาล¹⁷ ส่วนการตั้งเว็บไซต์นั้นอยู่ในระหว่างดำเนินการ

ด้านผลผลิต ผลงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับน้อย เนื่องมาจากปัญหาของระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ภาพรวมผลลัพธ์การดำเนินงานและการสนองต่อความต้องการของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรอยู่ในระดับน้อยที่สุด ระบบการเงิน (งบประมาณ) อยู่ในระดับน้อย และระบบบริการต่างๆ เช่น ระบบบัญชียา ระบบขนส่งเจ้าหน้าที่ ระบบข้อมูล 43 แฟ้มของคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งกระบวนการทำงานของคลินิกหมอครอบครัวในด้านการบริการเชิงรับในหน่วยงาน การบริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม และการรับข้อมูล ให้คำปรึกษากับประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ภาพรวมผลลัพธ์ของการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการประชาชนในระยะแรกไม่ดีเท่าที่ควร

กล่าวโดยสรุป การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัวในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลกในระยะเริ่มต้นโดยใช้ CIPP model นั้น ได้ผลดีในระดับหนึ่ง มีจุดเน้นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ให้การสนับสนุนด้านปัจจัยนำเข้าโดยเพิ่มจำนวนและพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมทั้งเงินงบประมาณร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านต่างๆ ของคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งระบบการให้บริการประชาชนควรเน้นการประยุกต์ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังขาดการประเมินบทบาทและการมีส่วนร่วมของอสม. ประชาชนในชุมชน ภาคีเครือข่าย ควรมีการศึกษาต่อในระยะต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัว
ทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- Mekthon S. Introduction to primary care cluster [internet]. 2016 [cited 2017 July 1]. Available from: http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf
- Health Administration Division Office of the Permanent Secretary. Guideline of primary care cluster for service unit [internet]. 2016 [cited 2017 July 1]. Available from: http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf.
- Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In Stufflebeam DL, Madam CF, Kellaghan T, eds. Evaluation Models. New York: Kluwer Academic Publishers, 2002: 279-317.
- Jongudomsuk P. "Lack of healthcare provider" past to present problem not solve [internet]. 2014 [cited 2017 July 10]; available from: <http://www.hfocus.org/content/2014/06/7340>
- Jirojanakul P, Kitsomporn J. Research Review on Competence of Health Personnel at Primary Care Facilities. 2008 [cited 2017 July 1]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2235?show=full>
- Tuppho T. Factors affecting the participation of personnel in improving the quality of sub-district health promoting hospital, Nakhon Pathom province. Veridian E-J 2014;7:485.
- Khemapech I, Kidbunjong L. Operational issue and solutions of public transportation system. J KMUTNB 2014;24(2):355-62.
- Wipak R. Factors Related to Data Quality Management for 43 Public Health Data Folders in Primary Care Unit Network at Chaturaphakphiman District, Roi-Et Province. Nurs Public Health Educ J 2016;4:69-82.
- Atthawong P, Anusornprasert N, Sardlee H. Home Nursing Care (HNC) for Bed-Ridden Patients from Primary Care Unit (PCU). Southern College Network J Nurs Public Health 2016;4(1):73-85.
- Pragodpol P. Nurse Case Manager for Chronic Disease. J Phrapokklao Nurs College 2560;28(1):112-21.
- Kongkaew S. A model development of Immunization level upland, Chiang Muan District, Phayao Province [internet]. 2013 [cited 2017 August 20]; available from: ftp://hrm.moph.go.th/virtual_users/gishealth/.../work_10412_090316_141427.pdf
- Chantian P, Tantawutho V, Jewcharoensakul S, Khemtong P. Development of professional competency standard of occupational health nurses in industrial enterprises. J Nurs Educ 2012;5(3):102-12.
- Phomlikitchai J, Chaitiemwong N, Chomgin P, Suwakrai S. Food sanitation surveillance situation food Establishments [internet]. 2014 [cited 2017 August 20]; available from: http://foodsafety.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=22&filename=index
- Tetjativaddhana P. Performance assessment of village health volunteer working in district health network, Pompiram district, Phitsanulok province. Journal of Public Health Nurs 2014 ;28: 16-28.
- Muensaen N, Kraiphikul S. Community participation for health promotion of the elderly in Thungluke village, Chiang Dao district, Chiang Mai province. Nurs J 2014; 41(1):1-12.

16. Duangta S, Talubnin K. Model development of the restaurant operations by clean food good taste standard in Sriwilai district, BuengKan province. Mahasarakham Hospital J 2015;12(1):131-8.
17. Siricharoen N. A case study of the use of new media through social media on smartphone to improve quality of life for elderly with family members in New Zealand. Veridian E-J Slipakorn Uni 2016; 8(3):96-117.