

รายงานการวิจัย (Research article)

ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี The Policy Evaluation of Family Care Team Operates in the Pilot Area of Phetchaburi Province

อุไรรัชต์ บุญแท้^{1*}

Urairach Boontae^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: railaboontea@gmail.com) โทรศัพท์ 087-4615919

(Received: March 20, 2019; Revised: April 20, 2019; Accepted: April 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี และสรุปข้อเสนอแนะทางการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของโมเดลชิป เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 198 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน รวม 150 คน และผู้รับบริการหรือญาติ รวม 48 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินผลดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ และแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านบริบท นโยบายมีความสอดคล้อง เหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน แต่ควรชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดให้ชัดเจน 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ภาศิเครือข่ายมีส่วนร่วมที่ดี บุคลากรรับรู้นโยบายและสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่การสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากรยังไม่เพียงพอเหมาะสม 3) ด้านกระบวนการ มีการวางแผน และการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายที่ดี แต่ยังขาดการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านผลผลิต ผลที่ได้จากการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.90$, $SD = .89$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = .59$) และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57$, $SD = .69$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ มีการบูรณาการประสานประโยชน์ร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณค่า และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้ สะท้อนถึงแนวทางการบริหารเชิงนโยบาย ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การนำ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Public health technical officer, Professional level, Phetchaburi provincial public health office

กรอบแนวคิดการประเมินผลนี้ไปประยุกต์ใช้ ควรคำนึงถึงบริบทของทีมหมอครอบครัวระดับต่างๆ และบริบทของผู้รับบริการในพื้นที่

คำสำคัญ: ประเมินผล, นโยบาย, ทีมหมอครอบครัว

Abstract

This mixed method research aimed to evaluate the family care team policy operation in the pilot area of Phetchaburi province. CIPP model was used as a conceptual framework to guide this project. Data were collected by using qualitative and quantitative methods. Participants were selected from 150 health providers of primary care cluster in district, sub district and community levels and 48 clients and relatives, in all 198 participants. The research instruments were the questionnaires to evaluate family care team management, satisfaction of clients, and clients' quality of life. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistic. Content analysis was used for qualitative data.

The results revealed as follow: 1) about context, the policy was appropriate, and served as the needs of the people. However, it should be clarify the benefits and limitations. 2) For the Input, there was a good network participation of partnership and the personnel recognize the policy which could be implemented. Moreover, the budget and personnel should be supported. 3) The process of this project had a good plan and implemented according to the policy, but still needed the continuum of monitoring and evaluation. 4) The products of the family care term was at moderate level ($M = 2.90$, $SD = .89$), the mean score of clients' service satisfaction was at good level ($M = 4.12$, $SD = .59$), and the clients' quality of life were at moderate level ($M = 3.57$, $SD = .69$). The result of qualitative data found that the key successes were the Integration of valuable benefits with network partnership, and continuous quality improvement.

This study highlights the guideline to manage the efficiency and sustainability of primary care cluster policy according to the context, inputs, processes, and product. However, to apply this concept should be considered the context of family care term and context of clients' area.

Keywords: Evaluation, Policy, Family care team

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่สภาพปัญหาและสิ่งท้าทายที่กำลังเผชิญในปัจจุบัน เช่น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนโลก การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ล้วนส่งผลต่องบประมาณภาครัฐและคุณภาพบริการ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2559) กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่มีเป้าหมายให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต่อ ยอดให้เกิดความยั่งยืน คือ การมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care team) ที่ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจของทุกภาคส่วนในการร่วมกันทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการ และประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกคน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียม และทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และอยู่ในพื้นที่ห่างไกล (สำเริง แหยงกะโท, 2560)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสู่ภูมิภาคมากขึ้น โดยทีมหมอครอบครัว ซึ่งแบ่งตามความรับผิดชอบออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน เพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความสุข รวมถึงระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความผูกพัน เกิดความเชื่อมั่นศรัทธา สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Self-care) แก่ประชาชนทุกช่วงวัย และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มปป.) โดยทีมหมอครอบครัวจะมีบทบาทดูแลให้คำปรึกษาเสมือนเป็นเพื่อนสนิทหรือญาติ และมีส่วนร่วมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ได้รับการดูแลครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประสานงานและระบบส่งต่อ ไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างเหมาะสม (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

แต่อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาจากข้อมูลของสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่สนับสนุนให้มีการติดตามประเมินผลเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการ ช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการ และวิธีการเชิงกลยุทธ์ในแผนงานโครงการ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจากการศึกษาติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 5 ในพื้นที่ตัวอย่าง 24 อำเภอ 8 จังหวัด จากประสบการณ์ของผู้รับบริการพบว่า ร้อยละ 59 เป็นทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นจุดเด่นของโครงสร้างทีม ในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อ รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีความสัมพันธ์กับด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่น ด้านบวก พบว่า การทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้เปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสาร

และประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริดิรัมย์กุล, นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2559) ดังการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย, พิษณุภัสสร วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, และสมใจ นกดีวิชัย (ม.ป.ป.) ซึ่งพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการ ในการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานทีมหมอบรรลุ ได้แก่ 1) มีการบูรณาการดี (Integration) คือ การบูรณาการทีมหมอบรรลุเข้าด้วยกันกับงานอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 2) มีการเรียนรู้ (Learning) คือ การคิดวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ และ 3) มีแผนคู่งานชัด (On tract) ด้วยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานทุกระดับ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ดำเนินงานติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน

จังหวัดเพชรบุรี ได้มีการนำนโยบายทีมหมอบรรลุมาดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 เป็นต้นมา เพื่อให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 8 อำเภอ 93 ตำบล 117 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พื้นที่นำร่อง 24 แห่ง ระยะที่ 2 ครอบคลุม ร้อยละ 50 และระยะที่ 3 ครอบคลุม ร้อยละ 100 โดยได้มีการแต่งตั้งทีมหมอบรรลุระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน รวมทั้งมีประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน ให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหา ด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) โดยการรวมพลังสังคม เพื่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในระดับต่างๆ และทีมหมอบรรลุระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ของแต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการ ซึ่งจากรายงานสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในเบื้องต้น พบว่า ยังมีข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ในการศึกษาี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ ตามกรอบแนวคิดของโมเดล CIPP ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) โดยเฉพาะในส่วนของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามนโยบาย

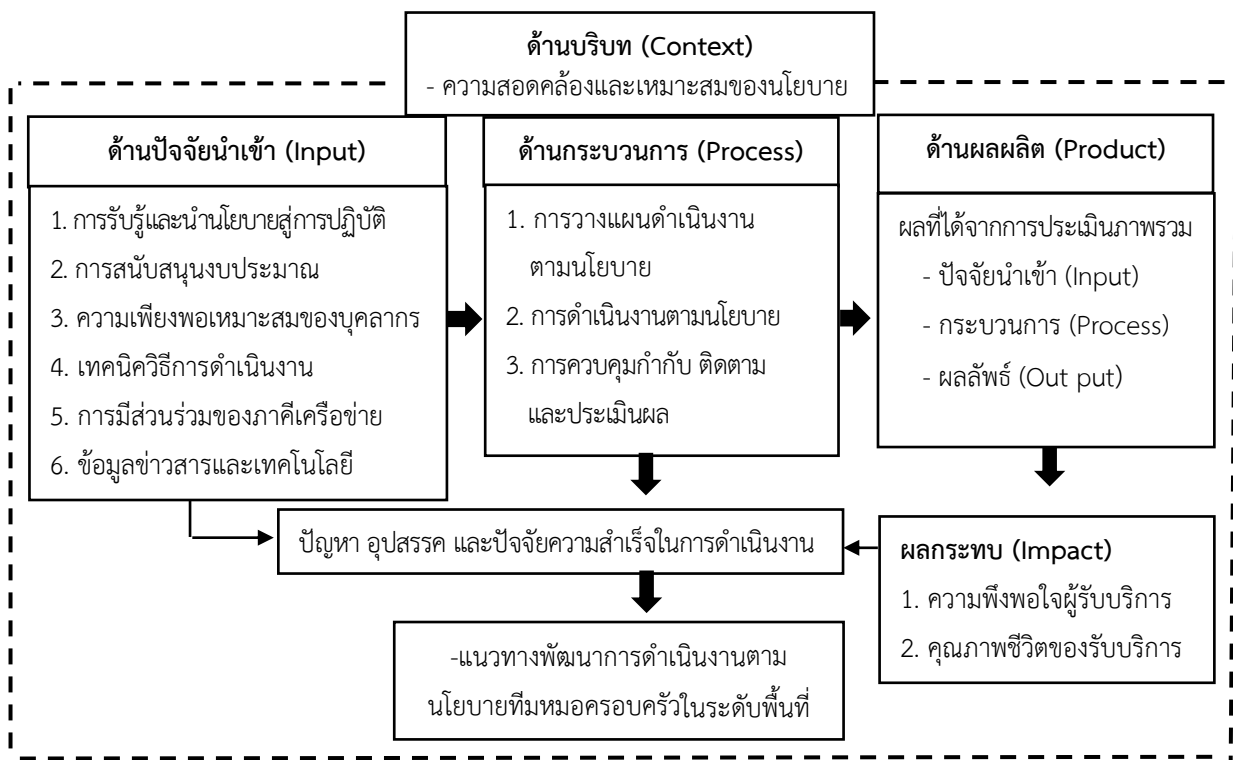
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้กรอบโมเดล CIPP ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินผลที่นำข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง มาพิจารณาอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Stufflebeam, 1971) เพื่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงโดยตรงอย่างเป็นรูปธรรมในเชิงปฏิบัติการ หรือการ นำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ในเชิงความคิด โดยการนำข้อมูลข่าวสารเป็นแสงสว่างทางปัญญาต่อผู้บริหาร องค์การและผู้เกี่ยวข้อง (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) เพื่อได้ข้อสรุปเสนอแนะเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายทีมหมอบรรลุระดับพื้นที่ของจังหวัดเพชรบุรี และบริบทใกล้เคียงให้มี ประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่นาร่อง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่นาร่อง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบโมเดล CIPP (Stufflebeam, 1971) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision making model) โดยพิจารณาข้อมูลอย่างเป็นระบบ บูรณาการกับแนวคิดทีมหมอครอบครัว (Family care team) ของโสภณ เมฆธน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ร่วมกับแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวของสายพิน หัตถิรัตน์ (2551) เป็นกรอบการประเมินผล 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ได้แก่ ความสอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การรับรู้และ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนงบประมาณ ความเพียงพอเหมาะสมของบุคลากร เทคนิควิธีการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การวางแผน การดำเนินงานตามนโยบาย และการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ ผลที่ได้จากการประเมินภาพรวม และผลกระทบที่ได้จากการดำเนินการตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ได้แก่ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mix method research) ซึ่งได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 245 คน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และยินดียอมรับแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับอำเภอ 8 อำเภอ ละ 2 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือผู้แทน ผู้บริหารระดับท้องถิ่น 14 แห่ง ละ 1 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้แทน รวมเป็น 30 คน 2) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์ที่ปรึกษาทีมหมอครอบครัว ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล เภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย 6 สาขาวิชาชีพ ละ 1 คน จำนวน 8 อำเภอ รวมเป็น 48 คน 3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 24 แห่ง ละ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข ในรพ.สต. 24 แห่ง ละ 1 คน รวมเป็น 48 คน และ 4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้รับการแต่งตั้ง และปฏิบัติงานร่วมกับ รพ.สต. 24 แห่ง ละ 1 คน รวม 24 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 150 คน

2) กลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทีมหมอครอบครัวนำร่อง จังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเป็นกลุ่มเป้าหมายของทีมหมอครอบครัว 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคองหรือญาติผู้ดูแล ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 68 คน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและระบุโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายตามนโยบาย และเคยได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 48 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามการประเมินผลดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการประเมินแบบโมเดล CIPP (Stufflebeam, 1971) บูรณาการกับแนวคิดทีมหมอครอบครัวของโสภณ เมฆธน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) และสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (ม.ป.ป.) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

การศึกษา สถานภาพสมรส ระดับทีมหมอบรรลุหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ ตำแหน่งในทีมหมอบรรลุหน้าที่ และหน่วยงานที่สังกัด และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุหน้าที่ 4 ด้าน จำนวน 48 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านบริบท (Context) จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) จำนวน 18 ข้อ ข้อความในสองด้านนี้ เป็นเชิงบวกทั้งหมด และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง เห็นด้วยมาก = 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยมาก = 1 คะแนน 3) ด้านกระบวนการ (Process) จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง มากที่สุด = 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด = 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) เป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย และ 4) ด้านผลผลิต (Product) จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด มี 3 ตัวเลือก คือ ตอบใช่ = 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ และไม่ทราบ = 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) เป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 4.68 - 7.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 4.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอบรรลุหน้าที่ของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (ม.ป.ป.) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส โรคหรืออาการที่เป็น ประเภทผู้รับบริการตามสิทธิรักษา หน่วยงานที่ให้บริการดูแล และบุคลากรที่ให้บริการดูแล และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด = 5 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540) จำนวน 20 ข้อ มีความหมายเชิงบวก 18 ข้อ ความหมายเชิงลบ 2 ข้อ และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด = 5 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน โดยในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 96 - 130 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ค่าเฉลี่ย 61 - 95 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และค่าเฉลี่ย 26 - 60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้มีการดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามข้างต้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุหน้าที่ มีค่า CVI เท่ากับ .85 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแลมีค่า CVI เท่ากับ .94 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีค่า CVI เท่ากับ .88 และนำไปทดลองใช้กับทีมหมอบรรลุหน้าที่อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียง

กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .89, .81 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลหลังจาก โครงการการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการวิจัย และแจกแบบสอบถามให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ด้วยตนเอง เมื่อครบระยะเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาครบตามจำนวน 150 ชุด เมื่อพบว่าแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ส่งกลับคืนให้ผู้ตอบแบบสอบถามตามรหัสของผู้ตอบ เพื่อการแก้ไขและขอความร่วมมือส่งคืนผู้วิจัยอีกครั้ง ทำให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด 150 ชุด และเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ดูแล และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 48 คน ขณะเยี่ยมบ้านจนครบจำนวนตามกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามทีมหมอกรอบครัว 150 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 48 ชุด ลงรหัสข้อมูลคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ดำเนินการวิจัยโดยการนำอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 40 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัว มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน สมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเข้าถึงเรื่องเวลาและงบประมาณ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551) และการอิมตัวของข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล, 2553) เพื่อเป็นตัวแทนทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน 8 อำเภอๆ ละ 5 คน รวมเป็น 40 คน

เครื่องมือการวิจัย เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับการอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัว มีประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัว 3) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัวในระดับพื้นที่ และ 4) ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาการดำเนินงานนโยบายทีมหมอกรอบครัว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ .87 และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย นำข้อมูลที่ได้และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดการประชุมอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายที่หมอบรรคไว้ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 40 คน หลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.009/2560 ลงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560 และผู้วิจัยได้ชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้ถือว่าเป็นความลับและผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทีมหมอบรรคไว้ที่ร่วมดำเนินการตามนโยบายในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ระดับตำบล ร้อยละ 42.22 รองลงมาอยู่ในระดับอำเภอ ร้อยละ 41.48 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.56 อายุมากกว่า 48 ปี ร้อยละ 34.81 อายุระหว่าง 38 – 48 ปี ร้อยละ 33.34 อายุเฉลี่ย 43.12 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.92 และสถานภาพโสด ร้อยละ 25.93 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.63 รองลงมาคือ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 28.15 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25.19 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 16.30 ส่วนใหญ่สังกัดอยู่ใน รพ.สต. ร้อยละ 32.59 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.11

2. ผลประเมินการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอบรรคไว้ในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ด้านบริบท (Context) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.02$, $SD = .66$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นโยบายที่หมอบรรคไว้ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ($M = 4.13$, $SD = .69$) และการดำเนินงานที่หมอบรรคไว้ในพื้นที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล ($M = 4.10$, $SD = .55$) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดสองข้อ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ นโยบายที่หมอบรรคไว้มีการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน ($M = 3.78$, $SD = .76$) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$, $SD = .77$) ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($M = 4.00$, $SD = .70$) รองลงมา คือ การรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติ ($M = 3.92$, $SD = .72$) อยู่ในระดับมากที่สุดสองด้าน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.66$, $SD = .72$) และความเพียงพอเหมาะสมของบุคลากรอยู่ในระดับมากเพียงเล็กน้อย ($M = 3.70$, $SD = .80$)

2.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.71$, $SD = .86$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การวางแผนดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ($M = 3.70$, $SD = .80$) ได้แก่ วางแผนจัดตั้ง

ทีมหมอบรรลุให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ประชุมชี้แจงทีมหมอบรรลุให้มีความรู้และเข้าใจ บทบาทภารกิจได้อย่างชัดเจน เป็นต้น รองลงมา คือ การดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ($M = 3.70$, $SD = .89$) ได้แก่ สอนและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสำรวจจัดทำฐานข้อมูล กลุ่มเป้าหมายให้มีความครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ เป็นต้น ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การกำกับติดตามและ ประเมินผลนโยบาย ($M = 3.57$, $SD = .98$) ได้แก่ ประเมินผลการดำเนินงาน และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจัดตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ ดูแล และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกระยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.90$, $SD = .89$) ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ($M = 3.03$, $SD = .80$) มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอบรรลุครอบคลุมพื้นที่ ($M = 3.02$, $SD = .84$) ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองข้อ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ได้แก่ มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($M = 2.69$, $SD = .99$) และมีรายงานสรุปการประชุมทีมหมอบรรลุ ($M = 2.80$, $SD = .92$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = .59$) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด ได้ดังนี้ ความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล ($M = 4.15$, $SD = 0.57$) ความสะดวกในการรับบริการ ($M = 4.13$, $SD = .57$) คุณภาพการดูแลของทีมหมอบรรลุ ($M = 4.12$, $SD = .61$) และความเป็นธรรมและประหยัดค่าใช้จ่าย ($M = 4.06$, $SD = .64$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($n=48$)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
คุณภาพการดูแลของทีมหมอบรรลุ	4.12	.61	มาก
1. ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4.19	.49	มาก
2. ได้รับการดูแลช่วยเหลือแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง	4.15	.65	มาก
3. การดูแลจากทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น	4.04	.62	มาก
4. การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่ดีขึ้น	4.19	.57	มาก
5. การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	4.04	.68	มาก
6. การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขเพิ่มขึ้น	4.13	.64	มาก
ความเป็นธรรม ประหยัดค่าใช้จ่าย	4.06	.64	มาก
7. ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม เหมือนกับที่บุคคลอื่นได้รับ	4.04	.58	มาก
8. การได้รับบริการจากทีมหมอบรรลุช่วยให้ท่านและครอบครัว ประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง	4.08	.71	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
ความสะดวกในการรับบริการ	4.13	.57	มาก
9. ท่านที่รู้สึกสะดวกสบายขึ้น เมื่อมีทีมหมอครอบครัวมาให้บริการที่บ้าน	4.19	.54	มาก
10. ท่านที่รู้สึกว่าไม่ต้องเสียเวลาในการที่ต้องไปรอคอยรับบริการที่โรงพยาบาล	4.17	.60	มาก
11. ท่านสามารถติดต่อทีมหมอครอบครัวได้สะดวกรวดเร็ว	4.03	.57	มาก
ความเป็นกันเอง เป็นมิตร เต็มใจดูแล	4.15	.57	มาก
12. ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลด้วยความใกล้ชิด และเป็นกันเอง	4.31	.62	มาก
13. ทีมหมอครอบครัวเต็มใจให้การดูแล หรือให้คำปรึกษา	4.15	.58	มาก
14. ท่านรู้สึกไว้วางใจที่จะบอกเล่าเรื่องที่คุณกังวลใจ หรือมีปัญหากับทีมหมอครอบครัว	4.19	.53	มาก
15. ทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยสอนและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.02	.64	มาก
16. การดูแลของทีมหมอครอบครัวช่วยให้ท่านสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้	4.10	.52	มาก
โดยรวม	4.12	.59	มาก

4. คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57$, $SD = .69$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากทีมหมอครอบครัว ($M = 4.15$, $SD = .61$) รองลงมา คือ พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจาก รพ.สต. ($M = 4.13$, $SD = .63$) ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มีความรู้สึกหดหู่ ผิดหวัง วิตกกังวล และซึมเศร้า ($M = 2.68$, $SD = .89$) รองลงมา คือการสามารถไปไหนมาไหนได้ดี ($M = 2.50$, $SD = .89$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ($n=48$)

คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
1. คิดว่าชีวิตความเป็นอยู่ของท่านดี	3.33	.71	ปานกลาง
2. รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	3.75	.74	มาก
3. พอใจกับสุขภาพของท่าน	3.37	.82	ปานกลาง
4. มีความจำเป็นต้องพึ่งยาหรือการรักษาอาการของท่านในแต่ละวัน	3.50	1.13	ปานกลาง
5. มีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ	3.31	.83	ปานกลาง
6. รู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	3.63	.63	ปานกลาง
7. พอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของท่าน	3.62	.72	ปานกลาง
8. สภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวท่าน มีผลดีต่อสุขภาพของท่าน	3.65	.71	ปานกลาง
9. พอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่าน	3.29	.98	ปานกลาง
10. พอใจกับความสามารถในการทำงานของท่าน	3.00	1.06	ปานกลาง
11. ยอมรับกับสภาพร่างกาย และรูปร่างหน้าตาของท่าน	3.56	.63	ปานกลาง
12. มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการ	2.81	1.01	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
13. รู้สึกพอใจในการเดินทางของท่าน	2.73	1.08	ปานกลาง
14. สามารถจะไปไหนมาไหนได้ดี	2.50	1.14	ปานกลาง
15. พอใจกับการนอนหลับของท่าน	3.42	0.64	ปานกลาง
16. พอใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพ และเป็นเพื่อนกับคนอื่น	3.50	0.64	ปานกลาง
17. พอใจกับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	3.85	0.70	มาก
18. พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4.13	0.63	มาก
19. มีความรู้สึกหดหู่ ผิดหวัง วิตกกังวล ซึมเศร้า	2.38	0.89	น้อย
20. พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากทีมหมอครอบครัว	4.15	0.61	มาก
โดยรวม	3.57	0.69	ปานกลาง

5. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบาย ทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับตำบล ร้อยละ 43.18 รองลงมา อยู่ในระดับอำเภอ ร้อยละ 39.88 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.78 มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.17 อายุระหว่าง 35-45 ปี ร้อยละ 35.57 อายุเฉลี่ย 41.22 อายุต่ำสุด 25 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68.32 และสถานภาพโสด ร้อยละ 25.41 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.84 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.14 และ นักวิชาการ ร้อยละ 25.22 สังกัดอยู่ใน รพ.สต. ร้อยละ 33.42 และสังกัดอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.12 และผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า มีประเด็นหลัก ดังนี้

5.1 สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแล กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การบูรณาการและประสานประโยชน์ในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับต่างๆ การจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้กระบวนการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ปัญหา และประเมินผล การจัดบริการที่ตรงและ ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การดูแลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการ ให้บริการเชิงรุกเพิ่มขึ้น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน รพ.สต. ให้เข้มแข็ง โดยพี่เลี้ยงเครือข่ายอำเภอ อย่างต่อเนื่อง

5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแล กลุ่มเป้าหมายด้านบุคลากร นโยบายจากส่วนกลางมีมากขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมากส่งผลให้บริการเชิงรุกดูแลกลุ่มเป้าหมายลดลง รวมถึงการกำกับ ติดตาม ประเมินผลเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บุคลากรใน รพ.สต. บางส่วนยังขาดศักยภาพด้านการ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ปัญหาด้านผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ยังเข้าไม่ถึงบริการ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคเฉพาะทาง

5.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานนโยบายทีมหมอบรรอบครัว ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวางแผนดำเนินการที่ดี การกำกับติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และทำงานร่วมกันเป็นทีม การจัดสรรแบ่งปันทรัพยากร ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองและชุมชน

5.4 ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรอบครัว ได้แก่ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน การวางแผนดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ การมีสัมพันธภาพที่ดี การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวให้กับประชาชน

การอภิปรายผล

1. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรอบครัวในพื้นที่นาร่อง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบของโมเดล CIPP ในการอภิปรายผล ดังนี้

1.1 ด้านบริบท (Context) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็นนโยบายทีมหมอบรรอบครัวตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายทีมหมอบรรอบครัว ได้ก่อเกิดขึ้นจากแนวคิดของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ให้เท่าเทียมและทั่วถึง จะเห็นได้ว่าข้อความนี้เป็นเชิงบวกจากการที่มีนโยบายทีมหมอบรรอบครัวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในพื้นที่ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล (สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, มปป.) นโยบายนี้จึงสอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชน ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ กิตติคุณ บัวบาน (2560) ที่พบว่า ด้านบริบทของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี มีความสอดคล้องระหว่างโครงการสาธารณสุขและนโยบายการศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาของรวีวรรณ ศิริสมบุญ และณภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558) พบว่า ด้านบริบทของโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสมในระดับมากในประเด็นความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามความคาดหวังของผู้บริหารและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ นโยบายทีมหมอบรรอบครัวมีการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการถ่ายทอดนโยบายทีมหมอบรรอบครัวสู่การปฏิบัติในระยะแรก ยังไม่ชัดเจนถึงทุกระดับ และบุคลากรผู้ปฏิบัติยังต้องการข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับนโยบาย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (มปป.) ศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรอบครัว พบว่า ในช่วง 3 เดือนแรกบุคลากรรับรู้นโยบายไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่รับรู้เฉพาะระดับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน ในช่วง 6 เดือน การรับรู้ขยายตัวเพิ่มขึ้น จากการมีช่องทาง

การสื่อสารนโยบายหลายช่องทาง โดยเฉพาะจากการติดตามนโยบายสาธารณสุขของคณะรัฐมนตรีฯ ส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นนโยบายที่มุ่งประโยชน์เพื่อประชาชน

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติ ซึ่งมีความสอดคล้องเป็นไปตามความคาดหวังและแนวทางปฏิบัติของนโยบายที่มหมครอบครั้ว ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการสุขภาพ (มูลนิธิแพथ์ชนบท, 2558) และในการนำไปปฏิบัติ ที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนำนโยบายที่มหมครอบครั้วสู่การปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับทุนการดำเนินงานเดิม โดยเฉพาะการดำเนินงานเชิงรุกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเป้าหมาย ที่แต่ละพื้นที่มีแผนการทำงานหรือรูปแบบการทำงานที่ใช้การบูรณาการกับงานเดิมที่ทำอยู่จริง จึงสามารถพัฒนาต่อยอด ขยายผลได้มากขึ้น (สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, ม.ป.ป.) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิมล กมฺุขชาติ (2558) พบว่า การสร้างทีมที่เข้มแข็งและสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานที่มาจากความร่วมมือทุกภาคส่วน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผน ดำเนินการ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตามการสนับสนุนงบประมาณและความเหมาะสมเพียงพอด้านบุคลากรในการดำเนินการตามนโยบาย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ยังต้องการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้วางแผนดำเนินงานได้เต็มที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุดม อัสฺุฒมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมธนะรัตน์ (2560) พบว่า การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านงบประมาณและความเพียงพอ เหมาะสมของอัตรากำลังด้านสาธารณสุข

1.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการวางแผนดำเนินการ และการดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ทั้งนี้เนื่องจาก นโยบายที่มหมครอบครั้วพัฒนาต่อยอดมาจากนโยบายการทำงานระบบสุขภาพพระดํบอำเภอ ซึ่งประเทศไทยได้ริเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา และมีพัฒนาการมาตามลำดับด้วยการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้กระบวนการเรียนรู้แบบใช้บริบทเป็นฐานจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ซึ่งจังหวัดเพชรบุรีได้ดำเนินการสอดคล้องตามนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตลอดมา จึงนับว่ามีต้นทุนการดำเนินการที่ดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกิตติคุณ บัวบาน (2560) พบว่า โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี มีกระบวนการที่ดีสามารถดำเนินการได้ตามแผน มีการบริหารจัดการได้ตามมาตรฐาน แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามประเมินผลที่แสดงถึงประสิทธิผลของโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า การกำกับติดตามและประเมินผลนโยบายที่มหมครอบครั้ว อยู่ในระดับปานกลาง

1.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีขึ้น จะเกี่ยวข้องกับการวางแผนดำเนินกิจกรรม การเลือกกิจกรรมที่คาดว่าจะทำให้ประสบผลสำเร็จ และการกำกับติดตามการประเมินผล

อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Stufflebeam, 1971) แต่จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ด้านกระบวนการ การกำกับติดตามและประเมินผลนโยบาย ทีมหมอครอบครัว ยังอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งโครงการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ จะเกี่ยวข้อง กับงบประมาณ ซึ่งจากผลการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณและความเพียงพอเหมาะสมของ อัตรากำลังด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่ม ที่พบว่า ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลต่อการให้บริการเชิงรุก และการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอุดม อัศวุตมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2560) พบว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต อยู่ในระดับ ปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์ และคณะ (2561) พบว่า ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ในการประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งพบว่า อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน ความเป็นกันเอง เป็นมิตร และเต็มใจดูแล และด้านความสะดวกในการรับบริการ ทั้งนี้เป็นไปตาม เป้าหมายของนโยบายทีมหมอครอบครัวให้ประชาชนอุ่นใจ เป็นญาติมิตร ให้คำปรึกษา แนะนำ และดูแล ด้านสุขภาพของประชาชนและครอบครัวอย่างองค์รวม (สำนักบริหารยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อีกทั้งหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นผู้ดูแล แต่แรก ดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบครอบครัวผสมผสาน มีระบบคำปรึกษาและการส่งต่อ (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2551) จึงส่งผลให้ผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแลมีความพอใจในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ปิยะ เทพปวยงค์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอ ครอบครัวในระดับมาก และจากการศึกษาของวิสนา ศรีวิชัย (2561) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว มีความพึงพอใจในการจัดบริการด้านสุขภาพ ด้านชุมชน และ ด้านสังคมอยู่ในระดับมาก

3. คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผลการวิจัย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง ซึ่งอาจมีทุนเดิมด้านคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดีนัก และอาจต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พกฤษา บุกบุญ, และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์ (2557) ที่สำรวจ สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวัง ต่อบทบาททีมหมอครอบครัวในเชิงรูปแบบการทำงานที่เป็นองค์รวม ให้ผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้ง การส่งเสริมให้ประชาชน มีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบคลุมทุกมิติปัญหาและ ความต้องการ รวมทั้งคาดหวังให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า นโยบายที่หมอครอบครัวนั้นเป็นอีกมิติหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง สร้างความอุ่นใจในการบริการที่เป็นมิตร ในขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่กระตุ้นเตือนให้เกิดความตื่นตัวของบุคลากรในการทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยการสร้างภาคีเครือข่าย เข้ามามีบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในด้านสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลวิธีที่นำไปสู่การพึ่งพาตนเองของประชาชนได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำนโยบายที่หมอครอบครัวลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ควรมีแนวทางการบริหารเชิงนโยบาย ด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) เพื่อดำเนินงานตามนโยบายที่หมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษารายละเอียดการประเมินผลโดยการพัฒนาแบบที่หมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการดำเนินงาน เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กิตติคุณ บัวบาน. (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ตำบลชะโนด อำเภอรามดง จังหวัดตาก. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 23(1), 13-25.
- กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster: แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2560 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/86.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชัดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2560 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>.
- นิมิต กมุทชาติ. (2558). รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 18(3), 183-193.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญชัย ธีระกาญจน์ (บ.ก.). (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

- ปิยะ เทพปิยวงศ์. (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุศึกษา*, 38(130), 1-15.
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริตมย์กุล, นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2559). *ติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มูลนิธิแพทย์ชนบท. (2558). *คู่มือทีมหมอครอบครัวมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ จำกัด.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ* (District Health System Management Learning: DHML). สมุทรสาคร: APPA Printing Group.
- รวิวรรณ ศิริสมบูรณ์, และณภัทรกฤต จันทวงศ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1075-1085.
- วัสนา ศรีวิชัย. (2561). การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก: ความคาดหวัง การได้รับบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. *บูรพาเวชสาร*, 5(1), 64 - 82.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2543). *คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: เจริญผล.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ ศรีจารนัย, พิชญภัตต์ วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรรถรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, และสมใจ นกศิริชัย. (ม.ป.ป.). *การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สายพิน หัตถิรัตน์ (บรรณาธิการ). (2551). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์: Family medicine handbook* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. กรุงเทพฯ : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คลินิกหมอครอบครัว ปฏิรูป สธ.ไทย*. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2560 จาก <http://www.thaihealth.or.th/>.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำเริง แหยงกะโทก. (2560). *การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit=PCU)*. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกษา บุกบุญ, และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์. (2557). *ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาทีมหมอครอบครัว* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- อุดม อัสวตมมากร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2560). การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. *วารสารศูนย์การศึกษา แพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(2), 124-134.
- อุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์, ศศิพร โลจายะ, และดุจเดือน ตั้งเสถียร. (2561). การประเมินผลการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2560. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย*, 8(3), 450-466.
- Stufflebeam, D.L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of research and Development in Education*, 5(1), 19-25.