

การประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายทีมการดูแลทางการแพทย์ครอบครัวใน พื้นที่กรุงเทพมหานคร

ศักดา เมืองคำ¹ กมลพร กัลยาณมิตร²

1.หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, กรุงเทพฯ 10170

E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

2.คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, กรุงเทพฯ 10170

E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

ได้รับบทความ: 30 มีนาคม 2561

อนุมัติการตีพิมพ์: 9 มีนาคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการ ระบุปัจจัยที่มีผลต่อผลการบริหารจัดการ และเสนอแนะการปรับปรุงการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร **วิธีการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีการสุ่มพื้นที่กลุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น ใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้เขตสุขภาพ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 174 ราย และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 10 ราย การวิเคราะห์โดยตัวแบบ บริบท-ปัจจัยนำเข้า-กระบวนการ-ผลผลิต (CIPP) และ สถิติภาคบรรยาย **ผลการวิจัย** พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักทีมหมอ ทั้งที่มีประสบการณ์รับบริการจากทีมหมอครอบครัว มีเบอร์โทรศัพท์ทีมหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการโทรศัพท์ปรึกษาทีมหมอครอบครัว เมื่อได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัวโดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ส่วนที่มงานหมอครอบครัวมีองค์ประกอบหลักเป็นแพทย์มากที่สุด **สรุป** การบริหารจัดการนโยบายทีมการแพทย์ครอบครัวมีประสิทธิผล สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ทีมหมอครอบครัว การบริหารจัดการการแพทย์ครอบครัว การประเมินผล

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

Sakda Muangkham¹ Kamonporn Kallayanamitr²

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

E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

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

E-mail: sm_muangkham@hotmail.com

Received: March 30, 2018

Accepted: March 9, 2020

Abstract

PURPOSE: The objectives of this study were to evaluate, to identify affecting factors, and to offer recommendations for the improvement of Family Care Team Policy Management in Bangkok Metropolitan Areas. **METHOD:** The study employed a mixed research method. Multi-stage cluster and simple random sampling was 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 use in qualitative research. The Context-Input-Process-Product (CIPP) model and descriptive statistical analysis were employed. **RESULT:** 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. **CONCLUSION:** The management of family care team policy was effective and satisfactory.

Key words: Family care doctors, family care management, evaluation

บทนำ

นโยบายรัฐบาลในการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ถือเป็นยุทธศาสตร์การทำงานสมัยใหม่ ช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครอื่นๆ และองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ ให้มีการช่วยเหลือกันในการดูแลประชาชน ทำให้งานสาธารณสุขในชุมชนและอำเภอเข้มแข็ง เป็นด้านหน้าของการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และสร้างความพร้อมในการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุที่ควรเน้นไปที่การดูแลในชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังจะเห็นได้จากผลงานวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 พบว่า การพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุไทยมาจาก 4 สาเหตุใหญ่ คือ อัมพฤกษ์ อัมพาต สมอเสื่อม โรคเรื้อรัง และ ชราภาพ การดูแลส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงราว 3 ใน 4 ต้องทำงานด้วยราว 1 ใน 9 ต้องดูแลมากกว่า 1 คน ผู้ดูแลบางคนจำต้องลาออกจากงาน รายได้จึงลด ขณะที่รายจ่ายเพิ่ม เกิดความเครียดและปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัว ตามมา การดูแลส่วนใหญ่ทำได้เพียงการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อย จึงมั่นใจว่า การบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทีมหมอครอบครัว สร้างหลักประกันคุณภาพของการดูแล ที่บ้าน เติบโตขึ้นช่องว่างของระบบบริการในชุมชน และเพิ่มความอุ่นใจแก่ผู้ดูแลเพราะมีที่ปรึกษาทุกเวลา และจากการศึกษาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวของ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ของ เทพปิยะวงศ์ (2558) พบว่าผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมาก อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของทีมหมอครอบครัวที่ไปเยี่ยมหรือไปตรวจสุขภาพที่บ้าน และต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอหรือการติดตามตามทางโทรศัพท์

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว กระจายครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั่วไทย พร้อมให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน และสามารถส่งต่อผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา มีเป้าหมายให้ทุกครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพดี ได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ มีระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพและดูแลกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ (สำนักงานบริหารสาธารณสุข, 2558) โดยมุ่งตอบวัตถุประสงค์ 4 ประการได้แก่ 1) คาดประมาณ % ครัวเรือนที่มี ประสบการณ์อันพึงประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอครอบครัว” 2) การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัด EQ5D-5L) ของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) เพื่อสังเคราะห์แบบแผน (patterns) การทำงานของทีมหน่วยบริการจากตำบลถึงอำเภอ ในการตอบสนองความต้องการของครัวเรือน ตลอดจนที่มาของแบบแผนต่างๆ ในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติ และ 4) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (สุริยวงศ์ไพศาล et al., 2558) โดยการดูแลและให้คำปรึกษาเสมือนหนึ่งเพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัว มีส่วนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติทั้งการรักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่อง ทันท่วงที รวมถึงประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับ ร่วมกับส่วน

ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา

อย่างไรก็ตามการนำนโยบายสู่การปฏิบัติตามแนวคิดที่เป็นการทำงานร่วมกันของหลายฝ่าย ทั้งในส่วนของสาธารณสุข ชุมชน ท้องถิ่น ซึ่งอาจมีความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีเพียงการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวในต่างจังหวัด แต่ยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งที่พื้นที่กรุงเทพมหานครก็มีการนำนโยบายทีมหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติเช่นเดียวกับต่างจังหวัด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร เริ่มนำนโยบายโครงการทีมหมอครอบครัวมาสู่การปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 จนถึงปัจจุบัน มีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัยเข้าร่วมโครงการจำนวน 18 แห่ง และคลินิกภาคเอกชน จำนวน 95 แห่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองให้บริการดูแลประชาชนแบบเชิงรุกในชุมชน สนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมหมอครอบครัว ที่ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทางด้านกายภาพ การสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งในหน่วยบริการ ใกล้เคียง และโรงพยาบาล รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาชน โดยมีกิจกรรม การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวดังนี้ (1) บริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน จัดทำ Family folder และทำแผนการให้บริการเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่

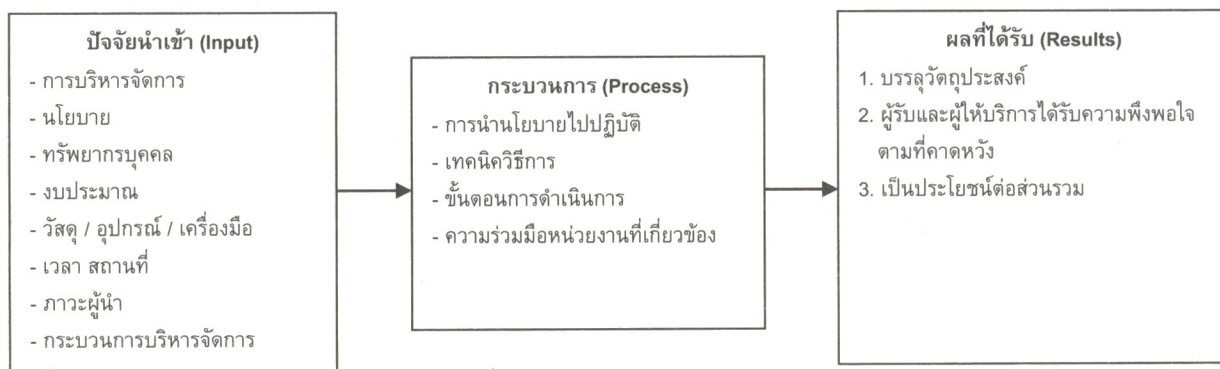
ต้องได้รับการดูแล (2) จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ หมอครอบครัว (3) ดำเนินการ/บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ด้านสิทธิการรักษา ทางโทรศัพท์ และในหน่วยบริการ การดูแลสุขภาพที่บ้าน เยี่ยมบ้าน (Home visit) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้น 3 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ประสานเรื่องสิทธิการรักษา ประสานการส่งต่อส่งกลับจากโรงพยาบาล (4) ติดสัญลักษณ์ Family care team ที่ด้านหน้าหน่วยบริการให้มองเห็นเด่นชัด ระบุชื่อบุคลากรทางการแพทย์ ทีมหมอครอบครัว หมายเลขโทรศัพท์ มีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมติดตามที่บ้าน และส่งต่อรับเข้า การรักษาที่โรงพยาบาล และจัดทำแผนการให้บริการ มีระบบการบันทึกการให้บริการ แต่ความซับซ้อนของพื้นที่บริบทของสังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อกำหนดข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวความคิดในการประเมินผล

บริบท(Context)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่หม่อมครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการนโยบายที่หม่อมครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายที่หม่อมครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

แนวความคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของนโยบายสาธารณะ

มีผู้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะไว้มากมาย ดังต่อไปนี้ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1975) ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะหมายถึง การกระทำบางอย่างที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาหรือเกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยจะมีการนำไปปฏิบัติโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่างๆ Lineberry (1983) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การกระทำต่างๆ ของรัฐบาลเพื่อตอบสนองต่อประเด็นทางการเมืองบางประการ ส่วน Dye (1998) ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่าคือ สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ

ความหมายของการประเมินผลนโยบายสาธารณะ

Thomas R.Dye, (อ้างถึงใน นิธิพานิช, 2549) ให้ความหมายว่าการประเมินผลนโยบายสาธารณะ หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายสาธารณะ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับ การประมาณการณ์การเปรียบเทียบผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การประเมินนโยบาย คือ ขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการนโยบาย ซึ่งจะให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบาย หรือ ผลการดำเนินการตามนโยบายว่า ตอบสนองความต้องการ หรือ มีคุณค่าหรือไม่เพียงใด

การประเมินผลนโยบายสาธารณะ เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายสาธารณะเริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวิเคราะห์นโยบาย การปฏิบัติตามนโยบาย และการประเมินผลกระทบบหรือผลที่เกิดขึ้น เพื่อแสวงหาคำตอบ สำหรับคำถามที่ว่า นโยบาย/แผนงาน/โครงการ บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้แต่ต้นหรือไม่และระดับใด และการวัด

ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการและเหตุผลและนำข้อมูลที่ได้มานั้นเพื่อทำการสรุปผล

ตัวแบบการประเมินผล

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

- การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context evaluation : C) เป็นการประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ

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

- การประเมินกระบวนการ (Process evaluation : P) เป็นการประเมินระหว่างการทำดำเนินงานโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น

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

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key information) ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานพยาบาล ทีมหมอครอบครัว ผู้รับบริการ และผู้ดูแล ในพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้งหมด 4 เขต ได้แก่ เขตจอมทอง เขตบางขุนเทียน เขตลาดพร้าว และเขตดอนเมือง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมหมอครอบครัว แห่งละ 1 ท่าน จากศูนย์บริการสาธารณสุข 29, ศูนย์บริการสาธารณสุข 60, ศูนย์บริการสาธารณสุข 66, โรงพยาบาลบางขุนเทียน 1, เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขา 5, เสนานิเวศคลินิกเวชกรรม, เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขา 3, เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขา 4, ภาวนพคลินิกเวชกรรม, และเปรมประชาคลินิกเวชกรรม รวมจำนวน 10 ราย

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การสุ่มพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสุ่มพื้นที่กลุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi-stage cluster sampling) ได้แก่ เขตจอมทอง เขตบางขุนเทียน เขตลาดพร้าว และเขตดอนเมือง และใช้วิธีการจับฉลาก (Draw lots) เพื่อให้ได้เขตสุภาพ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้วดำเนินการตามประเภทการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร/บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว กลุ่มผู้รับบริการ และผู้ดูแล 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 โดยกำหนดให้มีประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติในทีมหมอบรรณครวัจจำนวน 87 ราย และผู้ปฏิบัติในทีมหมอบรรณครวัจจำนวน 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) ผู้วิจัยนำแบบประเมินหลักการบริหารของผู้บริหารแบบสอบถามภาวะผู้นำ แบบสอบถามประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแบบสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการ ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้ Cronbrach's alpha coefficient ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.92, 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method research) ระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณ แบบตัดขวางและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของทีมหมอบรรณครวัจ และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Qualitative content analysis) พรรณนารายละเอียด ดีความ หาความหมาย อธิบายความสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เทียบเคียงกับบริบทการวิจัย และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย แล้วนำประเด็นความเห็น และสรุปสาระสำคัญของการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอบรรณครวัจ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การบริหารจัดการนโยบายเป็นการนำนโยบายไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในแต่ละพื้นที่ มีการคัดเลือกพื้นที่ที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน จำนวนทรัพยากรทั้งทางด้านคน เงินและสิ่งของเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินงาน ทิศทางการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน จึงต้องใช้ความสามารถในการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ คนทำงานต้องมีความพร้อมเสียสละ มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ มีทัศนคติด้านบวก จึงจะทำให้งานมีประสิทธิภาพ

ศักยภาพความรู้ความสามารถและประสบการณ์ รวมถึงระยะเวลาทำงานในพื้นที่สาธารณสุขมีผลด้านบวกต่อการทำงานสร้างภาคีความร่วมมือ ในเขตกรุงเทพมหานครก็ยังคงประสบปัญหาในด้านการขาดแคลนบุคลากร ปัญหาการเข้าออกของบุคลากรทำให้เกิดปัญหาศักยภาพในการทำงานเชิงรุก ยังพบกับปัญหาความเข้าถึงยากในการให้บริการเชิงรุกในบางสถานที่ อาทิ ค่ายทหาร คอนโดฯ หมู่บ้านจัดสรร เป็นต้น ทำให้การทำงานของทีมหอมครอบครัวค่อนข้างลำบาก ต่างจากพื้นที่ในต่างจังหวัด แต่ในงานการเยี่ยมบ้านก็ยังคงปฏิบัติอยู่ เมื่อมีทีมหอมครอบครัวทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานง่ายขึ้นเช่นกัน โดยศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละเขตพื้นที่จะเป็นผู้คอยควบคุมดูแล และมีคลินิกครอบครัวอบอุ่นช่วยให้บริการในระดับปฐมภูมิและส่วนใหญ่ไปเยี่ยมบ้านเป็นทีม เรียกว่าทีมหอมครอบครัว

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักทีมหอมครอบครัวร้อยละ 77.70 อาจเป็นเพราะการขาดการประชาสัมพันธ์ แต่ส่วนมากร้อยละ 79.50 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีประสบการณ์ในการรับบริการจากทีมหอมครอบครัว ประชาชนมีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกับหอมครอบครัวร้อยละ 56.20 แต่ไม่ค่อยมีการติดต่อขอคำปรึกษาจากทีมหอมครอบครัว ซึ่งเกิดจากการจัดการภายในทีมหอมครอบครัวในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ รวมทั้งความร่วมมือของหน่วยงาน อีกทั้งงบประมาณด้านการเงินเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงาน ในขณะที่นโยบายทีมหอมครอบครัวไม่เน้นการสนับสนุนงบประมาณโดยตรง แต่เน้นการบูรณา

การงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารพบว่าค่าใช้จ่ายในการทำงานของทีมหอมครอบครัวยังกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานในทุกด้าน ซึ่งพื้นที่บางแห่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมาก เพื่อให้เข้าถึงผู้รับบริการได้อย่างสะดวกและปลอดภัยมากขึ้น

การดำเนินการตามนโยบายทีมหอมครอบครัวเป็นมิติใหม่ของการบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการทำงานที่เข้าหาประชาชนโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลงพื้นที่ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉินให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างง่ายขึ้น ในพื้นที่กรุงเทพมหานครสร้างกลไกการทำงานอย่างชัดเจน มีศูนย์สาธารณสุขแต่ละเขตเป็นผู้ประสานงาน สร้างเครือข่ายกับผู้นำชุมชน ครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย มีการกระจายงานให้แก่คลินิกครอบครัวอบอุ่นให้บริการแบบรอบด้าน ตอบสนองความต้องการของชุมชน สร้างความผูกพันและทำให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อทีมสาธารณสุข

การวิจัยเชิงปริมาณ

จากการวิจัยเชิงปริมาณเป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะผู้นำและการประยุกต์หลักการบริหารจัดการในการบริหารงานทีมหอมครอบครัวในพื้นที่ และความพึงพอใจในการบริหารทีมหอมดูแลสุขภาพของครอบครัว

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนภาวะผู้นำของผู้บริหารโดยรวมและรายด้าน

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

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหารโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ข้อมูลความพึง

พอใจของสมาชิกทีมหมอบครอว์ที่มีต่อภาวะผู้นำในด้านการบริหารงานของผู้บริหารแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความพึงพอใจของสมาชิกทีมหมอบครอว์ที่มีต่อภาวะผู้นำในด้านการบริหารงานของผู้บริหาร

ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจที่มีต่อภาวะผู้นำด้านการบริหาร	3.68	.697	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อภาวะผู้นำในด้านการบริหารงานของผู้บริหารอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนการประยุกต์หลักการบริหารของผู้บริหารโดยรวม และรายด้าน

ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	ระดับ
หลักการบริหารโดยรวม	3.66	.610	มาก
หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3.76	.616	มาก
หลักการตอบสนอง	3.72	.592	มาก
หลักภาวะความรับผิดชอบ	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 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประยุกต์หลักการบริหารโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก มีเพียงหลักด้านความโปร่งใสและหลักมุ่งเน้นฉันทามติ มีคะแนนอยู่ระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำของผู้บริหารโดยรวมและรายด้านประกอบด้วยผู้นำแบบชี้แนะ ผู้นำแบบสนับสนุน ผู้นำแบบมีส่วนร่วม และผู้นำแบบความสำเร็จ

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 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าการบริหารจัดการของผู้บริหารในการนำนโยบายทีมหมอครอบครัวมาใช้โดยรวมและ

รายด้านอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดำเนินงานตามนโยบายที่มหอมครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามความคาดหวัง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งทีมมหอมครอบครัวในระดับชุมชนถือว่าอยู่ใกล้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด เมื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจึงทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของทีมมหอมครอบครัว ดังจะเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจของการให้บริการของทีมมหอมครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

ผลการประเมินสอดคล้องกับงานวิจัยของเทพปิยะวงศ์ (2558) ศึกษาเรื่องการศึกษานโยบายการพัฒนาการดำเนินงานทีมมหอมครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองระแหง จังหวัดชัยภูมิ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมมหอมครอบครัวในระดับมากถึง 7 ด้าน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การดูแลรักษา, การสร้างเสริมสุขภาพ, การดูแลและเป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วย, การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว, การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง, ให้คำปรึกษาแนะนำและสุดท้ายการดูแลในกรณีส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การบริหารจัดการนโยบายทีมมหอมครอบครัวจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากได้รับการสนับสนุน

เชิงนโยบาย จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ทำการวิเคราะห์และพิจารณาการสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญต่อการบริหารจัดการนโยบายทีมมหอมครอบครัว โดยเฉพาะทรัพยากรคน (ทั้งปริมาณ คุณภาพและขวัญกำลังใจ)

2) ทำการทบทวนและพิจารณาปรับปรุงเงื่อนไขระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณในระดับพื้นที่ และตามความจำเป็น โดยการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ และแก้ไขกฎระเบียบให้มีความสะดวกในการใช้งบประมาณ

3) ทำการณรงค์กระตุ้นความคิด ทักเตือนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ

4) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจนโยบายทีมมหอมครอบครัวอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

5) สนับสนุนผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และพัฒนาศักยภาพให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการทีมมหอมครอบครัวมากขึ้น

6) ทำการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายทีมมหอมครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกทีมมหอมครอบครัวได้ทบทวนกระบวนการดำเนินงาน และเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2) ทำการศึกษาแนวทางการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมในการเข้าถึงประชาชนได้รับรู้อย่างทั่วถึงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) ทำการศึกษารูปแบบเครือข่ายสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

References

- Anderson, A. (1975). *Public policy making: Basic concept in political sciences*. New York: Praeger University Series.
- Dye, R. (1998). *Understanding public policy* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Nhimpanich, J. (2549). *Policy analysis conceptual framework, theory, and case studies*. (3rd ed.). Nonthaburi : Sukhothai Thammathirat Open University.
- Lineberry, R. (1983). *Government in America: People, politics, and policy* (2nd ed.). Boston: Brown and Company.
- 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*. Bangkok: Agricultural Cooperatives of Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practices* (8th ed.). Philadelphia: Prentice -Hall, Inc.
- Stufflebeam, D.L. (1971). *Educational evaluation and decision making*. Itasca, Illinois: Peacock.
- Suriyawongphaisan, P., Phengphiss, S., Wiridiromkul, S., Wanichkul, N., & Pattaramongkol, S. (2558). *Department of Family Medicine, Institute of Public Health*. Bangkok: 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.