

รายงาน

โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว

ฉบับสมบูรณ์



Assessment of health policy on promoting family care team

โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

สัญญารับทุนเลขที่ 58-052

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ คณะ

พฤษภาคม 2558

รายนามผู้ดำเนินการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ม.มหิดล

- ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล

- ศ.ดร.สุภา เพ่งพิศ
- นายสมชาย วิริติรมย์กุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- ผศ.ดร.นภาพร วาณิชกุล
- ดร. สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์
- รศ.ปนัดดา ปรียทฤณ
- นางจินดา สีสวาริน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

- ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

- ดร.ศุภภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์
- ดร.ศรียรรณ มีบุญ
- ดร.ศิริพร ครุชกาศ
- ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม
- ดร.วรรณพร บุญเปล่ง
- นางสาวลี มีลินทางกูร
- นางสาวสุวรรณา กุลบุตร

สารบัญ

บทคัดย่อ สำหรับผู้บริหาร.....	1
ประสบการณ์ตรงของบุคคลในกลุ่มให้สัมภาษณ์ได้ใจความสำคัญว่า.....	1
รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน.....	2
ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว.....	4
บทนำ.....	6
เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องวิจัย.....	10
ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์.....	15
ประสบการณ์ที่พึงประสงค์ของประชาชน หลังจากมีนโยบาย”หมอครอบครัว” และการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	15
รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน.....	17
ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว.....	22
เอกสารอ้างอิง.....	23
ภาคผนวก 1	24
ภาคผนวก 2	41
ภาคผนวก 3	46

สารบัญรูปและตาราง

รูป ก จำนวนสถานพยาบาลและเตียงผู้ป่วย จำแนกตามประเภทและอัตราต่อประชากร.....	6
รูป ข สัดส่วนผู้มีความผิดปกติของความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด จำแนกตามผลลัพธ์การรักษา.....	8
รูป ค จำนวนอำเภอที่เคยมีประสบการณ์ทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ.....	11
รูป ง การสำรวจเชิงปริมาณ.....	13
ตาราง ก กระจายอำเภอตามจำนวนโครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เคยได้รับการสนับสนุน (score) และ จำนวนตัวอย่างบุคคล 4 ประเภท (N)	14
ตาราง ข จำนวนกลุ่มตัวอย่างของสมาชิกทีมแพทย์หมอครอบครัว	14

บทคัดย่อ สำหรับผู้บริหาร

นโยบายทีมหมอครอบครัวอุบัติขึ้นท่ามกลางสายธารใหญ่อันยาวไกลแห่งการพัฒนาระบบย่อยอย่างน้อยสองระบบในระบบบริการสุขภาพไทย หนึ่งคือ ระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งมักนิยมเข้าใจกันว่า ไม่ใช่บริการเฉพาะโรค/เฉพาะทาง โดยมักเกิดขึ้นใกล้บ้าน อีกระบบคือ ระบบสุขภาพอำเภอ(district health system) สิ่งนี้กินความกว้างกว่าบริการสุขภาพโดยรวมเอาความเคลื่อนไหวใดๆเพื่อให้เกิดสุขภาพในขอบเขตของอำเภอ ต้นธารของระบบบริการปฐมภูมิอาจสืบสานย้อนไปไกลกว่าสี่สิบปี หากนับจากจุดกำเนิดอาสาสมัครสาธารณสุข(ราวปีพ.ศ. 2513) หรือไกลกว่าห้าสิบปีหากนับสถานีนามัยเป็นจุดตั้งต้น

“หมอครอบครัว” เป็นคำที่ดำรงขึ้นเมื่อกลุ่มผู้ก่อการได้พิจารณาทบทวนคำว่า “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” และ “นักสุขภาพครอบครัว” แล้วจึงเลือกคำว่าหมอครอบครัวโดยเติม “ทีม” เข้าไปด้วย เพื่อให้สื่อความหมายว่าประสงค์ให้การทำงานเป็นทีมบริการปฐมภูมิอันมีมานานมุ่งเน้นที่ครอบครัว พร้อมกำหนดเป้าหมายชัดเจนเพื่อหนุนเสริมความเป็นทีมยิ่งขึ้น นั่นคือ ทีมสหวิชาชีพ รพ.แม่ข่ายมีเป้าหมายสนับสนุน ทีมลูกข่ายที่รพ.สต.ชนิดเห็น “ตัว” กันชัดเจน เพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวเป้าหมายได้ชัดเจน โดยระยะแรกเริ่มจากบุคคลสี่ประเภท(สูงอายุ พิกการ ระยะสุดท้าย เรื้อรัง)

เพียงปีเศษหลังจากเริ่มดำเนินนโยบายฯ คณะผู้ก่อการก็มีอันต้องยุติบทบาทลงเมื่อบริบททางการเมืองในระบบบริการสุขภาพเกิดภาวะใกล้ไกลาหลงจนฝ่ายการเมืองหันเหไป โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว เริ่มดำเนินการเมื่อ 10 เดือนหลังจากประกาศนโยบายนี้เป็นของขวัญปีใหม่ 2557 โดยมุ่งตอบวัตถุประสงค์ สี่ประการได้แก่ 1) คาดประมาณ % ครีวเรือนที่มี ประสพการณ์อันพึงประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอครอบครัว” 2) การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัดEQ5D-5L)¹ ของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิกการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) เพื่อสังเคราะห์แบบแผน (patterns) การทำงานของทีมหน่วยบริการจากตำบลถึงอำเภอในการตอบสนองความต้องการของครีวเรือน ตลอดจนที่มาของแบบแผนต่างๆในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติ และ 4) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้วิธีผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณแบบตัดขวางและการเจาะลึกทางคุณภาพ (mixed methods) ใน 24 อำเภอ 8 จังหวัด คนไข้ 1,874 คน บุคลากร 218 คนและผู้บริหารสถานพยาบาล/สสจ/อปท อีก 40 คน นำไปสู่ข้อค้นพบสำคัญตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ประสพการณ์ตรงของบุคคลสี่กลุ่มให้สัมภาษณ์ได้ใจความสำคัญว่า

1. ในหำมิติของคุณภาพชีวิต(ตาราง 1.1) บุคคลสี่ประเภทระบุว่าตนมีคุณภาพชีวิตตกต่ำมากหรือมากที่สุด ระหว่างร้อยละ 9 - 44 ที่ percentile 50 ผู้สูงอายุนะบว่าตนมีคะแนนคุณภาพชีวิต 80 จากร้อยเต็ม ผู้พิกการ มีคะแนน 70 เมื่อมีโรคเรื้อรังไม่ว่าผู้สูงอายุหรือผู้พิกการ คะแนนเป็น 70 ถ้าภาวะระยะสุดท้ายปรากฏร่วมกับคนแต่ละกลุ่มใน 4 กลุ่มนี้คะแนนเหลือ 65 ลงไปจนถึง 50
2. บุคคลสี่ประเภทร้อยละ 26เท่านั้นที่ระบุว่าอาการในสามเดือนที่ผ่านมาเป็นไปในทางดีกว่าเดิม ส่วนใหญ่ร้อยละ 58 รายงานว่าอาการทรงตัว ที่น่ากังวลคือร้อยละ 14 ระบุว่าอาการทรุดลง อย่างไรก็ตาม

เมื่อถามว่าอนาคตคาดหวังสิ่งนี้อย่างไร การกระจายของคำตอบโดยลำดับที่กล่าวมาได้แก่ ร้อยละ 35 47 และ 11

3. บุคคลสี่ประเภท ครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ดูแล และอาศัยอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 38 เมื่อคำนึงถึงการที่ต้องอาศัยผู้ดูแลตอบคำถามการศึกษาแทน แต่ความจริงที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับผู้ดูแล ซึ่งรายงานนี้เผยตัวเลขให้เห็นเป็นครั้งแรก คือ ผู้ดูแลร้อยละ 31 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 41 กังวลเกี่ยวกับรายได้ และ ร้อยละ 78 มองโลกอนาคตในแง่ร้าย(เหนื่อยกาย เหนื่อยใจ ด้อยอิสรภาพ)
4. ถ้าคำว่า “หมอครอบครัว” เป็นจุดขายทางนโยบาย ประสบการณ์ของบุคคล 4 กลุ่มและผู้ดูแลไม่สนับสนุนว่าข้อสมมตินี้เป็นจริง เพราะพบว่า คนเหล่านี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 69)ไม่เคยได้ยินทีมสุขภาพแนะนำเรื่องหมอครอบครัวเลย ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากfocus group และ individual interview เสริมว่า ในมุมมองของทีมสุขภาพตลอดจนทีมสสจ.มองไม่เห็นว่าการนี้ขึ้นอะไรแตกต่างไปจาก”บริการปฐมภูมิ”ที่นิยมใช้เรื่อยมา
5. เป็นที่น่ายินดีเมื่อประสบการณ์ของบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ59) เผยว่า ทีมหมอครอบครัวเป็นพวกเดียวกับหมอที่รักษาประจำในรพ.(รพช.-รพศ./รพท.) สะท้อนให้เห็นโครงสร้างที่มั่นคงเป็นใจกับบริการไร้รอยต่อ(seamless care) อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่า ความนิยมบริการรพ.ใหญ่ในเมืองมีมากกว่ารพช.และรพศ. ดังปรากฏรายงานจากบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ49)ระบุว่าสถานพยาบาลประจำของพวกเขา คือ รพ.ใหญ่ในเมืองทั้งที่จำนวนตัวอย่างของคนเหล่านี้มาจากอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 15 เมื่อถามเกี่ยวกับสถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน คำตอบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58

รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน

1. ความสัมพันธ์ด้านบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพศ.และหน่วยงานอื่น มีหลายรูปแบบ และเป็นไปทั้งด้านบวกและลบ
 - a. ในด้านบวก การส่งต่อคนไข้ระยะสุดท้ายโดยบุคลากรรพ.แม่ข่ายตรงถึงบ้านคนไข้โดยนัดหมายกับทีมหมอครอบครัวในตำบลรับผิดชอบเพื่อถ่ายทอดเทคนิคบริการแก่ลูกข่าย สิ่งนี้ขึ้นกับภาวะการนำโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนในรพ.แม่ข่ายได้แก่ ผอ.รพ. แพทย์ประจำ/แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม พยาบาลหัวหน้าทีมเวชปฏิบัติ บุคคลสองประเภทหลังมักแสดงบทบาทนำได้ราบรื่นเมื่อผอ.รพ.ให้การสนับสนุน ในแง่ของการให้อำนาจตัดสินใจ มอบหมายความรับผิดชอบชัดเจน ประกันเวลาทำงานกับทีมหมอครอบครัว และ/หรือ จัดสรรบุคลากรสนับสนุนให้มากเพียงพอ
 - b. ในมุมมองของคนทำงาน สมาชิกทีมหมอครอบครัวร้อยละ 95 ตอบแบบสอบถามว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้ตนเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยใช้ทีมมากขึ้น สมาชิกทีมสื่อสารกับผ่านมือถือ(ร้อยละ 96) และไลน์(ร้อยละ 84) เป็นหลัก ร้อยละ84ระบุว่ามีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

- c. นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับอปท.ในเวทีระบบสุขภาพอำเภอ การเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวยังอาจโน้มนำให้อปท.สนใจที่จะหาทางช่วยเหลือคนไข้ โดยเฉพาะผู้พิการในด้านสังคม
 - d. ด้านลบ การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าแพทย์รพช.จำนวนหนึ่งไม่ประสงค์เยี่ยมบ้านตามรพ.สต. ร้องขอ
2. ความสัมพันธ์ด้านวิชาการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.สต.

ในเชิงปริมาณ คำตอบจากสมาชิกทีมฯระบุว่า ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมากที่สุด(ร้อยละ 60 ของจำนวนคำตอบทั้งหมด) สำหรับสาระที่เกี่ยวข้อง ผู้นำเวชปฏิบัติครอบครัวปรากฏความถี่เพียงร้อยละ 8 ที่น่าสนใจไม่น้อยคือความต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อให้ทำงานหมอครอบครัวได้ดียิ่งขึ้นในเรื่อง เวชปฏิบัติครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 56ของจำนวนคำตอบ) และรองลงมาคือเรื่องวิทยาการกระบวนการ(ร้อยละ 16) ประการสุดท้าย ประมาณร้อยละ 80ของสมาชิกหมอครอบครัวระบุว่า กระบวนการเรียนรู้ และทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้แก่ context-based learning หรือ knowledge management(ตาราง 12)
 3. ความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนบริการจากรพ.แม่ข่ายสู่รพ.สต.
 - a. ตัวอย่างที่ไม่ราบรื่น อาจหมายถึง รายการยาและ/หรือ ปริมาณยาไม่ครบตามความต้องการของรพ.สต. รพ.แม่ข่ายยกเลิกการตรวจHbA1c ทั้งอำเภอเพราะผอ.รพ.เชื่อว่าไม่คุ้มค่า รพ.แม่ข่ายส่งมอบอุปกรณ์ผู้พิการล่าช้าจนทำให้ภาวะพึ่งพิงของคนพิการถดถอยจากขั้นติดบ้าน เป็นติดเตียง
 - b. ในมุมของระบบสารสนเทศ สมาชิกทีมฯระบุว่ามีความรู้พื้นฐานข้อมูลสำหรับผู้พิการ โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน) และสูงอายุด้วยความถี่เกินร้อยละ 80ของคำตอบ กระนั้นก็ตาม ดูเหมือนว่าการวิเคราะห์และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลไปยกระดับการเรียนรู้ของทีมหมอครอบครัว ยังจำกัด กล่าวคือ สมาชิกทีมฯสามารถระบุว่าเคยเห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ต่ำระหว่างร้อยละ 4 – 61 โดยที่เคยเห็นผลการวิเคราะห์ในระยะเวลาตั้งแต่ 0-24 เดือน ทั้งนี้ ขึ้นกับชนิดฐานข้อมูล(ตาราง 13)
 4. ความผันผวนไม่ต่อเนื่องของกระบวนการนโยบายส่วนกลาง
 - a. ความเห็นอันค่อนข้างเป็นเอกฉันท์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกพื้นที่คือ วาทะกรรม/ตัวชี้วัดทางนโยบายเปลี่ยนบ่อยเมื่อผู้บริหารส่วนกลางเปลี่ยนบ่อยในขณะที่สาระสำคัญของเนื้อหาไม่ได้ต่างกัน ผลกระทบต่อคนทำงานในพื้นที่ได้แก่ ภาระงานเอกสารมากเกินไป และความสับสนเกินจำเป็น เมื่อสะสมในระยะยาว จึงบั่นทอนความคิดริเริ่ม และขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน
 - b. ตัวอย่างที่จำเพาะในแง่ของนโยบายหมอครอบครัว ได้แก่ คำสั่งให้พื้นที่ส่งวิดีโอคลิปไปส่วนกลาง ซึ่งหลายแห่งลงทุนจ้างมืออาชีพมาผลิต ทำให้ต้นทุนการทำงานเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ให้

ความเห็นตรงกันว่า ไม่ได้สัญญาณป้อนกลับ (feedback) จากส่วนกลาง จึงไม่เห็นประโยชน์ของคำสั่งเช่นนี้

- c. อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้วยแบบสอบถามพบว่า สมาชิกทีมหมอกรอบครัว(201คน) ร้อยละ99 เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป เพราะพวกเขาเห็นประโยชน์ของการกำหนดเป้าหมายอันจำเพาะชัดเจนเกี่ยวกับครอบครัวเป้าหมายของบริการ และรพสต.เป้าหมายของการสนับสนุนจากแม่ข่าย ซึ่งนำไปสู่การทำงานเป็นทีมดียิ่งขึ้น จนพวกเขาส่วนใหญ่(97%)รู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นสมาชิกทีมหมอกรอบครัว

ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอกรอบครัว

1. การพัฒนาและดำเนินนโยบาย

- a. แม้ปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความผันผวนทางการเมืองในระดับชาติได้ยาก แต่การสืบสานนโยบายโดยมีจุดขายใหม่ไม่จำเป็นต้องสร้างตัวชี้วัดหรือวาทกรรมใหม่เสมอไป แต่อาจเก็บเกี่ยวความสำเร็จในระดับพื้นที่ ผ่านการสังเคราะห์ข้อมูล/ความรู้เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อสื่อสารสาธารณะให้เห็นว่า ประชาชนได้อะไร เพราะรัฐบาลทำอะไร
- b. พัฒนาเครือข่ายสถาบันวิชาการที่สามารถทำงานเกาะติดการพัฒนาด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจะดำเนินการใน(a)แล้วแสดงผลผลิตในระยะสั้นและระยะยาว โดยผสมผสานกับการสร้างขีดความสามารถในการคิดริเริ่มพัฒนานวัตกรรมระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นวงจรหมุนวนในทางสร้างสรรค์ได้ไม่หยุดยั้ง
- c. สารนโยบายหมอกรอบครัวที่ควรสืบสานคือ การกำหนดเป้าหมายครัวเรือนให้ทีมสหวิชาชีพทุกระดับรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายรพสต.ให้ทีมสหวิชาชีพอำเภอรับผิดชอบสนับสนุนทางวิชาการและเชื่อมโยงสู่ผู้บริหารCUPเพื่อสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์บนหลักการทำงานเป็นเครือข่าย(สัมพันธ์ฉันท์มิตรเกื้อกูลซึ่งกันและกัน) มุ่งเน้นประโยชน์คนใช้เป็นศูนย์กลาง

2. บุคลากร

- a. ควรเน้นเสริมขีดความสามารถ และแรงจูงใจด้านการจัดการให้แก่แพทย์ผู้ทำงานปฐมภูมิ
- b. ควรพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งหมุนเวียนน้อยกว่าแพทย์ ให้มีบทบาทหน้าที่สืบสานการนำการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานเป็นหลัก
- c. ถ้ามอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติในรพ.แบ่งเบาภาระแพทย์ในบริการคนไข้นอก น่าจะเพิ่มโอกาสให้แพทย์ได้ทำงานด้านปฐมภูมินอกเหนือจากการตรวจโรคได้มากขึ้น

3. สารสนเทศ

- a. พัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิกให้เชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งพัฒนาขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์ทั้งในการพัฒนาภาพรวมและการดูแลคนไข้เป็นรายๆ
- b. ยกเลิกระบบรายงานซ้ำซ้อน และไม่เกิดประโยชน์ต่อการตัดสินใจระดับนโยบาย

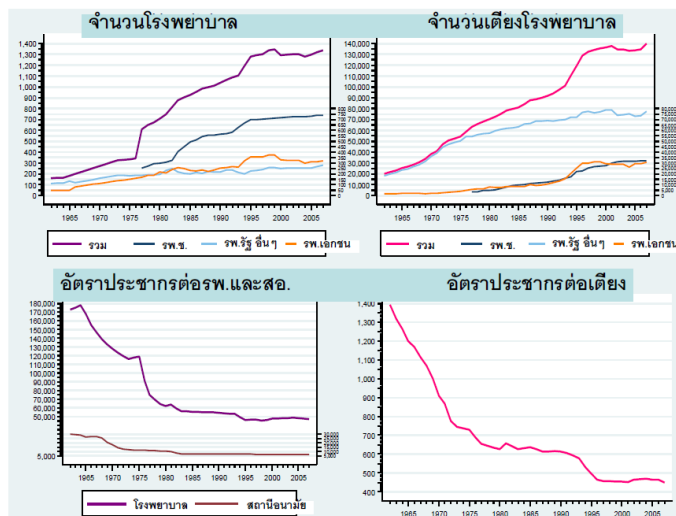
4. รูปแบบบริการ

- a. สืบสานการพัฒนาบริการไร้รอยต่อโดยต่อยอดจากจุดเน้นผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการมอบหมายครัวเรือน/รพสต.รับผิดชอบชัดเจน ทั้งนี้ ควรมุ่งไปสู่การป้องกันระดับปฐมภูมิให้ได้
- b. DHS เป็นโครงสร้างทางการที่จะมีประโยชน์มากขึ้นโดยเฉพาะในทิศทางป้องกันระดับปฐมภูมิ ถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง ผ่านหลายช่องทาง หลายโอกาส

บทนำ

ประเทศไทยกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไทยในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะชนบทที่ห่างไกล (ลิ้มวัฒนานนท์ และ สกุลพาณิชย์, 2555) เมื่อย้อนหลังไปถึงปี พ.ศ. 2485 มีโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการรักษา-พยาบาลในส่วนภูมิภาคเพียง ๕ แห่ง และ “สุขศาลา” ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิในระดับตำบลอยู่เพียง ๓๐๐ กว่าแห่ง แต่จากการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน คือการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง ตามด้วยการขยายบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิไปสู่พื้นที่ชนบท รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทำให้มีโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาคครบทุกจังหวัดเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (รูป ก) รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยการลดภาระทางการเงินในการเข้ารับบริการโดยใช้วิธีการคลังรวมหมู่ ผ่านระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มอาชีพซึ่งมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และในช่วงที่ประเทศไทยขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน เมื่อ พ.ศ. 2544 นั้น เกือบทุกอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน และเกือบทุกตำบลมีสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น รพสต.

รูป ก จำนวนสถานพยาบาลและเตียงผู้ป่วย จำแนกตามประเภทและอัตราต่อประชากร



ทีมา (ลิ้มวัฒนานนท์ และ สกุลพาณิชย์, 2555) คำนวณจากข้อมูลการศึกษาทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

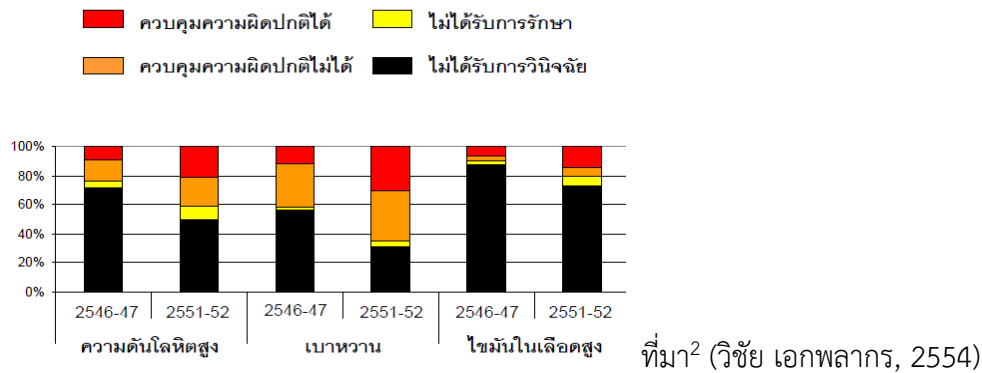
จากการที่สถานการณ์ทางเศรษฐกิจมหภาคของประเทศไทยที่เติบโตมาโดยลำดับ ร่วมกับการมีสาธารณูปโภคและระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น ทำให้โรคติดต่อในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นโรคเอดส์ซึ่งปัจจัยทางสังคมมีส่วนอยู่มาก โรคที่ไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังกลายเป็นภาระโรคหลักของประเทศไทย จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ในประชากรชายไทยเกิดจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนน รองลงไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง

ส่วนในผู้หญิงเกิดจาก โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า โรคหัวใจขาดเลือด (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) และจากการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก็ยิ่งเป็นตัวเร่งให้มีความชุกของโรคเรื้อรังมากขึ้นอีก

ในขณะเดียวกัน ประชาชนไทยมีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลการศึกษานามัยและสวัสดิการในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่า การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 ลดความเสี่ยงในการไม่ดูแลรักษาสุขภาพแบบใดๆ และลดความเสี่ยงในการเลือกรักษาพยาบาลแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพที่มีทรัพยากรจำกัด และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม จากข้อมูลการให้บริการรายครั้งของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน และการวิจัยประเมินผล พบว่าประชากรวัยสูงอายุและกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้พิการ ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ อาจเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือพิการ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ยังมีอุปสรรคในการรับบริการอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาล ดังนั้นการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนี้อาจเป็นการเพิ่มโดยไม่มีประสิทธิภาพในบางส่วน

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยที่เคยประสบผลสำเร็จในการจัดการกับปัญหาโรคติดต่อและโรคเฉียบพลันอื่นได้เป็นอย่างดีในอดีต นั้นแยกส่วนเกินไปและไม่ยืดหยุ่น เอาสถานพยาบาลเป็นหลัก (Hospital centric) ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง และไม่สามารถเสริมศักยภาพของบุคคล และชุมชนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นทั้งการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆที่เกิดตามมาจากสังคมที่ซับซ้อน ตัวอย่างที่ชัดเจน ในเรื่องโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ ไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย (วิชัย เอกพลากร, 2554) พบว่า แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์การคัดกรองโรคในทุกกลุ่มวัย แต่คนไทยจำนวนมากยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ที่ทราบว่าตัวเองมีโรคประจำตัวเหล่านี้ก็ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคนั้น ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจน ถึงการขาดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชน ร่วมกับข้อจำกัดในการจัดการโรคเรื้อรังภายใต้ระบบบริการในรูปแบบปัจจุบันซึ่งมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงและการควบคุมโรคในระดับจำกัด

รูป ข สัดส่วนผู้มีความผิดปกติของความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด จำแนกตามผลลัพธ์การรักษา



ในระดับมหภาคมีความพยายามดำเนินการปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาโรคเรื้อรังและปัญหาจากสังคมที่เปลี่ยนไป รวมทั้งเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุ มาแล้วระยะหนึ่ง ในระดับจุลภาคมีการทำโครงการนำร่องหลายโครงการทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งปรากฏหลักฐานจากการทบทวนโครงการต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมตั้งแต่อย่างซ้ำสปีที่แล้ว โดยมีอำเภอที่อยู่ในโครงการ เช่น District Health System Award (DHSA), โครงการระบบสุขภาพอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข (DHSmoph), โครงการเพิ่มพูนประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัว ตำบลพึ่งตนเอง และ Public Health Practice Learning เป็นต้น รวมทั้งการปรับรูปแบบบริการมาเป็นเขตสุขภาพก็อาจกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเรื่องนี้อยู่ด้วยระดับหนึ่ง³

การจัดระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยเมื่อยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำ ได้รับอิทธิพลแนวคิดการขององค์การอนามัยโลกในการวางโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ และแนวคิดในการจัดบริการ โดยองค์การอนามัยโลกในช่วงทศวรรษ 1970 ได้เสนอแนวคิดในการจัดระบบสุขภาพในลักษณะเน้นปกป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ใช้ชุมชนเป็นฐาน แนวคิดนี้ตกผลึกใน 1978 WHO conference ที่ Alma Ata, Kazakhstan โดยมีการกำหนดคำนิยามของสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น และ เสนอแนวทางการใช้สาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นแนวทางดำเนินการให้เกิด “Health for All by the year 2000” Alma Ata Declaration ให้คำจำกัดความของ Primary health care ว่าเป็น “Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community....It forms an integral part of the country’s health system...and of the social and economic development of the community...bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.” ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวครอบคลุมทั้งเรื่องระดับการจัดบริการ และ นโยบายสาธารณสุขรวมถึงการจัดระบบบริการ ซึ่งนำไปสู่แนวคิดในการบูรณาการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (District Health System) ที่มุ่งบูรณาการ

จัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลตัวเอง อาสาสมัคร ภาคประชาชน เอกชน และหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน

บริการปฐมภูมิ (Primary care) ในความหมายอย่างแคบหมายถึงบริการแบบ “family doctor-type services” ซึ่ง Barbara Starfield ระบุว่า เป็น “level of a health service system that provides entry into the system for all new needs and problems, provides person-focused (not disease-care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates or integrates care provided elsewhere by others.” คุณลักษณะของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ดูแลคนแรก เข้าถึงได้ง่าย ดูแลเป็นองค์รวม และ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมที่สุด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเทศที่มีรายได้สูงบางครั้ง Primary care และ Primary health care จะเป็นคำที่ใช้แทนกัน เนื่องจากหมายถึง การบริการระดับแรกเหมือนกัน (Muldoon, Hogg, & Levitt, 2006)⁴ จากบทเรียนการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพทั่วโลกพบว่า ประเทศที่ให้ความสำคัญ และจัดระบบให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มี ผลลัพธ์สุขภาพดีกว่า เช่น อัตราการตายทารกต่ำ อัตราตายของประชากรต่ำกว่า กว่า เด็กแรกเกิดน้ำหนัก น้อยต่ำกว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากรต่ำกว่า เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย การนำเอาแนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิเข้ามาใช้ เสริมกับแนวคิดเรื่องสาธารณสุข มูลฐานและระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อมุ่งลดปัญหาการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะบริการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดบริการที่เน้นสถานพยาบาลและเป็นศูนย์กลาง (Hospital-centrism) แยกส่วนตามระดับสถานพยาบาลและ ความเชี่ยวชาญ โดยมีนโยบายและแผนการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากปัญหา โครงสร้างระบบการจัดบริการ จำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิ ยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ รวมทั้งแนวคิดของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับปฏิบัติและระดับบริหารที่ยัง ยึดติดกับวิธีจัดบริการแบบที่ให้สถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง

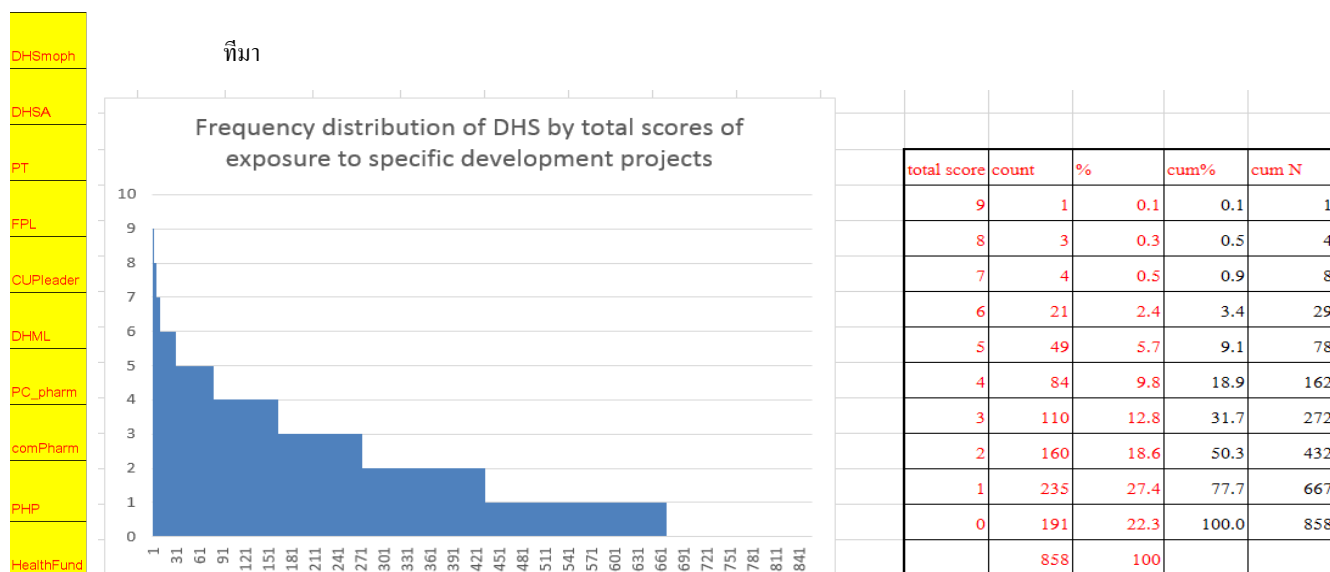
เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องวิจัย

ในปีงบประมาณ 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับความเข้มข้นของนโยบาย โดยใช้ชื่อว่า “นโยบายหมอบรรเทาทุกข์” ตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม 2557 ด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดและเชื่อมโยงกับแพทย์ตั้งแต่รพ.อำเภอไปจนถึงรพ.ตติยภูมิเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ มีความพยายามที่จะให้เกิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งหาวิธีการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหมอบรรเทาทุกข์ได้โดยสะดวก ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในการเปลี่ยนแนวทางการจัดบริการ ทั้งนี้นโยบายหมอบรรเทาทุกข์ให้ความสำคัญในเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกำหนดให้มีหมอบรรเทาทุกข์ ซึ่งหมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต./ศสม. โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 -2,500 คน/หมอบรรเทาทุกข์ และมี แพทย์ที่ปรึกษา : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งหวังให้ทุกครัวเรือนมีหมอบรรเทาทุกข์/แพทย์ที่ปรึกษา มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในการดูแลและสุขภาพบริการระดับปฐมภูมิ แก่ประชาชนในเขตเมือง ครอบคลุมประชากร ตามเกณฑ์ 1 ศูนย์ต่อประชากร 10,000-30,000 คน และที่สำคัญที่สุด คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวด้านสุขภาพ

เป้าหมายการดำเนินงานในขั้นแรกของ “นโยบายหมอบรรเทาทุกข์” คือ มีทีมหมอบรรเทาทุกข์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,750 แห่ง และในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 252 แห่ง อย่างน้อยแห่งละ 1 ทีม มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ที่ดูแลประชากรในเขตเมืองให้ได้ตามเกณฑ์ 1 ศูนย์ต่อประชากร 10,000-30,000 คน และจะขยายไปจนทั่วประเทศต่อไป

ด้วยความจริงที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายใดๆไม่ได้เกิดขึ้นในสุญญากาศ การติดตามนโยบายนี้จึงต้องคำนึงถึงโมเมนตัมอันสืบเนื่องมาแต่อดีต ซึ่งปรากฏหลักฐานจากการทบทวนโครงการต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาแล้ว สรุปสาระสำคัญได้ดังรูป ค(หน้าถัดไป) ซึ่งเมื่อเจนนับจำนวนอำเภอตามจำนวนโครงการที่ได้สัมผัสจะได้รับการกระจายดังแสดงรายละเอียดในแผนภูมิและตารางข้างล่าง จะเห็นได้ว่า อำเภอครึ่งหนึ่งได้สัมผัสกับโครงการตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปและอีกครึ่งหนึ่งน้อยกว่านี้ลงมา จึงอาจเป็นไปได้ว่า โอกาสสัมผัสโครงการจำนวนต่างกันมีนัยต่อความพร้อมของอำเภอในการตอบสนองนโยบายหมอบรรเทาทุกข์นี้แตกต่างกัน

โครงการสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนนโยบาย “หมอประจำครอบครัว”



หมายเหตุ รูป DHS: ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ DHSA: การประเมินระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ FPL: ผู้นำเวชปฏิบัติครอบครัว CUPLEADER: ผู้นำหน่วยบริการคู่สัญญาปฐมภูมิ comPharm: เกสซ์ชุมชน DHML: การเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ PC_pharm: เกสซ์กรรมปฐมภูมิ PHP: นักสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติการ HealthFund: กองทุนสุขภาพตำบล

4.3 ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพอำเภอในลักษณะที่สอดคล้องกับนโยบายนี้
2. ทราบว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อาจเกิดจากเงื่อนไขอะไรบ้าง นโยบายนี้มีอิทธิพลหรือไม่เพียงใดต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น
3. ทราบว่านอกจากการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังตามสาระสำคัญของนโยบายนี้ ยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่คาดไม่ถึงในแง่บวกและลบ

5. วัตถุประสงค์

1. เพื่อคาดประมาณ % ครัวเรือนที่มี
 - ประสบการณ์อันพึงประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอครอบครัว”
 - การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัด EQ5D-5L¹) ของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. เพื่อสังเคราะห์แบบแผน (patterns) การทำงานของทีมหน่วยบริการจากตำบลถึงอำเภอในการตอบสนองความต้องการของครัวเรือน ตลอดจนที่มาของแบบแผนต่างๆในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอบรรลุสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6. สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษา

โครงการนี้ติดตามนโยบายหมอบรรลุโดยคัดเลือกอำเภอตัวอย่างใน 3 เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เวลาตั้งแต่ กันยายน – พฤศจิกายน 2558

7. การดำเนินการวิจัย

7.1 กลุ่มประชากรที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิธีผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณ และการเจาะลึกทางคุณภาพ (mixed methods) โดยกลุ่มประชากรที่จะศึกษามีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

7.1.1. การศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ก) บุคคล 4 ประเภทอันเป็นเป้าหมายระยะแรกของการดำเนินนโยบายฯ และ ข) ทีมหมอบรรลุ

ก) บุคคล 4 ประเภท ประกอบด้วย

- กลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกเพศที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก
- กลุ่มผู้พิการ หมายถึง ผู้ที่โรงพยาบาลขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้พิการทุกเพศที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก
- กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่โรงพยาบาลขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังทุกเพศ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก
- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่โรงพยาบาลขึ้นทะเบียนหรือวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ในกรณีอาสาสมัครในกลุ่มของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากเสียชีวิตในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะตัด ออก โดยไม่ต้องมีการทำ case เข้ามาเพิ่มเติมแต่อย่างใด

ข) ทีมหมอบรรลุ

ต้องเป็นบุคลากรที่อยู่ในทีมหมอบรรลุโดยเป็นบุคลากรที่อยู่ในทีมระดับอำเภอ หรือระดับตำบล หรือระดับชุมชน ที่อยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก และสมัครใจตอบแบบสอบถาม

7.1.2 กลุ่มเป้าหมายการศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้บริหาร รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./สสอ. ที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว และต้องเป็นผู้ที่อยู่ในหน่วยบริการในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก ณ วันที่เก็บข้อมูล

7.2 วิธีการสุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณ

โครงการนี้เลือกวิธีสุ่มตัวอย่างชนิด multistage stratified purposive sampling (รูป ง) โดยขั้นที่หนึ่งจำแนกพื้นที่เป็นสามเขตเครือข่ายบริการสาธารณสุขโดยจำแนกตามระดับความก้าวหน้าในการบรรลุนโยบายเขตสุขภาพเป็นสามอันดับ (มาก ปานกลาง น้อย) ขั้นที่สอง ในแต่ละเขตจะแยกพื้นที่ โดยใช้ GPP (Gross Provincial Product) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มจังหวัดเพื่อสะท้อนความหลากหลายทางเศรษฐกิจ และสุ่มตัวอย่างเขตละ 2-4 จังหวัดตามขนาดประชากร ผู้รับบริการ 4 กลุ่มดังกล่าว แล้วในแต่ละจังหวัดใช้ GPP แบ่งอำเภอ เป็นอำเภอเมือง และอำเภอรอบนอกอีกสองแห่ง โดยคำนึงถึงความพร้อมมาก ($expose > 3$) และความพร้อมน้อย ($expose \leq 3$) ทั้งนี้การเลือกอำเภอรอบนอกยังคำนึงถึงระยะเวลาเดินทางจากอำเภอเมืองในกรอบเวลาอันสั้น (7-15 วัน) ในการเก็บข้อมูล ถัดไปในแต่ละอำเภอ ขอให้ผู้รับผิดชอบประสานงานทีมอำเภอเลือกตำบลและหมู่บ้านโดยลำดับ

รูป ง การสำรวจเชิงปริมาณ

การสำรวจเชิงปริมาณ



11/2/2015

Paibul et al 2015

15

ในขั้นปฏิบัติได้จำนวนตัวอย่างทั้งสี่กลุ่มบุคคลรวม 1,874 รายจำแนกอำเภอได้ ดังนี้

ตาราง ก กระจายอำเภอตามจำนวนโครงการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เคยได้รับการสนับสนุน (score) และ จำนวนตัวอย่างบุคคล 4 ประเภท (N)

District	score	N	District	score	N	District	score	N
ne1	1	28	c1	5	140	s1	3	240
ne2	4	32	c2	2	48	s2	2	32
ne3	4	80	c3	5	52	s3	4	16
ne4	1	40	c4	4	200	s4	2	88
ne5	2	160	c5	2	40	s5	2	12
ne6	4	140	c6	5	120	s6	4	80
			c7	1	64	s7	1	56
			c8	3	52	s8	4	16
			c9	5	60	s9	2	120

11/24/2558

Paibul et al 2015

การศึกษาเชิงคุณภาพ
ในชั้นปฏิบัติได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง ข

ตาราง ข จำนวนกลุ่มตัวอย่างของสมาชิกทีมแพทย์หมอครอบครัว

สมาชิกทีมหมอครอบครัว	N
กลุ่มผู้บริหาร	39
กลุ่มแพทย์	35
กลุ่มอื่นๆ	109

หมายเหตุ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มแพทย์ ทับซ้อนกันจำนวนหนึ่ง

7.3 วิธีเก็บข้อมูล

ในเชิงปริมาณ ดำเนินการด้วยแบบสัมภาษณ์บุคคล 4 ประเภท แบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินความรู้คิด (ภาคผนวก 1) โดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการเก็บข้อมูล สำหรับทีมหมอครอบครัว ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบอ่านและบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง(ภาคผนวก 1)

ในเชิงคุณภาพ อาศัยการจัดกลุ่มสนทนาและ/หรือการสัมภาษณ์ลึกที่ละคนขึ้นกับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ โดยมีแนวคำถามในภาคผนวก 2 นอกจากนี้ ยังสืบค้นเอกสารและฐานข้อมูลบริการเพื่อตรวจริยยืน(cross validate)ข้อค้นพบจากแบบสอบถามทีมหมอครอบครัวและจากกลุ่มสนทนาและ/หรือการสัมภาษณ์ลึก ทั้งดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการเก็บข้อมูล(ภาคผนวก 2)

7.4 วิธีจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณ

บันทึกข้อมูลด้วยแบบฟอร์มมาตรฐานอิเล็กทรอนิกส์ที่ตรวจเช็คและเตือนให้แก้ไขความผิดพลาดขณะบันทึกโดยแต่ละทีมงานภาคสนาม แล้วนำข้อมูลมาแจกแจงนับความถี่หรือคะแนน ประเมินค่าร้อยละหรือแนวโน้มสู่ส่วนกลางและความแปรปรวนตามสเกลการวัด ด้วยโปรแกรม epi-info7

เชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./สสอ ที่รับผิดชอบทีมหมอครอบครัว รวมทั้งการสัมภาษณ์หัวหน้าทีมหมอครอบครัว และผู้ป่วยที่ต้องการตามเยี่ยมบ้านใน กทม. จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดเทปคำต่อคำแล้วจับประเด็น (thematic content analysis) แล้วสร้างกรอบคิดใหม่เพื่ออธิบายที่มาของแบบแผนตามบริบท (program theory or theory of changes) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจที่มาที่ไปของการเปลี่ยนแปลงทั้งที่ว่าจะเป็นตามความคาดหวังและไม่เป็นตามความคาดหวัง

ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์

ประสบการณ์ที่พึงประสงค์ของประชาชน หลังจากมีนโยบาย”หมอครอบครัว” และการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. มองในภาคตัดขวาง(cross sectional) ตาราง 1 เผยข้อค้นพบว่า บุคคล 4 ประเภทนั้นจำนวน 1874 คน(60% สตรี) ร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุระบุว่าตนไม่มีโรค ร้อยละ 13 คือผู้พิการระบุว่าไม่มีโรค(ไม่ได้แปลว่าพึ่งพาตนเองไม่ได้เสมอไป) ที่เหลือกว่า75% มีโรคเรื้อรังหรือเป็นคนไข้ระยะสุดท้าย/ระยะสุดท้าย คนเหล่านี้คือลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการปฐมภูมิกลุ่มใหญ่ ซึ่งมาพบแพทย์ด้วย multiple morbidity อันเป็นภาวะที่ซับซ้อน(complex) ลักษณะส่วนใหญ่ของบุคคลในกลุ่มนี้จึงสะท้อนทัศนะของBarbara Starfield⁵ ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตจึงเป็นหนึ่งในมิติสำคัญสำหรับคนกลุ่มนี้
2. ในหามิติของคุณภาพชีวิต(ตาราง 1.1) บุคคลสี่ประเภทระบุว่าตนมีคุณภาพชีวิตตกต่ำมากหรือมากที่สุด ระหว่างร้อยละ 9 - 44 ที่percentile 50(ตาราง 2) ผู้สูงอายุระบุว่าตนมีคะแนนคุณภาพชีวิต 80จากร้อยเต็ม ผู้พิการ มีคะแนน 70 เมื่อมีโรคเรื้อรังไม่ว่าผู้สูงอายุหรือผู้พิการ คะแนนเป็น 70 ถ้าภาวะระยะสุดท้ายปรากฏร่วมกับคนแต่ละกลุ่มใน 4 กลุ่มนี้ คะแนนเหลือ 65 ลงไปจนถึง 50
3. ถ้าพยายามมองการเปลี่ยนแปลง(ตาราง 3) บุคคลสี่ประเภทร้อยละ 26เท่านั้นที่ระบุว่าอาการในสามเดือนที่ผ่านมาเป็นไปในทางดีกว่าเดิม ส่วนใหญ่ร้อยละ 58 รายงานว่าอาการทรุดตัว ที่น่ากังวลคือร้อยละ 14 ระบุว่าอาการทรุดลงอย่างไรก็ตามเมื่อถามว่าอนาคตคาดหวังสิ่งนี้อย่างไร การกระจายของคำตอบโดยลำดับที่กล่าวมาได้แก่ ร้อยละ 35 47 และ 11(ตาราง 4)

4. บุคคลสี่ประเภท ครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ดูแล และอาจอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 35(รูป 1) เมื่อคำนึงถึงการที่ต้องอาศัยผู้ดูแลตอบคำถามการศึกษาแทน แต่ความจริงที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับผู้ดูแล ซึ่งรายงานนี้เผยตัวเลขให้เห็นเป็นครั้งแรก คือผู้ดูแลร้อยละ 31 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 43 กังวลเกี่ยวกับรายได้ และ ร้อยละ 66 มองโลกอนาคตในแง่ร้าย(เหนื่อยกายเหนื่อยใจ ด้อยอิสรภาพ) ลำสนธิโมเดล⁶ อาจเป็นคำตอบในประเด็นอันน่าเป็นห่วงนี้ ด้วยการวางระบบสนับสนุนงบประมาณจากอปท.เพื่อจ้างผู้ช่วยผู้ดูแลในด้านการแบ่งเบาภาระการดูแลคนติดบ้านติดเตียงและให้สารสนเทศและความรู้ที่จำเป็น ตลอดจนการอุดหนุนวัสดุจำเป็นในการดูแลคนกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ดูแลเป็นเช่นไรยังคงเป็นปริศนา
5. ถ้าคำว่า “หมอครอบครัว” เป็นจุดขายทางนโยบาย ประสบการณ์ของบุคคล 4 กลุ่มและผู้ดูแลไม่สนับสนุนว่าข้อสมมตินี้เป็นจริง เพราะพบว่า คนเหล่านี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 69)ไม่เคยได้ยินทีมสุขภาพแนะนำเรื่องหมอครอบครัวเลย(ตาราง 5) ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากfocus group และ individual interviewเสริมว่า ในมุมมองของทีมสุขภาพตลอดจนทีมสสจ.มองไม่เห็นว่าการนี้ขึ้นอะไรแตกต่างไปจาก “บริการปฐมภูมิ” ที่นิยมใช้เรื่อยมา
6. เป็นที่น่ายินดีเมื่อประสบการณ์ของบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ59) เผยว่า ทีมหมอครอบครัว(ตาราง 6) เป็นพวกเดียวกับหมอที่รักษาประจำในรพ.(รพช-รพศ) สะท้อนให้เห็นโครงสร้างทีมอันเป็นใจกับบริการไร้รอยต่อ(seamless care) อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่า ความนิยมบริการรพ.ใหญ่ในเมืองมีมากกว่ารพช.และรพศ. ดังปรากฏรายงานจากบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ49)ระบุว่าสถานพยาบาลประจำของพวกเขาคือ รพ.ใหญ่ในเมือง(ตาราง 7) ทั้งๆที่จำนวนตัวอย่างของคนเหล่านี้มาจากอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 15 เมื่อถามเกี่ยวกับสถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉินคำตอบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58(ตาราง 8) หลักฐานสองชิ้นนี้ชวนให้เกิดข้อสังเกตเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่บุคคลเหล่านี้คาดหวังว่าน่าจะเกินขีดความสามารถของรพช/สอ.ในทัศนะของพวกเขา

ถามว่า ข้อค้นพบที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลของนโยบายฯ หรือไม่

คำถามนี้ยากจะตอบเนื่องด้วยระยะเวลาดำเนินนโยบายอันสั้น บางจังหวัดเพิ่งเริ่มเมื่อ 3 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางของรายงานนี้ และด้วยจำนวนตัวอย่างเพียง 1,874 คน ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาก็อาจเป็นผลของการดำเนินนโยบายอีกมากมายจากอดีตในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งปรากฏมานานกว่า 10 ปีดังตัวอย่างในรูป ค (ดูหัวข้อที่มาของรายงาน รูปแสดงจำนวนอำเภอที่เคยมีประสบการณ์ทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ)

รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับ อำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน

นโยบายหมอครอบครัว กำหนดให้มีหมอครอบครัว ซึ่งหมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ที่รับผิดชอบของ รพ.สต./ศสม. โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 -2,500 คน/หมอประจำครอบครัว และมี แพทย์ที่ปรึกษา : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งหวังให้ทุกครัวเรือนมีหมอครอบครัว/แพทย์ที่ปรึกษา มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในการดูแลสุขภาพบริการระดับปฐมภูมิ แก่ประชาชนในเขตเมือง ครอบคลุมประชากร ตามเกณฑ์ 1 ศูนย์ต่อประชากร 10,000-30,000 คนในหลักการ

ในทางปฏิบัติ รายงานนี้ค้นพบว่าทีมหมอครอบครัวจำแนกได้เป็นทีมสามระดับได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน(ชุมชน) โดยจำแนกตามองค์ประกอบของสมาชิกผู้มีความถนัดหรือ/และขอบเขตความรับผิดชอบต่างกันโดยอาชีพหรืออาสาสมัคร องค์ประกอบที่ค้นพบสอดคล้องกับความคาดหวังตามนโยบายหมอครอบครัวข้างต้นไม่มากนักน้อยเมื่อพิจารณาคำตอบของสมาชิกทีมฯ (ตาราง 9) กล่าวคือทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกต่างประเภทกัน โดยประเภทสมาชิกหลากหลายมากที่สุดในระดับอำเภอหรือรพ.แม่ข่าย(รพช/เวชกรรมสังคมของรพ.ศูนย์หรือรพ.ทั่วไป...ไม่ได้แสดง ณ ที่นี้)

ความเป็นสหวิชาชีพของทีมในรพ.แม่ข่ายก็ดี สายบังคับบัญชาต่างกันระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.สต.ก็ดี ตลอดจนบทบาทหน้าที่และพื้นฐานความรู้/ความถนัดต่างกันก็ดี อย่างน้อยที่สุดเป็นเครื่องแสดงความหลากหลายอันท้าทายต่อการทำงานของทีมหมอครอบครัวในระดับเดียวกันและต่างระดับกันเพื่อให้เกิดบริการไร้รอยต่อตามที่นโยบายหมอครอบครัวคาดหวัง ประเด็นนี้ดูเหมือนยิ่งเด่นชัดเมื่อภาวะไร้รอยต่อนั้นโยงไปถึงบริการเฉพาะทางในรพช/รพศ

รูปแบบการทำงานดังกล่าวที่รายงานนี้ค้นพบอาจจำแนกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ด้านบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.สต.และหน่วยงานอื่น ในส่วนเกี่ยวกับรพ.สต. อาจเป็นไปโดยทีมสหวิชาชีพให้บริการในรพ.สต.เท่านั้น (จึงปรากฏว่าแพทย์จำนวนหนึ่งไม่ประสงค์เยี่ยมบ้านแม่รพ.สต.ร้องขอ) หรือ ให้บริการในรพ.สต.และถึงบ้านด้วย โดยมีความตกลงกันล่วงหน้าระยะยาวอย่างเป็นระบบหรือเป็นไปตามการร้องขอจากรพ.สต.เป็นรายกรณี อีกรูปแบบหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาทางไกลผ่านช่องทางต่างๆ (ตาราง 10) โดยแพทย์ของ รพ.แม่ข่ายแต่ละคนได้รับมอบหมาย รพ.สต.ในความรับผิดชอบชัดเจนกว่าเดิม ในระดับรพ.สต. บุคลากรแต่ละคนก็ได้รับมอบหมายหมู่บ้านรับผิดชอบชัดเจน สิ่งนี้บ่งชี้อิทธิพลอันจำเพาะของนโยบายหมอครอบครัว ต่อบุคลากรสองระดับนั้นและเชื่อมโยงลงไปถึง อสม.รับผิดชอบครัวเรือนอย่างจำเพาะตามที่เคยเป็นมาก่อนมีนโยบายหมอครอบครัว

ถ้าความเชื่อมโยงที่กล่าวมานี้ ควบรวมความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศทางคลินิก(ห้องฉุกเฉิน คนไข้นอกคนไข้ใน ฯลฯ) ด้วย โอกาสยกระดับคุณภาพบริการและการพัฒนาขีดความสามารถของทีมหมอครอบครัวผ่านการวิเคราะห์/สังเคราะห์สารสนเทศ(explicit knowledge)จะเป็นเช่นไร

เมื่อพิจารณาบริการจำเพาะบุคคลแต่ละประเภทในสีกุ่มตามทีนโยบายหมอครอบครัวคาดหวังให้เน้นย้ำในเบื้องต้น ปรากฏว่ารพช/รพทในฐานะแม่ข่าย ได้วางโครงสร้างจำเพาะสำหรับการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายไว้ก่อนมีนโยบายหมอบรรณกิจจึงช่วยรองรับการดำเนินงานในสองส่วนนี้ได้ชัดเจน ลักษณะบริการที่อาจจะต่างจากเดิมคือ การส่งต่อคนไข้โดยบุคลากรรพ.แม่ข่ายซึ่งอาจเป็นทีมสหวิชาชีพบางตำแหน่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงนำส่งคนไข้ถึงบ้านโดยนัดหมายกับทีมหมอบรรณกิจในตำบลรับผิดชอบเพื่อถ่ายทอดเทคนิคบริการ เช่น การให้ยามอร์ฟีนในคนไข้ระยะสุดท้าย การดูแลการล้างช่องท้องในคนไข้ไตวาย เป็นต้น ดูเหมือนว่าความพร้อมของรพ.แม่ข่ายในด้านบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเชื่อมโยงไปสู่ระดับอำเภอสะท้อนออกมาในรูปความครอบคลุมบริการด้านนี้ในอำเภอที่ใกล้ชิดในทางภูมิศาสตร์ ดังปรากฏผลวิเคราะห์ดังรูป 4(จังหวัดนครพนม) ตัวอย่างเช่น อำเภอนาทมและอำเภอบ้านแพง บริการคนไข้ระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมน้อยกว่าอำเภอนาหว้าหรืออำเภออื่นที่ใกล้ชิดรพ.ซึ่งจัดตั้งมานานจึงมีความพร้อมมากกว่าดังบ่งชี้ด้วยปริมาณคนไข้กลุ่มนี้มากกว่าของรพ.บึงกาฬซึ่งใกล้ชิดสองอำเภอแรก ทั้งนี้รพ.บึงกาฬเพียงยกฐานะเป็นรพท.เมื่อพ.ศ. 2548 ลักษณะภูมิประเทศที่ยาวยาวของอำเภอท่าอุเทนอาจเป็นคำอธิบายว่า เหตุใดความครอบคลุมในเรื่องนี้จึงต่ำกว่าอำเภออื่นในจังหวัดนครพนม(ยกเว้น อำเภอนาทมและอำเภอบ้านแพง) ข้อค้นพบเหล่านี้บ่งชี้ว่า กำหนดตัวชี้วัดรองรับการดำเนินงานนโยบายไม่ควรสมมติว่าทุกพื้นที่มีทุนประเดิมเท่ากัน จึงไม่ควรกำหนดเกณฑ์ตัดสินหนึ่งเดียว หากแต่ความให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าจากจุดตั้งต้นอันแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ นอกจากนั้นกรณีข้อจำกัดของรพ.บึงกาฬดังกล่าวยังให้ข้อคิดในแง่การจัดสรรทรัพยากร(resource allocation)ว่า ถ้าคาดหวังให้รพท.แห่งใหม่นี้ทำงานได้ทัดเทียมกับรพ.รุ่นพี่ก็ควรพิจารณาเติมเงื่อนไขอันจำเป็นให้ทัดเทียมกัน

นอกจากนั้นเงื่อนไขในพื้นที่ซึ่งมีอิทธิพลต่อลักษณะความสัมพันธ์ที่กล่าวมานี้ คือ ภาวะการนำโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนในรพ.แม่ข่ายได้แก่ ผอ.รพ. แพทย์ประจำ/แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม พยาบาลหัวหน้าทีมเวชปฏิบัติ บุคคลสองประเภทหลังมักแสดงบทบาทนำได้ราบรื่นเมื่อผอ.รพ.ให้การสนับสนุน ในแง่ของการให้อำนาจตัดสินใจ มอบหมายความรับผิดชอบชัดเจน ประกันเวลาทำงานกับทีมหมอบรรณกิจ และ/หรือจัดสรรบุคลากรสนับสนุนให้มากเพียงพอ หลักฐานเชิงคุณภาพแสดงว่า พยาบาลหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติในรพ.แม่ข่ายบางคนใช้ประโยชน์จากสาระนโยบายหมอบรรณกิจเป็นเกณฑ์อ้างอิงในการระดมกำลังคนได้เพิ่มขึ้นในขอบเขตที่เป็นไปได้ของพื้นที่ตน

พ้นจากขอบเขตรพ.แม่ข่าย พบหลักฐานว่า สสอ.อาจมีอิทธิพลต่อภาวะการนำระดับรพสต.ที่กล่าวมาได้จำกัด โดยผ่านการถ่ายทอดสาระนโยบายหมอบรรณกิจ และกำกับติดตามงาน คำอธิบายที่มีหลักฐานเชิงคุณภาพสนับสนุนคือ สาระการถ่ายทอดและติดตามโดยสสอ.ไม่ได้ลงลึกเพียงพอจึงยากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพทางคลินิก หรือระบบสนับสนุนบริการทางคลินิก(จะขยายความส่วนระบบสนับสนุนฯในหัวข้อต่อไป)

สำหรับบทบาทของสสจ. นอกเหนือจากการติดตามความก้าวหน้าด้วยดัชนีชี้วัดนโยบายหมอบรรณกิจ ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกระบุว่า ในจังหวัดของตน นพ.สสจ.จัดให้มีการฝึกอบรมแพทย์จบใหม่ แพทย์ประจำ และบุคลากรอื่นในทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นกิจจะลักษณะมากกว่าหนึ่งรูปแบบเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำงานในทีมหมอบรรณกิจ โดยที่นพ.สสจ.เข้าร่วมรับฟัง/สังเกตการฝึกอบรมด้วยตนเองในบางโอกาส การฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ในบางพื้นที่มุ่งหวังให้บุคคลเหล่านี้ซึ่งหม่นเวียนน้อยกว่าแพทย์ ทำหน้าที่สืบสานภาวะการนำบริการปฐมภูมิ อันที่จริงการฝึกอบรมลักษณะนี้เกิดขึ้นอย่างน้อยตั้งแต่ 3ปีมาแล้วเมื่อนโยบายเขตสุขภาพเริ่มดำเนินการ ทำนองเดียวกัน ในอดีต พบหลักฐานเชิงคุณภาพในเขตสุขภาพหรือจังหวัดบางแห่งว่า ผู้ตรวจราชการหรือนพ.สสจ.ที่สนใจแนวคิดทำนองเดียวกับหมอบรรณกิจสามารถผลักดันการพัฒนาระบบบริการด้านนี้และมีผล

สืบเนื่องมาจนปัจจุบัน ดังประจักษ์พยานด้วยคำว่า “รพ.สต.ติดดาว” หรือ “ห้าเสือปฐมภูมิ” เป็นตัวอย่างวาทะกรรมและตัวชี้วัดสมรรถนะการทำงานปฐมภูมิที่ยังดำรงอยู่ตราบนานปัจจุบันด้วยความเข้มข้นต่างกันระหว่างพื้นที่ แม้มีการเปลี่ยนตัวบุคคลก็ตาม^{7 8}

ตรงกันข้าม ไม่ปรากฏหลักฐานว่า “หมอครอบครัว” เป็นวาทะกรรมที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในระดับปฏิบัติ(ตาราง 5) แม้ว่าสาระสำคัญจะมีผลในทางปฏิบัติ นั่นคือ ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะวิชาชีพอื่นนอกจากแพทย์ส่วนใหญ่เชื่อว่านโยบายหมอครอบครัว ทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการเน้นบริการให้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย คำว่า”เตียง 1 เตียง 24 เป็นวาทะกรรมใหม่สะท้อนระดับการพึงพิงของบุคคลสี่ประเภทที่กล่าวมานี้และเกี่ยวพันกับนโยบายหมอครอบครัว ทั้งนี้การวิเคราะห์ผลการสืบค้นเว็บไซต์ของสสจ.บางแห่ง(รายงานความก้าวหน้าการดูแลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัว <http://www.nkp.moph.go.th/index2.php?dp=1>)ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ตัวเลขความครอบคลุมบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกันมากระหว่างอำเภอในจังหวัดเดียวกัน(รูป 4) ในขณะที่บริการผู้สูงอายุและผู้พิการครอบคลุม(กว่าร้อยละเก้าสิบ)ไม่ต่างกันระหว่างอำเภอ จึงอาจอนุมานว่าบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายน่าจะเป็นบริการค่อนข้างใหม่และอยู่ในระยะเริ่ม

ในมุมมองของคนทำงาน สมาชิกทีมหมอครอบครัวร้อยละ 95 ตอบแบบสอบถามว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้ตนเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยใช้ทีมมากขึ้น สมาชิกทีมสื่อสารกับผ่านมือถือ(ร้อยละ 96) และไลน์(ร้อยละ 84) เป็นหลัก(ตาราง 10) ร้อยละ84ระบุว่ามีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอโดยครึ่งหนึ่งของผู้ตอบระบุว่าประชุมกันครั้งล่าสุดเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา เช่นเดียวกัน การศึกษาด้วยแบบสอบถามก็พบว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวได้ส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของคนไข้ในการวางแผนการรักษามากขึ้น สมาชิกหมอครอบครัวร้อยละ 95 มีความมั่นใจในการทำงานในบทบาทหมอครอบครัว สมาชิกทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่เชื่อว่า คนไข้ได้การดูแลครบกระบวนการส่งต่อ และพวกเขาส่วนใหญ่(97%) รู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัว

ประการสุดท้าย หลักฐานเชิงคุณภาพ บ่งชี้ว่าบางอำเภอ การประชุมคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)โดยนายอำเภอเป็นประธาน อาจมีอิทธิพลทางตรงหรือทางอ้อมต่อการรูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัว เช่น ทีมหมอครอบครัวรายงานปัญหาสาธารณสุขพบเห็นด้วยการเยี่ยมบ้านในที่ประชุม DHS แล้วนำไปสู่การแก้ไขโดยอปท.ซึ่งมีการติดตามผลในการประชุมในภายหลัง หรือการเยี่ยมบ้านเชิงสังคมของนายอำเภอ/ภรรยา(คุณนายนายอำเภอ)อาจเป็นสัญญาณว่าฝ่ายนำโดยทางการของ อำเภอให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านซึ่งมีขอบเขตแบบองค์รวม บางอำเภอผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่านายอำเภอผสมผสานความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเข้าไปในการเยี่ยมบ้านเชิงสังคม นอกจากการสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับอปท.ในเวทีDHS การเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวยังอาจโน้มนำให้อปท.สนใจที่จะหาทางช่วยเหลือคนไข้ โดยเฉพาะผู้พิการในด้านสังคม ทำนองเดียวกับ อำเภอลำสนธิอันเป็นหนึ่งในต้นแบบการดูแลผู้พิการจนการเป็นระบบที่อปท.สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในทางสังคมและทางสุขภาพในรูปผู้ช่วยผู้ดูแล

2. ความสัมพันธ์ด้านวิชาการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.สต. ปรากฏหลักฐานแสดงลักษณะความสัมพันธ์ชนิดนี้ในสามลักษณะ ได้แก่ ก) รพ.แม่ข่ายจัดบรรยายหรือสาธิตวิชาการแก่รพ.สต.ตามที่ร้องขอหรือตกลงกันล่วงหน้า ข)รพ.แม่ข่ายผสมผสานการจัดบริการที่รพ.สต.เข้ากับการถ่ายทอดความรู้ทางคลินิกให้ทีมรพ.สต.โดยอาจเป็นการถ่ายทอดความรู้ระหว่างบริการคนไข้ที่ละราย หรือ ตกลงกันล่วงหน้าเกี่ยวกับคนไข้แต่ละประเภทหรือเทคนิคบริการเฉพาะ

เรื่อง(เช่น การใช้ยาแก้ปวด) ค)กิจกรรมวางแผนการเยี่ยมบ้านคนไข้ด้วยกันระหว่างสหวิชาชีพพ.แม่ข่ายกับทีมรพ.สต.และ/หรือกิจกรรมทบทวนผลการเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ ในเชิงปริมาณ คำตอบจากสมาชิกทีมฯระบุว่าได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมากที่สุด(ร้อยละ 60 ของจำนวนคำตอบทั้งหมด) สำหรับสาระที่เกี่ยวกับผู้นำเวชปฏิบัติครอบครัวปรากฏความถี่เพียงร้อยละ 8 ทั้งนี้แหล่งที่มาของการฝึกอบรมน่าจะมีมากกว่าหนึ่งแหล่ง อย่างไรก็ตาม สมาชิกทีมฯระบุว่าต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ทำงานหมอบรรลุได้ดียิ่งขึ้นในเรื่อง เวชปฏิบัติครอบครัวมากที่สุด(ร้อยละ 56ของจำนวนคำตอบ) และรองลงมาคือเรื่องวิทยาการกระบวนการ(ร้อยละ 16) สิ่งนี้บ่งชี้ความสนใจของบุคลากรในการพัฒนาตนเองสอดคล้องกับนโยบายฯ

3. ความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนบริการจากรพ.แม่ข่ายสู่รพ.สต. ในรูปของวัสดุการแพทย์ และเวชภัณฑ์ หรือ บริการทางห้องปฏิบัติการ หรือระบบสารสนเทศ

ข้อค้นพบเชิงคุณภาพพบว่า การสนับสนุนมีทั้งราบรื่นและไม่ราบรื่น ด้านที่ราบรื่นปรากฏตัวอย่าง การส่งต่อคนไข้ระยะสุดท้ายจากรพ.แม่ข่าย(รพท/รพศ)สู่อำเภอพร้อมยาจำเป็นเช่น มอร์ฟีน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถ่ายถอดแก้ที่มอำเภอดังกล่าวข้างต้น ตัวอย่างที่ไม่ราบรื่น อาจหมายถึง รายการยาและ/หรือ ปริมาณยาไม่ครบตามความต้องการของรพ.สต. ยกเลิกการตรวจHbA1c ทั้งอำเภอเพราะผอ.รพ.เชื่อว่าไม่คุ้มค่า รพ.แม่ข่ายส่งมอบอุปกรณ์ผู้พิการล่าช้าจนทำให้ภาวะพึงพิงของคนพิการถดถอยจากขั้นติดบ้านเป็นติดเตียง การยกเลิกการตรวจHbA1c ทั้งอำเภอเช่นนี้สอดคล้องกับรายงานของSieng et al⁹ ว่า ในภาพระดับประเทศ รพช.ส่งตรวจชนิดนี้น้อยกว่ารพ. 2/3เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายงานนี้วิเคราะห์ข้อมูลคนไข้เบาหวานในรพช. รพท และรพช. ทั่วประเทศกว่าสองหมื่นรายในปี 2555 นอกจากนั้นในรายงานชิ้นนี้ยังพบว่า ในรพช.คนไข้คลินิกเบาหวานได้รับการตรวจตาและเท้ามากกว่าคนไข้คลินิกทั่วไปกว่าสองเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจอนุมานได้ว่า โอกาสที่คนไข้เบาหวานที่รพ.สต.ซึ่งทีมสหวิชาชีพเวียนออกไปร่วมให้บริการเป็นครั้งคราวอาจได้รับการดูแลลักษณะดังกล่าวดีกว่าคนไข้เบาหวานที่รพช.

ในมุมของระบบสารสนเทศ สมาชิกทีมฯระบุว่ามีฐานข้อมูลสำหรับผู้พิการ โรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดัน) และสูงอายุด้วยความถี่เกินร้อยละ 80ของคำตอบ

กระนั้นก็ตาม ดูเหมือนว่าการวิเคราะห์และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลไปยกระดับการเรียนรู้ของทีมหมอบรรลุยังจำกัด กล่าวคือ สมาชิกทีมฯสามารถระบุว่าเคยเห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ต่ำกว่าร้อยละ55 และร้อยละ 80 ของคนกลุ่มนี้(119คน) รายงานว่าเคยเห็นผลเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา(พิสัย 0-12 เดือน) ร้อยละ 20 เคยเห็นเกินกว่าสองเดือนมาแล้ว ปรากฏการณ์นี้น่าจะมาจากสมรรถนะอันจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูล แม้แต่ระดับเขตก็ยังทำได้เพียงการแจกจ่ายตัวเลข/หาค่าร้อยละตามเกณฑ์ของส่วนกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับไต้หวันซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(universal health care)มาก่อนประเทศไทย ปรากฏว่า 20 ปีนับแต่จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในไต้หวัน ฐานข้อมูลทางคลินิกและการบริหารได้เชื่อมโยงกันครอบคลุมประชากรร้อยละ 99 นำไปสู่การค้นพบที่เป็นประโยชน์แก่การดูแลคนไข้ เช่น การคาดคะเนความเสี่ยงต่อภาวะaortic dissection ในคนไข้ที่กินยา fluoroquinolone และความเสี่ยงต่อจอประสาทตาต่ออันสัมพันธ์กับ amiodarone¹⁰

ความสัมพันธ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ยากจะสรุปว่าเกี่ยวข้องเพียงใดกับนโยบายหมอบรรลุเนื่องจากมีตัวกวน(confounders)ซึ่งพัวพันอย่างแยกแยะได้ยาก อย่างไรก็ตาม เกือบร้อยละร้อยของสมาชิกทีมหมอบรรลุผู้ตอบแบบสอบถาม(จำนวน 218 คน) เห็นว่า การทำงานเป็นทีมระหว่างรพช. และรพ.สต. มีความหมายต่อการดูแลคนไข้เรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความ

ต้น พิกุล จิตเวช ฤกษ์ลมพอง ฯลฯ) เช่นเดียวกัน พวกเขาร้อยละ 98 เห็นว่า การทำงานของทีมหมอครอบครัวสามารถลดความเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 99 เห็นว่าทีมหมอครอบครัวช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชนดีขึ้น

4. ความผันผวนไม่ต่อเนื่องของกระบวนการนโยบายส่วนกลาง

ความเห็นอันค่อนข้างเป็นเอกฉันท์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกพื้นที่คือ วาที่กรรม/ตัวชี้วัดทางนโยบายเปลี่ยนบ่อยเมื่อผู้บริหารส่วนกลางเปลี่ยนบ่อยในขณะที่สาระสำคัญของเนื้อหาไม่ได้ต่างกัน ผลกระทบต่อคนทำงานในพื้นที่ได้แก่ ภาระงานเอกสารมากเกินไป และความสับสนเกินไป เมื่อสะสมในระยะยาว จึงบั่นทอนความคิดริเริ่มและขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ปรากฏการณ์”หมอน้ำจ่อ” อันเป็นวาที่กรรมระดับนโยบายเมื่อสองปีก่อน (2557-58) สะท้อนผลกระทบด้านลบของระบบสารสนเทศที่สร้างภาระงานต่อคนทำงานในพื้นที่จนบั่นทอนเวลาให้บริการประชาชน และไม่เกิดประโยชน์ต่อการวางแผน ตัดสินใจให้บริการเท่าที่ควร หน้าที่ยังสร้างความสับสนเกี่ยวกับการบรรจุเป้าหมายหรือสถานการณ์เพราะตัวเลขไม่ตรงกันระหว่างแหล่งต่างๆ เช่น สัดส่วนความครอบคลุมของบริการให้วัคซีนต่างกันระหว่างตัวเลขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กับ ตัวเลขจากการศึกษา 30-cluster ของกรมควบคุมโรค เป็นต้น สิ่งนี้ยังคงดำรงอยู่ตราบจนปัจจุบัน

ตัวอย่างที่จำเพาะในแง่ของนโยบายหมอครอบครัว ได้แก่ คำสั่งให้พื้นที่ส่งวิดีโอคลิปไปส่วนกลาง ซึ่งหลายแห่งลงทุนจ้างมืออาชีพมาผลิต ทำให้ต้นทุนการทำงานเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ให้ความเห็นตรงกันว่า ไม่ได้สัญญาณป้อนกลับ (feedback) จากส่วนกลาง จึงไม่เห็นประโยชน์ของคำสั่งเช่นนี้ ทำนองเดียวกัน คำสั่งให้แจกเบอร์โทรศัพท์แก่ครัวเรือนก็ได้รับการตอบสนองอย่างจำกัดโดยคนทำงานในพื้นที่ เนื่องจากไม่ได้เห็นประโยชน์แตกต่างไปจากช่องทางสื่อสารเดิม แถมในบางพื้นที่ยังประสบปัญหาโทรศัพท์ทักบ่อยๆ อย่างไรก็ดีตาม ผลการศึกษาด้วยแบบสอบถามพบว่า สมาชิกทีมหมอครอบครัว(201คน) ร้อยละ99 เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป

ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอบรรณครรว

5. การพัฒนาและดำเนินนโยบาย

- a. แม้ปฏิเสศความจริงเกี่ยวกับความผันผวนทางการเมืองในระดับชาติได้ยาก แต่การสืบสานนโยบายโดยมีจุดขายใหม่ไม่จำเป็นต้องสร้างตัวชี้วัดหรือวาทกรรมใหม่เสมอไป แต่อาจเก็บเกี่ยวความสำเร็จในระดับพื้นที่ ผ่านการสังเคราะห์ข้อมูล/ความรู้เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อสื่อสารสาธารณะให้เห็นว่า ประชาชนได้อะไร เพราะรัฐบาลทำอะไร
- b. พัฒนาเครือข่ายสถาบันวิชาการที่สามารถทำงานเกาะติดการพัฒนาต่างๆอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจะดำเนินการใน(a)แล้วแสดงผลผลิตในระยะสั้นและระยะยาว โดยผสมผสานกับการสร้างขีดความสามารถในการคิดริเริ่มพัฒนานวัตกรรมระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นวงจรหมุนวนในทางสร้างสรรค์ได้ไม่หยุดยั้ง
- c. สารนโยบายหมอบรรณครรวที่ควรสืบสานคือ การกำหนดเป้าหมายครรวเรือนให้ทีมสหวิชาชีพทุกระดับรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายรพสต.ให้ทีมสหวิชาชีพอำเภอรับผิดชอบสนับสนุนทางวิชาการและเชื่อมโยงสู่ผู้บริหารCUPเพื่อสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์บนหลักการทำงานเป็นเครือข่าย(สัมพันธ์ฉันท์มิตรเกื้อกูลซึ่งกันและกัน)มุ่งเน้นประโยชน์คนไข้เป็นศูนย์กลาง

6. บุคลากร

- a. ควรเน้นเสริมขีดความสามารถ และแรงจูงใจด้านการจัดการให้แก่แพทย์ผู้ทำงานปฐมภูมิ
- b. ควรพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งหมุนเวียนน้อยกว่าแพทย์ ให้มีบทบาทหน้าที่สืบสานการนำการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานเป็นหลัก
- c. ถ้ามอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติในรพ.แบ่งเบาภาระแพทย์ในบริการคนไข้ นอก น่าจะเพิ่มโอกาสให้แพทย์ได้ทำงานด้านปฐมภูมินอกเหนือจากการตรวจโรคได้มากขึ้น

7. สารสนเทศ

- a. พัฒนาฐานข้อมูลทางคลินิกให้เชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งพัฒนาขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์ทั้งในการพัฒนาภาพรวมและการดูแลคนไข้เป็นรายๆ
- b. ยกเลิกระบบรายงานซ้ำซ้อน และไม่เกิดประโยชน์ต่อการตัดสินใจระดับนโยบาย

8. รูปแบบบริการ

- a. สืบสานการพัฒนาบริการไร้รอยต่อโดยต่อยอดจากจุดเน้นผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการมอบหมายครรวเรือน/รพสต.รับผิดชอบชัดเจน ทั้งนี้ ควรมุ่งไปสู่การป้องกันระดับปฐมภูมิให้ได้
- b. DHS เป็นโครงสร้างทางารที่จะมีประโยชน์มากขึ้นโดยเฉพาะในทิศทางป้องกันระดับปฐมภูมิ ถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปในรูปแบบทางารและไม่เป็นทางารอย่างต่อเนื่อง ผ่านหลายช่องทาง หลายโอกาส

- 1 Thai version <http://www.euroqol.org/eq-5d-products/eq-5d-5l.html>; Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:6 ...for Thai
- 2 วิชัย เอกพลากร รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>
- 3 ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานฉบับสุดท้าย โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต ระยะเวลา 1 มกราคม – 31 สิงหาคม 2557
- 4 Muldoon LK1, Hogg WE, Levitt M. Can J Public Health. 2006 Sep-Oct;97(5):409-11. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?
- 5 Barbara Starfield. Chronic Care, Chronic Disease Care, and Primary Care: One and the Same, or Different? Bellagio, Italy April 2008
- 6 สันติ ลามเจริญ รพ.ชุมชนกับระบบสุขภาพชุมชน อำเภอลำสนธิ http://thaiichr.org/upload/forum/04doc01270911_santi.pdf
- 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและคนพิการปี 2558 ห้องประชุมรพ.เลย <http://www.lo.moph.go.th/main2015/>
- 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับทีมสหวิชาชีพปี 2558 <http://www.lo.moph.go.th/main2015/>
- 9 Sokha Sieng Bandit Thinkamrop and Cameron Hurst . Achievement of Processes of Care for Patients with Type 2 Diabetes in General Medical Clinics and Specialist Diabetes Clinics in Thailand. Epidemiology (sunnyvale) 2015, 5:S2 <http://dx.doi.org/10.4172/2161-1165.S2-004>
- 10 Minerva. Taiwan's national research database and other stories . . . BMJ 2015; 351 : h5395

ภาคผนวก 1

แบบสอบถามบุคลากรที่มโหหรรอบคร้ว (หน้า 24-30)

แบบสัมภาษณ์บุคคลลึประภท (หน้า 31-36)

แบบประเมินความรู้คิด (หน้า 37)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ5D5L (หน้า 38-41)

ภาคผนวก 2

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าทีมมโหหรรอบคร้วและผู้บริหาร (หน้า 42-43)

แนวคำถาม กลุ่มสนทนา ทีมมโหหรรอบคร้ว (หน้า 44)

Checklist รายการเอกสารที่ขอพิจารณาตรวจยืนยัน ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มสนทนา และ แบบสอบถามบุคลากรที่มโหหรรอบคร้ว (หน้า 45)

แบบสอบถามสมาชิกที่สมัครรอบครัว

ตัวแปร	ลำดับ	เขต	จังหวัด	อำเภอ
CODE	1	2	3	4
หมวดที่ 1 ทีมหมอครอบครัวและองค์ประกอบของทีม				CODE
1. ตอนนี้ท่านอยู่ในทีมอำเภอ ทีมตำบล หรือทีมหมู่บ้าน				5
☐ 1 ทีมอำเภอ (รพช) ☐ 2 ทีมตำบล (รพ.สต.) ☐ 3 ทีมหมู่บ้าน				
2. ตำแหน่งของท่าน				6-7
☐ 2.1 แพทย์ ☐ 2.7 นักวิชาการ ☐ 2.13 อปท.				
☐ 2.2 ทันตแพทย์ ☐ 2.8 ทันตภิบาล ☐ 2.14 กำนัน				
☐ 2.3 เภสัชกร ☐ 2.9 แพทย์แผนไทย ☐ 2.15 ผู้ใหญ่บ้าน				
☐ 2.4 พยาบาล ☐ 2.10 นักโภชนาการ ☐ 2.16 แกนนำ				
☐ 2.5 นักจิตวิทยา ☐ 2.11 জন. สธ./ อื่น ๆ ☐ 2.17 จิตอาสา				
☐ 2.6 นักกายภาพบำบัด ☐ 2.12 อสม. ☐ 2.18 อื่น ๆ.....				
3. ระดับอำเภอ (รพ.ชุมชน) ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยใครบ้าง (ตัวเลือก 1 ตอบได้มากกว่า)				8-26
☐ 3.1 แพทย์ ☐ 3.7 นักวิชาการ ☐ 3.13 อปท.				
☐ 3.2 ทันตแพทย์ ☐ 3.8 ทันตภิบาล ☐ 3.14 กำนัน				
☐ 3.3 เภสัชกร ☐ 3.9 แพทย์แผนไทย ☐ 3.15 ผู้ใหญ่บ้าน				
☐ 3.4 พยาบาล ☐ 3.10 นักโภชนาการ ☐ 3.16 แกนนำ				
☐ 3.5 นักจิตวิทยา ☐ 3.11 জন. สธ./ อื่น ๆ ☐ 3.17 จิตอาสา				
☐ 3.6 นักกายภาพบำบัด ☐ 3.12 อสม. ☐ 3.18 อื่น ๆ.....				
4. ทีมหมอครอบครัวของท่านใช้วิธีหรือกระบวนการทำงานใดให้สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)				27-31
☐ 4.1 ปรับปรุงงานให้ดีขึ้นด้วยการเรียนรู้จากบริบท Context Based Learning เช่น วิถีชีวิตของชาวบ้าน สภาพภูมิประเทศ				
☐ 4.2 สมาชิกทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน Knowledge Management				
☐ 4.3 อื่น ๆ ระบุ.....				
☐ 4.4 ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ				

5. เวลาติดต่อกันทีมหมอบรรคครัวของท่านใช้เครื่องมืออะไรบ้างในการสื่อสารกัน (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ 5.1 โทรศัพท์มือถือ ☐ 5.2 โทรศัพท์ที่ทำงาน ☐ 5.3 โทรสาร ☐ 5.4 วิทียูสสื่อสาร ☐ 5.5 เฟสบุ๊ก (Facebook) ☐ 5.6 ไลน์ (Line) ☐ 5.7 อีเมลล์ ☐ 5.8 อื่น ๆ ระบุ.....	32-40
6. หน่วยงานของท่านได้สร้างแรงจูงใจ ขวัญ กำลังใจอะไรในการทำงานหมอบรรคครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ 6.1 ให้งบประมาณ ☐ 6.2 ให้ความดีความชอบ ☐ 6.3 ของขวัญ ☐ 6.4 ให้รางวัลเชิดชูเกียรติ ☐ 6.5 ให้คนเพิ่ม ☐ 6.6 หัวหน้าใส่ใจติดตามการทำงาน ☐ 6.7 คนไข้ให้กำลังใจ ☐ 6.8 อื่น ๆ ระบุ.....	41-49
7. ความรู้สึกของท่านที่มีต่อทีมหมอบรรคครัว ☐ 1 ภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของทีม ☐ 2 เฉย ๆ ☐ 3 ไม่แน่ใจ/ไม่ชอบตอบ 4 ไม่ภาคภูมิใจ	50
8. มีการกำหนดการประชุมร่วมกันภายในทีมอำเภอล่วงหน้าชัดเจนสม่ำเสมอ ☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี ☐ 3 ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ	51
9. การประชุมร่วมกันภายในทีมอำเภอของท่านครั้งสุดท้ายเมื่อ.....เดือนที่ผ่านมา	52
หมวดที่ 2 บทบาทของผู้ตอบ	CODE
10. บทบาทหน้าที่ของผู้ตอบ ☐ 1 ผู้นำทีม ☐ 2 สมาชิกในทีม ☐ 3 ที่ปรึกษา ☐ 4 อาสาสมัคร	53
11. เพศของผู้ตอบ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง	54
12. อายุของผู้ตอบ	55
13. ท่านทำงานที่นี่ (รพ. หรือ รพ.สต.) มากี่ปี	56
14. จำนวนเดือนที่ท่านร่วมทำงานในทีมหมอบรรคครัว	57

หมวดที่ 3 : ทศนคติของทีมหมอครอบครัวต่อการดำเนินงาน	CODE
15. ท่านคิดว่าคนไข้ในความรับผิดชอบของท่านได้ประโยชน์จากทีมงานสักเพียงใด ☐ 1 มากที่สุด ☐ 3 ปานกลาง ☐ 5 น้อยที่สุด ☐ 2 มาก ☐ 4 น้อย ☐ 6 ไม่แน่ใจ	58
16. ในความเห็นส่วนตัว การทำงานเป็นทีมระหว่าง รพช. และรพ.สต. มีความหมายต่อการดูแลคนไข้เรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดัน พิการ จิตเวช อุลงมพอง ฯลฯ) ☐ 1 ไม่มี ☐ 2 มี ☐ 3 ไม่แน่ใจ	59
17. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวทำให้ ครอบครัว ชุมชน ที่ดูแลสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	60
18. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านทำให้ ครอบครัว ชุมชน ที่ท่านดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	61
19. ท่านคิดว่าทีมหมอครอบครัวของท่านสามารถลดความเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	62
20. ท่านเห็นว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่ดีและควรดำเนินต่อไป ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	63
21. การทำงานแบบทีมหมอครอบครัว ทำให้ท่านเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยใช้ทีมงานมากขึ้น ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	64
22. หลังจากทำงานแบบทีมหมอครอบครัว ทำให้ท่านส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการรักษามากขึ้น ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	65
23. ผู้ป่วยที่รับมา หรือส่งไปจากทีมหมอครอบครัวของท่านได้รับการดูแลครบกระบวนการส่งต่อ ☐ 1 ไม่ใช่ ☐ 2 ใช่ ☐ 3 ไม่แน่ใจ	66
24. ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ 1 ดูแลต่อเนื่องโดยกำหนดวาระประชุมทีมเป็นประจำ ☐ 2 หาทางให้หมอซึ่งเป็นหัวหน้าทีมฯ รับช่วงงานจากรุ่นต่อรุ่นได้ราบรื่น ☐ 3 หัวหน้านำด้วยการเยี่ยมบ้านหรือ	67-69

หมวดที่ 4 : การได้รับการฝึกอบรมความรู้เพิ่มเติม ความรู้และความมั่นใจ	CODE
25. ตั้งแต่มาทำงานที่นี่ ท่านได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 25.1 ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ☐ 25.7 การเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ☐ 25.2 การประเมินระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ☐ 25.8 เกสซ์กรรมปฐมภูมิ ☐ 25.3 ผู้นำเวชปฏิบัติครอบครัว ☐ 25.9 นักสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติการ ☐ 25.4 ผู้นำหน่วยบริการคู้สัญญาปฐมภูมิ ☐ 25.10 แนวทางเวชปฏิบัติ CPG ☐ 25.5 กายภาพบำบัดชุมชน ☐ 25.11 อื่น ☐ 25.6 เกสซ์ชุมชน	70-81
26. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้ความเข้าใจการทำงานเรื่องหมีครอบครัวเพียงใด ☐ 1 ไม่มีความรู้เลย ☐ 3 มีความรู้ดี ☐ 2 พอมีความรู้บ้าง ☐ 4 มีความเชี่ยวชาญชำนาญเรื่องนี้	82
27. ท่านมีความมั่นใจในการทำงานในบทบาทหมีครอบครัวเพียงใด ☐ 1 ไม่มั่นใจเลย ☐ 3 มั่นใจ ☐ 2 พอมั่นใจบ้าง ☐ 4 มั่นใจมาก	83
28. ภาระกิจหน้าที่ของท่านในทีมหมีครอบครัว ท่านให้บริการในข้อต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ 28.1 ส่งเสริมสุขภาพ/อบรมคนไข้ ☐ 28.6 รักษา เยียวยา ☐ 28.2 การดูแลระยะยาว ☐ 28.7 บำบัด ฟันฟู ☐ 28.3 ให้คำปรึกษาแนะนำ ☐ 28.8 ทำสถิติรายงานสถานะสุขภาพครอบครัว ☐ 28.4 ติดต่อ สื่อสาร ประสานงาน ☐ 28.9 อบรม อปท. ☐ 28.5 การดูแลแบบประคับประคอง ☐ 28.10 อื่น ๆ ระบุ.....	84-94
29. หน้าที่หลักของท่านในทีมหมีครอบครัว ท่านแสดงบทบาทในข้อใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ 29.1 ผู้ให้บริการสุขภาพ ☐ 29.5 ผู้ประสานงาน กับหน่วยงานและชุมชน ☐ 29.2 ครู ที่ปรึกษา ผู้แนะแนว ☐ 29.6 ผู้เฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้น ☐ 29.3 นักจัดการแก้ปัญหาที่ดี ☐ 29.7 ผู้เป็นแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพ ☐ 29.4 ผู้นำการเรียนรู้แบบใหม่ ☐ 29.8 อื่น ๆ ระบุ.....	95-103

30. หลักสูตร การศึกษาอบรมที่ท่านต้องการได้รับเพื่อให้สามารถทำงานเรื่องหมอประจำครอบครัวได้ ระบุ ☐ 1. เวชปฏิบัติครอบครัว ☐ 2. การวิเคราะห์ข้อมูล ☐ 3. วิทยากรกระบวนการ (facilitator) ☐ 4. อื่นๆ.....							104
31. หน่วยงานของท่านมีกระบวนการใดในการควบคุมกำกับและสร้างบูรณาการทีมหมอครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ 31.1 การจัดทำมาตรฐานงานของทุกสายอาชีพ ☐ 31.2 การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ☐ 31.3 การออกแบบระบบบันทึก วิเคราะห์และใช้ข้อมูล ☐ 31.4 ได้รับงบประมาณเพิ่ม ☐ 31.5 ได้รับการเพิ่มจำนวนบุคลากรอื่น ๆ ☐ 31.6 การจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะ ☐ 31.7 การนิเทศงาน ☐ 31.8 ปรับโครงสร้าง สายงาน ☐ 31.9 ระบบให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่อคนไข้ ☐ 31.10 ระบุ.....							105-115
หมวดที่ 5: การจัดการสารสนเทศของทีมหมอครอบครัว (ตอบเฉพาะ รพ. อำเภอ และ รพ.สต.)							
พิจารณาระบบข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานท่านและตอบคำถามด้านล่างนี้							
กลุ่มคนไข้	32. รพ อำเภอ หรือ รพสต มีฐานข้อมูลเฉพาะสำหรับคนไข้			33. รพ อำเภอ หรือ รพสต มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง			
	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ	
1. พิการ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	CODE ข้อ 32 116-125
2. เบาหวาน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. ความดัน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. สูงอายุ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. หอบหืด	☐	☐	☐	☐	☐	☐	CODE ข้อ 33 126-135
7. ฤงลมพอง	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
8. จิตเวช	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
9. อื่นๆ.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

34. ท่านเคยเห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลคนใช้กลุ่มต่อไปนี้ ซึ่งทำให้ท่านได้เรียนรู้ว่าจะปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น				CODE
กลุ่มคนใช้	ไม่เคย	เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อกี่เดือนที่ผ่านมา (ตอบจำนวนเดือน)	ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	
1. พิกการ				CODE ข้อ 34 136-154
2. เบาหวาน				
3. ความดัน				
4. สูงอายุ				
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
6. หอบหืด				
7. ฤงลมพอง				
8. จิตเวช				
9. อื่นๆ.....				

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

แบบสอบถามบุคคล 4 ประเภท

ตัวแปร	ลำดับ	เขต	จังหวัด	อำเภอ
CODE 1 - 4	1	2	3	4
หมวดที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกลักษณะทางประชากรของผู้ให้สัมภาษณ์				CODE
1. สถานะภาพของผู้ตอบ ☐ 1 ด้วยตนเอง ☐ 2. โดยผู้ดูแล (บุคคลใน ครอบครัว) ☐ 3 โดยผู้รับจ้างดูแล ☐ 4 เพื่อนบ้าน/อื่นๆ....				5-6
2. ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ) ☐ 2.1 ผู้สูงอายุ ☐ 2.2 ผู้พิการ ☐ 2.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรค..... ☐ 2.4 ผู้ป่วยประคับประคอง				7-11
3. เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง				12
4. อายุปี				13
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันทั้งหมด.....คน				14
6. สวัสดิการในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันของคนไข้ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ) ☐ 1. บัตร 30 บาท ☐ 2. บัตรประกันสังคม ☐ 3. สวัสดิการของบริษัทเอกชน ☐ 4. สิทธิเบิกข้าราชการ ☐ 5 ประกันสุขภาพเอกชน ☐ 6.บัตรผู้สูงอายุ ☐ 7. บัตรผู้พิการ ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....				15-23

หมวดที่ 2: ผลลัพธ์ในการดูแล (ของผู้ป่วย)			
7. สามเดือนที่ผ่านมา คนไข้มีอาการเป็นอย่างไร	☐ 1 พุเลา/ดีขึ้น/ช่วยตนเองได้มากขึ้น/กินได้มากขึ้น/ แจ่มใสมากขึ้น ☐ 2 ทรงตัว/เหมือนเดิม ☐ 4 ทరుกลง ☐ 5 ไม่แน่ใจ/ขอไม่ตอบ	8. คนไข้คาดหวังว่าคนไข้ควรจะเป็นอย่างไรในอนาคต	24-25
	☐ 1 พุเลา/ดีขึ้น/ช่วยตนเองได้มากขึ้น/กินได้มากขึ้น/ แจ่มใสมากขึ้น ☐ 2 ทรงตัว/เหมือนเดิม ☐ 3 ทరుกลง ☐ 4 ไม่แน่ใจ/ขอไม่ตอบ		
ข้อ 10-11 ภาวะเฉพาะผู้ดูแล ถ้าไม่มีผู้ดูแลให้ข้ามไปหมวด 3			
9. รายได้ของผู้ดูแล	☐ 1 ไม่มี	☐ 2 มี	26
10. ในฐานะเป็นผู้ดูแล ชีวิตของคนไข้ในปัจจุบันเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนหน้าที่จะมาดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			27-30
☐ 1 มีความหวังมากกว่า ☐ 3 เหนื่อยใจมากกว่า ☐ 2 เหนื่อยกายมากกว่า ☐ 4 มีอิสรภาพน้อยลง/มีเวลาให้กับตนเองน้อยลง			
11. ถ้าชีวิตของผู้ดูแลและคนไข้จะดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา ต้องการสิ่งใดต่อไปนี้ มากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			31-40
☐ 1 ตนเองหรือครอบครัวมีรายได้มากขึ้น ☐ 2 ตนเองหรือครอบครัวมีรายได้มั่นคงขึ้น ☐ 3 มีคนอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระดูแลคนไข้ ☐ 4 ภาระค่าใช้จ่ายจิปาถะในการดูแลคนไข้ลดลง ☐ 5 คนไข้ได้รับการดูแลจากหมอ/พยาบาลใกล้ชิดกว่านี้ ☐ 6 คนอื่นเห็นใจตนเองมากขึ้น ☐ 7 ความรู้ในการดูแลคนไข้มากกว่านี้ ☐ 8 มีช่องทางสะดวกสบายมากขึ้นเมื่อต้องพาคนไข้ไปหาหมอ ☐ 9 อื่นๆ โปรดระบุ			

หมวดที่ 3 การบริการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ			CODE
12. คนไข้เคยไปใช้บริการสุขภาพและได้รับการดูแลจากที่ใดบ้าง (ตอบมากกว่าหนึ่งข้อ) ☐ 1 รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ☐ 2 รพ.มหาวิทยาลัย ☐ 3 รพ.ค่ายทหาร ☐ 4 รพ.ชุมชน ☐ 5 รพ.เอกชน ☐ 6 รพสต. ☐ 7 คลินิก ☐ 8 อบต./อปท. ☐ 9 ทีมหมอครอบครัว ☐ 10 อื่นๆ	13. คนไข้ใช้บริการสุขภาพจากที่ใดเป็นประจำ (ตอบข้อเดียว) ☐ 1 รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ☐ 2 รพ.มหาวิทยาลัย ☐ 3 รพ.ค่ายทหาร ☐ 4 รพ.ชุมชน ☐ 5 รพ.เอกชน ☐ 6 รพสต. ☐ 7 คลินิก ☐ 8 อบต./อปท./เทศบาล ☐ 9 ทีมหมอครอบครัว ☐ 10 อื่นๆ	14. ถ้าท่านป่วยฉุกเฉินจะไปที่ไหนเป็นอันดับแรก (ตอบข้อเดียว) ☐ 1 รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ☐ 2 รพ.มหาวิทยาลัย ☐ 3 รพ.ค่ายทหาร ☐ 4 รพ.ชุมชน ☐ 5 รพ.เอกชน ☐ 6 รพสต. ☐ 7 คลินิก ☐ 8 อบต./ อปท. ☐ 9 ทีมหมอครอบครัว ☐ 10 อื่นๆ	ข้อ12 41-51 ข้อ13 52-53 ข้อ14 54-55
15. เมื่อคนไข้เกิดอาการผิดปกติ จะขอให้ใครช่วยเหลือเป็นคนแรก (เรียงสามอันดับแรก กำหนดตัวเลข 1 2 หรือ 3) ☐ 1 แพทย์ ☐ 5 นักกายภาพบำบัด ☐ 8 อสม. ☐ 2 พยาบาลใน รพ.ชุมชน ☐ 6 เกสเซอร์ ☐ 9 เจ้าหน้าที่ อบต. ☐ 3 พยาบาล รพสต. ☐ 7 ทันตแพทย์/ทันตภิบาล ☐ 10 ญาติ ☐ 4 เจ้าหน้าที่ รพสต. ☐ 11. อื่นๆ.....			56-58
16. ทีมสุขภาพที่ดูแลคนไข้ เคยแนะนำเรื่องหมอครอบครัวให้กับคนไข้ หรือไม่ ☐ 1. ไม่เคย(ข้ามไปข้อ 20 และ 21) ☐ 2. เคย			59
17. คนไข้ทราบชื่อหมอครอบครัวของคนไข้ หรือไม่ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ทราบ			60
18. คนไข้ทราบเบอร์โทรติดต่อหมอครอบครัวของคนไข้ หรือไม่ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ทราบ			61
19. ทีมหมอครอบครัวของคนไข้เป็นพวก(ทีม)เดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาล ☐ 1. ไม่ใช่ ☐ 2. ใช่			62
20. คนไข้เคยรับรู้ หรือได้ยินเรื่องหมอครอบครัวมานาน้อยเพียงใด ☐ 1. ไม่เคยรู้มาก่อนเลย (ข้ามไปหมวดที่ 4) ☐ 2. พอรู้บ้าง ☐ 3. รู้และเข้าใจดี			63
21. คนไข้รู้เรื่องหมอครอบครัวจากที่ไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ 6 หนังสือพิมพ์ ☐ 2 โทรทัศน์ ☐ 7 อบต. / ผู้นำชุมชน / ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน ☐ 3 วิทยุ ☐ 8 อสม. ☐ 4 อินเทอร์เน็ต ☐ 9 คนในครอบครัว / ญาติ ☐ 5 เพื่อนบ้าน ☐ 10 ไม่ทราบ / ไม่เคยได้ยิน			64-73

หมวดที่ 4 ประเมินลักษณะการให้บริการตามเกณฑ์ของทีมงานครอบครัว				
4.1 การเข้าถึงบริการ	ไม่ใช่	ใช่	ไม่เคย รักษา	CODE
22. ในยามเจ็บป่วยคนไข้สามารถติดต่อหมอครอบครัวได้ตลอดเวลา หรือไม่				74
23. รพ.ที่เคยไปเป็นประจำ มีคลินิกนอกเวลา หรือไม่				75
24. เมื่อคนไข้ไปรพ.ประจำ คนไข้จะได้รับการดูแลรักษาภายในวันนั้น				76
25. แล้วคนไข้ได้รับความสะดวกที่รพ. หรือไม่ ขาประจำ.				77
หมอครอบครัว หรือ รพ. ขาประจำ เคยแนะนำเรื่องใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
26. อาหารเพื่อสุขภาพและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ				78
27. การออกกำลังกายที่เหมาะสม				79
28. การรักษาผิวหนังที่ผิวหนังที่เหมาะสม				80
29. การสูบบุหรี่				81
30. การดื่มสุรา				82
31. การล้างมือเพื่อป้องกันโรคติดต่อ				83
32. การรับประทานยารักษาโรค				84
33. ปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ที่คนไข้ประสบอยู่				85
34. การป้องกันการหกล้ม				86
35. การป้องกันโรคกระดูกเสื่อมและกระดูกผุ				87
36. การดูแลตัวเองเบื้องต้นเมื่อเข้าสู่วัยทอง				88
37. การตรวจคัดกรองมะเร็ง				89
38. อื่นๆ โปรดระบุ				91-90
ใน 1 ปี ที่ผ่านมา คนไข้ได้รับการต่อไปนี้ หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
39. วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่				92
40. ตรวจน้ำตาลในเลือด				93
41. วัดความดันโลหิต				94
42. ตรวจหาไขมันในเลือด				95
43. ชั่งน้ำหนัก				96
44. อื่น ๆ โปรดระบุ.....				98-97

4.2 การดูแลรักษาโรค	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
45. คนไข้สามารถขอดูแลสุขภาพเพิ่มเติมได้ตามต้องการ				99
46. คนไข้สามารถขอรับคำแนะนำผลการตรวจของคนไข้ได้				100
4.2.1 ประสบการณ์ในการรับบริการ	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
47. เคยพบมี๊วว่า หมอ พยาบาล พูดจาไม่ตรงกันในเรื่องเดียวกัน จนทำให้คนไข้ขัง				101
48. ถ้าต้องไปรักษาต่างรพมีการนัดหมายส่งต่อให้คนไข้ได้สะดวก . ถ้าไม่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษา)ข้ามไปข้อ 4.3				102
4.2.2 คำถามสำหรับ การไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางครั้งสุดท้าย: (ถ้าไม่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษา ให้ข้ามไป 4.3)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
49. ถ้าเคยถูกส่งตัวไปรพประจำมี๊วว่าได้ไปแล้ว.หมอ รพ. อื่น.				103
50. หมอ รพ.ประจำเคย.ถามรายละเอียดตอนไปรพหรือไม่. อื่น.				104
4.3 ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการบริการ	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
4.3.1 การรับบริการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง : คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับผู้ให้บริการทาง สุขภาพของคนไข้				
51. ให้ความพูดคุยกับคนไข้อย่างเพียงพอในเรื่องปัญหาความเจ็บป่วยและความวิตกกังวล ของคนไข้				105
52. เคารพความคิดเห็นและความกังวลของคนไข้				106
53. รู้จักคนไข้เป็นอย่างดี				107
54. อธิบายและตอบคำถามให้คนไข้เข้าใจได้				108
55. อธิบายถึงผลเสียและผลดีของวิธีการรักษาต่าง ๆ				109
56. ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เมื่อคนไข้มีปัญหาสุขภาพ				110
57. เท่าที่รพเคยถามคนไข้หรือญาติมี๊วว่าเห็นชอบด้วยหรือไม่ ให้การรักษาผ่านมา.				111
58. หมอมาเยี่ยมคนไข้ถึงบ้าน หรือไม่				112
59. คนไข้อยากแนะนำรพให้เพื่อนและญาติหรือไม่ ประจำ.				113

4.4 การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแล จัดการโรคเรื้อรัง (ถ้าคนไข้และครอบครัวของคนไข้ ไม่มีโรคเรื้อรังให้ข้ามหมวดนี้ไป)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	CODE
4.4.1 การเข้าใจและเข้าถึงแผนการรักษา				
60. เคยได้ยินหมอครอบครัวพูดหรือไม่ว่า โรคที่คนไข้เป็นเกิดจากอะไร จะดูแลตัวเองอย่างไร				114
61. เคยได้ยินหมอครอบครัวพูดหรือไม่ว่า ใช้วิธีอะไรในการการรักษาโรคที่เป็น				115
62. คนไข้มั่นใจว่าจะทำตัวอย่างไรเมื่อกลับไปที่บ้าน				116
63. เคยรู้จากหมอครอบครัวมั๊ยว่า จะป้องกันโรคแทรก อย่างไร				117
64. หมอครอบครัวติดตาม ให้คนไข้ไปรพ.ตามนัด				118
65. หมอครอบครัวมาเยี่ยมถึงบ้าน หรือไม่				119
66. หมอครอบครัวชวนให้ร่วมออกกำลังกาย หรือซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ				120

❖ กล่าวขอบคุณและอำลาผู้ถูกสัมภาษณ์

รหัสผู้ป่วย..... วันที่/...../.....โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

แบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิด สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นที่ 1: การประเมินผู้ป่วย

โดยทั่วไป แต่ละคำถาม ควรถามเพียงครั้งเดียว

การทดสอบความจำย้อนหลังตามลำดับของชื่อและที่อยู่

1. ผู้ทดสอบพูดประโยคดังนี้

“สรรพนามผู้สัมภาษณ์ (ดิฉัน/ผม) จะบอกชื่อและที่อยู่ให้กับคุณ...(สรรพนามผู้ถูกสัมภาษณ์) หลังจากที่คุณ สรรพนามผู้สัมภาษณ์ (ดิฉัน/ผม) พูดจบ ขอให้คุณ... กรุณาพูดทวนตาม และกรุณาจำชื่อและที่อยู่นี้ไว้ เพราะเดี๋ยว สรรพนามผู้สัมภาษณ์ (ดิฉัน/ผม) จะให้คุณ...บอกชื่อและที่อยู่อีกครั้ง

สมชาย ใจดี บ้านเลขที่ 42 ถนนสุขุมวิท กรุงเทพฯ (อนุญาตให้พยายามตอบได้มากที่สุด 4 ครั้ง)”

ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

การรับรู้เวลา

2. วันนี้ วันที่เท่าไร (ต้องตอบถูกต้องได้ในครั้งเดียว)

การวาดนาฬิกา

3. กรุณาเขียนตัวเลขทั้งหมดที่บอกจำนวน ชั่วโมง ของนาฬิกา (ระยะห่างของตัวเลขต้องถูกต้อง)

4. วาดเข็มนาฬิกาที่บอกเวลา 11 นาฬิกา 10 นาที

ข้อมูลข่าวสาร

5. เล่าข่าวอะไรก็ได้ที่เกิดขึ้นเมื่อเร็วๆ นี้ให้ฟังหน่อย (เมื่อเร็วๆ นี้คือสัปดาห์ที่แล้ว)

(ถ้าตอบเป็นคำตอบทั่วไป เช่น สงคราม ฝนตกหนัก ให้ถามรายละเอียด คำตอบต้องเฉพาะเจาะจงจึงได้คะแนน)

ความจำย้อนหลัง

6. บอกชื่อและที่อยู่ที่คุณจำ

สมชาย

ใจดี

บ้านเลขที่ 42

ถนนสุขุมวิท

กรุงเทพฯ

การคิดคะแนนรวม ให้ 1 คะแนน ในหัวข้อที่ตอบถูกต้อง

คะแนนเต็ม 9 คะแนน

ถ้าคะแนนของผู้ป่วย เท่ากับ 9 คะแนน

ผู้ป่วยไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด จบการทดสอบ

ถ้าคะแนนของผู้ป่วย น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 8 คะแนน

ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิด ส่งตรวจสอบต่อ

EQ-5D-5L

แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ

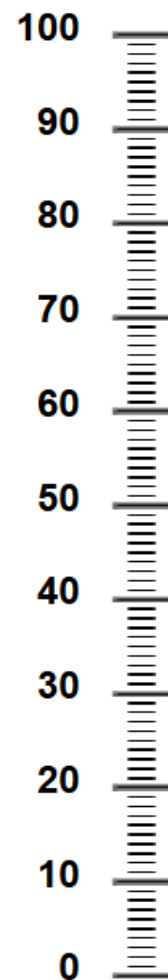
ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม เพียงช่องเดียว ที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด	
การเคลื่อนไหว	
ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก	☐
ข้าพเจ้าเดินไม่ได้	☐
การดูแลตนเอง	
ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก	☐
ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้	☐
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การทำงาน เช่น), การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง(	
ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง	☐
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก	☐
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้	☐
ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	
ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว	☐
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย	☐
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง	☐
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก	☐
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด	☐
ความวิตกกังวลความซึมเศร้า /	
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า	☐
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย	☐
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง	☐
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก	☐



สุขภาพที่ดีที่สุด
ตามความคิดของท่าน

- เราอยากทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- สเกลวัดระดับสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 100 ถึง 0
- โดยที่ หมายถึงภาวะสุขภาพที่ 100 ดีที่สุด ตามความคิดเห็นของท่าน
หมายถึง 0สุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย ✕ บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านป่วยอย่างไรในวันนี้
- ตอนนี้กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านในวันนี้



สุขภาพที่แย่ที่สุด

ตามความคิดของท่าน

ขอขอบคุณที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถามนี้

ภาคผนวก 2

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าทีมหมอครอบครัวและผู้บริหาร (หน้า 42-43)

แนวคำถาม กลุ่มสนทนา ทีมหมอครอบครัว (หน้า 44)

Checklist รายการเอกสารที่ขอพิจารณาตรวจยืนยัน ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก
กลุ่มสนทนา และ แบบสอบถามบุคลากรทีมหมอครอบครัว (หน้า 45)

Semi-structure Interview Guide

แบบสัมภาษณ์หัวหน้าทีมหมอประจำครอบครัว

1. Policy communication, attitude and policy deployment

1.1 อยากให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าท่านทราบถึงการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้อย่างไร จากใคร **Probe:**

- มีการมอบหมายงานให้ท่านอย่างไร ใครบ้าง กิจกรรมช่วงมอบหมายงาน
- มีการประชุมชี้แจง หรือไม่อย่างไร
- มีการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมหรือไม่อย่างไร

1.2 ความรู้สึกของท่านต่อแนวนโยบายนี้เมื่อท่านได้รับทราบ **Probe:**

- เป็นแนวทางการทำงานแบบใหม่ หรือไม่
- การทำงานคล้ายเดิม การทำงานซ้ำซ้อนกับกิจกรรมที่ทำอยู่แล้ว หรือไม่อย่างไร
- ทศนตคติของเพื่อนร่วมงานของท่าน

2 Process of team set up

2.1 ท่านมีกระบวนการในการจัดทีมของท่านอย่างไร **Probe:**

- พื้นที่รับผิดชอบกี่คน กี่ครอบครัว จัดตั้งกี่ทีม
- ใครเป็นสมาชิกในทีมบ้างในแต่ละทีม
- การฝึกอบรม สื่อสารเตรียมความพร้อมในทีมทำอย่างไร

3 Structure and Organization

3.1 กรุณาเล่าให้ฟังถึง ความสำเร็จและกระบวนการที่ใช้ในการจัดตั้งทีมพหุสาขา **Probe:**

- ปัญหาและอุปสรรค
- ปัจจัยสู่ความสำเร็จ
- ระดับความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ

3.2 กำหนดวิธีการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม อย่างไร **Probe:** มี กลไก วิธีการ ปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง แก้ไขอย่างไร

3.3 ท่านจัดระบบการบริหารจัดการ การนำทีมและการคัดเลือกผู้นำทีมอย่างไร Probe:

- การคัดเลือกผู้นำ หรือหัวหน้าทีม
- ส่วนประกอบ คุณสมบัติของสมาชิกในทีม กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีม
- มีข้อกำหนด ระเบียบปฏิบัติที่ถูกกำหนดขึ้นใหม่เพื่อการทำงานของทีมฯ หรือไม่อย่างไร
- การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

4 Action/ activities Probe:

- เริ่มทำกิจกรรมใดไปแล้วบ้าง เช่น กิจกรรมบริการ เลือกอย่างไรว่าจะทำอะไรทำก่อนหลัง
- การตอบรับจากประชาชน
- มีพื้นที่ เลือกทำที่ใดก่อนหลังด้วยเหตุใด
- เล่าประสบการณ์จากการทำกิจกรรมครั้งแรกกับทีม และพื้นที่
- ความร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานในท้องถิ่น
- การเตรียมความพร้อมและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว
- ปัญหา อุปสรรค ความสำเร็จ
- Feedback จากทีม วิธีการสื่อสารระหว่างทีม
- การใช้คู่มือ และfollow clinical guidelines
- ทีมมีการทำทบทวนก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน

5 ผลลัพธ์จนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร

5.1 ผลการดำเนินกิจกรรม ที่เปลี่ยนแปลงในด้านคนไข้ ผู้มารับบริการ ในแต่ละกลุ่ม

(ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประชาชนทั่วไป ผู้พิการ ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุ)

5.2 การตอบสนองจากผู้ป่วยและญาติ ความร่วมมือ ความเปลี่ยนแปลง

5.3 การเก็บรวบรวมสถิติการให้บริการ การวัดผล ความพึงพอใจ สภาวะสุขภาพ

5.4 การปรับเปลี่ยนด้านผู้ให้บริการ เช่น ทักษะคติ เน้นครอบครัว ชุมชน

6 อะไรคือเงื่อนไขสำคัญต่อความก้าวหน้า

7 คำแนะนำสำหรับ ทีมฯ อื่น, สำหรับ ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร

8 ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ท่านควรได้รับเพื่อให้มีการดำเนินงานเรื่องบริการหมอประจำครอบครัวต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

รายการเอกสาร

ที่ต้องขอดู หรือ ขอสำเนา ประกอบการสัมภาษณ์หัวหน้าทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ

๑ อาจเป็น หลักฐานการระบุงค์ประกอบทีมงานหมอครอบครัว .รายงานการประชุม คำสั่งแต่งตั้ง ฯ

๒โรคค ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้พิการ เช่น ภาวะ/ฐานข้อมูลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค .วามดันโลหิตสูง เป็นต้น ถ้าเป็นไปได้

ขอฐานข้อมูล หรือขอ print หน้าจอ หรือ ตัดบางส่วนของ data set

๓ เพื่อปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .อาจอยู่ในรูปของรายงาน เอกสารประกอบ การประชุม หลักฐาน

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกทีมฯ หรือ รูปกิจกรรม) ppt เป็นต้น(

๔และทีมวิจัยคาดว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการประเมินฯ เอกสารอื่นๆที่ทีมหมอครอบครัวนำเสนอ .

๕ .Family folder

Checklist ฐานข้อมูลและหลักฐานแสดงการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาบริการในรพ.ชุมชน และรพ.สต

ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย “ ถูก ”

พร้อมถ่ายภาพประกอบหลักฐาน*และ/หรือขอสำเนาแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์**

กรณีที่ไม่มีให้ใส่เครื่องหมาย “ ลบ ”

กลุ่มคนไข้	ฐานข้อมูลเฉพาะ สำหรับคนไข้		รายงานผลการ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อปรับปรุงบริการ อย่างต่อเนื่อง		แผนปฏิบัติการ		รายงานผลดำเนินการ ตามแผนหรือรายงาน การประชุมที่เกี่ยวข้อง	
	รพ. ชุมชน	รพสต	รพ.ชุมชน	รพสต	รพ. ชุมชน	รพสต	รพ.ชุมชน	รพสต
พิการ								
เบาหวาน								
ความดัน								
สูงอายุ								
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี								
หอบหืด								
ถุงลมพอง								
จิตเวช								
อื่นๆ.....								

*ตัวอย่างเช่น ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูล ภาพบันทึกการประชุม/แผนปฏิบัติการครั้งแรกและครั้งล่าสุด

**ตัวอย่างเช่น ppt, excel, doc

ภาคผนวก 3 ตารางและรูป

สารบัญตารางและรูป

ตาราง 1	จำนวนและร้อยละบุคคลที่ประเภท(เพศหญิงร้อยละ 60) จำแนกตามภาวะ/โรคร่วม (morbidity)	47
ตาราง 2	บุคคลที่ประเภทจำแนกตามภาวะ/โรคร่วม(morbidity) และ คะแนนคุณภาพชีวิต.....	48
ตาราง 3	ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับอาการทางสุขภาพเมื่อสามเดือนที่ผ่านมา	48
ตาราง 4	ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับความคาดหวังต่ออาการทางสุขภาพในอนาคต.....	49
ตาราง 5	ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับเรื่องหมอบรรคับให้ให้กับคนไข้หรือไม่.....	49
ตาราง 6	ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทรายงานเกี่ยวกับความเชื่อว่าทีมหมอบรรคับกับหมอบรรคับประจำ	49
ตาราง 7	ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทรายงานเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลประจำของตนเอง.....	50
ตาราง 8	ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทรายงานแห่งแรกที่ตนนึกถึงถ้าต้องการใช้.....	50
ตาราง 9	ระดับอำเอ (รพ.ชุมชน) ทีมหมอบรรคับ ประกอบด้วยใครบ้าง (ตอบมากกว่า 1 ข้อ).....	51
ตาราง 10	เวลาติดต่อกันทีมหมอบรรคับของท่านใช้เครื่องมืออะไรบ้างในการสื่อสารกัน.....	52
ตาราง 11	หน่วยงานของท่านได้สร้างแรงจูงใจ ขวัญ กำลังใจอะไรในการทำงานหมอบรรคับ.....	52
ตาราง 12	ร้อยละหมอบรรคับผู้ระบุว่าใช้วิธีหรือกระบวนการเรียนรู้และทำงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับ	53
ตาราง 13	ระยะเวลา(เดือน) ที่ทีมหมอบรรคับรายงานว่าเคยเห็นผลการวิเคราะห์จำแนกตามชนิดของ	53
รูป 1	ร้อยละคำตอบของผู้ดูแลในประเด็นเกี่ยวกับรายได้และการมองโลกของตนในอนาคต.....	54
รูป 2	ความเห็นของทีมหมอบรรคับเกี่ยวกับลักษณะงานของทีมฯ และสิ่งที่บุคคลที่ประเภทได้รับ	54
รูป 3	ตัวอย่างเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาบุคลากรและสื่อที่เกี่ยวข้อง	55
รูป 4	สมมุติฐานเกี่ยวกับร้อยละความครอบคลุมบริการคนไข้ประคับประคอง ตัวอย่าง จ.นครพนม	56

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละบุคคลที่ประเภท(เพศหญิงร้อยละ 60) จำแนกตามภาวะ/โรคร่วม (morbidity)

ประเภทของผู้ป่วย			จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุ/พิการ/โรคเรื้อรัง/ป่วยระดับประคอง			673	35.9
ผู้สูงอายุ/พิการ/ป่วยระดับประคอง			193	10.3
ผู้สูงอายุ/พิการ/ป่วยโรคเรื้อรัง			32	1.7
ผู้สูงอายุ/พิการ			13	0.7
ผู้สูงอายุ/โรคเรื้อรัง			26	1.4
ผู้สูงอายุ			74	4.0
ผู้พิการ/ป่วยโรคเรื้อรัง/ป่วยระดับประคอง			35	1.9
ผู้พิการ/ป่วยระดับประคอง			166	8.9
ผู้พิการ			95	5.1
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ป่วยระดับประคอง			55	2.9
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			464	24.8
ผู้ป่วยระดับประคอง			48	2.6
รวม	14% ถือบัตรผู้สูงอายุ	เพศหญิง = 60.6%	1,874	100.0

ตาราง 1.1 ร้อยละ(พิเศษ)ของบุคคลที่ประเภทซึ่งคุณภาพชีวิตตกต่ำมากที่สุดหรือมากใน 5 ด้าน (N=1874)	
แต่ละด้านของคุณภาพชีวิต วัดด้วย EQ5D5L	%
เดินไม่ได้หรือเดินยากมาก	44
อาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้หรือยากมาก	35
ทำกิจกรรมประจำไม่ได้หรือยากมาก	38
เจ็บปวด/ไม่สบายตัวมากที่สุดหรือมาก	21
วิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุดหรือมาก	9

ตาราง 2 บุคคลที่ประเภทจำแนกตามภาวะ/โรคร่วม(morbidity) และ คะแนนคุณภาพชีวิต
(mean,SD, mean at percentile 50)

ลักษณะผสมผสานในแต่ละกลุ่มคน	mean	Sd	p50
ผู้สูงอายุ	76.2	19.8	80
ผู้พิการ	64.7	21.9	70
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	71.1	18.9	70
ผู้ป่วยระดับประคอง	58.9	24.4	60
ผู้สูงอายุผู้พิการ	65.6	19.9	70
ผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	72.2	18.0	70
ผู้สูงอายุผู้ป่วยระดับประคอง	59.8	21.8	63
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยระดับประคอง	54.0	26.5	50
ผู้พิการผู้ป่วยระดับประคอง	53.0	17.2	50
ผู้พิการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	65.6	19.0	70
ผู้พิการผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยระดับประคอง	44.6	36.6	50
ผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยระดับประคอง	60.1	20.9	60
ผู้สูงอายุผู้พิการผู้ป่วยระดับประคอง	57.9	21.5	60
ผู้สูงอายุผู้พิการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	66.4	19.3	70
ผู้สูงอายุผู้พิการผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยระดับประคอง	65.4	20.6	65
ทุกประเภท	67.8	20.8	70

ตาราง 3 ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับอาการทางสุขภาพเมื่อสามเดือนที่ผ่านมา

สามเดือนที่ผ่านมา คนไข้มีอาการเป็นอย่างไร	จำนวน	ร้อยละ
ทุเลา/ดีขึ้น/ช่วยตนเองได้มากขึ้น/กินได้มากขึ้น/ แจมใส่มากขึ้น	497	26.5
ทรงตัว/เหมือนเดิม	1090	58.2
ทรุดลง	261	13.9
ไม่แน่ใจ/ขอไม่ตอบ	26	1.4
รวม	1,874	100.0

ตาราง 4 ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับความคาดหวังต่ออาการทางสุขภาพในอนาคต

คนไข้คาดหวังว่าควรจะเป็นอย่างไรในอนาคต	จำนวน	ร้อยละ
ทุเลา/ดีขึ้น/ช่วยตนเองได้มากขึ้น/กินได้มากขึ้น/ แสบใส่มากขึ้น	664	35.4
ทรงตัว/เหมือนเดิม	873	46.6
ทรุดลง	208	11.1
ไม่แน่ใจ/ขอไม่ตอบ	129	6.9
รวม	1,874	100.0

ตาราง 5 ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับเรื่องหมอบรรลุให้ให้กับคนไข้หรือไม่

ทีมสุขภาพที่ดูแลคนไข้ เคยแนะนำเรื่องหมอบรรลุให้ให้กับคนไข้หรือไม่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	1,296	69.2
เคย	577	30.8
ไม่เกี่ยวข้อง	1	0.1
รวม	1,874	100.0

ตาราง 6 ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทที่รายงานเกี่ยวกับความเชื่อว่าทีมหมอบรรลุให้กับหมอบริการของตนในรพ. เป็นพวกเดียวกันหรือไม่

ทีมหมอบรรลุให้ของคนไข้เป็นพวก(ทีม) เดียวกันกับหมอที่รักษาประจำใน รพ.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช่	234	40.6
ใช่	343	59.4
รวม	577	100.0

ตาราง 7 ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทรายงานเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลประจำของตนเอง

	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป	969	51.7
รพ.มหาวิทยาลัย	7	0.4
รพ.ค่ายทหาร	16	0.9
รพ.ชุมชน	298	15.9
รพ.เอกชน	40	2.1
รพ.สต.	482	25.7
คลินิก	62	3.3
รวม	1,874	100.0

หมายเหตุ ร้อยละ15 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมดอาศัยในอำเภอเมือง

ตาราง 8 ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทระบุสถานพยาบาลแห่งแรกที่ตนนึกถึงถ้าต้องการใช้
สถานพยาบาลฉุกเฉิน

	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป	1129	60.2
รพ.มหาวิทยาลัย	2	0.1
รพ.ค่ายทหาร	11	0.6
รพ.ชุมชน	322	17.2
รพ.เอกชน	46	2.5
รพ.สต.	325	17.3
คลินิก	37	2.0
อบต./อปท.	2	0.1
รวม	1,874	100.0

ตาราง 9 ระดับอำเภอ (รพ.ชุมชน) ที่มหมอครอบครัว ประกอบด้วยใครบ้าง (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)

	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	210	11.9
ทันตแพทย์	107	6.1
เภสัชกร	152	8.6
พยาบาล	191	10.8
นักจิตวิทยา	71	4
นักกายภาพบำบัด	152	8.6
นักวิชาการ	112	6.3
ทันตภิบาล	61	3.5
แพทย์แผนไทย	110	6.2
นักโภชนาการ	86	4.9
จนท. สธ. /อื่น ๆ	92	5.2
อสม.	113	6.4
อปท.	65	3.7
กำนัน	49	2.8
ผู้ใหญ่บ้าน	68	3.8
แกนนำ	65	3.7
จิตอาสา	55	3.1
อื่นๆ	9	0.5
รวม	1,768	100.0

ตาราง 10 เวลาติดต่อกันที่หมอบครอบครัวของท่านใช้เครื่องมืออะไรบ้างในการสื่อสารกัน

วิธีติดต่อกัน	จำนวน	%
โทรศัพท์มือถือ	640	97
ไลน์ (line)	554	84
โทรศัพท์ที่ทำงาน	97	15
เฟสบุ๊ก (facebook)	81	12
อีเมลล์	59	9
โทรสาร	11	2
วิทยุสื่อสาร	5	1
อื่นๆ ระบุ...	15	2
รวม	660	100.0%

หมายเหตุ ร้อยละ(พิเศษ)เป็นสัดส่วนของจำนวนคำตอบซึ่งเลือกได้มากกว่าหนึ่งวิธี

ตาราง 11 หน่วยงานของท่านได้สร้างแรงจูงใจ ขวัญ กำลังใจอะไรในการทำงานหมอบครอบครัว
(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

ลักษณะแรงจูงใจ	จำนวน	%
คนไข้ให้กำลังใจ	159	35.70%
หัวหน้าใส่ใจติดตามการทำงาน	102	22.90%
ให้งบประมาณ	46	10.30%
อื่นๆ ระบุ....	41	9.20%
ให้ความดีความชอบ	39	8.70%
ให้คนเพิ่ม	29	6.50%
ให้รางวัลเชิดชูเกียรติ	16	3.60%
ของขวัญ	14	3.10%
รวม	446	100.00%

ตาราง 12 ร้อยละหมอบครอบครั้ผู้ระบู่ใช้วิธีหรือกระบวนการเรียนรู้และทำงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่ (N=218)

วิธีหรือกระบวนการทำงาน	%
Context-based learning	79
Knowledge management	78
อื่นๆ	6

ตาราง 13 ระยะเวลา(เดือน) ที่ทีมหมอบครอบครั้รายงานว่เคยเห็นผลการวิเคราะห์จำแนกตามชนิดของฐานข้อมูล และ ร้อยละผู้เคยเห็นผลการวิเคราะห์ (N=218)

ระยะเวลา	พิการ	เบาหวาน	ความดัน	สูงอายุ	เอชไอวี	หอบหืด	ถุงลมพอง	จิตเวช	อื่นๆ..
Mean	2	2	2	2	3	2	3	2	2
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	12	12	12	12	24	12	24	12	6
SD	2.08	1.96	1.76	1.84	2.63	1.80	2.35	1.51	0.55
N	120	133	131	121	59	81	78	94	9
% เคยเห็นผลวิเคราะห์	55	61	60	55	27	37	36	43	4

รูป 1 ร้อยละคำตอบของผู้ดูแลในประเด็นเกี่ยวกับรายได้และการมองโลกของตนในอนาคต

ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทซึ่งไม่มีผู้ดูแลหรือต้องอาศัยผู้ดูแลตอบคำถามการสำรวจแทน

รูป 1 ร้อยละคำตอบของผู้ดูแลในประเด็นเกี่ยวกับรายได้และการมองโลกของตนในอนาคต
ร้อยละและจำนวนบุคคลที่ประเภทซึ่งไม่มีผู้ดูแลหรือต้องอาศัยผู้ดูแลตอบคำถามการสำรวจแทน



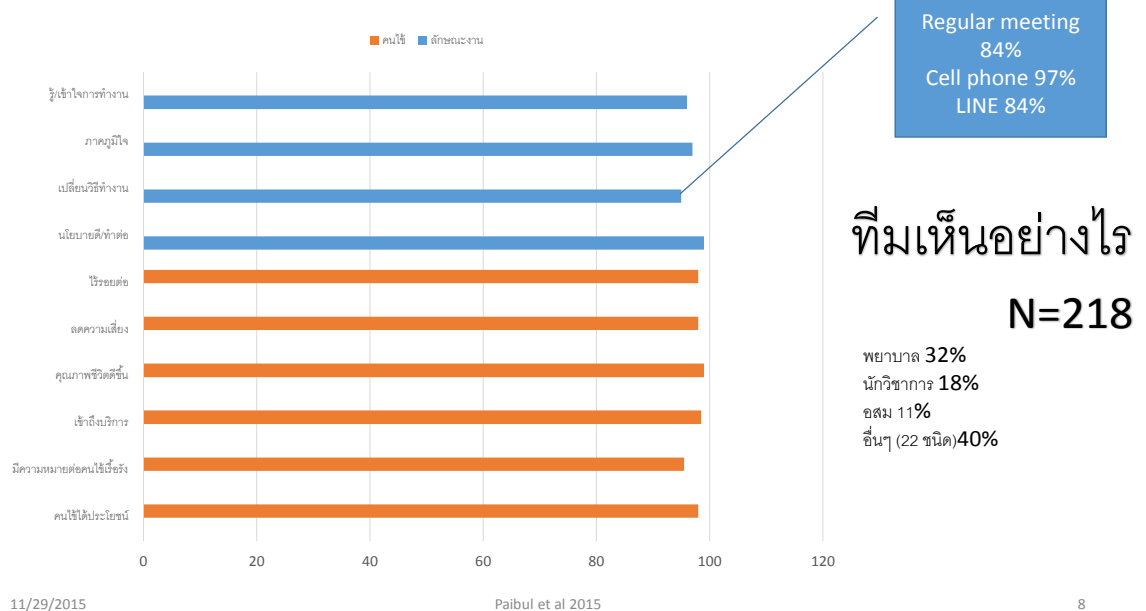
11/29/2015

Paibul et al 2015

8

รูป 2 ความเห็นของทีมหมอครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะงานของทีมฯ และสิ่งที่บุคคลที่ประเภทได้รับ

รูป 2 ความเห็นของทีมหมอครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะงานของทีมฯ และสิ่งที่บุคคลที่ประเภทได้รับ



11/29/2015

Paibul et al 2015

8

รูป 3 ตัวอย่างเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานุเคราะห์และสื่อที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหมอครอบครัว

รูป 3 ตัวอย่างเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานุเคราะห์และสื่อที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหมอครอบครัว



การอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพปี 2558

การอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพปี 2558

ตารางการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	ดาวน์โหลด
เอกสารการอบรม แต่ละสัปดาห์	ดาวน์โหลด

เอกสารโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่

เนื้อหาการอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและคนพิการ ปี ๒๕๕๘
ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลเลย
[ดาวน์โหลดเอกสาร](#)

<http://www.lo.moph.go.th/main2015/>

รูป 4 สมมติฐานเกี่ยวกับร้อยละความครอบคลุมบริการคนไข้ระดับประคอง ตัวอย่าง จ.นครพนม

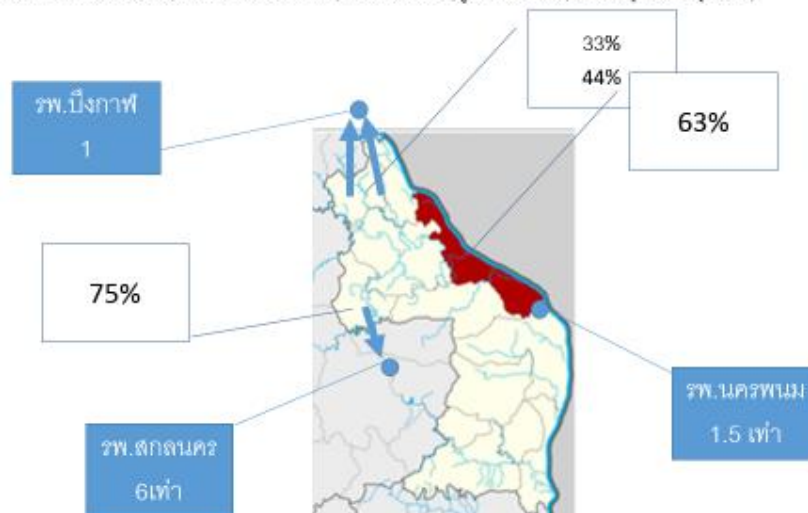
สัมพันธ์กับ

ก. ระยะรับส่งต่อไประหว่าง รพ.แม่ข่ายกับรพ.ชุมชนต่างๆ

ข. จำนวนคนไข้ชนิดนี้ของรพ.แม่ข่าย(สกลนคร นครพนม บึงกาฬ) 3 แห่งเทียบกับ

ค. รูปร่างของอำเภอ(อำเภอทำนุเขนยาวที่สุด/สีแดง)

รูป 4 สมมติฐานเกี่ยวกับร้อยละความครอบคลุมบริการคนไข้ระดับประคอง จ. นครพนมจากสัมพันธ์กับ ก) ระยะรับ-ส่งต่อไประหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.ชุมชนต่างๆ ข) จำนวนคนไข้ชนิดนี้ของรพ.แม่ข่าย(สกลนคร นครพนม บึงกาฬ) 3 แห่งเทียบกับ ค) รูปร่างของอำเภอ(อำเภอทำนุเขนยาวที่สุด/สีแดง)



รพ. บึงกาฬเพียงยกฐานะเป็นรพ.เมื่อ 2548 อำเภอส่วนใหญ่จังหวัดนครพนมรายงานความครอบคลุมบริการคนไข้ระดับประคอง 90-100%

11/29/2015 paibul et all