

การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ ต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว: ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เดชา คนธภักดิ์*

ยุพันธ์ จริยะธีรวงศ์*

นवलพรรณ พิมพ์สาร*

อังคณา อินทรสอน†

กศณีย์ ชลวิรัชกุล*

นवलฉวี เพิ่มทองชูชัย*

ฐานตา เกียรติเกาะ*

สุพิชฌาย์ วิชิโต†

พัชรพรรณ กิพวงศา*

อรกัย ทรัพย์ปทุมสิน*

ผู้รับผิดชอบบทความ: เดชา คนธภักดิ์

บทคัดย่อ

คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิภายใต้นโยบายนี้มีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ผู้บริหารทราบข้อมูลย้อนกลับจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและทิศทางของนโยบายสู่การพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศต่อไป งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในด้านความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด จำนวน 46 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และให้บริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ระเบียบวิธีศึกษา ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ควบคุมคุณภาพของการวิจัยโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิมาจากการประชุมถ่ายทอดนโยบายเป็นหลัก ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้มีความเข้าใจนโยบายที่แตกต่างกัน แต่มีความรู้สึกต่อนโยบายเนื่องจากเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ และส่งผลดีต่อประชาชน เปรียบเสมือนเป็น “ยุคทองของเวชศาสตร์ครอบครัว” แต่รู้สึกเครียดและสับสนจากการเปลี่ยนชื่อนโยบายและมีตัวชี้วัดพร้อมภาระงานข้อมูลเอกสารเพิ่มขึ้น ในขณะที่การดำเนินงานไม่ได้แตกต่างกับนโยบายทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT) เดิม ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิมีความต้องการให้นโยบายนี้ดำเนินต่อไป รวมถึงต้องการการสนับสนุน ขวัญกำลังใจ และการให้เวลาจากผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร ดังนั้น การสร้างการรับรู้ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะส่งผลต่อความเข้าใจ ความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวัง และนำไปสู่การปฏิบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย จึงควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารนโยบายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ นโยบายคลินิกหมอครอบครัว

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

†สถานีกาชาดที่ 4 นครราชสีมา



Perception of Hospital Administrators and Primary Care Practitioners on Primary Care Cluster Policy: Understandings, Feelings, Expectations, Obstacles and Suggestions

Decha Khonthaphakdi*, Nualchavee Permthonchoochai*, Yupan Jariyatheerawong*, Thanada Keatkor*, Nuanpan Pimpisan*, Supitcha Wichito[†], Angkana Intarason[†], Patcharapun Tippavongsa*, Tasanee Chonvirachkul*, Oratai Sappatumsin*

*Department of Social Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima

[†]Station of Red Cross 4, Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Decha Khonthaphakdi, doctordecha@gmail.com

Abstract

Primary care cluster (PCC) is the public health policy of Ministry of Public Health for improvement in primary care. Perceptions of hospital administrators and primary care practitioners on primary care cluster policy are very important for applying policy to practices. Policy makers can know the feedback information from the practices of the practitioners for making decision, determination and direction of public health policy. The aim of this study was to explore and explain the perception of hospital administrators and primary care practitioners on primary care cluster policy focusing on their understandings, feelings, expectations, obstacles and suggestions. A qualitative study was conducted at primary care units (PCU) of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Using purposive sampling strategy, hospital administrators, family doctors, dentists, pharmacists, family nurses, physiotherapists were chosen. Focus group discussions and in-depth interviews were conducted to gather data. Content analysis and thematic analysis were employed. Triangulation was used to ensure the rigor of the study. The results showed that the perceptions of hospital administrators and primary care practitioners were mostly built up from the messages delivered during official meetings. Their understandings were quite different, but in general, they had good feelings towards this policy because the purpose was to improve health of the people and increased value of the family doctors, so-called “the golden period of family doctor”. In addition to their previous practices, in terms of family care team (FCT), they also felt under pressure with more coming new health indicators from this new policy. From their expectations, they felt strongly agree to continue this policy and with moral and time supports from the policy makers and hospital administrators. Therefore, the organizational communications for effective policy understandings, feelings, expectations among hospital administrators and primary care practitioners are essential.

Keywords: perception, hospital administrators, primary care practitioners, primary care cluster

ภูมิหลังและเหตุผล

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ภายใต้แนวคิดใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ฟังตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการและยอมรับได้ ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ระบุว่าบริการปฐมภูมิ หรือ primary care มีใช้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้นเท่านั้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงาน

ร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม และได้เน้นให้เห็นความสำคัญของการบริการปฐมภูมิว่าเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพทั้งระบบ⁽¹⁾ Starfield ศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า ประเทศที่ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง จะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าประเทศที่ระบบบริการปฐมภูมิไม่เข้มแข็ง⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งสร้าง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ระบุไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย⁽³⁾ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และสนับสนุนให้ประสานการทำงานร่วมกับสถานพยาบาลในระดับอื่นๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงได้ง่าย⁽³⁾

ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งจะขยายให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วทั้งประเทศ ภายในอีก 10 ปีข้างหน้า⁽⁴⁾ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ได้กำหนดว่า ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม⁽⁴⁾ จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน จะต้องรับรู้และเข้าใจนโยบายนี้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม จนสามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ตามแนวคิด บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยทีมหมอครอบครัว ตามเป้าประสงค์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว หรือ primary care cluster (PCC) ซึ่งก่อนนี้เรียกว่า family care team (FCT) ดังนั้นการรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ผู้นำนโยบายไปขยายต่อ จนถึงผู้ปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญยิ่ง

การรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการหลังจากที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าแล้ว จะเกิดความรู้สึกและตีความหรือ

แปลความหมายจากสิ่งเร้าที่รับเข้ามา ผ่านการวิเคราะห์โดยอาศัยความจำ ความรู้ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจ ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นวิธีการ/กระบวนการที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบๆ ตัวของบุคคลแล้วมีการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลสัมผัสได้ให้เป็นภาพที่มีความหมาย ตามความรู้สึกนึกคิดของตน จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว ทำให้บุคคล 2 คนที่ได้รับสิ่งเร้าเดียวกัน อาจมีการตีความหรือแปลความหมายต่อสิ่งเร้าเกิดเป็นการรับรู้ที่ไม่เหมือนกันได้⁽⁵⁾ จากทฤษฎีจิตวิทยาพฤติกรรมที่แสดงออกมามีที่มาจากความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ซึ่งอยู่ภายในจิตใจของบุคคลนั้น⁽⁶⁾ บุคคลรับรู้อย่างไร ก็จะแสดงออกหรือมีพฤติกรรมเช่นนั้น

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการจัดบริการปฐมภูมิให้กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยทีมหมอครอบครัว การดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคที่เป็นการขาดแคลนสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์สุขภาพบางประการได้ เช่น เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรมเพียงร้อยละ 12 จากเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 60 หลังจากการดำเนินนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งมีการสนับสนุนและจัดให้มีทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานแบบประจำ ได้ส่งผลให้ผลลัพธ์สุขภาพบรรลุเป้าหมายมากขึ้น จึงเป็นโอกาสในการยกระดับคุณภาพบริการเพื่อสุขภาพโดยรวมของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจากนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

การรับรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น และความคาดหวังต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวของผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของนโยบายนี้ได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ ว่ามีความเข้าใจเพียงใด



มีความรู้สึกอย่างไร มีความคาดหวังอะไรบ้าง รวมถึงเพื่อให้ได้ทราบถึงข้อคิดเห็นของผู้บริหารฯ และผู้ปฏิบัติฯ ในด้านปัญหาหรืออุปสรรค และข้อเสนอแนะต่างๆ บุคคลเป้าหมายได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ ผลการวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในเชิงนโยบายการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ ที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีภารกิจดำเนินงานบริการปฐมภูมิ ภายใต้ นโยบายคลินิกหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจง (purposive sampling) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง กันยายน พ.ศ. 2560 โดย

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะและลึกซึ้งของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว โดยสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล (จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ดูแลกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม) สาธารณสุขอำเภอ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (จำนวน 6 คน) พยาบาลวิชาชีพ (จำนวน 28 คน) และทีมสหวิชาชีพที่เหลือ ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด (จำนวนโดยรวม 8 คน) โดยผู้วิจัยใช้คำถามเจาะไปที่การรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่มีต่อ นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ใช้เวลาสัมภาษณ์ 60-90 นาที ต่อคน

2. การสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค ต่อ นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่มกับ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 28 คน โดยใช้คำถามกว้างๆ และให้แต่ละกลุ่มเล่าถึงการรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่มีต่อ นโยบายคลินิกหมอครอบครัว

การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ได้รับการอนุญาตให้บันทึกเสียงแล้วนำไปถอดคำต่อคำ โดยเปลี่ยนชื่อและสถานที่เป็นรหัสแทน

3. การสังเกต ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองและบันทึกเป็นข้อมูลภาคสนามเพื่อนำไปวิเคราะห์

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาคือ ผู้ที่เกี่ยวข้องและทำงานปฐมภูมิภายใต้ นโยบายคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 46 คน ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล (จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ดูแลกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม) สาธารณสุขอำเภอ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (จำนวน 6 คน) พยาบาลวิชาชีพ (จำนวน 28 คน) และทีมสหวิชาชีพที่เหลือ ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด (จำนวนโดยรวม 8 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เริ่มพร้อมกับการเก็บข้อมูลและกระทำคู่ขนานกันไปพร้อมกับการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (triangulation) การวิเคราะห์ที่ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา และการตีความ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

การพิจารณาทางจริยธรรม

ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ได้ขออนุญาต รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การศึกษา การปกปิดความ

ลับข้อมูลส่วนบุคคล และได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน

ผลการศึกษา

ข้อค้นพบจากการศึกษาที่สำคัญภายหลังจากผู้บริหารโรงพยาบาลและผูปฏิบัติงานปฐมภูมิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายคลินิกหออกรับจากช่องทางต่างๆ แล้ว มีดังนี้

1. ช่องทางการรับรู้

ส่วนใหญ่รับรู้รับนโยบายคลินิกหออกรับมาจากผู้บริหาร มีการถ่ายทอดนโยบายเป็นลำดับจากผู้บริหารไปสู่ผูปฏิบัติ ลักษณะการสื่อสารเป็นแบบสื่อสารทางเดียว รวมทั้งมีการถ่ายทอดภายในกลุ่มย่อยหรือในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน ส่วนน้อยที่รับรู้จากเครื่องมือสื่อสารอื่นๆ (เช่น โน้ตบุ๊ก วิทยุ) ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนช่องทางของข้อมูลที่ได้รับมา

“ได้ยินจากกระทรวง พอดีประชุมที่กระทรวงบ่อย” (ผู้บริหาร)

“ก็ได้ยินมาจากหัวหน้า สั่งมาอีกทีหนึ่ง” (แพทย์)

“ผู้บริหารมอบนโยบายลงมา” (แพทย์)

“ก็เวลาที่ผู้บริหารไปประชุม แล้วก็ชี้แจง แล้วก็มาบอกต่อ มาประชุมต่อ” (พยาบาล)

“หัวหน้าศูนย์ก็ไปรับนโยบายจากกลุ่มงาน กลุ่มงานก็ไปรับจากกระทรวงมาก็มาถ่ายทอดกัน เราก็จะได้รับรู้ข่าวสาร” (พยาบาล)

“รับรู้จากการประชุมของกลุ่มงาน” (สหวิชาชีพ)

ข้อมูลที่ได้รับทราบเกี่ยวกับนโยบายคลินิกหออกรับ เช่น การแลกเปลี่ยนทรัพยากร การรวมทีมหออกรับ สหวิชาชีพ ภาควิชา การเป็นเจ้าของพื้นที่ และการมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ทั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายคลินิกหออกรับที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลได้รับข้อมูลในลักษณะของการบริหารจัดการทีมหออกรับ กลุ่มแพทย์ได้รับข้อมูล

ในลักษณะของการแลกเปลี่ยนทรัพยากร และในขณะที่กลุ่มพยาบาลได้รับข้อมูลว่าเป็นการรวมทีมหออกรับและสหวิชาชีพ การบริหารจัดการ การเป็นเจ้าของพื้นที่และการมีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน ข้อมูลที่ได้รับทราบจึงมีลักษณะเนื้อหาและจุดเน้นที่แตกต่างกัน ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนความแตกต่างของข้อมูลที่ได้รับมา

“ก็ได้ยินมาจากหัวหน้าสั่งมาอีกทีหนึ่ง เหมือนกับว่าจะมีการแชร์ทุกอย่าง ทั้งหมอ ทั้งอุปกรณ์ ทั้งคนไข้ อะไรอย่างนี้ คือ แชร์ทรัพยากรร่วมกันหมด” (แพทย์)

“รับรู้จากการประชุม เป็นการเปลี่ยน เปลี่ยนรูปแบบใหม่เพื่อให้ทุกคนเป็นหออกรับที่ดูดีลงไปทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นตัวเจ้าหน้าที่หรือองค์กรที่เป็นภาคีเครือข่ายกับเราที่จะต้องทำงานตรงนี้ร่วมกัน เป็นเจ้าของในพื้นที่ที่ตัวเองอยู่ รู้ว่าใคร ดูกลุ่มไหนบ้าง และในกลุ่มนั้นเราจะต้องลงไปทำอะไรมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน” (พยาบาล)

“การรวมหออกรับ รวมนทีมหออกรับหลาย ๆ ทีมให้มาเป็นคลัสเตอร์ เป็นทีมหออกรับที่เป็นฐานวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยหมอ พยาบาล แพทย์และก็จะจะมีนักกายภาพ นอนทันตภิบาล ทีมหออกรับซึ่งมากกว่าเดิม” (พยาบาล)

2. ความเข้าใจต่อนโยบายคลินิกหออกรับ

2.1 การบริหารจัดการทีมหออกรับให้เกิดการรวมกลุ่มสหวิชาชีพ เพื่อให้มีการแบ่งปันทรัพยากรที่ดีขึ้น แต่กระบวนการดูแลผู้ป่วยยังคงเหมือนเดิม ไม่ได้แตกต่างจากเดิม

ทุกกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความเข้าใจต่อนโยบายคลินิกหออกรับที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นนโยบายที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เพื่อนำไปสู่การแบ่งปันทรัพยากรในการดูแลประชาชน วิชาชีพแพทย์และพยาบาลได้สะท้อนความเข้าใจว่า นโยบายเป็นเสมือนการสร้าง “ตราสินค้า” ของผู้วางนโยบายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามยุคตามสมัย แต่นโยบาย



คลินิกหมอครอบครัวไม่ได้ทำให้การดูแลผู้ป่วยแตกต่างจากนโยบายเดิม ในขณะที่สหวิชาชีพสะท้อนว่า นโยบายคลินิกหมอครอบครัวทำให้สหวิชาชีพมาทำงานแบบประจำ ไม่ใช่การหมุนเวียน และไม่ใช่แค่การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่เป็นการถ่ายทอดจุดเด่นหรือสิ่งที่ดีให้แกกัน เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนดีขึ้น ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวตามพื้นฐานวิชาชีพของตน

“การรวมกลุ่มกันมาเป็นคลัสเตอร์” โดยมีประชากรประมาณ 30,000 คน มีหมอครอบครัว 1 คนและบุคลากรอื่นๆ เพื่อจัดระบบบริการเพื่อให้การดูแลที่เน้นฟรีเว็นซ์และโปรโมชันมากกว่า” (ผู้บริหาร)

“เป็นเรื่องของการจัดบริการ มีทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ทีมสหวิชาชีพช่วยกันดูแล คนที่ได้รับประโยชน์ก็คือประชาชนโดยตรง เป็นเรื่องของการจัดบริการ ไม่ได้เกี่ยวกับเรื่องของการบังคับบัญชา เป็นการรวมทรัพยากรแล้วไปจัดการในแต่ละอำเภอ” (ผู้บริหาร)

“เป็นเรื่องเดิม แต่ทำให้เป็นเชิงระบบมากขึ้น สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า คุ่มทุน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน” (ผู้บริหาร)

“คือ การเติมคน เติมบริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการมากขึ้น” (แพทย์)

“การบริการไม่ต่างจากเดิม เพราะดูแลประชากรแบบแฟมเมตอยู่แล้ว” (แพทย์)

“พื้นที่จะได้ประโยชน์ในพื้นที่ที่ยังไม่มีหมอแฟมเมต” (แพทย์)

“มองว่าเป็นซื้อการเมือง คือ คอนเซ็ป ก็คงไม่หนักันมากนัก ไม่ว่าจะเป็นอาชีพหรือวิชาชีพ แต่เหมือนกับว่าแต่ละชุดแต่ละสมัยก็ต้องการแบรนด์เป็นของตัวเอง” (แพทย์)

“การรวมสหวิชาชีพดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย มีหมอเป็นผู้นำ ดิง อบต. อบท. มามีส่วนร่วม แשר ทรัพยากร” (พยาบาล)

“เป็นงานเดิม เหมือนทาปาก เขียนคิ้ว ให้ดูโดดเด่นขึ้น” (พยาบาล)

“การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว เร่งรัด” (พยาบาล)

“รูปแบบเดิม สหวิชาชีพ มาหมุนเวียน ไม่ได้อยู่ประจำ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง แต่นโยบายนี้ ทำให้สหวิชาชีพมาทำงานแบบอยู่ประจำ” (สหวิชาชีพ)

“ไม่ใช่แค่การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่จะเป็นการถ่ายทอดจุดเด่น สิ่งที่ดีให้แกกัน ทำให้ดูแลสุขภาพประชาชนได้ดีขึ้น” (สหวิชาชีพ)

2.2 ยุคทองของเวชศาสตร์ครอบครัว แต่ชื่อ “คลินิกหมอครอบครัว” กลับไม่สื่อถึงนโยบายและการทำงาน

ทุกกลุ่มวิชาชีพสะท้อนความเข้าใจว่า นโยบายคลินิกหมอครอบครัว เป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเรียกได้ว่าเป็น “ยุคทองของงานเวชศาสตร์ครอบครัว” แต่ในขณะที่ชื่อ “คลินิกหมอครอบครัว” ไม่สื่อถึงนโยบาย การทำงาน และมีการเปลี่ยนแปลงชื่ออยู่ตลอดเวลาตามยุคสมัย เป็นเหมือน “การสร้างแบรนด์” และ “เครื่องหมายการค้า” ตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงความเข้าใจดังกล่าว มีดังนี้

“ยินดีมากเลย การที่จะมีแพทย์แฟมเมต อยู่ทุกไพรมารีแคร่ ทั้งประเทศไทยซึ่งมองในอนาคตเป็นยุคทองของแฟมเมต ก็ยินดีมากๆ เลย” (พยาบาล)

“นโยบายนี้ หมอต้องสร้างแอเรีย หมอต้องสร้างโปรไฟล์ ตัวแฟมเนิร์สก็ต้องสร้างโปรไฟล์ มีประชากรในแอเรียเท่าไร หน้าตาเป็นอย่างไร กลุ่มป่วย กลุ่มเจ็บ คือมันเป็นไอเดียที่ดีมากเลย” (พยาบาล)

“เป็นการสร้างแบรนด์ เปลี่ยนตามยุคสมัย เหมือนเหล้าเก่าในขวดใหม่” (แพทย์)

“ชื่อกับนโยบาย อาจจะไม่ได้ไปในทางเดียวกันซักเท่าไร แต่ว่าโอเค ชื่อมันก็เป็นเรื่องของตลาดมาร์เก็ตติ้งที่จะทำให้มันติดหูประชาชนได้ง่าย ก็เหมือนกับเครื่องหมายการค้าอย่างหนึ่งที่พยายามจะให้คนพูดแล้วติดหูได้ง่ายเข้าใจได้ง่าย” (แพทย์)

“นโยบายที่ทำให้เกิดคุณภาพการดูแลสุขภาพประชาชนที่ดี

*Primary care cluster (PCC)

ขึ้น แต่มาพร้อมกับความคาดหวังและภาระงานที่มากขึ้น และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เร่งรัด ภาระงานเพิ่มขึ้นจนทำให้ไม่มีเวลาให้กับตนเองและครอบครัว” (พยาบาล)

ทุกวิชาชีพ ได้สะท้อนความเข้าใจถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ สอดคล้องกัน คือ นโยบายนี้จะทำให้เกิดคุณภาพการดูแลประชาชนที่ดีขึ้น แต่อาจจะทำให้เกิดความคาดหวังถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับมากขึ้น การทำงานต้องให้ความสำคัญกับระบบข้อมูล ภาระงานที่รวมถึงงานข้อมูลและเอกสารมากขึ้นไปด้วย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว เร่งรัด ตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงความเข้าใจดังกล่าว มีดังนี้

“พูดง่ายๆ ว่า จะมีหมอคนหนึ่งที่อยู่ถึงว่า คนๆ หนึ่งป่วยเป็นโรคอะไร เป็นเมื่อไหร่ จะรักษายังไง ผลการรักษาดีแค่ไหน มีโรคแทรกซ้อนอะไร และให้คำปรึกษา คือสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อเจ็บป่วย เหมือนเราเป็นหมอที่อยู่ในบ้านเขา ปรึกษาได้โดยตรง” (ผู้บริหาร)

“คนที่ได้รับประโยชน์ ก็คือ ประชาชนโดยตรง” (ผู้บริหาร)

“ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น สามารถดูแลได้ทุกเรื่อง ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น บริการที่ครบถ้วนมากขึ้น” (แพทย์)

“อย่างที่มีโมเดลมาก่อนหน้านี้ คือมีการเวียนของทีมสหวิชาชีพเข้ามาดูแลผู้ป่วย แต่ว่าในส่วนการลงลึกในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยถึงครอบครัว ชุมชน จริงๆ นี้อาจจะยังไม่มี พอได้มีเรื่องของทีมหมอบรรณครวเข้ามาบทบาทตรงนี้ก็ชัดเจนขึ้น” (สหวิชาชีพ)

“ไม่ใช่แค่การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่จะเป็นการถ่ายทอดจุดเด่น สิ่งที่ดี ให้แก่กัน ทำให้ดูแลสุขภาพประชาชนได้ดีขึ้น” (สหวิชาชีพ)

“ทำงานไม่ทัน ข้อมูลมันเยอะ มันหลายอย่าง เพราะเราทำหลายหน้าที่ คนเดียวไม่ได้ทำอย่างเดียว ถ้าพูดถึงว่าอยากทำใหม่ ก็อยากทำ แต่ว่ามันต้องใช้เวลานิดนึง” (พยาบาล)

“รู้สึกว่าการเยอะขึ้นแล้วก็มันรีบ มันเร่งไปหมดเลย

แต่ก็ต้องทำ รู้สึกว่าจริงๆ PCC มันเป็นระบบมากทำให้เรามองเห็นว่าเราจะทำงานให้ดำเนินไปในทิศทางไหน ให้เห็นเป็นรูปเป็นร่างได้ชัดเจน แต่ว่ารูปร่างที่ชัดเจนมันก็ความยากกับงานที่เยอะ หนักและก็เหนื่อย” (พยาบาล)

“เพื่อให้งานมันสำเร็จ บางทีเรามีความรู้สึกว่า 24 ชั่วโมง น้อยไปสำหรับเราไหม ก็รู้สึกเหมือนเพื่อนๆ ในทีมอื่น มันเหนื่อย มันล้า บางอย่างมันรีบเร่ง จนเราก็ไม่มีเวลาแม้จะกลับมานั่งดูแลตัวเอง มานั่งดูแลครอบครัว” (พยาบาล)

3. ความรู้สึกที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอบรรณครว

ผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มวิชาชีพต่างๆ มีความรู้สึกต่อนโยบายคลินิกหมอบรรณครวที่หลากหลาย ดังนี้

3.1 รู้สึกดี (ทุกกลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ) เพราะ “มันเป็นโอกาส” ที่จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึง การแลกเปลี่ยนทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ประชาชนจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

3.2 รู้สึกกังวล (กลุ่มผู้บริหาร) เนื่องจาก มีความกังวลถึงการผลิตแพทย์ให้ได้ตามเป้าหมาย รวมถึงเป้าหมายและคุณภาพที่จะทำให้เกิดขึ้นกับประชาชน เนื่องจากการเร่งรัดของนโยบาย

3.3 รู้สึกไม่ชอบ “ชื่อ” (กลุ่มแพทย์) เนื่องจากไม่สื่อถึงนโยบายและการทำงาน

3.4 รู้สึกสับสน (กลุ่มแพทย์) กับกระบวนการ ขอบเขตการทำงาน และตัวชี้วัดของนโยบาย รวมถึงความแตกต่างกับนโยบายทีมหมอบรรณครว

3.5 รู้สึกเครียด กัดดัน ท้อแท้ (กลุ่มพยาบาล) เนื่องจากภาระงาน การจัดทำระบบข้อมูล ที่เพิ่มขึ้น ความคาดหวังต่อผลงานที่เพิ่มขึ้น รวมถึงรู้สึกถึงความไม่แน่นอนกับการเปลี่ยนแปลงของนโยบายที่เร่งรัด

3.6 รู้สึกหนักใจ (กลุ่มสหวิชาชีพ) เพราะเป็นงานใหม่ ยังไม่มีประสบการณ์ และมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิม



ตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่างๆ ดังนี้

“คลินิกหมอครอบครัว ถ้าเกิดขึ้นได้ ก็จะเป็นสิ่งที่ดีมากสำหรับประเทศของเรา” (ผู้บริหาร)

“ผมว่าตรงนี้มีมาถูกทางที่สุดแล้วละ รู้สึกดี เพราะมันเป็นโอกาส” (ผู้บริหาร)

“ดีใจ ที่นโยบายจะให้ประโยชน์กับประชาชน” (แพทย์)

“ไม่ชอบชื่อ เพราะทำให้นึกถึงคลินิก” (แพทย์)

“สับสน เพราะกระบวนการและผลลัพธ์ไม่ชัดเจน” (แพทย์)

“กดดัน เครียด ท้อแท้ รู้สึกไม่แน่นอน กับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว” (พยาบาล)

“เครียด หนักใจ เพราะเป็นงานใหม่ ไม่มีประสบการณ์ และลำบากใจที่ต้องเป็นตัวกลางระหว่างคลินิกหมอครอบครัวกับโรงพยาบาล” (เภสัชกร)

4. ความต้องการและความคาดหวังต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

คาดหวังให้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวดำเนินต่อไป และต้องการการสนับสนุนในด้านการให้เวลาและกำลังใจจากผู้ให้นโยบายและผู้บริหาร เพื่อไปสู่ความสำเร็จ

ทุกวิชาชีพ มีความคาดหวังที่ต้องการให้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวดำเนินต่อไป เนื่องจากเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับระบบบริการปฐมภูมิ บุคลากรและประชาชน ในขณะเดียวกันก็ต้องการการสนับสนุนจากผู้ให้นโยบายและผู้บริหารในด้านต่างๆ ได้แก่ ทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ ความรู้ การบริหารจัดการ ระบบข้อมูล ระบบสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ สิ่งให้ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในสถานะของผู้ปฏิบัติงานต้องการมากที่สุดก็คือ “เวลา และ กำลังใจ” ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้สำเร็จ ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการและความคาดหวังต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว มีดังนี้

“อยากให้เริ่มจากพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อน เพื่อเป็น

โมเดล แล้วค่อยขยายไปสู่พื้นที่อื่นๆ” (ผู้บริหาร)

“อยากให้เปิดทุกจุด” (ผู้บริหาร)

“ความสำเร็จ ไม่จำเป็นต้องสำเร็จในสมัยของผู้ให้นโยบาย” (ผู้บริหาร)

“อย่าเห็นว่าบางที่ทำได้ ก็คิดว่าที่อื่นๆก็ทำได้” (ผู้บริหาร)

“ต้องการให้จูนความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้นโยบาย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน” (แพทย์)

“ไม่ต้องเปลี่ยนชื่อบ่อย” (ผู้บริหาร, แพทย์)

“ต้องการให้เพิ่มแพทย์ คน เงิน ของ ระบบข้อมูล และการสื่อสารระหว่างกัน” (แพทย์, พยาบาล)

“ต้องการความเข้าใจ การให้เวลา การเสริมกำลังใจ การรับฟัง ไม่ใช่การสั่งการ” (พยาบาล)

“โรงพยาบาลและผู้บริหารควรให้การสนับสนุน” (ทันตแพทย์)

5. ปัญหาและอุปสรรค ต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มวิชาชีพให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคในลักษณะคล้ายๆ กัน ซึ่งมีหลากหลายประเด็น ดังนี้

5.1 นโยบาย ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในตัวนโยบาย (เช่น ทำอะไร ทำอย่างไร ทำแค่ไหน) และการเร่งรัดผลักดันนโยบาย

5.2 การสื่อสารนโยบาย ได้แก่ ข้อมูลที่สื่อสารไม่ชัดเจน ลักษณะการสื่อสารที่เน้นการสื่อสารทางเดียวจากเบื้องบนลงสู่เบื้องล่าง ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ให้เวลาสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจในระยะเวลาดำเนินการ การถ่ายทอด ซึ่งเจตนานโยบาย ในระดับต่างๆ ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่ระดับกระทรวง ระดับเขต ระดับจังหวัด ลงสู่หน่วยงานต่างๆ จึงทำให้ผู้รับนโยบายและผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจนโยบายและเข้าใจไม่ตรงกัน

5.3 การบริหารจัดการและทรัพยากร ได้แก่

5.3.1 พื้นที่ ได้แก่ การจัดกลุ่มพื้นที่และการแบ่ง

ป็นทรัพยากรที่มาจากสายบังคับบัญชาที่แตกต่างกัน บริบท และต้นทุนในพื้นที่ที่แตกต่างกัน

5.3.2 การบริหารจัดการทรัพยากร ได้แก่ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทรัพยากรในด้านต่างๆ ที่ไม่เอื้อต่อการคงอยู่ของแพทย์ การบูรณาการระหว่างงานบริการและงานบริหารที่ยังไม่ลงตัว ภาระงานและตัวชี้วัด

5.3.3 บุคลากร ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ไม่ได้ทำงานตรงกับวิชาชีพตนเอง ต้องทำงานหลายบทบาทหน้าที่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการคลินิกหออครอบครัว

5.3.4 ระบบข้อมูล ได้แก่ ระบบข้อมูลที่ซ้ำซ้อน ไม่ครอบคลุม ไม่ทันสมัย

5.3.5 ประชากร ได้แก่ ปัญหาที่พบในเขตเมือง คือ ประชากรที่อยู่จริงกับประชากรที่มีชื่อตามทะเบียนไม่ตรงกัน รวมถึงมีประชากรแฝง

5.4 แรงสนับสนุน ได้แก่ การขาดขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อนโยบายคลินิกหออครอบครัว มีดังนี้

“ถึงแม้นโยบายชัด แต่คนก็ยังเข้าใจกันยังไม่ชัด เข้าใจไม่ตรงกัน ด้วยความใหม่ของมัน ว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้น บางคนอาจจะมองแค่ว่าหออครอบครัวก็เหมือนรูปแบบเดิมๆ หอม 1 คน และก็เจ้าหน้าที่รวมๆ กันไปดูแล” (ผู้บริหาร)

“ปัญหาคือว่า PCC ต้องมีองค์ประกอบที่บุคลากรหลายวิชาชีพ สิ่งที่เป็นปัญหาอยู่ คือ หลายวิชาชีพเราก็ยังขาดแคลนอยู่ ไม่ว่าจะเป็นทันตภิบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย” (ผู้บริหาร)

“ปัญหาที่เจออีกก็คือ เรื่องของความเข้าใจที่ยังต่างกัน อยู่ของบุคลากร เรื่องของการชี้แจง คือ ระดับจังหวัดไม่ได้เข้ามาทำความเข้าใจให้ชัดเจน เขตก็ยังไม่ แต่ละเขตก็ยังไม่เข้าใจต่างกัน ผมไปประชุมของเขตของกระทรวงบ่อย เขตเขาก็ยังไม่เข้าใจตรงนี้” (ผู้บริหาร)

“เราตั้งไม่ได้ทุกจุด คือเรื่องของแพทย์แฟมเมดขาดแคลน” (ผู้บริหาร)

“ทุกประชากรในเขตอำเภอเมือง มันมีเจ้าของที่ต่างกัน เขาเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้แค่ไหน เพราะเราไม่สามารถที่จะสั่งการได้ มันมีหลายเจ้าภาพมาก จนกลัวว่ามันจะไม่ได้เป็นเนื้อเดียวกัน” (ผู้บริหาร)

“ข้อมูลไม่ชัดเจน ให้อายุสั้นสารน้อย” (แพทย์)

“การเพิ่มการผลิตแพทย์ เป็น mission impossible ต้องใช้เวลา และค่อยๆ ผลิต” (แพทย์)

“เจ้าหน้าที่ยังล้าสน ไม่ชัดเจนในนโยบาย” (พยาบาล)

“การต้อง key ข้อมูล ทุกอย่างผ่านคอม ทำให้ต้องให้เวลากับคอมมากกว่าคนใช้หรืองาน” (พยาบาล)

“ไอ้นั่นก็ต้องทำ ไอ้นี้ก็ต้องทำ ข้อมูลก็ต้องคีย์ งานคีย์ก็เยอะ” (พยาบาล)

“ขาดคน เช่น จนท.การเงิน หัวหน้าพยาบาลต้องทำทุกอย่าง รวมถึงพยาบาลที่ต้องทำงานเกือบทุกอย่างทำให้การทำงาน PCU ลดลง” (พยาบาล)

“ขวัญกำลังใจ เวลามีปัญหาผู้บริหารไม่ค่อยเข้ามาอยู่ในกลางใจเรา” (พยาบาล)

“อยากให้หอมไปด้วยกัน บางทีหอมติดสอนนักศึกษา นักกายภาพก็มีคนเดียว บางครั้งก็แย่งกัน จะไปเยี่ยมบ้านห้าคน แต่เราขอรถเยี่ยมบ้านได้สองวันคือวันที่มีนักกายภาพมา คนใช้ติดเตียงก็ต้องการมีนักกายภาพเข้าไปแล้วไงทีนี้เราก็มายแย่งกันอีก ทรัพยากรมันไม่เพียงพอ” (พยาบาล)

“ทัศนกรรมเป็นจุดหนึ่งที่ไม่ค่อยได้ไปร่วมงาน เช่น การออกเยี่ยมบ้าน เพราะการรักษาในแต่ละวันก็เหนื่อยแล้ว ทีมทัศนกรรมไม่ค่อยได้ออกจากห้องสี่เหลี่ยมไปหาประชาชน” (ทัศนแพทย์)

“ทำงานบนความรัก ความเครียด ทำให้ไม่สามารถสร้างสรรค์งานใหม่ได้” (ทัศนแพทย์)

“ความลำบากใจ คือ เราเป็นตัวกลาง จะต้องทำตัวกลางๆ จากกลุ่มงานกับส่วนนี้ เราต้องเป็นตัวประสานในส่วนคลัสเตอร์กับโรงพยาบาล” (เภสัชกร)



“ตรงนี้อาจจะทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร เพราะว่าด้วยประสบการณ์การทำงาน และด้วยความเข้าใจอะไรหลายๆ อย่าง” (ทันตแพทย์)

6. ข้อเสนอแนะที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในลักษณะที่แตกต่างกันตามลักษณะวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้บริหารได้ให้ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการวางนโยบาย ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติได้ให้ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่เป็นเรื่องการขอสนับสนุนการปฏิบัติงาน ดังนี้

6.1 นโยบาย ได้แก่ ควรสร้างนโยบายจากการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสร้างความเข้าใจนโยบายแก่ผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น ควรสร้างความมั่นคงของนโยบายให้มากขึ้น

6.2 ทรัพยากร ได้แก่ ควรสนับสนุนทรัพยากรบุคคลให้มากขึ้น

6.3 ขวัญและกำลังใจ ได้แก่ ผู้บริหารควรรับฟังปัญหาให้มากขึ้นและให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ มิใช่สั่งการแต่เพียงอย่างเดียว

ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงข้อเสนอแนะที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว มีดังนี้

“ถ้าจะทำให้เกิดหมอครอบครัว มันก็ต้องเปลี่ยนหลักสูตรตั้งแต่หลักสูตรของนักศึกษาแพทย์ ต้องเกิดจากความร่วมมือของ 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ ส่วนที่ 1 คือ แพทยสภา ต้องกำหนดบทบาทว่าคนที่จบแพทย์มา จะต้องเรียนอะไรบ้าง ส่วนที่ 2 คือ โรงเรียนแพทย์ คณะแพทย์ส่วนใหญ่สอนในเชิงของโรคมามากกว่า แต่สอนเรื่องแบบนี้ค่อนข้างน้อย จะมี community medicine ก็มีอยู่ไม่กี่หน่วยกิต ส่วนที่ 3 คือ กระทรวง ก็ควรมองภาพถึงความต้องการในประเทศของเราควรมีหมอครอบครัวที่ไหน ยังไง จำนวนเท่าไร ใช้เวลาผลิตนานเท่าไร 3 หน่วยงานนี้ต้องมาคุยกัน คือต้องมองในเชิงระบบทั้งหมดว่า 3 หน่วยงานนี้มันต้องเกี่ยวข้องกันทั้งหมด ทั้งการกำหนดหลักสูตร คนสอน คนที่จะเอาไปใช้”

(ผู้บริหาร)

“ถ้าเป็นไปได้ อย่าเปลี่ยนนโยบายบ่อย ปัญหาในกระทรวงสาธารณสุขเรา ก็คือว่า พอเปลี่ยนรัฐมนตรี เปลี่ยนปลัดที่ ก็เปลี่ยนนโยบายที่” (ผู้บริหาร)

“ขั้นตอนการทำ ต้องสร้างความเข้าใจ ในทุกกลุ่ม ทุกระดับก่อน” (ผู้บริหาร)

“เราต้องคุยกันบ่อยๆ แล้วก็ทำแนวทางร่วมกันบ่อยๆ แล้วเอาปัญหามาพูดกันบ่อยๆ” (ผู้บริหาร)

“จะยั่งยืนหรือไม่ มันอยู่ที่ตัว PCC หรือ FCT ได้ดูแลโดยใช้หัวใจเวชศาสตร์ครอบครัวหรือไม่ แล้วได้บริหารจัดการโดยยึดหลักของ primary care management หรือไม่” (ผู้บริหาร)

“อยากให้มีหมอมาร่วมทีม มาดูปัญหาจริงๆ” (พยาบาล)

“ความจริงใจคะ ขอความจริงใจ ความเอื้ออาทรที่มีให้กัน” (พยาบาล)

“พยาบาลเข้ามาถ้า full option ของทีม ควรจะ 6 คน แล้วเราจะทำในบทบาทของพยาบาลเรามากขึ้น” (พยาบาล)

วิจารณ์

การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงาน ปฐมภูมิทุกระดับต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวนั้น มีความเข้าใจในภาพรวมของนโยบายตรงกัน แต่ความเข้าใจในรายละเอียดแตกต่างกัน การรับรู้ส่วนใหญ่ผ่านช่องทางเดียว คือ จากการประชุมเพื่อรับนโยบายจากผู้บริหาร ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวจากเบื้องบนลงสู่เบื้องล่าง (downward communication) การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิในภาพรวมต่อนโยบายนี้ คือ เป็นนโยบายที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการรวมกลุ่มพื้นที่เพื่อการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้ดีขึ้น แต่ในการรับรู้ในรายละเอียดของนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละสถานะและวิชาชีพยังไม่ชัดเจนและมีความแตก

ต่างกัน คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเข้าใจว่าเป็นเรื่องของการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ แต่มีความรู้สึกกังวลเนื่องจากนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ในขณะที่แพทย์มองว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ชื่อนั้น ชื่อนโยบายเป็นเหมือนเครื่องหมายการค้าเพื่อสร้างตราสินค้าของผู้วางนโยบายตามยุคสมัย และรู้สึกเฉยๆ กับนโยบาย เนื่องจากนโยบายไม่ได้ทำให้การดูแลผู้ป่วยของตนเองแตกต่างไปจากเดิม ในขณะที่พยาบาลมองว่านโยบายคลินิกหมอครอบครัวทำให้มีภาระงานมากขึ้น โดยเฉพาะงานเอกสารและข้อมูล ต้องทำงานหนักขึ้น และรู้สึกเครียด กัดดัน สับสน ทั้งนี้ มีการศึกษาในประเด็นที่คล้ายกัน แต่ศึกษาในบริบทและวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันของนโยบายทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT) ได้แก่ การศึกษาประสบการณ์ของทีมสุขภาพที่มีต่อนโยบายทีมหมอครอบครัว พบว่าคำว่า “ทีมหมอครอบครัว” เป็นเหมือนจุดขายทางนโยบายและในมุมมองของทีมสุขภาพมองไม่เห็นว่าคุณี้อะไรที่แตกต่างไปจาก “บริการปฐมภูมิ” ที่ใช้กันเรื่อยมา วาทะกรรมหรือตัวชี้วัดทางนโยบายที่เปลี่ยนบ่อยเมื่อผู้บริหารส่วนกลางเปลี่ยน ในขณะที่สาระสำคัญของงานไม่ได้ต่างกัน ส่งผลกระทบต่อคนทำงานในพื้นที่ เช่น ทำให้ภาระงานเอกสารมากเกินไป และเกิดความสับสน เมื่อสะสมในระยะยาว จะบั่นทอนความคิดริเริ่มและขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ในการตอบสนอง ความต้องการของประชาชน⁽⁷⁾ ในขณะที่ทีมสหวิชาชีพที่เหลือ ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด มีความกังวลต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเพราะยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานปฐมภูมิ ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติ และระหว่างปฏิบัติด้วยกันเอง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกระบวนการสื่อสารนโยบายที่ยังไม่ดีพอ การสื่อสารในองค์กรที่มีประสิทธิภาพควรมีเส้นทางการสื่อสารหลายทิศทาง ทั้งการสื่อสารจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน (upward communication) การสื่อสารจากเบื้องบนสู่เบื้อง

ล่าง (downward communication) และการสื่อสารในแนวระนาบหรือในระดับเดียวกัน ซึ่งพบว่า การสื่อสารจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน มีความสำคัญต่อการบริหารองค์กรเป็นอย่างมาก ช่วยให้เกิดประโยชน์หลายอย่าง ได้แก่ ช่วยให้ผู้บริหารได้ข้อมูลย้อนกลับจากการทำงาน ทำให้ผู้บริหารได้รับทราบประสิทธิผล ปัญหาและอุปสรรค ช่วยให้พนักงานลดความกดดันและความเครียดต่างๆ ลงได้ เพราะได้โอกาสสื่อสารให้ผู้บริหารได้รับทราบข้อมูลและปัญหา และที่สำคัญ การสื่อสารแบบนี้จะทำให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมและมีความผูกพันกับองค์กรมากขึ้น ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของงานหรือเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร⁽⁸⁾

ความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลและปฏิบัติงานปฐมภูมิทุกระดับ ทุกวิชาชีพมีความต้องการที่ตรงกัน คือ ต้องการให้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวดำเนินต่อไป เนื่องจากเล็งเห็นประโยชน์ของนโยบายที่มีต่อประชาชนและเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นเหมือน “ยุคทองของเวชศาสตร์ครอบครัว” และมองว่านโยบายนี้คือ “โอกาส” ที่จะทำให้มีแพทย์เวชศาสตร์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล⁽⁷⁾ ที่พบว่า สมาชิกทีมหมอครอบครัวเห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายทีมหมอครอบครัวต่อไป เพราะพวกเขาเห็นประโยชน์ของการกำหนดเป้าหมายอันจำเพาะชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายของบริการ นอกจากนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลและปฏิบัติงานปฐมภูมิ ยังมีความต้องการให้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวมีความชัดเจน มั่นคงและมีความต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลง มีการกำหนดนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงต้องการทรัพยากรต่างๆ ที่จะสนับสนุนการทำงาน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและวิชาชีพต่างๆ ซึ่งในการผลิตแพทย์นั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลได้สะท้อนถึงการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ควรเกิดจากความร่วมมือจาก 3 ภาคี คือ แพทยสภา ในการกำหนดคุณสมบัติ กระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดความต้องการ และสถาบันผลิตแพทย์



(โรงเรียนแพทย์) ในการกำหนดหลักสูตรให้สอดคล้องกับคุณสมบัติตามที่แพทยสภากำหนดและผลิตในจำนวนตรงตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ที่ได้กล่าวว่า การสร้างระบบสุขภาพควรอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของประชาชน ซึ่งจะเกิดได้จากการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ วิชาชีพต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ สถาบันผลิตแพทย์ ผู้จัดการสุขภาพ และชุมชน (partnership pentagon)

ความต้องการที่สำคัญที่สุดของผู้ปฏิบัติงานคือ ต้องการการให้เวลา รวมถึงการให้ขวัญและกำลังใจจากผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร ทั้งนี้มีการศึกษาในประเด็นที่คล้ายกัน แต่ศึกษาในบริบทและวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันของนโยบายทีมหมอบรรเทา ได้แก่ การศึกษาการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาทีมหมอบรรเทา พบว่า ความต้องการของทีมสุขภาพที่มีต่อนโยบายทีมหมอบรรเทา คือ การกำหนดและการถ่ายทอดนโยบายที่ชัดเจนสู่การปฏิบัติ เพื่อการทำงานของระดับผู้ปฏิบัติ รวมถึงแนวทางการทำงานที่ชัดเจน การชี้แจงแนวทางการทำงานให้ทีมหมอบรรเทา การให้ขวัญกำลังใจแก่ทีมหมอบรรเทา การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามให้ความช่วยเหลือ/สนับสนุนการทำงานอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง รวมถึงคำชมที่สร้างขวัญกำลังใจ⁽¹⁰⁾

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอบรรเทา ดังกล่าวข้างต้นนั้น การรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกในรายละเอียดของนโยบายคลินิกหมอบรรเทาแตกต่างกันตามสถานะและวิชาชีพของผู้รับรู้ ดังนั้น หากผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิในระดับต่างๆ มีการรับรู้ต่อนโยบายคลินิกหมอบรรเทาที่ไม่ได้ต่างไปจากนโยบายอันเดิมคือ นโยบายทีมหมอบรรเทาแล้ว พฤติกรรมการดูแลประชาชนและการทำงานบริการปฐมภูมิ ก็จะไม่แตกต่างกันไปจากเดิมได้

ข้อยุติ

จากข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้น ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิมีความเข้าใจต่อนโยบายคลินิกหมอบรรเทาคล้ายกัน คือ เป็นนโยบายที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ และการแลกเปลี่ยนทรัพยากรซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนที่ดีขึ้น ซึ่งการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มาจากการประชุมถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหาร ในลักษณะจากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง (downward communication) ขณะเดียวกัน ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิอยากให้นโยบายคลินิกหมอบรรเทาดำเนินต่อไป เนื่องจากเห็นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน และเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นเหมือน “ยุคทองของเวชศาสตร์ครอบครัว” และเป็น “โอกาส” ที่จะทำให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การรับรู้ดังกล่าว ยังมีความแตกต่างกันในรายละเอียดตามสถานะของผู้รับรู้ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติ และกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งการรับรู้ในรายละเอียดที่แตกต่างกัน จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และสถานะของผู้รับรู้นั้นๆ และจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับรู้ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชน อย่างไรก็ตาม การสร้างการรับรู้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ ต่อนโยบายคลินิกหมอบรรเทาอย่างเป็นเอกภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย จึงควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารนโยบายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำหรับการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอ

ขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม สาธารณสุขอำเภอเมือง
จ.นครราชสีมา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์
เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เครือข่าย
บริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ศูนย์สุขภาพชุมชนคลินิก
เวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนจ้อหอ ศูนย์สุขภาพ
ชุมชนหัวทะเล ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดป่าสาละวัน สถานี
กาชาดที่ 4 ที่ให้ความอนุเคราะห์คณะผู้วิจัยในการเข้าถึง
ข้อมูล และขอขอบคุณข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิของ
วารสารทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever; 2008.
2. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.
3. Sriwanitchakorn S. Primary care. 4th ed. Nonthaburi: Institute of Research and Community Health System Development; 2005. (in Thai)
4. Mekton S. Performance guideline of primary care cluster for primary care unit. Nonthaburi: Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
5. Schermerhorn JR. Perception, attribution, and learning. In: Uhl-Bien M, Schermerhorn JR, Osborn RN. Organizational behavior. 12th ed. John Wiley&Sons; 2011.
6. Satir V. The Satir Model: family therapy and beyond. Ontario: Hushion House; 1991.
7. Suriyawongpisan P. Assessment of health policy on promoting family care team. Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
8. Office of Information, Ministry of Public health. Organizational communication. 2014. (in Thai)
9. Michael K. The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the world organization of family doctors. 2nd ed. London: Radcliffe Publishing; 2013.
10. Sriwanitchakorn S. Report of situational survey of operations & opinion to developmental policy of family care team. Institute of Community Based Health Care Research and Development; 2015. (in Thai)