

รายงานวิจัย

Research Articles

การพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ The Development of Primary Care Unit Establishment in Primary Healthcare Network

กฤษฎณี วงศ์เจริญวานกิจ* สุณิสสา คำประสิทธิ์*
พิชัย บุญมาศรี† ระพีพรรณ นันตะนา† กรณิการ์ หิริศักดิ์สกุล†
Krisanee Wongcharoenwankij* Sunisa Kamprasit*
Pichai Bunmasri† Rapeepan Nantana† Kornnika Hirisaksakul†

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย

*Social Medical Department, Loei Hospital

†กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย

†Community Nurse Department, Loei Hospital

‡กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

‡Quality and Service Development Division, Loei Provincial Public Health Office

Corresponding author e-mail address: beeb00652@gmail.com

Received: December 19, 2024

Revised: March 3, 2025

Accepted: April 3, 2025

Abstract

Primary care clinics play a crucial role in strengthening the primary healthcare system. This action research aimed to assess the current situation and develop a framework for establishing a primary care unit within the primary healthcare service network in Loei Province, involving 79 participants, including 73 members of the quality assessment and standardization committees for primary healthcare services, along with six family medicine physicians. The study was conducted from October 2023 to September 2024. The findings revealed that healthcare facilities failed to meet seven key criteria: personnel management and service capacity, facility location, information systems, primary healthcare service systems, laboratory services, pharmaceutical services and consumer protection, and infection prevention and control. A provincial-level framework for establishing primary care units should encompass six key aspects, summarized as "IMPACC": integration of projects, management of structure and responsibilities, personnel allocation and development, academic and technical support, clinical facility and infrastructure improvement, and continuous monitoring and motivation. Following the implementation of this framework, the proportion of primary care unit meeting the assessment criteria significantly increased from 6.25% to 100% ($p < 0.001$), and the median assessment score improved significantly from 235.5 to 272.0 points ($p < 0.001$). The proposed framework should be adopted to scale up the establishment of primary care units at the provincial level.

Keywords: establishment, primary care unit, primary healthcare service network

Buddhachinaraj Med J 2025;42(1):2-15.

บทคัดย่อ

คลินิกหมอครอบครัวเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเลยโดยผู้ร่วมวิจัย 79 คนซึ่งเป็นคณะกรรมการและอนุกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ 73 คนและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566-เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการไม่ผ่านเกณฑ์ 7 ด้าน ได้แก่ การจัดสรรบุคลากรและศักยภาพการบริการ สถานที่ตั้งหน่วยบริการ ระบบสารสนเทศ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบห้องปฏิบัติการ การบริการเภสัชกรรม และงานคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แนวทางการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวระดับจังหวัด ควรมี 6 ด้าน "IMPACC" ได้แก่ การบูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้อง การกำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน การจัดสรรและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การสนับสนุนด้านวิชาการ การปรับปรุงสถานที่และโครงสร้างอาคาร และการนิเทศติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนาพบว่าคลินิกหมอครอบครัวผ่านเกณฑ์ประเมินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 6.25 เป็นร้อยละ 100 ($p < 0.001$) ค่ามัธยฐานของคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 235.5 คะแนนเป็น 272.0 คะแนน ($p < 0.001$) ดังนั้นควรนำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในระดับจังหวัดต่อไป

คำสำคัญ : การจัดตั้ง, คลินิกหมอครอบครัว, เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

พุทธชินราชเวชสาร 2568;42(1):2-15.

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันเผชิญกับปัญหาหลายประการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความครอบคลุมและการเข้าถึงการบริการของประชาชน ทั้งในพื้นที่ชนบทและเขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่น การให้บริการสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่ขาดการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุมในระดับพื้นฐานจึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการสุขภาพโดยใช้แนวทางที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ การตั้งคลินิกหมอครอบครัวเป็นหนึ่งในแนวทางที่ตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care)¹⁻² โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมในขนาดที่เหมาะสมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวส่งผลให้ประชาชนทุกครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่³⁻⁵

จังหวัดเลยได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบที่อำเภอเมืองเลยจากการถอดบทเรียนร่วมกันพบว่าการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวช่วยลดระยะเวลา

รอคอยของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการไปรับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.เลย) ซึ่งต้องใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง โดยเมื่อไปใช้บริการที่คลินิกหมอครอบครัวใช้เวลา 30 นาที-1.30 ชั่วโมง สามารถลดความแออัดของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวใน รพ. เลยร้อยละ 20 ต่อวัน เพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้านจากร้อยละ 21 เป็นร้อยละ 36 ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัวประมาณ 100-2,000 บาทต่อครั้ง ลดการขาดรายได้ของผู้ดูแล 300 บาทต่อวัน เพิ่มการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงจาก 690.29 ราย เป็น 605.90 รายต่อแสนประชากร และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI (ST-segment elevation myocardial infarction), โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรังลดลง จึงเห็นได้ว่าคลินิกหมอครอบครัวช่วย “ลดรอคอย ลดแออัด ลดค่าใช้จ่าย ลดป่วย และลดตาย” ให้ประชาชนในพื้นที่ได้ จึงควรขยายบริการดังกล่าวให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดเลย⁶⁻⁷

การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่าย จังหวัดเลยมี 2 รูปแบบ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (network of primary care unit: NPCU) โดยมีเป้าหมายทั้งหมด 81 ทีม ขึ้นทะเบียนแล้ว 65 ทีม (ร้อยละ 80.2) อยู่ระหว่างดำเนินการ 16 ทีม (ร้อยละ 19.8) ข้อจำกัดได้แก่จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัว (basic course of family medicine for primary care doctor: BSC) ไม่ครบทุกคลินิกหมอครอบครัวและบางแห่งไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากการดำเนินงานส่วนใหญ่ต้องยึดโยงกับแม่ข่ายและทุกเครือข่ายขึ้นตรงกับหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น การพัฒนาและจัดหาแพทย์ประจำ PCU/NPCU การกำหนดแนวปฏิบัติ รวมทั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เมื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเครือข่ายจังหวัดไม่ชัดเจน แยกส่วนการพัฒนาเป็นรายอำเภอ การกำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ทำให้คลินิกหมอครอบครัวบางแห่งไม่ผ่านการประเมิน

การใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สร้างความตระหนักและความต้องการในการแก้ปัญหาร่วมกัน พบว่าแนวคิดดังกล่าวช่วยให้คลินิกหมอครอบครัวมีคะแนนการประเมินคุณภาพมาตรฐานฯ เพิ่มขึ้นและผ่านการประเมินตามเกณฑ์^{๑๑} ดังนั้นจึงประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเลย การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพทั่วถึงและเท่าเทียม ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลแม่ข่ายถึงระดับครอบครัว ทั้งนี้

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) หรือการรวมกลุ่ม

ของหน่วยปฐมภูมินขนาดเล็กเป็นเครือข่าย (network of primary care unit: NPCU) เพื่อให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนอย่างน้อย 2 คน มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ สามารถตั้งคลินิกหมอครอบครัวในหรือนอกสถานที่

เครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดเลย หมายถึง การประสานงานและการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันของคลินิกหมอครอบครัวภายในจังหวัดเลย เพื่อขยายคลินิกบริการและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดเลย

คลินิกหมอครอบครัวคุณภาพมาตรฐาน หมายถึง คลินิกหมอครอบครัวดำเนินการพัฒนาตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดเลย (พ.ศ. 2566) และผ่านเกณฑ์การประเมิน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart¹⁰ แบ่งการดำเนินการเป็น 2 วงรอบ ได้แก่ **วงรอบที่ 1** การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567) สนับสนุนให้หน่วยบริการที่ขอจัดตั้งประเมินตนเองและเยี่ยมเสริมพลังเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน และ**วงรอบที่ 2** พัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว (เดือนเมษายน-เดือนกันยายน พ.ศ. 2567) สนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานให้บรรลุตามเกณฑ์ตามบริบทของพื้นที่ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (plan) ปฏิบัติการ (action) สังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนคิด (reflection) ศึกษาในพื้นที่จังหวัดเลย แบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) 1 ทีม และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) 15 ทีมจาก 11 อำเภอ ผู้ร่วมวิจัย (participants) เป็นคณะกรรมการและอนุกรรมการ

ตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดเลย (ค.ป.ค.ม.) คัดเลือกตามความรู้ความชำนาญและประสบการณ์การประเมินคลินิกหมอครอบครัว 79 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบหัวข้อการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เลย 20 คน และ รพ. เลย 10 คน ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 2 คน ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 37 คน ตัวแทนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) 3 คน ผอ.กองสาธารณสุขของค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 1 คน และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6 คน ซึ่งต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานหรือมีบทบาทในการประเมินและพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว มีประสบการณ์ในงานดังกล่าวมากกว่า 1 ปี โดยคัดออกเมื่อเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบหรือไม่สามารถปฏิบัติงานในความรับผิดชอบได้ เช่น ย้ายหรือเปลี่ยนหน่วยงาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบไร้โครงสร้างเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ประสบการณ์และแนวคิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในมุมมองของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 5 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) การดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่านเป็นอย่างไรและท่านมีบทบาทในการดำเนินการอย่างไร 2) ปัญหาหรือข้อจำกัดในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเป็นอย่างไร 3) ท่านคิดว่าสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจากอะไร 4) ท่านมีประสบการณ์หรือมีแนวคิดในการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร และ 5) หากต้องการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในระดับจังหวัดควรดำเนินการอย่างไร, (2) แบบสนทนากลุ่มโครงสร้าง เป็นแบบไร้โครงสร้างเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์ปัญหาค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวคิดการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวร่วมกัน ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 5 ข้อคำถามเช่นเดียวกับแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก,

(3) วาระการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการค้นหาสาเหตุ ออกแบบและวางแผนพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการ, (4) คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566¹¹ เป็นเครื่องมือดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดตั้งและรับรองคลินิกหมอครอบครัว ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (index of item objective congruence: IOC) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลภารกิจปฐมภูมิ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน ซึ่งแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.50 และค่าเฉลี่ยของค่า IOC เท่ากับ 0.92 ดังนั้นเครื่องมือดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม รวมทั้งการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการในวงรอบที่ 1 ระยะของการศึกษาสถานการณ์ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์ร่วมวิจัย 17 คนทางโทรศัพท์ ทีมวิจัยเป็นผู้ช่วยจดบันทึก ไม่ได้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ผู้ร่วมวิจัย 17 คนนั้น ได้แก่ รองผู้อำนวยการภารกิจปฐมภูมิ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (รพ. เลย 1 คน และ รพช. 1 คน) แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัวเบื้องต้น (รพ. เลย 1 คน และ รพช. 1 คน) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม (รพ. เลย 1 คน และ รพช. 1 คน) พยาบาลเวชปฏิบัติ (รพ. เลย 1 คน, รพช. 1 คน และ รพ.สต. 1 คน) ผู้อำนวยการ รพ.สต. 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ. 1 คน พยาบาลวิชาชีพ สสอ. 1 คน และ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. 1 คน สัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการจัดการสนทนากลุ่ม 6 ครั้ง ผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ (zoom meeting) ทีมวิจัยเป็นผู้ช่วยจดบันทึก ไม่ได้บันทึกเสียงการสนทนา ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มแพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ที่ผ่านการอบรม BSC 2 ครั้ง ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด สสจ. เลย 20 คน 2 ครั้ง และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด รพ. เลย 10 คน 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที โดยแต่ละกลุ่มแบ่งการสนทนาวงรอบละ 1 ครั้ง

การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด โดยผู้วิจัยหลักดำเนินการประชุมผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ของ สสจ. เลย ทีมวิจัยเป็นผู้ช่วยจัดบันทึก ไม่ได้บันทึกเสียงการประชุม โดยเชิญทีม ค.ป.ค.ม. เข้าร่วมการประชุม 6 ครั้ง ทุก 2 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที

เอกสาร ได้แก่ บันทึกการเยี่ยมเสริมพลังประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิและแบบประเมินตนเองของ PCU/NPCU เพื่อขอจัดตั้งเป็นคลินิกหมอครอบครัว

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 พัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว และวงรอบที่ 2 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

วงรอบที่ 1 พัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ศึกษาสถานการณ์และวางแผน (situation analysis and planning) โดยวิเคราะห์และสำรวจสถานการณ์ของระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่จังหวัดเลย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและข้อจำกัดจากการตั้ง PCU/NPCU เป็นคลินิกหมอครอบครัว วางแผนพัฒนาจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวโดยกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์การพัฒนา จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ รวมทั้งจัดทำแผนการสนับสนุนการดำเนินการ โดยการ ทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ปฏิบัติการ และสังเกตการณ์ (action and observation) ดำเนินการ พัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว พัฒนาศักยภาพ ทีมคลินิกหมอครอบครัว และสนับสนุนให้นำเทคโนโลยี มาใช้สนับสนุนบริการคลินิกหมอครอบครัว พัฒนาระบบ ประสานงานและสื่อสารภายในเครือข่ายจังหวัดเลย นำไปทดลองปฏิบัติ ประเมินผล ปรับปรุงการดำเนินงาน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้น สะท้อนคิดโดยนำผลลัพธ์ทั้งที่บรรลุและไม่บรรลุ เป้าหมายมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพและประโยชน์ที่

ได้รับจากการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดเพื่อปรับปรุงใน วงรอบต่อไป

วงรอบที่ 2 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว ศึกษาสถานการณ์และวางแผนโดยวิเคราะห์ และสำรวจสถานการณ์หลังการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน PCU/NPCU วงรอบที่ 1 จากนั้นวางแผนพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการ ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ปฏิบัติการและ สังเกตการณ์ปรับปรุงคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. เพิ่มตัวแทน จาก อบจ. เป็นส่วนหนึ่งของทีม นำไปทดลองปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ โดยเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สะท้อนคิด วิเคราะห์ประสิทธิภาพและประโยชน์ที่ได้รับ จากการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบการจัดตั้งคลินิก หมอครอบครัว จัดทำรายงานสรุปผลการวิจัยและการ พัฒนาเพื่อเผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ ผู้ที่สนใจหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไป ใช้จริงในพื้นที่อื่นอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลมาจัดกลุ่ม ตรวจสอบและยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล (triangulation) เชื่อมโยงและสรุปความเข้าใจร่วมกัน เสนอข้อมูล ด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนั้น เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐานฯ วัดซ้ำ 2 วงรอบด้วยสถิติ McNamar's test วิเคราะห์การกระจายตัวของคะแนนการประเมิน คุณภาพมาตรฐานฯ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวัดซ้ำ 2 วงรอบด้วยสถิติ pair t-test/Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อนึ่ง การวิจัยนี้ปฏิบัติตาม หลักการเคารพในบุคคล หลักสิทธิประโยชน์ และหลัก ความยุติธรรม ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเลย รหัส EC002/ 2566 ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

วงรอบที่ 1 พัฒนาการจัดตั้งคลินิกหออัครบครวั
ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน
มีนาคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 1 การวางแผน มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษา
สถานการณ์และการวางแผน

การศึกษาสถานการณ์ จากบันทึกการสนทนากลุ่ม
ของทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง บันทึกการประชุมระดมสมอง
และสะท้อนคิดพี่เลี้ยงเสริมพลังและทีมเจ้าหน้าที่หน่วย
ปฐมภูมิ รวมทั้งเอกสารประเมินคุณภาพมาตรฐาน
บริการสุขภาพปฐมภูมิในการเยี่ยมเสริมพลังรอบที่ 1
เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน
คุณภาพมาตรฐานฯ ครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียด 8 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการผ่านทุกหน่วยบริการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการ
บริการ พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอ
ประวัติการอบรม/ประชุมไม่ครอบคลุมในเรื่องการ
จัดการข้อมูล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ในชุมชน “ทั้ง รพ.สต. ผมเป็นทั้ง ผอ. เป็นทั้งพยาบาล
คนเดียวทำทุกอย่าง” (พยาบาล รพ.สต.), “ไม่ผ่านเพราะ
หมอไม่พอ ลาออกไป 6 คน เรียนต่ออีก 1 คน” (แพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัว รพ.เลย), “ทางเครือข่ายอยากให้
ทาง รพ.เลย จัดอบรมให้ทั้งจังหวัด หลายคนเป็นคน
รับผิดชอบงานใหม่” (ผู้รับผิดชอบงาน สสจ.เลย)

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร
สถานที่ และสิ่งแวดล้อม พบว่าไม่ได้จัดการพื้นต่างระดับ
ในอาคารและได้จัดบริการที่ชั้น 2 “บางแห่งเป็นอาคาร
เก่า ปรับปรุงโครงสร้างหลายครั้ง ทำให้มีพื้นต่างระดับ
หลายแห่ง” (ผู้ประเมิน ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง), “บางแห่ง
ยังไม่ย้ายห้องทันตรกรรมลงมาชั้นล่างทำให้ผู้สูงอายุ
ขึ้นลงลำบาก” (ทันตแพทย์ ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ พบว่าแนวปฏิบัติการ
เข้าถึงข้อมูลและการคุ้มครองข้อมูลผู้รับบริการไม่ชัดเจน
“เข้าใจว่า PDPA (Personal Data Protection Act: พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล) ทำเฉพาะ
ในโรงพยาบาล” (พนักงานบันทึกข้อมูล รพ.สต.)

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า
แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน
การบันทึกการสอบเทียบเครื่องมือไม่ครอบคลุม
หน่วยบริการจ่ายยาสมุนไพรไม่ครบ 10 ราย “บางแห่ง
ไม่ลง code ยาสมุนไพรใน Hos XP ทำให้ออกรายงาน
การสั่งยาไม่ครบ” (แพทย์แผนไทย ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
และสาธารณสุข พบว่าสถานที่เจาะเลือดไม่แยกเป็น
สัดส่วน การตรวจและการบันทึกการควบคุมคุณภาพ
ภายใน (Internal Quality Control: IQC) ไม่ครอบคลุม
และต่อเนื่อง “ส่วนใหญ่ รพ.สต. จะทดสอบและบันทึก
คุณภาพแถบตรวจน้ำตาล แถบตรวจการตั้งครรภ์
แถบตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ แต่ไม่ค่อย
ทดสอบเครื่องปั่น hematocrit ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์”
(เจ้าหน้าที่ห้องตรวจปฏิบัติการทางการแพทย์ ทีมพี่เลี้ยง
เสริมพลัง)

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและ
งานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่าแนวทางการบริหารยาที่
รถ emergency ไม่ชัดเจน “การตรวจรถ emergency
ไม่ต่อเนื่อง บางแห่งไม่ติดแนวทางการใช้ยาไว้ที่รถ”
(พยาบาลวิชาชีพ ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง) บริหารคลังยา
ไม่ครอบคลุมตามมาตรฐาน การเบิกยาและวัสดุทาง
การแพทย์เกินความจำเป็น “บางแห่งยังไม่มีคำสั่งและ
แนวทางการเปิด-ปิดคลังยา ไม่แยกพื้นที่จัดเก็บยา
โรคเรื้อรังเป็นสัดส่วน เบิกวัสดุไว้อย่างมาก บางอย่าง
ก็ใกล้หมดอายุ” (เภสัชกร ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการ
ติดเชื้อ พบว่าการแบ่งพื้นที่ทำความสะอาดและบรรจุ
ชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เป็นสัดส่วน “บางแห่ง
ใช้พื้นที่ทำความสะอาดเครื่องมือและบรรจุเครื่องมือที่
เดียวกัน” (พยาบาลหัวหน้างานจ่ายกลาง รพ. เลย), จุดพัก
มูลฝอยชั่วคราว ไม่ครอบคลุมตามมาตรฐาน “บาง รพ.สต.
ที่พักขยะชั่วคราว ดาข่ายไม่ได้มาตรฐาน” (นักสาธารณสุข
ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

การวางแผน ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลังระดับจังหวัด
ให้ข้อมูลการเยี่ยมประเมินครั้งที่ 1 ร่วมกันจัดทำแผนงาน
โครงการและบูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้อง 5 โครงการ
ดังต่อไปนี้

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายขับเคลื่อนสุขภาพดิจิทัล เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะเรื่องแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล แนวทางตรวจสอบและเฝ้าระวังความมั่นคงทางไซเบอร์ (cyber security) ในเครือข่ายจังหวัดเลย งบประมาณจากเงินบำรุง 13,500 บาท กลุ่มภารกิจสุขภาพดิจิทัลเป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อสนับสนุนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

โครงการตรวจประเมินระบบคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการในเครือข่ายจังหวัดเลย เพื่อติดตามประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลและเครือข่าย โดยการจัดประชุมและเยี่ยมประเมินคุณภาพ งบประมาณจากเงินบำรุง 12,000 บาท กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อสนับสนุนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำปี 2567 โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในเครือข่ายจังหวัดเลย งบประมาณเงินบำรุง 53,000 บาท งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อสนับสนุนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานปฐมภูมิตามคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2567 เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยจัดประชุมให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะ งบประมาณเงินบำรุง 24,200 บาท กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อสนับสนุนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการบริการ ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ปีงบประมาณ 2567 จังหวัดเลย (basic course of family medicine for primary care doctor) กลุ่มเป้าหมายเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ปี 2 จำนวน 40 คน ในเขตสุขภาพที่ 8 งบประมาณจากเงินบำรุง สสจ. เลย 67,872 บาท ผู้รับผิดชอบโครงการเป็นงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ. เลย เพื่อสนับสนุนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการบริการ

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ

จากการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ผู้ร่วมวิจัยมีข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

บูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ทำให้การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ

กำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน โดยจัดตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดเลย (ค.ป.ค.ม) ทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง ทำหน้าที่จัดทำแผนการขึ้นทะเบียน จัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 และจัดทำแผนอบรมแพทย์ BSC พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ประเมินและติดตามการดำเนินงานในระยะถ่ายโอนหน่วยบริการให้ อบจ. เลย

การจัดสรรและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่อแก้ปัญหาพยาบาลไม่เพียงพอ โดยวางแผนจัดกำลังคน กระจายพยาบาลบรรจุใหม่และพยาบาลที่ต้องการโยกย้ายสับเปลี่ยน และจัดทำแผนปฏิบัติงานระดับอำเภอเพื่อหมุนเวียนพยาบาล ระยะดำเนินการจัดประชุม/อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ปีงบประมาณ 2567 จังหวัดเลย 2) อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานปฐมภูมิโดยทีมเวชกรรมสังคม ประกอบด้วยโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ภาวะฉุกเฉินในชุมชน รวมทั้งการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์และการใช้ยาสมุนไพร 10 ชนิด 3) ประชุมทบทวนการดำเนินงานและตรวจประเมินคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ และ 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายขับเคลื่อนสุขภาพดิจิทัล การรักษาความลับข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย การเฝ้าระวังและความมั่นคงทางไซเบอร์

การปรับปรุงสถานที่และโครงสร้างอาคาร ประกอบด้วย 1) การปรับปรุงโครงสร้างอาคาร ปรับปรุงพื้นผิวอาคารโดยทำทางลาดเอียงบริเวณพื้นต่างระดับ ทำสัญลักษณ์เตือน แก๊วไขจุดพักขยะที่ชำรุด และ 2) จัดพื้นที่บริการ ได้แก่ กำหนดให้จัดบริการทางสุขภาพที่ชั้นที่ 1 และ 3) แยกจุดบริการ ได้แก่ จุดเจาะเลือด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและจุดห่อ/บรรจุชุดเครื่องมือแพทย์

การสนับสนุนด้านวิชาการ ดำเนินการทบทวนปรับปรุงและเผยแพร่แนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ 2) แนวปฏิบัติการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย 3) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่พบบ่อยในชุมชน 4) แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 5) แนวปฏิบัติในการบริหารยาฉุกเฉิน และ 6) แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ทำหัตถการและติดเชื้อดื้อยาในชุมชน

การนิเทศติดตามและให้กำลังใจ ติดตามผลการดำเนินงานและการแก้ไขตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน โดยเฉพาะเรื่องการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ รวมทั้งการบริหารคลังยา โดยทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง

ผู้ร่วมวิจัยนำแนวทางการจัดตั้งคลินิกหมอบรรพชาทั้ง 6 ด้านสรุปเป็นคำว่า “IMPACC” ประกอบด้วย การบูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้อง (integration of projects), กำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน (management of structure and responsibilities), การจัดสรรและพัฒนาศักยภาพบุคลากร (personnel

allocation and development), การสนับสนุนด้านวิชาการ (academic and technical support), การปรับปรุงสถานที่และโครงสร้างอาคาร (clinical facility and infrastructure improvement) และการนิเทศติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง (continuous monitoring and motivation) เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการในจังหวัด

ระยะที่ 3 สังเกตการณ์

รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการที่ขอจัดตั้งเป็นคลินิกหมอบรรพชา 16 ทีม ส่วนที่ 1-4 ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ พบว่าด้านระบบบริหารจัดการผ่านเกณฑ์ทุกทีม ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพการบริการไม่ผ่านเกณฑ์ทุกทีม (แนวปฏิบัติไม่เป็นปัจจุบัน) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 62.5 ด้านระบบสารสนเทศผ่านเกณฑ์ร้อยละ 31.3 สรุปวงรอบที่ 1 มีหน่วยงานผ่านเกณฑ์ส่วนที่ 1-4 จำนวน 2 ทีม (ร้อยละ 12.5) ส่วนที่ 5-8 ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 พบว่าด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ร้อยละ 56.3 ด้านระบบห้องปฏิบัติการผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75.0 ด้านบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคผ่านเกณฑ์ร้อยละ 87.5 และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผ่านเกณฑ์ร้อยละ 93.8 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 1)

ระยะที่ 4 สะท้อนคิด

จากการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดจากกลุ่มผู้ร่วมวิจัยโดยนำผลลัพธ์การประเมินครั้งที่ 1 และการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของทีมพี่เลี้ยงเสริมพลังมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การบูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการตั้งคลินิกหมอบรรพชาช่วยให้บรรลุตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน เพิ่มขึ้น “การนำโครงการมาบูรณาการร่วมกัน ทำให้การจัดตั้งคลินิกหมอบรรพชาง่ายขึ้น จะได้ไม่ต้องต่างคนต่างทำ” (ผู้รับผิดชอบงาน สสจ. เลย), กำหนดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนช่วยให้การประสานงานสะดวกขึ้น “การมีทีมพี่เลี้ยงทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอทำให้การประสานงานสะดวกขึ้น ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง), กำหนดข้อตกลงที่ชัดเจนในการดำเนินงานระยะถ่ายโอนหน่วยบริการให้ อบจ. เลย “ผมขอสังเกตการณ์ก่อนคุยกับท่านนายก อบจ. แล้วให้ทำทุกอย่างเหมือนเดิม” (ผู้รับผิดชอบงาน อบจ. เลย), การจัดบุคลากรโดยจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ BSC ช่วยให้ทุกทีมมีแพทย์ประจำตามเกณฑ์

วงรอบที่ 2 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ระยะที่ 1 การวางแผน มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และการวางแผน

การศึกษาสถานการณ์

จากบันทึกการสนทนากลุ่มของทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง บันทึกการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดโดยพี่เลี้ยงเสริมพลังและทีมเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ และเอกสารประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในการเยี่ยมเสริมพลังรอบที่ 2 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่างานการดูแลต่อเนื่องบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านไม่เป็นปัจจุบัน “รายงานเยี่ยมบ้านไม่ผ่านเกณฑ์เพราะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านแต่ไม่ลงข้อมูล” (พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง), การส่งต่อผู้ป่วยไป รพ. แม่ข่ายการจัดการเอกสารขาดความชัดเจน “รพ.สต. แต่ละแห่งจัดการเอกสารส่งต่อไม่เหมือนกัน มีทั้งเขียนใบส่งต่อบันทึกในคอมพิวเตอร์” (ผู้รับผิดชอบงาน สสจ. เลย ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง), หน่วยบริการที่มีเครื่องมือแพทย์สำหรับยืมใช้ที่บ้านแยกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายระบบการบริหารเครื่องมือแพทย์ไม่ชัดเจน “รพ.สต. ที่มีเครื่องมือแพทย์ไว้ให้คนพื้นที่ยืม ซึ่งส่วนใหญ่ทำแต่ทะเบียนจดชื่อคนยืม ยังไม่เข้าระบบสอบเทียบเครื่องมือ” (พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่าการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาและผู้ที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุม “ส่วนใหญ่จะทำเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา ยังไม่ดำเนินการในคนไข้ที่ใช้ warfarin” (เภสัชกร ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญ “รพ.สต. ขอแนวปฏิบัติเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยดื้อยาในชุมชน อยากให้แม่ข่ายช่วยดำเนินการให้” (พยาบาลงานควบคุมและป้องกันโรค ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลัง)

การวางแผน

ทีมพี่เลี้ยงเสริมพลังระดับจังหวัดค้นข้อมูลการเยี่ยมประเมินครั้งที่ 2 ร่วมกันบูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2567 โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านและการใช้โปรแกรมดูแลต่อเนื่อง Thai COC งบประมาณเงินบำรุง 65,300 บาท กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบโครงการเพื่อสนับสนุนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค และส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ

จากประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ผู้ร่วมวิจัยได้สรุปแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัวตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) บูรณาการโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2567 เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ร่วมกับโครงการอื่นๆ 2) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ที่บ้าน การบริหารเครื่องมือแพทย์ในชุมชน การใช้โปรแกรม Thai COC (Thai Continuity of Care) (โปรแกรมบันทึกข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยส่งต่อกลับบ้านหลังการรักษาในโรงพยาบาล) การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ทำหัตถการ ในชุมชนและผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน และ 3) การสนับสนุนด้านวิชาการจัดทำและเผยแพร่แนวปฏิบัติดังต่อไปนี้ แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในชุมชน และแนวปฏิบัติการการบริหารเครื่องมือแพทย์ในชุมชน

ระยะที่ 3 สังเกตการณ์

การดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 2 พบว่าคลินิก หมอครอบครัวผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ส่วนที่ 1-4 ทุกข้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 100 ($p < 0.001$) โดยเฉพาะด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ การบริการ ($p = 0.004$) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ และสิ่งแวดล้อม ($p = 0.031$) และด้านระบบสารสนเทศ ($p < 0.001$) ส่วนที่ 5-8 (ที่ต้องผ่านร้อยละ 80) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 43.8 เป็นร้อยละ 100 ($p = 0.004$) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 1) ส่วนคะแนนการประเมิน

คุณภาพมาตรฐานฯ พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนรวม เพิ่มขึ้นจาก 235.5 คะแนนเป็น 272.0 คะแนน ($p < 0.001$) โดยเฉพาะด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ การบริการ ($p = 0.003$) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ และสิ่งแวดล้อม ($p = 0.014$) ด้านระบบสารสนเทศ ($p = 0.001$) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ($p < 0.001$) ด้านระบบห้องปฏิบัติการ ($p < 0.001$) ด้านบริการ เภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ($p < 0.001$) และ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ($p = 0.001$) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านต่าง ๆ ($n = 16$)

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	วงรอบที่ 1 ต.ค. 2566-มี.ค. 2567	วงรอบที่ 2 เม.ย.-ก.ย. 2567	
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	16 (100.0)	16 (100.0)	NA
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพการบริการ	7 (43.8)	16 (100.0)	0.004 ^a
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการและสิ่งแวดล้อม	10 (62.5)	16 (100.0)	0.031 ^a
4. ด้านระบบสารสนเทศ	5 (31.3)	16 (100.0)	< 0.001 ^a
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	9 (56.3)	13 (81.3)	0.125 ^a
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข	12 (75.0)	16 (100.0)	0.125 ^a
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค	14 (87.5)	16 (100.0)	0.500 ^a
8. ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	15 (93.8)	13 (81.3)	0.500 ^a
สรุปคะแนน			
ด้านที่ 1-4 (ต้องผ่านทุกข้อ)	2 (12.5)	16 (100.0)	< 0.001 ^a
ด้านที่ 5-8 (ทุกด้านต้องผ่านร้อยละ 80)	7 (43.8)	16 (100.0)	0.004 ^a
ภาพรวม	1 (6.3)	16 (100.0)	< 0.001 ^a

^aMcNamar's test, NA: not available

ตารางที่ 2 คะแนนการประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (n = 16)

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน	คะแนนรวม	เกณฑ์ (คะแนน)	ค่ามัธยฐาน (IQR)		p-value
			วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2	
			ต.ค. 2566-มี.ค. 2567	เม.ย.-ก.ย. 2567	
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	6	6	6.0 (0.0)	6.0 (0.0)	NA
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ การบริการ	8	8	5.0 (4.0)	8.0 (0.0)	0.003 ^a
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการและ สิ่งแวดล้อม	5	5	5.0 (1.0)	5.0 (0.0)	0.014 ^a
4. ด้านระบบสารสนเทศ	9	9	7.0 (3.0)	9.0 (0.0)	0.001 ^a
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	48	48.0 (2.0)	60.0 (3.0)	< 0.001 ^a
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการ	40	32	36.0 (5.5)	40.0 (0.0)	< 0.001 ^a
7. ด้านบริการเภสัชกรรมและ งานคุ้มครองผู้บริโภค	79	64	70.0 (3.5)	79.0 (0.0)	< 0.001 ^a
8. ด้านระบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	65	52	58.0 (4.3)	65.0 (1.5)	0.001 ^a
คะแนนรวม	272	224	235.5 (9.0)	272.0 (5.5)	< 0.001 ^a

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ทุกด้านพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากนั้นวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test

^aWilcoxon signed-rank test, IQR: interquartile range

ระยะที่ 4 สะท้อนคิด

จากการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ผู้ร่วมวิจัยได้สรุปจากการดำเนินดังต่อไปนี้ จากนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มจาก 65 ทีมเป็น 81 ทีมในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดเลย หลังดำเนินการทุกแห่งผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ เนื่องจากได้บูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้องและการจัดโครงสร้างผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน โดยมีคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานฯ (ค.ป.ค.ม.) เป็นทีมพี่เลี้ยงเสริมพลังดูแลการขึ้นทะเบียนและพัฒนาศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงจัดทำแผนอบรมแพทย์ BSC และทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ การจัดบุคลากรอย่างเหมาะสมโดยกระจายกำลังคนและการหมุนเวียนพยาบาลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อบรมบุคลากรเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย การใช้ยาสมุนไพร และความมั่นคงทางไซเบอร์ การปรับปรุง

สถานที่และโครงสร้างให้เหมาะสมต่อการให้บริการ การสนับสนุนด้านวิชาการด้วยการปรับปรุงแนวปฏิบัติด้านเวชภัณฑ์ การดูแลผู้ป่วย และการควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งการนิเทศติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการเบิกจ่ายยาและการบริหารคลังยา เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยบริการดำเนินงานตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางนี้ช่วยให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถให้บริการที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเลยเป็นตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงที่ขับเคลื่อนโดยทีมงานและภาคีเครือข่ายร่วมกัน อุปสรรคที่พบในช่วงต้นถูกแก้ไขด้วยการวางแผนที่ดีและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เพียงแต่การผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังหมายถึงการสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

วิจารณ์

จากผลการศึกษาศาสนาการณปัญหาในการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอบรรว 16 ทีมในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเลย พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 7 ด้าน ได้แก่ การจัดบุคลากรและศักยภาพการบริการ สถานที่ตั้งหน่วยบริการและสิ่งแวดล้อมระบบสารสนเทศ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบห้องปฏิบัติการ บริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แตกต่างจากผลการศึกษาของพนา มิ่งไชยและคณะ⁹ ที่พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการเนื่องจากขาดคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทางคลินิก, ด้านระบบสารสนเทศเนื่องจากขาดช่องทางการสื่อสารกับชุมชน และการเชื่อมโยงข้อมูลกับ รพ. แม่ข่าย, ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเนื่องจากแนวปฏิบัติไม่เป็นปัจจุบันและไม่ครบตามเกณฑ์, ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวศึกษาในคลินิกหมอบรรวของโรงพยาบาลเพียง 1 แห่งจึงมีความหลากหลายของปัญหาน้อยกว่า ทั้งยังแตกต่างจากผลการศึกษาของธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์และคณะ¹² ที่พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพการบริการเนื่องจากทีมวิชาชีพไม่ครบตามเกณฑ์, ด้านสถานที่ตั้งหน่วยงานและอาคารไม่สะดวกต่อผู้รับบริการ, ด้านระบบสารสนเทศขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับแม่ข่าย, ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอและการจัดรูปแบบบริการไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการศึกษาในระดับตำบล ขาดการสนับสนุนในระดับเครือข่ายอำเภอและจังหวัด

แนวทางการจัดตั้งคลินิกหมอบรรวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเลย ประกอบด้วย 6 ด้าน “IMPACC” ได้แก่ การบูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้อง (integration of projects), การกำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน (management of structure and responsibilities), การจัดสรรและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร (personnel allocation and development), การสนับสนุนด้านวิชาการ (academic and technical

support), การปรับปรุงสถานที่และโครงสร้างอาคาร (clinical facility and infrastructure improvement) และการนิเทศติดตามและให้กำลังใจ (continuous monitoring and motivation) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรสิทธิ์ เทียมทิพย์¹³ ที่พบว่าการบริหารจัดการแบบบูรณาการและการสนับสนุนทรัพยากร การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดตาม การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอบรรว และพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mercer และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการฝึกอบรมและเพิ่มสมรรถนะเฉพาะด้านของทีมหมอบรรวช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัญญู ประยูรหงส์และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการพัฒนาระบบบริการเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาก็จะต้องเน้นการบูรณาการระบบสุขภาพ การปรับปรุงการจัดการและทรัพยากรในทุกมิติ เพื่อให้การดำเนินงานคลินิกหมอบรรวสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลการดำเนินการพัฒนาทั้ง 2 วงรอบในงานวิจัยนี้พบว่าคลินิกหมอบรรวผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [จากร้อยละ 6.25 เป็นร้อยละ 100 ($p < 0.001$)] ลำดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [จากค่ามัธยฐาน 235.5 คะแนนเป็น 272.0 คะแนน ($p < 0.001$)] สอดคล้องกับผลการศึกษาของพนา มิ่งไชยและคณะ⁹ ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิทำให้คะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 212 คะแนน (ไม่ผ่านเกณฑ์) เป็น 258 คะแนน (ผ่านเกณฑ์) เนื่องจากการดำเนินการมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของทีมหมอบรรว การตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานรับผิดชอบการดำเนินงานอย่างชัดเจน เปิดช่องทางการสื่อสารและสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลสุขอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การวางแผน ปฏิบัติการ

และประเมินผล อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิธร ศรีโพธิ์และคณะ¹⁶ ซึ่งประเมินผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัวพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวต่อกระบวนการบริการเชิงรับในหน่วยงาน 6 ใน 9 รายการอยู่ในระดับมาก ส่วนที่ไม่สอดคล้องคือความคิดเห็นต่อความเพียงพอของบุคลากรที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.67 คะแนน) และงบประมาณที่อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.50 คะแนน) เนื่องจากความเร่งรีบในการจัดตั้งทำให้ระยะแรกมีบุคลากรและการสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอ ดังนั้น การพัฒนาระบบคลินิกหมอครอบครัวจึงควรได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรและงบประมาณตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อให้สามารถให้บริการที่ดีแก่ประชาชน

ข้อมูลที่น่าสนใจสรุปได้ว่าการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยแนวทาง “IMPACC” ช่วยให้หน่วยบริการมีคะแนนการประเมินและผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ตามเป้าหมาย ดังนั้นจึงควรนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวต่อไป การนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวทำให้การเรียนรู้และพัฒนาารร่วมกันภายในเครือข่ายจังหวัดเลย การบูรณาการโครงการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ แต่หน่วยบริการที่ขอขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวประเมินตนเองและให้คะแนนสูงเกินความเป็นจริงจึงไม่เอื้อต่อการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานต้องประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน นอกจากนี้ระยะเวลาในการศึกษาในช่วงเวลา 1 ปีไม่เพียงพอต่อการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ดังนั้นควรศึกษาในระยะยาว หรือศึกษาเปรียบเทียบกับหน่วยบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ สราวุธ ไร่ชำนัญ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลภารกิจปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน ได้แก่ แพทย์หญิงปรีชญา เต็มพรเลิศ, นายแพทย์ปวิตร บุญหนัก, แพทย์หญิงกุลกานต์ ชัชวาลย์ และนางนิตยา มลอยู่พะเนา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลเลย สำหรับความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยเฉพาะด้านความตรงของเนื้อหา และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกคนในเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดเลยที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Commission Office. Report on the development of family doctor clinic networks. Bangkok, Thailand: National Health Commission Office; 2021.
2. Ministry of Public Health. Primary healthcare system development plan: Goals and implementation guidelines. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health; 2020.
3. Bureau of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for operating primary care unit for service units. Bangkok, Thailand: Community Printing Cooperative of Thailand; 2016.
4. Department of Disease Control. Establishment of primary care unit in the COVID-19 era. Bangkok, Thailand: Department of Disease Control; 2022.
5. Thai Family Medicine Association. Handbook for the development of primary care unit for chronic disease care. Bangkok, Thailand: Thai Family Medicine Association; 2021.

6. Loei Hospital. Quality assurance process certification document (Re-ac 4). Loei: Loei Hospital; 2023.
7. Loei Hospital. Inspection and Supervision Report, Routine Case, Ministry of Public Health, Health Region 8, Round 2, Fiscal Year 2022. Loei: Loei Hospital; 2023.
8. Hasanee K, Sobsamai I. Development of primary care cluster in a dense urban area, Samutprakan Province. *J Health Sci* 2019;28(4):667-78.
9. Mingchai P, Promarak T, Promasatayaprot V. The development of the outpatient health service system of Chayangkun Family Doctor's Clinic, Sappasitthiprasong Hospital, UbonRatchathani Province. *Acad J Community Pub Health* 2023;9(4): 88-99.
10. Kemmis S, McTaggart R. Action research reader. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1990.
11. Bureau of Primary Health Care System Support, Ministry of Public Health. Primary health care service quality standards manual 2023. Nonthaburi, Thailand: Printing Office, War Veterans Organization of Thailand under the Royal Patronage; 2022.
12. Rungsirarattaphong T, Leethongdeesakul S, Khunluek K. The quality management model of a primary care cluster using a community participation mechanism: A case study of Non Sawang Health Promoting Hospital, Si Songkhram Sub-district, Wang Saphung District, Loei Province. *Acad J Community Public Health* 2021;7(3):86-100.
13. Tametip S. Model of development for primary care service system branch at district health promoting hospital, Chiang Mai Province. *J Dis Control Off 2 Phitsanulok* 2023;7(2): 120-30.
14. Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B, Fenwick E, Grieve E, Lawson K, et al. The CARE Plus study-a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: Exploratory cluster randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med* 2016;14(1):1-10.
15. Prayoonhong W, Sonsingh W, Permsuwan U. Clinical outcomes and economic evaluation of patient-centered care system versus routine-service system for patients with type 2 diabetes in Thailand. *Heliyon* 2024;10:e25093. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e25093
16. Sripotong S, Wanapira W, Theerakarn S. Evaluation of primary care system development by primary care cluster. *Buddhachinaraj Med J* 2018;35(1):82-91.