

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 3

Development of guidelines for Primary Care Cluster operations in Health Area3

ฐปนกร เจริญวงศ์

Tapanapon Charoenwong

กองตรวจราชการ

Government Inspectorate Office of the Permanent

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Secretary, Ministry of Public Health

Received: March 10, 2023 | Revised: March 29, 2023 | Accepted: April 07, 2023

บทคัดย่อ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นกลไกหรือยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศเนื่องจากการลงทุนด้านสุขภาพที่คุ้มค่า ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประการแรก วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 3 และ ประการที่สอง กำหนดแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 3 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 3 ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 200 คนและผู้รับบริการ จำนวน 500 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05 ขั้นตอนที่ 2 เป็นการหาแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวโดยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.5) เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.5) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) ปัจจัยที่เป็นปัญหาในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ แพทย์ไม่เพียงพอ ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย จนท.มีภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ขาดแคลนงบประมาณ เครื่องมือไม่เพียงพอ ความไม่ชัดเจนของเป้าหมาย รูปแบบการดำเนินงาน ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวควรมีการพัฒนาด้านการปรับเพิ่มความเชื่อ ความศรัทธา ในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และต้องมีการทบทวน บทบาท CUP พัฒนาทีมงาน สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและเพิ่มการสนับสนุนของ ร.พ.แม่ข่าย

ติดต่อผู้นิพนธ์: ฐปนกร เจริญวงศ์

อีเมล: tapanapon11@gmail.com

Abstract

The primary care system is an important mechanism or strategy in the development of the country's public health system because it is a worthwhile investment in health. Reducing the long-term health burden of the country. The objectives of this study were to 1) analyze factors related to the development of family doctor clinic operation in the 3rd Health Region, and 2) set guidelines for

the operation of family doctor clinics in the 3rd Health Region. The study was divided into 2 steps as follows: Step 1 was to study the factors related to the development of family doctor clinic operation in Health Area 3. The questionnaire was used with a sample group, which was a multidisciplinary team in the family doctor clinic, 200 people, and, the number of clients was 500 people. Data were analyzed by descriptive statistics, correlation coefficient, and stepwise multiple regression. The level of significance was set at 0.05. The second step was to find a guideline for the operation of the family doctor clinic through focus group discussion with 20 experts, data were analyzed by Content analysis. The study found that public health personnel practice level was high (49.5%), the attitude was moderate (69.5%), factors affecting the operation of the family doctor clinic were high (64.5%), and health services were moderate (75.0%). The problematic factors in the operation of the Family Doctor Clinic in Health Region 3 were insufficient doctors, executives change often, officers a lot of workloads, lack of morale, shortage of budget not enough, tools ambiguity of goals operating model. Therefore, the guidelines for the development of the family doctor clinic should be developed in terms of increasing the belief and faith in the operation of the staff. And there must be a review of the role of CUP, developing a team, strengthening the network, and increasing the support of the host hospital.

Correspondence: Tapanapon Charoenwong

E-mail: tapanapon11@gmail.com

คำสำคัญ

คลินิกหมอครอบครัว

การพัฒนาแนวทาง

เขตสุขภาพที่ 3

Keywords

Primary care cluster: PCC

Development of guidelines

Health Area 3

บทนำ

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เป็นทิศทางในอนาคตและเป็นความหวังในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย⁽¹⁾ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่น ๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม⁽²⁾ และมาตรา 55 ได้กำหนดให้รัฐบาลต้องดำเนินงานให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและรัฐบาลต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผน 20 ปี กระทรวงสาธารณสุของค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน

ซึ่งนโยบายคลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ⁽⁴⁾

จากนโยบายคลินิกหมอครอบครัวดังกล่าวเชื่อว่าจะนำไปสู่การสร้าง ความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนได้จากการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลประชาชน 1 คนต่อประชาชน 10,000 คน และมีทีมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เป็นทีมสนับสนุน⁽⁵⁾ และได้มีการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันพบว่ารัฐบาลยังไม่สามารถดำเนินการให้บริการผู้ป่วยตามรัฐธรรมนูญดังกล่าวได้ เนื่องจากการทำให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงยังมีความซับซ้อน ข้อจำกัด มีปัญหาและอุปสรรคหลายประเด็น โดยพบว่าทิศทางการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยให้ความสำคัญกับรูปแบบการให้บริการที่มีการขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ทำให้เกิดความแออัดในสถานบริการขนาดใหญ่ ใช้ระยะเวลารอคอยในการรอรับบริการที่นาน ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้ประชาชนที่เข้ารับบริการเกิดความรู้สึก ความไม่พึงพอใจ นอกจากนี้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการดูแลเป็นรายโรค หรืออวัยวะ ทำให้ขาดการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลที่ต่อเนื่อง เวลาที่มีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาแพทย์ท่านใด แตกต่างจากระบบสุขภาพปฐมภูมิที่จะมีแพทย์ประจำตัวเสมือนประชาชนมีญาติเป็นหมอสามารถปรึกษาหรือถามปัญหาเวลาเจ็บไข้ได้ตลอดเวลา เมื่อเปรียบระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ เป็นรูปสามเหลี่ยม สามเหลี่ยมเป็นการดูแลในระดับปฐมภูมิที่ดูแลเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ในการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อนไม่มาก ควรพัฒนาให้มีความเข้มแข็ง โดยมีพื้นที่ตรงกลางของสามเหลี่ยมเป็นการดูแลขั้นทุติยภูมิ ส่วนยอดปลายแหลมของสามเหลี่ยมเป็นพื้นที่การดูแลระดับตติยภูมิ คือโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ในปัจจุบันระบบบริการของประเทศไทยเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับตั้งบนยอดสามเหลี่ยมซึ่งทำให้มีโอกาสล้มได้ตลอดเวลา กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการปฏิรูประบบบริการทุกระดับสำหรับระดับปฐมภูมิให้มีคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ทั่วประเทศ

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิท่ามกลางการดำเนินงาน PCC ของเขตสุขภาพที่ 3 ตั้งแต่ปี 2559-2562 พบปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวคือยังขาดระบบที่ชัดเจน แพทย์ที่ลงปฏิบัติงานส่วนหนึ่งไม่สามารถปฏิบัติงานประจำที่คลินิกหมอครอบครัวได้แบบเต็มเวลา และยังขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งทีมสหวิชาชีพยังไม่ปรับบทบาทการทำงานแบบเวชศาสตร์ครอบครัว ในปี 2563 จึงได้มีการวางแผนพัฒนา โดยกำหนดเป็น 4 ยุทธศาสตร์ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และการอภิบาลระบบ ในการบริหารจัดการ และการสนับสนุนรูปแบบต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ช่วง (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) ต้นน้ำ: เป็นการพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชน (อสม, อสค, CG ฯลฯ) Health literacy, Screening (BP station, DTX station) มีระบบบริการที่ตอบสนองกับปัญหาของพื้นที่ กลางน้ำ: พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้มีคุณภาพ การจัดรูปแบบบริการเบาหวาน ความดัน มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปลายน้ำ: มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนร่วม (LTC) แต่ปัญหายังพบว่ามีระบบการดำเนินงาน ในแต่ละคลินิกหมอครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน

เป็นไปตามบริบท ตามทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุน ได้แก่ จำนวนคน เงิน ของ การพัฒนาองค์ความรู้ ภาวะผู้นำการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ และยังพบว่ามี การปรับปรุงระบบการดำเนินงานตลอดเวลา เพื่อสนองนโยบายของเบื้องบน โดยไม่ทราบเลยว่าองค์กรของตนเองอยู่ตรงไหน เพราะขาดการประเมินที่มีคุณภาพการดำเนินงานว่ามีความสำเร็จไปถึงขั้นไหน สามารถลดความแออัด ความครอบคลุมบริการ ความพึงพอใจของประชาชนตลอดจนความสุขของผู้ให้บริการเป็นอย่างไร ด้วยความตระหนักถึง ปัญหา-อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อประโยชน์ของประชาชนและความสุขของ ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวซึ่งให้บริการแบบองค์รวมจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้ชัดเจน เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำงานวิจัยนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์สองประการ ประการแรกเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และ ประการที่สองเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 3

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งเป็น

1) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ ในคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 3 เลือกแบบจับสลาก จาก 5 จังหวัด ๆ ละ 40 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนและเป็นผู้รับบริการ จาก 5 จังหวัด ๆ ละ 100 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบคืน เกณฑ์การคัดเลือกทีมสหวิชาชีพ คือ (1) เป็นผู้ให้บริการ ในคลินิกหมอครอบครัวระยะเวลาเวลา 1 ปี ขึ้นไป (2) ทำงานในสายวิชาชีพและวิชาการ เกณฑ์การคัดเลือก ผู้รับบริการ คือ (1) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา เกินกว่า 1 ปี (2) เคยเข้ารับบริการในคลินิก หมอครอบครัวมากกว่า 1 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 2 ฉบับคือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ปีที่เปิดดำเนินการ จำนวนประชากร/หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ จำนวนวันที่แพทย์ออก PCC และรูปแบบ PCC จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือข้อความเชิงบวก ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ตอบเห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ตอบไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบจะตรงข้ามกัน และมีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยเจตคติ 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 เท่ากับระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34–3.66 เท่ากับระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67–5.00 เท่ากับระดับสูง ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์ค่าเฉลี่ย เช่นเดียวกับส่วนที่ 3 ชุดที่ 2 แบบสอบถามประชาชนผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวม ต่อเดือน และความถี่ในการมาใช้บริการ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 การได้รับบริการสุขภาพตามบริบทที่

จำเป็น (Essential care) จำนวน 68 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือข้อคำถามเชิงบวก ตอบพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ตอบพอใจมาก ให้ 4 คะแนน ตอบพอใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตอบพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะตรงข้ามกัน และมีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 เท่ากับระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34–3.66 เท่ากับระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67–5.00 เท่ากับระดับสูง

การทดสอบเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม และนำแบบสอบถามได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (5 ตำบล) กลุ่มละ 30 คน ที่อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร แล้วมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค ของแบบสอบถาม เจตคติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว เท่ากับ 0.92, 0.88 และความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ เท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับบริการ ระดับเจตคติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว และความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ แสดงเป็น ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 3 ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรของข้อมูลมาตร้าส่วนหรือมาตร้าอันดับ จะใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) และ Stepwise Multiple Regression กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) ด้วยคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ในประเด็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหา-อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 3 กับผู้เชี่ยวชาญ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร หมายเลขโครงการ 63 03 23 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2563

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ 1) ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) มีอายุเฉลี่ย 41.29 ปี สถานภาพคู่ (ร้อยละ 59.5) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 77.0) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 28.0) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.50 ปี รายได้เฉลี่ย 27,588.65 บาท/เดือน ข้อมูล PCC พบว่าส่วนใหญ่เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวในปีพ.ศ.2561 (ร้อยละ 58.6) รับผิดชอบประชากร เฉลี่ย 6,768.55 คน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เฉลี่ย 2,241.79 หลังคาเรือน แพทย์ปฏิบัติงานใน PCC 1 วัน/สัปดาห์ รูปแบบ PCC เป็นแบบเครือข่าย ระดับการปฏิบัติตามบทบาทหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.5) ระดับเจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.5) ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคลินิก

หมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.5) ข้อมูลผู้รับบริการ พบว่าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.8) มีอายุเฉลี่ย 51.21 ปี สถานภาพคู่ (ร้อยละ 70.0) การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 49.8) รายได้เฉลี่ย 5709.62 บาท/เดือน ความถี่ในการมาใช้บริการเฉลี่ย 1.46 ครั้ง/เดือน ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลบุคลากร และประชาชนผู้รับบริการจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	บุคลากร		ข้อมูลทั่วไป	ประชาชนผู้รับบริการ	
	จำนวน (n=200)	ร้อยละ		จำนวน (n=500)	ร้อยละ
เพศ			เพศ		
ชาย	47	23.5	ชาย	96	19.2
หญิง	153	76.5	หญิง	404	80.8
อายุเฉลี่ย 41.29 ปี S.D.=10.14 Min=23Max=60			อายุเฉลี่ย 51.21 ปี S.D. =12.32 Min=14 Max=83		
สถานภาพ			สถานภาพ		
โสด	62	31.0	โสด	68	13.6
คู่	119	59.5	คู่	350	70.0
หม้าย/หย่า/แยก	19	9.5	หม้าย/หย่า/แยก	82	16.4
ระดับการศึกษา			ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	19.0	ต่ำกว่าปริญญาตรี	478	95.6
ปริญญาตรี	154	77.0	ปริญญาตรี	21	4.2
สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.0	สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.2
ปฏิบัติงานตำแหน่ง			อาชีพ		
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	15	7.5	เกษตรกรรม	249	49.8
พยาบาล	56	28.0	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	7.4
นักวิชาการสาธารณสุข	25	12.5	รับจ้าง (ใช้แรงงาน)	134	26.8
ทันตภิบาล	17	8.5	รับจ้าง (พนักงานบริษัท)	11	2.2
ผอ.รพ.สต.	29	14.5	รับราชการ/พณ.รัฐวิสาหกิจ	1	0.2
สายสนับสนุน	40	20.0	ว่างงาน/แม่บ้าน	68	13.6
แพทย์แผนไทย	16	8.0			
แพทย์	2	1.0			
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.50 ปี S.D.=6.75, Min=1 Max = 29			ความถี่ในการใช้บริการเฉลี่ย 1.46 ครั้ง/เดือน, S.D.=0.70 Min = 1 Max = 3		
รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 27,588.65 บาท S.D.=15,973.78, Min = 5,500 Max=60,000			รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5709.62 บาท S.D.=4375.91, Min= 600 Max=40,000		
เปิดคลินิกหมอครอบครัว			ระดับความพึงพอใจ		
พ.ศ.2560	10	34.5	ระดับต่ำ	37	7.4
พ.ศ.2561	17	58.6	ระดับปานกลาง	375	75.0
พ.ศ.2562	2	6.9	ระดับสูง	88	17.6

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลบุคลากร และประชาชนผู้รับบริการจำแนกตามข้อมูลทั่วไป(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	บุคลากร		ข้อมูลทั่วไป	ประชาชนผู้รับบริการ	
	จำนวน (n=200)	ร้อยละ		จำนวน (n=500)	ร้อยละ
รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 6768.55 คน, S.D.=4225.18					
Min= 2,035 Max=13,272					
<1,000 หลัง	4	13.8			
1,001–2,000 หลัง	12	41.4			
2,001–3,000 หลัง	3	10.3			
3,001–4,000 หลัง	6	20.7			
>4,000 หลัง	4	13.8			
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 2241.79 หลังคา,					
S.D.=1407.95, Min= 609 Max=4,638)					
แพทย์ปฏิบัติงานใน PCC					
>1วัน/สัปดาห์	41	20.7			
1 วัน/สัปดาห์	159	79.3			
แพทย์ปฏิบัติงานใน PCC 1.69 วัน/สัปดาห์,					
S.D. = 1.44 Min=1 Max=5					
รูปแบบ PCC					
PCC เต็ม	55	27.6			
PCC เครือข่าย	145	72.4			
ระดับการปฏิบัติ					
ระดับต่ำ	12	6.0			
ระดับปานกลาง	89	44.5			
ระดับสูง	99	49.5			
ระดับการปฏิบัติเฉลี่ย = 62.12, S.D. = 9.06 ,					
Min =36 Max=80					
ระดับเจตคติ					
ระดับต่ำ	10	5.0			
ระดับปานกลาง	139	69.5			
ระดับสูง	51	25.5			
ระดับเจตคติเฉลี่ย = 50.88, S.D. = 6.78,					
Min =35 Max=66					
ระดับปัจจัยที่ส่งผล					
ระดับต่ำ	0	0.0			
ระดับปานกลาง	71	35.5			
ระดับสูง	129	64.5			
ระดับปัจจัยที่ส่งผลเฉลี่ย = 99.77, S.D. = 10.84,					
Min =74 Max=120					

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นในคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงานหมอครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจภาพรวมของประชาชนผู้รับบริการ ($r = 0.071$, $p < 0.05$) บทบาทของ คปสอ. มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจด้านการดูแลต่อเนื่อง ($r = 0.277$, $p < 0.001$) บทบาทหมอครอบครัว เจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงาน บทบาทของ คปสอ. และการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจด้านการบริการเชิงรุกในชุมชน ($r = 0.157$, $p < 0.05$; $r = 0.029$, $p < 0.001$; $r = 0.216$, $p < 0.001$; $r = 0.230$, $p < 0.001$; $r = 0.158$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) เจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงาน บทบาทของ คปสอ. ทีมงานในคลินิกหมอครอบครัว มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจด้านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในชุมชน ($p < 0.05$) ($r = 0.158$, $r = 0.153$, $r = 0.178$, $r = 0.153$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงาน บทบาทของ คปสอ. การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจด้านเทคโนโลยี ($p < 0.05$) ($r = -0.141$, $r = -0.154$, $r = -0.155$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นในคลินิกหมอครอบครัว

ตัวแปร	ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A	0.099	0.042	0.125	0.116	0.061	-0.052	-0.082	0.157*	0.015	0.117	0.022
B	0.109	0.037	0.015	0.096	0.108	0.054	0.137	0.209**	0.158*	0.061	-0.111
C	0.071*	0.006	-0.063	0.037	0.111	0.030	0.137	0.216**	0.153*	0.020	-0.141*
D	0.138	0.084	-0.010	0.046	0.136	0.106	0.277**	0.230**	0.178*	0.052	-0.154*
E	0.025	-0.059	-0.072	-0.007	0.078	0.015	0.081	0.165	0.153*	-0.054	-0.089
F	0.017	-0.040	0.001	0.071	0.064	0.014	0.045	0.118	0.051	-0.005	-0.155*
G	0.041	0.026	-0.093	0.031	0.070	-0.032	0.069	0.158*	0.079	0.070	-0.076

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$, A = บทบาทหมอครอบครัว B = เจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว C = ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงาน D = บทบาทของ คปสอ. E = ทีมงานในคลินิกหมอครอบครัว F = การมีส่วนร่วมของชุมชน G = การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 1 = ความพึงพอใจภาพรวม 2 = ด้านการดูแลภายในสถานบริการ 3 = ด้านการดูแลภายนอกอาคาร 4 = ด้านเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ 5 = ด้านบุคลากร/การให้บริการ 6 = ด้านกระบวนการบริการ 7 = ด้านการดูแลต่อเนื่อง 8 = ด้านการบริการเชิงรุกในชุมชน 9 = ด้านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในชุมชน 10 = ด้านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ 11 = ด้านเทคโนโลยี

ส่วนปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นในคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายเรียงจากมากไปน้อย ดังนี้ ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว ($\beta = 0.179$) และเจตคติของบุคลากร ($\beta = 0.047$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4 ($\text{adj}R^2 = 0.104$) (ตารางที่ 3) ซึ่งสามารถสร้างเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ $Y' = 1.124 + 0.047 (X_1) + 0.179 (X_2)$ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน $Zy' = 0.176 (Z_1) + 0.168 (Z_2)$

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นใน คลินิกหมอครอบครัว

ตัวแปร	b	Beta	t	p-value
- X_1 เจตคติของบุคลากร	0.047	0.176	2.619	0.010
- X_2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว	0.179	0.168	2.427	0.016
Constant	1.124	-	4.577	0.00

$$R = 0.336 \quad R^2 = 0.407 \quad \text{Adj}R^2 = 0.104 \quad F = 5.120 \quad p = 0.00$$

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 มีดังนี้ ด้านคน แพทย์ไม่เพียงพอ ให้ความไม่เต็มที่ ไม่ต่อเนื่อง ไม่ตรงเวลา ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย จนท.มีภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ด้านเงิน ขาดแคลนงบประมาณ ด้านวัสดุ เครื่องมือไม่เพียงพอ ด้านการจัดการ ความไม่ชัดเจนของเป้าหมาย การประเมิน รูปแบบการดำเนินงาน ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวควรมีการพัฒนาด้านการปรับเพิ่มความเชื่อ ความศรัทธา ในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และต้องมีการทบทวน บทบาท CUP พัฒนาทีมงาน สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและเพิ่มการสนับสนุนของ ร.พ.แม่ข่าย

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) มีอายุเฉลี่ย 41.29 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.5) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 77.0) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 28.0) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.50 ปี มีรายได้เฉลี่ย 27,588.65 บาท/เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 41-59 ปี⁽⁶⁾ มีอายุเฉลี่ย 40.97 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และมีรายได้เฉลี่ย 21,959.81 บาท⁽⁷⁾ ข้อมูล PCC พบว่า ส่วนใหญ่เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวในปี พ.ศ.2561 (ร้อยละ 58.6) รับผิดชอบประชากร เฉลี่ย 6,768.55 คน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 2,241.79 หลังคาเรือน รูปแบบ PCC เป็นแบบเครือข่าย (NPCU) แพทย์ออกปฏิบัติงานที่ PCC เฉลี่ย 1.69 วัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาระงานคนรพ.สต.ยังขาดอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีเพียงร้อยละ 14.28 เท่านั้นที่มีบุคลากรปฏิบัติงานครบทุกตำแหน่ง และยังพบว่าบุคลากรใช้เวลาส่วนใหญ่เกือบ 2 ใน 3 ของเวลาทำงานไปกับการให้การรักษายาบาลซึ่งมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งยังต้องใช้เวลาอีกเกือบ 1 ใน 3 ไปกับงานบริหาร งานเอกสาร บันทึกข้อมูล และการทำรายงานโดยเฉพาะการบันทึกข้อมูล และการทำรายงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงและกรมในส่วนกลางกำหนด มีเวลาบริการสุขภาพให้ประชาชนน้อยลงส่งผลให้ไม่สามารถทำงานตามวิชาชีพได้ทำให้บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ กระทบความก้าวหน้าในวิชาชีพ⁽⁸⁾

ระดับการปฏิบัติตามบทบาทหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง ระดับเจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง หมายความว่าองค์ประกอบที่ทำให้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวจะประสบ

ผลสำเร็จได้นอกจากบุคลากรผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้-ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงาน มีทัศนคติที่ดีแล้ว จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งเพื่อให้มีศักยภาพในการรองรับปัญหาที่สลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในอนาคต⁽⁹⁾ และปัจจัยความสำเร็จ คือ 1) ภาวะผู้นำ พบว่า ผู้นำทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอมีความเข้าใจระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวม มียุทธศาสตร์ในการทำงาน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และ 2) การมองภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอเป็นหนึ่งเดียว การวางแผนร่วมกัน การบริหารจัดการการเงินอย่างโปร่งใส ติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁰⁾

ข้อมูลผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 51.21 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ย 5709.62 บาท/เดือน ความถี่ในการมาใช้บริการ เฉลี่ย 1.46 ครั้ง/เดือน ความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับความพึงพอใจด้านราคาอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹¹⁾ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการที่หมอบรรอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อยไปทางมาก ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.54$)⁽¹²⁾ ปัจจัยด้านอาชีพที่แตกต่างกันประชาชนมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลงแตกต่างกัน⁽¹³⁾ และพบว่าผู้ใช้บริการที่มี อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความถี่ในการมาใช้บริการที่ต่างกันจะมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹¹⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นในคลินิกหมอบรรอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานหมอบรรอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจภาพรวมของประชาชนผู้รับบริการ ($r = 0.071$) นอกจากนี้ยังพบ บทบาทของคปสอ. บทบาทหมอบรรอบครัว เจตคติปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ทีมงานในคลินิกหมอบรรอบครัว มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจด้านการดูแลต่อเนื่อง การบริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในชุมชน และมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจด้านเทคโนโลยี ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นในคลินิกหมอบรรอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคลินิกหมอบรรอบครัว ($\beta = 0.179$) และเจตคติของบุคลากร ($\beta = 0.047$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4 ($\text{adj}R^2 = 0.104$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และกระบวนการบริหารองค์กร โดยสามารถทำนายการพัฒนาบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 21.6⁽⁷⁾ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงต้องการแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนและต้องติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละท้องถิ่น และสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง⁽¹⁴⁾

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 มีดังนี้ ด้านคน แพทย์ไม่เพียงพอ ใจเวลาไม่เต็มที่ ไม่ต่อเนื่อง ไม่ตรงเวลา ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย จนท.มีภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ด้านเงิน ขาดแคลนงบประมาณ ด้านวัสดุ เครื่องมือไม่เพียงพอ ด้านการจัดการ ความไม่ชัดเจนของเป้าหมาย การประเมิน รูปแบบการดำเนินงาน ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวควรมีการพัฒนาด้านการเพิ่มความเชื่อ ความศรัทธา ในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน และต้องมีการทบทวน บทบาท CUP พัฒนาทีมงาน สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและเพิ่ม การสนับสนุนของ ร.พ.แม่ข่าย ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 3 มี ทั้งด้าน คน เงิน ของและการจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า “หมอครอบครัว” เป็นนโยบายที่มุ่ง ประโยชน์เพื่อประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม รูปแบบการดำเนินงานของพื้นที่ที่มีความโดดเด่นต่างกัน บางพื้นที่เน้นการบูรณาการเข้ากับงานเดิม ในขณะที่บางพื้นที่ใช้แผนยุทธศาสตร์จังหวัด ขับเคลื่อน เทคโนโลยีการสื่อสาร และฐานความเข้มแข็งจากชุมชนเสริมการดำเนินงาน การสนับสนุนด้าน ทรัพยากรที่จำเป็นยังเป็นสิ่งที่พื้นที่ต้องการได้รับการตอบสนอง ดังนั้น การสนับสนุนเชิงนโยบายจึงเป็น เรื่องสำคัญที่จะช่วยผลักดันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวให้ขับเคลื่อนต่อไปได้ นอกจากนี้ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จที่ควรนำไปใช้ในพื้นที่ด้วยก็คือ การบูรณาการ (Integration) การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เข้ากับงานอื่น การเรียนรู้เพื่อพัฒนา (Learning) มีและเดินตามแผนยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการ (On Tract) เห็นคุณค่างานที่ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลดูแล (Value) เสริมพลังสร้างเสริมศรัทธา (Empowerment) และ สร้างเอกภาพความเป็นทีม (Unity) รวมทั้งบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ (Utilization Resources)⁽¹²⁾

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, กัญญา ดิษยาธิคม, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, นำพร สามภักดิ์. โครงการวิจัย: โครงการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster). (รายงานฉบับสมบูรณ์). สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงาน พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. ไทย.กฎหมาย, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพฯ: สภานิติบัญญัติ แห่งชาติ; 2560.
3. โสภณ เมฆธน. นโยบายการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กองแผนงานและวิชาการ; 2560.
4. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2559.
5. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอานวย, ญัญญา คำผล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การวิจัยเชิงสังเคราะห์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว. หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม และการบริหาร “คณศ” และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โดย ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2560.
6. สมภณ วรสร้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัว

- ระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2562] เข้าถึงจาก: <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/305469>
7. สุทธิศา อาภาเกสัช. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของ จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(3); 86-95.
 8. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กฤษดา แสงดี, กมลนัธ ม่วงยิ้ม, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, วิริยา โพธิ์ขาว-ยุสท์ และคณะ. ภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สันนิษฐานโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2562] เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/05/15874>
 9. โชคชัย มานะธูระ, พรหมพิศิษฐ์ โจทยะกั้ง, วราวัชร ขจรรัตนวิชัย. แนวทางการจัดบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมในบริบทอำเภอจันทรา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการ พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 1(2):21-33.
 10. นงลักษณ์ พะไยยะ, เพ็ญภา หงส์ทอง, พัชร เพชรทองหยก, กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์. การจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอของประเทศ ไทย. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
 11. เนตรเพชรธรรมิ ตระกูลบุญเนตร. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลนุติสมเด็จย่า.วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560; 9(2): 64-74.
 12. สมยศ ศรีจารณัย, พิชญากัสสร วรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, สมใจ นกดี. วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอบรรอบครัว. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
 13. พระวิทยา อธิธิญาโณ (ทางเกตุ),พระมหาสม กลยาโณ,โกนิญฐ์ ศรีทอง.คุณภาพการให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่ อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิจัยราชภัฏ ธนบุรี. 2561;4(2):98-110.
 14. รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ชนิษฐา นันทบุตร. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแล สุขภาพปฐมภูมิประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(2): 265-79.