

สมรรถนะบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Personnel Competency in Primary Care Cluster and Primary Health Care System Development

จินตนา ทองเพชร*¹ อรุณ แสงแดง² รัตติยา แสงดี³ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ⁴ आयुพร ประสิทธิ์เวชชากร⁴

Jintana Tongpeth*¹ Arun Saengdaeng² Rattiya Saengdee³ Nuntikan Klinchet⁴ Ayuporn Prasittvatechakool⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 76000

¹Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand 76000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา จ.เพชรบุรี 76000

²Tha-Sen Tambon Health Promotion Hospital, Phetchaburi Province Thailand 76000

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาด จ.เพชรบุรี 76000

³Ban-lat Health Promotion Hospital, Phetchaburi Province Thailand 76000

⁴วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร 10400

⁴The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน เป็นการบริการสุขภาพด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขโดยทีมหมอครอบครัว ใช้หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน ประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุข จิตวิทยา และสังคมศาสตร์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นงานที่ต้องใส่ใจสุขภาพในหลายมิติ บุคลากรในทีมหมอครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุน การดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้ศักยภาพและเอกลักษณ์ที่เป็นจุดแข็งของแต่ละวิชาชีพ ดังนั้น การส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะด้านตัวบุคคล ด้านปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชน นำไปสู่การบริการที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งกับการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: สมรรถนะ/คลินิกหมอครอบครัว/ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

The Primary Health Care System is a reform of the Health Service System to create health insurance for the people. It is the front-line health service of the public health service system by Primary Care Cluster (PCC) team that apply the principles of holistic care. Continuous care and comprehensive care as well as apply knowledge of medical sciences public health care and Psychology and Social Sciences for Health Promotion, treatment, prevention, and rehabilitation. This is a career that requires health consciousness in many

*Corresponding author: *E-mail: jintana@pckpb.ac.th

วันที่รับ (received) 15 ส.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 พ.ย. 2564

dimensions. Personnel in PCC consequently play an important role in supporting the operation of the Primary Health Care System using the potential and uniqueness that are the strengths of each profession. Therefore, to promote and develop personal competency, interaction of relationship including professional ethics. It is essential for the development of Primary Health Care Systems to serve health services meet the needs of the people leading to efficient service Therefore, it is essential for the development of primary health care systems.

Keywords: Competency/Primary Care Cluster/ Primary Health Care System

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน จากบทเรียนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั่วโลกพบว่า ประเทศที่ให้ความสำคัญ และจัดระบบให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่า ได้แก่ อัตราการตายของทารกต่ำ อัตราตายของประชากรต่ำกว่า เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากรต่ำกว่าประเทศอื่นๆ นอกจากนี่ยังมีระบบบริการปฐมภูมิที่ดี ยังมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การมีแพทย์และบุคลากรที่พอดีในระบบบริการปฐมภูมิช่วยลดอัตราการตายทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา²

ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยถูกกำหนดเป็นกฎหมาย และมีการประกาศเป็นนโยบาย ปี 2562 ด้านปฐมภูมิ ด้วยหลักการที่สอดคล้องกับมาตรา 47 วรรคหนึ่งของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติไว้ว่า ให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับและดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และประชาชนมีสิทธิได้รับ

บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรมมีคุณภาพและมีมาตรฐาน ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีทีมหมอประจำครอบครัว ให้การรักษาโรคพื้นฐานโดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ ให้คำปรึกษาป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลทั้งที่บ้าน ที่หน่วยบริการ และจัดการส่งต่อเมื่อจำเป็นอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชนให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ประชาชนมีส่วนร่วม มุ่งเน้นการพัฒนาให้ได้มาตรฐานไปด้วยกัน มีการประสานงานเป็นเครือข่าย โรงพยาบาลแต่ละขนาดช่วยเหลือซึ่งกันและกัน^{1,4,10}

บริการสาธารณสุขในระบบสุขภาพปฐมภูมินั้น ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูป ประเทศ มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่างๆ ให้เกิดผลตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขไว้ ในหลายหมวด อาทิ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มีการกำหนดใน มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด³

พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิถูกวางรากฐานจากการแพทย์และการสาธารณสุขสมัยใหม่

หรือเรียกว่าปฐมภูมิ 1.0 เป็นการต่อสู้กับโรคติดต่อและปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากความยากจน การต่อสู้กับปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญและอันตราย เช่น กาฬโรค ไข้ฉิบา อหิวาตกโรค คุดทะราด เป็นต้น เป็นช่วงที่ระบบปฐมภูมิถูกพัฒนาและแสดงบทบาทอย่างมากในบทบาทการเป็นหน่วยบริการ ด้านหน้า (Frontline Providers) คือ สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน มีบุคลากรหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เรียกว่า “หมออนามัย” ที่แสดงบทบาททำงานเพื่อต่อสู้กับปัญหาโรคติดต่อและความเจ็บป่วยในชุมชนที่ประสบปัญหาอยู่ในพื้นที่ชนบทและห่างไกล^{4,5}

ต่อมาเป็นยุคของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า หรือเรียกว่า ปฐมภูมิ 2.0 เป็นการพัฒนาโดยการวางเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า หรือ “Health for All” เป็นแรงกระตุ้นที่เกิดจากการผลักดันโดยองค์การอนามัยโลก และองค์การสาธารณสุขระหว่างประเทศ ตามคำประกาศอัลมาตา (Alma Ata declaration) และกฎบัตรเพื่อการพัฒนาทางสุขภาพ (Charter of Health Development) โดยให้ความสำคัญเป็นพื้นฐานผลักดันให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) และการบริการพื้นฐานที่จำเป็น (Basic health service: BHS) นับเป็นการวางระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ค่อนข้างชัดเจนเป็นรูปธรรม^{4,5}

ต่อมาเป็นยุคของการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างหลักประกันทางสุขภาพ พัฒนาสิทธิทางสุขภาพของประชาชน มีการปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพจากการสงเคราะห์ทางสุขภาพไปสู่การคำนึงถึงสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ หรือเรียก ปฐมภูมิ 3.0 มีการสร้างการมีส่วนร่วมทางสุขภาพ โดยมีกลไกทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น หลักฐานที่สำคัญคือ การพัฒนาสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้น ประกาศใช้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งยุคนี้มีการปรับเปลี่ยนอย่างมาก มีการปรับโครงสร้างการให้บริการ แนวใหม่ที่เน้นระบบหน่วยคู่สัญญาเพื่อระบบบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUPs) ให้ความสำคัญกับระบบการเงินการคลัง (Financial Mechanism) การทำงานที่เน้นระบบผลงานเป็นตัวชี้วัด และมีผลทั้งด้านบวกในการบริหารจัดการด้านการเงินที่ชัดเจนและการทำงานที่มุ่งเน้นผลงาน แต่มีข้อจำกัดในมิติเชิงการชี้วัดผลงานที่เหมาะสมที่

สะท้อนความจริงหรือไม่และสอดคล้องกับวิธีทำงานที่มีความหลากหลายในมิติ บุคคล ครอบครัวและชุมชน^{4,5}

ยุคปัจจุบันหรือไทยแลนด์ 4.0 เป็นการเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีและการสร้างสรรค์หรือ หรือเรียก ปฐมภูมิ 4.0 เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามเป้าหมายใหม่ให้สอดคล้องกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ที่เน้นการพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในรูปแบบที่อินเทอร์เน็ตเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้คนในสังคม หรือเรียกว่าเป็นสังคมยุคดิจิทัล⁶ ร่วมกับมีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงแนวโน้มของระบาคติวิทยา เช่น โควิด 19 ส่งผลให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องปรับเปลี่ยนอย่างมากเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง และส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตของคนในสังคม มีการดำเนินชีวิตแบบคนเมือง (Urban Society) มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Elderly Aging Society) มีการใช้อุปกรณ์การสื่อสารเป็นโครงข่ายทางสังคม (Social Network) ที่เชื่อมผู้คนในเวลาอันรวดเร็ว ส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสภาวะสุขภาพในรูปแบบใหม่นี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิที่เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของบริบทสังคม^{4,6}

ความสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับการบริการปฐมภูมิ

ภารกิจที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นการจัดการและพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เข้ามาช่วยจัดระบบที่เอื้อให้เกิดความสุข อย่างมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

คลินิกหมอครอบครัว⁷ (Primary Care Cluster: PCC) หมายถึง รูปแบบบริการสาธารณสุขเป็นกลุ่มบริการระดับปฐมภูมิ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีม เรียกว่า ทีมหมอ

ครอบครัว หรือ “Family Medical Care Team” ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC)¹ Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน โดยทีมสหวิชาชีพนี้จะต้องเป็นผู้จัดบริการประจำให้กับประชาชนที่ดูแล บางวิชาชีพจำเป็นต้องให้ทำการหมุนเวียนทำงานใน 3 ทีมภายในคลินิกหมอครอบครัว แต่ไม่ให้หมุนเวียนในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความต่อเนื่อง มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ⁷⁻⁸

คลินิกหมอครอบครัวมีระบบการให้บริการ โดยยึดหลัก บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดย บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็ก นักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ บริการทุกอย่าง คือ บริการแต่แรกทุกอย่าง (First Contract Care) เป็นบริการด่านหน้า (Front-Line) ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความทุกข์ของคน ดูแลสุขภาพเชิงรุก (Proactive Care) มีการบูรณาการงานทั้งด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ คุ้มครองผู้บริโภค ผสมผสานระบบการแพทย์ ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆ และการแพทย์ฉุกเฉิน มุ่งเน้นสร้าง สุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และเพิ่มศักยภาพ การพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพของ ประชาชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้ง คลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและในชุมชน และ บริการทุกคน ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มเป้าหมาย¹¹ และที่สำคัญต้องดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care) ดูแลความ เจ็บป่วยและสุขภาพต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ Homeward, Home health care, Home visit และบริการทุกเวลาด้วย เทคโนโลยี ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัยทั้ง ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ รวมทั้งบริการโดยใช้ เทคโนโลยี ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ ระบบฐานข้อมูลต่างๆ⁷⁻⁹

การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเป็นการก้าวเข้าไปในชุมชน นำเอาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของวิชาชีพ ในทีมไปสู่ชุมชน เสริมศักยภาพของคนในชุมชน โดยการเพิ่มความรู้อื่นๆที่ทักษะ นำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ทั้งนี้ได้นำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน⁹⁻¹⁰ คือ

1. Primary Medical Care หรือ Care on First Contact Basis หมายถึง การดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ได้รับการรักษาในขั้นต้น เน้นการจัดการสุขภาพตนเอง เน้นการดูแลรักษา ที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง สถานที่ตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย ทำให้เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน สะดวกสบาย สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ⁹⁻¹⁰

2. บริการแบบองค์รวม (Holistic Care) หมายถึง การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะมองผู้ป่วยทุกมิติที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic Sensibility) ให้มีความสำคัญกับทุกอย่างที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน แม้กระทั่งการออกแบบระบบงาน อาคารสถานที่ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกรวดเร็ว ทันสมัย ความสบายผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวล และสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยญาติ ครอบครัว และชุมชน⁹⁻¹⁰

3. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) หมายถึง การดูแลทุกระยะต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย ระยะเจ็บป่วย ฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย และการดูแลระยะสุดท้ายจนเสียชีวิต มีการค้นหาความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการดูแลตลอดชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ส่งผลไปถึงสังคม ทั้งนี้ทีมหมอครอบครัวต้องสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธาจึงจะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี⁹⁻¹⁰

4. การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้านตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวให้เกิดการพึ่งตนเองอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีสุขภาพแข็งแรง^{9,10}

5. มีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ

(Consultation and Referral System) ทีมหมอบรรเทาสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงการทำหน้าที่เชื่อมประสาน และส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอด การเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เกิดประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย⁹⁻¹⁰

สมรรถนะที่ต้องการของทีมหมอบรรเทาและแนวทางการพัฒนา

จากการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁸ ที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยกำหนดให้มีแพทย์ประจำตำบลในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและ อสม. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดรอยต่อในโรงพยาบาลใหญ่ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานร่วมกับทีมหมอบรรเทาแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของตนที่จะช่วยเสริมการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ¹³ ซึ่งสมรรถนะหมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะความสามารถและคุณลักษณะอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่น การที่บุคคลจะแสดงสมรรถนะใด สมรรถนะหนึ่งได้ มักจะต้องมีองค์ประกอบของทั้งความรู้/ทักษะ/ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น¹⁴

ทีมหมอบรรเทาจะสามารถดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ได้นั้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะความสามารถในการดำเนินกิจกรรม 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การจัดการบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขที่จัดบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษาและการฟื้นฟู โดยใช้แนวคิดแบบองค์รวมแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีระบบการส่งต่อและประสานงานกับองค์กรชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งขณะป่วยและไม่ป่วย 2) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม คือ การที่ผู้ป่วยและทีมหมอบรรเทามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยในทุกมิติของผู้ป่วยโดยเน้นสร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดี 3)การมีทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ ที่ผ่าน

กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การดูแลแบบครอบคลุม 5) การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว และ 6) การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน^{4,6,8,13}

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะบุคลากรในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2562 พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหาร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเด็นที่ศึกษาเป็นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสมรรถนะด้านสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถนะด้านการบริหาร สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง และสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติ และเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีการศึกษาระดับของสมรรถนะบุคลากรและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะสรุปได้สมรรถนะของบุคลากรทีมหมอบรรเทาประกอบด้วยสมรรถนะหลัก (Core Competency) หรือคุณลักษณะของบุคลากรทั้งระบบเพื่อหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกันและสมรรถนะประจำงาน (Functional Competency) เป็นสมรรถนะที่กำหนดเฉพาะสำหรับกลุ่มงานเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่หน้าที่ และส่งเสริมให้ปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น⁸⁻¹⁰ โดยแต่ละวิชาชีพมีสมรรถนะ ดังนี้

แพทย์มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของคลินิกหมอบรรเทา ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นของแพทย์ ประกอบด้วยสมรรถนะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีแนวคิดยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการดูแลทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และให้การดูแลแบบเป็นองค์รวม มีสมรรถนะด้านการให้การปรึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สิ่งสำคัญ คือ การเป็นที่ปรึกษาของครอบครัวเพื่อให้ดูแลตนเองได้ โดยต้องอาศัยสมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอบรรเทา ที่สำคัญคือสมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชนที่เน้นการให้บริการที่ใกล้ชิดเข้าถึงชุมชน รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเข้ามาดูแลจัดการสุขภาพของตนเองและสุขภาวะของชุมชน ต้องมีความเข้าใจระบบครอบครัว ชุมชน มีความพร้อมในการทำงานชุมชน เข้าถึงชุมชน และมองประชาชนและชุมชนแบบองค์รวม นอกจากนี้การเพิ่มสมรรถนะในการทำวิจัยจากงานประจำเพื่อช่วยพัฒนาสุขภาวะของคนในชุมชนสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศโดยมีการศึกษาและ

ค้นคว้าหาความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางแพทย์ และนำมาประยุกต์ใช้กับผู้มารับบริการด้วยความเสมอภาค และสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพเป็นสมรรถนะหนึ่งที่สำคัญในการให้บริการกับประชาชน มีการประสานความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ทำงานโดยยึดตามแนวทางการตัดสินใจของกลุ่ม ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือกับทีมร่วมเสนอแนวทางแก้ไขในทีมหมอบรรลุ^{2,10,14,21}

พยาบาลวิชาชีพในทีมหมอบรรลุ มีบทบาทในการดำเนินงานของคลินิกหมอบรรลุดังนี้¹⁵⁻¹⁹

1. ด้านการดูแลความเจ็บป่วยทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยดำเนินการให้การดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เกี่ยวข้องของบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีการดูแลที่บ้าน กรณีบุคคลในครอบครัวมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ มีการแก้ไขปัญหาในทุกมิติสุขภาพเหมาะสมตามความต้องการของบุคคลและครอบครัว โดยใช้มุมมองของทุกฝ่าย พิจารณาความคุ้มค่าของการปฏิบัติให้เหมาะสมตามบริบทของบุคคลและครอบครัว และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence base practice)

2. ด้านการประสานงานทั้งในทีมสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชนและสังคม โดยใช้หลักการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำความรู้สู่การร่วมในการรับผิดชอบต่อปัญหา ออกมาใช้ในการสร้างทีมในการดูแลประชาชน รวมทั้งทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อและติดตามภายหลังส่งต่อ ดูแลให้เกิดความต่อเนื่องจนกระทั่งจบปัญหานั้นๆ โดยมีการพิทักษ์สิทธิ์ครอบครัวในความรับผิดชอบ เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพทั้งแบบต่อหน้า ณ สถานบริการ และการให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีและดิจิทัล เช่น โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้บุคคลครอบครัว นำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหา จัดการตนเองด้านสุขภาพได้

3. เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของบุคคลครอบครัวและชุมชน ดึงศักยภาพของบุคคล เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ค้นหาและดึงศักยภาพออกมาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ใช้วิธีการสอนหรือเป็นพี่เลี้ยงเพื่อให้เกิดการดูแลจัดการตนเองด้านสุขภาพตามบริบทที่แท้จริง

จากบทบาทหน้าที่ที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงได้ถูกกำหนดเป็นสมรรถนะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลชุมชน^{9,15-18} มีรายละเอียดดังนี้

1) สมรรถนะทั่วไป (Common Functional

Competency) หมายถึงสมรรถนะทั่วไปสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน^{9,15-18} ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 สมรรถนะด้านการทำ งานร่วมกับชุมชน (Community Skill)

สมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการให้คำ ปรึกษาด้านการดูแลบุคคลครอบครัวกลุ่มคนและชุมชน (Consultation)

สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน(Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)

สมรรถนะที่ 4 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

2) สมรรถนะเฉพาะ (Specific Functional Competency) เป็นสมรรถนะเฉพาะสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลชุมชนและได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เฉพาะด้าน ประกอบด้วย สมรรถนะ 8 ด้าน^{9,15-18} ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 สมรรถนะด้านผู้จัดการคลินิกหมอบรรลุ

สมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัว

สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะด้านเวชปฏิบัติ เช่น เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เวชปฏิบัติครอบครัว เวชปฏิบัติชุมชน และเวชปฏิบัติด้านอื่นๆ

สมรรถนะที่ 4 สมรรถนะด้านผู้จัดการรายกรณีเช่น ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ)

สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สมรรถนะที่ 6 สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ

สมรรถนะที่ 7 สมรรถนะด้านการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพิเศษการแปลผลและการจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น

สมรรถนะที่ 8 สมรรถนะอื่นๆ ที่มีความจำเป็น

จะเห็นได้ว่าสมรรถนะของพยาบาลในทีมหมอบรรลุนั้น นอกจากความรู้ ทักษะ ความสามารถที่ต้องใช้ในการจัดการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้ควรครอบคลุมสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การบริหารจัดการ การพัฒนาภาคีเครือข่าย รวมถึงการวิจัยและการจัดการความรู้ นอกจากนี้ ต้องมีความรู้ ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับผู้รับบริการทุกช่วงวัย ทั้งที่มีสุขภาพดี

มีภาวะเสี่ยงและเจ็บป่วย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่สังคมที่มีคุณภาพ และควรสอดคล้องกับกลยุทธ์หลัก 5 ด้านของกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ การมีนโยบายสาธารณะในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด

นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพต่างๆ ในทีมหมอครอบครัว มีบทบาทในการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้²⁰⁻²¹

2.1 บทบาทด้านการบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค ภัยสุขภาพและการเฝ้าระวังโรค ทำการคัดกรอง และดูแลเบื้องต้น สอบสวนโรค ติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ประเมินอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในที่ทำงานสถานประกอบการ สถานบริการและสถานที่สาธารณะ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ส่งเสริม ควบคุม กำกับมาตรฐาน การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์ และสาธารณสุข และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.2 บทบาทด้านวิชาการ/การใช้เทคโนโลยี สามารถจัดทำฐานข้อมูลเบื้องต้น เช่น ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลประชากร สถานบริการเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ ดำเนินการและดูแลด้านระบาดวิทยา เพื่อประมวลผลข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

2.3 บทบาทด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์เผยแพร่เพื่อสร้างความเข้าใจด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในระดับต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สามารถป้องกันตนเองจากโรคและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้

2.4 บทบาทด้านการสนับสนุนงานบริการให้กับทีมสุขภาพ โดยทำการตรวจสอบสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้มีคุณภาพและพร้อมแก่การนำไปใช้งานอยู่เสมอ รวมทั้งสนับสนุนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุข เพื่อให้การบริการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

2.5 บทบาทในการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและจิตอาสา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) รวมทั้งกำกับดูแลนิเทศ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.6 บทบาทในการพัฒนางาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล คาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรค พื้นที่เสี่ยงและกลุ่มประชากรเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการทำงานให้กับคลินิกหมอครอบครัว และร่วมจัดทำโครงการแก้ไขปัญหามา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่กำหนด

2.7 บทบาทด้านการประสานงานร่วมกันกับทีม โดยทำการประสานงานทั้งภายในและภายนอก โดยเฉพาะการติดต่อเชื่อมโยงการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การสุขภาพิบาล เพื่อให้เกิดการทำงานไปพร้อมกัน เป็นการสร้างหุ้นส่วนในการดูแลชุมชนร่วมกัน

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการกำหนดบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวแต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ยังไม่พบว่ามีข้อกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะวิชาชีพนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนในบริบทของคลินิกหมอครอบครัว แต่พบว่ามีการศึกษาสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ²⁰ พบว่า องค์ประกอบสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะที่สังเกตได้ และ 2) สมรรถนะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล สมรรถนะที่สังเกตได้ ได้แก่ ความรู้ และทักษะ ส่วนสมรรถนะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ผลการศึกษา²² พบว่า สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขประกอบด้วยการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการในประเด็นความสามารถการควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ การทำงานเป็นทีม การวางแผน การบริหารจัดการงบประมาณ การเคารพคุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสมรรถนะด้านวิชาการด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ ด้านการวิจัยจากงานประจำ เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยด้านสุขภาพในชุมชน²⁰⁻²⁵

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะสำหรับบุคลากรสุขภาพ

การพัฒนาศักยภาพการบริการปฐมภูมิควรครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพของทีมหมอครอบครัว โดยเน้นตามความต้องการของพื้นที่ การพัฒนาหลักสูตรการอบรมควรมุ่งเน้นการส่งเสริมการทำงานที่เชื่อมโยงแบบสหวิชาชีพ ทั้งการตั้งรับ ดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีศักยภาพการประสานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

ในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขร่วมกัน โดยดึง
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของบุคลากรแต่ละวิชาชีพมาใช้
เพื่อส่งเสริมให้ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง ตอบสนองต่อ
ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว สถาบันการศึกษามีบทบาท
สำคัญในการดำเนินการเพื่อสนองนโยบายการปฏิรูประบบ
บริการสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตรให้ผู้สำเร็จการศึกษา
สามารถปฏิบัติงานได้ทันทีภายหลังสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้
การสำรวจความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
สาธารณสุข ในการดำเนินการทีมหมอครอบครัวและระบบงาน
ปฐมภูมิ เพื่อใช้ในการวางแผนการพัฒนาศูนย์บริการในระบ
สาธารณสุข ทั้งระดับประเทศและระดับเขตบริการสุขภาพ
นอกจากนี้การเร่งรัดการพัฒนาสมรรถนะการทำงานเป็น
เครือข่ายให้ประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วมเชื่อมโยงกับบริการ
เฉพาะ Service plan ในแต่ละสาขา และเชื่อมโยงกับการจัด
บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตอบสนองการให้บริการทั้ง
ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การประสานความร่วมมือ
ทำงานเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาเป็นศูนย์
ความเชี่ยวชาญหรือเป็นเลิศที่ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนเพื่อ
สนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ที่ให้บริการแบบ
องค์รวมอย่างต่อเนื่องครอบคลุม 4 มิติทั้งทางด้านการส่งเสริม
ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ^{2,10,14,21-27}

บทสรุป

จากการทบทวนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว
จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้งทางตรงและทางอ้อม
เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้อย่าง
เต็มศักยภาพ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ด้านเวชศาสตร์
ครอบครัวที่นำมาใช้ในการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว
นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของทีมหมอครอบครัว
ทั้งด้านวิชาการ การจัดการ และสร้างแนวทางปฏิบัติให้ได้
มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ควรสร้างทีมหมอครอบครัวให้ครบทุก
วิชาชีพ เมื่อทีมมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาเติมเต็มเป็น
หัวหน้าทีมทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่ดูแลสุขภาพประชาชน
ตามหลักเวชศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพในการเชื่อมโยง
การดูแลทางการแพทย์จากในคลินิกหมอครอบครัวลงสู่
ชุมชน และการประสานวางแผนการดูแลทางการแพทย์จาก
กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทีมและทีมสหสาขา

วิชาชีพนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข
ต้องมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานชุมชนในมิติ ของการ
ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค ตามหลักเวชศาสตร์
ครอบครัว ทีมหมอครอบครัวมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการ
พัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้การดูแล
ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาหลักสูตรเพื่อการพัฒนา
สมรรถนะของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว
ซึ่งในปัจจุบันพบว่า มีเพียงพยาบาลที่มีการอบรม
หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และพยาบาลเวชปฏิบัติ
ครอบครัว ที่สอดคล้องกับบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อประโยชน์
สูงสุดแก่การดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนั้นการพัฒนา
สมรรถนะบุคลากรให้มีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง สมรรถนะ
การประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สมรรถนะการบริหารจัดการ ความสามารถในการควบคุมตนเอง
การมีวิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ การเป็นผู้นำ
การเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การวางแผน การบริหาร
จัดการงบประมาณรวมทั้งการเคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็น
มนุษย์

References

1. Sumriddetchkajorn K., Shimazaki K., Ono T.,
Kusaba T., Sato K., Kobayashi N. Universal
health coverage and primary care, Thailand.
Bulletin of the World Health Organization.
2019;97(6):415.
2. Kitreerawutiwong K., Sriruecha C., Laohasiriwong
W. Development of the competency scale
for primary care managers in Thailand:
Scale development. BMC family practice.
2015;16(1):1-9.
3. Silverman R., Sakuma Y., Post L., Beith A., Mirelman
A. Health access for all: Thailand's universal
coverage scheme. In: Glassman A, Temin M,
editors. Millions saved: new cases of proven
success in global health. 3rd ed. Washington:
Center for Global Development; 2016.89-96.

4. Tejavivaddhana, P., Briggs, D., Singhadej, O. and Hinoguin, R. Developing primary health care in Thailand: Innovation in the use of socio-economic determinants, Sustainable Development Goals and the district health strategy, Public Administration and Policy. An Asia-Pacific Journal.2018; 21 (1):36-49.
5. Limwattananon S., Neelsen S., O'Donnell O., Prakongsai P., Tangcharoensathien V., van Doorslaer E., et al. Universal coverage with supply-side reform: the impact on medical expenditure risk and utilization in Thailand. J Public Econ. 2015;121(C):79-94.
6. Setthasiroj, B. Thailand 4.0 policy: which development model will achieve sustainable development?, presented at the 9th National Health Assembly, Grand Diamond Ballroom, Impact Muang Thong Thani, Bangkok. 2016.
7. Strasser, R., Kam, S.M. and Regalado., S. Rural health care access and policy in developing countries. The Annual Review of Public Health. 2016 37(3): 395-412.
8. Kitreerawutiwong N., Jordan S., Hughes D. Facility type and primary care performance in sub-district health promotion hospitals in Northern Thailand. PloS one. 2017;12(3): e0174055.
9. Primary Health System Act, B.E. 2562 (2019). Government Gazette Volume 136, Part 56 Kor. 2019.
10. Working group for driving and reforming the service system. Guidelines for Primary Operations care cluster for service units. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy, Ministry of Foreign Affairs public health.2016.
11. Hongdilokkul N., Welfare analysis of the universal health care program in Thailand. Discussion paper 58. Bangkok: Puey Ungphakorn Institute for Economic Research; 2017.
12. Pongsupap, Y. Family medicine and community orientation as a new approach of quality primary care in Thailand, in Kidd, M. (Ed.), The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors, 2nd ed., Radcliffe Publishing, London. 2013; 231-240.
13. Tiantong S., Limwattanayingyong A., Wibulpolprasert S., Vedrasco L, Kertesz D. Towards optimal collaboration: reforming the WHO country cooperation strategy in Thailand. Bulletin of the World Health Organization. 2019;97(9): 642-644.
14. Muijsenbergh V.D., Van Weel M. The essential role of primary care professionals in achieving health for all. The Annals of Family Medicine. 2019; 17 (4): 293-295
15. Komjakraphan P., Balhip K., Jittanoon P. Quality of work life among nurse practitioners working at primary care setting in Thailand. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 23(37):98-105.
16. Ishimaru T., Punpeng T., Maiyapakdee C., Ketsakorn A., Fujino Y., Hara K. Survey of the necessary competencies and proficiency of safety officers in Thailand. Industrial health. 2020; 2019-0205.
17. Rungamornrat S., Musikthong J. Competency in health promotion of nursing professionals in central area of Thailand. Nursing Science Journal of Thailand. 2016;34(1):88-100.
18. Thasaneesuwan S., Chuaytaen T., Tinkaew P., Nilmanat K., Sae-chit K. Effects of a Palliative Care Education Program on Palliative Care Competencies of Registered Nurses in a Community Hospital in Southern Thailand. Songklanagarind Journal of Nursing. 2020; 40(2):122-32.

19. Thampanichawat W., Klayklongjit S., Wongwuttisaroj N. Role Performance of Professional Nurses in Health Promotion in Central Region. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(1):54-62. (in Thai)
20. Charoenchang P., Kerdmuang S., Kalampakorn S., Public Health Professional Competency of Public Health Officers Working in Thai Primary Care Units. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2016;26(1):40-51.
21. Suphunkul P., Maton T. A causal model of health personnel competency in primary health care unit and their roles under the National Health Development Plan 10: A case study of health region 17. *Journal of Nursing & Health Sciences*. 2010; 4(3): 33-40
22. Ruangdej Chaosuansreecharoen K., Khaonuan B., Chaosuansreecharoen P. Effects of Capacity Building Curriculum of Intelligence Networks for Community Health Risk Factor Management on Competency-based Performance Development among Mohanamai. *RMUTI Journal Humanities and Social Sciences*. 2019;6(1):37-57.
23. Chaiyoun B., Bouphan P., The influence of administrative factors and administrative process on core competencies of public health officers at primary care units, Khon Kaen province. *KKU Res J*. 2010; 10(4): 37-46.
24. Keawtong W., Rawiworakul T., Kalampakorn S., Kerdmongkol P. Competencies of Palliative Care among Community Nurses in Primary Care Units. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18:74-83. (in Thai)
25. Sanguanprasit B., Preechasathien N., Boonklai K., Sangrasamee A. Accessibility Enhancing Urban Primary Care Service Systems: Systematic Review and Narrative Synthesis. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2019 Dec 30;20(3):166-74. (in Thai)
26. Sootthasil M., & Chaleoykitti S. The effects of problem-solving therapy program on anxiety disorders in Chiang Mai Municipality. *Journal of The Police Nurses*. 2018;10(1): 100-8. (in Thai)
27. Sanprasan P., Kulpakdee R. & Wonganantnont P. Study the Integrated Nursing Supervision Process in Clinics Based on the Recognition of Professional Nurses in Private Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*; 2020.21(2) : 400-10 (in Thai)