

บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและความสุขในการทำงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้

พนัชกร มีสิทธิ์¹ และ ทศย์ทิพย์ ธรรมวิริยะกุล (พ.บ., วท.ม.)²

¹โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

²แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

บทนำ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแพทย์ที่มีบทบาทหลักในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน การผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีมากขึ้น แต่ยังคงขาดข้อมูลสะท้อนการทำงานในบทบาท บริการปฐมภูมิของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิทั้ง 7 มิติและเปรียบเทียบบทบาทในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิในสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

ระเบียบการวิจัย การศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross sectional study) ในแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2558 (รุ่นที่ 1 – 14) ปฏิบัติงานในพื้นที่ 14 จังหวัดของภาคใต้ทั้งหมด ณ ช่วงเวลาที่สำรวจรวบรวมข้อมูลโดยใช้อิเล็กทรอนิกส์แบบสอบถามสร้างใน Google Forms ส่งทางอีเมลล์และข้อความในโทรศัพท์ (online questionnaire) วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ Kruskal Wallis test ที่ p value < 0.05

ผลการศึกษา บทบาทที่ปฏิบัติเป็นประจำได้แก่ บริการอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย 3.39 (S.D. 0.36) บริการเชื่อมโยง ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D. 0.32) ครอบครัวเป็นศูนย์กลางค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D. 0.47) ดูแลถึงชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.02 (S.D. 0.55) และดูแลเข้าถึงวัฒนธรรมท้องถิ่น ค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D. 0.52) บทบาทที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้แก่บริการด่านแรกและบริการผสมผสานคะแนนเฉลี่ย 2.76 (S.D. 0.49), 2.98 (S.D. 0.48) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบตามสถานที่ปฏิบัติงาน บริการด่านแรกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value 0.029 การสนับสนุนส่วนใหญ่ได้รับระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 ความสุขในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย บทบาทงานบริการปฐมภูมิทั้ง 7 มิติ ส่วนใหญ่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำและมีความแตกต่างด้านบริการด่านแรกระหว่างสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีความสุขในการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

คำสำคัญ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว งานบริการปฐมภูมิ บทบาท ความสุข

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ พนัชกร มีสิทธิ์

โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ประเทศไทย

E-mail: phanatm@gmail.com

Role of family physician and happiness in primary care of southern area

Phanatchakon Meesit (M.D.)¹ and Hathaitip Tumviriyakul (M.D., M.Sc.)²

¹ Kantang hospital, Kantang District, Trang Province

² Department of Family Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla Province

Abstract

Introduction The major role of family physician is serving primary care for individuals, families and communities. Recently, there is an increase in training number of family physicians. However, lacking of evidence based to evaluate the roles of family physicians in actual primary care practices.

Objectives To study the actual roles of family physicians in 7 dimensions of primary care service and to compare the roles in different types of care.

Methods An analytical cross sectional study was conducted in family physicians who have been certified for diploma in Thai Board of Family Medicine since 2002-2015 (Batch 1-14). All of them must be working in 14 provinces of southern Thailand. Data collected via electronic mails and using online Google questionnaire which were sent by smart phones. A descriptive statistic was used and analyzed by the Kruskal Wallis test was analyzed to identify roles among difference types of service at p value <0.05 .

Results The roles in primary care service taken frequently were cultural competent (mean 3.56, S.D. 0.52), coordinated care (mean 3.62, S.D. 0.32), family-centeredness (mean 3.47, S.D. 0.47), continuous care (mean 3.39, S.D. 0.36) and community orientation (mean 3.02, S.D. 0.55). The roles taken for sometime were comprehensive care and first contact care and (mean 2.98, S.D. 0.48 and mean 2.76, S.D. 0.49 respectively). By comparing, first contact care significantly differed in each types of work place (p value 0.029). Supported score was at average medium level (2.00-2.99). Most of the physicians were happy at high to the highest level.

Conclusion The family physicians regularly took action in all 7 dimensions of primary care service. First contact care was differed significantly in the work places. Majority of physicians felt happy while working in primary care as a family physician.

Keywords Family physician, Primary care, Role, Happiness

Corresponding author Phanatchakon Meesit

Kantang hospital, Kantang District, Trang Province, Thailand.

E-mail: phanatm@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการส่งเสริมบุคลากรที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลในเขตเมืองและชนบท¹ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นบุคลากรสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพซึ่งมีบทบาทหลักในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่เน้นความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง ผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวมแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน² ประเทศไทยเริ่มมีการฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและมีการสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 จนถึงปัจจุบัน มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทั้งหมด 14 รุ่น ซึ่งได้ทำงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพในหลายๆบทบาท จากการศึกษาของ นายแพทย์ สดรงค์ ศุภผล และคณะ³ เรื่องการสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 44.1 อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ ร้อยละ 18.1 ในเรื่องของสัดส่วนภาระงาน พบว่า การให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 59.4 ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 27.5 และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน ร้อยละ 28.4 ส่วนงานบริการที่เป็นบทบาทสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ การเยี่ยมบ้านและบริการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับการรักษาผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าบทบาทงานเชิงรุกของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวยังมีสัดส่วนที่น้อย

ปัจจุบันการผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และมีข้อมูลในการปฏิบัติงานในบทบาทที่หลากหลาย แต่ยังขาดข้อมูลสะท้อนบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ลงไปในงานบริการปฐมภูมิ

ทั้ง 7 มิติของ Barbara Starfield อ้างใน Smith J⁴ ซึ่งบทบาทการปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวสอดคล้องกับงานบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ได้แก่ บริการด่านแรก (first contact) บริการต่อเนื่อง (ongoing care) บริการเชื่อมโยง (coordination) บริการผสมผสาน (comprehensiveness) การมองครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centeredness) การดูแลถึงชุมชน (community orientation) และความเข้าใจกับวัฒนธรรมท้องถิ่น (culturally competent) จึงมีความสนใจในการศึกษาบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิทั้ง 7 มิติในพื้นที่ภาคใต้ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาสู่ระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวร่วมให้บริการและมีบทบาทในงานเชิงรุกมากขึ้น

นิยามศัพท์

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยหลักสูตรและในสถาบันฝึกอบรมที่ผ่านการรับรอง โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผ่านการทดสอบและได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบอาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่มีบทบาทหลักในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (primary care) แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (family and community oriented) ที่เน้นการให้บริการทั้ง 7 มิติ ของ Barbara Starfield อ้างใน Smith J⁴ ได้แก่ การดูแลสุขภาพด่านแรก (first-contact care) การดูแลสุขภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (ongoing care) การดูแลสุขภาพบริการเชื่อมโยง (coordination) การดูแลสุขภาพบริการผสมผสาน (comprehensiveness) การดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (community orientation) การดูแลสุขภาพถึงชุมชน (cultural sensitivity) และ

การดูแลสุขภาพเข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น (family-centeredness)

บริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการสุขภาพระดับแรกโดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เน้นความรับผิดชอบต่อด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง โดยงานวิจัยนี้ได้รวมการบริการด่านแรก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม/เวชศาสตร์ครอบครัว/เวชศาสตร์ชุมชนในโรงพยาบาลคลินิกตรวจผู้ป่วยนอก ทั่วไปของโรงพยาบาล

ความสุขในการทำงาน หมายถึงการรับรู้หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการทำงานหรือความรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล รวมถึงอารมณ์ที่แสดงออกทางด้านบวกและด้านลบจากการใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำงาน รวมถึงรู้สึกพอใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน รู้สึกตนเองมีคุณค่า สนุกสนานกับการทำงาน พยายามที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงานเป็นความรู้สึกชื่นชอบ หรือเป็นสุขจากงานที่ได้ทำ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytic cross-sectional study) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวแห่งประเทศไทย และปฏิบัติงานในพื้นที่ 14 จังหวัดของภาคใต้ ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ จำนวน 65 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์โดยใช้อิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามบทบาทของแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสุขในการปฏิบัติงานโดยเครื่องมือได้ไปตรวจสอบหาความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (content validity) และ นำไปทดลองใช้ โดยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ที่ระดับ 0.8

บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โดยอาศัยโปรแกรม Excel spread sheet ซึ่งข้อมูลได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนโอนถ่ายข้อมูลไปยังโปรแกรม Strata version 12 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้ Kruskal - Wallis Test

ผลการศึกษา

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 65 คน ยินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวน 49 คน คิดเป็น ร้อยละ 75.38 พบว่าเป็นเพศชาย 23 คน (ร้อยละ 46.94) เพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 53.06) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 36 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 41 ปี มีสถานภาพโสด 22 คน (ร้อยละ 44.90) สถานภาพสมรส 27 คน (ร้อยละ 55.10) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.88) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 25 คน (ร้อยละ 51.01) รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 18 คน (ร้อยละ 36.73) รายได้เฉลี่ย

ต่อเดือนประมาณ 50,001 – 60,000 บาท สัดส่วนการ จัดการบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 19 และงานด้านอื่นๆ ปฏิบัติงาน พบว่าการให้บริการสุขภาพร้อยละ 54 งาน เช่น งานบริหาร งานวิจัย งานเกี่ยวกับคุณภาพ งาน วิชาการและการเรียนการสอนร้อยละ 21 การบริหาร palliative care ร้อยละ 6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละข้อมูลทั่วไปของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (n=49)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	26	53.06
ชาย	23	46.94
รวม	49	100
อายุเฉลี่ย (ปี) median(min, max)	49	36 (28, 41)
สถานภาพ		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	27	55.10
โสด	22	44.90
ศาสนา		
พุทธ	46	93.88
อิสลาม	2	4.08
คริสต์	1	2.04
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	25	51.02
โรงพยาบาลชุมชน	18	36.73
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	5	10.20
อื่น (คลินิก)	1	2.04
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) median 50,001 – 60,000 บาท	49	100.00
สัดส่วนการปฏิบัติงาน		
การให้บริการสุขภาพ	คิดเป็น	54.00
การบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ	คิดเป็น	19.00
งานวิชาการและการเรียนการสอน	คิดเป็น	21.00
อื่นๆ (บริหาร วิจัย คุณภาพ Palliative care)	คิดเป็น	6.00

บทบาทที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติ เป็นประจำในสัดส่วนมากที่สุด ได้แก่ การดูแลสุขภาพ บริการเชื่อมโยงร้อยละ 100 รองลงมา ได้แก่ การดูแลสุขภาพบริการอย่างต่อเนื่องร้อยละ 93.88 การดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลางร้อยละ 91.84 และ

การดูแลสุขภาพเข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นร้อยละ 89.80 ตามลำดับ บทบาทที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติ เป็นบางครั้งในสัดส่วนมากที่สุดได้แก่ การดูแลสุขภาพ บริการด้านแรก ร้อยละ 48.98 รองลงมา ได้แก่ การดูแลสุขภาพบริการผสมผสาน ร้อยละ 46.94 และ

การดูแลสุขภาพถึงชุมชน ร้อยละ 42.86 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

การสนับสนุนในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทั้ง 4 ประเด็นพบว่า ประเด็นที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนในระดับมาก มีสัดส่วนที่มากที่สุดได้แก่ ด้านนโยบายการบริหาร ร้อยละ 63.27 รองลงมาได้แก่ ด้านระบบการทำงาน และภาระงาน ร้อยละ 46.94 ประเด็นที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนระดับปานกลางมีสัดส่วนที่มากที่สุดได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 57.14 รองลงมาได้แก่ ด้านบุคลากร ร้อยละ 55.10 (ตารางที่ 3)

ความสุขในการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 4 ประเด็น พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าประเด็นด้านความพึงพอใจในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย 4.20 (S.D. 0.64) ความสุขระดับมากที่สุดประเด็นด้านความพึงพอใจในงานมีคะแนนเฉลี่ย 3.81 (S.D.

0.74) และประเด็นด้านความรู้สึกทางบวกมีคะแนนเฉลี่ย 3.93 (S.D. 0.70) คือ มีความสุขระดับมาก ส่วนประเด็นด้านความรู้สึกทางลบมีคะแนนเฉลี่ย 2.66 (S.D. 0.95) คือ มีความสุขระดับปานกลาง (ภาพที่ 2)

การปฏิบัติงานตามบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในงานบริการปฐมภูมิ 7 มิติ เปรียบเทียบกับสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ค่ามัธยฐานของคะแนนการปฏิบัติงานบทบาทการดูแลสุขภาพบริการด้านแรก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชนและอื่นๆ (คลินิก) เท่ากับ 2.75, 2.25, 3 และ 3.5 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value 0.029 ส่วนค่ามัธยฐานของคะแนนการปฏิบัติงานบทบาทอื่นๆ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ร้อยละของงานที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติในงานบริการปฐมภูมิ 7 มิติ (n=49)

บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติน้อย	\bar{X}^*	S.D.
บริการด้านแรก	46.94	48.98	4.08	2.70	0.49
บริการอย่างต่อเนื่อง	93.88	6.12	0.00	3.30	0.36
บริการเชื่อมโยง	100.00	0.00	0.00	3.60	0.32
บริการผสมผสาน	53.06	46.94	0.00	2.90	0.48
ดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	91.84	8.16	0.00	3.40	0.47
ดูแลสุขภาพถึงชุมชน	57.14	42.86	0.00	3.00	0.55
ดูแลสุขภาพเข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น	89.80	10.20	0.00	3.50	0.52

*คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง ปฏิบัติน้อย

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 1.00 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ตารางที่ 3 ร้อยละของการสนับสนุนในด้านต่างๆในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่แพทย์เวชปฏิบัติ
ครอบครัวได้รับ (n=49)

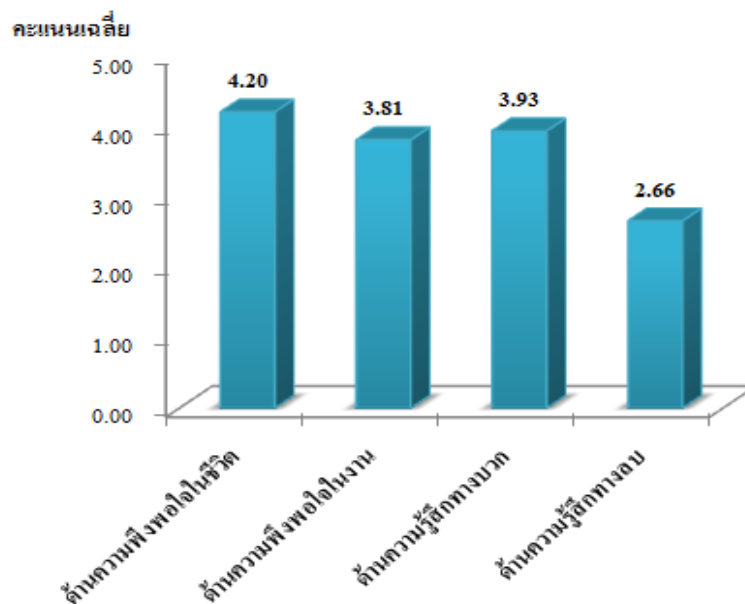
ประเด็นการสนับสนุน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย	\bar{X}^*	S.D.
ด้านนโยบายการบริหาร	63.27	24.49	12.24	0.00	2.81	0.72
ด้านระบบการทำงานและภาระงาน	46.94	44.90	6.12	2.04	2.64	0.74
ด้านบุคลากร	40.82	55.10	4.08	0.00	2.76	0.68
ด้านผู้รับบริการ	32.65	57.14	10.20	0.00	2.58	0.59
*คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00	หมายถึง	การสนับสนุนมาก				
คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99	หมายถึง	การสนับสนุนปานกลาง				
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99	หมายถึง	การสนับสนุนน้อย				
คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 1.00	หมายถึง	ไม่มีการสนับสนุนเลย				

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน (Median : min, max) ของคะแนนการปฏิบัติงานตามบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติ
ครอบครัวในงานบริการปฐมภูมิ 7 มิติเปรียบเทียบกับสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน (n=49)

บทบาทของแพทย์ เวชปฏิบัติครอบครัว	Median (min, max)				P value
	โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป	โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย	โรงพยาบาล ชุมชน	อื่นๆ(คลินิก)	
บริการด้านแรก	2.75 (1.75,3.75)	2.25 (1.75,3.00)	3.00 (2.00,3.25)	3.50 (3.50,3.50)	0.029*
บริการอย่างต่อเนื่อง	3.25 (2.75,4.00)	3.50 (3.00,4.00)	3.50 (3.00,4.00)	4.00 (4.00,4.00)	0.186
บริการเชื่อมโยง	3.75 (3.00,4.00)	4.00 (3.00,4.00)	3.75 (3.00,4.00)	3.25 (3.25,3.25)	0.534
บริการผสมผสาน	3.00 (2.20,3.70)	3.00 (2.70,4.00)	2.90 (2.00,3.50)	4.00 (4.00,4.00)	0.173
ดูแลสุขภาพครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง	3.67 (2.67,4.00)	3.67 (2.67,4.00)	3.33 (2.33,4.00)	3.00 (3.00,3.00)	0.505
ดูแลสุขภาพถึงชุมชน	3.00 (2.00,4.00)	2.57 (2.14,4.00)	3.14 (2.29,3.86)	3.71 (3.71,3.71)	0.240
ดูแลสุขภาพเข้ากับวัฒนธรรม ท้องถิ่น	3.67 (2.00,4.00)	3.67 (3.00,4.00)	3.50 (2.33,4.00)	4.00 (4.00,4.00)	0.454

รูปที่ 2 แผนภูมิแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

(n=49)



อภิปรายผล

จากการศึกษา แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 49 คน พบว่า บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในงานบริการปฐมภูมิ 7 มิติจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 49 คน พบว่า บทบาทที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำได้แก่ บทบาทด้านการดูแลสุขภาพบริการเชื่อมโยงคะแนนเฉลี่ย 3.62 การดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลางคะแนนเฉลี่ย 3.47 การดูแลสุขภาพบริการอย่างต่อเนื่องคะแนนเฉลี่ย 3.39 การดูแลสุขภาพถึงชุมชนคะแนนเฉลี่ย 3.02 และ การดูแลสุขภาพเข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นคะแนนเฉลี่ย 3.56 อาจเนื่องมาจาก ด้านการเข้าถึงบริการยังมีเรื่องการให้บริการรักษาช่วงปิดทำการและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วงปิดทำการที่ยังไม่มีความพร้อมในการให้บริการจึงทำให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติงานในบทบาทด้านนี้ได้เป็นประจำ

การสนับสนุนในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิทั้ง 4 ประเด็นได้แก่ ด้านนโยบายการบริหาร ด้านบุคลากร ด้านระบบการทำงานและภาระงานและ

ด้านผู้รับบริการ ได้รับการสนับสนุนระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสตางค์ ศุภผล และคณะ (2553)³ พบว่า ด้านอุปสรรคในการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวคือปริมาณคนไข้และปริมาณงานที่มากเกินไป มีเวลาไม่เพียงพอและด้านความต้องการสนับสนุนคือต้องการส่งเสริมให้มีการรับรู้ด้านบทบาทที่แท้จริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้บริหารแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ สหวิชาชีพและประชาชนทั่วไปเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับการยอมรับและมีศักดิ์ศรีในปัจจุบันได้มีนโยบายทีมหมอครอบครัว (family care team) ที่จะร่วมขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครอบครัว และทุกชุมชน ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน และนับว่าเป็นการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่เป็นการต่อยอดเพิ่มเติม เป็นแนวทางที่ดีและมีความชัดเจนต่อการดำเนินนโยบายเวชศาสตร์ครอบครัว

ความสุขในการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 4 ประเด็นพิจารณาจากพบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีความสุขระดับมากที่สุด ในด้านความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขระดับมากในด้านความพึงพอใจใน และด้านความรู้สึกทางบวก ส่วนด้านความรู้สึกทางลบมีความสุขระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Diener (2000)⁵ อธิบายความสุขในการทำงานว่าประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน ความรู้สึกทางบวก ควรจะมีในระดับสูงโดยมีความรู้สึกทางบวกสูงกว่าความรู้สึกทางลบหรือความรู้สึกทางลบควรอยู่ในระดับที่ต่ำบุคคลจึงจะมีความสุขในระดับที่สูง

เปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในงานบริการปฐมภูมิ 7 มิติ กับสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันพบว่า บทบาทการดูแลสุขภาพบริการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพเข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น การดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการดูแลสุขภาพบริการอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติงานในบทบาทเหล่านี้ได้เป็นประจำในสัดส่วนใกล้เคียงกันแต่มีความแตกต่างกันในบทบาทที่ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนการปฏิบัติงานบทบาทด้านการดูแลสุขภาพบริการด้านแรก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชนและอื่นๆ (คลินิก) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value 0.029

สรุป

การศึกษานววิจัย เรื่องบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและมีความสุขในการทำงานบริการปฐม

ภูมิในพื้นที่ภาคใต้ทำให้ทราบถึงบทบาทแพทย์ ในการปฏิบัติงานปฐมภูมิทั้ง 7 มิติ การสนับสนุนในการปฏิบัติงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนระบบการทำงานบริการปฐมภูมิ และส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น พร้อมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการนำเสนอผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและวางแผนแนวทางที่เหมาะสมด้านการเรียนการสอนสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. น.พ.นิทัศน์ รายนว รongปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=1359> เข้าถึงเมื่อ ธันวาคม 2558
2. พณพัฒน์ โตเจริญวานิช. หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว: เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิงจำกัด; 2553. น.24.
3. สตาจค์ ศุภผล, จิรฐา บุตรแก้ว, วราวุธ กุลเวชกิจ. การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2554; 3(1): 12-8.
4. Smith J. Primary care: balancing health needs, services and technology. *International Journal of Integrated Care*. 2001; 1: e36.
5. Diener E, Suh ME, Lucas ER, Smith LH. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin* 1999; 125(2): 276-302.