

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

## การพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ

เกษมธิดา หะชะนี วท.ม. (บริหารสาธารณสุข)\*

อิสรา สพสมัย พ.บ. (เวชศาสตร์ครอบครัว)\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

\*\* โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วันรับ:	10 เม.ย. 2562
วันแก้ไข:	8 พ.ค. 2562
วันตอบรับ:	15 พ.ค. 2562

บทคัดย่อ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงคุณภาพโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ โดยพัฒนาจากแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข (3S) และแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey's 7S Framework) ประชากรและกลุ่มที่ทำการศึกษ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ทีมพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวและทีมปฏิบัติการในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 30 คน โดยกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการศึกษาบริบท ขั้นตอนกำหนดปัญหา ขั้นตอนวางแผนปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนการติดตามตรวจสอบและแก้ไขระหว่างการปฏิบัติงานวิจัย และขั้นตอนสรุปการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร รายงานการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวบางแก้ว การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ทำการวิจัยในช่วงระยะเวลาเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบ ได้รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ (สมุทรปราการ 7 S Model) ดังนี้ (1) Strategy มีกลยุทธ์ ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวมต่อเนื่อง ผสมผสานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีกลยุทธ์สำคัญ 4 กลยุทธ์ (2) Structure การจัดโครงสร้างของอาคารและการจัดโครงสร้างของการประสานงานและจัดโครงสร้างชุมชนตามลักษณะเขตเมือง (3) Systems มีการจัดระบบบริการในคลินิกหมอครอบครัวและในชุมชน การจัดระบบสนับสนุนและการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (4) Staff มีการบริหารจัดการด้านบุคลากร การจัดโครงสร้างของทีมหมอครอบครัว (5) Skills มีการพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบการให้คำปรึกษา และระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการ context based learning: CBL (6) Style การทำงานเป็นทีมด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง (7) Shared values สร้างค่านิยมร่วมกันทุกระดับในการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้นคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองควรรูปแบบการพัฒนาไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทความเป็นเขตเมืองหนาแน่นต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว, เขตเมืองหนาแน่น

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย มีแนวความคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองมุ่งเน้นการสร้างคามเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ<sup>(1)</sup> โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว มีจุดมุ่งหมายในการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้ “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เปลี่ยนเป็นการใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ primary care cluster (PCC) โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว<sup>(2)</sup>

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการเป็นสังคมเมือง ในหลายประเทศสนับสนุนว่า การทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนเมืองจำเป็นต้องเร่งพัฒนาสุขภาพของคนเขตเมือง ซึ่งองค์ประกอบสำคัญ คือการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพให้เข้มแข็งตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(3)</sup> ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพรองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบทก่อให้เกิดการดูแลขั้นพื้นฐานใน 3 ด้านหลัก คือ (1) การปรับปรุงสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความดูแล (2) การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน (3) การคุ้มครองทางการเงินต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย<sup>(4)</sup>

ข้อมูลประชากรในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่ากลางปี 2559 มีอัตราส่วนร้อยละ 48.40 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (upper-middle income country) ที่มีแนวโน้มพัฒนาสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(5)</sup>

จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นจังหวัดเขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่น มีลักษณะชุมชนที่เป็นโรงงานอุตสาหกรรม

ที่อยู่อาศัยบ้านจัดสรรในทุกระดับ และชุมชนแออัดมีประชากร 1,301,560 คน ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 พบว่าปัจจุบัน จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรพักอาศัยจริง จำนวนทั้งสิ้น 2,458,432 คน ทั้งนี้ยังไม่รวมประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 89,351 คน<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นภาระที่สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐต้องให้การดูแลภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 72 แห่ง การจัดบริการมุ่งเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (primary medical care) โดยมีแพทย์ มาให้บริการเดือนละ 1-4 ครั้ง พบว่า การจัดบริการที่ความเชื่อมโยงกับชุมชน ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่ชัดเจน โดยภาพรวมทั้งเป้าหมายและมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจการดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ<sup>(7)</sup> จึงเป็นหน้าที่ของทีมนักคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้ความยั่งยืน<sup>(8)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงสามารถวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา พบว่า กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นคลินิกหมอครอบครัว ขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจการดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ จึงพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่นให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้คลินิกหมอครอบครัวบางแก้วอำเภอบางพลี เป็นต้นแบบในการพัฒนา วิธีการวิจัยแบบเชิงคุณภาพโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ในการร่วมคิดวางแผน ตัดสินใจ และมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัยตั้งแต่การศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่นให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นการต่อยอดจากแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดประเด็น 3S ได้แก่ staff –structure–system<sup>(8)</sup> จึงได้นำแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey’s 7S Framework)<sup>(9)</sup> ที่มีหลักการพื้นฐานว่าประสิทธิภาพขององค์กรจะเกิดจากความสัมพันธ์ภายในองค์กรของปัจจัยต่างๆ 7 ประการ การที่องค์กรใด ๆ ก็ตามจะสามารถสร้างความมีประสิทธิภาพและไปสู่ความสำเร็จได้ ปัจจัยทั้ง 7 ประการนี้จะต้องมีความสอดคล้องกันภายในองค์กร<sup>(10)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (PAR) ทำการศึกษาที่คลินิกหมอครอบครัวบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ได้แก่ การศึกษาเอกสาร (documentary research) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) การวิเคราะห์ (analysis) และการสังเคราะห์ (synthesis) ระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มที่ทำการศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลบางพลี ทีมสหวิชาชีพและที่สนับสนุนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวบางแก้ว ผู้ปฏิบัติหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหรือผู้รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี

2. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอครอบครัวเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดำเนินงานหรือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมหมอครอบครัวบางแก้วและตัวแทนภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมอครอบครัว

คืออาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบของทีมหมอครอบครัวของแต่ละทีม

3. ตัวแทนภาคีเครือข่ายและตัวแทนภาคประชาชน
- อยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี
- เคยได้รับการดูแลสุขภาพจากทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ที่อาศัย
- เป็นผู้ที่อยู่ในสถานะที่สามารถพูดคุยได้และยินดีให้

ข้อมูล

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี และสาธารณสุขอำเภอบางพลี

2. กลุ่มทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ดังนี้

2.1 ทีมพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้จัดการ PCC หัวหน้าทีมหมอครอบครัวทีมที่ 1-3 ผู้รับผิดชอบงานคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้รับผิดชอบงานคลินิกหมอครอบครัวสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.2 ทีมปฏิบัติการในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 22 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ จำนวน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละทีม ทีมละ 2 คน รวม 6 คน แกนนำ/ผู้นำในชุมชนในแต่ละทีม ทีมละ 1 คน รวม 3 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่โครงการวิจัย 009/2561 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2561

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบท การศึกษาบริบทและสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของลักษณะพื้นที่ การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวบางแก้ว จากการศึกษาเอกสาร รายงาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหา วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันโดยใช้กรอบแนวคิดแมคคินซี (McKinsey 7-S

Model) โดยการประชุมแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว เพื่อหาปัญหา และสาเหตุและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก หมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนปฏิบัติการวิจัย จัดทำ แนวทางรูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวใน เขตเมืองหนาแน่น โดยการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม กับ ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามตรวจสอบและแก้ไขระหว่าง การปฏิบัติการวิจัย จัดประชุมแบบมีส่วนร่วม กับ ทีม พัฒนาและทีมปฏิบัติการเพื่อติดตามการดำเนินงานตาม รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมือง หนาแน่น และพิจารณาหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข โดย อาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาพัฒนาให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปผลการวิจัย รวบรวมสรุปผลการ ดำเนินงานและเผยแพร่กับทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการ เพื่อทราบและตรวจสอบประเมินผลการวิจัย โดยทีม พัฒนาและทีมปฏิบัติการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ย้อนกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อศึกษารูปแบบ ใช้การวิเคราะห์ จากเอกสารและการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบ ใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมและสรุปสาระสำคัญของการพัฒนารูปแบบคลินิก หมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ

### ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขต เมืองหนาแน่น จากการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอนได้รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวใน เขตเมืองหนาแน่น (สมุทรปราการ 7S Model) ดังนี้

ก. ผลการศึกษาการดำเนินงานของคลินิกหมอ ครอบครัวบางแก้ว พบว่า โครงสร้างของพื้นที่อาคาร (Structure) มีจัดพื้นที่บริการออกเป็น 3 ห้องให้ค่า บริการของแต่ละทีม มีการจัดระบบบริการ (System) โดย

ทีมสหวิชาชีพ ทั้งจากคลินิกหมอครอบครัวและการ สนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแนวทางการพัฒนา ตามระบบบริการ โดยกำหนดแพทย์ประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ พื้นที่และประชากร มีระบบบริการเครือข่ายสุขภาพจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย มีการวางระบบงานบริการ (Service) เมื่อประชาชนเจ็บป่วยให้เข้าพบหมอครอบครัวประจำหมู่บ้าน ของตนเองเบื้องต้นก่อน จัดระบบให้คำปรึกษาหารือระหว่าง ทีมหมอครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นระบบชัดเจนมากขึ้น และ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหมอครอบครัว (staff) จะได้รับการพัฒนาความรู้ทุกมิติผ่านระบบ guideline ระบบ flow chart การดูแลตาม 5 กลุ่มวัย ระบบการทำงาน สมุทรปราการโมเดลและชุด Starter Kit บูรณาการร่วม ระหว่างคลินิกหมอครอบครัวบางแก้วกับองค์การบริหาร ส่วนตำบลบางแก้ว โดยในการดำเนินงานมีการติดตาม และการประเมินผล

ข. ประเด็นความคิดเห็นต่อการพัฒนาคลินิกหมอ- ครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ โดย การนำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี มาใช้เป็น แนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิก หมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น พบว่า เพื่อเป็นการเพิ่ม เดิมองค์ประกอบในการทำงานจากเดิม 4S (Staff/Struc- ture/System/Service) ของกระทรวงสาธารณสุข การ ดำเนินงานในหลายประเด็นจะถูกซ่อนอยู่ในประเด็นหลัก การพัฒนา ทำให้การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นและการ พัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมบริการในทุกมิติ ถ้ามีการ เพิ่มองค์ประกอบที่ชัดเจนจะทำให้ผู้ปฏิบัติเห็นความ สำคัญและการทำงานจะเป็นระบบที่เชื่อมต่อ มีความ ชัดเจนในการดำเนินงาน พัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน ของทีมหมอครอบครัว และสามารถทำงานร่วมกันสู่เป้า- หมายของคลินิกหมอครอบครัว ทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วม จึงได้นำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี มาใช้เป็น แนวทางการพัฒนาและปรับปรุง การดำเนินงานคลินิก หมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ

สมุทรปราการ 7 S Model	ผลการพัฒนา
S1 ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองหนาแน่น มีกลยุทธ์สำคัญ 4 กลยุทธ์ คือ พัฒนารูปแบบการจัดการปฐมภูมิ พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนา กลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิและบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในมิติสุขภาพตามกลุ่มวัย มี การดำเนินงานตามแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง และมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน
S2 โครงสร้างองค์กร (Structure)	1.การจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในรูปแบบเขตเมืองหนาแน่น คือ 1 คลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย 3 ทีมหมอครอบครัว มีการบูรณาการกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัว และการจัดการบริการในพื้นที่ 2.การจัดโครงสร้างของอาคารสถานที่ จัดห้องบริการสำหรับทีมหมอครอบครัวในแต่ละทีมให้เป็นสัดส่วน 3.การจัดโครงสร้างของการประสานงาน โดยมีผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวและผู้พัฒนาระบบการประสานงาน
S3 ระบบการดำเนินงานขององค์กร (Systems)	1.การจัดระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว (Service) มีระบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) ของแต่ละทีมหมอครอบครัว จัดระบบบริการในชุมชนโดยใช้โมเดลสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใยแมงมุม เริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อมให้เป็นต้นแบบ เชิญเครือข่ายสุขภาพของทุกชุมชนเข้าร่วมและขยายกิจกรรมให้ครบทุกชุมชน 2.การจัดระบบสนับสนุน (Support) ทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนด้านบุคลากร สหวิชาชีพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ จัดทำแผนการเงิน (Plan Fin) ระบบรับและส่งผู้ป่วย โดยมีการรับส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC และ Thai refer 3. การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สร้างระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบ แอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ ใช้ระบบประเมิน/สำรวจข้อมูลสุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (HOSXP)
S4 บุคลากรในองค์กร (Staff)	1.ระบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรเพื่อรองรับบทบาทภารกิจของคลินิกหมอครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2.ระบบการจัดโครงสร้างบุคลากรของทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) ที่อยู่ในพื้นที่ร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว
S5 การพัฒนาทักษะ (Skills)	1.การพัฒนาตนเององค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอบรมให้ความรู้กับทีมหมอครอบครัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สร้างมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบื้องต้น (guideline) และถ่ายทอดไปสู่แกนนำชุมชน 2.ระบบการให้คำปรึกษาหารือระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัวกับแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการวางแผนการดูแล และให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซับซ้อนร่วมกับแพทย์เชี่ยวชาญ 3.ระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการ context based learning: CBL ด้วยชุดเครื่องมือ Starter kit ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว

## ตารางที่ 1 การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ (ต่อ)

สมุทรปราการ 7 S Model	ผลการพัฒนา
S6 รูปแบบการดำเนินงาน (Style)	1.ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จัดตั้งคณะดำเนินงานแบบ บูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันเป็นคณะทำงานแก้ปัญหาในชุมชน 2.ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง เกิดศูนย์คัดกรองสุขภาพในชุมชน สร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกายตามรูปแบบโมเดลไฮแมงมุม สนับสนุนงบประมาณและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคโดยใช้กระบวนการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนสุขภาพ ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (3อ.2ส.)
S7 ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (shared values)	สร้างค่านิยมร่วมกัน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพตามหลัก เวชศาสตร์ครอบครัว สร้างระบบการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนระหว่างองค์กรอื่น ๆ เคารพให้เกียรติในแต่ละวิชาชีพ แต่ละองค์กรในการปฏิบัติงานร่วมกัน

### วิจารณ์

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมของทีมวิจัย ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการคลินิกหมอครอบครัวโดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (PAR) ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น ตามแนวคิดของแมคคินซี 7S โมเดล พัฒนาจากรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข จากรูปแบบ 3S เดิม พัฒนาเป็นรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ 7S โมเดล ทั้งนี้เนื่องจากการจัดองค์กรตามรูปแบบเดิมนั้น ยังไม่สามารถขับเคลื่อนให้คลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองหนาแน่นเกิดระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วมได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมเมืองหนาแน่น โดยกระบวนการวิจัยได้ผ่านการร่วมกันคิดร่วมวางแผน ปฏิบัติและติดตามประเมินผล มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีทีมหมอครอบครัวทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน คลินิกหมอครอบครัวและโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเชื่อมโยงเกิดเป็นระบบการดูแล

สุขภาพโดยใช้ประชาชนและชุมชนเป็นฐานการพัฒนาด้วย การจัดระบบสุขภาพชุมชน

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่นนี้ มียุทธศาสตร์ (Strategy) ที่ประกอบไปด้วย กลยุทธ์ของการพัฒนาในมิติต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ ด้านการจัดระบบบริการ ด้านการจัดการกำลังคน ด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพและด้านการบูรณาการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้การกำหนดยุทธศาสตร์เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดรูปแบบบริการปฐมภูมิรูปแบบใหม่ ที่ส่งผลให้ประชาชนมีทีมหมอครอบครัวดูแลสุขภาพที่ชัดเจน ทั้งทางด้านการจัดโครงสร้าง (Structure) ของอาคารบริการ โดยใช้รูปแบบของห้องให้คำปรึกษาแต่ละทีมหมอครอบครัวในการให้บริการ มีพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบดูแลประชาชนร่วมกับแกนนำเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและครอบครัว มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม เกิดเป็นระบบบริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ เข้าถึงได้สะดวก” ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกันในทุกกระดับ สามารถติดต่อปรึกษาหรือเข้ารับบริการกับทีมหมอครอบครัวและแพทย์ได้สะดวกมากขึ้นทางโทรศัพท์หรือไลน์ เพื่อเข้ารับการดูแล การ

ติดต่อสอบถามหรือการแจ้งผลการตรวจต่าง ๆ ซึ่งการจัดการด้านการสื่อสาร (communication management) เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทีมคลินิกหมอครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่เขตเมืองที่ระบบการสื่อสารเข้าถึงรวดเร็วและทันสมัยตอบสนองความต้องการของประชาชนได้เป็นอย่างดี การจัดระบบการดำเนินงาน (System) เชื่อมโยงระบบการดูแลและส่งต่อในระดับทุติยภูมิที่มีแพทย์เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากโรงพยาบาลแม่ข่าย กับระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว ร่วมกันในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพและลดช่องว่างระหว่างระบบการดูแลทั้งสองระดับ การดูแลประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นการเพิ่มการเข้าถึง (enhancing access) ระบบสุขภาพแบบปฐมภูมิที่เป็นด้านหน้าของระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการใช้ระบบสุขภาพตามความจำเป็น ลดเวลาการรอพบแพทย์ และลดความแออัดที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้

การจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมตามบริบทของสังคมเมืองหนาแน่นทั้ง 3 รูปแบบ คือ

- รูปแบบที่ 1 กลุ่มหมู่บ้านจัดสรรในสังคมเมืองหนาแน่น
- รูปแบบที่ 2 กลุ่มชุมชนแออัดและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมเมือง
- รูปแบบที่ 3 กลุ่มคอนโดในสังคมเมือง

ทั้งนี้ การจัดการดูแลกลุ่มประชากร (population management) ที่มีความหลากหลายทางสังคม ด้วยกลไกการขับเคลื่อนหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยหลักการ 3อ.2ส. ที่มีรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานแตกต่างกันของแต่ละรูปแบบชุมชน เช่น กลุ่มหมู่บ้านจัดสรร มีการออกกำลังกายด้วยลีลาต ฟิตเนสและโยคะ ส่วนกลุ่มชุมชนแออัดมีการออกกำลังกายด้วยแอโรบิค ลานออกกำลังกาย ตามรูปแบบโมเดลสร้างเสริมสุขภาพใยแมงมุม ที่ทำให้

ประชาชนแต่ละชุมชน เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการจัดการสุขภาพตนเอง ที่มีชุมชนเป็นฐานของการดำเนินการโดยคนในชุมชน เพื่อคนในชุมชน ซึ่งทีมหมอครอบครัวทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษา ส่งผลให้แต่ละชุมชนสร้างความเข้มแข็งและจัดการสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น และการใช้ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่เป็นรูปแบบสำคัญของการดำเนินงาน (Style) เพื่อร่วมกันเป็นคณะดำเนินงานในการแก้ปัญหาในชุมชนแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เนื่องจากปัญหาในรูปแบบเขตเมืองมีความซับซ้อนและมีสาเหตุของปัญหาจากหลากหลายปัจจัย การดำเนินงานเพียงส่วนเดียวหรือหน่วยงานเดียวจึงไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาให้เกิดผลสำเร็จได้ จำเป็นต้องใช้ภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เข้ามาจับบทบาทในการแก้ไขปัญหาให้ประสบผลสำเร็จ และเกิดความยั่งยืนในอนาคต การนำเทคโนโลยีด้วยการใช้ระบบไลน์ หมอครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้กับประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มแกนนำสุขภาพต่างๆ ที่สำคัญอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และขยายต่อไปสู่ระดับครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้เกิดการรับรู้และปรับตัวให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานะสังคม

ทีมหมอครอบครัวมีอัตรากำลังบุคลากร (Staff) ไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อย่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบุคลากร มาร่วมจัดบริการเป็นทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมของการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้มีการจัดบุคลากรในสัดส่วนผสมผสานอัตรากำลังของบุคลากรแต่ละระดับอย่างเหมาะสม และทีมหมอครอบครัวมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Skills) ในทุกสาขาวิชาชีพ (skill mixed team) เพื่อสนับสนุนให้การจัดระบบบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยบุคลากรมีองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลัก

เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น โดยใช้ชุดเครื่องมือ “starter kit” ในการดูแล ส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการ context-based learning (CBL) ให้ทีมหมอครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ นอกจากนี้ทักษะในการให้บริการสุขภาพแล้ว ทีมหมอครอบครัวต้องมีทักษะในการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป โดยการสร้างค่านิยมร่วมกัน (shared values) ทุกระดับของทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่ระดับครอบครัวและชุมชนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลและมีการดูแลสุขภาพประชาชนด้วยหัวใจของความเป็น มนุษย์ ส่งผลให้ประชาชนเกิดความ “ไว้วางใจและศรัทธา” กับทีมหมอครอบครัวมากขึ้น

การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ 7S โมเดลนี้ มีความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้การจัดรูปแบบตามการพัฒนาองค์การทั้ง 7 องค์ประกอบให้เชื่อมโยงกัน ทำให้เห็นปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวของสังคม (social movement) เกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน และเป็นการเสริมพลังให้ทีมหมอครอบครัวและเครือข่ายต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และมีการแก้ปัญหาในพื้นที่แบบบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้มากขึ้น ถือได้ว่าเป็นระบบบริการที่ควรได้รับการพัฒนาปรับปรุง เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับกลุ่มเครือข่ายในชุมชนที่เกิดขึ้นแล้ว คือ ทีมหมอครอบครัวในระดับชุมชน ที่ประกอบไปด้วยกลุ่มครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ทีมชุมชน ซึ่งมี อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพต่างๆ ในชุมชน ได้จัดตั้งเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพนั้น นักวิจัยควรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลืออีกระยะหนึ่งเมื่อเห็นว่ากลุ่มเครือข่ายมีความเข้มแข็งมากขึ้น นักวิจัยจึงถอนตัวจากชุมชนอย่างถาวร รูปแบบระบบ

บริการที่พัฒนานี้ มีประโยชน์ต่อกลุ่มของชุมชนในทุกระดับเนื่องจากทำให้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น การขับเคลื่อนรูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่นให้มีความมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น ควรได้รับการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยต้องมีเจ้าภาพในการประสานงานโดยตรงที่ประกอบด้วย ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลแม่ข่าย และผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองให้ไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น ประกอบด้วย

1. การวางโครงสร้างทีมหมอครอบครัวเชื่อมต่อกับระดับครอบครัวโดยการสร้างคุณค่าของทีมหมอครอบครัวทุกระดับ ในการเป็นทีมสุขภาพของชุมชนทีมหมอครอบครัวทุกระดับ (เจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะเรียนรู้และพัฒนาตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

2. การพัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์จิตอาสาคือ นายแพทย์ธีรวัฒน์กรศิลา เป็นผู้วางระบบบริการในคลินิกหมอครอบครัว และนายแพทย์อิศรา สพสมัย แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมพัฒนาแนวคิดและกระบวนการบริการในชุมชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้กับทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการเรียนรู้แบบ CBL โดยใช้ชุดเครื่องมือ starter kit

3. มีการวางระบบการจัดบริการในคลินิกหมอครอบครัว การจัดระบบบริการในชุมชนโดยใช้โมเดลสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบใยแมงมุมและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและการ



มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

4. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพของชุมชนในเขตเมืองหนาแน่น โดยแบ่งลักษณะเขตเมืองเฉพาะออกเป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 กลุ่มหมู่บ้านจัดสรรในสังคมเมืองหนาแน่น รูปแบบที่ 2 กลุ่มชุมชนแออัด/กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมเมือง และรูปแบบที่ 3 กลุ่มคอนโดในสังคมเมือง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านกลไกหมู่บ้านจัดการสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (3อ.2ส.)

ข้อดี

การวิจัยนี้เป็นการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับทีมผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น ทั้งในระดับทีมสหวิชาชีพและแกนนำเครือข่ายสุขภาพครอบครัวและชุมชนเป็นรูปแบบที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการปฏิบัติและสะท้อนผลความเป็นจริงที่มีความแตกต่างหลากหลาย ผู้มีส่วนร่วมทุกคนมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูล การลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับบริบทเขตเมืองหนาแน่นที่เป็นชุมชนต้นแบบ ตลอดจนการวิจัยผู้มีส่วนร่วมเกิดการเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกันอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัด

จากบริบทความเป็นเขตเมืองหนาแน่นที่มีประชากรจำนวนมากและมีความหลากหลายทางสังคม การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเมืองให้ครอบคลุมจำเป็นต้องสร้างแกนนำเครือข่ายชุมชนในแต่ละพื้นที่ให้เข้มแข็งเพื่อขยายเครือข่ายสุขภาพให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล เอกชน คลินิกเอกชน และหน่วยงานท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตเมืองหนาแน่น

ข้อเสนอแนะ

### 1. สำหรับทีมหมอครอบครัว

1.1 ควรสร้างทีมหมอครอบครัวทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว อสม. ชุมชนและทีมสหวิชาชีพที่มีความเข้มแข็งของทีมทุกระดับ ตั้งแต่ครอบครัวจนถึงชุมชนในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชนมีส่วนร่วมสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อทีมมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาเติมเต็มเป็นหัวหน้าทีมและทำหน้าที่เป็นที่เล็งที่ดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวยิ่งก่อให้เกิดความเป็นทีมหมอครอบครัวเข้มแข็งสมบูรณ์และเป็นทีมหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพทำงานครอบคลุมในทุกมิติบริการมากยิ่งขึ้น

1.2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรมีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมหมอครอบครัวและให้คำปรึกษารวมไปถึงการเป็นที่เล็งให้กับทีมหมอครอบครัวในระดับชุมชนด้วย

1.3 พยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว ควรมีศักยภาพในการเชื่อมโยงการดูแลทางการแพทย์จากในคลินิกหมอครอบครัวลงสู่ชุมชน และการประสานวางแผนการดูแลทางการแพทย์กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทีมและทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.4 นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ต้องมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานชุมชนในมิติของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงระบบการรักษาพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

1.5 ทีมหมอครอบครัวมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ (Skill mixed team) เพื่อให้การดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 2. สำหรับคลินิกหมอครอบครัว

2.1 การจัดรูปแบบบริการในรูปแบบเขตพื้นที่เมืองหนาแน่น ควรแบ่งลักษณะของชุมชนที่มีความเฉพาะ เช่น ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร ชุมชนแออัดและชุมชนคอนโดเมือง

เพื่อความสอดคล้องของการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ

### 3. สำหรับโรงพยาบาล

3.1 ควรมีระบบสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีอัตราการคงอยู่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริบทในเขตพื้นที่เมืองที่มีคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนรายรอบอยู่จำนวนมาก

3.2 โรงพยาบาลแม่ข่ายควรให้การสนับสนุนในทุกด้านของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรสร้างช่องทางติดต่อประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่ายกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่คลินิกหมอครอบครัว เพื่อเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่ต่อเนื่องให้เป็นระบบเดียวกัน

### 4. สำหรับสาธารณสุขอำเภอ

4.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรสนับสนุนกลไกการดำเนินงานด้วยการขับเคลื่อนระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ลงสู่ระดับตำบลในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

### 5. สำหรับชุมชน

5.1 สำหรับชุมชนต้องสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ การสนับสนุนให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดี สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ในระดับเบื้องต้น รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสนับสนุนให้ใช้ระบบสุขภาพตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การเผยแพร่ การนำรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น ไปใช้ในลักษณะสังคมบริบทที่ใกล้เคียงกัน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

### ประโยชน์ของการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่น ทำให้ประชาชนในความรับผิดชอบของทีมคลินิกหมอครอบครัว มีการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัวได้มากขึ้น และเกิดเป็นระบบที่ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. คลินิกหมอครอบครัวในบริบทสังคมเมือง สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองหนาแน่นนี้ ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและต้นทุนทางสังคม เพื่อช่วยให้ระบบคลินิกหมอครอบครัวเป็นระบบบริการปฐมภูมิที่มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความเข้มแข็งในทุกระดับ

### ประเด็นคำถามในการวิจัยต่อไป

1. ควรวิจัยประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการ ตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

2. ควรศึกษาความพอเพียงของบุคลากรสหวิชาชีพที่ใช้ในจัดบริการในคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองให้มีประสิทธิภาพ

3. ควรศึกษาด้านต้นทุนงบประมาณของการจัดบริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมือง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทร-ปราการ ที่ให้คำปรึกษาและขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี สาธารณสุขอำเภอบางพลี และทีมหมอครอบครัวบางแก้ว ตลอดจนทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ. 2561 – 2570). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
2. โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุโขโชค เวชภัณฑเสถียร, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, ลิริชัย นามทรศณีย์,

- และคณะ. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
- คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ 8/หลัก 3 - ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
  - ธีระ วรรณรัตน์, ภทรวินัย วรรณรัตน์, ณัฐพล แยมฉิม, พิมชนก สิงหา, มณฑิชา เจนพานิชย์ทรัพย์, ปณัชชฎิตา ผากานนท์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
  - สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2559. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. เอกสารการตรวจราชการครั้งที่ 1 จังหวัดสมุทรปราการ ประจำปี 2562. ใน: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์. การตรวจราชการครั้งที่ 1 จังหวัดสมุทรปราการ, 28 มีนาคม 2562; สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2562. หน้า 3-4.
  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานประจำปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2561.
  - ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์. เวชศาสตร์ครอบครัวกับบทบาทในคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) และระบบบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.google.com/search?q=ไชยนันท์+ทยาวิวัฒน์.+เวชศาสตร์ครอบครัวกับบทบาทในคลินิกหมอครอบครัว&tbas=0&biw=1600&bih=708&dpr=1>
  - Waterman RH Jr RH, Peters TJ, Phillips JR. Structure is not organization. *Business Horizons* 1980;23:14-26.
  - องอาจ นัยพัฒน์. การออกแบบการวิจัย วิธีการเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

**Abstract: Development of Primary Care Cluster in a Dense Urban Area, Samutprakan Province**

**Kasemtida Hasanee, M.S.( Public Health Administration)\*; Isara Sobsamai, M.D. (Family Medicine)\***

*\* Samutprakan Provincial Public Health Office; \*\* Samutprakan Hospital, Samutprakan Province, Thailand  
Journal of Health Science 2019;28:667-78.*

The objective of this research was to study and develop a family medicine clinic in dense urban areas of Samutprakarn province. It was conducted as a qualitative participatory research during the period of April 2018 to March 2019, and the main approach was applied from the family medicine clinic guideline of Thailand's Ministry of Public Health (3S) and the McKinsey's concept (McKinsey's 7 S framework). The population used in the study consisted of hospital directors, public health executives, family medicine clinical development team and operating team in the family medicine clinic, totaling 30 people through participatory development process in 5 steps which consisted of context study process, problem determination process, research planning process, monitoring process and research conclusion process. The tools used in this research consisted of document study, family medicine operation report of Bangkaew health promotion hospital, in-depth interview, group discussion, participatory work process, participatory workshops and participatory observation. Qualitative data were analyzed with content analysis. The outcome from the 5-step process was the primary care cluster model for in dense urban areas of Samutprakarn Province (Samutprakarn 7S Model) which consisted of 7 elements as follows: (1) Strategy: there was a strategy aimed at service excellence; (2) Structure: there were the building structure and coordinated community organizations in accordance with the characteristics of the urban areas; (3) System: there was a service system in the family medicine clinic and in the community with infrastructure support and equipped with information technology system; (4) Staff: there were personnel management process and the organization of the family medicine team; (5) Skills: there was a development of public health care knowledge in family medicine, consulting system and the learning exchange through context based learning system (CBL); (6) Style: there was a teamwork with the mechanism of improving the quality of life at the district level and community participation in health promotion and self-care; (7) Shared values: there were common values at all levels to place patients as the center of health care in accordance with family medicine principle. Based on the successful outcomes, it is recommended that the model should be adopted and applied as a guideline for the operation of family medicine clinic in dense urban areas.

**Keywords:** development, primary care cluster model, dense urban area