คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ

*นครินทร์ สุวรรณแสง พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)**
*ภราดร ยิ่งยวด พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)***

บทคัดย่อ:

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งเน้นการให้บริการตามบริบทของครอบครัวและให้บริการเชิงพื้นที่ โดยการผสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้ทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อยกระดับความสามารถการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศไทย อาศัยการพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวคิดกรอบระบบสุขภาพอันพึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลกมาเป็นตัวขับเคลื่อนนโยบายคลินิกหมอครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้จริง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวบูรณาการร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาล สามารถสรุปบทบาทพยาบาลวิชาชีพเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทของการจัดการรายกรณี 2) บทบาทตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 3) บทบาทดูแลครอบครัวผู้รับบริการที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและผู้รับบริการที่อยู่ในระยะท้าย 4) บทบาทสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ 5) บทบาทที่ปรึกษาและประสานงานท้องถิ่น 6) บทบาทการจัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง 7) บทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ยังมีข้อจำกัดของการดำเนินการตามบทบาทพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวอยู่บางประการ เช่น อัตรากำลังคนไม่เพียงพอ การได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง งบประมาณ และสิ่งสนับสนุน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการร่วมกันแก้ไขปัญหา และควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดบริการตามแนวคิดหมอครอบครัวในอนาคตต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(1) 5-17

คำสำคัญ: คลินิกหมอครอบครัว/ พยาบาลวิชาชีพ/ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วันที่ได้รับ 15 มิย. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 พย. 62 วันที่รับตีพิมพ์ 2 ธค. 62

** ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*
E-mail: nakarin@moph.mail.go.th
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*

Primary Care Cluster: Concept and Management of Registered Nurses' Roles

*Nakarin Suwanasaeng, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)**
*Paradorn Yingyoud, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)***

Abstract:

A primary care cluster (PCC) provides health services in the context of families and communities. It integrates collaboration of multidisciplinary teams with application of supporting resources or services. The main purpose of a PCC is to enhance the capacity of health services in Thailand, where the PCC policy is implemented in accord with the World Health Organization's Six Building Blocks of Health System.

Registered nurses play seven important healthcare roles in the implementation of the PCC policy, chiefly by integrating the principles of family medicine with those of nursing science. The seven roles are: 1) case management; 2) primary medical care; 3) care for the families of chronic and terminal patients; 4) disease prevention, health promotion, and rehabilitation; 5) community counselling and coordination; 6) referral system management; and 7) empowerment.

Major factors affecting primary care cluster operation include insufficient manpower, the need for continued knowledge improvement, insufficient budget and resources, and inadequate health service support. Thus, related agencies should be engaged in the process of solving these problems, whilst further studies of the outcomes of the primary care cluster policy are strongly recommended.

Thai Journal of Nursing Council 2020; 35(1) 5-17

Keywords: primary care cluster; registered nurses; primary care

Received 15 June 2019, Revised 25 November 2019, Accepted 2 December 2019

** Corresponding Author, Nursing Technical officer, Professional Level, Nursing Division, Office of Permanent Secretary*
E-mail: nakarin@moph.mail.go.th
***Registered Nurse, Professional Level, Borommarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi*

บทนำ

สถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นระบบสุขภาพแบบบูรณาการ มีการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างเน้นการทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง (area based) ที่มุ่งเน้นดูแลสุขภาพ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยมีการจัดบริการที่มีลักษณะเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพประชาชนยังมีกลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการผลักดันนโยบายคลินิกหมอครอบครัวขึ้น ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กฎหมายกำหนด อาศัยการผสมผสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว (clinical or service integration) มาเพิ่มศักยภาพการดูแลให้บริการเชิงพื้นที่ที่แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ระดับตำบล และระดับอำเภอ ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพได้อย่างลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลตนเองได้และมีสุขภาพที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพผ่านนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดความเลื่อมล้ำทางสังคม และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บนหลักของบริการทุกคน บริการทุกที่บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งทำให้เกิดความคุ้มทุนตามหลักของเศรษฐศาสตร์[1-3]

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม 4 มิติ คือ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน[4] สภาการพยาบาลจึงได้กำหนดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในอัตราส่วน 1: 2,500[2] โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวควรเป็นพยาบาลชุมชนหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการโรคเรื้อรัง การจัดการเกี่ยวกับยา ประสานงานทีมสหวิชาชีพ และเป็นผู้บริหารจัดการในหน่วย เป็นต้น[5,6] อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารยังขาดความเข้าใจในนโยบาย ทิศทางของคลินิกหมอครอบครัวแตกต่างกัน ส่งผลต่อความเข้าใจ ความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวัง และความไม่ชัดเจนของบทบาท ภาระงาน การบริหารจัดการองค์กรของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน[7-9] ส่งผลกระทบต่อการให้บริการประชาชน

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความรู้และเข้าใจแนวคิดคลินิกหมอครอบครัว วิวัฒนาการและความหมายของคลินิกหมอครอบครัว บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับคลินิกหมอครอบครัว ข้อจำกัดของการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว และข้อเสนอแนะ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดูแลสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมี

คุณภาพและมาตรฐาน เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างแท้จริง

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัว

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวเป็นการปรับโฉมของการให้บริการทางสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ถือได้ว่าเป็นระบบการให้บริการทางสุขภาพด่านแรกของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีสถานที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลได้ง่ายและเท่าเทียม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งสามารถจำแนกลักษณะการให้บริการที่สำคัญ คือ[1,10]

1) การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน และส่งต่อในกรณีที่ซับซ้อน รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ

2) การให้บริการแบบบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา ฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยพิจารณาจากปัจจัยสุขภาพที่เป็นปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

3) ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สุขภาพดี เกิดความเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนจัดทำระบบฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

4) ส่งเสริมสุขภาพและการป้องโรคของประชาชนในเชิงรุกที่เน้นการสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ ตลอดจนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

5) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในส่วนของบริการสุขภาพ บริการสังคม หรือสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ตลอดจนการสนับสนุนจากองค์กรส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการ

จะเห็นได้ว่าเป็นระบบบริการที่จะมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ โดยเป็นการดูแลคนทั้งคน ไม่ใช่เพียงการดูแลรักษาโรค และพัฒนาชุมชน รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์ที่ทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งประสานงานภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และพัฒนาชุมชนที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น รวมถึงบูรณาการการดูแลสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ และประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน โดยอาศัยแนวคิดกรอบระบบสุขภาพอันพึงประสงค์ (The Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลกมาพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ รวมถึงสามารถผลักดันนโยบายคลินิกหมอครอบครัวลงสู่การปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ บนหลักการของการพัฒนา 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ[11-13] คือ

1) งานบริการสุขภาพ (Health service delivery) ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดต่อระบบสุขภาพ เพราะส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสุขภาวะของประชาชนในชาติ โดยมีการจัดรูปแบบการบริการทั้งในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพของผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันยังหมายรวมการคุ้มครองผู้บริโภคอีกด้วย เป็นการให้บริการสุขภาพที่เน้นเครือข่ายความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพเชิงพื้นที่ มีรูปแบบของการบริการเชิงรุก และพัฒนา

ระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการมิติของการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ตามเขตพื้นที่ โดยการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว อัตราส่วน 1 ทีมต่อประชากร 10,000 คน ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานและให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว”หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนของทีมสหวิชาชีพ

3) สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information) ข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นภาพรวมของ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการให้บริการตามแนวคิดคลินิกหมอครอบครัวของประเทศตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่นำนโยบายมาให้บริการกับผู้รับบริการได้เข้าใจถึงปัจจัยทางสุขภาพ รูปแบบการให้บริการ การเข้าถึงบริการ อัตรากำลังคนของบุคลากรทางการแพทย์ ความเพียงพอ เหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ สภาพคล่องทางการเงิน ความเป็นธรรมจากการรับบริการ ฯลฯ ของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของบุคลากรทุกระดับมีการสร้างระบบกำกับติดตาม ควบคุมการดำเนิน และวิจัยเพื่อพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขระบบสุขภาพให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Essential medicines) การให้บริการทางด้านของการดูแลรักษาผู้รับบริการ การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ถือเป็นสิ่งสนับสนุนให้ระบบสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริการสุขภาพสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวจึงมีการวางแนวทางการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ช่วยทำหน้าที่พิจารณากำหนดมาตรฐาน ราคา ความคุ้มทุน ความเหมาะสม คุณภาพการเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วย

5) การคลังด้านสุขภาพ (Health financing) การคลังเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพทั้ง 6 เสาหลักให้สามารถดำเนินต่อไปได้ โดยการบริหารจัดการการคลังอยู่ในรูปของกองทุนต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ในการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อบริการด้านสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อสนับสนุน ช่วยเหลือระบบการเงินของระบบสุขภาพให้อยู่ในสภาพคล่องอยู่ตลอดเวลา ทำให้ประชาชนได้รับบริการและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ เสมอภาค และเท่าเทียม

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) หน่วยงานของรัฐ เช่น กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เป็นผู้กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพตามภารกิจของหน่วยงาน โดยบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนครอบคลุม ทั่วถึง และมีรูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างชัดเจน

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยึดหลักของการสร้างเครือข่าย

ทางสุขภาพ และบูรณาการการทำงานของสหสาขาวิชาชีพเชิงพื้นที่ บนฐานของการพัฒนา 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) งานบริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น 5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

วิวัฒนาการและความหมายของคลินิกหมอครอบครัว

ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายหมอครอบครัว (family care team) เกิดขึ้นเป็นการบูรณาการในแนวดิ่งในระบบสาธารณสุข และมีการผลักดันสู่การปฏิบัติ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากยังมีข้อจำกัดจากปัญหาโครงสร้างระบบการจัดบริการ จำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ รวมทั้งแนวคิดของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับปฏิบัติและระดับบริหารที่ยังยึดติดกับวิธีจัดบริการแบบที่ให้สถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ยกระดับความเข้มข้นของนโยบายขึ้นในปีงบประมาณ 2558 นำแนวคิดหมอครอบครัวเดิมมาบูรณาการกับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Organization management) ทำให้เห็นภาพการขับเคลื่อนที่ชัดเจนมากขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดตั้งสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) ขึ้นมีฐานะเทียบเท่ากอง เพื่อให้มีหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลไกและรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ ผลักดันส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากำลังคนสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนพัฒนาระบบติดตามประเมินผล และระบบบริหารจัดการ[5] ทั้งนี้มีการกำหนดกรอบอัตราบุคลากรแต่ละสาขาโดยใช้สัดส่วนประชากรที่ดูแลเป็นตัวกำหนด และบูรณาการการดูแลของทีมสหวิชาชีพผ่านนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว”[1,14]

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการโดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (catchment population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานและให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว”หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน ซึ่งมีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ต่อประชากรโดยประมาณ 1:2,500 ตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยใน 1 ทีม จะมีพยาบาล จำนวน 4 คนต่อทีม และจะมีพยาบาลจำนวน 12 คนต่อคลินิกหมอครอบครัว จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบและแนวทาง ประสานงานระหว่างทีมหมอครอบครัว และเป็นผู้บริหารจัดการในหน่วย รวมทั้งสนับสนุนให้ความรู้การดูแลสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ[5,15] นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานรอยต่อของระบบบริการสุขภาพจากบ้านสู่ระบบบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าคลินิกหมอครอบครัวเป็นวิวัฒนาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของกลุ่มบริการเชิงพื้นที่โดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะของแต่ละวิชาชีพมาร่วมกันวางแผนและดำเนินงานการดูแลสุขภาพของประชาชนบนหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับคลินิกหมอครอบครัว

การจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวเป็นการบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ากับศาสตร์ทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลบรรลุเป้าหมายของการดูแลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่มุ่งเน้นการให้บริการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประเมินและค้นหาปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยของประชาชน เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติจะสามารถบูรณาการความรู้ทางด้านการแพทย์และการดูแลแบบองค์รวมได้ดี และมีการให้บริการที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ ทำให้ประชาชนกล้าพูดกล้าซักถาม ไม่เสียเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล สำหรับประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือมีความซับซ้อนเกินขอบเขตการปฏิบัติงานที่สภาวิชาชีพกำหนดจะมีการประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลผ่านระบบส่งต่อด้วยเทคโนโลยี (Telemedicine) ให้กับทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนทำหน้าที่เสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และมีการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้รับบริการกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้รับบริการในกลุ่มที่มีสุขภาพปกติและกลุ่มเสี่ยงนั้น พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และสามารถร่วมวางแผนแนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการดูแลสุขภาพของบุคคลตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน[6,9,15-19] โดยสภาการพยาบาลได้เสนอแนะบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวไว้ทั้งหมด 7 ด้าน[20] ดังนี้

1. บทบาทผู้จัดการรายกรณี (Case management) ทำหน้าที่ประเมิน วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กลุ่มผู้รับบริการที่มีภาวะพึ่งพา และชุมชน ประสานงานกับทีมหมอครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักบริบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นต้น

เพื่อวางแผนการดูแลผู้รับบริการ พร้อมทั้งมีการจดบันทึกข้อมูลตลอดการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าหาความรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับปรุงกระบวนการคุณภาพการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ และชุมชน ตัวอย่างเช่น การจัดการรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของศูนย์บริการสุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ครอบครัว โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ประสานการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (Fasting plasma glucose: FPG) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเพราะได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว[21]

2. บทบาทตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค ภายใต้ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยไม่ให้ลุกลาม อีกทั้งให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน และทำการบันทึกรวบรวมข้อมูลความเจ็บป่วย เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาและวิเคราะห์ข้อผลของการดูแลรักษาโรคเบื้องต้นมาพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านคลินิก (Clinic Nurse Specialist) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน ได้แก่ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หรือจบหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อให้สามารถตรวจและรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นขอบเขตตามกฎหมายวิชาชีพ[9]

3. บทบาทดูแลครอบครัวผู้รับบริการที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและผู้รับบริการที่อยู่ในระยะท้าย ทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาโรคเรื้อรังแบบองค์รวมตามระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพิ่มขีดความสามารถในการทำงานโดยการจัดทีมสุขภาพ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครอบครัวเข้าร่วมดูแลตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมทั้งในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการติดตามผลการดูแล เพื่อนำผลการประเมินมาวางแผนในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวต่อไป[5] นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมและให้การดูแลที่สอดคล้องกับความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรมอันจะไปสู่การตายอย่างสมศักดิ์ศรี ตลอดจนการดูครอบครัวภายหลังการสูญเสีย เพื่อให้ก้าวผ่านวิกฤตของครอบครัวไปได้ พร้อมทั้งสร้างเสริมศักยภาพของผู้รับบริการและครอบครัวโดยการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแล เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกันเองในครอบครัวได้ และมีการติดตามผลการรักษาและการพยาบาลกับผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างกรณีศึกษาการดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิมในภาคใต้ที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการดูแลและบทบาท

ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า พยาบาลมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทำหน้าที่ให้ข้อมูลและประสานงาน รวมทั้งนิเทศติดตามให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[22]

4. บทบาทสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ทำหน้าที่คัดกรองปัญหาสุขภาพ การวางแผนครอบครัว ให้บริการตรวจและรับฝากครรภ์ ให้ภูมิคุ้มกันโรค ประเมินพัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อีกทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชนสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อให้ประชาชนทุกคนดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ ตัวอย่างเช่น การจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน มีกระบวนการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีการวางแผนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งในระยะหลังจากการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล มีภาวะโภชนาการ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)[18] ซึ่งเป็นการดูแลตามบริบทความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการและครอบครัวอย่างแท้จริง

5. บทบาทที่ปรึกษาและประสานงานท้องถิ่น ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว 4 มิติ คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) การรักษา และ 4) การฟื้นฟูสภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแหล่งประโยชน์ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลแม่ข่าย กลุ่มภาคีเครือข่ายภาคสังคม เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และสามารถจัดการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่มีความเป็นสากลและได้รับการยอมรับ[9] เช่น การประสานการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการนำส่งผู้ป่วย การเป็นที่ปรึกษาและจัดกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นต้น

6. บทบาทการจัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่จัดระบบการส่งต่อและรับกลับจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสู่การดูแลในระดับสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่รับผิดชอบของผู้รับบริการและครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในภาวะวิกฤต รวมถึงมารดาและทารก ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้บริการตามมาตรฐาน ปลอดภัย และพร้อมใช้งาน ติดตามบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

7. บทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจกับทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษา ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว วิเคราะห์ความต้องการพัฒนาของนักบริบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครอบครัว และเป็นพี่เลี้ยง (mentor) ในการฝึกปฏิบัติการแก่ทีมสุขภาพในการ

ให้บริการ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพให้สามารถดูแลผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชนได้ ตัวอย่างเช่น การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจกำหนดเป้าหมายร่วมกับทบทวนประสบการณ์การทำงานในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมา และพยาบาลให้ข้อมูลที่จำเป็นและมีการฝึกการวิเคราะห์จากสภาพปัญหาเพื่อค้นหาแนวทางในการปฏิบัติสู่การปฏิบัติ หลังจากนั้นออกเยี่ยมผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ โดยพยาบาลทำหน้าที่กระตุ้นให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจและปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)[23] เนื่องจากทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหามากขึ้นและเกิดทักษะการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการ ส่งผลทำให้เกิดพลังอำนาจ ความเชื่อมั่นในตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการและครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยกองการพยาบาล ยังได้มีการกำหนดบทบาทพยาบาลผู้นิเทศงานการพยาบาลคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย นักวิชาการพยาบาล ผู้นิเทศทางการพยาบาล และผู้นิเทศในฐานะเครือข่ายผู้บริหารทางการพยาบาล โดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในแต่ละระดับ คือ 1) ผู้บริหารระดับเขต ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 2) ผู้บริหารพยาบาลระดับจังหวัด ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลที่ผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) ผู้บริหารการพยาบาลระดับอำเภอ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลที่รับผิดชอบงานการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน การนิเทศติดตามแต่ละระดับจะมีการกำหนดแผนพัฒนาบริการพยาบาล ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้า โดยใช้เกณฑ์ที่กำหนดโดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวมีคุณภาพ[4]

จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืน โดยมีการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และฟื้นฟูสภาวะ อีกทั้งทำหน้าที่ประสานงานเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพ โดยยึดข้อมูลปัญหาสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งยังทำหน้าที่เป็นผู้จัดการภายในทีมสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ การรับรู้ความสามารถและพลังอำนาจเชิงบวกต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนบริการทางสุขภาพและสังคม นอกจากนี้ยังมีการนิเทศ กำกับติดตาม พัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี

ข้อจำกัดของการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว

นโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เน้น

ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการสุขภาพเชิงพื้นที่ ประชาชนทุกกลุ่มวัยตามสุขภาพการเจ็บป่วย แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว[6,9] ดังนี้

1. จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานต่อจำนวนประชาชนที่ไม่พอเพียง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการที่ครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติบางส่วนยังจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมความรู้ความเชี่ยวชาญเพิ่มเติม แต่ไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้เนื่องจากภาระงานมาก

2. การกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัวยังไม่ชัดเจน และปัญหาความขาดแคลนแพทย์ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติหน้าที่รักษาโรคแทนแพทย์ในบางครั้ง ซึ่งเกินขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนด ส่งผลต่อการแสดงบทบาทที่ชัดเจนของวิชาชีพพยาบาล

3. เครื่องมือสนับสนุนการให้บริการพยาบาล แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการพยาบาล แต่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชนในทุกพื้นที่ ควรมีการสนับสนุนทรัพยากรที่ช่วยในการปฏิบัติงานต่อการให้บริการสุขภาพ

4. การบริหารจัดการในทีมหมอครอบครัว พยาบาลวิชาชีพควรทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการในหน่วย เน้นการประสานและส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดประชาชน รับรู้ปัญหาและเข้าใจสภาพพื้นที่ที่รับผิดชอบ

จะเห็นได้ว่าปัญหาอุปสรรคของการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวเกิดจากจำนวนพยาบาลผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อการให้บริการ บทบาทการทำงานของขอบเขตวิชาชีพยังไม่ชัดเจน ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการให้บริการยังไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการให้บริการประชาชน ดังนั้นรัฐบาลจึงควรสนับสนุนและลงทุนในทรัพยากร เครื่องมือเทคโนโลยี รวมทั้งกำหนดบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อเป็นการวางแผนส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติได้รับการพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถอย่างมีทิศทางที่แน่นอน เพื่อขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอต่อการให้บริการ ส่งเสริมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้ได้รับการฝึกอบรมให้มีความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชปฏิบัติชุมชน นอกจากนี้ควรส่งเสริมเกี่ยวกับความก้าวหน้าของวิชาชีพ และค่าตอบแทน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติยังคงอยู่ในระบบ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัวให้มีความชัดเจนตามขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล และเผยแพร่ให้ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้รับทราบและเข้าใจบทบาทของพยาบาลวิชาชีพมากยิ่งขึ้น

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนการให้บริการพยาบาล เช่น การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ การสนับสนุนเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการบริการพยาบาล เป็นต้น

บทสรุป

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวเป็นการปรับรูปแบบของระบบสุขภาพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ โดยการผสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่อยู่ในรูปของกลุ่มบริการสุขภาพและใช้ทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ในการเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพ

ของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อาศัยหลักคิดของการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพเชิงพื้นที่ที่มีความซับซ้อนได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเน้นการบริการสุขภาพที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับ ครอบครัว และชุมชน รวมถึงมีการบูรณาการทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ อาทิเช่น ผู้จัดการรายกรณี การรักษาโรคเบื้องต้น การให้คำปรึกษา ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อผู้รับบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้รับบริการให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเพิ่มศักยภาพของประชาชนให้มีความรอบรู้และสามารถดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันได้ แต่ในการทำงานคลินิกหมอครอบครัวของพยาบาลก็ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ทำงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่เพียงพอกับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และยังต้องการได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะช่วยทำให้ระบบการให้บริการมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอกับการให้บริการพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมให้มีความเชี่ยวชาญในด้านของการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเวชปฏิบัติครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมความก้าวหน้า และค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้พยาบาลยังคงอยู่ในระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวว่าสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืนตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขต่อไป

References

1. Nata P, Suwannaprom P, Awiphan R. Integration in community health system. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2019; 11(1): 77-91. (in Thai).
2. Primary Care Cluster Division. Guideline primary care cluster service. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2017. (in Thai).
3. Lochid-amnuay S, Kapol N, Sribundit N, Teerawattananon Y. Synthesis research for economic evaluation of primary care cluster policy. Health Intervention and Technology Assessment Program; 2017. (in Thai).
4. Nursing Division. Guideline service of nursing in primary care cluster. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2018. (in Thai).
5. Norful A, Martsolf G, de Jacq K, Poghosyan L. Utilization of registered nurses in primary care teams: a systematic review. IJNS. 2017; 74: 15-23.
6. Terathongkum S, Hanucharurnkul S, Suvisit N. Perceived benefits, problem situations, and suggestions of nurse practitioners in Thailand. Thai Journal of Nursing Council. 2009; 24(2): 39-49. (in Thai).
7. Srivichai W. Survey of health provision by primary care cluster in Tak Province: expectation, utilization of health service, and satisfaction of the target patients and caregivers. Burapha Journal of Medicine. 2018; 5(1): 64-82. (in Thai).
8. Khonthaphakdi D, Permthonchoochai N, Jariyatheerawong Y, Keatkor T, Pimpisan N, Wichito S, et al. Perception of hospital administrators and primary care practitioners on primary care cluster policy: understandings, feelings, expectations, obstacles and suggestions. Journal of Health Systems Research. 2018; 12(2): 267-279. (in Thai).
9. Boontong T, Athaseri S, Sirikul N. Nurse practitioners role towards primary medical care in primary health care setting. Thai Journal of Nursing Council. 2007; 22(4): 24-37. (in Thai).

10. Thammavudhi Y, Kittidilokul S, Natirutthakorn S, Netsiri A. Evaluation of chronic Non-communicable disease patients transferring for treatment at sub-district health promoting hospitals, Thailand. Journal of Health Science. 2015; 24(3): 449-467. (in Thai).
11. World Health Organization (WHO). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO; Geneva: [internet]. 2007. [cited 2019 June 18]. Available from: URL:http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
12. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
13. Nursing Division Ministry of Public Health. Primary Care Cluster. Nursing Division Ministry of Public Health; Nonthaburi: [internet]. 2017. [cited 2019 June 18]. Available from: URL: http://www.nursing.go.th/Book_nurse/primarycarecluster/primarycarecluster.pdf (in Thai).
14. Suriyawongpaisarn P, Pengpid S, Viripiromgool S, Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Priyatruk P, et al. Assessment of health policy on promoting family care team. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai).
15. Bunjong Y. Role of professional nurse in district health system. Academic Journal of Buriram Rajabhat University. 2017; 9(2): 21-32. (in Thai).
16. Pensirinapa N, Thammakun T, Ngowsiri K. The effects of participatory health promotion program for elderly with non-communicable diseases in nonthaburi municipality. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2019. (in Thai).
17. Kamwicha P, Santayopass P, Srisang P, Kiriyahnang K. Development of self-care behaviors for people with hypertension in Soi joke community bangsue district bangkok metropolitan. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21(2): 83-96. (in Thai).
18. Jaranai J, Kraithaworn P, Piaseu N. Effects of a family participation program by using the ramamodel on health behaviors, nutritional status and blood sugar level in diabetic risk group in community. Kuakarun Journal of Nursing. 2016; 23(1): 41-49. (in Thai).
19. Nakkling Y, Tudsri P. Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. APHEIT Journal. 2017; 6(1): 27-35 (in Thai).
20. Thailand Nursing and Midwifery Council. Missions of nursing in primary care cluster. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council. 2017. [Mimeograped]
21. Kerdmongkol P, Amnatsatsue K, Rattanasoungthum P. Effect of a case management program for older people with diabetic retinopathy. Journal of Public Health Nursing. 2017; 31(2): 1-10. (in Thai).
22. Nilmanat K, Matchim Y, Manasurakarn J, Kongsuwan W, Meesunthorn K, Prompahakul C. Terminal patient care in a muslim community: a case study in a southern-thai context. Thai Journal of Nursing Council. 2016; 31(3): 37-52. (in Thai).
23. Pengsa-ium V, Chaiyasung P, Yakasem P. Outcome of empowerment program on perceived empowerment and caregiving practice of health volunteers to dementia of elderly. Journal of Nursing and Education. 2015; 8(1): 152-165. (in Thai).