

การรับรู้หลักการงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์เขตสุขภาพที่ 9

ชมพูนุท ศรีพรหม

โรงพยาบาลจักษุราช ต่าบลจักษุราช อำเภอจักษุราช จังหวัดนครราชสีมา

(วันที่รับบทความ: 18 พฤศจิกายน 2563 ; วันที่แก้ไข: 11 กุมภาพันธ์ 2564 ; วันที่ตอบรับ: 15 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้หลักการงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเขตนครชัยบุรินทร์ 89 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้หลักการงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน และ 3) ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.64 ประสบการณ์การทำงาน 0-11 มากที่สุด ร้อยละ 52.5 โรงพยาบาลที่มีแผนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว และมีแผนจัดตั้งเพิ่มแห่งอื่นอีก ร้อยละ 35.60 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 42.50 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้ลงปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.10 และการรับรู้หลักการงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการรับรู้สูง ร้อยละ 58.90 อยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 23.30 และอยู่ในระดับการรับรู้ต่ำ ร้อยละ 17.80 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 33.84 ± 6.13

คำสำคัญ: เวชปฏิบัติครอบครัว, ทันตแพทย์เขตสุขภาพที่ 9, การรับรู้หลักการงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน

Perception Principles of Family Practice of Dentist in Health Region 9th

Chompoonut Sriprom

Chakkarat Hospital, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

The purpose of this research was to study perception principals of family practice of dentist for head of department in the Health Region 9th.The descriptive study design was conducted. The sample was 73 head of dentist's department who work in the Health Region 9th, 89 Nakhonchaiburin Hospital.

Electronic survey forms were distributed for collecting data that including 1) Personal data, 2) Perception to 6 principals of family practice of dentist, and 3) the recommendations.Descriptive statistics were used to analyses the data that including frequency, average and percentage and standard deviation.The results found that most samples were female (61.64%), 11 years of work experience was the most (52.5 %). Hospitals have been established family doctor and 35.60 percent will establish in the future.

Most of samples were responsible for performing dental health operations, but they have not performed 42.50%. Dentists responsible for Dental Health were not on duty (78.10%) in last 6 months. Perception to 6 principals of family practice of dentist was high level (58.9%), moderate level (23.3%) and low level (17.80%). The mean of perception principles of family practice of dentist was 33.84 (SD ± 6.1).

Keywords: family practice, dentist, Health Region 9th, perception principles

*Corresponding author : Champoo2499@hotmail.com

บทนำ

ระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย ปัจจุบันเปรียบเสมือนสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบ การบริการถูกขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและผู้ป่วยเป็นรายโรค รายอวัยวะขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งเรื่องความแออัด ระยะเวลารอคอยรับบริการที่นาน ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลชุดปัจจุบันต้องการแก้ปัญหา ระบบบริการที่เป็นอยู่ให้กลับมาตั้งอยู่บนฐานสามเหลี่ยมที่ควรเป็น คือ ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่เน้นการดูแลรักษา ป้องกันโรคง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งจะขยายให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งประเทศในอีก 10 ปีข้างหน้า (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 55 ที่กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และมีมาตรฐานที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้เห็นความสำคัญของการบริการปฐมภูมิ ว่ามิใช่เป็นบริการการรักษาพยาบาลที่เป็นเพียงการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการที่ผสมผสานอยู่ในหน่วยบริการใกล้บ้าน มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (WHO, 2008) มีการประสานบริการกับบริการเฉพาะทางหรือบริการทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Starfield B, 1998) เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับบริการเชิงเทคนิค โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้จัดบริการแก่ประชาชนตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา การวินิจฉัยและการรักษาความเจ็บป่วยของประชากรที่ดูแล (AAP, 2019)

คลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยซึ่งเป็นระบบที่มีมานานกว่า 10 ปี ส่งผลดีต่อประชาชน เปรียบเสมือนเป็น “ยุคทองของเวชศาสตร์ครอบครัว” และเป็น “โอกาส” ที่จะทำให้มีแพทย์เวชศาสตร์เพิ่มขึ้น (เดชา คนธภักดิ์ และคณะ, 2561) นโยบายนี้มุ่งเน้นที่จะพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยเพื่อความแข็งแกร่งของระบบ โดยการจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว ร่วมดูแลประชาชนที่รับผิดชอบโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลมีแนวคิดที่สำคัญ 5 ประการ คือ การเป็นผู้ดูแลแต่แรก (primary medical care or care on first contact basic) ให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (holistic care) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing care) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (comprehensive care) และการมีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ

(consultation and referral system) ที่มีประสิทธิภาพ¹ การที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว จะสามารถให้การดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ได้จำเป็น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความสามารถดำเนิน กิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านแรกคือ ด้านการจัดการบริการปฐมภูมิ (primary care management) ซึ่งถือเป็นบริการ ด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุขในลักษณะของการจัดการบริการแบบผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดแบบองค์รวมแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีระบบการส่งต่อ และประสานงานกับองค์กรชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งยามป่วยและไม่ป่วย ได้อย่างสมดุล (คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545), (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2541) ด้านที่สองคือด้านการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม (person-centered and holistic care) คือ การที่ผู้ป่วย และแพทย์ต่างก็มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย (Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG, 2019) มุ่งเน้นการดูแลทุกมิติของผู้ป่วย คำนึงถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย ของผู้ป่วยแต่ละรายรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ (E. B, 1969), (Stewart M, 2001) เน้นการสร้างความสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในการดูแล (Mead N, Bower P, 2000), (Illingworth R, 2010), (Stewart M et al., 2003) จากหลายการศึกษาพบว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถลดการฟ้องร้องทางการแพทย์ได้ (Benefits of Patient-Centered Care, 2011), (Eastaugh SR, 2004), (Foster HP, Schwartz J, DeRenzo E, 2002), (Saxton JW, 2001) ด้านที่สามคือ ด้านการมีทักษะการแก้ปัญหา เฉพาะ (specific problem-solving skill) โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2553), (Aveyard H, Sharp P, Woolliams M, 2011) ด้านที่สี่คือด้านการดูแล แบบครอบคลุม (comprehensive approach) ด้านที่ห้าคือด้านการดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (family oriented approach) และด้านสุดท้ายคือด้านการดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (community oriented approach) (วิชุดา จิรพรเจริญ, 2561), (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญานะ, และณัฐกา สงวนวงษ์, 2556)

โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์และชัยภูมิมีโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 89 แห่ง ข้อมูลจากกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ถึง 2562 เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้วทั้งสิ้น 111 แห่ง และมีแผนที่จะจัดตั้งเพิ่มอีก 191 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งตามเกณฑ์ต้องมีทันตแพทย์ร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว ดังนั้นจึงจำเป็นที่ทันตแพทย์ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ที่กล่าวมาจึงจะดำเนินงานในคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 9 ครอบคลุม ทั้ง 6 ด้าน โดยศึกษาในทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่ายเพราะเป็นผู้ที่รับนโยบาย ถ่ายทอดนโยบายสู่ ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติ ควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานมีบทบาทในการออกแบบ / กำหนดวิธีการทำงานและอาจต้อง

ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้จัดอบรมให้ความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวที่รับผิดชอบ และที่ลงไปปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวของเขตสุขภาพที่ 9 ให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

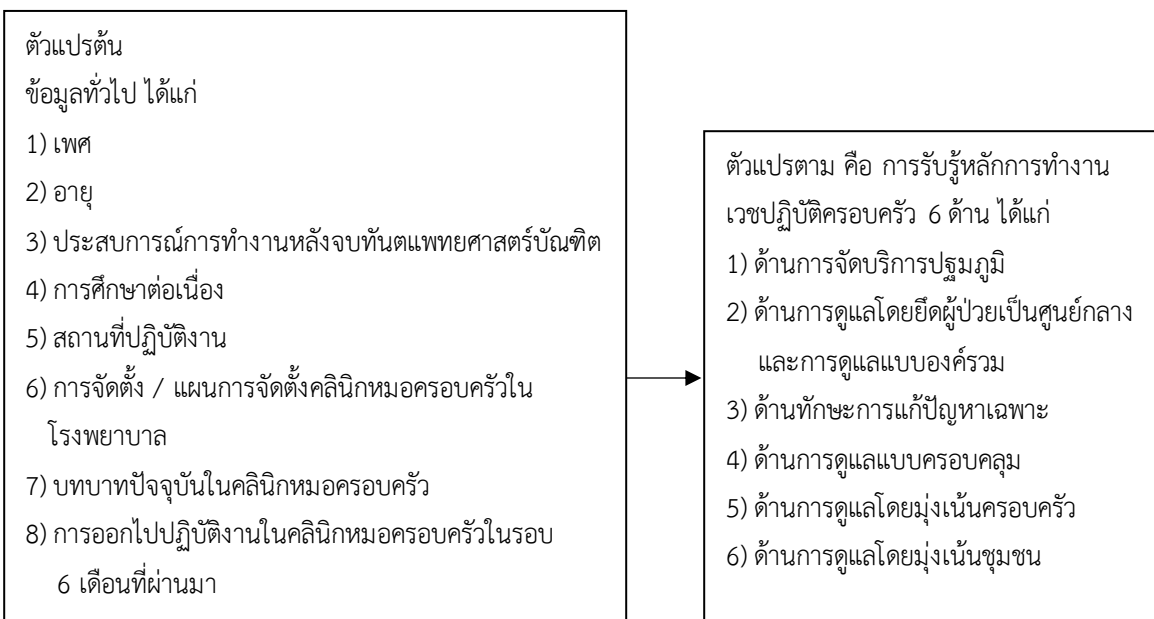
เพื่อศึกษาการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9

สมมติฐานการวิจัย

ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่ายในเขตสุขภาพที่ 9 มีการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระดับการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลรูปแบบภาคตัดขวาง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม/หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิทั้งหมด 89 แห่ง จำนวน 89 คน โดยเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ยอมรับได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างยอมรับได้ทั้งหมดเท่ากับ 72 คน การคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการประเมินค่าสัดส่วนประชากร (Morris Evan, 2000 อ้างอิงใน วิลธิณี ปิงแก้ว, 2549)

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ วิธีตอบแบบเลือกตอบในช่องตามความคิดเห็นของท่าน เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ / 1 ข้อคำถาม หัวข้อดังนี้

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) ประสบการณ์การทำงานหลังจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
- 4) การศึกษาต่อเนื่อง
- 5) สถานที่ปฏิบัติงาน
- 6) การจัดตั้ง / แผนการจัดตั้งคลินิกหออภิบาลในโรงพยาบาล
- 7) บทบาทปัจจุบันในคลินิกหออภิบาล
- 8) การออกไปปฏิบัติงานในคลินิกหออภิบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ตอนที่ 2. การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน 45 ข้อ วิธีตอบแบบเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ / 1 ข้อคำถาม หัวข้อดังนี้

- 1) การจัดการปฐมภูมิ (Primary Care Management) 10 ข้อ
- 2) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person-Centered and Holistic care) 8 ข้อ
- 3) ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific Problem-Solving Skills) 5 ข้อ
- 4) การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive Approach) 6 ข้อ
- 5) การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family Oriented Approach) 9 ข้อ
- 6) การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community Oriented Approach) 7 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์คลินิกหออภิบาล วิธีตอบแบบอัตนัย หัวข้อดังนี้

- 1) ด้านนโยบาย
- 2) ด้านระบบข้อมูล
- 3) ด้านบริหารจัดการ และทรัพยากร
- 4) ด้านขวัญกำลังใจ และ5) อื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์บริหารงานระดับจังหวัด 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน ตรวจสอบความตรง (Validity) ความถูกต้อง ความครอบคลุม เนื้อหาตามกรอบแนวคิดของการวิจัย พิจารณาแบบสอบถามแล้วลงมติว่า เนื้อหา การใช้ภาษาและโครงสร้างของแบบสอบถามถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้แก้ไข ตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับมาตรฐานการตรวจให้มีความถูกต้องตรงกัน จากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC เท่ากับ .95 และนำไปทดลองใช้กับทันตแพทย์เขต 10 จังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร ยโสธร มุกดาหาร ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.70 จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 73 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน 45 ข้อ และข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์คลินิกหมอครอบครัว ใช้แบบสอบถามส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ถึงกลุ่มประชากรที่ศึกษา ระยะเวลาการตอบกลับ 2 สัปดาห์ นับจากวันที่ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม และหากมีการตอบกลับน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามซ้ำถึงกลุ่มประชากรที่ศึกษาอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยหาค่าร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2020-026 ลงวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2563 และผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 73)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	38.36
หญิง	45	61.64
อายุ		
23.5 – 35	37	50.68
35.5 – 47	21	28.77
47.5 – 59	15	20.55
ประสบการณ์การทำงานหลังจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต		
0 - 11 ปี	38	52.05
12 - 23 ปี	27	37.00
24 – 35 ปี	8	10.95
การศึกษาต่อเนื่อง		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ		
ศึกษาต่อ	15	20.55
ไม่ได้ศึกษาต่อ	58	79.45
ปริญญาโท		
ศึกษาต่อ	20	27.40
ไม่ได้ศึกษาต่อ	53	72.60
วุฒิปัตร์		
ศึกษาต่อ	2	2.73
ไม่ได้ศึกษาต่อ	71	97.27
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	2	2.73
โรงพยาบาลทั่วไป	2	2.73
โรงพยาบาลชุมชน	69	94.54

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 73) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การจัดตั้ง / แผนการจัดตั้งคลินิกหออกรับในโรงพยาบาล		
จัดตั้งคลินิกหออกรับแล้วและมีแผนจัดตั้งแห่งอื่นอีก	26	35.60
จัดตั้งคลินิกหออกรับแล้ว และไม่มีแผนจัดตั้งแห่งอื่นอีก	8	11.00
กำลังจัดตั้งคลินิกหออกรับแห่งแรกโดยยังไม่พร้อมดำเนินการ	8	11.00
มีแผนจัดตั้งคลินิกหออกรับแต่ยังไม่ได้จัดตั้ง	19	26.00
ยังไม่ได้จัดตั้งและยังไม่มีแผนจัดตั้ง	3	4.10
ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	9	12.30
บทบาทปัจจุบันในคลินิกหออกรับ		
เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านทันตสุขภาพ	4	5.50
เป็นทั้งผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพ และปฏิบัติงาน	10	13.70
เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติงาน	31	42.50
ไม่มีบทบาทใดๆ	28	38.40
การออกไปปฏิบัติงาน ในคลินิกหออกรับในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
ลงปฏิบัติงาน 1 วัน / สัปดาห์	14	19.10
ลงปฏิบัติงาน 2 วัน / สัปดาห์	1	1.40
ลงปฏิบัติงาน 5 วัน / สัปดาห์	1	1.40
ไม่ได้ลงปฏิบัติงาน	57	78.10

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเรื่อง เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานหลังจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต การศึกษาต่อเนื่อง สถานที่ปฏิบัติงาน การจัดตั้ง / แผนการจัดตั้งคลินิกหออกรับในโรงพยาบาล บทบาทปัจจุบันในคลินิกหออกรับ และการออกไปปฏิบัติงาน ในคลินิกหออกรับในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีแผนจัดตั้งคลินิกหออกรับแล้ว และมีแผนจัดตั้งเพิ่มแห่งอื่นอีก ร้อยละ 35.60 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 42.50 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้ลงปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.10

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของคนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อในแต่ละด้าน 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ (n = 73)

หลักการงานเวชปฏิบัติครอบครัว	การรับรู้	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์	S.D.
ด้านที่ 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ	ต่ำ	13	17.80	8.02	1.48
	ปานกลาง	8	11.00		
	สูง	52	71.20		
รวม		73	100		
ด้านที่ 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม	ต่ำ	18	24.70	6.10	1.51
	ปานกลาง	8	11.00		
	สูง	47	64.40		
รวม		73	100		
ด้านที่ 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ	ต่ำ	31	42.50	3.52	0.72
	ปานกลาง	40	54.80		
	สูง	2	2.70		
รวม		73	100		
ด้านที่ 4. การดูแลแบบครอบครัว	ต่ำ	59	80.80	4.08	0.54
	ปานกลาง	14	19.20		
รวม		73	100		
ด้านที่ 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว	ต่ำ	15	20.50	6.95	1.77
	ปานกลาง	5	6.80		
	สูง	53	72.60		
รวม		73	100		
ด้านที่ 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน	ต่ำ	9	12.30	5.15	0.92
	ปานกลาง	37	50.70		
	สูง	27	37.00		
รวม		73	100		

ผลการศึกษา จำนวน และร้อยละ ของคนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อในแต่ละด้าน 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ (n = 73) พบว่า ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง คือ ด้านที่ 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 8.02 ± 1.48 ด้านที่ 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวมค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 6.10 ± 1.51 และด้านที่ 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์เท่ากับ 6.95 ± 1.77 ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คือ ด้านที่ 4. การดูแลแบบครอบครัว ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 4.08 ± 0.54

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ของคนที่ตอบข้อคำถามถูกจำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้หลักการการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน (n = 73)

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน) N=73	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยผลลัพท์	S.D.
ต่ำ (ตอบถูกน้อยกว่า 27 ข้อ)	13	17.80		
ปานกลาง (ตอบถูก 27 – 36 ข้อ)	17	23.30	33.84	6.13
สูง (ตอบถูกมากกว่า 36 ข้อ)	43	58.90		
รวม	73	100.00		

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ของคนที่ตอบข้อคำถามถูกจำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้หลักการการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน (n = 73) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับการรับรู้สูง จำนวน 43 คน ร้อยละ 58.90 ค่าเฉลี่ยผลลัพท์ เท่ากับ 33.84 ± 6.13

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

ด้านนโยบาย สรุปได้ดังต่อไปนี้ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการดำเนินงานให้มีความชัดเจน ถูกต้อง มีมาตรฐาน และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทพื้นที่ มีการสื่อสารที่ดี สามารถติดตามผลได้ต่อเนื่อง ควรมีการสนับสนุนให้ครอบคลุมทั้งบุคลากร เงิน และทรัพยากร ควรจัดให้มีอาสาสมัคร สร้างเสริมศักยภาพของ อสม. ในด้านทันตสุขภาพและร่วมกันทำงานเป็นทีมโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมกันกำหนดนโยบาย พร้อมบุคลากรควรมีการจัดการจัดหลักสูตรอบรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมาย และนโยบายโดยมีจุดมุ่งหมายไปในทิศทางเดียวกัน

ด้านบริหารจัดการ และทรัพยากร สรุปได้ดังนี้ สาธารณสุขนั้นมีกำลัง อสม. ที่มีจำนวนมาก แต่แต่ยังขาดกำลังในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ความพร้อมในส่วนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ รวมถึงปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอย่างจำกัด และในเรื่องของการมีส่วนร่วมในภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อช่วยมาเสริมในการสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

ด้านระบบข้อมูล สรุปได้ดังนี้ ควรมีการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเสถียร เป็น ระบบเดียวกัน และไม่ซับซ้อนเข้าถึงได้ง่าย และควรมีการอัพเดทข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงทุกแม่ข่ายและสามารถตอบกลับหรือส่งต่อข้อมูลได้ การแสดงผลข้อมูลควรใช้เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคลใช้ประกอบในการรักษา ไม่ควรนำมาเป็นข้อมูลตัวชี้วัดผล

ด้านขวัญกำลังใจ สรุปได้ดังนี้ ควรมีความครอบคลุมทุกวิชาชีพ และควรมีค่าตอบแทนค่าล่วงเวลาเมื่อไปปฏิบัติงานนอกเหนืองานราชการ ยกตัวอย่างเช่น ค่าความค่าตอบแทนตามจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษา ควรมีการ

จัดสรรเงินงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรม โครงการต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ด้านอื่น ๆ สรุปได้ดังนี้ ควรมีการวางแผนจัดสรรเงินงบประมาณส่วนอื่น ๆ มาช่วยหากไม่มีเงินสนับสนุนเพิ่มเติมหรือควรมีการประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามบริบทพื้นที่เพื่อร่วมกันสนับสนุนทั้งทางด้านกำลังคน ทุน การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาการรับรู้หลักการดำเนินงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9

ผลการศึกษา พบว่า จำนวน และร้อยละ ของคนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อในแต่ละด้าน 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ ($n = 73$) พบว่า ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง คือ ด้านที่ 1.การจัดบริการปฐมภูมิ ด้านที่ 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม และด้านที่ 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คือ ด้านที่ 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะและด้านที่ 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน และด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คือ ด้านที่ 4. การดูแลแบบครอบครัว หากจำแนกตามคนที่ตอบข้อคำถามถูกทุกข้อรวมทั้ง 6 ด้าน แบ่งตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง จำนวน 43 คน ร้อยละ 58.90 การรับรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน ร้อยละ 23.30 และการรับรู้ในระดับต่ำ จำนวน 13 คน ร้อยละ 17.80 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยคลินิกหออครอบครัวเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิมาจากการประชุมถ่ายทอดนโยบายเป็นหลักเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้มีความเข้าใจนโยบายที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (เดชา คนธภักดี และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการวิจัยความเข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้บริหารงานบริการปฐมภูมিরะดับอำเภอในจังหวัดมุกดาหารมีความเข้าใจในแนวคิดบริการปฐมภูมิแต่ยังไม่ครอบคลุม เข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่ครบทุกด้าน และยังมีความต้องการให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกันปฏิบัติงานเป็นทีม แม้จะมีข้อจำกัดบางประการที่เป็นข้อกั่วงวล จึงขานรับนโยบายและจัดทำหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้นเป็นกรณีเร่งด่วนพิเศษ โดยจะขอเปิดดำเนินการเรียนการสอนในปีการศึกษา พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป หลักสูตรดังกล่าวจะได้อ้างอิงหลักสูตรกลางของแพทยสภาว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (อนุวัตร แก้วเชียงใหม่, เสาวนันทน์ บาเรอราช, และกฤติณ ศีลานันท์, 2556) แต่จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หรือหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทยที่มีการอบรมระดับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งกำหนดหลักการไว้ว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องสามารถดำเนินงานโดยเป็นแพทย์ที่เข้ากับผู้ป่วย และครอบครัวได้ดี สามารถให้การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพในทุกกลุ่มวัยรวมทั้งดูแลสุขภาพในระดับชุมชนได้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2561)

และขัดแย้งกับการศึกษานโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย คือ การรับรู้ของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานภายใต้นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติทำให้ผู้บริหารทราบข้อมูลย้อนกลับจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และทิศทางของนโยบายสู่การพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพ และนโยบายคลินิกหออกรับ รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2560 ได้กำหนดว่าให้มีระบบแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทันตบุคลากรร่วมเป็นทีมด้วยนั้น จำเป็นต้องรับรู้ และเข้าใจนโยบายต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์ตามเป้าประสงค์ของนโยบายคลินิกหออกรับ ดังนั้นการรับรู้ นโยบายของผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้นำนโยบายไปขยายต่อจนถึงผู้ปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (เดชา คนธกัฒ์ และคณะ, 2561)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นแนวทางนำไปใช้จัดอบรมให้ความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวแก่ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน /หัวหน้าฝ่ายรวมถึงทันตบุคลากรที่ลงปฏิบัติงานในคลินิกหออกรับของเขตสุขภาพที่ 9 ให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารคลินิกหออกรับเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการนิเทศและประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตกรรมในคลินิกหออกรับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปเป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 23.5 – 35 ปี และมีประสบการณ์ทำงานที่น้อย ส่วนใหญ่อายุการทำงานระหว่าง 0 - 11 ปี ไม่ได้มีบทบาทการทำงานที่ชัดเจนและไม่ได้ลงปฏิบัติงานในพื้นที่ควรมีการประเมินผลความรู้ และปัจจัยอื่นร่วมด้วย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลเชื่อมโยงต่อกัน และนำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงข้อมูล เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและฝึกอบรมพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน การรับรู้ ควรมีการบรรจุเป็นหลักสูตรการเรียนของทันตแพทย์ และทันตบุคลากร เพราะในอนาคตบุคลากรในกลุ่มนี้ก็จะเป็นผู้รับนโยบาย และเป็นผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2545). *เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบาย เล่มที่ 3 เรื่อง การจัดเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เดชา คนธภักดี และคณะ. (2561). การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว: ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(2). 267-279.
- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2553). *หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรประกอบความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2553*.
- วิชุดา จิรพรเจริญ. (2561). แนะนำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Introduction to Family Medicine Training) ใน ชวินทร์ เลิศศรีมิ่งคล, วิชุดา จิรพรเจริญ. *เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice) พิมพ์ครั้งที่ 2*. เชียงใหม่: Box Office Graphic Design, 6-7.
- วัลธินี ปิงแก้ว. (2549). *สภาวะพื้นฟูและพฤติกรรมกาดูแลทันตสุขภาพโดยผู้ปกครองของเด็กอายุ 4-5 ปี อําเภอแม่ทะจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2541). *สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ และณัฐกา สงวนวงษ์. (2556). *สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. สมรรถนะหลักด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไปของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ. สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ*. 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2-12.
- สุเกียรติ อาชานุภาพ. (2561). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์ : 1. คู่มือหมอครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). สมุทรสาคร: หมอชาวบ้าน.

- อนุวัตร แก้วเชียงหวาง, เสาวนันท บารอราช, กฤติณ ศิลานันท์. (2556). ความเข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 1(3), 73-80.
- เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการฝึกปฏิบัติงาน Primary care. วันที่ 1-12 กันยายน 2557. เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย.2563.
- American Academy of Family Physicians. Primary care. (2019). [cited 2019 Feb 9]; available from: <http://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care.html>
- Aveyard H, Sharp P, Woolliams M. (2011). *A Beginner's Guide to Critical thinking and writing in Health and Social care*. UK: Open University Press.
- Benefits of Patient-Centered Care. (2011). [homepage on the internet]. *Eaker Epidemiology Enterprises* [cite, July 02]. Available from: <http://www.talktoyourdoc.com/advbenefits.html>
- E. B. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practice* ;17. Epub 34.
- Eastaugh SR. (2004). Reducing litigation costs through better patient communication. *Physician Exec*; 30(3);36-38.
- Foster HP, Schwartz J, DeRenzo E. (2002). Reducing legal risk by practicing patient-centred medicine. *Arch Intern Med* 2002; 162(11):1217-19.
- Illingworth R. (2010). What dose 'patient-centred' mean in relation to the consultation *The Clinical Teacher* ;7(2):116-20.
- Mead N, Bower P. (2000). Patient-centredness; a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & Medicine* ; 51(7):1087-110.
- Saxton JW. (2001). How to increase economic returns and reduce liability exposure: Part 1-Patient satisfaction as an economic tool. *J Med Pract Manage*; 17(3):142-44.
- Starfield B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford: Oxford University Press.
- Stewart M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ. British Medical Journal* ;322(7284);444-5.
- Stewart M, Brouwn JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. (2003). *Patient- Centered Medicine Transforming the Clinical Method*. In: Stewart M, Brouwn JB, Freeman TR, editors. 2nd ed. United Kingdom: Radcliffe Medical Press