

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ลักษณะการทำงาน ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

อรรถกร รักษาสัตย์, พบ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว<sup>1,2,3</sup>, นิยม บุญทัน, พบ., ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว<sup>1,2</sup>, จารุวรรณ เกื่อนมัน, สม.วิทยาการระบาด, ปร.ด.วิทยาการระบาดและชีวสถิติ<sup>1,2</sup>, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, พบ., ว.ว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, <sup>2</sup>ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการุณรักษ์ จังหวัดขอนแก่น, <sup>3</sup>ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

อรรถกร รักษาสัตย์, พบ.,  
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาล  
ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น 123 ถนนมิตรภาพ  
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002,  
ประเทศไทย

Email: attarak@kku.ac.th

Received: September 10, 2024;

Revised: September 12, 2024;

Accepted: September 18, 2024

### บทคัดย่อ

**ที่มา:** เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นสาขาเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยในทุกช่วงวัยอย่างต่อเนื่อง สร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นส่วนสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่มีภาระงานหลากหลายมากกว่าที่กำหนดไว้ และมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานในพื้นที่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะการทำงาน ปัญหาอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนที่ต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เพื่อเสนอแนวทางผลักดันต่อไป

**วัสดุและวิธีการ:** ใช้วิธีการศึกษาแบบผสม (mixed methods) โดยใช้ข้อมูลจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยที่เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์จากข้อคำถามปลายเปิด

**ผลการศึกษา:** แพทย์ 842 คน เพศหญิงร้อยละ 55.3 อายุเฉลี่ย 40.3 ปี มีการกระจุกตัวที่จังหวัดใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 13.7 พบว่าแพทย์มีลักษณะการทำงานที่หลากหลาย ไม่จำเพาะกับปฐมภูมิ ได้ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 41.5 ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดการให้ความสำคัญและสนับสนุนร้อยละ 46.2 ภาระงานมากหลากร้อยละ 31.7 ขาดแคลนบุคลากรร้อยละ 21.9 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนคือ ด้านบุคลากรร้อยละ 29.7 การสร้างความเข้าใจให้มีความสำคัญกับเวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 25.2 ค่าตอบแทนร้อยละ 21.5

**สรุป:** จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอ อัตราส่วนต่อประชากรไม่เหมาะสม มีภาระหน้าที่หลากหลาย ขาดการสนับสนุนและให้ความสำคัญ ทำให้งานบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่

**คำสำคัญ:** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ลักษณะงาน ปัญหาอุปสรรค

## ORIGINAL ARTICLE

# Working Characteristics, Obstacles, and Needs of Thai Family Physicians

**Attakorn Raksasataya, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine<sup>1,2,3</sup>, Niyom Boonthan, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine<sup>1,2</sup>, Jaruwan Thuanman, MPH. Epidemiology, PhD. Epidemiology and Biostatistics<sup>1,2</sup>, Supattra Srivanichakorn, M.D., Dip. Preventive Medicine (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, <sup>2</sup>Karunruk Palliative Care Research Collaboration Center (KPCRCC), <sup>3</sup>The Royal College of Family Physicians of Thailand*

**Corresponding author :**

Attakorn Raksasataya, MD.,  
Karunruk Palliative Care Center,  
Srinagarind Hospital, Khon  
Kaen University, Khon Kaen  
40002, Thailand  
Email: attarak@kku.ac.th

**Received:** September 10, 2024;

**Revised:** September 12, 2024;

**Accepted:** September 18, 2024

**ABSTRACT**

**Background:** Family medicine (FM) is a specialized field that provides continuous care for patients across all age groups and establishes sustainable relationships with patients and their families. Although family physicians (FP) play a vital part in the primary health care system, their roles often extend beyond the defined scope, and their practices have many obstacles. The study aimed to examine the working characteristics, obstacles, and needs of Thai family physicians and the advancing family medicine field.

**Methods:** A mixed-methods approach was used, data were obtained from a survey by the Royal College of Family Physicians of Thailand collected between January 1 and December 31, 2023. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were thematic analyzed from open-ended questions.

**Results:** A total of 842 participants, were female 55.3%, with a mean age of 40.3 years. Most serve in big provinces such as Bangkok 13.7% with multi-work task characteristics, not specific to primary care. Nearly 40% of respondents provided primary care at least three days/week. Major obstacles are 1) Lack of importance and support for FM (46.2%) 2) heavy workload and variety (31.7%) and 3) Shortage of personnel (21.9%). Needing Support are 1) personnel (29.7%) 2) Building understanding and importance of FM (25.2%) and 3) Compensation and benefits (21.5%).

**Conclusion:** The number of family physicians is an inadequate and inappropriate ratio to the population. Family physicians face heavy workloads with diverse responsibilities, lack of support, and importance given to family medicine and the primary healthcare system. Consequently, primary healthcare services are ineffective.

**Keywords:** family physician, working characteristic, obstacles

## บทนำ

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาเฉพาะทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเสียชีวิต ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะอายุเท่าใด เจ็บป่วยด้วยเรื่องใด ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว เข้าใจถึงปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนกระทบกับสุขภาพ เป็นตำแหน่งในการติดต่อรักษาผู้ป่วย ซึ่งในระบบสุขภาพ คำนึงถึงผลกระทบกับครอบครัวเมื่อมีบุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในบ้าน<sup>1-3</sup> ในประเทศไทยมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ปัจจุบันมีแพทย์ได้วุฒิบัตรและอนุมัติบัตรแสดงความรู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ว. และ อว.) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งสิ้น 8,083 คน<sup>4</sup> ในจำนวนดังกล่าวมีแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกส่วนตัว และไม่ได้ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว

ในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งและมีคุณภาพด้วยการสร้างหมอครอบครัวที่ให้ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และการดูแลสุขภาพองค์รวม<sup>5</sup> โดยหมอบุคคลที่ 1 หมอประจำบ้านคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอบุคคลที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพ และหมอบุคคลที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล ที่ต้องรักษาดูแลให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 3 คนดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึงแก่ประชาชน<sup>5,6</sup> ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวที่ต้องดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เน้นความรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (continuity) ผสมผสาน (integrated) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic) การพัฒนา

ระบบหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพอาศัยการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด้านหน้าของระบบสุขภาพผ่านระบบคลินิกหมอครอบครัว จากข้อมูลปี พ.ศ. 2562 มีแพทย์ที่มีหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวกว่า 6,000 คน อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ ในระบบคลินิกหมอครอบครัว และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมทุกรูปแบบน้อยกว่า 1,000 คน จากเป้าที่ตั้งไว้ 6,500 คนทั่วประเทศ โดยสถานการณ์จริงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการทำงานหลายบทบาทมากกว่าที่กำหนดไว้ และยังไม่มีการคาดประมาณจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานอย่างชัดเจน<sup>7</sup> รวมถึงยังไม่มีการศึกษาลักษณะการทำงาน ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในบริบทจริง

ทางผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิของภาครัฐได้

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) โดยมีการศึกษาเชิงพรรณนากว้างขวาง (cross-sectional descriptive study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรมวิจัย เลขที่ HE671039 วันที่รับรอง 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยขอข้อมูลจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่ได้มีการสำรวจโดยการส่งจดหมายตามที่อยู่ ส่งอีเมลหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกท่านที่เป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ส่งแบบสอบถามไปตามกลุ่มไลน์ต่าง ๆ ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการทบทวนข้อมูลให้เป็นปัจจุบันในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยนักวิจัยได้ใช้ข้อมูลนี้เพื่อศึกษา การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ จังหวัด ค่าตอบแทนต่อเดือน ลักษณะการปฏิบัติงาน ภาระงานในแต่ละสัปดาห์ การดูแลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ การออก

ตรวจผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ งานบริหาร งานบริการวิชาการ ความต้องการในการศึกษาต่อ และปัญหาอุปสรรคในการทำงาน สิ่งที่ต้องการการสนับสนุน ที่เป็นคำถามปลายเปิดและนำวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ ข้อมูลแจกแจงนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ และข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) และค่ามัธยฐาน (median) กับค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range, IQR) โดยใช้โปรแกรม STATA เวอร์ชัน 15 (Stata-Corp, College Station, TX) ข้อมูลแบบปลายเปิด ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และสิ่งสนับสนุนที่ต้องการตรวจสอบและประมวลผลข้อคิดเห็นแบบปลายเปิดด้วยวิธีการวิเคราะห์แนวธีม (thematic analysis) และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) อ่านเนื้อหาข้อมูลซ้ำหลายรอบ เพื่อให้เข้าใจลักษณะข้อมูลทั้งหมด กำหนด coding อ่านทบทวนซ้ำเพื่อกำหนดธีม และนำ coding และธีมมาใช้วิเคราะห์เนื้อหาต่อเพื่อดูความครอบคลุมสัมพันธ์กับข้อมูลทั้งหมด และแจกแจงความถี่

### ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมด 842 คน เป็นเพศหญิง 466 คน (ร้อยละ 55.3) อายุเฉลี่ย 40.3 ปี (SD=10.2) เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับวุฒิบัตรฯ 623 คน (ร้อยละ 74.0) อนุมัติบัตรฯ 219 คน (ร้อยละ 26.0) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 77 คน โรงพยาบาลจังหวัด 256 คน โรงพยาบาลชุมชน 316 คน หน่วยบริการปฐมภูมิ 63 คน อื่น ๆ 130 คน แพทย์ได้ประเมินว่าตนเองได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 68.4 มีแพทย์ 31 คน (ร้อยละ 3.7) ประเมินว่าตนเองได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวน้อยมาก

ด้านลักษณะการปฏิบัติงานใน 1 สัปดาห์ (5 วันทำการ) แพทย์พิจารณาว่าตนเองได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) 5 วัน ร้อยละ 16.3 4 วัน ร้อยละ 7.5 3 วัน ร้อยละ 17.7 2 วัน ร้อยละ 13.9 1 วัน ร้อยละ 13.9 น้อยกว่า 1 วัน ร้อยละ 7.0 และไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 23.8 โดยผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยไม่ได้ออกตรวจใน PCU ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบถึง ร้อยละ 42.9 การดูแลแบบประคับประคอง: แพทย์ฯ ในมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล จังหวัดและปฐมภูมิ ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านนี้ ร้อยละ 50 ประมาณร้อยละ 10 ที่แพทย์ในระดับโรงพยาบาล ปฏิบัติงาน ด้านนี้ 5 วันต่อสัปดาห์ ประมาณ ร้อยละ 75 ของแพทย์ฯ ได้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 0-1 วันต่อสัปดาห์

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความสนใจที่ต้องการศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคองมากที่สุดร้อยละ 51.1 รองลงมาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุที่ร้อยละ 40.7 อันดับ 3 คือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติร้อยละ 33.0 ผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยละ 28.3 งานพัฒนาชุมชน ส่งเสริมป้องกันโรค ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ

จังหวัดที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ข้อมูลมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 115 คน (ร้อยละ 13.65) ขอนแก่น 57 คน (ร้อยละ 6.76) เชียงใหม่ 30 คน (ร้อยละ 3.56) จังหวัดชุมพรและจังหวัดสมุทรสงครามไม่พบข้อมูลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

จากภาพที่ 1 ด้านปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีแพทย์ผู้ให้ข้อมูล 511 คน แบ่งได้ 6 หมวดหมู่ ดังนี้

1. การให้ความสำคัญและสนับสนุนการปฏิบัติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 236 คน (ร้อยละ 46.2) ดังตัวอย่าง แพทย์ 262 “ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารต้องทำงาน GP อยู่” แพทย์ 276 “ผู้บริหารไม่ส่งเสริมงานปฐมภูมิ ขาดทีมสนับสนุน ต้องดิ้นรนแก้ปัญหาและประสานงานด้วยตนเอง สสจ. ไม่ให้ความสำคัญและความจริงจังในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิต้องการแค่ขึ้นทะเบียนตามตัวชี้วัดเท่านั้น ขาดการช่วยเหลือและ

**ตารางที่ 1.** ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (n=842)

	ทั้งหมด (n=842) n (ร้อยละ)	ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน				
		มหาวิทยาลัย (n=77) n (ร้อยละ)	จังหวัด (n=256) n (ร้อยละ)	อำเภอ (n=316) n (ร้อยละ)	หน่วยปฐมภูมิ (n=63) n (ร้อยละ)	อื่นๆ (n=130) n (ร้อยละ)
อายุ (ปี)						
Mean (SD)	40.3 (10.2)	41.7 (10.8)	38.4 (8.5)	37.4 (6.8)	40.6 (10.1)	48.4 (12.5)
Median (Q1-Q3)	37 (32.5-45.9)	38.6 (33.4-47)	35.8 (32-42)	35.4 (32.1-41.1)	38.9 (32.9-45.1)	48.3 (35.3-58.7)
เพศ						
ชาย	376 (44.7)	37 (48.1)	105 (41.0)	146 (46.2)	24 (38.1)	64 (49.2)
หญิง	466 (55.3)	40 (51.9)	151 (59.0)	170 (53.8)	39 (61.9)	66 (50.8)
รูปแบบหนังสือแสดงความรู้ความ ชำนาญในวิชาชีพเวชกรรม						
วุฒิบัตร	623 (74.0)	57 (74.0)	205 (80.1)	253 (80.1)	47 (74.6)	61 (46.9)
อนุมัติบัตร	219 (26.0)	20 (26.0)	51 (19.9)	63 (19.9)	16 (25.4)	69 (53.1)
ค่าตอบแทนต่อเดือน (บาท)						
10,000-40,000 บาท	35 (4.2)	3 (3.9)	10 (3.9)	6 (1.90)	3 (4.8)	13 (10.0)
40,001-70,000 บาท	177 (21.0)	11 (14.3)	84 (32.8)	53 (16.8)	18 (28.6)	11 (8.5)
70,001-100,000 บาท	152 (18.1)	8 (10.4)	44 (17.2)	79 (25.0)	10 (15.9)	11 (8.5)
มากกว่า 100,000 บาท	87 (10.3)	8 (10.4)	23 (9.0)	38 (12.0)	3 (4.8)	15 (11.5)
ไม่ระบุ	391 (46.4)	47 (61.0)	95 (37.1)	140 (44.3)	29 (46.0)	80 (61.5)
ระดับการปฏิบัติงานในฐานะ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว*						
ระดับ 1	31 (3.7)	3 (3.9)	5 (2.0)	11 (3.5)	1 (1.6)	11(8.5)
ระดับ 2	50 (5.9)	4 (5.2)	11 (4.3)	23 (7.3)	1 (1.6)	11(8.5)
ระดับ 3	185 (22.0)	12 (15.6)	41 (16.0)	89 (28.2)	5 (7.9)	38 (29.2)
ระดับ 4	295 (35.0)	26 (33.8)	83 (32.4)	121 (38.3)	28 (44.4)	37 (28.5)
ระดับ 5	281 (33.4)	32 (41.6)	116 (45.3)	72 (22.8)	28 (44.4)	33 (25.4)
การปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ ตาม Catchment area ต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	200 (23.8)	33 (42.9)	26 (10.2)	49 (15.5)	2 (3.2)	90 (69.2)
น้อยกว่า 1 วัน	59 (7.0)	13 (16.9)	8 (3.1)	30 (9.5)	2 (3.2)	6 (4.6)
1 วัน	117 (13.9)	14 (18.2)	32 (12.5)	63 (19.9)	6 (9.5)	2 (1.5)
2 วัน	117 (13.9)	10 (13.0)	45 (17.6)	52 (16.5)	7 (11.1)	3 (2.3)
3 วัน	149 (17.7)	2 (2.6)	58 (22.7)	74 (23.4)	9 (14.3)	6 (4.6)
4 วัน	63 (7.5)	1 (1.3)	31 (12.1)	15 (4.8)	13 (20.6)	3 (2.3)
5 วัน	137 (16.3)	4 (5.2)	56 (21.9)	33 (10.4)	24 (38.1)	20 (15.4)
การปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ เป็น การตรวจแบบ OPD ทั่วไปต่อ สัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	224 (26.6)	31 (40.3)	48 (18.8)	57 (18.0)	5 (7.9)	83 (63.9)
น้อยกว่า 1 วัน	63 (7.5)	8 (10.4)	14 (5.5)	34 (10.8)	4 (6.4)	3 (2.3)
1 วัน	139 (16.5)	12 (15.6)	51 (19.9)	67 (21.2)	7 (11.1)	2 (1.5)
2 วัน	128 (15.2)	10 (13.0)	49 (19.1)	57 (18.0)	4 (6.4)	8 (6.2)
3 วัน	120 (14.3)	7 (9.1)	36 (14.1)	59 (18.7)	10 (15.9)	8 (6.2)
4 วัน	58 (6.9)	4 (5.2)	23 (9.0)	18 (5.7)	10 (15.9)	3 (2.3)
5 วัน	110 (13.1)	5 (6.5)	35 (13.7)	24 (7.6)	23 (36.5)	23 (17.7)

\*ระดับการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ระดับ 1 น้อยที่สุด ระดับ 5 มากที่สุด

ตารางที่ 1. ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (n=842) (ต่อ)

	ทั้งหมด (n=842) n (ร้อยละ)	ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน				
		มหาวิทยาลัย (n=77) n (ร้อยละ)	จังหวัด (n=256) n (ร้อยละ)	อำเภอ (n=316) n (ร้อยละ)	หน่วยปฐมภูมิ (n=63) n (ร้อยละ)	อื่นๆ (n=130) n (ร้อยละ)
การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วย						
แบบประทับประคองต่อสัปดาห์						
(วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	356 (42.3)	44 (57.1)	111 (43.4)	74 (23.4)	29 (46.0)	98 (75.4)
น้อยกว่า 1 วัน	10 (7.7)	7 (9.1)	25 (9.8)	56 (17.7)	11 (17.5)	10 (7.7)
1 วัน	160 (19.0)	7 (9.1)	41 (16.0)	90 (28.5)	15 (23.8)	7 (5.4)
2 วัน	61 (7.2)	3 (3.9)	23 (9.0)	31 (9.8)	2 (3.2)	2 (1.5)
3 วัน	49 (5.8)	3 (3.9)	22 (8.6)	22 (7.0)	1 (1.6)	1 (0.8)
4 วัน	6 (0.7)	1 (1.3)	2 (0.8)	1 (0.3)	1 (1.6)	1 (0.8)
5 วัน	101 (12.0)	12 (15.6)	32 (12.5)	42 (13.3)	4 (6.4)	11 (8.5)
การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
อายุต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	296 (35.2)	25 (32.5)	105 (41.0)	82 (26.0)	17 (27.0)	67 (51.5)
น้อยกว่า 1 วัน	123 (14.6)	9 (11.7)	29 (15.2)	57 (18.0)	11 (17.5)	7 (5.4)
1 วัน	225 (26.7)	15 (19.5)	73 (28.5)	112 (35.4)	15 (23.8)	10 (7.7)
2 วัน	60 (7.1)	12 (15.6)	14 (5.5)	21 (6.7)	4 (6.4)	9 (6.9)
3 วัน	41 (4.9)	7 (9.1)	9 (3.5)	14 (4.4)	1 (1.6)	10 (7.7)
4 วัน	12 (1.4)	2 (2.6)	3 (1.2)	2 (0.6)	2 (3.2)	3 (2.3)
5 วัน	85 (10.1)	7 (9.1)	13 (5.1)	28 (8.9)	13 (20.6)	24 (18.5)
การปฏิบัติงานด้านการบริหาร						
ต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	437 (51.9)	40 (52.0)	134 (52.3)	148 (46.8)	34 (54.0)	81 (62.3)
น้อยกว่า 1 วัน	74 (8.8)	6 (7.8)	22 (8.6)	36 (11.4)	7 (11.1)	3 (2.3)
1 วัน	104 (12.4)	14 (18.2)	37 (14.5)	47 (14.9)	5 (7.9)	1 (0.8)
2 วัน	51 (6.1)	9 (11.7)	13 (5.1)	20 (6.3)	0 (0.0)	9 (6.9)
3 วัน	33 (3.9)	1 (1.3)	9 (3.5)	16 (5.1)	3 (4.8)	4 (3.1)
4 วัน	18 (2.1)	1 (1.3)	8 (3.1)	3 (1.0)	2 (3.2)	4 (3.1)
5 วัน	125 (14.9)	6 (7.8)	33 (12.9)	46 (14.6)	12 (19.1)	28 (21.5)
การปฏิบัติงานด้านวิชาการ การ						
เรียนการสอนต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	329 (39.1)	7 (9.1)	50 (19.5)	161 (51.0)	28 (44.4)	83 (63.9)
น้อยกว่า 1 วัน	137 (16.3)	3 (3.9)	48 (18.8)	58 (18.4)	12 (19.1)	16 (12.3)
1 วัน	211 (25.1)	12 (15.6)	92 (35.9)	74 (23.4)	19 (30.2)	14 (10.8)
2 วัน	92 (10.9)	24 (31.2)	43 (16.8)	15 (4.8)	3 (4.8)	7 (5.4)
3 วัน	39 (4.6)	15 (19.5)	16 (6.3)	5 (1.6)	0 (0.0)	3 (2.3)
4 วัน	8 (1.0)	6 (7.8)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
5 วัน	26 (3.1)	10 (13.0)	6 (2.3)	3 (1.0)	1 (1.6)	6 (4.6)

ตารางที่ 1. ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (n=842) (ต่อ)

	ทั้งหมด (n=842) n (ร้อยละ)	ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน				
		มหาวิทยาลัย (n=77) n (ร้อยละ)	จังหวัด (n=256) n (ร้อยละ)	อำเภอ (n=316) n (ร้อยละ)	หน่วยปฐมภูมิ (n=63) n (ร้อยละ)	อื่นๆ (n=130) n (ร้อยละ)
ความสนใจในการศึกษาต่อ						
เวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ	343 (40.7)	44 (57.1)	110 (43.0)	116 (36.7)	22 (34.9)	51 (39.2)
เวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาล	430 (51.1)	43 (55.8)	137 (53.3)	154 (48.7)	25 (39.7)	71 (54.6)
แบบประคับประคอง						
ด้านการพัฒนานโยบาย และ	102 (12.1)	6 (7.8)	29 (11.3)	38 (12.0)	12 (19.0)	17 (13.1)
ระบบบริการสุขภาพ						
งานพัฒนาชุมชน การส่งเสริม	234 (27.8)	20 (26.0)	71 (27.7)	79 (25.0)	19 (30.2)	45 (34.6)
สุขภาพ ป้องกันโรค						
หลักสูตรผู้บริหารโรงพยาบาล	238 (28.3)	15 (19.5)	77 (30.1)	91 (28.8)	17 (27.0)	38 (29.2)
เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด	278 (33.0)	26 (33.8)	86 (33.6)	107 (33.9)	17 (27.0)	42 (32.3)
แพทยศาสตรศึกษา	7 (0.8)	1 (1.3)	290.8	3 (4.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
แพศวิทยาคลินิก	8 (1.0)	1 (1.3)	2 (0.8)	3 (1.0)	2 (3.2)	0 (0.0)
สารสนเทศสุขภาพ	10 (1.2)	2 (2.6)	3 (1.2)	4 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)

\* ระดับการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ระดับ 1 น้อยที่สุด ระดับ 5 มากที่สุด

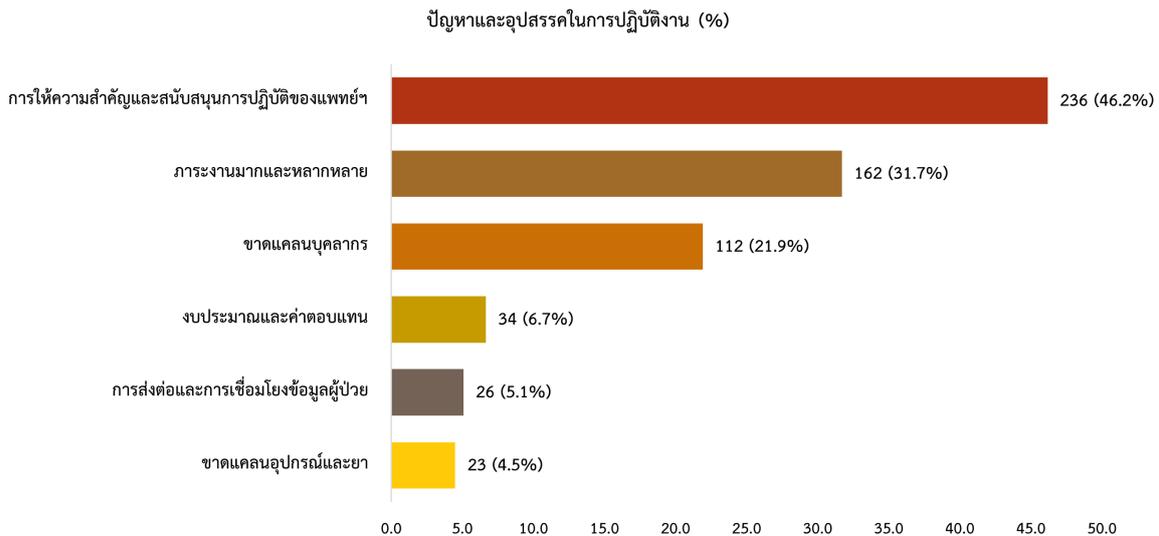
แนะนำ” แพทย์ 304 “ผู้บริหารทุกภาคส่วนไม่เข้าใจการปฏิบัติงานในเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างถ่องแท้ ทำให้ภาระงาน GP ทุกอย่างตกมาสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ” แพทย์ 366 “ผู้บริหารระดับสูงไม่เข้าใจและไม่ได้ให้ความสำคัญกับพรบ.สุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างจริงจัง” แพทย์ 370 “ไม่สามารถทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มที่” เพราะแบ่งออกตรวจและขึ้นเวรกับ GP ทำให้มีเวลาทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวน้อยมาก”

2. ภาระงานมากและหลากหลาย ปฏิบัติงานในหลายส่วน ไม่มีกรอบการทำงานที่ชัดเจน 162 คน (ร้อยละ 31.7) ดังตัวอย่างแพทย์ 784 “งานหลากหลายจนเกินไป ส่วนใหญ่จะเป็นงานส่วนกลาง เช่น พัฒนา homeward, กรรมการวิจัย R2R, IMC, clinic พิเศษบางประเภท จึงทำให้เกิดการรู้สึกเหนื่อยล้าได้” แพทย์ 178 “ภาระงานที่มาก/หลากหลายจนเราไม่มีเวลาพอที่สามารถ scope งานใดงานหนึ่งให้ effective ตามที่อยากให้เป็น” แพทย์ 166 “งานยังไม่ชัดเจน (ยังต้องวน ER LR) รู้สึกยังไม่ได้ทำงานบริบทของ fammed อย่างเต็มที่” แพทย์ 448 “งาน palliative ไม่มีกรอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นกับ fammed

ทำให้มีปัญหาขาดหมอ full time ขาดบุคลากร เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์”

3. ขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์สาขาอื่น ๆ แพทย์ทั่วไป รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ 112 คน (ร้อยละ 21.9) ดังตัวอย่าง แพทย์ 44 “ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” แพทย์ 60 “แพทย์ทั่วไป (GP) ขาดแคลน ต้องไปช่วยงาน GP เยอะ” แพทย์ 40 “บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ (นวก.) ไม่เพียงพอ ทำให้บริหารจัดการเรื่องงานที่รับผิดชอบได้ยาก” แพทย์ 106 “ความขาดแคลนแพทย์ GP ใน รพช. ทำให้ต้องทำงานเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลด้วย ไม่มีเวลาทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวได้เต็มที่” แพทย์ 298 “ขาดอัตรากำลัง แพทย์ และพยาบาล full time palliative care”

4. งบประมาณและค่าตอบแทน 34 คน (ร้อยละ 6.7) แพทย์ 51 “การแบ่งงบประมาณและผลกระทบต่อการจัดสรรระบบการทำงานร่วมกับ อบจ. ระเบียบราชการที่ขัด/ชะลอ แผนการพัฒนา ความเข้าใจของทีมงานต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิไม่แน่ชัดและขาดสมรรถนะในการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิ เช่น palliative, IMC, Home



รูปที่ 1. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน (n= 511)

ward” แพทย์ 171 “ค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับสาขาอื่น ไม่มีเวรที่เป็นเฉพาะสาขา ต้องไปหารเวรกับ GP” แพทย์ 586 “ขาดการสนับสนุนงบประมาณในอุปกรณ์ที่สำคัญ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดน้ำตาล แถบตรวจ เครื่อง EDC สำหรับคิดเงิน”

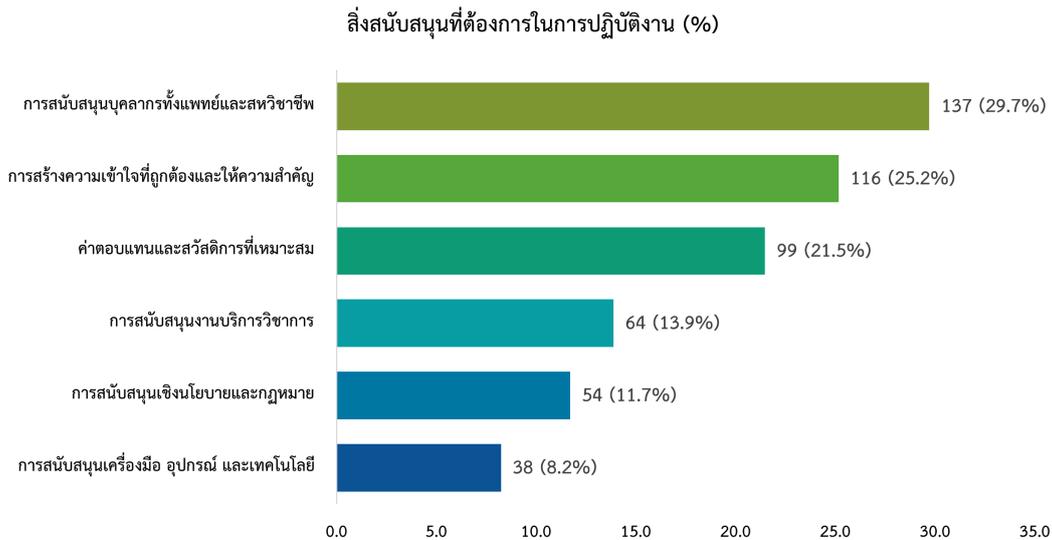
5. การส่งต่อและการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รพสต. และการดูแลในชุมชน 26 คน (ร้อยละ 5.1) แพทย์ 18 “ความเชื่อมโยงของระบบ primary care กับโรงพยาบาลจังหวัด ยังไม่ดีพอ ยังมี gap ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบ IT ยังไม่เชื่อมโยงกัน ข้อมูลผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกัน มีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การเจาะ lab , ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ,สถานที่ โดยเฉพาะ primary care ที่ไม่ใช่สังกัดโรงพยาบาล” แพทย์ 336 “การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ ทั้งในและต่างจังหวัด” แพทย์ 720 “โรงพยาบาลไม่สามารถดูข้อมูลผู้ป่วยที่รพ.สต. ได้, ระบบส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.สต. ที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าไปรักษาที่คลินิกเฉพาะทางไปโรงพยาบาลยังไม่สามารถนำผู้ป่วยเข้าในระบบนัดของโรงพยาบาลได้”

6. ขาดแคลนอุปกรณ์และยา 23 คน (ร้อยละ 4.5) แพทย์ 305 “เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการทำงานในรพ.สต.” แพทย์ 354 “อุปกรณ์ / ยา ขาดแคลน (งาน palliative)” แพทย์ 404 “อุปกรณ์/ยาไม่เพียงพอหรือ จำกัด การเดินทางไปสถานที่ทำงาน ต้องออก รพ.สต. อาทิตย์ละ 2 วัน ระยะทาง 20 กม.”

จากภาพที่ 2 ด้านสิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการปฏิบัติงาน มีแพทย์ให้ข้อมูลทั้งหมด 461 คน สามารถจัดได้เป็น 6 หมวดหมู่ ดังนี้

1. การสนับสนุนบุคลากรทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์ทั่วไปและทีมสหสาขาวิชาชีพ 137 คน (ร้อยละ 29.7) ดังตัวอย่าง แพทย์ 235 “การเพิ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เพื่อลดภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องไปช่วย, เพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” แพทย์ 780 “กำลังคน โดยเฉพาะบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ” แพทย์ 13 “นักวิชาการการศึกษา”

2. การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ให้ความสำคัญ กำหนดขอบเขตภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบของงานเวชศาสตร์ครอบครัวให้ชัดเจน 116 คน (ร้อยละ 25.2) ดังตัวอย่าง แพทย์ 22 “การสนับสนุนเชิงนโยบาย ทำความเข้าใจผู้บริหาร” แพทย์ 666 “ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูงเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข” แพทย์ 31 “การวางกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนของผู้บริหารและส่วนกลาง” แพทย์ 220 “ระบบการบริหารจัดการของผู้บริหาร การสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชน” แพทย์ 635 “อยากให้เราทำความเข้าใจในเชิงระบบกับ แพทย์สาขาอื่น ถึงหน้าที่ที่ชัดเจนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” แพทย์ 134 “ส่วนตัวอยากให้ช่วยพัฒนาเกี่ยวกับงานการดูแลผู้ป่วย



รูปที่ 2. สิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการปฏิบัติงาน (n=461)

แบบประทับประคองและงานผู้สูงอายุ อยากให้มีข้อช่วยงานที่ชัดเจน ควรแยกหน่วยดูแลแบบประทับประคองและการดูแลผู้สูงอายุออกมาให้อยู่ under fammed อีกทีก็ได้ เพราะเป็นงานที่ใช้ holistic care” แพทย์ 166 “สร้างกรอบงานที่ชัดเจนขึ้น ให้ความสำคัญกับ primary care, community และ health promotion ได้มากขึ้น”

3. คำตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม 99 คน (ร้อยละ 21.5) ดังตัวอย่าง แพทย์ 04 “คำตอบแทนที่เหมาะสม” แพทย์ 12 “คำตอบแทนในสาขาส่งเสริมพิเศษ สวัสดิการรถไปเยี่ยมบ้าน สวัสดิการให้ทีมสหวิชาชีพที่ออกทำงานด้วย ห้องทำงานที่สะอาด มีการระบายลมดี อากาศไม่ร้อน สวัสดิการอาหาร” แพทย์ 40 “คำตอบแทนอื่น ๆ เช่น รับ consult จาก รพสต. นอกเวลาราชการ การออกปฏิบัติงานใน รพสต.” แพทย์ 56 “คำตอบแทนแพทย์สาขาขาดแคลน” แพทย์ 180 “คำตอบแทนสาขาส่งเสริมพิเศษ, คำตอบแทนการเยี่ยมบ้านต่อราย คล้ายคลึงคำตอบแทนของเฉพาะทางสาขาอื่น ๆ เมื่อได้มี intervention กับผู้ป่วย”

4. สนับสนุนงานบริการวิชาการ 64 คน (ร้อยละ 13.9) ดังตัวอย่าง แพทย์ 53 “องค์ความรู้ แนวคิดและทักษะ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ” แพทย์ 138 “เครือข่ายการวิจัยและกิจกรรมวิชาการระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ” แพทย์ 191 “มี guideline สนับสนุน update ความรู้ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้” แพทย์ 282 “การมีประชุมวิชาการทบทวน

ความรู้ทุกปีที่สามารถเข้าร่วมแบบออนไลน์ได้ค่ะ” แพทย์ 555 “ข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ในเวชศาสตร์ครอบครัว Update Guideline สาขาต่าง ๆ กว้างขวางครอบคลุม ให้เข้าถึงได้ง่าย ไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม” แพทย์ 71 “การสนับสนุนด้านงบประมาณ/อบรมในต่างประเทศ สำหรับบุคลากรใน รพช.”

5. สนับสนุนเชิงนโยบายและกฎหมาย 54 คน (ร้อยละ 11.7) ดังตัวอย่าง แพทย์ 77 “นโยบายที่สนับสนุนการทำงานของแพทย์แพมเมด” แพทย์ 19 “การแลกเปลี่ยนเรื่องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยบริการ ปฐมภูมิในสังกัดนอกโรงเรียนแพทย์ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน และทำให้วางแผนการสอนแพทย์ประจำบ้านได้สอดคล้องกับบริบทที่แพทย์ประจำบ้านจบไปจะได้ปฏิบัติงานมากขึ้น” แพทย์ 96 “นโยบายการกระจายตัวของแพทย์ คำตอบแทนที่ดึงดูดใจ และโอกาสการพัฒนาสาขาต่อยอด” แพทย์ 132 “นโยบายการจัดบริการที่ชัดเจนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากผู้บริหาร” แพทย์ 278 “นโยบายที่แสดงทิศทางการพัฒนางานปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวที่ชัดเจน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” แพทย์ 662 “นโยบายที่สนับสนุนทั้งกำลังคน และระบบบริการที่ support การทำงาน โดยเฉพาะระบบ palliative care”

6. สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี 38 คน (ร้อยละ 8.2) ดังตัวอย่าง แพทย์ 36 “อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย” แพทย์ 59 “เครื่องมือสนับสนุนด้านไอที”

แพทย์ 161 “เครื่องมือการตรวจวินิจฉัย กรอบยาที่ขยายเพิ่มขึ้น สำหรับแพทย์ PCU เนื่องจากมีแพทย์ลงไปตรวจแต่ศักยภาพที่ทำได้ไม่ต่างจากพยาบาลเวชปฏิบัติ” แพทย์ 166 “เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการกู้ชีพผู้ป่วย รถ refer พยาบาล พนักงานขับรถ” แพทย์ 257 “เครื่องมือตรวจรักษาใน PCC” แพทย์ 344 “อุปกรณ์ที่สามารถเบิกให้คนไข้ได้โดยไม่ต้องไปของบบริจาคเองหรือจากท้องถิ่นต่าง ๆ” แพทย์ 526 “อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับ อสม. เพื่อทำสถานสุขภาพในหมู่บ้าน”

## วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์จำนวน 842 คน ซึ่งประเมินตนเองว่าได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 68.4 ทำให้ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มน่าเชื่อถือได้สูง เนื่องจากได้ปฏิบัติงานในบทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัวจริง และมีการกระจายตัวอยู่ในทุกระดับของสถานที่ปฏิบัติงาน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลจังหวัดมากถึงร้อยละ 39.54 ในขณะที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 37.5 ซึ่งมีการกระจายของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่นที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีแนวโน้มกระจายตัวไปยังพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยเพิ่มขึ้นจากนโยบายการกระจายแพทย์อย่างเท่าเทียม<sup>8</sup> เมื่อพิจารณาในภาพรายจังหวัดพบว่าแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร 112 คน ขอนแก่น 57 คน เชียงใหม่ 30 คน และนครราชสีมา 27 คน ในขณะที่หลายจังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครนายก บึงกาฬ มุกดาหาร และระนอง มีแพทย์ตอบแบบสอบถามคนเดียว เมื่อนำข้อมูลจากงานวิจัยมาทบทวนเปรียบเทียบกับข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น ข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่<sup>9,10</sup> และนครนายก<sup>11</sup> พบว่าจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามน้อยกว่าจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่พอสมควร ข้อมูลจากงานวิจัยนี้จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นภาพการกระจายตัวของแพทย์ที่แท้จริงได้ จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ามีแพทย์ฯ มากถึงร้อยละ 31.6 ที่ได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงระดับปานกลางถึงน้อย

มาก แพทย์ฯ ส่วนใหญ่สนใจศึกษาต่อยอดด้านการบริหาร วิชาชีพประกอบและผู้สูงอายุใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศได้หัว<sup>12</sup>

ด้านลักษณะการปฏิบัติงานใน 1 สัปดาห์ (5 วันทำการ) แพทย์ฯ พิจารณาว่าที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) มากถึงร้อยละ 23.8 ซึ่งควรเป็นภาระงานหลักของแพทย์ฯ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานวิจัยนี้ ที่ระบุว่าขาดการให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภาระงานที่หลากหลาย และการขาดแคลนบุคลากร แล้วสอดคล้องกับลักษณะการทำงานใน 1 สัปดาห์ของ แพทย์ฯ ที่มีการกระจายเวลาปฏิบัติหน้าที่ทั้งในด้านการปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ การตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้สูงอายุ งานบริหารและงานวิชาการ

ด้านปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องกันอย่างชัดเจน เป็นข้อค้นพบที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาขนาดใหญ่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะประเด็น 1) การให้ความสำคัญการสนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีภาระงานมากและหลากหลายกับการสร้างความเข้าใจและขอบเขตการทำงาน การสนับสนุนเชิงนโยบายและกฎหมาย 2) การขาดแคลนบุคลากรกับการสนับสนุนบุคลากร 3) งบประมาณค่าตอบแทนกับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม นอกจากนี้ 3 ประเด็นนี้แล้ว ยังมีในหัวข้อปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ต้องการล้วนสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าทั้งภายในประเทศไทยและต่างประเทศ<sup>2,7,13-19</sup>

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือการศึกษาค้นข้อมูลย้อนหลัง และคาดว่ามีความจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในงานวิจัยนี้ประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์ฯ ที่มีอยู่จริงทั่วประเทศไทย ดังนั้นจำนวนและสัดส่วนแพทย์ฯ ในแต่ละจังหวัดอาจมีการเปลี่ยนแปลง หากมีจำนวนแพทย์มากกว่านี้ ทางผู้วิจัยแนะนำให้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นภาพการกระจายตัวและ ลักษณะการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศได้ชัดเจนมากขึ้น

## สรุป

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ มีการกระจายตัวไปอยู่ในโรงพยาบาลอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิแต่กระจุกตัวอยู่ในจังหวัดใหญ่ อัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ไม่เหมาะสม มีภาระหน้าที่หลากหลาย ขาดการสนับสนุนและให้ความสำคัญในงานเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้งานบริการในระบบปฐมภูมิซึ่งควรเป็นงานหลักทำได้ไม่เต็มที่ ต้องการการสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร นโยบาย โครงสร้างขอบเขตการทำงาน อุปกรณ์เครื่องมือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้จึงเป็นประโยชน์เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสนับสนุนการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยที่เอื้อเฟื้อข้อมูลและให้งบประมาณสนับสนุนในการทำวิจัยฉบับนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. The Speciality of Family Medicine [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://www.aafp.org/about/dive-into-family-medicine/family-medicine-speciality.html>
2. Tseng LO, Newton C, Hall D, Lee EJ, Chang H, Poursalami I, et al. Primary care family physicians' experiences with clinical integration in qualitative and mixed reviews: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2023;13:e067576. PubMed PMID: 37433736
3. Hashim MJ. Principles of family medicine and general practice - defining the five core values of the specialty. *J Prim Health Care*. 2016;8:283-7.
4. สถิติการฝึกอบรม [อินเทอร์เน็ต]. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/training/page-03-1/>
5. กลุ่มประชาสัมพันธ์. สธ.มอบของขวัญปีใหม่ 2564 คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” [อินเทอร์เน็ต]. ประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - Public Relations HSS. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [- 2564-คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว-3-คน-“ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ”&catid=12
  6. กลุ่มประชาสัมพันธ์. 3 หมอ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” \[อินเทอร์เน็ต\]. ประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - Public Relations HSS. 2565 \[เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566\]. เข้าถึงได้จาก: \[https://prgroup.hss.moph.go.th/index.php?option=com\\\_content&view=article&id=1175:3-หมอ-“คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว-3-คน”&catid=17\]\(https://prgroup.hss.moph.go.th/index.php?option=com\_content&view=article&id=1175:3-หมอ-“คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว-3-คน”&catid=17\)
  7. ชีระ วรณารัตน์, ภัทรวิทย์ วรณารัตน์, อาริยา จิรณานูวัฒน์, จารุภา เลขทิพย์, เสาวลักษณ์ ต้องตา. สมรรถนะและบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย. \[อินเทอร์เน็ต\]. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สวรส. 2562 \[เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย. 2566\]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5047>
  8. Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, Koike S, Tazuma S, Maeda T. Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study. \*BMC Fam Pract\*. 2019;20:147.
  9. คณาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ \[อินเทอร์เน็ต\]. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2562 \[เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2567\]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/family/staff-instructor>
  10. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ \[อินเทอร์เน็ต\]. 2560 \[เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2567\]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nkp-hospital.go.th/th/findDoctor.php#>
  11. รายงานข้อมูล 3 หมอ จังหวัดนครนายก \[อินเทอร์เน็ต\]. 2567 \[เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2567\]. เข้าถึงได้จาก: \[https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp\\\_ampur?region=4&prov=MjY=&provn=4LiZ4LiE4Lij4LiZ4Liy4Lii4LiB\]\(https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp\_ampur?region=4&prov=MjY=&provn=4LiZ4LiE4Lij4LiZ4Liy4Lii4LiB\)
  12. Chen SH, Chang HT, Lin MH, Chen TJ, Hwang SJ, Lin MN. Family Medicine Academic Workforce of Medical Schools in Taiwan: A Nationwide Survey. \*Int J Environ Res Public Health\*. 2021;18\(13\):7182.
  13. พันธ์กร มีสิทธิ์, หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและความสุขในการทำงาน บริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้. \*บูรพาเวชสาร\*. 2560;4:40-8.
  14. สายรัตน์ นกน้อย. ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ตอนที่ 1 : เข้าใจที่มา ผ่านประวัติศาสตร์. \*วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว\*. 2022;5:146-62.
  15. Lankarani KB, Honarvar B, Shahabi S, Zarei F, Behzadifar M, Hedayati M, et al. The challenges of urban family physician program over the past decade in Iran: a scoping review and qualitative study with policy-makers. \*J Prev Med Hyg\*. 2023;64:E232-64.
  16. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam S, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: a sys-](https://prgroup.hss.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=177:สธ-มอบของขวัญปีใหม่-</a></li>
</ol>
</div>
<div data-bbox=)

- tematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Fam Pract.* 2018;35:652-60.
17. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. *Can Fam Physician.* 2007;53:277-86.
  18. Wiwanitkit V. Family medicine in Thailand: System, training, and obstacles. *Med J Dr Patil Univ.* 2016;9:4.
  19. Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress: helpful strategies. *Can Fam Physician.* 2009;55:288-9.e6. PubMed PMID: 19282541