

บทความพิเศษ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยกับการสร้างองค์ความรู้ในระบบสุขภาพไทย

สุพัตรา ศรีวนิชขากร, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹,
โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว²

¹ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร, ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด, จังหวัดตาก

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุพัตรา ศรีวนิชขากร, พบ.,
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ซอยศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่
บางกะปิ ห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310,
ประเทศไทย

Email: Spsrivanich@gmail.com

Received: September 15, 2024;

Revised: September 19, 2024;

Accepted: September 24, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนผลลัพธ์ และผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อระบบสุขภาพไทยในด้านต่าง ๆ โดยบทความนี้นำเสนอผลงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการ ในระบบสุขภาพไทย ซึ่งมีเนื้อหา 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัย บทเรียน ประสบการณ์ในต่างประเทศ และในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่สองนำเสนอผลลัพธ์งานวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยใน 5 ประเด็น โดยใช้กระบวนการศึกษาผ่านการทบทวนบทความวิจัยตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในระยะกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ที่สะท้อนถึงสถานการณ์ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย ได้เผชิญว่าเป็นเรื่องอะไร และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทร่วมในการตอบสนองต่อปัญหา และแก้ปัญหาบริการสุขภาพในแต่ละด้านนั้นอย่างไร ส่วนที่สาม เป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ ที่แปลความจากผลการศึกษา ส่วนที่สอง เพื่อนำไปสู่การสรุปบทเรียน และพัฒนาข้อเสนอต่อการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในระยะต่อไป

คำสำคัญ: ไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว องค์ความรู้ ระบบสุขภาพไทย งานวิจัย

SPECIAL ARTICLE

Thai Family Physician and Knowledge Building in The Thai Healthcare System

Supattra Srivanichakorn, MD., MPH, Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT¹, Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine²

¹The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, ²Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Tak, Thailand

Corresponding author :

Supattra Srivanichakorn, MD.,
President of The Royal College
of Family Physicians of
Thailand, Soi Soonvijai, New
Petchburi Rd., Bangkok,
Huakwang, Bangkok 10310,
Thailand
Email: spsrivanich@gmail.com

Received: September 15, 2024;

Revised: September 19, 2024;

Accepted: September 21, 2024

ABSTRACT

This article is a part of the review of Thai family physicians' contributions to the Thai healthcare system over the past two decades. It focuses on the academic development of these. This is divided into three sections.

The first section reviewed relevant research, lessons learned, and experiences from both Thai and international contexts. The second section summarized five scoping reviews conducted by Thai Family Physicians in the past two decades. These reviews highlighted common health problems encountered by Thai Family Physicians, their responses, and the solutions they implemented.

The final section analyzed and interpreted the results of the second section to identify key lessons and make recommendations for future developments in Family Medicine

Keywords: Thai, family physician, knowledge, healthcare system, research

ที่มา และพัฒนาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

การพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เริ่มต้นมาเป็นเวลากว่า สองทศวรรษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ในส่วนที่เป็นการตั้งภาคีวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และในปี พ.ศ. 2538 มีการนำเอาระบบเวชปฏิบัติครอบครัวเข้าไปเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบสุขภาพที่ลดปัญหา over-specialization ที่ทำให้เกิดการดูแลแบบแยกส่วน¹ และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลสุขภาพประชาชนที่บริการด้านแรกทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท และมีการพัฒนาให้มีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเชี่ยวชาญในด้านกว้าง (generalist) และมีอัตลักษณ์สำคัญในการดูแลเป็นองค์รวม (Holistic) ดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่แค่ “โรค” ที่บูรณาการเชื่อมโยงความรู้ทางด้านการแพทย์ การดูแลทางกายและใจ เชื่อมโยงกับการดูแลด้านสังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสม²

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการที่มีการนำศาสตร์วิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มาเป็นองค์ความรู้ และกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับคุณภาพ และเพิ่มศักยภาพของทีมงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ เป็นการเพิ่มคุณค่าของบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ด้อยกว่าบริการเฉพาะทางอื่นที่ให้บริการในโรงพยาบาล และเห็นว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็นจุดคานงัดสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย มีการทดลองนำร่องการพัฒนาทีมเวชปฏิบัติครอบครัว ให้แก่หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ และเป็นบริการด่านแรกในพื้นที่โรงพยาบาล 4 ภูมิภาค² จัดตั้งเป็นหน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ก่อนที่จะมีการปฏิรูปในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย มีการพัฒนาระบบการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็น hospital

based และ community based (ซึ่งเดิมใช้ คำว่า in-service training) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน ในหลักสูตรการฝึกอบรมนั้น มีการจัดให้มีการเรียนรู้แก่แพทย์ เพื่อให้สามารถจัดบริการดูแลสุขภาพอย่างผสมผสาน บูรณาการ ดูแลประชาชนในความรับผิดชอบที่มีปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรคที่พบบ่อย ทั้งที่เป็นการให้บริการในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีความสามารถด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการ ความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ และมีความสามารถเรียนรู้ได้ต่อเนื่อง ความสามารถด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ รวมถึงการพัฒนาโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชน³⁻⁵

ในระยะต่อมา เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อยอดกว้างขวางกว่าที่กำหนดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในระบบกระทรวงสาธารณสุข มีการบรรจุประเด็นระบบบริการปฐมภูมิไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ว่าด้วยรัฐ “ต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ และมาตรา 258 ระบุว่าให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิ และประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สะดวก ทัดเทียมกันและให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และได้พัฒนาต่อมาเป็น พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสุขภาพ รับผิดชอบสุขภาพของประชาชน⁶

แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จนถึงปี พ.ศ. 2566 มีแพทย์ที่จบการฝึกอบรมได้วุฒิบัตร จำนวน 1,692 คน และได้รับหนังสืออนุมัติฯ 6,489 คน (ในส่วนใหญ่ได้รับหนังสืออนุมัติ มีสัดส่วนจำนวนมากที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในลักษณะเวชปฏิบัติครอบครัว)⁷ แพทย์เหล่านี้ได้กระจายออกไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในภาครัฐ สถาบันการศึกษา และเอกชน

พื้นฐาน องค์ความรู้สำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในนานาชาติ

ในระดับนานาชาติ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา มีการพัฒนาเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวมาเป็นเวลายาวนานกว่า 50 ปี โดยมีพื้นฐานการพัฒนาเพิ่มขึ้นหรือต่อเพิ่มเติมจาก เวชปฏิบัติทั่วไป (general practice) ความเป็นทั่วไป (generalist) ให้มีความเป็นองค์รวม และการดูแลต่อเนื่อง ดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่แค่ “โรค” เป็นการดูแลที่เชื่อมโยงกับบริบทบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อตอบสนองต่อปัญหาอันเกิดจากระบบสุขภาพที่มีแนวโน้มการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน แยกอวัยวะ อันเกิดจากความแยกย่อยเฉพาะทางจำนวนมากที่ทำให้ระบบการดูแลทางการแพทย์แยกห่างออกจากความเป็นมนุษย์มากขึ้น⁸⁻¹¹ ซึ่งไม่ต่างจากฐานที่มาของการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

พื้นฐานการพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการบันทึกและสรุปไว้ในระยะเริ่มต้น โดย Kurt C. Stange และคณะ¹² คือ การประยุกต์และสังเคราะห์ข้อมูลความรู้ที่มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ 1) การสะท้อนมุมมองเวชปฏิบัติของแพทย์ผู้ให้บริการ 2) การนำเอาเสียงความต้องการ ความเห็นของผู้ป่วยมาประกอบการตั้งโจทย์วิจัย และการแปลความ 3) เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ และ 4) การค้นหาประเด็นที่เป็นปรากฏการณ์ของโรค และการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะต่อมา การพัฒนาองค์ความรู้เหล่านี้ต้องใช้กระบวนการศึกษาหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นศาสตร์ร่วมหลายสาขา (transdisciplinary) และกระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดความเข้าใจความเชื่อมโยง เข้าใจความหมาย และแปลความ ปรับเป็นเวชปฏิบัติ และเป็นแนวการดำเนินงานในระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม

องค์ความรู้สำคัญสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรช่วยสนับสนุน 1) การบูรณาการความรู้ในมุมมองของแพทย์ทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลตอบสนองต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 2) การพัฒนาวิธีคิดที่ช่วยให้สามารถหาระบบดูแลที่ผสมผสานเรื่อง การบูรณาการการจัดลำดับความสำคัญ และการคงความสัมพันธ์ที่ดี 3) การจัดการศึกษาที่เป็น transdisciplinary, multimethod,

participatory 4) ยอมรับความรับผิดชอบของทุกส่วนทั้งในระดับบุคคล องค์กร ชุมชน อย่างน้อยสร้างให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ ค้นหาข้อมูล ความรู้ที่ทำให้เกิดกระบวนการเยียวยาที่มีความกว้างขวาง ทำให้เป็นวิธีการที่บูรณาการ และยังคงสถานะสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับประชาชน

บทบาทและผลลัพธ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นสาขาเฉพาะทางที่พัฒนาขึ้นที่ต่างจากสาขาอื่นที่ไม่ได้จำกัดขอบเขตเป็นการดูแลอวัยวะหรือโรค แต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ที่มีคุณภาพที่ดูแลปัญหาสุขภาพในทุกประเภทความเจ็บป่วย ดูแลคนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เกิดใหม่จนถึงแก่เฒ่า และเสียชีวิต เน้นการดูแลที่เข้าใจบริบทปัญหาทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ดูแลประชากรในฐานะเป็นบริการด้านแรก และช่วยประสานการดูแลต่อเนื่องให้แก่ประชาชน ผู้ประชากร โดยใช้ข้อมูลหลักฐาน และเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนบริการอย่างเหมาะสม และคำนึงผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล และครอบครัว¹³ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของทีมสุขภาพ ในการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากร (population health) โดยเฉพาะในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านของลักษณะประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังและการมีภาวะความเจ็บป่วยหลาย ๆ ด้านเพิ่มมากขึ้น¹⁴

นอกจากนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังมีบทบาทในการเชื่อมบริการระหว่างบริการปฐมภูมิ กับงานทางด้านสาธารณสุข (public health) และเป็นส่วนเชื่อมงานระหว่างงานในหน่วยบริการกับงานในชุมชน ในบางประเทศ ได้แก่ อาฟริกาใต้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะมีบทบาทสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของทีมในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งในพื้นที่ชนบทของแคนาดา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ก็มีการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นให้มีบทบาทดูแลสุขภาพประชาชนในระดับทุติยภูมิด้วย^{11,14}

ด้วยบทบาทที่กล่าวมาข้างต้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแบบบูรณาการ ที่ทำหน้าที่ให้บริการที่เข้าถึงได้ง่าย มีความต่อเนื่อง การ

ดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล และชุมชน รวมถึงมีความจำเป็นที่แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวต้องพัฒนาให้มีความสามารถในการเป็นผู้นำ และร่วมขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานไปพร้อมกันกับทีมงาน

การสร้างองค์ความรู้ และงานวิจัยกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว

จากบทความที่ทบทวนเรื่องงานวิจัยในสหรัฐอเมริกา¹² ได้เสนอให้เห็นถึงความยากลำบาก และความซับซ้อน และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้ แม้ว่าการสร้างองค์ความรู้ผ่านการวิจัยจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่แสดงความเป็นเฉพาะทางทางการแพทย์ แต่ในระยะแรกของการพัฒนาสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การวิจัยได้รับการให้ความสำคัญน้อย อย่างเช่นในสหรัฐอเมริกา ที่เริ่มต้นตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1969 แต่ปัจจุบันองค์ความรู้นี้เป็นฐานที่สำคัญต่อความสามารถในการขึ้นนำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ และความเป็นเฉพาะทาง

จากข้อมูลการศึกษาพบว่า การศึกษาวิจัยในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอก ภายใน ได้แก่ 1) ความต้องการของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวที่จะแสดงความเป็นเฉพาะทางสาขาหนึ่งในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้วยกัน 2) ความไม่ชัดเจนของอัตลักษณ์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) การที่ธรรมชาติงานวิจัยเวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้ใช้ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ (non-laboratory research) 4) การที่เวชศาสตร์ครอบครัวมักใช้ฐานข้อมูลจากเฉพาะทางสาขาอื่น และ 5) ความพยายามที่จะทำให้เป็นสถาบันวิชาการ (academic) สาขาหนึ่ง ลักษณะวัฒนธรรมสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ ความรู้ที่เป็นลักษณะทั่วไป (generalist knowledge) ที่เพิ่มความเข้มแข็งแก่เวชศาสตร์ครอบครัวให้สามารถดูแลพัฒนาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้ดีขึ้น¹⁵

การจัดการงานวิจัยในเวชศาสตร์ครอบครัว ช่วงระยะแรกมีความไม่ลงตัว และบางส่วนเห็นว่าใส่งานวิจัยเข้าไปในการฝึกอบรมเป็นคล้ายสิ่งแปลกปลอมในเวชปฏิบัติ อาจทำให้มีการผัดผ่อนไปจากรากความสนใจที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตการทำงานด้านโรคและสุขภาพ¹⁶

จุดแข็งสำคัญของงานวิจัยของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การใช้ฐานการวิจัยจากหน่วยบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน (เป็น practice-based research) ที่เสมือนเป็นหนึ่งในห้องทดลอง ที่มีมุมมองไม่ใช่เฉพาะด้านทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีข้อมูลที่อธิบายในฐานะผู้สังเกต และมีส่วนร่วมอยู่ภายในห้องทดลอง แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวสามารถเปิดโอกาสการเรียนรู้ได้กว้างทั้งในแง่การค้นหาค้นคว้า ประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญทั้งในด้านคลินิก ด้านพฤติกรรม ด้านการจัดบริการสุขภาพ และการจัดการศึกษา

ในมุมมองเชิงระบบนิเวศน์และระบาดวิทยา แสดงให้เห็นว่าแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมในการศึกษาสาเหตุของโรคและความรู้สึกลึกเจ็บปวด ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหลากหลาย รวมถึงแสดงถึงความก้าวหน้า พัฒนาการของความเจ็บป่วย อาการแสดงต่าง ๆ รวมถึงความหมายของคำว่าสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการฟื้นตัว งานวิจัยในเวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีจุดเน้นของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในมิติของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ⁸

อุปสรรคสำคัญหนึ่งของการทำวิจัยของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การหาประเด็นวิจัย และการหาเครื่องมือระเบียบวิธีการศึกษาที่เหมาะสมพอดี ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมจากระเบียบวิธีศึกษาจากศาสตร์สาขาต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วมากมาย ทั้งในแง่การจัดกลุ่มปัญหาสุขภาพที่ไม่ได้เป็นโรคที่เด่นชัด และการวัดผลลัพธ์ต่อสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มที่เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณไม่ได้เข้าใจความซับซ้อนและธรรมชาติของงานเช่นนี้

ส่วนที่สอง ผลลัพธ์วิชาการ การสร้างองค์ความรู้โดยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวไทย ในระยะ 20 ปี

ส่วนนี้นำเสนอผลลัพธ์งานวิชาการของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา โดยใช้งานวิจัย 5 รายงาน ที่ใช้กระบวนการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) จากบทความวิจัยตีพิมพ์โดยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวไทยในระยะเวลากว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ที่มีการตีพิมพ์ในระบบฐานข้อมูล Famscholar ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2566 โดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะ

ตารางที่ 1. การศึกษารวบรวม โดยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ในระยะ 2 ทศวรรษ (พ.ศ.2543-2566) ในกลุ่มเนื้อหาที่พบมากที่สุด 5 ด้าน

	Geriatric care (1)	NCDs (2)	Palliative (3)	Mental Health (4)	MCHs (5)
จำนวนรายงานการศึกษาที่เข้าข่ายการทบทวนระเบียบวิธีการศึกษา	บทวน 87 บทความจากการศึกษาที่ตีพิมพ์ได้ 258 รายงาน ส่วนใหญ่ เป็น cross-sectional ร้อยละ 62.5	บทวน 74 บทความจากการศึกษา 523 รายงาน ส่วนใหญ่ เป็น การศึกษาขวาง (cross-sectional) ร้อยละ 46	บทวน 81 บทความจากการศึกษาที่ตีพิมพ์ได้ทั้งหมด 454 รายงาน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional) และการศึกษาไปข้างหน้า (cohort) ร้อยละ 33.3	บทวน 57 บทความ จากงานศึกษา 108 รายงาน ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาตัดขวางร้อยละ 79 มีการศึกษาแบบ meta-analysis ร้อยละ 7	บทวน 47 บทความจากงานวิจัย ทั้งหมด 564 รายงาน เป็นการศึกษา cross-sectional ร้อยละ 31.9, cohort ร้อยละ 21, case control ร้อยละ 11 และ experimental ร้อยละ 11
แนวโน้มจำนวนรายงานการศึกษา	3, 4, 34, และ 42 บทความที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2534-2543, 2544-2553, 2554-2563, 2564-2566 ตามลำดับ	4, 30, และ 40 บทความที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2544-2553, 2554-2563, 2564-2566 ตามลำดับ	แนวโน้มการศึกษาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปี พ.ศ. 2549-2553, 2553-2558, 2559-2563, 2564-2566 จำนวน 1, 6, 27, 47, 81 รายงาน โดยเฉพาะช่วงปี พ.ศ. 2554-2566	จำนวนการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นเป็น 3, 25, และ 29 รายงานที่ดีพิมพ์ในช่วง พ.ศ. 2544-2553, 2554-2563 และ 2564-2566 ตามลำดับ	รายงานตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2534-2543, 2544-2553, 2554-2563, 2564-2566 จำนวน 7, 12, 17 และ 11 รายงาน ตามลำดับ
เนื้อหาการศึกษา	ส่วนใหญ่เนื้อหาการศึกษาเป็นด้านการพัฒนาเครื่องมือ แนวทางตรวจประเมินสุขภาพ การวินิจฉัย และการบริการ จัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ปลอดภัย (validated tools and physical examination to diagnose and manage common geriatric syndromes) 37% และเป็นการศึกษาที่ดำเนินการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบผสมผสาน (perform comprehensive geriatric assessment) 24%	ส่วนใหญ่เป็นเนื้อหาในด้านเบาหวานร้อยละ 57 ด้านเมตาบอลิซึมไดรเมร้อยละ 12 และด้านความดันโลหิตสูงร้อยละ 11 เนื้อหาศึกษาเน้นไปที่ปัจจัยเกี่ยวข้องกับ uncontrolled NCDs, good behaviors, medication compliance, and family participation ส่วนใหญ่เป็นด้าน disease management ร้อยละ 66 และด้าน NCDs prevention and health promotion ร้อยละ 34 การศึกษาที่เป็นเชิงรุกยังมีไม่มาก มีการศึกษาบ้างเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพ ด้านสมรรถภาพและด้านคุณภาพชีวิต	ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 39.51 เป็น non-cancer ร้อยละ 20 งานวิจัยส่วนใหญ่ถูกจัดหมวดหมู่การปฏิบัติ (ร้อยละ 90) และดำเนินการในเนื้อหาหลักเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีววิทยาทางการแพทย์ โดยการศึกษาเรื่อง prognostication and tool ร้อยละ 16 การเข้าถึงบริการ ร้อยละ 14 การจัดการอาการ ร้อยละ 11 advance care planning ร้อยละ 10 พบการวิจัยเรื่องการดูแลทางจิตวิญญาณ การดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย การสื่อสารการศึกษาและความมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นจำนวนน้อย	เป็นการศึกษาในลักษณะที่แสดงถึงภาระโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์สุขภาพจิตในพื้นที่ประเทศไทยเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) และมีการศึกษาในเชิงการค้นหามาตรการที่เหมาะสมจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 11). ส่วนใหญ่เนื้อหาปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากสุดในการศึกษา คือ ด้านภาวะซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 37 ด้าน depression และ anxiety ร้อยละ 16 พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในด้านสังคม และครอบครัว รวมถึงภาวะที่มีโรคเรื้อรัง การใช้เสพติด social media และการใช้ methamphetamine	ส่วนมากเป็นการศึกษาที่แสดงสถานการณ์สุขภาพของแม่และเด็กในพื้นที่ เป็นการบริหารจัดการโปรแกรมดูแลสุขภาพแม่ 33 บทความ (ร้อยละ 70) และโปรแกรมด้านเด็ก 11 บทความ (ร้อยละ 28) เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ร้อยละ 23.4 ด้านพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 19.1, การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 12.8 ด้านวัคซีน ร้อยละ 10.6, breastfeeding ร้อยละ 10.6, ปัญหาอื่นๆ 10.6%, teenage/unwanted pregnancy ร้อยละ 6.4, และ late/no ANC ร้อยละ 4.3

ตารางที่ 1. การศึกษาวิจัย โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระยะ 2 ทศวรรษ (พ.ศ.2543-2566) ในกลุ่มเนื้อหาที่พบมากที่สุด 5 ด้าน (ต่อ)

Geriatric care (1)	NCDs (2)	Palliative (3)	Mental Health (4)	MCHs (5)
Setting ของการศึกษา เป็นการศึกษาในชุมชน ร้อยละ 51.8 และในโรงพยาบาล ร้อยละ 33.7	ศึกษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 51 ในชุมชน ร้อยละ 34	ร้อยละ 75 ศึกษาในหน่วยบริการ และร้อยละ 6 ศึกษาในชุมชน จำแนกไม่ได้ ร้อยละ 19 ศึกษาแบบ single center 64 รายงาน (ร้อยละ 79) และ 15 รายงาน (ร้อยละ 19) ศึกษาแบบ multicenter	ศึกษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 46 ศึกษาในชุมชน ร้อยละ 40 อื่น ๆ ร้อยละ 14	ร้อยละ 53 ศึกษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 41 ศึกษาในชุมชน

แหล่งข้อมูล

- (1) Scoping review of the Geriatric care research published by family physicians in the Two Decades of Thai Family Physician.¹⁴
- (2) การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566)¹⁵
- (3) บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อการพัฒนาการดูแลระดับประคับประคองในช่วง 2 ทศวรรษ¹⁶
- (4) การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566)¹⁷
- (5) การทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ” ชญานิศ รัตนกาญจน์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์ และทีม, 2567¹⁸

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่รวบรวมงานวิจัยจากฐานข้อมูล Scopus และ ThaiJo¹⁷ และศึกษาลงรายละเอียดเพิ่มขึ้นตามประเด็นที่มีการตีพิมพ์จำนวนมากที่สุด 5 อันดับแรก พร้อมกับการพิจารณาถึงระเบียบวิธีการวิจัยและเนื้อหาการศึกษาที่ค้นพบสำคัญในแต่ละกลุ่มประเด็น 5 ประเด็น คือ ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพจิต การดูแลด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ดังแสดงในตารางที่ 1¹⁸⁻²²

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิจัยทบทวนใน 5 ประเด็น ที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มจำนวนการวิจัย ระเบียบวิธีการศึกษา สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา และเนื้อหาสำคัญของการศึกษา พบว่า บทความวิจัยตีพิมพ์มีแนวโน้มจำนวนมากขึ้น ตามจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงระยะ 10 ปีหลัง โดยเฉพาะการวิจัยในด้านผู้สูงอายุ การดูแลประคับประคอง ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการฝึกอบรมเฉพาะด้านนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ระเบียบวิธีการศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ที่เป็นระเบียบวิธีการศึกษาพื้นฐาน ที่ไม่ซับซ้อน และได้ผลการศึกษาในระยะเวลาที่สั้น ๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาของประสบการณ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มาปฏิบัติงานยังไม่นาน เป็นระยะเริ่มต้นของการปฏิบัติงาน บางส่วนอาจเป็นผลการศึกษาวิจัยขณะที่ยังไม่ผ่านการศึกษาค้นคว้า (แต่ในการศึกษานี้ ยังไม่มีข้อมูลที่จะบ่งชี้ว่าเป็นการศึกษาในระหว่างการฝึกอบรมหรือไม่)

ส่วนสถานที่ (setting) ของการศึกษาเป็นหน่วยปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการศึกษาวิจัยใน โรงพยาบาล ที่อาจจะสะท้อนให้เห็นถึงพื้นที่ปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในโรงพยาบาล แต่ก็มีสัดส่วนงานวิจัยด้านชุมชนอยู่พอสมควร งานวิจัยด้านผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาในด้านชุมชนจำนวนครึ่งหนึ่ง งานด้านสุขภาพจิตก็เป็นการศึกษาในชุมชนถึงร้อยละ 40 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่มากขึ้น ที่สะท้อนสถานะสุขภาพของประชากรในบริบทชุมชนที่พหุภาคัย แทนที่จะเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแต่เพียงอย่างเดียว

ด้านเนื้อหาของการศึกษาวิจัย น่าจะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวในแต่ละพื้นที่ ที่มีมุมมองในแต่ละประเด็น แตกต่างกันไปบ้าง แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของพื้นที่นั้น ๆ และเป็นการพัฒนาเครื่องมือ การตรวจประเมินสุขภาพในระยะเริ่มต้น แสดงถึงปัญหาที่พบบ่อยของประชากรกลุ่มนั้น ๆ

งานวิจัยในด้านการดูแลระดับประคอง มีประเด็นรายละเอียดที่มีการศึกษาในหลาย ๆ ด้าน มากกว่าประเด็นอื่น ๆ ที่ซึ่งอาจแสดงถึงบทบาท และการมีส่วนร่วมของ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในด้านนี้ค่อนข้างมาก และยาวนานกว่า รวมทั้งแสดงถึงงานเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ขยายมุมมองดูแลทางด้านจิตวิญญาณ และอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในระบบสุขภาพไทย ที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น มีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื้อหาการวิจัยก็แสดงให้เห็นถึงบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการเพิ่มขอบเขตการดูแลรักษาที่มีความจำเพาะมากและเพิ่มคุณภาพการดูแลทั้งในระดับชุมชน และในโรงพยาบาล ด้วยการพัฒนาเครื่องมือการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

งานวิจัยในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นประเด็นเรื่องสถานการณ์ และลักษณะการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่คุมโรคไม่ได้ดี รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้ว่า การดำเนินการเชิงรุกเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคในระยะก่อนป่วย ยังทำได้น้อย

ส่วนงานวิจัยด้านสุขภาพจิต ก็สะท้อนให้เห็นปัญหาสำคัญของคนไทยในพื้นที่ ที่มีเรื่องภาวะซึมเศร้า และภาวะกังวลมากขึ้น รวมทั้งสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ของสังคมไทยปัจจุบันที่มีปัจจัยกำหนดต่อภาวะสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ภาวะที่มีโรคเรื้อรัง และการใช้สื่อสาร โซเชียลมีเดียต่าง ๆ

ส่วนงานด้านแม่และเด็ก ก็สะท้อนให้เห็นลักษณะกลุ่มประชากรใหม่ ที่เข้ามาเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มแม่ที่อพยพ เคลื่อนย้ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงประเด็นเรื่องพัฒนาการเด็ก ที่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่พบ แม้ว่า เนื้อหาการวิจัยในด้านนี้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะมีไม่มาก ซึ่งอาจเป็นเพราะบริบทงานของแพทย์เวช-

ศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มีบทบาทดูแลในด้านแม่และเด็กไม่มากนัก แต่มีแพทย์และทีมงานสุขภาพในสาขาอื่น ที่มีบทบาทดูแลมากกว่า

วิจารณ์

ภาพรวมของผลการศึกษาข้างต้น สะท้อนถึงสถานการณ์การพัฒนาองค์ความรู้โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ระดับหนึ่งในเชิงปริมาณ และประเด็นการศึกษา แต่ยังมีข้อจำกัดของการศึกษาในการค้นหาคำถาม หรือประเด็นสำคัญที่ค้นพบใหม่ในสังคมไทย ซึ่งควรจะมีการศึกษาพัฒนาต่อเนื่องในการสังเคราะห์องค์ความรู้แต่ละด้านต่อไป

สะท้อนธรรมชาติของการพัฒนาวิชาการในประเทศไทย ที่ยังอยู่ในระยะการพัฒนาในช่วงเริ่มต้น เป็นบทเรียนหนึ่งที่คล้ายกับนานาประเทศในระยะเริ่มต้น¹⁰ ที่ผลงานเชิงงานวิจัยอาจจะยังไม่มาก และไม่เด่นชัดมาก ทั้งนี้เพราะสถานการณ์การปฏิบัติงานยังเป็นระยะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเร่งสร้างความชัดเจนของความเป็นเฉพาะทางสาขาหนึ่ง งานส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการขยายและพัฒนาการฝึกอบรมให้มีคุณภาพที่สามารถเสริมทักษะสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อีกทั้งความไม่ชัดเจนของอัตลักษณ์ของเวชศาสตร์ครอบครัวในสังคมไทย จึงทำให้ประเด็นหัวข้อการวิจัยยังไม่เด่น หรือมีลักษณะไม่ชัดเจนมาก และสะท้อนประเด็นมุมมองของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลยังไม่มาก รวมทั้งการบริหารจัดการใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยังมีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความไม่ชัดเจนในเรื่องจุดยืนของงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ควรต่างกับงานวิจัยด้านคลินิกของสาขาเฉพาะทางอื่น ๆ อย่างไร รวมทั้งความยากของกระบวนการศึกษาที่เป็นคุณภาพด้วย

อีกทั้งความสามารถในด้านการวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจยังไม่เข้มข้นนัก ทั้งที่อาจเกี่ยวข้องกับฐานหลักสูตรการฝึกอบรม และการมีโอกาส ช่วงเวลาที่นอกเหนือจากภาระงานบริการที่มากพอในการทำงานวิจัย ทบทวนสร้างองค์ความรู้จากปฏิบัติงานจริงได้ ซึ่งเป็นโอกาสที่ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนให้ดีขึ้นต่อไป

แต่จากเนื้อหาของการศึกษาในงานวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งที่จับเป็นหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรได้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้เผชิญเป็นเรื่องอะไร และมีบทบาทร่วมในการตอบปัญหาและแก้ปัญหาอย่างไร สะท้อนถึงสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่บริการที่เป็นบริการด่านแรก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งในชุมชน หรือ เป็นบริการปฐมภูมิที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล

สะท้อนบทเรียนการพัฒนาบริการสุขภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระยะสองทศวรรษ ในด้านต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลระดับประคอง การดูแลด้านแม่และเด็ก การดูแลด้านสุขภาพจิต ในมิติของบริการสุขภาพในพื้นที่ ชุมชน ในหน่วยบริการที่เป็นลักษณะด่านแรก ซึ่งต่างจากการวิจัยโดยสถาบันวิชาการเฉพาะทางแต่ละด้านที่น่าจะนำไปใช้เพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพให้แก่แต่ละกลุ่มได้อย่างรอบด้าน สอดคล้อง และเข้าถึงได้มากขึ้นต่อไป

แสดงให้เห็นความหลากหลายของเนื้อหาที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในฐานะที่ให้บริการปฐมภูมิ ในฐานะการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านบริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และประสานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานต่าง ๆ

ประเด็นการสร้างอัตลักษณ์ หรือความชัดเจนขององค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล และการเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการสุขภาพ ยังเป็นประเด็นความท้าทาย ที่ต้องมีการพัฒนาในระยะต่อไป อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เครือข่ายสถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นองค์กรกำหนดนโยบาย ที่ควรมีการพิจารณา วางแผน จัดระบบ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการสร้างองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระยะต่อไป

สรุป

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในระยะ 25 ปีที่ผ่านมาได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อปัญหา over-specialization เพื่อให้มีบทบาทในการเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรก อย่างผสมผสานเป็นองค์รวม และดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ปัจจุบันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ยังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล แต่พื้นที่การทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีทั้งส่วนที่อยู่ในโรงพยาบาล บริการปฐมภูมิ บริการที่บ้าน และในชุมชน มีการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ตามสถานการณ์สุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่ จากผลการทบทวนงานวิชาการที่ตีพิมพ์ ได้สะท้อนให้เห็นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการศึกษาวิจัยที่สะท้อนมุมมองปัญหาสถานการณ์เบื้องต้นของการบริการสุขภาพในระดับด่านแรก และในระดับชุมชน เพิ่มมากขึ้น ทั้งที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลระดับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาด้านสุขภาพจิต และการดูแลแม่และเด็ก และมีความจำเป็นที่องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นองค์กรวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุขควรมีการทบทวน พัฒนาแผนงานวิจัยสร้างองค์ความรู้ในมุมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และการจัดระบบดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1: สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง. 2542.
2. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 2: รูปแบบและขบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทในพื้นที่ต่างๆ. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง. 2542.

3. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2555.
4. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561.
5. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562.
6. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษที่ 275 ง (ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563).
7. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. สถิติการฝึกอบรม [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/training/page-03-1>
8. Ventres WB, Stone LA, Rowland KT, Streiffer RH, Macechko MD, Roulier JA, Borkan JM, Green LA. Storylines of family medicine I: framing family medicine - history, values and perspectives. *Fam Med Community Health*. 2024;12(Suppl 3):e002788. PubMed. PMID: 38609088
9. Ventres WB. Voices from family medicine: on becoming a family physician. *Fam Med*. 2017;49:127-31.
10. Gutierrez C, Scheid P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. available from: <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf>
11. Family Physicians SAAO. The contribution of family physicians to district health services in South Africa: A national position paper by the South African Academy of Family Physicians. *S Afr Fam Pract* (2004). 2022;64(1):e1-e7. PubMed PMID: 35384681
12. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2001;33:286-97.
13. AAFP. The specialty of Family Medicine. [aafp.org](https://www.aafp.org/about/dive-into-family-medicine/family-medicine-specialty.html) [Internet]. 2024 [cited 2024 Sept 9]. Available from <https://www.aafp.org/about/dive-into-family-medicine/family-medicine-specialty.html>
14. Ponka D, Arya N, Malboeuf V, Leung C, Wilson CR, Israel K, Jantsch AG, Cuba-Fuentes MS, Michaelides O, Rouleau K. The Contribution of Family Medicine and Family Medicine Leaders to Primary Health Care Development in Americas - from Alma-Ata to Astana and beyond. *Cien Saude Colet*. 2020;25:1215-20.
15. Gotler RS. Unfinished business: The role of research in family medicine. *Ann Fam Med*. 2019;17:70-6.
16. Smith R. John Fry. Researcher in family practice. *J Fam Pract*. 1975;2:323.
17. Chiang Mai University. Famscholar [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://famscholar.fmpccmu.com/>
18. อัครวิทย์ สุธรรม, วาฬิกา รัตนจันทร์, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วง 2 ทศวรรษ (2534-2566)”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:217-224.
19. จตุพร เชียงแรง, วาฬิกา รัตนจันทร์, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:209-216.
20. ธนพล ตั้งสกุล, อรรถกร รักษาสัตย์, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อการพัฒนาการดูแลระดับประจักษ์ในช่วง 2 ทศวรรษ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:241-251.
21. สมณัญ พงศานานุรักษ์, วาฬิกา รัตนจันทร์, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:233-240.
22. ชญานิศ รัตนกาญจน์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:225-232.