



## บทที่ 2

### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ยังไม่มีผู้วิจัยเกี่ยวกับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการเสนอวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ จะครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติงานในอดีตที่ผ่านมาก่อนที่จะริเริ่มให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานในสถานีนามัย เพื่อให้มองเห็นสถานการณ์ปัจจุบันและสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะเสนอ เป็นหัวข้อ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ และแนวทางการศึกษาสมรรถนะ  
สถานีนามัย

1. ความเป็นมาของสถานีนามัย
2. การพัฒนาสถานีนามัยจากอดีตถึงปัจจุบัน
3. ประเภทของสถานีนามัย
4. หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนามัย

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในสถานีนามัย

1. การสาธารณสุขมูลฐาน
2. การดูแลตนเอง: กลยุทธ์เสริมการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน
3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสาธารณสุข และการพยาบาล
4. ทิศทางในการพัฒนาบริการพยาบาล: บริการพยาบาลสู่ชุมชน
5. กระบวนการพยาบาลกับการปฏิบัติงานในสถานีนามัย

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการวิจัยแบบ เทคนิค เดลฟาย

## แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะและแนวทางการศึกษาสมรรถนะ

สมรรถนะ หรือในบางครั้งใช้แทนด้วยคำว่า สมรรถภาพ ซึ่งมีความหมายตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Competency เป็นคำที่มีความหมายค่อนข้างกว้าง เพราะรวมถึงความสามารถในการนำทักษะ ความรู้ ที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ในขอบข่ายอาชีพของคน ทั้งในด้านการจัดองค์กร การวางแผนงาน การเปลี่ยนแปลง และการแก้ไขปัญหาที่มีใช้การใช้ทักษะหรือรูปแบบที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ฯลฯ อีกทั้งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะประสานสัมพันธ์หรือปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Good, 1973; Teed, 1988 quoted in Hunt and Wainwright, 1994) หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า สมรรถนะ เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีอยู่อย่างเป็นพิเศษ อันเป็นผลจากการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีคุณสมบัติเหมาะสมกับการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือสามารถแสดงออกให้เห็นพฤติกรรมทางความรู้ เจตคติ และการกระทำที่ดี (กมล สุดประเสริฐ และคณะ, 2526; วีรพล วารารณ, 2530; ราชบัณฑิตยสถาน, 2531; McAschan, 1973 อ้างถึงในกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532; Neufeldt and Guralnik, eds., 1985; The American Heritage of the English Language, 1992)

พยาบาลวิชาชีพ เป็นนักปฏิบัติการทางสุขภาพที่สำคัญมากกลุ่มหนึ่งในทีมสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบที่เป็นลักษณะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพที่พึงจะปฏิบัติต่อสังคมได้ ซึ่งคุณลักษณะเฉพาะที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ คือ จะต้องยอมรับและเข้าใจในความต้องการพื้นฐานของบุคคล ทั้งคนที่ปกติหรือเจ็บป่วย รู้ว่าควรจะให้ความช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและชุมชนเมื่อใด และยังคงเป็นผู้ที่มีความคิด ตัดสินใจจำแนกเรื่องต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมในขอบเขตวิชาชีพ การมีคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวจะช่วยให้จุดมุ่งหมายของการพยาบาลสัมฤทธิ์ผลได้ นั่นคือ ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยการดำรงรักษาส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจะต้องรู้จักวิเคราะห์ ประยุกต์ความรู้ เผยแพร่อุดมคติ เพื่อพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้การดูแลดีขึ้น ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงครอบคลุมการมีความรู้ในขอบเขตที่กว้างขวาง มีทัศนคติ และมีรูปแบบของพฤติกรรมที่สังเกตได้ร่วมกัน เพื่อให้สามารถบริการเฉพาะของวิชาชีพได้

ในการที่จะกำหนดว่า อะไรคือสมรรถนะของวิชาชีพหนึ่ง ๆ และมีองค์ประกอบที่สำคัญอะไรบ้างนั้น เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก และมักไม่ประสบผลสำเร็จในการกำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะในระดับที่ใช้ได้ทั่วไป ทั้งนี้เพราะสมรรถนะมีหลายด้าน หลายแง่มุมให้พิจารณา และยังขึ้นอยู่กับความต้องการระดับท้องถิ่น อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญหลายด้าน เช่น เวลา สถานที่ ทรัพยากรด้านกำลังคน การเงิน ความต้องการด้านสุขภาพ ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองในระดับท้องถิ่นทั้งในปัจจุบันและอนาคต สมรรถนะของงานแต่ละงาน ของแต่ละวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งที่มิได้มีการกำหนดไว้ตายตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ซึ่งส่งผลให้มีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ หรือในวิชาชีพเดียวกันถ้าอยู่ต่างสภาพกันก็จะมี ความแตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อยได้ สิ่งที่จะเหมือนกันก็มีเพียงมนทัศน์เท่านั้น สำหรับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนมัย ขณะนี้ที่ยังไม่มีการกำหนดไว้ว่าควรเป็นเช่นไร เพราะระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม รูปแบบของความเจ็บป่วย ฯลฯ มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ความเป็นสังคมเมืองกำลังกลืนกลานเข้าสู่ชนบท อีกทั้งเป็นแนวทางเลือกใหม่ของการพัฒนาศักยภาพการให้บริการของสถานีนอนมัย โดยการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรผู้ให้บริการด้วยการเริ่มให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานในสถานีนอนมัย ดังนั้นวิธีการที่จะได้มาว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานีนอนมัยคืออะไร และครอบคลุมอะไรบ้างนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี การที่จะเลือกใช้วิธีใดก็พิจารณาตามความเหมาะสม วิธีการศึกษาเหล่านี้ ได้แก่ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532; ทววงมหาวิทยาลัย, 2529; พรขุสี อาชาวอรุณ, 2538)

1. การกำหนดสมรรถนะโดยการประเมินความต้องการและ / หรือความจำเป็น (Needs Assessment Approach) โดยการศึกษาจากกลุ่มผู้ใช้ นักการศึกษา และนโยบายต่าง ๆ ถึงความต้องการที่จะให้มีการจัดเตรียมผู้สำเร็จการศึกษาให้สามารถทำงานอะไร ต้องมีความรู้ ทักษะและทัศนคติอย่างไร ในทางการพยาบาลจะหมายถึงความรู้เกี่ยวกับงานที่พยาบาลจะต้องออกไปปฏิบัติในหน้าที่ของพยาบาล

2. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์งาน (Task Analysis) โดยการจำแนกเนื้อหาและ เป้าหมายของงานให้อยู่ในรูปของงานที่ต้องปฏิบัติ หรือต้องเรียนรู้ แล้วแจกย่อยในรายละเอียดของแต่ละงานให้เป็นระดับย่อยมากที่สุด การวิเคราะห์งานจะช่วยในการกำหนดงานที่ต้องการจะให้เกิดแก่ผู้ปฏิบัติได้ในรายละเอียด

3. การวิเคราะห์กิจกรรมของผู้ปฏิบัติวิชาชีพโดยการเก็บข้อมูลจากกิจกรรมการปฏิบัติในงานประจำจากการสังเกตโดยใช้ผู้ร่วมงาน หรือผู้อื่น

4. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์สมรรถนะอย่างเป็นระบบ (Systemic Competency Analysis) หมายถึง เทคนิคการกำหนดสมรรถนะหรือเป้าหมายที่พัฒนามาจากระบบการวิเคราะห์ตามปกติ ด้วยการจำแนกเนื้อหาของงานออกเป็นหน่วยย่อยที่เป็นรูปแบบชัดเจน

5. การใช้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ (Expert Judgement) การใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นกลุ่มในการตัดสินใจแจกแจงพฤติกรรมของนักปฏิบัติการวิชาชีพว่า ผู้มีสมรรถนะในวิชาชีพนั้น ต้องมีความรู้เรื่องอะไรบ้าง มีทักษะที่ต้องการและต้องมีทัศนคติทางวิชาชีพอะไรบ้าง ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาตัดสินว่า

5.1 ความรู้และทักษะใดที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ

5.2 เรียงลำดับความสำคัญมากน้อยของความรู้และทักษะเหล่านั้น เช่น จำเป็นเป็นที่ต้องการแต่ไม่จำเป็น เป็นประโยชน์แต่ไม่ควรกำหนดให้ต้องมีและไม่สำคัญ

5.3 ระบุองค์ประกอบเฉพาะเจาะจงภายใต้หัวข้อเรื่องเหล่านี้

5.4 ให้นิยามเชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบเหล่านี้ และกำหนดระดับของสมรรถนะที่นักปฏิบัติการวิชาชีพควรได้แสดงออกในแต่ละเรื่อง

6. การศึกษาความต้องการดูแลด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงว่าสภาพการณ์ใดที่ต้องเผชิญเมื่อไปปฏิบัติงาน เตรียมพร้อมบทบาทที่ต้องเผชิญ และปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การศึกษานันทนาการดูแลรักษาพยาบาลที่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข จะได้ทราบถึงปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพในสภาพที่เป็นจริงได้

8. การศึกษาสภาพความเป็นจริงในสังคม เศรษฐกิจและการเมือง

9. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์ตามหลักการทางทฤษฎี (Theoretical Approach)

การกำหนดสมรรถนะที่ชัดเจน จะเป็นหนทางนำไปสู่การสร้างกิจกรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ แต่สิ่งสำคัญที่ต้องควรคำนึงถึง ก็คือ จะต้องเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเป็นจริง Hall และ Jones ได้จำแนกสารบบของสมรรถนะไว้ดังนี้ (Hall and Jones, 1976 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

1. สมรรถนะเชิงความรู้ (Cognitive Competencies) หมายถึง ความรู้เฉพาะ ความเข้าใจ ความสามารถในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์
2. สมรรถนะเชิงเจตคติ (Affective Competencies) จะเกี่ยวข้องกับค่านิยม เจตคติ และความสนใจที่แสดงออกในการปฏิบัติงานของตนเอง
3. สมรรถนะเชิงปฏิบัติการ (Performance Competencies) เป็นพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นทักษะการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นว่ามีการลงมือกระทำจริง ๆ เช่น สอนปัสสาวะได้ เป็นต้น สมรรถนะเชิงปฏิบัติการนี้มักจะ เป็นผลสืบเนื่องมาจากสมรรถนะเชิงความรู้
4. สมรรถนะเชิงผลผลิต (Consequence or Product Competencies) เป็นสมรรถนะที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถของการกระทำเพื่อเปลี่ยนอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทำให้เกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้น หรือกระทำงานในอาชีพได้ประสบผลสำเร็จ
5. สมรรถนะเชิงแสดงออก (Exploratory or Expressive Competencies) เป็นความสามารถที่แสดงถึงการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้เพื่อพัฒนาผลงาน

จากเหตุผลและแนวคิดที่เกี่ยวกับ "สมรรถนะ" ดังกล่าวข้างต้น สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สรุปความหมาย "สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ" เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาว่า หมายถึง ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทักษะ ตลอดจนท่าทีและบุคลิกลักษณะที่พยาบาลวิชาชีพพึงมีเป็นพื้นฐาน ที่จะเอื้ออำนวยให้สามารถปฏิบัติงานตามขอบ เขตหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## สถานีอนามัย

### 1. ความเป็นมาของสถานีอนามัย

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด จัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขแถวหน้า (First Line Health Service) แนวคิดของสถานีอนามัยเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทอังกฤษเมื่อปี พ.ศ. 2463 ภายใต้ชื่อว่า "Primary Health Center" ต่อมาในปี พ.ศ. 2473 มีการประชุมกันในยุโรปได้มีการกำหนดนิยามของสถานีอนามัยในชื่อ "Rural Health Center" ว่าหมายถึง สถานบริการที่ทำหน้าที่ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลในสถานที่แห่งเดียวกัน แนวคิดของสถานีอนามัยได้กระจายไปทั่วโลกภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในบางประเทศผู้ให้บริการประจำสถานีอนามัย คือ แพทย์ หรือพยาบาลในพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Health Auxiliary)

สำหรับสถานีอนามัยในประเทศไทย ได้มีวิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้าง และการบริการประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2456 เป็นต้นมาดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ประพนธ์ ปิยรัตน์, 2532)

พ.ศ. 2456 กระทรวงมหาดไทยได้จัดให้มีสถานที่สำหรับช่วยเหลือการเจ็บป่วย และจำหน่ายยาเรียกชื่อว่า "โอสถสภา" หรือ "โอสถศาลา" หรือ "โอสถสถาน" มีสาธารณสุขมูลคผลเป็นผู้บังคับบัญชากำลังเจ้าหน้าที่ ทำหน้าที่ให้บริการประชาชนในระดับจังหวัดลงมาโดยแพทย์ประจำจังหวัด

พ.ศ. 2475 เปลี่ยนชื่อจาก "โอสถสภา" เป็น "สุขศาลา" มีสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชา สุขศาลานี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สุขศาลาชั้น 1 มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2497 ยกฐานะเป็น "สถานีอนามัยชั้น 1" พ.ศ. 2515 ยกฐานะเป็น "ศูนย์การแพทย์อนามัย" พ.ศ. 2518 ยกฐานะเป็น "โรงพยาบาลอำเภอ" และพ.ศ. 2525 เปลี่ยนชื่อมาเป็น "โรงพยาบาลชุมชน"

2. สุขศาลาชั้น 2 มีนายสิบและพลเสนารักษนอกราชการเป็นผู้ให้บริการ ต่อมา พ.ศ. 2495 ยกฐานะเป็นสถานีอนามัยชั้น 2 และเปลี่ยนชื่อเป็น "สถานีอนามัย" ในปัจจุบันเมื่อสถานีอนามัยชั้น 1 ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลอำเภอในปี พ.ศ. 2518

พ.ศ. 2495 ยกฐานะจาก "สุขศาลาชั้น 2" เป็น "สถานือนามัยชั้น 2" ให้บริการแก่ประชาชนในระดับตำบล และ เปลี่ยนมาอยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข มีพนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ เป็นผู้ให้บริการ พ.ศ. 2518 เปลี่ยนชื่อเป็น "สถานือนามัย" จนถึงปัจจุบัน แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานยังคง เป็นกลุ่ม เดิมและมีพยาบาล เทคนิค เข้ามาร่วมอยู่ด้วย เพียงแต่การเรียกชื่อตำแหน่งของบุคลากร ประจำสถานือนามัย เปลี่ยนแปลงไปตามวาระการปรับปรุงกรอบอัตรา กำลังเจ้าหน้าที่ ตำแหน่งที่ยังคงใช้เรียกชื่อกันในปัจจุบันคือ เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข (หรือผู้ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานือนามัย) และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (พยาบาลเทคนิค ผดุงครรภ์ พนักงานอนามัย)

พ.ศ. 2497 จัดตั้งสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้น เพื่อให้บริการแก่ประชาชนด้านการผดุงครรภ์และการส่งเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน มีผดุงครรภ์อนามัย เป็นเจ้าหน้าที่ประจำอยู่ ปัจจุบันหน่วยงานนี้ได้ยกฐานะ เป็นสถานือนามัยไปหมดแล้ว

เป็นที่น่าสังเกตได้ว่า วัฒนาการการครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข ได้มีการขยายจากระดับจังหวัดกระจายออกไปสู่ระดับตำบล หมู่บ้าน เป็นลำดับพร้อมทั้งมีความพยายามที่จะให้บริการเป็นแบบ เฉพาะด้าน เช่น ด้านการผดุงครรภ์ ด้านการส่งเสริมอนามัยให้แก่ประชาชนในระดับปลายสุด แต่ในปัจจุบันนี้แนวโน้มกลับเป็นการรวบรวมเอาบริการต่าง ๆ มาไว้ในที่แห่งเดียวกันในสถานบริการที่เรียกว่า "สถานือนามัย" สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ เมื่อมีการขยายบริการไปสู่ระดับที่ต่ำกว่าระดับจังหวัดนั้น บุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธาณสุขมิใช่แพทย์อีกต่อไป โดยมีการนำเอาบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีที่จัดอยู่ในกลุ่มสาขาอาชีพช่างเคียงแพทย์ ซึ่งมีความสามารถในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครวมทั้งการสุขภาพด้วย ทั้งนี้คาดว่ามิสาเหตุจากการขาดแคลนแพทย์ อย่งไรก็ดีในภาวะการณ์ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ปัญหาความไม่ครอบคลุมของการให้บริการสุขภาพนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น อันเนื่องมาจากปริมาณและคุณภาพของบุคลากรผู้ให้บริการยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั่นเอง

## 2. การพัฒนาสถานื่อนามัยจากอดีตถึงปัจจุบัน

จาก "โอสถสภา" หรือ "โอสถศาลา" ที่จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2456 ได้มีการพัฒนาแยกออกเป็นสองสาย สายแรกพัฒนาไปเป็น "สุขศาลาชั้น 1" สู่ "ศูนย์การแพทย์อนามัย" และเป็น "โรงพยาบาลชุมชน" ส่วนอีกสายหนึ่งพัฒนาเป็นสุขศาลาชั้น 2 และเป็น "สถานื่อนามัย" ในปัจจุบัน เมื่อมองย้อนการพัฒนาทั้งสองสายแล้ว จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันมาก ในส่วนของสถานื่อนามัย อดีตที่ผ่านมาได้รับการพัฒนาน้อยที่สุดทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐาน อัตราค่าส่งเจ้าหน้าที่ และเทคโนโลยีการปฏิบัติงาน ลักษณะการพัฒนาจะค่อย ๆ เปลี่ยนไปภายใต้นโยบายจากส่วนกลางและงบประมาณที่จำกัด บทบาทที่ส่วนกลางมอบให้สถานื่อนามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการสุขาภิบาลเป็นหลัก ส่วนการรักษาพยาบาลเป็นด้านรอง บุคลากรของสถานื่อนามัยจึงได้รับการเตรียมและฝึกฝนตามบทบาทดังกล่าว แต่ในสภาพการณ์ที่เป็นจริงแล้ว ประชาชนในชนบทยังมีความต้องการการรักษาพยาบาลที่ทันทั่วถึง ทำให้เกิดปัญหาการให้การรักษาพยาบาล เกินขอบเขตหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ด้วยเหตุที่กล่าวมาข้างต้น สถานื่อนามัยจึงมีขีดจำกัดในการให้บริการ และไม่อาจสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนอย่างเต็มที่ จากปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีความพยายามที่จะปรับปรุง พัฒนาสถานื่อนามัย เพื่อให้เป็นสถานบริการอันเป็นที่พึงของประชาชนในชนบทให้มากที่สุดตลอดมา

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้มีการริเริ่มจัดทำแผนพัฒนาระดับชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2502 และได้มีการประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ. 2504-2509) ในระยะแรกของแผนส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญแก่การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ จนกระทั่งถึงช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 จะมีเรื่องของการพัฒนาสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย สังเกตได้จากชื่อของแผนพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีคำว่า "และสังคม" ต่อท้าย แผนพัฒนาสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ได้ถูกบรรจุไว้ในการดำเนินงานตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ในส่วนของการพัฒนาสถานื่อนามัยนั้นยังไม่มีโครงการพัฒนาที่เด่นชัด นอกจากมีการพัฒนาในรายละเอียดปลีกย่อย เพื่อสนองตอบต่อนโยบายหลักของประเทศ เช่น การจัดทำโครงการรักษาพยาบาลทางวิทยุ การปรับปรุงหลักสูตรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยการเพิ่มเนื้อหาด้านการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ได้มีการนำเอาการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาเป็นกลยุทธ์หลักในการดำเนินงาน โดยเริ่มให้มีกองทุนยาประจำหมู่บ้าน





โครงการต่าง ๆ รวมถึงการปรับปรุงอาคารและสถานที่บางส่วน แต่เมื่อเวลาผ่านไปริ้วรอย การพัฒนาต่าง ๆ เหล่านั้น ก็เริ่มเข้าสู่สภาพที่ "ลบบเลือน" ไม่ว่าจะเป็นความสับสนของระบบ ระเบียบรายงาน หรือการจัดสำนักงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นการจัดโครงการที่มุ่งทำตามขั้นตอน การปฏิบัติ เป็นสำคัญ เมื่อครบตามขั้นตอนแล้วก็หมายถึงจบโครงการ ขาดการติดตามผลและขยาย การพัฒนาให้ฝังรากลึกเข้าสู่การพัฒนาเชิงคุณภาพอย่างแท้จริง

จึงกล่าวได้ว่า โครงการนี้เปรียบเสมือนโครงการอิสระที่มีความสมบูรณ์ครบ ถ้วนในตัวเอง และจำกัดแวงดวงอยู่เพียงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานเท่านั้น ยัง ขาดการเชื่อมโยงโครงการให้เข้ากับระบบการสนับสนุนอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ในสถานีนามัย ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร หรือวิชาการที่เอื้ออำนวยต่อการเพิ่ม ศักยภาพการปฏิบัติงาน ทำให้โครงการนี้แทบจะไม่ปรากฏผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ เจ้าหน้าที่ในสถานีนามัย เพราะในส่วนของประชาชนแม้จะรับรู้ว่สถานีนามัยมีการตกแต่งใหม่ ทำให้สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงไป แต่ก็มีได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดให้ประชาชนไป รับบริการเพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด (สมมาตร พรหมภักดี และคณะ, 2532)

## 2.2 การสนับสนุนสถานีนามัยภายใต้โครงการแพทย์หมุนเวียน

โครงการนี้เป็นความพยายามของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ที่จะ เพิ่มขีดความสามารถทางการรักษาพยาบาล และคุณภาพของการบริการระดับสถานีนามัย ภายใต้โครงการชื่อต่าง ๆ กัน เช่น โครงการรักษาพยาบาลโดยแพทย์หมุนเวียน โครงการขยาย บริการผู้ป่วยนอกสู่ชุมชน (Extend Out Patient Service) โครงการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เป็นต้น สำระสำคัญของโครงการรูปแบบนี้ คือ การจัดทีมจากโรงพยาบาลชุมชนประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่น ๆ ตามความเหมาะสมไปให้บริการที่สถานีนามัย ควบคู่ไปกับการฝึกอบรมระหว่างให้บริการ และการนิเทศงานด้านรักษาพยาบาล โดยแต่ละแห่ง ปรับเปลี่ยนการจัดองค์ประกอบของทีม ภาระหน้าที่ ความถี่ และระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละ ครั้งให้เหมาะสม จนกระทั่งสถานีนามัยแห่งนั้น ๆ มีศักยภาพเพียงพอที่จะดำเนินกิจกรรมตาม ที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการดำเนินงานโดยภาพรวมแล้วสามารถพัฒนาระบบบริการ ผู้ป่วยในสถานีนามัยขึ้นมาได้ระดับหนึ่ง เช่น โครงการนี้ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยมีความรู้

เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคเพิ่มขึ้น แต่ก็ถูกจำกัดด้วยรายการยาที่กำหนดให้ใช้ ดังนั้นวิธีการดังกล่าวเพียงแต่ทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ส่วนดีของโครงการนี้ยังส่งผลให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนตระหนักถึงศักยภาพในงานรักษาพยาบาล และระบบบริการของเจ้าหน้าที่สถานีนามยัตีขึ้น ทำให้มีการจัดระบบการให้บริการที่พยายามดึงสถานีนามยเข้ามามีบทบาทร่วมโดยใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยมาเป็นกลไกในการดำเนินงาน เช่น ส่งผู้ป่วยซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนามยสามารถให้การดูแลได้กลับไปรักษาต่อที่สถานีนามย เป็นต้น และในปัจจุบันโครงการนี้ก็ยังคงมีการดำเนินการอยู่ในบางท้องที่

จากโครงการพัฒนาสถานีนามยที่สำคัญ 2 โครงการที่กล่าวมานั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เคยปฏิบัติงานอยู่ในทีมพัฒนาสถานีนามยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทั้ง 2 โครงการ มีความเห็นว่า โครงการพัฒนาดังกล่าวมีสภาพคล้ายคลึงกันประการหนึ่ง คือ แนวคิดการพัฒนานั้นก่อตัวจากองค์กรระดับบน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเอง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามย แทบจะไม่มีส่วนรับรู้การกำหนดทิศทางงานของตนเอง บทบาทที่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่สถานีนามยที่สนองต่อโครงการ คือ การปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกชี้แนะจากทีมพัฒนาไม่ว่าจะเต็มใจหรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้ในบางกิจกรรม เช่น การจัดระบบบริการผู้ป่วย ระเบียบรายงาน เป็นงานที่สามารถปฏิบัติให้แล้วเสร็จได้ในระยะเวลาอันสั้น ในขณะที่กิจกรรมอื่น ๆ ต้องอาศัยระยะเวลาของการก่อตัวเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่น กิจกรรมที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ ระบบบริการที่ต้องอาศัยองค์ประกอบของประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม อันเป็นแนวทางหลักของการปฏิบัติงานในระดับนี้ ระบบการส่งต่อ หรือการพัฒนาจิตสำนึกการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์สาธารณะของเจ้าหน้าที่ดูเหมือนว่าจะยังไม่เห็นผลชัดเจน อีกทั้งรูปแบบการพัฒนา ยังขาดความชัดเจน แต่ละแห่งไม่ยึดหลักการพัฒนาอันเดียวกัน การสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งไม่เท่าเทียมกัน ประกอบกับภาระงานที่ต้องปฏิบัติมีอยู่เป็นจำนวนมาก การขาดแคลนบุคลากรประจำสถานีนามยที่มีความสามารถ ทำให้การพัฒนาสถานีนามยให้เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขเบื้องต้นที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรและยังเป็นปัญหาต่อเนื่องมาจวบจนทุกวันนี้ ซึ่งจากรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับสถานีนามยที่กล่าวมาทั้งหมดพอจะวิเคราะห์สถานภาพของสถานีนามยในปัจจุบันได้ 2 ประเด็นคือ

**ประเด็นที่ 1: จุดเด่นของสถานื่อนามัยในระบบบริการสาธารณสุข**

1. เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด มีช่องว่างของความเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับสถานบริการสาธารณสุขในระดับอื่น ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน บริการแบบองค์รวม และสามารถสร้างให้มีความต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี

2. สามารถให้บริการได้ในราคาถูก มีมาตรฐาน และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถ้าได้รับการพัฒนาและแก้ไขอย่างถูกต้อง

3. มีจำนวนครอบคลุมทั่วประเทศ มีกำลังคนมากที่สุดหากนับในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข ถ้าได้รับการพัฒนาศักยภาพจะเอื้อประโยชน์ต่อประเทศชาติเป็นอย่างมาก

**ประเด็นที่ 2: สภาพปัญหาของสถานื่อนามัยในระบบบริการสาธารณสุข**

1. สถานื่อนามัยเป็นกลไกของรัฐที่ยื่นเข้าไปในชุมชน แต่ชุมชนยังไม่มีโอกาสเป็นเจ้าของและเข้าไปมีส่วนร่วม จึงขาดความร่วมมือของประชาชนอย่างแท้จริง

2. ปริมาณงานมากเกินไป ระบบบริหารราชการแบบศูนย์รวมอำนาจทำให้สถานื่อนามัยต้องคอยรับคำสั่งแต่ฝ่ายเดียวจากหน่วยเหนือ ทำให้งานล้นมือ ทั้งที่งานที่ทำไปนั้นจะสอดคล้องกับชุมชนหรือไม่ก็ตาม

3. เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยมีไม่เพียงพอ ทั้งในด้านปริมาณและขีดความสามารถ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการวางแผนงาน การบริหารจัดการ การใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และที่สำคัญที่สุด คือ การทำงานในชุมชนและการประสานงานกับหน่วยอื่น ๆ การทำงานจึงมักเป็นการทำตามแผนงาน หรือโครงการมากกว่าการวิเคราะห์ปัญหา การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยการผสมผสานกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมาย

4. ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ยังเป็นแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก แสดงให้เห็นชัดว่าเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยยังแสดงบทบาทของผู้ให้บริการมากกว่าที่จะเป็นผู้สนับสนุนบริการ นอกจากนี้ลักษณะของบริการที่ให้มีแนวโน้มว่าจะเป็นการดูแล เป็นรายบุคคลมากกว่าครอบคลุม จากประสบการณ์ของผู้วิจัยเองเห็นได้จาก การนำระบบบัตรผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนมาใช้แทนบัตรอนามัยครอบครัว (รบ.1ต03) และการขาดการสำรวจข้อมูลในบัตรอนามัยครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

5. แนวคิดการจัดบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค ที่ให้สถานื่อนามัยเป็นหน่วยงานในระดับต้น แล้วเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนในระดับต่อมา เป็นแนวคิดที่ถูกต้อง แต่ในทางปฏิบัติยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ทำให้ระบบส่งต่อ ความเชื่อมโยง การสนับสนุนกันมีปัญหา ส่งผลต่อการพัฒนาสถานื่อนามัยอยู่มาก

6. สภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงเร็วมากอันเนื่องมาจาก นโยบายการพัฒนาของประเทศ ทำให้ประชาชนมีความต้องการบริการด้านสุขภาพ และมีโอกาสเลือกมากขึ้น ในขณะที่สถานื่อนามัยยังพัฒนาได้ช้าทั้งเชิงคุณภาพ และความศรัทธา

7. การมองสถานื่อนามัยเป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ ทำให้การพัฒนาในบางพื้นที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

จากผลของการพัฒนาสถานื่อนามัยที่เป็นรูปธรรมในช่วงเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา ยังไม่เป็นที่น่าพอใจและไม่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชนได้ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ตระเลียดต่อความสำคัญของสถานื่อนามัยในระบบบริการด้านสุขภาพ แต่กลับจะตระหนักมากยิ่งขึ้นในบทบาทของสถานื่อนามัย ที่จะมีส่วนทำให้ภาวะสุขภาพของประชาชนสู่จุดหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งถ้านับจาก ณ จุดนี้ก็เหลือเวลาอีกเพียง 5 ปีเท่านั้น ดังนั้นนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 จึงได้กำหนดให้การพัฒนาสถานื่อนามัยเป็นเรื่องเร่งด่วนและสำคัญ ที่ต้องดำเนินการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อันเป็นจุดกำเนิดของแนวทางในการพัฒนาสถานื่อนามัยในยุคปัจจุบันภายใต้ชื่อ "โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานื่อนามัย (ทสอ.)"

### 2.3 โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานื่อนามัย (ทสอ.)

โครงการนี้เป็นความต่อเนื่องจากผลการพัฒนาสถานื่อนามัยที่ผ่านมา ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาสถานื่อนามัยในอดีตมักจะใช้รูปแบบการพัฒนาที่เฉพาะเจาะจงในส่วนตัวส่วนหนึ่ง ผลของการพัฒนาจึงเกิดความไม่เท่าเทียมกันภายในระบบบริการของสถานื่อนามัยเองซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานในภาพรวมทั้งหมดยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นในการดำเนินงานของโครงการนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายและกลวิธีการพัฒนาสถานื่อนามัยให้ชัดเจน และเป็นระบบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2544 โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. พัฒนabethาบท หน้าที่ของสถานื่อนามัยให้สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบทั้งในส่วนที่ดำเนินการเอง และในส่วนที่สนับสนุนการดำเนินงานโดยประชาชนและชุมชน
2. พัฒนาโครงสร้างทั้งด้านอาคาร สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับบทบาท หน้าที่ และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ
3. พัฒนาเจ้าหน้าที่ประจำสถานื่อนามัยทั้งในเชิงประ เภท ปริมาณ คุณภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนาชนบท
4. พัฒนาระบบบริหารและสนับสนุน เพื่อให้สถานื่อนามัยสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. พัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสามารถให้การสนับสนุนงานของสถานื่อนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาสถานื่อนามัยตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานื่อนามัยนั้นมีแนวทางการพัฒนาหลัก ๆ 5 ด้านดังนี้

1. การพัฒนาบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของสถานื่อนามัย
2. การผลิต และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และการสนับสนุนทรัพยากร
4. การบริหารการเงิน และงบประมาณ
5. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

### 3. ประเภทของสถานื่อนามัย

สถานื่อนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้าง และการบริการประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2456 เป็นต้นมา ทั้งนี้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และสถานื่อนามัยในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานื่อนามัย (พ.ศ. 2535-2544) ได้จัดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.1 สถานีนอนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 4 งาน ได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชุมชน งานบริหาร งานวิชาการ

3.2 สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนอนามัยที่พัฒนาขึ้นจากสถานีนอนามัยทั่วไป หรือสถานีนอนามัยที่จัดสร้างขึ้นใหม่ตามมาตรฐานกำหนดให้เป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย สถานีนอนามัยในลักษณะนี้ถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานของสถานีนอนามัยทุกแห่งในอนาคต และมีเกณฑ์ในการจัดตั้งดังนี้

3.2.1 เป็นสถานีนอนามัยที่เป็นศูนย์กลางของตำบลข้างเคียง รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 5,000 คนขึ้นไปหรือ

3.2.2 เป็นสถานีนอนามัยในเขตพื้นที่เฉพาะ เช่น เขตที่มีพื้นที่ในความรับผิดชอบกว้างขวาง ทุรกันตาร ในเขตอุตสาหกรรม และประชากรหนาแน่น

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ที่จัดตั้งขึ้น ถูกกำหนดให้มีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ เช่นเดียวกับสถานีนอนามัยทั่วไป แต่มีบางส่วนที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่

1. ต้องทำหน้าที่เป็นสถานีนอนามัยที่เลี้ยงที่จะช่วยเหลือ และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสถานีนอนามัยทั่วไป เช่น การนิเทศงาน การประยุกต์การทำงานที่เป็นแบบอย่าง
2. ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ ได้แก่ ประชากรในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันตาร ในเขตอุตสาหกรรม และเขตประชากรหนาแน่น

ขีดความสามารถที่สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ถูกกำหนดให้มีมากกว่าสถานีนอนามัยทั่วไปมีดังนี้

1. ด้านการรักษาพยาบาล พัฒนาระดับในการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

1.1 ดูแลผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ ได้กว้างขึ้น (ประเภทของโรค) และมีประสิทธิภาพ (คุณภาพการบริการและระดับความรุนแรง)

- 1.2 ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน วัณโรค โรคเรื้อน และผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 1.3 ให้อาฉุกฉุคที่จำเป็น เพื่อบรรเทาพยาธิสภาพระหว่างการรับและส่งต่อผู้ป่วยทั้งด้านอุบัติเหตุ ภัยพิบัติ หรือภาวะฉุกฉุคอื่น ๆ
- 1.4 ให้บริการด้านสัลยกรรมขนาดเล็ก เช่น การเย็บแผล การผ่าตัดเล็ก เป็นต้น
- 1.5 มีความรู้ ความสามารถในการใช้ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ
- 1.6 ให้บริการชั้นสูตรพื้นฐาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจพยาธิ และ ตรวจเสมหะ เป็นต้น

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้แก่ การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่การฝากครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอดให้ครบวงจรในสถานีนอนามัยได้ รวมทั้งการกลั่นกรองภาวะครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะแทรกซ้อน

การจำแนกประเภทสถานีนอนามัยตามขนาดความรับผิดชอบนี้ จะยังคงเรียกชื่อว่า "สถานีนอนามัย" เหมือนกันทุกแห่ง และอยู่ภายใต้กรอบมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้สถานีนอนามัยทำงานได้อย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน การแบ่งสถานีนอนามัยในที่นี้เป็นเพียงยุทธวิธีการพัฒนาภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งไม่สามารถจะพัฒนาสถานีนอนามัยทุกแห่งให้เป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ได้ในระยะเวลาอันสั้น

#### 4. หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนอนามัย

จากการดำเนินงานในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ได้มีการปรับปรุงให้สถานีนอนามัยมีหน้าที่ และความรับผิดชอบดังต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2535)

##### 4.1 งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ดังนี้ คือ

4.1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมกิจการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่ม เป้าหมาย และ เน้นการพัฒนาวิถีเชิงรุกที่เหมาะสม ได้แก่ งานอนามัยแม่และ



เด็ก การวางแผนครอบครัว การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ซึ่งรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ เยาวชนนอกระบบโรงเรียน การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป การบริการทันตสาธารณสุข การคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง

4.1.2 ด้านรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้ บริการได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชนบท เขตชนบทกึ่ง เมือง และเขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติการได้ตาม เกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถาน บริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตาม เกณฑ์ ทั้งโรคทั่วไป และ โรคประจำท้องถิ่น ดังต่อไปนี้คือ

4.1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษา พยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำท้องถิ่น โดย สามารถตรวจหาทางห้องปฏิบัติการ เบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือ เบื้องต้น และ ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้น แล้วยังสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย เรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ โดยจัดระบบส่งต่อได้เหมาะสม

4.1.2.2 ขีดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการ ปฐมพยาบาล การตรวจหาทางห้องปฏิบัติการ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วย เรื้อรังที่ส่งต่อ จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรม ด้านสูติกรรม และด้านทันตกรรม

4.1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

4.1.3 ด้านการควบคุมและการป้องกันโรค เฝ้าระวังทางระบาด- วิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

4.1.3.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ดำเนินการ ควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกชุมของโรคและความรุนแรงของ โรคโดยการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุขศึกษา และฝึกอบรมประชาชน ครู นักเรียน ในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะกลุ่มโรคติดต่อ ดังนี้ คือ กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลง

หรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาเลเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปลิโอ และบาดทะยัก

4.1.3.2 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุศึกษาเพื่อรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่ม เป้าหมาย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไป โรคไม่ติดต่อเฉพา เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่น ๆ

4.1.3.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อควบคุมป้องกันโรคซึ่งมาจากน้ำ อาหารและอากาศ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

4.1.4 ด้านฟื้นฟูสุขภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ หรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้พิการในชุมชนที่รับผิดชอบได้อย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

4.1.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุศึกษา ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพโดยวิธีการทางสุศึกษาให้ประชาชนกลุ่ม เป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสถานบริการ รวมทั้งในสถานศึกษา

#### 4.2 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

4.2.1 ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงานรวมทั้งให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

4.2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วินิจฉัยปัญหาชุมชน และประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามแผน ควบคุมกำกับงาน และประเมินผลงาน

#### 4.3 งานบริหาร

4.3.1 ด้านบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุและยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์

4.3.2 ด้านวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูลข่าวสารและระบาคติวิทยา

4.3.3 ด้านการประสานงานและการประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงาน ให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ

#### 4.4 งานวิชาการ

ด้านการวิจัย เบื้องต้นให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการ และสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

สรุปได้ว่า โครงการพัฒนาสถานีอนามัยที่จัดทำขึ้นใหม่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 นี้ได้พยายามหาแนวทางที่จะขจัดปัญหาที่ยังคงมีอยู่ในสถานีอนามัยให้หมดไป ด้วยการมองทั้งระบบของการปฏิบัติงาน ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วความคิดแบบนี้ น่าจะได้มีการถ่ายทอดมาเป็นวิธีการดำเนินงานมาตั้งนานแล้ว เพราะในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขนั้น การนำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ ถือเป็นหลักการสำคัญที่ได้ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติมาโดยตลอด อย่างไรก็ตามสิ่งที่ถือสำคัญที่จะช่วยให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จได้ก็คือ "บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน" นั่นเอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในสถานีอนามัย

##### 1. การสาธารณสุขมูลฐาน

###### 1.1 ความเป็นมาของการสาธารณสุขมูลฐาน

นโยบายการพัฒนาของประเทศโลกที่ 3 ที่ผ่านมามีในอดีตนั้นล้วนได้แบบอย่างจากแนวทางการพัฒนาที่เน้นการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติโดยไม่คำนึงถึงว่าแนวทางดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อกลุ่มชนใดในสังคม ทั้งนี้ด้วยความเชื่อพื้นฐานที่ว่าผลประโยชน์อันเนื่องมาจากการเจริญเติบโตดังกล่าว จะสามารถทำให้ระบบเศรษฐกิจส่วนอื่น ๆ พัฒนาตามไป

ด้วย แต่ในความเป็นจริงแล้วปรากฏการณ์ดังกล่าวหาได้เกิดขึ้นไม่ ในทางตรงข้ามกลับพบว่า ในขณะที่มีการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาตินั้น ภาวะความไม่เท่าเทียมกันของรายได้และการขยายตัวของช่องว่างความยากจนในหมู่ประชาชนก็กำลังเพิ่มควบคู่กันไป ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่ยังอยู่ในชนบท ต้องอยู่ในภาวะแห่งความยากจนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนด้วยปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาโภชนาการ ปัญหาความรู้หนังสือ การขาดแคลนที่อยู่อาศัย ภาวะการว่างงาน และรายได้ต่ำ ยิ่งไปกว่านั้นการบริการทางสังคมต่าง ๆ ที่รัฐมอบให้กับประชาชนที่รวมถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย ก็มีแนวโน้มที่จะ เป็นไป เพื่อคนมีฐานะร่ำรวย ที่มี เป็นส่วนน้อยและอยู่ใน เขต เมืองมากกว่าประชาชนผู้ยากไร้จำนวนมากในชนบท ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ ช่วยซ้ำเติมสถานการณ์ของคนยากจนให้เลวร้ายมากขึ้นไปอีก (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, สุพจน์ เต็มดวง, และ ลือชัย ศรีเงินยวง, 2530)

ในราวต้นปี พ.ศ. 2513 กระแสความคิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาดังกล่าวเริ่มไม่เป็นที่ยอมรับอีกต่อไป และแนวคิดที่ถูกเสนอขึ้นในแนวใหม่เริ่ม เน้นหนักความทั่วถึงของการกระจายทรัพยากร และให้ความสำคัญต่อการวัดการพัฒนาโดยใช้ดัชนีทางสังคมเพิ่มขึ้น แนวคิดที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ แนวคิดของการพัฒนาที่มุ่งสนองต่อความต้องการพื้นฐานของประชาชน (Basic Human Needs Approach) ซึ่งยุทธวิธีที่จะตอบสนองจุดมุ่งหมายดังกล่าวคือ การพัฒนาโดยอาศัยพลังประชาชน (Gish, 1978) ในด้านสาธารณสุขกระแสความคิดในลักษณะ "สุขภาพโดยประชาชน" ได้แสดงออกอย่างชัดเจนจากแนวนโยบายขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 29 เมื่อเดือนพฤษภาคม ในปี พ.ศ. 2519 เลขานุการองค์การอนามัยโลก ได้เรียกร้องให้มีการใช้มาตรการที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้ องค์การอนามัยโลกได้มีบทบาทสำคัญที่จะร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ ในการสนับสนุนแผนงานพัฒนาชนบทระดับชาติในประเทศต่าง ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดปัญหาความยากจนและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นจนกระทั่งถึงคำประกาศอัลมาอตา (Health for All by the Year 2000) ในปี พ.ศ. 2521 ที่เรียกร้องให้มวลสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ใช้ "การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care )" เป็นยุทธวิธีในการขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรเพิ่มมากขึ้น โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ "การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในปี ค.ศ. 2000" คำว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้า" หรือ "Health for All" นั้นหมายถึง การที่ประชาชนทุกคนในโลกมี



สุขภาพอนามัยในระดับที่สมควรอันจะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่าง เป็นปกติสุข ตามสภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละท้องถิ่น

การสาธารณสุขมูลฐาน ถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านแนวความคิด สังคม เทคโนโลยีและ เศรษฐกิจ และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เน้นความสามารถ (Calliere, 1980) ซึ่งใช้เป็นหลักของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาจนทุกวันนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด หมายความว่า เกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะเน้นให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการเกิดโรคด้วยตนเอง ระบุปัญหาของตนเองและเน้นให้ประชาชนมีความสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สาธารณสุขมูลฐานไม่สามารถแยกออกจากสังคมได้ เพราะทุกอย่างที่มีผลกระทบต่อสุขภาพล้วน เป็นองค์ประกอบของสังคมทั้งสิ้น ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐาน ก็คือ การทำให้ประชาชนได้อยู่ในที่ของตนเองอย่างถูกต้อง และพยายามศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยที่กำลัง เผชิญอยู่ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองตามความต้องการ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงจึงมีผลกระทบทั้งทางด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และประชาชน บุคลากรสาธารณสุขจึงควรลดความสำคัญของตนเองลงไป และช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ ความสามารถมากขึ้น รวมทั้งทำให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหของท้องถิ่น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี หมายความว่า พยายามใช้เทคโนโลยี ในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม ซึ่งทุกคนสามารถใช้ได้

4. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการให้การดูแลอย่างง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องการบุคคลที่มีความชำนาญ เป็นพิเศษซึ่งต้อง ใช้อัตรากำลังสูง นอกจากนี้การดำเนินงานยังได้พยายามตัดแปลงใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น

## 1.2 หลักการแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานมีปรัชญาตามแนวคิดที่ว่า "สุขภาพ เป็นสิทธิพื้นฐานที่แต่ละคนและชุมชนต้องร่วมกันรับผิดชอบ และสร้างความเท่าเทียมกันในโอกาสที่จะได้รับบริการ และถือเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนนั้น ๆ ด้วย" (Holzemer, 1992 quoted in McMurray, 1993) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) ได้ให้นิยามของ

"การสาธารณสุขมูลฐาน" เป็นแนวทางไว้ว่า หมายถึง บริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นหลักการที่เป็นไปได้จริง ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เป็นวิธีการที่สังคมยอมรับ ทุกคนและทุกครอบครัวสามารถจะเรียนรู้เทคโนโลยีนั้นได้ และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ อยู่ในกรอบที่ชุมชนและประเทศชาติจะสนับสนุน หรือจรรโลงได้ทุกขั้นตอนด้วยความสำนึกในการพึ่งตนเองและการตัดสินใจด้วยตนเองของประชาชน หรือชุมชนเป็นสำคัญ การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นส่วนที่ผสมผสานระหว่างระบบสาธารณสุข การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจในชุมชนของประเทศ เป็นจุดรวมสำคัญของการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เป็นจุดแรกที่ประชาชนจะเข้ามาเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงเป็นสิ่งเกื้อหนุนให้บริการสาธารณสุขของรัฐ เข้าไปใกล้ชิดกับความเป็นอยู่ของประชาชนมากที่สุด และจัดได้ว่า เป็นองค์ประกอบแรกของขบวนการสาธารณสุขต่อเนื่อง

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบล และหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาชุมชนด้านอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง นับเป็นบริการสุขภาพของประชาชน โดยประชาชนเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง (ล่อ หุตางกูร, 2526)

McMurray (1993) ได้กล่าวถึง การสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า เป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีหลักการพื้นฐานสำคัญ 5 ประการ คือ ประชาชนมีโอกาสที่จะได้รับบริการเท่าเทียมกัน (Equity) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนั้นได้ (Accessability) ให้อำนาจแก่ประชาชนในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Empowerment) บริการที่จัดให้มันต้องสอดคล้อง หรือไม่ขัดกับวัฒนธรรมของชุมชน (Cultural Sensivity) และประชาชนสามารถกำหนด หรือตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง (Self-Determinism)

เมื่อวิเคราะห์คำนิยามดังกล่าวของการสาธารณสุขมูลฐานข้างต้น สรุปได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐาน เกิดจากแนวคิดที่ต้องการครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุขและ

ผสมผสานไปกับการเสริมสร้างการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดย เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ และการดำเนินงานนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งหลักการเหล่านี้จะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก็ต่อเมื่อประชาชนสามารถพัฒนาตนเองให้คิดเป็น มองเห็นปัญหาที่มีอยู่ตามสภาพที่เป็นจริง ยอมรับปัญหา มีความคิด ความต้องการที่จะแก้ไข และมีความรู้ ความสามารถอย่างเพียงพอที่จะพัฒนาตนเองครอบครัวและชุมชนได้โดยหน่วยงานของรัฐมีบทบาทในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการในเรื่องความสามารถช่วยเหลือตนเองของประชาชนทั้งในด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

จากคำนิยามของ "การสาธารณสุขมูลฐาน" ที่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ในข้างต้นจะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนถูกกำหนดให้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน และจะเห็นได้ว่า การมองการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ได้มีการยอมรับบทบาทของรัฐในการเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาให้เกิดการพึ่งตนเองและพัฒนาความสามารถของชุมชน ลักษณะแนวคิดดังกล่าวนี้ปรากฏชัดเจนในเอกสารขององค์การอนามัยโลกเรื่อง Community Participation, Health and Development: The Primary Health Care Approach in Health and Development ที่ได้กล่าวไว้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นอยู่ของประเทศสมาชิกนั้น เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถูกกระตุ้น หรือชักนำ ชักชวนให้เกิดขึ้นโดยองค์การภายนอก (Induce Participation) โดยกระบวนการปลุกเร้าจากผู้กระตุ้น (Catalyst) ซึ่งได้แก่ ข้าราชการ หรืออาสาสมัคร โดยผ่านกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้น ประชาชนจะค่อยพัฒนาความคิดริเริ่มที่เป็นของตนเอง เกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไป และจะขยายบทบาทการมีส่วนร่วมไปสู่กิจกรรมการพัฒนาอื่น (Mochny, 1982)

Hollnsteiner (1982 อ้างถึงใน บังอร ฤทธิดี, 2528) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานว่า "ถึงแม้จะเป็นที่ยอมรับว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นส่วนสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ยังมีข้อถกเถียงที่ต้องการข้อสรุป คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นวิธีการ หรือเป็นวัตถุประสงค์ จากการศึกษาการตีความการสาธารณสุขต่างกันทำให้มองการมีส่วนร่วมของประชาชนต่างกัน ส่วนหนึ่งมองว่าเป็นวิธีการ ในขณะที่บางส่วน

มองว่าเป็นวัตถุประสงค์ในตัวเอง ซึ่งประเด็นนี้นำมาซึ่งความแตกต่างในแนวทางการนำไปปฏิบัติ และได้เสนอว่า "นักสาธารณสุขที่แท้จริงจะต้องไม่ถือข้างใดข้างหนึ่ง"

### 1.3 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

จากการประชุมนานาชาติของกลุ่มประเทศภาคีสมาชิกองค์การอนามัยโลก เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซียในปี พ.ศ. 2521 มีความเห็นพ้องต้องกันว่าในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น จะต้องมีกิจกรรมที่ประชาชนผู้นำเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการประชาชนกันเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care) อย่างน้อย 8 ประการ คือ

1. การศึกษา หรือการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

2. สนับสนุนการจัดหาอาหารและการโภชนาการ

3. การจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอ และการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน

4. การดูแลอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ

6. การป้องกันและควบคุมโรค ระบาดที่มีอยู่ในท้องถิ่น

7. การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย

8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

กิจกรรมจำเป็นทั้ง 8 ประการดังกล่าวข้างต้น ถือเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อย่างไรก็ตามการกำหนดกิจกรรมเพื่อการปฏิบัติย่อมแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาทางสาธารณสุข ตลอดจนสภาพในทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ สำหรับในประเทศไทย กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้น จนถึงปัจจุบันนี้มีเพิ่มขึ้นจากกิจกรรมจำเป็นที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้อีก 6 กิจกรรม คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุข การอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันอุบัติเหตุและการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ รวมทั้งสิ้น 14 กิจกรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)



#### 1.4 วิวัฒนาการของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

1.4.1 ยุคก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 จะเห็นได้ว่า กิจกรรมทางด้านสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยนั้น ได้มีขึ้นก่อนหน้าที่ยุทธศาสตร์การอนามัยโลก จะได้เสนอแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นทางการเป็นเวลหลายปี โดยมีกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานทดลองเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าว เริ่มจากความพยายามในการที่จะสร้างระบบการให้บริการสาธารณสุขในรูปแบบของการผสมผสานการให้บริการต่าง ๆ ที่มีความสิ้นเปลืองน้อยให้เกิดขึ้น ทำให้มีโครงการทดลองต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ผลการดำเนินงานที่ได้ทำให้เกิดอาสาสมัครชั้น 2 ประเภทคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งนำมาสู่ข้อสรุปที่ว่า การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกจากชาวบ้านมาช่วยเหลือในการดำเนินงานน่าจะเป็นหนทางที่ถูกต้อง ที่จะสามารถขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในชนบทอย่างแท้จริง และจากข้อสรุปนี้เอง จึงเป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาแผนงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา

1.4.2 ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) จากผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับรัฐบาลได้รับเอามติขององค์การอนามัยโลกมาเป็นนโยบาย ที่จะใช้การสาธารณสุขมูลฐานมาพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแผนงานโครงการเพิ่มเติมในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานดังนี้

1. เพื่อขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพให้ถึงประชาชนในชนบทที่ขาดแคลนบริการ
2. มุ่งใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และปลูกเร้าให้มีการร่วมมือจากชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ
3. ส่งเสริมให้มีการกระจายข่าวสาร ข้อมูลทางด้านสาธารณสุขเข้าสู่ประชาชนในท้องถิ่น และในขณะเดียวกันก็ให้มีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่จะสะท้อนให้เห็นความต้องการ และปัญหาสาธารณสุขทั้งส่วนบุคคลและชุมชน

4. เพื่อให้มีบริการการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทั่วประเทศ พร้อมทั้งจะบริการประชาชนได้ในลักษณะที่ทุกคนยอมรับ เข้าใจ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ของชุมชน

5. เพื่อแก้ไขปัญหาการบริโภคยาที่ไม่ถูกต้องของประชาชน

การเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาฉบับนี้ใช้กลวิธีกาพัฒนา ศักยภาพของชุมชน ครอบครัว บุคคล โดยผ่านกลไกของระบบอาสาสมัคร ซึ่งประกอบด้วย ผส. และอสม. พร้อมกันนั้นก็ได้พัฒนากลวิธีเสริมขึ้นประการหนึ่งคือ การจัดตั้งกองทุนในชุมชน เพื่อระดม ทรัพยากรภายในชุมชนมาใช้แก้ไขปัญหา เป็นเบื้องต้น โดยเริ่มจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์แก้ไข ปัญหาเรื่องการขาดแคลนยาภายในหมู่บ้าน การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในยุคนี้นี้มีสำนักงาน คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ จัดตั้งขึ้นใหม่เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2523 ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดนโยบาย ... แผนงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข

1.4.3 ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 -2529) ยุคนี้เป็นยุคที่รัฐบาลให้ความสนใจ และความสำคัญต่อการพัฒนาชนบทอย่างจริงจัง การ สาธารณสุขมูลฐานซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาในชนบทเป็นหลักจึงได้รับการสนใจทั้งในการดำเนินงานและ การพัฒนา การดำเนินงานได้มีการประสานไปกับแผนการพัฒนาชนบท โดยมี 4 กระทรวงหลัก ร่วมกันรับผิดชอบ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการกำหนดเครื่องชี้วัดสำหรับสังคมไทยที่เรียกว่า "ความจำเป็น พื้นฐาน หรือจปฐ. (Basic Minimum Needs or BMN)" เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน ความเป็นอยู่ของประชาชนในชนบท ข้อมูลที่ได้จะนำมาประกอบการพิจารณาสร้างแผนพัฒนาระดับ ตำบล นอกจากนี้ในส่วนของ การปรับระบบบริการได้จัดให้มีโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พบส.) ขึ้น และประสานงานไปสู่สถานีอนามัยโดยอาศัยกลไกของคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในส่วนของการพัฒนารูปแบบ และระบบการดำเนินงานใน อนาคต ได้จัดทำโครงการศึกษาและทดสอบในหลายพื้นที่ เช่น โครงการบัตรสุขภาพ โครงการ หมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุข โครงการจังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต สำหรับการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ได้จัดทำโครงการรณรงค์ปีสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติขึ้น เพื่อเร่งระดมสรรพกำลัง

ในการกระตุ้นและพัฒนาให้ชุมชนตื่นตัว ในการจัดระบบและบริการสาธารณสุข เรียกว่า ในยุคนี้ การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน เกิดขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง

1.4.4 ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ในแผนพัฒนาฉบับนี้ได้กำหนดให้เป็นยุคของการพัฒนาคุณภาพ โดยเริ่มจากความพยายามในการประเมินผลทศวรรษแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการประสานงานกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ซึ่งการประสานงานระหว่างกระทรวงในแผนนี้กำหนดให้เพิ่มขึ้นอีก 2 กระทรวง คือ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงพาณิชย์ โดยมีผลต่อมาถึงการรวม อนุมัติ เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูล กชช.2ก ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนระดับหมู่บ้านในแผนพัฒนา 5 ปีของจังหวัดในแผนพัฒนาฉบับที่ 7

1.4.5 ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) สืบเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดสภาวะที่แตกต่างจากแผนพัฒนาฉบับที่ผ่านมา คือ ปัญหาจากโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้นั้นลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ แต่ขณะเดียวกันโรคติดต่ออันตรายอย่างใหม่ คือ โรคเอดส์กลับเป็นปัญหาสำคัญขึ้นมาแทน นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง พบมีการกระจายอยู่ทั่วไปในชนบท และที่สำคัญก็คือ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัย และปัญหาการเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคร ทำให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีของกรมและกองวิชาการต่าง ๆ มาแก้ไขจุดอ่อนในระบบที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการจัดบริการสาธารณสุขของชุมชนโดยอาสาสมัครที่มีอยู่ที่เรียกว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะก้าวไปสู่การพัฒนาให้ครอบครัว และบุคคลดูแลตนเองได้ในที่สุด และในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ก็ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ทำนองเดียวกัน คือ ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและบรรลุคุณภาพชีวิต โดยทุกครอบครัวจะต้องมีคนที่มีความรู้ ความสามารถเหมือน ผสส. หรือรู้วิธีดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งคนในครอบครัวและสภาวะความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

จะเห็นได้ว่าในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีทั่วหน้าและคุณภาพชีวิต โดยมีโครงการและแนวคิดต่าง ๆ มากมาย เช่น กองทุนยาประจำหมู่บ้าน โครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข บัตรสุขภาพ โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง การจัดตั้ง ศสมช. ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน แต่เกิดขึ้นไม่พร้อมกัน เพราะมีแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าวเกิดขึ้นในระยะเวลาต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดรวมของการสาธารณสุขมูลฐานที่ประเทศไทยยึดเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงาน มีดังนี้คือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation)  
หมายถึง ประชาชนจะต้องดำเนินการด้วยตนเอง โดยมีรัฐให้การสนับสนุน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology)  
หมายถึง เทคโนโลยีที่ใช้จะต้องไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ราคาถูก ยืดหยุ่นได้ให้เหมาะสมกับภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อม
3. ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐต้องสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) เพราะประชาชนจะดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชนได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ยังมีปัญหาอีกบางส่วนที่ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องให้บริการ
4. การผสมผสานกับงานอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration)  
เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นจะต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ให้ทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นในลักษณะที่ส่งเสริม หรือสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุได้ด้วยการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแต่เพียงด้านเดียว

## 2. การดูแลตนเอง: กลยุทธ์เสริมการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

การให้ความสำคัญต่อบทบาทของประชาชน ในฐานะที่เป็นหัวใจของการพัฒนา มีรากฐานจากความคิดที่ว่า ประชาชนเป็นผู้มีสิทธิได้รับผลของการพัฒนา จึงควรเป็นหน้าที่ของประชาชนด้วยในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ในสภาพการณ์ปัจจุบัน แนวความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง จึงเป็นประเด็นที่นักสังคมวิทยา และนักมนุษยวิทยาการแพทย์ให้ความสนใจ

และพยายามที่จะผลักดันให้เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และเป็นจริง ในด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอนามัย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Approach) ได้เข้ามามีบทบาทในพฤติกรรมทางสุขภาพ จุดมุ่งหมายของการดูแลอยู่ที่เอื้อกับบุคคลและปฏิกิริยาสัมพันธ์ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่อันคืออะไร จุดสำคัญคือ บุคคลแต่ละคนมีปริมาณความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองจำนวนหนึ่ง การดูแลตนเองจึงอธิบายได้ในรูปของกระบวนการซึ่งบุคคลธรรมดาปฏิบัติหน้าที่ต่อตนเอง โดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และบ่งบอกการเกิดโรครวมทั้งการให้การรักษาระดับต้น ตามลักษณะทรัพยากรทางสุขภาพที่มีอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า บทบาทในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (Hill and Smith, 1985)

1. การรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health Maintenance)
2. การป้องกันโรค (Disease Prevention)
3. วินิจฉัยสุขภาพของตนเอง (Self Diagnosis) สั่งยาให้กับตนเอง (Self Medication) และให้การรักษาดตนเอง (Self Treatment)
4. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้บริการของวิชาชีพ (Patient Participation in Use of Professional Service)

ในการดูแลตนเอง Orem (1985) แบ่งชนิดการดูแลตนเองไว้ 2 ประเภทคือ

1. การดูแลตนเองตามธรรมดา (Universal Self Care) หมายถึงการดูแลตนเองตามความต้องการสำหรับสำหรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน เป็นต้น

2. การดูแลตนเองในภาวะของการเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health Deviation Self Care) คือ ความต้องการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วย

สำหรับคำจำกัดความของการดูแลตนเองที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสั่งยา และการปฏิบัติตนหลังการรับบริการ

จะเห็นได้ว่าจากคำนิยามและแนวคิด เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่น่าเสนอข้างต้นได้ชี้ให้เห็นถึงขอบเขตของการดูแลตนเองไว้ชัดเจนว่า มิได้จำกัดเฉพาะในส่วนของ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ได้พิจารณาในลักษณะของความต่อเนื่อง ตั้งแต่ภาวะปกติจนถึงภาวะหลังจากเจ็บป่วย แต่เมื่อนำมาแปลความหมาย เพื่อการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ต้องทำความเข้าใจให้ต้องแท้ เพราะการปฏิบัติ หรือการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน หากพิจารณาตามกรอบแนวคิดทางวิชาการแพทย์แล้ว อาจมีผลในเชิงบวก เชิงลบ หรือผลที่เป็นกลางต่อสุขภาพก็ได้ แต่โดยภูมิปัญญาพื้นบ้าน การดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ ประชาชนย่อมมีเหตุผลของตนเอง ดังนั้นหากจะให้คำนิยามของการดูแลตนเอง โดยจะแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติให้เกิดผลอย่างแท้จริงนั้น จะต้องพยายามทำความเข้าใจอย่างต้องแท้ เป็นเบื้องต้นถึงการประพฤติกปฏิบัติด้านการดูแลตนเองของประชาชนจริง ๆ ว่า อะไรที่จะมีผลในเชิงบวก อะไรที่จะมีผลในเชิงลบ อะไรที่ไม่มีผลต่อสุขภาพชัดเจน และเราจะต้องพยายามส่งเสริมกิจกรรมในเชิงบวกและปรับแต่งพฤติกรรมในทางลบ นอกจากนี้ความเข้าใจในภูมิปัญญาพื้นบ้านของประชาชนด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเองนั้น นับว่าเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาสาธารณสุขตามกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย

เมื่อพิจารณาแนวคิดในการดูแลตนเองโดยละเอียด จะเห็นได้ว่า เป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลที่สามารถสนองจุดประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐานได้เป็นอย่างดี เพราะหากประชาชนมีความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลตนเองที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ หรือเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ย่อมกล่าวได้ว่า การปฏิบัติพยาบาล เป็นไปอย่างสอดคล้องกับแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

1. ชุมชนจะ รับผิดชอบและดำเนินการ เรื่องสุขภาพอนามัยได้เองด้วยความร่วมมือ และสนับสนุนของชุมชนเอง โดยมีบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ให้ความสนับสนุน และช่วยเหลือ
2. ชุมชนจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเองคือ สามารถกำหนดข้อปฏิบัติ เพื่อบรรเทาปัญหาทางสุขภาพอนามัยของชุมชนของตน
3. ชุมชนจะ รับรู้ว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของตนคืออะไร ร่วมกันพิจารณาหาข้อแก้ไข รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการได้อย่างชัดเจน

4. ประชาชนจะทำงานร่วมกันเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน ดังนั้นประชาชนจะวินิจฉัยได้ด้วยตนเองว่า ขณะนี้ปัญหาทางสุขภาพของตนเองและชุมชนคืออะไร ถ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็ให้ดำเนินการไป แต่หากขาดความรู้ ความสามารถ ก็จะต้องเข้าใจว่าจะขอความช่วยเหลือได้ที่ไหน กับใคร และอย่างไร

5. การปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยมักจะสอดคล้องไปกับระบบชีวิตประจำวันของบุคคล และชุมชน เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีในทุกกิจกรรมที่กระทำอยู่ ไม่ว่าจะมีความโรครึ่หรือไม่มีโรครึ่ก็ตาม

6. บริการทางสุขภาพอนามัยจะประหยัดและราคาถูก บิดหนุนให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและชุมชนนั้น ๆ และมีผลในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างจริงจัง ซึ่งหมายถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่บุคลากรสาธารณสุขได้พยายามจัดหาและสนับสนุน จะต้องอยู่ในขอบเขตที่ประชาชนสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้

7. บริการสุขภาพจะต้องสอดคล้องและผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่า สุขภาพที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับฐานะ ความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิตที่ดี

8. บุคลากรสาธารณสุขจะมุ่งให้บริการในรูปของความช่วยเหลือ การสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความต้องการที่จะ เรียนรู้ใน เรื่องสุขภาพด้วยตนเอง และควรอาศัยประโยชน์จากสถานบริการ หรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน เป็นเกณฑ์

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนา การใช้ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเองยังมีความจำเป็นอยู่มากในการสร้างมโนทัศน์ที่ชัดเจน เพราะการดูแลสุขภาพตนเองจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศอย่างจริงจังก็ต่อเมื่อ มีการติดตามและปฏิบัติในเรื่องการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองอย่างแท้จริง จากสภาพของประเทศที่กำลังพัฒนา ได้มีผู้เสนอกรอบแนวคิดการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับภารกิจการยกระดับของสุขภาพประชาชนส่วนใหญ่ไว้ดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2535)

1. การมีส่วนร่วม คือ เป็นการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติโดยปัจเจกบุคคล และครอบครัว หลักการมีส่วนร่วมในแนวคิดการดูแลตนเองนั้น บทบาทหลักของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ที่การให้ข้อมูลข่าวสารและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ประชาชนและครอบครัวทำการตัดสินใจด้วยตนเอง และจัดการด้วยตนเอง

2. วรรณระบบสาธารณสุข ระบบสาธารณสุขจะต้องถูกปรับ เปลี่ยนให้สนับสนุน และ เสริมความแข็งแกร่งให้การดูแลสุขภาพตนเองในระดับล่าง ซึ่งหมายถึงความจำเป็นที่จะต้อง มีบริการสาธารณสุขและสถานบริการที่ส่งต่ออย่างเพียงพอ การสร้างความแข็งแกร่งให้กับการดูแลสุขภาพตนเองโดยทำให้พฤติกรรมนี้เป็นไปอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การใช้บริการสาธารณสุขอย่างสมเหตุสมผล

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรื้อฟื้นภูมิปัญญาทางการแพทย์ของแต่ละสังคม เพราะระบบทางการแพทย์นั้นมีหลายระบบดำรงอยู่ด้วยกัน และควรตระหนักว่าการดูแลสุขภาพตนเองในประเทศกำลังพัฒนาไม่อาจดำเนินการอย่างได้ผล ถ้าไม่ใช้การรักษาแบบแผนโบราณและสมุนไพร การรักษาดูแลตนเองด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียวนั้นนอกจากจะเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังเท่ากับเป็นการช่วยส่งเสริมการพึ่งพิงจากภายนอกอย่างไร้ความจำเป็น ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องจึงช่วยเพิ่มพูนการพึ่งพิงตนเอง และสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจแก่ประชาชนในทรัพยากรและภูมิปัญญาของท้องถิ่น

4. ระดับและรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง ในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในเขตชนบท รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มขึ้นในบริบทของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยพฤติกรรมเหล่านี้มักจะโยงใยสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต ประเพณี และแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมอื่น ๆ เหตุผลเหล่านี้ย่อมบ่งชี้ว่า ความพยายามพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องต้อง เน้นหนักที่สาธารณสุขมูลฐานในระดับนี้ อย่างไรก็ตามบริการสาธารณสุขในระดับวิชาชีพก็ควรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองที่ติอยู่แล้ว และแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพให้กับประชาชน

โดยสรุปแล้ว การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของบุคคลและครอบครัวนับ เป็นมาตรการเสริมการพัฒนาสาธารณสุขตามกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเชื่อมโยง การทำนุบำรุง การป้องกัน และการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ครบวงจร ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และบริการภาครัฐและ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดูแลสุขภาพตนเองนั้น โดยทั่วไปมีการดำเนินการอยู่แล้ว หากแต่ว่าการดำเนินการนั้นวางอยู่บนรากฐานของภูมิรู้ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หากพิจารณาโดยเกณฑ์ของวิทยาการทางการแพทย์แล้ว อาจส่งผลในเชิงบวก เชิงลบ หรือเป็นกลางต่อสุขภาพได้ แต่กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดผลในเชิงบวกต่อสุขภาพนั้น





จำเป็นต้องเริ่มจากพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ สิ่งที่ประชาชนปฏิบัติอยู่ และเข้าใจถึงเหตุและผลของการกระทำนั้น ๆ ในทัศนะของประชาชน เพื่อหาแนวทางปรับแต่งส่วนที่จะเป็นผลในเชิงลบ และส่งเสริมส่วนที่เป็นผลในเชิงบวก ซึ่งนับเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เพราะการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับแนวทางใหม่ โดยไม่ปฏิเสธแนวทางเก่าที่เป็นอยู่ให้เกิดผลดีเป็นเรื่องยาก ฉะนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในส่วนนี้ โดยเฉพาะในระดับสถานีอนามัย จะต้องมีความเชื่อมั่นศรัทธา ในภูมิปัญญาพื้นบ้าน และต้องรำลึกเสมอว่า จะต้องช่วยให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ใช่ช่วยให้เขามาพึ่งพิงเรา

### 3. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการสาธารณสุขและการพยาบาล

#### 3.1 การสาธารณสุข

การสาธารณสุข เป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญมาตั้งแต่โบราณกาลจนถึงปัจจุบัน โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ที่ทำให้งานการสาธารณสุขเกิดการเคลื่อนไหวไปในทางพัฒนาการขึ้นอย่างจริงจัง เช่น ในประเทศไทย คือ สมเด็จพระราชบิดา กรมหลวงสงขลานครินทร์ และในต่างประเทศ คือ C-EA Winslow งานด้านการสาธารณสุขนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับการปกครอง เศรษฐกิจ นิเวศวิทยา สภาพภูมิประเทศ สังคม วัฒนธรรม และการศึกษา ฯลฯ บุคคลสามารถปรับปรุงตนเองและครอบครัวให้มีสุขปฏิบัติที่ถูกต้องโดยการปรับสภาวะของตนเอง และสิ่งแวดล้อมให้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอนามัยที่ดีแก่ตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่อาศัยอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสุขสมบูรณ์แห่งตน และเกิดความมั่นคงแห่งชีวิตในที่สุด

จากคำนิยามของ การสาธารณสุข ที่ Winslow ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องว่าเป็น "บิดาแห่งวงการสาธารณสุข" ได้กล่าวไว้ว่า "การสาธารณสุขเป็นงานทางด้านวิทยาศาสตร์และศิลปะแห่งการป้องกันโรคที่มีผลทำให้มีชีวิที่ยืนยาวและ เป็นการกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน การให้สุขศึกษารายบุคคล โดยยึดหลักสำคัญในเรื่อง สุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการด้านการแพทย์และการพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการป้องกันโรค และการพัฒนาสังคม ซึ่งเป็นการกระทำที่ทำให้ทุกคนในชุมชนได้มีการดำรงชีวิตอยู่ในระดับมาตรฐานทางสุขภาพที่พึงประสงค์" (Winslow, 1920 quoted in Pickett and Hanlon, 1990)

นอกจากนี้ Winslow ยังได้ให้ความเห็นที่มีคุณค่า และกว้างไกลว่า การสาธารณสุขจะต้องเป็นการร่วมกันดำเนินงานของหลาย ๆ สาขาอาชีพ จึงจะทำให้การสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายได้ โดยลักษณะของงานดังกล่าวต้องครอบคลุม หรือมีผล เชื่อมโยงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ด้านการป้องกันโรค
2. การทำนุบำรุงชีวิตให้ยืนยาว
3. การส่งเสริมสุขภาพและการบริหารจัดการชุมชนในเรื่องของ
  - 3.1 การสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อม
  - 3.2 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
  - 3.3 การให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล
  - 3.4 การบริหารจัดการในบริการทางด้านกายภาพ การแพทย์ที่

จะต้องให้การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่เริ่ม เป็น

3.5 การพัฒนากลไกของสังคมถึงประเด็นต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ให้ได้ระดับมาตรฐานเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

การสาธารณสุข เป็นกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญยิ่งในการวางรากฐานทางด้านความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนและสังคม ในระยะต่อมาการสาธารณสุขเป็นงานที่ได้นำความรู้หลาย ๆ ด้านมาประยุกต์กับความรู้และวิธีการใหม่ ๆ มาใช้ในการควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ ทันตกรรม ระบาดวิทยา การสุขภาพิบาล การสุศึกษา ชีวสถิติ โภชนาการ การเกษตร เป็นต้น ให้เข้ามาอยู่ในงานนี้ การสาธารณสุขจึงเป็นแหล่งรวมทางสังคม วิทยาศาสตร์สาขาต่าง ๆ ด้วย เช่น ด้านกฏวิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยา รัฐศาสตร์ และการบริหารการสาธารณสุข

อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้จะได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติไป อาทิเช่น การใช้คำว่า พัฒนาคุณภาพชีวิต มาแทนที่เรื่อง การทำนุบำรุงชีวิตให้ยืนยาว การรวมปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเข้ามาอยู่ในงานสาธารณสุข ซึ่ง Winslow มิได้กล่าวถึง แต่ก็นับได้ว่า คำจำกัดความที่ Winslow ได้กล่าวถึงนั้น เป็นพื้นฐานที่นักวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขถือปฏิบัติกันสืบมาจนกระทั่งถึงในยุคปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลเชื่อมโยงมาสู่ภาวะสุขภาพของประชาชน บุคลากรสาธารณสุขจึงต้องมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และพัฒนาตนเองให้มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนให้บรรลุจุดหมายของการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าได้

### 3.2 การพยาบาล

การพยาบาล เป็นกิจกรรมการดูแลช่วย เหลือมนุษย์ด้านสุขภาพที่มีวิวัฒนาการ มาหลายศตวรรษ แต่ละช่วงมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางสังคม ความเชื่อ และวิทยาการก้าวหน้าในสมัยนั้น ทำให้จุดเน้นของการพยาบาลมีการเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและนำไปสู่ความเป็นเลิศของการพยาบาลยังคงเดิม นั่นคือ การดูแลช่วย เหลือผู้ใช้บริการและครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึงผู้รับบริการทั้งคน ในลักษณะที่เป็นหน่วย เดียว คือ บิดหลักการของการเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการโดยคำนึงว่า ผู้ใช้บริการเป็นหน่วย เดียวที่ผสมผสานองค์ประกอบทางชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมไว้ด้วยกัน

การพยาบาล เป็นวิชาชีพที่มีเอกลักษณ์ ต้องบูรณาการสาระความรู้ด้าน วิทยาศาสตร์ชีวภาพ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปะ แม้ว่าสาระความรู้บางส่วนจะซ้ำซ้อน กับความรู้ในศาสตร์อื่น เช่น การแพทย์ สังคมวิทยา ชีววิทยา และจิตวิทยา เป็นต้น แต่มีแนวคิด และทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีลักษณะแตกต่างจากองค์ความรู้ในศาสตร์อื่น ก็ปรากฏชัดเจนในขอบ เขตที่เรียกว่า ศาสตร์การพยาบาล องค์ความรู้เหล่านี้ได้รับการพัฒนาและทดสอบอย่างต่อเนื่อง จากพยาบาลที่มุ่งพัฒนาทฤษฎีหรือองค์ความรู้นี้ ซึ่งถือเป็นส่วนของศาสตร์ที่บ่งบอกถึงเอกลักษณ์เฉพาะ ของวิชาชีพที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น ๆ การกำหนดกรอบแนวคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการพยาบาล ของผู้ปฏิบัติการพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลทุกระดับต้องร่วมกันกำหนดให้ชัดเจน กรอบแนวคิด (Framework) หมายถึง องค์ประกอบ จุดเด่น ลักษณะเฉพาะ ซึ่งกำหนดไว้เพื่อ อธิบายสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามมุมมองของบุคคลกลุ่มหนึ่ง กรอบแนวคิดของการพยาบาลนี้ พยาบาลผู้ปฏิบัติ งานจะใช้เป็นแนวทางในการทำงานและช่วยให้การทำงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สู่เป้าหมาย ร่วมกัน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นย่อม เป็นไปในทิศทางที่พึงปรารถนา และปรากฏผลลัพธ์ในลักษณะที่เป็น รูปธรรมชัดเจนอีกด้วย

การหาคำตอบว่า "การพยาบาล" คืออะไรนั้น เป็นสิ่งที่ไม่ยากนัก แต่จะหา คำตอบที่ตรงกันอาจ เป็นปัญหาได้ ทั้งนี้เพราะวิชาชีพการพยาบาลนั้นมีวิวัฒนาการมายาวนาน มี การเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แนวคิดเชิงปรัชญา ซึ่งเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมของพยาบาล นอกจากนี้ การพัฒนาของวิชาชีพจากเดิมที่มีลักษณะ เป็นงานอาชีพ จนกระทั่งมีความ เป็นวิชาชีพ อย่างชัดเจนนั้น มีระยะของการเปลี่ยนแปลงหลายระยะ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงที่ต่างกัน



ได้รับการศึกษาอบรมในช่วงเวลาที่ต่างกันจึงมีแนวคิดในความหมายของการพยาบาลต่างกันไปด้วยด้วยเหตุนี้เอง นักวิชาการพยาบาลจึงพยายามที่จะแสดงจุดยืนร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับการพยาบาล และมีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้อย่างมากมาย พอที่จะสรุปสาระสำคัญที่เป็นประเด็นพิจารณาได้ดังนี้ (สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล, 2529; รัตนาทองสวัสดิ์, 2537 ; Bevis, 1978; Yura and Walsh, 1983; Kamel, Elliott, and Zaki, 1994)

1. การพยาบาล เป็นกิจกรรมที่กระทำกับมนุษย์
2. มนุษย์เป็นหน่วยเดียวที่แยกจากกันไม่ได้ ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้จึงต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล องค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
3. กิจกรรมการพยาบาลกระทำต่อมนุษย์ทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย
4. จุดมุ่งหมายโดยทั่วไปของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การดำรงรักษาสุขภาพ ส่งเสริมให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น ป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย ให้การรักษา หรือบรรเทาอาการเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลตนเอง หรือดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ
5. การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ต้องอาศัยความรู้ทางการพยาบาล และทฤษฎี หรือหลักการทางวิทยาศาสตร์ ทั้งยังเป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะ เป็นศิลปะอีกด้วย

จากประเด็นของการพยาบาลที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าโดยแท้จริงแล้ว การพยาบาลไม่ใช่การปฏิบัติที่กระทำต่อผู้เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการให้การดูแล ส่งเสริมสุขภาพแก่บุคคลในภาวะปกติ รวมทั้งสนับสนุนให้ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งระดับของการดูแลที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. การดูแลเบื้องต้น (Primary Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพให้แก่บุคคลขณะที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย การป้องกันโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้สุขศึกษา การตรวจสุขภาพ การส่งเสริมและให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการบริการเพื่อสุขภาพ ทั้งภายในและนอกสถานบริการ การดูแลเบื้องต้นนี้มุ่งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งรวมทั้งให้

การดูแลหิงมีกรรมด้วย ความรับผิดชอบของพยาบาลในระดับนี้ คือ การค้นหาผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย การให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา วางแผนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

2. การดูแลระยะเจ็บป่วย (Secondary Care) เป็นการให้การดูแลแก่บุคคลขณะมีอาการของโรคแสดงให้เห็นเด่นชัด ผู้ป่วยมักต้องเข้ารับการรักษานในสถานบริการ การดูแลระดับนี้มุ่งเพื่อให้การดูแล รักษาสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านโดยเร็วที่สุด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมตามปกติ การดูแลในระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 การดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute Care) เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการของโรครุนแรง รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม

2.2 การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นการให้การดูแลแก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ให้การรักษาตามอาการเพื่อให้อาการทรงอยู่ ผู้ป่วยที่ต้องทำกายภาพบำบัด บทบาทของพยาบาลนอกจากจะให้การดูแลรักษาตามอาการ ช่วยเหลือในการออกกำลังกายและกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพอื่น ๆ แล้วยังต้องทำหน้าที่สอนทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องอีกด้วย

3. การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) เป็นการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพและปัญหาของผู้ป่วย

นอกเหนือจากภาระหน้าที่ที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้รับบริการด้วยตนเองแล้ว ยังต้องประกอบด้วยความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น ในการจัดการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการทำงานประสานกับบุคลากรอื่น ๆ รวมทั้งมีโน้มน้าในการดูแลตนเอง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายหลัก คือ สุขภาพดีของทุกคนในสังคม ซึ่งพยาบาลตามนัยดังกล่าว ควรจะมีความสามารถในด้านการรักษาพยาบาล มีความรู้และทักษะการพยาบาลเป็นอย่างดี ทักษะในการถ่ายทอดความรู้ ให้คำอธิบาย เป็นผู้แนะนำให้คำปรึกษาต่าง ๆ และมีสัมพันธภาพที่ดี รวมถึงการค้นคว้าวิจัย และด้านการบริหาร าสาศักยภาพที่พยาบาลพึงมีทั้งหมดที่กล่าวมานั้น จะต้องแสดงบทบาทที่ถูกต้อง และผสมกลมกลืนกับความต้องการของชุมชน คือ ให้การดูแลตามความต้องการของประชาชน เพื่อให้เขามีสุขภาพที่ดี

แนะนำให้ประชาชนใช้เทคโนโลยีง่าย ๆ พยาบาลจะต้องเรียนรู้สภาพของปัญหา และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดปัญหาขึ้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลควรประกอบด้วยบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ บทบาทในด้านการให้บริการดูแลสุขภาพอนามัย ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านสุขภาพอนามัย บทบาทด้านการเป็นผู้นำ และบทบาทในด้านการบริหาร

#### 4. ทิศทางในการพัฒนาบริการพยาบาล: บริการพยาบาลสู่ชุมชน

การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลจากผู้ให้บริการไป เป็นการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากนโยบายด้านการสาธารณสุขมูลฐาน นับว่ามีผลต่อการพยาบาลเป็นอย่างมาก ลักษณะของบริการพยาบาลจึงไม่มุ่งตั้งรับอยู่เฉพาะในสถานบริการเท่านั้น แต่จะนำบริการไปสู่ชุมชน โดยมุ่งให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนของตนได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ต้องอยู่ในขอบเขตความสามารถของแต่ละชุมชนด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือของรัฐ และหน่วยงานอื่น ๆ นั่นคือ การสร้างความรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนด้วยพลังกำลังของประชาชนในชุมชนเอง จะเห็นได้ว่ามิติด้านการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจะนำมิติด้านการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้แล้วแหล่งบริการสาธารณสุขในระดับปลายสุดที่สัมผัสกับประชาชนก็มีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีอนามัย นั่นเอง ดังนั้น เพื่อให้การพยาบาลเป็นบริการสาธารณสุขที่สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการสนองตอบต่อนโยบายหลักของประเทศ จึงเกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เรียกว่า การพยาบาลเน้นชุมชน (Community-Oriented Nursing)

การพยาบาลเน้นชุมชน เป็นการพยาบาลที่ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐานของการปฏิบัติ เพื่อดูแลสุขภาพโดยมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ความต้องการและปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ที่พยาบาลจะต้องวินิจฉัยเพื่อให้การป้องกัน รักษา และแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ตรงกับความ ต้องการ และความเป็นไปได้ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ โดยที่การปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำได้ในทุกสถานที่ ทั้งที่บ้าน ร้านขายยา สถานีอนามัย หรือแม้แต่ในโรงพยาบาล โดยที่การปฏิบัตินั้นจะต้องเป็นการดำเนินการตามลำดับขั้นของกระบวนการพยาบาล ลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเน้นชุมชนจะแตกต่างจากการพยาบาลทั่วไป โดยที่การพยาบาลเน้นชุมชนจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นการพยาบาลเพื่อการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพที่ให้กับประชาชน ได้แก่บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ที่สนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชน
2. เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดได้ทุกแห่ง ทั้งที่บ้าน ร้านขายยา คลินิก สถานีอนามัย และในโรงพยาบาลทุกระดับ
3. เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ คือ ให้บริการสาธารณสุขครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ) เน้นการจับบริการแบบองค์รวม และเป็นการให้บริการที่ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นพื้นฐาน
4. ใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหลักการพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล
5. เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องมีหลักการที่ว่า สุขภาพอนามัย เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เคารพต่อความแตกต่างของวัฒนธรรมและบุคคล ความเชื่อที่ว่า วัฒนธรรม ความเชื่อมีอิทธิพลต่อสุขภาพ และการเลือกวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพ เน้นการตัดสินใจของประชาชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้สนับสนุนและให้คำปรึกษา โดยที่สถานบริการของรัฐเป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น

จะเห็นได้ว่าลักษณะของการพยาบาล เน้นชุมชนนั้นมีความใกล้เคียงกับการพยาบาลสาธารณสุข หรือการพยาบาลอนามัยชุมชนมาก ซึ่งทำให้หลายคนเข้าใจผิดคิดว่าเป็นเรื่องเดียวกัน โดยข้อเท็จจริงแล้ว ข้อแตกต่างระหว่างการพยาบาล 2 อย่างนี้ คือ การพยาบาลเน้นชุมชนเป็นการผสมผสานการสาธารณสุขมูลฐานในการปฏิบัติการพยาบาลทุกสถานการณ์ สามารถดำเนินการได้ทุกสถานที่ ทั้งแก่ผู้เจ็บป่วยในสถานบริการ และบุคคลทั่วไปที่อยู่นอกสถานบริการ ซึ่งต่างจากการพยาบาลสาธารณสุข ที่เป็นการปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมของประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งมุ่งถึงการให้บริการในชุมชน เป็นสำคัญ

ด้วยแนวคิดของการพยาบาล เน้นชุมชนนี้ จุดเน้นอันดับแรกจะอยู่ที่สุขภาพของชุมชน และกลุ่มประชาชนที่ให้บริการจะมุ่งให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง กลุ่มที่ห่างไกลในชนบท ซึ่งในประเทศไทยกลุ่มบุคคล เหล่านี้ นับเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ การปฏิบัติงานในชุมชน พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติงานโดยมุ่งตอบสนองความต้องการที่มีอยู่อย่างเฉพาะของชุมชนนั้น ๆ มากกว่าที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่กำหนดในหลักการหรือที่วิชาชีพกำหนด ซึ่งเป็นการกำหนดในลักษณะทั่ว ๆ ไป มิได้เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ หรือ

ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม (Turton and Orr, 1993) อีกทั้งลักษณะและภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ภารกิจของพยาบาลในการปฏิบัติงานในชุมชนนั้น มีแนวโน้มที่จะมีปริมาณเพิ่มขึ้น อีกทั้งเหตุเนื่องจาก

1. ปริมาณของประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น
2. นโยบายด้าน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งมีผลทำให้จำนวนวันที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลลดน้อยลง การดูแลสุขภาพต่อ เนื่องที่บ้านจึงตก เป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ผู้ป่วยนั้น ๆ มีภูมิลำเนาอยู่
3. แนวทางการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้ความสนใจแก่ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม และการให้การดูแลที่บ้าน
4. ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการด้านสุขภาพสูงขึ้น
5. จำนวนประชากรและลักษณะสังคมที่ เปลี่ยนแปลงไปล้วนมีผลต่อความต้องการด้านการสนับสนุน การดำรงภาวะสุขภาพ และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

จากภาวะการเปลี่ยนแปลงที่กล่าว มีผลให้บทบาทของพยาบาลขยายกว้างขวางกว่าเดิม แทนที่จะรู้เฉพาะโรคเท่านั้น ต้องมีความรู้ถึงการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยสอดคล้องกับสภาวะของคนและชุมชน สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจะเป็นปัญหาสุขภาพ และความต้องการของชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลจะ เน้นด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นสำคัญ และมุ่งให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ระบบของการให้บริการสาธารณสุขจะประกอบด้วยการทำงานเป็นทีม มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันปฏิบัติ

สำหรับในประเทศไทยภาวะการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทำให้งานบริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ที่จะขยายออกไปสู่ชุมชน มีความจำกัดของเป้าหมายในเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายบทบาทพยาบาลในการให้การรักษาระเบียงต้นได้ (ทัศนาศุ บุญทอง, 2529) นับเป็นบริบทหนึ่งของการขยายบทบาทของพยาบาลเพื่อที่จะแก้ปัญหาให้กับวิชาชีพอื่น และในทางปฏิบัติจริงแล้วบทบาทของพยาบาลก็ได้จำกัด เฉพาะทางด้านการรักษาพยาบาล เบื้องต้นเท่านั้น ดังที่ มะลิวัลย์ เจริญคุณวิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2537) พยาบาลวิชาชีพประจำสถานีอนามัย ได้กล่าวไว้ว่า "การพัฒนาบริการพยาบาลสู่ชุมชนนั้น พยาบาลวิชาชีพสามารถดำเนินการให้เป็นผลสำเร็จได้โดยอาศัยความสามารถในการให้การรักษา



พยาบาลเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพเป็นแนวทางนำไป แต่ถ้าจะให้ได้ผลสำเร็จครอบคลุมเป้าหมายของงานทั้งหมด จำเป็นต้องกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับหน้าที่รับผิดชอบของวิชาชีพโดยตรง และมีความเห็นว่าจุดอ่อนในการปฏิบัติงานที่สถานีนามัยของพยาบาลวิชาชีพอีกอย่างหนึ่ง คือ ความคุ้นเคยต่อการทำงานในชุมชน ซึ่งมีน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสาธารณสุขสายงานอื่นที่ปฏิบัติงานอยู่ด้วยกัน ถึงแม้ว่าในทางการศึกษาจะได้มีการปรับปรุงให้ใช้หลักสูตรที่เน้นชุมชนเป็นหลัก แต่สภาวะแวดล้อมที่สร้างความคุ้นเคยในการฝึกปฏิบัติงานก็ยังคงเป็นสิ่งแวดล้อมในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีปัญหามาในการปรับตัวสำหรับการปรับเปลี่ยนให้พยาบาลมาปฏิบัติงานในสถานีนามัยมากพอควร" นอกจากนี้การปฏิบัติงานในชุมชนนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน จึงจะทำให้ได้รับความร่วมมือจากประชาชน และในบางครั้งจำเป็นต้องละเมิดขอบเขตที่วิชาชีพกำหนด ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสมเป็นสำคัญ ดังนั้นถ้าจะพัฒนาบริการพยาบาลให้ถึงชุมชนอย่างแท้จริง จึงจำเป็นต้องให้พยาบาลปฏิบัติงานได้โดยอิสระและมีกฎหมายคุ้มครอง ตลอดจนปรับระบบการศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกัน (วรรณวิไล จันทราภา, 2537) เพื่อที่จะพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการที่จะเข้าถึงความต้องการของประชาชนและประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ ในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาในส่วนที่นอกเหนือวิชาชีพ แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องทางอ้อมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

##### 5. กระบวนการพยาบาลกับการปฏิบัติงานในสถานีนามัย

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นงานที่มีการดำเนินงานกันอย่างมีระเบียบแบบแผนเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการ หรือประชาชนทั่วไป การปฏิบัติงานอย่างมีระบบ มีขั้นตอน ดังกล่าวนั้น ต่อมาภายหลังรู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) (Yura and Walsh, 1983) ซึ่งทำให้การพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นวิชาชีพหนึ่ง กระบวนการพยาบาล เป็นแกนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล ที่ใช้ประโยชน์จากแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลมากำหนดโครงสร้างพื้นฐานที่จะดำเนินการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จะทำให้สามารถตรวจสอบ วิเคราะห์การกระทำของพยาบาล

ต่อผู้รับบริการได้ เป็นการเอื้อประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานให้เหมาะสม จึงนับได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ และวิธีการสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดคุณค่าทั้งต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และวิชาชีพการพยาบาล

องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessing) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Implementing) และการประเมินผล (Evaluation) การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะมีลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ 1) การปฏิบัตินั้นมีจุดมุ่งหมาย 2) เป็นขั้นตอน มีระบบ ระเบียบ 3) เป็นวงจรต่อเนื่องกัน 4) มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ 5) มีความยืดหยุ่น สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ และ 6) ต้องอาศัยความรู้ทางทฤษฎี เป็นพื้นฐาน

อย่างไรก็ดี การปฏิบัติงานในสถานีนามัสนี้: เมื่อพิจารณาจากสภาพแวดล้อมและระบบการทำงานในระดับนี้แล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมิได้จำกัดอยู่เฉพาะสุขภาพ หรือภาวะการเจ็บป่วยเป็นรายบุคคล เท่านั้น แต่ต้องรวมถึงสุขภาพของชุมชนด้วยด้วย การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ จึงมีความแตกต่างไปจากกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะคน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วสามารถจัดบริการพยาบาลให้ได้ทันที ส่วนในเรื่องสุขภาพของชุมชน เมื่อวิเคราะห์แล้ว ปัญหาที่พบมักจะเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่น เช่น การศึกษา ความยากจน ความเชื่อ ฯลฯ แนวทางการแก้ปัญหาจึงแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมักเป็นปัญหาเดียวที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วย สามารถรวบรวมข้อมูลได้จาก การสังเกต การซักถาม การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลองเฉพาะตัวของผู้ป่วย และประวัติครอบครัว เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเท่านั้น ปัญหาที่พบจึงเด่นชัด ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน ระดับสถานีนามัสนั้น สิ่งที่จะช่วยให้เป้าหมายของการพยาบาล คือ ชุมชนมีสุขภาพตามที่ต้องการ การปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือไปจากการดำเนินการที่กระทำอยู่ในผู้ป่วยเฉพาะรายแล้ว จะต้องครอบคลุมถึงรายละเอียดต่อไปในขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

1. **ขั้นประเมินภาวะสุขภาพ** จะต้องรวบรวม และบันทึกข้อมูลของชุมชนเข้าไปด้วย เช่น วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ข้อมูลประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อม แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน ลักษณะทางโครงสร้างของสถาบันต่าง ๆ (เช่น วัด โรงเรียน สถานบริการสุขภาพ ฯลฯ) เป็นต้น
2. **ขั้นวางแผน** จากขั้นตอนที่ 1 จะทำให้ได้ข้อมูลที่น่าสู่การวินิจฉัยปัญหา จะเห็นได้ว่าปัญหาที่พบอาจ เป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปทันทีทันใด แนวทางการดำเนินงาน ขั้นนี้ในระดับสถานีอนามัยอาจจะต้อง เสนอในรูปแบบงานหรือโครงการที่มีระยะเวลาการดำเนินงาน ทั้งนี้กิจกรรมในแผนงาน หรือโครงการมักจะต้องร่วมกันปฏิบัติโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ และอาศัยทรัพยากรในชุมชนให้มากที่สุด รวมทั้งความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชา
3. **ขั้นปฏิบัติ** การปฏิบัติงานในขั้นนี้ต้อง เน้นที่ความสามารถในการแก้ไขปัญหา โดยตรงจากบุคลากรของรัฐ และความร่วมมือของประชาชน ตลอดจนการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. **ขั้นประเมินผล** ในการประเมินผลจะมีความซับซ้อนมากกว่า เพราะมีองค์ประกอบหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้อย่างตรงไปตรงมา เหมือนปัญหาที่พบกับผู้ป่วย เฉพาะราย แต่ต้องครอบคลุมทั้งด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเพียงพอ ความเหมาะสม และผลข้างเคียง

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานระดับสถานีอนามัย นอกจากจะ เน้น การปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องแล้ว กิจกรรมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะมุ่งให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมโดยตลอด เพราะจะ เป็นการสร้างเสริมประสิทธิภาพ ให้การปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ได้โดยรวดเร็ว กระบวนการพยาบาลนี้จะไม่สิ้นสุดที่การประเมินผล แต่การประเมินผลจะก่อให้เกิดข้อมูลใหม่ที่จะนำกลับมาใช้ในการดำเนินงานต่อไป กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้การพยาบาลเป็นระบบมีขั้นตอน เหมาะสำหรับการใช้แก้ปัญหาสุขภาพอนามัยโดยพยาบาลต้องใช้ทักษะในการทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ และที่สำคัญต้องให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2534) ดังนั้นถ้าจะเปรียบเทียบให้เห็นประโยชน์ ที่ชัดเจนของกระบวนการพยาบาลยิ่งขึ้นในการปฏิบัติงานในสถานีอนามัยอีกประการหนึ่งคือ การนำ เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่ง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับนี้ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง

## บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลได้รับการพัฒนามาตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลตามมาตรฐานการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีสถานภาพทางสังคม เป็นที่ยอมรับว่า เท่าเทียมกับผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาอื่น ๆ แม้ว่าจะมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีการขยายตัวทางการศึกษาทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ แต่ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลก็ยังคงมีอยู่ อันเป็นเหตุจากความก้าวหน้าของการจัดบริการสุขภาพ การนำหลักการของสาธารณสุขมูลฐานมา เป็นแกนนำในการจัดบริการสุขภาพ ส่งผลทำให้มีการผลิตบุคลากรหลายสาขานี้ใช้ในภาวะเร่งด่วน เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงรวมทั้งมีการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลในระดับต่ำกว่าวิชาชีพ เช่น พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น บุคลากรเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานการพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการมีบุคลากรหลายระดับอาจก่อให้เกิดประเด็นความสับสนในทางการปฏิบัติการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติงานตามขอบเขต และหน้าที่ความรับผิดชอบ จนบางครั้งไม่อาจจะรู้ว่าใครควรปฏิบัติอะไร Monning ได้อธิบายไว้อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับขอบเขตแห่งวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นถึงองค์ประกอบสำคัญของขอบเขต คือ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ วัฒนธรรม ประเพณี จรรยาบรรณ และจริยธรรม สิ่งเหล่านี้จะช่วยสร้างความแน่ชัดแห่งขอบเขตของการปฏิบัติวิชาชีพได้ โดยพิจารณาร่วมกับศาสตร์ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่ง Monning ได้ให้ความหมายของขอบเขตแห่งวิชาชีพไว้ว่า " เป็นมโนคติของพื้นที่การทำงานที่ได้กำหนดไว้ในลักษณะของหน้าที่ และความรับผิดชอบ ด้วยการรับรองของกฎหมายตามพื้นฐานการศึกษา ภายใต้การควบคุมขององค์กรทางกฎหมาย และสมาคมวิชาชีพ" (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) พยาบาลวิชาชีพจึงควรได้ตระหนักว่า อะไรคือกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระ หรือ เป็นเอกสิทธิ์ทางการพยาบาล กิจกรรมใด เป็นกิจกรรมตามหน้าที่ที่ไม่อิสระต้องพึ่งพากันในทีมสุขภาพ การร่วมกันกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพ จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดำรงไว้ซึ่งเอกสิทธิ์ และเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลไว้ได้

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนามา เป็นลำดับตาม การเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการทางการพยาบาลจึงกว้างขวาง ครอบคลุมการให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับ และทุกด้าน โดยมีบริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการทั้งแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ขยายออกไปในทางลึก เช่น บทบาทการ เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Clinical Nurse Specialist) ซึ่งจะต้องได้รับการศึกษาต่อ เพิ่ม เดิมจากการศึกษาตามหลักสูตรขั้นพื้นฐานในระดับปริญญาตรี การมีบทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ขยายออกไปนี้ พยาบาลวิชาชีพต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่ตนได้รับให้ชัดเจนว่า ตนมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และการขาดกฎหมายรับรองบทบาทหน้าที่ที่ขยายออกไป ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ สร้างความรู้สึกขัดแย้ง ซึ่งสอดคล้องกับที่ Fuszard, Siocum และ Wiggers (1990) ได้กล่าวไว้ว่า การขยายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้ทำหน้าที่แทนแพทย์ ซึ่งไม่ใช่งานการพยาบาลโดยตรง นอกจากจะทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้นแล้ว ยังก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทอีกด้วย และนับเป็นประเด็นปัญหาอย่างหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาล

ปัจจุบันหลักสูตรการศึกษาพยาบาล มุ่งเตรียมนักศึกษาให้มีบทบาทครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (ประนอม โอทกานนท์, 2528) แต่การที่พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจะสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการนำความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 4 ด้านนั้น ไปใช้ได้อย่างมีคุณภาพเพียงใด อีกทั้งขึ้นอยู่กับสมรรถนะ หรือศักยภาพของแต่ละบุคคลทั้งในเชิงวิชาการ ความสามารถในการให้บริการได้อย่างเหมาะสม ความสามารถในการเป็นผู้นำ ตลอดจนการตัดสินใจกระทำในสิ่งที่น่าสนใจไปสูเป้าหมายของการให้บริการพยาบาล ภายใต้อุปสรรคของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ (Leddy and Pepper, 1985)

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่จะละเลยมิได้ คือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งถือเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างชัดเจน (ทวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2536) แต่พยาบาลวิชาชีพมิใช่มีบทบาทหน้าที่เฉพาะในการปฏิบัติ

การพยาบาลเท่านั้น หากยังจะต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการ และควบคุมงานการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตลอดจนการบริหารงานบุคลากรทางการพยาบาล และบริหารทรัพยากรอื่น ๆ ทุกประเภท การปฏิบัติงานด้านการบริหารของพยาบาลวิชาชีพจะเห็นได้ชัดเจนในฐานะของหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลตรวจการ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ก็ต้องทำหน้าที่ในการวางแผนงาน และนิเทศงานแก่บุคลากรในทีมสาธารณสุข บทบาทหน้าที่อีกอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพคือ การเป็นนักวิชาการทางการพยาบาลโดยทำหน้าที่เป็นผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีแก่สมาชิกใหม่ผู้ร่วมวิชาชีพการพยาบาล เพื่อถ่ายทอดคุณลักษณะ เฉพาะแบบทางการพยาบาลแก่ผู้ร่วมวิชาชีพ ให้สามารถปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่สอนและให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการวิจัย บทบาทเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของ MagLacas (1988) ที่กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อนโยบายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพจะต้องทำหน้าที่เป็นครูผู้ส่งเสริม ผู้กระตุ้น นักวิจัย นักระบาดวิทยา เป็นนักการเมือง และเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรงในเวลาเดียวกัน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่หลัก 3 ประการคือ

- 1) ด้านการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
- 2) ด้านการบริหาร
- 3) ด้านวิชาการ

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยโดยตรงนั้น ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน แต่จากการสำรวจเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวคิด หรือการศึกษาที่ผ่านมาจะเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะ หรือสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป หรือเป็นการกล่าวถึงเฉพาะเรื่อง เช่น

ประนอม โอทกานนท์ (2527) ได้ศึกษาสมรรถภาพที่จำเป็นของพยาบาลในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าสมรรถภาพจำเป็นที่พยาบาลยังขาดอยู่ และเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องเสริมสร้างให้แก่พยาบาลในปัจจุบัน คือ สมรรถภาพด้านการสอนและฝึกอบรม การจัดการ

การนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานไปใช้ ส่วนสมรรถภาพจำเป็นเร่งด่วน เป็นรองที่จะพัฒนาให้แก่พยาบาลในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานได้แก่ การนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐาน การทำงานเป็นทีม การปฏิบัติการพยาบาล และการนำ จปฐ. ไปใช้

นอกจากนี้ในการดำเนินงานสาธารณสุขยุคใหม่ ได้มีการนำนวัตกรรม (Innovation) หลาย ๆ อย่างมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่ การสาธารณสุขมูลฐานเฟื่องฟู เช่น โครงการบัตรสุขภาพ ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กองทุนยาประจำหมู่บ้าน โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุข เป็นต้น (นวัตกรรมในที่นี้ หมายถึง การกระทำใหม่ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ กระทั่งสาธารณสุขใช้คำว่า "นวัตกรรม" แทน "นวัตกรรม") ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการเผยแพร่ธรรมจึงนับว่ามีความสำคัญอยู่มาก ทั้งนี้ อชิษฐ์ พรศิริ (2528) ได้ศึกษาคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ที่ส่งเสริมงานนวัตกรรมว่าประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ 8 ด้าน เรียงลำดับดังนี้

1. ทำงานเพื่อมุ่งประโยชน์หรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
2. มีความพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ
3. มีความสามารถในการทำให้กลุ่มเป้าหมาย เรียนรู้และรู้จักนวัตกรรมด้วยตนเอง
4. ความสามารถในการแสวงหาและใช้ผู้นำความคิด
5. มีความน่าเชื่อถือ
6. มีความสามารถกระทำให้เข้ากันได้ระหว่างความต้องการของกลุ่มเป้าหมายกับนวัตกรรม
7. มีความสามารถในการเข้าใจบุคคลในกลุ่มเป้าหมาย
8. มีความคล้อยคลึงกันระหว่างตัวเจ้าหน้าที่กับกลุ่มเป้าหมาย

วรรณวิไล อินทรภา (2532) กล่าวถึงสมรรถนะของพยาบาลไว้ว่ามีประเด็นที่สำคัญ

## 2 ประการคือ

1. ความรู้ความสามารถในวิชาชีพแบ่งออกเป็น
  - 1.1 ทักษะเชิงเทคนิค (Technical Skill) คือ เทคนิคการพยาบาลต่าง ๆ ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี
  - 1.2 ทักษะเชิงการจัดการ (Management Skill) คือ การบริหารจัดการพยาบาลเป็นผู้ดูแลคนต้องจัดการ จัดหา จัดเตรียม ทำอย่างไรจึงจะทำให้

ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการนี้จะควบคู่ไปกับการบริหาร นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้ว ในทีมสุขภาพ พยาบาลจะช่วยบริหารจัดการเตรียมทีม และช่วยผู้อื่นในทีมด้วย

1.3 ทักษะเชิงการเป็นผู้นำ (Leadership Skill) คือ ทักษะการเป็นผู้นำ พยาบาลมีบทบาทเป็นหัวหน้านำทีมสาธารณสุข มีการบริหารจัดการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้ดี

2. บุคลิกภาพ (การปรับตัว) บุคลิกภาพที่พยาบาลควรจะปรับตัวเพื่อให้เหมาะสมกับงานมีดังนี้ คือ

2.1 ปฏิบัติตนให้เป็นอิสระไม่ขึ้นกับใคร รู้บทบาทตนเอง

2.2 ปรับตัวให้เข้ากับงาน ควบคุมการทำงานของตนเองให้เหมาะสมกับเวลา

2.3 รู้จักกฎระเบียบ วินัย รู้จักเอกลักษณ์ของวิชาชีพ เหมาะสมกับความเป็นบัณฑิต รู้จักการแต่งกายที่เหมาะสม วาจาสำรวม มีมารยาทดี

วรรณวิไล จันทราภา (2537) ยังได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมอีกว่า ในปัจจุบันพยาบาลจำเป็นต้องขยายบทบาทของตนให้กว้างขวางออกไป เพื่อให้สนับสนุนนโยบายการสาธารณสุขแนวใหม่ของประเทศให้ได้อย่างจริงจัง ในการขยายบทบาทของพยาบาลออกไปสู่ชุมชนให้มากขึ้นนี้ นอกเหนือไปจากบทบาทเดิมของพยาบาลแล้ว ควรเน้นทักษะในด้านเหล่านี้ด้วย คือ

1. ทักษะในการสร้างแนวคิด สร้างมโนภาพ คิดอย่างมีระบบ
2. ทักษะทางสังคม สามารถเข้าสังคมได้ดี รวมทั้งการปรับให้มีมารยาทของความเป็นมิตร และสุภาพอ่อนโยน
3. ทักษะทางการวิเคราะห์เหตุการณ์มนุษย์
4. ทักษะด้านเทคนิคบริการ ให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประยุกต์เทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสม
5. ทักษะทางการติดต่อสื่อสาร และการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
6. ทักษะทางการสอน และการถ่ายทอดความรู้
7. ทักษะด้านการบริหารจัดการ
8. ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม
9. ทักษะด้านคุณธรรม จริยธรรม



10. ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ
11. ทักษะด้านการพัฒนาบริการให้มีความคล่องตัว

กฤษยา ดันตติผลาชีวะ (2532) ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลเน้นชุมชนว่า ประกอบไปด้วย 13 สมรรถนะ แบ่งออกเป็น 2 หมวดคือ

1. สมรรถนะวิชาชีพเฉพาะด้าน (Specific Professional Competencies) หมายถึง สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงเมื่อมีการพยาบาลเน้นชุมชน คือ
  - 1.1 สมรรถนะการส่งเสริมอนามัย
  - 1.2 สมรรถนะการส่งเสริมการดูแลตนเอง
  - 1.3 สมรรถนะสนับสนุนการช่วยตนเอง
  - 1.4 สมรรถนะการปรับตัวเข้ากับชุมชน
  - 1.5 สมรรถนะการประสานบริการ
2. สมรรถนะวิชาชีพร่วม (General Professional Competencies) เป็นสมรรถนะที่ใช้กับการพยาบาลทุกด้าน ประกอบด้วย
  - 2.1 สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัวหรือชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพ
  - 2.2 ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาคือเนื่องได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
  - 2.3 ปฏิบัติการปฐมพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.4 นิเทศการปฏิบัติงานของ อสม. และ ผสส.
  - 2.5 สามารถตรวจสุขภาพทั่วไปให้แก่ประชาชนทั่วไปได้
  - 2.6 คัดกรองผู้ป่วย เพื่อการรักษาได้ถูกต้องกับความจำเป็น
  - 2.7 ปฏิบัติการรักษายาบาลเบื้องต้นได้ถูกต้องตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.8 สามารถทำการฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้เจ็บป่วยหรือพักฟื้นได้

รัตนาวา ทบัตติคุณ (2533) ได้กล่าวถึง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนไว้ว่าควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความอดทนต่อสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากที่ตนเคยชิน ไม่รังเกียจที่จะคบกับบุคคลที่แตกต่างกับงานในทางการศึกษา สังคมและวัฒนธรรม
2. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสามารถนำมาใช้ เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวมได้
3. มีความรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง และสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

4. มีความรับผิดชอบในฐานะ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และ เป็นผู้ช่วยเหลือประชาชนในด้านสุขภาพ
5. เป็นตัวอย่างที่ดีทั้งในด้านสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวัน
6. รักษามาตรฐานสูงสุดของพยาบาลและมารยาทแห่งวิชาชีพ
7. มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความเมตตากรุณา
8. มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชุมชน
9. มีลักษณะ เป็นผู้นำ มีความรู้และทักษะในการบริหาร
10. มีความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งในทีมสุขภาพ และร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ
11. มีความเข้าใจในปัญหา และความต้องการของชุมชน
12. สนใจศึกษาสิ่งใหม่ ๆ ซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และสามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองให้สอดคล้องกับแนวนโยบายของประเทศ
13. มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพ และประชาชนทั่วไป
14. มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ร่วมมือกับผู้อยู่ในวิชาชีพเดียวกัน ปรับปรุงวิถียุทธศาสตร์ให้ก้าวหน้าอยู่เสมอ

นอกจากนี้ Goodrich (quoted in Handerson, 1990) กล่าวว่าในการปฏิบัติงานของพยาบาลในทุกะดับให้ประสบผลสำเร็จ พยาบาลต้องประกอบด้วยคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) มีความรัก ความเมตตา มีจิตใจต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นทุกข์ 2) มีเทคนิควิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติงาน 3) มีความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งแตกต่างไปจากที่ Mitchell and Grippando (1993) ได้ให้ความเห็นว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในทุกะดับของสถานบริการสาธารณสุข คุณลักษณะที่สำคัญที่จะทำให้งานประสบผลสำเร็จ คือ ความสามารถแบบนักการเมือง ดังนี้

1. มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง วัตถุประสงค์ในการเจรจาอาจจะเป็นในรูปของการแลกเปลี่ยน หรือ การเจรจาต่อรองเพื่อการแก้ปัญหา
2. มีความสามารถในการชักชวนให้ทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่ง
3. รู้จักการให้รางวัล
4. มีความสามารถในการสร้างเครือข่ายในการทำงาน

5. มีความสามารถในการรวมกลุ่มกันในรูปขององค์กรเฉพาะ เช่น สมาคม สมาพันธ์ต่าง ๆ เพื่อร่วมกันทำงาน

ส่วน Shortell (1985, quoted in Ward and Price, 1991) ได้กำหนดลักษณะพิเศษ 10 ประการ ของผู้ที่ปฏิบัติงานให้มีคุณภาพสูงในองค์การด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1. ต้องมีความเข้มแข็ง มีข้อผูกพันที่จะทำงานให้ดีที่สุด
2. เรียนรู้ที่จะทำงานได้ผลสูงสุด เน้นประสิทธิผลเหนือประสิทธิภาพจะไม่หยุดอยู่กับที่ ค้นคว้า และเรียนรู้
3. มีความกล้าที่จะเสี่ยง มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ และเป็นผู้ที่ต้องการก้าวไปข้างหน้าในสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ความล้มเหลวจะถูกมองว่าเป็นโอกาสในการเรียนรู้
4. แสดงความเป็นผู้นำ ต้องมีวิสัยที่จะทำให้วัตถุประสงค์ของแต่ละคน และองค์การรวมเข้าด้วยกัน
5. ปฏิบัติงานอย่างมีใจโอนเอียงที่จะสร้างโอกาสในการบริการให้เป็นไปตามเป้าหมาย
6. สร้างองค์ประกอบในภาพรวมทั้งหมดมากกว่าผลสรุปของแต่ละส่วน แต่ละคนในองค์การโดยทำให้สมบูรณ์แบบมากกว่าแข่งขันกัน
7. จัดการกับความคลุมเครือ และความไม่แน่นอน
8. สร้างความเชื่อมโยงของงานได้ตามวัฒนธรรมของวิชาชีพและองค์การ
9. การกำหนดวัฒนธรรมที่ดี มีบุคลิกภาพของตัวเอง
10. การสะท้อนให้เห็นพื้นฐานทางด้านจิตใจ มีความรู้สึกเป็นขององค์การทั้งหมด

ในข้อเขียนของวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chulalongkorn University, The College of Public Health, 1993) ได้ระบุถึงคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องการในอนาคตว่า ควรจะมีความสามารถในด้านต่อไปนี้

1. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสภาพการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มเกี่ยวกับเรื่อง การเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และภาวะสุขภาพอนามัย
2. ส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคในด้านการให้และรับบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงพื้นฐานที่ว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ที่พึงจะได้รับ และถือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต



3. เป็นผู้นำในองค์กรสุขภาพ
  4. สามารถแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในรูปของแผนงาน และสามารถสนับสนุนให้เกิดการกระทำที่ต่อ เนื่องภายใต้การดำเนินงานของชุมชนเอง
  5. มีความสามารถในการระดม จัดหาทรัพยากรมาใช้ให้เกิดผลอย่างคุ้มค่า
  6. ให้บริการทางด้านสุขภาพโดยมุ่งยึด บุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นสำคัญ โดยเฉพาะประชากรในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก สตรี และคนชรา ให้สามารถตระหนักในปัญหาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- สายหยุด นิยมวิภาต (2535) ได้กล่าวถึงพยาบาลวิชาชีพในฐานะที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพอนามัยที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากประชาชนไว้ว่า ต้องประกอบด้วยคุณสมบัติดังนี้
1. เป็นบุคคลที่สามารถสร้างความเชื่อถือ ศรัทธาในกลุ่มชนได้ คือ ต้องเป็นบุคคลที่ประกอบด้วยคุณสมบัติที่บุคคลอื่นไม่มี ได้แก่
    - 1.1 เป็นบุคคลที่มีความสามารถพูดโน้มน้าวจิตใจคน ให้เห็นเป็นจริงเป็นจัง สร้างบุคลิกลักษณะในการพูด ต้องเรียนรู้หลักการ หมั่นฝึกตนเอง และมีความรู้ในเรื่องที่จะพูด มีความรู้ในสิ่งที่จะทำ สร้างความมั่นใจให้กับตัวเอง และพูดด้วยความมั่นใจ ซึ่งความมั่นใจนี้เกิดจากมีความรู้ มีข้อมูลที่ครบถ้วน
    - 1.2 กล้าเสี่ยง กล้าตัดสินใจกระทำ แต่การเสี่ยงต้องมีข้อมูลที่ดี เพื่อการพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลก่อนเสี่ยงเพื่อการตัดสินใจที่นำไปสู่ความสำเร็จ
    - 1.3 มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) คือ มีการนำเสนองานที่จะปฏิบัติ หรือให้บุคคลอื่นเชื่อโดยใช้เหตุและผล ใช้ข้อมูลต่างๆ อย่างมีระบบระเบียบ เน้นถึงความเป็นเหตุเป็นผล ผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้น
    - 1.4 มีความรู้ความชำนาญเฉพาะในเรื่องที่รับผิดชอบ
    - 1.5 มีความมั่นใจในตนเอง (Confidence) มีบุคลิกภาพที่ดี สง่า ภาควุฒิเป็นที่ประทับใจผู้พบเห็น
    - 1.6 สามารถสร้างภาพลักษณ์ความเป็นผู้นำในวิชาชีพ (Leadership Image) ให้เกิดขึ้นในตนเอง เพื่อให้บุคคลนอกวิชาชีพหรือสังคม เข้าใจและรู้จักวิชาชีพพยาบาล
  2. สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง และบุคคลอื่นได้

รัตนาทองสวัสดิ์ (2537) ได้กล่าวไว้ถึงคุณสมบัติที่จำเป็นของพยาบาลในการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีความรู้ในด้านสังคม เศรษฐกิจ พัฒนาการและระบบสื่อสาร
2. มีความรู้ทางด้านวิชาชีพทั้งทางด้านการป้องกัน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถให้บริการในขอบเขตของการสาธารณสุขเบื้องต้นได้
3. มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นทีม
4. วางแผนบริหาร บริการสาธารณสุขในแผนผสมผสานในระดับต่างๆ ได้
5. วางแผนบริหารทรัพยากรต่างๆ ได้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
6. สามารถชี้ปัญหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันกับสภาวการณ์
7. มีความเข้าใจและสามารถให้ข้อมูลข่าวสารทางการสาธารณสุข รู้จักนำข้อมูลไปใช้เพื่อช่วยให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองและดูแลตนเองได้
8. รู้จักนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อปรับปรุงงานบริการ
9. ดำเนินการ และ/หรือ ร่วมกันคว่ำ ศึกษาวิจัย เพื่อหาเทคนิควิธีการ หรือกลวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน

จากรายละเอียดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในสถานอนามัยที่กล่าวมานั้น เมื่อนำมาวิเคราะห์ จะเห็นได้ว่าลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติในสถานอนามัยในยุคปัจจุบันนี้ มีลักษณะงานดังนี้

1. เป็นการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานครอบคลุมทุกองค์ประกอบ
2. เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการดูแลผู้เจ็บป่วย
3. มีความจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อเรียกศรัทธาของประชาชนให้มาใช้บริการใกล้บ้าน และเป็น เป็นบริการที่มีความพร้อมอย่างถาวรทั้งด้านทรัพยากร การบริหาร วิชาการ และบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ตรง ทั้งนี้ยังช่วยลดความแออัดในสถานบริการสาธารณสุขในระดับสูงขึ้นไปอีกด้วย
4. ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาทุกชั้นตอน
5. ใช้กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน

6. เชื่อมโยงการปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบการสนับสนุนอื่นๆ เน้นการร่วมมือประสานงานกับ เจ้าหน้าที่สาขาต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
7. รู้จักวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสถานะสุขภาพของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ โดยการนำกลวิธีด้านการวิจัยเพื่อพัฒนามาใช้
8. เน้นการตัดสินใจโดยอิสระ ภายใต้ขอบเขตความสามารถที่กำหนด
9. มีแนวโน้มเรื่องการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ มาเป็นส่วนช่วยเหลือในการดำเนินงาน

จากข้อสรุปที่กล่าวมาทั้งหมด เป็นที่น่าสังเกตว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในสถานีนอามัย จะมีรูปแบบการดำเนินงานทั้งในส่วนที่เหมือนและแตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพในสภาพปัจจุบันทั่วไปที่ปฏิบัติงานสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติในลักษณะของการดูแลที่ เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา มีความชำนาญเฉพาะทางมากขึ้น แต่ในระดับของการปฏิบัติงานในสถานีนอามัยแล้ว กล่าวได้ว่า นอกเหนือจากภารกิจที่ต้องปฏิบัติ เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพทั่ว ๆ ไปแล้ว ยังจะต้องนำแนวคิดด้านการพยาบาลแบบทุกสาขา โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องการทำงานในชุมชน อีกทั้งผสมผสานความรู้ในศาสตร์สาขาอื่น ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม จึงจะทำให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pickett and Hanlon (1990); McMurray (1993); และคณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอามัย(2536) ที่กล่าวว่า ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับตำบลจะต้องมีความหลากหลายในเรื่อง ความรู้ ความสามารถ เพราะลักษณะงานนั้นต้องปฏิบัติหลายหน้าที่ในขณะเดียวกัน (Multifunction or Multipurpose)

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้บูรณาการแนวคิดต่าง ๆ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่รวบรวมมาได้ มาประกอบกับบทบาทหน้าที่ที่สถานีนอามัยต้องรับผิดชอบ ที่กำหนดขึ้นใหม่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอามัย กำหนดเป็นแนวคิดในเบื้องต้นนี้ได้ว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานีนอามัย ควรประกอบไปด้วย 7 ด้าน คือ ด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหาร ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสอนและฝึกอบรม และด้านการวิจัย ซึ่งสมรรถนะรายด้านดังกล่าวจะครอบคลุมงานด้านสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติในสถานีนอามัย อีกทั้ง เป็นสมรรถนะพื้นฐานที่พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เป็นฐานของการพัฒนา เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะในด้านอื่น ๆ ตามมา

## วิธีการวิจัยแบบ เทคนิค เดลฟาย

ในทางสังคมศาสตร์เหตุการณ์ต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งในบางครั้งไม่อาจรอให้มีการสร้างหรือพิสูจน์ทฤษฎีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ข้างหน้าได้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการ เพื่อให้ได้มาซึ่งความเห็น หรือข้อยุติที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ แนวทางหนึ่งที่ใช้คือ การให้ผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ เป็นผู้ตัดสินใจ ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญนั้นจำเป็นต้องมีการสร้างระบบที่ดีและเชื่อถือได้เช่นกัน เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เป็นเทคนิคการวิจัยที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตัดสินใจรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการประดิษฐ์ และพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวิจัยเชิงอนาคตโดยเฉพาะ เป็นการวิจัยที่ไม่ต้องอาศัยการทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาคำตอบของการวิจัย ได้มีผู้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายไว้หลากหลาย แต่ในสาระสำคัญยังเป็นความหมายในทำนองเดียวกันคือ เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ที่สกัดความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยการกำหนดโครงสร้างของกระบวนการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความเป็นเอกฉันท์ในการพิจารณาปัญหาที่ซับซ้อนและยุ่งยากเกินกว่าที่จะให้ผู้หนึ่งผู้ใดตัดสินใจได้ (Anderson, 1975; Linstone and Turoff, 1975; เกษม บุญอ่อน, 2522; เทียนฉาย กิระนันท์, 2529; ขนิษฐา วิทยานุมาส, 2530; Burns, 1992; อุทุมพร อามรมาน, 2537)

### 1. ความเป็นมาและวิวัฒนาการของเทคนิคเดลฟาย

จากการศึกษาประวัติความเป็นมาของเทคนิคเดลฟายปรากฏว่ายังไม่มีเอกสารใดยืนยันอย่างแน่ชัดว่ามีการริเริ่มตั้งแต่เมื่อใด เพียงแต่ประมาณได้ว่า เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในระยะต้น ๆ ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งเป็นการวิจัยในวงการทหารที่มีชื่อว่า "Project Delphi" ดำเนินงานโดยบริษัท แรนด์ คอร์ปอเรชั่น (Rand Corporation) ภายใต้การสนับสนุนของกองทัพอากาศของประเทศอเมริกา มีนักวิจัยชื่อ Olaf Helmer เป็นหัวหน้าคณะวิจัย โดยศึกษาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญอเมริกันเกี่ยวกับอาวุธยุทธโศปกรณ์ ต่อมาในปี ค.ศ. 1963 ได้ปรากฏบทความเกี่ยวกับเทคนิคเดลฟายเรื่อง "An Experimental Application of the Delphi Method to Use of Expert" ในวารสาร Management Science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนเมษายน

ปี ค.ศ. 1963 ซึ่งเขียนโดย Olaf Helmer และ Norman Dalkey อันเป็นต้นกำเนิดของการขยายเรื่องราวเกี่ยวกับเทคนิคเดลฟายออกไปอย่างกว้างขวาง (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) จากนั้นเป็นต้นมา ได้มีผู้นำเอาเทคนิคเดลฟายไปใช้ในการวิจัยที่นอกเหนือไปจากทางด้านทหาร ต่อมาเมื่อเทคนิคเดลฟายได้พัฒนาขึ้น ได้มีปรัชญาอื่น ๆ เข้ามาเป็นฐานสนับสนุนโดยมุ่งความเป็นวิทยาศาสตร์ และผลที่ได้มีคุณค่า เชื่อถือได้ จึงได้มีการนำเทคนิคเดลฟายไปใช้ในด้านอื่น ได้แก่ ด้านการศึกษา การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้นำไปใช้เพื่อการศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ การวางแผนงาน การตรวจสอบโครงสร้างรูปแบบ นโยบาย ตลอดจนการศึกษาสภาพเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ในด้านของลักษณะปัญหาที่ไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับอนาคตทั้งหมด แต่เพื่อหาความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน หรือ ข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่ง

## 2. ลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายมีลักษณะเฉพาะที่ทำให้แตกต่างจากกลุ่มปฏิสัมพันธ์ชนิดอื่น ๆ เช่น การประชุม การสัมภาษณ์ เป็นต้น ลักษณะเฉพาะที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

2.1 ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มไม่รู้จักซึ่งกันและกัน ปฏิกริยาข้อถกเถียงและความเห็นห้องต้องกันจะไม่มีการระบุนามของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันการเกิดปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาที่เรียกว่า Bandwagon Effect ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่บ่งว่า การแสดงความคิดเห็นถูกครอบงำ หรือทำให้คล้อยตามความคิดเห็นจากผู้ที่มีบุคลิกภาพหรือวิธีการแสดงออกที่เหนือกว่า ดังนั้นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้นำหนักของความสำคัญเท่าเทียมกัน และการแสดงออกที่เป็นอิสระจากผู้อื่น

2.2 การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับ (Interaction with Controlled Feedback) เทคนิคเดลฟายจะประกอบด้วย การถามย้ำด้วยแบบถาม ซึ่งมีใช่เป็นเพียงแค่แบบสอบถามธรรมดา แต่จะให้ข้อมูลซึ่งควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับของผู้ตอบได้ อาทิ เช่น ความคิดเห็นของกลุ่มในขณะนั้น ข้อโต้เถียงที่มีอยู่ ความสอดคล้องของคำตอบกับของกลุ่ม เหตุผลในการยืนยันคำตอบซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่ม เป็นต้น การถามย้ำด้วยแบบถาม เดิมต่อ เนื่องกัน เป็นรอบมีข้อดีคือ จะทำให้ผู้ตอบมีโอกาสแก้ไขคำตอบ เพื่อให้สนับสนุนหรือขัดแย้งกับความสอดคล้องของ



กลุ่มได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ ปฏิกริยาย้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่อง สิ่งที่ยังมองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อนได้

2.3 การพิจารณาปฏิกริยาตอบสนองในเชิงสถิติ (Statistic Group Response) คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม จะให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบ Likert Scale ซึ่งทำให้สามารถหาค่ามัชฌิมฐาน ฐานนิยม พิสัยระหว่างควอไทล์ ออกมาเพื่อนำไปแสดงต่อผู้ตอบในรอบถัดไปว่าคำตอบของตนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร โดยพิจารณาความแตกต่างของตำแหน่งในคำตอบ ต่อค่ามัชฌิมฐาน และฐานนิยม พิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้อ

การที่มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Scale เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการจัดน้ำหนักคำตอบของผู้ตอบในเทคนิคเดลฟายนั้น Dalkey and Rourke (1971) ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบการจัดน้ำหนักคำตอบหลาย ๆ วิธีแล้วพบว่าแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert มีข้อดีที่สุดคือ ผู้ตอบตอบได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ถึงแม้แบบสอบถามจะมีจำนวนข้อมากก็ไม่ยุ่งยากในการตอบ การนำมาแปลผลก็ไม่ซับซ้อน

### 3. ประเภทของเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 ประเภทดังนี้ (อุทุมพร จามรมาน, 2537)

3.1 เทคนิคเดลฟายที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช่แบบสอบถาม หรือที่เรียกกันว่า แบบฝึกหัดเดลฟาย (Delphi Exercise) ลักษณะของเทคนิคประเภทนี้ได้แก่ การสร้างแบบสอบถามแล้วส่งไปยังกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใหญ่ เพื่อได้แบบสอบถามกลับ ผู้สร้างแบบสอบถามนำคำตอบที่ได้มาพิจารณา สรุปย่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสดทวนคำตอบของตนโดยผ่านแบบสอบถามรอบที่สอง ซึ่งเทคนิคเดลฟายแบบนี้เป็นการผสมผสานระหว่างคำตอบของกลุ่มและกระบวนการปรึกษาหารือด้วยแบบสอบถาม บางทีเรียกวิธีนี้ว่า "เทคนิคเดลฟายแบบเก่า (Conventional Delphi)"

3.2 เทคนิคเดลฟายเข้าประชุม (Delphi Conference) เป็นเทคนิคเดลฟายแบบใหม่ แทนการมีผู้สร้างและปรับปรุงแบบสอบถาม ให้ใช้คอมพิวเตอร์ซึ่งมีโปรแกรมสรุปคำตอบ วิธีนี้ลดความล่าช้าเนื่องจากการปรับปรุงคำตอบของแต่ละรอบ โดยผู้ตอบนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ เมื่อเขาตอบคำถามไป คอมพิวเตอร์จะประมวลผลรวมกับของคนอื่น และสรุปผลให้เขารู้ได้ทันที ซึ่งเขาก็จะได้ตอบกลับ ทำเช่นนี้เรื่อย ๆ กับทุก ๆ คนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ จนในที่สุดทุกคนให้คำตอบในแนวทางเดียวกัน วิธีนี้บางที่เรียกว่า " เดลฟายเชิงเวลาจริง (Real-Time Delphi) "

#### 4. ขั้นตอนของการทำวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

##### 4.1 การพิจารณาหัวข้อปัญหาที่จะศึกษา

หลักในการพิจารณาลักษณะประเด็นปัญหาเพื่อเลือกใช้เทคนิคเดลฟายมีดังนี้

4.1.1 ปัญหาที่จะทำการวิจัย ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถศึกษาได้จากการพิจารณา หรือการตัดสินใจโดยเฉพาะบุคคล (Subject Judgement)

4.1.2 ปัญหาที่จะทำการวิจัยต้องการความคิดหลาย ๆ ด้าน จากความรู้ความสามารถ หรือประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ

4.1.3 ผู้วิจัยต้องการหลีกเลี่ยงการครอบงำของบุคคลบางคน คือ ไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมีผลกระทบ หรือมีอิทธิพล ต่อการพิจารณาคัดสินปัญหานั้น ๆ

4.1.4 การพบปะเพื่อนัดประชุมของกลุ่มเป็นการไม่สะดวก เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์ ข้อจำกัดทางด้านเวลา งบประมาณ หรือมีจำนวนผู้เกี่ยวข้องต่อการเข้าใจปัญหา มากเกินกว่าที่จะใช้การประชุมซึ่งหน้า (Face to Face)

4.1.5 เมื่อไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อบุคคลในกลุ่ม เพราะความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันของบุคคลในกลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาที่วิจัย จะทำให้เกิดผลเสียหายอย่างมาก จำเป็นที่จะต้องมีการแสดงความคิดเห็นที่เป็นอิสระส่วนตัว

4.1.6 ผู้ให้ความเห็นแตกต่างกันในด้านพื้นฐาน ประสบการณ์ และ ความชำนาญ

เป็นที่น่าสังเกตประการหนึ่งว่า ปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิค เดลฟายจะเป็นประเด็นปัญหาที่จะนำไปสู่การวางนโยบาย การคาดการณ์ในอนาคต รวมทั้งการกำหนดทางเลือกต่าง ๆ หรือเป็นประเด็นปัญหาที่มุ่งหาความสอดคล้องกัน เพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้าง การปฏิบัติงาน หรือ เพื่อสรุปเป็นหลักการแนวคิดร่วมกัน ปัญหาที่ศึกษาในการวิจัยแบบ เดลฟายจึงเป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยอาศัยการศึกษาด้วยวิธีการเชิงสถิติ

#### 4.2 การเลือกผู้เชี่ยวชาญ

เทคนิค เดลฟาย เป็นเทคนิคการวิจัยที่ใช้วิธีการระดมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ดังนั้นการเลือกผู้เชี่ยวชาญจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความชำนาญ มีความรู้ความสามารถหรือทักษะ เป็นพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะซึ่งได้มาจากการฝึกฝนทางวิชาชีพหรือประสบการณ์จากการปฏิบัติ (Hawaii Research Center, 1979 อ้างถึงใน วัฒนา วินิตวัฒนคุณ, 2528; ราชบัณฑิตยสถาน, 2531) แต่การวัด หรือการพิสูจน์ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นสิ่งที่ยากลำบากจากการวิจารณ์ของ Sackman (1974) ซึ่งได้ตั้งข้อสงสัยไปยังแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญของเทคนิค เดลฟาย โดยอ้างว่าไม่มีเหตุผลทางศาสตร์ ข้อโต้แย้งนี้อยู่ภายใต้พื้นฐานที่ว่าปัญหาต่าง ๆ ของประชากรทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่ และการสุ่มตัวอย่างของตัวแทนผู้เชี่ยวชาญในบางสถานการณ์เป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ เช่น ผู้วิจัยมีความต้องการผู้เชี่ยวชาญในหลายด้าน ซึ่งในบางสาขาอาจจะมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยด้วยแล้ว ผู้เชี่ยวชาญบางสาขาเป็นสิ่งที่หาได้ยากยิ่ง

เป็นที่ยอมรับกันว่า แนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญยังไม่ชัดเจน และปัญหาของการระบุผู้เชี่ยวชาญยังงมมอยู่ Van Gigch (1974 อ้างถึงใน วัฒนา วินิตวัฒนกุล, 2528) ได้เสนอแนะวิธีการวัดเพื่อระบุระดับของความเชี่ยวชาญไว้ดังนี้

1. จำนวนของตัวแปรซึ่งเขาคิดว่าสำคัญในการที่บรรลุถึงการตัดสินใจผู้เชี่ยวชาญจะใช้ตัวแปรน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ
2. ให้ความมกน้อยของความสำคัญต่อตัวแปรหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะไม่นำถึงระดับความสำคัญของตัวแปร

3. ความเร็วและประสิทธิภาพของผู้เชี่ยวชาญ แสดงออกในการระบุความสำคัญของสถานการณ์
4. ความถูกต้องแน่นอนของการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ อยู่ที่คำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาถึงจุดสูงสุดที่หึงมีได้ โกล้มากน้อยเพียงใด
5. ความเชื่อมั่นต่อการทำนายของผู้เชี่ยวชาญ ขึ้นอยู่กับความบ่อยครั้งเท่าไรที่ผู้เชี่ยวชาญต้องแก้ไขการตัดสินใจ

ถึงแม้ว่าข้อกำหนดในการวัดที่กล่าวมาแล้วนั้น จะช่วยทำให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญได้ดีขึ้น แต่ในทางปฏิบัติก็ยากต่อการวัดจากสภาพที่เป็นจริง เกณฑ์การวัดในอดีตของความเป็นผู้เชี่ยวชาญได้ถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้นำของความเป็นผู้เชี่ยวชาญในปัจจุบันนั้นคือความน่าเชื่อถือและความแน่นอน ความน่าเชื่อถือ หมายถึง การวัดว่าบ่อยครั้งเท่าไรที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนทำการแก้ไขการทำนาย เมื่อเผชิญกับทางเลือกมากมาย ความแน่นอน หมายถึง การทำงานของผู้เชี่ยวชาญแต่ละครั้งห่างไกลจากค่าที่เป็นจริงมากน้อยเพียงใด ซึ่งก็คือ การวัดค่ากระจาย วิธีการวัดต่าง ๆ เหล่านี้ต่างก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน คือ ผู้เชี่ยวชาญจะไม่ยอมต่อกระบวนการเลือกสรรในรูปแบบต่าง ๆ ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการด้วยวิธีการเดลฟาย รวมทั้งเวลาที่ไม่เอื้ออำนวยให้ อย่างไรก็ตาม Piil (1971 อ้างถึงในน้ำทิพย์ สุนทรนนท์, 2534) ได้เสนอว่าผู้เชี่ยวชาญอาจจะหมายความว่าทุกคนซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการได้ ดังนั้นในการเลือกผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนี้ ผู้วิจัยจะต้องใช้พิจารณาอย่างรอบคอบ พร้อมทั้งพิจารณาจุดมุ่งหมายของการวิจัยว่าต้องการอะไร ถ้าต้องการจะทำให้ผลการวิจัยนั้นเกิดขึ้นจริงก็ควรเลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารในปัจจุบัน กลุ่มผู้มีศักยภาพจะเป็นผู้บริหารในรุ่นต่อไป กลุ่มนักวิชาการ และอาจรวมไปถึงกลุ่มผู้ใช้บริการด้วยก็ได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530)

อัตราส่วนหรือสัดส่วนระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ นั้น ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้กำหนดการเลือกผู้เชี่ยวชาญเอง กล่าวคือ ต้องการเน้นจุดไหนมาก ก็เลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนั้นให้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ควรจะมีนักวิชาการรวมอยู่ด้วยเสมอ ด้วยเหตุผลที่ว่ากลุ่มนักวิชาการเป็นกลุ่มที่มีความคิดเห็นที่อิสระ และลักษณะของงานที่ปฏิบัติ เปิดโอกาสให้มีความคิดสร้างสรรค์หลายรูปแบบ นักวิชาการจึงน่าจะช่วยให้เรื่องที่ศึกษาได้รายละเอียดในแง่ที่เป็นวิชาการ หรือแนวทางที่เป็นไปได้หลาย ๆ รูปแบบมากขึ้น และจะช่วยทำให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารได้รับข้อมูล

ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยซึ่งเขาอาจจะยอมรับว่ามัน เป็นสิ่งที่ดี แล้วทำให้เขาตัดสินใจอย่างหนึ่งอย่างใด ได้รวดเร็วขึ้นด้วย

#### 4.2.1 วิธีการของการเลือกผู้เชี่ยวชาญ

วิธีการเลือกผู้ผู้เชี่ยวชาญทั่วไปที่นำมาใช้ พอสรุปได้ดังนี้ คือ

4.2.1.1 การสำรวจความคิดเห็นของบุคคลอื่น ได้แก่ การให้ผู้อื่นได้ลงมติ หรือแสดงความคิดเห็นว่า ใครบ้างที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ บุคคลที่จะให้ความเห็นได้ คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพในสาขานั้น ๆ

4.2.1.2 การสำรวจความเห็นจากบุคคลสำคัญในวิชาชีพ เป็นวิธีการของการสำรวจผู้ผู้เชี่ยวชาญโดยอาศัยข้อมูลและความรู้จากบุคคลสำคัญในสาขานั้น ๆ ให้ระบุรายชื่อของบุคคลที่เห็นว่ามี ความชำนาญในเรื่องดังกล่าว ตัวอย่างง่าย ๆ ก็คือเป็นวิธีการของการสำรวจผู้ผู้เชี่ยวชาญจากผู้เชี่ยวชาญนั่นเอง

4.2.1.3 การเลือกผู้ผู้เชี่ยวชาญโดยการวิเคราะห์ และสำรวจผลงานที่ปรากฏ อาจจะเป็นหนังสือ เอกสาร หรือผลงานวิจัย เพื่อที่จะได้ข้อมูลว่า บุคคลนั้นได้มีผลงานในเรื่องนั้น ๆ ในปริมาณเท่าใด ซึ่งพอจะทำให้ทราบว่าใครบ้างที่เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

4.2.2 จำนวนผู้ผู้เชี่ยวชาญ สำหรับจำนวนผู้ผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่ม และปัญหาที่ศึกษาเป็นสำคัญ หากกลุ่มผู้ผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous Group) อาจใช้เพียง 10-15 คน ถ้าแตกต่างกัน (Heterogeneous Group) ก็จำเป็นที่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากด้วย (Couper, 1984) จากการศึกษาวิจัยพบว่าหากมีจำนวนผู้ผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อยมาก ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้เชี่ยวชาญจึงควรมีไม่น้อยกว่า 17 คน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เชี่ยวชาญและค่าความคลาดเคลื่อนที่ลดลงของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	ช่วงความคลาดเคลื่อน	ความคลาดเคลื่อนลดลง
1 - 5	1.02 - 0.70	0.50
5 - 9	0.70 - 0.58	0.12
9 - 13	0.58 - 0.54	0.04
13 - 17	0.54 - 0.50	0.04
17 - 21	0.50 - 0.48	0.02
21 - 25	0.48 - 0.46	0.02
25 - 29	0.46 - 0.44	0.02

(Macmillan, 1971 อ้างถึงในเกษม บุญอ่อน, 2522)

#### 4.2.3 การเตรียมผู้เชี่ยวชาญ

เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะมีผลกระทบต่อการวิจัยตลอดเวลา เนื่องจากการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนั้นต้องใช้เวลามากพอสมควร จำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นจึงต้องมีการติดต่อล่วงหน้าก่อนเสมอ ต้องอธิบายถึงขั้นตอน และระเบียบวิธี เวลาที่จะใช้ในแต่ละรอบ ย้ำให้เห็นความสำคัญของการวิจัยให้ชัดเจนว่ามีจุดมุ่งหมายและมีประโยชน์อย่างไรบ้าง การเตรียมผู้เชี่ยวชาญนี้ นอกจากจะเป็นเรื่องยืนยันว่าจะได้รับความร่วมมือแล้ว ยังเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ใช้ความเชี่ยวชาญอย่างเต็มที่ มีเวลาคิดล่วงหน้าว่า จะให้ข้อมูลกับผู้วิจัยในลักษณะใดบ้าง

#### 4.3 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยต้องกำหนดกรอบการวิจัย เนื่องจากปัญหาที่ศึกษาเป็นประเด็นปัญหาเชิงคุณลักษณะที่มีขอบข่ายกว้างขวาง

การกำหนดกรอบของการวิจัยทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น การสร้างเครื่องมือมักจะเป็นรูปแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง การเก็บข้อมูลโดยเทคนิคเดลฟายต้องการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้กลั่นกรองความคิดของตนอย่างละเอียดรอบคอบ และมั่นใจในการตัดสินใจ จึงมีการถามซ้ำถึง 3 รอบ หรือมากกว่า

**รอบที่ 1** มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ตอบ เกี่ยวกับ เรื่องทั่วไปในประเด็นปัญหาที่กำหนดโดยไม่จำกัดความคิดเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิดที่มีข้อความกระตุ้น หรือเชิญชวนให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นของตนต่อประเด็นปัญหานั้นอย่างเต็มที่ ในบางครั้งอาจเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง หรืออาจจะเริ่มด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยเพิ่มคำถามปลายเปิดในตอนท้ายของแบบสอบถาม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

**รอบที่ 2** ในรอบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวม และจัดลำดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยนำข้อมูลทั้งหมดทุกแนวทางที่ได้จากรอบที่ 1 ของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดให้เป็นหมวดหมู่ ให้เป็นระบบ ถึงแม้ว่าแนวทางบางข้อจะได้รับการเสนอจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อยก็ตาม ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องเคารพในความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นสร้างเครื่องมือในการวิจัยรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า โดยใช้ภาษาที่สั้น กระชับ ชัดเจน พยายามคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ให้มากที่สุด หรือถ้าผู้เชี่ยวชาญใช้ภาษาที่ชัดเจนดีแล้ว ก็ไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้ง แบบสอบถามรอบนี้ ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนต้องให้ความสำคัญของแต่ละข้อ และอาจให้เหตุผล หรือคำแนะนำลงในช่องว่างท้ายข้อด้วย

**รอบที่ 3** หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 คืนมาแล้ว ผู้วิจัยจะนำคำตอบแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัชฌิมฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) จากนั้นก็สร้างแบบสอบถามใหม่ประกอบด้วยข้อความเดิม แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัชฌิมฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ของผู้ตอบในแต่ละข้อลงไปด้วย แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นครั้งที่ 3 ในการตอบครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญจะได้รับการขอร้องให้พิจารณาทบทวนคำตอบของตนเองอีกครั้ง หนึ่งว่า จะเปลี่ยนแปลง หรือยังยืนยันเหมือนเดิม ในกรณีที่คำตอบไม่เห็นพ้องต้องกันกับกลุ่ม หรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ จะต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

รอบที่ 4 ผู้วิจัยจะทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 แล้วส่งกลับไปให้ผู้ตอบ ทบทวนคำตอบอีกครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปอาจจะไม่ต้องทำขั้นตอนนี้เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และ รอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก ผลที่ได้ในรอบสุดท้ายนี้เป็นผลสรุปของการวิจัย

สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย เวลา งบประมาณ ของการวิจัย โดยการที่จะหยุดที่รอบใดรอบหนึ่งควรพิจารณาคุณค่าตอบที่ได้ในรอบต่าง ๆ ว่าเป็น ความเป็นเอกภาพแล้วหรือยัง หรือมีความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุม เรื่องที่ศึกษา มากพอหรือไม่ ถ้ามีมากพออาจจะหยุดในรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ก็ได้ ในเรื่องจำนวนรอบนี้ ได้มีผู้ ศึกษาไว้พบว่า การส่งแบบสอบถาม 3 รอบเป็นจำนวนรอบที่พอดี ความคลาดเคลื่อนมีไม่มาก ตั้ง แต่รอบที่ 3 ขึ้นไป ความแตกต่างของผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530) ข้อมูลที่ ได้เพิ่มเติมมาก็ไม่คุ้มกับความพยายามในการดำเนินการ

#### 4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคเดลฟาย ได้แก่ สถิติที่เกี่ยวข้องกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ มัชยฐาน ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ การเลือก หรือการกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยจะต้องเลือกให้เหมาะสม หาก เป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่อง เวลา หรือปริมาณ ควรใช้ค่ามัชยฐาน สำหรับกรณีที่เป็น การทำนายเวลา ปริมาณ หรือสถานการณ์ในอนาคตมักใช้ฐานนิยม สำหรับค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ นั้นใช้เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็นว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในข้อความ นั้น ๆ มากน้อยเพียงใด ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างก็แสดงว่าสอดคล้องกันน้อย แต่ถ้าแคบ ก็แสดงว่าสอดคล้องกันมาก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยควรให้ความสำคัญกับข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์กว้างบางกรณี เพราะอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ หรือเป็นการเตือนล่วงหน้าให้เห็นถึง ประเด็นที่ไม่สอดคล้องกันซึ่งทำให้คาดการณ์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การวิเคราะห์ก็ต้องพิจารณา ถึงเหตุผลที่ผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบกันด้วย ฉะนั้นการวิเคราะห์จึงควรแยกการวิเคราะห์ ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นที่สอดคล้อง และไม่สอดคล้องกัน



## 5. การหาความเที่ยงและความตรง

การหาความเที่ยงและความตรงของเทคนิคการวิจัยในเชิงอนาคตนั้นยังเป็นปัญหาอยู่มาก เพราะรูปแบบการวิจัยมีปรัชญาพื้นฐานที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการวิจัยอื่น ๆ ที่มีในอดีตและปัจจุบัน ดังนั้นการที่จะเอาเกณฑ์ของระเบียบวิธีที่มีอยู่เดิมมาตัดสินเป็นมาตรฐานของระเบียบวิธีวิจัยอีกแบบหนึ่งจึงดูไม่เหมาะสม และไม่ยุติธรรมนัก แต่อย่างไรก็ตามความเที่ยงและความตรงของเทคนิคนี้ก็แฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีการวิจัยอยู่แล้ว กล่าวคือ ความเที่ยงของเทคนิคเดลฟายนั้นอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลาย ๆ รอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงก็แสดงว่ามีความเที่ยงมาก

ส่วนความตรงของเครื่องมือนี้ การวิจัยทั่วไปจะใช้วิธีนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรง แต่เทคนิคเดลฟายนี้ทำกับผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้วอาจจะมีปัญหาอยู่บ้างก็เฉพาะในเรื่องของการใช้ภาษาเท่านั้น นอกจากนี้การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนี้ยังใช้วิธีการที่ทำให้เกิดความตรงของข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้ และการมีประสบการณ์โดยปราศจากอคติของผู้เชี่ยวชาญด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคำตอบของตนเองหลายรอบ และด้วยเหตุที่ว่าการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่ได้รับจึงขึ้นอยู่กับ การเลือกผู้ผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม และการให้ความสำคัญกับธรรมชาติของบุคคลด้วย เช่น จัดแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินอย่างเป็นหมวดหมู่ เป็นระบบไปติดต่อในเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ที่ทำวิจัยควรรู้ และตระหนักให้มากเพื่อหาวิธีป้องกัน เพราะจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

## 6. ปัจจัยที่ผลต่อประสิทธิภาพของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

6.1 เวลา ผู้วิจัยควรมีเวลามากเพียงพอ ประมาณ 2 เดือนจึงจะเสร็จสิ้นกระบวนการ อาจจะใช้เวลาช้า หรือเร็วกว่านั้น ขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะส่งแบบสอบถามแต่ละรอบคืนมาช้าหรือเร็วเพียงใด

6.2 ผู้เชี่ยวชาญ ในการเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญควรคำนึงถึง

6.2.1 ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นเลิศในสาขานั้น ๆ อย่างแท้จริง ไม่ควรเลือกโดยอาศัยความคุ้นเคย หรือติดต่อง่าย

6.2.2 ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้มีความเต็มใจ ตั้งใจ และมั่นใจในการให้ความร่วมมือกับงานวิจัยโดยตลอด รวมทั้งยินยอมสละเวลาอีกด้วย

6.2.3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกให้มีจำนวนมากเพียงพอ เพื่อจะได้ความคิดเห็นใหม่ ๆ และได้คำตอบที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

6.3 แบบสอบถาม ข้อความในแบบสอบถามจะต้องชัดเจน และผู้ตอบแต่ละท่าน จะต้องเข้าใจตรงกันในคำถามหรือข้อความเดียวกัน เนื่องจากการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายจำเป็นต้องส่งแบบสอบถามหลายรอบ ดังนั้นการเว้นระยะเวลาตอบในแต่ละรอบก็มีความสำคัญมาก จากการวิจัยของ Waldron พบว่าการส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในเวลาที่แตกต่างกัน จะมีผลกระทบทำให้เกิดความแตกต่างกันในคำตอบที่ได้รับ (Weatherman and Swenson, 1974 อ้างถึงใน วัฒนา วินิตวัฒนคุณ, 2528)

6.4 ผู้วิจัย ในด้านตัวผู้วิจัย ต้องเป็นผู้รู้ความต้องการของตนในการวิจัยอย่างละเอียด รอบคอบ และมีความสามารถในการแสดงความต้องการวิจัยของตนออกมาด้วยการออกแบบสอบถามที่แน่นอน ชัดเจน และผู้วิจัยจะต้องให้ความสำคัญในคำตอบที่ได้รับอย่างเสมอกันทุกข้อ ไม่ว่าจะผู้ตอบแต่ละคนจะตอบครบทุกข้อหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้เพื่อมิให้พลาดในข้อความ คำตอบ หรือเหตุผลที่แท้จริงไป ทั้งนี้ยังควรมีการวางแผนล่วงหน้าอย่างดีในการดำเนินงานตามขั้นตอนของเทคนิคแบบเดลฟายด้วย

## 7. ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

7.1 ความสามารถของเทคนิคเดลฟาย สามารถนำความต้องการของผู้เกี่ยวข้องเข้าสู่ทิศทางที่ต้องการ เพราะเทคนิคเดลฟายได้ให้ระเบียบสำหรับคาดการณ์ในเชิงเลือกสรรความรู้และความคิดใหม่ ๆ และให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ถ้าได้กระทำอย่างเหมาะสม

7.2 สามารถหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ โดยไม่ต้องจัดให้มีการประชุม ทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และไม่มีข้อจำกัดเรื่องสภาพทางภูมิศาสตร์ในด้านการเดินทาง

7.3 ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้มาก เพราะเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ๆ และได้มาจากการข้ถามหลายรอบ มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็น

ของตนจนเกิดความมั่นใจ ช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาอย่างลึกซึ้งทุกข้อปัญหา และความคิดจะถูกเสนอไปยังผู้เชี่ยวชาญโดยไม่มีการตัดแนวทางใดออก ผู้เชี่ยวชาญทุกคนจึงรับทราบ และประเมินแนวทางทุกแนวทางได้เท่าเทียมกัน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเต็มที่และเป็นอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดหรืออำนาจเสียงส่วนใหญ่ เพราะผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นจะไม่ทราบว่ามีผู้ใดอยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญบ้าง

7.4 เทคนิคเดลฟายช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทราบลำดับความสำคัญของข้อมูล และเหตุผลในการตอบรวมทั้งความสอดคล้องในเรื่องความคิดเห็น เป็นอย่างดี

7.5 วิเคราะห์ง่าย เพราะใช้สถิติพื้นฐานง่าย ๆ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

7.6 ใช้ในการวิจัยได้กว้างขวางทุกขอบข่ายงาน เพราะบทบาทที่สำคัญของวิธีการวิจัยแบบนี้ คือ การระบุข้อสันนิษฐานในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยการใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกมาเป็นอย่างดี ความรู้ใหม่ ๆ และข้อสันนิษฐานร่วมกันจะปรากฏขึ้นมาด้วยวิธีการสังเคราะห์ของ "โลกทัศน์" หรือ "การสร้างความจริง" และจะนำไปสู่วิธีการศึกษาที่เปิดกว้างขึ้นต่อการแก้ปัญหามากกว่าวิธีการที่ผ่านมา

## 8. ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย

8.1 ผลการวิจัยอาจขาดความน่าเชื่อถือ หากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกไม่ได้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านนั้น ๆ อย่างแท้จริง

8.2 การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายอาศัยข้อมูลจากกรรวบรวมความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยเชื่อว่าผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นอย่างไม่มีอคติ และจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยส่วนรวม และข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน จึงจำเป็นต้องแสวงหากลยุทธ์เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันก่อน มิฉะนั้นผลการวิจัยอาจจะไม่น่าเชื่อถือ เพราะความคิดเห็นที่ได้มานั้น เป็นการเดามากกว่าการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายเหตุการณ์ในอนาคต ต้องระมัดระวังว่าคำตอบที่ได้รับต้องไม่ใช่การแสดงความหวังหรืออุดมคติของผู้ตอบ เกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษานั้น

8.3 เมื่อใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเพื่อการทำนายเหตุการณ์ในอนาคต การกำหนดระยะเวลาของการทำนายเป็นสิ่งที่จะต้องระมัดระวัง ถ้ากำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะเวลาใกล้หรือไกลเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบาก และเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ได้มีผู้ศึกษาไว้ว่าช่วงเวลาของการทำนายอนาคตควรอยู่ในช่วงเวลา 10-50 ปี (Schwarz, Svedin, and Wittrack, 1982)

8.4 การที่ต้องใช้การถามย้ำหลาย ๆ รอบตามกระบวนการวิจัยนั้น อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่าย ไม่เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างแท้จริงโดยตลอด

8.5 ผู้ทำการวิจัยขาดความรอบคอบ มีความลำเอียงในการพิจารณา วิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ

8.6 เนื่องจากมีการส่งแบบสอบถามหลายรอบอาจมีการสูญหายของแบบสอบถามหรือไม่ได้รับคำตอบกลับคืนมา

จากรายละเอียดที่กล่าวมาในเรื่องของเทคนิคเดลฟายทั้งหมด จะเห็นได้ว่าคุณค่าของเดลฟาย ก็คือคุณค่าของการเห็นพ้องต้องกันในวิธีการของเทคนิคเดลฟาย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความคาดหวัง การวาดอนาคต หรือ สภาพที่พึงประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น การเห็นพ้องต้องกันจะเพิ่มโอกาสของกระบวนการให้ไปถึง และในอีกด้านหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญควบคู่กันไป คือ การที่ไม่มี การเห็นพ้องต้องกัน เพราะ เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความขัดแย้ง หรือสภาพปัญหาที่จะเกิดขึ้นในภายหน้าว่าคืออะไร ข้อมูลเหล่านี้มีคุณค่าอย่างมากต่อกระบวนการกำหนดนโยบาย และการวางแผนด้วยเหตุผลดังกล่าว และเนื่องจากสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานีนอามัย ในประเทศไทย ปัจจุบันนี้ ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน อีกทั้งจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอามัยในปัจจุบัน ก็ยังมีอยู่น้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนสถานีนอามัยที่มีอยู่ในประเทศ เพราะยังอยู่ในระยะริเริ่มของการนำพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานในสถานีนอามัย จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคเดลฟาย ในการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานีนอามัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกัน เพื่อให้การเตรียมพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานในสถานีนอามัยได้อย่างเหมาะสมในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นนโยบายและเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำอยู่ในสถานีนอามัยอย่างน้อยแห่งละ 1 คน (ชื่นชม เจริญบุท, 2533)

