

บทที่ 4

วิสัยทัศน์ผู้นำทางการศึกษาพยาบาล : ศึกษานิพนธ์ของ ร.ศ.ดร.วิเชียร ทวีลาภ

การศึกษาพยาบาลในประเทศไทยนั้น เริ่มต้นตั้งแต่ ในปี พ.ศ.2439 โดย สมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี พระบรมราชินีพันปีหลวง เป็นผู้ก่อตั้งขึ้น เพื่อผลิตแพทย์ผดุงครรภ์สมัยใหม่ การศึกษาพยาบาลจึงได้เริ่มต้นตั้งแต่นั้นมา และมีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความก้าวหน้าทางการศึกษา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกดังกล่าวนี้ เป็นแค่เพียงแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงการศึกษาพยาบาล แต่ผู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงนั้นก็คือนำทางการศึกษาพยาบาลตามยุค ตามสมัยที่ท่านเหล่านั้นได้ดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่วงการพยาบาลวิชาชีพอย่างแท้จริง

และเมื่อศึกษาวิวัฒนาการการศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาแล้ว จะเห็นได้ว่า ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2439 – 2468 เป็นระยะเริ่มต้นของการศึกษาพยาบาล ซึ่งมีพัฒนาการที่ไม่เด่นชัดมาก ต่อมาในช่วงระยะเวลาปี พ.ศ.2469 – 2499 เป็นช่วงการปรับปรุงเข้าสู่ระบบการศึกษาพยาบาลแผนใหม่ซึ่งแพร่หลายมาจากต่างประเทศ การพัฒนาช่วงนี้จึงอยู่ในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงตามกระแสนิยมใหม่ที่แพร่เข้ามาโดยครูพยาบาลอเมริกัน

จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2499 – 2530 เป็นระยะที่การศึกษาพยาบาลมีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก โดยมีการพัฒนาเข้าสู่รูปแบบของวิชาชีพอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือร่วมใจในการทำงานของเหล่าผู้นำทางการศึกษาพยาบาลที่ได้ร่วมกันผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในวงการศึกษาพยาบาลอย่างมากมาย และในการทำงานของเหล่าผู้นำดังกล่าวนี้ จึงน่าที่จะได้มีศึกษาถึงแนวความคิดความต้องการให้เกิดมีขึ้นในอนาคตของการศึกษาพยาบาลที่ท่านผู้นำดังกล่าวได้วาดความฝันไว้ อันเป็นผลทำให้การศึกษาพยาบาลของประเทศไทยมีความก้าวหน้าและพัฒนาเข้าสู่การศึกษาระดับวิชาชีพจนถึงปัจจุบันได้ ดังจะพิจารณาในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรตามความต้องการของสังคม

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2504 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ขึ้นใช้ในการกำหนดนโยบายการบริหารประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อถึงการวางแผนการจัดการศึกษา พยาบาลตามแผนพัฒนาดังกล่าว ที่ได้รับผลมากคือเรื่องของการขยายบริการสาธารณสุขไปสู่ชุมชนชนบท ทำให้สถานศึกษาพยาบาลต้องเร่งผลิตบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองแนวนโยบายดังกล่าว นอกจากนี้วงการพยาบาลจะได้รับผลกระทบจากแผนพัฒนาฯ แล้ว ยังมีวงการแพทย์ที่ต้องเร่งผลิตบุคลากรเช่นกัน แต่กระนั้นก็ยังไม่ทันต่อความต้องการของสังคม จึงเกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางสาขาการแพทย์และพยาบาลอย่างมากในระยะหลังแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 จากปัญหาและความต้องการดังกล่าว ทำให้ทิศทางในการผลิตพยาบาลต้องปรับตามอิทธิพลต่างๆ ดังจะกล่าวถึง ดังต่อไปนี้

1.1 แนวโน้มการเปิดหลักสูตรใหม่ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการขาดแคลนแพทย์อยู่มากมาย แต่งานของแพทย์ก็ยังล้นมืออยู่ เพื่อแก้ไขปัญหานี้ จึงมีการตั้งโปรแกรมอบรมผู้ช่วยแพทย์ หรือ Physician Assistant ขึ้น โดยรับผู้จบการศึกษาชั้นปริญญาตรี เข้าอบรมงานประมาณ 1 ปี เพื่อให้ช่วยงานในด้านการตรวจรักษาโรคภายในขอบเขต และการควบคุมของแพทย์วิชาชีพ

แนวโน้มอันนี้ ทำให้เกิดการถกเถียงกันขึ้นในหมู่แพทย์และพยาบาล ถึงปัญหาที่ว่า ใครควรจะเป็นผู้ทำหน้าที่ใหม่นี้ได้ดีที่สุด เพื่อผลดีและความปลอดภัยของประชาชน เพราะการอบรมคนให้ทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ได้ดั่งนั้น ผู้รับการอบรมควรมีพื้นฐานความเข้าใจในเรื่องของการแพทย์ การพยาบาลอยู่ก่อนบ้าง ทาง National League for Nursing ได้ศึกษาหน้าที่ของผู้ช่วยแพทย์ตามที่ได้กำหนดไว้ ปรากฏว่าบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย

1. Primary Care ทำหน้าที่ Screen ผู้ป่วยโดยการตรวจวินิจฉัยโรค และตัดสินใจควรจะไปให้แพทย์ใดรักษาต่อไป รวมทั้งให้การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ซึ่งมีการติดตามผลการรักษา หรือ ส่งต่อไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, ดำรงไว้, ส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

2. Acute Care ช่วยแพทย์ในการรักษาอย่างฉุกเฉิน เช่น ภาวะช็อก, เสียเลือด, หัวใจหยุดเต้น, ได้รับสารพิษ, ชัก รวมทั้งให้การรักษาผู้ป่วยเล็กน้อยที่เกิดขึ้นทันที เช่น ปวดศีรษะ, หวัด, คลื่นไส้ เป็นต้น
3. Long Term Care โดยการติดตามให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังถึงบ้าน มีสิทธิให้การรักษาตามอาการ, รักษาต่อเนื่อง และฟื้นฟูสภาพร่างกาย

งานที่กล่าวมานี้ทั้งหมด ความจริงพยาบาลได้ปฏิบัติอยู่แล้ว โดยเฉพาะพยาบาลสาธารณสุข ฉะนั้น ถ้าได้รับการอบรมเพิ่มเติมให้มีความชำนาญในด้านการตรวจ การวินิจฉัยอาการ และมีสิทธิให้การรักษาง่ายๆ ได้ถูกต้องตามกฎหมายแล้ว ก็จะทำให้พยาบาลเป็นผู้ช่วยแพทย์ ได้ง่ายกว่า การจะอบรมผู้จบการศึกษาจากวงการอื่นอย่างแน่นอน

แพทย์ส่วนใหญ่ก็มีความเห็นชอบด้วยในเรื่องนี้ ในที่สุดทางฝ่ายพยาบาลก็ยินยอมตกลงว่า ควรจะได้ขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ แต่ขอเรียกพยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ว่า Nurse Practitioner ปรากฏว่า Nurse Practitioner ได้รับผลเป็นที่พอใจ (วิเชียร ทวีลาภ, 2515 หน้า 26.)

สำหรับแนวโน้มในการขยายบทบาทพยาบาลของประเทศไทย ได้รับอิทธิพลจากประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะการประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์เช่นเดียวกัน ซึ่งท่านได้เห็นด้วยกับแนวโน้มการขยายบทบาทของพยาบาลในอเมริกา ดังจากที่ท่านกล่าวถึงในคราวเดียวกันนี้ว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2515 หน้า 26.)

“ข้าพเจ้าได้ทราบว่า แพทย์บางกลุ่มในบ้านเราก็เริ่มดำริให้มีการอบรมผู้ช่วยประชาชนในชนบท การดำรินี้ก้าวหน้าไปอย่างไรนั้น เราควรจะได้ติดตามศึกษาต่อไป ในฐานะที่พยาบาลได้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับแพทย์ และโดยเฉพาะพยาบาลต่างจังหวัดได้ช่วยทำหน้าที่ของแพทย์อยู่แล้ว เป็นส่วนใหญ่ เช่น การฉีดยาเข้าเส้น การเย็บแผล ผ่าฝี การนวดหัวใจ เป็นต้น แต่เหตุไรจึงไม่คิดส่งเสริมสนับสนุนพยาบาลให้ทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ได้โดยมีการอบรมพิเศษ มีกฎหมายคุ้มครองถูกต้อง การอบรมผู้ช่วยแพทย์ขึ้นมาอีกกลุ่มหนึ่ง (ถ้ามีจริง) อาจจะทำให้ความขัดแย้งในหน้าที่ความรับผิดชอบและสายการบังคับบัญชาตามระบบข้าราชการไทยต่างจังหวัด เช่น การจัดให้ Sanitarian ซึ่งไม่เข้าใจงานในด้านการรักษาพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาพยาบาลในสถานอนามัยต่างจังหวัด ดังปรากฏอยู่แล้วเป็นต้น”

1.2 แรงผลักดันที่เกิดจากความต้องการได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมาย

เมื่อแนวโน้มทางการแพทย์ในประเทศไทย ที่มีความต้องการบุคลากรใหม่ขึ้นมาอีกระดับหนึ่ง ที่เรียกว่า ผู้ช่วยแพทย์ เกิดขึ้น ซึ่งบทบาทนี้ได้เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ได้ปฏิบัติงานในส่วนนี้อยู่ก่อนแล้ว แต่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายของประเทศ และถ้าเกิดบุคลากรระดับนี้ขึ้นมาใหม่แล้ว จึงเป็นปัญหาว่าพยาบาลจะอยู่ตรงไหน ผู้ช่วยแพทย์เหล่านี้ มีสิทธิในการสั่งการรักษาให้พยาบาลปฏิบัติเช่นเดียวกับแพทย์หรือไม่ และด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าพยาบาลผู้ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์อยู่แล้ว ถ้าได้รับการอบรมเพิ่มเติมก็จะเป็นบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้ดีกว่าบุคลากรใหม่ ซึ่งไม่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเลย (วิเชียร ทวีลาภ, 2515 หน้า 26.)

จากผลการศึกษากิจกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โดยกองการพยาบาลและ W.H.O. ในปี พ.ศ.2513 พบว่า พยาบาลในต่างจังหวัดได้ใช้เวลาประมาณร้อยละ 45 ของเวลาทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยไปในกิจกรรมทาง Technical Procedures เช่น การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง หรือเข้ากล้ามเนื้อ การฉีคน้ำเกลือเข้าเส้นโลหิตดำ การฉีดยาเข้าเส้นโลหิตดำ ทำแผล เย็บแผล เป็นต้น งานเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นงานที่นอกเหนือขอบเขตความรับผิดชอบที่พยาบาลจะทำได้ตามกฎหมาย (วิเชียร ทวีลาภ, 2517 หน้า 100.)

นอกจากนี้ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้ทำการสำรวจทัศนคติของพยาบาลต่องานที่นอกเหนือขอบเขตความรับผิดชอบในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2515 โดยการสุ่มตัวอย่างของพยาบาลทั่วประเทศ ปรากฏว่า พยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉพาะในโรงพยาบาลต่างจังหวัด และสถานีอนามัย ได้ปฏิบัติงานและกิจกรรมต่างๆ ที่นอกเหนือสิทธิหน้าที่ของพยาบาลจะทำได้โดยกฎหมาย ทั้งนี้ เพราะขาดแคลนแพทย์ เช่น การตรวจหัวใจภายนอก การตัดเย็บฝีเย็บ การผ่าฝี การใส่สายยางล้างท้อง การใส่ฝือก การล้างรก การชันสูตรและเอาสิ่งแปลกปลอมออก และอื่นๆ กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมและหน้าที่โดยตรงของแพทย์ แต่การขาดแคลนแพทย์ในส่วนภูมิภาคทำให้พยาบาลจำเป็นต้องต้องรับปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อให้การบริการช่วยเหลือผู้ป่วยสำเร็จลุล่วงไป (วิเชียร ทวีลาภ, 2517 หน้า 101.)

พยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมนอกเหนือหน้าที่นี้ได้แสดงความรู้สึกออกมาว่า ทำไปด้วยการขาดความมั่นใจ เพราะตระหนักดีว่าขาดความคุ้มครองด้วยประการทั้งปวงในด้านกฎหมาย

ในการประชุมสมาคมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 4 เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2515 นี้ สมาคมได้นำเอาปัญหานี้เข้าเป็นหัวข้อเรื่องถกแถลง เพื่อพิจารณาแนวโน้มของการพยาบาลในอนาคต สมาชิกที่มาประชุมมีความคิดเห็นพ้องกันว่า เมื่อสถานการณ์จริงไม่สามารถทำให้พยาบาลหลีกเลี่ยงกิจกรรมนอกเหนือหน้าที่ดังกล่าวนี้ได้ ก็ควรจะได้ขยายบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลให้ถูกต้องตามกฎหมาย พร้อมทั้งให้การอบรมเพิ่มเติมในด้านการตรวจรักษาตามความจำเป็นด้วย

กองการพยาบาลในฐานะตัวแทนและผู้ดูแลพยาบาลส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ได้นำผลการศึกษากิจกรรมของพยาบาลเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาปัญหาและนโยบายเกี่ยวกับการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ.2515 โดยมีปลัดกระทรวงเป็นประธาน กรรมการที่มาประชุมประกอบด้วย นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ผู้แทนจากสถาบันการศึกษาพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ รวมทั้งผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ผู้แทน ก.พ. ผู้แทนสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ และหัวหน้ากองการพยาบาลเป็นกรรมการและเลขานุการ ท่านในฐานะผู้แทนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมพิจารณาปัญหา และรายงานผลการศึกษากิจกรรมของพยาบาลแล้ว มีมติเห็นชอบจากที่ประชุมเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข คือ ไม่ควรมีบุคลากรการแพทย์ประเภทอื่น แต่ควรพิจารณาปรับปรุงความรู้ของพยาบาลให้มีการกำหนดหน้าที่ และ ควรรับผิดชอบให้ถูกต้องตามกฎหมายและตั้งอัตราใหม่ให้เหมาะสม เพราะพยาบาลมีพื้นฐานความรู้ด้านนี้อยู่แล้ว การกระทำเช่นนี้อาจจะลดปัญหาหมอเถื่อนได้ (วิเชียร ทวีลาภ.,2517 หน้า 100-102.)

เมื่อมติที่ประชุมมีความเห็นให้พยาบาลได้ขยายบทบาททางการรักษา จึงได้มีการนำเรื่องนี้เสนอต่ออธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2516 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการวางแผนโครงการร่วมผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติขึ้น (วิเชียร ทวีลาภ.,2517 หน้า 100-102.)

คณะกรรมการชุดนี้ได้ปรึกษาหารือกันถึงปัญหาและข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับความต้องการบริการการแพทย์ และอนามัยระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข พยาบาลสาธารณสุขในระดับอำเภอมีความจำเป็นต้องปฏิบัติ และได้ปฏิบัติงานในหน้าที่เกี่ยวกับการบำบัดโรคบางอย่างอยู่แล้ว ฉะนั้น จึงมีความเห็นพ้องกันว่า เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในท้องถิ่นเห็น

ควรจะได้มีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลให้มีด้านการรักษาที่จำเป็นเพิ่มขึ้นด้วย โดยวางแผนเป็น 2 ระยะดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2517 หน้า 103.)

ในระยะแรกซึ่งเป็นระยะเร่งด่วน ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุข ที่มีอยู่เดิม โดยเพิ่มความรู้ด้านการตรวจรักษาให้เหมาะสมกับหน้าที่ที่ได้ปฏิบัติอยู่ การรับนักศึกษาให้คำนึงถึงความต้องการในท้องถิ่นระดับอำเภอก่อนอื่น สำหรับผู้จบหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุขไปแล้ว และกำลังปฏิบัติงานอยู่ในท้องถิ่นก็ควรจัดให้มีการอบรมระยะสั้น โดยเพิ่มเติมความรู้ในด้านการรักษา เพื่อช่วยให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับโครงการระยะยาวนั้น คือ การเตรียมพยาบาลเวชปฏิบัติในระดับปริญญาตรี โดยจัดให้พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขาหนึ่งของหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตพยาบาล”

การเพิ่มความรู้ทางด้านการตรวจรักษาที่จำเป็นเข้าไปในหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม แทนการเปิดหลักสูตรใหม่ขึ้นมานั้น เป็นผลมาจากการมองระยะยาวของคณะกรรมการชุดนี้ ที่มองเห็นว่า

1. การปรับปรุงขยายบทบาท และหน้าที่ของพยาบาลในด้านการบำบัดรักษาจะทำได้ง่ายขึ้น เพราะพยาบาลมีพื้นฐานความรู้ และประสบการณ์ในด้านการแพทย์และอนามัย อยู่แล้ว ย่อมใช้เวลาในการอบรมน้อยกว่า การผลิตบุคลากรใหม่
2. เป็นการประหยัดงบประมาณของประเทศชาติ เพราะมีอุปกรณ์การสอน สถานที่ และคณาจารย์พร้อมอยู่แล้วในมหาวิทยาลัยมหิดล อาจจำเป็นต้องเพิ่มคณาจารย์ขึ้นบ้าง แต่ก็ยังเป็นงบประมาณเพิ่มน้อยมาก
3. เป็นการป้องกัน และขจัดข้อขัดแย้งในหน้าที่การงานระหว่างบุคลากรใหม่ (ถ้ามี) ขึ้นกับพยาบาล
4. เป็นการป้องกันมิให้พยาบาลสาธารณสุขทำงานด้านป้องกัน

จะเห็นว่าโครงการพยาบาลเวชปฏิบัตินี้ก็ คือ หลักสูตรพยาบาลสาธารณสุขเวชปฏิบัติ ของภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเปิดสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 จนถึงปัจจุบันนี้ หลักสูตรมีระยะเวลาเรียน 6 เดือนรับผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลพื้นฐานระดับวิชาชีพเข้าศึกษา (ทัศนา บุญทอง, 2534, หน้า 51.) มีขอบเขตการปฏิบัติงานในด้านการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. การรักษาพยาบาลขั้นต้น (Primary Care) ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย โดยการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาโรคที่พบบ่อยๆ ตัดสินในกรณีที่นอกเหนือความสามารถว่าควรแนะนำไปให้แพทย์ใดรักษาต่อไป รวมทั้งการติดตามผลการรักษาให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
2. การรักษาพยาบาลฉับพลัน (Acute Care) สามารถสังเกตอาการสำคัญและอาการอันตราย และให้การปฏิบัติรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ช็อก, ตกเลือด, หัวใจหยุดทำงาน, ชัก, ภาวะต้องพิษ ได้ตามความจำเป็น
3. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง (Long Term Care) รับช่วงการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และมีแผนการรักษาจากแพทย์แล้ว แนะนำวิธีการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ช่วยในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ

จากขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัตินี้ จะเห็นว่า พยาบาลเวชปฏิบัติก็คือพยาบาลอีกตำแหน่งหนึ่ง ที่จะมีขึ้นเมื่อแพทย์ในโรงพยาบาล หรือคลินิกต้องการเท่านั้น สำหรับในสถานีนอนมาบซ์ชั้นหนึ่งนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติก็คือ พยาบาลสาธารณสุขประจำสถานีนอนมาบซ์นั่นเอง สำหรับแนวโน้มความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ คงจะมีแนวโน้มไปในทางปดมากกว่า เพราะขอบเขตของงาน ได้เบี่ยงเบนออกไปสู่สายการแพทย์ การก้าวหน้าทางสาขานี้ย่อมขึ้นอยู่กับทางแพทย์มากกว่าทางพยาบาล (วิเชียร ทวีลาภ, 2517 หน้า 107.)

จะเห็นว่า พัฒนาการของหลักสูตรทางการศึกษาพยาบาลไทย ได้รับอิทธิพลมาจากแนวโน้มการจัดการศึกษาพยาบาลของต่างประเทศ และแรงผลักดันจากพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาพยาบาลขึ้น ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้บทบาทของพยาบาลต้องเปลี่ยนไป

2. มาตรฐานการศึกษาพยาบาลในรูปแบบของวิชาชีพ

ตามหลักเกณฑ์วิชาชีพที่ว่า ผู้มีวิชาชีพย่อมได้รับการศึกษาจากสถาบันการศึกษาชั้นสูง โดยทั่วไปความหมายของ สถาบันการศึกษาชั้นสูง บ่อมหมาหมายถึง การศึกษาของมหาวิทยาลัย ซึ่งมีการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา การศึกษาพยาบาลของไทย ได้รับการยอมรับว่าอยู่ในรูปแบบของวิชาชีพอย่างสมบูรณ์ มาได้ไม่นานมานี้เอง โดยมีการพัฒนาตามลักษณะการจัดการศึกษาระดับวิชาชีพทั้งในด้าน การจัดหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

2.1 ด้านหลักสูตรการศึกษาพยาบาล

พัฒนาการของหลักสูตรการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ได้พัฒนาเปลี่ยนแปลงมาอย่างช้าๆ ตามความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และภาระหน้าที่รับผิดชอบที่มากขึ้นของพยาบาล โดยเฉพาะจากการตระหนักรู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ของผู้นำทางการศึกษาพยาบาล โดยได้เริ่มต้นเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ต่อไปนี้

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงความรู้พื้นฐานของผู้เข้ารับการศึกษาพยาบาล

ในระยะแรก การก่อตั้งสถานศึกษาพยาบาลสมัยรัชกาลที่ 5 การจัดหาคนให้เข้ามาเรียน โดยเฉพาะสตรีรู้หนังสือหายากมาก ทั้งนี้เพราะ การศึกษาทั่วไปในขณะนั้นยังไม่แพร่หลาย การเปิดรับนักเรียนพยาบาลครั้งแรกจึงไม่มีกำหนดกฎเกณฑ์ในการรับแต่ประการใด

ต่อมามีนักเรียนจบชั้นประถมศึกษามากขึ้น กรมศึกษาธิการได้จัดหานักเรียนสำเร็จชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งเป็นชั้นสูงสุดในสมัยนั้น เข้าเรียนพยาบาล ดังนั้น สตรีที่จะมีโอกาสได้ศึกษา จึงเป็นสตรีที่มาจากครอบครัวของข้าราชการชั้นสูง และข้าราชการในราชสำนัก สำเร็จแล้วยังได้รับพระราชทานประกาศนียบัตรจากพระหัตถ์ของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว

ฉะนั้น จึงกล่าวได้ว่า ฐานะของพยาบาลไทยในอดีตได้รับเกียรติทางด้านสังคมสูงมาก ทั้งนี้ เพราะ ในสมัยนั้นยังไม่นิยมให้สตรีเรียนหนังสือ และออกทำงานนอกบ้าน ผู้เข้ามาศึกษามักจะมาจากรอบครัวที่ดี ที่พร้อมจะเสียสละ อุทิศตนเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นมากกว่าที่จะยึดถือเป็นอาชีพ

เมื่อเข้าสู่ปี พ.ศ.2469 เป็นยุคของการศึกษาพยาบาลแผนใหม่ จึงได้มีการปรับปรุงคุณสมบัติผู้เข้ารับการศึกษาพยาบาลเสียใหม่ โดยรับผู้มีพื้นฐานความรู้ชั้นมัธยม 6 หรือ ม.ศ.3 (10 ปี) ตามมาตรฐานสากลที่ใช้อยู่ในขณะนั้น ในยุคนี้มีการส่งพยาบาลไทยไปศึกษา ณ ต่างประเทศ และจ้างครูพยาบาลอเมริกันมาช่วยจัดระบบการศึกษา ทำให้การศึกษาพยาบาลมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว มีจำนวนนักเรียนเข้ามาสมัครรับการศึกษามากขึ้นทุกปี จนต้องมีการเริ่มต้นสอบคัดเลือกผู้สมัครเข้าเรียนพยาบาลขึ้นในยุคนี้ ดังที่ รศ.ดร.วิเชียร ทวีลาภ ผู้เข้าศึกษาในสมัยนั้น ได้บันทึกว่า

“พ.ศ.2485 เริ่มต้นให้มีการสอบคัดเลือกผู้สมัครเข้าเรียนพยาบาล เนื่องจากจำนวนผู้สมัครเข้าเรียนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ไม่อาจใช้การพิจารณาตัดสินจากสมุดรายงานและสัมภาษณ์ได้เหมือนเดิม” (วิเชียร ทวีลาภ, 2525 หน้า 23)

ต่อมาในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่สอง การศึกษาพยาบาลได้รับผลกระทบจากอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา ความเจริญทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี การเริ่มต้นผลิเข้าหน้าที่ทางการแพทย์สาขาต่างเช่น เทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด ซึ่งเริ่มต้นด้วยการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี อิทธิพลของสภาพการณ์เหล่านี้เป็นแรงผลักดันที่สำคัญต่อการศึกษาพยาบาลเป็นอย่างมาก

ประกอบกับการได้ไปศึกษาต่อและได้เรียนรู้จากพยาบาลต่างชาติที่มาทำหน้าที่ปรึกษาชั่วคราว ทำให้พยาบาลไทยได้มีความรู้กว้างขวางขึ้น เริ่มต้นตัวในการศึกษาและมองเห็นเหตุของปัญหาที่จะปรับปรุงพัฒนาวิชาชีพ จากการมองของท่าน เหตุของปัญหาที่กล่าวถึงคือ

“พื้นความรู้ 10 ปี หรือระดับชั้นมัธยมศึกษา 3 เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไม่อาจเจริญก้าวหน้าในราชการได้ตามภาวะความรับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งมีมากมาย นอกจากนี้ยังทำให้โอกาสในการศึกษาต่อเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีความจำกัดอย่างมาก” (วิเชียร ทวีลาภ, 2524 หน้า 91)

อุปสรรคในความเจริญก้าวหน้าทางราชการที่กล่าวถึงนี้คือ จากการมีพื้นความรู้ชั้น ม.6 หรือ ม.ศ.3 ทำให้พยาบาลสำเร็จใหม่เริ่มต้นทำงานด้วยเงินเดือนชั้นจัตวาอันดับ 3 ซึ่งเป็นอันดับสุดท้ายตามหลักเกณฑ์ของ ก.พ. ทำให้การเลื่อนขั้นเป็นชั้นตรีต้องใช้เวลาจนถึง 10 ปี นอกจากจะมีตำแหน่งชั้นตรีว่างอยู่ การสอบเลื่อนขั้นจึงจะมีผล ในขณะที่ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเริ่มต้นด้วยชั้นตรี โอกาสในการก้าวหน้าทางราชการจึงมีมากกว่า

อิทธิพลของสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นแรงผลักดันที่สำคัญต่อการปรับระดับการศึกษาพื้นฐานเป็น 12 ปี ในระยะเวลาต่อมา กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2499 โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้รับอนุมัติให้เปิดสอนการพยาบาลในระดับปริญญาตรี เป็น

หลักสูตรแรกของประเทศไทย และเป็นการเริ่มต้นรับผู้สำเร็จชั้นมัธยม 8 หรือ ม.ศ.5 เข้าศึกษาวิชาพยาบาล

หลังจากนั้นก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติผู้เข้ารับการศึกษานพยาบาลโดยรับผู้สำเร็จชั้นมัธยม 8 หรือชั้น ม.ศ.5 ในหลักสูตรประกาศนียบัตรเดิม ให้มีมาตรฐานเป็นสากลในระดับเดียวกัน โดยเริ่มขึ้นที่ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เป็นแห่งแรก ต่อมาก้าวใหม่ของโรงเรียนพยาบาลศิริราชได้เป็นสิ่งกระตุ้นพยาบาลทุกสถาบัน มีการตื่นตัว หาทางที่จะปรับปรุงการศึกษาในสถาบันของตนให้มีมาตรฐานเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงนี้ได้ดำเนินไปอย่างช้าๆ ตามโอกาส เวลา และฐานะเศรษฐกิจของประเทศ ใช้เวลาประมาณ 14 ปี (พ.ศ.2517) โรงเรียนพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย จึงมีระบบการรับนักศึกษาใหม่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมปลายได้ทั้งหมด

การที่ทุกสถาบันการศึกษานพยาบาลในประเทศไทย ได้ปรับปรุงการศึกษาในสถาบันของตนให้มีมาตรฐานเดียวกันได้นั้น จึงเป็นบันไดในการพัฒนาไปสู่ระบบการศึกษาระดับวิชาชีพ ซึ่งทำให้การศึกษานพยาบาลมีระดับสูงขึ้นเท่าเทียมกับวิชาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เทคนิคการแพทย์ สุขากิจบาล สาธารณสุข ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังวิชาพยาบาล

2.1.2 การปรับปรุงหลักสูตรเข้าสู่ระดับปริญญาตรี

ในระยะต้นหลักสูตรการศึกษานพยาบาล เป็นหลักสูตรที่เน้นการผดุงครรภ์ การดูแลมารดา และทารก และการพยาบาลต่างๆ หลักสูตรมีระยะเวลาเรียน 2 ปี ฝึกงานอีก 1 ปี จึงสำเร็จการศึกษาได้รับประกาศนียบัตร โรงเรียนพยาบาลในระยะแรกนี้มีเพียง 3 โรงเรียน

ต่อมาในระยะกลาง เป็นระยะที่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก นำระบบการศึกษานพยาบาลแผนใหม่เข้าสู่ประเทศไทย โดยมีการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษานพยาบาลเข้าสู่มาตรฐานสากล หลักสูตรปรับปรุงใหม่นี้มีระยะเวลาเรียน 3 ½ ปี ประกอบด้วยการเรียนพยาบาลทั่วไป 3 ปี และเรียนผดุงครรภ์อีก 6 เดือน สำเร็จการศึกษาได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ ระยะนี้มีโรงเรียนพยาบาลเปิดขึ้นอีก 5 แห่ง ในยุคนี้ ได้มีการเปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล เพิ่มขึ้นอีก 1 หลักสูตร เพราะเนื่องมาจากการขยายงานของโรงพยาบาล ทำให้จำนวน

พยาบาลมีไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องอบรมผู้ช่วยพยาบาลขึ้นช่วยงานในหอผู้ป่วย โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาชั้น ม.ศ.3 หลักสูตร 1 ปี

เมื่อการศึกษาพยาบาลเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยเริ่มต้นครั้งแรกที่ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ.2499 ในระดับบัณฑิตศึกษากลับแล้ว นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งอื่นๆ หาทางที่จะปรับปรุงการศึกษาในสถาบันของตนให้มีมาตรฐานเดียวกัน

หลังจากนั้น ในปี พ.ศ.2518 กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขไปสู่ชุมชน ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) และฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) และจากการขาดแคลนแพทย์ในชุมชนชนบท กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกระเบียบกระทรวงฯ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2518 มีผลทำให้พยาบาลต้องขยายบทบาททางด้านการรักษาขั้นต้น เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นผลสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อเตรียมพยาบาลสนองความต้องการในหน้าที่ดังกล่าว โรงเรียนพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงขยายหลักสูตรระดับประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ จาก 3 ปี เป็น 4 ปี ทั้งหมด เพื่อเพิ่มวิชาความรู้และประสบการณ์ด้านการตรวจรักษาขั้นต้นเข้าไปในหลักสูตร เริ่มต้น พ.ศ.2520 เป็นต้นมา (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 106.)

การปรับหลักสูตรการศึกษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็น 4 ปี ในระดับปริญญาตรี นี้ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก และนับเป็นครั้งยิ่งใหญ่ในประวัติการของพยาบาลไทย มีผลทำให้หลักสูตรการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาของทุกสถาบันต้องปรับปรุงขยายหลักสูตรเป็น 4 ปี เป็นมาตรฐานเดียวกันในเวลาต่อมา ความเคลื่อนไหวที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันนี้ ท่านมีความเห็นว่า

“ด้วยความปรารถนาที่จะปรับการศึกษาพยาบาล ซึ่งมีอยู่มากมายหลายระดับให้มีมาตรฐานในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นมาตรฐานเดียวกันของพยาบาลระดับวิชาชีพทั่วประเทศ ถ้าเป้าหมายนี้เป็นความจริงได้ ก็ควรจะเป็นที่ชื่นชมยินดีเป็นอย่างยิ่ง เพราะประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผู้นำที่มีการศึกษาพยาบาลก้าวหน้ามากที่สุด ก็ยังมีอาชีพบรรณารักษณ์ได้” (วิเชียร ทวีลาภ, 2522 หน้า 22.)

จึงนับได้ว่าเป็นความสำเร็จของวงการศึกษาพยาบาลอีกขั้นหนึ่ง เมื่อมีการสิ้นสุดของหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร 3 ปี เหลือหลักสูตรการพยาบาลพื้นฐานหลักสูตร 4 ปี ในระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี เป็นหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพเพียงระดับเดียวทั่วประเทศแล้ว

2.1.3 ความปรารถนาที่จะให้มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพียงระดับเดียว

เมื่อการสิ้นสุดของหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร 3 ปี เหลือหลักสูตรการพยาบาลพื้นฐานหลักสูตร 4 ปี ในระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี ทำให้วงการวิชาชีพทางสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ได้หันมาสนใจกับทิศทางของการศึกษาพยาบาลมากขึ้น ด้วยความหวั่นเกรงว่าพยาบาลในหลักสูตรใหม่จะทำงานในลักษณะผู้บริหารมากกว่าการลงมือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ประกอบกับสถานการณ์ในขณะนั้น โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขต้องใช้ผู้ช่วยพยาบาลจำนวนมากเป็นกำลังทางด้านบริการพยาบาล เนื่องจากขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะงานในความรับผิดชอบของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จึงมองเห็นความแตกต่างกันได้ยากมาก ผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญของกระทรวงฯ ในระดับปลาย ขาดความก้าวหน้าทางราชการ เนื่องจากไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 106.)

จากนโยบายและลักษณะงานของผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ระยะที่ 4 นี้ โดยเฉพาะผู้ช่วยพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดและตามศูนย์อนามัยชนบทปฏิบัติงานมิได้แตกต่างไปจากงานของพยาบาลเท่าใดนัก ในโรงพยาบาลความต้องการผู้ช่วยพยาบาลมีมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขมีแผนผลิตผู้ช่วยพยาบาลจำนวนถึง 2,000 คนภายในระยะ 5 ปี (วิเชียร ทวีลาภ, 2518 หน้า 105.)

เมื่อเป็นเช่นนี้ ในฐานะที่ท่านเป็นฝ่ายผู้ผลิตบุคลากรพยาบาล จึงมองเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของผู้ช่วยพยาบาล เพื่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ดังที่ท่านกล่าวไว้ในที่ประชุมว่า

“ผู้ช่วยพยาบาลกำลังจะกลายเป็นกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลในอนาคต การจะปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องปรับปรุงคุณภาพการผลิตผู้ช่วยพยาบาลให้มีมาตรฐานเดียวกันด้วย เมื่อแนวโน้มความต้องการบุคลากรสาธารณสุขเป็นดังนี้ ควรหรือไม่ที่เราเปิดช่องว่างนี้เสีย โดยยอมรับส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยพยาบาลที่มีความสามารถได้ศึกษาต่อในหลักสูตรประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาได้มากขึ้น” (วิเชียร ทวีลาภ, 2518 หน้า 105.)

ท่านได้ดำเนินงานเพื่อผลักดันออกมาเป็นรูปธรรม โดย ในปี พ.ศ.2522 ท่านและผู้นำทางการพยาบาลจากทุกสถาบันการศึกษา ได้จัดประชุมปรึกษาหารือกัน เพื่อจัดบันไดการศึกษาพยาบาลให้แก่ผู้ช่วยพยาบาล ผลจากการประชุมครั้งนี้มีข้อเสนอเป็น 2 ทาง คือ

1. ให้มีหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลอยู่ต่อไป แต่ให้ปรับปรุงหลักสูตรโดยรับผู้มีความรู้พื้นฐานชั้นมัธยมปลายเป็นมาตรฐานเดียวกันเสีย เพื่อจะได้จัดการศึกษาหลักสูตรต่อเนื่องให้ผู้ช่วยพยาบาลศึกษาต่อเป็นพยาบาลได้ตามเงื่อนไขเวลาทำงาน และหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลควรมีระยะเวลาเพียง 1 ปี เท่านั้น เพื่อการเตรียมบุคลากรให้ช่วยงานพยาบาลในทางเฉพาะด้านตามลักษณะและความต้องการของโรงพยาบาล ไม่ต้องเสียเวลาในการศึกษามาก และเมื่อทำงานได้ชั่วระยะเวลาหนึ่งก็ให้โอกาสมาศึกษาต่อได้ การจัดการศึกษาแบบนี้ จะสามารถกำหนดหน้าที่ลักษณะงานระหว่างผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพได้ชัดเจนขึ้น

2. ให้บุคหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และจัดหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์ระดับเทคนิค 2 ปี ขึ้น โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมปลาย เพื่อให้ผู้สำเร็จสามารถปฏิบัติงานในชุมชนระดับอำเภอ ตำบล ได้อย่างมีคุณภาพ และยังเป็นหลักสูตรบันไดอาชีพสำหรับผู้ช่วยพยาบาลผดุงครรภ์ศึกษาต่อเป็นพยาบาลได้ โดยเข้าศึกษาในระดับเทคนิคก่อน

(วิเชียร ทวีลาภ, 2518 หน้า 106-107.)

หลักสูตรพยาบาลระดับเทคนิค 2 ปี ที่มีผู้เสนอขึ้นในที่ประชุมนี้ ได้รับแนวคิดมาจากการศึกษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Professor Montag เป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลระดับเทคนิค เพื่อช่วยงานทางด้านบริการของพยาบาลได้เร็วขึ้น เขาเชื่อว่าด้วยวิธีการสอน ซึ่งไม่เหมือนระบบการศึกษาในมหาวิทยาลัย จะช่วยทำให้นักศึกษาเรียนรู้หลักการและสามารถนำหลักการไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมีเหตุผลและมี

ประสิทธิภาพดี หากได้รับการนิเทศที่ดีก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ เพราะทักษะการปฏิบัติงานนั้น ไม่สามารถจะทำให้เกิดขึ้นได้ในระยะอันสั้นของหลักสูตร

(วิเชียร ทวีลาภ, 2515 หน้า 20.)

สำหรับความเห็นของท่านที่จะให้ใช้หลักสูตรพยาบาลระดับเทคนิค 2 ปีในการศึกษาพยาบาลประเทศไทยนั้น ท่านได้เคยให้คำตอบแก่ผู้ร่วมการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ.2515 ความว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2515 หน้า 242-243.)

“ตามความเห็นส่วนตัวของดิฉัน ขอตอบว่า หลักสูตรพยาบาลระดับเทคนิค 2 ปี นั้นไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ของประเทศไทย เพราะเหตุผลต่อไปนี้

1. เมืองไทยยังไม่มีระบบการศึกษา Junior Community College ซึ่งเขามีหลักสูตรและวิธีการสอนโดยเฉพาะซึ่งไม่เหมือนกับการสอนในมหาวิทยาลัยโดยทั่วไป เพราะมุ่งที่จะให้ผู้เรียนสามารถทำงานอาชีพขั้นเทคนิคได้เมื่อจบการศึกษา เนื่องจากระยะเวลาในหลักสูตรสั้นเพียง 2 ปี ครูของ Junior Community College จะได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการสอนซึ่งใช้เทคนิคและอุปกรณ์การสอนมากที่จะช่วยนักเรียนสามารถเรียนด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด เพราะการสอนในห้องเรียนอย่างเดียวไม่อาจทำได้ครบตามมาตรฐาน
2. การใช้เวลานั้นทำให้เพิ่มผลผลิตได้เร็วขึ้นนั้นเป็นความจริงในด้านการผลิต แต่ผู้ใช้คือโรงพยาบาลต้องเพิ่มงานประจำ และเจ้าหน้าที่อีกพวกหนึ่ง ทำหน้าที่ครูสำหรับ In-service Education โดยเฉพาะ Professor Montag ผู้ริเริ่มระบบการศึกษานี้กำหนดไว้ว่า หลักสูตรระดับเทคนิค 2 ปี จะปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลประจำการได้ดีก็เมื่อได้รับการอบรมต่ออีกประมาณอย่างน้อย 3-4 เดือน ทั้งนี้เพราะระยะเวลาสำหรับการเรียนภาคปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีน้อยมาก และปรากฏว่า หลักสูตรพยาบาลระดับเทคนิคที่ได้ผลดีที่สุดแห่งหนึ่งต้องใช้เวลา 3 ปี โดยจัดให้มี Co-op Plan (ให้นักเรียนได้ทำงานสลับกับการเรียน) ไว้ในโปรแกรมด้วย
3. ผลเสียที่สำคัญที่สุดสำหรับเมืองไทยก็คือ การใช้เวลาเรียน 2 ปี หลังจาก ม.8 จะทำให้เงินเดือนที่ได้รับต่ำกว่าระดับชั้นตรี เพราะ ก.พ. ของเราราคาการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตร ผู้นำการพยาบาลของเราได้พยายามต่อสู้ ปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นระดับ ม.8 เรียน 3 ปี ก็เพื่อจะได้บรรจุเป็นชั้นตรีได้ทันทีเมื่อจบการศึกษา และด้วยเหตุอันใดเราจึงคิดจะมาตรฐานะของตนเองให้กลับเข้าไปอยู่ในสภาพเดิมอีก

4. ความขัดแย้งระหว่างฐานะของพยาบาลผู้จบการศึกษาจาก Junior Community College และจาก Diploma Program ในสหรัฐอเมริกาเมื่ออยู่มาก ทั้งนี้เพราะนักวิชาการมุ่งหวังอุดมการณ์มากเกินไป จนมองข้ามปัญหาและความต้องการในสภาพของความจริง
5. หลักการศึกษาที่ว่าการสอนให้รู้หลักการ แล้วจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถใช้หลักการในการปฏิบัติได้อีกนั้น ยังไม่แน่นอนเสมอไป เพราะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามทักษะในการปฏิบัติพยาบาลยังต้องการเวลาพอสมควร สำหรับการสร้างทักษะให้แก่ผู้เรียนปฏิบัติกับสิ่งมีชีวิตได้ด้วยความมั่นใจ

และด้วยความเห็นที่ขัดแย้งดังกล่าว ท่านจึงต้องการจัดสัมมนาขึ้นอีกครั้ง เพื่อหาข้อยุติระหว่างวันที่ 27-29 พฤศจิกายน 2522 ในเรื่อง การศึกษาพยาบาลตามความต้องการของสังคมไทย มติจากที่ประชุม ซึ่งเสียงส่วนใหญ่มาจากผู้แทนในกระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่า ระบบการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยควรมีหลักสูตรการศึกษาพยาบาลพื้นฐาน 2 ระดับ คือ ระดับเทคนิค (2 ปี) และระดับวิชาชีพ (4 ปี) และควรยุติหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลเมื่อมีหลักสูตรพยาบาลผดุงครรภ์ระดับเทคนิค ทั้งนี้เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล และยังเก็บเงินได้อีกสำหรับผู้ช่วยพยาบาลได้ศึกษาต่อเป็นพยาบาลต่อไปได้กว้างขวางขึ้น ที่ประชุมยังมีความเห็นต่อไปอีกว่า การผลิตพยาบาลระดับต้น หรือระดับเทคนิคควรเป็นโครงการชั่วคราว ถ้าได้เริ่มต้นในปีการศึกษา 2523 มีทั้งแผนผลิตประจำปีและแผนเร่งด่วนของกระทรวงฯ และการช่วยผลิตของคณะพยาบาลศาสตร์ ในทบวงมหาวิทยาลัยด้วยแล้ว คงจะมีจำนวนเพียงพอ และยุติได้เมื่อสิ้นสุดแผนที่ 5 (พ.ศ.2529) (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 108.)

จะเห็นว่า แม้ท่านจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างในการพัฒนาการศึกษาพยาบาล แต่ด้วยความจำเป็นของประเทศและด้วยความคิดเห็นส่วนใหญ่ในที่ประชุมแล้ว ท่านก็ได้ยอมรับหลักการที่เสียงส่วนใหญ่ได้มีมติ จึงนับได้ว่าท่านเป็นผู้ที่มีจิตใจกว้างขวางและยอมรับฟังความคิดเห็นจากคนอื่นอย่างมาก เมื่อผลการประชุมมีมติให้การศึกษาพยาบาล มีหลักสูตรการศึกษาพยาบาลพื้นฐานเป็น 2 ระดับแล้ว จึงได้เสนอมตินี้แก่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับความเห็นชอบ และกำหนดเป็นนโยบายให้จัดการศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงฯ เป็น 2 ระดับ โดยจะควบคุมอัตราการผลิต เพื่อให้มีพยาบาลระดับวิชาชีพและพยาบาลระดับต้น ในสัดส่วน 2 : 1 และยุติการผลิตผู้ช่วยพยาบาลในขณะเดียวกัน (ลออ หุตางกูร, 2534 หน้า 18.)

การเกิดโครงการการผลิตพยาบาลระดับเทคนิค หลักสูตร 2 ปี เป็นที่หวังกันว่าจะได้พยาบาลที่มีคุณภาพดีกว่าผู้ช่วยพยาบาลและสามารถทำหน้าที่ในระดับชุมชนได้ ในขณะที่ยังไม่มีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอ ซึ่งจะเป็นผลดีแก่การสาธารณสุขของประเทศชาติ แต่ในด้านมาตรฐานวิชาชีพแล้วท่านมองว่า การขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะ สาขาการพยาบาล ซึ่งเดิมมีชั้นหนึ่งเพียงชั้นเดียว แต่จะต้องมีเป็น 2 ชั้น ในขณะที่วิชาชีพอื่น ซึ่งเคยมี 2 ชั้น มีแนวโน้มที่จะทำให้เหลือเพียงชั้นเดียว จึงนับว่า พยาบาลมีความตั้งใจที่จะช่วยกัน แก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศชาติอย่างแท้จริง โดยมีคำเ็งถึง การลดลงในสถานภาพของวิชาชีพ (วิเชียร ทวีลาภ, 2524, หน้า 95)

2.2 การจัดการเรียนการสอน

การศึกษาพยาบาลในอดีต กำเนิดขึ้นด้วยความต้องการที่จะได้นักเรียนไว้ช่วยให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษา ดังนั้นระบบการเรียน การสอน จึงเน้นที่การฝึกฝนให้เกิดความชำนาญเพื่อปฏิบัติตามคำสั่งได้อย่างถูกต้อง แม้ว่าจะมีหลักสูตรกำหนดไว้ ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติก็ตาม แต่ระบบการเรียนการสอน โดยเฉพาะทางภาคปฏิบัติ เป็นระบบของการอบรม มากกว่าระบบของการศึกษา

การที่เรียกว่าเป็นระบบการอบรมหรือ Training ก็เพราะว่าเป็นการเรียนรู้อันได้จากการทำตาม หรือเลียนแบบพยาบาลรุ่นพี่ ซึ่งไม่มีระบบระเบียบ ในการเรียน-การสอนแต่อย่างใด ฉะนั้นสิ่งที่นักเรียนหรือนักศึกษา ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติก็คือ การฝึกให้เกิดความชำนาญในการทำงานด้วยมือ รู้จักทำงานตามคำสั่งของพยาบาลรุ่นพี่ ของแพทย์ รู้ว่าปฏิบัติอย่างไร (Know-how to do) การเรียนพยาบาลในอดีต เน้นหนักการฝึกให้ทำงานเป็น นักเรียนเริ่มต้นช่วยในงาน Ward ตั้งแต่เข้าเรียนในชั้นปีที่ 1 เมื่อเป็นชั้นปีที่ 2 และ 3 ก็ทำหน้าที่รับผิดชอบเท่ากับพยาบาลประจำการคนหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาบ่ายและดึก ฉะนั้น เมื่อสำเร็จการศึกษา ก็เป็นพยาบาลที่มีความชำนาญในการปฏิบัติงานตาม Routine ได้เป็นอย่างดี และมักจะเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งที่ดี (วิเชียร ทวีลาภ, 2521 หน้า 493.)

เมื่อระบบการเรียนการสอน ของการศึกษาพยาบาลในอดีตเป็นแบบป้อนให้ และเคร่งครัดต่อเทคนิคกับคำสั่ง จึงไม่ได้เอื้ออำนวยให้นักเรียนได้ใช้ความคิดในการตัดสินใจของตนเองมากนัก ส่วนใหญ่พยาบาลในอดีตจึงมีลักษณะความเป็นผู้นำน้อย (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 91.)

ท่านได้เปรียบเทียบระบบการศึกษาพยาบาลกับของแพทย์ ซึ่งกำเนิดขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน แต่ใช้ระบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันว่า

“การศึกษาพยาบาลกำเนิดขึ้นด้วยวิธีการฝึกหัดอบรม ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาแพทย์ในระยะต้น (Apprentice pattern) แต่มีระบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน การเรียนรู้ของแพทย์ใช้วิธีการ “how to know” ซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ผู้เรียนต้องมีวิธีคิดศึกษาค้นคว้าจนกว่าจะพบความรู้ นั้น จะนั้นความรู้ใหม่จึงเกิดขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้การแพทย์เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่การศึกษาพยาบาลนั้นใช้ระบบเรียนรู้แบบถ่ายทอดความรู้ที่ได้มีผู้ค้นพบมาแล้ว การเรียนรู้เกิดขึ้นจากการจดจำ และนำไปปฏิบัติตามคำสั่ง ตามระเบียบหรือรูปแบบที่แพทย์กำหนดไว้ ใช้การตัดสินใจและการคิดค้นน้อยมาก วิธีการเรียนเน้นที่ “how to know” โดยไม่จำเป็นต้องรู้ว่าทำไมจึงทำ” (วิเชียร ทวีลาภ, 2522 หน้า 20.)

เมื่อท่านมองเห็นจุดอ่อนของระบบการเรียนรู้ของการศึกษาพยาบาลได้ดังนี้ ท่านจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ใหม่นอกเหนือไปจากวิชาความรู้ที่ตนมีอยู่แล้ว ได้จากการปฏิบัติงานของตน ซึ่งระบบการเรียนรู้เช่นนี้จะได้จากการเรียนที่ต้องใช้เหตุและผล นั่นก็คือการเรียนรู้โดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ ดังจะพิจารณาได้ตามประเด็นต่อไปนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงการสอนจากการพยาบาลตามโรคไปสู่การพยาบาลตามปัญหา

เนื่องจากรูปแบบการสอนในสถานศึกษาพยาบาล ได้พัฒนามาจากรูปแบบการสอนตามแบบจำลองทางการแพทย์ ซึ่งมุ่งเนื้อหาที่อาการ อาการแสดงและการรักษาของแพทย์ จะเน้นความสำเร็จของเนื้อหาที่โรค และการเฝ้าระวังรักษาของแพทย์ ส่วนการพยาบาลจะพูดแยกออกไปในตอนท้ายของการสอน (ฟารีดา อิบราฮิม, 2525 หน้า 23)

เมื่อการพยาบาลต้องอิงรูปจำลองทางการแพทย์ การพยาบาลจึงเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังรักษาโรค ถ้านักศึกษายังไม่ได้เรียนเรื่องโรค จะรู้สึกขาดความรู้และความมั่นใจในการช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ และการมองปัญหาของผู้ป่วยจะเป็นการมองข้ามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จึงเป็นการพยาบาลตามโรคของผู้ป่วย

ต่อมาการสอนได้พัฒนาเข้าสู่รูปแบบการสอนที่เน้นวิธีการพยาบาล ความหมายของการพยาบาลจะเน้นที่วิธีการพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมองคุณลักษณะของวิชาชีพพยาบาลเพียงแค่วิธีการพยาบาลหรือเทคโนโลยีเท่านั้น ไม่ใช่การแก้ปัญหาของผู้ป่วย การมองการพยาบาลของนักศึกษาจึงมองเพียงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ (ฟารีดา อิบราฮิม, 2525 หน้า 23)

ที่เป็นดังนี้ ท่านมองว่าเป็นเพราะผู้สอนไม่ใช้พยาบาล ดังที่ท่านได้เคยกล่าวไว้ในการประชุมวิชาการของสมาคมพยาบาลในปี พ.ศ.2503 ความว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2503, หน้า 36)

“ดิฉันเองเมื่อครั้งเป็นนักเรียนพยาบาล เคยสงสัยว่า เราเรียนวิชาเคมีกันไปทำไม ในเมื่อเวลาปฏิบัติงานแล้ว เราไม่ได้ใช้วิชานี้เลย แต่เมื่อดิฉันได้ศึกษามากขึ้น ดิฉันจึงทราบว่าหลักสูตรเคมีหรือฟิสิกส์ที่เราได้เรียนนั้น เราไม่ได้มีผู้แนะนำให้รู้จักใช้เข้ามาในวิชาการพยาบาล ก็เพราะผู้สอนไม่ใช้พยาบาล และยิ่งถ้าครูผู้สอนในวิชาการศึกษาพยาบาล ไม่ได้นำเอาหลักทางเคมีหรือฟิสิกส์มาใช้ในการสอนทางการพยาบาลด้วยแล้ว นักเรียนจะแลเห็นว่า การพยาบาลนั้นเกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์ได้อย่างไร”

การจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนสามารถมองการพยาบาลไปในแง่ของวิทยาศาสตร์ได้นั้น ท่านมองว่าจะทำให้การสอนที่เคยเน้นวิธีการพยาบาล ได้รับการปรับปรุงไปสู่การสอนในแบบของแนวคิดและหลักการ โดยสอนให้ผู้เรียนยึดหลักการและการรู้จักนำหลักการนั้นไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งจะพัฒนาเข้าสู่รูปแบบของการแก้ปัญหา (วิเชียร ทวีลาภ, 2522, หน้า 21)

รูปแบบการสอนตามการแก้ปัญหาที่ท่านกล่าวถึงนี้ ก็คือการสอนโดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังจากคำกล่าวของท่านว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2522, หน้า 26)

“ผู้เขียนเชื่อว่า ถ้านักศึกษาทุกคนมีความชำนาญในการคิดและการปฏิบัติอย่างมีระบบตามกระบวนการพยาบาลแล้ว จะทำให้พยาบาลสำเร็จใหม่ มีความสนใจและสนุกสนานกับการปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น เพราะจะได้พบกับความรู้ใหม่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา เมื่อการสอนโดยใช้กระบวนการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จ การเปลี่ยนแปลงการสอนจากการพยาบาลตามโรคไปสู่การพยาบาลตามปัญหา ก็จะสัมฤทธิ์ผลในที่สุด”

ปัจจุบันการเรียนการสอนเน้นการแก้ปัญหามากขึ้น โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาของบุคคล ซึ่งเริ่มด้วยการประเมินปัญหาของผู้ป่วย วางแผนให้การพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติหลังให้การพยาบาล เหล่านี้เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทั้งสิ้น ซึ่งเชื่อกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการแก้ปัญหาอย่างถูกต้องและครบถ้วน

จะเห็นได้ว่า วิธีการสอนในระยะเริ่มแรก มักจะเป็นการเรียนรู้อุปกรณ์มากกว่าการเตรียมนักศึกษาเพื่อแก้ปัญหา ดังนั้นการเรียนรู้อาจเป็น การเรียนรู้ตามแบบแผน ต่อมาการเรียนการสอนได้พัฒนา โดยเน้นการแก้ปัญหามากขึ้น การใช้กระบวนการพยาบาลจึงเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนได้ใช้ความพยายามในการประยุกต์ความรู้เพื่อแก้ปัญหา แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ยังมีช่องว่างระหว่างความเข้าใจในทฤษฎีของกระบวนการพยาบาล และการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย จึงต้องพิจารณาการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาลอีกครั้ง

2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล โดยเน้นเนื้อหาของกระบวนการพยาบาลมากกว่าการนำกระบวนการพยาบาลไปปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนไม่สามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติพยาบาล และความรู้จากสาขาวิชาต่างๆ มาผสมผสานในกระบวนการพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมองไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้สำเร็จ ดังที่ท่านกล่าวถึงสภาพการศึกษาพยาบาลในปี พ.ศ.2522 ว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2522, หน้า 26)

“ผู้เขียนรู้สึกว่าคุณสถาบันกำลังให้กระบวนการพยาบาลในการสอนเพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกฝนวิธีการคิดอย่างมีระบบ สามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงความต้องการของผู้ป่วย แต่พบว่าอาจารย์หลายท่านยังคงอยู่ในภาวะของการเรียนรู้เช่นเดียวกัน ปรากฏว่าแทนที่อาจารย์จะสอนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แต่กลับสอน กระบวนการพยาบาลเป็นทฤษฎีหนึ่งของการพยาบาล ไปก็มี เลยยังไม่ถึงการนำทฤษฎีไปใช้ได้อย่างแท้จริง”

และเมื่อการพยาบาลเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ที่เรานำตัวความรู้ในสาขาอื่นๆ มาใช้ในกระบวนการพยาบาล ฉะนั้นการสอนให้ผู้เรียนสามารถนำศาสตร์ต่างๆ ดังกล่าวมาใช้ได้สำเร็จ จึง

ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างการสอนในชั้นเรียนและการศึกษาภาคปฏิบัติ (วิเชียร ทวีลาภ, 2524 หน้า 21.)

ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เมื่อมีความสมดุลระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติแล้ว นักศึกษาก็จะสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ เป็นผลสำเร็จ อันจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ ทั้งทางด้านสติปัญญา ทักษะ และทัศนคติในวิชาชีพได้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2524 หน้า 21.)

แนวทางในการจัดการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้มีความสัมพันธ์สอดคล้องต้องกัน มีดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2524 หน้า 21.)

“หลักในการจัดที่ว่า นักศึกษาต้องการเรียนรู้ก่อนแล้วจึงจะฝึกปฏิบัติก็ถูกต้องอย่างยิ่ง ถ้าการฝึกปฏิบัติก็นำทฤษฎีมาใช้ได้ทันที และการปฏิบัตินั้นไม่ห่างไกลเกิดไปจากภาคทฤษฎีจนเขาสับสนเสียก่อน เราอาจจัดการปฏิบัติเช่นที่ทำกันในสมัยตักศิลา คือให้ปฏิบัติไปก่อน ดูไปคลำไปแล้วจึงมานั่งอภิปรายกับอาจารย์ว่าเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น นำทักษะจากการปฏิบัติมาพิจารณา นำมาสู่ “Why” ที่หลัง แต่วิธีนี้อาจยากถ้าไม่มีหลักอะไรเลขมาก่อน แต่ก็ยอมทำได้ ทั้งนี้จะอยู่กับความสำคัญของผู้สอน ผู้สอนจะวางแผนการสอนอย่างไรจึงจะทำให้เกิดความสัมพันธ์กัน ขึ้นอยู่กับกระบวนการในการนำหลักการต่างๆ มาผสมผสานกัน

ความเป็นไปได้ อีกอย่างหนึ่งคือ ผู้สอนต้องมาวางแผนร่วมกัน กำหนดจุดประสงค์เราต้องการให้เขาทำอะไรได้บ้าง เมื่อเรต้งจุดประสงค์ได้แล้ว เช่น เราต้องการให้พยาบาลของเราเป็น Generalist คือมีความรู้พื้นฐานที่จะทำการพยาบาลโดยทั่วไปให้แก่ผู้ป่วยได้ เราก็ต้องจัดกระบวนการวิชาภาคทฤษฎีต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และจัดสภาพหอผู้ป่วยให้เป็นคลินิกฝึกปฏิบัติที่สอดคล้องกับการเรียนภาคทฤษฎี สภาพคลินิที่จัดการศึกษานี้มุ่งฝึกนักศึกษาให้เป็น Generalist ย่อมต้องเป็น General Nursing ถ้าสภาพคลินิที่เป็นการพยาบาลในลักษณะ Specialist ก็ย่อมขาดความสอดคล้อง จัดไม่ได้ เป็นเรื่องที่เราจะรับในปัจจุบัน เพราะสภาพคลินิที่แยกกันไปตามเฉพาะโรคของการรักษา เราจึงต้องจัดการศึกษาภาคปฏิบัติให้เขาได้รับประสบการณ์ครบถ้วน เราก็เกิดปัญหา มีหลักเกณฑ์อะไรที่จะใช้เวลาอยู่ฝึกปฏิบัติในแผนกหลังๆ อยู่น้อย แยกต่างหาก ถ้าคลินิที่แยกแยะมากนัก เราจะจัดให้ครบถ้วนไม่ได้ เราจึงต้องกำหนดว่าเราจะให้แค่ไหน เพียงใด

ในการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติ ถ้าให้นักศึกษาน้อย เราอาจจัดให้ฝึกปฏิบัติพร้อมไปกับการเรียนภาคทฤษฎีเลย เห็นควรต่อเนื่องและประสมประสาน แต่ถ้านักศึกษามากต้องใช้ Lecture ก็อาจขาดการต่อเนื่องที่ทันทีทันใด จึงต้องอาศัยประสบการณ์ของอาจารย์ อาจารย์ต้องให้นักศึกษาได้ความรู้และประสบการณ์อะไรบ้าง นักศึกษามีพื้นฐานอะไรมาบ้างแล้ว”

จะเห็นได้ว่า แนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้มีความสัมพันธ์กันได้นั้น ไม่มีกฎตายตัว แต่ขึ้นอยู่กับผู้สอน ที่ต้องใช้ความสามารถในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของนักเรียนบรรลุผลจากการพยาบาลตามโรคไปสู่การพยาบาลตามปัญหา ทำให้ระยะเวลาของการสอนในชั้นเรียนจะน้อยลง การเรียนการสอนจากการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยก็จะมีมากขึ้น เมื่อมีการเรียนรู้ เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ คุณภาพของการพยาบาลย่อมจะมีการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ ผลงานเหล่านี้เมื่อปรากฏแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการก็จะเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าเป็นผลมาจากการศึกษา การพัฒนาคุณภาพดังกล่าวเป็นงานที่ยากต้องอาศัยเวลาและความอุตสาหะสูง

3. ความเป็นเอกภาพในการจัดการศึกษา

ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่สอง การศึกษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก มีสถาบันการศึกษาพยาบาลเปิดเพิ่มขึ้นหลายแห่ง สถาบันเหล่านี้จัดการศึกษาในลักษณะที่เป็นเอกเทศต่อกัน หลักสูตรจึงมีมากมายหลายระดับและหลายประเภท ทำให้การจัดการศึกษาพยาบาลมีคุณภาพ และมาตรฐานการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป จึงมีต้องปรับปรุงระบบการศึกษา ให้การจัดการศึกษาพยาบาลมีเอกภาพ ดังนี้

3.1 การควบคุมมาตรฐานผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาล

การศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ในระยะแรกมีสถานศึกษาพยาบาลเพียง 3 แห่ง คือ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ ศิริราช โรงเรียนพยาบาลสภากาชาดไทย และโรงเรียนพยาบาลแมคคอร์มิค หลังก่อตั้งสถานศึกษาพยาบาลทั้ง 3 แห่งแล้ว จึงเริ่มมีกฎหมายการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2479

การควบคุมมาตรฐานการศึกษาพยาบาลในระยะแรกนั้น โดยหลักการถือว่า โรงเรียนของรัฐบาลนั้น มีมาตรฐานการศึกษา เพราะอยู่ภายใต้การควบคุมของ พระราชบัญญัติ กระทรวง ทบวง

กรม ที่สถาบันการศึกษาพยาบาลนั้นสังกัดอยู่ โรงเรียนพยาบาลในทบวงมหาวิทยาลัย มีพระราชบัญญัติของมหาวิทยาลัย เป็นเครื่องมือในการควบคุมการจัดการศึกษา การเปิดหลักสูตรใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จะต้องได้รับอนุมัติ โดยมีกองวิชาการเป็นผู้พิจารณาหลักสูตร สำหรับโรงเรียนพยาบาลในสังกัดอื่นๆ นั้น โดยทางปฏิบัติมักจะขอคำปรึกษาและส่งหลักสูตรให้กระทรวงสาธารณสุขรับรองก่อน เนื่องจากมีกองการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีอำนาจในการพิจารณาขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

ในระยะแรก กฎหมายการควบคุมการประกอบโรคศิลปะรับรองหลักสูตร เพื่อพิจารณาการขอใบอนุญาตขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะของผู้สำเร็จการศึกษานั้น ไม่ปรากฏว่ามีมาตรฐานใดๆ สำหรับการควบคุมสถาบันการศึกษา ในการจัดดำเนินการให้เป็นไปตามหลักสูตร การสอบเพื่อขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใช้เฉพาะโรงเรียนของเอกชน ซึ่งถือว่ามิได้มีการรับรองจาก ก.พ.

แม้จะยังไม่มีมาตรการในการควบคุมสถาบันการศึกษาพยาบาลในการจัดดำเนินการให้เป็นไปตามหลักสูตร หรือควบคุมการจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยให้มีมาตรฐานเดียวกันได้ แต่ก็ได้รับความพยายามจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2495 กองการพยาบาล เดิมทำหน้าที่เสมือนองค์กรกลางของการพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มให้มีการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การดำเนินงานโดยการจัดตั้งคณะกรรมการ ซึ่งมาจากสถาบันการศึกษาพยาบาลจากที่ต่างๆ เพื่อร่วมจัดทำข้อสอบกลางขึ้น และขอความร่วมมือให้โรงเรียนพยาบาลต่างๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น ได้สอบกันขึ้น โครงการนี้เป็นเพียงการทดลองหามาตรฐานของข้อสอบ และศึกษาวิธีการดำเนินงาน ซึ่งได้ดำเนินงานอยู่หลายปี แต่ไม่มีผลตามกฎหมาย เพราะคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งประกอบด้วยสาขาวิชาชีพอื่นๆ ยังไม่มีการสอบ และไม่เห็นด้วยที่จะมีการสอบเฉพาะสาขาการพยาบาล และสาขาการผดุงครรภ์ (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 99)

หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2517 กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้ง กองงานวิทยาลัยพยาบาลขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในด้านการจัดการศึกษาพยาบาลของโรงเรียนพยาบาลต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ตาม พระราชกฤษฎีกาแบบกษา เล่มที่ 91 ตอนที่ 210 ลงวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2517 ได้กำหนดหน้าที่ของงานวิทยาลัยไว้ดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ ,2530, หน้า104)

“ควบคุม ประสานงาน การผลิตครูพยาบาล พยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ ผู้ช่วยพยาบาล และผดุงครรภ์ที่กระทรวงเป็นผู้ผลิต รับผิดชอบในการกำหนดโครงการ วางแผนการศึกษา นิเทศ การบริหารบุคคล การจัดตั้ง ขยาย รวมสถาบัน ควบคุม ปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้งานดำเนินไปตาม มาตรฐานที่วางไว้ กำหนดระเบียบ วิธีการคัดเลือก จัดสรรงบประมาณทุนการศึกษา ติดตาม ประเมินผล รวมทั้งช่วยอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล ค้นคว้า วิจัย ปัญหาการศึกษา พยาบาล ตลอดจนการเพิ่มผลผลิต การแก้ปัญหาการขาดแคลนครูพยาบาล พยาบาลอนามัย และผดุง ครรภ์ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ”

การจัดตั้งกองงานวิทยาลัย ของกระทรวงสาธารณสุขนี้ ท่านให้ความเห็นว่า (วิเชียร ทวี ลาก, 2530, หน้า 104)

“การตั้งกองงานวิทยาลัยพยาบาลขึ้นนี้ นับว่าเป็นความพยายามที่จะจัดระบบการศึกษา พยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขให้มีมาตรฐานอย่างเดียวกัน สามารถควบคุม ติดตาม ประเมินผล ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อสถานภาพของการศึกษาพยาบาลมาก โรงเรียนพยาบาลทุกแห่งเปลี่ยนชื่อเป็น วิทยาลัยพยาบาลที่มีเอกภาพในการจัดดำเนินการศึกษาพยาบาลเป็นอิสระตามเกณฑ์ของวิชาชีพ นับ ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น”

ในปี พ.ศ.2517 กระทรวงสาธารณสุข มีโรงเรียนพยาบาล 7 แห่ง โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล 16 แห่ง โรงเรียนพยาบาลต่างๆ เหล่านี้ ต่างขึ้นกับผู้อำนวยการของโรงพยาบาล ของแต่ละแห่ง ไม่มี ความร่วมมือประสานงานในด้านการจัดการศึกษาในระหว่างโรงเรียนพยาบาลด้วยกัน เมื่อมีกอง งานวิทยาลัยพยาบาล จึงได้มีการจัดระบบการศึกษาพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ให้มีมาตรฐาน อย่างเดียวกัน สามารถควบคุม ติดตาม ประเมินผลได้ โรงเรียนพยาบาลทุกแห่งในกระทรวงสา ธารณสุขเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลในเวลาต่อมา

แม้จะมีกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ในการจัดตั้งคณะกรรมการการ ศึกษาพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดระเบียบและแนวทางในการเปิดสอน และการ จัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ แต่ท่านก็ยังมองว่ายังไม่มีความเป็น เอกภาพในการจัดการศึกษาอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะ การดำเนินงานของกองงานวิทยาลัยพยาบาลนี้ ควบคุมได้เฉพาะ โรงเรียนพยาบาลของกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โรง

เรียนพยาบาลของกรมอื่นๆ ยังคงมีอิสระที่จะดำเนินการไปตามนโยบายของตนเอง ดังที่ท่านกล่าว
ว่า (วิเชียร ทวีลาภ 2524, หน้า 34)

“ในปัจจุบันพยาบาลยังไม่มีเจ้าของ ซึ่งเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คุณภาพมาตรฐานจึงยัง
กระจัดกระจาย กระทบวง ทบวงต่างๆ ต่างก็มีอำนาจผลิตพยาบาลได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อวิชาชีพ
เพราะเราไม่สามารถกำหนดมาตรฐาน เพื่อควบคุมให้มีคุณภาพได้”

สรุป จากความต้องการพยาบาลเป็นจำนวนมาก เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ
ตามยุคสมัยที่ผ่านมา ทำให้ต้องมีการจัดตั้งสถานศึกษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ในพื้นที่
ต่างๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะ โรงเรียนพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
การกำหนดมาตรฐานการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกัน จึงเป็นเรื่องยาก แต่ก็ได้มีความพยายาม ที่จะ
ควบคุมมาตรฐานผู้สำเร็จการศึกษา โดยกองการพยาบาล ในกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ประสบผล
สำเร็จ จนกระทั่งมีการจัดตั้ง กองงานวิทยาลัยพยาบาลขึ้น มีผลทำให้ การจัดการศึกษาพยาบาลใน
กระทรวงสาธารณสุข มีการประสานงานควบคุมการผลิตให้มีมาตรฐานเท่ากัน นับเป็นจุดเริ่มต้น
ของการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล ให้มีเอกภาพในการจัดการศึกษาในแนวเดียวกัน
ทั่วประเทศในเวลาต่อมา

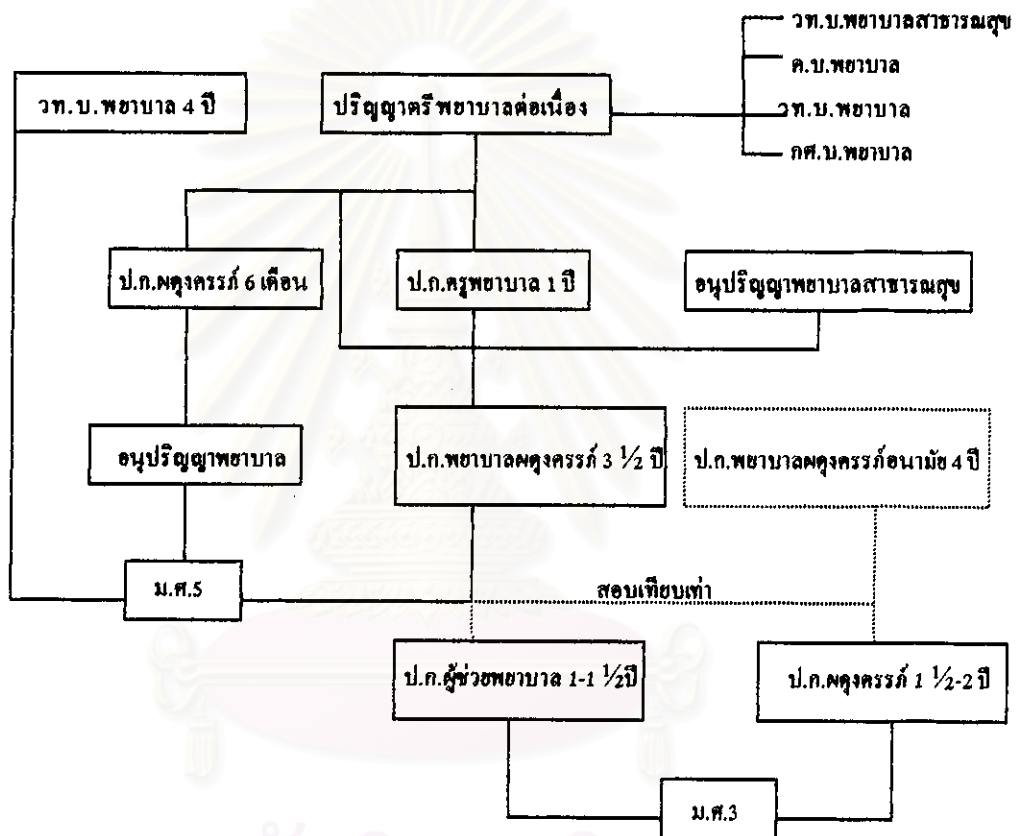
3.2 การควบคุมมาตรฐานการศึกษาพยาบาล

ในปี พ.ศ.2514 เป็นเวลาที่รัฐบาลได้ขยายงานด้านสาธารณสุข ประกอบกับประชาชนมี
ความต้องการการบริการด้านนี้มากขึ้น จึงมีการเร่งผลิตพยาบาลให้มีปริมาณเพียงพอ มีสถาบันการ
ศึกษาพยาบาลเปิดเพิ่มขึ้นหลายแห่ง สถาบันเหล่านี้จัดการศึกษาในลักษณะที่เป็นเอกเทศต่อกัน และ
มักจะมุ่งสนองความต้องการของหน่วยงาน ที่ตนสังกัดอยู่เป็นหลัก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2530, หน้า 2)

ในปี พ.ศ.2520 ประเทศไทยมีโรงเรียนพยาบาลทั้งหมด 21 แห่ง อยู่ในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข 7 แห่ง ทบวงมหาวิทยาลัย 5 แห่ง กองทัพอากาศ 3 แห่ง กรมตำรวจ 1 แห่ง
กรุงเทพมหานคร 2 แห่ง เอกชน 2 แห่ง และสภาวิชาชีพไทย 1 แห่ง สถาบันการศึกษาพยาบาลแต่ละ
แห่งต่างจัดดำเนินการศึกษาไปตามระบบและความต้องการของหน่วยงานที่สังกัดอยู่ มีความ
แตกต่างกันมากในจำนวนและคุณวุฒิของอาจารย์ มีหลักสูตรซึ่งเรียกชื่อแตกต่างกันไปถึง 18 ชื่อ

ระบบการศึกษาพยาบาลมีรูปแบบที่สับสนซ้ำซ้อนกันมาก ดังแผนภูมิที่ 1 (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 110.)

แผนภูมิที่ 1 แสดงระบบการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2492-2516



----- หลักสูตรพื้นฐาน ม.ศ. 3 เดิมซึ่งไม่มีการเปิดสอนในปัจจุบัน

หลักสูตรที่มีมากมายหลายหลักสูตร และหลายประเภทนี้ ทำให้การจัดการศึกษาพยาบาลมีคุณภาพ และมาตรฐานการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป การจัดการศึกษาพยาบาลขาดนโยบาย และแผนงานการผลิตพยาบาลร่วมกันที่ชัดเจนแน่นอน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและปรับปรุงระบบการศึกษาพยาบาลดังกล่าว

ในวันที่ 10-11 พฤศจิกายน พ.ศ.2523 ท่านในฐานะผู้แทนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้ร่วมกับกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ขึ้น เพื่อกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ระบบการศึกษาพยาบาล และแนวทางในการกำหนดองค์กรกลาง เพื่อควบคุมมาตรฐานการศึกษาพยาบาล ในการประชุมพยาบาลระดับชาติครั้งนี้ ผลการประชุม สภาการศึกษาแห่งชาติ ซึ่งได้มาเข้าร่วมประชุมด้วย ได้ตระหนักในความสำคัญของปัญหาการควบคุมมาตรฐานการศึกษาพยาบาล จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อกำหนดนโยบายการจัดการศึกษาพยาบาลขึ้น โดยมีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษาพยาบาลจากทบวงฯ กระทรวงสาธารณสุข กองทัพบก และกรุงเทพมหานคร แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สมาคมสถาบันการอุดมศึกษาเอกชน สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ผู้แทนจากสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และผู้แทน ก.พ. เป็นกรรมการ มี พจน์ สะเพียรชัย รองเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติเป็นประธาน คณะอนุกรรมการชุดนี้ได้สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและสถานภาพทางการศึกษาของโรงเรียนพยาบาลต่างๆ ในขณะนั้น (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 109.)

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมในคณะกรรมการดังกล่าว ท่านมองว่าระหว่างนั้นเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลง คณะกรรมการกำหนดแนวนโยบายการจัดการศึกษาพยาบาล ได้เสนอแนวนโยบายการจัดการศึกษาพยาบาลต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาในคราวประชุม เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2524 กล่าวโดยสรุปดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2530 หน้า 112)

- 1 รัฐพึงส่งเสริมการศึกษาพยาบาลและถือว่าเป็นการศึกษาวิชาชีพที่มีลักษณะพิเศษ เพราะกระทำโดยตรงต่อร่างกายมนุษย์
- 2 สถานศึกษาพยาบาลทุกแห่งอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐ
- 3 ปรับปรุงโครงสร้างของระบบการจัดการศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีเอกภาพในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และการประสานงาน
- 4 ขยายการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล
- 5 ปรับปรุงการบริหารงานบุคคลในสถานศึกษาพยาบาล
- 6 ระดมสรรพกำลัง ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อจัดการศึกษาพยาบาล
- 7 ส่งเสริมด้านสวัสดิภาพและสวัสดิการเพื่อกระจายบุคลากรทางการพยาบาลไปสู่ชนบท
- 8 รัฐพึงสนับสนุนการศึกษาพยาบาลทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ

คณะรัฐมนตรีได้ลงมติให้ความเห็นชอบแนวนโยบายการจัดการศึกษาพยาบาลของคณะกรรมการฯ ดังกล่าว และอนุมัติมาตรการในการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาล โดยให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาล โดยมีสำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานการศึกษาพยาบาล และได้รับอนุมัติในคราวประชุมคณะรัฐมนตรีวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2524 (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 112.)

คณะกรรมการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาล มีอำนาจหน้าที่ดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ 2530, หน้า 113)

1. เสนอแนะและให้ความเห็นเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลต่อคณะรัฐมนตรี
2. กำหนดนโยบายการจัดการศึกษาพยาบาล และพิจารณาประสานโครงการและแผนปฏิบัติงานการผลิตพยาบาล ให้สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศ
3. เสนอแนะและให้ความเห็นในการจัดตั้ง ยุบ รวม ปรับปรุง และเลิกสถานศึกษาพยาบาลทุกสังกัดต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลตามกฎหมาย
4. เสนอแนะและให้ความเห็นในการจัดตั้ง ยุบ รวม ปรับปรุง และเลิกหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน ต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลตามกฎหมาย
5. กำกับและดูแลเกี่ยวกับคุณภาพของการจัดการศึกษาพยาบาลของสถานศึกษาพยาบาลทุกสังกัด ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
6. พิจารณากำหนดมาตรฐานกลางของหลักสูตรการศึกษา

ผลงานของคณะกรรมการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524-2527 ได้มีการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และเสนอไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการต่อไปจนกระทั่งมีการตราพระราชบัญญัติประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2528 นอกจากนี้มีการดำเนินการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาพยาบาลต่างๆ จัดทำแผนพัฒนาการศึกษาพยาบาลในช่วงแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) ตลอดจนจัดทำรายงานการศึกษาสถานภาพการศึกษาพยาบาล พ.ศ.2527 (จินตนา ยูนิพันธ์, 2531, หน้า 3)

ผลจากการเกิดขึ้นของคณะกรรมการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาลนี้ ทำให้การศึกษาพยาบาลซึ่งเคยกระจัดกระจายอยู่ตามกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ได้เข้าไปอยู่ในระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษา นับตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2524 เป็นต้นมา การเปิดสถาบันการศึกษาพยาบาล การเปิดหลักสูตรใหม่ หรือการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตร ต้องนำเสนอเพื่อรับรองในคณะกรรมการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาล คณะกรรมการฯ ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งเกณฑ์การเปิดสถาบันการศึกษาพยาบาลไว้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และมีการติดตามประเมินผลการจัดการศึกษาในโอกาสต่อไปอีกด้วย จึงนับว่าเป็นองค์กรแรกของประเทศไทย ที่มีหน้าที่กำกับ ดูแลการจัดการศึกษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3.3 การผลิตพยาบาลโดยวิชาชีพพยาบาล

สืบเนื่องจากความต้องการเจ้าหน้าที่ในสายการพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคำนวณออกมาเป็นตัวเลข ในปี พ.ศ.2522 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประมาณความต้องการเจ้าหน้าที่ในสายการพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะพึงมีภายใน พ.ศ.2543 ไว้ดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 107.)

พยาบาล	จำนวน 41,579 คน
ผู้ช่วยพยาบาล	จำนวน 115,187 คน
ผดุงครรภ์	จำนวน 87,255 คน

ความต้องการพยาบาลซึ่งมีตัวเลขคำนวณออกมามากมาย จึงกลายเป็นที่สนใจของสถาบันการศึกษาอื่นๆ โดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการและองค์กรการศึกษาเอกชน ซึ่งมีความสนใจที่จะเข้ามาช่วยผลิตบุคลากรทางการพยาบาล โดยวิทยาลัยพลศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีโครงการผลิตครูพยาบาล โดยจะเปิดหลักสูตรครูพยาบาลทั่วประเทศ ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2527 นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรธุรกิจพยาบาลของวิทยาลัยเอี่ยมละออ ซึ่งมีวิชาที่ล่งล้ำเข้ามาในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเรื่องนี้ท่านได้เคยกล่าวไว้ว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2524 หน้า 34.)

“การจัดการศึกษาพยาบาลนั้นไม่ใช่ของง่าย ต้องการพยาบาลซึ่งเป็นครู ให้ช่วยสอนเพื่อมุ่งไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงและต้องใช้สถานฝึกปฏิบัติที่มีคุณภาพ มีพยาบาลที่ดีช่วยเป็นครู เป็น Model แก่ผู้เรียน วิชาชีพเดียวกันเท่านั้นที่จะผลิตคนในวิชาชีพได้ พยาบาลจึงต้องผลิตพยาบาลเอง”

เมื่อมีการพิจารณาหลักสูตรครุพยาบาลของวิทยาลัยพลศึกษาแล้วจะพบว่า จากหลักการและเหตุผลของหลักสูตรที่ว่า โรงเรียนทุกโรงเรียนควรมีพยาบาลประจำแต่ไม่อาจหาบุคลากรที่เป็นพยาบาลจริงๆ ไปทำงานได้ จึงจัดให้มีการอบรมครูพยาบาล 2 หลักสูตร หลักสูตรแรกเป็นหลักสูตร 15 วัน มีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการอบรมดูแลปฐมพยาบาลนักเรียนได้ อีกหลักสูตรหนึ่งอบรม 45 วัน เพื่อนับรวมเป็นเครดิตในหลักสูตรของนักศึกษาครู จากหลักการและเหตุผลของหลักสูตรทั้งสอง จะเห็นว่ามีวัตถุประสงค์ให้การดูแลสุขภาพนักเรียนได้ สามารถปฐมพยาบาลได้ ดูแลนักเรียนในห้องพยาบาลได้ ป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในโรงเรียนได้ มีความรู้ในการรักษาเล็กน้อยๆ ได้ และหลักสูตรไม่ได้บ่งว่าต้องเป็นพยาบาล

ดังนั้นคำว่า ครูพยาบาลซึ่งมีความหมายว่า ครูที่จะไปสอนพยาบาล บุคคลนั้นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ และจากการพิจารณาหลักสูตรครุพยาบาลของวิทยาลัยพลศึกษา ที่ให้การอบรม 15 วัน หรือ 45 วัน และทำได้เพียงปฐมพยาบาลหรือสอนสุขภาพนั้น ยังเป็นพยาบาลไม่ได้ เป็นได้เพียงผู้ดูแลสุขภาพในโรงเรียนเท่านั้น การเรียกชื่อตนเองว่าเป็นพยาบาล จึงถือว่าผิดกฎหมาย (วิเชียร ทวีลาภ, 2526, หน้า 266-267)

ในเรื่องนี้ในฐานะนายกสมาคมพยาบาลฯ ท่านได้แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจขึ้นมาพิจารณาหลักสูตรนี้ และเสนอแนะต่อกระทรวงศึกษาธิการ ให้เปลี่ยนชื่อครูพยาบาลเป็นครูอนามัย และตัดวิชาที่ล่วงล้ำเข้ามาในวิชาชีพการพยาบาลออก นอกจากนี้ คณะกรรมการเฉพาะกิจดังกล่าวได้พิจารณาหลักสูตรธุรกิจพยาบาลของวิทยาลัยเอี่ยมละออ แล้วเสนอแนะให้เปลี่ยนชื่อเป็นธุรกิจสถานพยาบาล และห้ามมีการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เนื่องจากผิดพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ (วิเชียร ทวีลาภ, 2530.)

4. องค์ความรู้เฉพาะสาขาการพยาบาล

จากความหมายของการพยาบาลในวิชาชีพพยาบาลในยุคก่อน ๆ และในยุคของ รศ.ดร. วิเชียร ทวีลาภ จะพบว่ามีความแตกต่างกันมากมาย ตามพื้นฐานความรู้ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ การยอมรับของหน่วยงานหรือสิ่งแวดล้อมอื่น การได้รับการเตรียมขณะฝึกปฏิบัติเมื่อเป็นนักศึกษา และที่สำคัญคือความสำนึกในบทบาทหรือความสำคัญของตนเองที่มีต่อวิชาชีพซึ่งคนกำลังปฏิบัติอยู่ ที่เป็นเช่นนี้ท่านกล่าวว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2522 หน้า 20.)

“การศึกษาพยาบาลนั้นใช้ระบบเรียนรู้แบบถ่ายทอดความรู้ที่ได้มีผู้ค้นพบมาแล้ว การเรียนรู้เกิดขึ้นจากการจดจำ และนำไปปฏิบัติตามคำสั่ง ตามระเบียบหรือรูปแบบที่แพทย์กำหนดไว้ ใช้การตัดสินใจและการคิดค้นน้อยมาก วิธีการเรียนเน้นที่ “how to know” โดยไม่จำเป็นต้องรู้ว่าทำไมจึงทำ”

ดังนั้นตัวความรู้ที่พยาบาลใช้อยู่ใช้อยู่กัน จึงเป็นของศาสตร์ของสาขาต่างๆ เช่น วิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศาสตร์สาขาที่พยาบาลยึดไว้ใช้มากที่สุดเห็นจะเป็นตัวความรู้ทางสาขาแพทยศาสตร์ ฉะนั้นในการปฏิบัติการทำงาน พยาบาลจึงใช้ความรู้ทางการแพทย์เป็นหลักในการตัดสินใจทางการพยาบาลต่างๆ แต่พยาบาลจะบอกว่าแพทยศาสตร์เป็นตัวความรู้ทางการพยาบาลด้วยไม่ได้ ฉะนั้นจึงต้องมีความพยายามในการค้นหาตัวความรู้หรือทฤษฎีทางการพยาบาล ตามบุคคลมัยดังนี้

4.1 ยุคต้นก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง

พยาบาลในยุคแรกนี้ ต่างก็พยายามที่จะให้ความหมายและขอบเขตของการพยาบาล เช่น ฟลอเรนซ์ นิติงเกล ได้พัฒนารูปจำลองทางทฤษฎีทางการพยาบาล โดยคำนึงถึงค่านิยม เป้าหมายของการปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติการพยาบาล และผู้รับการพยาบาล ดังนี้

“เป้าหมายของการพยาบาลคือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด เพื่อธรรมชาติจะได้ช่วยเหลืออีกทีหนึ่ง ฉะนั้นกฎหมายของการพยาบาลจึงเป็นกฎหมายของสุขภาพ” (ฟารีดา อิบราฮิม, 2525, หน้า 94-95.)

วิธีการพยาบาลและขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวคิดของไนติงเกล จึงมุ่งที่การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศบริสุทธิ์ แสงสว่าง ความอบอุ่น ความสะอาด ความเงียบ และการเลือกอาหารได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ศาสตร์ทางการพยาบาลในทัศนะของไนติงเกล จึงไม่แตกต่างจากศาสตร์สุขภาพ ความรู้ทางการพยาบาลจึงต้องอาศัยความเข้าใจสภาพแวดล้อมเป็นอย่างดี เพราะสภาพแวดล้อมจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพ และความรู้ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ คือ ความรู้ในการสังเกตผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย และทักษะในการปฏิสัมพันธ์เพื่อติดต่อกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน สิ่งที่น่าสนใจที่สุดคือ การควบคุมสภาพแวดล้อมให้มุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ฟารีดา อิบราฮิม, 2535, หน้า 85.)

สำหรับประเทศไทย การพยาบาลในยุคก่อนจัดตั้งสถานศึกษาพยาบาลนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ในการพยาบาลผู้เจ็บป่วยในสมัยโบราณ คือ ญาติพี่น้อง และเพื่อนของผู้เจ็บป่วย โดยผู้ชายทำหน้าที่พยาบาลผู้เจ็บป่วยชาย และผู้หญิงทำหน้าที่พยาบาลผู้เจ็บป่วยหญิง ผู้ทำหน้าที่พยาบาลเหล่านี้ ไม่มีความรู้ทางการพยาบาล และมักพบเสมอว่า ผู้ที่ให้การพยาบาลไม่ใช่ญาติคนใดคนหนึ่งของผู้เจ็บป่วย แต่เป็นสมาชิกทั้งครอบครัวช่วยกันให้การพยาบาล (ไพลิน นุกุลกิจ, 2528, หน้า 13.)

การศึกษาวิชาพยาบาล ใช้วิธีการสืบทอดความรู้มาจากคำบอกเล่าของบรรพบุรุษ และพระภิกษุ เรียนรู้จากประสบการณ์ และศึกษาดูด้วยตนเองจากคำภีร์แพทย์แผนโบราณ สถานศึกษาที่สำคัญจึงได้แก่ วัด และครอบครัว (ไพลิน นุกุลกิจ, 2528, หน้า 13.)

ในยุคก่อนจัดตั้งสถานศึกษาพยาบาลในประเทศไทยนั้น ความหมายของการพยาบาลจึงยังไม่ปรากฏ การให้การพยาบาลอยู่ในลักษณะการดูแล และประคับประคองตามสภาพของความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ให้การพยาบาล

ในระหว่างปี พ.ศ.2439-2468 เป็นระยะเริ่มมีการจัดตั้งสถานศึกษาพยาบาลในประเทศไทย วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งในยุคนี้ เกิดขึ้นด้วยเหตุผลเดียวกัน คือ ความต้องการบุคลากรทางการพยาบาล มาช่วยแบ่งเบางานของแพทย์ เป็นสำคัญ เพราะก่อนหน้านี้จะมีการจัดตั้งโรงเรียนพยาบาลนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นเพียง ลูกจ้างธรรมดาที่ไม่มีความรู้ในการพยาบาลแต่อย่างใด ไม่มีอะไรเป็นหลักที่จะฝึกฝนตนเองเพื่อที่จะให้ทำหน้าที่ของตนได้ดีขึ้น อีกประการหนึ่ง แพทย์ต้องทำการรักษา และทำการพยาบาลด้วย รวมทั้งโรงพยาบาลถาวร ที่สร้างขึ้น

มาในยุคนี้ ต่างไม่มีพยาบาลที่มีความรู้ทางการพยาบาล จึงทำให้การรักษาพยาบาลไม่มีคุณภาพ และที่สำคัญก็คือ การคลอดในสมัยโบราณ ซึ่งทำคลอดโดยหมอตำแยที่ไม่มีความรู้ และไม่ได้รับการฝึกหัดทางด้านการศึกษาต่อที่ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี พ.ศ.2462 จึงได้มีครูผู้สอนเป็นพยาบาล 3 คน ครูพยาบาลจะสอนและคุมทางการฝึกปฏิบัติมากกว่าจะสอนในชั้นเรียน (ไพลิน นุถุติก, 2528, หน้า 164-165.)

ผู้สอนในช่วงแรกที่เปิดโรงเรียน ในปี พ.ศ.2439 ผู้สอนเป็นแพทย์ทั้งหมด ต่อมา ในปี พ.ศ.2451 นอกจากแพทย์เป็นผู้สอนแล้ว ยังมีแพทย์ผดุงครรภ์ช่วยเป็นครูผู้ฝึกบ้าง จนกระทั่ง เมื่อมีพยาบาลกลับจากการศึกษาต่อที่ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี พ.ศ.2462 จึงได้มีครูผู้สอนเป็นพยาบาล 3 คน ครูพยาบาลจะสอนและคุมทางการฝึกปฏิบัติมากกว่าจะสอนในชั้นเรียน (ไพลิน นุถุติก, 2528, หน้า 177.)

ในยุคนี้ความหมายของการพยาบาล จึงเป็นการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ บทบาทของพยาบาลในสมัยนั้นอยู่ในฐานะของผู้ช่วยแพทย์ในการจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ และปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง (วิเชียร ทวีลาภ, 2530, หน้า 91.)

ต่อมาในระยะปี พ.ศ.2469-2488 เป็นระยะที่สมเด็จพระราชบิดากรมหลวงสงขลานครินทร์ นำระบบการศึกษาพยาบาลแผนใหม่ของมิสในติงเกล เข้าสู่ประเทศไทย โดยการช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกคีย์เฟลเลอร์และรัฐบาลไทย ยุคนี้เป็นยุคปรับปรุงโดยแท้ การปรับปรุงดังกล่าวได้แก่ การปรับปรุงหลักสูตร และการสอนให้ได้มาตรฐานอย่างเช่นในต่างประเทศ โครงสร้างของหลักสูตรมีวิชาที่เป็นวิชาพื้นฐานทั่วไปน้อย วิชาที่เรียนจะเป็นวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หลักสูตรพยาบาลในยุคนี้ยังมุ่งเพียงเพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลได้เท่านั้น (ไพลิน นุถุติก, 2528, หน้า 236.)

การเรียนวิชาพยาบาลจะใช้การฝึกวิธีปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ โดยไม่กล่าวถึงผู้ป่วยและเป้าหมายของการพยาบาลมากนัก ผู้สอนวิชาพยาบาลมักจะเป็นแพทย์ ดังนั้นรูปจำลองทางการศึกษาจึงเป็นรูปจำลองทางการแพทย์ ที่ว่าด้วย อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา เป็นต้น แต่เป็นการให้ความรู้เบื้องต้นๆ ไม่ลึกซึ้งมาก เพราะมีความเชื่อว่าพยาบาลไม่ควรรู้เท่ากับแพทย์ เนื่องจากการพยาบาลเป็นเพียงการรับคำสั่ง และการปฏิบัติตามคำสั่งโดยใช้ทักษะในการปฏิบัติด้วยมือ (พาริคา อิบราฮิม, 2525 หน้า 95.)

การพยาบาลสมัยนี้ได้รับอิทธิพลจาก ไนติงเกล ได้มีการนิยามการพยาบาลว่าเป็นศาสตร์ คือ ต้องใช้ความรู้ทางชีวเคมี กายวิภาค สรีรวิทยาและพยาธิวิทยา และเป็นศิลปะคือ ต้องใช้ทักษะ ในการสังเกต โดยเฉพาะอาการของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา หละให้การปลอบโยนผู้ป่วย (ฟารีดาอิบราฮิม, 2525 หน้า 95.)

4.2 ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง

ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง มีการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาพยาบาล โดยเริ่มมีการ เรียนวิชาพยาบาลในมหาวิทยาลัย และพยาบาลสอนวิชาพยาบาลเอง จึงเริ่มเน้นในเรื่องมโนทัศน์ ทางการพยาบาลมากขึ้น เน้นเป้าหมายของการพยาบาลและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ เริ่มมีการตื่นตัวในบทบาทวิชาชีพ การพัฒนาศาสตร์หรือทฤษฎีทางการพยาบาลจึงได้เริ่มกระทำ อย่างกว้างขวางและจริงจังในยุคสมัยนี้ ทั้งนี้เนื่องจากการได้มองเห็นความจำเป็นในการกำหนดจุด บินของวิชาชีพให้แน่นอนยิ่งขึ้น

ในระยะนี้ มีนักทฤษฎีการพยาบาลอีกหลายท่านได้พยายามให้ความหมายของการพยาบาล ให้ชัดเจนขึ้น เพื่อแยกคุณลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลให้แตกต่างจากการรักษาอย่างเด่นชัด ทิศทางของทฤษฎีการพยาบาลในระยะนี้มีความแตกต่างกันในกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้แก่ บุคคลได้ใน 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (ฟารีดาอิบราฮิม, 2525 หน้า 111.)

1. พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อบุคคลจนกว่าเขาจะรับผิดชอบด้วยตนเองได้
2. พยาบาลมีหน้าที่ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล
3. พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือบุคคลให้พบจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิต

ถ้าสังเกตทิศทางของทฤษฎีการพยาบาล จะเห็นได้ว่ามีทิศทางที่ไม่แตกต่างกันอยู่ประการ หนึ่งที่สำคัญคือ มุ่งภาวะสุขภาพของบุคคล และสิ่งที่แตกต่างกันคือการเน้นที่องค์ประกอบอื่นๆ ที่มี ผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลเช่นทางด้านบุคคล ทางด้านสภาพแวดล้อม ทางด้านการพยาบาล ภาวะสุขภาพของบุคคล ถือได้ว่าเป็นทิศทางหรือเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาล ดังนั้นการ กำหนดทิศทางทางการพยาบาลไม่ว่ายุคใดสมัยใด ย่อมต้องอาศัยความทันสมัยและการเข้าใจสภาพ การณ์ตามความเป็นจริง เป็นองค์ประกอบความรู้ทางการพยาบาล ให้มุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน เป็นสำคัญ (ฟารีดาอิบราฮิม, 2535 หน้า 87.)

การนำศาสตร์หรือทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นสื่อกลางที่จะนำทฤษฎีลงมาสู่การปฏิบัติ กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาของบุคคล โดยใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลักในการปฏิบัติกรพยาบาล แนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลก็จะแตกต่างกันไปตามแนวคิดของทฤษฎีนั้นๆ

สำหรับประเทศไทย เป็นระยะที่กำลังเรียนรู้ว่าทฤษฎีที่กำเนิดขึ้นมาแล้วนั้นมีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร มากกว่าจะถึงขั้นค้นคว้า โดยเริ่มต้นในปี พ.ศ.2519 ที่มีการนำเอาวิชาทฤษฎีทางการพยาบาลมาจัดเป็นวิชาหนึ่งในหลักสูตรปริญญาโท ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นับเป็นสถาบันแห่งแรกในประเทศไทย และค่อยๆ นำแนวความคิดนี้เผยแพร่ไปถึงนักศึกษาในหลักสูตรระดับปริญญาตรีในโอกาสต่อมา (วิเชียร ทวีลาภ, 2525 ไม่มีเลขหน้า.)

การนำศาสตร์จากการศึกษาค้นคว้าของพยาบาลในต่างประเทศ บางครั้งนำมาใช้กับการพยาบาลในประเทศไทยได้ไม่ถึงขั้นที่พยาบาลไทยต้องการ เพราะเนื่องจากความแตกต่างในเรื่องของเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ความเป็นอยู่ การศึกษาวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ระเบียบของสังคม ระบบการปกครองทางการเมือง และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2532 หน้า 59.)

และเมื่อประเทศไทยยังไม่มีศาสตร์ทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับประเทศไทย ท่านจึงมุ่งหวังให้พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาล เพราะมีความเชื่อว่า กระบวนการพยาบาลจะนำไปสู่การสร้างทฤษฎีทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลก็จะพยายามสร้างรูปแบบของการพยาบาลตามหลักจากทฤษฎีนั้น (วิเชียร ทวีลาภ ,สัมภาษณ์ 20 ก.ย. 2540)

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน จึงถือเป็นกิจกรรมที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ เพราะกระบวนการพยาบาลจะช่วยรับแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลให้มาถึงบุคคล ช่วยให้การพยาบาลมุ่งความสำคัญที่บุคคลมากกว่าโรค หรือเตียง ช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทในการประคับประคองให้บุคคลได้พบกับความต้องการพื้นฐาน ทางกาย จิต สังคม และวิญญาณ ของบุคคลโดยรอบด้าน ซึ่งถือว่าการพยาบาลที่ครบถ้วนตามการพยาบาลคนทั้งคน

5. การวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย

การวิจัยทางการพยาบาลได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ยุคสมัยมิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ที่ตั้งคำถามว่า “มีความผิดอันใดบ้าง ที่มิได้มีสาเหตุมาจากโรค แต่มีสาเหตุมาจากการพยาบาล” (วิเชียร ทวีลาภ, 2540, หน้า 128.) แต่ไม่มีผู้ใดให้คำตอบนี้

จนกระทั่งในปี พ.ศ.2496 พยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มมีการตื่นตัวในการทำวิจัยทางการพยาบาลกันขึ้น เนื่องจากพบว่า การวิจัยเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และสร้างแนวความคิดทางทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาล โดยได้มีการจัดตั้งแผนกวิจัย สถิติ ที่สมาคมพยาบาลแห่งชาติอเมริกา และตั้งศูนย์การวิจัยเพื่อทำการวิจัย ให้ทุนการวิจัย และบริการให้คำแนะนำ ปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัยทางการพยาบาลแก่สมาชิก (วิเชียร ทวีลาภ, 2540, หน้า 128.)

จากความก้าวหน้าทางด้านการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางการพยาบาลที่มีมากขึ้น ในวงการพยาบาลอเมริกัน มีผลทำให้บทบาททางด้านการศึกษาและการบริการทางการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาเปลี่ยนแปลง ซึ่งท่านมองว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2515, หน้า 18-19.)

“เพราะการก้าวหน้าด้านวิจัยในวงการศึกษายาบาล ของอเมริกา ทำให้ระบบการศึกษาพยาบาลได้ค่อยๆ เปลี่ยนไปจากระบบการอบรม มาสู่ระบบการศึกษาเช่นระบบการศึกษาในวิชาชีพอื่น”

ในประเทศไทย การวิจัยทางการพยาบาลยังอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ.2515-2530 ยุวดี ฤชา (2531) ได้รวบรวมผลการสำรวจวิจัยทางการพยาบาล พบว่า จากการสำรวจวิจัยทางการพยาบาลในระหว่างปี พ.ศ.2515-2525 ประเทศไทยมีงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ 116 เรื่อง งานวิจัยทั่วไป 84 เรื่อง และจากการสำรวจวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นับถึงปี พ.ศ.2530 มีวิทยานิพนธ์ที่เป็นงานวิจัยทางการพยาบาลทั้งหมด 452 เรื่อง เมื่อนำมาเทียบกับจำนวนพยาบาล จำนวนสถาบันที่เป็นสถานศึกษาพยาบาล หรือเทียบกับจำนวนอาจารย์พยาบาล ที่คาดหวังว่าจะเป็นผู้นำในการทำวิจัยแล้ว นับได้ว่าประเทศไทยยังมีการวิจัยทางการพยาบาลน้อยมาก (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2532, หน้า 54.)

การทำวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยที่มีไม่มากนัก ท่านกล่าวถึงสาเหตุไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2503 ว่า (วิเชียร ทวีลาภ, 2503 หน้า 38)

“เรายังไม่มีการทำวิจัยอันแท้จริงเป็นลำดับเป็นขั้น เพราะเราขาดเงินทุนหรืองบประมาณพิเศษ และบุคคลผู้มีนิสัยรักในการค้นคว้า และการดำเนินงานในด้านนี้อย่างแท้จริง”

และหากจะวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้พัฒนาการของการวิจัยในวิชาชีพ การพยาบาลเป็นไปอย่างเชื่องช้า และไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร สรุปได้ดังนี้

5.1 ปัจจัยด้านวิชาชีพการพยาบาล

ท่านมองว่าเป็นเพราะ การขาดองค์ความรู้หรือทฤษฎีการพยาบาลซึ่งใช้เป็นหลักในการวิจัย ทำให้ขาดทิศทางของการวิจัยทางการแพทย์ การที่พยาบาลต้องยืมตัวความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นๆ มาใช้ในการวิจัย จะพบปัญหาว่า หัวข้อของการวิจัยทางการแพทย์ มักจะบ่งชี้ไปที่ตัวแปรของศาสตร์สาขานั้นๆ ศาสตร์ที่พยาบาลนำมาใช้มากที่สุด ก็คือ สรีรวิทยา เพราะการขาดตัวความรู้ของพยาบาลเอง จึงไม่อาจกำหนดตัววัดที่บ่งชี้คุณภาพการพยาบาลหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรงได้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2525)

ดังนั้นถึง แม้ว่าพยาบาลจะทำกรวิจัยในความรู้เหล่านี้ ผลการวิจัยที่เกิดขึ้นก็จะนำไปสู่การเพิ่มเติมความรู้ใหม่ในศาสตร์สาขาที่หยิบยืมมา หรือเป็นการทดสอบความรู้ในศาสตร์สาขานั้น มากกว่าที่จะเป็นการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ในศาสตร์สาขาการพยาบาลได้ ถึงแม้ว่าอาจจะนำผลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้เป็นบางสถานการณ์ แต่ก็ไม่อาจสรุปผลโดยรวมได้ว่า เป็นการแสวงหาความรู้ใหม่ทางการแพทย์ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2535, หน้า 17)

นอกจากนี้ ลักษณะของการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ที่มุ่งสู่การปฏิบัติโดยตรง มีส่วนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำวิจัย ทั้งนี้เพราะงานด้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้น จะต้องใช้เวลาทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้พยาบาลผู้เป็นนักปฏิบัติการ ไม่สามารถที่จะคิดค้นมองหาปัญหา และศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบระเบียบ โดยวิธีทางวิจัยได้ในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้จากการสังเกตของท่านที่กล่าวว่า เป็นเพราะการศึกษาพยาบาลในอดีตไม่อาจส่งเสริมให้พยาบาลเป็นนักวิจัยได้ การเรียนรู้ใช้วิธีการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ส่งสมสืบทอดต่อกันมาเรื่อยๆ มากกว่าที่จะ

ใช้สติปัญญาคิดค้น การปฏิบัติงานของพยาบาลในอดีตจึงมีลักษณะเป็นการปฏิบัติตามคำสั่ง การสังเกต บันทึกข้อมูล และนำไปพัฒนาความรู้จึงไม่เกิดขึ้น (วิเชียร ทวีลาภ, 2517, หน้า 204)

5.2 ปัจจัยด้านตัวพยาบาล

การขาดความรู้และทักษะในการทำวิจัยของพยาบาล แม้ว่าจะได้เริ่มมีวิชาการวิจัยเข้าไปในหลักสูตรระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ความไม่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย ทำให้พยาบาลไม่กล้าที่จะลงมือทำ ทำให้เกิดความท้อถอยและหมดกำลังใจไปในที่สุด

นอกจากนี้ภาระงานในปัจจุบัน ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำวิจัย ขาดบรรยากาศในการทำวิจัย เพราะมีงานประจำมากเกินไป ทำให้ไม่มีเวลา การทำวิจัยจึงเป็นงานส่วนเกิน ที่ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมาก จึงจะทำให้สำเร็จได้

ประการสุดท้าย การขาดปัจจัยสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น นโยบายของหน่วยงาน แหล่งเงินทุนสนับสนุน หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิดการวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างคล่องตัว

ปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคของการทำวิจัยทางการพยาบาลดังกล่าวนี้ หากได้มีการแก้ไข หรือส่งเสริมให้เกิดการทำวิจัยทางการพยาบาลได้แล้ว การพัฒนาวิชาชีพก็จะก้าวหน้าขึ้น ดังที่ท่านได้ดำเนินงานเพื่อพัฒนางานทางด้านการส่งเสริมให้พยาบาลได้มีการทำวิจัยกันอย่างกว้างขวาง ในเรื่องต่อไปนี้

การสนับสนุนทางด้านเงินทุนแก่อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยท่านได้เขียนโครงการเสนอขอทุนสนับสนุนจาก China Medical Board of New York Inc. และได้รับการอนุมัติให้ทุนแก่คณะฯ เป็นจำนวนปีละ \$ 45,000 ติดต่อกันเป็นเวลา 4 ปี เพื่อใช้ในการพัฒนาการศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาล (วิเชียร ทวีลาภ, 2525 หน้า 37-38.)

ในด้านการให้คำปรึกษา โดยเป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งกรมการพิจารณาโครงการวิจัยประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลขึ้น เพื่อให้คำปรึกษาแก่อาจารย์พยาบาลในการเขียนโครงการเสนอขอทุนการวิจัย (ประวัติการศึกษาและการทำงานของ ร.ศ.ดร.วิเชียร ทวีลาภ เพื่อเสนอขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ตราจุลจอมเกล้า พ.ศ.2527.)

และเพื่อให้มีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการค้นคว้าในการวิจัย ท่านจึงได้ริเริ่มจัดให้มีหน่วยสถิติขึ้นในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเป็นแหล่งเก็บข้อมูลทางการศึกษาของคณะฯ นอกจากนี้ท่านยังจัดให้มีการรวบรวมผลงานวิจัยทางการแพทย์ เพื่อจัดทำเป็นแหล่งข้อมูลการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งท่านได้วางแผนที่จะพัฒนาให้เป็นศูนย์การวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ประวัติการศึกษาและการทำงานของ ร.ศ.ดร.วิเชียร ทวีลาภ เพื่อเสนอขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ตราจุลจอมเกล้า พ.ศ.2527.)

สำหรับในด้านการเผยแพร่การวิจัย ท่านได้ให้การสนับสนุน โดยอนุมัติเงินอุดหนุนจากเงินรายได้ เพื่อใช้ในการจัดทำวารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นจำนวนเงินปีละ 35,000 บาท เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 (ประวัติการศึกษาและการทำงานของ ร.ศ.ดร.วิเชียร ทวีลาภ เพื่อเสนอขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ตราจุลจอมเกล้า พ.ศ.2527.)

นอกจากนี้ผลงานการวิจัยของท่าน ซึ่งท่านได้ทำการวิจัยทางการแพทย์ไว้อีกเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นรูปแบบและไม่เป็นรูปแบบ เช่น

การสร้างแบบฟอร์มการวัดผลการศึกษากาปฏิบัติ ที่ถูกต้องตามหลักการทางการศึกษา โดยมีมาตรการที่นักศึกษาและอาจารย์จะสามารถทำความเข้าใจตรงกัน การสร้างแบบฟอร์มนี้ เป็น Developmental Research ทางพยาบาล เพราะการวัดผลการปฏิบัติพยาบาลของนักศึกษาไม่สามารถให้คะแนนได้แน่นอน เช่น การวัดผลทางทฤษฎี การสร้างแบบฟอร์มนี้ ท่านได้ใช้เวลานานหลายเดือน ในการกำหนดตัวพฤติกรรมที่วัดได้ และมีมาตรการที่จะให้คะแนนได้โดยมีตัวแปรที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด เพื่อความเป็นธรรมของนักศึกษา ก่อนนำออกใช้ก็มีการทดสอบก่อน และกำลังมีการติดตามผล เพื่อหา Validity และ Reliability ของแบบทดสอบนี้ ซึ่ง ท่านได้วางแผนจะทำ Evaluative Study ในการใช้แบบฟอร์มวัดผลนี้ เพื่อปรับปรุงแก้ไขสิ่งบกพร่องเสียใหม่ให้ทันใช้ปีการศึกษาต่อไป ฉะนั้น ทุกขั้นตอนที่ท่านได้ทำ คือวิธีการของการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น แต่มิได้แสดงผลงานในรูปของการวิจัยเท่านั้น

สร้างโปรแกรมการเรียนเรื่อง Preparing Instructional Objectives เป็น Developmental Research เป็นโปรแกรมการศึกษาพยาบาลชั้นแรกของเมืองไทยที่จะใช้สำหรับการศึกษาดด้วยตนเองได้ ผลงานชิ้นนี้ทำให้ China Medical Board สนใจและให้ทุนสนับสนุนโครงการ ปรับปรุง

การเรียนการสอนเป็นจำนวนเงิน \$ 10,000 ซึ่งท่าน ผู้เป็นหัวหน้าโครงการ ได้ดำเนินงานในโครงการนี้ตลอดมา จนคณะพยาบาลศาสตร์สามารถตั้งหน่วย A-V และ Self-instructional Unit ได้เป็นผลสำเร็จ นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการทำให้ครูต้นตัวในการสอนแบบ Active Learning

การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการอบรมครู เรื่อง “การสอนในหอผู้ป่วย” เป็น Applied Research เพื่อ Test ทฤษฎีการเรียนรู้ทาง Adult Education ที่ได้สร้างขึ้นในวิทยานิพนธ์ขณะทำปริญญาเอกทางการศึกษาที่มหาวิทยาลัยบอสตัน เรื่อง “Andragogical Theory Applied to In-service Education Program for Nursing Faculty.” การวิจัยนี้ได้นำเอาทฤษฎี และ In-service Program ที่สร้างไว้มา Implement โดยจัดเป็น การอบรมเชิงปฏิบัติการ อบรมครูพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์เต็ม พร้อมทั้งติดตามผลการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงติดต่อกัน 3 เดือน ประเมินผลแล้วปรากฏว่า อาจารย์ที่เข้ารับการอบรมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก สามารถนำเอาหลักวิชาการไปใช้ในการวางแผนการสอนทางคลินิกได้อย่างมีระบบ และสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนเพื่อให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นได้ (คำชี้แจงเพื่อขอพิจารณาแต่งตั้งตำแหน่งทางวิชาการ ในตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ ของนางสาววิเชียร ทวีลาภ วันที่ 17 ธันวาคม 2518 หน้า 6.)

การติดตามผลการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) ในปี พ.ศ.2527 เพื่อนำผลมาวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้ดียิ่งขึ้น (ประวัติและผลงานของ ร.ศ.ดร.วิเชียร ทวีลาภ เพื่อเสนอขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ตราจุลจอมเกล้า มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 1 เมษายน 2528 หน้า 8.)

จะเห็นได้ว่าท่านมองทิศทางการวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย จะมีมากขึ้นในอนาคตได้ โดยการส่งเสริมทางด้านเงินทุน ด้านการให้ความรู้ทางการวิจัย และการสร้างศูนย์รวบรวมผลงานวิจัยเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลการวิจัยสำหรับการศึกษาค้นคว้าในอนาคต

การวิจัยทางการพยาบาลนับเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังนั้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีความพยายามอย่างมากที่จะผลักดันให้พยาบาลได้พัฒนาความสามารถในการทำวิจัย ทั้งในการศึกษาระดับหลังปริญญาและ การอบรมระยะสั้น ซึ่งผลปรากฏว่าได้มีงานวิจัยทางการพยาบาลเพิ่มจำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจะถือว่าเสร็จสมบูรณ์ไม่ได้ ถ้ามิได้เขียนรายงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ซึ่งขณะนี้ได้มีวารสารพยาบาลของสมาคม

พยาบาล สารสภากาพยาบาล วารสารวิจัยทางการพยาบาล และวารสารจากคณะพยาบาลศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล และสถาบันต่างๆ เพื่อให้งานวิจัยทางการพยาบาลของ
ประเทศไทยได้รับการเผยแพร่ให้กว้างขวางทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ซึ่งวารสารเหล่านี้
นี่จะเป็นดัชนีอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ถึงความเจริญก้าวหน้าของการวิจัยทางการพยาบาลของประเทศ และ
จะเป็นเวทีเพื่อสร้างนักวิจัยทางการพยาบาลในอนาคต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 1.)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย