

ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน



นางสาวอัญญา ปลอดเปลื้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5357-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

WORKING EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES
IN PRIMARY CARE UNITS

Miss. Unya Plodpluang

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5357-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน
โดย	นางสาวอัญญา พลดเปลื้อง
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการ
(พันตรีหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อัญญา ปลดเปลื้อง : ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน
(WORKING EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES IN PRIMARY CARE UNITS)
อ. ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 102 หน้า.
ISBN 974-17-5357-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้วิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามปรัชญาการศึกษาแบบ Hermeneutic Phenomenology (Heidegger, 1927/1962 cited in Leonard, 1989; Juethong, 1998) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 15 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ในเขตพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและบันทึกเทป และนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบการแปลความข้อมูล (Leonard, 1989) ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนมี 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงบทบาท 2) การสนับสนุนการทำงาน 3) การปรับตัว 4) การพัฒนาตนเอง และ 5) ความพึงพอใจในงาน

จากผลการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล.....
ปีการศึกษา 2546

ลายมือชื่อนิติ
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4477839536 : MAJOR : NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: WORKING EXPERIENCES / PROFESSIONAL NURSES / PRIMARY CARE UNITS
PHENOMENOLOGY

UNYA PLODPLUANG : WORKING EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES IN
PRIMARY CARE UNITS. THESIS ADVISOR : JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA,
Ph.D. 102 pp. ISBN 974-17-5357-8

The purpose of this study was to discover working experiences of professional nurses working in primary care units. A qualitative research method of hermeneutic phenomenology was applied as a methodology of this study (Heidegger, 1927/1962 cited in Leonard, 1989; Juethong, 1998). The research samples were 15 professional nurses worked in primary care units in Kanchanaburi province. Data were collected by in-depth interviews. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. Interpretive analysis (Leonard, 1989) served as a research method for data interpretations. Five themes were emerged as working experiences of professional nurses worked in primary care units. These themes are : 1) role change, 2) work support, 3) adaptation, 4) self – development and 5) job satisfaction.

The findings provided understanding of working experiences of professional nurses working in primary care units. These will benefit nursing administration, practice, and research.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study Nursing Administration...

Student ' s signature

Academic year 2003

Advisor ' s signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาอันอบอุ่นของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่อง และดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ พันตรีหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ขอขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ของโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกแห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่กรุณาให้ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ขอขอบคุณหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และช่วยเหลือในการศึกษาแก่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นพื้นฐานและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ พันโทสนอง ปลอดเปลื้อง บิดาของผู้วิจัยซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญที่สุดในชีวิต ขอขอบคุณในความรักที่ไม่มีวันหมดของ “ครอบครัวปลอดเปลื้อง” ขอขอบคุณ คุณอรสา อัครวัชรางกูร คุณมณี ภาณุวัฒน์สุข และคุณดำรงศักดิ์ สงเอียด ที่ให้การดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือในการศึกษาตลอดมา และขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ร่วมสร้างความสุขและรอยยิ้มตลอดระยะเวลาของการศึกษา และทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

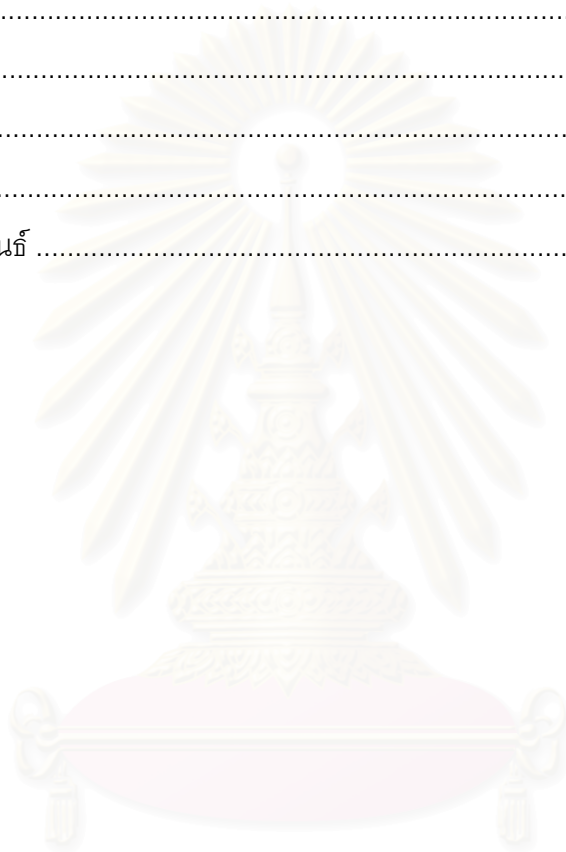
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 ระบบบริการสุขภาพ	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการบริหารจัดการกลุ่ม	18
2.3 แนวคิดด้านการพยาบาลชุมชน	23
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา	28
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก	41
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	46
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย	49
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
4.2 สรุปผลการวิจัย	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	74
5.1 สรุปและอภิปรายผล	75
5.2 ข้อเสนอแนะ	83
รายการอ้างอิง	84
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก	91
ภาคผนวก ข	97
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	102



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ อายุ อายุราชการ ระยะเวลาที่ทำงาน ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และสถานภาพสมรส	50
2 การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูล (field notes)	101



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
ภาพแสดงที่ 1 ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในศูนย์สุขภาพชุมชน	73



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในระดับต้น เกิดจากความพยายามของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาการบริการสุขภาพของไทย ได้แก่ การขาดคุณภาพของการบริการ การรักษาใช้มากกว่าคน และการไม่เข้าถึงบริการของประชาชน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541) ทั้งนี้พบว่าในปี พ.ศ.2541 มีประชากรจำนวนกว่า 15 ล้านคน ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ (ประเวศ วะสี, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าบริการสุขภาพที่ผ่านมา นั้น เป็นการตั้งรับการรักษาในสถานบริการมากกว่าที่จะเป็นการบริการเชิงรุกที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2544) และจากการวิจัยเรื่องประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) พบว่า คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหัวใจของการพัฒนาที่จะทำให้เกิดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญไทยปี 2540 ที่เน้นให้ประชาชนมีความเสมอภาคกันในการรับบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน ด้วยเหตุผลดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจากเดิมให้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และพัฒนาศักยภาพทางการบริการสุขภาพ ให้สามารถรองรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เกิดขึ้น

การบริการในระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลปัญหาสุขภาพด้านแรกที่ไม่มีความซับซ้อนในด้านการแพทย์แต่มีความลึกซึ้งในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เน้นการประสานในแนวราบ การสร้างสัมพันธภาพกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ด้านการแพทย์ให้เข้ากับวิถีชีวิตของประชาชน ทั้งนี้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐด้านแรกที่จัดบริการให้กับประชาชนที่เรียกว่า สถานบริการปฐมภูมิ นั้น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและชุมชน ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วยจนป่วยมากขึ้น และให้บริการส่งต่อเพื่อรับบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้ยังพบว่า การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว มักเน้นการให้บริการพื้นฐานในทุกๆด้าน (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบการบริการสาธารณสุข (Gatekeeper) ก่อนที่จะส่งผู้รับบริการต่อผู้เชี่ยวชาญในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทชัดเจนมากในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และออสเตรเลีย มีพยาบาลเวชปฏิบัติทำหน้าที่ตรวจรักษาเบื้องต้นได้เช่นเดียวกับ

แพทย์เวชปฏิบัติ โดยที่พยาบาลมีบทบาทเด่นชัดในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hughes and Trofino (2001) ที่ว่า พยาบาลเป็นผู้จัดบริการขั้นพื้นฐาน จำแนกภาวะสุขภาพและการให้คำปรึกษา แสดงให้เห็นว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ และจำเป็นต้องให้การให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษา รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคณะพยาบาลศาสตร์ จาก 6 มหาวิทยาลัย (สภาการพยาบาล, 2543) ด้านความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน แบ่งตามพื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้และกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานบริการสุขภาพที่ประชาชนต้องการมากที่สุดได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ส่วนการบริการสุขภาพที่ต้องการ ได้แก่ การดูแลตามภาวะสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การให้ความรู้คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า การบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ของประชาชนน่าจะเป็นการบริการขั้นพื้นฐาน และมีมติของการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการรับบริการในระดับปฐมภูมิเป็นด้านแรก และจากการศึกษาของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจังหวัดอยุธยา (2532) พบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในส่วนของ การดูแลเบื้องต้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว สามารถดำเนินงานได้ตรงตามความต้องการของชุมชนไม่น้อยกว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จึงเกิดแนวคิดการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้น เพื่อปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ซึ่งในปัจจุบันบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวยังไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจน โดยต้องประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อให้บริการแบบสหวิชาการอยู่ ยังไม่มีความก้าวหน้าในสายอาชีพ และยังคงดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เพื่อความก้าวหน้าตามระบบราชการต่อไป (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และอุดม พานทอง, 2543)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ด้วยความเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และกรอบกฎหมายส่งผลให้หลายองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต้องทบทวนบทบาทของตนเอง และปรับตัวให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบสุขภาพ โดยเป็นบุคลากรที่มีกำลังคนกระจายอยู่ในระบบบริการสุขภาพทุกระบบ ทั้งภาครัฐและเอกชนครอบคลุมทุกระดับ ทั้งในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ดังนั้น องค์กรพยาบาลจึงต้องปรับการจัดระบบบริการพยาบาลให้สามารถเข้าถึงประชาชน (กองการพยาบาล, 2545) โดยให้บริการสุขภาพระดับต้นที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบผสมผสานมิติทางด้านกาย จิต สังคมและเศรษฐกิจ (Comprehensive care) เป็นบริการที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Frontline care) ต่อเนื่อง (On-going care) และทำหน้าที่

ประสานการบริการด้านการแพทย์สังคมและข้อมูล (Co-ordinate care) (Starfield, 1996) ซึ่งนับเป็นภารกิจที่สำคัญและท้าทายความสามารถ นอกจากนี้ จากข้อกำหนดตามมาตรฐานวิชาชีพและตามรัฐธรรมนูญ ส่งผลให้วิชาชีพพยาบาลต้องพัฒนาและศึกษาความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ศึกษานโยบาย และเรียนรู้วิธีการสังเคราะห์องค์ความรู้ ทฤษฎี หลักการทำงาน และกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาของ สุคนธา รัตโนและคณะ (2544) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคด้านบริหารจัดการมากที่สุด โดยพบว่าไม่มีกรอบอัตรากำลัง ขาดแคลนบุคลากรและนโยบายไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการเยี่ยมบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนในชนบทห่างไกลของสถาบันพระบรมราชชนก สำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท (2545) ที่พบว่า พยาบาลได้เสนอภาพรวมของปัญหาที่พบคือ ความไม่ชัดเจนในแนวคิดและแก่นแท้ของการบริการระดับปฐมภูมิ การบริหารจัดการที่รวบรัด ไม่ได้เตรียมคนให้พร้อมและขาดการมีส่วนร่วมในการคิด จะเห็นได้ว่านโยบายการบริการในระดับปฐมภูมิเป็นการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่สอดคล้องกับการเตรียมพร้อมของบุคลากร และการสนับสนุนทางการพยาบาล (ละเอียด แจ่มจันทร์, 2545) อย่างไรก็ตาม เมื่อการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิยังมีการดำเนินงานต่อไป พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องพัฒนารูปแบบการทำงานมาเป็นเชิงรุก และจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (พูลสุข หิงคานนท์, 2541) โดยประยุกต์แนวคิดพื้นฐานของการพยาบาล เพื่อสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในชุมชน มีการพัฒนาการคิดอย่างมีระบบเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนการดูแลตนเองให้กับชุมชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับเป็นรูปแบบการทำงานที่เป็นประสบการณ์ใหม่ของพยาบาลทั้งสิ้น

จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วย มีชีวิตการทำงานประจำวันในโรงพยาบาล แต่จะต้องปรับเปลี่ยนการทำงานจากเดิมมาเป็นการทำงานในสถานีนอามัย ซึ่งเป็นสถานบริการที่มีโครงสร้างองค์กรขนาดเล็ก มีศักยภาพจำกัดทั้งในด้านองค์ความรู้ วิชาการ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ต้องประสานงานกับชุมชนและองค์กรต่างๆในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีได้คำนึงถึงเฉพาะการรักษาในภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวแต่บริการรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูอย่างผสมผสาน (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และจรัสย์ หลงวงศ์, 2543) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังประสบปัญหาบ้างในระยะแรก แต่การปฏิบัติยังคงต้องดำเนินต่อไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (ภูษิต ประคองสาย, 2545)

จากสภาพพื้นที่ซึ่งมีความจำเพาะของจังหวัดกาญจนบุรี โดยแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในด้าน ภูมิศาสตร์ สภาพประชากรและสังคม ความแตกต่างดังกล่าว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชนและ การจัดบริการสุขภาพในชุมชนด้วย จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนอง ความต้องการบริการของประชาชน โดยจัดให้มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในแต่ละสาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัช ทันตภิบาลไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งรวมถึงพยาบาล วิชาชีพด้วย โดยเป็นการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาและกับเจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานอยู่เดิมของสถานีอนามัย พบว่า มีพยาบาลที่ทำงานในลักษณะแบบเวียนไปปฏิบัติงาน และมีพยาบาลจำนวนหนึ่งขอกลับมาทำงาน ในโรงพยาบาลภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จากข้อมูลจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 32 ราย จากศูนย์สุขภาพ ชุมชนทั้งหมด 27 แห่งในทุกอำเภอของจังหวัดกาญจนบุรี อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่พยาบาลได้ทำงาน ในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้วพยาบาลต้องเผชิญกับการทำงานในลักษณะใดบ้าง มีภารกิจและหน้าที่ใดบ้างที่ พยาบาลได้รับมอบหมาย บทบาทหน้าที่นั้นๆเป็นอย่างไร ตามการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด และทัศนคติของ พยาบาล ซึ่งจัดได้ว่า เป็นประสบการณ์การทำงานที่สำคัญของพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนั้น แล้วยังมีประเด็นใดบ้างที่เป็นความสำเร็จที่ได้จากการทำงาน หรือมีสภาพปัญหาใดๆใดบ้างที่เกิดขึ้น และ ต้องการการแก้ไขหรือสนับสนุน โดยประเด็นเหล่านี้ เป็นเรื่องที่ผู้บริหารทางการแพทย์ยังไม่มีโอกาส ได้รับทราบอย่างเป็นทางการในเชิงวิชาการ เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดสามารถให้ความกระจ่างได้อย่างชัดเจน และยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาข้อมูลเชิงลึกในลักษณะนี้

การศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้วิธีการวิจัย เชิงคุณภาพ เป็นการค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่มีความลึกซึ่งไม่สามารถเก็บได้จากตัวเลขและข้อมูลทางสถิติ และเป็นการศึกษาถึงความรู้สึกนึกคิดจาก ประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน ศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัย เชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) งานวิจัยนี้จะนำเสนอข้อมูลที่ประโยชน์ต่อการเข้าใจถึงการ ทำงานของพยาบาลที่ทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน และสามารถนำข้อมูลที่ได้นี้มาประยุกต์ใช้ เพื่อ การสนับสนุนและพัฒนาระบบเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติภารกิจ หน้าที่ สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อนโยบายได้อย่างถูกต้อง และเพื่อยัง ประโยชน์แก่ผู้รับบริการสุขภาพในชุมชนให้มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) และใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการแปลความข้อมูล (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมาแล้ว อย่างน้อย 6 เดือน มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดว่า ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก (Indepth interview) และบันทึกเทปเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล จะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้ จากการสัมภาษณ์อิ่มตัว หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น โดยทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรีทั้งนี้ เนื่องจากจังหวัดกาญจนบุรีมีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยจัดให้มีบริการพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนครอบคลุมทั้งจังหวัด และมีการประเมินผลงานทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรในกลุ่มอื่น หากแต่ใช้เพื่อการอ้างอิงในกรณีที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น

แนวคิดเบื้องต้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาระบบคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) บนพื้นฐานแนวคิดของ Martin Heidegger ซึ่งเป็นลักษณะการค้นหาคำหมายเพื่อตีความการเป็นอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ (Being in the world) โดยเฉพาะประสบการณ์ของบุคคลที่มีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของตนเอง ทั้งนี้ที่เลือกการศึกษารูปแบบนี้ เนื่องจากทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน ตามการรับรู้ของพยาบาลที่เผชิญอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆ ควบคุมการวิจัย แต่จะนำแนวคิดด้านปรากฏการณ์การตีความ (Hermeneutic Phenomenology) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน มาเป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับผู้วิจัยในการรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบปัญหาของการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับ การบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลชุมชนและความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้คือ

จากการปฏิรูประบบราชการ โดยเฉพาะการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีนโยบายเน้นการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้สามารถตอบสนองความต้องการตามสภาพปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรก ที่ประชาชนสามารถเลือกใช้ได้ง่ายและสะดวก ส่งผลให้มีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และถ่ายโอนทรัพยากรไปยังสถานบริการปฐมภูมิมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อวิชาชีพพยาบาลที่เป็นหนึ่งในทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งบางส่วนต้องปรับย้ายบทบาทงาน (Task roles) มาปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งพยาบาลที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่ ที่ยังด้อยประสบการณ์การทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ แต่ต้องมาทำงานในสถานบริการที่มีศักยภาพจำกัด เมื่อบทบาทงานของพยาบาลเปลี่ยนไปจากเดิม กอปรกับยังไม่มี ความชัดเจนในบทบาทและภารกิจใหม่ พยาบาลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในแนวทางการทำงานและเป้าหมายของบทบาท รวมทั้งไม่แน่ใจในสิ่งที่ตนเองคาดหวัง ความไม่ชัดเจนดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท และเกิดความรู้สึกขัดแย้งในตนเองได้ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพน้อยลงได้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545 : 356) และพบว่า อัตราการลาออกจากงานที่ทำมีสูงขึ้น

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้รับความคาดหวังสูงจากสังคม เนื่องจากการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น ถือประโยชน์ต่อสังคมในทุกระดับ พยาบาลต้องปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม และให้เป็นที่ยอมรับของสังคมที่ตนอยู่ อย่างไรก็ตาม การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นเป็นการทำงานแบบองค์รวม โดยพยาบาลต้องให้การดูแลทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งนี้ในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมทางการเมือง การบริการพยาบาลแก่ประชาชนมีความจำเพาะมากขึ้นตามสภาวะจำเป็นทางสังคม ความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป กล่าวคือ ประชาชนมีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีปัญหาทางจิตมากพอกับการเจ็บป่วยทางกาย มีความคาดหวังต่อการรับบริการมากขึ้น จากลักษณะการทำงานเปลี่ยนไป และภาระงานของพยาบาลมีปริมาณมากเกินไป (Role overload) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงเกิดความรู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย และหมดกำลังใจในการทำงาน

การรวมกลุ่มของสมาชิกที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน นับได้ว่าเป็นงานที่ทำหาคำความสามารถอีกชั้นหนึ่งของพยาบาล เนื่องจากมีบุคลากรด้านสาธารณสุขหลายแขนงร่วมกันทำงาน เมื่อพยาบาลได้รับบทบาทให้เป็นผู้จัดการกลุ่ม และจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดกลุ่มงานที่มีประสิทธิภาพได้นั้น จะต้อง

อาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกทุกคน การบริหารจัดการกลุ่ม (Management of group) ที่สำคัญประการแรก คือ การสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการทำงาน ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการสร้างความเชื่อถือของผู้ร่วมงาน ทั้งนี้ พยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน ในเบื้องต้นนั้น จะต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้ทักษะการทำงานจากผู้มีประสบการณ์ และประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ที่เอื้อต่อการทำงาน ประการที่สอง คือการสนับสนุนประสิทธิภาพของทีมงาน ในขั้นนี้พยาบาลต้องพัฒนากลุ่มเพื่อให้เกิดแนวร่วม ซึ่งสามารถทำได้ 5 ขั้นตอน คือ การกำหนดรูปแบบ การระดมความคิด การกำหนดบรรทัดฐาน การดำเนินงานของกลุ่ม และการสลายกลุ่ม ทั้งนี้ขั้นตอนเหล่านี้ เป็นเพียงแนวทางการทำงานร่วมกันในกลุ่มหรือทีมสุขภาพที่ต้องทำงานร่วมกันในศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างไรก็ตาม ในส่วนของรายละเอียดนั้น อาจมีข้อจำกัดบ้างตามแต่สภาพพื้นที่และบรรยากาศในองค์กร ซึ่งพยาบาลย่อมจะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่แตกต่างกันไป

แนวคิดที่ผู้วิจัยได้นำเสนอนี้ เป็นเพียงแนวทางที่ผู้วิจัยศึกษามาเพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม สามารถตอบปัญหาของการวิจัย และสามารถวางแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้อง เป็นเพียงแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยมิได้นำมาใช้ในการจำกัดข้อมูลและประสบการณ์ที่จะได้จากการศึกษาในสถานการณ์จริงแต่อย่างใด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์เรื่องราว หรือสิ่งที่ประสบมาของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ แนวทางการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การปรับตัวต่อการทำงาน ความรู้สึกต่อการทำงาน ตลอดจนการทำงานร่วมกับชุมชนทางด้านสุขภาพ

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการด้านสุขภาพในระดับต้น เป็นสถานบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้บ้านหรือชุมชนตามลักษณะภูมิประเทศของพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายไม่ซับซ้อน อาจเป็นสถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือคลินิกชุมชน

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรหลักสูตร 4 ปีที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (ชั้นหนึ่ง) จากสภาการพยาบาล และมีประสบการณ์การทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาที่ให้ความหมาย กับประสบการณ์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆ ตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทางการพยาบาล ในการปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการพยาบาล และจัดบุคลากรด้านการพยาบาล ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดพยาบาลที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ต่อไปในศูนย์สุขภาพชุมชน
3. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการทำวิจัยที่เกี่ยวกับการทำงานในศูนย์สุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่ศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สามารถสรุปและนำเสนอประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายของสุขภาพ
 - 1.2 การจัดระบบบริการสุขภาพ
 - 1.3 ความหมายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.4 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการบริหารจัดการกลุ่ม
3. แนวคิดด้านการพยาบาลในชุมชน
 - 3.1 แนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลในชุมชน
 - 3.2 ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการบริการสุขภาพในชุมชน
 - 3.2.1 ด้านการบริหารจัดการ
 - 3.2.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
 - 3.2.3 ด้านงานวิชาการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ความหมายของประสบการณ์
 - 4.2 ความหมายและความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.3 หลักการและความคิดที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.4 ลำดับขั้นในการศึกษาด้วยปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.6 ข้อพึงปฏิบัติของการศึกษาด้วยปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.7 ประโยชน์และข้อจำกัดของปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบบริการสุขภาพ

1.1 ความหมายของสุขภาพ

การมีสุขภาพดีเป็นความปรารถนาของทุกคน มีผู้ที่ให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพไว้ดังนี้ ประเวศ วะสี (2541) กล่าวว่า “อายุ วัฒน โณ สุขขัง พลัง” เป็นเรื่องของภาวะสุขภาพล้วนๆ นั่นคือ อายุ หมายถึง เป็นผู้อายุยืนเพราะสุขภาพดีปราศจากโรคภัย วัฒน โณ หมายถึง มีผิวพรรณดี ไม่ซีด ไม่มีภาวะโลหิตจาง ผู้มีโลหิตจางสะท้อนถึงความเป็นโรค ส่วนผู้มีผิวพรรณดีถึงจะสะท้อนถึงสุขภาพ (Well being) ในทุกๆด้าน สุขขัง หมายถึง การมีความสุข หรือสุขภาพ คือ การมีสุขภาพดีอันเป็นที่ปรารถนาของทุกคน พลัง หมายถึง การมีกำลังทำให้มีความสุข การอ่อนเพลียทำให้ขาดความสุข

องค์การอนามัยโลก (1978 อ้างถึงใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) ให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” ว่า สุขภาพเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และได้อธิบายความหมายของสภาวะไว้ ดังนี้

สภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่พอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ กาย ในที่นี้หมายถึง ทางกายภาพด้วย

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีความเมตตาสัมพันธ์กับความงามของสรรพสิ่ง มีสมาธิปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

สภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่นในชุมชนที่เข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม และระบบบริการดี

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีเมตตา ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่เห็นแก่ตัว แต่เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending)

สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่สมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีความสมดุลของสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์และจิตวิญญาณ เป็นการดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์แบบองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามความต้องการพื้นฐาน สามารถจัดการกับตนเองให้ผ่านพ้นทุกข์ภาวะได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพ จำแนกได้ 2 ส่วน คือ การที่ประชาชนดูแลตนเองและการให้บริการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาล ซึ่งการดูแลแบบพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพในขณะไม่ป่วย เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และอีกส่วนคือเป็นการดูแลตนเอง

เมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลทางกายภาพ การซื้อยารับประทานเอง แต่เมื่อเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งสถานพยาบาลของรัฐนั้น สามารถแบ่งสถานพยาบาลได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ซึ่งในทางโครงสร้างของการบริการแล้ว สถานบริการทั้ง 3 ระดับนั้นยังมีความคาบเกี่ยวและซ้ำซ้อนกันอยู่

1.2 การจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีนั้นทุกระดับควรเปิดกว้าง และเชื่อมโยงปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริการเข้าด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีและทรัพยากรบุคคล โดยประสานการจัดระบบบริการที่กระตุ้นให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างสะดวกเหมาะสมได้มาตรฐาน จากการสัมมนาพยาบาลศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ทัศนา บุญทอง, 2544) ได้มีการกล่าวถึง ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ไว้ ดังนี้

- 1.2.1 เป็นระบบสุขภาพเชิงรุก ที่รุกสร้างสุขภาพโดยทั่วถึงทุกด้าน
- 1.2.2 เป็นระบบที่คำนึงถึงสิทธิที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพดี และบริการที่ดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม
- 1.2.3 มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี
- 1.2.4 มีระบบการป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพ สามารถป้องกันและคุ้มครองคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น
- 1.2.5 มีระบบบริการสุขภาพครบทุกประเภทและทุกระดับ ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม มีคุณภาพที่ตรวจสอบได้และมีประสิทธิภาพสูง
- 1.2.6 มีระบบการเงินการคลังที่ประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน
- 1.2.7 ระบบกำลังคนด้านสุขภาพที่ครบถ้วน สามารถจัดการระบบสุขภาพได้อย่างมีมาตรฐานทั้งวิชาการ จริยธรรม และปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศได้
- 1.2.8 มีระบบควบคุมคุณภาพที่สร้างความมั่นใจได้ว่าเป็นระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม และประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด
- 1.2.9 มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประกันความปลอดภัย พิทักษ์สิทธิประชาชน และช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากระบบสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง
- 1.2.10 มีระบบการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ
- 1.2.11 มีองค์กรและการจัดการที่มีคุณภาพ เสมอภาค โปร่งใส และประชาชนมีส่วนร่วมใกล้ชิด

จะเห็นได้ว่า สิ่งสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพะที่สมบูรณ์แก่คนทั้งมวล (Health For All) ได้แก่ การปรับโครงสร้าง และเชื่อมโยงการทำงานให้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ จัดระบบด้านทรัพยากรต่างๆ และการติดต่อสื่อสาร เพื่อกระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้เกิดเครือข่ายบริการในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้มีการปรับระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพขึ้นภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งระดับของการบริการสุขภาพในแต่ละระดับ และจัดให้มีเครือข่ายหรือหน่วยคู่สัญญาในการประสานการทำงาน (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1). หน่วยคู่สัญญาของการบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care /CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ จะต้องมีการที่ลงทะเบียนชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประชาชนมีสิทธิเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัวในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานบริการในระดับนี้ ได้แก่ สถานีอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการปฐมภูมิโดยตรง แต่มาตรฐานบางส่วนยังไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น ขีดความสามารถในการให้บริการ จำนวนและประเภทของบุคลากร การพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นหน่วยบริการที่มีคุณภาพสรุปเป็นแนวทาง ได้ดังนี้

ก. พัฒนาบริการและจัดการให้ได้มาตรฐาน ได้แก่ การพัฒนาในสถานที่ตั้งที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก หรือจัดหน่วยบริการย่อย เพื่อพัฒนาระบบการรับผิดชอบสุขภาพโดยรวมของประชากรและพื้นที่ จัดสถานที่ที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการ มีระบบข้อมูลบันทึกประวัติการดูแล เช่น บันทึกการเจ็บป่วย ข้อมูลครอบครัว มีการจัดยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และเครื่องมืออย่างเพียงพอตามความจำเป็น พัฒนาคุณภาพการรักษาการให้บริการด้านต่างๆ การส่งต่อ และการฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ รวมถึงแนวทางการรักษาโรคที่พบบ่อยให้ได้มาตรฐาน และมีการดำเนินงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ประเมินสภาพชุมชน

- ข. ตกลงเรื่องการส่งต่อ และการจ่ายเงินภายในเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนที่คู่สัญญา
- ค. ชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชน ในเรื่องการใช้บริการ และการดูแลสุขภาพ

2). หน่วยคู่สัญญาของการบริการทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary care / CUS) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปในกรณีมีผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยหลัก ได้แก่ โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจสมัคร

เข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน บทบาทที่สำคัญของโรงพยาบาลชุมชน คือ เป็นหน่วยบริการที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งแต่เดิมนั้นเป็นการทำงานคละกัน และไม่มี การจัดระบบเพื่อรองรับการให้บริการที่ต่างกัน ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชนจึงต้องจัดระบบงานจัดบุคลากรที่เหมาะสมแยกตามลักษณะงานให้ชัดเจน เหมาะสม ซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

ก. เตรียมความพร้อมของระบบและบุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินการในรูปแบบใหม่ โดยที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน ต้องเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและสถานีนามัย ในเรื่องของเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานทั้งหมด เพื่อลดความสับสน และปรับวงเป้าหมายการทำงานร่วมกัน

ข. จัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามมาตรฐาน ครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมด ซึ่งในพื้นที่อำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนนั้นแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นหมู่บ้านหรือตำบลในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานีนามัยให้บริการ ในส่วนนี้โรงพยาบาลชุมชนต้องรับผิดชอบไปจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกส่วนคือพื้นที่ที่มีสถานีนามัยดูแลอยู่แล้ว แต่ขีดความสามารถในการให้บริการของสถานีนามัยและบุคลากรยังไม่เพียงพอตามมาตรฐาน โรงพยาบาลจึงต้องส่งบุคลากรไปสนับสนุนการให้บริการในสถานีนามัย และพัฒนาด้านวิชาการเพื่อยกระดับการให้บริการด้วย

3). หน่วยคู่สัญญาของการบริการตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care /CUT) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง หน่วยงานระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่า การให้บริการในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมินั้น มีความคาบเกี่ยวกันอยู่ ทั้งนี้คุณลักษณะที่สำคัญของการบริการในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ได้แก่ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ มีบุคลากร อุปกรณ์และเครื่องมือที่ให้บริการได้มาตรฐานตามที่คณะกรรมการกลางกำหนด มีระบบรองรับการบริการฉุกเฉินแก่ผู้ประสบอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่าง และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ อย่างไรก็ตาม หน่วยคู่สัญญาทั้ง 3 ระดับ ได้พยายามเน้นให้ประชาชนเข้ารับบริการตามขั้นตอน ขณะเดียวกันก็พยายามพัฒนาหน่วยบริการที่อยู่ในระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพในการบริการเชิงรุก และสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

1.3 ความหมายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากแนวคิดที่ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีหลักที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าใน ปี 2543 นั้น องค์การอนามัยโลก (1978 อ้างถึงใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของคำว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” ไว้ดังนี้

1.3.1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นปรัชญาและแนวคิดของการพัฒนา เพื่อให้มีบริการสุขภาพที่จำเป็นบนเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ และสอดคล้องกับลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมแก่ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างทั่วถึงภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน

1.3.2 การสาธารณสุขมูลฐาน จัดว่าเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ที่พักที่ทำงานของประชาชน โดยดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นบริการที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม

1.3.3 การสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะของกิจกรรม ได้แก่ การให้สุขศึกษา การค้นหาปัญหาและการควบคุมปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น การดูแลอนามัย การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การดูแลสุขภาพจิต และการจัดให้มียาจำเป็นไว้ใช้

สรุปได้ว่า องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมถึงการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรก ซึ่งมีความหมายเหมือนกับการบริการปฐมภูมิ จึงใช้ 2 คำนี้แทนกันได้ นอกจากนี้คำว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” แล้วยังมีอีก 2 คำที่มีการใช้และให้ความหมายปะปนกัน นั่นคือ การบริการปฐมภูมิ และเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งในที่นี้จะอธิบายความหมายของคำดังกล่าว ดังนี้

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542) กล่าวว่า การบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยประยุกต์ความรู้ทางด้าน การแพทย์ จิตวิทยาและสังคมในลักษณะที่ผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค การป้องกันโรค และการฟื้นฟูโรคได้อย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรของชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองในยามที่เจ็บป่วย

Tudor - Hart (1989 อ้างถึงใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร ,2542) กล่าวถึง บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิว่า ควรมีบริการเพิ่มเติมจากการบริการรักษาพยาบาลแบบเดิม คือมีบทบาทเชิงรุกเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

Starfield (1996) ได้ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิว่า เป็นการให้บริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (On-going care) บริการที่ผสมผสานและเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการเฉพาะทางอื่นๆ หรือการบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้อง (Co-ordinate care)

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การบริการปฐมภูมิ เป็นการบริการที่ผสมผสานความรู้ใน ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ เน้นบทบาทในเชิงรุกโดยผสมผสานการดูแลสุขภาพใน 4 มิติคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนในลักษณะแบบองค์รวม มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรในท้องถิ่น โดยจัดบริการในลักษณะที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวกและมีความเข้าใจกันดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ รวมถึงสามารถเชื่อมต่อบริการไปยังสถานบริการอื่นได้สะดวก ทั้งนี้การบริการปฐมภูมิไม่จำเป็นต้องให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง แต่ควรมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ ของประชาชนและชุมชน เป็นอย่างดี ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้น ควรมีศักยภาพในการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหา และสอดคล้องกับสภาพชีวิตของชุมชน

1.4 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.4.1 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศแถบยุโรป อเมริกา และออสเตรเลียนั้น จะให้ความสำคัญต่อการให้บริการขั้นพื้นฐาน ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (Gate keeper) ก่อนส่งต่อไปรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ หรือมีส่วนร่วมต่อค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ ทั้งนี้รูปแบบของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละประเทศ รูปแบบการเลือกใช้บริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ

1). รูปแบบที่ให้สิทธิแก่ประชาชนในการเลือกรับบริการจากผู้ให้บริการ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ ดำเนินการโดยเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐ แต่ทำสัญญาตกลงกับรัฐหรือบริษัทประกันสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการได้ ในสหรัฐอเมริกาแพทย์จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือจัดตั้งเครือข่าย เพราะมีการแข่งขันสูงในการดึงดูดผู้ให้บริการ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์, 2543 อ้างถึงใน สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2545) ส่วนประเทศอังกฤษ ให้ประชาชนขึ้นทะเบียนรับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัว

ในช่วงเวลาหนึ่งที่กำหนด แต่ประชาชนมีสิทธิเลือกแพทย์ได้ และเมื่อพ้นช่วงเวลาที่กำหนดอาจเปลี่ยนแพทย์ ผู้ให้บริการคนใหม่ได้หากไม่พอใจในการบริการของแพทย์คนเดิม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

2). รูปแบบที่กำหนดเขตรับผิดชอบสำหรับผู้ให้บริการ เช่น ในสวีเดน การบริการสุขภาพ ดำเนินการโดยสถานีนโยบายของรัฐ โดยมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบให้แก่เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์ประจำครอบครัว ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพขั้นต้นจากแพทย์ผู้รับผิดชอบ ในเขตพื้นที่ที่กำหนดเท่านั้น ประชาชนต้องไปรับบริการตามขั้นตอน โดยมีระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่ชัดเจนเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเหมาะสม

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานของการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนบุคลากร ความรู้ความสามารถ งบประมาณ สถานที่ ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการจัดบริการ ซึ่งส่งผลต่อบทบาทที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการ ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายแห่งมีพยาบาลเป็นผู้บริการในระดับปฐมภูมิ อาทิเช่น

ก. ประเทศที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) พยาบาลผดุงครรภ์ (Certified nurse midwife) และผดุงครรภ์ (Certified midwife) เป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิด้วย เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และออสเตรเลีย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถตรวจรักษาเบื้องต้นได้เช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติ โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ มีบทบาทเด่นชัดในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์และผดุงครรภ์เป็นผู้ให้บริการดูแลสุขภาพแม่ และเด็กในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด วางแผนครอบครัว การตรวจรักษาโรคเบื้องต้นโดยเฉพาะโรคทางนรีเวช และมีการทำคลอดที่บ้าน

ข. ประเทศที่มีพยาบาลเป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ เช่น ประเทศแคนาดา โดยพบว่า มีพยาบาลทำงานในชุมชนมาก เป็นงานด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนในสวีเดน พยาบาลที่ทำงานในชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ และมีผดุงครรภ์ประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก รวมทั้งคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร , 2542)

1.4.2 รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศเอเชีย พบว่า ด้วยสภาพเศรษฐกิจและโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมการศึกษา และพื้นฐานการดูแลสุขภาพของประเทศในแถบเอเชีย ที่มีความแตกต่างกับประเทศในแถบตะวันตก ส่งผลให้การจัดบริการปฐมภูมิของประเทศในแถบเอเชีย มีลักษณะที่แตกต่างออกไป แบ่งออกได้ 2 แบบ ได้แก่

1) รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ประเทศมาเลเซีย สถานบริการในชนบทมี 2 ระดับ คือ ศูนย์สุขภาพ (Health center) และ คลินิกชนบท (Rural clinic) หนึ่งหน่วยบริการสุขภาพชนบท ประกอบด้วย 1 ศูนย์สุขภาพ ทำหน้าที่ให้บริการและดูแลสนับสนุน 4 คลินิกชนบท หน่วยบริการ 1 หน่วย รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน 15,000-20,000 คน ส่วนในเขตเมืองสถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก บริการด้านการรักษาพยาบาล โรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของหน่วยงานอื่นของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเฉพาะ เช่น ทหาร และชนพื้นเมือง ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี มีสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆกัน ได้แก่ health center, health sub-center และ primary care health post ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเพราะรัฐบาลกำหนดนโยบายให้ประชาชนต้องรับบริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิก่อน หากได้รับการส่งต่อจึงสามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้ ส่วนในฟิลิปปินส์การจัดระบบบริการสุขภาพ เป็นการผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยมีสถานบริการในระดับหมู่บ้าน คือ ศูนย์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Barangay Health Station :BHS) มีพยาบาลผดุงครรภ์ชุมชนทำหน้าที่ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค พยาบาลผดุงครรภ์ชุมชน 1 คน อาจต้องดูแลสาธารณสุขชุมชนมากกว่า 1 ศูนย์ โดยมีอาสาสมัครในหมู่บ้านช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และมีสถานอนามัยเขตชนบท (Rural Health unit : RHU) เป็นสถานพยาบาลระดับเทศบาล สถานีอนามัยจะให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเฉพาะในเวลาราชการ (ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน) ในแต่ละสถานีอนามัยมีบุคลากร 5-20 คน มีแพทย์ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัย และให้บริการด้านรักษาพยาบาล มีทันตแพทย์ให้บริการด้านทันตกรรม และมีพยาบาลสาธารณสุขชุมชนดูแลสุขภาพชุมชน

2) รูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ประเทศสิงคโปร์ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดำเนินการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชนให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และมีโพลีคลินิกของรัฐบาล ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งรวมทั้งการให้การดูแลที่บ้านด้วย (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542) สถานบริการจะทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (Gatekeeper) โดยประชาชนจะไปรับบริการขั้นต้นที่สถานบริการนั้นก่อน อย่างไรก็ตาม รัฐไม่มีการบังคับหากประชาชนต้องการจะไปรับบริการจากสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิก็สามารถทำได้ ส่วนในไต้หวันสถานบริการปฐมภูมิเกือบทั้งหมดเป็นคลินิกเอกชน มีสถานีอนามัยของรัฐโดยผู้ให้บริการคือ แพทย์

2. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการบริหารจัดการกลุ่ม

ความหมายของบทบาท

Pinder (1984) ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึงสถานภาพหรือตำแหน่งทางสังคม ซึ่งทำให้บุคคลถูกกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตามความคาดหวังของสังคม มีผลให้พฤติกรรมส่วนหนึ่งที่แสดงออกของบุคคลเป็นพฤติกรรมตามที่สังคมคาดหวัง Benne and Sheats (ม.ป.ป.อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ, 2545) ได้กำหนดบทบาทที่ไม่เป็นทางการของสมาชิก ออกเป็น 3 แบบ คือ

2.1 บทบาทงาน (Task roles) หมายถึง บทบาทที่จะนำกลุ่มให้เอื้อประโยชน์ต่อเป้าหมาย โดยที่สมาชิกจะช่วยกลุ่มกำหนดขอบเขตของเป้าหมาย และหาวิธีการที่จะทำให้บรรลุความสำเร็จ เช่น ผู้คิดริเริ่ม ผู้วิจารณ์ ผู้บันทึกข้อมูล เป็นต้น

2.2 บทบาทการสร้างกลุ่มและบำรุงรักษา (Group building and maintenance roles) หมายถึง บทบาทที่อำนวยความสะดวกต่อการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสนับสนุนการเชื่อมโยงของกลุ่ม เพื่อผูกมัดสมาชิกเข้าด้วยกัน เช่น ผู้ให้กำลังใจ ผู้ประนีประนอม และผู้สังเกตการณ์ของกลุ่ม

3.3 บทบาทส่วนตัว (Individual roles) หมายถึง บทบาทที่มุ่งความพอใจของตนเองมากกว่าการเน้นความต้องการของกลุ่ม เช่น ผู้ก้าวร้าว ผู้ขัดขวาง ผู้แสดงตลก

บทบาทที่เป็นทางการจะถูกกำหนดขอบเขตอย่างชัดเจน และมีการยอมรับบทบาทด้วยความเต็มใจ โดยมีสมาชิกภายในกลุ่มให้การสนับสนุนในการปกครองตนเอง และมีอิสระในความคิดริเริ่ม นอกจากนี้ บทบาทของสมาชิกต้องมีความชัดเจน หากบทบาทไม่ชัดเจนหรือ มีความชัดเจนน้อยจะไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่ประสบความสำเร็จได้ ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ (2545) กล่าวว่า บทบาทที่สมาชิกต้องเผชิญมีความสำคัญ และมีผลให้การปฏิบัติงานและความพึงพอใจของสมาชิกค่อยๆ ลดลง ได้แก่

3.3.1 ความไม่ชัดเจนของบทบาท (Role ambiguity) กรณีนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลแต่ละคนไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนคาดหวัง เมื่อต้องเผชิญกับบทบาทที่ไม่ชัดเจน ไม่เข้าใจเป้าหมายของบทบาท หรืออาจเกิดได้จากไม่ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเพียงพอเกี่ยวกับบทบาทที่ควรปฏิบัติ หรือผู้บริหารมอบบทบาทที่ไม่แน่นอนให้ปฏิบัติ หรือองค์กรอาจเปลี่ยนแปลงงานหรือโยกย้ายคนไปยังสถานที่ทำงานอื่น แสดงให้เห็นว่า บทบาทที่ไม่ชัดเจนสามารถลดลงได้ ด้วยการกำหนดงานและขอบเขตของบทบาทที่ชัดเจน รวมทั้งมีการฝึกอบรมและให้คำแนะนำแก่สมาชิกตามที่เขาคาดหวัง

3.3.2 ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) เกิดขึ้นจากการคาดหมายที่ไม่ลงรอยกัน หรือตรงกันข้ามของการแสดงบทบาท รูปแบบของความขัดแย้งในบทบาท มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ความขัดแย้งในบทบาทภายในตัวผู้ส่งข่าวสาร (Intra sender role conflict) เกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังของบทบาทมีความตรงกันข้ามมากกว่า 2 บทบาทแต่มาจากบุคคลคนเดียวหรือแหล่งเดียวกัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ถ้าผู้นำทีมในการปฏิบัติมีความต้องการได้งานทั้ง 2 อย่างพร้อมกัน
- 2) ความขัดแย้งในบทบาทระหว่างผู้ส่งข่าวสาร (Inter sender role conflict) เกิดขึ้นเมื่อ ความคาดหวังตรงกันข้ามมาจากบุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไป
- 3) ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Inter role conflict) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเดียวต้องปฏิบัติงานในบทบาทตั้งแต่ 2 บทบาทขึ้นไป ด้วยความต้องการที่ขัดแย้งกัน
- 4) ความขัดแย้งภายในตนเอง (Person role conflict) เกิดขึ้นเมื่อทัศนคติและความเชื่อของแต่ละคนไม่เป็นไปตามบทบาทที่คาดหวัง บทบาทที่ขัดแย้งกันนี้สามารถลดประสิทธิภาพการทำงาน สร้างความไม่พอใจให้กับเพื่อนร่วมงานและผู้บริหาร ทำให้อัตราการลาออกสูงขึ้น ผู้บริหารควรพิจารณา และพยายามหาทางแก้ไขแหล่งที่มาของความขัดแย้งในบทบาทของสมาชิกด้วย
- 5) ภาระหนักเกินไปของบทบาท (Role overload) เกิดขึ้นเมื่อบทบาทที่คาดหวังมีจำนวนเกินกว่าความสามารถของบุคคลที่จะรับบทบาทนั้น ได้แก่ งานที่มีปริมาณมากเกินไป ทรัพยากรที่ไร้ความสามารถหรือบุคคลที่ขาดทักษะ ภาระหนักเกินไปของบทบาทมีผลคล้ายคลึงกับความไม่ชัดเจนของบทบาทและความขัดแย้งในบทบาท นั่นคือ สามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ขวัญและกำลังใจของพนักงาน

สรุปได้ว่า บทบาทเป็นภาระงานที่สมาชิกในกลุ่มคาดหวังให้ปฏิบัติ ตามหน้าที่ที่ผู้บริหารเป็นผู้กำหนด ซึ่งความชัดเจนของบทบาทมีความสำคัญมาก หากบทบาทมีความชัดเจนน้อยก็จะได้การยอมรับของสมาชิก และอาจไม่ประสบความสำเร็จตามที่องค์กรคาดหวัง การที่พยาบาลเปลี่ยนบทบาทงานจากเดิมไปทำงานสุขภาพเชิงรุก ซึ่งเป็นบทบาทที่มีภาระงานหนักมากขึ้น เป็นการเปลี่ยนบทบาทในขณะที่ยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องงานนั้นๆ ย่อมสร้างความขัดแย้งในบทบาทของตนเองให้กับผู้ปฏิบัติเป็นอย่างมาก นอกจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตนเองแล้ว ยังอาจเกิดความขัดแย้งในสถานที่ทำงานใหม่ที่ต้องไปปฏิบัติงานด้วย ความขัดแย้งนี้อาจเกิดจากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน (Disagreement) คัดค้านกัน (Oppose) ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความขัดแย้งไว้ ดังนี้

ก. การแข่งขันกันเพื่อทรัพยากร (Competition for resources) การขาดแคลนทรัพยากร ก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ เช่น การแย่งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ หรือข้อมูลข่าวสาร

ข. ความไม่เป็นอิสระต่อกันของกลุ่ม (Group inter dependence) เช่น กลุ่มหนึ่งไม่สามารถดำเนินงานได้โดยอิสระเพราะต้องคอยงานจากกลุ่มอื่น หรือรอรับส่งงานจากกลุ่มอื่น

ค. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Interpersonal difference) บุคคลที่มีภูมิหลัง บุคลิกภาพ หรือค่านิยมที่แตกต่างกันอาจเกิดความขัดแย้งกับคนอื่นได้

ง. เป้าหมายที่ไม่สามารถเข้ากันได้ (Goal in compatibility) แต่ละคนหรือกลุ่มที่อยู่ในองค์กร บางครั้งอาจมีเป้าหมายที่ดำเนินการแตกต่างกันได้ เพราะเป้าหมายถูกกำหนดขึ้นในหลายระดับ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่ความขัดแย้งได้

จ. ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร (Communication issues) ได้แก่ ขาดการติดต่อสื่อสาร การบิดเบือนการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลข่าวสาร และไม่เป็นอิสระในการสื่อสาร

ฉ. ความไม่เหมาะสมของระบบรางวัลตอบแทน (Inappropriate reward systems) ผู้บริหารอาจสร้างความขัดแย้งได้ หากมีการกำหนดระบบการให้รางวัลโดยไม่ได้คิดให้รอบคอบ ซึ่งอาจเป็นการสร้างความขัดแย้งในการมุ่งทำลาย มากกว่าการสร้างความขัดแย้งในเชิงสร้างสรรค์

จะเห็นได้ว่า นอกจากการเปลี่ยนบทบาทไปจากเดิมแล้ว พยาบาลยังมีโอกาสที่ต้องเผชิญกับความขัดแย้งมากมาย ทั้งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตนเองและที่เกิดจากการทำงาน อย่างไรก็ตาม การปรับตัวของพยาบาลต่อการเปลี่ยนบทบาทมีความสำคัญมาก การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (Social integrity) ทั้งนี้ การที่บุคคลจะสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้น ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของตนเองและผู้อื่นว่า บุคคลนั้นมีบทบาทอะไรในสังคม และสามารถแสดงบทบาทได้เพียงใด เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่ ทั้งนี้จะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองและตามที่สังคมได้กำหนดไว้ โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมตามบทบาท (Instrumental behavior) ตามหน้าที่ที่สังคมกำหนด

การบริหารจัดการกลุ่ม

เมื่อพยาบาลได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว การสร้างกลุ่มให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในกลุ่ม ทั้งนี้การบริหารจัดการกลุ่ม (Management of groups) ที่จะช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสร้างผลการปฏิบัติงานให้กับกลุ่มได้นั้น (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545) มีดังนี้

1. การสร้างความไว้วางใจ (Building trust) สมาชิกต้องมีความไว้วางใจ และสนับสนุนเป้าหมายของกลุ่มและองค์กร ทั้งนี้ สมาชิกควรมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบ และมีอำนาจในการตัดสินใจ ทั้งนี้การ

พัฒนาความไว้วางใจต้องใช้เวลา และมีกิจกรรมที่จะนำผลประโยชน์ที่แท้จริงมาสู่สมาชิก เช่น การเปิดเผยข้อมูลร่วมกัน การแสดงความซื่อสัตย์ และการยึดถือคุณธรรม เป็นต้น

2. การสนับสนุนประสิทธิผลของทีม (Encouraging effective teamwork) ประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ของกลุ่มหรือทีมงาน สามารถวัดได้ด้วยการใช้มาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์การกระบวนการพัฒนากลุ่ม สามารถจัดเป็นขั้นต่างๆได้ 5 ขั้นตอน คือ

2.1 การกำหนดรูปแบบ (forming) ในระยะนี้สมาชิกของกลุ่มจะเริ่มประชุมและวางแผนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์โครงสร้างและกิจกรรมกลุ่ม ระยะนี้อาจเกิดความไม่แน่นอน แต่สมาชิกจะรู้จักและมีความคุ้นเคยกับสมาชิกอื่นๆ ตลอดจนมีเป้าหมายและภาระงานที่จะทำในโอกาสต่อไป

2.2 การระดมความคิด (storming) สมาชิกจะมีการโต้แย้งกัน เพื่อทำความเข้าใจกับบทบาทความรับผิดชอบ และหาข้อกำหนดซึ่งเป็นรายละเอียดของกลุ่ม อาจเกิดความไม่พอใจ หรือเริ่มถือเอกลัทธิส่วนตัว ตกลงกันไม่ได้ ดังนั้นกลุ่มจึงอาจขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันขึ้นมาได้

2.3 การกำหนดบรรทัดฐาน (norming) สมาชิกจะเริ่มทำความเข้าใจและยอมรับบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละคน มีการตกลงร่วมกันเกี่ยวกับเป้าหมายและวิธีที่จะมุ่งไปสู่ความสำเร็จโดยยอมรับปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่ม เกี่ยวกับผลการดำเนินงานและมีความสัมพันธ์ส่วนตัว ผลลัพธ์นี้จะทำให้กลุ่มมีแรงยึดเหนี่ยว (cohesiveness) กันมากขึ้น

2.4 การดำเนินงานของกลุ่ม (performing) ในระยะนี้ กลุ่มได้กำหนดหน้าที่ต่างๆครบถ้วน และดำเนินการไปข้างหน้าเพื่อบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยสมาชิกถูกมอบหมายบทบาทและการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นๆ สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 การสลายกลุ่ม (adjourning) ในระยะนี้กลุ่มปฏิบัติงานได้เสร็จบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย สมาชิกทั้งหลายถูกมอบหมายบทบาทและการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นๆ

การบริหารจัดการกลุ่มที่ดีจะช่วยให้พยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (กองการพยาบาล, 2545) มีทั้งสิ้น 9 บทบาท ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้จัดการ (Manager) หมายถึง การเป็นผู้วางแผนกำหนดทิศทางการพัฒนา การติดตามควบคุมกำกับและการเป็นตัวแทนของชุมชน ในการจัดการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนโดยจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผนและดำเนินการแก้ไข ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

2. บทบาทการเป็นผู้นำ (leader) หมายถึง การเป็นผู้ริเริ่มให้มีการตัดสินใจ กำหนด เป้าหมาย แสวงหาแนวทางบรรลุเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน การมีส่วนร่วมกำหนดแผนและนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และการปฏิบัติตนเป็น แบบอย่างของผู้มีสุขภาพดี

3. บทบาทการเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ (Care provider) หมายถึง การดูแลเอาใจใส่และให้ ความสุขสบาย รวมถึงกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการความเอื้ออาทร และความ เสียสละในการดูแลเอาใจใส่ เป็นหัวใจของการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Eennir and Wrubel, 1989 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2545)

4. บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) หมายถึง เป็นผู้ริเริ่มการ เปลี่ยนแปลง หรือช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงระบบ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ที่ แยกแยะ ปัญหา ประเมินแรงจูงใจและให้ความสามารถของบุคคล กำหนดทางเลือกรวบรวมผลลัพธ์ที่เป็น ไปได้จากทางเลือกเหล่านั้น ดำเนินการและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ดีด้านความรู้ความสามารถ เจตคติที่ จะส่งเสริมปกป้องสุขภาพ ตลอดจนดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

5. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (counselor) เป็นบทบาทที่ช่วยให้ผู้รับบริการ ได้ตระหนักถึง ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด พยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือบุคคล พัฒนาความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ มากกว่าการส่งเสริมพัฒนาสติปัญญา โดยจะกระตุ้นให้ผู้ใช้บริการมองหาทางเลือก ได้รู้จักพฤติกรรมที่มี ผลดีกับสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง

6. บทบาทการเป็นผู้สอนหรือผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (educator) พยาบาลระดับปฐมนุญมิ จะต้อง ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกกลุ่มอายุ ทุกครอบครัว มีความรู้ เพื่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ เทคนิควิธีการที่เสริมพลัง (empower) ให้ประชาชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

7. บทบาทการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (communicator / helper) การติดต่อ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นสำหรับวิชาชีพที่ให้ความดูแลช่วยเหลือบุคคลอื่น มีส่วนช่วยให้ทีม สามารถประสานกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนให้บรรลุตามเป้าหมาย สิ่งสำคัญที่ทำให้การจัด บริการ สุขภาพปฐมนุญมีความเข้มแข็งที่จะนำไปสู่การบริการที่ดี คือ ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ถูกต้องและ สอดคล้อง เหมาะสมต่อการจัดบริการ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ จุรีย์ หลงวงศ์, 2543)

8. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค (advocator) หมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชน สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงเสมอภาค นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลยังต้องเป็นปากเสียงให้กับชุมชน ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพใน ชุมชน เจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่อื่นๆเพื่ออ้างไว้ซึ่งสิทธิอันพึงจะได้รับ

9. บทบาทการเป็นนักวิจัย (research) พยาบาลที่ทำงานระดับปฐมภูมิ จะต้องค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขซึ่งจำเป็นต้องทำวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

3. แนวคิดด้านการพยาบาลชุมชน

3.1 แนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลในชุมชน

ทัศนา บุญทอง (2543) กล่าวว่า การพยาบาลระดับปฐมภูมิ หมายถึงการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพ โดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลที่เข้าใจในบริบทสุขภาพตามสภาพของชุมชน

กองการพยาบาล (2544) ได้ให้แนวทางในการทำความเข้าใจตามความเชื่อพื้นฐานของชุมชน ไว้ดังนี้

1) ด้านสุขภาพ มนุษย์ทุกคนเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง และมีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีหน้าที่รับผิดชอบดูแล ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการธำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีไว้ เพราะสุขภาพบุคคลเป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพชุมชน

2) ด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพ เคมีและชีวภาพ ตลอดจนวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ฐานะทางสังคม ระบบสนับสนุนและระบบบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

3) ด้านการจัดบริการ การจัดการบริการพยาบาลในชุมชน ต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยเน้นประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง กระตุ้นและเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลในชุมชน ต้องสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการประเมิน วินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดี สุขภาพเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนติดตาม ประเมินผลการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้เสนอแนวทางการบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไว้ได้ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย ได้แก่ การบริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนคลอดถึงหลังคลอด บริการคลอด การบริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก ฉีดวัคซีน การบริการเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยง การบริการดูแลผู้สูงอายุ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การบริการให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว สามารถทำกิจกรรมสนับสนุน เกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร การผ่อนคลาย ความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ

2) การควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (กองการพยาบาล, 2544) พยาบาลสามารถประยุกต์ศาสตร์ด้านระบาดวิทยาเข้ามาช่วย โดยศึกษาความเป็นไปได้ตามธรรมชาติและลักษณะของการเกิดโรค โดยนำแนวคิดด้านนี้มาประเมินและจำแนกประเภทภาวะสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางการบริการดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้การป้องกันโรคที่สำคัญได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันโรค การค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อการรายงานต่อ รวมทั้งการสุขภาพสิ่งแวดล้อม

3) การบริการด้านรักษาพยาบาล ที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพทั่วไปและเฉียบพลัน มีระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรครุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง ก่อนการส่งต่อ การผ่าตัดเล็กและบริการตรวจชันสูตรรักษาพยาบาลกลุ่มที่ป่วย สามารถวินิจฉัยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางเลือกอื่นที่สอดคล้องกับสภาพของผู้รับบริการ สามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการ ทั้งภาวะฉุกเฉิน ภาวะปกติและเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย ให้การรักษาโรคเบื้องต้นตามขอบเขตของวิชาชีพ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ติดตามให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เกิดความสามารถและผสมผสานความรู้ในวิชาชีพและความรู้จากสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง

4) การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชนแล้วให้การดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ สามารถส่งต่อเพื่อการรักษาและรับฟื้นฟูสภาพ เพื่อการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว

5) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน และองค์กรประชาชนด้านสุขภาพโดยให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพ ให้สามารถดูแลตนเองประเมินสุขภาพบุคคลครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดีโดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่

3.2 ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในชุมชน ต้องมีความสามารถในการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยประเมิน วินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการดูแลภาวะสุขภาพ ตลอดจนติดตามกำกับประเมินผล โดยเป็นผู้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของประชาชน ภารกิจที่สำคัญของพยาบาลในการปฏิบัติงานในชุมชน กองการพยาบาล (2544) ได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลระดับปฐมภูมิไว้ 3 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ร่วมกำหนดนโยบาย เป้าหมาย พันธกิจ วางแผนการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน มีแผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ แผนอัตรากำลังและแผนพัฒนาบุคลากร สร้างทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ ปัญหาและแก้ไข้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม จัดระบบบันทึกและพัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้อต่อการบริการอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การสำรวจชุมชน การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยใช้ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล ค้นหาความรุนแรงของโรคและปัญหาชุมชน วางแผนและปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของชุมชน รวมทั้งประสานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชนได้ (กองการพยาบาล, 2544) การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการทำงานในชุมชนมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) เป็นขั้นตอนการตรวจวัดภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยการสัมภาษณ์ สอบถาม สังเกต สำรวจและค้นหาประเด็นข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง และ/หรือมีผลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ พัฒนาการประวัติการเจ็บป่วย การรับบริการส่งเสริมป้องกันโรค วิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหา (diagnosis) เป็นขั้นตอนที่นำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่ผ่านการทบทวนตรวจสอบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผลจนสามารถวินิจฉัยภาวะสุขภาพเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (planning) เป็นขั้นตอนของการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตามสภาพปัญหาและความต้องการที่ประเมินและวินิจฉัยได้ การวางแผนสามารถทำได้จัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ด้านการป้องกันโรค และดำเนินการกำหนดเป้าหมาย เกณฑ์ประเมิน และกิจกรรมเพื่อแก้ไข้ปัญหา รวมทั้งเขียนแผนการดูแลภาวะสุขภาพไว้เป็นลายลักษณ์อักษรด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการ (implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เสี่ยง และป่วยที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ โดยใช้ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล หรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพอื่นๆ และปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามที่กำหนด โดยบันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหลังจากได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาไว้ด้วย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลที่ได้ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชนหรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการดูแลกับความสำเร็จในการแก้ไขปัญหสุขภาพ การประเมินผลทำได้โดยเปรียบเทียบ ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการได้รับการแก้ไขปัญหา (Actual outcome) กับเป้าหมายหรือระดับคุณภาพที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมิน

3.2.3 ด้านงานวิชาการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมงาน โดยมีส่วนร่วมในการส่งเสริมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินและตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล โดยนำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพบริการร่วมสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติ และพัฒนาทีมงานในการให้บริการ เสนอประเด็นที่ควรทำวิจัยในชุมชน มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย เพื่อค้นหาองค์ความรู้ และนวัตกรรม รวมทั้งการนำผลการวิจัยมาใช้ปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ ให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน

จะเห็นได้ว่า การทำงานของพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เป็นการทำงานที่มีปฏิสัมพันธ์กันจากระบบเล็กไปสู่ระบบใหญ่ในชุมชน พยาบาลต้องประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้และผู้ขอความร่วมมือ โดยสร้างความศรัทธา ความเชื่อมั่นในการรับบริการของบุคคลและชุมชน สร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในกิจกรรมต่างๆที่สร้างขึ้นเพื่อชุมชน ซึ่งเป็นภารกิจที่ทำทลายความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง นอกจากนี้ จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (ทัศนา บุญทอง, 2544) พบว่า ขอบเขตงานของพยาบาลในระดับปฐมภูมิครอบคลุมหลายด้าน ดังนี้

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน โดยแยกกลุ่มที่ปกติ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มผู้พิการ เพื่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- 2) การจัดการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น
- 3) ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ข้อมูลเพื่อให้รู้ถึงสิทธิของตน

4) สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพ โดยการพัฒนาการดูแลตนเอง มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

5) จัดระบบข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

6) จัดระบบและพัฒนาบริการการพยาบาลปฐมภูมิ โดยกำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรม ในการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการบริการสุขภาพ รวมทั้งประเมินตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

7) สร้างและพัฒนาเครือข่ายทางการพยาบาล ในด้านวิชาการและการบริการสุขภาพกับบุคคล และชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เป็นการบริการที่เน้นบริการสุขภาพแก่ประชาชนและชุมชน โดยมีขอบเขตการให้บริการทุกภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งพยาบาลต้องเชื่อมโยงสภาพปัญหา ความต้องการ ความคาดหวังการบริการ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมในชุมชนมาเป็นข้อมูลในการประยุกต์ให้การพยาบาล จะเห็นได้ว่าการบริการพยาบาลปฐมภูมิ เป็นการบริการที่มีความซับซ้อนและผสมผสานความรู้ในหลายๆด้านมาใช้ในการให้บริการ จากผลการทดลองจัดบริการศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปี พ.ศ. 2532 พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวสามารถดำเนินงาน ได้ตรงกับความต้องการของชุมชนไม่น้อยกว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ดังนั้น จึงควรพัฒนาพยาบาลให้ดำเนินงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัวต่อไป (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และอุดม พานทอง, 2543) ในที่นี้ จะขอกล่าวถึง พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการปฐมภูมิพอสังเขป ดังนี้

พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (primary care nurse practitioner) เป็นคำใหม่ของระบบบริการสุขภาพไทย เป็นศาสตร์ทางการพยาบาลสาขาหนึ่งที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน และเข้าถึงได้ง่าย (Integrated and accessible) ให้บริการทางคลินิกตามความต้องการของประชาชน ด้วยความสามารถที่ลึกซึ้ง พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ สามารถจัดการได้ในบริบทของครอบครัวและชุมชน (Hamric, Spross and Hansen, 1996) จะเห็นได้ว่า พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นการบริการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ซึ่งให้บริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ และครอบครัวโดยใช้ความชำนาญเฉพาะทางคลินิก พัฒนากิจกรรมบริการในการแก้ไขปัญหาผู้รับบริการที่ซับซ้อน ภายใต้เงื่อนไขวิชาชีพและจริยธรรม อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเพื่อเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทางของพยาบาลเวชปฏิบัติ ยังไม่มีความก้าวหน้าในสายอาชีพ แต่ในเชิงของลักษณะงานและความรับผิดชอบในเชิงวิชาชีพนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติ

จัดได้ว่า เป็นผู้ที่มีความสามารถ และมีความชำนาญในการให้บริการสุขภาพที่ซับซ้อน เหมาะกับการบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ซึ่งขอบเขตของการปฏิบัติงานบริการยังต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา

4.1 ความหมายของประสบการณ์ (Experience)

ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นคำว่า ประสบการณ์ มีผู้ให้ความหมายคำว่า ปรากฏการณ์ไว้ดังนี้

Gadamer (1975 อ้างถึงใน Ansell, 1996) กล่าวว่า ประสบการณ์เป็นการรวมกันของสิ่งที่ น่าสนใจทั้งหมด และสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันซึ่งไม่สามารถแบ่งแยกได้ และหาสิ่งทดแทนไม่ได้ มีลักษณะที่มากมาย ไม่รู้จักหมดสิ้น ที่มีความเกี่ยวข้องกันทั้งหมดของชีวิตที่เป็นอยู่

Munhall (1981) กล่าวว่า ประสบการณ์ อาจเป็นการร่วมกันกระทำแล้วแต่แต่ละบุคคลจะเป็น ผู้แปลความหมายของประสบการณ์ของตนเอง และให้ความหมายต่อสิ่งนั้นเป็นจุดสำคัญ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ให้ความหมายของคำว่า ประสบการณ์ ว่า เป็นความชัดเจนที่เกิดจากการกระทำหรือที่ได้พบเห็นมา

สรุปได้ว่า ประสบการณ์ หมายถึง เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำหรือได้พบเห็นเหตุการณ์หรือ สิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับบุคคลที่มีการรับรู้อย่างมีสติ การมีส่วนร่วมในเหตุการณ์นั้นๆทั้งในอดีตและปัจจุบัน หรือมีความเข้าใจตามสภาพเป็นจริงของเหตุการณ์ภายนอกและภายในจิตใจที่เกิดขึ้น และถูกกรองแปลความหมายออกมาเป็นเรื่องราวและเนื้อหาที่แต่ละบุคคลเก็บไว้

4.2 ความหมายและความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาจากคำในภาษากรีกว่า Phainomenon หมายถึง ปรากฏ (appearance) และ Logos หมายถึงการพิจารณาที่ดีมีเหตุผล (reason) (Walter,1995)

Omery (1983) ปรากฏการณ์วิทยา มาจากปรัชญาถือว่า เป็นกระบวนการของการทำความเข้าใจกระจำหรือตีความในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยได้รูปแบบมาจากวิชามนุษยศาสตร์ ซึ่งเน้นภาพรวม และบริบทรอบด้านโดยอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

Beck (1994 cite in Streubert and Carpenter,1999) ปรากฏการณ์วิทยาทำให้มีแนวทางใหม่ด้านการพยาบาลในการแปลความหมาย และความเป็นไปของธรรมชาติได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง

Benner (1994) กล่าวว่า ปรัชญาการณวิทยา เป็นการศึกษาดำรงชีวิตของมนุษย์โดยบุคคลนั้นๆ เป็นผู้ให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่ ตามสิ่งแวดล้อมนั้นตามประสบการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้วิจัยควรเข้าใจในสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และภาษาของผู้ให้ข้อมูล และเป็นอิสระจากแนวคิดทฤษฎีใดๆ

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากปรัชญา (philosophy) เป็นการศึกษาที่ให้ความหมาย และตีความจากประสบการณ์ ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้พัฒนามาเป็น 3 ระยะ (Streubert & Carpenter, 1999) คือ

ระยะเริ่มแรก (Preparatory phase) ผู้มีบทบาทสำคัญคือ Franz Brentano (1838 -1917) จุดสำคัญของยุคนี้คือ มุ่งให้ความสนใจและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ให้คุณค่ากับการรับรู้ภายในตนเอง ของบุคคล (Value of inner perception) โดยเฉพาะแนวคิดด้านจิตใจต่อการรับรู้ในเรื่องที่ผ่านมา ยุคนี้ยังมี Carl Stumpf (1848 - 1936) ศิษย์ของ Franz Brentano ที่ได้ศึกษาปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ โดยเน้นความถูกต้อง แม่นยำ และยึดมั่นในระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์อยู่ ระยะนี้มี ความสำคัญ เพราะเป็นพื้นฐานสำหรับปรากฏการณ์วิทยาในยุคหลัง คือ มุ่งให้ความสนใจต่อการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (clarification) และการให้ความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งภายในและภายนอกของ บุคคล (Interior perception is impossible without exterior perception) (Merleau-Ponty, 1981)

ระยะที่สอง (German or second phase) ผู้มีบทบาทสำคัญคือ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl เป็น การศึกษาเรื่องราว หรือความคิดที่เกิดขึ้นตามวิถีทางที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระ แนวคิดหลักที่สำคัญ คือการ ค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดหรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า อิสระจากกรอบ แนวคิดหรือทฤษฎี (Field and Morse, 1985) โดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราว และประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบทาง โสติดสัมผัสต่างๆ โดยผู้ศึกษาจะต้องแยกตนเองออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา (bracketing) การศึกษาแบบ Husserlian Phenomenology (Koch, 1995) เน้นที่สำคัญคือ

- 1) มีจุดมุ่งหมาย (intentionality) โดยมีเนื้อเรื่องที่ต้องการศึกษาอยู่ในใจ และพยายามอธิบาย เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆตามความเป็นจริง
- 2) สารสำคัญ (essences) เป็นการหาแก่นแท้ที่ประกอบขึ้นเป็นจิตได้สำนึกและการรับรู้ ของคน (return to themeselve)

ในขณะที่ Martin Heidegger ได้พัฒนาแนวคิดของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา มาเป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) มุมมองของเขาขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา (bracketing) โดยเขามีความเชื่อว่า สิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (time) มีความหมาย (meaning) ในตนเอง สามารถแปลความได้ (interpreted) และภาษา (language) มีความสำคัญอย่างมากในการแปลความ เป็นการค้นหาคำความหมายโดยการตีความของการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้น โดยเฉพาะประสบการณ์ของบุคคลที่ต้องเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ (being in the world) (Leonard, 1989) ฐานคติที่สำคัญคือ มนุษย์จะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้และรู้ความหมาย ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ ประสบการณ์เหล่านั้น จะถูกกลั่นกรอง ตีความ ซึ่งรายละเอียดของประสบการณ์ และการตีความจะผสมผสานจนเป็นเนื้อเดียวกัน แยกไม่ออก ดังนั้น ประสบการณ์จึงรวมการตีความไว้ด้วยเสมอ (นิตา ชูโต, 2545)

ระยะที่สาม (French or third phase) ปรากฏการณ์วิทยาได้เคลื่อนไหวจากเยอรมันมาสู่ฝรั่งเศส บุคคลที่สำคัญ ได้แก่ Gabriel Marcel (1889 -1973), Jean Paul Sartre (1905 -1980) และ Maurice Merleau - Ponty (1908 -1961) มีความคิดว่าการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลนั้น ล้วนมีพื้นฐานมาจากการรับรู้การมีชีวิตอยู่ในประสบการณ์จริง และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่จริง โดยในยุคของ Gadamer (1976) ที่เป็นบุคคลสำคัญของปรากฏการณ์วิทยาแบบ ตีความและเน้นเรื่องการใช้ภาษา (language) วงจรการตีความ (hermeneutics circle) การสนทนา (dialogue) และการหลอหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) ของกระบวนการทางความคิดนั้นๆ (Koch , 1995)

นอกจากนี้ Martin Heidegger (Leonard, 1989) ได้กล่าวถึงการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ว่าบุคคล (person) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาโดยบุคคลจะมีความรู้สึกและความนึกคิดต่อปรากฏการณ์ต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และการให้ความหมายที่อาจแตกต่างจากคนอื่น เป็นการให้ความหมายตาม ความคิดของแต่ละบุคคล ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่

1) บุคคลเป็นผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึงบุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวตั้งแต่เกิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ได้แก่ ภาษา วัฒนธรรม สภาพความเป็นอยู่ในบริบทที่เป็นสิทธิของบุคคลนั้นๆ ซึ่งผู้วิจัยควรมีความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมที่จะศึกษาด้วย

2) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายในเรื่องต่างๆตามสิ่งแวดล้อม ภาษาและวัฒนธรรม คุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละคน จะแสดงออกมาจากการรับรู้ และสิ่งที่เป็นประสบการณ์ผู้วิจัยควรมีความเข้าใจต่อบุคคลตามบริบทนั้นๆ

3) บุคคลเป็นผู้ตีความหมาย (the person as self interpreting) หมายถึงบุคคลเป็นผู้ให้ความหมายตามความคิดและประสบการณ์ของตนเอง โดยปราศจากทฤษฎีต่างๆ เป็นการรับรู้เฉพาะของบุคคลตามการให้ความสำคัญที่เป็นพื้นฐานหลังของบุคคล

4) บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) หมายถึง บุคคลมีลักษณะของการรวมกันของความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายแบบแผนการดำรงชีวิตอันประกอบด้วย กาย จิตสังคัม ตามสภาพสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆได้

5) บุคคลมีมิติของกาลเวลา (the person in time) หมายถึง บุคคลมีความเป็นอยู่ตามมิติของเวลา ตามประสบการณ์ของชีวิตที่ได้รับจากอดีต ซึ่งสามารถส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

Gadamer (1980) กล่าวว่า การตีความ (hermeneutic) มิได้ช่วยพัฒนาวิธีการเกี่ยวกับความเข้าใจ แต่จะสามารถจำแนกข้อบ่งชี้ที่สำคัญ ที่จะทำให้สามารถเข้าใจในสิ่งแวดล้อมนั้นๆได้ การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Heideggerien phenomenology) เป็นการอธิบายถึงปรากฏการณ์ของการมีชีวิตอยู่ (Koch,1995) โดยให้ความสำคัญกับความเข้าใจต่อเหตุการณ์ในอดีต (historicality of understanding) และวงจรของการตีความ (Hermeneutic circle)

4.3 หลักการและความคิดที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่พยายามตีความความหมายที่แอบแฝงในปรากฏการณ์นั้นๆ ออกมา โดยมุ่งสืบสวนในปรากฏการณ์ที่จะศึกษา หลักการสืบสวน (ศรีเพ็ญ ศุภพิทยากุล, 2532) ประกอบด้วยการกระทำ ดังนี้

4.3.1 การเปิดความรู้หรือประสบการณ์นั้น ผู้สืบสวนต้องทำตนเป็นผู้ไม่รู้ เพื่อที่จะสามารถตัดวงสิ่งที่ต้องการศึกษาได้อย่างเต็มที่ พยายามสงสัยเพื่อค้นหาคำตอบ คิดตามอย่างมีสติและเป็นระบบ พยายามทำความเข้าใจในสาระสำคัญของปรากฏการณ์นั้นๆ

4.3.2 รับรู้อบด้านทุกแง่ทุกมุม ทั้งปรากฏการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบปรากฏการณ์ โดยเฉพาะการศึกษาพฤติกรรมของคน จำเป็นต้องศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของคนด้วย นักปรากฏการณ์วิทยา

เชื่อว่าคนมีความเป็นเอกภาพทั้งในแง่ความคิดและการกระทำ ซึ่งแปรไปตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมของคน ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ร่วมกับสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและความคิดที่ซ่อนอยู่ภายใต้พฤติกรรมนั้นด้วย

4.3.3 เปิดรับความรู้อย่างอิสระเป็นการศึกษาปรากฏการณ์โดยไม่ให้ทฤษฎี ความรู้เดิมหรือสันนิษฐานของผู้อื่นมาอิทธิพลต่อการรับรู้ การพิจารณาและการตัดสินใจของผู้ศึกษา ให้การสืบสวนเป็นไปโดยอิสระในตัวของมันเองเท่าที่จะเป็นไปได้

4.4 ลำดับขั้นในการศึกษาด้วยปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1965 อ้างถึงใน Streubert and Carpenter, 1999) สรุปขั้นตอนของปรากฏการณ์วิทยา 6 ขั้น ดังนี้

4.4.1 Descriptive Phenomenology คือ การสืบสวนเฉพาะ เป็นการศึกษปรากฏการณ์ด้วยวิธีการสืบค้น วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์ในเรื่องที่ศึกษา ยอมรับความไม่รู้ และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตนเอง สังเกตความแตกต่างและความเหมือนของสิ่งที่ได้พบเห็นในปรากฏการณ์โดยอิสระจากการตั้งสมมติฐาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมากที่สุด สามารถจำแนก ได้ 3 ขั้นดังนี้

1) การสืบค้นข้อมูลที่แท้จริง (intuiting) เป็นขั้นสืบสวนหาข้อมูลโดยมีผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการ สัมภาษณ์

2) การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ (analyzing) เป็นขั้นที่วิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการศึกษา และแยกสาระสำคัญของปรากฏการณ์ ภายใต้การบูรณาการข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

3) การอธิบาย (describing) เป็นขั้นที่อธิบายรายละเอียดของปรากฏการณ์ โดยจำแนกองค์ประกอบ สาระสำคัญของข้อเท็จจริงที่เป็นประสบการณ์ชีวิต เป็นการอธิบายเอกลักษณ์เฉพาะของเนื้อหาที่มีความสัมพันธ์กันโดยผู้ให้ข้อมูล

4.4.2 Phenomenology of Essences คือ การสอบสวนองค์ประกอบสำคัญของปรากฏการณ์ และเป็นอิสระจากความเห็นที่แตกต่าง (free imaginative variation) กระตุ้นการรับรู้ข้อมูลเพื่อค้นหา ข้อมูลที่แท้จริงจากการศึกษา และหาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ โดยผู้ศึกษาต้องเข้าใจถึงภาพรวมของปรากฏการณ์ให้ดีพอจึงจะสามารถมองหาความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ นั้นได้

4.4.3 Phenomenology of Appearances คือการสังเกตรูปแบบความสัมพันธ์ที่ปรากฏขึ้น ผู้ศึกษาเริ่มมองเห็นรูปแบบความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของแก่นความรู้ของปรากฏการณ์ นอกจากนี้ความเป็นอิสระจากกรอบความคิดหรือทฤษฎีก่อนการศึกษา จะช่วยให้ผู้ศึกษาได้สำรวจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเสรี ความเป็นตัวเองและมีโอกาสค้นพบสิ่งใหม่ได้มากขึ้น

4.4.4 Constitutive Phenomenology คือ การสำรวจการเกิดปรากฏการณ์จิตสำนึก ขั้นนี้เป็นการตรึงตรองที่ต่อเนื่อง การเฝ้ามองรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 3 ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของปรากฏการณ์ที่ค่อยก่อตัวขึ้นจนกลายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่อธิบายได้

4.4.5 Reductive Phenomenology คือ การตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับสิ่งที่ปรากฏหรือการทอนประสบการณ์ ผู้ศึกษาต้องย้อนไปพิจารณาปรากฏการณ์ทั้งหมดอีกครั้ง ตั้งคำถามที่เกี่ยวกับการมีอยู่ และไม่มีอยู่และความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ วิธีนี้จะช่วยให้ได้สำรวจปรากฏการณ์ทั้งหมดอย่างยุติธรรมเป็นอิสระ

4.4.6 Hermeneutic Phenomenology คือการค้นความหมายที่ซ่อนเร้น ขั้นนี้เป็นความพยายามที่จะตีความของปรากฏการณ์ โดยเฉพาะประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งต้องอาศัยการตรึงตรองและความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ เป็นสำคัญ

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีหลายวิธี สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความข้อมูล อาทิเช่น การแปลความตามขั้นตอนของ Van Kaam, Peterson and Zderad, Colaizzi, Van Manen, Giorgi และ Streutbert ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องศึกษาความเชื่อทางปรัชญา และแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ก่อนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการใช้ระเบียบวิธีการวิจัย จากการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Giorgi's method และ Colaizzi's method จะเชื่อในหลักแนวคิดของ Husserl ที่เน้นให้ผู้วิจัยทำใจให้ว่างก่อนดำเนินการวิจัย (bracketing) และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Van Manen's method และ Leonard 's method จะเชื่อในหลักแนวคิดของ Heidegger ซึ่งมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการตีความไว้ (Hermeneutic circle) ซึ่งในการแปลความหรือตีความข้อมูลนั้น ผู้วิจัยอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษาโดยอาจเข้าใจมาก่อนหน้านี้ ทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยเองหรือจากการทบทวนวรรณกรรม (Heidegger 1927/1962 cited in Leonard,1989)

การแปลความหรือการตีความข้อมูล (interpretive or hermeneutics) เป็นวิธีที่เหมาะสมมากที่สุดในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการความเข้าใจ ในความหมายของการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ โดยมีเป้าหมายของการตีความ เพื่อที่จะเข้าใจความหมายของทักษะการทำงาน ประสบการณ์ในชีวิต ประจำวัน และประสบการณ์อื่นๆ (Benner ,1994)

Leonard (1989) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ การบันทึก การสังเกต และตัวอย่างการกระทำของมนุษย์จากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะถูกนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์แปลความ (interpretive) โดยจะเป็นการค้นหาคำกำหนด (deterministic) หรือกลไกความคิดที่สัมพันธ์กับข้อมูล เป็นการอธิบายถึงสาเหตุที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความตามวิธี ของ Leonard (1989) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1) Thematic analysis ขั้นนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และจากการสังเกต จะถูกนำมาอ่านซ้ำๆหลายรอบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุม (Global analysis) จากนั้นจะเริ่มเห็นแนวทางในเรื่องที่ศึกษา จึงทำการแยกข้อมูลหรือประเด็นย่อย (categories) นั้นๆออกจากข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

2) Analysis of specific episodes or incident ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์ อุดบัติการณ์ตามสถานการณ์ที่เฉพาะแบบ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ประสบจนได้บรรทัดฐาน (exemplars) หรือเรื่องราวที่สามารถบรรยายได้สั้นๆ (vignettes) ที่อธิบายความหมายของสถานการณ์ โดยจับได้จากสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งอาจจะมี ความแตกต่างกันไปตามลักษณะของวัตถุประสงค์

3) Identification of paradigm ขั้นนี้เป็นการจำแนกข้อมูลตามความหมาย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจ การกระทำที่เป็นลักษณะเฉพาะ และการตีความตามสิ่งที่ปรากฏออกมา ในบริบทนั้นๆ

สรุปได้ว่า การตีความหรือการแปลความ (interpretive or hermeneutics) ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้น ผู้วิจัยควรมีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษาหรือมีข้อสันนิษฐานที่เป็นพื้นฐานของเรื่องที่ตนเองเคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยพยายามที่จะแปลความเพื่อค้นหาความหมายตามวัฒนธรรม ภาษาและสถานการณ์ที่ได้ประสบ ผู้วิจัยจะสามารถแปลความได้จะต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ และผู้วิจัยมีภูมิหลังที่เป็นบริบท (context) ของพฤติกรรม ที่จะศึกษาด้วย

4.6 ข้อพึงปฏิบัติของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

4.6.1 มีลักษณะที่แสดงถึงความจริงจังของวิธีวิจัย และการสืบสวนปรากฏการณ์อย่างมีระบบ (Benner, 1994)

4.6.2 ผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ การใส่ความคิดเห็น (opinion) ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาแต่ให้เป็นประสบการณ์จากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น สำหรับผู้วิจัยนั้นมีบทบาทเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลรับฟัง และนำสิ่งที่ได้มาอธิบายสรุปตามความหมายเท่านั้น (Rein-Harz 1983 cited in Streubert & Carpenter, 1999)

4.6.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนั้นจึงควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลได้ (Patton, 1987)

4.6.4 ระวังการศึกษาที่ผู้ตอบอาจรู้สึกอาย (embarass) อึดอัด (awkward) และถูกเปิดเผยในเรื่องส่วนตัว (over identification of subjects) ผู้วิจัยต้องไวต่อปฏิกริยา (Cowles, 1998)

4.6.5 คำถามที่ต้องการให้อธิบายถึงประสบการณ์ชีวิต (lived experience) จะไม่เป็นคำถามนำ แต่จะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อขอคำอธิบายเพิ่มเติม อาจให้เขียนเล่าเป็นบันทึกประสบการณ์สั้นๆ

Patton (1987) ได้กล่าวถึงเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ดังนี้

1) ใช้คำถามปลายเปิด (asking open - ended question) เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้กว้างๆ

2) ใช้คำถามเน้นและเจาะลึก (probing and follow up) เมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น

3) ทำให้เกิดความกระจ่าง (clarifying) เมื่อต้องการคำพูดที่ชัดเจนยิ่งขึ้น หรือไม่แน่ใจในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูดออกมา

4) การทดสอบความแตกต่าง (testing discrepancies) เมื่อเกิดความขัดแย้งของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยอาจใช้วิธีการสรุปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ฟังถึงความแตกต่างของข้อมูล และขอให้กลุ่มตัวอย่างเล่าในเรื่องดังกล่าวให้ฟังอีกครั้งหนึ่ง วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทำความเข้าใจถึงความแตกต่างนั้นด้วยตนเอง และทำให้ผู้วิจัยได้ทราบกระบวนการคิดของผู้ให้ข้อมูลด้วย

5) การสรุป (summarizing) เป็นการรวบรวมประเด็นสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แก้ไขข้อมูล หรือเพิ่มเติมข้อมูลบางส่วนได้

4.7 ประโยชน์และข้อจำกัดของปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาหาความรู้ตามความเหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการจะศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เลือกการศึกษาที่จะตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา แต่ปรากฏการณ์วิทยาก็เป็นเช่นเดียวกับวิธีอื่น ที่ไม่สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ได้ทุกอย่าง (ศรีเพ็ญ ศุภพิทยากุล, 2532) อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์วิทยาช่วยให้ผู้ศึกษาได้รับความรู้สูงสุดเมื่อ

4.7.1 ต้องการหาความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยกระบวนการคิดของผู้ศึกษาตั้งแต่พื้นฐานล่างจนถึงแก่นหรือข้อสรุป

4.7.2 ต้องการค้นหาแบบแผนความสัมพันธ์ของการเกิดและการมีอยู่ของปรากฏการณ์นั้นๆ

4.7.3 ต้องการสร้างพื้นฐานความเข้าใจในเรื่องใหม่ๆที่ยังไม่มีการศึกษาไว้ เพราะปรากฏการณ์วิทยาไม่ต้องการความรู้ล่วงหน้า ไม่ต้องมีทฤษฎีหรือสมมติฐาน แต่ผลการศึกษาจะช่วยในการตั้งสมมติฐาน การศึกษาและการวิจัยต่อไปได้

จากการที่ปรากฏการณ์วิทยาไม่มุ่งทำนาย หรือทดสอบทฤษฎี/สมมติฐานที่มีผู้เคยตั้งไว้แล้ว ดังนั้น ผู้ที่ต้องการผลทำนองนี้จึงไม่ได้ประโยชน์จากการศึกษาด้วยวิธีนี้ แต่ผลที่ได้จากปรากฏการณ์วิทยาสามารถนำไปอ้างอิง หรืออธิบายเพื่อความเข้าใจในปรากฏการณ์อื่นๆในเรื่องเดียวกันได้อย่างกว้างขวาง และเป็นข้อมูลที่สำคัญในการทำงานวิจัยอื่นๆต่อไปได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความข้อมูล (Hermeneutic Phenomenology) ตามหลักปรัชญาแนวคิดของ Martin Heidegger (Heideggerian or Interpretive Phenomenology) เนื่องจากงานวิจัยในแบบนี้ สามารถค้นหาความหมายและอธิบายประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง ครอบคลุม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแปลความ (interpretive or hermeneutics) ตามแนวคิดของ Leonard (1989) ซึ่งการแปลความด้วยวิธีนี้ จะทำให้เข้าใจความหมายของประสบการณ์การทำงานได้ชัดเจนขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในมิติสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

สุชาติา เสตะพันธ์ (2529) ได้ศึกษา กิจกรรมพยาบาลด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน พบว่า พยาบาลส่วนมาก ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลจำนวนมากที่สุด ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการกระตุ้น และชักจูงให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนให้ถูกต้องในเรื่องการป้องกันโรค

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2538) ได้ศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ 453 แห่ง พบว่า กรอบแนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน ขาดการเผยแพร่และสนับสนุนของผู้นำและผู้บริหารระดับสูง ขาดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ขาดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศที่พบว่า เอกชนมีบทบาทอย่างมากในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในลักษณะการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน วิชาการและการดำเนินโครงการ

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ได้จัดทำโครงการเยี่ยมบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกล (2545) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิปฏิบัติงานด้วยความเหนื่อยยากและรู้สึกสับสนกับระบบที่ยังไม่ลงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทพยาบาลครอบครัวหรือพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ซึ่งไม่ชัดเจนว่าพยาบาลให้การรักษาเบื้องต้นได้เพียงใด และมีกฎหมายใดรองรับ รวมทั้งปัญหาความไม่ลงรอยในการจัดการระหว่างเครือข่ายกับศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และปัญหาด้านค่าตอบแทน

สำหรับงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology)ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ต่างๆ ดังเช่น Gates (2000) ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายของการดูแลผู้สูงอายุของญาติ (ผู้ดูแล) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ บันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการของ Van Kaam (1969) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ วัยกลางคนถึงวัยสูงอายุตอนต้นที่ยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ จำนวน 9 คน เป็นผู้หญิง 8 คน ผู้ชาย 1 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นด้านความหมายของการดูแล บุคคลอันเป็นที่รัก 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความทรงจำที่สะท้อนอารมณ์ 2) การยึดมั่นอย่างต่อเนื่อง 3) การให้ความอุปถัมภ์และได้รับการยอมรับ 4) ความสุขและความเสียใจที่เพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันไป 5) ความยินดีที่ได้อยู่ร่วมกันและความโดดเดี่ยวที่ทรมาณ

Frances Kam Yuet Wong et al (2000) ทำการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับการเริ่มต้นประสบการณ์ทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์เริ่มต้นทางการพยาบาล ในระหว่างกลุ่มที่มีคุณวุฒิต่างกันในห้องง และอธิบายประเด็นทางการศึกษา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology) เก็บข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่าง เขียนบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 1 จากวิทยาลัยพยาบาลหลายๆแห่งในห้องง จำนวน 77 คน ใช้การวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์ (Thematic analysis) พบว่า ประสบการณ์เริ่มต้นทางการพยาบาล ที่อยู่ในความทรงจำของพยาบาลคือ การเผชิญกับความตายของ ผู้ป่วยและความโศกเศร้าของญาติ ประสบการณ์เริ่มต้นในคลินิก คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งระหว่างพยาบาลด้วยกันและกับญาติผู้ป่วย

จิตตินันท์ พงสุวรรณ และคณะ (2543) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ใหญ่ ในอำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ใหญ่ในอำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากประชากร 4 ตำบล ซึ่งมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน 8 รายและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 8 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมทั้งบันทึกเทป การสังเกตและ บันทึกภาคสนามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย 3 ลักษณะคือ 1) สภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ 2) ภาวะที่สามารถรักษาหายหรือทุเลาได้ด้วยยา 3) ความสามารถในการทำงานลดลงและเมื่อเจ็บป่วยจะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ 1) ประเมินระดับความรุนแรง 2) เลือกรักษาตัวรักษาตนเอง 3) ประเมินผลการรักษา

เจริญพร ตริเนตร (2543) ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดไทย ที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การพัฒนาตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่ได้ฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส เป็นเวลา 1 ปี จำนวน 15 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความข้อมูล ของ Leonard (1989) ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การพัฒนาตนเองมี 6 ประเด็นหลัก โดยแบ่งตามช่วงระยะเวลาของประสบการณ์ 3 ระยะ คือระยะก่อนการฝึกอบรม ระยะระหว่างการฝึกอบรม และระยะภายหลังการฝึกอบรม ประเด็นหลักของ ประสบการณ์การพัฒนาตนเอง ในระยะก่อนการฝึกอบรมมี 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การร่อนานในการเรียนรู้ในต่างแดน 2) การประเมินตนเองและการเตรียมความพร้อม พร้อม ประเด็นหลักของประสบการณ์ การพัฒนาตนเองในระยะระหว่างการฝึกอบรม มี 3 ประเด็น ได้แก่ 3) การแสวงหาแหล่งสนับสนุน 4) การไม่ละทิ้งความพยายาม และ 5) การปรับตัว ประเด็นหลักของ ประสบการณ์การพัฒนาตนเอง ในระยะหลังการฝึกอบรมมี 1 ประเด็น ได้แก่ 6) การประเมินผลการพัฒนาตนเอง

Juethong (1998) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของนักเรียนพยาบาลไทยในระดับปริญญาตรี ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเชื้ออาหารและไม่เชื้ออาหารของครูพยาบาลไทย ใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heideggerian Hermeneutic Phenomenology แปลความข้อมูล (interpretation) โดยวิธี Heideggerian Hermeneutics และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Van Manen (1984) กลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาพบว่า นักเรียนพยาบาลให้ความหมายของ

ความเอื้ออาทรคือการมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ สนใจห่วงใยและผูกพัน ครูพยาบาลที่มีความเอื้ออาทร คือ ครูพยาบาลที่เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของนักเรียนพยาบาล และสามารถตอบสนองความรู้สึกและความต้องการเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม นักเรียนพยาบาลเชื่อว่า การแสดงบทบาทคล้ายแม่ของครูพยาบาลจะช่วยส่งเสริมบรรยากาศของสถาบันให้อบอุ่นปลอดภัยคล้ายบ้าน ประเด็นหลัก(Themes) ของความเอื้ออาทร คือ 1) การเสริมสร้าง บรรยากาศแห่งความปลอดภัยคล้ายบ้าน 2) การมีศิลปะของการพูดเพื่อเพิ่มกำลังใจ 3) การให้อำนาจ 4) การเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาล ประเด็นหลัก (Themes) ของความไม่เอื้ออาทร คือ 1) การไม่ยุติธรรมในการประเมินผลการปฏิบัติงานบนห่อผู้ป่วย 2) การไม่ให้อำนาจ 3) การมองหรือให้ค่านักเรียนในทางลบ (หมายหว่าไม่ดีตลอด) 4) การขาดความยืดหยุ่น ผลงานวิจัยนี้ ช่วยให้ผู้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและความคิดเห็นของนักเรียนพยาบาลเกี่ยวกับความเอื้ออาทร และช่วยให้ครูพยาบาลได้ตระหนักถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างครูพยาบาลและนักเรียนพยาบาลมากขึ้น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาได้แก่ แนวคิดด้านการพยาบาลชุมชน แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic Phenomenology) พบว่า การบริการในระดับปฐมภูมิ เป็นการจัดการบริการที่เน้นการบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุข โดยการพัฒนสถานีนอนามัยให้มีศักยภาพในการบริการ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลประชาชนได้ครอบคลุมบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ และจัดให้มีทีมบุคลากรในสหสาขาเป็นผู้ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพทำงานในระดับสถานีนอนามัยในลักษณะการพยาบาลนอนามัยชุมชน หรือที่เรียกว่าจัดให้มีการบริการพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งพยาบาลที่ทำงานนี้จะต้องประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาล มาใช้ในการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทที่หลากหลายในการทำงาน จึงจำเป็นจะต้องมีความรู้ที่ไม่จำกัดเฉพาะในด้านของการพยาบาล และสามารถประยุกต์การพยาบาลนอนามัยชุมชนมาใช้งานร่วมกับสหสาขาอื่นๆได้อย่างเหมาะสม มีความ

คลองตัวและสามารถทำงานร่วมกับองค์กรอื่นๆได้เป็นอย่างดี ที่สำคัญพยาบาลจะต้องมีการปรับตัวที่ดี และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา

อย่างไรก็ตาม การทำงานในระดับปฐมภูมินั้น พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลสามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลอนามัยในชุมชนที่เน้นการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยที่การทำงานในด้านการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพนั้นพยาบาลได้ปฏิบัติน้อยมาก เนื่องจากในสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น มีนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลในด้านนี้อยู่แล้ว ดังนั้น บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพ จึงเป็นการบริการด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพในวัยต่างๆ ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก การบริการอนามัยโรงเรียน การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการสำรวจสุขภาพอนามัยประจำครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว พยาบาลมักจะได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ประสานการทำงานในด้านต่างๆทั้งภายในศูนย์สุขภาพชุมชนเอง ทั้งการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP) กับศูนย์สุขภาพชุมชน และเป็นผู้ประสานความเข้าใจของประชาชนในพื้นที่ต่อการเข้ารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน และประสานความร่วมมือต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนมีลักษณะการทำงานที่หลากหลายและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบและแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลในการทำงานภายในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยจึงศึกษาการทำงานของพยาบาลโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามกรอบแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการแปลความข้อมูลของ Heidegger (Heideggerian Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งเป็นรูปแบบของงานวิจัยที่นำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและความหมาย โดยผ่านการถ่ายทอดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงโดยเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นๆ การวิจัยแบบนี้จะช่วยให้การศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน มีความชัดเจนและตรงกับประเด็นที่จะศึกษามากที่สุด และ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความตามขั้นตอนของ Leonard (1989) มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความข้อมูล (Hermeneutic Phenomenology) เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์โดยตรงต่อเรื่องที่ต้องการจะศึกษา ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความข้อมูล (Interpretive or Hermeneutic) ที่อธิบายโดย Leonard (1989) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีลำดับหัวข้อที่นำเสนอต่อไปนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย
 - 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.3 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.2 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit / PCU) โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากนับได้ว่าสามารถผ่านการทดลองงานและมีประสบการณ์ในการทำงานในหน้าที่นั้นมาแล้ว และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์การทำงานของตนเอง

การเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาญจนบุรีเนื่องจาก เป็นพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายที่จัดให้มีการบริการพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนครอบคลุมทุกศูนย์สุขภาพชุมชน ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) โดยการสอบถามรายชื่อพยาบาลที่เข้าข่ายคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี จากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยส่งให้แก่หน่วยงานต้นสังกัด จากนั้นขอที่อยู่ผู้ให้ข้อมูลหลักที่สามารถติดต่อได้ และติดตามเพื่อขอสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์พยาบาลตามรายชื่อที่ได้จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Saturated data) ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักที่ถูสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 15 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยเอง
- 2.2 เครื่องบันทึกเสียง / ม้วนเทปบันทึกเสียง
- 2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.4 แนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน

ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

2.4.1 รวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามต่างๆไป ตามแนวคิดด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการปรับตัว การดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริม การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟู โดยจำแนกเป็นหัวข้อกว้างๆ ตั้งคำถามแบบปลายเปิด ยืดหยุ่น ไม่กำหนดคำถามหรือลำดับคำถามแบบตายตัว เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกถึงการรับรู้ตัวเองได้อย่างอิสระ จากนั้นนำแนวทางการสัมภาษณ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และนำไปทดลองสัมภาษณ์ กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย

2.4.2 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดข้อความที่ได้แบบคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกซ้ำ หากพบว่ามีข้อความบางข้อที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่สมบูรณ์ ทำการปรับข้อความให้เหมาะสม โดยเพิ่มข้อความที่ยังไม่ครบถ้วนรวมทั้งเพิ่มเติมข้อความบางข้อ เพื่อเจาะลึกประเด็นในเรื่องที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อให้มีข้อมูลเรื่องนั้นมากขึ้น (Probing and follow up) หากไม่แน่ใจในคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักเนื่องจากมีความขัดแย้งของข้อมูลที่ได้รับ เช่น ผู้ให้ข้อมูลบางรายอาจให้ข้อมูล

ในช่วงต้นว่าไม่อยากทำงานต่อไปเนื่องจากงานมีมาก แต่ในภายหลังกล่าวว่ามีความสุขที่ได้ทำงาน ผู้วิจัยได้จัดข้อคำถามหรือประเด็นนั้นไว้ และกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลหลักให้เกิดความกระจ่างในประเด็นนั้นอีกครั้ง (clarifying) เมื่อถอดความและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์มากขึ้น

2.4.3 แนวทางการสัมภาษณ์ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมและเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนจำนวน 2 ครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ระดับลึกที่เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้แนวทางการสัมภาษณ์ที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการจะศึกษา

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย เป็นดังนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

3.1.1 เตรียมความรู้ด้านเนื้อหา และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงาน of พยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ แนวคิดด้านระบบบริการสุขภาพในระดับต่างๆ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการบริหารจัดการกลุ่ม แนวคิดด้านการพยาบาลในชุมชนและความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการบริการระดับปฐมภูมิ และแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม ที่จะทำได้คำตอบในแนวลึกและครอบคลุม

3.1.2 เตรียมความรู้เกี่ยวกับ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการแปลความข้อมูล (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger (1927) ซึ่งเป็นการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก โดยระเบียบวิธีการวิจัยนี้ใช้เพื่อศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล และเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลในปรากฏการณ์นั้นๆ นอกจากนี้ การศึกษายังมุ่งเน้นที่จะศึกษาถึงปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นโดยไม่มีกำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้า ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความตามแนวทางของ Leonard (1989) และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์โดยทั่วไปและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ และลงทะเบียนเข้าเรียนการวิจัยเชิงคุณภาพในชั้นเรียนของนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยผู้วิจัยได้เดินทางไปในทุกอำเภอของจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีพยาบาลวิชาชีพทำงานอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.2 ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

3.2.3 ชั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ข้อมูลที่แท้จริง ผู้วิจัยได้ปฏิบัติ ดังนี้

ก) แนะนำตัวเองและชี้แจงวิธีการรวบรวมข้อมูล และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ขออนุญาตบันทึกเสียง ประมาณระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยแจ้งถึงการใช้รหัสเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลแทนการใช้ชื่อและนามสกุลจริง และไม่เปิดเผยชื่อในการนำเสนอผลงานทางวิชาการ

ข) ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อข้องใจในประเด็นต่างๆ และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก)

3.2.4 ชั้นสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

ก) ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึง ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัย และอธิบายให้ทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดแรงจูงใจแก่ผู้ให้ข้อมูลที่จะให้ประสบการณ์ตลอดจนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ข) ผู้ให้ข้อมูลหลักได้นัดช่วงเวลาในการสัมภาษณ์เป็นช่วงบ่าย เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนน้อยกว่าในช่วงเช้า ทั้งนี้บางครั้งยังพบว่าในช่วงเวลาบ่ายและจัดสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้เป็นส่วนตัว เพื่อให้บรรยากาศการสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวนหรือเปิดเผยเกินไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประพฤติตนบนพื้นฐานของจริยธรรมของการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เดินทางไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนเวลานัดหมาย เป็นนักฟังที่ดีไวต่อความรู้สึกโดยแสดงความสนใจ และมีปฏิริยาตอบทางท่าทางอารมณ์และเนื้อหา ระวังน้ำเสียงและการพูดที่ไม่สุภาพ หลีกเลี่ยงการพูดตำหนิ กระตุ้นให้ผู้ถูก

สัมภาษณ์มีอิสระในการแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด และระวางการแสดงความคิดเห็นที่จะชี้ของคำตอบให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไม่ใช่คำถามนำ เมื่อได้รับฟังคำบอกเล่าที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้การถามซ้ำในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้ได้ความกระจ่างมากที่สุด

ค) ผู้วิจัยใช้วิธีการจดบันทึก (field notes) รายละเอียด และข้อสังเกตต่างๆ ลงในสมุดบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด (ภาคผนวก ก)

3.2.5 การปิดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวต่อผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยน้ำเสียงสุภาพ และแสดงให้ทราบว่าถึงเวลาที่ได้กำหนดไว้ก่อนการสัมภาษณ์ หรือกล่าวขอบคุณที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี หรือแสดงท่าทีอื่นๆ ประกอบ เช่น การปิดเครื่องบันทึกเสียง การปิดสมุดบันทึก การเก็บปากกา การดูเวลา หรือการยืดตัวตรง โดยผู้วิจัยแสดงท่าทีที่เป็นมิตรตลอดระยะเวลาของการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความภูมิใจแก่ผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป กรณีที่ยังมีประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนและต้องกลับมาขอข้อมูลเพิ่มเติม หลังจากนั้นกล่าวคำอำลาและมอบของที่ระลึกต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก

3.2.6 สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturated data) ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีก และผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันกับข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 15 ราย และได้ข้อมูลต่างๆ จากการสัมภาษณ์ จำนวน 28 ครั้ง

3.3 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้มาก เนื่องจากการทำงานในระดับปฐมภูมิเป็นนโยบายที่ต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว และการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อตอบสนองต่อนโยบายนั้นพบว่า การเตรียมพร้อมของพยาบาลอาจยังไม่สมบูรณ์นัก ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจส่งผลกระทบต่อภาพรวมขององค์กร ผู้วิจัยจึงระวางการเกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลโดยให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด หรือไม่มีเลยในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

3.3.1 ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองโดยสมัครใจแก่ผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อข้องใจในการวิจัยได้อย่างเต็มที่

3.3.2 ให้สิทธิด้านความพร้อมในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถเลื่อนนัดหรือถอนตัวจากการให้สัมภาษณ์ได้ทุกขณะ

3.3.3 รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการใช้นามจริงและชื่อสถานที่จริงโดยใช้รหัสในการจัดเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลทุกเรื่องไว้เป็นความลับ และทำลายแถบบันทึกเสียงทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความ (Hermeneutic Phenomenology) และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการแปลความ (interpretive) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยประยุกต์ขั้นตอนเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Leonard (1989) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.1 ถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบข้อมูลโดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปหลายๆครั้ง

4.1.2 ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบการแปลความ (Interpretive) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามแนวคิดของ Leonard (1989) ดังนี้

1) อ่านคำบรรยายประสบการณ์ในบทสนทนา (transcript) หลายรอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจรวบยอดเกี่ยวกับเรื่องนั้น พยายามสังเกตความหมายของคำบรรยายทุกขั้นตอน เพื่อมิให้สิ่งสำคัญหลุดลอดไป ตัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออกให้เหลือเฉพาะแก่น (core) เมื่อทบทวนบทสนทนาถูกอ่านหมด แนวทางของสิ่งที่ต้องการจะถูกแยกออกจากข้อมูลพื้นฐาน โดยผู้ทำวิจัยถอดรหัสข้อความ (coding) ออกจากบทสนทนา แล้วพิจารณาคำต่างๆที่ถอดรหัสออกมาว่า คำเหล่านั้นแสดงถึงเรื่องอะไร (category) หรือบางครั้งเรียกว่าประเด็นย่อย (subtheme) สรุปรวมประเภทของเรื่องหรือประเด็นย่อยเหล่านี้ที่มีเนื้อหาเป็นกลุ่ม จากนั้นจึงรวบยอดเข้าเป็นเรื่องหรือกลุ่มเรื่องเดียวกัน ซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่า การสรุปประเด็นหลัก (theme)

2) พิจารณาแต่ละประเด็น (theme) และความหมายของคำแต่ละคำ เหตุการณ์และการตอบสนองแต่ละเหตุการณ์ สิ่งที่เกี่ยวข้องกัน ปฏิกริยา การวิเคราะห์บริบทของเหตุการณ์ โดยการแปลความเพื่อจะช่วยให้ทราบว่า ประสบการณ์นั้นให้ความหมายอะไรในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งความหมายเหล่านั้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทที่แวดล้อม

3) แยกรูปแบบของความหมาย รูปแบบนี้จะอธิบายข้อมูลอย่างสมบูรณ์ ซึ่งทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์การกระทำของแต่ละบุคคล และเข้าใจปรากฏการณ์จากบริบทของแต่ละเหตุการณ์ จากนั้นจึงบรรยายออกเป็นโครงร่างและรูปแบบของประสบการณ์

4.2 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย เป็นการตรวจสอบความสอดคล้อง เกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย (Lincoln and Guba, 1985) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนการวิจัยที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของการวิจัยดังนี้

4.2.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของการวิจัย (member checking) โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่างๆว่า ความคิดเห็นนั้นมีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้ให้ข้อเสนอแนะ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดของผู้ให้ข้อมูล และหากมีประเด็นที่เข้าใจไม่ตรงกันจะพยายามอธิบาย และปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อีกกลับไปตรวจสอบเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2) การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล (prolong engagement) ซึ่งการที่ผู้วิจัยรู้สึกคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ (Phenomenological validity)

3) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) งานวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) คือการใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน และใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมควบคู่กับการซักถาม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจากเอกสารต่างๆ ประกอบด้วย

4) ได้รับความตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการวิจัยอย่างมีขั้นตอนกระบวนการ คือก่อนที่จะวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ ผู้วิจัยถอดเทปบทสัมภาษณ์ทั้งหมดคำต่อคำ (verbatim) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง โดยการฟังเทปซ้ำรวมทั้งรวบรวมการบันทึกสั้นๆที่ผู้วิจัยได้จดบันทึกขณะสัมภาษณ์

5) ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กลับไปตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง โดยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ส่งไปยังผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ราย และติดต่อกันทางโทรศัพท์เพื่อตรวจสอบความความหมายและความเข้าใจ นอกจากนี้ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอความคิดเห็นในประเด็นต่างๆด้วย

4.2.2 ใช้ระเบียบวิธีวิจัย (Research method) ในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย

นำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครอบคลุมและครอบคลุม (Dense description data) โดยจะแสดงการถอดรหัส และตรวจซ้ำ (Code - recode procedure) ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็น และประเด็นหลัก (theme) มีการตรวจสอบ (Peer debriefing) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4.2.3 การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) เป็นการยืนยันผลที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำประกอบด้วย

- 1) การบันทึกเทป ขณะสัมภาษณ์
- 2) การจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้แก่ ครั้งที่ วันเวลา สถานที่ให้สัมภาษณ์
- 3) การถอดเทปแบบคำต่อคำ
- 4) บันทึกการถอดรหัสข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตลอดจนขั้นตอนการพัฒนาความคิดในการสรุปประเด็นย่อย
- 5) การอ้างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในการเสนอผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแปลความ (interpretive) ตามวิธีการของ Leonard (1989) โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิจัยนี้ จำแนกเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

โดยค้นพบประสบการณ์การทำงานของพยาบาลออกเป็น 5 ประเด็น คือ

1. การเปลี่ยนบทบาท
2. การสนับสนุนการทำงาน
3. การปรับตัว
4. การพัฒนาตนเอง
5. ความพึงพอใจในงาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ อายุ อายุราชการ ระยะเวลาที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และสถานภาพสมรส

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ(ปี)	อายุราชการ(ปี)	ระยะเวลาที่ทำงานใน PCU	สถานภาพสมรส
1	หญิง	28	6	6 เดือน	โสด
2	หญิง	30	11	1 ปี 6 เดือน	คู่
3	หญิง	35	12	2 ปี	คู่
4	หญิง	30	10	2 ปี	หย่า
5	หญิง	35	12	1 ปี 9 เดือน	หย่า
6	หญิง	30	11	1 ปี 6 เดือน	โสด
7	หญิง	46	19	2 ปี	คู่
8	หญิง	34	10	2 ปี	คู่
9	หญิง	38	16	6 เดือน	คู่
10	หญิง	33	13	2 ปี	คู่
11	หญิง	37	15	2 ปี	คู่
12	หญิง	34	12	2 ปี	คู่
13	หญิง	26	3	1 ปี	โสด
14	หญิง	39	18	1 ปี	คู่
15	หญิง	25	2	1 ปี	โสด
รวม	n = 15	$\bar{X} = 33.3$			

จากตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 15 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 25 - 46 ปี อายุเฉลี่ย 33.3 ปี อายุราชการอยู่ระหว่าง 2 - 19 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ระหว่าง 6 เดือน ถึง 2 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ทำงานคือ 1 ปี 5 เดือน

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาสามารถแบ่งข้อค้นพบ ที่เป็นประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit / PCU) โดยพยาบาลวิชาชีพได้เล่าถึงความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ ตลอดจนแนวทางที่ตนเองได้ปฏิบัติในการทำงาน แบ่งเป็น 5 ประเด็น (theme) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- ประเด็นที่ 1 การเปลี่ยนบทบาท
- ประเด็นที่ 2 การสนับสนุนการทำงาน
- ประเด็นที่ 3 การปรับตัว
- ประเด็นที่ 4 การพัฒนาตนเอง
- ประเด็นที่ 5 ความพึงพอใจในงาน

ประเด็นที่ 1 การเปลี่ยนบทบาท

การเปลี่ยนบทบาทบทบาท ในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการทำงานที่มีบทบาทหน้าที่และลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายแตกต่างไปจากเดิม จากการสัมภาษณ์พยาบาลถึงความรู้สึกที่มีต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) พบว่า มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่ ก) ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และ ข) การเปลี่ยนลักษณะงาน

ก) ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง

ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง เป็นความรู้สึกไม่แน่ใจต่อความรู้และความสามารถในตนเองของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นการเริ่มต้นการทำงานใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม ทั้งนี้เมื่อพยาบาลทราบว่าต้องมาทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และได้รับรู้ถึงลักษณะงานที่ตนเองจะต้องปฏิบัติ พยาบาล 6 ใน 15 ราย ได้กล่าวถึงความรู้สึกของตนเอง ที่มีต่อการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ใหม่ไว้ ดังต่อไปนี้

“รู้สึกว่ายพยาบาล PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ต้องรู้ทุกอย่างดี ต้องรู้ทุกเรื่องของการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน แนะนำวางแผน คือทุกเรื่องต้องรู้หมด เพราะว่าคนไข้อยู่ที่เราคนเดียว หมอไม่มี เราต้องรับปรึกษา คือเราต้องรู้ทุกเรื่องมีความละเอียดรอบคอบ มีความเตรียมพร้อมต้องเตรียมพร้อมมากกว่านี้ คือน่าจะมีการอบรมเจ้าหน้าที่ก่อน ก่อนที่จะให้เราไปเพราะหนูคือ จับปုပ်ไปปั๊บไม่ได้เตรียมตัวอะไรสักอย่าง น่าจะมีการเตรียมตัวมากกว่านี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L248-255)

“รู้สึกว่าจะไม่เคยทำงานตรงนี้ได้เลย รู้สึกว่าจะทำได้หรือเปล่า ชุมชนก็ไม่เคยออกเพราะว่าเดิม อยู่โรงพยาบาลอย่างเดียวเลย มีแต่งงานหนังสือ เรื่องของการรักษา เรื่องของการส่งเสริมป้องกันอะไรนี้ ไม่เคยได้ทำเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, L180-182)

“รู้สึกกลัว เพราะไม่เคยทำงานกับชุมชนมาก่อน นึกไม่ออกว่าตัวเองจะต้องทำอะไรบ้าง เพราะว่าสถานีนอนามัยกับโรงพยาบาลมันไม่เหมือนกันเลยในความรู้สึก ก็กลัวว่าเราจะทำอย่างไรถึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่พยาบาลของเราได้ดีที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, L15-18)

“ตอนนั้นรู้สึกว่าจะทำงานตรงนี้ได้หรือ เพราะมันเป็นงานที่เกี่ยวกับการออกชุมชน มากกว่าที่จะมาตั้งรับกับคนไข้ซึ่งเราทำประจำอยู่ ซึ่งเราไม่น่าจะถนัดเรื่องนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, L29-31)

พยาบาลได้กล่าวถึง ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ ความสามารถของตนเองที่มีต่อการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยในศูนย์สุขภาพชุมชน

“ตอนแรกก็กลัว กลัวทำอะไรผิดพลาด แล้วเราเป็นอาสาสมัครอย่างนี้ กลัวทำผิดพลาดแล้วคนไข้ จะเป็นอันตราย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, L71-72)

“บางที่เราเจอคนไข้ที่น้ำตาลขึ้นสูงๆ แล้วเราจะให้ยาอะไรดีละ เราก็ไม่มีความรู้เรื่องการให้ยาด้วย เพราะว่าคนไข้ที่รับยาประจำเขาใช้อยู่แล้ว ก็จะมีปัญหาตอนนี้แหละว่าจะให้ยาอะไรคนไข้ เราก็จะเกิดความคับข้องใจขึ้นมา เอ๊ะ ทำไม่หมอยังไม่มา ทำไม่ปล่อยให้เราคนเดียวในการรักษาคนไข้ เพราะเรา มาเจอปัญหา เราไม่ซัวร์เหมือนแพทย์ เราจะให้ยาอะไรบ้างที่จะลดน้ำตาลให้เขา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, L373-381)

“กลัวทำอะไรกับเขาไม่เป็น กลัวรักษาไม่ได้ กลัวฉีดยาไม่ได้ กลัวอะไรอย่างนี้ กลัวไปเสียทุกอย่าง ความมั่นใจมันไม่มี ไม่ค่อยมั่นใจเท่าไรเพราะว่าอยู่กับเอกสารมานาน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, L38-41)

ข) การเปลี่ยนแปลงลักษณะงาน

การเปลี่ยนแปลงลักษณะงาน ในที่นี้หมายถึง การที่พยาบาลได้รับมอบหมายหน้าที่ที่มีลักษณะการ

ทำงานแตกต่างไปจากเดิมที่เคยทำงานประจำในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหอผู้ป่วย และปฏิบัติงานตามแผนกต่างๆของโรงพยาบาล มาเป็นการทำงานในเชิงรุกที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชน ในภาพรวม การเปลี่ยนแปลงลักษณะงานนี้ ประกอบด้วย การออกสำรวจบ้านและการจัดทำแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว งานเกี่ยวกับระบบรายงาน และงานด้านการตรวจรักษาโรค ทั้งนี้พยาบาลได้กล่าวถึงลักษณะการทำงานของตนเองในศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีความแตกต่างไปจากการทำงานในโรงพยาบาลไว้ ดังนี้

“งานกว้างใหญ่มากคือว่า เนื่องจากเป็นรูปแบบใหม่ แล้วเป็นงานที่ว่าต้องไปค้นหาคำตอบที่เราอาจจะยังไม่เคยเจอ เช่น อย่างอยู่เวิร์ด (หอผู้ป่วยใน) เราเป็นพยาบาลก็ทำงานเป็น routine (เป็นงานประจำ) แล้วก็ไปงานที่เราต้องไปสัมผัสกับคนไข้ที่เป็นโรคแล้วมาหาเรานะคะ แล้วเราก็รักษาเขาโดยศึกษาวินิจฉัยจากโรคที่เขาเป็น แล้วแก้ปัญหาไปตามคำสั่งแพทย์ด้วย แล้วก็ดูจากที่เราทำงานใช้ประสบการณ์ด้วย แต่งาน PCU(ศูนย์สุขภาพชุมชน) ถ้าเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนแล้ว มันเป็นเรื่องที่ค่อนข้างลึกกว่าที่เขาเป็นโรคแล้วมาหาเรา ถ้าเป็นโรคแล้วมาหาเรา เราวินิจฉัยแล้วก็ treat (การรักษาโรค) รักษาไปเลย แต่ทำงานในชุมชนมันจะเป็นกลุ่มที่กลุ่มป่วยกับกลุ่มไม่ป่วย แล้วก็กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเด็ก เราารู้สึกว่ามันมีความหลากหลาย แล้วแต่กลุ่ม มันก็มีอะไรที่ให้เราเข้าไปสัมผัสเยอะมาก ก็เลย ให้เรามองว่ากว้างใหญ่มาก ไม่ว่าจะกลุ่มแม่และเด็กก็จะเป็นปัญหาไปอีกแบบหนึ่ง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังก็อีกรูปแบบหนึ่ง กลุ่มเสี่ยง วัยรุ่นอีกแบบหนึ่ง หรือว่าวัยทำงานอีกแบบหนึ่ง ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความหลากหลายในตัวเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L 63-75)

“อยู่โรงพยาบาลมันแทบจะไม่มีปัญหาอะไรเลย แค่ให้บริการก็จบเวลาเราทำแผล ฉีดยา สมองจะไม่ค่อยได้ใช้เลยไม่ต้องสัมผัสกับชุมชน แค่สัมผัสกับคนไข้เท่านั้นเอง แต่งานชุมชนเราต้องสัมผัสทุกอย่าง สัมผัสผู้ใหญ่บ้าน สัมผัส อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) สัมผัสกับชาวบ้าน เราจะต้องวางแผนไว้เยอะ ฟรังก์นี้เราอะไร มะรืนนี้เราจะทำอะไร วางแผนเป็นโครงการมันเยอะมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, L338-345)

ลักษณะงานที่แตกต่างไปจากเดิมของพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติงานในพื้นที่โดยการออกสำรวจหมู่บ้าน และการจัดทำแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว (Family folder) ให้ครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเป็นนโยบายและเป็นงานสำคัญที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติ

“เราทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ไปสำรวจแผนที่บ้านผังเครือญาติ แล้วก็สำรวจประชากรในครอบครัว
สำรวจ จปฐ.(การสำรวจเกี่ยวกับความจำเป็นพื้นฐานประจำครอบครัว) จากเพิ่มครอบครัวที่ให้แล้วก็มา
บันทึกลงในแฟ้มครอบครัว ที่สำรวจมายังได้ไม่ครบร้อยเปอร์เซ็นต์ เพราะว่าคนใช้ในเขตรับผิดชอบของเรา
มันสองพันครัวเรือน แต่ตอนนี้เราทำได้ประมาณพันแปดร้อยก็ตกประมาณเจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์มันต้องใช้เวลา
เพราะว่าออกหมู่บ้านหนึ่งครั้งเราเยี่ยมได้ประมาณแปดถึงเก้าหลังคาเรือนเท่านั้น.การทำงานในโรงพยาบาล
เป็นงานเชิงรับ คือ คนจะต้องมาหาเราเพื่อขอรับบริการ แต่ว่างานชุมชน เราจะต้องออกไปพื้นที่เพื่อที่จะขอ
ให้เขามาบริการ เราไปขอรับบริการ เราไปขอรับบริการเขา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, L108-115, L171-173)

“ประชากรเป็นหมื่นเลย เยอะมาก แค่ว่าพังหมู่ของ.....นี้เป็นพันหลังคาเรือนแค่หมู่เดียวนะ
แล้วหมู่อื่นอีก ทั้งหมดเรารับผิดชอบแปดหมู่ แล้วเวลาเขาจะเอาข้อมูลอะไร คือ ส่งแล้วจะเอาเลย คือ มันทำ
ไม่ทันบางคนบอกว่าทำแบบนี้ดี คั้นมาจากอันเก่าๆแล้วทำส่งไป มันก็เหมือนเดิมไม่ได้ทำอะไรดีขึ้น มันรู้
สึกมันน่าจะมีอะไรปรับเปลี่ยนมากกว่านี้ อย่างสมมติว่าการรายงานที่เป็นหนังสือมันน่าจะให้น้อยลง มันซ้ำ
ซ้อนกัน มันหลายอย่าง อย่างแค่รายงานโรคที่ต้องแจ้งอย่างนี้ มีอุบัติเหตุยังมีแบบ มันเยอะงะ แล้วช่วงนี้มี
อะไรอีกนะพี่ Family folder (เพิ่มสุขภาพประจำครอบครัว) มันต้องมีสำรวจ อยากรู้ว่าสำรวจแล้วไปทำ
อะไร คือ เราได้ออกหมู่บ้านแล้วเราได้ จริงๆแล้วแต่ก่อนอนามัยเขาก็เยี่ยมบ้าน มันก็เหมือนกันนั่นแหละ
แล้วเราก็ต้องมาทำรูปเล่ม หาที่จัดเก็บอีก แล้วอย่างที่อนามัยมันมีที่จัดเก็บเหรอก ก็กองไว้ กองๆเอาไว้คือไม่รู้
จะไว้ตรงไหน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, L 104-124)

นอกจากนี้ พยาบาลได้แสดงความรู้สึกที่มีต่อแบบรายงานต่างๆในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่ง
พยาบาลจะต้องรายงานข้อมูลและผลการดำเนินงานต่อหน่วยงานต้นสังกัด โดยที่พยาบาลยังไม่มี
เข้าใจในระบบรายงาน ดังคำกล่าวนี้

“ช่วงแรกก็รับก็คือยังไม่รู้ เราไม่เคยอยู่อนามัย เราก็จะไม่รู้งานอันนั้นนะ ต้องส่งเมื่อไร อะไร
ยังไง ก็คือเราไม่เคยทำอะไรได้ยังไง แล้วเขาก็ไม่ได้ OK งานมาให้เรา เรายังไม่รู้เลย บางรายงานส่งทุกเดือน
บางรายงานส่งทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน ทุก 4 เดือนแล้วเขาก็ทวงรายงาน พุดเป็นตุเป็นตะ รายงานเขา
เราก็ไม่รู้ว่าจะอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, L452-458)

“รายงานที่เป็นหนังสือน่าจะให้มันน้อยลง มันซ้ำซ้อนกันมันหลายอย่าง อย่างรายงานโรคที่
ต้องแจ้งอย่างนี้ พอมีอุบัติเหตุยังมีแบบรายงานอีก อย่างนี้มันเยอะงะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, L114-117)

พยาบาลได้กล่าวถึงการทำงานด้านการตรวจรักษาโรค ซึ่งสืบเนื่องมาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด และไม่สามารถออกไปให้บริการด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยในศูนย์สุขภาพชุมชนได้นั้น ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องรับงานด้านการตรวจรักษาโรคในศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย

“ส่วนใหญ่การตรวจรักษาก็จะเป็นพยาบาลวิชาชีพตรวจเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, L77-78)

“จริงๆแล้ว การรักษาเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรง เพราะว่าแพทย์ทำหน้าที่รักษาคนไข้ พยาบาลก็ให้การพยาบาลตามบทบาทที่เราได้เรียนมา แต่ว่าพอเรามาเป็นตรงนี้ พอมายู่ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) คนไข้เขาก็ต้องการการรักษาจากแพทย์ แต่ในเมื่อแพทย์ไม่เพียงพอที่จะออกดูแลคนไข้ได้ เราก็ต้องรับหน้าที่ตรงนี้ เป็นคล้ายว่าทำหน้าที่แทนแพทย์ ซึ่งจริงๆแล้วต้องเป็นแพทย์ออกไปแต่เอาพยาบาลไปแทน ก็เหมือนกับว่า พยาบาลก็ต้องทำหน้าที่ใกล้เคียงกับแพทย์” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L162-167)

“ใจที่ที่เคยไปเห็นพยาบาลที่อยู่ตามโรงพยาบาล เขาไม่ต้องมาตรวจ อย่างพยาบาล ER (พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน) คนไข้มาก็แค่ทำแผลฉีดยา ไม่ต้องตรวจคนไข้ ทำแผลฉีดยา คนไข้กลับบ้าน ฉีดยาเสร็จ คนไข้กลับบ้านได้ พยาบาล Ward (พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน) หมอมา round เสร็จ (แพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยใน) แอปดโม่งเข็นรถแจกยา สิบเอ็ดโมงยา ac (ยาก่อนอาหาร) บ่ายโมงยา pc (ยาหลังอาหาร) แคนั้นกลับก็คือเสร็จในหนึ่งเวร พุดถึงในหนึ่งเวร แต่พื้นที่หนึ่งเวร คนไข้วันหนึ่งหกสิบคน ตั้งแต่แหกปากดูคอ ดูตา วัดBP (การตรวจความดันเลือด) วัดจนหุบวม คิดดูซิหกสิบคน วัดกันทุกคน เจ็บคอ มากก็แหกปากดูคอกันทุกคน เสร็จแล้วก็ไปนั่งแจกยาจัดยาเสร็จ ลงทะเบียนจ่ายยา ยานี้กินอย่างนี้นะป้า เสร็จแล้วล้างเครื่องมือเองอีก ล้างเครื่องมือเสร็จเก็บเสร็จเรียบบร้อย ล้างมือล้างไม้ ไปนั่งลงทะเบียน ป้าชื่ออะไร จ่ายยาเอานี้ไปกิน นัดตัดไหม นัดฉีด toxoid (วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก)อย่างนี้ เหนื่อยนะคนหนึ่งกว่าจะเสร็จ บางทีก็เหนื่อยใจเหมือนกันนะ ทำไมพยาบาลที่โรงพยาบาลสบายแท้ พุดถึงล่ะนะ คือ พุดถึงตรงนี้คือ รักชอบงานหน้าเดียวใจ แต่พื้นที่ไอโฮ สิบหน้าเป็นทศกัณฐ์ในคนๆเดียว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, L103-118)

นอกจากนี้ ลักษณะการทำงานของพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เป็นการทำงานที่ไม่ได้เป็นดังที่คาดคิดไว้ ทั้งนี้พยาบาลได้รับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนว่า ลักษณะงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น จะเน้นการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพซึ่งเป็นงานที่รองลงมา แต่ทั้งนี้ในความเป็นจริงพยาบาลไม่

สามารถทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคได้เต็มที่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มารักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนมาก ทำให้การทำงานส่วนใหญ่ของพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นไปในลักษณะของการตรวจรักษาโรคแก่ผู้ป่วยมากกว่าที่จะได้ทำงานในด้านอื่นๆ ดังคำกล่าว

“ตรวจทั้งวัน รู้สึกว่าเราไม่ได้ทำงาน PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) เต็มรูปแบบ เหมือนเราไปรักษาคนไข้ที่โรงพยาบาลไม่ได้ เหมือนไปรักษาด้านหน้ามากกว่า คือเราต้องไปเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า แต่เน้นเรื่องของการรักษามากกว่า เพราะช่วงแรกหมอก็ออกไป แต่เมื่อออกไปอาทิตย์ละครั้ง บางอาทิตย์หมอที่โรงพยาบาลมีน้อย คือไม่มีใครออกไป ก็คือพยาบาลตรวจเอง เหมือนไปตรวจรักษามากกว่า เพราะตาม concept PCU (แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน) จริงๆมันไม่ใช่อย่างนี้ ไม่ใช่รักษาอย่างเดียว มันต้อง มีทุกด้าน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L71-79)

“หนูทำงานรักษาอยู่ งานรักษาของหนูจะมากกว่าส่งเสริมป้องกัน อย่างอื่นจะไม่ค่อยได้ ทำส่วนใหญ่จะเป็นของอนามัย แล้วยิ่งเชิงรุกลงอย่างนี้ยิ่งไม่ทำใหญ่เลย เพราะว่าไม่มีตรงนั้น วันๆหนึ่งหมดกับคนไข้ที่มารักษาทั้งหมดแล้ว ไม่ได้ตรงอื่นเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, L514 - 518)

พยาบาล มีความตั้งใจและคาดหวังที่จะทำงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะงานอนามัยชุมชนในกลุ่มอายุต่างๆ โดยทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพชุมชน ซึ่งจะทำให้ประชาชนและชุมชนมีกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่กิจกรรมดังกล่าวไม่สามารถทำได้ เนื่องจากไม่มีเวลาที่จะสามารถทำได้ ดังคำกล่าว

“จริงๆแล้วตอนมาตอนแรกตั้งใจไว้เยอะ วาดฝันไว้ว่าอยากให้มีโน่นมีนี่ในชุมชน อยากทำโครงการในชุมชน อยากมีชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีเทศกาลต่างๆเรามีผู้สูงอายุเยอะ มีคลินิกเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เราจะได้เอาตรงนี้มาทำ จะได้เห็นว่ามีส่วนร่วมในชุมชน เหมือนทำงานสุขภาพจิตในชุมชนอย่างนี้ มันไม่ได้เลย หนึ่งบุคลากรเราไม่มี สองเราไม่ได้ออกชุมชนเลย ก็คิดกับน้องนะคะว่า เรามีจำนวนผู้สูงอายุทุกอย่างแต่ทำไม่ได้ เราทำไม่ได้ ถ้าเรานัดเดือนละครั้ง เออ ยายออกกำลังกายกันนะ แล้ววันสงกรานต์ เราชรดน้ำดำหัวให้ มันจะได้ทั้งงานสุขภาพจิต งานส่งเสริมอะไรอย่างนี้ แต่มันไม่พอดี ทำไม่ได้ อย่างระบบแพทย์แผนไทยก็อยากทำก็ทำไม่ได้ พอถึงจริงๆ มันไม่มีเวลาที่จะไปทำตรงนั้นก็คือเน้นการรักษา มันไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไรเลย เรายังต้องรอรับการรักษาอยู่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, L277-280)

“การทำงานในชุมชนได้ทำน้อยมากที่ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) เพราะว่าคนไข้เยอะ เราไม่มีเวลาออกชุมชนเลย แต่มีบ้างคือ ออกอนามัยโรงเรียน ตรวจสุขภาพเด็ก มีทันตแพทย์ไปทำฟันที่โรงเรียน ที่ชุมชน แต่ส่วนใหญ่พยาบาล PCU (พยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน)จะไม่ค่อยได้ออก คือเราเน้นที่การรักษามากกว่า เพราะว่าคนไข้เยอะ ก็คือไม่ค่อยได้ออกเพราะจะตรวจรักษาให้หมดทั้งวันก็แย่แล้ว เพราะว่าคนไข้มันเยอะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L324-332)

ประเด็นที่ 2 การสนับสนุนการทำงาน

การสนับสนุนการทำงาน เป็นการรับรู้ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งพบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในด้านการสนับสนุนการทำงานจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา และมีความจำกัดในทรัพยากรต่างๆที่เอื้อต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากการสัมภาษณ์พยาบาลถึงความรู้สึกที่มีต่อปัจจัยสนับสนุนการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่ ก) การนิเทศติดตามจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา และ ข) ทรัพยากรและแรงจูงใจ

ก) การนิเทศติดตามจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา

การนิเทศติดตามจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา เป็นความรู้สึกของพยาบาลต่อการได้รับการดูแล และสนับสนุนการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา ทั้งนี้การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือร่วมและสัมพันธ์ภาพอันดีของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อพัฒนางานและร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆจากการปฏิบัติงาน จากการสัมภาษณ์ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีความต้องการการนิเทศติดตามจากผู้บังคับบัญชา ทั้งนี้ เนื่องจาก การทำงานของพยาบาลยังต้องการการสนับสนุน มีปัญหาข้อขัดข้องในการทำงานที่ต้องการการดูแลแก้ไขจากผู้บังคับบัญชา จากการสัมภาษณ์ พยาบาลได้กล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อการนิเทศติดตามของผู้บังคับบัญชา ดังจะเห็นได้จาก

“อยากให้ดูแล PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ให้เจ้าหน้าที่ PCU บ้าง(พยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน)ให้มันมีขวัญและกำลังใจบ้างดูแลกันบ้าง พูดถึงอนามัยนะเจ้าหน้าที่ ทั้งหมดเป็นลูกเมียหน่อยนะคะ ถูกทั้ง ส่วนใหญ่การช่วยเหลือดูแล มันแค่โรงพยาบาล เขาก็มีสนับสนุน แต่ออนามัยนี่มันน้อยมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, L483-490)

“หัวหน้าเขาก็คับงานบริหารอย่างเดียว ยิ่งเดี๋ยวนีโยน PCU ผู้สูงอายุ (งานอนามัยผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชน) มาให้เราหมด หนักมาก ก็เคยขอคนที่ สสอ.แล้ว (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) เขาก็ไม่ให้ เราไม่ยอมยกพูดแล้ว รอให้ใช้ทุนหมดก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, L127-132)

“เราไปอยู่ข้างนอก หัวหน้าเขาอยู่ข้างใน ปัญหาอะไรคืออยู่ข้างนอก ข้างในไม่เจอ หัวหน้าจะไม่ค่อยทราบ ถ้าเกิดมีปัญหา ก็คือ เราจะแจ้งหัวหน้าให้เข้าที่ประชุมโรงพยาบาลให้ประชุม CUP ให้ (คณะกรรมการสาธารณสุขคู่สัญญาในระดับอำเภอ) บางครั้งก็ได้บางครั้งก็ไม่ได้ หัวหน้าเขายอมรับว่าเขาไม่ค่อยรู้เรื่อง PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) รู้สึกแยเหมือนกันว่า เหมือนกับพอเรามีปัญหาไม่มีใครช่วยเหลือเราได้ ต้องแก้เองอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L300-311)

นอกจากนั้นแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้สึกว่าการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีพี่เลี้ยงหรือหัวหน้าที่จะเป็นผู้สนับสนุนและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ดังคำกล่าว

“เหมือนขาดในส่วนของพี่เลี้ยงหรือใครที่มาคอยดูแลเรา หรือสอนเรา รู้สึกว่าตรงนี้ขาด เพราะว่าอย่างเวชกรรมเอง เขาก็มีงาน แต่ละคนเขาก็รับผิดชอบงานแต่ละงาน ก็ไม่มีใครเป็นเหมือนว่าเป็นหัวหน้าเราหรือว่าเป็นอะไรเราอีกทีหนึ่ง มันเหมือนรู้สึกว่ามันไม่มีพี่เลี้ยง คนที่เป็นหัวหน้าเรา ซึ่งอาจจะไปพยาบาลไม่ใช่หมอโดยตรง รู้สึกว่ามันคุยกันลำบากกับหมอ ถ้าเกิดว่าเป็นพยาบาล จะรู้สึกว่าเหมือนพี่สอนน้องอะไรอย่างนี้ แต่กับหมอนี้ เขาไม่มีเวลาให้เราเยอะ เดียวแป๊บหนึ่งเขาก็รีบไปแล้ว คุณเป็นหัวหน้าแต่ว่าคุณไม่มีเวลาให้เลย เหมือนแว้งคว้าง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, L213-224)

“การนิเทศติดตามของ CUP (คณะกรรมการสาธารณสุขคู่สัญญาในระดับอำเภอ) ตั้งแต่มา ยังไม่มี พยาบาลที่เป็นทีมของเขาเลยยังไม่มีนะ แต่จะมีพยาบาลเวชกรรมคนหนึ่งเป็นผู้ประสานให้เราเวลามีปัญหาเกี่ยวกับ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ทางที่ควรจะเป็นก็คือ CUP ควรจะเชิญเจ้าหน้าที่ที่อยู่ตาม PCU เข้าไปคุยว่ามีปัญหาอะไร ติดขัดเรื่องอะไร มีการดำเนินการอย่างไร บริหารจัดการ วิชาการ บริการอย่างไร ควรจะมีพี่เลี้ยงเพื่อช่วยให้มันคล่องตัวขึ้น ทั้งประสานในนามของ CUP และที่ประสานทาง สสอ. ด้วย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ซึ่งก็น่าจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ คนที่รู้เรื่องเกี่ยวกับ PCU สามารถประสานทางอนามัยได้ และทางโรงพยาบาลได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, L155-180)

ข) ทรัพยากรและแรงจูงใจ

ทรัพยากรและแรงจูงใจ ในที่นี้หมายถึง การที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความจำเป็นในด้านกำลังคนที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการบริหารจัดการในการปฏิบัติงาน การบริหารเวชภัณฑ์ และค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน จากการศึกษานี้ พบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงความจำกัดในเรื่องทรัพยากร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากต่อการจูงใจปฏิบัติงานของบุคลากร ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์พยาบาลได้กล่าวถึง การได้รับการสนับสนุนการทำงานในด้านกำลังคน ดังนี้

“มีแต่ปริมาณไม่มีคุณภาพ ตอนแรกที่เปิด PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) คืออาทิตย์หนึ่งมาสามวัน คือ จันทร์ อังคาร ศุกร์จะมาทำงาน ทำไปทำมา มีแต่พยาบาล แพทย์ไม่ได้มา มาแต่วันศุกร์ ทุกวันศุกร์แพทย์จะมาเพราะมีคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต่อไปแพทย์ไม่ได้มาแล้ว มาเดือนละครั้ง แต่เป็นพยาบาลมาแทน คือตอนแรกบอกว่า PCU ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลและเภสัชฯ ทำไปทำมา แพทย์มาวันเดียว พยาบาลมาสองวันคือจันทร์กับอังคาร ส่วนวันศุกร์แพทย์มา ทำไปทำมาจันทร์กับอังคาร พยาบาลไม่มาแล้ว เหลือวันศุกร์วันเดียว หายหมด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, L80-89)

“หนูคิดว่า PCU(ศูนย์สุขภาพชุมชน) ก็คือ โรงพยาบาลเล็กๆเหมือนมีงานทุกด้าน มีสุขภาพ (งานสุขภาพ) ส่งเสริม รักษา ป้องกัน เภสัชฯ (งานเภสัชกรรมชุมชน) เรามีทุกอย่างเลย แต่คนมันน้อยสามคนเอง ให้คิดว่าจะสักห้าคน บางอนามัยคนใช้น้อยมาก อยากให้ยุบรวมๆกัน ยุบอนามัยรวมแล้วแบ่งคนใช้เราไปน่าจะดีกว่า รอบๆนี้เต็มไปหมด คนไข้ไม่ไปตรงนั้นแต่มาตรงนี้ ถ้าคนพอเราทำได้ละ อย่างบ้ายเราไปออกเยี่ยมบ้าน ไปสำรวจกัน ใหม่ๆเขาถาม (สาธารณสุขอำเภอ) หนูก็บอกว่าหนูทำไม่ได้ เราไม่มีคน เขาก็บอกให้ทำไปเรื่อยๆ เขาไม่ลงมากก็ไม่รู้ บอกว่าก็ให้ออก (ออกสำรวจหมู่บ้าน) แล้วจะออกยังไง เราอยู่คนเดียวอย่างนี้ หนูเป็นคนใหม่ที่นี่หนูจะออกยังไง ยังไงหนูก็ต้องไปสองคน แล้วการออกชุมชนออกคนเดียวไม่ได้อยู่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, L291-298)

พยาบาลได้กล่าวถึง การทำงานที่จำกัดในเรื่องของการบริหารจัดการภายในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การออกปฏิบัติงานในพื้นที่ และความไม่คล่องตัวในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เนื่องจากต้องผ่านขั้นตอนที่ซับซ้อน ดังนี้

“เมื่อก่อนอยู่โรงพยาบาล ออกข้างนอก(การปฏิบัติงานในพื้นที่)เขียนใบให้รถออกเยี่ยมบ้านออกไปทำอะไรมีคนขับรถให้ แล้วไปกลับมีคนรับผิดชอบคือมีเพื่อนไปด้วย แต่นี่เราออกหมู่บ้าน เราก็ต้องไปส่วนตัวอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, L146-150)

“ปัญหางบประมาณมันจะต้องผ่านหลายขั้นตอนกว่าเงินจะออกมา กว่าของครุภัณฑ์จะออกมาถึง บางทีน้ำยาทำแผลไม่มีเลยนะ เพราะว่างบประมาณที่เขียนขอไปมันไม่มี มันถูกถ่ายทอดหลายขั้นตอนกว่าจะมาถึง น้ำยาทำแผลไม่มี น้ำยาแช่เครื่องมือไม่มี กอซ สำลีไม่มีอะไรช่วงนี้ เราก็ต้องทำขอที่โรงพยาบาล ขอเป็นครั้งคราว คือโดยที่ไม่ผ่านงบประมาณ ให้เป็นของแผนกเวชกรรมสังคม เบิกในงาน PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) เบิกมาให้ห้องใช้ก่อนเพื่อว่าของจะได้ไม่ขาดใช้ ก็เป็นผลดีกับคนไข้ ไม่อย่างนั้น ถ้าเกิดของขาด คนไข้ก็จะขาด ขาดของที่จะใช้งานกับเขา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, L354-361)

นอกจากนี้ ปัจจัยในเรื่องของค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชน ยังเป็นประเด็นหนึ่งที่พยาบาลได้กล่าวถึง ทั้งนี้โดยทั่วไป ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลคิดเป็นเงิน 500 บาทต่อผลัด ในขณะที่ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน คิดเป็นเงิน 200 บาทต่อวัน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวถูกเปิดเผยขึ้น ดังนี้

“มีความรู้สึกที่ว่าทำไมค่าตอบแทนได้ไม่เท่ากัน พยาบาลได้เวรละ 500 บาท เวนของที่นี่ได้วันละ 200 ค่ะ (เน้นเสียง) วันละ 200 น่าน้อยใจ ที่เขาคิดเป็นเวรเช้า-บ่าย เขาได้พันหนึ่งแล้ว ส่วนพี่นะคะ เช้า-บ่ายก็ 200 ... น่าน้อยใจ ทำไมระบุมารว่า พยาบาลวิชาชีพ ต้องมีประจำ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) หนึ่งคน ก็เป็นวิชาชีพเหมือนกัน ทำไมไม่ให้ค่าตอบแทนเราเท่ากับพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาล ทั้งที่เราทำเหมือนกัน แถมหนักกว่าอีก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, L120-122, L 238-241)

พยาบาลอีกรายหนึ่งซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงาน เนื่องจากไม่ได้อยู่เวรประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้เปรียบเทียบค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่ตนเองเคยได้รับขณะที่อยู่โรงพยาบาล กับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ดังนี้

“ค่าเวรถ้าอยู่บาย-ดึก ได้เวรบาย 200 ดึกก็ได้ 200 ตกเดือนก็ประมาณสองพันสี่ แต่พอมายู่ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) แล้ว เราไม่มีค่าตอบแทนเวรบาย-ดึก แล้วเรามาออกชุมชน ซึ่งในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ให้การออกชุมชนอัตราพยาบาลชั่วโมงละ 80 บาท ของแพทย์ให้ชั่วโมงละ 100 บาท ในการออกชุมชน แต่ของโรงพยาบาล... ไม่ได้ให้ค่าตอบแทนกับเจ้าหน้าที่ในการออกพื้นที่เลย ไม่ได้ไม่มี ไม่มีเงินรายได้เพิ่มมา ก็ในระเบียบเขามีให้ แต่พอในการปฏิบัติงานจริงๆ ไม่มีการให้ค่าตอบแทนก็มีความรู้สึกว่ามีข้อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น อย่างเพื่อนที่อยู่สมุทรสาคร หรือที่ประจวบฯ ที่เขา

ออกงาน PCU เขาได้ค่าตอบแทนในการออกพื้นที่ต่อวันๆละ 500 บาททุกวันในการออกพื้นที่ แต่เราไม่มีก็รู้สึกว่ามันไม่ยุติธรรม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, L140-154)

พยาบาลวิชาชีพอีกรายกล่าวถึง ความรู้สึกที่มีต่อค่าตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนการทำงานโดยอยู่เวรณลดป่วย-ดีกของพยาบาลเทคนิค ดังต่อไปนี้

“ตอนนั้นที่อยู่โรงพยาบาล เป็น TN (พยาบาลเทคนิค)ก็ได้เดือนละสามพันกว่าบาท ช่วงก่อนหน้าที่มาอยู่ที่นี่ เจ้าหน้าที่ยังน้อยอยู่ OT (เวรนอกเวลาราชการ)ก็เยอะ ใจเดือนหนึ่งได้สามพันหก สี่พัน สี่พันสอง ตอนมาอยู่ที่นี่มันแตกต่างกันมาก ได้พันสอง ก็รู้สึกว่ามันน้อย คือเขาอาจจะมองว่า อย่างอนามัย นี่มีคนไข้หรือเปล่า เพราะบางทีก็ไม่มีคนไข้ อย่างนอกเวลาไม่มีคนไข้ เขาเลยนึกว่า เออ มาอยู่เฉยๆได้ตั้งค์ ก็ดีแล้วหรือเปล่า แต่ถ้าเขาจะรู้มันไม่ใช่ ถ้ามันไม่ได้ก็ตามนั้นแหละ เพราะว่าถ้าเราไปเรียกรังอะไรนี้ก็ไม่รู้ว่าจะมีปัญหาอะไรหรือเปล่า แต่จริงๆแล้วได้ตามสิทธิที่ดี บางทีอยากถามว่าพยาบาลวิชาชีพที่มาอยู่ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) แล้วงานก็ทำเยอะ เยอะขึ้นกว่าแต่เดิมเยอะเลย ถ้าเทียบกับงานโรงพยาบาลที่เราอยู่ที่เราเคยทำ แล้วเขาให้อะไรเราบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, L366-381)

นอกเหนือไปจากความแตกต่างในเรื่องค่าตอบแทนการปฏิบัติงานแล้ว พยาบาลวิชาชีพได้กล่าวถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเดิมภายหลังจากที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในเรื่องของการเดินทางเพื่อไปปฏิบัติงานในที่ทำงานที่ไกลขึ้น จึงเคยมีความคิดที่ขอกลับไปทำงานต่อในโรงพยาบาลเหมือนเดิม ดังคำกล่าว

“ก่อนหน้านั้นอยู่เวรป่วย เดือนหนึ่งจะได้สามพัน สี่พัน แต่พอมายู่ที่นี่ไม่มีเวรเลย ไม่มีอะไรเลย นอกจากไม่ได้อะไรแล้วยังต้องเสียอีก เพราะว่า PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) จากโรงพยาบาลห่างประมาณสิบกิโลเมตร ไปกลับก็ยี่สิบกิโลเมตร ต้องเสียค่าน้ำมันรถไป เราต้องเดินทางเอง เราไปเอง เข้าไปเย็นกลับ รายจ่ายเพิ่ม จากเดิมที่เคยได้แล้วไม่ได้แล้วเพิ่มอีก ค่าสึกหรอรถ ค่าน้ำมันที่ต้องเพิ่ม เพราะแต่เดิมเราไม่ได้จ่ายตรงนี้ พี่เขารู้แหละ(หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)คือ เรายายได้ก็ไม่มีแล้วรายจ่ายก็มีเพิ่มขึ้น หนูเคยคุยกับพี่เขา เคยคิดที่จะกลับมาขอขึ้นเวรแปด ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, L 392-402, L 453-458)

ประเด็นที่ 3 การปรับตัว

การปรับตัว หมายถึง การที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึง การปรับวิธีคิดด้วยการยอมรับในความแตกต่างของระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมการทำงาน เป็นการยอมรับสภาพตามความเป็นจริง เนื่องจากธรรมชาติในการทำงานของพยาบาลและของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนั้น มีความแตกต่างกันอยู่โดยเฉพาะในเรื่องของแนวทางของการทำงาน และควมมีอิสระในการทำงานซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก) การยอมรับ

พยาบาลพยายามทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยปล่อยวางต่อเรื่องที่ทำให้ไม่มีความสุข และมองโลกในแง่ดี จนสามารถทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิมของสถานีอนามัยได้อย่างราบรื่น ดังคำกล่าว

“เรารู้สึกว่าต้องใช้ EQ (วุฒิภาวะทางอารมณ์) ส่วนตัวลงไปก่อน ถ้าคิดว่าอะลุ่มอล่วยได้ ยืดหยุ่นได้ก็ดี แต่ถ้ามันไม่ไหวจริงๆ มันคับข้องใจมากๆ อย่างนี้ถึงจะมาคุยกัน ซึ่งเราก็ไม่รู้ว่าความอดทน หรือว่า EQ เราระดับไหนถึงจะแก้ตรงนี้ได้ ก็เลยรู้สึกว่า ตอนนี่ต้องมองให้เป็น แล้วบางครั้งก็ต้องแก้เอง บางครั้งก็ต้องปล่อยวาง...ก็พยายามมองในแง่บวก ถ้าเรามองในแง่ลบ เราจะรู้สึกไม่สบายเลย เรารู้สึกว่าเราอึดอัด มันเหนื่อยมาก แต่ถ้าเรามองในแง่บวกก็เป็นธรรมชาติของมนุษย์ ก็เลยไม่ค่อย serious (เป็นเรื่องเล็กน้อยไม่สำคัญนัก) กับตรงนั้น พยายามที่จะไม่มองลบ พยายามมองเขาในแง่บวก แล้วก็เป็นที่มิตรกับเขา ไม่ว่าจะรู้สึกยังไงกับเรา เราก็พยายามที่จะคุยอย่างเป็นมิตร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L 366-370, L 423-427)

พยาบาลวิชาชีพอีกรายหนึ่งใช้วิธีการทำงานแบบยืดหยุ่น อะลุ่มอล่วย เพื่อลดความขัดแย้ง และยอมรับการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

“หัวหน้าสถานีอนามัย เขาเคยคิดว่า เขามีอำนาจเต็มมือ แต่พอมีอีกคนหนึ่งจะมาอึดแย้งอำนาจเขาไป เขายอมรับไม่ได้ ปัญหาขัดแย้งในใจลึกๆนั้นมียู่ แต่ในทางปฏิบัติจริงๆแล้ว เราจะทำอย่างไรไม่ให้เกิดปัญหาในเนื้องาน ถ้าคนที่มาไม่มีลักษณะอะลุ่มอล่วย ก็จะขัดแย้งแล้วก็แบบขัดแย้งกันอย่างรุนแรง แต่ถ้าคนที่มาอยู่ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ถ้ารู้จักอะลุ่มอล่วย มีการผ่อนนมีการยืดแล้วก็ ผ่อนหนักผ่อนเบา อันไหนที่ไม่หนักหนาแล้วเรายอมรับได้ ยอมไป มันก็จะยืดหยุ่น นั่นเป็นการยืดหยุ่นในการทำงาน มันจะอยู่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, L383-389)

นอกเหนือจากการยอมรับความแตกต่างของผู้ร่วมงานแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังต้องยอมรับถึงความแตกต่างของคนไข้ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย เนื่องจากการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นที่ยอมรับกันดีในชุมชน มีการเอื้อเฟื้อและสนับสนุนกันมาอย่างยาวนาน จึงมีความรู้สึกสนิทสนมใกล้ชิดกันกับเจ้าหน้าที่ในสถานีนอมาด้วย โดยที่ประชาชนสามารถแสดงความจำนงและความต้องการด้านการบริการได้ตามความพึงพอใจ และที่ผ่านมาก็ได้รับการตอบสนองมาตลอด ในขณะที่พยาบาลที่เพิ่งเข้าไปทำงานใหม่นั้นมีรูปแบบการบริการทางการรักษาที่เป็นเหตุเป็นผล ตามแนวทางที่ถูกต้องของวิชาชีพ มากกว่าการบริการที่ตอบสนองตามคำร้องขอและความพึงพอใจของผู้รับบริการ จึงเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการเข้ารับบริการของคนไข้บ้าง แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลได้ปรับตัวยอมรับตามความเป็นไปของสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความขัดแย้ง ดังที่พยาบาลรายหนึ่งได้พยายามสอดแทรกเหตุผลตามแนวทางการรักษาให้กับคนไข้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการรับบริการมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าว

“พอเวลาไปทำงานที่ PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) เราได้เข้าใจเขามากยิ่งขึ้น บางครั้งเราก็ยินยอมทั้งที่มันขัด ขัดกับแนวปฏิบัติที่อยู่โรงพยาบาล มันไม่ได้ ไม่ได้ต้องอย่างนี้นะ แต่ถ้า PCU ไม่ได้ๆ เพราะว่าคนไข้เขามีความคาดหวังกับ PCU หรือว่าอ้อมายสูงกว่าโรงพยาบาล เขาไม่กล้าเรียกร้องอะไรมากมาย เพราะเขารู้ว่าไม่ค่อยมีใครอะไรกับเขาหรอก แต่ถ้าที่อ้อมายความที่เขาสนิทสนมแบบอยู่กันแบบญาติมากกว่า เขาจะเรียกร้องมากกว่า request (การร้องขอการบริการ) สามารถที่จะบอกเราได้มากขึ้น ด้วยท่าทีที่เราเป็นมิตรกับเขา ส่วนมากจะบอกเหตุผลกับเขามากกว่าว่า ถ้าเกิดคุณกินยาแก้แสบมันจะมีผลยังไง ถ้าคุณไม่ได้แสบ ก็จะเป็นการให้ข้อมูลมากกว่า ถ้าฟังดูแล้วเขายังต้องการอีก ก็จะทำให้ แต่ถ้าเขือเราแล้วไม่เอาก็ได้ เราก็จะให้ความรู้กับเขาได้ละเอียดขึ้น แต่ถ้าเขาไม่ฟังเรา แล้วยืนยันจะเอาบางครั้งเราก็ต้องตัดใจให้ทั้งๆที่มันฝืนความรู้สึก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L 458-474)

พยาบาลสามารถปรับตัวกับการทำงานที่มีผู้มารับบริการมาก โดยมีความคิดว่าการที่มีคนไข้มารับบริการมากนั้น เป็นเพราะตนเองมีความสามารถในการรักษาและเป็นที่ยอมรับของคนไข้ได้ ดังคำกล่าว

“รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกับงานเป็นบางช่วง แต่หลังจากนั้นที่เราเริ่มปรับตัวได้ หรือว่าเราอยู่นานๆ เราเริ่มชิน มันก็เลยทำให้รู้สึกได้ว่า ถ้าเราทำงานอย่างนี้แล้ว เราไม่มีคนไข้มาหาเราก็แสดงว่าเราทำงานไม่ดี หรือรักษาเขาไม่ดี แต่ถ้าเขาเกิดมาหาเราเยอะๆก็แสดงว่า เราอาจจะมีความสามารถที่จะรักษาเขาให้หาย หรือว่าเขาสามารถที่จะฟังเราได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, L158-162)

“เราเริ่มที่จะรู้ตัวเองนะค่ะว่า เราสามารถที่จะทำงานตรงนี้ได้แล้ว เราเริ่มมีความมั่นใจที่จะทำงานตรงนี้มากขึ้น การทำงานใน PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) มันให้เราทั้งสองด้าน ด้านการรักษาทำให้เราเริ่มมีความมั่นใจ เริ่มมีประสบการณ์จากเดิมที่เราไม่เคยรู้ เราไม่เคยที่จะทราบเลยว่า ยายนานนี้รักษาโรคอย่างนี้ได้ หรือว่าเราอาจจะมีความรู้อยู่บ้างก็คือพินๆ แต่อันนี้เราจะต้องเจาะลงไป เพราะเรารักษากับคนไข้จริงๆ อีกด้านหนึ่งก็คือด้านชุมชน เราได้มีการเข้าไปในชุมชน แล้วก็มีการไปพูดคุยกับ อสม. ซึ่งแต่ก่อนเราไม่เคยรู้เลยว่า พี่คนนี้เป็น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) แล้วเราก็ได้เรียนรู้เรื่องการพูดคุย การที่จะขอความช่วยเหลือจากใคร เราต้องพูดอย่างไร เราต้องให้ความมั่นใจเขาอย่างไร เราได้ส่วนนี้กลับมาจากการที่ได้ไปทำงานส่วนนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L340-354)

นอกจากนั้นแล้ว การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ยังเป็นการบริการที่มีการประสานกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน พยาบาลได้ปรับตัวด้านการทำงานของตนเองเนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และมีความเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจและการเมืองในระดับท้องถิ่น ดังคำกล่าว

“รู้สึกลำบากใจเหมือนกัน เราอยู่ในชุมชนที่มีปัญหาเรื่องการเงินการปกครองพอเราคิดหนึ่ง (หมายถึง ให้บริการไม่ได้ตามที่ชาวบ้านต้องการ) เขาก็จะมีกระแสกลับมากับหัวหน้าเรา เพราะว่าหัวหน้าเขาอยู่ตรงนี้มานาน ก็เลยบอกว่่าน้องทำใจเพราะที่อยู่โรงพยาบาลเจอมาหลายด้าน ก็บางคนเขาพูดไปพูดจาไม่ดีกับเรา ก็มีพวกลายๆ ว่าเราเป็นคนดีก็ไม่ใช่ไร แต่พี่หัวหน้าเขาต้องพึ่งพาชุมชนอยู่ ยังมีกระแสของการเมือง ถ้าไม่มีเงินสนับสนุนเราก็อยู่ไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, L164-167)

ประเด็นที่ 4 การพัฒนาตนเอง

การพัฒนาตนเอง ในที่นี้หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้พยายามพัฒนาความรู้และความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะสามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์พยาบาลถึงแนวทางการพัฒนาตนเอง พบว่ามีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่ ก) การพัฒนาการทำงาน และ ข) การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

ก) การพัฒนาการทำงาน

พยาบาลได้พยายามปรับปรุงแนวทางการทำงาน และหาข้อบกพร่องจากการทำงานเพื่อที่จะได้มาแก้ไขและพัฒนาต่อไป ดังคำกล่าว

“ตอนนี้กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการเกี่ยวกับมาตรฐานการทำงานใน PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ซึ่งมีหลายมาตรฐานมาก รู้สึกว่ามาตรฐานเป็นสิ่งที่ดี เพราะการทำงานที่เราสัมผัสอยู่ในปัจจุบันคือความเข้าใจด้านมาตรฐานยังมีไม่พอ ก็จะทำตามรูปแบบเดิมที่เคยทำมานานแล้ว แต่การทำตามมาตรฐานทำให้เราเกิดการพัฒนาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ทำให้เราต้องเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงานให้ใกล้เคียงกับมาตรฐาน ซึ่งตอนนี้กำลังดำเนินการ ก็คิดว่าดีมากแล้วเจ้าหน้าที่ทุกคนก็รู้สึกตื่นตัวในการทำงาน”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L111-122)

“บางโรคเราเหมือนใช้คนไข้เป็นอาจารย์เรา ก็คือเรา treat (การรักษาโรค) ไปก่อน แล้วนัดกลับมา follow up (ติดตามการรักษา) ระหว่างที่เรานัด follow up เราก็ต้องมาดูว่าที่เราให้ยาไปนั้น มันจะได้ผลหรือเปล่า ก็คืออาศัยคนไข้เป็นครู..หลังจากที่เราเริ่มคลุกคลีกับคนไข้ เราก็มีความรู้สึก ว่า เราก็ทำได้ แต่เราก็ต้องอาศัยการเรียนรู้ก็คือ การเรียนรู้แล้วก็การซักถาม ถ้าเกิดเราไม่พูดเราไม่ถามในเมื่อเจอปัญหาอย่างนี้ เราคงอยู่ตรงนี้ได้ ด้านงาน PCU(การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน) ถ้ามีปัญหาด้านการรักษาก็จะโทร.ถามหมอโดยตรง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, L272-277, 315-321)

ข) การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมของพยาบาล ทำโดยพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองโดยศึกษาจากผู้รู้ เอกสาร ตำรา และหาโอกาสที่จะศึกษาต่อในด้านเวชปฏิบัติ ทั้งนี้จากการที่พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการทำงาน พยาบาลได้พัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง ให้มีความพร้อมในการที่จะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้มีประสิทธิภาพ โดยศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับลักษณะการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความรู้ทางด้านการตรวจรักษาโรค และพยายามศึกษาแนวโน้มของนโยบาย เพื่อนำมาปรับใช้ในการทำงานของตนเองให้มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เราต้องแสวงหาความรู้อยู่เป็นประจำ ในลักษณะของการเปลี่ยนแปลง ลักษณะความรู้ด้านการรักษา การให้ยา การ treat (การตรวจรักษาโรค)การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แล้วอีกทางหนึ่งคือ การแสวงหาความรู้ในด้านนโยบายที่ทางเบื้องบนให้มา เราสามารถปรับเปลี่ยนนโยบายที่ขัดแย้งกับเรา เราต้องหาวิถีทางที่จะปรับเปลี่ยนงานของเราให้สอดคล้องกับนโยบาย หรือไม่ก็พลิกนโยบายให้สอดคล้องกับงานของเรา”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, L380-385)

“อ่านหนังสือเกี่ยวกับการพยาบาลทั้งหมด เพราะเรารู้มาแล้วว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพต้องรับผิดชอบอะไรบ้าง ต้องทำอะไรอะนะ หนึ่งต้องรักษาคนไข้ได้ ก็เลยต้องอ่านเตรียมตัวอ่านหนังสือให้รู้ว่าโรคนี้รักษาอย่างไร ยาตัวนี้ๆต้องรู้ แล้วต้องแม่นยำเียบแปลต้องได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, L42-48)

นอกจากนี้ พยาบาลได้แสวงหาแนวทางที่พัฒนาความรู้ของตนเอง โดยการสอบถามเรื่อง ที่ตนเองสนใจ จากผู้ที่มีความรู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการศึกษาในหนังสือ ดังคำกล่าว

“จะไปดูเรื่องข้อมูลว่า PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) มันเน้นเรื่องอะไรบ้าง แล้วก็ต้องทำยังไง ก็ให้อ่านหนังสือเพิ่มเติม แล้วก็ถามจากพี่ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, L43-45)

“ถ้าบางงานที่เรายังไม่รู้ หรือว่ายังไม่ทราบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์อะไรต่างๆ อย่างเรื่องการเยี่ยมบ้านก็ไปขอความรู้กับพี่พยาบาลด้วยกันที่รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเกี่ยวกับงานต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การศึกษาต่างๆพวกนี้แม้เราจะอ่านหนังสือเพิ่มเติมเอง เราก็ต้องไปหาผู้รู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลที่เราจะปรึกษาเขาได้ ว่าเราจะต้องทำอย่างไรบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, L 215-219)

นอกจากนั้นแล้ว พยาบาลยังได้เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทางด้านวินิจฉัยโรค การตรวจรักษาโรคและการใช้ยาต่างๆที่โรงพยาบาล เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

“ไปอบรมเพิ่มพูนความรู้ ที่โรงพยาบาล...อาทิศยหนึ่ง เป็นเรื่องการรักษาพยาบาลทั่วไป การตรวจโรคที่พบบ่อยๆ การให้ยา การดูแลรักษาคนไข้คนไข้ที่เกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ ได้แก่โรคพวก เบาหวาน ความดัน (โรคความดันโลหิตสูง) เป็นเรื่องของ treatment (การรักษาโรค)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, L145-149)

“ผู้บริหารเขาก็ส่งไปอบรมให้ทราบถึง concept (แนวคิด)ว่าเนื้อหาของPCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ว่าจะต้องทำอะไรบ้างส่งเราไปอบรมเกี่ยวกับเวชปฏิบัติ การรักษา การตรวจรักษา การตรวจร่างกาย การ treat ยา (การรักษาโรค)เป็นระยะสั้นๆ แต่คิดว่ามีประโยชน์พอสมควรกับการทำงานที่นี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, L58-62)

ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพบางราย ได้รับฝึกปฏิบัติการตรวจรักษากับแพทย์ เพื่อสร้างความมั่นใจก่อนมาปฏิบัติงานจริง ดังคำกล่าว

“ช่วงแรกก็มาฝึกงานที่โรงพยาบาล...ก่อน ที่แผนกผู้ป่วยนอก ประมาณ 2 อาทิตย์ ก่อนที่จะลงไป PCU (ศูนย์สุขภาพชุมชน) แล้วหมอก็ช่วยสอนในเรื่องการตรวจคนไข้ ก็จะมีการเรียนรู้กับหมอ ก็ได้ประสบการณ์บ้างในการเพิ่มความถี่ในเรื่องการตรวจคนไข้ การวินิจฉัยโรค ต้อง treat เขาได้ (การรักษาโรค) และจะต้องฟื้นฟูเรื่องการ dressing (การทำแผล) ทำ I&D (การผ่าฝี) อย่างนี้ก็มีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L92-100)

พยาบาลบางรายประสงค์ที่จะศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม โดยศึกษาต่อในหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งพยาบาลเชื่อว่า หลักสูตรดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างมากที่จะสร้างความมั่นใจในการทำงานและสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาการทำงานของตนในศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าว

“ตอนนั้นะ ในความคิดของพี่ พี่อยากไปเรียนเวชปฏิบัติ ในหลักสูตรเวชปฏิบัตินะคะ เพราะพี่มีความคิดว่า ในบางช่วงที่หมอไม่มา ช่วงบ่ายไปแล้วนี่พี่มีคนไข้ที่เขาจะมาอยู่ ถ้าเราใช้วิชาชีพเดิม ความรู้แบบเดิมๆที่เรา มี มันไม่เพียงพอ มันไม่เพียงพอที่จะ manage คนไข้ (การจัดการเกี่ยวกับการดูแล)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, L418-421)

“อยากจะไปอบรมเรื่องพยาบาล PCU มาก (พยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน) อยากฝึกบุคลากรด้านบุคลากรใน PCU เพราะหนูไม่ได้ผ่านการอบรมอะไรมาเลย คือปฏิบัติอย่างเดียว แต่เรื่องอบรมไม่เคยอบรมนะ อยากอบรมเรื่องเวชปฏิบัติ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L283-289)

“ในส่วนตัวที่ยังพ่องอยู่นะคะก็ในส่วนของเวชปฏิบัติ เป็นเวชปฏิบัติทั่วไปไม่ใช่เวชปฏิบัติครอบครัว เพราะว่าเวชปฏิบัติครอบครัว เหมือนตัวเองเคยเรียน แล้วก็ไปประชุม ที่โรงพยาบาลก็เคยจัด ก็มีความรู้สึกว่ามันก็แค่นั้นแหละ แต่ใครจะไปทำจริงในเชิงปฏิบัติก็แล้วแต่ ทางทฤษฎีอาจมีแค่นั้น ในส่วนของเวชปฏิบัติทั่วไป เช่น การรักษาไข้ไหมคะ ในแผนแพทย์อะไรอย่างนี้นั้นก็น่าจะดีกว่า อาจจะมีลวดวันที่แพทย์มาได้ดีขึ้น แล้วอาจจะมีความมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, L133-139)

“PCU (การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน) โดยจริงๆแล้วความหมายมันก็คือ ดูแลทั้งหมด ทั้งครอบครัว ไม่ใช่ว่ามารักษาแล้วกลับบ้านไป มันต้องดูว่า คนไข้ทำไมถึงเป็นโรคเรื้อรังทั้งบ้าน เป็นกันหมด มันต้องดูแลกันถึงครอบครัว ถ้าเรามีพยาบาลเวชปฏิบัติตรงนี้ มันจะทำให้ลดอัตราป่วยของประชากร..ถ้ามีพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ทำให้เขาเข้าใจในการปฏิบัติตัวของคนไข้ คนไข้ก็อาจจะน้อยลงไม่ต้องพึ่งยา ก็อยากเรียน อยากไปเพิ่มความรู้เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, L267-291)

ประเด็นที่ 5 ความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลที่มีความสุขใจ มีความภาคภูมิใจ จากการทำงาน ทั้งนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว โดยพยาบาลพบว่าตนเองมีความสุข สนุก ภาคภูมิใจ มีอิสระในการทำงาน และมีเวลาเป็นของตัวเองมากขึ้น จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน 7 ใน 15 ราย พบว่า ตนเองมีความสุขและรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำงานในการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“มีความรู้สึกว่ามีอิสระในการทำงานระดับหนึ่ง ในงานของเราก็คือการดูแลคนไข้ที่มีความสุขมากเลย การที่เราได้มาหาเราและก็ตรวจ เราก็ให้คำแนะนำเขา ได้ดูแลเขา ได้รู้จักเขา นี่ เป็นความสุขอย่างหนึ่ง และก็ทำหน้าที่แทนแพทย์ตรงนั้น รู้สึกเป็นความสุข ความภูมิใจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, L 325-328)

พยาบาลรายหนึ่งเล่าถึงความรู้สึกต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนว่า เหมือนกับเป็นการทำงานอีกโลกหนึ่งที่มีอิสระในการทำงาน ไม่วุ่นวาย อีกทั้งตนเองยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสและตัดสินใจต่างๆได้ด้วยตนเอง

“คนไข้เขาน่าสงสารนะ พอเราได้ช่วยเหลือเขาแล้ว เราารู้สึกดี รู้สึกเหมือนเราได้ช่วยเขา เขาเป็นคนต่างด้าว ถ้าเกิดเขาไม่มาที่เรา เขาก็ไปที่ไหนไม่ได้ อย่างน้อย เราก็ได้ไปช่วยเขา ไปอยู่ใกล้ๆเขา เพราะยังไงเขาผ่านด่านเข้ามาไม่ได้เพราะมี ด่านตม. (ด่านตำรวจตรวจคนเข้าเมือง) ถ้าเกิดเราไม่ไป ก็จะไม่ได้รับการรักษา แต่พอเราไปนี่ถ้าเกิดอาการหนักฉุกเฉินเราก็รีบพอร์มาได้ (ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ) เราก็รู้สึกเหมือนเราได้ทำความดีขึ้นมา..รู้สึกดีเหมือนกัน คือ ตอนแรกเราได้ช่วยเหลือคน อีกอย่างหนึ่ง ปลีกวิเวกด้วย ไม่ค่อยได้เจอผู้คนเราเป็นส่วนตัว เรามีเหมือนเรามีสิทธิที่จะทำอะไรก็ได้ในทางที่ถูกต้อง ก็คือ เป็น

อิสระมากกว่า อิสระในการทำงาน ผู้บังคับบัญชาน้อย ถ้าเกิดอยู่โรงพยาบาลมันเยอะ วุ่นวาย ปลีกวิเวก เป็นโลกส่วนตัวอีกโลกหนึ่งการทำงาน ก็คือจะไม่มีใครมายุ่งกับเรา เราจะบริหารจัดการกันเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L268-275, 365-375)

นอกจากนี้พยาบาลมีความรู้สึกพึงพอใจ และภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของพยาบาลได้อย่างครบถ้วน โดยได้ให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังคำกล่าว

“รู้สึกพอใจค่ะ รู้สึกเหมือนเราเป็นที่พึ่งให้กับคนได้อีกหลายคน คือ พอมีเรื่องเดือดร้อน ไม่สบาย มีเรื่องทุกข์ร้อนอะไร นอกจากรักษาโรคแล้ว เราก็ยังได้พูดคุยหรือให้กำลังใจกับครอบครัว กับปัญหาต่างๆของเขาได้อีก จากการทำที่เราอยู่เวรนานๆ เราจะรู้สึกเหมือนว่า เราทำงานเป็น routine คือขึ้นเวร พอได้เวลาพักผ่อน พอได้เวลาชิลๆ ทำอย่างนี้เหมือนเราทำกับเขาเหมือนไม่ใช่มนุษย์ เหมือนเขาเป็นวัตถุอะไรสักอย่างที่เราทำงานตามตารางเวลาถ้าเราอยู่โรงพยาบาล แต่ถ้าเรามาอยู่ที่นี่ เหมือนเขาคือ คนหนึ่งที่เราจะต้องให้การดูแลทั้งด้านการเจ็บป่วย ทั้งด้านจิตใจเขาด้วย เรามีเวลามากกว่าในการที่จะพูดกับเขา เริ่มรู้สึกชอบกับชีวิต กับบรรยากาศการทำงานในลักษณะนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, L272-288)

“รู้สึกสนุกกับงานแล้วก็ประทับใจ รู้สึกดีใจที่ได้มาทำงานส่วนนี้ เพราะว่าอย่างน้อย ทำให้เราได้รับประสบการณ์ตรงนี้แล้วเราก็ได้รู้การดำเนินชีวิตของชาวบ้าน ซึ่งแต่ก่อนเราไม่รู้เลย เราทำงานแต่ในโรงพยาบาล เราก็อยู่คือตั้งรับอย่างเดียว แต่ตอนนี้คือไม่ใช่เราลงรุกถึงครัวเขาเลย ถึงบ้านเขาเลย..เขาเริ่มที่จะเชื่อใจเรา เริ่มเล่าให้เราฟังเกือบทุกเรื่อง เพราะเขาได้เห็นหน้าเราที่อ่อนน้อม เขาจำเราได้ เขาทัก เราเริ่มมีความรู้สึก ว่า รู้สึกดีใจว่า สิ่งเหล่านี้ เราไม่เคยได้รับจากที่เราทำงานในโรงพยาบาลเลย แต่หลังจากที่เราออกมาทำงานในชุมชน เราได้สิ่งนี้กลับมา ก็คือได้ความรู้สึกที่ดีก็กลับมาจากชาวบ้าน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, L412-425)

“อยู่อย่างนี้ก็สบาย คืองานมันเยอะจริงแต่เรา มีความรู้สึก ว่า เราทำได้ ปัญหาในเรื่องการทำงานก็น้อย เราก็เคยอยู่โรงพยาบาลมาก่อนก็จะรู้ การที่จะแย่งกันมันน้อย ความสบายใจมันเยอะ คนเยอะปัญหามันก็เยอะ นำปวดหัว สบายใจนะพี่ มีความสบายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, L409-423)

พยาบาลมองการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ว่าเป็นการทำงานที่ทำให้ตนเองได้เปิดกว้างทางความคิดเนื่องจากได้ทำงานกับบุคคลหลากหลาย ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น มั่นใจในเรื่องของการรักษาคนไข้และการทำงานร่วมกันกับชุมชน ดังคำกล่าว

“การทำงานกับชุมชน จากที่ได้เคยทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพมา จะมีทัศนคติที่ค่อนข้างดีกับงานชุมชน รู้สึกดีกับงานPCU(ศูนย์สุขภาพชุมชน)ทำงานแล้วสบายใจ ทำงานแล้วรู้สึกว่าได้ประสบการณ์ต่อตัวเองมากขึ้น ตอนนี้พยาบาล PCU ทุกคนมีใจกับการทำงาน จริงๆแล้วงานไม่หนัก งานสนุก แล้วก็งานสบาย เป็นงานที่เราสามารถรู้จักคนได้หลายอาชีพ ได้หลายหน้าหลายตา ทำให้ความคิดเปิดกว้าง แล้วก็ปรับเปลี่ยนไปได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, L28-34, 356-358)

การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากพยาบาลจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สะดวกในการรับบริการแล้ว ยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วย ดังคำกล่าวของพยาบาล

“มีพยาบาลวิชาชีพมาที่นี่ เหมือนกับคนไข้ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่ต้องไปโรงพยาบาล มาที่นี่ก็ได้รับการรักษาที่ดีเหมือนกัน และเหมือนเราได้กระจายความรู้ไปให้พี่น้องๆในสถานีอนามัย เขาจะได้อะไรเทคนิคต้องทำอะไรให้มันถูกต้องหลัก แคร่ความรู้ซึ่งกันและกัน งานบางอย่างที่เราไม่รู้ เช่น งาน สสม. (งานสาธารณสุขมูลฐาน) เราไม่รู้ อย่างงานการเงินเราไม่รู้ แต่ที่เขาจะเก่ง เราต้องถามพี่เขาตรงนี้เหมือนกัน ก็ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, L295-302)

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี พบประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Category) ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : การเปลี่ยนบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อการทำงานที่บทบาทหน้าที่ และลักษณะงานที่มีความแตกต่างกันไป มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่

ก) ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง เป็นความรู้สึกไม่แน่ใจในความรู้ ความสามารถของพยาบาลที่มีต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

ข) การเปลี่ยนลักษณะงาน เป็นความรู้สึกของพยาบาล ที่มีต่อลักษณะงานที่ได้ปฏิบัติ

ซึ่งเป็นการทำงานที่มีความแตกต่างไปจากเดิม การเปลี่ยนลักษณะงานนี้ ประกอบด้วย การออกสำรวจบ้าน และการจัดทำแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว งานเกี่ยวกับระบบรายงาน และงานด้านการตรวจรักษาโรค

ประเด็นที่ 2 : การสนับสนุนการทำงาน เป็น การรับรู้ตามประสบการณ์ของพยาบาลต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในด้านการสนับสนุนของผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา และมีความจำกัดในทรัพยากรต่างๆที่เอื้อต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่

ก) การนิเทศติดตามจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา การที่พยาบาลมีความรู้สึกถึงความต้องการการดูแลนิเทศ และติดตามการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา

ข) ทรัพยากรและแรงจูงใจ การที่พยาบาลมีความรู้สึกว่า การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความจำกัดในด้านกำลังคน การบริหารจัดการ และมีความไม่เหมาะสมในเรื่องค่าตอบแทน ซึ่งมีผลต่อการจูงใจในการปฏิบัติงาน

ประเด็นที่ 3 : การปรับตัว หมายถึง การที่พยาบาลพยายามทำความเข้าใจในความแตกต่างของระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมการทำงานแล้วยอมรับสภาพตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไปได้อย่างราบรื่น มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 1 ประเด็น คือ

ก) การยอมรับ เป็นการปรับตัวของพยาบาลโดยพยายามทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล ปล่อยวางต่อเรื่องที่ทำให้ไม่มีความสุข มองโลกในแง่ดี และทำงานด้วยความยืดหยุ่นทั้งต่อผู้ร่วมงานและผู้มารับบริการ

ประเด็นที่ 4 : การพัฒนาตนเอง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้พยายามที่จะพัฒนาความรู้และความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะสามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่

ก) การพัฒนาการทำงาน เป็นความพยายามของพยาบาลที่ต้องการปรับปรุงแนวทางการทำงานของตนเอง โดยยึดมาตรฐานในการทำงาน และค้นหาข้อบกพร่องจากการทำงานเพื่อที่จะได้นำมาแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ข) การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม พยาบาลได้พัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองโดย

ศึกษาจากผู้มีความรู้ จากเอกสาร ตำรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความรู้ทางด้านการรักษา และมีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อในด้านเวชปฏิบัติทั่วไป หรือเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาปรับปรุง และแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 5 : ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว โดยพยาบาลรู้สึกว่ามีความสุขใจ ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้านอย่างใกล้ชิด มีอิสระในการทำงาน และมีเวลาเป็นของตัวเองมากขึ้น

ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่สรุปได้เป็นประเด็นต่างๆ ได้เสนอเป็นภาพแสดง ดังแสดงในภาพแสดงที่ 1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพแสดงที่ 1 ประสพการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสพการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน

ประเด็นที่ 1 : การเปลี่ยนแปลงบทบาท

- ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง
- การเปลี่ยนลักษณะงาน

ประเด็นที่ 3 : การปรับตัว

- การยอมรับ

ประเด็นที่ 5 : ความพึงพอใจในงาน

ประเด็นที่ 2 : การสนับสนุนการทำงาน

- การนิเทศติดตามจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา
- ทรัพยากรและแรงจูงใจ

ประเด็นที่ 4 : การพัฒนาตนเอง

- การพัฒนาการทำงาน
- การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

บทที่ 5

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care units) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความข้อมูล (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นที่ได้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ตรงของบุคคล หรือกลุ่มคนที่ได้เข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยจะศึกษา (Heidegger, 1927 / 1962 cited in Leonard, 1989; Juethong, 1998) ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยการแปลความข้อมูล (Interpretive) ตามแนวคิดของ Leonard (1989) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์แปลความข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากเขตพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถแบ่งเป็นประเด็นหลัก (theme) และประเด็นย่อย (category) ได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การเปลี่ยนบทบาท ประเด็นย่อย ได้แก่ ก) ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และ ข) การเปลี่ยนลักษณะงาน

ประเด็นที่ 2 การสนับสนุนการทำงาน ประเด็นย่อย ได้แก่ ก) การนิเทศติดตามจากผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา และ ข) ทรัพยากรและแรงจูงใจ

ประเด็นที่ 3 การปรับตัว ประเด็นย่อยได้แก่ ก) การยอมรับ

ประเด็นที่ 4 การพัฒนาตนเอง ประเด็นย่อย ได้แก่ ก) การพัฒนาการทำงาน และ ข) การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

ประเด็นที่ 5 ความพึงพอใจในงาน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในศูนย์สุขภาพชุมชน แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์การทำงานของพยาบาลใน 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : การเปลี่ยนบทบาท

จากผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนบทบาทการทำงานของพยาบาลนั้น พยาบาลยังไม่มี ความชัดเจนในบทบาทใหม่ที่ได้รับมอบหมาย ทำให้เกิดเกิดความรู้สึกสับสนในบทบาท (Role ambiguity) ที่ตนเองได้รับ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การจัดสรรพยาบาลเพื่อให้ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เป็นการ จัดบริการพยาบาลเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบสนองต่อนโยบายที่ต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม การจัดบริการพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องบทบาท หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งยังไม่มี ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านอื่นๆ ด้วย การที่ พยาบาลต้องเผชิญกับการทำงานที่มีบทบาทไม่ชัดเจน ไม่ตรงกับสิ่งที่ตนเองรับรู้และคาดหวังไว้ เป็นความ รู้สึกที่สอดคล้องกับแนวคิดของ สุกัทธ ฮาสสุวรรณกิจ (2546) ที่ว่า เจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยังขาดความเข้าใจในหลักการและแนวคิด ทำให้ไม่เข้าใจบทบาทที่ชัดเจนของตนเองและทีมงาน นอกจากนี้ ยังขาดการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย สอดคล้องกับ ภูษิต ประคองสาย (2545) ที่กล่าวว่า เจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนของสถานีอนามัยและโรงพยาบาล ที่ไปสนับสนุนยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนทำให้การร่วมมือทำงานเป็นทีมยังไม่ชัดเจน ความไม่ชัดเจน ดังกล่าว ก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งภายในตนเอง และขัดแย้งกับผู้ร่วมปฏิบัติงานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจเกิดความขัดแย้งกันในเรื่องของอำนาจในการบริหารจัดการ หรืออาจเกิดความขัดแย้งในเป้าหมายของ การทำงานที่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545) ที่กล่าวว่า บทบาท ที่สมาชิกต้องเผชิญมีความสำคัญและมีผลต่อการปฏิบัติงาน ความไม่ชัดเจนของบทบาทเกิดขึ้นได้เมื่อ บุคคลไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนคาดหวัง หรือไม่เข้าใจเป้าหมายของบทบาท หรืออาจเกิดได้จากการไม่ได้รับการ ปฐมนิเทศอย่างเพียงพอเกี่ยวกับบทบาทที่ควรปฏิบัติ หรือผู้บริหารมอบบทบาทที่ไม่แน่นอนให้ปฏิบัติ หรือองค์กรอาจเปลี่ยนแปลงงานหรือโยกย้ายคนไปยังสถานที่ทำงานอื่น จึงทำให้เกิดความสับสนในงานที่ ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ เสนาะ ดิยาวี (2540) ที่กล่าวว่า การกำหนด อำนาจหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน การมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสมกับความสามารถ และการจัดแผนงานที่ไม่มี ความสอดคล้องกันจะทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อพยาบาลได้รับมอบหมายให้ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว พยาบาลได้สำรวจเกี่ยวกับสมรรถนะในการทำงานของตนเอง และพบว่าไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ดังประเด็นย่อย (category) ความไม่มั่นใจในสมรรถนะ ดังนี้

ก) ความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง

เมื่อพยาบาลรับรู้ว่าจะต้องทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีลักษณะการทำงานที่แตกต่างไปจากการทำงานในลักษณะเดิม พยาบาลได้สำรวจความรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการทำงาน และมีความรู้สึกไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่พยาบาลต้องทำงานทางด้านการตรวจรักษาโรค ซึ่งโดยปกติแล้วขณะที่ทำงานในโรงพยาบาลพยาบาลมิได้ทำการตรวจรักษาโรค เนื่องจากมีแพทย์เป็นผู้ตรวจ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลบางรายก็ทำงานทางด้านเอกสารวิชาการ ดังนั้นเมื่อพยาบาลต้องมารับงานด้านการรักษา จึงมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการทำงานบทบาทนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Savichi and Cooley (1987 อ้างถึงใน เสนาะ ตีเยาว์, 2540) ที่ว่าความรู้สึกไม่มั่นใจในการทำงานสามารถเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดัน อันเกี่ยวข้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือความเจ็บป่วย และต้องตัดสินใจในความเป็นความตายของผู้อื่น

นอกจากนั้นแล้ว พยาบาลยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจในการทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับชุมชน เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการทำงานในลักษณะเชิงรุกที่ต้องเข้าถึงชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพของประชาชนในลักษณะองค์รวม ซึ่งพยาบาลมีความรู้สึกไม่มั่นใจและสร้างความกดดันในการทำงานให้กับพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2546) ที่กล่าวว่า นอกจากความรู้ด้านคลินิกแล้ว องค์ความรู้และทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การมองปัญหาเชิงระบบมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งหากผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจก็จะเกิดความทุกข์ในการปฏิบัติงานได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อพยาบาลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง จึงได้พยายามเตรียมตัวโดยสำรวจและประเมินข้อบกพร่องของตนเองเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้มีประสิทธิภาพ และจากผลการศึกษพบว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับการเตรียมความรู้ด้านการรักษาพยาบาล โดยพยายามเพิ่มพูนความรู้ด้านการรักษา และลักษณะการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยศึกษาจากตำรา และเอกสารต่างๆ รวมทั้งเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค ในอันที่จะได้นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ ธงชัย สันติวงษ์ (2537) ที่กล่าวว่า การอบรมมีส่วนสำคัญที่

จะช่วยพัฒนาให้พนักงานมีความรู้ความสามารถพร้อม เพื่อการเลื่อนขั้นไปสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น หรือโอนย้าย ไปสู่ตำแหน่งอื่น เมื่อพยาบาลได้ประเมินตนเองและทราบถึงข้อบกพร่อง และพัฒนาตนเองให้มีความพร้อม ต่อการทำงาน ก็จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง เพื่อที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชบา ประสารอริคม (2543) ที่พบว่า พยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง จะมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง และเห็นว่าตนจะสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข) การเปลี่ยนลักษณะงาน

ลักษณะการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กล่าวคือ พยาบาลต้องมองสุขภาพของบุคคลในภาพรวม และร่วมทำงานกับสหสาขาเพื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของ บุคคลทั้งระดับครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับ ทศนา บุญทอง (2543) ที่กล่าวว่า พยาบาลในระดับ ปฐมภูมิจะต้องประสานการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ ในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ กองการพยาบาล (2545) ที่ว่า พยาบาลวิชาชีพจะมีบทบาทสำคัญในการประสาน ความร่วมมือ และสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพในพื้นที่กับองค์กรต่างๆ ในชุมชน นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องทำงานเชิงรุก โดยการลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนที่บ้าน มีการ การออกสำรวจหมู่บ้าน และจัดทำแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว (Family folder) ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญ โดยที่พยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องทำการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรให้ ครบคลุมทุกหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้สึกสับสน ขัดแย้ง และไม่เข้าใจเกี่ยวกับการสำรวจหมู่บ้าน โดยยังขาดความเข้าใจถึงประโยชน์ที่ได้จากการจัดทำแฟ้มสุขภาพ ประจำครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัวนั้น ภายในแฟ้มมีรายละเอียด ของข้อมูลจำนวนมาก ประกอบกับประชากรในส่วนที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก พยาบาลจึงมีความรู้สึกว่าเป็นลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับแนวคิดของ ภูษิต ประคองสาย (2545) ที่กล่าวว่า จำนวนประชากรมากมีผลต่อการจัดทำระบบรายงานที่มีจำนวนมากขึ้นด้วย เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ต้องบันทึกและจัดเก็บ โดยเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจถึงการจัดทำแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว และ คิดว่าเป็นเพียงการสำรวจให้แล้วเสร็จ ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ที่แท้จริง

จากปัญหาด้านการขาดแคลนแพทย์ ในการออกให้บริการตรวจรักษาโรคในศูนย์สุขภาพ ชุมชน ทำให้งานด้านการตรวจรักษาโรคแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ละเอียด แจ่มจันทร์ (2545) ที่ว่า บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน ยังมีความ

สับสนและเหลื่อมทับซ้อนกัน ระหว่างบทบาทของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า แพทย์มีความสำคัญมากในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย เนื่องจากการออกให้บริการตรวจรักษาของแพทย์ เป็นการสนองต่อความต้องการของคนไข้ นอกจากนี้พยาบาลยังรู้สึกว่าการทำงานด้านการรักษาแทนแพทย์นี้ ส่งผลต่อการทำงานในด้านอื่นๆของตนเอง โดยทำให้ไม่สามารถทำงานด้านอื่นๆได้เต็มที่ เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการรักษาผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้เป็นไปตามที่พยาบาลได้คาดหวังไว้ ทั้งนี้พยาบาลคาดหวังว่าการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เป็นการทำงานเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับการรักษาในสถานบริการ แต่อย่างไรก็ตามควรพัฒนาพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีความรู้ทางด้านงานเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

แม้ว่าพยาบาลต้องเผชิญกับการทำงานที่มีบทบาทไม่ชัดเจน โดยมีความรู้สึกว่างานที่ได้รับมอบหมายนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ตนเองรับรู้และคาดหวัง และมีลักษณะการทำงานที่ไม่คุ้นเคย แต่อย่างไรก็ตามความไม่ชัดเจนเหล่านี้จะลดลงได้ หากจัดให้มีการปฐมนิเทศอย่างเพียงพอ กำหนดงานและขอบเขตของบทบาท รวมทั้งมีการฝึกอบรมและให้คำแนะนำก่อนการทำงาน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545) นอกจากนั้นแล้ว ควรมีการทบทวนบทบาทของสมาชิกในทีมอย่างสม่ำเสมอ กำหนดความรับผิดชอบและมีการวางแผนการทำงาน รวมถึงการเรียนรู้งานของคนอื่นในทีม และหาทางช่วยเหลือกันและกัน (Fisher, Rayner and Belgard, 1995 อ้างถึงใน วรรณฤดี เชาวศรีกุล, 2544) จะสามารถทำงานต่อไปได้อย่างราบรื่น และยังเป็นการสร้างโอกาสที่จะพัฒนาตนเองให้ได้รับความสำเร็จ และมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและเป็นที่ยอมรับของสังคมต่อไป

ประเด็นที่ 2 : การสนับสนุนการทำงาน

การรับรู้ของพยาบาลต่อการได้รับการสนับสนุนทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในด้านการนิเทศติดตามการทำงานของผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา และมีความจำกัดในทรัพยากรต่างๆที่เอื้อต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ความไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการภายในศูนย์สุขภาพชุมชน การบริหารเวชภัณฑ์ และความไม่เหมาะสมของค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่

ก) การนิเทศติดตามจากผู้บริหารและผู้บังคับบัญชา

ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการสร้างขวัญและกำลังใจต่อการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของ เสนาะ ตีเยาว์ (2540) ที่ว่าหากผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจต่อการปฏิบัติงานและคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ใต้บังคับบัญชา จะส่งผลต่อความร่วมมือในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนและยอมรับในคุณค่าของงานที่ได้รับมอบหมาย จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความตั้งใจอย่างมากในการปฏิบัติงาน เนื่องจากได้รับความไว้วางใจให้ทำงานและพัฒนางานได้อย่างเต็มที่ แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลมีความรู้สึกว่าการได้รับการตรวจเยี่ยม การนิเทศงานเพื่อรับฟังปัญหาต่างๆในการทำงาน และให้การส่งเสริมสนับสนุนการทำงานอย่างจริงจังต่อเนื่อง จะทำให้เกิดขวัญและกำลังใจต่อการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายนั้น ให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Herzberg (1959 อ้างถึงใน ภาวนา ประดิษฐ์, 2544) ที่ว่า เมื่อบุคคลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงาน และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการทำงานของตนเองได้นั้น จะเป็นสิ่งกระตุ้นและสนับสนุนให้บุคคลทำงานอย่างเต็มความสามารถ โดยมีผู้บังคับบัญชาคอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติ รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำงาน และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nyberg (1989 อ้างถึงใน พรกมล รักษา, 2544) ที่กล่าวว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องสนับสนุนเอาใจใส่ดูแลผู้ใต้บังคับบัญชา และควรมีเวลาที่จะรักษาความรู้สึกของผู้ใต้บังคับบัญชา โดยการตรวจเยี่ยมนิเทศ ติดตามงานให้โอกาสพบปะ พูดคุยเพื่อเรียนรู้สิ่งแวดล้อม รับฟังเรื่องราว ปัญหา ความสำเร็จและความรู้สึกต่างๆที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่จากการทำงานภายในสถานการณ์ต่างๆ

ข) ทรัพยากรและแรงจูงใจ

การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรต่างๆต่อการดำเนินงานนั้น นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่จะเร่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน จากผลการวิจัยพบว่า การมีบุคลากรที่จำกัดส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่คาดหวัง ทั้งนี้การสนับสนุนปัจจัยทางด้านบุคลากร ก็นับว่ามีความสำคัญต่อการทำงานมาก ซึ่งโดยปกติแล้วการทำงานในระดับปฐมภูมิ ควรจะมีการแบ่งขอบเขตความรับผิดชอบ ตามสภาพพื้นที่ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้หน่วยบริการแต่ละแห่งรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) และจัดสรรทรัพยากรตามจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ โดยคำนึงถึงภารกิจที่ควรมีในสถานบริการเป็นหลัก ซึ่งการคำนวณดังกล่าวใช้ข้อมูลทางด้านภูมิศาสตร์สนเทศ หรือ Geographic Information System (GIS) มาเป็นเครื่องมือในการจัดทรัพยากร (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2545) แต่ในความเป็นจริงแล้ว การแบ่งขอบเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) นั้นยังอิงต่อการแบ่งเขตตามเขตการปกครองของมหาดไทย จึงทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนในแต่ละแห่ง

มีประชากรในความรับผิดชอบเป็นจำนวนมากกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้จากกล่าวได้ว่า จำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผลต่อปริมาณงานของพยาบาลวิชาชีพด้วย ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารจึงควรให้การสนับสนุนปัจจัยด้านทรัพยากร ให้เกิดความเหมาะสมกับงานที่ได้มอบหมายให้ปฏิบัติด้วย

ในด้านค่าตอบแทนการทำงานนั้น นับว่ามีความสำคัญต่อการสร้างขวัญและกำลังใจที่จะพัฒนางานต่อไปดังคำกล่าวของ เสนาะ ตีเียว (2540) ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเมื่อทำงานก็หวังได้ผลตอบแทนทางด้านการเงินและสอดคล้องกับ Herzberg (1959 อ้างถึงใน ภาวนา ประดิษฐ์, 2544) ที่ว่า ค่าตอบแทนเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายและเป็นปัจจัยจำเป็น (Hygiene factors) ที่ช่วยให้บุคคลในองค์กรเกิดความพอใจ และมีความสุขในการทำงาน ทั้งนี้ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล คิดเป็น 500 บาทต่อผลัด ในขณะที่ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน คิดเป็น 200 บาทต่อผลัด จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความรู้สึกที่ค่าตอบแทนที่พยาบาลวิชาชีพได้รับนั้น ไม่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถในฐานะวิชาชีพ จึงเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน ความรู้สึกดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor (1911 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ราชธนบริบาล, 2544) ที่พบว่า เงินเป็นการให้ผลตอบแทนที่จูงใจให้คนปฏิบัติงาน ผลตอบแทนที่เป็นเงินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลการทำงาน ถ้าผลตอบแทนเหมาะสมเป็นธรรมและผู้ปฏิบัติพอใจ บุคคลนั้นจะสามารถทำผลผลิตได้มาก อย่างไรก็ตาม พยาบาลได้พยายามติดตามและเสนอเกี่ยวกับการให้ค่าตอบแทนการทำงานที่เหมาะสม โดยเชื่อว่าค่าตอบแทนจะมีส่วนสร้างแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติงาน ต่อไป

ประเด็นที่ 3 : การปรับตัว

การปรับตัว เป็นพยายามทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมการทำงาน แล้วยอมรับสภาพตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไปได้อย่างราบรื่น มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 1 ประเด็น คือ ก) การยอมรับ

ก) การยอมรับ

จากการวิจัยพบว่า พยาบาลได้ปรับตัวต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นสถานที่ทำงานใหม่ สิ่งแวดล้อมใหม่กับบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรมการทำงาน โดยยอมรับในลักษณะการทำงานของมันและกัน รวมทั้งปรับแนวทางการให้บริการกับประชาชนให้มีความสมดุลของการบริการทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ พยาบาลได้ปรับตัวยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นต่อการทำงานร่วมกันผู้ร่วมงาน เพื่อให้สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุได้ตามเป้าหมาย สอดคล้อง

กับฟิลิซ สาร์วิจิตร (2525) กล่าวว่า บุคคลจะปรับตัวได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับหลักแห่งการยอมรับ โดยบุคคลต้องยอมรับสภาพแห่งความเป็นจริงของตน โดยต้องรู้จักตนเองดีทั้งในด้านความสามารถความต้องการ และจุดอ่อนของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Cooper (1974, อ้างถึงใน เจริญพร ตรีเนตร, 2543) ที่กล่าวว่า ผลสุดท้ายของกระบวนการในสังคมประคิตของวิชาชีพ บุคคลจะกลายเป็นบุคคลใหม่ที่มีความสามารถทางทักษะในการปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ มีค่านิยม ทศนคติที่จะปฏิบัติงานได้ตามความคาดหวังของสังคม ประกอบกับการทำงานด้วยกันกับเจ้าหน้าที่เดิมในสถานีนามั้ยเป็นเวลานานๆ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เริ่มมีความสนิทสนม คุ่นเคยและช่วยเหลือการทำงานของคนและกัน จึงเกิดเป็นความสนิทสนมรู้ใจและร่วมมือกันทำงานต่างๆได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับ เสนาะ ดิยาวี (2540) ที่กล่าวว่า ความสนิทสนมระหว่างบุคคลเกิดขึ้นจากการไปมาหาสู่กันจนเกิดความเป็นกันเอง อีกทั้งการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างกัน นอกจากจะทำให้เกิดความคุ่นเคยแล้ว ยังทำให้คลี่คลายสถานการณ์ต่างๆทั้งส่วนตัวและส่วนรวมได้

ประเด็นที่ 4 : การพัฒนาตนเอง

การพัฒนาตนเอง เป็นการปรับปรุงและหาแนวทางในการเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาล เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงาน มีประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น คือ

ก) การพัฒนาการทำงาน

ข) การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

เมื่อพยาบาลทำงานมาจนเกิดการปรับตัวและคุ่นเคยกับการทำงานแล้ว จากการวิจัยพบว่า พยาบาลเริ่มรู้สึกถึงปัญหาที่ส่งผลต่อการทำงานของตนเอง จึงมีความคิดที่จะแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงานของตนเอง โดยพยาบาลได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือ ตำรา และเอกสารต่างๆ รวมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน กับเพื่อนที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งอื่น สอดคล้องกับแนวคิดของ Megginson and Pedler (1992) ที่ว่า การแก้ไขข้อบกพร่องของตนเองนั้น ทำได้โดยการแสวงหาความรู้ หาแหล่งข้อมูลที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถ ที่จะนำมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้กับการทำงาน พัฒนางานให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลได้ขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานจากพยาบาลรุ่นพี่ ที่มีประสบการณ์การทำงานแล้วนำมาประยุกต์ใช้กับการทำงานของตนเอง สอดคล้องกับ Knowles (1975) ที่ว่า บุคคลจะมีวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการพบปะบุคคล หรือการศึกษาจากเอกสาร และสอดคล้องกับ วันทนา ศิลปิน (2539)

ที่ว่า การพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ความคิด และประสบการณ์กับบุคคลอื่นๆ ที่ทำงานเรื่องเดียวกัน จะเป็นการส่งเสริมสมรรถนะในการทำงานได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีความคิดที่จะศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว เนื่องจากเห็นว่า การบริการพยาบาลปฐมภูมิ เป็นการบริการที่มีความลึกซึ้งซับซ้อน และผสมผสานความรู้ในหลายๆด้านมาใช้ในการให้บริการ และหลักสูตรดังกล่าวจะช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงประสงค์ที่จะพัฒนาตนเองให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสุภาณี อ่อนชื่นจิตร และอุดม พานทอง (2543) ที่กล่าวว่า ควรจะพัฒนาพยาบาลให้ดำเนินงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัวต่อไป สอดคล้องกับผลการทดลองจัดบริการศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2532) พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวสามารถดำเนินงานได้ตรงกับความต้องการของชุมชน ดังนั้น พยาบาลจึงมีพยายามหาโอกาสที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้นำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

ประเด็นที่ 5 : ความพึงพอใจในงาน

ความรู้สึกพึงพอใจในงานของพยาบาล ต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เป็นความสุขที่ได้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเอง ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำงานในลักษณะนี้ เนื่องจากเป็นการทำงานที่สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สอดคล้องกับ ธีระ วีระธรรมสาธิต (2532 อ้างถึงในวรรณฤดี เขาว์ศรีกุล, 2544) ที่ว่า ความรู้สึกพึงพอใจในงาน อาจเกิดจากการทำงานที่มีความน่าสนใจ และตนเองมีความสำคัญต่องานนี้ นอกจากนี้ พยาบาลยังได้มีโอกาสดูแลชาวบ้านด้วยความใกล้ชิด และรู้สึกได้ถึงความมีน้ำใจไมตรีของชาวบ้าน สามารถทำงานได้อย่างมีอิสระ โดยมีอิสระในการคิดสร้างสรรค์ผลงาน มีอิสระในการปฏิบัติงาน สามารถตัดสินใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้วยตนเองได้มากกว่าอยู่โรงพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับภาวณา ประดิษฐ์ (2544) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีอิสระในการคิดและตัดสินใจการทำงานด้วยตนเอง จะทำให้เกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และมีความต้องการที่จะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพดีด้วยความมีอิสระในการทำงานมีความจำเป็นในการทำงาน เป็นสภาพแวดล้อมทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ปฏิบัติงาน จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารให้สามารถวางแผน กำหนดวิธีการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ ทำให้สามารถทำงานได้อย่างคล่องตัว พยาบาลจึงมีโอกาสใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีความสุขในการทำงานของตนเองได้อย่าง

อิสระ สอดคล้องกับแนวคิดของ Parker and Wall (1998 อ้างถึงใน ภาวนา ประดิษฐ์, 2544) ที่ว่า ความมีอิสระในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถนำไปเป็นประโยชน์ต่องานการพยาบาลได้ใน 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเข้าใจถึงลักษณะการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมต่อการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการประชุมพิเศษบุคลากรทางการพยาบาลให้เกิดความเข้าใจในการทำงานต่อไป

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับพยาบาลที่ประสงค์จะปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ให้เข้าใจถึงลักษณะงานและแนวทางการทำงาน
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบหรือดัชนีวัดความสำเร็จการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไป
2. สามารถพัฒนาความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้ไปสู่การวิจัยอื่นๆ ซึ่งอาจจะเป็นการพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จของการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง. (2545) . **แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ .**

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง. (2544) . **มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน .พิมพ์ครั้งที่ 2.**

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรัส สุวรรณเวลา.(2544) . **สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์.** กรุงเทพมหานคร:

บริษัทดีไซร์.

จิตตินันท์ พงสุวรรณ และคณะ. (2543) **ประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ใหญ่**

ในอำเภอกระแสนิ่ง จังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 20

(กันยายน - ธันวาคม 2543) : 211 - 233.

เจริญพร ตริเนตร. (2543). **ประสบการณ์การพัฒนาดตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่ได้รับการ**

การฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการ
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนาศ นุญทอง. (2544). **แนวความคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ:ระบบและบทบาทพยาบาลในระดับ**

ปฐมภูมิ. การสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. (60-71).

ทัศนาศ นุญทอง . (2543). **ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการที่พึงประสงค์**

ในอนาคต . กรุงเทพมหานคร .

ธงชัย สันติวงษ์. (2537). **องค์กรและการบริหาร .** พิมพ์ครั้งที่ 9 . กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

นิตา ชูโต . (2545). **การวิจัยเชิงคุณภาพ.**พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร : บริษัท แมทส์ปอยท์ จำกัด.

บุษบา ประสารอริคม . (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ สภากาแฟล้อม**

ในการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ . (2538) . **การศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี . (2541) . **บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม** . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ (2543) . **เหลียวมองประสบการณ์การกระจายอำนาจที่ประเทศฟิลิปปินส์** . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พรกมล รักษา . (2544) . **ประสบการณ์การได้รับการดูแลจากหัวหน้าผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสิทธิ์ สารวิจิตร. (2525) . **วิทยุทธศาสตร์การพัฒนาดตนเองและบุคลิกภาพจากระดับอนุบาลถึงปริญญาเอก** . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : พงษ์เจริญการพิมพ์.
- พูลสุข หิงคานนท์ . (2541) . **ความร่วมมือ:บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพ** . **สารสภาคการพยาบาล 2** (เมษายน – มิถุนายน) :23-26.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และจุรีย์ หลงวงศ์.(2543).**ข้อมูลข่าวสารการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ .วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3** (กันยายน – ธันวาคม) :12-21.
- ภรณ์ เชาวกุล. (2542) . **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาลและสภาพแวดล้อมของสถาบัน กับสมรรถนะเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรมนัส กล่อมจันทร์ . (2542) . **การศึกษาชุดข้อมูลพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชน** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ภาวนา ประดิษฐ์ . (2544) . **ความสัมพันธ์ระหว่างความมีอิสระในการทำงาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทการสนับสนุน กับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูษิต ประคองสาย . (2545) . **ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากหลักการสู่ปฏิบัติ** . **โรงพยาบาลชุมชน 6** (มีนาคม-เมษายน): 9-21.

- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ . (2542). **การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง นครศรีอยุธยา**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ . (2545) . **ประสบการณ์ในการเยี่ยมบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ในชนบทห่างไกล . วารสารการศึกษาพยาบาล 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) : 89-92.**
- ลดาวลัย ราชธนบริบาล. (2545) . **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และปัจจัย ด้านองค์กร กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณฤดี เขาร์ศรีกุล. (2544) . **ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ความสามารถในการทำงาน ความหลากหลายในบทบาท และความยืดหยุ่นของทีม กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันทนา ศิลปิน .(2539). **การศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของครูสุขศึกษาระดับมัธยมศึกษา เขตการศึกษา 5**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2545). **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร : ซีรฟิล์มและโซเท็กซ์.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2545). **องค์กรและการจัดการ**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร.
- ศรีเพ็ญ สุภพิทยากุล . (2532) . **การศึกษาและวิจัยด้วยปรากฏการณ์วิทยา. รวมบทความทางวิธีวิทยาการวิจัย เล่ม 1**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงวน นิตยารัมภพงษ์ .(2541) . **ปฏิรูประบบสุขภาพไทย**. นนทบุรี : โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2543). **การพยาบาล :ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร : หจก.วี.พรินติ้ง.
- สมาน รังสียกฤษฎ์ และสุธี สุทธิสมบูรณ์. (2544). **หลักการบริหารเบื้องต้น** . พิมพ์ครั้งที่19. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สัมพันธ์.
- สายสวาท เผ่าพงษ์ . (2542). **พัฒนาการพยาบาล** . กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชุมช่าง.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข .(2545). **มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ** . กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด .

- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข .(2545). **บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจ และใกล้บ้าน**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด .
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2545). **แนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด .
- สุคนธา รัตโน และคณะ . (2544). การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 21 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2544) : 93 -106.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2545) . แนวคิดการบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิ. **พยาบาลสาร** 1 (มกราคม-มีนาคม 2545):1-15.
- สุชาดา เสตะพันธ์ . (2529) . **กิจกรรมพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา และคณะ .(2544). **ข้อเสนอการปรับบทบาท ภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขไทยในอนาคต** .กรุงเทพมหานคร.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร . (2542). **แนวคิดในการจัดบริการแบบปฐมภูมิ และความสัมพันธ์กับการจัดบริการในระดับอื่น** . สถาบันปฏิรูประบบสุขภาพ.(อัดสำเนา)
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2545) .ทิศทางอันสืบสนของการบริหารจัดการนโยบายนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคปี 2546. **โรงพยาบาลชุมชน** 3 (ตุลาคม-ธันวาคม): 8-18.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2546) . การกระจายพยาบาลปี 2546 เครื่องบ่งชี้แห่งการถอยหลังลงคลองของกระทรวงสาธารณสุข. **โรงพยาบาลชุมชน** 6 (พฤษภาคม-มิถุนายน): 9-13.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2546) .กำลังคนด้านสุขภาพ ปัญหาใหญ่ที่รอการแก้ไข. **โรงพยาบาลชุมชน** 5 (มีนาคม-เมษายน): 9-15.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร. (2542). **เวชปฏิบัติครอบครัว.วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 3 (กันยายน-ธันวาคม) : 104-109.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และอุดม พานทอง.(2543). **พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 1 (มกราคม –เมษายน) : 78-84.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์.(2539). **การบริหารการพยาบาล .พิมพ์ครั้งที่ 3**. กรุงเทพมหานคร : จีรัชการพิมพ์.
- เสนาะ ตีเยาว์ . (2540). **การบริหารงานบุคคล**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ .(2541).**บทบาทประชาคมที่ส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 .
กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์.

อรุณลักษณ์ รัตนสาลี. (2545) .การกำหนดค่าตอบแทนตามความสามารถ.**วารสารสาธารณสุขมูลฐาน** 1
(มกราคม-มีนาคม) : 121-134.

ภาษาอังกฤษ

Annell, M.(1996). Hermeneutic phenomenology : Philosophical perspectives and current
Use in nursing research. **Journal of Advance Nursing** :705-713.

Benner. P. (1994). **Interpretive Phenomenology**. California: Sage Publication .

Cohen , M.Z.(1987). A historical overview of the phenomenologic movement . **Image : Journal of
Nursing Scholarship** 19 : 31-34.

Cowles, K. V. (1998). Issue in qualitative research on sensitive topics. **Western Journal of
Nursing Research** 11 :169-179.

Field , P. A. and Morse, J.M. (1985) . **Nursing research : The application of qualitative
approaches** . London .

Frances, K. Y. Wong., et al. (2000). .A Phenomenological study of early nursing experiences in
Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing** 31 : 1509 - 1517

Gadamer, H. G. (1980). **Dailogue and dialectic : Eight hermeneutical studie on Plato**.
(Translated and with an introd. By Smith,P.C.) New Harven : Yale University.

Gates, K. M. (2000) .The Experience of Caring for a Loved One : A Phenomenology Study.
Nursing Science Quarterly13 : 54-58.

Hamric, A.B., Spross, J. A. & Hanson, C. M. (1966). **Advanced Nursing Practice : An Integrative
Approach**. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Holloway, I., and Wheeler, S . (1996). **Qualitative Research for Nurse** : Blackwell Science .

Husserl, E. (1965). **Phenomenology and crisis Philosophy**. New York: Harper Torcchbook.

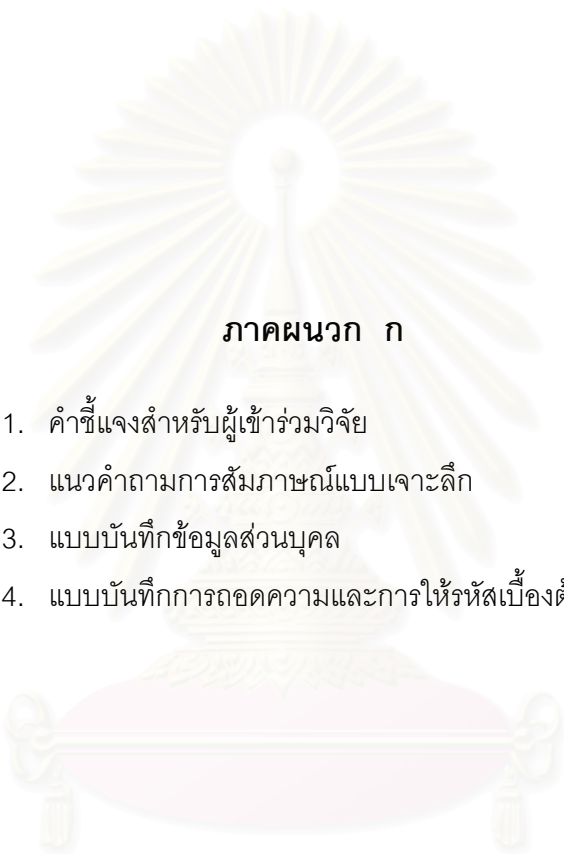
Hughes, C.B. & Trofino, J. (2001). Primary care parish nursing : Outcomes and implications.
Nursing Administration Quarterly / Fall 2001. 26 :45-59.

- Juethong, W. (1998). **Thai Baccalaureate Nursing Students' Caring and Uncaring Lived Experience with Thai Nursing Instructors**. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at George Mason University.
- Knowles, M. S. (1975). **The Modern Practice of Adult Education**. New York : Association.
- Koch , T. (1995) .Interpretive approaches in nursing research : The influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advanced Nursing** 21 :827-836.
- Leonard, V. W. (1989) . A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of Person. **Advances in Nursing Science** 11 : 40-55.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. B. (1985) . **Naturalistic inquiry**. Newbury Park CA : Sage.
- Megginson, D. and Pedler, M. (1992). **Self development : A Facilitator' Guide**. London : Mc Grow Hill.
- Merleau-Ponty, M. (1981). **Phenomenology of perception**. (C. Smith,Trans). New Jersey: Routledge & Kagan Paul.
- Mullhall , P. (1981) . Nursing philosophy and nursing research : **Nursing research** 10 : 176-177.
- Omery , A. (1983) . Phenomenology : a method for nursing research. **Advances in Nurse Science** 5 :49-62.
- Patton, M.Q. (1987). **How to use Qualitative Methods in Evaluation** . California : Sage.
- Pender.G.C. (1984) . **Work motivation : Summary and issues of application**. Illinois:Scott, Fareman.
- Starfield, B. (1996). Public Health and Primary care : A Framework for Proposed Linkage. **American Journal of Public Health** 10 : 1365-1369.
- Streubert , H.J., Carpenter, D.r. (1999) . **Qualitative research in nursing : Advancing the Humanistic Imperative** . 2 ed. Philadepha : J.B. Lippincott.
- Vroom , V.H. (1964). **Work and motivation** . New York : John Wiley & Sons
- Walters , A.J. (1995). The phenomenological movement : Implications for nursing research. **Journal of Advance Nursing** 22 : 791-799.
- Woodcock, Mike. (1989). **Team Development Manual** . 2nd ed. Worcester :Billing and Sons.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องด้วย ดิฉัน นางสาวอัญญา ปลอดเปลื้อง เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสพการณ์ การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน” ทั้งนี้ท่านเป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลและความ คิดเห็นที่จะเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยนี้ ดิฉันใคร่ขอ สัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับประสพการณ์การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของท่าน ซึ่งในขณะที่สัมภาษณ์จะ ขออนุญาตบันทึกเสียง ทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และเสนอผลวิจัย โดยไม่ทำให้เกิดความเสียหายใดๆต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

หากท่านมีข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันยินดีที่จะตอบข้อสงสัยเหล่านั้น ซึ่งท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้ว ท่านก็ยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาตามความต้องการของท่าน โดยไม่มีผลกระทบ ต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ขอขอบคุณในความร่วมมือนะ

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ถูกสร้างขึ้นจากแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ที่ต้องการทราบถึงประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยแนวคำถามนั้น สามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทและสถานการณ์ในการสัมภาษณ์ ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ตีระหว่างผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์จะช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ข้อมูลและแนวคิดที่สำคัญ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะสามารถพัฒนาแนวคำถามในแนวลึกและซับซ้อน เพื่อให้ได้ประเด็นที่เป็นแก่นแท้ของการศึกษาต่อไป สำหรับแนวคำถามในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

คำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล สร้างขึ้นจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย ซึ่งยืดหยุ่นไปตามบริบทของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ตามสถานการณ์ที่จะเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าประสบการณ์ได้ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาคำถามให้มีความลึกซึ้งและเฉพาะเจาะจง ในประเด็นที่มีความสำคัญ และเป็นแก่นของข้อมูล ตัวอย่างของข้อคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา
 - 1.1 แนะนำตัวและชี้แจง
 - 1.2 วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์
 - 1.3 พุดคุยซักถามทั่วไปเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ถูกสัมภาษณ์
 - 1.4 ขออนุญาตบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์
2. แนวคำถามเกี่ยวกับการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.1 เริ่มต้นการสัมภาษณ์ในเรื่องทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุราชการ ระยะเวลาที่เริ่มปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ อาทิเช่น
 - 2.1.1 ตอนนี้คุณอายุเท่าไร ทำงานมากี่ปีแล้ว ระดับการศึกษาเป็นอย่างไร
 - 2.1.2 คุณมาทำงานที่นี่ตั้งแต่เมื่อไร การทำงานที่นี่เป็นอย่างไรบ้าง
 - 2.2 ตั้งคำถามแบบกว้างๆในประเด็นที่สนใจศึกษา ดังนี้
 - 2.2.1 แนวคำถามหลัก
 - ก) ก่อนที่จะมาทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ท่านทำงานในแผนกใดมาก่อน กรุณาเล่าถึงความรู้สึกในขณะนั้น ... อะไรทำให้ตัดสินใจมาทำงานที่นี่

ข) ลองเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนว่าคุณรู้สึกอย่างไร

ค) อะไรที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น.....เมื่อเกิดความรู้สึกเช่นนี้แล้วส่งผลต่อการทำงานของท่านอย่างไร

1.2.2 แนวคำถามรอง เป็นการถามที่เพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความคิด และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และตรงตามความเป็นจริง

ก) ช่วยกรุณาเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ (ประเด็นที่ต้องการ)

ข) ที่คุณพูดถึง คุณหมายถึงอะไร

ค) กรุณาเล่า (ประเด็นที่สนใจ) ให้ละเอียดสักนิด

ง) ช่วยอธิบายถึงคำว่า ว่าหมายถึงอะไร

จ) ที่คุณเล่าว่า คุณหมายความว่าอะไร

ฉ) คุณรู้สึกอย่างไรกับ และคุณทำอะไรต่อไป

ช) ลองยกตัวอย่างเหตุการณ์ ให้ฟังหน่อยนะคะ

ช) เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว..... คุณรู้สึกอย่างไร

ฉ) มีอะไรอีกบ้าง.....ที่คุณอยากเล่าเพิ่มเติม

3. ขั้นปิดการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวตอบในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

ก) ในเรื่องที่เราได้พูดคุยกันในวันนี้ ท่านต้องการที่จะพูดเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ หรือไม่อย่างไร

ข) หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีประเด็นใดที่ต้องการซักถามผู้วิจัยอีกหรือไม่ อย่างไร

ค) ผู้วิจัยได้กล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในแต่ละครั้ง และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล ID

วันที่สัมภาษณ์

เวลาที่เริ่มสัมภาษณ์

เวลาที่สัมภาษณ์เสร็จ

สถานที่สัมภาษณ์

รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ - สกุล

อายุ ปี เพศ

สถานที่ทำงาน

.....

หมายเลขโทรศัพท์


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล ID

เก็บข้อมูลครั้งที่

วันที่ เวลา น.

บรรทัด	ข้อความสัมภาษณ์	การถอดรหัส
	 <p>สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	



ภาคผนวก ข

1. การตรวจสอบยืนยันความถูกต้องโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(Peer debriefing)
2. การยืนยันผลการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ (Member checking)
3. ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการจดบันทึก
(Field notes)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การตรวจสอบยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Peer debriefing)

22 ตุลาคม 2546	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสนทนา (transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1
27 ตุลาคม 2546	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม
31 ตุลาคม 2546	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสนทนา (transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2
7 พฤศจิกายน 2546	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม โดยให้เพิ่มความ รู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ และกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้สัมภาษณ์รายต่อไป
15 ธันวาคม 2546	ส่งบทสนทนา (transcript) พร้อมกับการถอดรหัส (coding) และ การจัดประเภทข้อมูล (category) ของผู้ให้ข้อมูล 9 ราย
22 ธันวาคม 2546	พบอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ไขแนวคำถามโดยเพิ่มเรื่องการ สนับสนุนของผู้บังคับบัญชา
5 มกราคม 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อเล่าเหตุการณ์และข้อมูลที่ได้จากการ เก็บข้อมูล และปรับแนวทางการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป
22 มกราคม 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์เสนอแนะแนวทางการตั้งประเด็น
26 มกราคม 2547	ส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล 11 ราย
10 กุมภาพันธ์ 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์เสนอให้ตั้งประเด็นใหม่ เนื่องจาก ประเด็นที่ตั้งมายังไม่มีความชัดเจน
18 กุมภาพันธ์ 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำ การตั้งประเด็น (theme) และส่งบทที่ 1, 2 และ 3
24 กุมภาพันธ์ 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะนำให้แก้ไขการเขียนรายงาน บทที่ 1, 2 และ 3 ส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล 15 ราย
2 มีนาคม 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล และส่งรายงาน บทที่ 1, 2 และ 3
18 มีนาคม 2547	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แจ้งว่าประเด็นเริ่มชัดมากขึ้น และ แนะนำให้แก้ไขบทที่ 4 และ 5 เพิ่มเติม
2 เมษายน 2547	รับรายงานทุกบทคืน เพื่อปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์
12 เมษายน 2547	ส่งรายงานทุกบท

การยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability)
โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking)

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเด็นเกี่ยวกับการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ระยะ รวม 5 ประเด็น ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ โดยใช้วิธีนำส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและติดต่อกับคำถามเพิ่มเติมทางโทรศัพท์

จากผลการตรวจสอบ การเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะสรุปได้ ดังต่อไปนี้
 ประเด็น การเปลี่ยนบทบาท ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าการเปลี่ยนบทบาททำให้เกิดความรู้สึกสับสนในบทบาทของตนเอง เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองต้องไปทำอะไรในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยที่ส่วนใหญ่เข้าใจว่าจะต้องไปทำงานในเชิงรุก ซึ่งเน้นงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล ซึ่งมีพยาบาลรายหนึ่งกล่าวว่าตนเองเกิดความรู้สึกคับข้องใจ แต่เมื่อได้อธิบายเกี่ยวกับประเด็นย่อยในด้านการเปลี่ยนลักษณะงาน จึงเห็นด้วยและมีความคิดเห็นตรงกันว่าให้ใช้ว่าเป็นความสับสนในบทบาท และมีความคิดเห็นตรงกันในเรื่องของความไม่มั่นใจในความรู้ ความสามารถของตนเองที่มีต่อการทำงาน และพยายามศึกษาหาความรู้ต่างๆเพื่อนำมาใช้ในการทำงาน

ประเด็น การสนับสนุนการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันในเรื่องของค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม โดยมองไปในเรื่องของภาระขวัญและกำลังใจ ในขณะที่พยาบาล 2 ราย เสนอในเรื่องของการขาดพี่เลี้ยงในการทำงาน และเห็นว่ามียุติธรรมในด้านอื่นๆด้วยที่ต้องการให้ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนจึงยอมรับในประเด็นนี้

ประเด็น การปรับตัว ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับการยอมรับ โดยเชื่อว่า การยอมรับสภาพตามความเป็นจริงจะทำให้สามารถทำงานร่วมกับบุคคลอื่นได้ โดยพยาบาล 2 รายที่ประสงค์จะขอย้ายออกจากการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เห็นด้วยกับกลุ่มว่า การปรับตัวโดยยอมรับซึ่งกันและกันมีความสำคัญอย่างมากในการทำงาน ถึงแม้ว่าแม้ว่าจะยืนยันการขอย้ายจากที่ทำงานเดิม

ประเด็น การพัฒนาตนเอง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเห็นความจำเป็นของการพัฒนาตนเอง และยอมรับในประเด็นนี้ ทั้งในเรื่องของการพัฒนาตนเองด้านการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากเอกสาร และผู้รู้หรือการศึกษาต่อในหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติครอบครัว โดยพยาบาลรายหนึ่งที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ กล่าวว่า หลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไปมีความจำเป็นมากในการทำงาน นอกจากนี้การทำงานให้ได้ตามมาตรฐานก็เป็นการพัฒนาตนเองในด้านความสามารถด้วยทางหนึ่ง

ประเด็น ความพึงพอใจในงาน ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นตรงกันว่า เมื่อมาทำงานที่ศูนย์
สุขภาพชุมชนแล้ว แม้ว่าจะมีปัญหาในด้านต่างๆบ้าง แต่โดยรวมแล้วก็มีความสุขกับการทำงาน ประทับใจ
ที่ได้ใกล้ชิดชาวบ้าน และภูมิใจที่ได้ให้การตรวจรักษาผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยได้รับความสะดวกจากการมารับ
บริการ ตรงกับแนวคิดที่ว่า ใกล้บ้านใกล้ใจ และเห็นด้วยกับประเด็นนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูล (field notes)

หมายเลข ผู้ให้ข้อมูล	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลาสัมภาษณ์	รวมระยะเวลา	สถานที่
1	1	14/10/2546	14.00-14.45 น.	45 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนตลาดสำโรง
	2	23/10/2546	13.00-13.35 น.	35 นาที	โรงพยาบาลท่าม่วง
2	1	25/10/2546	14.00-15.20 น.	1.20 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองฝ้าย
	2	28/10/2546	11.00-11.40 น.	40 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองฝ้าย
3	1	1/11/2546	14.00-15.25 น.	1.25 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านใหม่
	2	3/11/2546	11.00-11.20 น.	20 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านใหม่
4	1	5/11/2546	11.00-12.30 น.	1.30 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองปรือ
	2	6/11/2546	13.00-13.30 น.	30 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองปรือ
5	1	8/11/2546	14.00-15.25 น.	1.25 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านดอนแสลบ
	2	9/11/2546	13.00-13.35 น.	35 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านดอนแสลบ
	3	10/11/2546	13.00-13.20 น.	20 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านดอนแสลบ
6	1	12/11/2546	14.00-15.35 น.	1.35 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองรี
7	1	13/11/2546	14.00-14.45 น.	45 นาที	โรงพยาบาลพนมทวน
	2	18/11/2546	11.00-11.30 น.	30 นาที	โรงพยาบาลพนมทวน
8	1	19/11/2546	11.00-11.30 น.	30 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองขาว
	2	20/11/2546	13.00-13.45 น.	45 นาที	โรงพยาบาลท่าม่วง
	3	21/11/2546	14.00-14.25 น.	25 นาที	โรงพยาบาลท่าม่วง
9	1	2/12/2546	14.00-14.45 น.	45 นาที	โรงพยาบาลท่าม่วง
	2	13/12/2546	14.00-14.20 น.	20 นาที	โรงพยาบาลท่าม่วง
10	1	12/12/2546	14.00-15.35 น.	1.35 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านท่าเสา
	2	20/12/2546	13.00-13.35 น.	35 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านท่าเสา
11	1	7/1/2547	14.00-15.30 น.	1.30 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านลาดหญ้า
12	1	10/1/2547	14.00-14.45 น.	45 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลตระกล้าเอน
13	1	14/1/2547	16.00-17.30 น.	1.30 ชั่วโมง	โรงพยาบาลสังขละบุรี
	2	20/1/2547	16.00-16.30 น.	30 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านพระเจดีย์สามองค์
14	1	28/1/2547	12.30-13.15 น.	45 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านดอนขมิ้น
	2	6/2/2547	13.00-13.25 น.	25 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านดอนขมิ้น
15	1	10/2/2547	16.00-17.25 น.	1.25 ชั่วโมง	โรงพยาบาลสังขละบุรี

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

อัญญา พลดเปลื้อง เกิดเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2512 จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปี พ.ศ.2540 เข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล ปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ประจำโรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย