

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ พบว่ายังไม่มีผู้วิจัยถึงการสาธารณสุขมูลฐาน และการจัดการศึกษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ฉะนั้น ในการเสนอวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ จะครอบคลุมถึงแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล ลักษณะของพยาบาล และการสาธารณสุขมูลฐานกับการพยาบาล ทั้งนี้ จำเป็นต้องศึกษาถึงเหตุการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล และการพยาบาลสาธารณสุข ก่อนที่จะได้รับนโยบายของ WHO ดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยจะเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้.-

1. การจัดการศึกษาพยาบาลและการพยาบาล ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งออกเป็น
 - 1.1 ก่อนรัชกาลที่ 5 ถึงรัชกาลที่ 5
 - 1.2 สมัยรัชกาลที่ 5 ถึงรัชกาลที่ 8
 - 1.3 สมัยรัชกาลที่ 8 จนเริ่มมีการจัดการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี
 - 1.4 ตั้งแต่มีการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงปัจจุบัน
2. การสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดการศึกษาพยาบาล
 - 2.1 ประวัติ และความสำคัญของการพยาบาลสาธารณสุขในต่างประเทศ
 - 2.2 ประวัติ และความสำคัญของการพยาบาลสาธารณสุขในประเทศไทย
 - 2.3 การจัดการศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการสาธารณสุข
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ
 - 3.1 การสาธารณสุขมูลฐาน
 - 3.2 การพยาบาล, การพยาบาลสาธารณสุข
 - 3.3 การศึกษาพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. เทคนิคเคลฟาย

1. การจัดการศึกษาพยาบาลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

1.1 สมัยก่อนรัชกาลที่ 5 จนถึงรัชกาลที่ 5

การพยาบาลในอดีตไม่มีรูปแบบที่เด่นชัดที่แยกออกมาจากการรักษา เป็นลักษณะที่เริ่มขึ้นจากการปฏิบัติของมารดาที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็น การปฏิบัติแบบโบราณอยู่ในวงแคบ ต่อมาการพยาบาลได้ขยายกว้างออกมาจากครอบครัว โดยมีพระภิกษุเป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลที่เริ่มขึ้นในวัด ปรากฏหลักฐานในพระไตรปิฎก การรักษาพยาบาลสมัยนั้นจะเป็นการใช้ยาพวกสมุนไพร และยากลางบ้าน ล่วงมาถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ตอนต้น การรักษาและการพยาบาลซึ่งใช้ยาไทย สมุนไพร และหมอดำแย้ ตลอดจนความเชื่อถือ ในเวทมนต์คาถาไสยศาสตร์ ก็ยังคงมีอยู่ โดยการจัดการศึกษาพยาบาลในสมัยนี้ไม่มีรูปแบบและระบบระเบียบที่ชัดเจน การเรียนรู้ส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกอบรมกันเอง เพราะสังคมสมัยนั้นไม่นิยมให้ผู้ทำการพยาบาล ซึ่งเป็นหญิงดูแลผู้ป่วยต่าง เพศ

ประวัติการพยาบาลหลังจากนี้ มิได้มีหลักฐานแน่ชัด จนกระทั่งต่อมาใน พ.ศ. 2371 ในรัชกาลที่ 3 การแพทย์ทั่วไปยังใช้ยาไทย ในระยะนี้ได้มีนิกสอนศาสนาชาวอเมริกัน คณะเพรสบิเทเรียน เข้ามาแพร่ศาสนาพร้อมกันนี้ก็ทำการรักษาพยาบาลไปด้วย การแพทย์ได้เผยแพร่ออกไปถึงประชาชน ได้เริ่มมีการปลูกฝังป้องกันโรคพิษกัน ใน พ.ศ. 2383 เป็นต้นมา ต่อมาได้ใช้ยาผสมในการผ่าตัด นับว่าชาวอเมริกันได้นำการแพทย์แผนปัจจุบัน เข้ามาสู่ประเทศไทย ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์ และการศึกษาแพทย์ในระยะต่อมา การพยาบาลในระยะนี้โดยทั่วไปเป็นแบบ เดิม เว้นเสียแต่ผู้ที่ทำการร่วมกับคณะมิชชันนารี แต่ก็ไม่มีหลักฐานไว้

1.2 สมัยรัชกาลที่ 5 จนถึงรัชกาลที่ 8

ในรัชกาลที่ 5 ยุคนี้เกิดโรคระบาดได้ระบาดรุนแรงหลายครั้งในจังหวัดพระนคร พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวให้จัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวขึ้นหลายแห่ง ครั้นเมื่อโรคสงบลง ก็เลิกล้มโรงพยาบาล ต่อมาให้ตั้งโรงพยาบาลศิริราชขึ้น เพื่อเป็นโรงพยาบาลถาวร แห่งแรก สำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้ และให้เป็นสถานศึกษาของนักเรียนแพทย์ และนักเรียน ผดุงครรภ์พยาบาล ซึ่งได้ตั้งขึ้นในภายหลัง โดยเงินทุนส่วนพระองค์ โรงพยาบาลศิริราช เปิดเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2431 และต่อมาใน พ.ศ. 2432 ให้จัดตั้งโรงเรียน แพทย์ขึ้น (ภาลณี สันธนากร 2514 : 1-16)

ในสถานแห่งเดียวกันนี้ ใน พ.ศ. 2439 สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ให้กระทรวงธรรมการ จัดหลักสูตรผดุงครรภ์และพยาบาลขึ้นเป็นแห่งแรก โดยทุนส่วนพระองค์ ต่อมาเมื่อประเทศไทยได้เป็นภาคีสภากาชาดแล้ว สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ซึ่งขณะ นั้นดำรงตำแหน่งเป็นองค์สภานายิกา ได้จัดตั้งโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ของ สภากาชาดไทยขึ้นอีกแห่งหนึ่ง เมื่อ พ.ศ. 2457 สรุปได้ว่า ในยุคนี้มีสถาบันการศึกษาพยาบาล เกิดขึ้น 2 แห่ง คือ โรงเรียนพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย ของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรม ราชินีนาถเดิมคือ โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล (พ.ศ. 2439) โรงเรียน พยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัยสภากาชาดไทย (พ.ศ. 2457) (นารี โรจนนุรานนท์ 2508 : 185-190)

ในปี พ.ศ. 2469 ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลตามโครงการของสมเด็จพระ ราชราชบิดา และรอกกีเฟลเลอร์ โดยวางหลักสูตรใหม่เพิ่ม เป็น 3 ปีครึ่ง เป็นการศึกษาวิชา พยาบาล 3 ปี และวิชาผดุงครรภ์ 6 เดือน ด้วยการเปรียบเทียบกับหลักสูตรของต่างประเทศ และเพิ่มหลักการสาธารณสุข เข้าไปด้วย การรับนักเรียนในระยะนี้รับนักเรียนที่สำเร็จชั้นมัธยม ปีที่ 6 ต้องมีอายุ 16 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 25 ปี การปรับปรุงนี้ในขั้นต้น ทางมูลนิธิได้จัดส่ง มีสอลิสพิทซ์เจอร์ลด์และมิสบูลากุลด์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีการศึกษาดีและมีชื่อเสียงในวงการพยาบาลของ สหรัฐอเมริกา มาช่วยวางแผนการและช่วยสอนโดยมีสอลิสพิทซ์เจอร์ลด์ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแผนก พยาบาล และมีมิสบูลากุลด์ เป็นผู้ช่วย ต่อมาในปี พ.ศ. 2471 ได้มีพยาบาลเข้ามารับช่วง ดำเนินงานต่ออีก 3 ปี เป็นจำนวน 3 คน คือ มิสปอร์เตอร์ เป็นหัวหน้าแผนกพยาบาล รับผิดชอบกิจการทั้งฝ่ายวิชาการ และบริหาร มีสมิลล์ยาร์ดควบคุมการสอนฝ่ายพยาบาล มีสอิคคืออกซ์ ควบคุมการสอนผดุงครรภ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2475 มีสเฮสเลอร์ได้เข้ามาแทน มีสมิลล์ยาร์ดซึ่งได้ล้มป่วยลง ในการที่ได้ครูต่างประเทศมาสอนอบรม และควบคุมกิจการ พยาบาลนี้ นับว่าได้ผลดีเป็นอย่างมาก แต่ทางการไม่มีงบประมาณให้สูงพอแก่การครองชีพของ ชาวต่างประเทศ (เจียมกมล ทองประเสริฐ 2503 : 15-18)

1.3 สมัยรัชกาลที่ 8 จนถึงการจัดการศึกษาาระดับปริญญาตรี

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา วิทยาการและเทคโนโลยี ตลอดจน รูปแบบของการปกครอง และสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง ทางด้านการศึกษาพยาบาลอย่างมากด้วย ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน และคุณภาพ

ด้านหลักสูตร จากเดิมซึ่งใช้เวลาเรียน 3 ปี 6 เดือน เปลี่ยนมาเป็น 4 ปี ให้นักศึกษาที่สำเร็จชั้นมัธยมปีที่ 6 เนื้อหาการเรียนวิชาพยาบาลอย่างละเอียดกว้างขวางขึ้นกว่าเดิม เพิ่มเนื้อหาด้านการพยาบาล คลอดบุตร และ เด็กแรกคลอด คลอดจนวิชาพยาบาลสาธารณสุข คุณวุฒิที่ได้ คือ ประกาศนียบัตรชั้นสูง เทียบเท่าอนุปริญญา

สถาบันการศึกษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 8

โรงเรียนพยาบาล-หจุงครรภ์และอนามัยแมคคอร์มิค เชียงใหม่ เป็นโรงเรียนในความอำนวยการของมิชชันเนอรี่เพรสเบอเทอเรียนอเมริกา เปิดเมื่อ พ.ศ. 2467 ใช้หลักสูตรการศึกษาพยาบาล และประกาศนียบัตรของโรงเรียนพยาบาล สภากาชาดไทย ใน พ.ศ. 2485 โอนไปปรับปรุง และได้ประกาศนียบัตรของโรงเรียนพยาบาลกรมการแพทย์ หลักสูตร 4 ปี ให้นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 วุฒิที่ได้ประกาศนียบัตร

โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลหญิง ของกรมการแพทย์ เปิดเมื่อ พ.ศ. 2489 ที่โรงพยาบาลกลาง ค่อย้ายมาตั้งที่โรงพยาบาลหญิง พ.ศ. 2497 หลักสูตร 4 ปี ให้นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 วุฒิที่ได้ประกาศนียบัตร

โรงเรียนพยาบาล-หจุงครรภ์และอนามัยพุทธชินราช พิษณุโลก ของกรมการแพทย์ เปิดเมื่อ 2492 หลักสูตร 4 ปี ให้นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 วุฒิที่ได้ประกาศนียบัตร

โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลนครราชสีมา ของกรมการแพทย์ เปิดเมื่อ พ.ศ. 2490 ^{เปิดนรวิษยศึกษาปรับปรุงเมื่อ 2498 นรวิษยศึกษาเดิม} หลักสูตร 4 ปี ให้นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 วุฒิที่ได้ประกาศนียบัตร

โรงเรียนพยาบาล-หจุงครรภ์บางกอกแสนนาธเรียน ในความอำนวยการของคณะมิชชันเนอรี่เซเว่นเคย์แอดเวนติส เปิดเมื่อ พ.ศ. 2490 โรงเรียนนี้รับนักเรียนไทยและต่างประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์, มลายู, อินโดนีเซีย, สราวัก

โรงเรียนพยาบาลเทศบาลนครกรุงเทพ เปิดเมื่อ พ.ศ. 2497 ที่โรงพยาบาลวชิระ หลักสูตร 4 ปี ให้นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 วุฒิที่ได้ประกาศนียบัตร

โรงเรียนพยาบาล-หจุงครรภ์และอนามัย อุบลราชธานี เปิดเมื่อ พ.ศ. 2498 ^{เดิมมี 55 800-1000 4 ปี} หลักสูตร 4 ปี ให้นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 วุฒิที่ได้ประกาศนียบัตร

ใน พ.ศ. 2499 โรงเรียนพยาบาล-หจุงครรภ์และอนามัย ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชินีนาถ ได้เปิดรับนักเรียนปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตพยาบาล หลักสูตร 4 ปี นับเป็นการยกระดับสถานะทางวิชาชีพพยาบาลครั้งสำคัญ ซึ่งในระยะต่อมาโรงเรียนพยาบาลต่าง ๆ ในทุกสังกัด ก็ได้มีการปรับปรุงการจัดการศึกษาและหลักสูตร ขึ้นเป็นลำดับ

1.4 สมัยการจัดการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีจนถึงปัจจุบัน

การศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2502 เป็นต้นมา พื้นฐานการศึกษาของผู้ที่จะเข้ารับการศึกษานี้ได้เปลี่ยนจากการรับผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 3 เป็นมัธยมศึกษา 5 และในปี พ.ศ. 2521 สถานศึกษาพยาบาลทุกระดับได้ปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรพยาบาลขึ้นพื้นฐาน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วราชอาณาจักร เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขระยะที่ 4 ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่จะเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทางการรักษาพยาบาลขั้นต้น (Primary Health Care) และความต้องการที่จะขยายบทบาทของพยาบาลในด้านการตรวจรักษาในชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์ตามแผนขยายบริการสาธารณสุขไปสู่ประชาชนชนบท สถานศึกษาที่อยู่ในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 10 แห่ง จึงได้ปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ เวลาการศึกษา 3 ปี 6 เดือน เป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ เวลาการศึกษา 4 ปี วุฒิเทียบได้ไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีพยาบาล และสถานศึกษาที่อยู่ในสังกัด ทบวงมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ได้ดัดแปลงหลักสูตรการพยาบาลขึ้นพื้นฐานระดับอนุปริญญา นับแต่นั้นมา การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นที่น่ายินดีอย่างยิ่ง สำหรับความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งผู้สนับสนุนและผู้ต่อต้าน ประเด็นสำคัญคือ การปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลเป็นระดับปริญญาตรี จะทำให้คุณภาพของพยาบาลเป็นอย่างไร คำวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับคุณภาพของพยาบาลที่ผู้ใช้ทั้งแพทย์ และพยาบาลหลายท่านมีความรู้สึกต่อต้านอยู่ และผู้ผลิตควรได้ตระหนักไว้ก็คือ พยาบาลในอนาคตอาจเก่งทางทฤษฎีมากกว่าทางปฏิบัติ

ถ้าจะพิจารณาว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงในหลักสูตรใหม่นี้บ้าง สิ่งที่เห็นได้เด่นชัดคือ ลักษณะของหลักสูตรที่มีการเพิ่มรายวิชา และระยะเวลาการศึกษา แต่ยังมีได้มีอะไรยืนยันถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพ และปริมาณของครูอาจารย์ที่ควรจะได้รับ การเตรียมไว้ก่อน คงต้องยอมรับว่าการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษานั้น เป็นการเตรียมคนเพื่อเป็นผู้นำระดับมัธยมศึกษา การจัดการเรียนการสอนในการศึกษาระดับนี้ จึงน่าจะมีวิธีการและกระบวนการเรียนรู้ที่แตกต่างไปจากการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีโดยทั่วไป การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ในระยะ พ.ศ. 2519 นี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากแรงผลักดันทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษาพยาบาล

สรุปได้ว่า ในยุคนี้เป็นยุคที่มีการตื่นตัวมาก ทั้งการก่อตั้งสถาบันการศึกษา พยายามหาใหม่ และการปรับปรุงสถาบันเดิม จัดได้ว่าเป็นยุคทองของการพยายาม เพราะ สังคมส่วนใหญ่เริ่มมองเห็นความสำคัญ และความจำเป็นของวิชาชีพมากขึ้นกว่าเดิม เป็นการขยายโอกาสทางด้านการศึกษาพยาบาล ทั้งแนวตั้งและแนวนอน เป็นยุคก้าวหน้ามีการปรับปรุง หลักสูตรการศึกษา ทั้งฝ่ายวิชาการ และฝ่ายการฝึกอบรม ให้ได้มาตรฐานสากล มีการส่ง อาจารย์พยาบาลไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศมากขึ้น มีการ เขยิบชั้นการศึกษาในสถาบัน การศึกษาพยาบาลจนถึงขั้นปริญญาเอก (อรวรรณ อุทัยเสน 2507 : 65-68)

สถาบันการศึกษาพยาบาลที่ก่อตั้งขึ้นในยุคนี้มี 20 สถาบัน คือ

โรงเรียนพยาบาลกองทัพอากาศ โรงเรียนพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เปิดหลักสูตร พยาบาล 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ประกาศนียบัตร (พ.ศ. 2500)

โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย (ศิริราชพยาบาล) ปรับปรุงหลักสูตรอนุปริญญา รับผู้สำเร็จชั้นเตรียมอุดมศึกษา เรียน 4 ปี แทน 3 ปี 6 เดือน (พ.ศ. 2502)

โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย แมคคอร์มิค เชียงใหม่ ได้ปรับปรุง หลักสูตร จาก 4 ปี มาเป็น 3 ปี 6 เดือน รับผู้สำเร็จเตรียมอุดมศึกษาในปีเดียวกันนี้ โรงเรียน พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย (ศิริราชพยาบาล) ก็ได้เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล รับผู้สำเร็จ มัธยมศึกษาปีที่ 6 เรียน 1 ปี (พ.ศ. 2503)

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลศิริราช เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตร 1 ปี (พ.ศ. 2505)

โรงเรียนพยาบาลกองทัพบก เปิดหลักสูตรพยาบาล 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ประกาศนียบัตร (พ.ศ. 2507)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เปิดหลักสูตรพยาบาล 4 ปี รับ ผู้สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ประกาศนียบัตร (พ.ศ. 2508)

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา เปิดหลักสูตรพยาบาล 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้นมัธยม ศึกษาปีที่ 6 ได้ประกาศนียบัตร (พ.ศ. 2509)

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลสระบุรี เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี (พ.ศ. 2510)

โรงเรียนพยาบาลกองทัพเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เปิดหลักสูตร
พยาบาล 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ประกาศนียบัตร (พ.ศ. 2511)

วิทยาลัยพยาบาลสวรงค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เปิดหลักสูตรพยาบาล 4 ปี
รับผู้สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ประกาศนียบัตร ในปีเดียวกันนี้ ก็ได้เปิดโรงเรียนผู้ช่วย
พยาบาลสุราษฎร์ธานี เรียน 1 ปี (พ.ศ. 2513)

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลชลบุรี เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล เรียน 1 ปี
(พ.ศ. 2514)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เปิดหลักสูตร 4 ปี รับผู้สำเร็จ
ชั้นเตรียมอุดมศึกษา ได้วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) (พ.ศ. 2514)

โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามฯ
ธิดา มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2514)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดหลักสูตร 4 ปี รับผู้สำเร็จ
ชั้นเตรียมอุดมศึกษา ได้วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) (พ.ศ. 2515)

โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ รับนักศึกษารุ่นแรก ฝากเรียนไว้ที่วิทยาลัยพยาบาลสงขลา ต่อมาในปี 2517
ก็ได้เปิดหลักสูตรพยาบาล 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้นเตรียมอุดมศึกษา ได้วิทยาศาสตร์บัณฑิต
(พยาบาล) (พ.ศ. 2516)

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลราชบุรี และโรงเรียนผู้ช่วยอุตรดิตถ์ เปิดหลักสูตร
ผู้ช่วยพยาบาล เรียน 1 ปี (พ.ศ. 2517)

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลอุตรธานี เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล เรียน 1 ปี
(พ.ศ. 2519)

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลชัยนาท เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล เรียน 1 ปี
(พ.ศ. 2520)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ เปิดหลักสูตร 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้น
เตรียมอุดมศึกษา ได้วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) (พ.ศ. 2523) ในปีนี้ ได้มีการก่อตั้ง
สถาบันการศึกษาพยาบาล 4 แห่งด้วยกัน คือ วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี วิทยาลัยพะเยา เปิด
หลักสูตร 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้นเตรียมอุดมศึกษา ได้ประกาศนียบัตรชั้นสูง เทียบเท่าปริญญาตรี
วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยหัวเฉียว เปิดหลักสูตร 4 ปี

รับผู้สำเร็จชั้นเตรียมอุดมศึกษา ได้ประกาศนียบัตรชั้นสูง เทียบเท่าปริญญาตรี

(พ.ศ. 2525)

ในปีต่อมา ได้มีการก่อตั้งสถาบันการศึกษาพยาบาลถึง 2 แห่งด้วยกัน คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เปิดหลักสูตร 4 ปี ได้ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต พยาบาล) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (เปิดหลักสูตร 4 ปี ได้ประกาศนียบัตรชั้นสูง เทียบเท่าปริญญาตรี) (พ.ศ. 2526)

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน (เปิดหลักสูตร 4 ปี ได้ประกาศนียบัตร เทียบเท่าปริญญาตรี) (พ.ศ. 2527)

ในปัจจุบันสถาบันการศึกษานี้ได้มีผลต่อก้าวข้างหน้า ก็ได้มีการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ตลอดจนยกระดับฐานะขึ้นมา จนเท่าเทียมกัน คือ " เป็นหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ใช้เวลาในการศึกษา 4 ปี รับผู้สำเร็จชั้นเตรียมอุดมศึกษาสายวิทย์" ทุกแห่งไม่ว่าจะสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยฯ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงมหาดไทย และของเอกชน พอสรุปได้ดังนี้.-

1.4.1 สถาบันการศึกษาพยาบาล ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีดังนี้ คือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2499) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2501) โรงเรียนพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (พ.ศ. 2514) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (พ.ศ. 2514) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พ.ศ. 2515) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (พ.ศ. 2516) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (พ.ศ. 2526)

1.4.2 สถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม มีทั้งหมด 3 สถาบัน คือ โรงเรียนพยาบาลกองทัพอากาศ (พ.ศ. 2520) โรงเรียนพยาบาลกองทัพบก (พ.ศ. 2517) โรงเรียนพยาบาลกองทัพเรือ (พ.ศ. 2522)

1.4.3 สถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย มี 2 สถาบัน คือ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (เดิมคือ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลกลาง) วิทยาลัยพยาบาลคำรวจ โรงพยาบาลคำรวจ (พ.ศ. 2514)

1.4.4 สถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวม 21 แห่ง

คือ วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ (พ.ศ. 2489) วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (พ.ศ. 2492) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา (พ.ศ. 2498) วิทยาลัยพยาบาลสภรลลิตี ประสงค์ อุมลราชธานี* (พ.ศ. 2498) วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส* (พ.ศ. 2505) วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (พ.ศ. 2508) วิทยาลัยพยาบาลสงขลา (พ.ศ. 2509) วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี* (พ.ศ. 2510) วิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี* (พ.ศ. 2513) วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ (พ.ศ. 2513) วิทยาลัยพยาบาล ชลบุรี* (พ.ศ. 2514) วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์* (พ.ศ. 2516) วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี* (พ.ศ. 2517) วิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์* (พ.ศ. 2517) วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี* (พ.ศ. 2519) วิทยาลัยพยาบาลลำปาง (พ.ศ. 2521) วิทยาลัยพยาบาลชัยนาท* (พ.ศ. 2520) วิทยาลัยพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี (พ.ศ. 2525) วิทยาลัยพยาบาลพะเยา (พ.ศ. 2525) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (พ.ศ. 2526)

1.4.5 สถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดเอกชน รวม 4 แห่ง วิทยาลัย

พยาบาลสภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหัยห คณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัย หัวเฉียว คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน

(หมายเหตุ : สถาบันการศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดทบวง ถึงแม้ไม่มีสิทธิประสาทปริญญา แต่ก็ได้ประกาศนียบัตร เทียบเท่าปริญญาตรีทุกประการ)

* : เปิดดำเนินการครั้งแรก เป็นโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล

2. การสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดการศึกษาพยาบาล

2.1 ประวัติและความสำคัญของการพยาบาลสาธารณสุขในต่างประเทศ

วิวัฒนาการของกาพยาบาลสาธารณสุข ได้เริ่มมีขึ้นครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษ เมื่อปี ค.ศ. 1859 ในเมืองลิเวอร์พูล (Liver pool) บุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง เป็นคนแรก คือ วิลเลียม แรทโบน (William Rathbone) เป็นพ่อค้าและสมาชิกของสภา พาเลียเมนต์ ได้จ้างพยาบาลชื่อ แมรี โรบินสัน (Mary Robinson) มาให้การพยาบาล ภรรยาซึ่งป่วย เรื้อรังอยู่ที่บ้าน วิลเลียม แรทโบน ได้เห็นความดีและประทับใจในการที่พยาบาลออกไปดูแล ผู้ป่วยตามบ้าน ประกอบกับความเป็นผู้มีใจโอบอ้อมอารี จึงนึกถึงคนจนซึ่งไม่ได้รับการดูแลใน ระหว่างเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน สมควรจะให้พยาบาลออกไปดูแลบ้างตามสมควรจึงได้ตกลงจ้าง แมรี โรบินสัน ออกไปทำการพยาบาลตามบ้าน ซึ่งการกระทำครั้งนี้เอง เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิด มีโรงเรียนพยาบาลขึ้นเป็นแห่งแรกในเมืองลิเวอร์พูล ด้วยคำแนะนำและได้รับความช่วยเหลือ จาก ฟลอเรนซ์ นิติงเกล (Florence Nightingale) โรงเรียนนี้มีชื่อว่า "The Liver pool Training School and Home for Nursing"

ในปี ค.ศ. 1877 ในสหรัฐอเมริกา ผู้ที่ออกเยี่ยมคนไข้ตามบ้าน เรียกว่า "The Women of New York City Mission"

ในปี ค.ศ. 1889 ได้มีการจัดตั้งโรงเรียนชนิดเดียวกันนี้ขึ้นอีกในนครลอนดอน ซึ่งพระราชินี วิคตอเรีย เป็นผู้จัดหาทุนให้ตั้งขึ้น เรียกว่า "The Queen Victoria's Institute of Nurses" และภายหลังในปี ค.ศ. 1928 ได้ปรับปรุง เปลี่ยนชื่อใหม่ว่า "The Queen Institute of District Nursing"

ในปี ค.ศ. 1885 อาลิซาเบท มาร์แชล (Elizabeth Marshall) ได้ จัดตั้งโรงเรียนขึ้นในรัฐบัฟฟาโล เรียกว่า "The Buffalo District Nursing Association" ในปี ค.ศ. 1908 โรงเรียนพยาบาลสาธารณสุขก็ได้ เปิดขึ้นที่เมืองบอสตัน (Boston) วิธีการต่าง ๆ เก่า ๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปมากมีการดัดแปลงแก้ไข เปลี่ยนจากการ รักษาพยาบาลมาเป็นการม็องกัน สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ทางบ้านเมือง ในขณะนั้น และเพื่อยกฐานะของการพยาบาลสาธารณสุขให้ดีขึ้น (ฉ้วน รอดโพธิ์ทอง

การสาธารณสุขในสหรัฐได้เริ่มก่อกำเนิด เมื่อปี 1877 ที่นครนิวยอร์ก โดยกลุ่มสตรีอาสาสมัคร ชื่อ The Woman's Branch of New York City Mission ได้จ้างพยาบาลไว้ทำการช่วยเหลือ พยาบาลคนเจ็บป่วยที่บ้าน เรียกพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Visiting Nurse) และในไม่ช้าก็แพร่หลายไปตามท้องที่อื่น ๆ และในขณะนี้อะการอนามัยก็ได้เริ่มจัดตั้งขึ้น และเป็นที่ประจักษ์ว่า พยาบาลเท่านั้นที่สามารถช่วยเหลือดำเนินกิจการสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบาย เช่นเดียวกับพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ทำอยู่ ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขของนครนิวยอร์ก จึงมีหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบายของ New York City Mission ทำการอนามัย โรงเรียนเยี่ยมบ้านนักเรียน แนะนำแม่ถึงการอนามัยทั่วไป การเลี้ยงดูทารกและได้นำเด็กป่วยไปพบแพทย์

ในปี 1885 Visiting Nurse Association ได้เริ่มตั้งที่เมืองบัฟฟาโล ในบอสตันและฟิลาเดลเฟีย ได้จัดตั้งขึ้นในปี 1885 แต่มีชื่อแตกต่างกันไป แล้วค่านามขององค์การที่จัดทำ แคตตาล็อกก็เปลี่ยนเป็นชื่อเดียวกันหมด และบริการนี้จะต้องเสียค่าป่วยการด้วย นอกจากนี้ในระยะเริ่มบริการ นอกจากการบริการแล้ว วิชาการต่าง ๆ ต้องอยู่ในความควบคุมและอำนาจงานและตรวจการโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการ ที่เมืองฟิลาเดลเฟีย เป็นเมืองแรกซึ่งได้จัดทำการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขขึ้นโดยพยาบาลผู้ตรวจการ

เมื่อการสาธารณสุขได้พัฒนาการไปกว้างขวางแล้ว ทำการพยาบาลได้โดยตรง โดยบริการพยาบาลขึ้นกับนายแพทย์อนามัย เมืองลอสแอนเจลิส เป็นเมืองแรกที่จัดทำแต่กระนั้นจุดประสงค์เพียงแต่ให้พยาบาลเยี่ยมคนป่วยที่บ้านมากกว่า ให้การศึกษา แนะนำ ส่งเสริมอนามัย และมี้องกันโรค เช่นทุกวันนี้

การจัดการศึกษาของการพยาบาลสาธารณสุขในสหรัฐนั้น Public Health Nursing Section A.N.A. ได้วางมาตรฐานหน้าที่ และคุณสมบัติไว้อย่างสูง แต่กระนั้นปัญหาพยาบาลไม่พอใช้ หรือไม่มีพยาบาลในท้องที่ ทำให้ไม่สามารถจะจัดหาพยาบาลสาธารณสุขซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วนได้ อีกประการหนึ่ง เป็นการยากในการที่จะจัดหลักสูตร การพยาบาลสาธารณสุขในโรงเรียนพยาบาลทั่วไป นอกจากมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น การร่วมมือของโรงพยาบาลซึ่งโรงเรียนตั้งอยู่ เจ้าหน้าที่อบรม (Instructors) สถานฝึกงานท้องที่ (Field Training Centers) ทั่วไปบางแห่งยังคงต้องใช้ผู้ช่วยพยาบาล (P.N.) หรือ Unwell Trained ด้านสาธารณสุขปฏิบัติงาน

2.2 ประวัติและความสำคัญของการพยาบาลสาธารณสุขในประเทศไทย

การพยาบาลสาธารณสุขได้เริ่มขึ้นในเมืองไทย เมื่อมีการจัดตั้งสภาอุณาโลมแดงขึ้น โดยการนำของท่านผู้หญิงเป็ลเลียน ภาสกรวงศ์ ในรัชกาลที่ 5 เพื่อช่วยเหลือทหารที่เจ็บป่วยในสงครามระหว่างฝรั่งเศสกับไทย เมื่อ พ.ศ. 2436 เกี่ยวด้วยเรื่องเขตแดนแม่น้ำโขง ทหารเจ็บป่วยล้มตายมาก และในขณะนั้นยังไม่มีองค์การกุศลใด ๆ ที่จะช่วยเหลือเลย เมื่อเห็น เป็นโอกาสที่จะรับใช้ประเทศชาติได้ จึงนำความขึ้นกราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพอพระทัยมาก เห็นว่าเป็นแบบอย่างที่ดีตั้งประเทศอื่น ๆ ที่เจริญแล้ว จึงพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้งสภาอุณาโลมแดงขึ้น ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นสภาภาษาชาติไทยได้ปรับปรุงแก้ไขร่างข้อบังคับให้ข้อความสอดคล้องต้องตรงกับข้อความของคณะกรรมการภาษาสากลระหว่างประเทศ จึงได้รับรองประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกของสภาภาษาสากล เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2464 กิจการของสภาภาษาชาติไทยก็เจริญสืบมาจนทุกวันนี้

กิจการของสภาภาษาชาติไทยในด้านการสาธารณสุข เริ่มงานโดยการจัดตั้งกองสุขาภิบาล ร่วมมือกับมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ มีโครงการปราบโรคพยาธิปากขอ ไข้มาลาเรีย และอื่น ๆ ขึ้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ 21 ตุลาคม 2463 ต่อมากองนี้เปลี่ยนชื่อเป็นกองอนามัย ย้ายเข้ามาตั้งในจังหวัดพระนคร เมื่อ พ.ศ. 2465 กิจการในด้านปราบพยาธิและมาลาเรียนี้ กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย รับโอนไปดำเนินการร่วมมือกับมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2463

ส่วนกองอนามัยของสภาภาษาชาติก็ดำเนินการตามโครงการที่วางไว้ คือ การอนามัย ศึกษา การประชานามัยพิทักษ์ การบำบัดโรคเรื้อน (โอนกิจการให้รัฐบาลไปทำ)

2.3 การจัดการศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการสาธารณสุข

โรงเรียนนางอนามัย (Public Health Nurse) ได้เริ่มขึ้นเมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2467 กำหนดเวลาเรียน 6 เดือน รับนักเรียนสตรีที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลแล้ว ต่อมาใน พ.ศ. 2475 สภาภาษาชาติไทยได้มีการปรับปรุงกิจการ เพื่อคัดสรรรายจ่ายคณะกรรมการจึงลงมติให้รวมกองอนามัย เข้ากับกองบรรเทาทุกข์ เรียกชื่อว่า "กองบรรเทาทุกข์และอนามัย" กองอนามัยจึง เป็นแผนกหนึ่งในกองบรรเทาทุกข์และอนามัย เรียกว่า แผนกอนามัย การเรียนวิชาประชานามัยพิทักษ์ (Public Health Nursing) จึงรวมเข้าอยู่ในหลักสูตรของโรงเรียนพยาบาลสภาภาษาชาติแต่นั้นมา นักเรียนที่เรียนจบหลักสูตร

นี้จะได้รับประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ใช้เวลาเรียน 3 ปี 6 เดือน (ขณะนี้ พ.ศ. 2503 ได้เพิ่มเวลาเรียนเป็น 4 ปี)

เมื่อสังคมส่วนใหญ่เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการพยาบาลสาธารณสุขขึ้น จึงได้มีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอีก คือ โรงเรียนพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (Post Graduate Course) ได้เริ่มต้น เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2496 จัดให้มีขึ้นเพื่ออบรมเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุข เพื่อที่จะขจัดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ให้หมดสิ้นเสียจากประชาชนชาวไทย ดังสุภาษิตว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" และเพื่อให้งานทางสาธารณสุขของเราได้ทัดเทียมกับต่างประเทศที่เจริญแล้ว (ละม่อม ศรีจันทร์พันธ์ 2504 : 33-36)

ผลกระทบต่อการจัดการศึกษาพยาบาลในปัจจุบันที่ปรากฏ หลังจากประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุมอนามัยขั้นพื้นฐานระหว่างชาติ ที่เมืองอัลมาดา ประเทศสหภาพโซเวียต ในปี ค.ศ. 1978 แล้วนั้น ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า ปรากฏขึ้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติระยะที่ 4 (2520-2524) และชัดเจนขึ้นในแผนพัฒนาระยะที่ 5 (2525-2529) การเคลื่อนไหวของงานสาธารณสุขไทยที่เห็นได้ชัดเจนในเรื่องนี้ ได้แก่ การเพิ่มปริมาณการผลิตบุคลากรฝ่ายการพยาบาลอย่างเร่งรีบ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชนบท รวมทั้งการจัดการศึกษา/อบรม เพื่อผลิตบุคลากรสาธารณสุขประเภทใหม่ในระดับปลายเพิ่มขึ้น การเพิ่มปริมาณของโรงพยาบาลชุมชนให้ทั่วถึงทุกอำเภอ การเพิ่มจำนวนสถานอนามัยให้ทั่วถึงทุกตำบล และการปรับปรุงโครงสร้างและกลไกการบริหารงานสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานส่วนภูมิภาคมีความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพในการพัฒนาชุมชนได้ทั่วถึงดีขึ้นในแต่ละจังหวัด ในขณะเดียวกันได้พัฒนาเทคโนโลยีในการสื่อสารมวลชน เพื่อขึ้นำคุณค่าของสุขภาพและให้ความรู้ในการรักษาสุขภาพแก่ประชาชนให้ทั่วถึงมากขึ้น เพิ่มการประชุมสัมมนา การให้ความรู้เพิ่มเติมแก่เจ้าหน้าที่ และการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาความสำนึกในคุณค่าของสุขภาพดีถ้วนหน้า และปรัชญาการสาธารณสุข ความต้องการความเป็นธรรมในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ, ความเข้าใจร่วมกันในยุทธวิธี และแผนดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งพัฒนาความสามารถทางปฏิบัติการให้ได้ผลดีตามแผน

ในเดือนกันยายน 2522 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสัมมนาระดับชาติ เรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน ขึ้นเป็นครั้งแรก ที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการสัมมนาเพื่อรวบรวม ความคิดเห็นของแพทย์กลุ่มผู้นำ ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เกี่ยวกับยุทธวิธีเพื่อ สัมฤทธิ์ผลใน เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกุญแจสำคัญซึ่งได้นำ มาใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ในเวลาต่อมาในเดือนกันยายน 2524 มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดสัมมนาระดับชาติเกี่ยวกับ "บทบาทของมหาวิทยาลัยต่อเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้า" ขึ้นเป็นครั้งแรก สำหรับองค์การมหาวิทยาลัย เพื่อทบทวนยุทธศาสตร์ และกลวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ และรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง ที่มหาวิทยาลัย จะสามารถสนับสนุนการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ และการสาธารณสุขมูลฐาน ให้สัมฤทธิ์ผลสูงสุดได้ โดยบทบาททางการศึกษา, วิจัยและบริการวิชาการแก่สังคม ประกอบ กับความเป็นชุมพลังทางวิชาการที่ครอบคลุมสาขาต่าง ๆ อยู่แล้ว เมื่อมีนาคม 2526 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับแพทย์ภาคเอกชน ได้จัดการสัมมนาระดับชาติขึ้น โดยการสนับสนุน ขององค์การอนามัยโลก ในหัวข้อเรื่อง "ภาคเอกชนกับสุขภาพดีถ้วนหน้า" เพื่อทบทวน นโยบาย, เป้าหมายรวมทั้งยุทธศาสตร์ เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และกระตุ้นให้ ภาคเอกชนวางนโยบายและแผนการร่วมกัน เพื่อหนีกำลังสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของรัฐ

การเคลื่อนไหวที่สำคัญทางการจัดหลักสูตรการศึกษา เพื่อผลิตพยาบาลที่มี เจตคติ และความสามารถเหมาะสมที่จะให้บริการการสาธารณสุขระบบใหม่ ในเดือนธันวาคม 2524 กองงานวิทยาลัยพยาบาล ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการประชุม เชิงปฏิบัติการระดับชาติเรื่อง "บทบาทของครุพยาบาลกับการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. 2543" ขึ้นในกรุงเทพฯ การประชุมครั้งนี้มีจุดประสงค์ที่จะทำความเข้าใจแนวคิด และ เป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้า รวมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ แผนการและการดำเนินงานพัฒนา บูรณาการ ในการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ประกอบกับการ ปรับปรุงหลักสูตรวิชาการจัดการเรียน-การสอน และบทบาทของคน, เพื่อเป็นแนวทางแก่การ เสริมสัมฤทธิ์ผลของ เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าทางการศึกษา ในเดือนพฤศจิกายน 2526 มีการ ประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 7 นับว่าเป็นการเคลื่อนไหวของสมาคมพยาบาลแห่งชาติ ใน ลักษณะของการบริการการศึกษา และการ เสนอข่าวสาร เป็นสำคัญ ซึ่งหวังผลทางการ เสริม สร้างความเข้าใจและเจตคติ ที่สนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลก็คือ เสนอแนะให้โรงเรียนพยาบาลมีงบประมาณแยก

เป็นของตนเองโดยเฉพาะ, ปรับปรุงวิธีการคัดเลือกผู้เข้าเรียน โดยให้กำหนดคุณลักษณะของผู้สมัครเข้าเรียนต้องสำเร็จชั้น ม.ศ. 5 ในการสอบคัดเลือก ให้มีการสอบข้อเขียนและการสอบสัมภาษณ์ พัฒนาครูพยาบาล จัดหาคำร่าสำหรับการค้นคว้าหาความรู้อย่างเพียงพอ มติของที่ประชุมที่มาเป็นวิธีปฏิบัติการพัฒนาวิชาชีพและการศึกษา คือ ปรับปรุงมาตรฐานการศึกษาพยาบาลให้เป็นระบบ มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยพัฒนาหลักสูตรพยาบาลระดับวิชาชีพเป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระยะการศึกษาต่อจากชั้น ม.ศ. 5 อีก 4 ปี เพิ่มวิชาการศึกษาทั่วไป (Liberal Education) เข้าในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน การพยาบาล, การพยาบาลสาธารณสุข, การศึกษาพยาบาล

3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ผู้วิจัยคิดว่าควรจะทำ ความถึง ความเป็นมาของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจัดเป็นนโยบายระดับโลกเกี่ยวกับสุขภาพ ดิถฉนวนหน้า คำว่า "สุขภาพดิถฉนวนหน้า" ถือกำเนิดจากการประชุมองค์การอนามัยโลก ใน ค.ศ. 1977 ด้วยความเห็นร่วมกันว่า สุขภาพ เป็นพื้นฐานของสมรรถภาพและความสุขของบุคคล ซึ่งรวมเป็นชุมพลังของประเทศ ที่ประชุมครั้งนี้จึงมีมติว่า รัฐบาลของทุกประเทศควรให้ความสำคัญแก่การพัฒนาสุขภาพของประชากร และตั้งเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพ ดิถฉนวนหน้า ภายใน ค.ศ. 2000 หรือที่นิยมเรียกขานกันว่า "Health for All by The Year 2000" เป้าหมาย "สุขภาพดิถฉนวนหน้า เมื่อ ค.ศ. 2000" เป็นความต้องการและตกลงร่วมกันโดยไม่มีการโต้แย้งระหว่างรัฐบาล-ประชาชนของแต่ละประเทศและองค์ การอนามัยโลก ในการประชุมระหว่างประเทศ ณ นครอัลมาอตา ในสหภาพโซเวียต เมื่อ กันยายน 1978 ที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจาก 134 ประเทศ ได้ประกาศปณิธานในอันที่จะส่งเสริมและพัฒนา "การสาธารณสุขมูลฐาน" หรือ "Primary Health Care" ซึ่ง ขอมรับร่วมกันว่า เป็นกฎแฉสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดิถฉนวนหน้า ประเทศต่าง ๆ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ที่จะใช้ เพื่อดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายนี้ และได้มีการ รับรองยุทธศาสตร์โลก (Global Strategy) เพื่อสุขภาพดิถฉนวนหน้าอย่างเป็นทางการ โดย สมาชิก 156 ประเทศขององค์การอนามัยโลก ในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 1978 (WHO 1978)

องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศในเครือสมาชิก (WHO UNICEF 1978 : 16) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นหลักการที่เป็นไปได้จริง ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นวิธีการที่สังคมยอมรับทุกคนและทุกครอบครัว สามารถจะเรียนรู้เทคโนโลยีนั้นได้ ทุกคนมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ ทั้งที่อยู่ในกรอบที่ชุมชนและประเทศชาติจะสนับสนุนและจรรโลงได้ทุกขั้นตอน ด้วยน้ำใจหรือความสำนึกในการพึ่งตนเองและการจัดให้มีขึ้นเอง นอกจากนั้นยังเป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุข และระบบการพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจของชุมชนของประเทศ เป็นจุดแรกที่ประชาชนจะเข้ามาสู่ความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนให้บริการสาธารณสุขของรัฐ เข้าไปใกล้การค้ารงชีวิต และการทำงานของประชาชนมากที่สุด และจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบแรกของขบวนการให้บริการที่ต่อเนื่อง และได้กล่าวอย่างชัดเจนอีกว่าสุขภาพ และอนามัยมีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับสังคม และเศรษฐกิจของบุคคล ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องกล่าวเน้น ในการดำเนินการอนามัยขั้นพื้นฐาน เพื่อจะได้เข้าถึงเป้าหมายของ WHO แนวความคิดนี้เกิดขึ้นจากผลที่ได้มาจากสิ่งสำคัญ ๆ 3 ประการ คือ (1) เป็นที่ยอมรับกันว่าบริการทางด้านสุขภาพอย่างเดียว จะไม่สามารถส่งเสริมสุขภาพของประชากรได้ (2) การที่ไม่มีระบบการบริการที่เหมาะสมที่จะสนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึง (3) การที่สุขภาพของแต่ละกลุ่มของประชากร ทั้งในประเทศเดียวกันหรือระหว่างประเทศ ไม่เท่าเทียมกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมายของสังคมใน "อนามัยเพื่อประชากรโลก ปี ค.ศ. 2000" และ "การอนามัยขั้นพื้นฐาน" และเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องวางแผนวางโครงการการบริการตามความต้องการของประชากร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประชากรเหล่านั้น ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือในชนบทที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่ การอนามัยขั้นพื้นฐานเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ครอบคลุมได้กว้างขวาง และเสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่อย่าได้เข้าใจผิดว่าเป็นการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชนชั้นต่ำ หรือยากจนเท่านั้น และมีได้เป็นการบริการสุขภาพระดับต่ำซึ่งค้างไว้เพื่อประชากรในชนบท การอนามัยขั้นพื้นฐานมีแนวความคิดเป็นหลักอยู่ 4 ประการ คือ (1) ชุมชนแต่ละชุมชนจะต้องมีบทบาทหรือหน้าที่ในกิจกรรมการบริหาร (2) สุขภาพจะแยกอยู่อย่างเอกเทศไม่ได้ (3) สุขภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคคลทั้งระดับชุมชนและระดับชาติ (4) สุขภาพจำเป็นต้องเผยแพร่โดยทั่วกัน การมีแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพนั้น มิใช่จะทำให้การบริการดีขึ้น แต่ทำอย่างไรจึงจะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ หรือทำอย่างไรเราจึงจะเพิ่มแหล่งประโยชน์เหล่านั้น ให้เป็นประโยชน์ต่อการบริการสุขภาพเพื่อประชาชนได้มากที่สุด แน่แน่นอนทีเดียว การเพิ่มแหล่งประโยชน์ของชาติ ตลอด

จนการให้การศึกษาในการอนามัยพื้นฐาน จึงสมควรจะต้องมีการอนามัยพื้นฐานซึ่งมีองค์ประกอบ 8 ข้อ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นบริการสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยประชาชน เพื่อประชาชนและด้วยการสนับสนุนทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน เน้นความสำคัญของความร่วมมือจากท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง โดยประชาชนเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินการ ฝ่ายรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน มุ่งที่จะให้แต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพิ่มความรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเอง ใน "คำประกาศของอัลมา อตา" กำหนดให้ประชากรทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งประกอบด้วยบริการสาธารณสุขอย่างน้อย 8 ประการ ดังนี้คือ (1) การได้รับการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ และวิธีป้องกันและควบคุม (2) การส่งเสริมในเรื่องอาหารและโภชนาการ (3) การจัดหาน้ำดื่มใช้ที่สะอาดและปลอดภัย และการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน (4) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่สำคัญต่าง ๆ (5) การป้องกัน และควบคุมโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น (6) การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว (7) การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ในโรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อย (8) การจัดให้มียาที่จำเป็น

สำหรับการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2522 ได้มีการสัมมนาในระดับชาติ เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน เรื่องกลวิธีสำหรับสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543 ที่ประชุมได้มีมติเพิ่มอีก 4 ประการ คือ บริการทันตสาธารณสุข บริการสุขภาพจิต บริการด้านสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มผู้บริการที่ควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ บริการควบคุมและป้องกันสภาวะที่ไม่เหมาะสมในด้านสิ่งแวดล้อม

การสาธารณสุขมูลฐานถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านแนวความคิด สังคม เทคโนโลยีและเศรษฐกิจ และเป็นการเปลี่ยนที่เน้นด้านความสามารถ กล่าวคือ (1) การเปลี่ยนด้านแนวความคิด หมายความว่า เกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะเน้นให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการเกิดโรคด้วยตนเอง รับผิดชอบของตนเองรู้ว่าอะไรปกติ และเน้นให้ประชาชนมีความสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง (2) การเปลี่ยนทางด้านสังคม สาธารณสุขมูลฐานไม่สามารถแยกออกจากสังคมได้ เพราะทุกอย่างที่มีผลต่อสุขภาพ ล้วนแต่เป็นองค์ประกอบสังคมทั้งสิ้น ดังนั้นสาธารณสุขมูลฐานก็คือ ทำให้ประชาชนได้อยู่ในที่ของตนเองอย่างถูกต้อง และพยายามศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองตามความต้องการ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงมีผลกระทบทั้งทางด้านบุคลากรและประชาชน ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุข

ควรลดความสำคัญของตนเองลง และช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ และความสามารถมากขึ้น ประชาชนควรมีความสามารถให้การดูแลตนเองได้มากขึ้น และชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไข้ปัญหาของท้องถิ่น (3) การ เปลี่ยนทางด้านเทคโนโลยี หมายความว่า พยายามใช้เทคโนโลยี ในการดำเนินงานอย่างง่าย ๆ ทุกคนสามารถใช้ได้ และประชาชนสามารถใช้ได้ด้วยตนเอง (4) การ เปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการให้การดูแลอย่างง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องการบุคลากรระดับที่มีความชำนาญเป็นพิเศษ ซึ่งต้องมีค่าจ้างแรงงานสูง นอกจากนี้การดำเนินงานยังพยายามดัดแปลงให้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น และส่งเสริมให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมโดยตรง (Calliere 1980 : 109-171)

ลักษณะของการสาธารณสุขมูลฐาน เอื้อประโยชน์ให้กับสังคมทุกด้าน กล่าวคือ (1) การสาธารณสุขมูลฐานสะท้อน และมีวิวัฒนาการมาจากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และลักษณะการเมืองของชุมชนและประเทศ และมีพื้นฐานมาจากการประยุกต์สภาพสังคม การวิจัยทางบริการสุขภาพ และประสบการณ์สาธารณสุข (2) การสาธารณสุขมูลฐานจะมุ่งไปที่ปัญหาส่วนใหญ่ของชุมชน โดยการจัดให้มีบริการส่งเสริม บำรุงรักษา และฟื้นฟูตามลำดับมากขึ้น ประชาชนควรสามารถให้การดูแลตนเองได้มากขึ้น และชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไข้ปัญหาของท้องถิ่น นอกจากนี้การดำเนินงานยังพยายามดัดแปลงให้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น และส่งเสริมให้ประชาชนที่เกี่ยวข้อง มีส่วนโดยตรง แนวความคิดดังกล่าวจัดได้ว่า สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย คือ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบการบริหารสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนเอง เป็นการพัฒนาชุมชน ให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไข้ปัญหาสาธารณสุข ได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรม เพื่อแก้ไข้ปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้ และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไข้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ในการสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ ซึ่งหน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำแทนเขา เขาไม่ได้ทำแทนเรา แต่เขาทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชนและความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการ

ปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน นอกจากนี้ สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ เช่น การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน โดยใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขต และกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ และมีผลต่อการแก้ปัญหา (อมร นนทสุด 2525 : 8-15)

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาล

นักการศึกษาพยาบาลได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้มากมาย เช่น Spalding A. Notter (1986 : 54) Yura & Walsh (1973 : 14) Donovan (1975 : 19) Alexander (1972 : 69) พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522 : 43) ซึ่งพอจะสรุปได้ว่าการพยาบาลเป็นบริการทางวิชาชีพที่วางบนรากฐานของวิทยาศาสตร์ และศิลปศาสตร์ เป็นความสามารถทางทักษะที่จะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังจะต้องประกอบด้วยความคิดชอบร่วมกับวิชาชีพอื่น ในการจัดการส่งเสริมให้มนุษย์มีสุขภาพดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการทำงานประสานกับบุคลากรอื่น ๆ รวมทั้งมโนคติในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายหลัก คือ สุขภาพดีของทุกคนในสังคม ซึ่งพยาบาลดังกล่าวควรจะสามารถในด้านต่าง ๆ กล่าวคือ มีความสามารถในการรักษาพยาบาล ถ่ายทอดความรู้ด้านคุณภาพ การประสานงาน ร่วมมือและมีสัมพันธ์ภาพที่ดี การค้นคว้าวิจัย ให้คำอธิบาย หรือเป็นผู้แปลความหมายได้ถูกต้อง บริหารและด้านบริการในการ เป็นผู้แนะแนวต่าง ๆ ให้คำปรึกษาหรือปลอบใจ ให้กำลังใจเป็นอย่างดี ทักษะการพยาบาลเป็นอย่างดี และมีความสามารถที่พยาบาลพึงจะมีทั้งหมดที่กล่าวมานั้น จะต้องแสดงบทบาทที่ถูกต้องและผสมกลมกลืนกับความต้องการของชุมชน คือ จะต้องเน้นที่การให้การดูแลมากกว่าการรักษา ให้การดูแลตามความต้องการของประชาชน เพื่อให้เขาสามารถมีสุขภาพอนามัยที่ดี แนะนำให้ประชาชนใช้เทคโนโลยีที่ง่าย ๆ พยาบาลต้องเรียนรู้สภาพของปัญหาและปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดปัญหาขึ้น (Calliere 1980 : 170) ซึ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพควรประกอบด้วยบทบาทที่สำคัญ 5 ประการ คือ บทบาทในด้านการดูแลสุขภาพอนามัย บทบาทในการ เป็นผู้นำ และผู้บริหาร

การพยาบาล บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย บทบาทครอบครัว และชุมชนสามารถช่วยตนเองได้ในด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้เกิดสุขภาพอนามัยที่ดีกับบุคคลในชุมชนนั้น (Fawker, 1975 : 4) ส่วนในประเทศไทย ได้ใช้ทั้งคำว่า "การพยาบาลสาธารณสุข" และ "การพยาบาลอนามัยชุมชน" ทั้งสองคำ

ปรัชญาของการพยาบาลสาธารณสุข สมาคมพยาบาลอเมริกัน (The American Nurses' Association) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า "การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นสาขาหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องนำความรู้และทักษะมาใช้ในการสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นปกติของเขา เช่น ที่บ้าน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน" (1967 : Memeo) ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 American Public Health Association (APHA) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขไว้ว่า แตกต่างไปจากพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางอื่น ๆ ตรงที่เน้นการให้บริการแก่ชุมชนทั้งหมด หรือกลุ่มประชากรทั้งกลุ่มมากกว่าสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมพยาบาล การสาธารณสุขแคนาดา กล่าวคือ "การพยาบาลสาธารณสุข เป็นวิชาชีพการพยาบาลซึ่งมีความตั้งใจจะช่วยชุมชนโดยการช่วยเหลือประชาชน ในสิ่งแวดล้อมปกติ ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนทั้งหมด โดยจัดการส่งเสริมสุขภาพการพยาบาลสาธารณสุข เกี่ยวข้องทั้งคนดี คนป่วย คนพิการ เพื่อที่จะป้องกันโรค หรือทำให้การแพร่กระจายลดลง ลดความเจ็บป่วยอันเป็นผลเนื่องมาจากโรคที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มีทักษะในการให้การดูแลคนป่วย คนพิการที่อยู่นอกสถานบริการ ผ่อนคลายสภาวะวิกฤต สนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคลพิเศษ และชุมชนที่จะพัฒนาและสร้างสุขนิสัยที่ดี เพื่อให้เกิดสภาวะอนามัยที่ดี" (Canadian Public Health Association, 1966 : 1)

สำหรับความหมายของการพยาบาลสาธารณสุขในไทย หอสมุดได้คือ "การพยาบาลสาธารณสุข เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่ต้องใช้ความรู้ และทักษะในด้านการพยาบาล มาประกอบกับความรู้และทักษะด้านสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ ในการให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน" (ประภา ลีประสูต 2523 : 1) ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ ฟรีแมน กล่าวคือ การพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นการพยาบาลและการปฏิบัติการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพและชุมชนอย่างเป็นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งให้การดูแลสุขภาพเป็นระยะโดยตลอด รวมทั้งการรักษา การป้องกันความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การฟื้นฟู

สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย การพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นการ
ในการเป็นผู้สอน และให้คำปรึกษาแนะนำทางด้านสุขภาพอนามัย และบทบาทในการเป็นผู้ป้องกัน
และให้การรักษาเบื้องต้น (Kramer 1981 : 170)

ประเวศ วสี (2500 : 1034) ได้กล่าวถึง "พยาบาล" ในแง่ของยุทธวิธี
ของการสาธารณสุขแล้ว เป็นกฎเกณฑ์สำคัญในการโยกย้ายแกมปัญหาต่าง ๆ ของงานสาธารณสุข
เพราะคุณลักษณะพิเศษของพยาบาล กล่าวคือ " เป็นบุคคลที่ทำงานใกล้ชิดแพทย์มากที่สุด เห็น
วิธีการตรวจรักษาพยาบาลมากรวม สามารถเรียนรู้ได้เร็ว เป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างแพทย์ และ
บุคลากรอื่น เหมาะที่จะเป็นผู้เชื่อมประสานงาน เป็นบุคลากร เอนกประสงค์ สามารถฝึกอบรมให้
ทำงานเฉพาะกิจ หรือทำการตรวจรักษาทั่วไป หรือทำการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู
สมรรถภาพ ฯลฯ อะไรก็ได้ทั้งสิ้น เป็นอาชีพที่มีอยู่นานเป็นที่ยอมรับของสังคม ทั้งในประชาชน
ทั่วไป และวงการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีผู้ต้องการ เป็นพยาบาลจำนวนมาก
สามารถผลิตได้จำนวนมาก และขยายการผลิตได้อีกมากโดยรวดเร็ว "

หน้าที่พยาบาลสรุปได้ว่า พยาบาลคือ ผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลทั้งที่ปกติ และเจ็บป่วย
ในการรักษาสุขภาพบำรุงร่างกาย ในระยะพักฟื้น หรือให้ตายอย่างสงบ หากบุคคลเหล่านี้มี
สุขภาพแข็งแรง มีความรู้ การช่วยเหลือเหล่านี้อาจไม่เป็นที่ต้องการ และการปฏิบัติการพยาบาล
นี้เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Handerson 1973 : 7)
สอดคล้องกับแนวความคิดของบาวแมนซึ่งสรุปได้ว่า หน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลคือ การดูแลผู้ป่วย
ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยให้ความสุขสบาย ความมั่นใจ ความปลอดภัย ทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ สังคม และอารมณ์ นอกจากนี้ยังครอบคลุมไปถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันจาก
การพิการ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลอยู่กับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่น ๆ (Bowman 1975 : 11-47)

3.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข

ในต่างประเทศนั้น คำว่า "การพยาบาลสาธารณสุข" จะใช้เรียกสำหรับ
บริการที่หน่วยงานของรัฐให้กับประชาชน ส่วนการพยาบาลเช่นเดียวกันนี้ที่กระทำโดยอาสาสมัคร
หรือโดยหน่วยงานเอกชน จะเรียกว่า "พยาบาลที่ติดตามเยี่ยม (Visiting Nurses)"
ดังนั้น เพื่อขจัดความสับสน และเพื่อเพิ่มพูนความสำคัญของการพยาบาลที่มีต่อชุมชน จึงมีการเปลี่ยน
แปลงชื่อการพยาบาลสาธารณสุข มาเป็น "การพยาบาลอนามัยชุมชน" ซึ่งเน้นการพยาบาล

มากขึ้น ไม่จำกัดเฉพาะการดูแลบุคคลที่อยู่ภายนอกโรงพยาบาลเท่านั้น ยังต้องให้การป้องกันโรค
ค้นหาผู้ป่วย การให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลครอบครัวและชุมชน มุ่งที่จะให้
ประสานกันระหว่างการสาธารณสุขกับการพยาบาลที่สำคัญ" (Freeman 1970 : 36) บทบาท
และหน้าที่ของพยาบาลชุมชน อาจแบ่งออกตามการปฏิบัติงานอย่างกว้าง ๆ 4 ด้านด้วยกัน
พยาบาลจะปฏิบัติหน้าที่ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่ง สถานที่ทำงาน และองค์ประกอบอื่น ๆ
เช่น นโยบายของหน่วยงาน มโนทัศน์ของพยาบาลเกี่ยวกับหน้าที่และบทบาทของตนเอง มโนทัศน์
ของผู้ร่วมงาน โดยเฉพาะแพทย์ว่าพยาบาลควรมีหน้าที่อะไร วัตถุประสงค์และความต้องการของ
ชุมชน และจำนวนและประเภทเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน บทบาทของพยาบาล
ได้แก่ (1) หน้าที่ในด้านการบริหาร เช่น การวางแผนงาน การมอบหมายงาน การประเมิน
ผลงาน อันเป็นหน้าที่ของพยาบาลอาวุโส อย่างไรก็ตามพยาบาลในตำแหน่งรอง ๆ ลงมาก็มี
โอกาสปฏิบัติหน้าที่เหล่านี้เหมือนกัน (2) หน้าที่ในการนิเทศงาน ได้แก่ การปฏิบัติงานเกี่ยว
กับการสอน และแนะนำส่งเสริมเจ้าหน้าที่อื่น ให้สามารถปฏิบัติงานเต็มกำลังความรู้ ความสามารถ
ของแต่ละบุคคล พยาบาลชุมชนทุกคนจะต้องนิเทศงาน เจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับรองลงมาเพื่อ
ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (3) หน้าที่ในด้านให้การศึกษา อบรม ได้แก่ การ
อบรมส่งเสริมความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่พยาบาลเอง การฝึกอบรมนักเรียนนักศึกษาจาก
สถานศึกษาต่าง ๆ ในงานด้านอนามัยแก่ประชาชนโดยทั่วไป (4) หน้าที่ในด้านการให้บริการ
หมายถึง การให้การดูแลบริการโดยตรงแก่ประชาชน ตามโครงการอนามัยต่าง ๆ บริการ
เหล่านี้รวมทั้งการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการดำรงส่งเสริมสุขภาพ (ประนอม
อ้อม 2523 : 34-35)

บทบาทของพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น ได้กล่าวถึง
บทบาทของพยาบาลสาธารณสุข พอสรุปได้ว่า พยาบาลมีหน้าที่ในการวางแผนการดำเนินงาน
การนิเทศ และการสอน และการให้บริการโดยตรงแก่ประชาชน พยาบาลที่มีบทบาทสำคัญต่อการ
สาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ พยาบาลในสถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข และพยาบาลใน
โรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งนอกจากจะให้บริการระดับปฐมภูมิแล้ว มุ่งกันโรคและรักษาพยาบาล
เบื้องต้นแล้ว ยังมีบทบาทที่เกี่ยวข้องสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การอบรม ผสส.
อสม. เพื่อช่วยเหลือชุมชนในการป้องกันโรค การรับและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานอนามัย ร่วมมือ
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ในการวางแผนและการดำเนินการพัฒนาการสาธารณสุข
มูลฐาน ช่วยให้ชุมชนมองปัญหา และแนะแนวทางแก้ปัญหาเอง ช่วยในการวางแผน และดำเนิน

การสอนหรืออบรมบุคลากร หรือให้ เขาสามารถอบรมและช่วยเหลือ ผสส. และ อสม. อีกค่อ
หนึ่งช่วยในการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาล และผดุงครรภ์ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ
ทัศนคติ และสามารถส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐาน (ลออ หุดางกูร 2524 : 58-64)

นอกจากนี้ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับชาติ เรื่องบทบาทของครุพยาบาลกับการ
มีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลค่องานสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า
พยาบาลต้องเข้าใจระบบงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างดี เข้าใจ และสามารถวิเคราะห์ปัญหา
สุขภาพอนามัยได้ สามารถกำหนดบทบาทเฉพาะของตัวเอง ที่สามารถให้บริการโดยตรงแก่
ประชาชน และบทบาทร่วมในทีมสุขภาพ สามารถใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์มาก
ที่สุด ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น (สายหยุด นิยมวิภาต 2524 : 54)
ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ เบอร์กแมนที่ว่า พยาบาลหรือผดุงครรภ์มีบทบาทในงานสาธารณสุข
มูลฐาน สามารถแบ่งออกเป็น 4 งานใหญ่ คือ การวางแผนงานและนโยบาย การนิเทศ การ
สอน และการให้การดูแลโดยตรง (Provision of Direct Care) (Bergman 1980 :
53-56)

ในการให้บริการแก่บุคคลภายหลังที่ได้เข้ารับการรักษา (Secondary Health Care
System) จะพบว่า ผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยหรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น และผู้รับบริการจะต้อง
การความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลซึ่งจะเน้นที่ การให้การฟื้นฟูและรักษาเป็นส่วนใหญ่
(Restorative Maintenance Service) (นพรัตน์ ผลาพิบูลย์ 2521 : 426) ในสภาพ
สังคมปัจจุบัน โลกต้องการพยาบาลผู้มีความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของชุมชน สามารถ
ที่จะสร้างเครื่องมือที่จะมาใช้ในการป้องกันส่งเสริม และดำรงรักษาสุขภาพของประชาชนทั้งหมด
ไว้ ต้องการพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
และสามารถสอนประชาชนให้ดูแลรักษาตนเองได้ (Borges 1980 : 173) พยาบาล เป็น
บุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อกลาง (Intermediate Health Care Worker)
ที่มีบทบาทพอสรุปได้ดังนี้คือ พยาบาลเป็นผู้ให้บริการ สอนฝึกอบรม นิเทศงาน สนับสนุนด้าน
เวชภัณฑ์ และเป็นผู้บริหารงานที่ดี มีการติดตามประเมินผล (ปรีชา ศิสวัสดิ์ 2525 : 74)

การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกคน ทุกระดับของระบบ
งานสาธารณสุข ซึ่งจะมิตบาทแตกต่างกันไปตามระดับโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข

โดย เน้นงานสอนสุขศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้นที่สำคัญคือ ปรับปรุงคุณภาพในบทบาทของพยาบาลคํานวณสาธารณสุขมูลฐาน ในด้านการฝึกอบรม การจัดการ และการร่วมมือประสานงาน (Intersectoral) การนิเทศ และประเมินผลการวิจัย การเป็นผู้ริเริ่มสามารถกระตุ้นให้ประชาชนร่วมมือ ยอมรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (Community Participation)

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพอนามัย กลุ่มใหญ่ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน พยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ประชาชน ผู้สอนและนิเทศ บุคลากรบางประเภท บทบาทที่ชัดเจนของพยาบาล คือการสอนและการนิเทศ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน (นพรัตน์ ผลาพิบูลย์ 2521 : 636)

3.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล

จากประวัติศาสตร์ จะเห็นว่าการศึกษาพยาบาลนั้น ไม่ว่าจะ เป็นต่างประเทศ หรือในประเทศไทย ได้ได้เด้ามาจากการฝึกหัด โดยได้เน้นถึงการใช้แรงงาน เป็นสำคัญ ความรู้วิชาการต่าง ๆ อยู่ในวงแคบ ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ความรู้ในสาขาวิชาการต่าง ๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปด้วย สถาบันผู้ผลิตบุคลากรทางการพยาบาลได้มีเสรีภาพทางด้านวิชาการมากขึ้น ตลอดจนนักศึกษาที่เข้ามาศึกษาในวิชาชีพก็มีพื้นฐานความรู้อยู่ในระดับสูง และสถาบันผู้ผลิตก็มีโอกาสมากในการที่จะคัดเลือกผู้ที่เข้ามาศึกษาได้มากกว่าแต่ก่อน ฉะนั้นก็น่าจะเป็นสิ่งที่เชื่อได้ว่าพยาบาลที่จบการศึกษาออกไปแล้ว สามารถที่จะออกไปรับใช้สังคมได้เป็นอย่างดี ตามความต้องการของสังคม (พรรณี เหมือนวงศ์ 2522 : 217-218) ประกอบทั้ง การเรียกร้องของสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้พยาบาลต้องขยายขอบเขตความรับผิดชอบให้ลึกและกว้างมากขึ้น ซึ่งพยาบาลควรจะได้ถูกเตรียมให้รับผิดชอบในบทบาทที่เพิ่มขึ้น เพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังนั้นจึง เป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะได้พิจารณาหลักสูตรของพยาบาลขึ้นพื้นฐาน ให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของสังคม (นพรัตน์ ผลาพิบูลย์ 2521 : 523) เพราะว่าการศึกษาคงต้อง เรียนรู้ถึงความต้องการของชนส่วนใหญ่ ต้องสนองต่อกิจกรรมของชนส่วนใหญ่ ช่วยให้ชนส่วนใหญ่มีชีวิตที่ดีขึ้น (ไพฑูริย์ ลินลารัตน์ 2525 : 21) จากการเรียกร้องของสังคมดังกล่าวร่วมกับพัฒนาการของสถาบันการศึกษาพยาบาล ทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลก้าวเข้าสู่ระบบอุดมศึกษาที่สมบูรณ์แบบมากขึ้น โดยมีรูปแบบของหลักสูตรอุดมศึกษาชนิดที่ถืองานของหลักสูตร เป็นหลัก ซึ่ง เป็นการพิจารณาในสาระที่ว่าหลักสูตรที่ว่าการศึกษาพยาบาล

นั้นสัมพันธ์โดยตรงกับมนุษย์เกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย ความเจริญเติบโต และการดำรงอยู่ในสังคมของแต่ละคน ลักษณะวิชาชีพนี้จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจรู้จักคนอย่างดีละเอียดถี่ถ้วน เพื่อที่จะได้ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม หรือแก้ไข้ปัญหาให้กับมนุษย์ได้ ในขณะที่เดียวกันคนในกลุ่มวิชาชีพนี้ ก็จะต้องมีคุณธรรม และความรับผิดชอบสูง เพราะตนเอง เป็นผู้รู้ เป็นผู้เข้าใจ และในหลายกรณีได้ผูกขาดวิชาการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของมนุษย์ไว้ จึงควรจะได้ใช้ความรู้เพื่อประโยชน์สุขของคนในสังคมอย่างแท้จริง (ไพฑูริย์ ลินลารัตน์ 2525 : 27)

โดยทั่วไปแล้ว การศึกษาพยาบาลจะต้องประกอบด้วยการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติพยาบาล การศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจึงแยกจากกันไม่ได้ ต้องกระทำควบคู่กันไปตลอดหลักสูตร และควรต้องมีการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณืจริง จึงจะทำให้ทราบแนวทาง และสามารถนำหลักและวิธีการไปใช้อย่างถูกต้อง และเกิดประโยชน์สูงสุด (วิเชียร ทวีลาภ, 2511 : 72) เนื้อหาทั้งทางด้านทฤษฎีและปฏิบัติจึงควรจัดสัดส่วนระหว่าง General Education และ Specialization ให้พอเหมาะและจัดให้มีสัดส่วนของทฤษฎีและปฏิบัติให้เหมาะสม เพราะพยาบาลเป็น Practicing Profession ต้องคำนึงว่า เมื่อเรียนรู้แล้วควรปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพตามต้องการ (วิจิตร ศรีสอน 2518 : 25)

ทูลล็อก และ ซิลวา (Tullock and Silva 1973 : 80-81) ได้กำหนดวัตถุประสงค์และหลักการในการจัดการศึกษาทั้งด้านทฤษฎี และภาคปฏิบัติอย่างกว้าง ๆ ให้นักศึกษามีความรู้ทั้งทางด้านรูปธรรมและนามธรรม ให้นักศึกษามีทักษะในการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกโดยวิธีวิทยาศาสตร์ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคลากรในทีม เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับมโนทัศน์ หลักการ ทฤษฎี เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการวิชาชีพ

สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้น ยังมีการแบ่งตามลักษณะงานออก เป็นส่วนที่ปฏิบัติงานในสถานบริการการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบางส่วนก็ปฏิบัติงานในชุมชน ในลักษณะของการเป็นพยาบาลอนามัยชุมชน การจัดหลักสูตรจึงมีความแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะปัญหาในการจัดหลักสูตรอนามัยชุมชน ในระดับปริญญาพบว่า ปัญหาหลักซึ่งของการพยาบาลอนามัยชุมชนก็คือ การผลิตพยาบาลอนามัยชุมชนเฉพาะทางเพื่อการพยาบาล และการพยาบาลสาธารณสุข ปัญหาสืบเนื่องมาจาก เรื่องของปรัชญาทางด้านอนามัยชุมชนว่า จะเตรียมผู้ปฏิบัติงานในชุมชนที่ดีได้อย่างไร ดังนั้นในปี ค.ศ. 1964 กลุ่มคณะอาจารย์ทางด้านพยาบาลสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาและสรุป เป็นข้อเสนอแนะว่าควรจัดหลักสูตรแกน (Core Course) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มวิชาต่าง ๆ เช่น ความคิด

รวมยอดของชุมชน และทฤษฎีซึ่งดึงมาจากพฤติกรรมทางด้านวิทยาศาสตร์กายภาพ และชีวภาพ เป็นโอกาสเหมาะที่จะเรียนรู้บทบาทต่าง ๆ และทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ศึกษาถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน เพื่อจะได้เข้าใจคน สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม และหาวิธีที่เป็นไปได้ที่จะควบคุมและป้องกันโรคของประชากร ปรับปรุงปรัชญา ซึ่งเป็นหนทางนำไปสู่การปฏิบัติทางการแพทย์สาธารณสุข โดยกำหนดแนวความคิดรวบยอดจากพฤติกรรมศาสตร์ และทดสอบ ทฤษฎีของการพยาบาลสาธารณสุข รวมทั้งการให้นักศึกษาได้วิเคราะห์การปฏิบัติของเขาเอง โดยวิธีให้นักศึกษานำความรู้ที่ได้จากพฤติกรรมของมนุษย์ และจากประสบการณ์ทางคลินิก เพื่อดูว่านักศึกษาจะมีความสามารถในการนำความรู้ไปปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด การจัดการเรียนการสอนเพื่อเป็นผู้นำ เช่น เรื่องการบริหาร การนิเทศงาน การสอน การสอน-แนะแนวหลักการวางแผนพัฒนา และการประเมินผล เป็นต้น เปลี่ยนแปลงปรับปรุงวิธีดำเนินการวิจัย ภายใต้การแนะนำของสถาบัน เพื่อพัฒนางานวิจัยและพัฒนาความสามารถของนักศึกษา และศึกษาเนื้อหาด้านคลินิกให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อเตรียมเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Ruth and Partridge 1965 : 72-76) แต่ในส่วนของจัดการศึกษาพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพทั่วไปนั้น ทัลล็อก และ ซิลวา (Tulloch and Silva 1973 : 80-81) ได้เสนอแนวคิดไว้ 5 ประการ (1) วัตถุประสงค์ของการศึกษาควรกำหนดให้ชัดเจน เกี่ยวกับการนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ (2) ใช้วิธีสอนแบบแก้ปัญหา (Problem Solving) ในการจัดประสบการณ์ทางคลินิก โดยจัดเนื้อหาวิชาที่ช่วยให้นักศึกษาวางแผนการแก้ปัญหาต่าง ๆ และเกิดความคิดสร้างสรรค์ได้ (3) หลักสูตรที่ใช้ควรให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่าง ๆ เพราะองค์ประกอบของหลักสูตร ได้แก่ วัตถุประสงค์ การจัดเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน และการประเมินผล จะต้องเป็นกระบวนการต่อเนื่องและสอดคล้อง (4) เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner Centered) โดยให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ตามความรู้ทางทฤษฎี และความต้องการของแต่ละบุคคล (5) แหล่งบริการและคลินิก (Resources) ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานควรมีประสิทธิภาพ ทั้งบุคลากร อุปกรณ์ วิธีการบริหารงาน ตลอดจนนักเรียนมีโอกาใช้วิธีการใหม่ ๆ ในการให้การพยาบาล

สำหรับการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ภายหลังจากที่ยอมรับกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน มาแก้ปัญหาการสาธารณสุขของประเทศแล้ว นักการศึกษาพยาบาลหลายท่าน ได้เสนอแนวคิด และหลักการของสถาบันการศึกษาพยาบาล อาทิเช่น การศึกษาพยาบาลเพื่อ

ปฏิบัติงานในชุมชน จะต้องคำนึงถึงปัญหาอนามัยและความต้องการของชุมชน รวมทั้งบทบาทหน้าที่ที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติ เมื่อสำเร็จแล้ว เป็นพื้นฐานสำคัญ (ประภา ลีประสูตร 2518 : 3) การศึกษาพยาบาลจะตอบสนองวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐานของรัฐได้อย่างไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเข้าใจและความตระหนักในแนวความคิด และความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานของผู้จัดหลักสูตร การศึกษาพยาบาลและผู้ดำเนินการสอน (ลออ ทูตางกูร 2524 : 58) การศึกษาวิชาชีพพยาบาลนั้น จะใช้เฉพาะวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ เท่านั้นยังไม่พอ ยังต้องการคุณภาพอันสูงส่งอีกด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะงาน เป็นงานที่ให้บริการแก่สังคม ในด้านสุขภาพอนามัย และที่สำคัญที่สุดคือ ความปลอดภัยในชีวิตของผู้ที่มาใช้บริการด้วย การเรียนการสอนนั้นก็ได้ เน้นทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติควบคู่กันไป ทั้งนี้ เมื่อเรียนแล้วจะต้องนำไปปฏิบัติได้อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ การพยาบาลจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้น ย่อมต้องการสะพานที่จะ เชื่อมโยงนำเอาความรู้ในสาขาต่าง ๆ ไปสู่แนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง สิ่งนั้นก็คือ ทักษะที่มีต่อวิชาชีพ ถ้าทราบใดผู้เรียนมีความรู้ เบื้องปราชญ์ใน เนื้อหาวิชาการแต่ถ้าขาดซึ่งทักษะที่ดีต่อวิชาชีพแล้ว การที่จะให้บรรลุถึงการปฏิบัติที่ดี การพยาบาลที่ดีย่อม เป็นสิ่งที่เป็นไปได้อย่างยาก (พรณี เหมือนวงศ์ 2522 : 217-218)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับชาติ เรื่อง บทบาทของครูพยาบาลกับการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อถึงปี 2543 (2524 : 268-291) ได้มีการสรุปบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานของสถาบันการศึกษาพยาบาลไว้ดังนี้คือ สร้างความ เข้าใจ และสัมมาทวิฐในเรื่องของสุขภาพ (Health) ปลูกฝังมโนสำนึกที่จะช่วยส่วนรวมและประเทศชาติ สนับสนุนการพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองได้ ทำการศึกษาวิจัย (Research & Development) โดยเฉพาะในเรื่องของ Health Service Research (HSR.) Health Manpower Development Research (HMDR) การบริการชุมชนในด้านอื่น ๆ

ในส่วนของการจัดการศึกษาพยาบาลนั้น ถ้าพิจารณาจากแง่ที่ว่าการศึกษาพยาบาลเป็นการรวบรวม เนื้อหาวิชาที่มีขอบเขตแน่นอนที่จะช่วยให้นักศึกษามีกิจกรรมในการแก้ปัญหา (Problem Solving) โดยอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐาน สามารถมองเห็นปัญหา และเลือกวิธีแก้ไขได้ถูกต้องและ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่นักศึกษาสามารถใช้ความรู้ แก้ปัญหา ตรวจสอบข้อผิดพลาดในแต่ละขั้นตอน (Silva 1971 : 531) ฉะนั้นในหลักการจัดการเรียน

การสอนเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้ การสอน (ผู้สอน, วิธีการสอน) สภาพแวดล้อม การสรุปและประเมินผล (พรรณี เหมือนวงศ์ 2522 : 218-220)

ภายหลังการประชุมที่ อัลมา อัดคา ปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้เสนอกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ในการบรรจุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 นั้น ทางด้านการจัดการศึกษาพยาบาล คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความเห็นว่าการจัดการศึกษาพยาบาล ควรได้มีการ เปลี่ยนความคิดรวบยอดของการเรียนรู้ และมีการ เปลี่ยนแปลงหลักสูตร โดยหลักสูตรควรเน้นคน ไม่ใช่สถาบันและ เน้น เกี่ยวกับสุขภาพให้มากกว่าโรค การศึกษาก็ควร เริ่มต้นศึกษากับครอบครัวที่มีสุขภาพดีก่อน จึงศึกษาถึงการ เกิดโรค ความพิการ การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะเป็นการให้ประสบการณ์แก่นักศึกษาในการ เข้าใจชีวิตในชุมชน เข้าใจขนบธรรมเนียม เนียมที่มีผลต่อสุขภาพหรือการ เจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งจะทําให้นักศึกษาเกิด ความเชื่อมั่น ในตนเอง รวมทั้งสามารถทำงานได้ทั้งในชุมชนและสถานที่อื่น ๆ (WHO, 1974: 12-18) จึง เป็นผลให้นักการศึกษาพยาบาลหลายท่านเสนอความคิด เห็นต่อการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ของนักศึกษา พอสรุปได้ 8 ประการ คือ (1) ควรช่วยให้นักศึกษาสามารถประเมิน ความต้องการของผู้ป่วยได้ (2) ให้นักศึกษาทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมได้ (3) ประเมินผล การพยาบาลที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ของทั้งผู้ป่วย และพยาบาลร่วมกัน (4) ประสบการณ์ที่จัด ในแหล่งบริการ (Resources) นี้ควรยืดหยุ่นได้ (5) ผู้นิเทศ งานต้องมีความรู้ เข้าใจใน หลักการนิเทศ (6) พยาบาลต้องเป็นตัวอย่างที่สำคัญ และ เค็มใจช่วยนักศึกษาในด้านความรู้ ต่าง ๆ (7) การจัดประสบการณ์ ต้องคำนึงถึงสมาชิกในทีม (8) การเรียนการสอนบนคลินิค ต้องคำนึงถึงความเข้าใจของนักศึกษาเกี่ยวกับระบบการบริหาร และการปฏิบัติงาน (Schein 1972, Ruth and Partridge 1965, Tullock and Silva 1973, Krawczyk 1979, Hodgman 1973, Fagin 1975, Schweer 1976)

ในส่วนของวงการศึกษายาบาลไทยก็มีความตื่นตัวต่อทัศนคติการจัดการศึกษาพยาบาล ในแนวใหม่ ทั้งในด้านปัจเจกบุคคล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี อาทิเช่น ทัศนคติของ วิเชียร ทวีลาภ (2522 : 20-29) ต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของการศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบการเรียนรู้ (Learning Process) ในอดีตเป็นแบบศึกษาจากโรคเป็นหลัก

และ โปรแกรมการฝึกหัดวิชาชีพ แต่ในปัจจุบันการศึกษาพยาบาล กลายเป็นสถาบันอิสระแขนงหนึ่งของการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งทำให้บรรยากาศของการเรียนรู้กว้างขวางขึ้น ส่งผลให้การเรียนการสอนที่เคย เป็น แบบ เน้นผู้สอน ไปสู่การ เน้นผู้เรียนมากขึ้น ด้านเทคนิคการสอน ได้ รับการปรับปรุงไปสู่การสอนในแบบของมโนทัศน์ และหลักการแก้ปัญหา ซึ่งปัจจุบันกำลังพัฒนา ไปสู่รูปแบบของการแก้ปัญหา (Problem Solving Approach) (2) คุณภาพของอาจารย์ พยาบาล (3) ช่องว่างระหว่างการศึกษาและการบริการพยาบาล (4) การ เปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับทัศนคติต่อชีวิต และค่านิยมของคนในสังคมแต่หลักประกันคุณภาพของการศึกษาพยาบาล มิได้อยู่ที่โครงสร้างของหลักสูตร แต่อยู่ที่ผลของการนำไปใช้ การ เรียนรู้เกิดจากการกระทำหรือ การปฏิบัติ แต่การปฏิบัติที่ไม่เกิดการ เรียนรู้คือ ปฏิกริยาของหุ่นยนต์ และทัศนคติต่อแนวคิด เกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการศึกษา เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งพอจะสรุปเป็น แนวทางได้ดังนี้คือ (1) ปรับปรุงวิธีคัดเลือกผู้เข้าศึกษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (2) เปลี่ยนหรือ ปรับปรุงระบบ โครงสร้างของการ เรียนการสอน ให้ เป็น แบบ เน้นชุมชน (3) ผสมผสานหรือสอดแทรกความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ในวิชาพยาบาลทุก ๆ วิชา ตาม ความเหมาะสม (4) จัดลำดับวิชาและเนื้อหาวิชาทางการศึกษาทั่วไป ที่มีสอนอยู่ใน ขณะนี้ เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับกระบวนการ เรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงใหม่ (5) พิจารณา ทบทวนลักษณะรายวิชา และติดตามกระบวนการเรียนการสอน (6) ติดตามประเมินผลการ เรียน การสอนในปัจจุบัน โดยประเมินผลนักเรียนปัจจุบัน ประเมินผลจากผู้ใช้ ประเมินหลักสูตรและสถาบัน (7) พัฒนาการจัดการศึกษาพยาบาลให้สอดคล้อง กับความต้องการของชุมชนแต่ละแห่ง เช่น เน้นในเรื่องการพัฒนาชุมชน (8) จัดและส่งเสริมกิจกรรมนอกหลักสูตรของนักศึกษา และสถาบัน ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้นักศึกษาสามารถทำงาน เป็นทีม และทำงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นในชุมชนได้ (รายงานการประชุม เชิงปฏิบัติการระดับชาติ เรื่องบทบาทครูพยาบาล กับการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า 2524 : 254)

นอกจากนี้ วรณวิไล จันทราภา(สัมภาษณ์) ได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับหลักสูตร การศึกษาพยาบาลของประเทศไทยไว้ว่า เป็น การ เน้นทฤษฎี มากกว่าการ เน้นชุมชน และสมรรถภาพที่จำเป็น ซึ่ง เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค ในด้านการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลแต่ละแขนงก็พยายามที่จะขยายการเรียนการสอน ให้กว้างขวางขึ้น โดยเพิ่มจำนวนหน่วยกิตและชั่วโมง เรียน การเรียนการสอนจึงซับซ้อนมาก ผู้จบ

การศึกษานำหลักการไปปฏิบัติได้ไม่คุ้มค่า การศึกษาพยาบาลในปัจจุบันจึงน่าจะพัฒนาให้ได้ พยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการทำงานได้ เหมาะสมกับปัญหาของประเทศ และเป็นไปตามแผน พัฒนาสาธารณสุขซึ่งมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาในชนบท อันจะนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพดี ถ้วนหน้า ดังนั้นการศึกษาพยาบาลจึงควรยึดหลักการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การเน้น ภาระงาน และสมรรถภาพที่จำเป็น นอกเหนือจากการยึดหลักดังกล่าวแล้วยังควร ถือการกำหนดวัตถุประสงค์เป็นสิ่งสำคัญในการเรียนการสอน และผู้สอนควรจะบอกให้ผู้เรียน ทราบโดยการบอกในลักษณะที่ชัดเจนในรูปของพฤติกรรม เป็นลักษณะวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ซึ่งเป็นข้อความที่อธิบายให้ทราบว่า ผู้เรียนสามารถทำอะไรได้บ้าง หลังจากผ่านการเรียน การสอนที่กำหนดไว้ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมนี้มีประโยชน์ในการที่ผู้สอนอาจจะใช้วางแผนและ ประเมินผลการสอนของตนเอง และช่วยในการชี้แจงให้ผู้เรียนทราบถึง เป้าหมายของการเรียน การสอน นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้สอนและผู้เรียนสามารถวางแผนการเรียนการสอนร่วมกันได้ และผู้เรียนทุกคนสามารถประสบผลสำเร็จในการเรียน โดยใช้เวลาตามความสามารถ (ปทีป เมธาคุณวุฒิ 2524 : 89) ขณะเดียวกันในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้จะต้องมี เกณฑ์เพื่อใช้ เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดระเบียบอย่างมีประสิทธิภาพ เกณฑ์ที่ยอมรับคือ การจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ให้มีความต่อเนื่อง มีลำดับขั้นตอนและมีการผสมผสานกัน (พรจันทร์ สุวรรณชาติ 2522 : 315)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในการศึกษาพยาบาลนั้น เมื่อพิจารณาทางด้านหลักสูตร ซึ่งแต่เดิมนั้น ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล นักศึกษาจะเรียนเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ และในการให้การพยาบาลนั้น ก็จะเป็นการให้การพยาบาลที่จะสนองต่อการรักษามากกว่า ที่จะ ให้การป้องกันความเจ็บป่วย (Krawczyk 1979 : 221) ต่อมาเริ่มมีแนวคิดที่จะทำการ พัฒนาหลักสูตรจากนักการศึกษาและนักวิชาการหลายท่าน อาทิ เช่น แนวคิดที่ว่าหลักสูตรพยาบาล แต่ก่อนนั้นมักมุ่งเน้นทางคลินิก (Clinical Areas) โดยแต่ละสถาบันต่างก็จัดหลักสูตรของตนเองไป เนื้อหาที่สอนก็เป็น เรื่องคลินิกเฉพาะทาง นักศึกษาขาดทักษะทางด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะ ในการคิดต่อสื่อสาร และขาดประสบการณ์ แต่หลักสูตรพยาบาลที่ยึดแนวความคิดรวบยอด (Based on Conceptual Framework) เหมาะที่จะนำประสบการณ์การพยาบาลทั้งหมด มารวมกัน โดยให้นักศึกษาได้ศึกษาจากชุมชนเพื่อจะได้ประสบการณ์หลาย ๆ ทางรวมกัน การ จัดหลักสูตรพยาบาลที่ยึดแนวความคิดรวบยอดนี้ จะต้องคำนึงถึงกิจกรรม (Activity)

ของพยาบาล การพิจารณากิจกรรมของพยาบาล พิจารณาได้ 6 ด้าน คือ (1) ผู้ปฏิบัติกิจกรรม (Agency) เป็นใคร (2) ผู้รับบริการ (Patency or Recipency) (3) ขอบเขต เนื้อหาวิชา (Framework of Context) (4) เป้าหมายปลายทาง ต้องการให้ทำอะไรได้ (5) มีวิธีการและเครื่องมือ (Procedure) อะไร (6) มีทรัพยากรสนับสนุน อะไรบ้าง (Hodgman 1973 : 111-131)

ซึ่งก็สอดคล้องกับที่ ลอว ทูตางกูร (2524 : 69) ได้แสดงความคิดเห็นต่อการจัดหลักสูตรการพยาบาลระดับวิชาชีพว่า ควรจัดเนื้อหาวิชาและประสบการณ์ทางคลินิกให้สามารถเริ่มต้นรับผิดชอบในการให้การพยาบาลทั่วไปได้ เมื่อผ่านการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ไปแล้ว และเริ่มให้เลือกศึกษาและเพิ่มประสบการณ์เข้มข้นในสาขาวิชา หรือสาขาบริการที่นักศึกษาถนัดในระยะปลายปีที่ 4 ความยืดหยุ่น เช่นนี้จะช่วยให้การเตรียมตัว เข้าปฏิบัติหน้าที่ที่มีทิศทาง มีความสมัครใจ และความมั่นใจดีขึ้น และสรุปว่าบทบาทและหน้าที่ในการให้บริการ เป็น เหตุผลสำคัญของการจัดหลักสูตรการศึกษาพยาบาล และหลักสูตรที่จัดให้จะมีอิทธิพลในการสร้างคุณสมบัติหรือความสามารถของพยาบาลที่จบการศึกษา ซึ่งจะเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับความต้องการของบริการหรือไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะงานในบริการของหน่วยงานที่พยาบาลแต่ละคนจะไปประจำการ เมื่อจะกล่าวถึงการพัฒนาหลักสูตรหรือปรับปรุงหลักสูตรนั้น ก็จำเป็นที่จะต้องกล่าวถึงจุดมุ่งหมายของหลักสูตร โดยเฉพาะคุณสมบัติของบัณฑิตที่เราต้องการว่ามีคุณลักษณะอย่างไร เมื่อกำหนดคุณสมบัติได้แล้ว ก็จัดเนื้อหาวิชาให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น เมื่อจัดเนื้อหาแล้วจึงมาจัดวิธีการสอน อาจารย์ให้พร้อมที่จะสอน และบริหารกับบริการกิจกรรมดังกล่าว (ไพฑูริย์ ลินลาวัณย์ 2525 : 34) เพราะเท่าที่ผ่านมาปัญหาของหลักสูตรที่สำคัญคือ มีการเน้นความเป็นเลิศทางวิชาการลงไป ในหลักสูตรจนเกินไป มากกว่าเป็นการใช้บุคลากร มากกว่าการคำนึงถึงความสิ้นเปลือง มีการสร้างหลักสูตร ขยายหลักสูตร เพื่อขยายงานของสถาบัน เพื่อสนองแต่ความก้าวหน้าของบุคคล จึงมีการเพิ่มเวลาของหลักสูตรขึ้นไปเรื่อย ๆ (สนอง สันสนยุท 2520 : 72)

โดยเหตุผลดังกล่าว การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนจึงมีความจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (1) เป็นการศึกษา เรื่องของคน ธรรมชาติ และคุณค่าของชีวิต ความสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม และผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพกายใจของคน เพื่อให้การพยาบาล โดยคำนึงถึง เหตุแวดล้อมสำหรับที่

มีผลกระทบต่อคน (Humanistic and Holistic Approaches) (2) การศึกษาที่เข้าถึงชุมชน ซึ่งทำให้รู้จักปัญหา สนใจที่จะช่วยเหลือชุมชนและอยู่ในชุมชนได้ (Community Orientation) (3) การพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต (Qualities of Life) (4) เป็นการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของคนทั่วไป ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Prevention) (5) การศึกษาเกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยาบาล เฉพาะโรค เป็นในกลุ่มโรคหรือความเจ็บป่วยที่พบบ่อยประจำ หรือพบมากในชุมชน (Interest in Common Illness) (6) Rehabilitation (Individual Home Care) การฟื้นฟูสุขภาพตามความสามารถส่วนบุคคล เมื่อเขากลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว (WHO 1974 : 12-18)

แนวความคิดนี้ ก็สอดคล้องกับแนวความคิดในเชิงผสมผสาน (Integrated) ซึ่งเป็นการนำไปสู่หลักสูตรเน้นชุมชน (Community Oriented) ลักษณะของหลักสูตรเน้นชุมชนนี้เป็นการผสมผสานทฤษฎีการปฏิบัติ และชุมชน เข้าด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคนให้ทำงานเพื่อชุมชน พัฒนาสังคมให้ดีขึ้น และคนที่สร้างขึ้นนี้ ควรเป็นคนที่ เป็นนักคิด นักเปลี่ยนแปลง รู้จักการแก้ปัญหา ไม่เพียงแต่ปัญหาในวิชาชีพเท่านั้น ต้องสามารถแก้ปัญหาของสังคม ปรับตัวให้สามารถทำงานได้ในบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นสิ่งที่ต้อง เน้นในหลักสูตรของการศึกษา พยาบาลเพื่อชุมชน ต้องประกอบด้วยกลุ่มวิชาที่จะทำให้ผู้เรียนพัฒนาตนเอง เป็นนักคิด วิเคราะห์ วิจารณ์ นักแก้ปัญหา นักพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการแก้ไขปัญหของชุมชน ได้ (ไพฑูริย์ ลินลารัตน์ 2525 : 46, 54) มีความเคลื่อนไหวในวงการศึกษาศึกษาพยาบาลครั้งสำคัญ ในอันที่จะแสวงหาข้อปฏิบัติ ในส่วนของการจัดหลักสูตรที่เน้นชุมชน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "การดำเนินงานการศึกษาพยาบาลซึ่งเน้นชุมชน" เมื่อวันที่ 26-30 พฤศจิกายน 2527 ณ โรงพยาบาลสมเด็จ ณ ศรีราชา ที่ประชุมโดย Dr. A. Mangay Maglacas และ สายหยุด นิยมวิภาค ได้สรุปถึงหลักสูตรที่เน้นชุมชนว่า ควรจะมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ (1) เน้นความต้องการปัญหาสาธารณสุข และแหล่งทรัพยากรของชุมชนนั้นคือ จะต้องมีการศึกษาสาเหตุปัญหาสาธารณสุข และความพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน มีความรู้ความชำนาญในการแก้ปัญหาชุมชน ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (2) นักศึกษาได้รับประสบการณ์ เกี่ยวกับชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น (3) มีความเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัวและชุมชน ไม่เน้นเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น (4) งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องมิอยู่ในหลักสูตรตลอดไปรแกรม

ดังนั้น การเรียนการสอน จึงควรใช้วิธีแก้ปัญหา, ให้นักเรียนเป็นศูนย์กลางและให้

นักเรียนมีส่วนร่วมในการเรียน การสอน ใช้ชุมชนและแหล่งปฏิบัติงานอื่น ๆ เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ และการสอนวิชาต่าง ๆ จะต้องนำแกนสำคัญทั้ง 4 ประการ มาประยุกต์ใช้ในแต่ละสาขาวิชา คือ เรื่องแนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน งานพยาบาลด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้มีการใช้เครื่องมือใหม่ ๆ เพื่อประเมินผล การเรียนการสอน นำผลการวิจัยและข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์

จากหลักการ, วัตถุประสงค์, การจัดการเรียนการสอนดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำเป็นต้องสอดคล้องกัน ... เพราะการศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นจริง โดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยหรือรับบริการ และชุมชนเป็นสำคัญ ดังนั้นการวางแผนการเรียนการสอน การกำหนดสถานที่ในการฝึกปฏิบัติ ความร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องกำหนดให้ชัดเจน และมีความเป็นไปได้สูงสุด แนวคิดจากที่ประชุมข้างต้น จึงสอดคล้องกับที่ แคลร์ เอ็ม ฟาจิน (1975 : 27) ที่ได้กล่าวถึงการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานว่า เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลมาตั้งแต่ศักราช เพราะการปฏิบัติการพยาบาลนั้นรวมถึงการส่งเสริม (Promotion) และคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี (Maintenance) ป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น (Prevention) รวมถึงการให้การรักษาพยาบาล (Care, Cure) ระหว่างมีการเจ็บป่วย ฟื้นฟูและคงไว้ซึ่งสุขภาพ

เนื้อหาในหลักสูตร นอกจากจะกล่าวถึงด้วยทฤษฎีการักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องประกอบด้วยการสอนในภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งจัดขึ้นเพื่อมีจุดมุ่งหมายสำคัญช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจ การนำความรู้ทางทฤษฎีไปใช้อย่างเหมาะสม เป็นการเปิดโอกาสให้รู้จักวิเคราะห์และแก้ปัญหา ตลอดจนการให้การพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Nursing Care) ซึ่งก็หมายถึงการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยสนองความต้องการและแก้ปัญหาในทุก ๆ ด้านนั่นเอง (Felton 1975 : 481) การสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนวิชาพยาบาล เพราะนักศึกษาจะได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ด้วยตนเอง ทั้งในเหตุการณ์ปกติ และฉุกเฉินเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งได้ศึกษาและปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ประจำวัน การเตรียมพยาบาลวิชาชีพ ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ เพราะว่าพยาบาลที่จบแล้วจะเข้าใจสิ่งที่เขาเรียนภาคทฤษฎีได้ดี ก็ต่อเมื่อได้ออกฝึกปฏิบัติ (Smith 1968 : 3) ซึ่งก็สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ นักการศึกษาพยาบาลกล่าวไว้ว่า ความสำเร็จ

ของการศึกษาพยาบาล ไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการจัดหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน เท่านั้น แต่ต้องอาศัยการบริการพยาบาลที่ตีควบคู่กันไปด้วย เพราะการบริการพยาบาลเปรียบเสมือนห้องทดลองที่นักศึกษาจะต้องไปฝึก ทดลองนำความรู้ไปใช้แสวงหาความรู้ในการที่จะให้บริการกับผู้ป่วย และประชาชน เพราะฉะนั้นการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการพยาบาลจึงต้องกระทำควบคู่กันไปกับหลักสูตร ส่วนวิธีการนั้นอาจจะแตกต่างกันไปตามนโยบายและโครงสร้างของแต่ละสถาบัน (สมจิตร หนูเจริญกุล 2522 : 35-50) ในการเรียนภาคปฏิบัตินั้น ยังประกอบด้วย การเรียนทางคลินิกบนหอผู้ป่วย และการเรียนสาธารณสุขชุมชน ชเวียร์ (Schweer 1972 : 29-30, 41-45) ได้กล่าวถึงการศึกษาพยาบาลว่าควรเป็นการใช้กระบวนการแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ความรู้อย่างกว้างขวาง ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคม เพื่อนำมาให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ และกำหนดว่าการสอนทางคลินิก ควรจัดควบคู่ไปกับการสอนภาคทฤษฎี เพื่อนำเอาความรู้ไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง และลึกซึ้ง และในสถานการณ์ต่าง ๆ บนคลินิก ลักษณะการสอนทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพคือ (1) กำหนดให้นักศึกษาใช้ความรู้พื้นฐานทางด้านทฤษฎี สติปัญญา ทักษะมาให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (2) เน้นการนำเอาโครงสร้างการสอนแบบสร้างสรรค์ มาใช้ในคลินิก (3) คำนี้ถึงการเปลี่ยนแปลงหลักสูตร เกี่ยวกับกิจกรรม ซึ่งจำเป็นต้องทำเป็นขั้นตอน ความความต้องการของนักศึกษา (4) นักศึกษาสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นบนคลินิก ได้โดยเห็นความสำคัญและเข้าใจปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย (5) นักศึกษาสามารถทำการประเมินผลการพยาบาลโดยอิสระ จากนโยบายและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

การศึกษาภาคปฏิบัติในเรื่องสาธารณสุขชุมชนนั้น สถานที่ในการฝึกปฏิบัติ ควรจะเป็นสถานที่ที่นักศึกษา จะได้มีโอกาสฝึกฝนเหตุการณ์ที่กำหนดไว้เป็นวัตถุประสงค์ ตั้งแต่เริ่มเรียน วิชาพยาบาลจนกระทั่งมีสุดท้ายก่อนจบการศึกษา เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสศึกษาปัญหาของชุมชนได้อย่างละเอียด เพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน (จินตนา ยูนิพันธ์ 2524 : 224) ทั้งนี้ก็สอดคล้องกับแนวความคิดที่ว่าถึงเวลาแล้วที่สถาบันฝึกอบรบวิชาชีพพยาบาล ควรจะให้นักศึกษาได้ศึกษาจากสถานการณ์จริงในชุมชน และในการสอนการพยาบาลสาธารณสุขหรือผู้นิเทศงานพยาบาล สาธารณสุข ควรจะได้คำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้คือ (1) สถานที่ฝึก (Laboratory) โดยนักศึกษาไปเยี่ยมครอบครัว 3-4 ครอบครัว ตลอดระยะเวลา 3 ภาคการศึกษา (2) วิทยาศาสตร์ สาธารณสุขและการบริหาร โดยนำปรัชญา หลักการและปัญหาต่าง ๆ มาอภิปราย (3) การพยาบาลชุมชน (Community Nursing) โดยการนำความรู้ทางทฤษฎีมาผสมผสานกับประสบการณ์

ที่ได้ฝึกปฏิบัติ ตัวอย่าง เช่น ในห้องเรียนนักศึกษาเรียนระบาควิทยาและสถิติที่จำ เป็นมาใช้ ในการแก้ปัญหาของชุมชน ส่วนการพยาบาลชุมชนนักศึกษาจะเรียนแผนการค้นหาปัญหา ในการ ฝึกปฏิบัตินักศึกษาจะเข้าทำการสำรวจชุมชนที่ทางสถาบันได้จัดไว้ และนักศึกษาจะเลือกโครงการ ชุมชนที่จะทำด้วยตนเอง (Remillet 1965 : 72-76)

ผลกระทบของแนวความคิดในการพัฒนาหลักสูตร เน้นชุมชนนี้ ทำให้สมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทย (2521 : 253-254) ได้ประมวลแนวทางสำหรับการเลือกประสบการณ์ สำหรับการศึกษายาบาลคือ (1) จัดให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรงตามจุดมุ่งหมายของ การศึกษาภาคปฏิบัติและตรงตามจุดประสงค์ของสาขาวิชานั้น ๆ และสถานศึกษานั้น (2) จัดหรือเลือกให้เรียนจากง่ายไปหายาก จากปกติไปหาสิ่งผิดปกติ (3) การที่นักศึกษาได้ เรียน สิ่งใดในห้องเรียน ก็ควรได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ การเลือกประสบการณ์ให้นักศึกษาจะต้องให้สัมพันธ์ กับความรู้ที่เรียนมาอย่างสืบเนื่องและประสานกัน (4) การ เลือกหัวข้อสำหรับให้นักศึกษาหา ความชำนาญ ต้องอยู่ในขอบเขตที่นักศึกษาจะปฏิบัติได้จริง ๆ คือ ไม่วางแผนในสิ่งที่มีในตำรา แต่ปฏิบัติไม่ได้ (5) พยายามจัดหาการฝึกที่ก่อให้เกิดความชำนาญที่เห็นว่าจะช่วยทำให้นักศึกษา พอใจและเกิดความสุขในการปฏิบัติงาน อันจะทำให้เรียนได้ดีและการวางแผนเพื่อจัดการศึกษา ดังกล่าวจะต้องบังไว้ในวัตถุประสงค์ของสถานศึกษาด้วย (6) พึงระลึกไว้เสมอว่า ประสบการณ์ ชนิดต่าง ๆ ที่นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติอาจจะตรงกับวัตถุประสงค์ของวิชานั้น ๆ เพียงข้อเดียว และ ประสบการณ์อย่างเดียวกันที่นักศึกษปฏิบัติก็อาจจะครอบคลุมวัตถุประสงค์หลาย ๆ ข้อที่กำหนดไว้ก็ได้ (7) การจัดการศึกษาภาคปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ ต้องมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงได้ตาม ความเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาแต่ละคนได้มีประสบการณ์เพิ่มพูนความรู้และความ สามารถ (8) ประสบการณ์ที่นักศึกษาได้ปฏิบัติไปแล้ว ควรจะได้มีโอกาสปฏิบัติต่อกันบ่อย ๆ เพื่อจะได้เกิดความชำนาญและบังเกิดผลดียิ่ง ๆ ขึ้น

ในสมัยก่อนเชื่อว่า ถ้าสถาบันใดมีคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งปริมาณและคุณภาพ แล้ว ก็เป็นที่เชื่อได้ว่ามาตรฐานการศึกษาจะดีตามไปด้วย ซึ่ง เกณฑ์มาตรฐานที่ยึดถือเป็นหลัก ในปัจจุบันคือ "คุณภาพของอาจารย์และนักศึกษา" (พรณี เหมือนวงศ์ 2522 : 217-218) การศึกษาพยาบาลก็มีลักษณะเดียวกับการศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่น ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ความต้องการของประชาชนในด้าน สังคมและสุขภาพ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และวิทยาการด้านการแพทย์ ทำให้ระบบการ

ศึกษาจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงไป การศึกษาพยาบาลจึงมุ่งเน้นถึงความสำคัญของการศึกษาในระบบอุดมศึกษามากขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้าทันต่อเหตุการณ์ และสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลก้าวหน้าไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ คือจะต้องพยายามยกระดับมาตรฐานของคณาจารย์พยาบาลให้มีคุณภาพสูงขึ้น (Dineen 1969 : 22-24) ทั้งนี้เพราะอาจารย์พยาบาลนับว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เพราะจะมีอิทธิพลต่อการสร้างแบบอย่างของนักศึกษาเป็นอย่างมาก (Rauen 1974 : 34) การนำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาพัฒนาหลักสูตร จึงทำให้มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านการสอน และอาจารย์ผู้สอนไปด้วย ทางด้านการสอน จำเป็นต้องมีการผสมผสานระหว่าง สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล เพราะการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลนั้น จะต้องกระจายตั้งแต่ระดับจังหวัด ไปจนถึงระดับอำเภอ การสอนที่เน้นแค่โรค จะไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่อาจารย์พยาบาลต้องรู้จักการจัดการเรียนการสอน ให้สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริง (บทบาทครูพยาบาลกับสุขภาพดีถ้วนหน้า 2524 : 193) นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการเรียนรู้อาจารย์จัดให้จะต้องเป็นประสบการณ์ที่นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ตั้งไว้ ซึ่งจะต้องครอบคลุมพฤติกรรมทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ เช่น ในหลักสูตรกำหนดไว้ว่า บัณฑิตพยาบาลจะสามารถปฏิบัติงานด้านการประเมินสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจ ในระบบส่งต่อและสามารถฝึกฝนการตัดสินใจ ฯลฯ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2524 : 222) และสิ่งสำคัญอีกข้อหนึ่งคือ อาจารย์ต้องมีแนวคิดตรงกัน ในด้านสาธารณสุขมูลฐาน เพราะอาจารย์เป็นจุดแข็งที่จะไขไปสู่การผลิต บัณฑิตให้ตรงเป้าหมายของหลักสูตร ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่การจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อรับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องมองระบบของพยาบาลที่จัดขึ้นให้รับกับระบบงานสาธารณสุขในแต่ละระดับ อาจารย์พยาบาลจึงไม่เพียงแต่มีความรู้ในด้านการพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องเข้าใจในโครงสร้างทางการพยาบาลที่มีต่อสาธารณสุขมูลฐาน ตระหนักในบทบาทของพยาบาลคอบริการเพื่อสุขภาพดี โดยถ้วนหน้าของประชาชน เพื่อมุ่งเข้มทิศของการเรียนการสอน ให้ผลผลิตทางการพยาบาล ตระหนักถึงบทบาทของตนเองคือสาธารณสุขของชุมชน และสามารถปฏิบัติงานที่รับกับบทบาทดังกล่าวได้เหมาะสมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ ผู้เรียนต้องสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอนามัยได้ ทำงานเป็นทีมได้ แยกปัญหาสุขภาพซึ่งต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลโดยตรง ในการแก้ปัญหาและปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความอยู่ดีของบุคคล ชุมชน และสังคม (สายหยุด นิยมวิภาต 2524 : 54-55) นอกเหนือไปจากนี้แล้ว อาจารย์พยาบาลยังมีความจำเป็นที่จะต้องร่วมในการ

วิจัยทางสาธารณสุขมูลฐาน ในฐานะเป็นผู้ผลิตอย่างเร่งด่วน ด้วยเหตุผลที่ว่าจะต้องเร่งหาสมรรถภาพพื้นฐานที่จำเป็นของพยาบาล ซึ่งสนับสนุนต่อการสาธารณสุขมูลฐาน และเมื่อมีสมรรถภาพพื้นฐานแล้ว จะเร่งรัดให้มีการพัฒนาสมรรถภาพพื้นฐานดังกล่าวได้อย่างไรด้วย (ประนอม โอทกานนท์ 2526 : 130)

นอกเหนือไปจากนี้แล้ว ในการจัดการศึกษาวิชาชีพพยาบาลซึ่งถือการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจของหลักสูตรวิชาพยาบาล การประเมินผลการเรียนการสอนในคลินิก จึงเป็นกิจกรรมขั้นตอนที่สำคัญ เพราะจะช่วยให้ผู้สอนได้ทราบถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ ผู้สอนได้รับความสำเร็จในการใช้วิธีการสอน และสื่อการสอนมากน้อยเพียงใด ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติตามที่มุ่งหวังหรือไม่ (สมคิด รักษาสัตย์ และ ประนอม โอทกานนท์ 2521 : 101) ควรได้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติว่า การประเมินผลไม่ใช่เป็นการวัดระดับ แต่เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางการปรับปรุงการเรียนการสอนตลอดจนหลักสูตร วิธีการประเมินผลที่ดีควรกำหนดนโยบาย และวิธีการประเมินผลให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และควรทำเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการศึกษา (แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการศึกษาเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุข, 2524 : 259) และในการประเมินผลงานเป็นหน้าที่ของผู้สอนที่จะต้องทำอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะได้ศึกษาภาคปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้โอกาสผู้เรียนได้มีโอกาสปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องได้ดียิ่งขึ้น ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง (พรณี เหมือนวงศ์ 2522 : 217)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาล และการสาธารณสุขมูลฐานพบว่า มีน้อย ส่วนใหญ่จะทำการวิจัยไปในเรื่องของการจัดการเรียนการสอน การศึกษาถึงความสนใจและทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาต่อแขนงวิชาต่าง ๆ การประเมินผลสัมฤทธิ์การศึกษาภาคปฏิบัติ ตลอดจนการสร้างเกณฑ์ประเมินในรูปแบบต่าง ๆ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล พฤติกรรมและคุณลักษณะของอาจารย์พยาบาลที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ พอสรุปได้ดังนี้

การศึกษาทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข ในชนบท ทำการศึกษาเฉพาะกรณี ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการฝึกงานสาธารณสุขใน

ชนบท และลักษณะเฉพาะของงานพยาบาลสาธารณสุข เมื่อจบการศึกษาแล้ว ต้องการที่จะศึกษาต่อในสาขาวิชานี้ พบว่าจำนวนผู้ที่เคยได้รับการศึกษาในชนบท จะมีผลต่อทัศนคติในการปฏิบัติงานในชนบท และนักศึกษาพยาบาลที่มีบิดามารดา อาชีพหลักกรรมจะมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเลือกไปปฏิบัติงานสาธารณสุขในชนบทนั้น เล็กน้อย (ศศิธร เอี่ยมบำรุง 2517) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อวิชาการพยาบาลสาธารณสุข ของวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย กลุ่มตัวอย่างใช้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เช่นเดียวกัน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ชอบวิชาการพยาบาลสาธารณสุข มีความสนใจที่จะทำงานและศึกษาต่อในด้านพยาบาลสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่า เวลาที่ใช้ในการฝึกงานไม่เพียงพอ (ทัชนิ พัฒนจรัส และ พูลศรี โสมเกษตริณ 2513) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิจิตร ศรีสุพรรณ (2510) หลังจากฝึกปฏิบัติงานแล้ว นักศึกษาพยาบาลต้องการต่อแขนงการพยาบาลสาธารณสุข ศึกษาแล้วพบสาเหตุส่งเสริมหลายด้าน คือ สิ่งแวดล้อมขณะที่เรียน และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของสถาบัน สอดคล้องกับการวิจัยของ วรณะ คุชเชเนตร และ จงกล มหาวัจน์ (2511) ที่ศึกษาทำการวิจัยเกี่ยวกับความสนใจของนักศึกษาที่จะศึกษาต่อภายหลังสำเร็จวิชาพยาบาลชั้นมูลฐาน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่สนใจที่จะศึกษาต่อในแขนงวิชาพยาบาลสาธารณสุข และเห็นว่าทัศนคติต่อวิชาการพยาบาลสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่พอใจ และไม่พอใจขณะฝึกงาน

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ได้มีการศึกษาวิจัยด้านความคิดเห็น เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่าการจัดแบบ เน้นชุมชนหรือแบบปกติไม่มีผลต่อความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล ที่เรียนโปรแกรมแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นสิ่งมีประโยชน์ต่อประชาชนโดยส่วนรวม และต่อวิชาชีพ เช่นเดียวกับการเรียนวิชาทางการพยาบาลแขนงอื่น ๆ (สมศรี วานิสวณะทอง 2525) นอกจากนี้ก็ได้มีการศึกษาวิจัยถึงการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ วิชาการพยาบาลสาธารณสุข พบว่าวิธีการสอนภาคทฤษฎีที่ใช้มากที่สุดคือ การบรรยายภาคปฏิบัติซึ่งจัดประสบการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ เนื้อหาที่สอนมากที่สุดคือ การวินิจฉัยถึงปัญหาอนามัยชุมชน และปัญหาในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ก็คือ ขาดจำนวนอาจารย์นิเทศก์ การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ไม่สอดคล้องกัน ในส่วนของตัวอาจารย์พยาบาลจากการศึกษางานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่จะทำการวิจัยถึงลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของอาจารย์พยาบาลภาคปฏิบัติมากกว่าภาคทฤษฎี ได้มีการวิจัยเปรียบเทียบถึงลักษณะอาจารย์พยาบาล ภาคปฏิบัติที่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการ

ต้องการ ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลต้องการครูผู้สอนภาคปฏิบัติที่มีความรู้ สามารถถ่ายทอดความรู้ อธิบายข้อเท็จจริงได้ชัดเจน สาธิตการพยาบาลด้วยความมั่นใจและเต็มใจทุกครั้ง ให้ นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการสอน ยอมรับฟังความคิดเห็นของนักศึกษา ไม่กล่าวโทษต่อหน้าผู้อื่น หากความรู้เพิ่มเติม และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี (อรอนงค์ ธรรมลิขิตกุล 2515) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจาคอบสัน (1966) ศึกษาถึงพฤติกรรมของอาจารย์พยาบาลที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ มีผลกระทบต่อการจัดการศึกษาพยาบาลในด้านการเรียนการสอน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจอาจารย์พยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือขณะที่นักศึกษปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย สนับสนุนและให้กำลังใจสม่ำเสมอ สอนให้เห็นข้อเท็จจริง จูงใจให้รู้จักใช้ความคิด มีความเป็นกันเอง ให้คำปรึกษาด้วยความจริงใจ เป็นตัวอย่างที่ดี สอดคล้องกับการวิจัยของ วิพรรณ วัฒนชีพ (2523) ศึกษาถึงความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาล เกี่ยวกับสมรรถภาพที่จำเป็น ในการปฏิบัติหน้าที่พบว่า สมรรถภาพที่จำเป็นมากที่สุดด้วยการสอน คือ การนำความรู้ของนักศึกษามาประยุกต์ใช้ในการสอนภาคปฏิบัติ

ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงานในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เรื่องการประเมินตนเอง เกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดหลักและจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และได้ทดสอบมาตรฐานประมาณค่านี้ถึง 2 ครั้ง พบว่าวิธีการนี้ เป็นการส่งเสริมบุคลิกที่ดีให้แก่นักศึกษาและ เป็นการปรับปรุงสัมพันธภาพอันดีระหว่างอาจารย์และนักศึกษา (Palmer 1959 : 466-470) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลภาคปฏิบัติของคริสติน และ เก็บบี (1963) ในการประเมินผลภาคปฏิบัติ ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินโดยยึดหลักการและจุดมุ่งหมายของสถาบัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จำลอง ชูโต (2520) ทำการวิจัยโดยสร้างเกณฑ์ประเมินการศึกษาภาคปฏิบัติโดยศึกษาวัตถุประสงค์ของการศึกษาภาคปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายของสถาบัน แล้วกำหนดคุณลักษณะที่ต้องการขึ้น นำมาสร้างเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ แล้วนำมากำหนดเกณฑ์สร้างแบบประมาณค่า ผลการวิจัยพบว่าเกณฑ์ประเมินที่สร้างขึ้น พบความตรงตามสภาพของเกณฑ์ประเมินผลและมีค่าสูง แต่ผู้ประเมินต้องอยู่ใกล้ชิดกับนักศึกษาตลอด มีประโยชน์ในการสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาอย่างละเอียด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อธิฐาน มงคลสถิตย์ (2522) ซึ่งสร้างเกณฑ์ประเมินผลการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล โดยสร้าง เกณฑ์ประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยยึดปรัชญา และจุดมุ่งหมายทางการศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบความเที่ยงสูงและความ

ตรงตามสภาพของ เกณฑ์ประเมินผลที่สร้างขึ้น

การศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล แบบมาตราส่วนประมาณค่านี้ อิคแมนได้ศึกษาค้นคว้าคลึงกับปาล์ม เมอร์ แต่เขาทำการสำรวจอย่างกว้างขวางกว่า ด้วยการสำรวจวิธีการประเมินผลต่าง ๆ ศึกษาถึงเทคนิค และมาตรฐานในการฝึกปฏิบัติงานและได้ปรึกษาสัมภาษณ์นักการศึกษาพยาบาล และผู้ที่อยู่ในวงการพยาบาล ถึงกระบวนการต่าง ๆ ในการประเมินผลพบว่า ข้อบกพร่องของการประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติพยาบาลขึ้นอยู่กับจิตใจ ระดับความจำ นुकติก และอารมณ์ ของผู้ประเมิน ในขณะที่ทำการประเมิน (1963) ต่อมาไฟวาร์และกอสเนล (Fivar and Gosnell 1966) ได้ทำการวิจัยและเสนอแนะวิธีประเมินผลที่แตกต่างกัน พบว่าการประเมินผลควรประเมินจากเหตุการณ์ที่สำคัญ และให้ออกมาในรูปของการบรรยายว่าพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพ หรือไม่มีประสิทธิภาพในแต่ละสถานการณ์ และในปี 1978 ก็ได้มีผู้ศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล โดยพัฒนาเครื่องมือที่สามารถจำแนกความแตกต่างในการปฏิบัติพยาบาล แล้วนำมาวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ตัวประกอบ ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือที่ได้พัฒนาสามารถจำแนกได้สูง มีค่าความเที่ยงตาม เกณฑ์ในระดับสูง ซึ่งมีประโยชน์ในการนำไปใช้ประเมินคุณภาพของผู้ที่จบการศึกษาพยาบาลไปแล้ว (Schwirian 1978 : 347-351)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับการประเมินผล การปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลหลาย เรื่อง แต่ก็ยังไม่มี เรื่องใดศึกษาถึงรายละเอียดของวิธีการประเมินในแง่เทคนิคและมาตรฐาน ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือ ด้วยการทำการทดลองซ้ำ เพื่อหารูปแบบที่ดีที่สุด แล้วนำมาตรวจสอบหาความแม่นยำ และความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือที่ใช้ นอกจากเรื่องการสร้างเกณฑ์การประเมินผลภาคปฏิบัตินี้แล้ว ส่วนใหญ่ก็จะเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่จบแล้ว และที่ทำวิจัยกันมากอีก เรื่องก็คือ การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันต่ำในสาขาวิชาต่าง ๆ ที่ได้มีการทำวิจัย คือ สาขาวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ (กาญจนา รัตนวิบูลย์ 2516) สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช (ลักษณะ กลิ่นสาย 2517) สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ (ปิยวาท บางสัมฤทธิ์ 2518) และในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการศึกษาภาคปฏิบัติแต่เพียง

อย่าง เดียวก็ยังมีพบว่าในด้านความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติกับความรู้นักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้าม (อารมณ วุฒิปุณษ์ 2525)

5. เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

ในการวางแผนการศึกษาในอนาคตนั้น ขั้นตอนที่สำคัญคือ การรวบรวมข้อมูลและจะต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลเสียก่อน แล้วเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาว่าจะอะไรเป็นปัญหาสำคัญ วิเคราะห์ปัญหาด่าง ๆ อย่างกระจ่างชัด ซึ่งจะทำให้สามารถทำนายได้ว่า ควรจะจัดการศึกษาอย่างไรในอนาคต ดังนั้นข้อมูลที่ได้จะต้องสำคัญมาก ต้อง เชื่อถือได้และลึกซึ้งเพียงพอที่จะทำให้สามารถวางแผนการศึกษาในอนาคตได้ เพราะถ้าข้อมูลไม่ดีก็ทำให้การวางแผนไม่ดีหรือผิดพลาดได้ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำนายเกี่ยวกับอนาคตได้วิธีหนึ่งคือการใช้เทคนิคเดลฟาย (Dale Mann 1975 : 122-129)

เดลฟาย (Delphi) เป็นชื่อเมืองที่ปรากฏในตำนานของกรีกโบราณ เป็นที่ตั้งของวิหารอะพอลโล (Temple of Apollo) ซึ่งมี Omphalos (แท่งหินรูปกรวยถือ เป็นตัวแทนใจกลางของโลก และศูนย์กลางของจักรวาล) ประดิษฐานอยู่ เดลฟาย ปกครองโดยเทพเจ้าอะพอลโล (Apollo) ซึ่งเป็นเทพเจ้าที่มีความเลื่องลือในความสามารถทางการพยากรณ์ เหตุการณ์ในอนาคต ดังนั้นคำว่า เดลฟาย จึงสื่อความหมายถึงการพยากรณ์อนาคตในเวลาต่อมา

วิธีการเดลฟาย (Delphi Technique) ถูกพัฒนาขึ้นมาจากบริษัท แรนด์ (Rand Corporation) โดยโอลาน เฮลเมอร์ และ นอร์มันด์ คัลลี ในทศวรรษที่ 1950 ในเริ่มแรกมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้เพื่อ เป็นวิธีการสำหรับ "การแสวงหาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างมีระบบ" (Gordon and Helmer 1964 : 5) โดยใช้หลักการแสวงหาความเป็นจริงตามแนวปรัชญา ลอคเคียน (Lockean) ซึ่งแม้ว่าเดลฟายจะสื่อความหมายว่าเป็นการทำนายหรือพยากรณ์ก็ตาม แต่เทคนิคเดลฟายมิใช่เป็นการทำนายหรือพยากรณ์ แต่เป็นการรวบรวมข้อมูลจากความรู้นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหลาย กลั่นกรองออกมา เป็นความคิดเห็นสอดคล้องต้องกัน สำหรับเหตุการณ์ในอนาคต

วิธีการ เคลฟาย ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในระยะเวลาค่อกมา ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากในระยะต้นของทศวรรษ 1950 มีความต้องการในการ เก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะที่ไม่สามารถที่จะได้มาจากการทดลองตามสภาพที่เป็นจริง หรือวิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีอื่นใดได้ เมื่อมีความต้องการที่จะทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในลักษณะของการประเมินผลจากสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้นวิธีการเดียวที่จะทำได้ ก็คือการแสวงหาความคิดเห็นหรือการวินิจฉัยส่วนบุคคล ลินสโตน (Linstone) และ เทอร์รอฟ (Turoff) ได้ชี้ให้เห็นว่าวิธีการ เคลฟายจะเป็นระเบียบวิธีการที่สำคัญคือเมื่อ "สาระที่ถูกต้องแน่นอนนั้น ไม่มีหรือไม่อาจหาได้ หรือแพงเกินไปที่จะได้มาหรือรูปจำลองของการประเมินผล ต้องการได้รับความคิดเห็นจากบุคคล จนกระทั่งเป็น เครื่องวัดที่สำคัญ และเมื่อมีความต้องการที่จะปรับปรุงการสื่อสารระหว่างคนกลุ่มใหญ่ และ/หรืออยู่ห่างจากกันในทางพื้นที่ โดยที่ไม่สามารถใช้เทคนิคอื่นใดที่มีอยู่ที่จะสนองความต้องการด้านนี้ได้" เดลกี (Dalkey) และ เฮลเมอร์ (Helmer) ได้เป็นคณะที่หันมาใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างมีระบบเป็นครั้งแรก เพื่อที่จะกำจัดความไม่แน่นอนบางอย่างที่ผู้วางแผนงาน หรือจัดระบบงานกำลัง เผชิญอยู่ เฮลเมอร์ ได้ชี้ให้เห็นว่า "เมื่อข้อเท็จจริงได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถืออยู่บ้าง บนพื้นฐานของความคิดเห็นเชิงสังหรณ์ของผู้เชี่ยวชาญ จึง เป็นส่วนสำคัญสำหรับจุดมุ่งหมายของการวางแผน โดยปกติจึงมีความต้องการที่จะจัดทำกระบวนการ เพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยที่มีความน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพเท่าที่จะทำได้"

วิธีการของ เคลฟาย ได้กลายเป็น เครื่องมือที่สำคัญในการวิเคราะห์อนาคต ดังนั้นวิธีการนี้จึงถูกนำมาใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องมาจากเป็นวิธีการที่มีระบบ และสามารถสร้างการสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และให้ข้อมูลที่สำคัญตรงกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา คำจำกัดความของวิธีการของ เคลฟายมีต่าง ๆ กันจำนวนมากมาย แต่สรุปได้ว่าเป็น เทคนิคที่ใช้การสื่อสาร เป็น เครื่องมือหรือเป็นระเบียบวิธีการในการทำงาน ดังนั้นคำจำกัดความในที่นี้คือ "วิธีการสำหรับสร้างกระบวนการกลุ่มสำหรับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพโดยยอมให้ ไม่ว่าสมาชิกของกลุ่มแต่ละคนหรือทั้งกลุ่มรวมกัน ในการที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยุ่งยากสลับซับซ้อน" (Linstone and Turoff 1975 : 3)

เทคนิค เคลฟาย มีลักษณะจำเพาะที่ทำให้แตกต่างจากกลุ่มปฏิสัมพันธ์ชนิดอื่น ๆ เช่น การประชุม, การสัมภาษณ์ต่อหน้า เป็นต้น ลักษณะจำเพาะที่สำคัญมี 3 ประการคือ (1) ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึงการที่ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มจะไม่รู้จักซึ่งกันและกัน ปฏิกริยาข้อ

ถกเถียง และความเห็นพ้องต้องการจะไม่มีการระบุนามของผู้เชี่ยวชาญ เป็นการบ่งชี้การเกิดปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาที่เรียกว่า Bandwagon Effect ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่การแสดงความคิดเห็น ถูกครอบงำหรือทำให้คล้อยตามความคิดเห็นจากผู้ที่มีบุคลิกภาพ หรือวิธีการแสดงออกที่เหนือกว่า ดังนั้นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้น้ำหนักของความสำคัญเท่าเทียมกัน และการแสดงออกที่เป็นอิสระจากผู้อื่น (2) การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับ (Iteration with Controlled Feedback) เทคนิคเคลฟายจะประกอบด้วยคำถามย้ำด้วยแบบถาม ซึ่งมีใช่เป็นเพียงแค่แบบสอบถามธรรมดา แต่จะให้ข้อมูลซึ่งควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับของผู้ตอบได้ อาทิเช่น ความคิดเห็นของกลุ่มในขณะนั้น ข้อโต้เถียงที่มีอยู่ ความสอดคล้องของคำตอบกับของกลุ่มและเหตุผลในการยืนยันคำตอบซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่ม เป็นต้น การถามย้ำด้วยแบบถามเดิมต่อเนื่องกันเป็นรอบ มีข้อดีคือ จะทำให้ผู้ตอบมีโอกาสแก้ไขคำตอบ เพื่อให้สนับสนุนหรือขัดแย้งกับความสอดคล้องของกลุ่มได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ปฏิกริยาย้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่มองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อนได้ (3) การพิจารณาปฏิกริยาสนองตอบในเชิงสถิติ (Statistical Group Response) คำถามแต่ละข้อในแบบถาม จะให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของมาตราประเพณีค่าแบบสเกลของลิเคอร์ท (Likert Type Scale) ซึ่งจะทำได้สามารถหาค่ามัธยฐานและฐานนิยมออกมา เพื่อนำไปแสดงต่อผู้ตอบในรอบถัดไปว่า คำตอบของตนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร โดยพิจารณาความแตกต่างของตำแหน่ง ในคำตอบต่อค่ามัธยฐาน และฐานนิยมในแต่ละข้อ

การที่มาตราประเพณีค่าแบบสเกลของ ลิเคอร์ท เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการจัดน้ำหนักคำตอบแทนของผู้ตอบในเทคนิคเคลฟาย เพราะ เดลกี (Dalkey) และ รูคี (Rourke) ในปี 1971 ได้ทำการวิจัย เปรียบเทียบการจัดน้ำหนักคำตอบหลาย ๆ วิธีแล้ว พบว่า แบบถามประเพณีค่าแบบสเกลของลิเคอร์ท มีข้อดีที่สุด คือ ผู้ตอบตอบได้ง่าย, ใช้เวลาน้อย, ถึงแม้แบบถามมีจำนวนข้อมาก ก็ไม่ยุ่งยากในการตอบ, การนำมาแปลผลก็ไม่ซับซ้อน

5.1 กระบวนการวิธีการของเคลฟาย

กระบวนการวิธีการของเคลฟายเริ่มต้น จากการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและจำนวน, การเตรียมแบบถามรอบแรก, จำนวนคำถาม, จำนวนรอบที่จะถาม, ช่วงเวลาที่กำหนดในการ

พยากรณ์ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบแรก แบบตามอาจจะเป็นลักษณะกว้าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยต้องการทราบ เป็นการทดสอบทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการศึกษา แต่แบบตามในลักษณะกว้างก็มีข้อเสียคือ ผู้ตอบมักจะไม่ทราบว่า จะเริ่มตรงไหนดี บางครั้งคำตอบอาจจะไม่อยู่ในแนวทางที่ต้องการก็ได้ เมื่อเป็นดังนี้ในบางกรณี จะมีลักษณะของแบบตามรอบแรกในลักษณะคล้ายกับแบบตามรอบต่อ ๆ ไป โดยผู้วิจัยทำการกำหนดประโยคหรือข้อรายการคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หรือหัวข้อที่ต้องการศึกษาขึ้นมาเอง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แต่ทั้งนี้ก็ควรเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น โดยมีคำถามแบบปลายเปิดไว้ตอนท้ายด้วย แบบตามรอบแรกจะเลือกใช้วิธีการตอบโดยลักษณะสัมภาษณ์หรือส่งทางไปรษณีย์ก็ได้ การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจจะประกอบความเห็น, ข้อวิจารณ์, ข้อโต้แย้ง เป็นต้น คำตอบเหล่านี้ผู้วิจัยจะรวบรวม และนำมาวิเคราะห์ แล้วเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของกระบวนการ

ขั้นตอนต่อ ๆ ไปของกระบวนการหรือรอบ (Round) ต่อ ๆ ไป ก็จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผู้วิจัยรวบรวมคำตอบจากขั้นตอนแรกมาวิเคราะห์และสร้างแบบตามขึ้นมาใหม่ และเพิ่มเติมข้อมูลต่าง ๆ ลงไป เช่น ข้อความที่เหมาะสมจากแบบตามรอบแรก และข้อความที่เสนอเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์หาคำมีอยู่ฐาน ฐานนิยม และค่าเฉลี่ยระหว่างควอไทล์ของคำตอบพร้อมกับแสดงตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ สรุปหาความเห็นพ้องต้องกันและข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น เป็น "ปฏิกริยาย้อนกลับ" ที่บรรจุลงไปแบบตามรอบหลัง การตอบแบบตามรอบถัดจากรอบแรกนั้น ผู้เชี่ยวชาญจะต้องใช้ความพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับปฏิกริยาย้อนกลับจากรอบก่อน และในกรณีที่คำตอบไม่เห็นพ้องต้องกันกับกลุ่ม จะต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

ผลจากคำตอบในรอบที่สองจะถูกนำมาหาความเห็นพ้องต้องกัน (Consensus) ซึ่งจะกำหนดไว้ว่าจะบรรลุถึง เมื่อจำนวนเปอร์เซ็นต์ของคำตอบอยู่ในช่วงที่กำหนดไว้ อาทิเช่น กำหนดไว้ว่า ถ้าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีค่าน้อยกว่า 1.5 ถือว่าคำตอบนั้น มีความเห็นพ้องต้องกันมากที่สุด เป็นต้น การหาความเห็นพ้องต้องกันกระทำได้โดยการคำนวณหาค่ามีอยู่ฐาน, ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จากคำตอบ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาให้ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน การนำมาแปลผลจะออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ได้ เช่น ถ้าข้อความเกี่ยวกับแนวโน้มหรือเหตุการณ์ที่ปรากฏออกมา ในรูปของความเห็นพ้องต้องกัน

(Consensus) ก็จะทำให้ "ผลของเคลฟายนำไปสู่การทำนายที่ถูกต้องอย่างดี" (Bright : 1974, 1) ถ้าในกรณีที่การเห็นพ้องต้องกันไม่เกิดขึ้น คะแนนแยก เป็น 2 กลุ่มย่อย (Bimodal Distribution) แม้ว่าเมื่อพิจารณาตามธรรมชาติของเทคนิคเคลฟายที่ว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มักจะเปลี่ยนแปลงเข้าหาศูนย์กลางของความเห็นพ้องต้องกันมากขึ้น หลังจากที่ผ่านรอบต่าง ๆ ไปแล้ว (Scheibe, Skutsch, Schofer : 1975, 270) ปฏิบัติการได้ตอบหรือความไม่เห็นพ้องต้องกัน ก็ควรจะได้รับการพิจารณา และให้ความสำคัญด้วย เพราะผลของเคลฟายนี้ก็จะเป็นการเคลื่อนลวงหน้าถึงประเด็น ความคิดเห็นที่แตกแยก อันจะนำมาซึ่งปัญหาและข้อขัดแย้งในอนาคต (Helmer : Future, February, 1975 b) แต่ก็มีบางกรณีที่ความกระจ่างไม่สามารถหาความเห็นพ้องต้องกันได้ ผลของเคลฟายก็จะหมดความสำคัญไป

5.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบที่ได้รับ

จากคุณลักษณะของ เทคนิคเคลฟายดังกล่าว จะเห็นว่าความสำเร็จของการวิจัยแบบนี้ ขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ความชัดเจนของแบบสอบถามและผู้ออกแบบสอบถามเป็นประการสำคัญ ในด้านผู้เข้าร่วมโครงการนั้น เนื่องจากเทคนิควิจัยแบบนี้ ต้องอาศัยความคิดเห็นจากการตอบแบบสอบถาม ฉะนั้นความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจะต้องขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือของผู้ตอบ ว่ามีความรอบรู้ในเรื่องนั้นอย่างแท้จริงหรือไม่ และมีจำนวนมากพอที่จะใช้เป็นผู้แทนของผู้รู้ในเรื่องนั้นหรือไม่ ด้วยเหตุนี้การคัดเลือกตัวผู้เข้าร่วมโครงการจึงจำเป็นต้องพิจารณากันอย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสมจริง ๆ สำหรับจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการนั้น แม้จะไม่มีกำหนดตายตัวว่าควรจะใช้จำนวนเท่าใดก็ตาม แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าหากมีจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อยมาก (ดังแสดงในตาราง) ดังนั้นผู้เข้าร่วมโครงการ จึงไม่ควรมีน้อยกว่า 17 คน

ตารางที่ 1 แสดงการลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (Panel Size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error Reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (Net Change)
1 - 5	1.20 - 0.70	0.50
5 - 9	0.70 - 0.58	0.12
9 - 13	0.58 - 0.54	0.04
13 - 17	0.54 - 0.50	0.04
17 - 21	0.50 - 0.48	0.02
21 - 25	0.48 - 0.46	0.02
25 - 29	0.46 - 0.44	0.02

(Thomas T. Mac. Millan "The Delphi Technique" อ้างจาก เกษม บุญอ่อน
เดลฟาย : เทคนิคในการวิจัย)

นอกจากนี้ ในส่วนที่เกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญ ก็ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อ
ความน่าเชื่อถือของคำตอบ คือการอุทิศตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม หากผู้ตอบแบบสอบถาม เห็น
ความสำคัญ และอุทิศตัวต่อการตอบอย่างแท้จริง ข้อมูลที่ได้รับก็จะน่าเชื่อถือ และตรงกับความเป็นจริง
มากยิ่งขึ้น ตรงกันข้ามหากผู้ตอบไม่เห็นความสำคัญ และให้คำตอบเพียงเพื่อให้เสร็จไป
เท่านั้น โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดก็จะมีมากยิ่งขึ้น

ในด้านที่เกี่ยวกับแบบถามก็จะเหมือนกับการวิจัยประเภทอื่น ๆ ที่ใช้แบบสอบถาม
กล่าวคือ ข้อความในแบบถามจะต้องชัดเจนและผู้ตอบแต่ละท่าน จะต้อง เข้าใจตรงกันในคำถาม
หรือข้อความเดียวกัน และเนื่องจากการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย จำเป็นจะต้องส่งแบบสอบถาม
ให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบหลายรอบ ดังนั้นการเว้นระยะเวลาตอบในแต่ละรอบก็มีความสำคัญ
มาก จากการวิจัยของ วอลโดรน (Waldron) พบว่า การส่งแบบสอบถามในรอบที่สอง

และรอบที่สามในเวลาที่แตกต่างกัน จะมีผลกระทบทำให้เกิดความแตกต่างกันในคำตอบที่จะได้รับ (Weatherman and Swenson, 1974) ด้วยเหตุนี้การเว้นระยะแต่ละรอบนานเกินไป จะมีผลทำให้ผู้ตอบลืมหรือยากที่จะนึกเหตุผลในการเลือกตอบแบบสอบถามในครั้งก่อน อันจะส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในคำตอบแต่ละครั้ง ในด้านจำนวนรอบของแบบถามเคลฟาย พบว่าการส่งแบบถาม ตั้งแต่ 2 ถึง 4 รอบ ก็เพียงพอที่จะหาข้อตกลงหรือความเห็นพ้องต้องกัน ที่จะนำมาพยากรณ์ (Martino JP : 1972, 18-24)

ในด้านระยะเวลาในอนาคตที่จะพยากรณ์ ไม่ควรมานานเกินไป จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในอนาคตกับความไม่แน่ใจของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าความไม่แน่ใจจะเพิ่มมากขึ้น ถ้าระยะเวลาที่พยากรณ์ยิ่งห่างไกลออกไป กอร์ดอน (U. Gordon) และ โอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) ในปี 1964 ได้กำหนดไว้ว่าช่วงเวลาในอนาคตของการพยากรณ์ ควรอยู่ในช่วงเวลา 10 ถึง 50 ปี

ในด้านตัวผู้วิจัยหรือผู้ออกแบบสอบถาม นอกจากจะต้องเป็นผู้ที่รู้ความต้องการของตน ในการวิจัยอย่างละเอียดรอบคอบ และมีความสามารถในการที่จะแสดงความต้องการวิจัยของตนออกมาด้วย การออกแบบสอบถามที่แน่นอนชัดเจน แล้วผู้วิจัยก็ต้องให้ความสำคัญในคำตอบที่ได้รับอย่างเสมอภาคทุกข้อ ไม่ว่าผู้ตอบแต่ละคนจะตอบครบทุกข้อหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้เพื่อมิให้พลาดข้อความหรือคำตอบหรือเหตุผลที่แท้จริงของเรื่องไป

ในการพิจารณาเลือกเทคนิคเคลฟาย เป็นกรรมวิธีของกลุ่มปฏิสัมพันธ์นั้น มีหลักในการพิจารณาอันหนึ่งหรือหลายอันตามที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นเครื่องตัดสินใจเลือกใช้เทคนิคเคลฟาย คือ (1) ปัญหาที่ไม่เอื้อต่อการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต่าง ๆ แก่ไข แต่เอื้อต่อการแก้โดยการพิจารณาโดยเฉพาะบุคคล (Subjective Judgement) (2) ผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาที่กว้างและซับซ้อนนั้น ไม่มีระบบสื่อสารระหว่างกันที่ดีพอ และแต่ละท่านก็มีพื้นเพและความชำนาญแตกต่างกัน (3) มีจำนวนผู้เกี่ยวข้องต่อการเข้าใจปัญหามากเกินกว่า ที่จะใช้วิธีประชุมซึ่งหน้า (Face to Face) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) การจัดประชุม ไม่สามารถจัดได้บ่อย เพราะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก (5) การแก้ปัญหาที่คาดว่าจะประสบกับความขัดแย้งในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเอง อย่างรุนแรง จนต้องเสี่ยงไปใช้กรรมวิธีสื่อสารอื่น และการปกปิดข้อซึ่งกันและกัน และ (6) เมื่อต้องการความสมบูรณ์ และความเที่ยงตรงของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ

โดยหลีกเลี่ยงการครอบงำ ทางความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีบุคคลิก และการแสดงออกที่เหนือกว่า (Band Wagon Effect) (อ้างถึง Harold A. Linstone และ Murran Turoft 1975 : 4-5)

5.3 ประเภทของการวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย

โรเบิร์ต ซี. จัค ได้กล่าวถึงการวิจัยประเภทที่จะใช้เทคนิคเดลฟายว่า เมื่อไรก็ตามที่ต้องการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือที่ใดก็ตามที่เห็นว่าความสอดคล้องต่อเนื่องกันระหว่างจุดมุ่งหมาย (Goals) และวัตถุประสงค์ (Objectives) เป็นสิ่งที่มีสำคัญแล้ว เมื่อนั้นควรใช้การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Judd 1971 : 156) และในทางด้านการศึกษานั้น เทคนิคเดลฟายยังอาจใช้เป็นประโยชน์ในการเสาะหาความสอดคล้องทางด้านค่านิยม และในการประเมินผล (Judd 1972 : 38)

ริชาร์ด เวเทอร์แมน และ คาเรน สเวนสัน ได้สรุปประเภทของการวิจัยที่อาจใช้เทคนิคเดลฟายว่ามี (1) การวิจัยเพื่อคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (2) การตรวจสอบกลวิธีในการปฏิบัติ (Strategy Prove) ในการวิจัยที่มุ่งหวังผล เช่นนี้ แบบสอบถามจะต้องเป็นแบบที่มีข้อเสนอให้เลือกหลาย ๆ ทาง ตลอดจนแนวทางที่จะทำให้โครงการนั้นประสบผลสำเร็จได้ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพของโครงการ ค่าใช้จ่าย ความเป็นไปได้ เป็นต้น แบบสอบถามประเภทนี้จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดง เหตุผลในการตอบ (3) การตรวจสอบความนิยม (Preference Prove) ในกรณีนี้ผู้วิจัยจะต้องพยายามตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในสิ่งที่เห็นว่าควรจะเป็นมากกว่าสิ่งที่จะเป็นจริง ๆ และ (4) การยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ (Perceptions of a Current Situation) การศึกษาบทบาทที่แตกต่างกันของศึกษานิเทศก์ในทัศนะของกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวนี้ จะสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการจัดการฝึกอบรมศึกษานิเทศก์ได้

5.4 ข้อดีและข้อเสียของเดลฟาย

เดลฟายมีทั้งข้อดีและข้อเสียในวิธีการอยู่ด้วย เทคนิคของเดลฟายได้รับการวิจารณ์จากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน และปรากฏว่า ฮาโรลด์ แซคแมน (Harold Sackman) ได้ให้ข้อคิดไว้อย่างมาก แซคแมน เคย เป็นนักวิจัยให้กับ บริษัท แรนด์ ได้ประเมินคุณค่าของเทคนิคไว้ดังนี้คือ (1) แนวคิดของเดลฟาย เกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญ และการอ้างว่าเป็นตัวแทนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

อย่างเที่ยงตรงนั้น ในเชิงศาสตร์แล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ และ เป็นการกล่าวอ้างเกินเลยความจริงไป (2) เฉลยไขได้อ้างถึงควมมีอำนาจของกลุ่มมากกว่าความคิดเห็นของบุคคลแต่ละคน และการมีอำนาจเหนือกว่าของการแสดงความคิดเห็นส่วนตัว และที่อยู่ห่างไกลกัน ตีกว่าการสื่อสารที่อยู่ต่อหน้า และ เช่นเดียวกับข้อความที่แย้งกันก็ไม่สามารถพิสูจน์ถึงความจริงที่มีลักษณะทั่วไปได้ (3) การเห็นพ้องต้องกันของ เฉลยไข เป็นการเห็นพ้องต้องกัน เฉพาะลักษณะ (4) คำถามของ เฉลยไขค่อนข้างคลุมเครือ (5) คำตอบของ เฉลยไขค่อนข้างจะคลุมเครือด้วย (6) ผลของ เฉลยไข เป็นตัวแทนของการผสมผสานของความคลุมเครือ และ (7) จุดมุ่งหมายที่สำคัญของ เฉลยไข มุ่งไปที่การรวบรวมความคิดเห็นที่เกิดจากการตัดสินใจที่ยังไม่แน่นอน และเป็นเพียงชั่วคราวเดียวของ อารมณ์ จากบุคคลที่รวบรวมขึ้นที่ไม่ได้จากการเก็บจากตัวอย่าง ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะสับสนหรือนำไปเทียบกับการทำนายการวิเคราะห์ หรือการคาดคะเนของการศึกษาพฤติกรรม หรือเหตุการณ์อย่างมีระบบและมีนิยามปฏิบัติการณ์อย่างถูกต้อง (8) การที่ไม่ระบุแหล่งผู้เชี่ยวชาญของ เฉลยไข เท่ากับ เป็นการ เสริมความไม่รับผิดชอบต่อวิธีการและสิ่งที่ค้นพบ (9) เฉลยไข เป็นระบบที่ไม่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการที่ให้เกิดการขัดแย้ง แต่จะสร้างแนวคิดค้นเพื่อสำรวจค้นหา และ (10) เฉลยไขแยกมาจากการพัฒนาการทางด้านการศึกษา เชิงวิทยาศาสตร์และการทดลองทางพฤติกรรมศาสตร์ และได้ทำสิ่งที่ล้ำยุคสำหรับสหสาขาศาสตร์การศึกษาวิชาอื่น ๆ เกี่ยวกับนโยบายและการวางแผน (Sackman 1974)

นอกจากนี้ แซคแมน ได้สรุปว่า เฉลยไขมีคุณภาพไม่ถึงมาตรฐานทางสังคมศาสตร์ สำหรับแบบสอบถาม เกี่ยวกับความคิดเห็น ซึ่งมาตรฐานนี้กำหนดโดยสมาคมจิตวิทยาของอเมริกา ข้อสรุปและข้อวิพากษ์วิจารณ์ของ แซคแมน ได้รับปฏิกริยาจากนักวิชาการหลายท่านด้วยกัน สเตราส์ (Strauss) และ ซีคเลอร์ (Zeigler) ได้สรุปข้อโต้แย้งของ แซคแมน และให้เหตุผลไว้ว่า "ทั้งที่มีปัญหาเหล่านั้น แต่วิธีการเฉลยไขก็ยังมีประโยชน์ ในฐานะเป็น เครื่องมือของการวิจัยสำหรับนักสังคมศาสตร์" (Helmer 1977 : 18) เฮลเมอร์ได้ระบุไว้ว่าวิธีการของ เฉลยไขถูกใจดี เนื่องมาจากสาเหตุที่ว่า "ใช้แต่เพียงความคิดเห็นและข้อตกลงการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการรวบรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ" ข้อคำทบทวนทั้งสองประการนี้ ขึ้นอยู่กับความ เข้าใจผิดว่า เฉลยไขคืออะไร เฮลเมอร์ ได้ชี้ให้เห็นว่า ข้อโต้แย้งว่า เฉลยไข ไม่ได้มีการสุ่มเลือกตัวอย่างอย่างถูกต้อง ดังนั้นจึงควรชี้แจงให้เห็นว่าวิธีการของ เฉลยไขมิใช่การสำรวจความคิดเห็นที่ขึ้นอยู่กับ การเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก "ประชากรของผู้เชี่ยวชาญ" แต่ เป็นในลักษณะ เมื่อกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ

ที่ถูกเลือก (โดยไม่คำนึงอย่างไร) ก็เป็นการที่ทำให้เกิดกลไกทางการสื่อสารขึ้นสำหรับพวกเขาเหล่านั้น เพื่อใช้สำหรับกลั่นกรองความคิดเห็นในการที่จะรักษาความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของความคิดเห็นดังกล่าว (Helmer 1977 : 18) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านที่ได้ให้ข้อวิจารณ์ในทางต่อต้านการวิจารณ์ของ แซคแมน เช่น ลินสโตน (Linstone 1977 : 7-12) โคตส์ (Coates 1975 : 193) และ โกลด์ชมิทท์ (Goldschmidt 1975 : 195) จึงเป็นการเหมาะสมที่จะได้พิจารณาอย่างละเอียดถึงข้อดีและข้อเสียของวิธีการ เดลฟาย

เนื่องจากข้อดีของวิธีการ เดลฟาย ได้กล่าวไว้ค่อนข้างมากแล้ว จึงขอกล่าวโดยสรุปเท่านั้น โดยปกติแล้ว เดลฟายอาจถูกพิจารณาในแง่ของช่องทางที่ดีสำหรับการศึกษา ซึ่งให้ข่าวสารแยกแยะและนำข้อมูลไปยังและกลับมา ให้แก่กลุ่มที่ร่วมกันสำหรับการศึกษา ในกรณีที่เป็นระเบียบ วิธีการวิจัยสำหรับการวางแผน และกำหนดนโยบายก็จะเป็นสิ่งที่ให้ผลอย่างดีของการเห็นพ้องกันของสิ่งที่คาดหวัง นอกจากนี้ผลสรุปที่สำคัญของการศึกษา เดลฟายของ ออสเตรเลีย (Australia 1976 : 5) พบว่า บทบาทที่สำคัญของเดลฟายก็คือการระบุนโยบายพื้นฐาน ในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เดลฟายก็ได้ทำสิ่งนี้เพื่อมุ่งที่จะได้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนแบบเปิด การตัดสินใจด้านนโยบายและการวางแผนส่วนใหญ่ ใช้การคาดการณ์ของอนาคตที่น่าจะเป็น (Expectations of Probable Futures) เป็นแนวทาง โดยการใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกมาอย่างดี และมีความสมดุลย์ทัดเทียมกันจากหลายสาขาวิชา เราจะพบว่าความรู้ใหม่ ๆ และข้อสันนิษฐานร่วมกันจะปรากฏขึ้นมา ด้วยวิธีการสังเคราะห์ของ "โลกทัศน์" หรือ "การสร้างความจริง" จะนำไปสู่วิธีการศึกษาที่กว้างขึ้นและ เปิดมากขึ้นต่อการแก้ปัญหาที่มากกว่าวิธีการที่ผ่านมา (Scheele 1975 : 37)

ข้อดีอีกประการหนึ่งของวิธีการนี้อยู่ที่ ความสามารถของวิธีการนี้ที่สามารถนำความต้องการของเรา เข้าสู่ทิศทางที่ต้องการ จากการที่รู้ความต้องการของกลุ่มสำหรับอนาคต การกำหนดจุดมุ่งหมายและการวางแผน จะถูกทำขึ้นมาได้อย่างถูกต้อง วัตถุประสงค์และแผนที่สร้างขึ้นมาจากปราศจากความเกี่ยวเนื่องต่อความต้องการ อาจกลายเป็นการขัดขวางผลลัพธ์ที่ต้องการ ในขณะที่วัตถุประสงค์และแผนที่ขึ้นโดยปราศจากการอ้างอิงถึงการคาดการณ์อนาคต จะกลายเป็นสิ่งที่ไร้คุณค่า ดังนั้นความสามารถที่จะระบุความต้องการของกลุ่ม และการคาดการณ์อนาคตจึงเป็น เหตุผลหลักในการใช้เดลฟายในการศึกษานี้ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ประโยชน์ของวิธีการ เดลฟาย เกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านการวางแผนและนโยบายของการศึกษา กิจกรรมเหล่านี้

ต้องการตัดสินใจร่วมกัน เปิดรับต่อความคิดเห็น ทั้งการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย และการควบคุมวิธีการมากกว่ากระบวนการซึ่งเทคนิคของเคลฟายได้ตอบสนองต่อสิ่งเหล่านี้ และที่สำคัญก็คือวิธีการ เคลฟายได้ให้ระเบียบวิธีการสำหรับภาคการณ และสร้างอนาคตในเชิงเลือกสรร ความรู้ และความคิดใหม่ ๆ และจะให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ถ้าได้กระทำอย่างเหมาะสมวิธีการนี้ได้ประสมผลสำเร็จในการประยุกต์ใช้ต่อปัญหาหลายร้อยอย่าง ผู้ซึ่งใช้วิธีการ เคลฟาย จะมีความคิดเห็นว่าเป็น เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับระบุและอภิปรายถึงความเป็นไปได้ของอนาคต และความน่าจะเป็นที่เกี่ยวกับกระบวนการวางแผนในระยะยาว

5.5 จุดอ่อนของเคลฟาย

จุดอ่อนของเคลฟายอยู่ที่แนวคิดของ "ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ" และ "การที่เห็นพ้องต้องกัน" แนวคิดของความเป็นผู้เชี่ยวชาญ โดยปกติประกอบไปด้วย รูปลักษณะบางประการของความเป็นผู้รู้อย่างดีเลิศในสาขาเฉพาะ เรื่อง ความหมายของผู้เชี่ยวชาญในที่นี้ขอใช้คำนิยามของ ฮาวาย คอมมิวนิเคชัน ไคเรคตอรี (Hawaii Communication Directory) ระบุไว้ว่า ผู้เชี่ยวชาญคือบุคคลผู้ซึ่งมี "ประสบการณ์ ความรู้หรือทักษะพิเศษ ซึ่งได้มาจากการฝึกฝนทางวิชาชีพหรือประสบการณ์จากทางการปฏิบัติ" (Honolulu : Social Science and Linguistics Institute, 1979)

การวัดหรือการพิสูจน์ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นสิ่งยากลำบาก จากการวิจารณ์ของ แซคแมน ซึ่งตั้งข้อสงสัยไปยังแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญของเคลฟาย โดยอ้างว่าไม่มีเหตุผลทางศาสตร์ และเป็นกรกล่าวเกินเลยไป (Sackman 1974 : 677) ข้อโต้แย้งนี้อยู่ภายใต้พื้นฐานที่ว่าปัญหาในด้านต่าง ๆ ของประชากรทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่ และการสัมพันธ์อย่างของตัวแทนผู้เชี่ยวชาญ ในบางสถานการณ์ เป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ อาทิ เช่น ผู้วิจัยมีความต้องการผู้เชี่ยวชาญในหลายด้าน ซึ่งในบางสาขาอาจจะมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญอยู่อย่างจำกัดหรือมีจำนวนน้อยมาก จากคำจำกัดความ ผู้เชี่ยวชาญคือบุคคลที่มี เอกภาพและได้แสดงคุณสมบัติที่ผสมผสานที่หาได้ยาก มีความสามารถในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยแล้ว ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาหาได้ยากยิ่ง

เป็นที่ยอมรับกันว่าแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญยังไม่ชัดเจน และปัญหาของการระบุผู้เชี่ยวชาญยังคงมีอยู่ แวน กิจ (Van Gigh 1974 : 332) ได้เสนอแนะวิธีการวัดเพื่อระบุ

ระดับของความเชี่ยวชาญ (1) จำนวนของตัวแปรซึ่งเขาคิดว่าสำคัญในการที่จะบรรลุถึงการตัดสินใจ ผู้เชี่ยวชาญจะใช้ตัวแปรที่น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (2) ให้ความสำคัญน้อยของความสำคัญต่อตัวแปรหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ จะไม่คำนึงถึงระดับความสำคัญของตัวแปร (3) ความเร็วและประสิทธิภาพของผู้เชี่ยวชาญ แสดงออกในการระบุความสำคัญของสถานการณ์ (4) ความถูกต้องแน่นอนของการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ อยู่ที่ค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญ มาถึงจุดสูงสุดที่หึงมิได้ไกลมากนักอย่างไร และ (5) ความเชื่อมั่นต่อการทำนายของผู้เชี่ยวชาญ ขึ้นอยู่กับความบ่อยครั้ง เท่าไรที่ผู้เชี่ยวชาญที่ต้องแก้ไขการตัดสินใจ

ถึงแม้ว่าข้อกำหนดในการวัดข้างบนนี้ จะช่วยทำให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญได้ดีขึ้น แต่ในทางปฏิบัติก็ยังคงยากต่อการวัดจากสภาพที่เป็นจริง การวัดในอดีตของความเป็นผู้เชี่ยวชาญได้ถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้หน้าของความเป็นผู้เชี่ยวชาญในปัจจุบัน เฮลเมอร์ (Helmer) และ เรสเชอร์ (Rescher, 1959 : 59) เสนอแนะ เกณฑ์สองประการสำหรับการเลือกผู้เชี่ยวชาญ คือความน่าเชื่อถือและความแน่นอน ความน่าเชื่อถือ หมายถึงการวัดว่าบ่อยครั้งเท่าไรที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ทำการแก้ไขการทำนายเมื่อเผชิญกับทางเลือกมากมาย (ตัวอย่างเช่น อัตราของความสำเร็จต่อจำนวนทั้งหมดของการทดลองสำหรับผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน) ความแน่นอนหมายถึงการทำงานของผู้เชี่ยวชาญแต่ละครั้งห่างไกลจากค่าที่เป็นจริงมากน้อยเพียงใด ซึ่งก็คือการวัดค่าการกระจาย วิธีการวัดต่าง ๆ เหล่านี้ต่างก็ประสบปัญหา เช่นเดียวกัน ซึ่งก็คือผู้เชี่ยวชาญจะไม่ (หรือเวลาไม่อำนวยให้) ยอมต่อกระบวนการการ เลือกสรรในรูปแบบต่าง ๆ ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการด้วยวิธีการเดลฟาย

วิธีการศึกษาแบบอื่น ๆ เน้นไปในทางที่ปรับปรุงในเรื่องการใช้ผู้เชี่ยวชาญมากกว่า กระบวนการเลือกผู้เชี่ยวชาญ ไบรท์ (Bright 1972 : 52) ได้เสนอให้ใช้วิธีการพบกับผู้เชี่ยวชาญ และมีการติดตามตรวจสอบ ซึ่งเท่ากับ เป็นการบังคับให้ผู้เชี่ยวชาญจำเป็นต้องมีปฏิกริยาย้อนกลับอย่างแข็งขัน เกี่ยวกับ เหตุผลเบื้องหลังคำตอบและ เท่ากับ เป็นการปรับปรุงกระบวนการทำนาย เทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้ให้การปรับปรุงต่อวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญอย่างมีระบบ แต่ถึงกระนั้นก็ตามก็ยังมีปัญหาอยู่หลายประการที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เฮลเมอร์ ได้ชี้ให้เห็น ดังนี้ ถ้าผู้เชี่ยวชาญสองคนหรือมากกว่า ทำให้เกิดการกระจายของความน่าจะเป็นข้ามช่วงเวลาเพื่อระบุงการ เกิดขึ้นของเหตุการณ์ในอนาคต ดังนั้น ในลักษณะใดที่จะเกิดความ

เหมาะสมจากการคาดคะเนของแต่ละคน เพื่อที่จะให้ได้มาของการกระจายของความน่าจะเป็นที่มีลักษณะร่วมกัน และจะใช้อะไร เป็นข้อมูล หรือควรกระทำอะไรที่จะทำให้ทราบความอคติของผู้เชี่ยวชาญอย่างมีระบบการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ต่างสาขาวิชา จะทำอย่างไรจึงนำมาผสมกันให้ได้ดีที่สุด เพื่อการประเมินผลในลักษณะสหสาขาวิชา

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงในที่นี้รวมทั้งการให้จัดอันดับตัวเอง ในส่วนที่เกี่ยวกับความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะนำมาใช้สำหรับ เป็นปัจจัยในการถ่วงน้ำหนักในการประมาณค่า หรือเป็นการอนุญาตให้ผู้เชี่ยวชาญละเว้นที่จะตอบคำถามซึ่งตนเองไม่มีความเชี่ยวชาญ จะเห็นได้ว่ายังมีคำถามอีกมากมายที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ดังนั้นการวิจัยเพิ่มเติมจึง เป็นสิ่งที่ต้องการในส่วนที่เกี่ยวกับความเชี่ยวชาญ และการใช้ความเชี่ยวชาญปัญหาการแสวงหาผู้เชี่ยวชาญ เป็นปัญหาที่ไม่ต้องสงสัยเลยว่ามีอยู่เบื้องหลังการทดลองศึกษา ดังนั้นจึงยังมีความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับการใช้ผู้เชี่ยวชาญอย่างมีระบบ ถ้าเราสามารถเข้าใจและทำการปรับปรุงกระบวนการนี้ถ้าสำเร็จ ในปัจจุบันนี้การศึกษาเกี่ยวกับการเลือกผู้เชี่ยวชาญการได้รับความสนใจอย่างพิเศษ และได้ทำการศึกษากันอย่างรอบคอบที่สุด

การเห็นพ้องต้องกัน (Consensus) ก็เช่นเดียวกับแนวคิดเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญ การเห็นพ้องต้องกันยังเป็นตัวปัญหาในวิธีการของ เดลฟาย เนื่องจากมีความคิดหลายประการเกี่ยวกับคุณค่าของการเห็นพ้องต้องกันในวิธีการ เดลฟาย ทางด้านหนึ่งมีความเห็นว่า การเห็นพ้องต้องกันเป็นตัวชี้ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับ เหตุการณ์ในอนาคตอันใดอันหนึ่ง โดยเฉพาะ หรือแนวโน้มอันใดอันหนึ่ง โดยเฉพาะ ข้อมูลนี้มีคุณค่าอย่างมากต่อกระบวนการกำหนดนโยบาย และช่วยในกระบวนการวางแผน แต่ในอีกด้านหนึ่งการที่ไม่มีการตกลงกันก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะ เป็น เครื่องชี้ว่าการขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตคืออะไร การเห็นพ้องต้องกันจะเพิ่มโอกาสของกระบวนการให้ไปถึง (หรือหลีกเลี่ยง) สภาพวะของอนาคตบางอย่าง หรือเพิ่มสิ่งที่ผูกมัดได้ว่าจะเกิดขึ้น แต่การที่ไม่มีความตกลงกัน แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาโอกาสที่เกิดขึ้น หรือแหล่งข้อมูล เป็นที่ต้องการอย่างมาก หรือมีข้อเท็จจริงที่แตกแยกกันได้รับการยอมรับ ประเด็นก็อยู่ที่ว่ามีข้อมูลจำนวนมาก ทั้งที่ตกลงกันได้และตกลงกันไม่ได้ จึง เป็นหน้าที่ที่สำคัญสำหรับนักวิจัยหรือผู้วิจัย สิ่งการที่ต้องมีความสามารถระบุความแตกแยกทางความคิดเห็นในกระบวนการวางแผนและการวางแผน เช่นเดียวกับการแสวงหาการเห็นพ้องต้องกัน คุณค่าของ เดลฟายก็คือ "การคาดการณ์หรือการวาดอนาคต ในแง่นี้ เดลฟาย เทคนิคสามารถถูกปรับปรุงอย่างน้อยที่สุดก็ เพื่อการวัดปัจจัยพื้นฐานสำหรับการทำนาย และ

ส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาพแวดล้อมของนโยบาย การวินิจฉัยสั่งการ การวางแผน การวางแบบ การสื่อสารและปฏิกริยาสัมพันธ์" (Adelson and Aroni 1975 : 434)

มีอยู่หลายวิธีการในการนิยามเกี่ยวกับการเห็นพ้องต้องกัน และการไม่เห็นพ้องต้องกัน โดยปกติการเห็นพ้องต้องกันจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ อัตราร้อยละที่กำหนดขึ้นอยู่ในพิสัยที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น ถ้าสรุปว่าการเห็นพ้องต้องกันเกิดขึ้น เมื่อพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่ใหญ่ไปกว่าสองหน่วยบน เสกกลิบหน่วย (Adelson M. and Aroni S. 1975 : 277) ดังนั้น ในการนี้ไม่ได้รับการยอมรับเพราะการกระจายปรากฏออกมาในรูป ไบโมดอล (Bimodal) ซึ่งแน่นอนว่าการเห็นพ้องต้องกันจะไม่เกิดขึ้น ดังนั้นด้วยข้อมูลเช่นนี้จะให้สาระอีกประเภทหนึ่ง โดยจะทำให้เห็นว่า " เป็นสิ่งสำคัญและปรากฏการแตกแยกอย่างไม่มีคำอธิบาย เกี่ยวกับความคิดเห็น" ข้อมูลนี้เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้วางแผนที่จะต้องเข้าใจหรือสามารถคาดการณ์ถึงความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น เป็นปัญหาได้

วิธีวัดการเห็นพ้องต้องกันวิธีอื่น ๆ ได้ถูกเสนอขึ้นโดย แวน กิจ การวัดการเห็นพ้องต้องกันมีอยู่ด้วยกันสองชนิดคือ (1) วัดความน่าเชื่อถือ และความถูกต้อง และ (2) วัดการตกลงร่วมกัน โดยที่แนวคิดเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือ และความถูกต้อง เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ การวัดการตกลงร่วมกัน เกี่ยวข้องกับวิธีการสหสัมพันธ์แบบจัดอันดับ ซึ่งได้นำเอาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาจากการคำนวณกลุ่มผู้ตอบ สองกลุ่มที่แยกขาดจากกัน และนำมาสรุปเกี่ยวกับการตกลงร่วมกัน (Van Gich 1974 : 333)

ถ้าวิธีการเคลฟาย ถูกจัดทำขึ้นอย่างถูกต้อง ทั้งการเห็นพ้องต้องกันและการไม่เห็นพ้องต้องกัน มีโอกาสเท่า ๆ กันที่จะเกิดขึ้นได้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้ติดตามผลที่ต้องทำตัวเป็นกลาง และไม่พยายามเข้าไปยุ่งเกี่ยวใด ๆ ทั้งสิ้น ผลของการทำตัวเป็นกลางทำให้สามารถแสวงหาข้อสันนิษฐาน เกี่ยวกับอนาคตที่จะเกิดขึ้น อันเป็นส่วนสำคัญต่อกระบวนการวางแผน และกำหนดนโยบาย

จาก เหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัย เลือกใช้เทคนิคเคลฟาย ในการทำวิจัย เรื่อง "ผลกระทบของการสาธารณสุขมูลฐานต่อการจัดการศึกษาพยาบาลในอนาคต" เพื่อสอบถามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านจัดการศึกษา และการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาพยาบาลต่อไปในอนาคต