

อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
ในทศวรรษหน้า



นาวาเอกหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชาสารัตถศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-0780-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SCENARIO OF THE NURSING ROLE FOR PEOPLE'S SELF-CARE DEVELOPMENT
IN THE NEXT DECADE



Capt. Anongnuch Puyanont RTN.

สถาบันวิทยบริการ

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Development Education

Department of Foundations of Education

Faculty of Education

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-03-0780-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง
ของประชาชนในทศวรรษหน้า
โดย นาวาเอกหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์
สาขาวิชา พัฒนศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

.....คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ สีนลารัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พฤทธิ ศิริบรรณพิทักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อมรวิเศษ นาคกรทรรพ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส)

อนงค์นุช ภูยานนท์ : อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของ
 ประชาชนในทศวรรษหน้า. (SCENARIO OF THE NURSING ROLE FOR PEOPLE'S SELF-
 CARE DEVELOPMENT IN THE NEXT DECADE) อ. ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน,
 อ. ที่ปรึกษาร่วม : ศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 298 หน้า. ISBN 974-03-0780-9.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาพัฒนาการของการดูแลสุขภาพของประชาชน (2) เพื่อวิเคราะห์
 การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และ
 สังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 (3) เพื่อศึกษาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของ
 ประชาชนในทศวรรษหน้า (4) เพื่อศึกษาแนวทางที่จะเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแล
 สุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า โดยวิธีการวิเคราะห์เอกสารและการวิจัยอนาคตแบบ
 Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ผลการวิจัยพบว่า

1. พัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนแบ่งได้เป็น 5 ช่วง คือ ช่วงการดูแลในครัวเรือน
 และเพื่อนบ้าน ช่วงเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่ ช่วงเริ่มมั่นใจการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมอง
 สุขภาพเป็นเรื่องการเจ็บป่วย ช่วงดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานและนิยมความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา
 และช่วงสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม

2. การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วง
 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 นั้น พบว่า ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 การพยาบาลเป็น
 การช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายและนำการรักษาของแพทย์ไปสู่ผู้ป่วย ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับ
 ที่ 4-6 การพยาบาลจึงเริ่มมีการอบรมประชาชนให้เป็นผู้ประสานงานด้านสุขภาพในชุมชน และในแผนพัฒนาฯ
 ฉบับที่ 7-8 นั้น จึงพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้ทำหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน

3. แนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษ
 หน้าที่เป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพที่พึงประสงค์นั้น พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานจะเป็นลักษณะการทำงาน
 เป็นทีมร่วมกันกับประชาชนและสาขาวิชาชีพอื่นๆ และการทำงานเป็นทีมร่วมกันของพยาบาลโดยระบบการ
 ส่งต่อทางการพยาบาลอย่างครบวงจร

4. การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนใน
 ทศวรรษหน้า จะเป็นการเสริมสร้างแนวคิดการบริการสุขภาพเชิงรุกและการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง
 เข้าไปในหลักสูตร และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำความรู้ทางการพยาบาลและสหสาขาวิชามาเป็นฐาน
 ในการปฏิบัติงาน

ภาควิชา สาร์ตตศึกษา

สาขาวิชา พัฒนศึกษา

ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4184958327 MAJOR : DEVELOPMENT EDUCATION

KEYWORD : NURSING ROLE / PEOPLE'S SELF-CARE

ANONGNUCH PUYANONT: SCENARIO OF THE NURSING ROLE FOR PEOPLE'S SELF-CARE DEVELOPMENT IN THE NEXT DECADE. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHUMPOL POOLPATARACHEWIN, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D., 298 pp. ISBN 974-03-0780-9.

The purposes of this research were : (1) to study the people's health care development ; (2) to analyze the characteristics of the nursing practice for people's self-care promotion in the period of the first to eighth National Economic and Social Development Plans ; (3) to examine the trend of the nursing role in people's self-care development in the next decade; and (4) to develop a guideline for the preparation of professional nurses to be ready for people's self-care development in the next decade. The Documentary Analysis and the Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) method were used in this study.

Research results revealed that :

1. The development of people's self care can be divided into 5 periods: (1) The period of people taking care of each other in families and among neighbors; (2) observing new medical treatment ; (3) having confidence in hospital treatment and perceiving health as an illness ; (4) taking care of health through primary health care tactics and favoring specialization ; and (5) finding suitable practices.

2. The analysis of the nursing practice for people's self-care according during the first to eighth National Economic and Social Development Plans shows that during the first to third National Economic and Social Development Plans the nursing practice focused on taking care of personal hygiene and giving medical treatments to patients. Later, during the fourth to sixth National Economic and Social Development Plans, the practice began to provide training for people to become health volunteers. Then, during the seventh to eighth National Economic and Social Development Plans, the abilities were enhanced for the health volunteers to be able to give basic medical care to other people in their own community.

3. The most viable and desirable trends of the nursing role in people's self-care development in the next decade will be in the form of a cooperative team comprising nurses, people in the community, and those in other disciplines as well as a cooperating team of nurses by means of a complete nursing transferal system.

4. The preparation of professional nurses to strengthen people's self-care development in the next decade is to incorporate into the curriculum.

Department Foundations of Education Student's signature.....

Field of study Development Education Advisor's signature.....

Academic year 2001 Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนและการให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน อาจารย์ที่ปรึกษา และศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และได้รับความร่วมมืออย่างสูงจากท่านผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลตลอดจนผู้นำกลุ่มสุขภาพ ที่ได้กรุณาให้ความคิดเห็น ให้ความกระจ่าง และเสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามอีกถึงสองรอบเพื่อความสมบูรณ์ของการประมวลผลในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

อีกส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ กำลังใจ และความคิดสร้างสรรค์ในการที่จะทำวิทยานิพนธ์นี้ให้สำเร็จตามที่ได้ตั้งใจไว้ได้ คือความเป็นกัลยาณมิตรของอาจารย์ในภาควิชาพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนร่วมรุ่นของผู้วิจัย รวมทั้งความเอาใจใส่และความเอื้ออาทรของทุกคนในครอบครัวที่มีให้กับผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอและตลอดช่วงของการทำวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณกรมแพทยทหารเรือและกองทัพเรือที่ได้อนุมัติให้ลาศึกษาได้โดยทุนของกองทัพเรือ และขอขอบคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีคุณค่าของงานวิจัยนี้แก่ทุกท่านและขอแสดงความซาบซึ้งในน้ำใจไมตรีอันดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	13
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	14
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท.....	17
การพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ.....	25
แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง.....	38
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ.....	63
ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน.....	73
ระบบสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ.....	77
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549)	87
การวิจัยอนาคต.....	93
การวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	104
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	118
ขั้นตอนการวิจัย.....	118
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล.....	119

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	121
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	122
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	125
4 พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน.....	130
ช่วงการดูแลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน.....	130
ช่วงเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่.....	139
ช่วงเริ่มมั่นใจการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมองสุขภาพเป็นเรื่อง การเจ็บป่วย.....	142
ช่วงดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานและนิยมความเชี่ยวชาญ เฉพาะสาขา.....	144
ช่วงสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม.....	147
5 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน.....	149
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1.....	149
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 2.....	151
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 3.....	152
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4.....	153
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5.....	155
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6.....	156
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7.....	157
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8.....	158
6 อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนในทศวรรษหน้า.....	162
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	162
สรุปผลการวิเคราะห์อนาคตภาพของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนา การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า.....	183

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

7 ภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544 –2553).....	189
ภาพที่ 1	191
ภาพที่ 2	192
ภาพที่ 3	192
ภาพที่ 4	192
8 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	194
สรุปผลการวิจัย.....	194
อภิปรายผล.....	197
ข้อเสนอแนะ.....	221
รายการอ้างอิง.....	223
ภาคผนวก.....	236
ภาคผนวก ก หนังสือเชิญผู้นำสุขภาพ.....	238
รายชื่อผู้นำสุขภาพ.....	239
ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้นำสุขภาพ.....	240
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์.....	242
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์.....	245
ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ.....	248
แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญรอบ 1.....	249
แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญรอบ 2.....	263
ภาคผนวก ค ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้เชี่ยวชาญ.....	277
ภาคผนวก ง สรุปพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน.....	291
สรุปการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8.....	292
สรุปภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนา การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า.....	295

ภาคผนวก จ	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	297
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		298



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและคำร้อยละของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	162
2 แนวคิดของบทบาทการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน.....	164
3 แนวทางของการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน.....	167
4 การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง.....	169
5 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในทศวรรษหน้า.....	172
6 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนตามกลุ่มเป้าหมาย....	177
7 ภาพรวมของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน...	182

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“สุขภาพดี” เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ในระยะเวลา 3-5 ปีที่ผ่านมา เรื่องของ “สุขภาพ” กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาหารือกันอย่างกว้างขวางตั้งแต่ระดับชาวบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น ไปจนถึงระดับประเทศ เนื่องจากระบบสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายสูงชัน แต่ยังไม่สามารถนำไปสู่การมีสุขภาพะอย่างยั่งยืนได้ ทำให้ต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้น สาเหตุหลักของปัญหานี้ก็คือ การพัฒนาประเทศและการดำเนินนโยบายสุขภาพที่ผ่านมารีบตัวไม่ทันกับปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากผลพวงของวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสบริโภคนิยม

ประเทศไทยช่วงประมาณปี พ.ศ.2534 - 2538 เป็นช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว มีการสนับสนุนการลงทุนทางด้านอุตสาหกรรมกันอย่างแพร่หลาย ดังนั้นการวางโครงการต่างๆจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านอุตสาหกรรมเป็นหลัก โดยที่มิได้คาดคิดว่าจะส่งผลกระทบและนำไปสู่ปัญหาของประเทศชาติอย่างไรในอนาคต ลักษณะของการพัฒนาประเทศที่เน้นเศรษฐกิจเป็นหลักจนกระทั่งความสมดุลด้านอื่นๆขาดไปโดยเฉพาะด้านจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาและเกิดการแข่งขันที่สูงขึ้นเรื่อยๆในการสร้างรายได้ ส่งผลให้คนเห็นความสำคัญของวัตถุมากกว่าจิตใจ ทำให้ขาดความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกันในสังคม ทุกอย่างต้องผูกพันถึงผลประโยชน์ ที่เป็นจำนวนเงินและผลตอบแทนทางด้านวัตถุ เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างฟุ่มเฟือย เพื่อความสุขสบายในปัจจุบันของคนเพียงบางกลุ่ม ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจพร้อม มีการศึกษาและมีอำนาจในสังคมมากกว่า ทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้ง่าย ส่วนคนกลุ่มใหญ่ของประเทศที่ขาดโอกาสก็จะมีปัญหาทั้งทางด้านการหารายได้เลี้ยงครอบครัว การได้รับการศึกษาที่ทัดเทียมและการเข้าถึงบริการที่รัฐจัดขึ้น ไม่เว้นแม้แต่การเจ็บป่วยซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ ในลักษณะที่เรียกว่า “มีความเจริญทางสาธารณูปโภคแต่ชีวิตคนไม่ได้รับการพัฒนา” ทำให้สังคมยิ่งเกิดปัญหาที่ซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น

จนกระทั่ง พ.ศ.2539 เศรษฐกิจของประเทศไทยเริ่มชะลอตัวลงและประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างหนักในกลางปี พ.ศ.2540 จึงเกิดการพลิกผันครั้งใหญ่ของประเทศเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว มีการทบทวนและปฏิรูประบบต่างๆในสังคมขึ้นใหม่ ทั้งทางด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ด้านกฎหมาย ด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ครั้งนั้นถ้าประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงอนาคตของประเทศไว้ก่อนก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้มีการพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างถี่ถ้วนและครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะทำให้สามารถเตรียมการต่างๆ ไว้ล่วงหน้าได้อย่างรอบครอบและเหมาะสมกับสภาพที่เกิดขึ้นจริงของประเทศไทย

ในการมองภาพอนาคตการสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่การสร้างฉากทัศน์ต่าง ๆ ได้ถูกต้องทั้งหมด แต่การสร้างฉากทัศน์ที่เป็นบวกก็เพื่อให้ทราบว่าวางยุทธศาสตร์อย่างไรจึงจะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามฉากทัศน์นั้น ส่วนการสร้างฉากทัศน์ที่เป็นลบก็เพื่อการวางยุทธศาสตร์ที่จะแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไรนั่นเอง สิ่งสำคัญที่สุดในการมองภาพอนาคตก็คือต้องการกระตุ้นให้ได้มีการมองปัจจัยที่เป็นจริงในปัจจุบันอย่างรอบด้านว่าจะส่งผลกระทบต่ออะไรในอนาคตเพื่อที่จะได้เตรียมการรับมือกับปัญหาเหล่านั้นได้ สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการจัดทำโครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข (Health Futures Program) ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้(SEARO)และสำนักงานองค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำประเทศไทย ซึ่งได้ข้อสรุปว่า แนวคิดในการพัฒนางานสาธารณสุขในระยะสิบปีข้างหน้าจะต้องตอบสนองต่อกระแสที่เข้ามารุมเร้า 3 กระแสหลักได้อย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระแสแรกคือ กระแสรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ พ.ศ.2540 ที่ประกาศออกมาใช้และได้สร้างความตื่นตัวให้กับทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสาธารณสุข นับเป็นการเริ่มต้นที่ดีที่ทำให้ทุกฝ่ายได้ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพ อย่างไรก็ตามกระแสของการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก กระแสที่สองคือกระแสภาวะเศรษฐกิจถดถอย ที่ทำให้ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ต้องหันมาปรับวิธีการดำเนินงาน ระดับความจำเป็น และปรับภาระหน้าที่ขององค์กรในปัจจุบันและในอนาคต กระแสสุดท้ายคือ กระแสโลกาภิวัตน์ ที่เปิดโลกให้เป็นโลกไร้พรมแดน มีการแข่งขันเสรีซึ่งการแข่งขันไม่ได้มีเฉพาะภายในประเทศเท่านั้นแต่จะต้องมีการแข่งขันกับนานาประเทศด้วย ทั้งในด้านสินค้าและบริการ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ , 2541) กระแสทั้ง 3 ประการนี้ จะก่อให้เกิดการปรับตัวขึ้นในทุกส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนและอาจเป็นการปรับตัวแบบสิ้นเชิง (Radical Change) แก่ระบบการผลิตและการให้บริการของประเทศ อย่างไรก็ตามการปรับบทบาทดังกล่าว

จะต้อง มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันในทุกส่วนจึงจะก่อให้เกิดผลดีแก่ประเทศในภาพรวมได้

ทิศทางของระบบสาธารณสุขในอนาคตนั้น แนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การบริการสาธารณสุขจะไม่ถูกกำหนดโดยภาครัฐหรือกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป แต่จะเป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขจะต้องประกอบด้วย 3 ฝ่าย ด้วยกันที่เรียกว่า “ไตรภาคี” นั้นได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งแนวคิดในการพัฒนางานสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ อันได้แก่

1. **การเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยทั่วไป** จากการที่สังคมและโลกมีการแข่งขันกันมากขึ้น การให้บริการต่าง ๆ จะต้องเปลี่ยนไป การบริหารงานในสถานพยาบาลไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนจะต้องมีการบริหารในลักษณะองค์กรธุรกิจมากขึ้น ถึงแม้การบริหารงานในสถานพยาบาลของรัฐ ก็จะต้องเน้นเป็นการบริหารแบบองค์กรธุรกิจที่ไม่หวังผลกำไร (Non-Profit Organization) โดยเน้นที่คุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการมากขึ้นและผู้รับบริการสามารถตรวจสอบได้ การให้บริการก็ต้องยึดเอาความต้องการของผู้รับบริการซึ่งเป็นลูกค้ามาเป็นหลักไม่ใช่การให้บริการตามใจผู้ให้บริการดังที่เป็นอยู่และเป็นมาในอดีตอีกต่อไป เพื่อเป็นการพัฒนาการบริการให้ตรงกับความต้องการและความจำเป็นและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง แนวโน้มซึ่งเราไม่อาจจะปฏิเสธได้ คือ บทบาทของภาครัฐในการให้บริการจะต้องเปลี่ยนแปลงไป จากการให้บริการเป็นหลักจนทำให้การควบคุมกำกับประสิทธิภาพในการบริการที่ตรงกับความต้องการของประชาชนทำได้ยาก มาเป็นบทบาทของภาครัฐในการให้บริการโดยตรงจะต้องลด น้อยลงแต่จะเพิ่มบทบาทในการควบคุมกำกับมากขึ้น ได้แก่ บทบาทในการกำหนดมาตรฐาน การติดตามการกำกับและการสร้างกฎเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและ เป็นธรรม

2. **การเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย** แนวคิดใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพถือได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของทศวรรษหน้า ที่ว่าการบริการทางการแพทย์อย่างเดียวไม่อาจทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้ ในขณะที่การส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับเพิ่มขึ้นว่าเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นกระบวนการในการทำให้คนมีศักยภาพในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดให้มีนโยบายสาธารณะที่ดี ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสาธารณสุข ตลอดจนการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและลดปัญหา

สาธารณสุข ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนหน้าที่จากการให้การรักษาพยาบาลเป็นหลักมาเป็นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก ในรูปแบบของโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital) เป็นต้น

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงของยุคโลกาภิวัตน์ที่ทำให้วิถีชีวิตของคนต้องเปลี่ยนแปลงไปนั้น ถ้าประเทศใดไม่สามารถปรับตัวให้รู้เท่าทันและพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วและต่อเนื่องนี้ได้ก็จะต้องประสบปัญหานานัปการอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง สำหรับประเทศไทยนั้นนโยบายการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาใช้การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นตัวนำแบบก้าวกระโดด เพื่อที่จะไปเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่โดยขาดการเตรียมการและวางแผนที่สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการละทิ้งภาคเกษตรกรรมซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของประเทศไปเกือบจะโดยสิ้นเชิงจึงต้องประสบปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจอย่างหนักหน่วง ประกอบกับความไม่มั่นคงของสภาวะทางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง การศึกษา การสาธารณสุขและการดำเนินงานที่ขาดการประสานกันของภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชนซึ่งได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนในสังคมไทย ทำให้ศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของประเทศไทยในภาพรวมลดลงในทุกๆด้าน

ต่อมาประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศใหม่ ดังเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่ได้ปรับเน้นมาเป็นการพัฒนาคนเป็นหลักและได้มีการกำหนดภาพลักษณ์ของสังคมไทยและคนไทยที่พึงปรารถนาไว้ อันส่งผลให้เกิดการกำหนดภาพลักษณ์สุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของคนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ.2540 - 2544 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539) ไว้ว่าคนไทยทุกคนจะต้องเป็นคนที่มีความปกติสุข ทั้งมิติทางกาย จิตใจและสังคม โดยเกิดและเติบโตขึ้นใน ครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจและสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดีโดยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็งมีการรวมพลังและมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุผลและตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็น

มนุษย์ การที่ประชาชนจะมีภาพลักษณ์สุขภาพอนามัยที่กล่าวมานี้ได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดการพัฒนาสุขภาพนั้นมุ่งที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาโดยที่ เป็นทั้งผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) จากระบบการดูแลสุขภาพและจะต้องเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบ ในการพัฒนาสุขภาพตนเอง (Self-Care) ด้วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมี แนวทางในการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่า การตั้งรับที่เน้นการให้การรักษายาบาลเมื่อเกิดภาวะผิดปกติและเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งบุคลากรที่มี สุขภาพจะปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้แก้ปัญหาเมื่อเจ็บป่วยมาเป็นผู้อำนวยความสะดวก ส่งเสริม และสนับสนุนให้ประชาชนได้เป็นเจ้าของสุขภาพตนเองโดยเฉพาะการป้องกันโรคและการส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งจำเป็นจะต้องดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ของประชาชนจึงจะเกิดการ พัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนได้ จึงเป็นเป้าหมายหลักในการกำหนดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545 – 2549 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544) จาก ความล้มเหลวของระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเป็นระบบที่ไม่คุ้มค่า เพราะนโยบายการดูแลสุขภาพแบบตั้งรับนั้นเป็นการที่รอให้เจ็บป่วยก่อนแล้วจึงมาแก้ปัญหา ซึ่ง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตั้งแต่ที่ ยังไม่มีภาวะผิดปกติหรือเกิดโรค ยิ่งไปกว่านั้นการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยแล้วโอกาสที่จะ ประสบผลสำเร็จมีน้อยกว่า ประชาชนต้องเจ็บป่วยทุกข์ทรมานและอาจเกิดความบกพร่องเรื้อรัง หรือถาวร รวมไปถึงถ้าช่วยไม่ทันอาจสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นได้ ดังจะเห็นได้จากการเจ็บป่วยใน ปัจจุบันนั้นร้อยละ 70 ของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากพิจารณาในด้าน รายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยจะพบว่า ตัวเลขรายจ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม ของไทยที่ได้จากระบบบัญชีประชาชาติ พบว่าประเทศไทยได้ใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่าง มากโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กล่าวคือ ในพ.ศ.2523 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทส ไทยมีมูลค่า 25,315 ล้านบาท ได้เพิ่มเป็น 283,576 ล้านบาท ในพ.ศ.2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 11.2 เท่า และหากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชากรจะเพิ่มจาก 545 บาท ในพ.ศ.2523 เป็น 4,663 บาท ในพ.ศ.2541 หรือเพิ่มเป็น 8.6 เท่า ในมูลค่าปัจจุบัน ส่วนอัตราเพิ่มในมูลค่าจริงของ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประชากรในช่วง พ.ศ.2523-2541 เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 9.08 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วทุกประเทศและสูงกว่าอัตราเพิ่มผลิตภัณฑ์ มวลรวมประชาชาติต่อหัวของประชากรของประเทศด้วย (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, 2541) จากการ ศึกษาวิจัยหลายชิ้นมีผลสรุปว่า การให้ข้อมูลและแนวทางในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อให้

ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมนั้น สามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ลงได้ร้อยละ 7-17 (Vickery D.M.,Golaszewski T.J.,Wright E.C.Kalmer H., 1998)

ปัจจุบันพบว่าภาวะการเจ็บป่วยที่ประเทศต่างๆ ได้ประสบ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หรือเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ ไม่ใช่โรคที่เกิดจากการติดเชื้อเหมือนในอดีต โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกานั้น มีรายงานว่าโรคที่คนอเมริกันเสียชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมองแตก อุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย และพบว่าร้อยละ 90 ของโรคมะเร็งในคนอเมริกันนั้นเกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ (Constantine M.et all , 1983) สำหรับประเทศไทยพบว่า ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บได้เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เกิดปัญหาใหม่ เช่น โรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคมและกระแสการบริโภคนิยมตามแบบตะวันตกทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคจิต โรคเอดส์และการติดยาเสพติด เป็นต้น ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตก็คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักและขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ,2543)

ในด้านนโยบายนั้นประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่สมัยประธานาธิบดี บิล คลินตัน ได้ใช้ความพยายามที่จะลดรายจ่ายเกินดุลของประเทศด้านค่ารักษาพยาบาล โดยสนับสนุนและส่งเสริมการให้สุขภาพศึกษาทั้งรายบุคคลและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสาธารณสุข คือ การจัดระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงโดยลดปริมาณความต้องการทางการแพทย์และการพยาบาลที่เกินความจำเป็น ดังนั้นนโยบายของรัฐบาลจึงเป็นไปในทางที่สนับสนุนให้คนอเมริกันมีศักยภาพอย่างเต็มที่และหันมาสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองแทนการที่ปล่อยให้เกิดปัญหาสุขภาพเสียก่อนแล้วจึงจะสนใจสุขภาพ ซึ่งทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าและไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีได้

สำหรับประเทศไทยนั้นมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยได้มีการนำเอากลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาใช้ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 พ.ศ.2520 – 2524 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2519) เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน และมี เป้าหมายอยู่ที่ “Health for all by the year 2000” ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยยึดถือแนวความคิดที่ว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นและด้วยวิทยาการที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละชุมชนและมีการเชื่อมโยงอย่างกลมกลืนกับระบบบริการ

ภาครัฐ ที่มีอยู่ ทั้งนี้โดยอาศัยการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ ประชาชน และ นักวิชาการ ซึ่งมีประเด็นสำคัญอยู่ที่การส่งเสริมและขยายโอกาส การมีส่วนร่วมภาคอื่นๆ นอกเหนือจากการที่ภาครัฐเป็นผู้รับภาระเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและสนองตอบต่อประชาชนได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง ซึ่งผลสำเร็จของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยในแง่ของผลลัพธ์และกระบวนการจนถึงปัจจุบัน นับว่าประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจได้ในระดับหนึ่ง ดังเห็นได้จากกระบวนการของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นก่อให้เกิดการรับรู้ การเรียนรู้ และการรวมตัวของประชาชน ซึ่งเป็นการสร้างกำลังคนในพื้นที่ มีการสร้าง ผสส. อสม. และ อสส. มีการก่อตั้งองค์กรชุมชนต่างๆ เช่น สหกรณ์ยา กองทุนยา กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งเป็นการฝึกให้ประชาชนและชุมชนได้เรียนรู้ ฝึกฝน ทักษะในการทำงานเป็นทีม ในการบริหารจัดการ การทำบัญชี การทำแผนงาน การประเมินปัญหาของชุมชนในกระบวนการ จ.ป.ฐ. รวมทั้งเป็นการประเมินศักยภาพของประชาชนในชุมชนและศักยภาพของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้อีกด้วย ในด้านผลลัพธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพที่เคยเป็นปัญหาสำคัญในอดีต เช่น การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การสุขภาพจิต รวมทั้งการควบคุมโรคติดต่อและการระบาดของโรคมีอัตราลดลงในชนบทซึ่งเป็นเป้าหมายที่เน้นเชิงปริมาณ ดังนั้นต่อไปนโยบายต่างๆ ในด้านสุขภาพจะเน้นในเชิงคุณภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 นั้นส่งผลต่อการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 ซึ่งยังคงเป็นเรื่องของกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อพัฒนา สุขภาพดีถ่วงหน้าต่อ แต่มุ่งเน้นให้ความสำคัญหลักในเรื่องคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพ ตนเองอย่างยั่งยืน และยังคงต้องมุ่งด้านการเพิ่มเชิงปริมาณไปด้วยอีกเช่นกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543) โดยจะต้องพิจารณาเงื่อนไขสำคัญด้านการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทั้งภายนอกและภายในประเทศ ที่จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บในลักษณะความรวดเร็วและความต่อเนื่องตามกระแสโลกาภิวัตน์ด้วย ในขณะที่ประเทศชาติกำลังเผชิญกับปัญหาสภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ประชาชนพยายามที่จะประหยัดโดยตัดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นออกไป และ ภาครัฐต้องจำกัดงบประมาณลงให้เหลือเฉพาะงบประมาณที่สำคัญและจำเป็นจริงๆ นั้น การ ส่งเสริมสุขภาพจะเป็นวิธีที่ประหยัดที่สุด เพื่อที่จะควบคุม ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นด้านสุขภาพลง โดยเฉพาะสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการนั้นได้รับผลกระทบอย่างมาก จุดนี้จึงเป็นโอกาสที่ข้าราชการและประชาชนทุกหมู่เหล่าจะได้หันกลับมาดูแลใส่ใจกับการดูแลสุขภาพของ ตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพราะ

ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเป็นกลุ่มที่ยังไม่เกิดโรคภัยไข้เจ็บจึงต้องให้ความสำคัญกับประชาชนส่วนใหญ่กลุ่มนี้ของประเทศด้วย และมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการพัฒนาไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของมวลมนุษยชาติอย่างยั่งยืนทั่วภูมิภาคในโลก ซึ่งในด้านการดูแลสุขภาพประชากรโลกนั้น องค์การอนามัยโลกได้ประกาศวิสัยทัศน์ที่เน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุก คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยใช้กลวิธีต่างๆ ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของเจ้าของสุขภาพและการดูแลสิ่งแวดล้อมร่วมกัน ด้วยวิธีสร้างความตระหนักในการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ในแหล่งรวมคนทั้งในระดับ ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาลและสถานประกอบการ ร่วมกับการสร้างนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารและแหล่งบริการทางสุขภาพ โดยมีภาคีต่างๆ ร่วมมือกันและมีภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน การดูแลสุขภาพจะ ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบเฉพาะกลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุขเท่านั้น แต่จะกระจายความรับผิดชอบไปถึงประชาชนโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการกระจายความรับผิดชอบตามระดับความสามารถของกลุ่มบุคคลและความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยกลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ก็จะมีการแบ่งงานที่รับผิดชอบตามระดับความสามารถ เช่นกัน เพื่อลดปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินความจำเป็น ลดความแออัดของการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลลง แต่เพิ่มความครอบคลุมกลุ่มประชากรขึ้นตามลักษณะความซับซ้อนของภาวะสุขภาพ โดยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จะดูแลโรคหรือภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเท่านั้น ซึ่งจะผ่านระบบการคัดกรองจากสถานอนามัย ศูนย์สาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชน ด้วยระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอนและมีความสามารถในการรองรับที่เพียงพอทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือด้านการรักษาพยาบาล และจำนวนเตียงตามแนวทางการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ความสำคัญที่จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของการพยาบาลและการปรับเปลี่ยนระบบของการบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพและการพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการถ่ายทอดความรู้และแนะนำการเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะมีความใกล้ชิดและได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการมากที่สุด ดังตัวอย่างประสบการณ์ในประเทศที่เจริญแล้วและเป็นผู้นำทางสุขภาพนั้น จะมีการรณรงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ริเริ่มโดยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพอนามัยก่อนเสมอ เช่น การรณรงค์เพื่อใช้ถุงยางอนามัย การงดสูบบุหรี่ การตรวจมะเร็งปากมดลูกและเต้านม การ

ควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในการขับขี่พาหนะ การสวมหมวกกันน็อกและการคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น กลุ่มบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพอนามัยประกอบไปด้วยวิชาชีพประเภทต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักสุขภาพจิต ทนตแพทย์ เกษัตริกร ฯลฯ ซึ่งในกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึงได้และเป็นกลุ่มที่มีความขาดแคลนอยู่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ใช้ต้นทุนในการผลิตสูงเมื่อเทียบกับวิชาชีพ อื่นๆ และหากมุ่งพิจารณาสัดส่วนของบุคลากรกลุ่มนี้ในภาครัฐต่อสัดส่วนของประชากรก็จะได้พบว่ามีความขาดแคลนค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในชนบท ดังจะเห็นได้จากสถิติสัดส่วนบุคลากรวิชาชีพทางการสาธารณสุขต่อจำนวนประชากรที่สำคัญดังนี้ แพทย์ 1 : ประชากร 3,500 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 1 : ประชากร 1,073 คน (กระทรวงสาธารณสุข , 2542) ซึ่งนับว่ายังไม่เป็นสัดส่วนที่เหมาะสม โดยสัดส่วนที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ แพทย์ 7 : ประชากร 10,000 คน และ พยาบาล 1 : ประชากร 900 คน (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2543) ในด้านบทบาทของบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพอนามัยนั้น วิชาชีพการพยาบาลเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพประชาชนถึงแม้ว่าบุคลากรพยาบาลของประเทศไทยจะยังประสบภาวะขาดแคลนอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาครัฐบาล แต่หากพิจารณาในแง่ของปริมาณแล้วจะพบว่าพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยคิดเป็นร้อยละ 40 ของบุคลากรทั้งหมด และโดยที่บุคลากรวิชาชีพพยาบาลมีลักษณะการทำงานที่หลากหลายจึงมีการกระจายอยู่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั้งในเมืองและชนบทโดยกระจายอยู่ตามสถานที่ให้บริการทางสุขภาพเกือบทุกแห่ง ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในปัจจุบันพบว่าการบริการพยาบาลครอบคลุมในประเด็นด้านการตรวจและรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น การพยาบาลครอบครัวและชุมชน การพยาบาลแม่และเด็ก การควบคุมและพัฒนา คุณภาพการบริการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน

ด้วยลักษณะงานบริการพยาบาลที่กว้างขวางและซับซ้อนนี้ทำให้บุคลากรพยาบาลเป็นวิชาชีพเดียวในกลุ่มวิชาชีพสุขภาพที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุด มีการให้บริการที่หลากหลายและเกี่ยวข้องกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมมากที่สุด มีการกระจายกำลังคน มีการทำงานที่ต้องสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและมีระบบการทำงานที่เป็นทีมทั้งในวิชาชีพพยาบาลด้วยกันและกับวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพมากที่สุดเช่นกัน เพราะต้องดูแลและสัมพันธ์กับผู้ป่วยบริการตลอด 24 ชั่วโมงในสถานบริการที่รับป่วยและต้องให้บริการที่ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องใน

บทบาทต่างๆ เช่น บทบาทผู้ให้การพยาบาล ผู้ถ่ายทอดความรู้ ผู้ให้บริการปรึกษาและผู้ประสาน เชื่อมโยงเพื่อสุขภาพของประชาชน จึงนับได้ว่าวิชาชีพการพยาบาลนั้นเป็นกลไกสำคัญในการดูแล สุขภาพประชากร

จากการศึกษาและประเมินบทบาทการพยาบาลในภาพรวมตั้งแต่เริ่มยุคการ พยาบาลสมัยมิสฟลอเรนซ์ นิงดิงเกล จนถึงปัจจุบัน พบว่า วิชาชีพการพยาบาลได้มีพัฒนาการมา เป็นลำดับ โดยจุดเน้นของการพยาบาลในแต่ละยุคสมัยจะเปลี่ยนไป ทำให้บทบาทของการ พยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนไปด้วย ดังจะเห็นได้จากในยุคต้นๆนั้นจุดเน้นอยู่ที่การดูแลความ สุขสบาย ลักษณะของการพยาบาลจึงมีบทบาทในการพยาบาลดูแลความ สุขสบายแบบต่างๆ ไป (Bedside Nursing) ในด้านการเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับอาหาร ความสะอาด และการจัด สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ต่อมามีการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงเกิดการพัฒนามาบทบาทในด้านการให้การพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยตามอาการของโรคและสภาพ การเจ็บป่วยทางกายซึ่งเป็นบทบาทการพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้น ต่อจากนั้นจึงมีการขยายบทบาทให้ ครอบคลุมในด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น จากนั้นจุดเน้นของการพยาบาลจึงเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ทำให้บทบาทของการพยาบาลที่มุ่งให้การดูแลทางด้านร่างกายได้เพิ่มมิติของ บทบาทด้านการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและยังคงเป็นจุดเน้นที่ สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นบทบาทการพยาบาลที่มุ่งตอบสนองต่อการพัฒนาสุขภาพบุคคล แบบองค์รวมตามกลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในปัจจุบันและยังมีแนวโน้มเช่นนี้อยู่ ในอนาคตโดยได้เพิ่มมิติด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและผลกระทบที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพ ของคนไทยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าการพัฒนาสุขภาพในอนาคตจะให้ ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาล ด้าน ผู้รับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน จะเป็นการร่วมมือกันของไตรภาคี คือ ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐบาล โดย บริการทาง สุขภาพจะต้องครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ ให้มีความเสมอภาคในการเข้าถึง ข้อมูลและระบบบริการทางสุขภาพ เจ้าของสุขภาพมีทางเลือกที่หลากหลายไม่ใช่วิธีการที่เกิดจาก การชี้แนะของกลุ่มบุคลากรวิชาชีพสุขภาพเท่านั้น โดยเป็นระบบบริการสุขภาพทางเลือก ที่มีการ ควบคุมและตรวจสอบได้อย่างโปร่งใส มีระบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพและมุ่งไปสู่ประชาชน กลุ่มใหญ่ของประเทศ คือ ผู้ที่ยังไม่เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือเป็นโรค แต่จากการปฏิบัติที่เป็นอยู่ใน

ปัจจุบันนั้น บุคลากรวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของบุคลากรทางสุขภาพได้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในสถานพยาบาล โดยทำหน้าที่ในการพยาบาลให้การพยาบาลตามอาการของโรคในลักษณะการพยาบาลแบบตั้งรับมากกว่าที่จะเป็นเชิงรุก โดย “การพยาบาลเชิงรุก” มีความหมายใน 2 มิติ คือ การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพเป็นมิติที่หนึ่ง และการให้บริการพยาบาลที่บ้านหรือในชุมชน เป็นมิติที่สอง (สมจิต ปทุมมานนท์ , 2539 :8) จะเห็นได้ว่าการประกอบวิชาชีพการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ค่อนข้างกว้างขวางและจะต้องมีการปฏิบัติงานเป็นทีม ไม่ว่าจะเป็น ทีมการพยาบาลหรือทีมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรแขนงวิชาชีพอื่นๆ ในสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพก็ตาม นอกจากนี้วิชาชีพพยาบาลยังต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และปฏิบัติงานทั้งในครอบครัว ชุมชนและสถานพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งเป็นทั้งงานด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงเป็น ตัวจักรสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้เบื้องต้นแก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัยที่เรียกกันว่าการสาธารณสุขพื้นฐาน และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าพยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพอนามัย

เมื่อสาเหตุของการเจ็บป่วยความพิการและสาเหตุการตายในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตได้เปลี่ยนไปจากเชื้อโรคต่างๆ มาเป็นสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเจ้าของสุขภาพเองเป็นสำคัญ ประกอบกับการที่เทคโนโลยีเจริญก้าวหน้าซึ่งทำให้มีทั้งประโยชน์ที่ทำให้ประชาชนได้รับข่าวสารต่างๆ อย่างรวดเร็ว มีการเข้าถึงข้อมูลและวิชาการความรู้ทางด้านสุขภาพดีขึ้น แต่ถ้าไม่รู้จักเลือกใช้ข้อมูลเฉพาะที่เป็นประโยชน์และอาจมีการนำเทคโนโลยีราคาแพงต่างๆ มาใช้เกินจำเป็น ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ทั้งที่เป็นผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้ปัญหาและค่าใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ส่วนปัจจัยด้านประชาชนนั้นจากการศึกษาสภาพในปัจจุบันและ แนวโน้มในอนาคตทางการสาธารณสุข พบว่าประชาชนโดยเฉพาะผู้ใช้บริการเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และบริการทางการแพทย์อื่นๆ ว่าจำเป็นและเหมาะสมหรือไม่ เป็นสิ่งที่แสดงว่าประชาชนมีความสนใจในสุขภาพและใช้สิทธิในการรับบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าในอดีต และจะยิ่งเพิ่มความสนใจใช้สิทธิต่างๆ ตามระบบที่เอื้อให้มากขึ้นในอนาคต ซึ่งก็จะคล้ายคลึงกับประเทศพัฒนาแล้วที่ประชาชนมีการศึกษาดี มีข้อมูลและมีทางเลือกที่รองรับภาวะสุขภาพมากกว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา แต่หากพิจารณา

ในกรณีของประเทศไทยแล้วจะพบว่าสถานการณ์เหล่านี้เกิดได้เฉพาะในประชากร กลุ่มเล็กๆของ ประเทศเท่านั้น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และข้อมูลรวมทั้งทางเล็กน้อยเกี่ยวกับ สุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้งระบบบริการของรัฐยังเป็นระบบที่บุคลากรวิชาชีพทางด้าน สุขภาพอนามัย เป็นผู้มีความสำคัญในเรื่องสุขภาพของประชาชนและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองน้อย ระบบการบริการสุขภาพเป็นระบบตั้งรับที่รอให้ มีการ เจ็บป่วยหรือพิการก่อนจึงจำเป็นต้องดูแลรักษาโดยบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ ประชาชนเกิดภาวะพึ่งพิงสถานพยาบาล บุคลากรวิชาชีพ และมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น บุคลากรทางการแพทย์บาลนับได้ว่ามีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ และมีจำนวนมากที่สุด อีกทั้งยัง ทำงานเป็นฟันเฟืองสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท จากที่มุ่งเน้นเพื่อให้การพยาบาลตามอาการของโรคเป็นหลัก มาเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนใน กลุ่มที่ยังไม่มีการเจ็บป่วยหรือเริ่มมีภาวะผิดปกติตลอดจนผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ได้มีการดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้องและเต็มศักยภาพควบคู่ไปกับการพยาบาลในคลินิกด้วยอย่าง สมดุล เพราะเมื่อความรู้ความสามารถและวิถีชีวิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมแล้ว แต่การพยาบาลยังคงมีบทบาทเช่นเดิม ก็จะปิดกั้นศักยภาพของประชาชนและส่งผลให้เกิดวิกฤต ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ที่สำคัญที่สุดคือจะไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของ ประชาชนทั้งในด้านความครอบคลุมกลุ่มประชากร ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านการ รักษาพยาบาล และไม่สามารถนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนได้ ดังนั้นบุคลากร พยาบาลจึงควรมีการทบทวนบทบาทของตนกับแนวโน้มและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้ง ภายในและภายนอกวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทที่สอดคล้องต่อไปในอนาคต

ปัจจุบันการพยาบาลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาประชาชนให้ดูแล สุขภาพตนเอง แต่การดูแลสุขภาพตนเองได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นเรื่องจำเป็นในปัจจุบันและ อนาคต เพราะการ เจ็บป่วยในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเหมือนใน อดีต แต่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน อย่างยั่งยืน โดยประชาชนจะต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบในการเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองและ เข้าใจถึงการดูแลสุขภาพเชิงรุก ที่เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดโรคภัยไข้เจ็บ ผู้วิจัยจึงสนใจว่าเมื่อบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและแนวโน้มของระบบ บริการสุขภาพของไทยได้เปลี่ยนแปลงไปดังได้กล่าวมาแล้วนั้น ในสิบปีข้างหน้าการพยาบาลจะมี บทบาทในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างไรจึงจะสามารถตอบสนองต่อ

ระบบการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เน้นการพัฒนาให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง อันเป็นแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยที่รัฐกำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการดูแลสุขภาพของประชาชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (ก่อน พ.ศ.2439 – 2544)
2. เพื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8
3. เพื่อศึกษาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544 - 2553)
4. เพื่อศึกษาแนวทางที่จะเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544 - 2553)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544 – 2553) ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) โดยการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลที่เป็นผู้บริหาร นักวิชาการและนักปฏิบัติการเพื่อให้เห็นภาพอนาคตของสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพในภาครัฐจะต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองเท่านั้น เพราะพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถครอบคลุมทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ และเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดของพยาบาล อีกทั้งยังเป็นบุคลากรระดับที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับประชาชนโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในภาครัฐนั้นอาจมีข้อจำกัดในเรื่องการต้องปฏิบัติงานตามนโยบายของหน่วยงานเอกชน ซึ่งอาจไม่ได้เน้นการบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง จึงไม่ได้อยู่ในขอบเขตของการวิจัยนี้

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. แนวโน้มบทบาทการพยาบาลเป็นบทบาทตามการคาดการณ์ของผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพพึงกระทำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544 - 2553)

2. การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นการวิเคราะห์โดยใช้สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8 และแผนการพัฒนากิจการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-8 เป็นกรอบในการวิเคราะห์

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาพัฒนาการของการดูแลสุขภาพของประชาชนและการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นการรวบรวมและสืบค้นข้อมูลจากเอกสารเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพประชาชน และการพยาบาลในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพเพียงสังเขปในแต่ละช่วงเวลาเพื่อประกอบการศึกษานาตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเท่านั้น

2. การศึกษาอนาคตภาพของบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นการคาดการณ์ที่ได้จากความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลในกลุ่มที่ได้คัดเลือกตามที่กำหนดในงานวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งไม่ใช่การคาดการณ์ที่เป็นตัวแทนของพยาบาลทั่วประเทศ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. อนาคตภาพ หมายถึง ภาพของแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต (พ.ศ.2544 – 2553) ตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ

2. บทบาทการพยาบาล หมายถึง การบริการพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยแนวคิด แนวทาง และกิจกรรมการพยาบาลในด้าน การปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาองค์ความรู้ และการเตรียมบุคลากร

3. การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นในยามเมื่อเจ็บป่วย (Health deviation self-care requisites)

4. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1

5. ผู้นำระบบสุขภาพไทย หมายถึง กลุ่มวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและประชาชนที่มีส่วนในการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

6. ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ได้กำหนดไว้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชนที่เกิดขึ้นในอดีตถึงปัจจุบัน
2. ได้แนวทางในการพัฒนาบริการทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาล
3. ได้ภาพรวมของบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า
4. ได้แนวทางที่จะพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าเพื่อหาภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) เพื่อศึกษาและหาความสอดคล้องร่วมกันจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท บทบาทหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาล แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพไทย การวิจัยอนาคตและการวิจัยเกี่ยวกับอนาคตทางด้านสุขภาพอนามัยซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท
 - 1.1 ความหมายของบทบาท
 - 1.2 แนวคิดและทฤษฎีบทบาท
2. การพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.1 ความหมายของการพยาบาล
 - 2.2 ขอบเขตของบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ
3. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.2 ระดับของการพึ่งตนเองทางสุขภาพของประชาชน
 - 3.3 แนวทางการลดการพึ่งพาทางสุขภาพ
 - 3.4 ลักษณะสำคัญของการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง
 - 3.5 รูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
 - 3.6 พื้นฐานความเชื่อของการดูแลตนเอง
 - 3.7 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับการดูแลตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 4.1 ความหมายของสุขภาพ

4.2 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพประชาชน

4.3 ระบบสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

4.4 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549)

5. การวิจัยอนาคต

5.1 ความหมายของการศึกษาอนาคต

5.2 ประเภทของฉากทัศน์

5.3 ความหมายของการวิจัยอนาคต

5.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยอนาคต

5.5 การวิจัยอนาคตแบบ EDFR

6. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

1.1 ความหมายของบทบาท

การดำเนินชีวิตของมนุษย์นั้น บทบาทต่าง ๆ ที่มนุษย์แต่ละคนต้องปฏิบัติจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมที่มากระทบ และจุดเปลี่ยน (turning points) ในแต่ละช่วงตามพัฒนาการของชีวิต เช่น จากคนโสดไปสู่ผู้ที่มีครอบครัวแล้วเข้าสู่ครอบครัวที่มีบุตร รวมถึงเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ในแต่ละจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้บทบาทของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นเมื่อมนุษย์ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ในแต่ละบทบาทเท่ากับได้มีการเพิ่มบทบาทเข้ามาอีกบุคคลแต่ละคนจึงมีบทบาทหลายๆ อย่างได้ในเวลาเดียวกัน

เมื่อพิจารณาแล้ว คำว่า “บทบาท” จะแตกต่างไปจาก “ตำแหน่ง” ตามที่นักทฤษฎีบทบาทก็ได้กล่าวไว้แตกต่างกัน แต่ในการใช้คำ 2 คำนี้ก็มักจะใช้รวมกันไปในความหมายที่เหมือนกัน สารานุกรมบอกไว้ว่าตำแหน่งคือ ระดับในระบบสังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้โดยสังคม ตำแหน่งจะอยู่คงที่ แต่บทบาทจะเปลี่ยนแปลงไปได้ ตำแหน่งนั้นถูกกำหนดไว้ด้วยระเบียบ ข้อบังคับ และข้อตกลงที่ถูกกำหนดขึ้น โดยระบบสังคมนั้น (Sabin and Allen, 1968) นั่นคือ บุคคลคนหนึ่งไม่อาจเปลี่ยนแปลงตำแหน่งได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ แต่สำหรับบทบาทแล้วจะเปลี่ยนแปลงไปได้เสมอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นโดยส่วนรวมด้วย ที่สำคัญคือการดำเนินชีวิตประจำวันจะต้องมีการเปลี่ยนไปอย่างแน่นอน สรุปว่าบทบาท

ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยๆ ที่พึงปฏิบัติในแต่ละตำแหน่งที่ได้กำหนดขึ้น ส่วนตำแหน่งนั้นเป็นการกำหนดระดับของบุคคลใน แต่ละระบบสังคม ดังนั้นบทบาทและตำแหน่งจึงมีความสัมพันธ์กัน ที่สำคัญคือจะมีบทบาทเชื่อมโยงระหว่างบุคคลเกิดขึ้นได้เสมอ เช่น ครู-นักเรียน บิดา-มารดา มารดา-บุตร บิดา-บุตร พยาบาล-ผู้รับบริการ และอื่นๆ ในลักษณะดังกล่าวนี้ แต่ละคนจะแสดงบทบาทที่สัมพันธ์กัน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อกันในเชิงการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งในส่วนบุคคลและชุมชน บทบาทเชื่อมโยง (Counterrole) จึงมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากแต่ละบทบาทจะต้องพึ่งพาต่อกันและจะต้องร่วมกันแสดงบทบาทอย่างสอดคล้อง จึงจะสามารถดำเนินชีวิตร่วมกันต่อไปได้ด้วยดี ในทางกลับกัน บทบาทเชื่อมโยงก็อาจเป็นการแสดงออกของตำแหน่งดังกล่าวด้วย หากแต่ว่าแต่ละตำแหน่งอาจปรากฏในรูปของตำแหน่งสมมุติ (Ascribed positions) คือ บุคคลอยู่ในตำแหน่งโดยมีอำนาจในการควบคุมน้อยและขาดสัมพันธ์ภาพต่อกัน และการกำหนดให้รับตำแหน่งก็ไม่ได้พิจารณาตามความสามารถ แต่อาจกำหนดตำแหน่งโดยวัฒนธรรมประเพณี เช่น ผู้ชายต้องเป็นผู้นำครอบครัวและภรรยาต้องดูแลบ้านและเลี้ยงดูลูกเหล่านี้ เป็นต้น ซึ่งลักษณะ ดังกล่าวนี้จะมีผลต่อการแสดงบทบาทของแต่ละคน หากไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความคาดหวังก็จะเกิด ความสับสนและมีภาวะเครียดต่อการแสดงบทบาทได้ ความเข้าใจทฤษฎีบทบาทจึงเป็นเรื่องสำคัญ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536)

การให้ความหมายของคำว่า “บทบาท” นั้น ได้มีนักวิชาการหลายกลุ่มได้ให้ความหมายไว้ตามแนวคิดและทฤษฎีที่แต่ละสาขาวิชาใช้ให้เป็นหลักในการอธิบาย “บทบาท” เป็นคำที่ปรากฏขึ้นเมื่อประมาณ ค.ศ.1920 (Biddle and Thomus, 1966) จึงทำให้ในปัจจุบันนี้มีความหมายได้ในหลาย ๆ ลักษณะดังนี้

ชัยพร วิชชาวุธ (2521 :26) กล่าวถึงบทบาทไว้ว่า บทบาทเปรียบเสมือนสิทธิหน้าที่ในการประพฤติ ที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลอื่นในสังคมตามสถานภาพของตนเอง ส่วนอุทัย หิรัญโต (2519 : 120) ได้ให้ความหมายของบทบาทไว้ว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือการแสดงออกของบุคคล ที่คนอื่นคาดคิดหรือหวังว่าเขาจะทำเมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง อมรา พงศาพิชญ์ (2521 : 91) ได้อธิบายว่าบทบาทคือ สิทธิหน้าที่ในการประพฤติที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลอื่นในสังคมตามสถานภาพของตัวเอง ทั้งสถานภาพ และบทบาทของบุคคลจะขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นด้วย ทั้งนี้คนที่อยู่ในสถานภาพเดียวกันจะมีบทบาทเหมือนกันเพราะมีบรรทัดฐานเดียวกันเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม จุมพล นิยมพานิช (2528 : 164) ให้ความหมายว่าบทบาทหมายถึงพฤติกรรมหรือการประพฤติปฏิบัติของคนที่เป็นเจ้าของสถานภาพพิเศษนั้น หรืออาจกล่าวได้ว่าบทบาทเป็นรูปแบบของพฤติกรรมมาตรฐานที่คาดหวังว่าบุคคล ซึ่งอยู่ในตำแหน่ง

หน้าที่เฉพาะตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งจะต้องประพฤติปฏิบัติในบทบาทนั้นๆ โดยไม่คำนึงถึงความปรารถนาและข้อห้ามส่วนบุคคล (เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2529 : 70 ; สมยศ นาวิกาน , 2526 : 286) นอกจากนี้บทบาทแต่ละบทบาทจะสะท้อนให้เห็นวิถีทางในการอยู่ร่วมกันในสังคมและทำให้เกิดระเบียบในการอยู่ร่วมกัน (สาคร ทองธวัช , 2528 : 16)

ลินตัน (Linton, 1963 : 36) นักมานุษยวิทยา กล่าวว่า ฐานะภาพ (Status) เป็นสิทธิและหน้าที่จำนวนหนึ่งของบุคคล ส่วนบทบาท (Role) หมายถึงส่วนที่เป็นพลวัตของฐานะภาพ โดยอธิบายว่าในทุกสังคมบุคคลจะได้รับมอบหมายให้ดำรงฐานะภาพซึ่งมีความสัมพันธ์กับฐานะภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่ด้วย เมื่อบุคคลใช้สิทธิและทำหน้าที่อันเป็นส่วนต่างๆ ของฐานะภาพก็แปลว่าเขาได้แสดงบทบาท บทบาทอาจหมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังให้บุคคลแสดงตามฐานะ และตำแหน่งที่ดำรงอยู่ (Kron , 1976 : 23) หรือหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคล และการแสดงออกหรือเหตุการณ์เฉพาะตามลักษณะโครงสร้างองค์กรที่แสดงให้เห็น (Katz and Kalin , 1966 : 172) และมีความหมายรวมถึงความคาดหวังของสังคมที่มีต่อหน่วยงานการทำงานในสังคมว่าบุคคลที่ประกอบอาชีพเหล่านั้นจะมีพฤติกรรมแสดงออกอย่างไร (Roy , 1984 : 285) บทบาท คือ กลุ่มของความคาดหวังต่อคนในแต่ละตำแหน่งในระบบสังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งคนต้องปฏิบัติ (Kramer, 1974:52)

ส่วนนักทฤษฎีการพยาบาลได้มองบทบาทการพยาบาลแตกต่างกันไปในหลายลักษณะตามจุดเน้นของแต่ละทฤษฎี ได้แก่

มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ได้มองบทบาทของการพยาบาลในลักษณะของการช่วยเหลือด้านความทุกข์สบายทั่วไปและการจัดสิ่งแวดล้อมให้กับบุคคลเพื่อบำรุงสุขภาพที่ดีและเพื่อป้องกันและรักษาภาวะผิดปกติต่าง ๆ (Selanders, 1993 : 23) ส่วน เวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน (Virginia Henderson, 1966) มองบทบาทของการพยาบาลในการเข้าไปช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดมีสุขภาพดีตลอดไปหรือหายจากโรคหรือตายอย่างสงบ โดยมีแนวคิดที่ว่าถ้าบุคคลมีความสามารถ มีความตั้งใจหรือมีความรู้ก็จะสามารถประกอบกิจกรรมเหล่านั้นได้เอง ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของการพยาบาลจึงต้องเป็นการกระทำเพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นดูแลสุขภาพตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งบุคคลอื่นให้เร็วที่สุด เพราะเป็นความจำเป็นที่มนุษย์จะต้องรับผิดชอบและสนใจสุขภาพของตนเอง (Henderson, 1966 :11) ส่วน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995 : 64) มองการพยาบาลในบทบาทที่เชื่อมโยงกับความสามารถและความต้องการดูแลของประชาชนโดยกล่าวว่า การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการอย่างหนึ่งในสังคมที่จำเป็นสำหรับมนุษย์โดยมีลักษณะเฉพาะคือ เป็นบริการสุขภาพที่มี

จุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการดูแลตนเองของบุคคล การพยาบาลนั้นเป็นการช่วยให้บุคคลได้ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องและเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแทนบุคคล เมื่อตัวบุคคลและสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกของตน คิง (King, 1981 : 157) ได้มองบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้สื่อสารเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดีโดยให้ความสำคัญกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการซึ่งแต่ละฝ่ายต่างมีการประเมินซึ่งกันและกัน โดยการติดต่อสื่อสารนั้นจะทำให้ทั้งฝ่ายสำรวจและวางเป้าหมายร่วมกัน ตกลงร่วมกันในวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมาย เขาเชื่อว่าการบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ใช้บริการจะทำให้ทั้งพยาบาลและผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและการดูแลบำบัดทางการพยาบาลนั้นจะมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ทฤษฎีสีแนวนุรักษ์ของลิวัน มองบทบาทของการพยาบาลในรูปของการสนับสนุนช่วยเหลือและส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้รับบริการในการที่จะรักษาสมดุลของบุคคลด้วยการอนุรักษ์พลังงานในร่างกาย อนุรักษ์รูปร่างแห่งตนให้มีโครงสร้างทางร่างกายที่ปกติ อนุรักษ์ลักษณะแห่งตนให้คงเอกลักษณ์ของตนเองไว้และการอนุรักษ์ลักษณะทางสังคมเป็นการคงไว้ซึ่งสถานภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อและสัมพันธภาพของบุคคล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536 : 266) ส่วนเมลิส (Melieis, 1997 : 57) ได้มองบทบาทของการพยาบาลในส่วนของเกี่ยวข้องกับบุคคลที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การพยาบาลจึงต้องเข้าไปประเมินและช่วยเหลือให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านที่มีผลกระทบต่อสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

สรุปได้ว่าบทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกตามสถานะในตำแหน่งหน้าที่หรืออาชีพหนึ่งๆ ในสังคม ที่สังคมคาดหวังให้ถือปฏิบัติในสถานภาพเฉพาะของบุคคลขณะดำรงตำแหน่งหรืออาชีพนั้นๆ โดยที่บุคคลแต่ละคนอาจมีบทบาทมากกว่าหนึ่งบทบาทตามสถานะที่เป็นอยู่ในสังคม

1.2 แนวคิดและทฤษฎีบทบาท

นักทฤษฎีหลายกลุ่มได้อธิบายทฤษฎีบทบาทไว้หลายรูปแบบตามพื้นฐานของตน เป็นต้นว่า นักโครงสร้างวิทยา (Structuralist) นักจิตวิทยาสังคม (Social psychologist) และจิตแพทย์ (Psychiatrist) โดยจะอธิบายมโนคติและความสัมพันธ์ต่อกันด้วยแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน

โดยแนวคิดของนักโครงสร้างวิทยาแล้ว จะศึกษาวิเคราะห์บทบาทในรูปแบบขององค์ประกอบโครงสร้างที่บุคคลนั้นจะต้องแสดงบทบาท ตลอดจนการปฏิบัติหน้าที่ จุดมุ่งหมายก็คือ การอธิบายด้วยทฤษฎีระบบนั่นเอง หมายถึงการอธิบายเรื่องบทบาทนั้นจะต้องวิเคราะห์โครงสร้างขององค์การ คือ ศึกษาการจัดแบ่งแรงงานตามลักษณะเฉพาะขององค์การนั้น ศึกษาลักษณะงานของแต่ละงาน (Job description) ศึกษาถึงความเข้าใจและการอธิบายตำแหน่ง (Position identification) การศึกษาและวิเคราะห์เรื่องต่าง ๆ เหล่านี้มีได้มุ่งที่บุคคล แต่จะมุ่งที่ระบบว่า เชื้อต่อการแสดงบทบาทมากน้อยเพียงใดหรือก่อให้เกิดความเครียดและความสับสนต่อบทบาทหนึ่ง ๆ หรือไม่ จึงจำเป็นต้องอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์การและบุคคลแต่ละบุคคลเป็นต้นว่า การอธิบายครอบครัวโดยใช้ทฤษฎีบทบาทนั้น จะต้องศึกษาโครงสร้างของครอบครัว อันหมายถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ตลอดจนความสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งจะมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อโครงสร้างคือ บรรทัดฐาน (Norms) ความเชื่อ (Believes) และค่านิยม (Attitude) เหล่านี้เป็นต้น จึงต้องนำเอาปัจจัยดังกล่าวมาแสดงว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทและความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการมีบทบาทดังกล่าวด้วย โดยที่จะไม่วัดความสำเร็จของการมีบทบาทแต่ละบทบาทตามลำพัง

สำหรับจิตแพทย์ อธิบายทฤษฎีบทบาทโดยมุ่งเน้นที่บุคคลหนึ่งอยู่ภายในระบบหนึ่งได้อย่างไร โมโนมิติหลักของทฤษฎีนี้อยู่ที่ต้น การสื่อสารและพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพ ดังนั้นเมื่อต้องการศึกษาบทบาทใดก็จะต้องรวบรวมข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวคน รูปแบบการสื่อสารของคนนั้นและการแสดงพฤติกรรมในสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่สัมพันธ์กับบทบาทที่บุคคลนั้นครองอยู่ เป็นต้นว่าการวิเคราะห์บทบาทของผู้ป่วยก็ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทต่าง ๆ ที่คนคนหนึ่งครองอยู่ในขณะนั้น ความสำคัญตามลำดับของบทบาทนั้นๆ อิทธิพลของบทบาทหนึ่งสู่อื่นๆ การแสดงออกของบทบาทผู้ป่วย รูปแบบการสื่อสารในบทบาทเชื่อมโยงและการรับรู้ต่อบทบาทผู้ป่วยของคนคนนั้น นอกจากนี้แล้วจะต้องพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมที่คนกำลังแสดงบทบาทอยู่ เมื่อพิจารณาว่าสิ่งแวดล้อมนั้นมีอิทธิพลต่อบทบาทต่าง ๆ อย่างไรบ้าง สำหรับบทบาทผู้ป่วยก็ต้องศึกษาโครงสร้างของโรงพยาบาลและปัจจัยแวดล้อมที่ผู้ป่วยจะมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

ทฤษฎีบทบาทที่อธิบายโดยนักจิตวิทยาสังคมนั้น จุดมุ่งหมายอยู่ที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อยู่ในแต่ละตำแหน่ง ประเด็นที่ทฤษฎีจิตวิทยาสังคมพยายามอธิบายคือ คนเรารู้ที่จะแสดงบทบาทหนึ่งๆ ได้อย่างไร การแสดงพฤติกรรมในบทบาทหนึ่งๆ บ่งชี้ด้วยอะไรในพัฒนาการของบทบาท บทบาทเชื่อมโยงมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เหล่านี้เป็นต้น หรืออีกนัยหนึ่งทฤษฎีจิตวิทยาสังคมมุ่งอธิบายมโนคติของ บทบาท ตน ภาษา และการสวมบทบาทหนึ่งๆ แสดงว่านักทฤษฎีบทบาทในกลุ่มนี้จะต้องสังเกตและศึกษาถึงการรับรู้ต่อบทบาทของแต่ละคน

คนๆ นั้นแสดงออกต่อบทบาทหนึ่งๆ อย่างไร และได้นำตัวเองเข้าสวมบทบาทนั้นได้อย่างไร (พวงรัตน์ บุญญาบุรักษ์, 2536)

ความรู้เรื่องบทบาทนับเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ โดยทฤษฎีบทบาท (Role Theory) จะกล่าวถึงลักษณะของสังคมมนุษย์และลักษณะของบุคคลโดยเน้นให้เห็นว่าตัวเชื่อมระหว่างสังคมและมนุษย์ก็คือ บทบาทนั่นเอง

นักทฤษฎีบทบาทอธิบายทฤษฎีของเขาด้วยการเปรียบเทียบว่าสังคมมนุษย์คือโรงละคร และมนุษย์ก็คือตัวละคร มนุษย์มีตำแหน่งทางสังคมก็คล้ายกับผู้แสดงละครที่มีการกำหนดให้แสดงเป็นตัวละครต่าง ๆ ในเรื่อง มนุษย์มีบรรทัดฐานสังคมเป็นตัวควบคุมพฤติกรรม ตัวละคร มีบทละครเป็นตัวกำกับ มนุษย์ในสังคมต้องเคารพเชื่อฟังผู้มีอำนาจในสังคม นักแสดงต้องเคารพเชื่อฟังผู้กำกับละคร ตัวละครต้องแสดงเรื่องราวร่วมกับเพื่อนนักแสดงด้วยกัน มนุษย์ในสังคมก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น โดยสวมบทบาทของผู้ร่วมสังคมประเภทต่างๆ (Generalized others) และสุดท้ายนักแสดงต้องอาศัยความรู้และความชำนาญของตนช่วยในการแสดง มนุษย์ในสังคมต้องอาศัยภาพตัวตนและทักษะการแสดงบทบาทเข้าช่วยในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

นักทฤษฎีบทบาทมองสังคมมนุษย์เป็นโครงข่าย (Network) ของตำแหน่งทางสังคม (Positions) หรือ สถานภาพ (Statuses) โดยมีบุคคลเป็นผู้แสดงบทบาทและตำแหน่ง แต่ละตำแหน่งทางสังคมหรือกลุ่มสังคมที่ประกอบด้วยตำแหน่งทางสังคมจำนวนหนึ่งจะมีความคาดหวังจากสังคมเป็นกรอบให้ผู้ดำรงตำแหน่งต้องแสดง ดังนั้นสังคมมนุษย์จึงประกอบไปด้วยโครงข่ายของสถานภาพและความคาดหวังจำนวนมาก

ลักษณะความคาดหวัง (Expectations) จากสังคมแบ่งเป็น 3 ประเภทตามแนวคิดของทฤษฎีบทบาท ได้แก่

1) ความคาดหวังจาก “บท” (Expectation from the “script”) เป็นความคาดหวังที่เปรียบคล้ายบทละคร แต่ในสังคมจริง “บท” คือบรรทัดฐาน (Norms) ของสังคม ซึ่งจะกำหนดไว้กว้างๆ ว่าผู้ดำรงตำแหน่งหรือสถานภาพจะต้องทำอะไรอย่างไร เช่น ในสังคมไทยนั้นพ่อแม่จะต้องอบรมเลี้ยงดูลูก นักเรียนจะต้องเรียนหนังสือ เชื่อฟังครู ทหารต้องป้องกันประเทศพยาบาลต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เป็นต้น ความคาดหวังประเภท “บท” นี้จะกำหนดเอาไว้กว้างๆ บุคคลจึงอาจประพฤติปฏิบัติแตกต่างกันไปบ้างตามเหตุการณ์ สถานที่หรือความต้องการของบุคคลนั้น แต่จะต้องอยู่ภายในขอบเขตของบรรทัดฐานทางสังคม

2) ความคาดหวังจาก “ ผู้แสดงอื่น ” (Expectation from “ other player ”)

นักทฤษฎีบทบาทได้อธิบายว่านอกจากบทละครแล้วผู้แสดงจะต้องอาศัยเพื่อนผู้แสดงอื่นเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของตนด้วย ในสังคมมนุษย์ก็เช่นเดียวกัน มนุษย์คนอื่นในสังคมก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งเป็นทำนองเดียวกันกับความคิดเรื่องบุคคลสำคัญ (Significant others) และบุคคลอื่น (Generalized others) ของ มีดด์ Mead และเรื่อง Looking-glass self ของ คูลลี Cooley แต่ต่างกันที่มีดด์และคูลลีใช้อธิบายการเกิดของตัวตน (Self) ส่วนทฤษฎีบทบาทใช้อธิบายความสัมพันธ์ทางสังคมทั่วไป

3) ความคาดหวังจาก “ ผู้ชม ” (Expectation from the “Audience”) เป็น

ความคาดหวังจากผู้ชมละครโดยผู้แสดงจะต้องดูว่าผู้ชมชอบและไม่ชอบอย่างไรแล้วแสดงบทบาทตามความต้องการของผู้ชม เช่นเดียวกับสังคมมนุษย์ บุคคลก็จะต้องแสดงบทบาทตามกลุ่มอ้างอิง (Reference group) ตามความรู้สังคมวิทยาทั่วไปหรือความคิดของผู้อื่น (Generalized others) ของมีดด์

สรุปได้ว่า สังคมมนุษย์ตามแนวคิดของทฤษฎีบทบาทนั้นคือ องค์กรทางสังคมขนาดใหญ่ (Collective organization) ซึ่งประกอบด้วยโครงข่ายสถานภาพ (Status network) จำนวนมาก หรือมีโครงข่ายสถานภาพขนาดย่อมจำนวนมากเป็นองค์ประกอบ ส่วนการแสดงบทบาทตามสถานภาพของผู้ดำรงตำแหน่งเปรียบได้กับการแสดงละครตามบท (Script) ตามผู้แสดงอื่น (Generalized others) และตามผู้ชมละคร (Audiences) ทฤษฎีบทบาทจึงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของบุคคลกับสังคมมนุษย์

บุคคลตามทัศนะของทฤษฎีบทบาทคือ ผู้ที่ดำรงตำแหน่งหรือดำรงสถานภาพและแสดงบทบาทตามสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ นั่นคือ “สถานภาพ” เป็นกรอบแนวคิดที่มีโครงสร้างคงที่อยู่มิฉะนั้นบุคคลเข้าไปครอบครอง ตำแหน่งหรือสถานภาพนั้นจึงจะมีชีวิตชีวาขึ้น และส่วนที่เป็นพลวัตของสถานภาพนั้นคือ การแสดงบทบาท (Role performances) ซึ่งทฤษฎีบทบาทยังมองลึกลงไปอีกว่าบุคคลจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการในการแสดงบทบาทดังกล่าวคือ

1) ลักษณะเกี่ยวกับตัวตน (Self-related characteristics) ได้แก่ ลักษณะต่างๆ

ของบุคคลที่เขาคิดว่าเขามีลักษณะนั้นอยู่ (Self-conceptions) ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการประพฤติปฏิบัติตามตำแหน่งหรือสถานะที่ตนดำรงอยู่ ทั้งนี้เพราะความเชื่อว่าคุณลักษณะอย่างใดนั้นจะเป็นฐานข้อมูลให้บุคคลเลือกประเภทของความคาดหวังเพื่อเป็นแนวทางที่ตนจะประพฤติตามความคาดหวังนั้น

2) ความสามารถและทักษะในการแสดงบทบาท (Role playing skills and capacities) ความสามารถเป็นสิ่งที่บุคคลมีอยู่ในตัวมาตั้งแต่แรก ส่วนทักษะเป็นสิ่งที่ได้เกิดการเรียนรู้ในภายหลัง ซึ่งทั้งสองประการนี้มีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่ว่าบุคคลต้องมีความสามารถเป็นทุนอยู่ก่อนจึงจะเกิดการพัฒนาทักษะขึ้นได้ และความสามารถและทักษะนี้เองที่ทำให้บุคคลแสดงบทบาทได้

สรุปได้ว่าคุณลักษณะของบุคคล 2 ประการนี้มีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด เพราะการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-perceptions) จะเป็นตัวเลือกหรือตัดตัดสินใจว่าความคาดหวังประเภทใดเหมาะสมกับตน ในขณะที่ทักษะในการแสดงบทบาทจะเป็นตัวตัดสินใจเลือกภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างกัน และเมื่อบุคคลเลือกภาพลักษณ์อย่างหนึ่งอย่างใดได้แล้ว ภาพลักษณ์นั้นจะค่อยๆ กลายเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-conception) อันถาวรต่อไป และกระบวนการนี้เองที่เป็นตัวกำหนดระดับและรูปแบบของการยอมรับปฏิบัติตามความคาดหวังประเภทต่าง ๆ ของมนุษย์

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีบทบาทได้เสนอภาพกว้างๆ ของทั้งสังคมมนุษย์และบุคคลอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของสังคมมนุษย์ แต่ทั้งสองอย่างนี้ไม่ได้เชื่อมสนิทกันโดยอัตโนมัติ ต้องมีอะไรมาเชื่อมให้ทั้งสองอย่างนี้ติดกัน โดยนักทฤษฎีบทบาทได้ให้คำตอบว่า ตัวเชื่อมที่กล่าวนี้คือ “บทบาท” (Role) และได้แบ่งบทบาทออกไว้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1) บทบาทที่กำหนด (Prescribed Roles) บทบาทประเภทนี้มุ่งที่การปฏิบัติตามความคาดหวังของแต่ละสถานภาพ ตัวตนและทักษะในการแสดงบทบาทมีหน้าที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับความคาดหวังของสถานภาพนั้นๆ การวิเคราะห์บทบาทประเภทนี้เน้นที่ระดับการยอมรับปฏิบัติตามความคาดหวังของตำแหน่งที่บุคคลเข้าครอบครอง

2) บทบาทตามใจผู้แสดง (Subjective Roles) บทบาทประเภทนี้มุ่งไปยังจุดที่ว่าความคาดหวังต่าง ๆ จะต้องผ่านอัตราหรือตัวตนก่อน โดยขณะที่ผ่านอัตราหรือตัวตนนั้น ตัวตน ก็จะพิจารณาถ่วงถ่วงและปรับแต่งให้ความคาดหวังนั้นเหมาะสมกับตนเอง จุดสนใจของการวิเคราะห์บทบาทประเภทนี้จึงอยู่ที่แบบหรือสไตล์ของแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร

3) บทบาทที่เกิดขึ้นจริง (Enacted Roles) บทบาทประเภทนี้ คือ พฤติกรรมจริงของบุคคลหลังจากผ่านบทบาท 2 ประเภทข้างตนมาแล้ว หากจะดูพฤติกรรมเปิดเผยก็จะดูถึงความซับซ้อนหรือโครงข่ายเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เห็น ถ้าเพ่งไปที่บทบาทเปิดเผยจุดวิเคราะห์ก็จะมุ่งที่ตัวความคาดหวังหรือการตีความคาดหวังตามสถานภาพนั้น ๆ แต่

หากพิจารณาอย่างลึกซึ้งแล้วจะเห็นว่าบทบาททั้ง 3 ประเภทนี้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันมากกว่าที่จะอยู่อย่างเอกเทศ

สรุปได้ว่าทฤษฎีบทบาทเป็นทฤษฎีที่ช่วยให้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สังคมลักษณะระหว่างบุคคลกับสังคมมนุษย์กระจ่างชัดขึ้น โดยพุ่งเป้าไปที่การแสดงบทบาทของบุคคลในตำแหน่งหรือสถานภาพทางสังคม ตามกระบวนการแปลความคาดหวังต่าง ๆ จากสังคมมาผ่านการรับรู้และการเลือกที่จะแสดงบทบาทของตนออกมาในสถานภาพต่าง ๆ ที่ตนดำรงอยู่ในสังคม

2. การพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ความหมายของการพยาบาล

เมื่อพูดถึง “การพยาบาล” (Nursing) จะมีความหมายได้ใน 2 กรณี คือ ความหมายในกรณีที่เป็นวิชาชีพ (Profession) และความหมายในกรณีที่เป็นสาขาวิชา (Discipline) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543 : 1-4)

2.1.1 การพยาบาลในกรณีที่เป็นวิชาชีพ (Profession) การพยาบาลจะต้องประกอบด้วย การปฏิบัติ การศึกษา การวิจัยที่เฉพาะของการพยาบาลโดย

2.1.1.1 การปฏิบัติ เป็น ลักษณะบริการพยาบาลที่วิชาชีพการพยาบาลพึงมีต่อสังคม โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี

2.1.1.2 การศึกษา เป็น ลักษณะการจัดการศึกษาทางการพยาบาลเพื่อผลิตบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถทางการพยาบาลตามสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2.1.1.3 การวิจัย เป็น การศึกษาค้นคว้าทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

2.1.2 การพยาบาลในกรณีที่เป็นสาขาวิชา (Discipline) การพยาบาลจะต้องมี มโนทัศน์ (Concept) ทฤษฎี (Theory) และกรอบแนวคิด (Conceptual framework) ที่ทำให้องค์ความรู้ (Body of knowledge) ของสาขาวิชาการพยาบาลแตกต่างจากสาขาวิชาอื่นๆ โดยการพยาบาลมีองค์ความรู้ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

2.1.2.1 องค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของวิชาชีพ (Professional Foundation) เช่น ประวัติความเป็นมาของวิชาชีพ จริยศาสตร์ทางการพยาบาล การบริหารการพยาบาล เป็นต้น

2.1.2.2 องค์ความรู้ที่เป็นศาสตร์ทางการพยาบาล (Nursing Science) เช่น ศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ ศาสตร์ของการดูแลและศาสตร์ทางสุขภาพ เป็นต้น

การให้ความหมายของการพยาบาลจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์และสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งการให้ความหมายยังแบ่งได้เป็น 2 ระดับ แต่จะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ได้แก่ ระดับสากลและระดับประเทศ ซึ่งจะขอนำเสนอในระดับต่างๆ เฉพาะที่สำคัญพอสังเขปดังนี้

ความหมายของการพยาบาลในระดับสากล

“การพยาบาล” หมายถึง การส่งเสริมและบำรุงไว้ซึ่งสุขภาพของประชาชน การป้องกันโรค บำรุงรักษา ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทรมารต่างๆ (The International Council of Nurses, 1974)

“การพยาบาล” หมายถึง การดูแลรักษาเบื้องต้น (Primary Care) และการสนองตอบต่อความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม (The International Council of Nurses, 1977)

“การพยาบาล” เป็นบริการที่รวมการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บ ที่มีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ (Basic human needs) เพื่อช่วยให้เกิดสุขภาพดีและมีความสุขสบายทั้งกายและจิต มีที่อยู่อาศัยและได้อาหารเพียงพอ ช่วยปกป้องคนที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ทั้งเด็กหรือผู้ที่ไม่บรรลุนิติภาวะ คนพิการ และผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ การพยาบาลต้องทำงานร่วมกับสถาบันสังคมอื่นๆ เพื่อช่วยป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ โดยพยาบาลนั้นไม่เพียงแต่ดูแลปัจเจกบุคคลแต่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนโดยรวมด้วย (Harmer , 1922 : 3)

“การพยาบาล” คือ การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการประเมินและพัฒนาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ดีที่สุดภายใต้สภาวะแวดล้อมที่อาศัยและที่ทำงานของผู้ใช้บริการ ซึ่งการจะกระทำเช่นนี้ได้ พยาบาลจะต้องพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลในระหว่างเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ โดยคำนึงถึงแง่มุมต่างๆ ของชีวิตของบุคคลนั้นๆ ทั้งกาย จิต สังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความพิการและความตาย

“การพยาบาล” เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากความเจ็บปวด โดยจะต้องจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีที่สุด เพื่อธรรมชาติจะได้ช่วยให้กระบวนการฟื้นหายตามธรรมชาติของผู้ป่วยสามารถเป็นไปได้ดีและเร็วที่สุด (Florence Nightingale, 1859 :8)

“การพยาบาล” คือ การช่วยเหลือทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี หรือหายจากโรคหรือตายอย่างสงบ ซึ่งถ้าบุคคลมีความสามารถ มีความตั้งใจหรือมีความรู้ ก็จะสามารถประกอบกิจกรรมเหล่านั้นได้เองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือ ดังนั้นการพยาบาลจึงเป็นการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลได้กระทำเพื่อช่วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งบุคคลอื่นให้เร็วที่สุด (Henderson, 1966 :11)

“การพยาบาล” หมายถึง การกระทำเพื่อชดเชยให้กับผู้ที่ขาด โดยการสังเกตดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ที่บาดเจ็บ ผู้ที่พิการ หรือการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยให้กับผู้ที่ปกติ การนิเทศและสอนเจ้าหน้าที่อื่น การให้ยาและการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งไม่ใช่การวินิจฉัยและการรักษาโรคและการกระทำนั้นจะต้องประกอบด้วยการตัดสินใจ การมีทักษะเฉพาะที่ได้จากการนำความรู้ทางชีวภาพ กายภาพและสังคมมาปรับใช้ (American Nursing Association , 1962 : 7)

“การพยาบาล” เป็นบริการสังคมอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดยมีลักษณะเฉพาะคือการบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การพยาบาลจึงเป็นการช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพียงพอและเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างแทนบุคคล เมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวของเขาไม่สามารถกระทำเองได้ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคลนั้น (Orem, 1995 :64)

“การพยาบาล” เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ให้บริการ ซึ่งแต่ละฝ่ายต่างมีการประเมินซึ่งกันและกันโดยการสื่อสารติดต่อกัน เพื่อสำรวจและวางเป้าหมายและตกลงวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายร่วมกันในการดูแลสุขภาพ (King , 1981 : 157)

ความหมายของการพยาบาลในประเทศไทย

ความหมายของการพยาบาลที่ใช้ในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติ ได้แก่

“การพยาบาล” หมายถึง การกระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค (พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 8 , 2511 : 1)

“การพยาบาล” หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือดูแลเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักของวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ , 2528 : 2)

“การพยาบาล” หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 , 2540 : 2)

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการทางการพยาบาลได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2536 : 52-53) ได้กล่าวไว้ว่า “การพยาบาล” ในความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของคนโดยทั่วไปนั้น หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยปฏิบัติกิจกรรม เช่น ป้อนข้าว อาบน้ำ เช็ดตัว ทำความสะอาดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ช่วยเหลือเกี่ยวกับการขับถ่าย จัดที่นอนและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สบาย ปลอดภัย การให้ยา ฉีดยา ทำแผล ช่วยเหลือแพทย์ขณะให้การรักษาเฉพาะอย่าง เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งเป็นไปในด้านทักษะการใช้มือ (Manual skills/Psychomotor) แต่โดยแท้จริงแล้วการปฏิบัติการพยาบาลมีขอบเขตกว้างมาก นอกจากจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนคนหนึ่งๆ แล้ว ยังต้องรวมเอาสมาชิกของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการเข้ามาเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลด้วย ความมุ่งหวังที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้มีสุขภาพดี โดยความสนับสนุนช่วยเหลือของบุคคลแวดล้อม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทุกอย่างที่จะต้องส่งเสริมความมีสุขภาพดีด้วย ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการพยาบาลในสถานพยาบาลหรือในชุมชน นอกจากนี้ บริการพยาบาลจะครอบคลุม ตั้งแต่การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะบุคคล การจัดการ และการควบคุมการพยาบาลที่ให้แก่บุคคลจำนวนมากให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตลอดจนการบริหารบุคลากรทุกประเภท และการบริหารทรัพยากรอื่นๆ ทุกประเภท จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีภารกิจกว้างขวางจนหาขอบเขตได้ยาก สิ่งเหล่านี้คือ ความลำบาก ความยุ่งยาก และเป็นจุดบอดของการพัฒนาวิชาชีพ กล่าวคือไม่อาจอธิบายความหมายของ “การพยาบาล” ได้อย่างชัดเจน เป็นการยากที่จะแสดงหน้าที่เฉพาะของวิชาชีพพยาบาล ปัจจัยสนับสนุนอีกข้อหนึ่งคือ รูปแบบดั้งเดิมของวิชาชีพพยาบาลที่เน้นเป็น “ผู้ช่วยเหลือแพทย์” ทำให้สิ่งนี้ฝังลึกอยู่ในความรู้สึกของพยาบาลเองและของคนทั่วไป ในลักษณะที่ว่า “จะมีกิจกรรมการพยาบาลอะไรเกิดขึ้นไม่ได้โดยปราศจากคำสั่งการรักษา” ประกอบกับภารกิจ 24 ชั่วโมงของการพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องรับหน้าที่ทุกอย่างภายในสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นงานแม่บ้าน งานธุรการ จะเห็นได้ว่าสิ่งที่กล่าวมานี้สร้างความสับสนต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในรูปของวิชาชีพเป็นอันมาก

“การพยาบาล” เป็นกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลที่มุ่งให้บุคคลสามารถส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ปกติสุข (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541 : 16)

“การพยาบาล” หมายถึง การดูแลช่วยเหลือทางสุขภาพและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนในสังคมและชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนการพึ่งพาตนเองให้รู้จักตัดสินใจตลอดจนการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีแก่บุคคลของพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543 : 3)

2.2 ขอบเขตของบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

ดังได้กล่าวไว้แล้วว่า "บทบาท" เป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ในอาชีพของบุคคลในสังคม (Kelly,1981: 193-194; ศาคร ทองรัชช, 2528 : 216) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงหมายถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ในวิชาชีพพยาบาล ตามขอบเขตที่กำหนดไว้

2.2.1 ขอบเขตของบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพตามการกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข มี 8 ประการ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล , 2533 :117-119) คือ

- 1) การพยาบาล
- 2) การรักษา
- 3) การส่งเสริมสุขภาพ วางแผนและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในตำแหน่งหัวหน้าทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นได้
- 4) การป้องกันโรค จัดวางแผนและมอบหมายหน้าที่ให้ผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้
- 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้การควบคุมและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยงานที่รับผิดชอบได้
- 6) การบริหาร
- 7) การศึกษา
- 8) การสนับสนุนและการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพตามการกำหนดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

ในปี ค.ศ.1985 องค์การอนามัยโลกได้สรุปบทบาทของพยาบาลวิชาชีพไว้ 4 ด้าน (WHO,1985 : 3) ซึ่งบทบาททั้งสี่ด้านนี้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานด้านสาธารณสุข 4 ด้าน ที่ สินีนาฏ โกษาครุ (2534 : 231-247) ได้ระบุไว้ คือ

1) บทบาททางด้านบริหาร (Manager) เป็นบทบาทด้านการจัดการในหอผู้ป่วยหรือในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่อันประกอบด้วยกระบวนการบริหาร 6 ขั้นตอน (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม , 2534 : 46-47) ได้แก่

ขั้นที่ 1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment) ในการบริหารงานให้ได้ผลดีจะต้องมีข้อมูลที่เที่ยงตรง ทันสมัย และเพียงพอไว้ใช้ประกอบการตัดสินใจวางแผนหรือดำเนินการ ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงในการตัดสินใจและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงาน ฉะนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจว่า มีข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการบริหารงานพยาบาลประเภทใดบ้างแหล่งข้อมูลอยู่ที่ไหน จะเก็บข้อมูลนั้นมาได้อย่างไร และจะเก็บรักษาไว้ให้พร้อมเพื่อเรียกใช้งานได้ตลอดเวลาด้วยวิธีการอย่างไร

ขั้นที่ 2 การวางแผนงาน (Planning) การวางแผนจะช่วยลดอัตราเสี่ยงในการปฏิบัติงานให้เหลือน้อยที่สุด การวางแผนจะต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะใช้ในการวางแผนงานโดยคำนึงถึงนโยบายและวัตถุประสงค์ในการทำงานของหน่วยงาน งบประมาณ มาตรฐานในการปฏิบัติงานและวิธีการปฏิบัติงานเป็นสำคัญ

ขั้นที่ 3 การจัดระบบงาน (Organizing) เป็นการจัดระเบียบในการปฏิบัติงานโดยการทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันมารวมกัน เพื่อให้เกิดอำนาจในการบริหารงานและเป็นศูนย์กลางการให้งานทั้งหมดดำเนินไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกำหนดแผนภูมิการบริหารงาน สายการบังคับบัญชา การกำหนดงานหรือการพรรณนาลักษณะงาน การประเมินผลงาน และการสร้างระบบการปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 4 การจัดบุคลากร (Staffing) เป็นการสร้างระบบการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับงานและเวลา ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพในหน่วยงาน เพื่อใช้คนทั้งหมดให้เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามจะต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นสำคัญ รวมถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้วย การจัดบุคลากรเกี่ยวข้องกับการจำแนกผู้มารับบริการ การคำนวณหาความต้องการพยาบาล การสรรหา การคัดเลือก การปฐมนิเทศ การจัดตารางการปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การพัฒนาบุคลากร และการลดอัตราลาออกหรือการโยกย้ายเปลี่ยนงานใหม่

ขั้นที่ 5 การอำนวยการ (Leading) เป็นการวางระเบียบข้อบังคับการปกครองและการตัดสินใจโดยการใช้อำนาจต่างๆ ในการชี้แนะให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุความสำเร็จของหน่วยงาน เป็นการใช้อำนาจผู้นำในการวินิจฉัยสั่งการและจูงใจผู้ร่วมงาน มุ่งให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน การตัดสินใจและความรับผิดชอบต่าง ๆ ได้แก่ การใช้อำนาจ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลง และการจัดข้อขัดแย้ง

ขั้นที่ 6 การควบคุมงาน (Controlling) เป็นการใช่วิธีการต่าง ๆ ทางด้านการบริหารงานเพื่อให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ การควบคุมคุณภาพการพยาบาล การตรวจสอบประเมินผลการพยาบาล ระเบียบวินัย แรงงานสัมพันธ์และระบบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

2) บทบาททางด้านบริการ (Direct care provider) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม , 2534 : 56)

ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) โดยถือหลักว่าสุขภาพเป็นสมบัติประจำตัวของมนุษย์ และบุคคลในภาวะที่ช่วยตนเองได้จะสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ เป็นการบริการที่มุ่งให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งจำเป็นของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ

ด้านที่ 2 การป้องกันและการควบคุม (Prevention) หลักสำคัญคือ การสร้างภูมิคุ้มกันโรคและการควบคุมสิ่งแวดล้อมอันจะเป็นสาเหตุโดยตรงหรือสาเหตุโดยอ้อมที่ทำให้เกิดโรค การควบคุมการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดต่อและการปฏิบัติตนเมื่อเกิดโรค

ด้านที่ 3 การรักษาพยาบาล (Curative) เป็นการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดเจ็บป่วย ช่วยคัดกรองผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลขั้นต้น จัดคลินิกจัดระบบบริการ รวมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และป้องกันความพิการ ตลอดจนโรคแทรกซ้อน

ด้านที่ 4 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นบริการที่มีจุดมุ่งหวังให้ผู้ป่วยทุกรายฟื้นคืนสภาพเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมต่อไป ด้วยการได้รับการบริการการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการค้นหาปัญหาและประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผนกำหนดแนวทาง และวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการฟื้นคืนสภาพของร่างกาย ให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับเจ้าหน้าที่อื่น

3) บทบาททางด้านวิชาการ (Teacher or Educator) เกี่ยวกับการนำวิชาการมาใช้ในการพัฒนางาน พัฒนาหน่วยงาน และพัฒนาคนให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนเข้าร่วมในโครงการด้านการศึกษา หาความรู้ให้ตนเอง จัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ นักศึกษา ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงบุคคลอื่นที่เข้ารับการอบรมด้วย ให้การอบรมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ นักศึกษา และบุคคลอื่น ๆ อนึ่งการจัดฝึกอบรมใดๆ จะต้องมียุทธศาสตร์ต่อผู้เข้าอบรมและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน

4) บทบาทด้านวิจัย (Researcher) การวิจัยมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมาก ความรู้และวิทยาการใหม่ ๆ ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่ในการศึกษาและวิจัยโดยวางแผนโครงการและดำเนินการวิจัยด้วยตัวเอง หาข้อบกพร่องและนำมาแก้ไขปรับปรุงการทำงานให้เหมาะสม สนับสนุนการทำวิจัยของผู้อื่นโดยเป็นผู้กระตุ้นจูงใจ สนับสนุนทางด้านทรัพยากรอำนวยความสะดวก และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้ทำวิจัย รวมทั้งเป็นผู้นำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน

2.2.3 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพตามความเห็นของนักวิชาการ

มันดิงเกอร์ (Mundinger, 1980 : 20) ได้แยกบทบาททางวิชาชีพในอีกลักษณะหนึ่งซึ่งแบ่งออกเป็น 3 บทบาทใหญ่ ๆ คือ

1) บทบาทอิสระ (Independent Role) เป็นบทบาทการทำงานอย่างอิสระ (Autonomy practice) หมายถึง การที่พยาบาลสามารถกำหนดและจัดการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยการตัดสินใจของตนเองตามสภาพความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนโดยปราศจากการควบคุมหรือก้าวก่ายการตัดสินใจจากบุคคลอื่น ๆ อันประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความรับผิดชอบ (Accountability) หมายถึง ความรับผิดชอบของพยาบาล ที่จะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยให้หายจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ช่วยให้อาการต่าง ๆ นั้นทุเลาดีขึ้นด้วยการใช้ความรู้ทางทฤษฎีเป็นแนวทางให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาสุขภาพและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างได้ผลดีที่สุด ทั้งนี้สิ่งต่างๆ ที่พยาบาลปฏิบัติและให้ความช่วยเหลือนั้นต้องเป็นสิ่งที่พยาบาลกระทำด้วยความตระหนัก ระลึกถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลแล้วเป็นสิ่งสำคัญ มิได้กระทำเพียงเพราะทำตามคำสั่งแพทย์ที่ระบุไว้ในแผนการรักษาเท่านั้น (Mundinger , 1980 : 24)

ส่วนที่ 2 อำนาจในการตัดสินใจ (Authority) พยาบาลมีอำนาจอิสระทางวิชาชีพที่จะตัดสินใจกระทำการปฏิบัติพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้โดยอิสระตามหลักวิชาการพยาบาลโดยไม่ต้องมีคำสั่งของแพทย์ควบคุม (Kozier and Erb , 1979 : 12)

2) บทบาทที่พึ่งพิง (Dependent Role) เป็นบทบาทการทำงานที่ต้องขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการรักษา การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลจะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ความมีอิสระที่จะตัดสินใจกระทำการพยาบาลจึงต้องขึ้นกับแผนการรักษานั้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

3) บทบาทการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ (Collaborative Role) การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ หมายถึง การที่พยาบาลจัดการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความละเอียดรอบคอบตามขอบเขต หลักการทางวิชาชีพของพยาบาล การร่วมมือกับทีมสุขภาพในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นลักษณะการร่วมมือประสานการทำงานเท่าๆ กันทั้งสองฝ่าย ทั้งจุดประสงค์และการกระทำซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบร่วมที่เท่าเทียมกัน ทั้งนี้แต่ละฝ่ายต้องคิดเสมอว่าต่างฝ่ายต่างมีหลักการ แนวทางปฏิบัติของตนเอง เป็นผู้ดำเนินการทำงานเหมือนกัน และมีคุณค่า เท่าเทียมกัน (Mundinger,1980 :22)

นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2543 :12-16) ยังได้กล่าวถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลไว้ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ (Care provider) การดูแลเอาใจใส่และให้ความสุขสบายรวมไปถึงกิจกรรมการรักษาไว้ซึ่งเกียรติยศและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งบางคนอาจจะมีมองในบทบาทของการเป็นมารดา แต่การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลนั้นจะต้องอาศัยความรู้และความไวต่อความรู้สึกนึกคิดและปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการด้วย แม้ว่าบทบาทนี้จะให้ความหมายเฉพาะเจาะจงได้ค่อนข้างยากแต่เป้าหมายที่สำคัญของบทบาทนี้คือ การสื่อให้ผู้ป่วยหรือ ผู้ใช้บริการได้เข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญสำหรับเขา และเพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งพยาบาลกระทำได้โดยการแสดงให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเห็นถึงความห่วงใยในสวัสดิภาพของเขาและยอมรับเขาในฐานะบุคคล ไม่ใช่เป็นวัตถุสิ่งของ Benner และ Wrubel (1989 : 116) กล่าวว่าความเอื้ออาทรหรือการดูแลเอาใจใส่เป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ นั่นคือการปฏิบัติพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะต้องผนวกการดูแลเอาใจใส่เข้าไปด้วยเสมอ และการดูแลเอาใจใส่เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

2) เป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator and Helper) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยการติดต่อสื่อสารจะช่วยให้ในการสร้างความไว้วางใจและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ใช้บริการ พยาบาลกับเพื่อนร่วมงานและผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกิจกรรมทุกอย่างที่พยาบาลกระทำ

3) การเป็นผู้สอน (Teacher) การสอน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สอนช่วยเหลือให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ จุดเน้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับความรู้และทักษะใหม่ๆ กระบวนการสอนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การประเมิน การวางแผน การนำไปปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งเหมือนกับกระบวนการพยาบาลในระยะของการประเมินพยาบาลจะต้องหาความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ ระยะเวลาวางแผนจะต้องวางเป้าหมายการเรียนรู้และวิธีการสอน ระยะเวลาปฏิบัติเป็นการดำเนินการตามกลวิธีและระยะเวลาประเมินผลจะต้องวัดการเรียนรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ บทบาทของพยาบาลในการสอนสุขภาพมีความสำคัญเด่นชัดมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงมีมากขึ้น การส่งเสริมและปกป้องสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ นอกจากนั้น การดูแลรักษาตนเองและการพึ่งพาตนเองที่บ้าน ในชุมชน จะมีมากขึ้น เนื่องจากต้องประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการมีจำนวนเตียงในโรงพยาบาลที่จำกัด ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการที่ต้องอาศัยการดูแลรักษาตนเอง พึ่งพาตนเองในระยะยาว ประชาชนผู้ป่วยและ ครอบครัว ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพและวิธีการดูแลตนเองจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

4) การเป็นที่ปรึกษา (Counselor) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการให้ตระหนักถึงปัญหาและการเผชิญกับปัญหาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและส่งเสริมความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การให้คำปรึกษารวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจและสติปัญญา การให้คำปรึกษาของนักจิตบำบัดกับพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน คือ นักจิตบำบัดให้คำปรึกษาบุคคลที่มีปัญหาแล้ว แต่พยาบาลให้คำปรึกษากับคนที่สุขภาพดีที่อาจมีความยากลำบากในการปรับตัวตามปกติและพยาบาลเน้นการช่วยเหลือบุคคลพัฒนาความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ มากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสติปัญญา พยาบาลกระตุ้นผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการให้มองหาทางเลือกรู้จักเลือกพฤติกรรมที่มีผลดีกับสุขภาพ

และพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง ดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาอาจจะเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม และบ่อยครั้งที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม เช่น พยาบาลให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในเรื่อง การคุมกำเนิด การเลิกบุหรี่ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ และการเผชิญกับความตาย ในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มพยาบาลอาจใช้แหล่งประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือกันเองโดยการจัดกิจกรรมของกลุ่ม การสร้างบรรยากาศให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความเชื่อและประสบการณ์ซึ่งกันและกันช่วยให้กลุ่มทำงานได้ตามเป้าหมาย การให้คำปรึกษา ต้องใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารเชิงบำบัด พยาบาลต้องเป็นผู้นำที่มีทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และมีประสบการณ์ในการประเมินความก้าวหน้าในการสร้างสรรค์ของบุคคลและกลุ่ม พยาบาลจะต้องเป็นแบบอย่างในพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี ต้องมีความจริงใจในการช่วยเหลือคนอื่นและแสดงให้ผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการเห็นว่าพยาบาลสนใจและเอื้ออาทรในสวัสดิภาพของเขา พยาบาลผู้นำกลุ่มต้องมีจิตว่างเพื่อการรับข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษา เป็นผู้ที่ยืดหยุ่นมีอารมณ์ขันเพื่อสามารถติดต่อกับบุคคลที่มีประสบการณ์มาหลากหลาย ความสามารถที่จำเป็นของผู้นำ คือ การรู้จักตัวเองและเข้าใจตนเอง

5) การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ (Advocator) คำว่า Advocate หมายถึง การเป็นปากเป็นเสียงให้บุคคลอื่น ซึ่งในที่นี้คือ การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนั้นพยาบาลยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักติดต่อและเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพในสิทธิของตนเอง

6) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มที่ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงหรือช่วยเหลือให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเองหรือเปลี่ยนแปลงระบบ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ที่แยกแยะปัญหา ประเมินแรงจูงใจและความสามารถของ ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ กำหนดทางเลือกสำรวจผลลัพธ์ที่เป็นไปได้จากทางเลือกเหล่านั้น ประเมินแหล่งประโยชน์ กำหนดบทบาทการช่วยเหลือที่เหมาะสม สร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการช่วยเหลือ ตระหนักรู้ถึงระยะของการเปลี่ยนแปลง และชี้แนะผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการให้ผ่านระยะต่างๆ เหล่านี้ การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทสำคัญในการให้การบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการในการวางแผน ดำเนินการและคงไว้ซึ่งความเปลี่ยนแปลง ทั้งความรู้ ทักษะ ความรู้สึก และเจตคติที่จะส่งเสริม ปกป้องสุขภาพ ตลอดจนการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

7) การเป็นผู้นำ (Leader) บทบาทของการเป็นผู้นำสามารถนำไปใช้ในระดับต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนหรือสังคมที่ใหญ่ขึ้น ในระดับที่ใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ภาวะผู้นำทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งในกระบวนการนี้พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและหาแนวทางบรรลุเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิการ ภาวะผู้นำเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติเชิงวิชาชีพของพยาบาลและช่วยให้พยาบาลเจริญเติบโตในวิชาชีพ เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น ประสบการณ์ระหว่างบุคคล ภาวะผู้นำเป็นความพยายามที่จะชักจูงคนอื่น เป้าหมายของภาวะผู้นำแตกต่างกันในแต่ละระดับที่นำไปใช้และรวมถึงการปรับปรุงภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว การเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในหมู่พยาบาลที่ให้การดูแลและการปรับปรุงเจตคติและความคาดหวังของประชาชนต่อวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

8) การเป็นผู้จัดการ (Manager) ความหมายของการจัดการมักจะสัมพันธ์กับภาวะผู้นำ เนื่องจากในวารสารส่วนใหญ่ ภาวะผู้นำมักจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มในองค์กร การจัดการ คือ การวางแผน การให้ทิศทาง การพัฒนาดคน การติดตามตรวจสอบการให้ความดีความชอบ และเป็นตัวแทนบุคลากรหรือตัวแทนองค์กรเมื่อต้องการ การจัดการจึงเกิดขึ้นในองค์กรที่มีการมอบอำนาจให้ แต่ภาวะผู้นำไม่ต้องการมอบอำนาจอย่างเป็นทางการในองค์กร พยาบาลจัดการในการดูแลบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนั้นพยาบาลผู้จัดการยังมอบหมายกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างให้กับผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลคนอื่นๆ และทำหน้าที่นิเทศและประเมินการปฏิบัติงานของบุคคลเหล่านี้ การจัดการต้องการความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและพลวัตขององค์กร ความรู้เกี่ยวกับอำนาจและความรับผิดชอบ กระบวนการกลุ่ม ภาวะผู้นำ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง การปกป้องสิทธิ การมอบหมายงาน การนิเทศและประเมินผล

9) บทบาทด้านการวิจัย (Researcher) พยาบาลที่เป็นนักวิจัยมักจะจบการศึกษาในระดับปริญญาเอกหรือหลังปริญญาเอก เพราะการศึกษาในระดับนี้มุ่งผลิตนักวิชาการที่มีความรอบรู้และมีความสามารถในการวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยพยาบาลที่จบปริญญาโทมีประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์มาแล้ว สามารถทำวิจัยได้ในระดับหนึ่งที่เป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ถ้าปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกจะถูกคาดหวังให้ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้มีความรู้ความชำนาญ สามารถวิจัยหรือนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล

และถ้าการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งไปสู่การปฏิบัติโดยใช้ผลการวิจัย พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคนจะต้องทราบถึงกระบวนการและภาษาที่ใช้ในการวิจัย มีส่วนร่วมในการชี้ประเด็นปัญหาที่ต้องการการวิจัย รู้จักเลือกผลการวิจัยไปใช้และไวต่อประเด็นปัญหา การปกป้องสิทธิของผู้ถูกวิจัย พยาบาลทุกคนไม่จำเป็นต้องทำวิจัย แต่ทุกคนต้องอ่านและประเมินงานวิจัยได้อย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้สามารถใช้ผลการวิจัยประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบทบาทข้างต้น จะเห็นได้ว่าบุคคลจะปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขหรือมีประสิทธิภาพเพียงไรนั้น ขึ้นอยู่กับบทบาทที่ได้แสดงออกว่าสามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทที่สังคมหรือหน่วยงานต้องการให้ปฏิบัติได้ดีหรือไม่ หากบทบาทที่บุคคลได้ปฏิบัติจริงเป็นไปตามบทบาทที่บุคคลนั้นคาดหวังไว้ ปัญหาในการทำงานก็จะน้อยลง ในกลุ่มบุคลากรพยาบาลก็เช่นเดียวกัน มีบทบาทการทำงานที่ต้องปฏิบัติตามความต้องการของหน่วยงานและความคาดหวังของสังคม ในขณะที่พยาบาลเองก็มีความคาดหวังที่จะได้ปฏิบัติงานตามหลักทฤษฎีหลักการทางวิชาชีพที่ได้ศึกษา หากสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติจริงไม่เป็นไปตามบทบาทที่ตนคาดหวัง ย่อมเกิดปัญหาในการทำงานขึ้นได้ ดังนั้นการแสดงออกของบทบาทจึงเป็นสิ่งสำคัญและยังแสดงถึงความรู้ ความสามารถ ความพึงพอใจ และความรับผิดชอบของผู้แสดงบทบาทอีกด้วย การพยาบาลเป็นงานบริการเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีของมนุษย์จำเป็นที่จะต้องมีลักษณะเป็นบูรณาการในการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในทุกพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งมีทั้งบทบาทที่เป็นอิสระ (Independent Role) บทบาทพึ่งพิง (Dependent Role) และบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพ (Collaborative Role) แต่ในทางปฏิบัติจริงบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่จะมีลักษณะงานแบบแบ่งตามหน้าที่และพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น การพยาบาลในหอผู้ป่วยก็มุ่งนำการรักษาและให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากโรค ส่วนด้านการพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็ยังเป็นการให้วัคซีนป้องกันโรค การคุมกำเนิด การเยี่ยมหลังคลอด การให้การพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังโรคตามแผนงานเฉพาะที่ได้รับมอบหมาย มากกว่าการที่จะปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะที่เป็นการบูรณาการที่ ส่งเสริม และพัฒนาให้ผู้รับบริการและประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อพิจารณาการพยาบาลในภาพรวมทั้งหมดจะเห็นว่าความชัดเจนในการปฏิบัติอย่างบูรณาการ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพในลักษณะการให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และการแนะนำให้ความรู้ที่มุ่งสู่การให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเอง ยังไม่เกิดขึ้น เพราะการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันยังสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพเชิงรุกน้อยกว่าการพยาบาลแบบตั้งรับที่บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ทำการรักษาพยาบาลให้

และประชาชนเป็นฝ่ายรับบริการแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นทั้งในการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลในสถานรักษาพยาบาลทั่วไป ซึ่งแนวโน้มของระบบการสาธารณสุขในอนาคตนั้นได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงรุก ทั้งในด้านการเข้าถึงผู้มีสุขภาพดีก่อนที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

1. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลตนเองมีความสำคัญมากในเรื่องสุขภาพของประชาชนเนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ในสมัยโบราณเมื่อการแพทย์ยังไม่ได้พัฒนา ประชาชนจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพและแม้ในปัจจุบันที่ความรู้ทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าไปมากก็จริง แต่ก็ไม่สามารถสนองตอบและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมและทั่วถึง โดยเฉพาะการแพทย์ที่มุ่งเฉพาะรักษาโรคโดยปราศจากความเข้าใจในชนบทธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตของบุคคล ในส่วนของประชาชนจำเป็นต้องสอดแทรกการดูแลตนเองและดูแลสุขภาพในครอบครัวเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะสุขภาพที่ดีเริ่มต้นที่บ้านหรือในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน ในโรงเรียนและในชุมชน (Mahler, 1979 อ้างถึงใน Levin, 1981 : 48)

จากเหตุผลและข้อมูลต่างๆ ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของประชาชนและการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ จึงเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนโดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในเรื่องสุขภาพ ที่จะต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจในวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้ลึกซึ้งด้วย จึงจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมได้

1.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชนโดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (อุทัย สูดสุข, 2535 : 8)

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองว่าเป็น กระบวนการตัดสินใจในการดำเนินการด้วยตนเองบนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการรักษาหรือหลังการบริการรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเองนั้น จะรวมถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน (นิรันดร์ อิมามี่, 2534 : 3)

วิกเกอร์ (Vickery, 1986 : 37) ให้ความหมายของ “การดูแลตนเอง” ว่าเป็นการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยเล็กน้อย ความเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกิจกรรมที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ”

สวอน เลวิน (Levin, 1976 : 206) นักเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า “เป็นกระบวนการที่สามัญชนทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยความผิดปกติ และการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน” นอกจากนั้นเลวินมองเห็นว่า การดูแลตนเองมักเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้และถ่ายทอดทางสังคมนับตั้งแต่การสังเกตตนเอง การเรียนรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาตลอดจนประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ประชาชนส่วนใหญ่ของทุกสังคมกระทำกันอยู่แล้ว

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งนี้ครอบคลุมทั้งในเรื่องการทำนุบำรุงสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการวินิจฉัยโรคและการรักษาตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527 : 23)

การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง คือ กระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่ด้วยตัวของตัวเองในกิจการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และการรักษาโรคในระดับทรัพยากรสาธารณสุขพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2534 : 42)

ดังนั้น ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขทั้งในยามปกติภายหลังการเจ็บป่วยและ หรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

ส่วนนักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้คำนิยามของคำว่า “การพึ่งตนเอง” (Self - help or Self-reliance) ไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

การพึ่งตนเองในความหมายเชิงปัจเจกบุคคล หมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยปัจเจกบุคคลและครัวเรือนเพื่อบรรลุถึงการมีหลักประกันของการดำรงชีวิตของเขา

การพึ่งตนเองในความหมายเชิงกลุ่ม หมายถึง กลุ่ม สังคม ที่มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเองด้วยวิธีช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ , 2530 : 24)

การพึ่งตนเองในความหมายเชิงกลุ่ม หมายถึง กลุ่ม สังคม ที่มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถนำมาใช้เลี้ยงตนเองได้ โดยต้องรู้จักตัวตนของตนเอง รู้จักแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้จักพัฒนาสิ่งที่ตนมีอยู่ให้เป็นประโยชน์ให้ดียิ่งขึ้นและเพิ่มขีดความสามารถทางเทคโนโลยีแก่ตนเอง (เย็นใจ เลขาหวนิช, 2529 : 7)

การพึ่งตนเอง หมายถึง ความเข้มแข็ง ความยั่งยืน ความเป็นอิสระในการที่จะกระทำการใดๆ การมีภูมิคุ้มกันสำหรับตนเองและต้องเป็นการพึ่งตนเองด้วยการคำนึงถึงพื้นฐานของตนเอง พื้นฐานทางสังคม (ประเวศ วัชชี, 2530 : 3)

การพึ่งตนเอง หมายถึง ภาวะที่บุคคลในชุมชนสามารถใช้ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในชุมชนนั่นเองเป็นหลักในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อประโยชน์สุขร่วมกันของบุคคลในชุมชนโดยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของสังคมภายนอกน้อยที่สุด (โอวาท สุทธนารักษ์, 2531 : 9)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (2536 : 11-12) ได้ให้ความหมายการพึ่งตนเองไว้ตามลักษณะของกลุ่มบุคคลดังต่อไปนี้

การพึ่งตนเองระดับชุมชน หมายถึง ชุมชนมีความสมดุลย์ตามองค์ประกอบการพึ่งตนเอง ด้านเทคโนโลยี ด้านเศรษฐกิจ ด้านทรัพยากรธรรมชาติ ด้านคน ด้านจิตใจและสังคม วัฒนธรรมที่เรียกย่อๆ ว่า TERMS โดยมีกระบวนการสร้างขีดความสามารถในการพึ่งตนเอง 3 กระบวนการ คือ กระบวนการสร้างความสมดุล กระบวนการสร้างความสามารถ และกระบวนการสร้างเครือข่าย

การพึ่งตนเองระดับบุคคล หมายถึง การที่บุคคลมีคุณลักษณะพื้นฐานทางอาชีพ 4 ประการ คือ มีความรู้ ความสามารถในการทำงาน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีการปฏิบัติงานอาชีพและมีการปรับปรุงงานอยู่เสมอ

การพึ่งตนเองตามหลักพุทธธรรม หมายถึง การมีพื้นฐานจิตใจที่มั่นคงอยู่ในธรรม ณ ที่ตนเอง ซึ่งบนสมมุติฐานนี้ หากมองในมุมกลับกันจะเห็นได้ว่า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ไม่ยอมให้ตนเองตกไปอยู่ภายใต้อิทธิพลอำนาจของวิชาที่อยู่ภายนอกตน (ระพี สาคริก, 2530 : 6)

การพึ่งตนเอง หมายถึง การมีวิถีชีวิตแบบพื้น ๆ สอดคล้องกับธรรมชาติและมีเป้าหมายที่ทำให้สังคมมีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีความสงบร่มเย็น มีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แม้ความเจริญทางเศรษฐกิจมีน้อย แต่ทั้งปัจเจกบุคคลและสังคมมีศักยภาพของตนเองในเกือบทุกกรณี (อุทัย ดุลยเกษม, 2530 : 38)

การพึ่งตนเองของชุมชน หมายถึง ลักษณะโครงสร้างหรือระบบของสังคมที่ความเป็นตัวของตัวเองสามารถยืนอยู่บนขาของตนได้อย่างมั่นคงทั้งทางด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดการแก้ปัญหาและการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือทุกๆ เรื่อง โดยปราศจากการครอบงำของผู้อื่น (วิวัฒน์ชัย อุตถากร, 2530 : 11)

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2529 : 2) การพึ่งตนเอง หมายถึง ความสามารถที่เป็นตัวของตัวเองในทางความคิด โดยมีทัศนคติการมองปัญหาต่าง ๆ การตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นการพึ่งตนเองที่ไม่นำไปสู่การพึ่งพาแบบครอบงำ แต่เป็นการพึ่งพาอาศัยกันอย่างรู้เท่าทัน

สรุปได้ว่า การพึ่งพาตนเองมีความหมายได้หลายอย่างขึ้นอยู่กับจะมุ่งให้เป็นการพึ่งตนเองในกลุ่มบุคคล ชุมชน สังคมหรือประเทศ แต่ส่วนที่เป็นจุดร่วมกันของความหมาย คำว่า "พึ่งตนเอง" ก็คือ ความสามารถในการดำรงไว้ซึ่งการประกอบกิจหรือดำเนินการในเรื่องใดๆ ได้ด้วยตนเอง จนตลอดกระบวนการนั้นๆ อย่างมั่นคงและยั่งยืน

3.2 ระดับของการพึ่งตนเองทางสุขภาพของประชาชน

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2539 : 39-40) ได้แบ่ง การพึ่งตนเองทางสุขภาพของประชาชน ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับชุมชน (Community Self-Care) มีประเด็นที่ต้องพิจารณาได้แก่

ประเด็นที่ 1 ชุมชนมีทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนเอง เช่น มีองค์กรที่อาจจัดในรูปกรรมการต่าง ๆ มีเงินทุนหรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการพัฒนาและให้บริการหรือจัดสวัสดิการทางสุขภาพแก่คนในชุมชน รวมทั้งมีกำลังคน เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้ในการพัฒนา

ประเด็นที่ 2 ชุมชนมีการจัดบริการสาธารณสุขในระดับที่สามารถดำเนิน

การได้ด้วยตนเอง เช่น การจัดให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อบริการทางสุขภาพ ศูนย์กลางในการทำงานของชุมชน ตลอดจนเป็นแหล่งในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ เช่น ชุมชนมีบริการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทย สมุนไพร การนวดไทย เป็นต้น หรือมีการจัดกิจกรรมในองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นปัญหาของชุมชน ตลอดจนสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถในการให้บริการของชุมชน ไปรับบริการยังสถานบริการอื่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

ประเด็นที่ 3 ชุมชนมีการเสริมสร้างความรู้และทักษะเรื่องสุขภาพและการพัฒนา โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ด้วยการจัดให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพหรือมีการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว สื่อบุคคล (อสม.หรือผู้มีความรู้และประสบการณ์) หรือจากสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ นอกจากนี้จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันภายในชุมชนแล้วยังแสวงหาความรู้ในการพัฒนาสุขภาพจากนอกชุมชน เช่น การจัดการศึกษาดูงานหรือการส่งคนในชุมชนเข้าร่วมการอบรมและแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านต่าง ๆ

2) ระดับครอบครัว (Family Self-Care) ด้วยการชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัว การรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพ ตลอดจนความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3) ระดับบุคคล (Individual Self-Care) ต้องสามารถมองภาพความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของปัจเจกบุคคลว่าถูกต้องเหมาะสมเพียงไร ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวต้องวัดในเรื่องความรู้ ความสามารถ และทักษะ ตลอดจนระบุนถึงพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชน

3.3 แนวทางการลดการพึ่งพาทางสุขภาพ

เมื่อแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานกลายเป็นกลไกในการพัฒนาสุขภาพของคนไทยและการแก้ปัญหาการบริหารสาธารณสุขของประเทศ จึงทำให้การดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้รับความสนใจมากขึ้น โดยใช้เป็นมาตรการเสริมการพัฒนาสาธารณสุขตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญอันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพอนามัยในระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งนำไปสู่การเชื่อมต่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเป็นช่องทางที่สำคัญในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขของประชาชนและชุมชน ทั้งยังส่งผลให้การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐเกิดความเหมาะสมและเอื้อต่อการสนองตอบปัญหาความจำเป็นของปัจเจกบุคคลและชุมชนอีกส่วนหนึ่ง (อุทัย สูดสุข, 2535 : 8)

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2534 : 28-30) กล่าวว่ากลวิธีเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึงจะเสริมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและเร่งพลังเดินสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเรื่องการดูแลตนเองในระดับปฐมภูมิ (Primary Self-Care) อีกทั้งยังเน้นหนักพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลในบริบทของครอบครัวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม การแนะนำของกลุ่มผู้ใกล้ชิดชุมชนและระบบสังคมระดับที่สูงขึ้น ส่วนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยบุคคลและครอบครัวในบริบท โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมแบบเดิมนั้น จะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องเหมาะสมได้โดยผู้ที่อยู่ในวิชาชีพสาธารณสุขต้องร่วมมือกับประชาชนและให้ความช่วยเหลือโดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองที่ดีอยู่แล้วพร้อมกับแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ ซึ่งในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนนั้น เทคโนโลยีที่นำมาเพื่อใช้งานจะต้องให้บุคคลและครอบครัวปฏิบัติได้เองและควรพัฒนากลวิธีดำเนินงานเพื่อการนี้ขึ้น นอกจากนั้นสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรยังอาจริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการที่มุ่งให้ความรู้และ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ดังเช่นที่มีโครงการทำนองนี้มากมายในสหรัฐอเมริกา ซึ่งในที่นี้จะเรียกว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเองขั้นทุติย (Secondary Self-Care) โดยทั่วไป โครงการ เช่นนี้มักดำเนินการที่ระดับสถานบริการหรือโรงพยาบาล กลุ่มประชากรเป้าหมายจึงมักเป็น คนป่วยและญาติพี่น้อง ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่จะมาที่โรงพยาบาล โครงการดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยในระดับสถานบริการส่วนมากมักมีเจตนาให้เสริมสร้างการรักษาและบริการโดยบุคลากรวิชาชีพ อย่างไรก็ตามในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองระดับทุติยที่สถานบริการสาธารณสุข แม้จะมีศักยภาพสูงในการพัฒนา แต่ความเป็นจริงในอนาคตของเรื่องนี้ยังต้องขึ้นอยู่กับพลังวิชาชีพซึ่งจะยอมรับการปฏิบัติในจุดนี้ได้กว้างขวางเพียงใดโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง หากสามารถแสดงให้เห็นอย่างแจ่มชัดว่า โครงการดูแลสุขภาพตนเองสามารถส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการรักษา ย่อมทำให้ นักวิชาชีพเกิดความสนใจและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

แนวความคิดในการปลดปล่อยการพึ่งพาให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้น บทบาทของบุคคลหรือองค์กรภายนอกที่มีต่อกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองในหมู่ประชากรคือ บุคคลหรือองค์กรภายนอกต้องทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้น (catalyst) ที่สำคัญในการช่วยจัดองค์กร การรวมกลุ่ม และการริเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ ซึ่งจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้จริงตามสภาวะที่เอื้ออำนวยให้โดยที่ผลประโยชน์จะต้องตกอยู่กับประชาชนมากที่สุด ทางเลือกที่หลากหลายนี้ได้แก่

- 1) ประชาชนจะต้องมีกลุ่มที่เป็นอิสระจากสถาบันภายนอกชุมชนและ

สามารถตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการขององค์การภายนอกชุมชนอย่างมีเหตุผล เช่น ด้านการฝึกอบรมเชิงวิชาการ การจัดหาข่าวสารข้อมูล เป็นต้น

2) ประชาชนและกลุ่มของตนจะต้องตัดสินใจเองว่ารูปแบบการจัดองค์กรแบบใดจะเป็นประโยชน์แก่พวกเขามากที่สุด

ทั้งนี้ การพึ่งตนเองอย่างแท้จริงต้องกินความรวมถึงว่า กลุ่มชนนั้นมีอิสระในการตั้งเป้าหมายและมีอิสระในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย โดยอาศัยความพยายามและกำลังของตนเอง (กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2530 : 21)

การพึ่งตนเองของบุคคลและสังคมไม่ใช่การปิดตัวเอง ตัดขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคมภายนอกอื่น ๆ แต่เป็นการเปิดสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือสังคมอื่น แต่บนพื้นฐานของมิติใหม่แห่งความสัมพันธ์คือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (วิวัฒน์ชัย อัครถาวร, 2530 : 8)

3.4 ลักษณะสำคัญของการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง (สุพรรณิ ไชยอำพร, 2530 : 37-53)
สรุปได้ดังนี้

- 1) สามารถกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจของตนเองได้
- 2) ยืนอยู่บนความสามารถของตนเองได้
- 3) สามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ได้
- 4) มีความสามารถที่จะพึ่งตนเอง

สรุปได้ว่า การจะทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้นั้น มนุษย์จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนหรือพัฒนา เพราะมนุษย์ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยการอาศัยสัญชาตญาณ ส่วนการพึ่งพาตนเองนั้นมีได้หมายถึง การตัดการพึ่งพาออกไปจากการดำเนินชีวิต แต่เป็นการกระทำที่อยู่บนพื้นฐานศักยภาพของตนเองเป็นสำคัญ อาจมีการพึ่งพาคู่คนอื่นบ้างเท่าที่จำเป็นและต้องเป็นการพึ่งพาอาศัยกันโดยปราศจากการครอบงำของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ประชาชนหรือชุมชนจะมีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองและส่วนรวมมากที่สุด

3.5 รูปแบบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2534 : 28-30) ได้จำแนกรูปแบบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไป เพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่กระทำไปล่วงหน้าก่อนการแสวงหาบริการวิชาชีพ ประเภทนี้กินความรวมถึงบริการรักษาแบบสามัญชนมากมายหลายชนิดที่บุคคล ครอบครัว เครือข่ายสังคม (Social Network) ตลอดจนชุมชนเป็นผู้จัดหาขึ้น ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบนี้ ได้แก่

1) ปฏิกริยาตอบสนองแบบ “ไม่รักษา” (No Action) หรือ “รอดูอาการ” (Wait and See) อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของการประเมินอาการโดยสามัญชน

2) การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (Non medication Self-treatment) พฤติกรรมอาจปรากฏในรูปการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานน้อยลง การรับอากาศบริสุทธิ์ การรับประทานอาหารพิเศษ และกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ต่าง ๆ

3) การใช้ยารักษาตนเอง (Self-medication) เป็นรูปแบบพฤติกรรมการรักษาโดยสามัญชนที่สังเกตพบได้ง่ายที่สุด ยาที่ใช้ไม่ได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้นแต่รวมถึงยาพื้นบ้านและยาสมุนไพรต่าง ๆ ด้วย

กลุ่มที่ 2 กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในขบวนการรักษาเพิ่มเติมจากบริการที่จัดให้โดยนักวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพตนเองในการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ เป็นต้น กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองประเภทนี้ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับจากวิชาชีพแพทย์มากที่สุด

กลุ่มที่ 3 การดูแลสุขภาพของตนเองที่ทำได้โดยมีเจตนาดัดแปลง ปรับแก้บริการหรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ นับเป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความล้าหน้าของมิติพฤติกรรมมากที่สุด อันอาจเห็นได้ในกรณีคนไข้ซึ่งเป็นฝ่ายกระทำ (Activated Patients) เมื่อเผชิญกับบริการรักษาหรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยเชื่อว่าไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยสามารถหันไปหาทางเลือกการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เขาอาจพยายามอธิบายเพื่อชี้ให้เห็นถึงบริการเห็นถึงความบกพร่องนั้นๆหรือกระทั่งเสนอแนะถึงมาตรการการรักษาที่เขาเห็นว่าจะได้ผลมากกว่า ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจดัดแปลงการรักษาเสียเองให้สอดคล้องกับความเชื่อของเขา (เช่น เปลี่ยนเวลาและจำนวนของยาที่แพทย์สั่งให้รับประทาน) เลิกการรักษา หรือใช้การรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (ซึ่งเรียกว่า การรักษาหลายวิธี หรือ Multiple treatment actions)

ดังนั้น การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จึงเป็นเรื่องของการจัดการทั้งหมดของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในเรื่องสุขภาพ การจัดการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการพัฒนาที่เป็นองค์รวม (Holistic Approach) เนื่องด้วยระบบการสาธารณสุขนั้นเป็นเพียงระบบย่อยหนึ่งที่อยู่

ร่วมกับอีกหลายระบบ ภายใต้ระบบเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมที่ใหญ่กว่า ดังนั้น การพัฒนาในเรื่องสุขภาพและการพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพนั้นจึงมีหลายมิติ แต่พื้นฐานที่สำคัญที่สุดจะเริ่มต้นด้วยการดูแลสุขภาพตนเองที่มีแง่มุมทั้งด้านการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมในเรื่องการทำนุบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคและการรักษาตนเองตามวิถีชีวิต ก่อนที่จะขยายไปสู่การพัฒนาการพึ่งตนเองด้านการจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และสังคม ควบคู่ไปกับการจัดการเรื่องสุขภาพ ตลอดจนมุ่งในแง่ของการปรับปรุงสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การเตรียมการเพื่อสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ อันหมายรวมถึงการจัดสวัสดิการของสังคม ชุมชน ในเรื่องสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

นักวิชาการในแต่ละวิชาชีพมีทัศนะของการดูแลแตกต่างกันไปตามเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1) การดูแลตนเองตามทัศนะทางการแพทย์การดูแลตนเองทางการแพทย์เป็นทัศนะที่เชื่อว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยเฉพาะแพทย์เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและมีอำนาจเหนือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ดังนั้นการให้ความหมายของการดูแลตนเองจึงมักจะเน้นการมอบหมายความรับผิดชอบเบื้องต้นให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามแผนการรักษาตั้งแต่การรู้จักประเมินตนเองการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การรักษาตนเองเพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นจากโรงพยาบาลลง มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Gantz, 1990 : 94)

2) การดูแลตนเองตามทัศนะขององค์การอนามัยโลก (WHO , 1998 : 15) องค์การอนามัยโลกมองเป้าหมายของการดูแลตนเองเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตและแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะคือ

ลักษณะที่ 1 การดูแลตนเองที่เป็นลบ เป็นการดูแลตนเองที่อาจจะทำให้เกิดอันตราย เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่มีตุ่มพุพองตามผิวหนัง เฝ้าเทียนไขแล้วหยดลงบนตุ่มเพื่อแก้อาการคัน

ลักษณะที่ 2 การดูแลตนเองที่เป็นกลาง คือ ไม่ให้โทษและไม่ให้ประโยชน์
ลักษณะที่ 3 การดูแลตนเองที่เป็นบวก คือ เป็นการดูแลที่ให้ผลดีในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลตนเองในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO/SEARO, 1989) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองที่เป็นบวกว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ทำการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น

3) การดูแลตนเองในทัศนะทางการสาธารณสุข (Public Health)การสาธารณสุขเชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมของสังคมหรือชุมชนมากกว่ากิจกรรมส่วนบุคคล ได้แก่

กิจกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคคลสามารถอาศัยและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัย และการจัดบริการเพื่อปกป้องสุขภาพของบุคคลและกลุ่ม เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว เป็นต้น การดูแลตนเองในทัศนะนี้จึงมุ่งเน้นนโยบายทางสังคมและเป็นสิ่งที่จะช่วยเสริมระบบการรักษาทางการแพทย์โดยเฉพาะการควบคุมงบประมาณที่จะต้องสูญเสียไปในการบริการสุขภาพโดยไม่จำเป็น (Gantz, 1990 : 94)

4) การดูแลตนเองในทัศนะทางจิตวิทยา นักจิตวิทยาสนใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติของบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงถูกศึกษาในลักษณะของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความเชื่อ การให้คุณค่าในด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นต้น การดูแลตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันและมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการฟื้นจากความเจ็บป่วย การเผชิญกับอาการต่าง ๆ ตลอดจนการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพของชีวิต (Gantz, 1990 : 94)

5) การดูแลตนเองตามทัศนะของนักสังคมวิทยาและนักมนุษยวิทยา นักสังคมและนักมนุษยวิทยาพยายามผลักดันการดูแลตนเองของประชาชนให้เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และมีความเท่าเทียมกับการดูแลรักษาโดยนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเล็งเห็นว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับสังคม จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ที่จะต้องดูแลจัดการด้วยตนเองตามที่ได้เรียนรู้จากสังคม วัฒนธรรม ประเพณีที่บุคคลเหล่านั้นได้อาศัยอยู่ นอกจากนั้นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไม่ทั่วถึงและมีราคาแพงประชาชนในชนบทที่ห่างไกลยังเข้าไม่ถึงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่ประชาชนต้องดูแลตนเองและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมและรับผิดชอบตนเองและพึ่งพาระบบการแพทย์ให้น้อยลง และการดูแลตนเองในทัศนะนี้มิได้จำกัดอยู่เฉพาะกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเดียวแต่ครอบคลุมบริการที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น และกิจกรรมการดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2533 : 78)

6) การดูแลตนเองตามทัศนะทางการแพทย์ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540 : 45) การดูแลตนเองตามทัศนะทางการแพทย์นั้นเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคล ครอบครัวและชุมชนกระทำเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรก การเฝ้าระวังรักษาตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตลอดจนการจัดการดูแลตนเองในระยะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการดูแลตนเองในทางการแพทย์นั้น เน้นที่

ความสามารถของบุคคลในการแสวงหาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ของชีวิตและการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องรวมกลยุทธ์ วิธีการและกิจกรรมในการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้เรียนรู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไรและเมื่อใดควรแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าผลที่ได้คือประชาชนเรียนรู้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงช่วยลดค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามแม้เมื่อไปพบเจ้าหน้าที่สุขภาพประชาชนยังมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ทักษะของการดูแลตนเองที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นทักษะของนักวิชาการและนักวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจการดูแลตนเองตามทักษะของประชาชนด้วยจึงจะสามารถส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีได้

7) การดูแลตนเองตามทักษะของประชาชนบางกลุ่มในคนไทยสำหรับประเทศไทย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ , 2540 : 46-47)

ทักษะที่ 1 การดูแลตนเองตามทักษะของผู้ป่วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้พบว่าทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งให้ความหมายของการดูแลตนเองเป็นทั้งพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป้าหมายที่ต้องการว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการบำรุงส่งเสริมสุขภาพและวินิจฉัยอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือคุกคามจากโรคตลอดจนดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มีความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้มีชีวิตรยาวนาน และดำรงอยู่อย่างปกติสุข เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตระหนักดีว่าโรคนี้อาจไม่มีทางรักษาและลักษณะของโรคยังเป็นที่ยังเกี่ยวของสังคม การดูแลตนเองในทักษะของเขาจึงเป็นกิจกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายของการยืดชีวิตและอยู่ในสังคมได้ตามปกติเช่นเดียวกับบุคคลอื่นๆ สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองของเขาประกอบด้วย

1) การทำใจ เป็นกระบวนการปรับสภาวะทางจิตอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด โดยการสร้างขวัญและกำลังใจ ไขว่คว้าหาสิ่งยึดเหนี่ยว โดยใช้วิธีการคือ การปลง การคิดว่าเป็นการชดใช้กรรม การต่ออายุ การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือและการสร้างความหวัง

2) การปกปิดซ่อนเร้น เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เป็นโรคที่ประทับตราบาปให้กับผู้ป่วยว่าเป็นคนไม่ดี ติดยาเสพติด สำนอนทางเพศ ผู้ป่วยจึงพยายามปิดบัง ครอบครัว เพื่อน และญาติมิตร โดยการไม่เปิดเผย โทกกว่าเป็นโรคอื่น แยกตัว ซ่อนยา ปกปิดอาการ แต่จะเปิดเผยกับคนที่ไว้ใจและคิดว่าช่วยตนได้

3) การผสมผสานการรักษา ทั้งจากการแพทย์ในระบบวิชาชีพ และการแพทย์พื้นบ้านด้วยการบำรุงส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยการปรับปรุงเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการแพร่เชื้อ ตลอดจนการบำบัดรักษาอาการ

ทัศนคติ 2 ทัศนคติการดูแลตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นั้นจากงานวิจัยเชิงคุณภาพโดย วรณภา ศรีรัญญารัตน์ (2540 : 34-43) ในผู้ป่วยเบาหวาน และออร์สา พันธุ์ภักดี (2541 : 9-14) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมและชะลอความก้าวหน้าของโรคนั้น พบว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการของการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ขั้นตอนต่างๆวนเวียนจากจุดเริ่มต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและอยู่กับโรคได้อย่างปกติ นั้น ต้องเรียนรู้ทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก ประเมินผลและปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสม กระบวนการ ดูแลตนเองนี้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ใช้เวลา แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งต้องเสียสละอุทิศตนเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย เลิกงดเว้น สารเสพติด หันเข้าหาวัดและเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งทางด้านสังคม ด้านการงาน อาชีพ และด้านชีวิต ครอบครัว อย่างไรก็ตามเชื่อว่าการคงความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ รอบด้านโดยเฉพาะภาวะสุขภาพ เมื่อภาวะสุขภาพเสื่อมลงย่อมกระทบต่อความสามารถที่จะดูแลตนเองในขณะที่ความต้องการการดูแลจะเพิ่มมากขึ้น

ทัศนคติ 3 ทัศนคติการดูแลตนเองในคนปกติ นั้น ชนิษฐา นาคะ (2542 : 88) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุของชนบทภาคใต้ พบว่ากลุ่มนี้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเองว่าเกี่ยวข้องกับร่างกายหรือสุขภาพและมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลด้วยตนเอง และการดูแลตนเองสอดแทรกอยู่ในวิถีดำเนินชีวิต สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพดี ได้แก่ การตรวจเช็คร่างกาย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อนและการปรับแต่งจิต ส่วนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่บ้าน การรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน การใช้ยาสมุนไพร การรักษาทางไสยศาสตร์ และการทำใจยอมรับ

จะเห็นว่า การดูแลตนเองตามทัศนคติของประชาชนมีเป้าหมายเช่นเดียวกับเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ การมีสุขภาพดี การมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพและประชาชนเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ซึ่งนับเป็นการพัฒนา

ทรัพยากรมนุษย์ที่ยั่งยืนอย่างหนึ่งนอกเหนือจากการให้การศึกษาที่ดี และยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของทั้งประชาชนเองและของประเทศชาติโดยส่วนรวม

3.6 พื้นฐานความเชื่อของการดูแลตนเอง

ลิปสันและสไตเกอร์ (Lipson & Steiger, 1996) เชื่อว่าการดูแลตนเองตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ ดังต่อไปนี้

1) ในที่สุดประชาชนจะต้องรับผิดชอบสุขภาพตนเองเพราะปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของบุคคลในการดำเนินชีวิต แม้ว่ามียุติภัยหลายอย่างที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลอยู่นอกเหนืออำนาจที่บุคคลจะควบคุมได้ แต่ปัจจัยบางอย่างบุคคลสามารถที่จะเลือกกระทำได้ เช่น การละเว้นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หลีกเลี่ยงสารเสพติด การรู้จักเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับจิต เป็นต้น และต้องไม่ลืมว่าการสร้างครอบครัวที่อบอุ่นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพจึงต้องรับผิดชอบในการให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนได้

2) ประชาชนมีสิทธิและมีความสามารถที่จะเลือกทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเอง เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องเข้าใจและสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมดแม้ว่าการกระทำบางอย่างเจ้าหน้าที่สุขภาพจะไม่เห็นด้วย เช่น การสูบบุหรี่ แต่ถ้าให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษและผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตรวมทั้งวิธีการเลิกแล้วบุคคลนั้นยังไม่ต้องการจะเลิกก็ถือเป็นสิทธิของเขา แต่เขาจะต้องรับผิดชอบในผลที่จะตามมา รวมทั้งต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลอื่น

3) ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองจะช่วยให้บุคคลและครอบครัวลดการพึ่งพาศูนย์บริการสุขภาพแต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพ โดยจะสามารถแสวงหาบริการได้ตรงและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเองและใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ได้ตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม

4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับเจ้าหน้าที่สุขภาพควรจะเป็นลักษณะของการเป็นหุ้นส่วน การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบบริการสุขภาพและการดูแลตนเองของประชาชนมีความสำคัญเช่นเดียวกับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพ และจะต้องผสมผสานกันอย่างเหมาะสมจึงจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

5) เจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องตระหนักถึงความเชื่อและการปฏิบัติของตนเอง โดยเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนที่จะเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเองและโรงพยาบาลจะต้องเป็นตัวอย่่างของการส่งเสริมสุขภาพด้วย

6) การดูแลตนเองมีความสำคัญต่อประชาชนทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะทางสังคม เศรษฐกิจและชนบทรรมนิยมประเพณีวัฒนธรรม แต่วิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องสอดคล้องกับค่านิยมทางวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติของประชาชนในแต่ละกลุ่ม เช่น บางคนมีความเชื่อถือแพทย์มากและต้องการให้แพทย์ชี้แนะและกำกับดูแลรักษาทุกอย่าง ในขณะที่บางคนต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่จะใช้วิธีใดก็ตามเป้าหมายในระยะยาวคือ ช่วยให้คุณดูแลสุขภาพตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

7) ในทางการพยาบาลนั้น การดูแลตนเองเป็นหลักการที่สอดแทรกอยู่ในทุกแง่มุมของการดูแลที่จะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักไว้เสมอว่า บุคคลมีความสามารถที่จะดูแลตนเองในส่วนตัวได้บ้างทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย ส่วนเทคนิคของการดูแลตนเองที่พยาบาลส่งเสริมให้บุคคลกระทำนั้นจะต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

กล่าวโดยสรุป ความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากทัศนะของศาสตร์สาขาต่างๆและของประชาชน และช่วยเสริมให้พยาบาลหากลวิธีในการส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามในบางขณะบุคคลปกติและบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงหรือมีความบกพร่องในกระบวนการรับรู้ คิด แปลความและตัดสินใจ หรือแม้แต่กรณีที่กระบวนการรับรู้และแปลความหมายเป็นปกติแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ก็ตาม บุคคลเหล่านี้ย่อมมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบ้างตามลำดับของความสามารถ จึงจำต้องพึ่งพาบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ในลำดับต่อไปจะกล่าวถึงทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงต้องเข้าไปช่วยเหลือ

3.7 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับการดูแลตนเอง

การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้นบุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข (Taylor, 1994: 8)

สาระสำคัญของทฤษฎีของโอเร็มได้สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อเกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล (Orem, 1995 : 4-9) ดังนี้

คน (Persons) ซึ่งรวมทั้งผู้ใช้บริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่าคนเป็นผู้ที่มีศักยภาพและสามารถกระทำตามที่ได้ตั้งใจไว้ (Deliberate action) มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและวางแผนจัดระบบการดูแลตนเองได้ คนมีลักษณะเป็นองค์รวมและทำหน้าที่ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และคนยังเป็นระบบเปิดที่จะรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้คนมีความเป็นพลวัตร คือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

สิ่งแวดล้อม (Environment) โอเร็มเชื่อว่า คนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

- 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางเคมีและชีวภาพ เช่น บรรยากาศของโลก ควันพิษ ภูมิอากาศ ที่อยู่อาศัย สัตว์ ไวรัส แบคทีเรีย เป็นต้น
- 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ครอบครัว ระดับความสัมพันธ์ ลักษณะและแหล่งประโยชน์ของครอบครัว

3) ชุมชน เช่น ประชากร แหล่งประโยชน์ในชุมชน ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งด้านสรีระ จิต และสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง ซึ่ง

การทำหน้าที่ดังกล่าวทุกด้านมีความเกี่ยวพันกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้และการที่จะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนั้นโอริเอมได้แยกความผาสุก (well-being) ออกจากสุขภาพและให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ถึงความ เป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดีและมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมักจะมีความสัมพันธ์กันในบางครั้งคนที่เจ็บป่วยอาจรับรู้ถึงความผาสุกได้

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการแก่นมนุษย์อย่างหนึ่งในสังคม โดยมี ลักษณะเฉพาะ คือเป็นบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถ และความต้องการการดูแลตนเอง ของบุคคล การพยาบาลนั้นเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคล เมื่อบุคคลหรือ สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคลนั้น

ทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอริเอมประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system) และมีมีโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัย เงื่อนไข พื้นฐาน (Basic conditioning factors)

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการปรับหน้าที่ของบุคคลนั้นคือ เป็นการกระทำอย่าง จริงจังเพื่อส่งเสริม จัดการ ควบคุม การทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคล ความรู้พื้นฐานที่จะ เข้าใจการดูแลตนเองคือ ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะบุคคล (Human persons) และการกระทำอย่างจริงจัง (Deliberate action)

มนุษย์ในฐานะบุคคลมีกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการเพื่อเข้าสู่ วุฒิภาวะ กระบวนการนี้เกิดขึ้นได้จากการดูแลเอาใจใส่ของบุคคลที่รับผิดชอบ เด็กแรกเกิดจะ ตายถ้าปราศจากคนเลี้ยงดู เมื่อเจริญเติบโตขึ้นมนุษย์เริ่มพัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อ ความต้องการการดูแลของตนเองโดยการเรียนรู้จากครอบครัวและสังคม และเมื่อบุคคลเข้าสู่ วุฒิภาวะจะต้องรับผิดชอบต่อที่จะให้ความต้องการของตนเองได้รับการตอบสนอง ด้วยการกระทำ ของตนเองโดยตรงหรือโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว การกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและ สุขภาพนี้เรียกว่า การกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งอาจจะมีตั้งแต่การกระทำที่ง่าย เช่น การดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล การตัดสินใจว่าควรรับประทานอาหารชนิดใด การจัดการตนเองเพื่อให้มี เวลาออกกำลังกาย เป็นต้น จนกระทั่งการกระทำที่ยุ่งยากซับซ้อนขึ้นเช่น การจัดการตนเองใน ภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การตัดสินใจเรื่องการรับประทานยา การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา และผลจากกระบวนการของโรค การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของวิถีทางดำเนินชีวิตที่เคยกระทำมา

เป็นต้น ซึ่งการดูแล ตนเองในภาวะเช่นนี้บุคคลต้องใช้ความพยายาม ความเข้าใจ ใช้เวลาในการ เรียนรู้และฝึกฝน

การกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) การกระทำอย่างจงใจ ของบุคคลขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ มนุษย์สามารถจะ กระทำตามที่ได้ตัดสินใจว่าสิ่งนั้นเหมาะสมกับตนเอง แม้ว่า การกระทำนั้นไม่ใช่เป็นสิ่งที่ จะ ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลิน ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคือ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยต้องกระทำ การดูแลตนเองหลายอย่าง เช่น ต้องรับประทานยา ต้องปรับพฤติกรรมที่เคยชิน เพราะคิดว่าการ กระทำเหล่านี้เหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าจะก่อให้เกิดความยากลำบาก การดูแลตนเองและการ บำบัดทางการแพทย์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่าง เป็นกระบวนการประกอบด้วยกระบวนการ 2 ระยะสัมพันธ์กันคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหา ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสะท้อนความคิดความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่า สถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับในแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไรแล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำในระยะนี้จะมีการ แสวงหาเป้าหมายของการกระทำ เป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรม ที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

3.7.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

ในทุกสังคมและวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกัน ผู้ใหญ่มักจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่ สามารถพึ่งพาตนเอง ดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ ส่วนผู้ที่ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ เช่น ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ต้องได้รับการช่วยเหลือในส่วนที่ช่วยตนเอง ไม่ได้ และได้รับการพัฒนาให้ใช้ศักยภาพของตนเองให้สูงสุดเท่าที่จะสามารถรับผิดชอบตนเองได้ การดูแลตนเองและดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาจึงเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าและวิชาชีพการพยาบาลได้ให้ คุณค่ากับสิ่งเหล่านี้เป็นอย่างมาก (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมเรียนรู้ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเอง ในกระบวนการ เจริญเติบโตนั้นเด็กจะสังเกตการดูแลครอบครัวของมารดาเช่น การปรุงอาหาร ได้เรียนรู้จากครู เรื่องอาหารที่ดีมีประโยชน์และเริ่มเลือกที่จะรับประทานอะไร อาหารประเภทใดที่จะทำให้

ปวดท้องและเมื่อระยะเวลาผ่านไปจะกลายเป็นสิ่งที่ทำเป็นประจำ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เป็นการกระทำจนเป็นนิสัย และได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและจากการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มสังคมนั้น ๆ การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย (คือผ่านระยะของการคิด พิจารณา ตัดสิน ลงมือกระทำ และประเมินผลการกระทำ ดังได้กล่าวมาแล้ว) เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก (สมจิต หนูเจริญกุล , 2543)

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการ คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

ประการที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนและทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 2) การคงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

โดย จัดการให้มีการขยับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบาย สิ่งปฏิกูลจากการขยับถ่าย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3) การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

4) การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร

ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความเป็น ตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ โดยสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

6) การส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุขโดย พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

ประการที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

(Developmental self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของพัฒนาการชีวิตมนุษย์ ในระยะต่าง ๆ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการของพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วเช่น การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเองหรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ประการที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติหรือความพิการที่ทำให้โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไปทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้

- 1) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 2) การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) การรับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 5) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น
- 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง จะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การที่จะเข้าใจถึงการดูแลที่จำเป็นนั้นให้พิจารณาว่า การดูแลที่จำเป็นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นวัตถุประสงค์กับส่วนที่เป็นวิธีการ วัตถุประสงค์มีความเป็นสากลคือ เป็นของทุกคนแต่วิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์แตกต่างกันตามขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ครอบครัว และประสบการณ์ เช่น วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเป็นของจำเป็นสำหรับทุกคน แต่วิธีการออกกำลังกายจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในบางคนที่ต้องทำงานใช้แรงมาก การออกกำลังกายได้สอดแทรกอยู่แล้วในกิจวัตรประจำวัน แต่สำหรับคนที่ทำงานนั่งโต๊ะจะต้องวางแผนกำหนดวันและเวลาด้วยความตั้งใจ หรือการเลือกรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน แต่อาหาร

ที่เลือกจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ถ้าจะเปรียบเทียบการดูแลที่จำเป็นกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์อาจจะช่วยให้เข้าใจการดูแลที่จำเป็นมากขึ้น เช่น อาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตแต่การดูแลตนเองที่จำเป็นเน้นที่การกระทำของบุคคลเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการด้านอาหาร เพราะทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีของการกระทำ

ส่วนประกอบของการดูแลตนเองคือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้.

1) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนในสถานการณ์หนึ่งๆหรือเป็นงานทั้งหมดที่ต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และงานทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลจำเป็นที่เฉพาะ

การที่จะเข้าใจกระบวนการพิจารณากำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้นจะต้องเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบครอบครัว วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่เป็นตัวกำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็นและความสามารถในการดูแลตนเองนั้นได้มาจากความรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆ อย่างสหวิทยาการ เช่น ความรู้ทางด้านการแพทย์ ทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยา เป็นต้น ถือได้ว่าปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานเป็นตัวเชื่อมที่จะนำความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นมาสู่การพยาบาล กล่าวโดยสรุป ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดก็คืองานทั้งหมดที่ต้องกระทำ

2) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) คือ ความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายในระยะต่างๆ จะช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในระยะแรกที่น่าไปสู่การตัดสินใจคือการเก็บรวบรวมข้อมูล แปลความหมายของข้อมูล และตัดสินใจว่าควรกระทำหรือเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง การจะกระทำเช่นนี้ได้บุคคลต้องมีความรู้และทักษะในการคิดและตัดสินใจ ในระยะที่สอง เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนการกระทำ ซึ่งจะต้องมีความสามารถในการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม หากการกระทำนั้นเป็นการกระทำดูแลตนเองเรียกว่า การปฏิบัติดูแลตนเอง (Self-care

operations) ซึ่งเป็นการอธิบายการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองจริงๆ ความสามารถในการดูแลตนเองยังประกอบด้วยอีก 2 มิติ คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) และพลังอำนาจ (Power components or enabling abilities) ซึ่งทั้ง 2 มิติอยู่ภายใต้โครงสร้างของการปฏิบัติการดูแลตนเอง เทเลอร์ (Taylor, 1994) ได้อธิบายเปรียบเทียบเพื่อให้เข้าใจในทัศนคติ ความสามารถในการดูแลตนเองได้ง่ายขึ้นโดยเปรียบเทียบกับรถยนต์ที่จอดอยู่ รถยนต์นั้นมีความสามารถที่จะแล่นซึ่งความสามารถนี้เป็นผลมาจากเครื่องยนต์ น้ำมัน เชื้อเพลิง ระบบเชื่อมต่อและแบตเตอรี่ กำลังแรงของเครื่องยนต์ขึ้นอยู่กับขนาดของมอเตอร์และโครงสร้างพื้นฐานของเครื่องยนต์ เมื่อสตาร์ทเครื่องยนต์จะทำให้แรงขับจากแบตเตอรี่ไปจุดเชื้อเพลิงจากน้ำมันซึ่งทำให้รถมีแรงเคลื่อนพร้อมที่จะขับออกไป รถยนต์ต้องมีคนขับคอยบังคับให้แล่นไปตามเป้าหมาย

ในทำนองเดียวกับคน มีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะวางขอบเขตและทิศทางสำหรับการดูแลตนเอง เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ประสบการณ์ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ ทักษะและความสามารถในการเรียนรู้ อัจฉริยะ ทัศนคติ ระบบการให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ในชีวิต จากพื้นฐานเหล่านี้บุคคลจะพัฒนาความสามารถเฉพาะในการดูแลตนเอง เรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแลของตนเองและตัดสินใจเกี่ยวกับชนิดของการกระทำ เพื่อเพิ่มการดูแลตนเองพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง โดยเริ่มที่การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลจนกระทั่งถึงการดูแลตนเองที่ยุ่งยากซับซ้อนในการจัดการกับโรคเรื้อรัง พัฒนาความสามารถที่จะสอดแทรกการดูแลตนเองเหล่านี้ให้เข้ากับระบบความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตซึ่งแสดงออกเป็นรูปธรรมโดยการกระทำการดูแลตนเอง

3.7.2 ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นส่วนประกอบที่สองของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ซึ่งกล่าวว่าเมื่อความต้องการการดูแลมากกว่าความสามารถที่ตนเองจะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาล ทฤษฎีได้อธิบายถึงความต้องการของบุคคลและประโยชน์ที่ได้รับจากการพยาบาล ความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (ความสามารถในการกระทำ) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (งานทั้งหมดที่ต้องกระทำ) ความจำกัดในการ

ดูแลตนเองอาจเกิดจาก การรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพทั้งหมด

3.7.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)

เป็นส่วนประกอบที่สามของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งให้โครงสร้างและเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

1) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลและจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือมีโอกาสจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง แนวคิดของความสามารถทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

2) ระบบการพยาบาล คือ ระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ใช้บริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการดูแลและลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการดูแลตนเอง หรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

ตามคิดของโอเร็มนั้น การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Social, Interpersonal และ Professional technological system) ระบบทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยมาพบกัน โดยที่ผู้ใช้บริการมีภาวะความบกพร่องในการดูแลตนเองและระบบทางสังคมกำหนดให้มีวิชาชีพการพยาบาลเพื่อช่วยบุคคลเหล่านี้ ระบบ

วิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิคหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ การใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการมีศีลธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ ส่วนระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์ภายใต้ระบบทางสังคม

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาลโดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

ระบบที่ 1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้
- 2) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น
- 3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

ระบบที่ 2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบสนองต่อความต้องการดูแลที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

ระบบที่ 3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและให้คำแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง

การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสพ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเองหรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด

การสอนวิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มเป็นการอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลในโลกของความเป็นจริงทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีก็คือการให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลที่ชัดเจนคือพยาบาลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลพึ่งพาตนเองตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนในขณะที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้ เพราะในภาวะการดูแล สุขภาพที่เป็นจริงนั้นจะมีลักษณะของความซับซ้อนแตกต่างกันในระดับต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและมีความรู้ที่ถูกต้องจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และโดยที่สุขภาพเป็นพัฒนาการหนึ่งของวิถีชีวิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนจะได้ตระหนักและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพตนเอง การพยาบาลจึงต้องปรับเปลี่ยนจากการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลักมาเป็นการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนและให้

ความรู้แก่ ประชาชนมาเป็นตัวนำ จึงจะนำไปสู่การแก้ปัญหาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและเพิ่มความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

ความสำคัญของสุขภาพเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป นอกจากนั้นสุขภาพยังเป็นเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพอื่นทางด้านสุขภาพอีกด้วย ในขณะที่เดียวกันภาวะสุขภาพของประชากรยังเป็นตัวชี้วัดความเจริญของแต่ละสังคมด้วย ปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพและปกป้องโรคได้กลายเป็นนโยบายหลักของระบบบริการสุขภาพของแทบทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย เนื่องจากเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า การมุ่งการบำบัดรักษาโรคเป็นหลักนั้นเป็นบริการสุขภาพในเชิงรับ ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงมากจนประเทศไม่สามารถจัดให้กับประชาชนได้ทั่วถึง นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมและวิถีทางดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งจากสภาวะแวดล้อมที่ทำลายสุขภาพซึ่งสามารถควบคุมและป้องกันได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจในความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4.1 ความหมายของสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” มาจากคำภาษาอังกฤษว่า “health” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “hoelth” มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย ความไม่มีโรค และทั้งหมด ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด (1984 : 503) จึงให้ความหมายของ health ว่าความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามในระยะต่อมานักวิชาการทั้งหลายรวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันไป ความหมายของสุขภาพที่ต่างกันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายและวิธีการกระทำเพื่อสุขภาพแตกต่างกันได้ สมิตได้วิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพที่มีอยู่โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่ามี 4 แนวคิด (Smith, 1983 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543 : 86-99) คือ

1) แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นภาวะที่ปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความผิดปกติต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วย หมายถึง การมีอาการ และอาการแสดง หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น

ความหมายของสุขภาพเช่นนี้ถือว่าเป็นความหมายที่แคบที่สุดและเน้นการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ทางด้านสรีรภาพ ถ้าใช้ความหมายของสุขภาพดังกล่าวเป็นเป้าหมายจะนำไปสู่การบริการสุขภาพเชิงรับ คือรอให้ประชาชนเกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงรักษาอาการและอาการแสดงของโรคและความพิการเท่านั้น ซึ่งทำให้การส่งเสริมและปกป้องสุขภาพเกิดได้น้อยมากและไม่มีแนวทางในการปฏิบัติ แพทย์จะมีบทบาทเด่นในระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และประชาชนจะมีบทบาทน้อยมากเพราะถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เรื่องของโรงพยาบาล

2) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) ความหมายของสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในสังคมเป็นหลัก คำว่าสุขภาพจึงหมายถึงความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วนเช่นเดียวกับความสามารถในการทำงานอื่นๆ ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาทเมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่างๆ ได้ เช่น หยุดงาน นอนพัก เป็นต้น

ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ได้เพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคมคือไม่เพียงแต่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้น แต่ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วยและยังคงเน้นการรักษาเสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมายทางด้านสุขภาพที่แคบและนำไปสู่การบริการสาธารณสุขในเชิงรับเช่นกัน

ตัวอย่างความหมายของสุขภาพในแนวคิดของการปฏิบัติตามบทบาท คือความหมายของสุขภาพในทฤษฎีทางการพยาบาลของ คิง (King, 1990 : 4) ซึ่งกล่าวว่า ภาวะสุขภาพหมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงบทบาทต่างๆ ตามที่ตนเองและสังคมคาดหวัง

3) แนวคิดทางด้านการปรับตัว (Adaptational model) ความหมาย ของสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากดูบอส (Dubos, 1965 : 12) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรคหมายถึงความล้มเหลวในการปรับตัวเป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม

พระไพศาล วิสาโล (2535 : 3) ได้ให้ความหมายของสุขภาพในลักษณะของการปรับตัวและมองว่า การให้ความหมายของสุขภาพในลักษณะเช่นนี้เป็นการมองสุขภาพในลักษณะองค์รวม ทั้งนี้เพราะการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมมูลนั้นเป็นเรื่องของหน่วยชีวิตแบบ

องค์รวม ครอบคลุมร่างกายทั่วทุกระบบและยังสัมพันธ์กับภาวะจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย โดยทั่วไปร่างกายพยายามรักษาคุณภาพในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หน้าที่ดังกล่าวสัมพันธ์กับทุกระบบของร่างกายตั้งแต่ระบบหัวใจกล้ามเนื้อ ระบบย่อยอาหาร การหายใจ ตลอดจนระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

นอกจากการปรับตัวทางด้านร่างกายแล้ว มนุษย์ยังมีการปรับตัวด้านพฤติกรรม เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้เข้ากับภูมิอากาศ รู้จักหาและผลิตเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย เพื่อคลายความร้อนหนาว เป็นต้น การปรับตัวนอกจากจะจัดการกับตนเอง เช่น การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายให้เพียงพอ และยังครอบคลุมถึงการจัดการกับปัจจัยรอบด้าน การเพิ่มพูนสมรรถนะของตนเองให้สามารถเผชิญกับแรงกดดันต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมได้อย่างราบรื่นและการปรับตัวระดับสุดท้ายเป็นการปรับตัวระดับจิตสำนึก เช่น การวางจิตและกำหนดการรับรู้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัว ทั้งทางกายภาพและทางสังคม การปรับตัวในเชิงพฤติกรรมและในเชิงจิตสำนึกหากเป็นไปอย่างต่อเนื่องย่อมก่อให้เกิดแบบแผนขึ้นในระดับบุคคล ซึ่งเรียกว่า วิถีชีวิต บุคลิกภาพ และอุปนิสัย หากแบบแผนดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกันทั้งชุมชนหรือทั้งสังคมและมีการสืบทอดต่อเนื่องกันย่อมกลายเป็นวัฒนธรรม แต่วัฒนธรรมบางอย่างก็ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การบริโภคไม่ถูกต้องของผู้คนในเมืองใหญ่ ก่อให้เกิดโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การมองสุขภาพว่า เป็นเรื่องของคุณภาพในท่ามกลางปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ได้ให้แนวทางในการรักษาสุขภาพที่เน้นการดำรงชีวิตให้มีความประสานสอดคล้องกับกฎเกณฑ์ธรรมชาติและมีความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างราบรื่น เจ้าหน้าที่สุขภาพจะเน้นที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตที่สมดุล บุคคลแต่ละคนจะมีบทบาทมากที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะคุณภาพขึ้นอยู่กับการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติของบุคคล บุคคลภายนอกหรือเทคโนโลยีมีส่วนช่วยหนุนเสริมเท่านั้น การมีสุขภาพดีไม่ใช่ขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าทางการแพทย์ แต่ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น อากาศปราศจากมลภาวะ มีน้ำใช้ที่ดี มีส่วนและการระบายน้ำที่ดี รวมทั้งมีครอบครัวที่อบอุ่นและชุมชนที่เอื้ออาทรต่อกัน เป็นต้น

จะเห็นว่าความหมายของสุขภาพตามแนวคิดการปรับตัวนั้นช่วยให้เข้าใจปัจจัยต่างๆ ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพ ความเข้าใจ สุขภาพในลักษณะองค์รวมเช่นนี้จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพมีแนวปฏิบัติได้กว้างขวาง และครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตามสุขภาพตามแนวคิดการปรับตัวนี้ยังถือว่าเป็นแนวคิดที่เน้นการรักษาเสถียรภาพเช่นกัน แต่เป็นเสถียรภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม

ตัวอย่างนักทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการปรับตัวในการให้ความหมายของสุขภาพ คือ รอย (Roy, 1993 : 9) ซึ่งกล่าวว่า สุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งการปรับตัวรวมทั้งทางด้านสรีระและจิตสังคม แนวคิดในเรื่องการปรับตัวได้รับการยอมรับจากแวดวงวิชาชีพการพยาบาลอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามถ้าจะพิจารณาให้ลึกซึ้ง การปรับตัวของบุคคลอาจถือเป็นพัฒนาการของชีวิตที่เป็นพื้นฐานไปสู่ความสำเร็จสูงสุดในชีวิตก็ได้

4) แนวคิดทางด้านยูไดโมนิสติก (Eudaemonistic model) คำว่า Eudaemonistic หมายถึง Spiritual well being หรือ happiness เป็นภาวะที่บรรลุถึงซึ่งความสำเร็จสูงสุดในชีวิตของตนเอง (Self actualization) และเป็นยอดสูงสุดของการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล ในแนวคิดนี้สุขภาพจึง หมายถึง การพัฒนาและบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิตสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ป้องกันหรือเหนี่ยวรั้งไม่ให้บุคคลพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดในชีวิตตามที่ใฝ่ฝัน

จะเห็นว่าความหมายของสุขภาพตามแนวคิดทางด้านยูไดโมนิสติกมีความลึกซึ้ง และเป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาคน ซึ่งคนจะพัฒนาไปได้สูงสุดนั้นจำเป็นต้องพัฒนาตนเองในแต่ละระยะของการพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกจนเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ อีกทั้งเป็นเรื่องของทุกคน เป็นความรับผิดชอบของสังคมและของประเทศชาติด้วย

บูรณาการของแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

เพ็นเดอร์ (Pender, 1996 : 84) เป็นผู้หนึ่งที่มีความสนใจและศึกษาอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับสุขภาพท่านได้จำแนกการให้ความหมายสุขภาพทั้ง 4 รูปแบบ ดังกล่าวออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการรักษาเสถียรภาพ (stability) ได้แก่ แนวคิดทางด้านคลินิก การกระทำตามบทบาทหน้าที่ และแนวคิดทางการปรับตัว ส่วนกลุ่มที่สอง เน้นการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (actualization) เป็นการเน้นพัฒนาการของมนุษย์ที่ไปถึงขีดสูงสุดและได้อธิบายความหมายสุขภาพในเชิงบูรณาการทั้ง 2 กลุ่มเข้าด้วยกัน ซึ่งแนวคิดของการบูรณาการนี้สอดคล้องกับความหมายของสุขภาพตามที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก ประเวศ วะสี เพ็นเดอร์ และโอเร็ม ได้เสนอไว้ดังต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพดังนี้ (WHO, 1988 : 1) สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะหรือภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ซึ่งในความหมายนี้ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับคนทั้งคน ไม่ใช่แต่ละส่วน

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

ประเวศ วะสี นักคิดผู้ซึ่งได้รับการยกย่องให้เป็นราชูกรอาวุโสและบุคคลดีเด่นของชาติได้ขยายแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและให้แนวคิดที่สะท้อนถึงขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของไทยและพุทธศาสนา (ประเวศ วะสี, 2541 : 3) ดังนี้ สุขภาพ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต วิญญาณ ทางสังคม และทางปัญญาและทำนุได้ให้ความหมายของสุขภาพ ในลักษณะของความสุข ซึ่งคือความเป็นอิสระหรือการหลุดพ้นจากความบีบคั้นทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ได้แก่

- 1) อิศรภาพทางกายหรือทางวัตถุ หมายถึง ไม่ขาดแคลนวัตถุปัจจัยเกินไป ไม่เป็นโรค ปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- 2) อิศรภาพทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันกับบุคคลรอบข้าง กับชุมชน มีครอบครัวที่อบอุ่น มีความเสมอภาคและภราดรภาพ
- 3) อิศรภาพทางจิต คือ มีจิตใจดี สงบ มีสติ มีสมาธิ หลุดพ้นจากความครอบงำของกิเลส
- 4) อิศรภาพทางปัญญา หมายถึง การรับรู้โลกที่เป็นจริง เรียนรู้และมีทักษะต่อโลกที่ถูกต้อง มีทักษะชีวิตที่ดี ส่วนความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขอันประณีต ตีแผ่ ท่วมท้น ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อคนเราลดอัตตาหรือลดความมีตัวตน ลดความเห็นแก่ตัว จิตวิญญาณก็จะสูงขึ้น ซึ่งเป็นพัฒนาการทางคุณค่าที่สูงสุดของมนุษย์

สำหรับพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่เสนอโดย ประเวศ วะสี (2541 : 7) ได้แก่

- 1) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และป้องกันโรคได้หลายอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และภูมิแพ้ เป็นต้น
- 2) กินอาหารที่ถูกต้อง คือ กินพอประมาณ ได้สัดส่วน ครบถ้วน กินผักผลไม้มาก ๆ ช่วยป้องกันโรคอ้วน เบาหวาน โรคมะเร็ง โรคสมองเสื่อม
- 3) หลีกเลี้ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ต้มสุรามากเกินไป สำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย

- 4) สร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ เช่น ความกดดันหรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม เช่น ร่มเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัย และความเอื้ออาทรต่อกัน
- 6) มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยใ้บุคคลละความเห็นแก่ตัว เข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติ ทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณอันทำให้สุขภาพดียิ่งขึ้น
- 7) มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีอิสรภาพ ทำให้มีความสุขและมีแรงจูงใจอยากเรียนรู้

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้อธิบายสุขภาพไว้ในลักษณะของครวม ซึ่งเป็นทั้งภาวะและกระบวนการ โดยอธิบายว่าธาตุสมุฏฐานของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยธาตุ 4 อย่างคือ ดิน น้ำ ลม ไฟ จะต้องอยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายจึงจะเป็นปกติไม่เจ็บป่วย โดยธาตุดิน อาศัยน้ำทำให้ชุ่มและเต่งตึงพอเหมาะ อาศัยลมพยุ่งให้คงรูปและเคลื่อนไหว อาศัยไฟให้พลังงานอุ่นไว้ไม่เน่าเปื่อย น้ำต้องอาศัยดินเป็นที่เกาะกุมซับไว้มิให้ไหลเหือดแห้งไปจากที่ที่ควรอยู่ อาศัยลมทำให้น้ำไหลซึมซับทั่วร่างกาย ลมต้องอาศัยน้ำและดินเป็นที่อาศัยและนำพาพลังงานไปในที่ต่างๆ ดินปะทะลมให้เกิดการเคลื่อนที่แต่พอเหมาะ ไฟอุ่นดินและธาตุดินเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลัง ไฟต้องอาศัยน้ำเพื่อการเผาผลาญที่พอเหมาะ ไฟทำให้น้ำเคลื่อนที่ไปได้ ในขณะที่ลมสามารถทำให้ไฟลุกโชนเผาผลาญมากขึ้นได้ จะเห็นได้ว่าธาตุทั้ง 4 ต่างอาศัยซึ่งกันและกัน จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ หากมีความแปรปรวน เสียสมดุลขึ้น ได้แก่ หย่อน กำเริบหรือพิการจะทำให้ร่างกาย ไม่สบายเกิดโรคขึ้นได้

สมดุลของธาตุทั้ง 4 ยังขึ้นอยู่กับอิทธิพลหลายอย่าง ได้แก่ ธาตุภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมอันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ธาตุเจ้าเรือนซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลตั้งแต่เกิดวัย (อายุสมุฏฐาน) ฤดูกาล (ฤดูสมุฏฐาน) กาลเวลาในสุริยจักรวาล (กาลสมุฏฐาน) การเลี้ยงดูของครอบครัวและพฤติกรรมแห่งตน มนุษย์ต้องปรับตัวเข้าแล้วเข้าเล่าเพื่อให้ร่างกายสมดุลและไม่เจ็บป่วยจนสิ้นอายุขัย และมนุษย์อยู่ภายใต้วิฎสงสารคือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย และเป็นไปตามกฎแห่งพระไตรลักษณ์ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา อย่างไรก็ตาม มนุษย์สามารถจะปรับวิถีการดำเนินชีวิต (พฤติกรรม) เพื่อให้เข้าสู่สมดุล ได้แก่ การใช้ชีวิตสายกลาง บริโภคน้อย ทำลายธรรมชาติ

น้อย ให้แก่ส่วนรวมมาก มีมัจฉิมาทางใจ ลดความโกรธ ความโลภ ความหลง การเข้าสู่ศีลธรรม และสังฆธรรม เข้าใจหลักอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา เพื่อที่จะแก่อย่างสง่า และตายอย่างสงบ (เพ็ญนภา ทวีทรัพย์เจริญ, 2539)

จะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของการแพทย์แผนไทย มีลักษณะที่บูรณาการ ทั้งด้านการรักษาเสถียรภาพ (ภาวะสมดุลของธาตุทั้ง 4) และการพัฒนาบุคคลไปถึงขีดสูงสุดด้วยการปรับวิถีการดำเนินชีวิต ให้ยึดทางสายกลาง ลดความโกรธ โลภ หลง และเข้าใจสังฆธรรมของชีวิตเพื่อลดความทุกข์และสามารถมีชีวิตอย่างสมดุลกับธรรมชาติ อันเป็นกระบวนการส่วนหนึ่งของสุขภาพ (รัชนี้ นามจันทร์, 2542)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพด้านชีวิต

แนวคิดชีวิตเป็นแนวคิดที่มองคนในลักษณะองค์รวม ทั้งในตัวบุคคลและบุคคลกับธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ในตัวบุคคลที่เป็นองค์รวมนั้น มีร่างกายและจิตใจที่เป็นหนึ่งเดียว และบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ คนกับธรรมชาติจึงเป็นองค์รวมทั้งหมด จุดประสงค์ของชีวิต คือ ความสุขสมบูรณ์ทั้งกายและใจโดยยึดเอาวิถีปฏิบัติและความคิดในแนวธรรมชาติเป็นหลัก ซึ่ง สาทิส อินทรกำแหง (2541) ได้กล่าวถึงอุดมคติ 5 ประการของชีวิตว่า

- 1) ชีวิตที่ยึดเอาความเป็นธรรมชาติเป็นหลัก โดยใช้อาหาร เครื่องอุปโภคบริโภคที่มาจากธรรมชาติ ไม่มีสารพิษเจือปน (อาหารชีวิต งดเนื้อ นม ไข่)
- 2) ชีวิตที่มีความพอดีและเรียบง่าย
- 3) ชีวิตที่เป็นไปเพื่อความเป็นเลิศของสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- 4) ชีวิตที่เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ต่อกันและรักกันอย่างพี่น้อง
- 5) ชีวิตที่ดำเนินไปเพื่อสร้างสังคมที่ยุติธรรม และไม่เอารัดเอาเปรียบ

ต่อกัน เป้าหมายในการทำนุบำรุงสุขภาพและการรักษาโรคตามแนวของชีวิต คือ ต้องทำทุกอย่างทุกวิธีเพื่อให้ภูมิชีวิตหรือ Immune system ดีขึ้น ซึ่งภูมิชีวิตในที่นี้รวมกายและจิตเข้าด้วยกัน จะเห็นว่าแนวปฏิบัติของชีวิตทุกข้อยกเว้นในเรื่องอาหารที่งดเนื้อนมไข่ มีส่วนคล้ายคลึงและสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประเวศ วะสี เป็นอย่างมาก

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย จิต และสังคม การมีสุขภาพดีหมายถึงการมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ท้อแท้ หุนวายเป็นอยู่มีความสุขในสังคมที่พอดี ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมกันป้องกัน

ดังนั้น แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 จึงได้วางภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคตว่า คนไทยทุกคนเป็นคนที่มีความสุขทั้งมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดย

- 1) เกิดและเติบโตในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
- 2) ได้รับการพัฒนาทั้งทางกายทางใจและสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ

- 3) มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม

- 4) อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลังและมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ

- 5) ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย

- 6) มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จะเห็นว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น นอกจากบุคคลมีส่วนรับผิดชอบในตนเองแล้ว สังคมจะต้องมีส่วนในการสร้างสิ่งแวดล้อมในทุกด้าน ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่นๆ เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในทุกด้านอย่างองค์รวม

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของเพ็นเดอร์

เพ็นเดอร์ เป็นศาสตราจารย์ทางการพยาบาลชาวอเมริกันที่สนใจและศึกษาค้นคว้าวิจัยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง จนสามารถสร้างทฤษฎีที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆในการทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีของท่านเป็นที่นิยมแพร่หลาย เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) เชื่อว่า

- 1) การให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพจะต้องบูรณาการทั้งทัศนคติของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าด้วยกัน เพราะการให้ความหมายจากทัศนคติที่แตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับประชาชนทั่วไปจะไม่สามารถทำให้บรรลุถึงซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดได้
- 2) สุขภาพเป็นการแสดงออกถึงรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มความซับซ้อนขึ้นตามระยะพัฒนาการของชีวิต
- 3) รูปแบบที่แสดงออกถึงสุขภาพของมนุษย์มีทั้งที่สังเกตได้โดยตรงและสังเกตไม่ได้ แต่ได้จากคำบอกเล่าของบุคคลนั้น ๆ

จากความเชื่อดังกล่าว เพ็นเดอร์ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึงการบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนาซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมายการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองและมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็นเพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้างและความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง (Pender, 1996 : 84-88)

จะเห็นว่า ความหมายสุขภาพของเพ็นเดอร์นั้นมีความเป็นนามธรรมสูงมาก อย่างไรก็ตามเพ็นเดอร์เชื่อว่าการแสดงออกของภาวะสุขภาพมีทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยมิติหลัก 5 มิติ คือ อารมณ์ เจตคติ กิจกรรม ความใฝ่ฝัน และความสำเร็จในชีวิตดังรายละเอียดในแต่ละมิติ ดังนี้

- 1) มิติทางด้านอารมณ์ เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิสัยของบุคคล คือ รู้สึกสงบ กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม มีชีวิตชีวา และไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น
- 2) มิติทางด้านเจตคติ พัฒนาจากประสบการณ์และการคิดอย่างมีเหตุผล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดีไม่ว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นทุกอย่างก็จะคลี่คลายลงไปได้ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพัฒนาการแม้ในภาวะยากลำบาก
- 3) ด้านกิจกรรม สะท้อนถึงแบบแผนการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมในสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่

3.1) การมีวิถีชีวิตที่ดี คือ รับประทานอาหารดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รู้จักจัดการกับความเครียด พักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด รู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เป็นประโยชน์ ใฝ่คุณและหวังสุขภาพ มีทักษะชีวิตที่ดีและรักษาสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ

3.2) ทำงานอย่างมีเป้าหมาย โดยรู้จักวางเป้าหมายที่เป็นจริง มีความคิดริเริ่ม ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนางาน พัฒนาตนเอง รู้จักท้าทายกับงานใหม่ ๆ รับผิดชอบตนเอง รู้จักประสานความร่วมมือกับผู้ร่วมงานและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้กระทำ

3.3) เล่นอย่างสนุกสนาน หมายถึง การมีงานอดิเรกที่มีความหมาย หาสิ่งอื่นที่แปลกใหม่กระทำเพื่อช่วยให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า และใช้เวลาว่างอย่างเพลิดเพลิน

4) มีความใฝ่ฝันในชีวิตและใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้เป็นไปตามที่ใฝ่ฝันไว้ รวมทั้งมีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้กับสังคม สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อชนรุ่นหลัง

5) ประสบความสำเร็จ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการดำรงชีวิตที่ดี คือ มีความสุขอย่างแท้จริง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต และสามารถละความเห็นแก่ตัว

จะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของเพ็นเดอร์นั้นคล้ายคลึงกับของศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี เป็นอย่างมาก นอกจากนั้นพฤติกรรมและอารมณ์ที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพนั้น สะท้อนถึงการพัฒนาชีวิตของมนุษย์ถึงขั้นสูงสุด ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ เกื้อหนุน ตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา เกิดมาในครอบครัวที่อบอุ่น ในชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้รับการศึกษาเพียงพอที่จะช่วยเหลือตนเองและสังคม มีงานทำเพื่อการเลี้ยงชีพ เลี้ยงครอบครัว สามารถสร้างสรรค์ครอบครัวและสร้างสรรค์สังคมเพื่อชนรุ่นหลัง และในวัยชรามีความมั่นคงเพียงพอที่จะใช้ชีวิตอยู่และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สุขภาพในความหมายเช่นนี้ จึงสะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของโอเร็ม

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิต สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจาก

อาการและอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ ส่วนความสุข หรือ well-being หมายถึงการรับรู้ถึงความยินดี ความพึงพอใจ ในภาวะของตนเอง (Orem, 1995 : 13)

4.2 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน

จากการเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน สถานะทางสุขภาพและลักษณะโรคในสังคมไทย เปลี่ยนไป ประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น และปัญหาความเท่าเทียมกันในการได้รับบริการเป็นผลให้ประชาชนมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพเปลี่ยนไปดังนี้

4.2.1 ความต้องการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพในภาวะปกติสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนมีการศึกษามากขึ้นและสื่อสิ่งพิมพ์ทางด้านสุขภาพกว้างขวางมากขึ้น จึงทำให้ประชาชนมีความเข้าใจและเอาใจใส่สุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น

4.2.2 ความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะผลกระทบจากการพัฒนาประเทศ ประชาชนรับแบบแผนการบริโภคมาจากประเทศทางตะวันตก สังคมที่เต็มไปด้วย การแข่งขันและความเร่งรีบ ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ขาด การออกกำลังกาย มีปัญหาสุขภาพจิต และความรุนแรงต่างๆ ในสังคม ก็ปรากฏให้เห็นมากขึ้น อย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ประชาชนในทุกกลุ่มอายุจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพที่ แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ความต้องการการดูแลช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิด โรค จึงมีความจำเป็นตั้งแต่เริ่มเกิดมีชีวิตไปจนตลอดแต่ละช่วงวัยที่ชีวิตดำเนินไป

4.2.3 ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

4.2.3.1 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันพบว่าปัญหา ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบครัว ชุมชน สังคม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมที่ประชาชนต้องดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวัน การแก้ไขจึงจำเป็นต้องให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะกระทำต่อเมื่อเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าถึง คนอย่างแท้จริง ไม่ใช่แต่เพียงแก้ปัญหาเรื่องโรคที่ปลายทางเท่านั้น การดูแลบุคคลและครอบครัว อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น

4.2.3.2 ต้องการการค้นพบโรคในระยะเริ่มต้นและการบำบัดรักษาจากการที่ ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบันมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตเป็น ส่วนใหญ่และปัญหาเหล่านี้มักจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่ซ่อนเร้น ต้องการการค้นพบโรคและการ ดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมัน

ในเลือดสูง ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรค และมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยการรู้จักดูแลตนเองและพึ่งพาสถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อจำเป็น

4.2.3.3 ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมีมากขึ้นในสังคมไทย ตลอดจนปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยต้องจ่ายแพงขึ้น ต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นพร้อมกับอาการเจ็บป่วยที่ยังมีอยู่ เป็นผลให้ประชาชนผู้เจ็บป่วยเหล่านี้ต้องการการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ยาวนานในครอบครัวและชุมชน

4.2.3.4 ต้องการการดูแลจากผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ทั้งนี้จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ โดยเฉพาะเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เข้ามามีบทบาทในด้านการรักษา เป็นผลให้มีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้นด้วย

4.2.4 ความต้องการการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ค่อนข้างสูงตามที่กล่าวมาแล้วนั้น แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ สถานภาพทางด้านสุขภาพของประชาชนก็ยิ่งด้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่มีการลงทุนทางด้านสุขภาพในอัตราที่ต่ำกว่า กล่าวคือ เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดสถานภาพทางด้านสุขภาพ อันได้แก่อัตราการตายของทารก และอายุคาดเฉลี่ยของประชากร จะพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการตายของทารก 38 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในขณะที่มาเลเซียและศรีลังกา มีอัตราการตายของทารกเพียง 15 และ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ย 68.9 ปี ซึ่งต่ำกว่ามาเลเซียและศรีลังกาที่มีอายุคาดเฉลี่ย 70.5 และ 71.3 ปี ตามลำดับนั้น (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ , 2543 : 67) ซึ่งให้เห็นว่าการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากลงทุนสูงแต่ผลตอบแทนไม่คุ้มค่า นอกจากนั้นการที่ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น การติดตามข้อมูลข่าวสารทั้งจากเทคโนโลยีสารสนเทศและจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ กว้างขวางขึ้น ทำให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิที่พึงจะได้รับจากการบริการด้านสุขภาพมากขึ้น การที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเพื่อสุขภาพแพงขึ้นจึงเป็นตัวเสริมให้ประชาชนเรียกร้องเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพในปัจจุบันมากขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน นอกจากนั้นแล้วการที่สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ยังดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพไม่รัดกุมพอ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่พอใจในบริการสุขภาพที่ได้รับและเกิดการฟ้องร้องมากขึ้นอีกด้วย

นอกจากนั้นยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลผลักดันให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของประชาชน ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1) โรคที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ความพิการ และการตาย ในปัจจุบัน และที่เป็นแนวโน้มในอนาคต เป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากวิถีทางดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ตลอดจนการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกัน หรือชะลอการเกิดได้ ถ้าประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพตนเอง โรคเหล่านี้ยังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถ รักษาให้หายขาด ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับโรค ซึ่งจะอยู่ได้อย่างปกติสุข จำเป็นต้องรู้จักจัดการดูแล ตนเอง

2) ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่เศรษฐกิจ ของโลกโดยส่วนรวมตกต่ำลง การลงทุนทางด้านสุขภาพจะต้องแข่งขันกับความต้องการทางด้าน สังคมอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเกษตร น้ำ อุตสาหกรรมต่างๆ และการลงทุนทางด้านสุขภาพที่ ประหยัดและได้ผลคุ้มค่าที่สุดคือ การปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นและผู้ที่เจ็บป่วยมีจำนวนวันที่อยู่ใน โรงพยาบาลสั้นลง จึงมีความจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์จากตัวบุคคลและชุมชนให้เต็มศักยภาพ ดังนั้นประชาชนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองและพึ่งพากันเองให้มากที่สุดโดยมีการ เชื่อมโยงที่ชัดเจนกับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

3) ความเจริญทางด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะการสื่อสารช่วยให้ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น ประชาชนเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาทางด้านการ แพทย์โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดหรือไม่มีทางรักษา เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็งใน ระยะสุดท้าย เป็นต้น ประชาชนส่วนหนึ่งจึงหันไปแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น วิธีการทางจิต พลังจักรวาล การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับจิต ปรับ พฤติกรรมของตนเองอย่างจริงจังและเป็นเครื่องชี้ให้เห็นชัดว่าประชาชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการ ควบคุมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

4) ประชาชนบางกลุ่มเริ่มหันมาสนใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคมมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ชี้ให้เห็นถึงความพยายามของประชาชนในการลด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ประชาชนเริ่มมองว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวมี ส่วนที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้น้อย แต่การมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับวิถี การดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม สังคมเศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งนอกเหนือการควบคุมของเจ้าหน้าที่ สุขภาพ

5) การดูแลสุขภาพและการเยียวยาในยามเจ็บป่วยของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ในตะวันออกได้ฝังรากลึกอยู่ในขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทยมาช้านาน แต่ไม่ได้รับการพัฒนาให้เท่าเทียมกับการแพทย์ตะวันตก ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขโดย พญ.เพ็ญนภา ทวีชัยเจริญ ได้หันมาฟื้นฟูอย่างจริงจังและมีเจ้าหน้าที่สุขภาพและประชาชนในซีกโลกตะวันตกหันมาสนใจการแพทย์ตะวันออกมากขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการสนับสนุนวิธีการดูแลสุขภาพที่ประชาชนได้ใช้มาช้านาน

6) ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน ไม่ว่าจะประเทศใดก็ตามมักจะมี 3 ระบบที่คงอยู่ด้วยกันเสมอ คือ ระบบการแพทย์วิชาชีพ ระบบการแพทย์สามัญชนและระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Kleinman, 1978) โดยเฉพาะในประเทศไทยจะเห็นได้ชัดเจน งานวิจัยต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อประชาชนมีอาการเจ็บป่วยจะใช้ระบบสามัญชน คือ การดูแลตนเองและพึ่งพากันเองในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมเสมอ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจใช้ระบบบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพหรือการแพทย์พื้นบ้าน แต่ก็ยังคงผนวกการดูแลตนเองในระบบสามัญชนอยู่ด้วย (กฤษณา นาดีและคณะ, 2542 : 44-46)

7) งานวิจัยต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วย เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้วยการหายใจลึกๆ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การนั่งลูกเต๋า การควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ช่วยลดความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานจากการปวด ลดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง และมีความพึงพอใจในการพยาบาลมากขึ้น หรือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยลดความทุกข์ เติญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี และสามารถบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542)

8) แนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยขณะนี้ เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่าต้องปรับเปลี่ยนการดูแลในระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศให้ครอบคลุมทั่วถึง ราคาไม่แพง และเป็นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การดูแลสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

เมื่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนด้วย ดังนั้นความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนจึงมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ประชาชนต้องการมีส่วนร่วมและรับรู้ในสุขภาพของตนเองทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย โดยใน

ภาวะปกติจะต้องการการให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้และคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งต้องการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะผิดปกติให้ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วเพื่อที่จะได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะต้น แต่ในภาวะเจ็บป่วยจะต้องการการดูแลรักษาที่สะดวกใกล้บ้านด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและต้องการมีทางเลือกในการรักษาโดยตนเองเป็นผู้ตัดสินใจและมีบุคลากรทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา ส่วนในกรณีที่ต้องเจ็บป่วยระยะยาวนั้นต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามการรักษาและเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการ โดยบริการที่ได้รับจะต้องครอบคลุมทุกพื้นที่ มีระบบการบริการและการส่งต่อเป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพและมีความเสมอภาคในการรับบริการ

4.3 ระบบสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ในอดีตนั้น ความหมายของ “สุขภาพ” ถูกจำกัดวงให้แคบเพียงแค่เรื่องของความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพิงหมอ โรงพยาบาล ยารักษาโรค การผ่าตัด เทคโนโลยีทันสมัย แต่ในทีคนะใหม่ เรื่องของ “สุขภาพ” ไม่ได้มีความหมายเพียงแค่นั้นหากแต่หมายรวมถึง “สุขภาพะ” ที่ประกอบด้วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ

ด้วยแนวคิดและคำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” ที่กว้างขวางขึ้นนี้เองจึงเกิดเป็นร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นเสมือน “ธงนำ” ไปสู่การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับคนไทยทั่วประเทศ

ปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่รูปแบบที่สมบูรณ์ของ “ระบบสุขภาพแห่งชาติ” องค์คพพภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติที่กลั่นกรองจากมันสมองของนักสาธารณสุข นักวิชาการ ตลอดจนบุคลากรในแวดวงหมอ ประกอบด้วยกลไกหลัก 13 ส่วน(ทีมข่าวสาธารณสุข, 2540 : 15) ดังนี้

ส่วนที่ 1 เรื่องของปรัชญา เจตนารมณ์และหลักการสำคัญในการให้ความหมายของการมีสุขภาพดีและเป้าหมายของกฎหมายที่ระบุว่าสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อคนทั้งมวลและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ต้องเป็นระบบที่มีศีลธรรม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความชอบธรรม

ส่วนที่ 2 เรื่องของสิทธิหน้าที่ ความเสมอภาคและหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพโดยเน้นหลักการที่ว่า สุขภาพดีเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน

ส่วนที่ 3 เรื่องของบทบาทรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่นชุมชนและปัจเจกบุคคลในการดำเนินการให้เกิดระบบสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 4 เรื่องของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีหน้าตาเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 5 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพมีเนื้อหาสาระว่าด้วยเรื่องของการสร้างสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมที่ส่งเสริมและสนับสนุนการมีสุขภาพดี

ส่วนที่ 6 ระบบควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพเป็นระบบที่เฝ้าระวังเตือนภัยและดำเนินการควบคุมโรคระบาดโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ เป็นต้น

ส่วนที่ 7 ระบบบริการด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 8 ระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ ว่าด้วยเรื่องของการลงทุนในระบบสุขภาพที่ต้องเป็นไปเพื่อสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ประชาชน

ส่วนที่ 9 ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 10 ระบบการควบคุมคุณภาพ

ส่วนที่ 11 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 12 ระบบการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 13 องค์การและการจัดการที่ว่าด้วยเรื่องการจัดตั้งสภาสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสุขภาพ

หากจะเปรียบกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพแห่งชาติก็คงเหมือนกับรถยนต์ที่ต้องมีระบบต่างๆ เป็นกำลังในการขับเคลื่อนทั้งระบบเครื่องยนต์ ระบบไฟฟ้า ระบบเกียร์ ระบบช่วงล่าง ระบบเบรก ระบบความร้อน เป็นต้น แต่ “หัวใจ” สำคัญของการขับเคลื่อนทุกระบบต้องทำงานเชื่อมโยงประสานเป็นหนึ่งเดียว รถยนต์คันนี้จึงจะสามารถแล่นได้ การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ก็คล้ายกับการออกแบบบ้านใหม่แทนที่บ้านเดิมซึ่งผูกพัน ภารกิจของการสร้างบ้านจึงไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของผู้อยู่อาศัยทั้ง 62 ล้านคน ในทุกภาค ทุกส่วน ทุกองค์กร ที่จะต้องช่วยกันออกแบบวางแผนบ้านใหม่หลังนี้ให้เป็นที่อาศัยอันร่มเย็นอบอุ่นของทุกๆ คนร่วมกัน ถึงเวลาแล้วที่ทุกคนในสังคมจะมีส่วนร่วมในการคิดบนหนทางของการ “ปฏิรูป” ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน วันนี้ แพลนบ้านแห่งสุขภาพดีหลังใหม่เริ่มก่อขึ้นเป็นรูปร่างแล้ว รอเพียงให้คนไทยทุกคนได้มีส่วนร่วมแต่งเติมสีสันอย่างเต็มกำลังสติปัญญาให้เป็นระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาอย่างแท้จริง “สุขภาพดีไม่มีขาย อยากได้ต้องร่วมกันสร้าง” (ทีมข่าวสารธารณสุข, 2544 : 14)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่รับผิดชอบทางสุขภาพอนามัยของประชาชนจึงมีความจำเป็นต้องหาแนววิถีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้น ทัศนา บุญทอง และคณะ

(2543 : 22-33) ได้วิจัยเพื่อหาระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์และพบว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1) เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพโดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามระดับการให้บริการ 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิโดยให้แต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อ (referral system) ตามลำดับดังนี้

1.1) สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการสุขภาพซึ่งกำหนดให้เป็นสถานบริการด่านแรก (first contact) ทำหน้าที่ในการให้บริการระดับปฐมภูมิด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงและไม่ต้องรับไว้รักษาในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดการ ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ลักษณะงานเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังต่อบริการดูแลรักษาเบื้องต้นสัดส่วน 75:25 บุคลากรประจำสถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จะต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการดูแลทั้งหมดดังกล่าวเข้าด้วยกัน อันได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ/หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2) โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิที่มีทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาลทำหน้าที่ให้บริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนและการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่เท่าๆกัน นอกจากนั้นโรงพยาบาลชุมชนจะรับปรึกษาและบริการผู้ป่วยที่สถานีอนามัยหรือคลินิกเอกชนที่เครือข่ายส่งต่อมาอีกด้วย อีกทั้งการบริการเริ่มมีความเป็นเฉพาะทางเข้ามา เช่น การบริการด้านทันตกรรม เภสัชชุมชน บุคลากรประจำโรงพยาบาลชุมชนมีความเป็นสหสาขามากขึ้น จึงควรจะมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น

1.3) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องการการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและมีความต้องการการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นแหล่งวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีทางการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ลักษณะงานบริการจะเป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูต่อการรักษาพยาบาล

ในสัดส่วน 25:75 บุคลากรประจำโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร บุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การจัดให้มีสถานบริการเป็นลักษณะเครือข่ายเช่นนี้จะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ลดความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยลง ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับตติยภูมิโดยไม่จำเป็น

2) เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์นั้น ประชาชนไทยทุกคนควรได้รับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เพื่อให้มีการดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขเต็มศักยภาพ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ไม่ประสบกับความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นหรือที่ป้องกันได้ ประชาชนมีความเสมอภาคในการรับบริการ นั่นหมายถึงประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น จึงต้องมีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยรัฐควรจะต้องสนับสนุนให้สถานีนอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการด้านแรกมีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและถือได้ว่าเป็น “สถานพยาบาลประจำครอบครัว” ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างครบถ้วน

สถานีนอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำหน้าที่เป็น “สถานบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัว” นี้จะต้องได้รับมอบหมายโดยการกำหนดพื้นที่บริการและจำนวนครัวเรือนและประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยต้องจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาทิ

- 2.1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด
- 2.2) กิจกรรมการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การคัดกรองโรคเบื้องต้น
- 2.3) กิจกรรมการดูแลมารดาและเด็กก่อน ตลอดจนสตรีมีครรภ์
- 2.4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง การมาพบตามนัด การเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อในกรณีจำเป็น

2.5) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

3) เป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม การที่จะให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพขององค์รวมเสียก่อน ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุขได้ให้ความหมายของสุขภาพในลักษณะขององค์รวมไว้ว่า

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุม มิติกาย จิต และสังคม การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมายวุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมกันป้องกัน จะเห็นว่าความหมายของสุขภาพแบบองค์รวมนั้น เป็นบูรณาการของกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นเป็นเรื่องของทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ด้านสุขภาพส่วนบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง สร้างทักษะในชีวิตเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยการมีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ มีการเรียนรู้ที่ดี จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม

ด้านของสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มีการสุขาภิบาลที่ดี สิ่งแวดล้อมสะอาด ปราศจากมลภาวะ มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจหรือออกกำลังกาย มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และมีสถานที่เก็บและกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ปราศจากเชื้อโรคและพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงวัน สุนัขบ้า สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพและมิตรไมตรีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน สถานที่ทำงาน กับเพื่อนบ้านและชุมชน

จะเห็นว่าเรื่องของสุขภาพแบบองค์รวมนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ดังนั้นบริการสุขภาพแบบองค์รวมควรมีลักษณะ ดังนี้

3.1) เป็นกระบวนการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ และเป็นบริการเชิงรุก เพราะการส่งเสริมสุขภาพจะมีราคาถูกกว่าการรักษา

3.2) เป็นการดูแล คน ไม่ใช่โรค ซึ่งการที่จะดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้นั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องรู้ว่า คนเป็นบูรณาการของกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม

การให้การดูแลจะต้องครอบคลุมทุกด้าน และการที่เรารู้จักคนได้นั้นต้องอาศัยระยะเวลาและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3.3) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน จากสถาบันหนึ่งสู่อีกสถาบันหนึ่ง และทราบข้อมูลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลบุคคลหรือครอบครัว เพื่อจะได้รู้จักผู้ใช้บริการและครอบครัวอย่างดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล

3.4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและพึ่งพาตนได้มากที่สุดตลอดจนรู้จักใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.5) เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาวิชาที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนที่จะใช้ความรู้ ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนั้นต้องรู้จักทำงานร่วมกับประชาชนและบุคคลในวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งในระบบราชการและองค์กรเอกชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพแบบองค์รวม

3.6) สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทางเลือกอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การแพทย์ทางเลือก และสนับสนุน การศึกษาค้นคว้าวิธีทางเลือกต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

4) เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน และมีความต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพนั้น ต้องเป็นกระบวนการจัดบริการที่มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการหลักที่จำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (basic essential package of health care services) โดยเสมอภาค (equity) ส่วนด้านการบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องนั้น เนื่องจากในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพจำนวนมาก ต้องการเวลาในการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ทำให้การบริการเพื่อสนองความต้องการได้ไม่ทั่วถึง จำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงสมควรส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

5) เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม เนื่องจากค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ในอดีตที่ผ่านมาการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ

- 5.1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเน้นที่การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นค่าบริการที่ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ
- 5.2) ให้ความสำคัญกับระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะทางมากกว่าบริการขั้นพื้นฐานทั่วไป
- 5.3) ขาดกลไกในการกำกับดูแลค่าใช้จ่าย

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมคุ้มค่ากับการลงทุนไว้ ควรเป็นการรับบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ทำให้ประชาชนไม่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ชับซ้อน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเกิดขึ้นตามความจำเป็นจริงๆ ซึ่งเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่ต่ำและคุ้มค่า ซึ่งถ้าจัดให้มีบริการดังกล่าวการลงทุนในการเตรียมบุคลากรที่สามารถรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการดูแลรักษาเบื้องต้นมีราคาต่ำกว่าการเตรียมบุคลากรการแพทย์เฉพาะสาขาสำหรับกลไกในการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำเป็น ต้องมีระบบการกำหนดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพแต่ละประเภทอย่างมีมาตรฐานและเป็นธรรมที่สามารถควบคุมได้ มีการควบคุมมาตรฐานการให้บริการที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่าย

6) เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการสุขภาพเช่นนี้ จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการร่วมตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนอีกด้วย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น การให้ชุมชนเป็นคู่สัญญากับผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพ การให้องค์กรชุมชนเป็นผู้ตรวจสอบและรับรองคุณภาพบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเกิดความผูกพันและรับผิดชอบต่อชุมชนที่ตนดูแลมากขึ้น การบริการระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับสถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน เป็นการบริการที่ใกล้ชิดชุมชนและสามารถให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด ทั้งยังสามารถสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนได้ง่ายที่สุด

ด้วย ดังนั้นการจัดการบริการระดับปฐมภูมิจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดี

7) เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนได้เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ประชาชนเกิดวัฒนธรรมใหม่ทางด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาล คือ หลักการสำคัญสำหรับบริการสุขภาพในอนาคต การสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ประชาชนที่ได้รับการเสริมสร้างให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชาชนและผู้ให้บริการ จะทำให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจสามารถสร้างและพัฒนาแรงจูงใจในการดูแลตนเองของประชาชนที่จะตัดสินใจและกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง

8) เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ ในระบบบริการสุขภาพแบบที่เป็นอยู่ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและบริการการรักษาพยาบาลเป็นลักษณะของการตั้งรับเสียเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไปเสาะแสวงหาการบริการ ซึ่งระบบบริการสุขภาพในลักษณะดังกล่าวนี้เป็นการบริการรักษาพยาบาลซึ่งมีราคาสูงมากไม่สามารถจัดให้ครอบคลุมประชากรได้ทั่วถึง ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องมีบูรณาการของบริการสุขภาพอย่างผสมผสานของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพและการบูรณาการของบริการสุขภาพนี้จะต้องปฏิบัติในงานบริการสุขภาพทุกระดับ กล่าวคือทั้งในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการจะต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

9) เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก ปัญหาการเจ็บป่วยและสาเหตุการตายเป็นจำนวนมาก สามารถป้องกันได้โดยการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยให้มาก

10) เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น การแสวงหาแนวคิดหรือการค้นหาคำตอบองค์ความรู้ใหม่โดยอาศัยการค้นคว้าวิจัย เพื่อนำมาแก้ปัญหา การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญที่สุดคือ ช่วยให้เกิดความคิดริเริ่มในการปรับปรุงคุณภาพของงานบริการและการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องการจะได้รับนั้นจะต้องเป็นระบบบริการสุขภาพที่สมบูรณแบบ เข้าถึงได้ง่ายมีคุณภาพและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยผู้รับบริการต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนทั้งด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การร่วมแสดงความคิดเห็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นและเป็นผู้ตัดสินใจเลือกบริการด้วยตนเอง ลักษณะของระบบบริการจะต้องเข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง เป็นระบบเครือข่ายเพื่อส่งต่อตามความหนักเบาของปัญหาสุขภาพที่พบและต้องเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งจะครอบคลุมทั้งประชาชนทั่วไปและผู้เจ็บป่วยด้วย

จากปัญหาของระบบการบริการสุขภาพในปัจจุบันและแนวโน้มด้านสุขภาพอนามัยในอนาคตที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมดนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อภาวะเศรษฐกิจสังคมและวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีได้เปลี่ยนแปลงไป วิถีชีวิตความเป็นอยู่และสภาวะสุขภาพของประชาชนก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ข้อดีของการเปลี่ยนแปลงนี้ที่เด่นชัดคือ การที่ประชาชนจะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวดเร็วและกว้างขวางขึ้น และมีเทคโนโลยีที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพที่ก้าวหน้าขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีข้อเสียที่สำคัญคือค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีหลายอย่างนำไปสู่การพึ่งพานุเคราะห์บางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มบุคลากร

วิชาชีพ เกิดช่องว่างระหว่างผู้ที่มีความพร้อมกว่าในการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพของประชาชนกับบทบาทการพยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพกลุ่มสำคัญที่สุดกลุ่มหนึ่งแล้วจะพบว่า การพยาบาลส่วนใหญ่ยังเป็นระบบการพยาบาลที่มุ่งไปสู่การแก้ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วเช่นเดียวกันกับด้านการแพทย์ที่มุ่งรักษาโรค อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นโยบายด้านสุขภาพที่ผ่านมามีต้นทุนสูงมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแต่ผลที่ได้ไม่คุ้มค่า เพราะแม้ว่าประชาชนจะมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นแต่ไม่สามารถอยู่ในสภาวะที่แข็งแรงช่วยเหลือตนเองหรืออยู่อย่างมีความสุขได้ในสังคม หากมองในด้านภาวะการเจ็บป่วยจะพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมากกว่าที่จะเกิดจากโรคที่มีสาเหตุจากเชื้อโรคเหมือนในอดีต

ดังนั้นแนวโน้มในอนาคตของการดูแลสุขภาพจึงมุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพเชิงรุกเป็นตัวนำ เพื่อเป้าหมายในการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง และการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนำการรักษามาและฟื้นฟูภาวะเจ็บป่วย อันจะนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาคและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมด้วย เมื่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป บทบาทการพยาบาลย่อมจะต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วยโดยเฉพาะบทบาทในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เมื่อประชาชนจะต้องมีบทบาทในการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและพึ่งตนเองให้มากขึ้น บทบาทการพยาบาลในการกระทำทดแทน จะต้องลดลง ส่วนบทบาทในการกระทำร่วมกับประชาชนและบทบาทในการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจะต้องชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะบทบาทการพยาบาลในส่วนที่เป็นบทบาทอิสระตามขอบเขตความรู้ความสามารถและกฎหมายวิชาชีพนั้น จะทำให้การพยาบาลสามารถเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนบทบาทของตนให้สอดคล้องกับบทบาทของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองได้เอง โดยไม่ต้องขึ้นกับทีมสุขภาพ แต่จะเป็นไปในทางเดียวกันได้โดยการมีเป้าหมายร่วมกัน หากบทบาทการพยาบาลยังคงเน้นการให้การพยาบาลแบบตั้งรับที่นำไปสู่การพึ่งพามูลนิธิวิชาชีพมากกว่าการส่งเสริมให้ประชาชนได้พึ่งตนเองเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก็จะทำให้เป้าหมายการมี สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนของประชาชนประสบผลสำเร็จได้ยาก ในทางกลับกันถ้าการพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนบทบาทโดยให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (Partly compensatory nursing) และการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing) เป็น ตัวนำในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ก็จะทำให้

ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้ เพราะวิชาชีพการพยาบาลมีความรู้ความสามารถด้านการดูแลสุขภาพและมีความใกล้ชิดกับประชาชนอยู่แล้ว

4.4 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545–2549 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 , 2544: ก-ข)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จัดทำขึ้นโดยมีกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545 – 2549 และให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาร่วมกันจากทุกภาคส่วน ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับสามารถใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นแนวทางในการจัดทำแผนและการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1) แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ 2 ประการ
2) ความเชื่อมโยงของวิสัยทัศน์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับการพัฒนาสุขภาพ

2.1) ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ

2.2) ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

3) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

4) แนวทางการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผล

4.4.1 แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ

แนวคิดหลักประการที่ 1 : สุขภาพคือ สุขภาวะ ทิศทางการพัฒนาที่ถูกต้องจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็นพื้นฐาน การปรับกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ โดยไม่เพียงแต่ต้องมองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังต้องมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จึงยึดแนวคิดหลักที่ถือว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะ” ซึ่งหมายความว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึง

แยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดหลักประการที่ 2 : พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ จากแนวคิดหลักที่ถือว่าสุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพจึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสุขภาวะที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ แนวคิดหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพจึงต้องเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

4.4.2 ความเชื่อมโยงของวิสัยทัศน์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับการพัฒนาสุขภาพ

4.4.2.1 ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทย ซึ่งเป็นปรัชญาทางในการพัฒนาประเทศให้เป็นไปในทางสายกลาง โดยสาระหลักปรัชญานำทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” มีหลักการสำคัญ 5 ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 คือ ยึดทางสายกลาง มีระบบภูมิคุ้มกัน มีความสมดุลพอดี รู้เท่าทันโลก รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- (1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- (2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงิน การคลัง เพื่อสุขภาพในทุกระดับ
- (3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- (4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

(5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

(6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

4.4.2.2 ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ วิสัยทัศน์

ร่วมของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของสังคมไทยที่พึงประสงค์ เป็นสังคมที่เข้มแข็ง และมีคุณภาพ 3 ด้าน คือ สังคมคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน

ระบบสุขภาพมีบทบาทสำคัญทั้งในแง่ที่ต้องร่วมสร้างสังคมเข้มแข็งที่มีคุณภาพและในแง่ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ต้องมีความเข้มแข็งและต้องมีคุณภาพทั้ง 3 ด้าน คือ เป็นระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ มีภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และเป็นระบบสุขภาพที่เอื้ออาทร พึ่งพาเกื้อกูลกันได้ และสามารถให้การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและคนจนได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

(1.1) ระบบสุขภาพเชิงรุกและพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม

(1.2) บริการสุขภาพมีคุณภาพ/ประสิทธิภาพ

(1.3) มีหลักประกันที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีและตายอย่าง

สมศักดิ์ศรี

(1.4) มีธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

(1.5) สังคมทุกระดับเข้มแข็ง มีส่วนร่วมและพึ่งตนเองทางสุขภาพ

ได้

(2) ระบบสุขภาพที่มีภูมิปัญญาและการเรียนรู้ ประกอบด้วย

(2.1) ใช้ความรู้และปัญญาเป็นฐาน

(2.2) ใช้ประโยชน์และรู้เท่าทันทั้งภูมิปัญญาไทยและสากล

(2.3) วิจัยและพัฒนาวิทยาการและนวัตกรรมสุขภาพ

(2.4) สังคมมีสำนักสุขภาพและมีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ

(2.5) ระบบทั้งมวลเอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

(3) ระบบสุขภาพเพื่อสังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน ประกอบด้วย

(3.1) ระบบบริการสุขภาพมีคุณธรรม และเคารพในความเป็น

มนุษย์

(3.2) หลักประกันสุขภาพที่อุ่นใจ/ทั่วถึง/เสมอภาค/เป็นธรรม

(3.3) สิทธิและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

(3.4) ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ทุกข์ยาก คนยากจน และผู้ประสบ

เคราะห์กรรม

ระบบสุขภาพเพื่อสังคมคุณภาพ เพื่อสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และเป็นระบบสุขภาพที่เสริมสร้างความสามัคคีและเอื้ออาทรกันของสังคมนี้ พหุจะประมวลเป็นระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยที่เข้มแข็งและมีคุณภาพ ดังนี้

ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีของประชาชน ควบคู่กับการมีหลักประกันที่อุ่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยสังคมทุกส่วนและทุกระดับ มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ และมีสุขภาวะในสังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างกว้างขวาง

4.4.3 วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

4.4.3.1 วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพประชาชน “คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาวะ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน”

4.4.3.2 พันธกิจหลัก การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health) โดยการพัฒนาสุขภาพทั้งระบบจะเกี่ยวข้องกับองค์กร ประชาคม และสถาบันต่างๆ ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ภารกิจหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 นี้จึงเป็นการ ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพโดยจะต้องทำให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ

4.4.3.3 วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพมุ่งสู่จุดหมาย คือ วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพประชาชน จึงกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ คือ

- (1) เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพ

ดี และการคุ้มครองความปลอดภัยของชีวิตและสุขภาพ ทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบอาหาร ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ การคุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันการควบคุมโรค

(2) เพื่อสร้างหลักประกันที่ช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชน จากผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนา และสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เสมอภาคและเป็นธรรม โดยเฉพาะคนจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม

(3) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ

(4) เพื่อสร้างกลไกและมาตรการในการสร้าง แสวงหา และเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองการใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทันเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

4.4.3.4 เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ

เป้าหมายหลักการพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วย 10 เป้าหมาย คือ

- (1) การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- (2) คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ
- (3) การสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ
- (4) การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กร/กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ
- (5) การสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
- (6) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม
- (7) การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบท โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการขั้นสูง
- (8) การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข
- (9) การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบ

สุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล

(10) การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ

4.4.3.5 ยุทธศาสตร์หลักการพัฒนาสุขภาพที่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้มี 6 ยุทธศาสตร์หลัก คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งที่ปัจจัยหลักของการมีสุขภาพดี ควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า เร่งสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคถ้วนหน้าและเป็นธรรม โดยการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ปรับระบบการเงินการคลังและกลไกการกำกับดูแลให้มีเอกภาพ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสังคมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ปฏิรูประบบ โครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ปฏิรูประบบ โครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการการระบบสุขภาพ ให้มีความเป็นเอกภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความหลากหลายของพื้นที่ รวมทั้งเอื้อต่อการมีส่วนร่วมและสามารถระดมศักยภาพของสังคมทุกส่วนและทุกระดับเพื่อร่วมพัฒนาสุขภาพของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม เพื่อสุขภาพ เสริมบทบาทและสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมทุกระดับให้เป็นรากฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่น โดยสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีศักยภาพและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรและบริหารทรัพยากร และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ เร่งสร้างระบบบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพให้สามารถสร้าง แสวงหา และใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้และภูมิปัญญาสุขภาพเพื่อให้เกิดการพึ่งตนเอง และเพื่อการ

เศรษฐกิจของชุมชนและประเทศ โดยสามารถใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาไทย และภูมิปัญญาสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับ การเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่ เร่งผลิตและพัฒนาคุณภาพของกำลังคนด้านสุขภาพให้มี ปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และมีการ กระจายอย่างทั่วถึงเท่าเทียมกันทั่วประเทศ

4.4.4 แนวทางการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผล

4.4.4.1 โครงสร้างการบริหารจัดการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการอำนวยการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และ คณะกรรมการบริหารแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

4.4.4.2 การแปลงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ไปสู่การปฏิบัติ คณะกรรมการทั้งสองชุดดังกล่าวจะบริหารจัดการให้มีการนำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ไปสู่การจัดทำแผนรองรับของหน่วยงาน/องค์กรในทุกระดับ โดยการนำฐานความรู้ในประเด็น ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากการประมวลองค์ความรู้สู่แผนพัฒนาสุขภาพไปใช้ประกอบในการจัดทำ แผนพัฒนา แผนปฏิบัติการและการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

4.4.4.3 การติดตามประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาค ส่วนในการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการพัฒนาตาม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของยุทธศาสตร์การพัฒนาตามเป้าหมายที่ กำหนดไว้ โดยดัชนีชี้วัดใน 2 ระดับคือ 1) ดัชนีชี้วัดระดับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพใน ภาพรวม และดัชนีชี้วัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเฉพาะด้านที่มีการกำหนดเป็นเป้าหมายการ ดำเนินการในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

5. การวิจัยอนาคต (Futures Research)

เรื่องของอนาคตเริ่มเป็นที่สนใจกันอย่างแพร่หลายในช่วง 30 กว่าปีที่ผ่านมาเอง ทั้งๆ ที่การวิจัยเกี่ยวกับอนาคต (Futures Research) มีมามากกว่า 50 ปีแล้วอย่างต่อเนื่อง (Matha J. Garrett , 1995) การมองไปข้างหน้าเริ่มเป็นที่ยอมรับว่ามีความสำคัญในการกำหนด นโยบาย แต่อย่างไรก็ตามผู้บริหารยังให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สถานการณ์ในอนาคตไม่ เท่าที่ควรและยังมีการนำไปใช้ประโยชน์ค่อนข้างน้อย โดยที่การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันนั้นเกิดขึ้น รวดเร็วมากและจะยังคงมีการเปลี่ยนแปลงต่อไปเรื่อยๆ ในอนาคต ดังนั้นการเตรียมตัวหรือ

วางแผนกระทำการใดจึงควรมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 5-10 ปี มิฉะนั้นเราอาจไม่สามารถรับมือให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้ แต่ถ้าจะให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นควรจะวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มเพื่อกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนาและหากวิธีที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จและไปถึงจุดมุ่งหมายนั้นได้ เพราะการศึกษาอนาคตเป็นการสังเกตและวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจแนวโน้มของสิ่งที่จะเกิดผลกระทบได้ในอนาคตข้างหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นและจะทำการอย่างไรกับสิ่งนั้น สิ่งสำคัญคือเราต้องเป็น ฝ่ายรุกหรือกำหนดอนาคตขึ้นตามที่เราต้องการจะให้เป็นแทนที่จะปล่อยให้ทุกสิ่งทุกอย่างเกิดไปตามกาลเวลาโดยเราจะเป็นผู้เดินตามการเปลี่ยนแปลงนั้นไปอย่างไม่มีจุดหมายปลายทาง

5.1 ความหมายของการศึกษาอนาคต

อนาคตศาสตร์ (Futures) เป็นคำพหูพจน์ หมายความว่ารวมถึงกิจกรรมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับอนาคต บางครั้งก็ใช้คำว่า อนาคตศึกษา (Futures Studies) หรือ การวิจัยอนาคต (Futures Research) แบบแผนที่เป็นที่นิยมกันคือ การแบ่งอนาคตศาสตร์ออกเป็น 3 ลักษณะและมีความหมายดังต่อไปนี้ (Martha J. Garrett, 1989 ; ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์, 2542)

1. การวิจัยอนาคต (Futures Research) ได้แก่ การทำนาย การพยากรณ์ทาง เศรษฐศาสตร์ และเทคนิคอื่นๆ เพื่อหาแนวโน้มในอนาคต
2. การศึกษาอนาคต (Futures Study) ได้แก่ การเขียนฉากทัศน์ ประเด็นของ อนาคต
3. อนาคตจลศาสตร์ (Futures Movement) ได้แก่ การสร้างเครือข่าย การ ดำเนินชีวิตแบบต่าง ๆ การสร้างภาพพจน์และการสนับสนุนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อไปสู่ อนาคต

อนาคตศาสตร์ (Futures) เป็นหลักการคาดการณ์ที่ใกล้เคียงกับการกำหนด นโยบาย การกำหนดกลวิธีและการวางแผนระยะยาว ในช่วงที่ผ่านมาอนาคตศาสตร์ได้มีการ แลกเปลี่ยนแนวคิดและเทคนิคกับสาขาวิชาอื่นๆ เช่น การเมือง สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การศึกษานโยบาย คอมพิวเตอร์ มนุษยนิเวศน์วิทยา การพัฒนาการ การเรียนรู้องค์กร ระบบการ คิด ทฤษฎีการตัดสินใจ และทฤษฎีเกมส์

อนาคตศาสตร์ (Futures) ครอบคลุมแนวคิดที่กว้างขวางและมีเครื่องมือมากมายที่ใช้ในการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับคาดการณ์วิธีอื่น ๆ

อนาคตศาสตร์ (Futures) ไม่ได้มาทดแทนกระบวนการวางแผน การกำหนด

กลวิธีและการพัฒนานโยบาย แต่การใช้อนาคตศาสตร์อย่างเหมาะสมจะช่วยสนับสนุน ส่งเสริม และทำให้กระบวนการเหล่านี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อนาคตศาสตร์ใช้ในการค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อหน่วยงานซึ่งไม่เคยค้นพบมาก่อน ทำให้เข้าใจหน้าที่ของหน่วยงานยิ่งขึ้นและใช้เพื่อติดตามผลระยะยาวของนโยบายและแผน

อนาคตศาสตร์ (Futures) จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะกระตุ้นให้เกิดความคิดใหม่ ๆ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาใหม่ เปลี่ยนแผนกลยุทธ์ใหม่ เป็นต้น

อนาคตศาสตร์ (Futures) แตกต่างจากวิธีการคาดการณ์อื่นๆ ใน 5 ประเด็นต่อไปนี้

1. ความครอบคลุม (Breadth of coverage) อนาคตศาสตร์มีความคลุมในระบับกว้างมิใช่เฉพาะในหน่วยงานเหมือนการวางแผนหรือการกำหนดกลวิธี แต่ครอบคลุมทุกสิ่งที่มีผลกระทบต่อระบบของหน่วยงานหรืออาจจะเป็นระดับประเทศหรือระดับโลกก็ได้

2. ให้ความสำคัญกับสาเหตุที่ซ่อนอยู่ (Attention to underlying causes) เน้นถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาและปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ความหลากหลายของคำถาม (Different questions) คำถามของอนาคตศาสตร์จะไม่แคบเหมือนคำถามในการจัดทำนโยบายและแผน เช่น คำถามในอนาคตศาสตร์จะไม่ถามว่า “เราจะทำอย่างไรจึงจะไปถึงสิ่งที่ต้องการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่” แต่จะถามว่า “เราต้องการให้หน่วยงานของเราเป็นอย่างไรในอนาคต” หรือ “เราจะวางแผนอย่างไรให้หน่วยงานของเราเป็นไปตามที่เราต้องการในอนาคต?” หรือ “อนาคตที่เราไม่ต้องการให้เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร? และเราจะต้องเตรียมการอย่างไรถ้าต้องเผชิญกับอนาคตที่ไม่ปรารถนานั้น?”

4. แหล่งข้อมูล (Sources of information) อนาคตศาสตร์ใช้ข้อมูลเช่นเดียวกับการจัดทำนโยบายและวางแผนและหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่มีอยู่แล้วในระบบ โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มย่อย การสำรวจ ตรวจสอบแนวคิด รวมทั้งการหาข้อมูลจากสื่อที่เป็นที่นิยมและการทบทวนวรรณกรรม ฯลฯ

5. ระยะเวลา (Time perspective) อนาคตศาสตร์มองไปข้างหน้าอย่างน้อย 10 ปี ส่วนใหญ่จะใช้เวลา 20 – 30 ปีหรือมากกว่านั้น

อนาคตศาสตร์จะช่วยให้การเตรียมการสำหรับอนาคตมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีพื้นฐานจากภาพอนาคตมากกว่า 1 ภาพ เหตุการณ์ในอนาคตมักจะไม่เป็นไปตามที่เราคาดการณ์เอาไว้ ทำให้การบริหารจัดการต้องยุ่งยากกับการแก้ไขปัญหาวิกฤติที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการเตรียมตัวรับสถานการณ์หลาย ๆ รูปแบบ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานสูงขึ้น

5.2 ประเภทของฉากทัศน์

1. ฉากทัศน์ของอนาคตประเภทน่าจะเป็นไปได้มากที่สุด “most likely” (expected scenarios, environmental scenarios, reference scenarios, most probable scenarios, probable scenarios, predictions, projections, forecasts, trend scenarios)
2. ฉากทัศน์ที่ใช้พรรณานาคตซึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดขึ้น (feasible scenarios, plausible scenarios, probable scenarios, possible scenarios, exploratory scenarios, alternative scenarios)
3. ฉากทัศน์ที่อธิบายอนาคตบนพื้นฐานของการพยากรณ์จากข้อมูลในปัจจุบัน (extrapolation scenarios, baseline scenarios, trend scenarios)
4. ฉากทัศน์ของอนาคตที่เหนือการคาดเดาหรือฉากทัศน์ที่แตกต่างออกไป (exploratory scenarios, alternative scenarios, contrasted scenarios)
5. ฉากทัศน์ที่อธิบายอนาคตที่ไม่น่าเป็นไปได้ (wildcard scenarios)
6. ฉากทัศน์ที่พรรณานาคตอันเป็นผลรวมของเหตุการณ์ที่เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ (likely and unlikely events) และอนาคตที่ปรารถนาและไม่ปรารถนา (desirable and undesirable happenings or mixed scenarios)
7. ฉากทัศน์ที่อธิบายอนาคตซึ่งต่างไปจากที่คาดไว้อันเนื่องมาจากนโยบายหรือวิธีการ (Strategic scenarios, alternative scenarios)
8. ฉากทัศน์ที่ต้องการในอนาคต (desired scenarios, preferable scenarios, alternative scenarios, horizon scenarios, utopian scenarios, visions)
9. ฉากทัศน์ของอนาคตที่ต้องการและมีความเป็นไปได้ (visions)
10. ฉากทัศน์ที่พรรณานาคตที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ตรงข้ามกับสิ่งที่ต้องการ (exploratory scenarios)
11. ฉากทัศน์สำหรับอนาคตที่ไม่ดี (dystopian scenarios)
12. ฉากทัศน์ที่อธิบายสถานการณ์สุดท้ายของอนาคตหรือภาพอนาคต (situational scenarios, interim scenarios)
13. ฉากทัศน์ของเหตุการณ์ที่นำไปสู่สถานการณ์สุดท้าย (development scenarios, strategic scenarios, interim scenarios)
14. ฉากทัศน์ที่พรรณานาคตภายใต้ความแตกต่างของข้อกำหนดหรือภายใต้เงื่อนไข

ที่แตกต่างกัน (scenarios named for the assumptions, such as the great leap forward stagnation, international intergration, hard times, sustainability, transformation)

15. ฉากทัศน์ที่ให้ความสนใจประเด็นที่แตกต่างกันของอนาคต (sectoral scenarios, multisectoral scenarios, macroenvironmental scenarios, institutional scenarios)

5.3 ความหมายการวิจัยอนาคต

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2530 : 42) ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตว่า หมายถึง วิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวโน้มต่าง ๆ ที่เป็นทางเลือกของเรื่องที่ศึกษา ที่คาดว่าจะเป็นไปได้ (Possible) หรือน่าจะเป็นไปได้ (Probable)

เทียนฉาย กีระนันทน์ (2529 : 103) ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตว่าเป็น การศึกษาเพื่อมองถึงเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคต รวมถึงปฏิสัมพันธ์และผลกระทบในระหว่างเหตุการณ์หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่น่าจะเกิดขึ้น

พันธุ์สุรย์ ลดาวัลย์ ; สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร และโรเบิร์ต บี เท็กซ์เตอร์ (2527 : 24) ได้ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตว่า เป็นการศึกษาที่มีระบบแบบแผนเกี่ยวกับทางเลือกในอนาคตที่คนกลุ่มหนึ่งเห็นสังคมหนึ่งคิดว่าเป็นไปได้หรือน่าจะเป็นไปได้ มโนทัศน์พื้นฐานของการวิจัยอนาคตที่เรียกว่า 4 P's คือ

1) Projection การพยายามบรรยายสะท้อนถึงทางเลือกต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้ ในอนาคต การบรรยายรูปแบบของอนาคตต่าง ๆ นี้ นักอนาคตศาสตร์เรียกว่า การสร้างอนาคต (Scenario Building)

2) Preparation การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับอนาคต เช่น การเตรียมหา ยุทธวิธี (Strategy) และกลวิธี (Tactics) ที่จะดำเนินการให้บรรลุกับอนาคตที่พึงประสงค์ ในขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะเผชิญกับอนาคตที่ไม่พึงประสงค์

3) Protection การคิดถึงทางเลือกต่าง ๆ ทำให้ตระหนักถึงโอกาสของการเกิดสภาพการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต และช่วยให้สามารถหาทางป้องกันและกำจัดองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ล่วงหน้าได้

4) Preservation เมื่อกำหนดอนาคตที่พึงประสงค์ก็หาทางรักษาหรือสงวน อนาคตที่ต้องการไว้ โดยการพยายามทำให้มันเกิดเป็นจริง

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การวิจัยอนาคต เป็นการศึกษอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกในอนาคต โดยมองถึงเหตุการณ์หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ของเรื่องที่ศึกษาที่คาดว่าจะ เป็นไปได้ หรือน่าจะเป็นไปได้ในอนาคต รวมถึงปฏิสัมพันธ์และผลกระทบในระหว่างเหตุการณ์ หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่น่าจะเกิดขึ้น

5.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยอนาคต

การวิจัยอนาคตมีจุดมุ่งหมาย ดังนี้

1. เพื่อบรรยายทางเลือกในอนาคตที่เป็นไปได้ หรือน่าจะเป็นไปได้สำหรับ ประชากรกลุ่มหนึ่ง
2. เพื่อพิจารณาทบทวนระดับความรู้หรือความไม่รู้ของเราเกี่ยวกับอนาคตที่เป็นไปได้
3. เพื่อชี้ให้เห็นถึงผลพาดพิงหรือผลอันอาจเกิดขึ้นจากอนาคตที่เป็นไปได้นั้น ๆ
4. เพื่อเตือนให้ทราบล่วงหน้าถึงอนาคตอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้นั้น
5. ทำให้เข้าใจกฎเกณฑ์ของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (พันธุศาสตร์ ; ลดาวัลย์ ; สิทธิ ญรัฐ ประพุทธินิติสาร และโรเบิร์ต บี เท็กซ์เตอร์ , 2527 : 24)

โดยทั้งนี้จุดมุ่งหมายหลักของการวิจัยอนาคตมิใช่อยู่ที่การทำนายที่ถูกต้อง หากแต่อยู่ที่การสำรวจและศึกษาแนวโน้มที่เป็นไปได้หรือน่าจะเป็นไปได้ในเรื่องที่ศึกษาให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เพื่อหาทางทำให้แนวโน้มที่พึงประสงค์นั้นเกิดขึ้นและป้องกันหรือขจัดแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์ให้หมดไปหรือหาทางที่จะเผชิญกับแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากว่ามันจะเกิดขึ้นจริงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยอนาคตจะมีประโยชน์โดยตรงต่อการวางแผน การกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ ตลอดจนไปจนถึงการกำหนดยุทธวิธี (Strategies) และกลวิธี (Tactics) ที่จะนำไปสู่การ สร้างอนาคตที่พึงประสงค์ การป้องกันหรือขจัดอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ (จุมพล พูลภัทรชีวิน , 2530 : 42)

5.5 การวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR)

เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR เป็นเทคนิคการวิจัยอนาคตที่ตอบสนองจุด มุ่งหมายและความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยอนาคตมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน เป็นเทคนิคการวิจัย

ที่เอาจุดเด่นหรือข้อดีของเทคนิค EFR , และเดลฟาย (Delphi) เข้าด้วยกัน ขั้นตอนต่าง ๆ ของ EDFR ก็คล้าย ๆ กับเดลฟายเพียงแต่ว่า มีการปรับปรุงวิธีให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมมากขึ้น โดยในรอบแรกของการวิจัยจะใช้การสัมภาษณ์แบบ EFR หลังจากนั้นใช้แบบสอบถามแบบเดลฟายต่อ

การวิจัยแบบ EDFR นี้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน , 2530 : 42-43) ได้พัฒนาขึ้นโดยมีแนวความคิดพื้นฐานมาจากความเชื่อของนักอนาคตนิยม (Futurism) ดังนี้

- 1) อนาคตเป็นเรื่องที่มนุษย์สามารถทำการศึกษาได้อย่างมีระบบ
- 2) ความเชื่อของมนุษย์เกี่ยวกับอนาคตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจ

ของเขา

- 3) เชื่อว่ามนุษย์สามารถควบคุมและสร้างอนาคตได้

เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR นี้ เป็นการผสมผสานระหว่างเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Futures Research (EFR) และเดลฟาย (Delphi) เข้าด้วยกัน ดังนี้

- 1) เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (The Delphi Technique)

เดลฟายเป็นเทคนิคการทำนายที่พัฒนาขึ้นโดยนักคิดวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) คือ เฮลเมอร์ (Helmer) ดาลกี (Dalkey) และเรสเชอร์ (Rescher) ในการใช้ข้อมูลจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการทำนายหรือวางแผนสำหรับอนาคต ซึ่งได้เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นระบบในปี พ.ศ.2495 เทคนิคนี้ได้ถูกปกปิดเป็นความลับมาตลอดเนื่องจากเป็นเทคนิคที่ทางกองทัพอากาศอเมริกันใช้ในการศึกษาและวิจัยสิ่งต่าง ๆ เดลฟายเพิ่งมาเปิดเผยครั้งแรกในปี พ.ศ.2505 และในปัจจุบันเป็นเทคนิคการทำนายที่ได้รับความนิยมอย่างมากในเกือบทุกวงการ ไม่ว่าจะเป็นด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร การเศรษฐกิจ การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ในการนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องการใช้ความคิดเห็นหรือการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้เป็นประโยชน์ในงานด้านต่าง ๆ และนอกจากเดลฟายจะเป็นการคาดการณ์อนาคตแล้ว เดลฟายยังเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้รับข่าวสารและแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญระหว่างกันโดยไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรง เช่น เดียวกับการระดมสมอง (Brain Storming) หรือการประชุมแบบอื่น ๆ (จุมพล พูลภัทรชีวิน , 2536 : 181 ; เกษม บุญอ่อน , 2522 : 26)

1.1) ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

ชนิตา รัชภัพลเมือง (2541 : 59) กล่าวว่าไว้ว่า การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคการทำนายเหตุการณ์หรือความเป็นไปได้ในอนาคตโดยอาศัยฉันทามติหรือ Consensus ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันน่าเชื่อถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่ว่าจะเป็นข้อสรุปที่เป็นแนวคิดหรือเป็นการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือความเป็นไปในอนาคต ข้อสรุปจากฉันทามตินี้จะสามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจด้านต่าง ๆ ได้ ทั้งในเชิงวิชาการและบริหาร

ประยูร ศรีประสานธน์ (2523 : 49) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นขบวนการที่เสาะหาความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มคนเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต ในเรื่องเกี่ยวกับเวลา ปริมาณและ/หรือสภาพการณ์ที่ต้องการจะให้เป็น โดยใช้วิธีการเสาะหาความคิดเห็นด้วยการใช้แบบสอบถามแทนการเรียกประชุม

ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์ (2530 : 175) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นขบวนการที่รวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับอนาคตจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยที่ผู้ทำวิจัยไม่ต้องนัดสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มาประชุมพบปะกัน แต่ขอรับรองให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจปัญหาในรูปแบบของการตอบแบบสอบถาม ที่จะทำให้ผู้ทำการวิจัยสามารถระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและไม่ตกอยู่ใต้อิทธิพลทางความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเสียงส่วนใหญ่

สิริลักษณ์ จำเรียง (2527 : 37) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการที่นำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาใช้ประโยชน์อย่างมีระบบ เนื่องจากเป็นวิธีการผสมผสานความรู้และความสามารถที่แตกต่างกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการที่เป็นตัวแปรด้านปริมาณซึ่งยังเป็นสิ่งที่คลุมเครือไม่แน่นอน

ดังนั้น เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการวิจัย โดยมีหลักการสำคัญอยู่ที่การพยายามรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างมีระบบเพื่อไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการตัดสินใจหรือสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งในการทำนายเกี่ยวกับอนาคต

1.2) ปัญหาที่ควรวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย เทคนิคเดลฟายควรใช้เมื่อมี ปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1.2.1) ปัญหาที่จะทำการวิจัยที่ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถวิจัยปัญหาได้จากการรวบรวมตัดสินแบบอัตวิสัย (Subjective Judgements) ของผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้น ๆ

1.2.2) ปัญหาที่จะทำการวิจัยต้องการความคิดเห็นหลาย ๆ ด้านจากประสบการณ์หรือความรู้ความสามารถของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2.3) ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการพิจารณาตัดสินปัญหานั้น ๆ

1.2.4) การพบปะเพื่อนัดประชุมของกลุ่มเป็นการไม่สะดวก เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์หรือเสียค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไป

1.2.5) เมื่อไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อบุคคลในกลุ่ม เพราะความคิดเห็นของบุคคลในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาที่วิจัยอาจมีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง

โดยสรุป ปัญหาที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายส่วนมากมักจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการวางแผน การหาหลักการ การทำนายอย่างกว้าง ๆ ในอนาคต ซึ่งไม่สามารถหาข้อมูลตัวเลขที่แน่นอนมาใช้เพื่อแก้ปัญหาได้ (สมคิด โฉมไสว และคณะ, 2533 : 35)

1.3) ขั้นตอนการวิจัยแบบเดลฟาย มีดังนี้

1.3.1) การเลือกและกำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Panel Experts) ผู้วิจัยจะต้องหาวิธีและทำการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลที่มองหรือคาดการณ์ได้อย่างชัดเจน ถูกต้องมากกว่าคนธรรมดาทั่วไป มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในเรื่องที่จะศึกษาอย่างจริงจัง อาจเป็นผู้ที่ศึกษาเรื่องดังกล่าวมาเป็นเวลานาน เป็นผู้มีตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบหรือมีประสบการณ์โดยตรงกับเรื่องที่ศึกษา ยินดีให้ความร่วมมืออย่างเต็มใจและเห็นความสำคัญของการวิจัยเรื่องนั้นด้วย โดยปกติจำนวนจะประมาณตั้งแต่สิบกว่าคนขึ้นไป อาจถึงเป็นร้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายการวิจัย ธรรมชาติของปัญหาหรือความซับซ้อนของเรื่องที่ศึกษา จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่จริง เวลา และงบประมาณ (จุมพล พูลภัทรชีวิน , 2536 : 181 ; สุธรรมจันทร์หอม , 2526 : 93 ; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2528 : 92-93) แต่จากผลการศึกษาวิจัยของโทมัส ที แมคมิลแลน พบว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปมีอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) น้อยมาก (เกษม บุญอ่อน, 2522 : 27-28)

1.3.2) กำหนดประเด็นแนวโน้มและสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย โดยทั่วไปมักจะอยู่ในรูปของแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

1.3.3) ทำเดลฟายรอบที่หนึ่ง โดยการส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญหรือ สัมภาษณ์ (ตัวต่อตัวหรือโดยการใช้โทรศัพท์) หรือทำการประชุมทางไกล (Tele-Conferencing) โดยผ่านระบบสื่อสารทางเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น โดยการขอให้ ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนทำการคาดเดาเหตุการณ์ว่า ภายในเวลาที่กำหนดจะมีเหตุการณ์หรือ แนวโน้มใดที่จะเกิดขึ้นบ้าง

1.3.4) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับในรอบที่หนึ่ง

1.3.5) ทำเดลฟายรอบที่สอง โดยรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้รับ ข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedbacks) ที่เป็นกลุ่มโดยส่วนรวม เช่น ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของกลุ่ม ผนวก ด้วยคำตอบเดิมของตนเอง แล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบใหม่ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2536 : 181) ซึ่งทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญอาจเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบของตนได้ แต่ถ้าคำตอบใด อยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้เชี่ยวชาญก็จะถูกขอร้องให้แสดงเหตุผลประกอบด้วย (ชนิตา รัชพัลเมือง , 2528 : 94) โดยปกติกระบวนการทำซ้ำ (Interactive Process) แบบนี้จะดำเนิน ต่อไปราวๆ สองหรือสามรอบ หรือจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ จุดมุ่งหมายของการทำซ้ำดังกล่าวก็เพื่อที่จะกรอง (Refine) ความเชี่ยวชาญของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญนั่นเอง (จุมพล พูลภัทรชีวิน , 2536 : 181)

1.3.6) สรุปและอภิปรายผล โดยการเสนอแนวโน้มที่มีฉันทามติตามเกณฑ์ ที่ตั้งไว้แล้วอภิปราย เสนอแนะจากผลการวิจัย (จุมพล พูลภัทรชีวิน , 2536 : 181)

2) เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EFR

ผู้พัฒนาเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EFR คือ โรเบิร์ต บี เทกซเตอร์ (Robert B. Textor) แห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจาก ระเบียบวิจัยทางมานุษยวิทยาที่เรียกว่า “การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนา” (Ethnographic Research หรือ Ethnography)

2.1) ปัญหาที่ควรวิจัยด้วยเทคนิค EFR เนื่องจากเทคนิคการวิจัยแบบ EFR เป็นเทคนิคการวิจัยอนาคตเช่นเดียวกับเทคนิคเดลฟายจึงใช้กับปัญหาการวิจัยในลักษณะเดียวกัน (สมคิด โฉมไสว และคณะ , 2533:37)

2.2) ขั้นตอนของการวิจัยแบบ EFR คือ

2.2.1) กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒินั้น ใช้วิธีการเช่นเดียวกับเทคนิคการวิจัยโดยทั่วไป คือ อาจจะใช้วิธีการเลือก

ตัวอย่างแบบที่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติหรือแบบเฉพาะเจาะจงก็ได้ โดยเลือกให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ศึกษาและด้วยเหตุผลที่เทคนิคนี้พัฒนาขึ้นมาจากการวิจัยทางมนุษยวิทยา ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจึงไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางใดทางหนึ่งโดยตรง แต่เป็นผู้เกี่ยวข้องในวัฒนธรรมหรือเป็นเจ้าของวัฒนธรรมนั้นก็เพียงพอแล้ว ส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนั้นมีจำนวนมากก็ยิ่งดี (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2529 : 23 ; สมคิด โคมไสว และคณะ, 2533 : 37)

2.2.2) สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยจากการที่ EFR เป็นเทคนิคการวิจัยที่พยายามจะดึงเอาขนาดสภาพและค่านิยมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมของกลุ่มประชากรที่ศึกษา การสัมภาษณ์จึงมีลักษณะเฉพาะกล่าวคือ

2.2.2.1) เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ (Non-Directive, Open Ended)

2.2.2.2) เป็นแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) โดยผู้วิจัยมีการเตรียมหัวข้อหรือประเด็นการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าประกอบเพื่อกันลืม แต่จะไม่มีลักษณะของการถามแบบชี้นำ หลักการสัมภาษณ์แบบ EFR นี้ถือว่าผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ควบคุมการสัมภาษณ์และมีอิสระในการสัมภาษณ์อย่างเต็มที่

2.2.2.3) ใช้เทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative Summarization Technique) ซึ่งเป็นลักษณะของการสัมภาษณ์ที่เด่นและแตกต่างไปจากการสัมภาษณ์แบบอื่นคือ จะมีการแบ่งช่วงการสัมภาษณ์ออกเป็นช่วงๆ โดยอาจจะแบ่งตามหัวข้อที่สัมภาษณ์หรือตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น ทุก ๆ ประมาณ 10 นาที ผู้สัมภาษณ์จะสรุปการสัมภาษณ์จากบันทึกที่จดไว้หรือจากเทปบันทึกเสียงให้ผู้สัมภาษณ์ฟังและขอให้ผู้สัมภาษณ์จะสรุปการสัมภาษณ์ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและแก้ไขการสัมภาษณ์ได้โดยจะทำเช่นนี้จนจบการสัมภาษณ์ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือคือ มีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของข้อมูลเพิ่มขึ้น

2.2.2.4) สัมภาษณ์อนาคตภาพ 3 แบบ โดยปกติการสัมภาษณ์แบบ EFR นี้จะประกอบไปด้วยอนาคตภาพที่เป็นทางเลือก (Alternative) 3 ภาพ และเรียงลำดับกันไป คือ

ภาพที่ 1 อนาคตภาพทางดี (Optimistic Realistic Scenario, O-R)

ภาพที่ 2 อนาคตภาพทางร้าย (Pessimistic Realistic Scenario, P-R)

ภาพที่ 3 อนาคตภาพที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (Most Probable Scenario, M-P)

อนาคตภาพทั้ง 3 ภาพนี้ จะประกอบไปด้วยแนวโน้มในอนาคตที่ผู้สัมภาษณ์ คาดว่ามีโอกาสเกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมีการใช้คำว่า Realistic กำกับไว้ทั้งในอนาคตภาพทางดี และอนาคตภาพทางร้าย เมื่อสัมภาษณ์ครบทั้ง 3 ภาพตามขั้นตอนเสร็จแล้ว ผู้สัมภาษณ์อาจจะสรุปการสัมภาษณ์ให้ผู้สัมภาษณ์ฟังทั้งหมดอีกครั้งหนึ่งและขอให้ผู้ให้สัมภาษณ์ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขและ/หรือเพิ่มเติมคำสัมภาษณ์อีก หรืออาจจะนำผลการสัมภาษณ์ที่จะบันทึกไว้ หรืออัดเทปไว้กลับไปเรียบเรียงใหม่ แล้วส่งผลการสัมภาษณ์ที่เรียบเรียงแล้ว (Protocol) ไปให้ผู้สัมภาษณ์อ่านและตรวจแก้ไขเป็นการส่วนตัวก็ได้

2.2.3) วิเคราะห์หรือสังเคราะห์หาฉันทามติ นำผลการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์/สังเคราะห์เพื่อหาฉันทามติระหว่างกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์

2.2.4) เขียนอนาคตภาพ (Scenario Write-Up) นำแนวโน้มที่มี ฉันทามติมาเขียนอนาคตซึ่งเป็นผลการวิจัย (จุมพล พูลภัทรชีวิน,2530:44-46)

จะเห็นได้ว่าการวิจัยอนาคตนั้นมีหลายเทคนิควิธี แต่ละวิธีมีจุดเด่นจุดด้อยในตัวเองขึ้นอยู่กับว่าผู้วิจัยจะตัดสินใจเลือกเทคนิควิธีใดจึงจะเหมาะกับงานวิจัยในแต่ละขั้น แต่ทุกเทคนิควิธีก็มุ่งที่จะหาฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือมากที่สุดและจำเป็นเกี่ยวกับอนาคตที่จะนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจ การกำหนดนโยบายและการวางแผนกลยุทธ์ต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิควิธีแบบ EDFR ในการศึกษาบทบาทพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า เพื่อเป็นการเพิ่มอิสระทางความคิดแก่ผู้เชี่ยวชาญในการมองอนาคตและเป็นการหาฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ ท่านโดยไม่มีการครอบงำจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ

6. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากโครงการศึกษาการสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคตนั้น มีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

มาลินี วงศ์พานิชและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : บริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศไทยในปี พ.ศ.2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างฉากทัศน์ของบริการอาชีวอนามัยของประเทศไทยในภาคอุตสาหกรรม ในปี พ.ศ.2563 และเสนอแนะต่อการกำหนดนโยบายและแผนด้านบริการอาชีวอนามัยของประเทศไทย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และจากการประชุมระดมสมองของผู้มีประสบการณ์และผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องบริการอาชีวอนามัยโดยได้ศึกษาใน 3 ฉากทัศน์ คือ ฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ ฉากทัศน์ที่น่าจะเป็น และฉากทัศน์ที่มีโอกาสเกิดน้อยมากแต่มีผลกระทบมากและรุนแรง (Wildcard Scenario)

ผลการศึกษาที่สำคัญคือ บริการอาชีวอนามัยที่พึงประสงค์นั้นมีได้เน้นเฉพาะการป้องกันปัญหา การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูง การมีความครอบคลุมของบริการเพียงพอและผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพในองค์กรรวมของผู้ใช้แรงงาน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงานในที่สุด มีการบริการหลายรูปแบบเป็นทางเลือกให้กลุ่มผู้รับบริการในบริบทที่หลากหลาย ทั้งนี้จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการอาชีวอนามัยที่เป็นอยู่ให้มีเอกภาพในการบริการจัดการและดำเนินการให้บริการแบบมีส่วนร่วม โดยมี การถ่ายโอนบทบาทการให้บริการจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน ซึ่งเป็นองค์กฤษฎะ ภาครัฐทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับสำหรับฉากทัศน์ที่น่าจะเป็นนั้นไม่ได้มีการปฏิรูประบบบริการอาชีวอนามัยแต่ มีการพัฒนาประสิทธิภาพในด้านการบริหารนโยบายและแผน ตลอดจนการประสานและกำกับติดตามงานทั้งระดับประเทศและระดับปฏิบัติ ขณะเดียวกันก็มีการเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมของระบบบริการอาชีวอนามัย โดยการปรับบทบาทภาครัฐให้เป็นผู้กำกับติดตามภาคเอกชน ซึ่งเป็นผู้ให้บริการผ่านเครือข่ายบริการที่ครอบคลุมผู้ใช้แรงงานทั่วประเทศ ในส่วนฉากทัศน์ที่มีโอกาสเกิดน้อยมากแต่มีผลกระทบมากและรุนแรงนั้น เป็นกรณีของการไม่ให้ความสำคัญด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มโรงงานขนาดเล็กรวมถึงอุตสาหกรรมครัวเรือนเพียงพอ นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังจากการประกอบอาชีพในคนงาน 1 ใน 3 ส่วนของคนงานทั้งหมดของประเทศ จึง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การศึกษาครั้งนี้ได้เสนอแนะแนวทางพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยของประเทศไทยในประเด็นที่สำคัญหลายประเด็น

สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐและคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาอนาคตของระบบบริการสาธารณสุขไทย โดยที่ขั้นตอนของการศึกษาเริ่มจากใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Componential analysis) การวิเคราะห์ผลกระทบไขว้เชิงคุณภาพ (Qualitative cross impact

analysis) โดยผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรมและกระบวนการระดมสมองของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนของกระทรวงสาธารณสุข ต่อจากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้ไปสัมภาษณ์ผู้นำทางความคิดจำนวน 15 คน และขั้นตอนสุดท้ายของการศึกษาคือ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิพากษ์ผลการศึกษาจากทัศน์ระบบบริการสาธารณสุขไทยในการอนาคต (ในอีก 25 ปี) ได้รับการสังเคราะห์ขึ้นมาจำนวน 4 ภาพ โดยอาศัยเครื่องชี้วัดหลายตัวด้วยกัน คือ แนวโน้มทางเศรษฐกิจ แนวโน้มทางประชากรสังคมและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนผ่านทางระบาคติวิทยา การพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบการให้การดูแลสุขภาพ การพัฒนาทรัพยากรสุขภาพ การบริหารจัดการและการคลังระบบบริการสาธารณสุข โดยมุ่งความสนใจไปที่คุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมและความเสมอภาคในระบบบริการสาธารณสุข

ฉากทัศน์ระบบบริการสาธารณสุขของไทยในอนาคต จำนวน 4 ภาพ ที่ได้คือ ฉากทัศน์ที่หนึ่ง ระบบที่มีลักษณะแข่งขันประกอบการหรือการค้าเสรี (Entrepreneurial or Permissive scenario) ระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาพยาบาลที่อาศัยโรงพยาบาลและการดูแลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ มากกว่าที่จะเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีการควบคุมกำกับน้อย แต่มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง มีประสิทธิภาพต่ำและมีความไม่เป็นธรรมสูง ฉากทัศน์ที่สอง ระบบที่มีลักษณะสวัสดิการปานกลาง (Moderately welfare oriented scenario) เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงพหุลักษณะ ซึ่งมุ่งความสนใจไปที่การดูแลเฉพาะทางระดับตติยภูมิภายในโรงพยาบาลมากกว่าการป้องกันและการดูแลในระดับปฐมภูมิ ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพจะค่อนข้างสูงและความไม่เป็นธรรมบางอย่างยังคงมีอยู่ต่อไป ฉากทัศน์ที่สาม ระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง (Highly welfare oriented scenario) เป็นฉากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้นได้มากที่สุด ระบบการดูแลสุขภาพมุ่งเน้นความสนใจไปที่การดูแลในเชิงป้องกันโรคระดับปฐมภูมิที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพจะถูกควบคุม โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานบริการ เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรมมากขึ้นกว่าเดิม ฉากทัศน์สุดท้าย ระบบที่ครอบคลุมทั้งหมดหรือครอบคลุมแบบเบ็ดเสร็จ (Universal or Comprehensive scenario) ระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเกือบทั้งหมดจะเป็นของภาครัฐที่อยู่ภายใต้การปกครองท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ บริการสุขภาพจะเน้นการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพตั้งแต่ปานกลางไปจนถึงต่ำ มีการรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการและมีการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม ภายใต้สถานการณ์การพัฒนาฉากทัศน์แต่ละฉากทัศน์ต้องได้รับการวิพากษ์วิจารณ์และตรวจสอบองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อฉากทัศน์ทั้ง 4 ในวงกว้างต่อไป

สัญญา หุตังคบดีและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปี พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นอนาคตศาสตร์ศึกษาแบบ Soft Approach กำหนดประเด็นการศึกษาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในอดีตถึงปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการทบทวนวรรณกรรมและประชุมระดมสมองกลุ่มตัวแทนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในระบบงานคุ้มครองผู้บริโภค ภาครัฐทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรอิสระ ผู้ประกอบการและผู้บริโภค การสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์การประชุมคณะทำงานและนักวิชาการเพื่อสร้างฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ของระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปี พ.ศ.2563 โดยในขั้นตอนประชุมระดมสมองได้สร้างฉากทัศน์ 4 ภาพ และขั้นตอนสุดท้ายของการศึกษาได้มุ่งไปที่การประเมินฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ในอนาคตซึ่งได้สังเคราะห์ขึ้นโดยอาศัยเครื่องชี้วัด ได้แก่ แนวโน้มสภาพเศรษฐกิจและสังคม การเมือง การปกครอง สภาพสิ่งแวดล้อม การศึกษา กฎหมาย ข้อบังคับ ระบบการสื่อสารและการคมนาคมขนส่ง กระบวนการบริการจัดการระบบสาธารณสุข

ฉากทัศน์ที่ได้มีลักษณะเป็นฉากทัศน์ที่ปรารถนาจะให้เกิดขึ้น (Desirable scenario) ในอีก 20 ปีข้างหน้า แต่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นซึ่งจากการศึกษา พบว่า ค่อนข้างเป็นผลบวก ดังนั้น ผลิตภัณฑ์สุขภาพในอนาคต ส่วนใหญ่จะมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีความปลอดภัย โดยผู้ประกอบการจะมีความตื่นตัวในการพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตและคำนึงถึงสภาพแวดล้อมมากขึ้น

อำนาจ กาจันะและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของคนไทยในปี พ.ศ.2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ.2563 และกำหนดกลยุทธ์ที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนกลยุทธ์ที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม วิธีการศึกษาใช้ทั้งวิธี Soft Approach และ Hard Approach โดยอาศัยข้อมูล ข้อเท็จจริง สถิติต่างๆ ในอดีตและปัจจุบันเพื่อมาสร้างฉากทัศน์ (Scenarios) ของพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต พบว่า

ฉากทัศน์พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของคนไทยในปี พ.ศ.2563 กลุ่มผู้บริโภคยาสูบที่มีการขยายตัวอย่างชัดเจนคือ กลุ่มวัยรุ่นและผู้หญิง ปัจจัยสำคัญคือ ตลาดยาสูบของโลกจะใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภค ตลอดจนการลดราคาบุหรี่ลง ทำให้คนไทยหันมาบริโภคบุหรี่ต่างประเทศเพิ่มขึ้นและตลาดบุหรี่ประเภทซิการ์มีแนวโน้มขยายตัวในระยะยาวซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาเสพติด การสูบบุหรี่นำไปสู่การเสพยาเสพติดประเภทต่างๆ

ฉากทัศน์พฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของคนไทยในปี พ.ศ.2563 คนไทยจะบริโภคสุราเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและอัตรา ซึ่งกลุ่มที่ขยายตัวอย่างชัดเจนคือ กลุ่มวัยรุ่นและผู้หญิง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไทยบริโภคสุราเพิ่มขึ้นคือ นโยบายการเปิดตลาดผลิตสุราเสรี ตลอดจนการซื้อขายสุราได้อย่างสะดวก และวัฒนธรรมไทยที่ถือว่าการบริโภคสุราเป็นการเข้าสังคม ส่วนประเภทของสุราที่มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือ ไวน์ที่ผลิตจากผลไม้ เบียร์ สุราจากต่างประเทศ และเหล้าขาวก็ยังเป็นสุราที่ยังได้รับความนิยมในสังคมในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

ฉากทัศน์พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาเสพติดของคนไทยในปี พ.ศ.2563 เป็นปัญหาสังคมที่สำคัญ พบปัญหาทุกพื้นที่ ทุกชุมชน การแพร่ระบาดถึงกลุ่มเยาวชน ปัจจัยสำคัญคือรูปแบบการตลาดที่ใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้เสพ เช่น เครือข่ายเชิงธุรกิจ การขายตรง เป็นต้นและปัจจัยจากต่างประเทศ ยาเสพติดตัวที่จะเป็นปัญหาสำคัญคือ ยาบ้า ยาดี ยาเค ตลอดจนยาเสพติดตัวใหม่ๆ ที่มีอันตรายมากขึ้น

ฉากทัศน์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในปี พ.ศ.2563 แนวทางที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคือ ฐานะเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ความสะดวกในการเลือกซื้ออาหาร ไม่มีเวลาประกอบอาหาร ทำให้บริโภคอาหารนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการบริโภคตามวัฒนธรรมตะวันตกและสื่อโฆษณาที่กระตุ้นและจูงใจให้คนไทยบริโภคอาหารเสริมมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ทำให้ขาดสารอาหารและสารอาหารเกินความต้องการ ส่วนการศึกษาที่ไม่ได้รับการพัฒนา ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงมีอยู่ นอกจากนี้ระบบเกษตรกรรมที่มีการใช้สารเคมี ยาปฏิชีวนะหรือฮอร์โมนเร่งการผลิตมากขึ้นทำให้เป็นโรคและเจ็บป่วยจากสารเคมีและสารก่อมะเร็งเพิ่มขึ้น ส่วนแนวทางที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคือ แนวคิดนำอาหารมารักษาโรคหรือส่งเสริมสุขภาพ ระบบการศึกษาที่ครอบคลุม มีการตรวจสอบข้อมูล ข่าวสาร กฎหมายและมาตรการต่างๆ ที่เข้มแข็ง ตลอดจนมีพลังประชาสังคมที่เข้มแข็งจะสามารถคานอำนาจของกลุ่มธุรกิจต่างๆ และความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพของคนไทยจะทำให้คนไทยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

ฉากทัศน์พฤติกรรมทางเพศของคนไทยในปี พ.ศ.2563 พบว่า คนไทยจะมีเพศสัมพันธ์แบบมีคู่นอนหลายคนและเปลี่ยนคู่นอนสูง การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วัยรุ่นและก่อนแต่งงานเป็นเรื่องธรรมดา สถานบริการทางเพศมีรูปแบบหลากหลาย ปัจจัยที่ทำให้คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น คาดว่าปัญหาสาธารณสุขจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศคือ โรคเอดส์ จะลดความสำคัญลง เนื่องจากการค้นพบวัคซีน แต่โรคจากเพศสัมพันธ์อื่นๆ กลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จากทัศนคติพฤติกรรมความเครียดของคนไทยในปี พ.ศ.2563 คนไทยจะมีความเครียดมากขึ้น จากสถิติการฆ่าตัวตายในหมู่เยาวชน การฆ่าตัวตายแบบเลียนแบบ อัตราโรคพิษสุราเรื้อรังและปัญหาอาชญากรรมเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ทำให้คนไทยมีความเครียดมากขึ้นคือ ปัจจัยสุขภาพเพราะแนวโน้มคนไทยจะมีปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยจิต-สังคมเพราะขาดที่พึ่งทางด้านจิตใจ ครอบครัวขาดความอบอุ่น และปัจจัยสังคม-วัฒนธรรม การเมืองและกระแสโลกาภิวัตน์ทำให้คนไทยมีความเป็นปัจเจกชนสูงขึ้น กลุ่มที่มีความเครียดสูงคือ เด็ก ผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ส่วนวิถีคลายเครียดมีความหลากหลายและค่าใช้จ่ายสูง

พฤติกรรมการออกกำลังกายของคนไทยในปี พ.ศ.2563 คนไทยในสังคมเมืองจะออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนคนในสังคมชนบท การออกกำลังกายจะผนวกเข้าไปกับวิถีชีวิตของการประกอบอาชีพ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้คนไทยออกกำลังกายเพิ่มขึ้นคือ นโยบายส่งเสริมสุขภาพของรัฐ การสร้างสนามกีฬา นโยบายส่งเสริมการแข่งขันกีฬาระดับชาติ การผ่อนคลายความเครียด และการกระจายโอกาสทางการศึกษาเพิ่มขึ้น

จากทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. ปลุกฝังปรัชญาความคิดที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
2. สร้างกิจกรรมที่สร้างสรรค์ให้กับวัยรุ่น เช่น กลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติด สุราหรือบุหรี่ เป็นต้น
3. ส่งเสริมการวิจัยด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้มีการนำผลการวิจัยมาปรับประยุกต์ใช้ได้จริงและสอดคล้องกับสภาพปัญหา
4. สร้างชุมชนนิยม คนในชุมชนช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันเอง
5. จัดกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น
6. ส่งเสริมสื่อมวลชนมีส่วนร่วมพัฒนาพฤติกรรมอนามัย เพราะมีบทบาทต่อการปรับเปลี่ยนปรัชญาความคิด ทัศนคติและค่านิยมของประชาชน

นรา นาควัฒนานุกูลและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษานาถการสาธารณสุขระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองในปี พ.ศ.2563 ได้ทบทวนข้อมูลต่างๆ ที่เป็นเหตุยภูมิและวรรณกรรมต่างๆ ที่เป็นปัจจัยแวดล้อมและแนวโน้ม ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองและสถานะสุขภาพของประชากร คณะผู้ศึกษาได้ประมวลข้อมูลต่าง ๆ มาคาดการณ์อนาคต (Projection) และใช้การประชมระดมสมองจากตัวแทนของผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมือง ในการสร้างฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขเขตเมือง

ประเมินจากทัศนคติและร่วมสร้างข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบาย พร้อมทั้งวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของแต่ละทางเลือก ตลอดจนข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการเลือกระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองที่อาจเป็นไปได้ต่อผู้บริหารและต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจกำหนดนโยบายและวางแผนเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองต่อไป

ผลการศึกษาจากทัศนคติของระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง เพื่อเสนอเป็นทางเลือกเชิงนโยบาย 3 รูปแบบ ภายใต้สมมติฐานหลัก (Assumption) คือ การกระจายอำนาจ (Decentralization) คือ

รูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบการจัดเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขโดยมีสมมติฐานว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและเทศบาลยังเหมือนเดิม เทศบาลสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้นแต่ยังไม่สามารถจัดบริการได้เองทั้งหมด จึงต้องมีการจัดบริการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่ยอมรับร่วมกัน รวมทั้งภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ ด้วยระบบประกันสุขภาพ ในรูปแบบนี้มีจุดแข็งคือประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการระดับต่างๆ ได้สะดวกขึ้นด้วยระบบประกันสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขและเทศบาลยังคงสภาพเดิม แต่จุดอ่อนคือประชาชนยังมีความรู้ที่น้อย อำนาจต่อรองน้อย ตลาดบริการยังมีการแข่งขันไม่สมบูรณ์และยังคงเป็นรูปแบบที่รวมศูนย์อำนาจอยู่ส่วนกลาง

รูปแบบที่ 2 รูปแบบการกระจายอำนาจอย่างสมบูรณ์ โดยมีสมมติฐานว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งมาก มีการเลือกตั้งผู้บริหารระดับจังหวัด มี Local Health Authority ที่สามารถรับผิดชอบระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองได้ทั้งหมด ซึ่งรูปแบบนี้กระทรวงสาธารณสุขจะต้องกระจายอำนาจทั้งบุคลากร การบริหาร และการงบประมาณให้ส่วนท้องถิ่นดูแล อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของรูปแบบนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างค่อนข้างมากและมีแรงต้านมาก ต้องแก้ไขกฎหมายหลายฉบับ

รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบที่สถานบริการสาธารณสุขมีระบบการบริหารจัดการแบบอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) รูปแบบนี้โครงสร้างองค์กรของเทศบาลไม่เปลี่ยนแปลงมาก แต่จะเปลี่ยนจากผู้จัดบริการสาธารณสุขเป็นผู้จัดซื้อบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนโครงสร้างภายในของสถานบริการสาธารณสุขต่างๆที่อยู่ในเขตเทศบาลเป็นหน่วยบริการอิสระภายใต้การกำกับของรัฐและเป็นผู้รับ Contract out บริการสาธารณสุขจากเทศบาล แต่จุดอ่อนของรูปแบบนี้คือ ยังคงมีการรวมศูนย์อำนาจอยู่ส่วนกลาง โดยเฉพาะระดับบริการที่ไม่ได้เปลี่ยนเป็นองค์กรอิสระ

ดังนั้นข้อเสนอเชิงนโยบายของการศึกษาอนาคตการสาธารณสุขของการจัดระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองคือให้เน้นการกระจายอำนาจเป็นหลัก เพื่อประชาชนจะได้รับการบริการที่ดีครอบคลุม เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้จะต้องพัฒนาองค์กรท้องถิ่นให้พร้อมที่จะรองรับการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพได้ อย่างไรก็ตามทั้ง 3 รูปแบบได้ยึดหลักการกระจายอำนาจ ซึ่งแต่ละรูปแบบอาจจะเหมาะสมกับสภาพขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งไม่เท่ากัน จึงไม่จำเป็นว่าจะต้องใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในทุกพื้นที่ แต่อาจจะปรับใช้ให้เหมาะสมและประการสำคัญลักษณะการบริการจะต้องเป็นแบบผสมผสานบริการและต้องให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพของประชาชนไม่ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลที่ดีเท่านั้น ด้วยเหตุนี้นโยบายและกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขในเขตเมือง โดยเฉพาะการจัดระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองที่เหมาะสมจะต้องมีคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (Provincial Health Board) มาทำหน้าที่ในการจัดความสมดุลของการบริหารในรูปแบบต่างๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างแท้จริง

สุรียพร พันพืงและกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2542) ได้ทำการศึกษานโยบายสาธารณสุขไทยด้านประชากรและสังคม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากรและสังคมและคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทยและภาพลักษณ์ที่คาดว่าจะเกิด (Most likely scenario) และภาพลักษณ์ที่อยากให้เป็น (Desired scenario) จากการศึกษาภาพลักษณ์ที่คาดว่าจะเกิดในปี พ.ศ.2563 พบว่าอัตราเพิ่มของประชากรและสัดส่วนประชากรวัยเด็กจะลดลง ขณะที่จำนวนประชากรทำงานและวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจะสูงขึ้น รวมทั้งโครงสร้างครอบครัวจะเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ในกลุ่มเด็กเล็ก (0-4 ปี) อัตราตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีปัญหาคาดอาหาร โดยภาพรวมสภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น (5-19 ปี) ดีกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่นๆ แต่มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาจากความรุนแรงในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัญหาเสพติด เพศสัมพันธ์และสุขภาพจิตมากขึ้น สำหรับอัตราการป่วยหรือตายของประชากรในกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุ การฆาตกรรม และโรคจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง และสุดท้ายกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ.2563 คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) โดยคาดว่าจะต้องเตรียมมาตรการที่สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

ฉากทัศน์ที่อยากให้ประกอบด้วยความมั่นคงในเสถียรภาพทางการเมือง โดยเฉพาะเมื่อรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนได้รับความเห็นชอบ จะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการ สุขภาพ การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเสมอภาคทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจได้รับการแก้ไข มีการกระจายรายได้ที่เท่าเทียมกันทั้งในเมืองและชนบทและระหว่างภูมิภาค มีนโยบายจัดการสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบยั่งยืน มีการปฏิรูปการศึกษาที่ทำให้ทุกกลุ่มประชากรได้รับความรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน ความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 จะส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งขึ้น เกิดประชาสังคมในเมืองหรือประชาสังคมจังหวัด ทำให้ภาคประชาชนหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขและดูแลสังคมมากขึ้น

แสงสันต์ พานิชและคณะ(2541) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านมลพิษทางอากาศกับสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ตามโครงการอนาคตการสาธารณสุข พบว่า สภาวะมลพิษในเมืองใหญ่ ๆ เช่น กรุงเทพมหานครมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยมลพิษที่สำคัญ ได้แก่ เสียง น้ำเสีย กากของเสียชุมชนและอุตสาหกรรมและมลพิษทางอากาศ ในอนาคตมลพิษเหล่านี้บางส่วนจะได้รับการจัดการให้ดีขึ้น และความเป็นอยู่ของประชาชนก็จะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน

การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ถึงแนวโน้มของสภาวะมลพิษต่างๆ ที่มีในกรุงเทพมหานครและคาดว่าแม้แนวโน้มของการจัดการมลพิษจะดีขึ้นตามลำดับ แต่มลพิษทางอากาศบางชนิดโดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM-10) กลับมีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับคงที่หรือเลวลง ทั้งนี้เป็นเพราะปริมาณการจราจรที่เพิ่มขึ้นและการขยายตัวของเมือง ซึ่งผลการศึกษาของธนาคารโลกได้บ่งชี้ว่าฝุ่นละอองขนาดเล็กมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในกรุงเทพมหานครอย่างแน่นอน

การศึกษานี้ได้สรุปถึงแนวทางที่จะป้องกันปัญหามลพิษทางอากาศในเมือง ซึ่งมีการดำเนินงานควบคู่กันไปหลายวิธี ได้แก่ การจัดการทางด้านผังเมือง ด้านคุณภาพเชื้อเพลิง ด้านเทคโนโลยีของแหล่งกำเนิดมลพิษ ในส่วนของการสาธารณสุขนั้นควรมีการเตรียมการในเรื่องของมาตรการฉุกเฉินกรณีของสารฟิโตเคมีคัลออกซิแดนท์และการควบคุมมลพิษทางอากาศภายในอาคารและระบบขนส่งสาธารณะให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ เนื่องจากการตอบสนองของประชาชนมีแนวโน้มในการป้องกันตนเองจากสภาพแวดล้อมภายนอกมากขึ้น

ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์และอุดมศักดิ์ ศิลปะชาวงศ์ (2541) ได้ทำการศึกษา แนวโน้มการเงินสาธารณสุขไทย การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายที่จะพยากรณ์ค่าใช้จ่ายทางบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเน้นถึงการประมาณการรายจ่ายสาธารณสุขไปพร้อมๆ กันกับรายจ่ายด้านอื่นๆ และตัวแปรแวดล้อมอื่นๆ รวมทั้งตัวแปรภาคเศรษฐกิจต่างๆ ที่สำคัญ เพื่อที่จะได้ภาพรวมของการใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกัน เนื่องจากเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าภาคบริการสาธารณสุขไม่สามารถวิเคราะห์โดดเดี่ยวแยกจากภาคอื่นๆ ได้ ทั้งนี้เพราะความจริงที่ว่าทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจที่มีอยู่อย่างจำกัด จำต้องตอบสนองต่อผู้บริโภคในประเทศในหลายประการด้วยกันรวมถึงบริการสุขภาพ

แนวคิดหลักของการศึกษานี้มองระบบเศรษฐกิจและสังคมออกเป็น 3 ส่วนหลัก ๆ ได้แก่ ภาคการผลิต (รายรับ) ที่ระบบเศรษฐกิจผลิตขึ้น ซึ่งจะเป็นกรอบและข้อจำกัดของการนำไปใช้ในภาคการใช้จ่ายของประชากรในฐานะผู้ใช้บริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายภาคบริการสาธารณสุขในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของบริการที่จำเป็นในสังคม

การศึกษานี้ได้แบ่งภาพของสมมติฐานการเปลี่ยนแปลงตัวแปรในขนาดออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ กรณีระดับฐาน (Base Case) หมายถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปตามค่าเฉลี่ยระยะยาวของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาในอดีต กรณีระดับต่ำ (Low Case) หมายถึงตัวแปรที่สนใจจะมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างจะต่ำไปจากแนวโน้มปกติในระยะยาวและกรณีระดับสูง (High Case) หมายถึงตัวแปรที่สนใจมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างจะสูงกว่าแนวโน้มปกติที่เคยเป็นในระยะยาว

การศึกษาพบว่าสัดส่วนรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อ GDP มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตแต่จะเพิ่มขึ้นมากน้อยรวดเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญ คือ ระดับของการขยายตัวทางเศรษฐกิจของไทยว่าจะขยายตัวได้ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเพียงใด อย่างไรก็ตามพบว่ารายจ่ายด้านสาธารณสุขที่แท้จริงต่อหัวของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าสถานการณ์จะเป็นอย่างไรก็ตาม ในอนาคตคนไทยน่าที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้นมากพอสมควร สาเหตุหรือปัจจัยสำคัญคือประเทศไทยมีการขยายตัวของประชากรลดลงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการขยายตัวของงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขนั่นเอง

ชาญวิทย์ กระเทพ (2541) ได้ทำวิจัยเรื่องสถานบริการสาธารณสุขในอนาคตซึ่งได้รายงานนำเสนอการสร้างภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อมีการกระจายอำนาจการบริหารออกจากส่วนกลางของสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่เคยอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยจะอยู่ในการบริหารจัดการของการปกครองส่วนท้องถิ่น

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตที่มีเศรษฐกิจเจริญสามารถเลี้ยงตัวเองได้จะพัฒนาไปเป็น โรงพยาบาลอิสระ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตที่ภาวะเศรษฐกิจยังไม่เจริญพอ ยังคงอยู่ในการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์จะพัฒนาไปเป็นโรงพยาบาลเฉพาะโรคที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากจนต้องอยู่ในความดูแลของรัฐต่อไป โรงพยาบาลเอกชนในอนาคตจะเป็นการบริการร่วมกันในเครือข่ายโรงพยาบาลข้ามชาติซึ่งอาศัยเทคโนโลยีและเครื่องมือที่มีราคาแพงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังขาดภาพโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและอื่นๆ

มาร์ธา เจ การ์เร็ตต์และ เอ็ม เจ วายซ็อคกี้ (Martha J. Garrett and M.J.Wysocki} 1998) ได้ทำการศึกษาเรื่องบทบาทของสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) ต่อโครงการอนาคตศึกษาการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่านับตั้งแต่ พ.ศ.2539 เป็นต้นมา สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขได้ริเริ่มดำเนินการโครงการอนาคตศึกษาการสาธารณสุข ซึ่งจัดเป็นโครงการหนึ่งของสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO/SEARO) โดยในระยะที่ 1 ได้มีการสร้างฉากทัศน์ (Scenarios) โดยกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข แต่ยังคงขาดการเปรียบเทียบหรือการผสมผสาน อันเนื่องมาจากการขาดการตกลงกันในเรื่องจุดประสงค์หรือข้อสมมติฐาน สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขจึงได้จัดอบรมปฏิบัติการแบบเข้มในเดือนเมษายน 2541 เพื่อที่จะฝึกอบรมกลุ่มแกนกลางในการดำเนินงานให้มีทักษะความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์วิจรรย์รูปแบบ การศึกษาวิจัย การเลือกวัตถุประสงค์ให้เข้ากับชนิดฉากทัศน์ ตลอดจนการนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบต่างๆ และการประเมินผล ในการประชุมปฏิบัติการครั้งนี้ได้มีผลงานที่สำคัญ 2 ชิ้น คือ การสร้างฉากทัศน์เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงการอนาคตศึกษาการสาธารณสุขในอนาคต ตลอดจนการวางแผนที่จะจัดการประชุมระหว่างประเทศใน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณต้นปี พ.ศ.2542 เพื่อที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในกลุ่มประเทศสมาชิก

พัชฎาภรณ์ หมอกแก้ว (2538) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบทบาทที่คาดหวังของพยาบาล บทบาทที่ผู้บริหารสถานประกอบการกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติกับบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลในสถานประกอบการ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในสถานประกอบการส่วนใหญ่มีบทบาทที่ปฏิบัติจริง ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ ด้านวิจัย และโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับน้อย มีความคาดหวังในบทบาท ด้านบริหารระดับปานกลาง ด้านบริการระดับมาก ด้านวิชาการและด้านวิจัยระดับปานกลางและ

โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผู้บริหารสถานประกอบการส่วนใหญ่กำหนดบทบาทให้พยาบาลปฏิบัติด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ ด้านวิจัยและโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับน้อย บทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของพยาบาลในสถานประกอบการในแต่ละด้านและรวมทุกด้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และบทบาทที่ผู้บริหารสถานประกอบการกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติและบทบาทที่คาดหวังของพยาบาลในแต่ละด้านและรวมทุกด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาล ได้แก่ สถานภาพสมรสและการฝึกอบรมของพยาบาล ซึ่งพบว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสโสดและได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับบทบาทที่ปฏิบัติจริงสูงกว่า พยาบาลที่มีสถานภาพสมรส คู่มีภรรยา หย่าหรือแยก และไม่ได้รับการฝึกอบรม บทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของพยาบาลในสถานประกอบการมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก เมื่อมีการควบคุมสถานภาพสมรสและการฝึกอบรมของพยาบาล ในขณะที่เดียวกันบทบาทที่ผู้บริหารสถานประกอบการกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทที่คาดหวังของพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดทำนโยบายกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณสมบัติและ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอาชีวอนามัย เพื่อให้ผู้ใช้แรงงานได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

รุ่งศิริ เข้มตะกูล (2543) ได้ศึกษาเรื่อง อนาคตภาพการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยในสองทศวรรษหน้า (พ.ศ.2563) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคามของการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันและหาอนาคตภาพการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยในสองทศวรรษหน้า (พ.ศ.2563) ด้านภารกิจบทบาทหน้าที่โครงสร้าง ทรัพยากรการบริหารและกระบวนการบริหารจัดการ รวมทั้ง บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ด้วยวิธี Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) โดยสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนักวิชาการ จำนวน 67 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การวิจัย และการใช้แบบสอบถามเดลฟายี่สร้างจากผลการสัมภาษณ์ ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาตัดสินแนวโน้มที่เป็นอนาคตภาพ คือ ค่ามัธยฐาน ค่าความแตกต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐานและผลต่างระหว่าง ควอไทล์ที่ 3 และควอไทล์ที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าจุดแข็งของการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันคือ โครงสร้างสถานบริการที่มีอยู่ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่จังหวัดลงมาถึงตำบลและหมู่บ้าน การมอบอำนาจให้สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบงาน

สาธารณสุข ทั้งหมดในจังหวัดและมีบุคลากรระดับมัธยมศึกษาจำนวนมาก ขณะเดียวกันก็เป็นจุดอ่อนทำให้ประชาชนเลือกใช้บริการอย่างเสรีข้ามระดับการรักษาเป็นการใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม มีการกระจุกตัวของสถานบริการอยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชน การประสานงานของกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานภายนอกยังไม่มีประสิทธิภาพ การควบคุมกำกับภาคเอกชนไม่เข้มแข็งพอ ไม่สามารถผลิตเทคโนโลยีขั้นสูงได้เอง ต้องพึ่งพาต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและการแทรกแซงทางการเมืองเป็นสิ่งคุกคามที่สำคัญ แต่เป็นโอกาสให้การปฏิรูปบริการสุขภาพเป็นที่ยอมรับและไม่ถูกคัดค้านรุนแรง การมอบและกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ การปรับระเบียบประเทศและสังคมไทยใหม่ ความร่วมมือของประชาชนและชุมชนและความสนใจของพระราชวงศ์เป็นโอกาสที่ดีของการบริหารจัดการสาธารณสุข ภายในปี พ.ศ.2563 ส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ จะรับผิดชอบบริหารจัดการสาธารณสุขในท้องถิ่นตนเองตามทิศทางนโยบายและแผนสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติที่ประกอบด้วยทุกส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรประชาชนเป็นผู้กำหนดแยกแต่ละด้าน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวเชื่อมระหว่างคณะกรรมการระดับชาติกับคณะผู้ปฏิบัติในท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอทำหน้าที่ประสานงาน ติดตามกำกับและเป็นที่ปรึกษาวิชาการให้กับส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ สถานบริการระดับตำบลขึ้นไปบางแห่งจะโอนเป็นขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็งและมีรายได้มากหรือแยกเป็นองค์การอิสระที่มีส่วน ท้องถิ่นและประชาชนถือหุ้น บริหารในรูปคณะกรรมการสำหรับผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะตำแหน่ง ก่อนดำรงตำแหน่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ มีคณะกรรมการและระบบการคัดเลือกเข้าสู่ตำแหน่งในทุกระดับ

จากการศึกษาอนาคตการสาธารณสุขของประเทศไทยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งภาครัฐและประชาชนมีความเห็นตรงกันว่าควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงรุกและเร่งดำเนินการให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นไปตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชนได้รับผิดชอบในการทำนุบำรุงสุขภาพของตนให้แข็งแรงอยู่เสมอและเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเพื่อที่จะได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่นั้นๆ นอกจากนี้ในกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพอนามัยยังมีความเห็นว่าการจะแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเพื่อไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้อย่างยั่งยืนนั้น จำเป็นจะต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าใจและรับรู้ถึงการเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองที่จะต้องเอาใจใส่และมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องดังคำกล่าวที่ว่า “สุขภาพดีเริ่มที่ตนเอง” หรือ “สุขภาพที่ดีซื้อไม่ได้ด้วยเงินแต่อยู่ที่การสร้างให้เกิดขึ้นด้วยตนเอง ครอบครัว

และชุมชน” เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความคิดเห็นที่ทุกฝ่ายได้ร่วมกันแสดงเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดีอย่างถาวรและเป็นไปได้โดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม การพยาบาลในฐานะผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนสาขาวิชาชีพหนึ่งจึงควรได้ตระหนักและเร่งหาแนวทางในการดำเนินการตามบทบาทของตนเสียแต่บัดนี้และควรได้มีการเตรียมการอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดภาพในอนาคตตามที่ต้องการอีกด้วย

ในการประมวลข้อมูลที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นนี้ ทำให้เห็นได้ว่าถึงเวลาแล้วที่จะได้มีการทบทวนและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของไทยที่ผ่านมา เพราะคนไทยจำนวนมากต้องป่วยและตายโดยไม่จำเป็น จากโรคที่มีพฤติกรรมของตนและสังคมเป็นสาเหตุและเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ การพยาบาลในฐานะวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพและน่าจะช่วยเหลือสังคมในเรื่องสุขภาพได้มาก จึงมีการตื่นตัวและสนใจติดตามสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกี่ยวข้องมาโดยตลอด รับรู้ตีความหมายของคำว่า “สุขภาพ” นั้นเป็นการรวมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพทางจิตวิญญาณ ดังเช่นที่ปัจจุบันใช้คำว่า “สุขภาพะ” วิชาชีพการพยาบาลจึงพยายามที่จะพัฒนาการพยาบาลต่อไปเพื่อให้การพยาบาลสามารถเชื่อมต่อการมีสุขภาพะของประชาชนได้อย่างยั่งยืน จึงน่าที่จะศึกษาถึงแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนว่าจะมีทิศทางและแนวทางของการปฏิบัติเป็นอย่างไรในอนาคตตามความคิดเห็นของผู้ที่มีประสบการณ์และเป็นผู้นำในวงการของพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอนาคต (Futures Research) ด้วยเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR(Ethnographic Delphi Futures Research) บนพื้นฐานของข้อมูลปัจจุบันซึ่งศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้นำการปฏิรูประบบสุขภาพไทยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทั้งที่เป็นอดีต ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

ขั้นตอนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนดังนี้

1.1 การค้นคว้า รวบรวมและวิเคราะห์เอกสารเพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพประชาชนในอดีตและปัจจุบัน จากเอกสารชั้นต้น (Primary Sources) ได้แก่ จดหมายเหตุ บันทึกของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ระเบียบของทางราชการ และเอกสารชั้นรอง (Secondary Sources) ได้แก่ ประวัติบุคคล บทความ หนังสือเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ วารสาร วิทยานิพนธ์ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ และพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.2 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีแผนพัฒนาการสาธารณสุขและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นกรอบในการวิเคราะห์ เอกสารที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8 และแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค EDFR ซึ่งเป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในปี พ.ศ.2544 - 2553 บนพื้นฐานของข้อมูล (Information package) (ดูรายละเอียดใน ภาคผนวก ค) ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) และการติดตามเวทีอภิปรายของผู้นำสุขภาพกลุ่มนอกระบบการพยาบาล และการศึกษาเอกสารงานวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของคนไทย ระบบบริการสุขภาพ หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญในการมองอนาคตของผู้เชี่ยวชาญ โดยคัดเลือกจากตัวแทนของผู้ที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพการพยาบาลแต่มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพไทย จากกลุ่มองค์กรเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้บริหารหน่วยงานระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ การจัดการศึกษาและการปฏิบัติงานของพยาบาล (ดูรายชื่อในภาคผนวก ก)

2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ให้ความคิดเห็นในการวิจัยแบบ EDFR คือผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล ที่เป็นผู้บริหารการพยาบาล นักวิชาการพยาบาลหรือนักปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นการศึกษาบทบาทการพยาบาลจากตัวของพยาบาลเองโดยผ่านกระบวนการประเมินปัจจัยทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพการพยาบาลโดยกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 กลุ่ม มีสัดส่วนเท่ากับ 12 : 12 : 13 รวมเป็น 37 ท่าน (ดูรายชื่อในภาคผนวก ข) โดยมีวิธีการคัดเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มแบบเสนอชื่อต่อกันไป โดยเริ่มต้นเลือกผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มมากลุ่มละ 1 ท่าน จากผู้ที่ได้ผ่านการคัดเลือกเข้ามาเป็นคณะกรรมการสภาการพยาบาลหรือสมาคมพยาบาลซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจากสมาชิกวิชาชีพการพยาบาลทั่วประเทศมาแล้วในวาระปัจจุบัน แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญแนะนำชื่อผู้เชี่ยวชาญคนต่อไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จนครบจำนวน 37 ท่าน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1) เป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าและเป็นผู้บริหาร หรือผู้ที่มีส่วนในการผลักดันหรือกำหนดนโยบายและวางแผนเกี่ยวกับบทบาทของวิชาชีพการพยาบาล (เฉพาะกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล)

2) เป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าและมีผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาล (เฉพาะกลุ่มนักวิชาการพยาบาล)

3) เป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีและมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เป็นผู้ที่มีผลงานด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชน หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานกับประชาชนหรือผู้ป่วยโดยตรงมาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี (เฉพาะกลุ่มนักปฏิบัติการพยาบาล)

4) เป็นผู้ที่สามารถให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลได้ตลอดช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เอกสารที่ใช้ในการศึกษาพัฒนาการของบทบาทการพยาบาลในการดูแลสุขภาพประชาชน และการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ประกอบด้วย

1.1 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2511

1.2 พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540

1.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2539

1.4 ระเบียบข้อบังคับการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรพยาบาลสังกัดกลาโหม ทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานครและสภากาชาดไทย

1.5 แผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-8 และร่างแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

1.6 จดหมายเหตุ ประวัติบุคคล บทความ หนังสือเกี่ยวกับประวัติศาสตร์วารสาร วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการปฏิรูประบบการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้นำสุขภาพที่อยู่นอกวิชาชีพการพยาบาลและผู้ให้ความคิดเห็นที่เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการบันทึกเสียงเพื่อบันทึกคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลผู้นำสุขภาพกลุ่มที่อยู่นอกวิชาชีพการพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล

2.2 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้นำสุขภาพกลุ่มที่อยู่นอกวิชาชีพการพยาบาล (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก.)

2.3 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข)

3. เอกสารสรุปข้อมูลพื้นฐาน (Information package) ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนวันนัดสัมภาษณ์ที่จะใช้ประกอบในการพิจารณาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งเป็น

เอกสารที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้นำทางด้านการศึกษาสุขภาพไทย (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

4. แบบสอบถามเพื่อใช้ในการสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าซึ่งมี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามเดลฟายรอบที่ 1 ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากสรุปผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบแรก ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพประชาชน และตำแหน่งหน้าที่หรือผลงานสำคัญที่ผ่านมา (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า เป็นคำถามเกี่ยวกับโอกาสที่แต่ละข้อคำถามจะเกิดขึ้นหรือเป็นจริงในอนาคต 5 อันดับ จากโอกาสที่สิ่งนั้นจะเกิดขึ้น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เรียงตามลำดับจาก 5 4 3 2 และ 1 และคำถามเกี่ยวกับภาพอนาคตในแต่ละข้อนั้นว่ามีลักษณะเป็นภาพที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.)

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามเดลฟายรอบที่ 2 เพื่อใช้ในการสอบถามผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าที่ได้ปรับเปลี่ยนแก้ไขและเพิ่มเติมข้อความตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเดลฟายในชุดที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ในชุดที่ 2 นี้ได้เพิ่มการแสดงตำแหน่งมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในแต่ละข้อ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่ใช้พิจารณาตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามเดลฟายในรอบที่ 2 รวมทั้งขอให้เพิ่มเติมเหตุผลในกรณีที่คำตอบของผู้เชี่ยวชาญแตกต่างไปจากความคิดเห็นของกลุ่ม (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1.1 ชุดเอกสารประกอบการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้จากการที่ผู้วิจัยวิเคราะห์เอกสารนั้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่จะต้องศึกษาเอกสารนี้ก่อนการให้สัมภาษณ์

1.2 ประเด็นคำถามแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิดนั้น ผู้วิจัยได้นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่านได้ตรวจสอบและแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

1.3 แบบสอบถามเดลฟายชุดที่ 1-2 นั้นผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่เป็นประเด็นคำถามปลายเปิดในรอบแรก แล้วนำมาสรุปสาระสำคัญด้วยเทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative Summarization Technique) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญให้สัมภาษณ์ทุกครั้งตามประเด็นหรือเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบกับเทปบันทึกเสียงและการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ได้

วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บและรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นศึกษาพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชนและวิเคราะห์การพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน

1. ค้นคว้าและศึกษาเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เป็นลักษณะของการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งจากเอกสารขั้นต้น (Primary Sources) และชั้นรอง (Secondary Sources) ได้แก่ จดหมายเหตุ บันทึกของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศของทางราชการและหนังสือบทความ เอกสารเกี่ยวกับประวัติบุคคล สถาบันการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน และหนังสือเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ การเกิดโรคระบาด การประกอบพิธีกรรม ในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข

2. นำเอกสารที่ได้มาศึกษารายละเอียดและแจกแจงสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพหรือการให้การพยาบาล รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

3. นำเอกสารทั้งหมดมาจัดกลุ่ม แบ่งแยกหมวดหมู่และรวบรวมเป็นประเด็นตามการดูแลสุขภาพประชาชน ผู้ทำหน้าที่ดูแลและให้การพยาบาล ลักษณะของการดูแลและให้การพยาบาล

4. นำสาระสำคัญมาจัดลำดับ ตามเวลาและเหตุการณ์ แล้วนำมาเรียบเรียงเขียนเป็นความเรียงให้เห็นพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 และแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาฯ ดังกล่าวเป็นกรอบในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ศึกษาสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 ด้านการสาธารณสุข
2. ศึกษานโยบายด้านสุขภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-8
3. นำประเด็นที่ได้จากการศึกษาสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและนโยบายด้านสุขภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1-8 มากำหนดเป็นกรอบในการวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงของการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
4. นำความเชื่อมโยงที่ได้มาเขียนเป็นความเรียง ให้เห็นบทบาทของการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในแต่ละช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ ฉบับที่ 1-8

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำสรุปข้อมูลพื้นฐาน (Information Package) สำหรับผู้เชี่ยวชาญโดยการวิเคราะห์เอกสารและคำสัมภาษณ์จากผู้นำการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

1. ศึกษาเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและประเด็นการสัมภาษณ์
2. นำประเด็นการสัมภาษณ์ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และปรับแก้ไขตามคำแนะนำ
3. ติดต่อกับผู้นำสุขภาพกลุ่มนอกระบบวิชาชีพการพยาบาลเพื่อขอนัดการสัมภาษณ์
4. ขออนุญาตเชิญผู้นำสุขภาพกลุ่มนอกระบบวิชาชีพการพยาบาลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. สัมภาษณ์ผู้นำสุขภาพกลุ่มนอกระบบวิชาชีพการพยาบาลตามวันเวลาที่นัดหมาย
6. สรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ผู้นำสุขภาพแต่ละท่านได้ฟังเป็นประเด็นไประหว่างการสัมภาษณ์
7. นำเอกสารตามที่ระบุไว้ทั้งหมดและคำสัมภาษณ์ที่ได้มาศึกษารายละเอียดและรวบรวมประเด็น

8. นำเอกสารและคำสัมภาษณ์ที่ได้รวบรวมไว้นั้นมาจัดหมวดหมู่แล้วสรุปเป็นสาระสำคัญ
9. นำสาระสำคัญนั้นมาเขียนเป็นความเรียงเพื่อเป็นเอกสารประกอบการพิจารณาให้ผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นหาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเองของประชาชนด้วยเทคนิควิธีการวิจัยแบบ EDFR

1. กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เวลาที่ใช้โดยประมาณ ประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาที่สัมภาษณ์
2. ขอนหนังสือเชิญจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน พร้อมกับเอกสารสรุปข้อมูลพื้นฐาน ผู้บริหาร นักวิชาการและนักปฏิบัติการเหล่านั้นเป็นผู้เชี่ยวชาญ
3. สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตามวันเวลาที่นัดหมาย
4. ภายหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละประเด็น ผู้สัมภาษณ์จะสรุปให้ผู้เชี่ยวชาญฟังด้วยวิธีการสรุปสะสมเป็นระยะๆ เพื่อยืนยันคำให้สัมภาษณ์และแก้ไขเปลี่ยนแปลงคำให้สัมภาษณ์ได้ ถ้าไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
5. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำผลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลแบบเดลฟายในรอบที่ 1
6. นำแบบสอบถามเดลฟายในรอบที่ 1 ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตอบโดยการนำส่งด้วยตนเองแก่ผู้เชี่ยวชาญในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่วนผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ต่างจังหวัด จะทำการจัดส่งทางไปรษณีย์ด้วยลงทะเบียนและใช้การโทรศัพท์ติดตามอีกครั้งหลังจากนั้นภายใน 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งย้ำวันที่จะขอแบบสอบถามคืน เมื่อผ่านไป 1-2 สัปดาห์จะเริ่มติดตามแบบสอบถามคืน ทั้งกรณีที่ได้รับด้วยตนเองและที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่งกลับให้ทางไปรษณีย์ แล้วนำข้อมูล ทั้งหมดมาหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยมและพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสร้างแบบสอบถามเดลฟายรอบที่ 2
7. นำแบบสอบถามเดลฟายรอบที่ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบด้วยวิธีการเดียวกับการส่งแบบสอบถามเดลฟายรอบที่ 1 และให้เวลาผู้เชี่ยวชาญในการตอบคำถามในรอบที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ จึงติดต่อและติดตามแบบสอบถามเดลฟายในรอบที่ 2 แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่า

มัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อีกครั้งเพื่อวิเคราะห์และสรุปผลนำมาเขียนเป็น ความเรียง

8. นำเสนอภาพอนาคตที่มีโอกาสเกิดขึ้นและพึงประสงค์ของบทบาทการพยาบาล เพื่อการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ๆ

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์เอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องเพื่อเรียบเรียงเขียนเป็น พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชนและลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และการวิเคราะห์เอกสารคำสัมภาษณ์ของผู้นำการปฏิรูป ระบบสุขภาพไทย เพื่อสรุปเป็นฐานข้อมูลให้แก่ผู้เชี่ยวชาญก่อนการสัมภาษณ์และตอบแบบ สอบถาม โดยการจำแนกข้อมูลและการวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบโครงสร้างที่ได้กำหนดไว้ แล้ว นำเสนอข้อมูลแบบความเรียงในรูปของเอกสารประกอบการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

2. ขั้นตอนการวิจัยแบบ EDFR ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ โดยการแจกแจงความถี่และหาค่า ร้อยละ

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยการวิเคราะห์ เนื้อหาและเรียบเรียงเนื้อหาตามกรอบโครงสร้างที่กำหนดไว้ โดยนำเสนอเป็นความเรียงและนำมา เป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามแบบเดลฟายในรอบที่ 1 ต่อไป

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในแบบสอบถามแบบเดลฟายในรอบที่ 1 และ 2 ด้วย การหาค่า มัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์

2.3.1 การหาค่ามัธยฐาน (Median)

สูตรการคำนวณ

$$\text{Median} = \frac{L + \left(\frac{N}{2} - F\right)i}{f}$$

เมื่อ Median (Mdn) คือ มัธยฐาน

L คือ ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนน

ที่มีมัธยฐานตกอยู่

ที่อยู่ต่ำกว่าชั้นที่มีมัธยฐานตกอยู่	F	คือ ความถี่สะสมทั้งหมดของชั้นคะแนน
ตกอยู่	f	คือ ความถี่ของชั้นคะแนนที่มีมัธยฐาน
	i	คือ อัตราภาพชั้นคะแนน
	N	คือ จำนวนความถี่ทั้งหมด

ตัวอย่างการคำนวณ

คะแนน	ความถี่	ความถี่สะสม
5	5	3
4	16	26
3	9	10
2	1	1
1	-	0

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } Mdn &= \frac{3.5 + (\frac{31}{2} - 10) \times 1}{16} \\ &= 3.84 \end{aligned}$$

การแปลผล

การแปลความหมายของคะแนนมัธยฐาน

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโอกาสที่แนวโน้มนั้นจะเกิดขึ้นมีมากที่สุด

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโอกาสที่แนวโน้มนั้นจะเกิดขึ้นมีมาก

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 2.50-3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโอกาสที่แนวโน้มนั้นจะเกิดขึ้นมีปานกลาง

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 1.50-2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโอกาสที่แนวโน้มนั้นจะเกิดขึ้นมีน้อย

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 1.00-1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโอกาสที่แนวโน้มนั้นจะเกิดขึ้นมีน้อยที่สุด

2.3.2 พิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range)

สูตรการคำนวณ

การหาค่าควอไทล์ (Q) ใช้สูตรเดียวกับการหาค่า Median แต่

แทนค่า $\frac{N}{2}$ ด้วย $\frac{N}{4}$ สำหรับการหาค่า Q_1 และแทนค่า $\frac{N}{2}$ ด้วย $\frac{3N}{4}$ สำหรับ Q_3

ส่วนค่า L F และ f $\frac{L + (\frac{N}{4} - F)i}{f}$ เปลี่ยนไปตามที่ควอไทล์นั้นตกอยู่

$$Q_1 =$$

$$Q_3 = \frac{L + (\frac{3N}{4} - F)i}{f}$$

พิสัย ระหว่างควอไทล์ = $Q_3 - Q_1$

ตัวอย่างการคำนวณ

คะแนน	ความถี่	ความถี่สะสม
5	5	3
4	16	26
3	9	10
2	1	1
1	-	0

$$\text{แทนค่า } Q_3 = \frac{3.5 + (3x \frac{31}{4} - 10)x 1}{16}$$

$$= 4.33$$

$$\text{แทนค่า } Q_1 = \frac{2.5 + (\frac{31}{4} - 1)x 1}{9}$$

$$= 3.25$$

$$Q_3 - Q_1 = 1.08$$

การแปลความหมายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ถ้าข้อความใดได้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มีค่าตั้งแต่ 1.0 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.0 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

2.3.3 วิธีหาค่าฐานนิยม (Mode)

การหาค่าฐานนิยมของแต่ละข้อความนั้น คำนวณหาค่าความถี่ของระดับคะแนนจาก 1 ถึง 5 สำหรับแต่ละข้อความ ระดับคะแนนใดที่มีความถี่สูงสุดถือเป็นค่าฐานนิยมของข้อความนั้น ในกรณีที่มีความถี่สูงสุดของระดับคะแนนเท่ากันและระดับคะแนนนั้นอยู่ติดกันจะถือเอาค่ากลางระหว่างคะแนนทั้งสองนั้นเป็นฐานนิยมของข้อความนั้น ส่วนกรณีที่มีความถี่สูงสุดของระดับคะแนนเท่ากัน แต่ระดับคะแนนไม่ได้อยู่ติดกันจะถือว่าระดับคะแนนทั้งสองนั้นเป็นฐานนิยมของข้อความนั้น

ตัวอย่างการหาฐานนิยม

ตัวอย่างที่ 1	ระดับคะแนน	5	4	3	2	1	
	ความถี่	5	16	8	1		ฐานนิยมคือ 4
ตัวอย่างที่ 1	ระดับคะแนน	5	4	3	2	1	
	ความถี่	1	14	14	0	1	ฐานนิยมคือ 3.5

การตีความ

กำหนดว่าค่าของความแตกต่างระหว่างค่าฐานนิยมกับมัธยฐานมีค่าไม่เกิน 1.0 จึงจะถือว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน

2.3.4 การพิจารณาความสอดคล้อง

ข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.0 และค่าความแตกต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐานไม่เกิน 1.0 ข้อความนั้นมีความสอดคล้อง ในกรณีที่ข้อความใดมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.0 แต่ค่าความแตกต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐานเกิน 1.0 หรือกลับกัน จะถือว่าข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง

2.3.5 การพิจารณาทิศทางของแนวโน้ม

การกำหนดว่าแนวโน้มใดจะเป็นอนาคตที่พึงประสงค์หรือไม่ พึงประสงค์ได้ตั้งเกณฑ์ไว้ว่าจะต้องมีความแตกต่างกันระหว่างจำนวนความถี่ของความคิดเห็น ตั้งแต่ 9 คนขึ้นไป (หรือประมาณร้อยละ 25) จาก 37 คน ซึ่งเป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบ

แบบสอบถามในรอบสุดท้าย ดังนั้น ถ้ามีผู้เชี่ยวชาญตอบด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีกด้านหนึ่งถึง 9 คน หรือ 9 คนขึ้นไป ก็จะถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นโน้มไปในทางนั้น ถ้าหากแตกต่างกันไม่ถึง 9 คนก็ถือว่าความคิดเห็นกำกวม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน

ก่อนพ.ศ.2439 นั้นการดูแลสุขภาพของคนไทยยังเป็นเรื่องที่อยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะการดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วยโดยเครือญาติ เพื่อน และผู้ใกล้ชิดมากกว่าที่จะเป็นผู้ที่มีความรู้ ที่ศึกษาหรือฝึกหัดทางการพยาบาลมาโดยเฉพาะ จนเมื่อรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ประเทศไทยจึงเริ่มมีการฝึกหัดและศึกษาทางการพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก ในโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล ซึ่งได้จัดตั้งขึ้นตามพระราชดำริของสมเด็จพระพันปีหลวง เมื่อวันที่ 12 มกราคม พุทธศักราช 2439 (ทัศนา บุญทอง, 2539:1) ต่อมาเมื่อการแพทย์ตะวันตกได้เข้ามามีบทบาทและได้รับการยอมรับมากขึ้น ลักษณะของพัฒนาการด้านการดูแลสุขภาพในประเทศไทยจึงเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะแวดล้อมของสังคมไทยและความก้าวหน้าของวิทยาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขสมัยใหม่ จากการศึกษาเอกสารและหลักฐานที่รวบรวมได้ทำให้สันนิษฐานได้ว่า แต่เดิมนั้นการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของไทยเป็นเรื่องที่อยู่ในวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวและกลุ่มชน ขึ้นอยู่กับความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี และความพร้อมของ แต่ละยุคสมัย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 5 ช่วง

1. ช่วงการดูแลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน (ก่อน พ.ศ.2439)

ในสมัยสุโขทัย อโยธยา ธนบุรี และรัตนโกสินทร์ตอนต้น ก่อนที่จะมีการจัดการศึกษาพยาบาลขึ้นในประเทศไทยเป็นครั้งแรกใน พ.ศ.2439 เป็นช่วงที่มีข้อมูลทางประวัติศาสตร์ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะสมัยสุโขทัย แต่สามารถค้นพบหลักฐานที่พอจะแสดงให้เห็นการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือแก่ผู้เจ็บป่วยได้ดังนี้

1.1 **สมัยสุโขทัย** จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์เท่าที่มีอยู่คือศิลาจารึกหลักที่ 1 หนังสือไตรภูมิพระร่วง พระไตรปิฎก และวัตถุโบราณที่พบในบริเวณใกล้เมืองเก่าสุโขทัยนั้น ได้มีการสันนิษฐานว่า

ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วยในสมัยนั้นน่าจะเป็นญาติพี่น้องและผู้ใกล้ชิดกับผู้เจ็บป่วย ดังหลักฐานในพระไตรปิฎก ซึ่งองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ได้ทรงเทศนาสั่งสอนพระภิกษุทั้งหลายไว้ว่า “... ดูกรภิกษุทั้งหลาย พวกเธอไม่มีมารดา ไม่มีบิดา ผู้ใดเล่าจักพึง

พยาบาลพวกเธอ ถ้าพวกเธอจักไม่พยาบาลกันเองใครเล่าจักพยาบาล ดูกรภิกษุทั้งหลายผู้ใด จะพึงอุปัฏฐากเรา ผู้นั้นพึงพยาบาลภิกษุอาพาธ ถ้ามีอุปัชฌายะ อุปัชฌายะพึงพยาบาลตลอด ชีวิตหรือจนกว่าจะหาย ถ้ามีอาจารย์ อาจารย์พึงพยาบาลจนตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะหาย ถ้ามี สัทธิวิหาริก สัทธิวิหาริกพึงพยาบาลตลอดชีวิต ถ้ามีภิกษุผู้ร่วมอุปัชฌายะ ภิกษุผู้ร่วมอุปัชฌายะ พึงพยาบาลจนตลอดชีวิต ถ้าไม่มีอุปัชฌายะ อาจารย์ สัทธิวิหาริกสงฆ์ ต้องพยาบาล ถ้าไม่ พยาบาลต้องอาบัติทุกกฏ ..." (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับหลวง เล่ม 5, 2525: 178-179) จาก คำสั่งสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่ทรงเทศนาสั่งสอนพระภิกษุในครั้งนี้ ทำให้ วิเคราะห์ได้ว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้เจ็บป่วย ล้วนแต่เป็นผู้ใกล้ชิดและบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ บิดามารดา อาจารย์และเพื่อน

ลักษณะการปฏิบัติดูแลแก่ผู้เจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าการเจ็บป่วย นั้นเกิดจากสาเหตุอันใด ก็จะทำพิธีกรรมและดูแลผู้เจ็บป่วยตามนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการทำ พิธีกรรมทางไสยศาสตร์และการปฏิบัติตามโบราณประเพณี เช่น พิธีเสียบบาลซึ่งเป็นพิธีที่สร้างขึ้น เมื่อเด็กแรกเกิดไม่สบาย โดยเชื่อว่าการเกิดจากการกระทำของผี ตามหลักฐานที่พบในสมัยนั้นเป็น ตู๊กตาแบบแม่อุ้มลูก พ่ออุ้มลูก ที่เรียกว่าตู๊กตาเสียบบาลเป็นจำนวนมากในบริเวณเมืองเก่า (กรม พระยาดำรงราชานุภาพ, 2491 :82) นอกจากนี้ยังมีการเซ่นไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อเป็นการบรรเทา การเจ็บป่วยของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดด้วยข้าวตอกดอกไม้ ดังหลักฐานในข้อความตอน หนึ่งของไตรภูมิพระร่วง ที่แสดงว่าคนไทยในสมัยนั้นมีความเชื่อถือทางด้านไสยศาสตร์และ ไสยศาสตร์ที่ว่า "...ณิแลว่ามีผู้ใดไปไหว้นบเคารพบูชาแก่กัจจกรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ แล กัจจกรแก้วนั้นเพียรยอมบ่าบัดเสียซึ่งความไข้ ความเจ็บ ..." (พระญาณโฑ, 2506: 91)

ส่วนความรู้ที่นำมาเป็นพื้นฐานประกอบการดูแลผู้เจ็บป่วยนั้น เชื่อว่าคนไทยใน สมัยนั้นน่าจะได้รับการถ่ายทอดมาจาก การแพทย์แผนอายุรเวทของอินเดียผ่านการถ่ายทอดมาทางเรื่องราวใน พระพุทธศาสนา ดังหลักฐานในพระไตรปิฎกที่พบว่า การแพทย์แผนโบราณของไทยมีรากฐานมา จากการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งในคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของไทยมักจะมีคำกล่าว สรรเสริญหรือบูชาท่านชีวกโกมารภัจจ์ในฐานะครูแพทย์ และตำราแพทย์แผนโบราณเกือบทุกเล่ม จะอ้างถึงท่านชีวกโกมารภัจจ์ว่าเป็นผู้เรียบเรียงไว้ (หอสมุดวชิรญาณ, เอกสารรัชกาลที่ 5 หมู่ เวชศาสตร์ ฉบับเฉลยศักดิ์ 8 1/2 คัมภีร์ธาตุนิรันดร์ และศรีเสาวภางค์, 2515: 218)

ด้านคุณสมบัติของผู้จัดทำกรพยาบาลนั้น องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ ทรงเทศนาสั่งสอนไว้ว่า "... ดูกรภิกษุทั้งหลาย ภิกษุผู้พยาบาลไข้ที่ประกอบด้วยองค์ 5 ควร พยาบาลไข้ คือ เป็นผู้สามารถประกอบยา 1 รู้จักของแสดงและไม่แสดง คือ ก้นของแสดงออก

นำของไม่แสดงเข้าไปให้ 1 มีจิตเมตตาพยาบาลใช้ไม่เห็นแก่อาภิส 1 เป็นผู้ไม่เกลียดที่จะนำ
 อัจฉริยะ ปัสสาวะ เขฬะหรือของที่อาเจียนออกไปเสีย 1 เป็นผู้สามารถที่จะชี้แจงให้คนไข้ เห็น
 แจ่ม สมาทาน อาจหาญ ร่าเริง ด้วยธรรมกถา ในกาลทุกเมื่อ 1 ดูกรภิกษุทั้งหลาย ภิกษุพยาบาล
 ใช้ที่ประกอบด้วยองค์ 5 นี้แล ควรพยาบาลใช้ ..." (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับหลวงเล่ม 5 ,
 2525 : 181)

จึงเห็นได้ว่า ถึงแม้จะยังไม่มีการจัดการศึกษาพยาบาลในสมัยสุโขทัยและผู้ที่ทำ
 หน้าที่ดูแลผู้ป่วย คือ คนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดก็จริง แต่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
 จำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับยา ของแสง โดยการเรียนรู้จากวิธีการที่บรรพบุรุษปฏิบัติมา และ
 ต้องมีจิตใจที่เมตตาแก่ผู้ป่วย ไม่รู้สึกรังเกียจ พร้อมที่จะชี้แจง และสามารถอธิบายให้ผู้
 เจ็บป่วยเข้าใจได้ ซึ่งยังเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ที่เป็นพยาบาลในปัจจุบันอยู่

1.2 ในสมัยอยุธยา มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่นำมาศึกษาได้มากกว่า
 ในสมัยสุโขทัย หลักฐานส่วนใหญ่อยู่ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์และมักเป็นบันทึกของชาว
 ต่างชาติที่เดินทางเข้ามาดำเนินการทูต ในช่วงนี้ก็ยังไม่มีหลักฐานที่กล่าวถึงการพยาบาลเช่นกัน แต่
 หลักฐานที่พอจะศึกษาได้เป็นหลักฐานทางการแพทย์แผนโบราณที่มีการดูแลผู้ป่วยนอนอยู่บ้าง
 ทำให้มองภาพของการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ชัดเจนกว่าในสมัยสุโขทัย โดย
 ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยคือ เครือญาติและผู้ใกล้ชิดสนิทสนม

ส่วนการดูแลเกี่ยวกับสุขอนามัยของประชาชนในสมัยอยุธยาโดยทั่วไปมีลักษณะ
 ดังนี้

อาหาร คนไทยเชื่อว่าข้าวที่จะหุงรับประทานจะต้องล้างน้ำ 3-4 หนก่อน มิฉะนั้น
 จะเกิดไข้ (นิโคลาส แซร์แวงส, 2506: 96)

น้ำดื่ม คนไทยจะไปตักน้ำจากต้นน้ำไปใส่ตุ่มไว้หลาย ๆ วัน ให้โคลนตก
 ตกตะกอนเสียก่อนจึงใช้ดื่ม เพราะเชื่อว่าถ้าไม่ระมัดระวังในเรื่องน้ำดื่มแล้ว ไม่ช้าจะเกิดโรคภัย
 ใช้เจ็บขึ้น (องค์การคำครุสภา, 2507: 162)

การดูแลร่างกาย คนไทยจะอาบน้ำวันละ 3-4 ครั้ง โดยลงไปแช่ในน้ำหรือ
 ตักด้วยขันรดตัว อาบแล้วอบด้วยของหอมและใช้ขี้ผึ้งสีปาก ประแบ่งให้เป็นดอกขาว ๆ ที่ยอดดอก
 เป็นการแสดงว่าได้อาบน้ำขึ้นใหม่ ๆ การที่จะไปเยี่ยมผู้ใดนั้นถ้าไม่อาบน้ำเสียก่อนคนไทยถือว่า
 ไม่สุภาพมาก คนในสมัยอยุธยาเอาใจใส่รักษาฟันมาก แม้จะได้ย้อมให้ดำไว้แล้วก็ตาม ส่วน
 ผมนั้นสระด้วยน้ำ และใส่น้ำมันจันทร์ทำนองเดียวกับพวกสเปญ แล้วหวีผมในขณะที่ชาวสเปญไม่

สนใจหิวผม ส่วนเล็บนั้นไม่ได้ทำเล็บ เพียงแต่รักษาไว้ให้สะอาดเท่านั้น (ลาจูแบร์, 2510 : 126-127)

การนอน คนไทยสมัยอยุธยาเชื่อว่า การนอนกลางแจ้งและนอนกับพื้นดินมักทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บขึ้น (ลาจูแบร์, 2510: 126) สอดคล้องกับที่นิโคลาส แซร์แวส (2506: 105) บันทึกไว้ว่า คนไทยจะนอนกับพื้นห้อง มีเสื่อหรือพรมปูก่อนแล้วใช้ฟูกบางปูทับ และมีมุ้งครอบกันยุงเสมอ

นอกจากนี้ ยังพบว่า เมื่อ พ.ศ. 2205 ตรงกับสมัยพระนารายณ์มหาราช ได้เริ่มมีการสุขาภิบาลขึ้นในประเทศไทยเป็นครั้งแรก โดยความร่วมมือของชาวต่างประเทศชื่อ บาดหลวง โธมาส วาลกัวเนวา ชาวอิตาลีและคณะ ได้จัดหาน้ำจากทะเลชุปศรเข้ามาใช้ใน เมืองลพบุรีได้สำเร็จ (พระบาราศนราดูล, 2511: 20) และในสมัยนี้ ยังพบหลักฐานว่า ได้มีการสร้างโรงพยาบาล เมื่อ พ.ศ.2212 ขึ้น โดยบาดหลวงชาวฝรั่งเศส แต่ไม่มีแพทย์ประจำ มีเพียงบาดหลวง ซึ่งได้ผ่านการอบรมทางอายุรกรรมและศัลยกรรมมาเท่านั้น จนถึง พ.ศ.2219 จึงได้มีนายแพทย์ มองเซนเยอร์ แซร์บอโน (Charboneau) เป็นชาวสวิส อยู่ในคณะบาดหลวงฝรั่งเศส เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ต่อมาบาดหลวงได้เสนอให้เพิ่มจำนวนเตียงอีก แต่สมเด็จพระนารายณ์ทรงปฏิเสธ เนื่องจากไม่เคยมีโรงพยาบาลในธรรมเนียมไทยมาก่อน โรงพยาบาลแห่งนี้ จึงได้ล้มเลิกไปเมื่อสิ้นสุตวรรษกาลของพระองค์และไม่ได้มีการสร้างขึ้นอีกในสมัยอยุธยา (Virginia Thompson, 1941: 647 และ E.W. Hutchinson, 1933: 18 อ้างใน ไพลิน นุกุลกิจ, 2529 : 37) แสดงว่าคนไทยไม่นิยมที่จะนำผู้ป่วยมาไว้ที่โรงพยาบาล แต่ชอบที่จะให้คนใน ครอบครัวได้ดูแลกันเองที่บ้านมากกว่า

ในด้านการคลอดในสมัยอยุธยานั้น ผู้ทำคลอดคือหมอดำแย ซึ่งเป็นหญิงสูงอายุ จะเป็นผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและพิธีกรรมบางอย่างที่เชื่อว่าจะทำให้ทั้งแม่และลูกแข็งแรงและคลอดง่าย การทำคลอดในสมัยอยุธยาทำได้แต่การคลอดปกติ โรคเกี่ยวกับการคลอดที่น่ากลัวในสมัยนั้น คือ โรคสันนิบาตหน้าเพลิง หมายถึง การติดเชื้อในระยะคลอดแล้วทำให้หญิงหลังคลอดเป็นไข้ในระยะอยู่ไฟ (สำราญ วงศ์พาน์, 2510: 37) ความรู้เกี่ยวกับการทำคลอดนั้นได้จาก ตำราสูติกรรมของไทยโบราณชื่อ “คัมภีร์ปฐมจินดา” ผู้แต่ง คือ มหาเถรดำแย ถึงแม้ผู้แต่งตำรานี้จะเป็นชาย แต่ไม่พบผู้ชายเป็นหมอดำแย (เสถียรโกเศศ, 2505: 3)

ส่วนการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในสมัยอยุธยานั้น พบหลักฐานในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ได้กล่าวไว้ว่า “... ในสมัยอยุธยาจะนำเด็กเกิดใหม่ ๆ ไปอาบน้ำในแม่น้ำ แล้ว

นำกลับมาให้กินนม นอนเตียงเล็ก ๆ โดยไม่สวมเสื้อและห่อผ้า จนกระทั่งอายุ 6 เดือน ก็จะมีให้กินข้าว เด็กจะตายเสียมาก เมื่ออายุไม่กี่วันหรือไม่กี่เดือน ในจำนวนเด็ก 10-12 คน จะรอดตายราว 2-3 คนเท่านั้น ..." (นิโคลาส แซร์แวงส, 2506: 103)

ส่วนความรู้ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้เจ็บป่วยส่วนใหญ่ยังเป็นไปตามความเชื่อเรื่อง โชคลางและไสยศาสตร์ แม้จะมีการรักษาพยาบาลจากชาวต่างชาติที่เข้ามาในช่วงนั้นบ้าง แต่เป็นแค่ช่วงเวลาสั้น ๆ จึงไม่มีผลต่อการนำมาปฏิบัติของคนไทย ดังหลักฐานจากจดหมายของ มองซิเออร์ ปินโต ที่เขียนถึง มองซิเออร์ บาร์เซต์ ตอนหนึ่ง ที่กล่าวว่า "... ในระหว่างที่เกิดความเจ็บไข้ชุกชุมนี้ พระเจ้าแผ่นดินได้แสดงพระองค์เป็นพุทธศาสนิกชนอย่างดีได้พระองค์หนึ่ง โดยลงมือทำด้วยพระองค์เองก็มี และสั่งให้คนอื่นทำพิธีต่างๆ ก็มี กล่าวคือ ได้มีการสวดมนต์ เลี้ยงพระ มีการสวดมนต์ในที่ประชุมชน ทำน้ำมนต์แลพิธีต่างๆ หลายพันอย่าง ซึ่งพระองค์ได้ทำทั้งในเมืองแลนอกเมือง แต่พระเจ้าแผ่นดินไม่ได้แสดงพระองค์ว่าเป็นแต่พุทธศาสนิกชนอย่างเดียว ได้แสดงพระองค์เป็นเหมือนกับบิดามารดาของราษฎรอย่างดีด้วย โดยมีรับสั่งให้แพทย์ไปเที่ยวรักษาพยาบาลคนเจ็บป่วย แลพระราชทานยาแลเงินให้แจกเป็นทานทั่วหน้ากัน ..." (กรมศิลปากร, 2520: 621) นอกจากนี้ยังพบหลักฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วย โดยการให้อาหารไม่แสดงและการใช้วิธีการเหยียบ นวดบีบในสมัยอยุธยา ดังนี้ "... คนไข้ของพวกเขานั้น บริโภคแต่ข้าวต้มอย่างเดียว และต้องให้ละมมาก ๆ ส่วนน้ำดื่มเนื้อนั้น ในประเทศสยามถือว่าเป็นของแสลง ขนาดทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ทีเดียว เพราะทำให้ท้องอืด และเมื่อคนไข้พอจะบริโภคอาหารหนักได้บ้างแล้ว ก็ให้กินเนื้อหมูซึ่งไม่ค่อยแสลง ดีกว่าเนื้อสัตว์อย่างอื่นหมด ..." และ "... ระหว่างอยู่ไฟจะให้ดื่มและกินแต่ของที่ร้อน ๆ เท่านั้น ..." (ลาลูแบร์, 2510: 280-296) "... ในกรุงสยามนั้น ถ้าใครป่วยไข้ลง ก็จะมีเริ่มทำให้เส้นสายยึด โดยให้ผู้มีความชำนาญในทางนี้ขึ้นไปนวดร่างกายของคนไข้แล้วใช้เท้าเหยียบ ๆ กล่าวกันว่า หลิงมีครรภ์ก็มักให้เด็กเหยียบเพื่อให้เกิดคลอดบุตรง่าย ..." (ลาลูแบร์, 2510: 277)

จากหลักฐานที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยจะคงเป็นเครือญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และคนไทยชอบที่จะให้ผู้เจ็บป่วยอยู่ที่บ้านท่ามกลางญาติพี่น้องและลูกหลานมากกว่าที่จะให้ไปอยู่ที่อื่น ส่วนวิธีการรักษาและดูแลก็จะเป็นไปตามความเชื่อและประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากคนรุ่นก่อน ซึ่งวิธีการหลายอย่างยังสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันได้ เช่น การบีบนวด การประคบ การให้อาหารอ่อนๆ และการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น แต่บางอย่างจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโดยใช้ข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงที่พิสูจน์ได้เป็นเหตุผลในการอธิบายและกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการคิด

ไต่ร่องและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น การให้เด็กเหยียบขณะมีครบกี้เพื่อให้คลอมนุตร่างและพิธีกรรมทางไสยศาสตร์อื่นๆ เป็นต้น ถึงแม้ว่าการรักษาพยาบาลในสมัยอยุธยาจะยังเป็นการรักษาพยาบาลแผนโบราณก็ตาม แต่ก็ยังค้นพบว่าคนไทยสมัยอยุธยามีการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ เช่น การย้ายถิ่นที่อยู่เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น การรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

1.3 สมัยธนบุรี เป็นสมัยที่ประเทศไทยอยู่ระหว่างการทำศึกสงครามกับพม่าเกือบตลอด และเป็นสมัยที่มีช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น (พ.ศ.2310 – 2325) ทำให้ไม่พบหลักฐานทางการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่จะยืนยันได้ว่าการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยในสมัยนั้นเป็นอย่างไร เชื่อว่าคงไม่แตกต่างจากสมัยอยุธยาและรัตนโกสินทร์ตอนต้นเท่าใด

1.4 สมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น (พ.ศ.2325 - 2410) เป็นช่วงที่มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ชัดเจนขึ้นมา ทำให้เห็นภาพของการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยได้ดีขึ้นกว่าสมัยสุโขทัย อยุธยา และธนบุรี ดังต่อไปนี้

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยคือ บุคคลในครอบครัวและญาติผู้ใกล้ชิด พบหลักฐานที่แสดงว่าญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแลพยาบาลให้กับผู้เจ็บป่วยในพระราชวงศ์ด้วย ดังความตอนหนึ่งในพระราชพงศาวดารที่ว่า “...กรมพระราชวังบวรสถานมงคล ประชวรด้วยพระโรคนี้ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ได้ทรงทราบว่สมเด็จพระอนุชาประชวรพระอาการหนัก จึงเสด็จขึ้นไปประทับแรมทรงพยาบาลสมเด็จพระอนุชาธิราชอยู่ในพระราชวังบวรฯ ถึง 6 ราตรี...” (พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, 2457: 312) ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว(ร.4) พ.ศ.2394-2411 ในสมัยนี้คนไทยได้รับอิทธิพลของการรักษาพยาบาลตามแบบตะวันตกอีกครั้งหนึ่ง และแพร่หลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน โดยผู้ที่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลแบบตะวันตกครั้งนี้เป็นคณะมิชชันนารี โดยที่บางคนไม่ได้เป็นแพทย์ นอกจากนี้ ยังพบหลักฐานว่าแพทย์แผนโบราณได้ทำหน้าที่ทางการแพทย์ด้วย ดังความตอนหนึ่งที่พระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ อธิบดีกรมพยาบาลคนแรก ทรงเล่าไว้ในเรื่องแพทย์หม่อมว่า “... ในการที่จะต้องเป็นหมอยาเคยใช้ใช้เคยรักษา ถ้าปะไข้ที่พลิกแพลงก็ต้องหนีไปส่วนผู้ที่ถือมั่นตามคัมภีร์ เมื่อไม่มีความไหวพริบทดลอง เคยเห็นไข้หายไข้ตายกับมือมากก็คงดีไม่ได้เหมือนกัน แพทย์ที่จะดีได้ต้องอาศัยทั้งคัมภีร์เป็นหนทาง แล้วได้เคยพยาบาลไข้ที่หายกับมือ ตายกับตามามากและไม่มีความคิดถึงตนเป็นครุ ต้องสืบสวนจดจำและไหวพริบ จึงจะสมควร ...” (พระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์, 2515: 226-233) ที่การพยาบาลต้องตกไปเป็นหน้าที่ของแพทย์แผนโบราณด้วยนั้น เพราะการพยาบาลในสมัยก่อน ถูกมองว่าเป็นการรักษาไข้เจ็บและการป้องกันไม่ให้ตายมาก (หอบจดหมายเหตุแห่งชาติ, ร.5 ศ.24/39 เลิกโรงพยาบาลในกระทรวง

ธรรมการ ยกมากระทรวงนครบาลและจัดการเปลี่ยนแปลงวิธีใหม่ 24 มีนาคม ร.ศ. 24-29 ธันวาคม ร.ศ.127)

ลักษณะการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยของคนไทยในช่วงนี้ยังเป็นลักษณะของการแพทย์แผนโบราณ มีการใช้สมุนไพร การนวดร่างกาย การใช้เผือกถูกระนาดในโรคกระดูกและการใช้พิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ประกอบกับสุขภาพย่ำแย่และไม่ดีและมีโรคระบาดค่อนข้างชุก ทำให้ประชาชนต้องหันไปพึ่งพิธีกรรมที่สืบทอดกันมาแบบเดิมและได้มีการรวบรวมตำรายาเพื่อประโยชน์แก่ส่วนรวม โดยเขียนเป็นพระชาดก 500 ชาดก มีทั้งเป็นตำรายาโบราณและทำฤษีตัดตน ส่วนการคลอดบุตรนั้นยังคงใช้การคลอดแบบดั้งเดิมโดยหมอดำแย (เสถียรโกเศศ ,2500 : 49) ให้มีการอยู่ไฟและนอนในห้องที่มีแดดจัด งดของแสลงให้อาหารประเภทชดน้ำร้อนๆ เช่น แกงเผ็ด รวมทั้งการต้มน้ำร้อน เด็กที่คลอดออกมาหมอดำแยจะอุ้มเด็กให้คว่ำหน้าแล้วเอานิ้วมือล้วงปากเด็กเพื่อควักเอาเมือกหรือเลือดในปากออก เมื่อกี้ถ้าไม่ควักออกทันทีเด็กจะหายใจไม่สะดวก เรียกว่า “สำลักน้ำคร่ำ” เมื่อควักเมือกออกจากปากแล้วเด็กยังไม่ร้องอุแว้ต้องตีก้นเด็กให้แรงพอสมควรเพื่อให้เด็กร้อง ถ้ายังไม่ร้องต้องรอให้รกออกเสียก่อน แล้วเอา หัวเสียมหรือกลักอะไรก็ได้เผาไฟให้แดงนำบเข้าที่รกให้ความร้อนแล่นตามสายสะดือไปถึงตัวเด็ก เมื่อเด็กรู้สึกร้อนจะร้องออกมา ถ้าทำอย่างนี้แล้วเด็กยังไม่ร้องก็แสดงว่าจะไม่รอด เมื่อเด็กร้องออกมาได้แล้วเอาผ้าห่อตัวและหึงเด็กไว้ก่อน ถ้าไม่รีบห่อไว้เด็กจะเป็นสะพานหน้าเขียวตายได้เพราะมีอากาศเย็น การตัดสายสะดือเด็กจะใช้ไม่ลวกและก่อนดินรอนต่างเขียงห้ามตัดด้วยเหล็กมีคม เมื่อตัดสายสะดือเด็กเสร็จแล้ว จัดการเอาน้ำอุ่นอาบเด็ก ถ้าเด็กมีไข้หรือมีเมือกติดอยู่มาก ต้องเอาน้ำมันมะพร้าวทาตัวเด็กเสียก่อนแล้วจึงจะอาบน้ำชำระให้สะอาด การอาบน้ำให้ผู้อาบใช้วิธีนั่งเหยียดขาทั้งสองออกไปให้ตรง อุ้มเด็กวางลงในช่องหว่างแข้ง หันหัวเด็กไปทางปลายเท้าเพื่อล้างหัวล้างหน้าเด็กได้ถนัด การอาบน้ำไม่ใช่ชำระเฉยๆ ต้องมีการดัดแขนขาของเด็กด้วย เพื่อให้เด็กมีแขนอ่อนและขาตรง เสร็จจากอาบน้ำแล้วเอาผ้าสีเหลี่ยมขนาดพอสมควร แหะช่องตามยาวให้มีรูตรงกลาง วางทาบน้ำนั้นตรงสะดือ ปล่อยให้สายสะดือลอยขึ้นมาอยู่บนผ้า ขดสายสะดือให้เป็นวงวางเหนือผ้านั้น เอาขมิ้นผงปนดินสอพองโรยหรือจะใช้ขมิ้นชันตำพอกก็ได้เพื่อให้สายสะดือแห้ง (เสถียรโกเศศ , 2500 : 54-61)

เมื่อคราวที่เกิดอหิวาตกโรค ซึ่งระบาดใหญ่ครั้งแรก เมื่อ พ.ศ.2363 นั้น มีราษฎรล้มตายเป็นจำนวนมาก โดยกล่าวว่าเพียงแค่ 15 วันกว่า ๆ เท่านั้น คนก็ตายไปถึง 30,000 คน พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (ร.2) จึงได้ทรงประกอบพิธีทางไสยศาสตร์และพิธีทางศาสนาขึ้นเพื่อบำรุงขวัญประชาชน เรียกว่า “พระราชพิธีอาถรรพ์ยสุตร” ณ พระที่นั่งดุสิต

มหาประสาทคล้ายพิธีตรุษในพระราชพงศาวดาร ได้กล่าวถึงพระราชพิธีนี้ว่า ในการประกอบพระราชพิธีนี้ พวกชาววังต้องเข้าพิธีสวดมนต์ทุกวัน มีการยิงปืนใหญ่รอบพระนครตลอดรุ่งคืนหนึ่ง แล้วอัญเชิญพระแก้วมรกตและพระบรมธาตุออกแห่ ในขบวนแห่จะมีพระราชอาคันโฑไปรยทราญ ปรณะน้ำพระปริตทั้งทางเรือ ทางบก ทรงปล่อยคนโทษ ปล่อยสัตว์ 4 เท้าและสัตว์ 2 เท้า แต่ยังไม่สามารถทำให้การล้มตายลดลงได้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงศีล แต่ยังไม่สามารถทำให้การล้มตายลดลงได้ จึงเลิกล้มไปในปีนั้น (กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, 2457 : 312 และ เจ้าพระยาทิพาทรวงศ์, 2504: 115-116) ด้านการคลอดบุตรของคนไทยยังเป็นวิธีการคลอดแบบโบราณ มีการอยู่ไฟภายหลังคลอดเป็นเวลาหลายวันตามความนิยมแบบเดิมอยู่ และเมื่อได้เกิดมีอหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ขึ้นอีกใน พ.ศ.2392 ได้มีผู้ล้มตายไม่น้อยกว่า 40,000 คน พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (ร.3) ไม่ทรงโปรดให้จัดทำพิธีอาถรรพ์ยสูตร เช่น ในรัชสมัยของสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย เพราะทรงเล็งเห็นว่าไม่สามารถจะระงับการระบาดของโรคได้ แต่ได้ทรงตกลงใจบำเพ็ญกุศลถวายพระพุทธเจ้าเมื่อโรคอหิวาตกโรคสงบลงแล้ว เนื่องจากพระพุทธศาสนาได้สอนให้เมตตาต่อสัตว์เพื่อสร้างกุศลอีกทางหนึ่งด้วย (กรมพระยาดำรง ราชานุภาพ, 2505: 279) นอกจากนี้ยังทรงแนะนำให้งดการกินขนุนและผลไม้ อบแห้งด้วยกลิ่นกำยาน ดมกลิ่นการบูร และทรงดำริว่า “เกลือละลายในน้ำร้อนหรือน้ำเย็นกินแก้โรค อหิวาต์ได้ดีกว่าสิ่งอื่นได้” นอกจากนี้ยังมีการแสดงเขตการเกิดโรคระบาด โดยให้ชักธงเหลืองบอกกวำรันตี (एका เศรษฐจันทรและคณะ . 2529 :14-15) ส่วนการบีบนิ้วของไทยยังคงได้รับความนิยมต่อมา

ความรู้ที่นำมาใช้ในการดูแลเด็ก คนชรา คนพิการและการพยาบาลผู้เจ็บป่วยในช่วงนี้ ยังเป็นการดูแลและให้การพยาบาลแบบพื้นบ้านที่สืบทอดกันมาตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ด้วยการปฏิบัติพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ การกราบไหว้และบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร่วมกับวิธีดูแลเฉพาะเรื่องตามที่ได้เรียนรู้จากบรรพบุรุษและผู้ที่ประชาชนให้ความศรัทธา เช่น การดูแลมารดาหลังคลอดบุตรและการดูแลเด็กแรกเกิดตามหมอตำแย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และในรัชสมัยของสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวนั้น พระองค์ทรงกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้มีการบูรณะวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามขึ้นใหม่ อีกทั้งให้มีการนำเอาวิชาแผนนวดและวิธีตัดตนมาจารึกไว้ในวัดด้วย (กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, 2494 : 58-59) เกี่ยวกับวิธีการคลอดนั้นยังเป็นการคลอดบุตรแบบแผนโบราณของไทย แต่มีหลักฐานว่านายแพทย์บริดเลย์ได้เรียบเรียงตำราการคลอดบุตรแบบตะวันตกขึ้น 1 เล่มในปี พ.ศ.2385 ชื่อว่า “คำภีร์ครรภ์รักษา” ซึ่งแปลและย่อความมาจาก “คำภีร์ครรภ์รักษาแห่งสหรัฐอเมริกา” เป็นตำราที่กล่าวถึงอาการและวิธีบำบัดโรคทาง

สูติกรรมแผนปัจจุบันไว้ตั้งแต่การปฏิสนธิจนถึงการพยาบาลหลังคลอด หน้า 167 หน้า และมีภาพประกอบ 50 ภาพ (แดน บีช บรัดเลย์, 2385 : 4)

นอกจากนี้ชาวต่างประเทศที่เข้ามาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น ได้กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของคนไทยที่แปลกไปจากชาวตะวันตกคือ ชาวสยามเชื่อว่า ร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟและในจักรวาลก็ประกอบด้วยธาตุเดียวกันนี้ ถ้าปริมาณของธาตุใดธาตุหนึ่งเข้าไปในร่างกายมากก็จะทำให้เกิดโรคได้ โรคที่เกิดจากธาตุไฟได้แก่ อาการใช้ทุกชนิดรวมทั้งมาลาเรีย หัดและฝีดาษ เป็นต้น ผู้ที่เจ็บป่วยเพราะขาดธาตุไฟจะทำให้ร่างกายขาดพลังงาน โรคที่เกิดจากธาตุดิน ได้แก่ โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โรคที่เกิดจากธาตุน้ำ ได้แก่ โรคความผิดปกติของเลือด และโรคที่เกิดจากธาตุลม ถ้าลมในร่างกายกีดขวางมากเกินไปจะทำให้เป็นลมหรืออาจตายได้ อาการเป็นลมอาจแสดงว่าเกิดภาวะท้องผูก อาการลมพิษแสดงว่าเลือดเป็นพิษ (Mc Farland, 1958 : 83 อ้างถึงใน ไพลิน นุกุลกิจ, 2539 :39) แต่ได้นำวิทยาการใหม่ ๆ ทางการรักษาพยาบาลเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือนายแพทย์บรัดเลย์ และนายแพทย์เฮาส์ เพราะทั้งสองท่านนี้ได้อยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานาน และได้สร้างคุณประโยชน์แก่ประเทศไทยอย่างมาก ในช่วงนั้นได้มีการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาดไม่สกปรกขึ้นและให้มีอากาศและแสงผ่านได้ดี รวมทั้งการใส่ใจความสะอาดของน้ำดื่มและอาหารร่วมกับการให้ยาแก้โรคสารพัด (องค์การคำครุสภา, 2508: 31) ทำให้พระมหากษัตริย์และข้าราชการชั้นสูงเริ่มสนใจและเลือกใช้การรักษาแบบตะวันตกบ้างแล้ว ดังจะเห็นได้จากจดหมายของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ถึงนายแพทย์บรัดเลย์ว่า "... ข้าพเจ้าวางใจในวิธีการรักษาพยาบาลในการคลอดบุตรของยุโรปและของอเมริกา แต่มีความเสียใจที่จะแจ้งให้ทราบว่าข้าพเจ้าไม่สามารถที่จะทำให้สนมผู้นี้มีความเชื่อมั่นก่อนที่ความตายจะคุกคามเธอ เพราะญาติพี่น้องจำนวนมากของเธอ จูงใจให้เธอปฏิบัติตามประเพณี ..." (จอร์จ เฮาส์ เฟลด์ส, 2504: 72-73) ข้อความนี้ ได้บ่งบอกให้ทราบว่าจนถึงรัชสมัยรัชกาลที่ 4 ความเชื่อมั่นตามประเพณีของคนไทยยังมีอิทธิพลต่อการบำบัดความป่วยไข้ของบุคคลตลอดมา และญาติพี่น้องมีส่วนในการตัดสินใจที่จะรักษาความป่วยไข้ของคนในครอบครัวมากกว่าที่จะเป็นคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจ

จากหลักฐานที่รวบรวมได้ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าในช่วงตั้งแต่สมัยสุโขทัย สมัยอยุธยา สมัยธนบุรี และสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นช่วงรัชกาลที่ 1 - 4 นั้นการดูแลสุขภาพมีลักษณะดังนี้

การดูแลสุขภาพของประชาชนนั้นอยู่ในความรับผิดชอบของสามัญชนซึ่งไม่ใช่ผู้ที่
ได้ศึกษาเล่าเรียนมาโดยเฉพาะ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทยยุคนี้ มีลักษณะเป็นการ
ดูแลสุขภาพเจ็บป่วยโดยญาติและผู้ใกล้ชิดเพื่อลดความไม่สบายและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ลักษณะ
การป้องกันโรคมักเป็นการอพยพย้ายถิ่นฐานเมื่อเกิดโรคระบาดและการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ
ส่วนการพึ่งพาตนเองจะพบเป็นการพึ่งพากันเองในกลุ่มญาติและเพื่อนบ้านในกรณีที่เกิดการ
เจ็บป่วยขึ้น โดยจะไม่ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและไม่สนับสนุนให้ผู้เจ็บป่วยทำอะไรด้วยตนเองแต่จะ
จัดญาติหรือผู้ใกล้ชิดไว้ให้คอยช่วยเหลือแทน ความรู้ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วยจะเป็นไปตาม
ความเชื่อและความศรัทธาเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไสยศาสตร์และการแพทย์โบราณ จึงใช้วิธีการ
ดูแลสุขภาพแบบแผนโบราณและพิธีกรรมทางไสยศาสตร์เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่ม
ประชาชนทั่วไป ได้แก่ การประคบสมุนไพร การบีบนิ้ว และการกราบไหว้ เช่น ไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์
ใช้เครื่องรางของขลัง ร่วมกับการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรของผู้เจ็บป่วย ส่วนการรักษาพยาบาล
แบบตะวันตกนั้นเริ่มมีการนิยมบ้างในพระราชวังและขุนนางผู้ใหญ่ โดยการพยาบาลจะรวมอยู่กับการ
รักษาจะเน้นในด้านการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย การจัดการเกี่ยวกับสถานที่อยู่อาศัย
อาหารและน้ำ รวมไปถึงการให้ผู้เจ็บป่วยนอนพักในที่ที่มีแสงและอากาศถ่ายเทสะดวก และการ
ให้ยารักษาโรค ในด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นั้น เป็นแบบโบราณที่หมอดำแยจะ ดูแล
ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ในลักษณะการแนะนำให้เลือกอาหาร งดของแสลง การข่มทอง
ช่วยดันเด็กให้คลอด การอยู่ไฟหลังคลอด การนวดหม้อเกลือและเข้ากระโจมเป็นต้น จึงเห็นได้ว่า
ในช่วงนี้ยังไม่มีแบบแผน หลักเกณฑ์หรือการกำหนดรูปแบบการรักษาพยาบาลไว้แน่นอน แต่มี
ลักษณะของการดำเนินการไปตามความเชื่อของกลุ่มชน โดยเฉพาะในช่วงก่อนรัชสมัยของ
พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 ถึงแม้ว่าก่อนหน้าจะมีการติดต่อกับ
ต่างประเทศบ้างแล้วแต่การแพทย์แบบตะวันตกยังไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของไทยที่ชัดเจนแต่
อย่างไร

2. ช่วงเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่ (พ.ศ.2439 –2488)

ตั้งแต่สมัยสุโขทัยเรื่อยมาจนถึงสมัยต้นรัตนโกสินทร์ ช่วงรัชกาลที่ 1 ถึงรัชกาล
ที่ 4 นั้น การดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลของคนไทยเป็นการรักษาแบบการแพทย์แผนโบราณ
โดยเฉพาะในช่วงก่อนสมัยรัตนโกสินทร์มาจนถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
นภาลัย (ร.2) พบว่า การรักษาพยาบาลในกลุ่มประชาชนเป็นแบบการแพทย์แผนโบราณของไทย

ทั้งสิ้น ในสมัยรัชกาลที่ 3 สมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อบ้านเมืองสงบจากศึกสงครามจึงได้มีประเทศตะวันตกเริ่มเข้ามาในประเทศไทยบ้าง ใน พ.ศ.2371 มีนักสอนศาสนาอเมริกันเข้ามาเผยแพร่ศาสนาและนำความรู้ทางการแพทย์เข้ามารักษาผู้เจ็บป่วยในประเทศไทยด้วยเช่น การปลูกฝี การใช้ยาสลบ เป็นต้น และต่อเนื่องมาถึงสมัยรัชกาลที่ 4 สมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว การรักษาพยาบาลแบบตะวันตกเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น โดยเฉพาะในหมู่เจ้านายและข้าราชการ มีมิชชันนารีเข้ามาเผยแพร่ศาสนาและรักษาผู้เจ็บป่วยเพิ่มขึ้น มีการตั้งสถานที่ตรวจรักษาโรคและให้บริการโดยไม่คิดค่ารักษาแต่มุ่งช่วยเหลือและเผยแพร่ศาสนาเป็นหลัก ด้านการคลอดบุตรนั้น ยังเป็นการคลอดแบบโบราณ แต่เริ่มมีการรับรู้เรื่องการคลอดแบบตะวันตกเข้ามาบ้าง ในช่วงต่อมาจึงเป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายๆด้าน รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาลตามแบบตะวันตก โดยเฉพาะการผดุงครรภ์แผนใหม่ ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (ร.5) พ.ศ.2411-2453 การแพทย์ตะวันตกที่เข้ามาเข้ากับกลุ่มผู้เผยแพร่ศาสนา ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในประเทศไทยมากขึ้น นอกจากนี้สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ทรงเป็นผู้ริเริ่มการดูแลหลังคลอดแบบตะวันตกขึ้น โดยการทูลขออนุญาตเลิกการหมกเพลิง (อยู่ไฟหลังคลอด) เป็นครั้งแรก อีกทั้งได้ทรงสนับสนุนให้ผู้อื่นปฏิบัติตามอย่างแพร่หลาย ด้วยพระประสงค์ที่จะให้คนไทยได้รู้จักการพยาบาลและการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยวิธีการรักษาพยาบาลแผนใหม่แบบตะวันตก ซึ่งให้ความปลอดภัยและสะดวกขึ้นกว่าการปฏิบัติแบบดั้งเดิม ที่เป็นการคลอดแผนโบราณของไทยที่มีหมอดำแยเป็นผู้ทำคลอด และพบว่ายังมีการเสียชีวิตของแม่และทารกอยู่ในระดับสูง อีกทั้งวิธีปฏิบัติแบบเดิมยังมีความยุ่งยากอยู่มาก ต่อมาเมื่อ พ.ศ.2439 ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้ตั้งโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาลขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชขึ้นเป็นแห่งแรก (ปัจจุบันคือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) เพื่อบรรเทาทุกข์ให้แก่ประชาชนที่ประสบโรคภัยไข้เจ็บ และช่วยให้มารดาและบุตรพ้นจากการเสียชีวิตจากการคลอดแบบโบราณ (อรุณ นุรักษ์เช, 2521) โดยการดูแลรักษาในโรงพยาบาลนั้นจะมีให้เลือกได้ทั้งแบบการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์แบบยุโรป ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาลในช่วงนี้ จะมีทั้งเป็นระบบครอบครัวเครือญาติอย่างเดิมและการพยาบาลที่เป็นผู้ศึกษาเล่าเรียนมาโดยเฉพาะ ส่วนลักษณะของการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคภัยไข้เจ็บยังคงเป็นการรักษาโดยใช้การแพทย์แผนโบราณอยู่ แต่พบว่าทั้งประชาชนและพระราชวงศ์ได้ให้ความสนใจและมีการใช้การรักษาพยาบาลแผนใหม่ขงตะวันตกเข้ามาทดแทนการแพทย์แผนโบราณของไทยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการคลอดบุตร

และการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด รวมทั้งการหาสมุญฐานของโรค และในช่วงนี้เองที่ทำให้ การแพทย์และการพยาบาลซึ่งเคยอยู่ร่วมกันในการแพทย์แผนโบราณนั้น ได้แยกจากกันตาม การแพทย์แผนใหม่ไปด้วย โดยแพทย์นั้นมีหน้าที่เป็นผู้วินิจฉัยโรค ให้การรักษาเพื่อการบำบัดโรค ส่วนพยาบาลเป็นผู้ให้การพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะในการดูแลสุขภาพ (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2531 : 51) หลักฐานที่แสดงถึงลักษณะของการเปลี่ยนแปลงนี้คือ ใน พ.ศ.2432 สมเด็จพระศรีพัชริน ทราบรมราชินีประสูติสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าอักษราวงค์เดชาวรุฒ พระองค์ทรงมีอากรใช้ กรมหมื่นปราบปรบปีกษ์ได้กราบทูลชี้แจงถึงคุณประโยชน์ของวิธีการพยาบาลดูแลแบบตะวันตก สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินี จึงกราบบังคมทูลขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตเลิกมทม เพลิง และให้นายแพทย์เกาแวนรักษาพยาบาลตามแบบตะวันตก ปรากฏว่าเป็นที่พอพระราช หฤทัย ตั้งแต่นั้นมาก็เลิกการมทมเพลิงในพระบรมมหาราชวัง และพวกผู้ดีมีบรรดาศักดิ์นอกวังก็ เอาอย่างตามมากขึ้น (สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, 2494 : 224)

ในด้านความรู้ที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคภัยไข้เจ็บจึงมีทั้งความรู้ และประสบการณ์จากการแพทย์แผนโบราณ ความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ไชยกลาง และความรู้ ทางการแพทย์แผนใหม่ตามแบบตะวันตกซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเชื่อของคนไทยในแต่ละกลุ่ม ดังจะ เห็นได้จาก พระราชดำรัสของสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (ร.6) ในการเปิดโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ความตอนหนึ่งว่า ...ตัวเราเองในครั้งนั้นได้รับภาระช่วยเหลือพระเดชพระคุณสมเด็จพระ บรมราชชนนีผู้เป็นสมณายิกา จึงได้คิดถึงการทำที่จะแก้ไขระเบียบการในสภากาชาดให้ลงรอย และได้กราบทูลว่า ควรมีโรงพยาบาลขึ้นโรงหนึ่งเพื่อประสงค์ให้เป็นที่ฝึกหัดนายแพทย์ฝ่ายทหาร และหัดคนพยาบาลให้ชำนาญการของสภากาชาดนั้น เราเข้าใจกันเสียว่าจะทำแต่ในเวลา สงคราม ถึงกระนั้นก็ดี ในการรักษาโรคก็ดี การพยาบาลก็ดี ไม่ใช่คนหนึ่งคนใดสักแต่ว่าเป็นคน แล้วก็ได้ดังนั้นหามิได้ ต้องอาศัยการเล่าเรียน... (สภากาชาดไทย, 2472 : 80-81)

สรุปได้ว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในช่วงนี้จึงมีทั้งบุคคลใน ครอบครัว และผู้ที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาโดยเฉพาะ ส่วนลักษณะของการดูแลสุขภาพและความรู้ที่ นำมาใช้ นั้น จะมีทั้งวิธึแบบการแพทย์แผนโบราณของไทย และการรักษาพยาบาลแบบตะวันตก โดยการแพทย์และการพยาบาลแผนใหม่เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการความ ช่วยเหลือของผู้ที่เจ็บป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดแบบ ตะวันตก ในช่วงนี้การรักษาพยาบาลแผนใหม่เริ่มเป็นที่รู้จักเพิ่มขึ้น แต่ประชาชนก็ยังนิยม การแพทย์แผนโบราณอยู่เป็นส่วนใหญ่ แม้จะมีการนำผู้เจ็บป่วยมารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ก็ ตาม ลักษณะการดูแลสุขภาพตนเองก่อนเกิดการเจ็บป่วยยังไม่ได้ได้รับความสนใจ ส่วนการดูแลเมื่อ

เจ็บป่วยจะมีการพึ่งพาอาศัยกันในกลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านมากกว่าที่ผู้ป่วยจะดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งกรณีที่เจ็บป่วยอยู่ที่บ้านและที่นำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล

3. ช่วงเริ่มมีน้ใจการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมองสุขภาพเป็นเรื่องการเจ็บป่วย

(พ.ศ.2489 - 2522)

เป็นระยะที่การแพทย์แผนใหม่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ความเข้าใจของบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพจะเป็นไปในแง่ของการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลจากบุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ดังจะเห็นได้ จากนโยบายการบริหารประเทศในด้านการสาธารณสุข ที่มุ่งตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โดยกำหนดให้มีการปรับปรุงและขยายบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยให้เพิ่มจำนวนเตียงรับผู้ป่วย เพิ่มจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล ในส่วนภูมิภาคให้ลดจำนวนประชากรต่อจำนวนเตียงจาก 3,700 คน : 1 เตียง ในปี พ.ศ.2506 เป็น 2,800 คน : 1 เตียง ในปี พ.ศ.2509 และในส่วนกลางจะขยายบริการให้จำนวนประชากรต่อจำนวนเตียงจาก 290 คน : 1 เตียง ในปี พ.ศ.2506 เป็น 270 คน : 1 เตียง ในปี พ.ศ.2509 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2504) ในการเพิ่มจำนวนเตียงรับผู้ป่วยทำให้จำนวนแพทย์และพยาบาลต้องเพิ่มตามไปด้วย เมื่อเสร็จสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 พบว่าในส่วนภูมิภาค ได้ขยายจำนวนเตียงรับคนไข้เพิ่มขึ้นประมาณ 2,500 เตียง เพิ่มแพทย์ขึ้นอีกจำนวน 68 คน และเพิ่มพยาบาลขึ้นอีก 299 คน ส่งผลให้จำนวนเตียงต่อประชากรเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ในส่วนกลางได้เพิ่มจำนวนเตียงขึ้นโดยไม่นับจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนรวมด้วยจากจำนวนเตียง 4,466 เตียงในปี พ.ศ.2506 เป็นจำนวน 5,065 เตียง ในปี พ.ศ.2509 ทำให้อัตราส่วนเตียงผู้ป่วยต่อประชากรโดยรวมทั้งประเทศดีขึ้น จาก 1 เตียง : 2,300 คน ในปี พ.ศ.2506 เป็น 1 เตียง : 2,150 คน ในปี พ.ศ.2509 ส่วนสถานเอนามัยได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 860 แห่งในปี พ.ศ.2505 ทั้งนี้อัตราส่วนแพทย์ต่อพยาบาลต่อเตียงผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อยคือ จาก 1 : 2.5 : 12.3 ในปี พ.ศ.2506 เป็น 1 : 2.7 : 12 ในปี พ.ศ.2509 จะเห็นได้ว่านโยบายของประเทศในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504 - 2509)นี้ เน้นการปรับปรุงและขยายบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยเป็นหลักสำคัญ และในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510 - 2514) ได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาด้านการสาธารณสุขไว้ว่า จะให้การสาธารณสุขของ

ประเทศเจริญก้าวหน้าต่อไปโดยเร่งด่วน เพื่อสวัสดิการและอนามัยของประชาชนไทยทั่วราชอาณาจักร โดยเร่งรัดการแพทย์และการอนามัยในเขตชนบทและปรับปรุงบริการเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยให้ดีขึ้น

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-พ.ศ.2519) รัฐมีนโยบายสนับสนุนและพัฒนางานสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยมุ่งส่งเสริมประสิทธิภาพและขยายขอบเขตการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขของประเทศให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทห่างไกล ได้รับบริการมากที่สุด โดยคำนึงถึงทรัพยากรทั้งในด้านกำลังคน วัสดุ อุปกรณ์และกำลังเงินที่มีอยู่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยจะขยายขอบเขตของงานรักษาพยาบาลในสถานอนามัยชั้น 1 ให้กว้างขวางขึ้นตามความต้องการของประชาชน และเพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล พยาบาล พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ ให้รู้จักโรคประจำท้องถิ่นและสามารถให้การรักษาได้ตามขอบเขตซึ่งกำหนดไว้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพประชาชนในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 นี้ จึงเน้นในการให้การพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยในลักษณะขยายบริการเพื่อสวัสดิการของประชาชนให้มากขึ้น โดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกล เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2519) จึงเห็นได้ว่าช่วงนี้การดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ล้วนแต่อยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ถึงแม้ว่าโรคที่ประชาชนมารับบริการในโรงพยาบาลร้อยละ 70 ขึ้นไป เป็นอาการผิดปกติเล็กน้อยหรือโรคที่สามารถหายได้ด้วย การดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ อาการไข้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เสียดท้อง ท้องอืด ท้องเดิน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไข้หวัด คอเจ็บและนอนไม่หลับก็ตาม (โยธิน แสงดี และคณะ, 2543 : 46-47)

ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลและรักษาผู้เจ็บป่วยจะมีทั้งบุคคลในครอบครัว แพทย์แผนโบราณ แพทย์และพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาลให้การดูแลรักษาประชาชนที่เข้ามารับการรักษาดำรงอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนญาติจะเป็นผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยที่ไม่ได้มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล แต่ประชาชนส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ทำให้เตียงในโรงพยาบาลและบุคลากรที่จะดูแลรักษาพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ ดังนั้นในปี พ.ศ.2485 เมื่อแรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุข มีกรมการแพทย์และมีโรงพยาบาลบำบัดโรคตามหัวเมืองเพิ่มขึ้นอีกเป็น 25 แห่ง เพื่อให้สามารถรองรับผู้เจ็บป่วยได้ โดยตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง และอยู่ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค 22 แห่ง (พกา เศรษฐกิจันทรและคณะ, 2529 :28)

ลักษณะของการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยแบบการแพทย์แผนโบราณเริ่มคลายความนิยมลง การแพทย์ตะวันตกเริ่มเข้ามาแทนที่ โดยเน้นการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาดูแลเพื่อให้หายหรือทุเลาความเจ็บปวดและได้มีการรักษาพยาบาลแยกโรคติดต่อจากโรคอื่นๆ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรค ซึ่งนับว่าเป็นวิธีหนึ่งที่ได้ผลดี (ผกา เศรษฐกิจันทร และคณะ, 2529 : 29) การดูแลสุขภาพจึงเป็นการเอาใจใส่ดูแลความสบายของผู้เจ็บป่วยและการทำคลอด ดูแลหลังคลอดและดูแลทารกให้ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยหรือผู้คลอดจะออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ที่ฝึกหัดศึกษาทางการแพทย์มามากกว่าจะเป็นสามัญชนทั่วไป (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542 :33)

ส่วนความรู้ในการดูแลสุขภาพและการดูแลรักษาโรค ยังมีการพัฒนาไปตามแนวตะวันตกเช่นเดียวกับช่วงก่อนหน้าที่มีการนำวิทยาการ ทั้งการแพทย์และการพยาบาลรวมทั้งเทคโนโลยีใหม่ๆมาใช้ในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น เมื่อโรงพยาบาลเป็นที่นิยมจึงทำให้การดูแลสุขภาพโน้มเอียงมาเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของแพทย์และประชาชนให้ความสำคัญของการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการดูแลสุขภาพในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และเริ่มมองสุขภาพห่างออกจากความรับผิดชอบของตนเองหรือครอบครัว และรู้สึกว่าคุณเองยังไม่สามารถดูแลสุขภาพได้เพราะไม่ได้มีความรู้หรือเล่าเรียนมา จึงเกิดความต้องการการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยของไทยในช่วงนี้ ความนิยมอยู่ที่การรักษาพยาบาลแบบตะวันตก ส่วนการดูแลรักษาแบบการแพทย์ดั้งเดิมของไทยเริ่มเสื่อมคลายลง ผู้ที่ทำหน้าที่ในด้านการดูแลสุขภาพประชาชนจึงเปลี่ยนจากบุคคลในครอบครัวมาเป็นบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ที่ได้รับการศึกษาและฝึกหัดมา วิธีการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาแบบตะวันตกเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีความจำกัดในเรื่องความไม่เพียงพอของจำนวนโรงพยาบาลอยู่และในกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มารับบริการจากโรงพยาบาลก็จะใช้วิธีการดูแลตามที่มีประสบการณ์มาจากบรรพบุรุษ ตามความเชื่อถือโชคลางและการแพทย์พื้นบ้าน

4. ช่วงดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานและนิยมความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (พ.ศ.2523 - 2540)

เป็นช่วงที่รัฐมุ่งส่งเสริมและขยายขอบเขตการให้บริการ ให้สามารถครอบคลุม

ประชากรในชนบทให้มากขึ้น โดยเฉพาะให้เน้นในเรื่อง การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและลดอัตราการเพิ่มของประชากร ปัญหาที่สำคัญที่ได้ระบุไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 นี้คือ การขาดแคลนบริการด้านการรักษาพยาบาลในชนบท รัฐจึงได้กำหนดมาตรการให้มีการปฏิรูปวิธีการให้บริการสาธารณสุขใหม่ โดยเฉพาะในเขตชนบทได้จัดการปฏิรูปไว้ในเรื่องการให้บริการสาธารณสุข ด้วยวิธีการอนามัยแบบผสมผสาน การผลิต อบรบ และฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลสามารถช่วยแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย การคัดเลือกและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าว สาธารณสุข (ผสส.) การสนับสนุนการจัดหาน้ำสะอาดและการใช้ระบบวิทยุสื่อสารในการให้บริการ

นอกจากนี้ยังได้เริ่มให้ความสำคัญกับชุมชนมากขึ้น โดยมองว่าชุมชนจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่โดยเฉพาะการสาธารณสุข อย่างน้อยต้องมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต้นที่ประชาชนทุกหมู่เหล่าทุกพื้นที่ควรจะได้รับ และเริ่มมีการมองเรื่องสุขภาพของประชาชนที่เชื่อมโยงกับปัจจัยพื้นฐานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินวิถีชีวิตของประชาชน แต่สาระสำคัญก็ยังคงเป็นการสอดส่องดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล เพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่างๆ เพิ่มขึ้น และมีประชาชนที่อาสาเข้ามาเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างประชาชนและทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน ทั้งด้านการทำทะเบียนสุขภาพในพื้นที่ และการให้บริการสุขภาพอนามัยในช่วงของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 - 2529) ซึ่งได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care or PHC) เป็นนโยบายสำคัญของประเทศและได้มีการขยายความรับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน จากกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงเดียวออกไปอีก 3 กระทรวง คือ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงมหาดไทย รวมเป็น 4 กระทรวง ที่จะต้องร่วมมือกัน ส่งผลให้มีการสร้างเกณฑ์ขั้นต่ำในการดำรงชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนในชนบทที่เรียกว่า “ความจำเป็นพื้นฐาน” หรือ จปฐ. (Basic Minimum Needs or BMN) ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ได้กำหนดให้ปี ค.ศ.2000 เป็นปีที่มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534) ได้เสริมต่อนโยบายเดิมที่มุ่งให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายหลัก แต่ได้ขยายขอบเขตของงานออกไปอีกเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ภายในปี พ.ศ.2543 (Health for All by The year 2000) ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 (พ.ศ.2523) จึง

ได้เพิ่มกระทรวงหลักที่มีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนขึ้นอีก 2 กระทรวง รวมเป็น 6 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพาณิชย์ กับกระทรวงอุตสาหกรรม เพื่อความครอบคลุมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุก ๆ ด้านมากขึ้น ทางด้านแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับนี้ จึงได้เน้นถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จนเกิดนวัตกรรมการสาธารณสุขขึ้นหลายประการ เช่น สุขภาพดีถ้วนหน้า การจัดลำดับสถานบริการสุขภาพเพื่อการส่งต่อ กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน โครงการบัตรสุขภาพ และโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง เป็นต้น ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) นโยบายในการพัฒนาประเทศยังเน้นการสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักและได้มีการปรับ จปฐ. ขึ้นใหม่ จากเดิม 8 หมวด 39 ตัวชี้วัดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 เป็น 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 นี้ จึงมุ่งพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สูงขึ้นตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 จึงมีการนำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมาเป็นกลวิธีใหม่ ในการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั่วหน้าและยังเน้นการทำงานร่วมกันใน 6 กระทรวงหลักอยู่

ลักษณะการดูแลสุขภาพนั้น ประชาชนยังนิยมใช้ระบบการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ถึงแม้จะต้องเดินทางไปไกลก็ตาม ด้วยเหตุผลว่ามีเครื่องมือเครื่องใช้พร้อม มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางครบทุกสาขา จากการรายงานการวิจัยเรื่อง ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ประชาชนเชื่อถือและต้องการที่จะรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ และไม่ใช้บริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน เพราะคิดว่าไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและไม่มีอุปกรณ์ที่ทันสมัยและราคาสูง (โยธิน แสงดีและคณะ , 2543 : 42-43) ส่งผลให้มีประชาชนมารับบริการอย่างเนืองแน่นในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ถึงขนาดที่ต้องมีการไปจองคิวกันตั้งแต่เช้ามืด จึงจะได้ตรวจ ทำให้เกิดลักษณะของการใช้บริการรักษาพยาบาลที่กระจุกตัวอยู่เป็นแห่งๆ ตามความนิยม แต่ไม่ได้เป็นการใช้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นไปตามภาวะหนักเบาหรือความซับซ้อนของโรคที่เป็นจึงเกิดการบริการสุขภาพที่เกินความจำเป็น ทั้งยังส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นอีกด้วย

5. ช่วงสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม (พ.ศ.2541 - 2544)

เป็นช่วงที่นโยบายของประเทศได้ปรับเปลี่ยนทิศทางไปจากเดิมอย่างมาก โดยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมานโยบายของประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมเป็นหลัก เพื่อการแข่งขันในระดับโลกตามกระแสโลกาภิวัตน์และเป็นการกำหนดแผนจากภาคราชการตลอดมา แต่ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 นี้ ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มสาขาอาชีพและภูมิภาคของประเทศเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็นและกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างกว้างขวาง เพื่อแก้ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและความไม่มั่นคงของครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาประเทศและการเปลี่ยนแปลงกระแสโลกที่ผ่านมา โดยนโยบายสำคัญของแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 นี้ คือ “การพัฒนาคน” ดังนั้น จึงได้ปรับแนวคิดการพัฒนาจากเดิม ที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนาแต่เพียงอย่างเดียว มาเป็นการเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง โดยการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น ไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอีกต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539 : 5) ส่งผลให้แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ให้ความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เน้นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข ส่วนที่ 2 เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว สำหรับโรคต่างๆ ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อม ทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการและสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลานามัยที่ดี

จากแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 นี้ ทำให้ระบบบริการสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนไปอย่างมาก มีการมองสุขภาพในลักษณะที่เป็นวิถีชีวิต จึงต้องมีการพัฒนาให้ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองและเน้นให้สังคมรับรู้ “สุขภาพดีไม่มีขายแต่สร้างได้ด้วยตนเอง” ซึ่งเป็นแนวสุขภาพเชิงรุกเน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพเป็นภารกิจหลักที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปอย่างสมดุลกับการรักษาโรค ในช่วงนี้จึงเป็นช่วงพลิกผันที่สำคัญช่วงหนึ่งของการดูแลสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการบริการพยาบาลที่ถือว่าเป็น

บริการวิชาชีพที่สำคัญที่สุดในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นทั้งผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและมีบริการที่ครอบคลุมกลุ่มประชาชนได้มากกว่า รวมทั้งลักษณะงานทางการพยาบาลที่มีการเชื่อมโยงกับประชาชนและวิชาชีพอื่นๆ อยู่แล้ว จึงทำให้การพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการมุ่งการดูแลผู้เจ็บป่วยในสถานพยาบาลและในชุมชนซึ่งเป็นบทบาทหลักที่เดิมกระทำอยู่มาเป็นบทบาทในการมุ่งพัฒนาความเข้มแข็งของแกนนำสุขภาพประชาชนทั้งในด้านการสร้าง แกนนำที่เป็นบุคคลและสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งจะต้องมองสุขภาพในลักษณะที่เป็นองค์รวมของบุคคลและลักษณะการพัฒนาสมรรถนะต้องคำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพ ความเชื่อ ความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนระบบของการดูแลสุขภาพที่ประชาชนกำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบันด้วย

ดังนั้น การดูแลสุขภาพของประชาชนในช่วงนี้ จึงเป็นทั้งการใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ในการเสริมสร้างให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งจะเป็นไปตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ทั้งด้านความรู้ความสามารถของประชาชน ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนและระบบใหญ่ของประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชน และลดปัญหาการใช้บริการทางการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น รวมทั้งเพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพและใช้บริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8

ในสมัยดั้งเดิมนั้นสุขภาพเป็นเรื่องที่สอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิต จึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความแนบแน่นอยู่กับบุคคล ครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียงมาโดยตลอด ต่อมาเมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามามีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของคนไทย สุขภาพและการเจ็บป่วยจึงถูกโยนให้มาเป็นเรื่องของบุคลากรวิชาชีพทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ การพยาบาลหรือการสาธารณสุขในการศึกษาบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า จึงควรได้ศึกษาถึงบทบาทการพยาบาลในอดีตด้วยว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนบ้างหรือไม่ อย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เป็นเช่นนั้น โดยการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอในลักษณะของการวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ตามนโยบายการพัฒนาประเทศและการดำเนินงานด้านระบบสุขภาพที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ถึง 8 ประเทศไทยนั้นได้เริ่มมีการวางแผนในการพัฒนาประเทศที่กำหนดเป็นแผนพัฒนาระยะปานกลางประมาณ 5 ปีมาตั้งแต่ พ.ศ.2504 โดยในแผนพัฒนาฉบับแรกมีระยะเวลา 6 ปี (พ.ศ.2504-2509) แผนพัฒนาฯฉบับต่อมาจึงได้เริ่มเป็นระยะเวลา 5 ปีจนถึงปัจจุบัน และใน 3 แผนแรกนั้นประเทศไทยมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นตัวนำ จึงเรียกชื่อว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ (แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 - 3 พ.ศ.2504 - 2519) ต่อมาประเทศไทยได้เริ่มเห็นปัญหาสังคมเด่นชัดขึ้น ประกอบกับมีการเคลื่อนไหวทางการเมืองในภาคประชาชนค่อนข้างมากจนทำให้ประเด็นทางสังคมเป็นเรื่องที่มีความสำคัญขึ้น จึงได้มีการเปลี่ยนแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติมาเป็นแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมา และภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละแผนก็จะมีแผนพัฒนาการสาธารณสุขขึ้นมาเพื่อเป็นธงนำไปสู่การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งทำให้สามารถวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ดังต่อไปนี้

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509)
สาระสำคัญของแผนพัฒนาฯฉบับนี้ มีจุดเน้นอยู่ที่การลงทุนในการก่อสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานเพื่อรองรับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและการกระตุ้นการขยายตัวทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะในภาค

ธุรกิจเอกชน (สำนักงานสภาเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2504 : 162) ส่วนแผนพัฒนาการสาธารณสุข ภายใต้ แผนพัฒนาฉบับนี้มีสาระสำคัญในการมุ่งเน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุข อันได้แก่ โรงพยาบาลและสถานีอนามัย เพื่อให้เป็นบริการพื้นฐานในการพัฒนาประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 18) ในช่วงนี้ระบบสุขภาพของไทยจึงเป็นการแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะโรคติดต่อและการตายของมารดาและทารกหลังคลอด ซึ่งทั้งสภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน นโยบายการพัฒนาประเทศและแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพ ล้วนมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลและการจัดการศึกษาพยาบาล ทั้งสิ้น การพยาบาลในช่วงนี้จึงเป็นการผลิตพยาบาลเพื่อรองรับการขยายตัวของสถานพยาบาลที่เพิ่มขึ้นใหม่และการขยายจำนวนเตียงในโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิม ทำให้ลักษณะของการพยาบาลจึงเป็นการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ และการดูแลช่วยเหลือในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นอยู่และความสุขสบายของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้เข้าไปเป็นฝ่ายกระทำทำให้ผู้ป่วย ด้วยคิดว่าผู้ป่วยคือ ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล และเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ การพยาบาลจะเคร่งครัดกับงานทางเทคนิคเบื้องต้น เช่น การวัดปรอท จับชีพจร นับการหายใจ การให้ยาและนำการรักษาของแพทย์ไปสู่ผู้ป่วยตามเวลา โดยเน้นความครบถ้วนของงานที่จะต้องปฏิบัติให้เสร็จตามหน้าที่และความรับผิดชอบในแต่ละผลัดเวร

ความหมายของการพยาบาลในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 1-3 นั้น ตรงกับพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ว่า “การพยาบาล” หมายถึง การกระทำการช่วยเหลือดูแล เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักของวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 8 , 2511 : 1) ผลของการพัฒนาประเทศเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา ฉบับที่ 1 นี้ทำให้มีการสร้างโรงพยาบาลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นอีกหลายแห่ง แต่ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนกลางยังไม่เน้นการเพิ่มในภูมิภาค สำหรับงานด้านการปราบปรามและควบคุมโรคติดต่อสามารถ ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่มีปัญหาด้านการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทห่างไกล สิ่งที่กระทบกับการพยาบาลมากคือ ภาวะการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การเปิดสถานผลิตพยาบาลและผดุงครรภ์อีกหลายแห่ง โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ผลิตพยาบาลมาเพื่อช่วยเหลือแบ่งเบางานของแพทย์และเพื่อรองรับปริมาณ ผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทั้งในโรงพยาบาลเก่าที่ขยายปริมาณเตียงเพิ่มขึ้นและการสร้างโรงพยาบาลใหม่ให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน เมื่อพิจารณาถึงการดูแลสุขภาพ

ตนเองของประชาชนในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 นี้ จะเห็นว่ารัฐและบุคลากรวิชาชีพยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองเช่นเดียวกับวิชาชีพการพยาบาลที่มุ่งบทบาทด้านการให้บริการดูแลช่วยเหลือโดยบุคลากรพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติให้มากกว่าที่จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510 - 2514)
สาระสำคัญของแผนพัฒนาฉบับนี้ เป็นการเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขูปโภคของประเทศต่อจากแผนพัฒนาฉบับที่ 1 และการวางแผนกำลังคน การกระจายการพัฒนาออกไปสู่ชนบท การพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งเน้นการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศ (สำนักงานสภาเศรษฐกิจแห่งชาติ , 2510 : 243) ส่วนแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 2 นี้ เป็นการเร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข การปรับปรุงการบริการสาธารณสุขโดยขยายขอบเขตการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในชนบทห่างไกล (กระทรวงสาธารณสุข ,2540 : 18) ในด้านสภาวะสุขภาพของประชาชนนั้น การรักษาและควบคุมโรคติดต่อได้ผลดี มีการให้วัคซีนแพร่หลายขึ้น แต่ก็ยังมีผู้เจ็บป่วยล้นโรงพยาบาลเนื่องจากการรักษาพยาบาลแผนใหม่เป็นที่นิยมมากกว่าการแพทย์แบบดั้งเดิม ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกล เพราะสถาบันการผลิตแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในส่วนกลาง ในช่วงแผนพัฒนาฉบับนี้จึงเริ่มมีการให้บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขทำสัญญาเพื่อปฏิบัติงานเป็นการใช้ทุนขึ้นเป็นครั้งแรก

ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่ในฐานะผู้ช่วยแพทย์และด้วยลักษณะงานของการพยาบาลที่อยู่กับ ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นสภาพการณ์ที่ทำให้การพยาบาลต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการในฐานะเจ้าของหอผู้ป่วย ที่จะต้องจัดเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อมเพื่อการรักษาพยาบาลบทบาทการพยาบาลตามความเข้าใจของประชาชนโดยทั่วไปจึงเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและการจัดดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนในลักษณะการปฏิบัติหน้าที่แบบงานประจำ (Routine) ที่มุ่งความสำเร็จของงานตามแผนการรักษาและการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยการกำหนด และชี้แนะให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาและปฏิบัติตามการรักษาและการพยาบาล มีการสอนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เขาเป็นอยู่บ้าง เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่เจ็บป่วย การพักผ่อน การระวัง การกระทบกระเทือนและปนเปื้อนของเชื้อโรคในส่วนของอวัยวะที่

บาดเจ็บ การอาบน้ำและการแต่งสะอาดอาหาร การบริหารร่างกายหลังคลอดและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นต้น

บทบาทของการพยาบาลในช่วงของแผนพัฒนาฉบับนี้ จึงเป็นบทบาทที่ตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก มีมิติทางด้านการป้องกันโรคอยู่บ้าง เช่น การให้วัคซีนตามตารางเวลาและการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ที่เจ็บป่วย ส่วนมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพยังไม่นิยมที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปดำเนินการได้ด้วย ตนเอง จากสภาพสังคมและแนวทางการบริหารประเทศที่กล่าวมาแล้ว บทบาทของการพยาบาลจึงยังคงเป็นไปตามค่านิยมในช่วงของแผนพัฒนาฉบับนี้ที่ว่า การพยาบาลเป็นการกระทำช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค แสดงให้เห็นว่าเป็นบทบาทที่เน้นการเข้าไปกระทำหรือช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยมากกว่าที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเอง

ช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519)

สาระสำคัญของแผนพัฒนาฉบับนี้ เน้นการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาแล้วในแผนพัฒนาฉบับที่ 1 และ 2 และเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยเพิ่มขึ้นในด้านต่างๆ เช่น ด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับอัตราการเพิ่มของประชากรโดยมีการกำหนดนโยบายประชากรขึ้นเป็นครั้งแรกของประเทศไทย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2515 : 419) ส่วนสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับนี้เป็นการมุ่งเน้นการอนามัย แม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อ การปรับปรุงและการขยายบริการรักษาพยาบาล มีการทดลองรูปแบบการพัฒนาอนามัยและสิ่งแวดล้อม ด้วยการพัฒนาความร่วมมือของประชาชนและมีนโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (สพน.) เป็นครั้งแรกใน พ.ศ.2518 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 18)

ในช่วงของแผนพัฒนาฉบับที่ 2 นี้ ลักษณะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อจากการที่มีสุขวิทยาไม่ถูกต้อง เช่น อาหารที่รับประทานไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องความสะอาดของ ที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์เครื่องใช้ในครัวเรือนไม่ถูกต้อง ส่วนโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน เช่น ไข้ทรพิษและวัณโรค นั้นสามารถทำได้ดีขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมืองแต่ยังไม่ครอบคลุมไปถึงประชาชนในชนบทห่างไกล จากการทำเป้าหมายของการสาธารณสุขของประเทศในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นการแก้ปัญหาภาวะการเจ็บป่วย โรคติดต่อและการควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากร เพิ่มมาตรฐานการดูแลแม่และเด็ก ประกอบกับการให้ความหมายของการพยาบาลทั้งในต่างประเทศและของประเทศไทย

เอง ยังเป็นการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยที่มุ่งด้านการรักษาโรคเป็นหลัก ร่วมกับการดูแลแม่และเด็ก ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดและการคุมกำเนิด

บทบาทของการพยาบาลจึงมีทั้งบทบาทที่นำการรักษาของแพทย์มาปฏิบัติเพื่อ การรักษาผู้ป่วยซึ่งยังเป็นบทบาทหลักอยู่ และบทบาทที่เพิ่มเติมขึ้นในการวางแผนครอบครัว การ ฝากครรภ์และการทำคลอด ซึ่งมีพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการปฏิบัติและเป็นผู้จัดการให้ ความรู้ทั้งแก่ผู้ตั้งครรภ์และสามีเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องด้วยในยุคนี้นี้ แต่ยังเป็นแนวทางการ ปฏิบัติที่พยาบาลเป็นผู้บอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักวิชาการเป็นเรื่อยๆไป เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยา การออกกำลังกายและการ สังเกตภาวะการมีเลือดออก เด็กไม่ดิ้นและครรภ์เล็กลง เป็นต้น การปฏิบัติพยาบาลในช่วงนี้ยังเป็น ไปในลักษณะที่มุ่งให้งานสำเร็จเช่นกัน เนื่องจากความต้องการด้านการรักษาพยาบาลของ ประชาชนมีสูงมากและการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ที่กำหนดในแผนพัฒนาฉบับที่ 3

ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและ ครอบครัวจะเริ่มมีขึ้นบ้างแต่ยังจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้เจ็บป่วยและหญิงมีครรภ์เท่านั้น และตาม สภาพความเป็นจริงสามีก็ยังเข้ามาช่วยรับคำแนะนำในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และบุตรเพียง ส่วนน้อยเท่านั้น หากพิจารณาในเรื่องสาระของความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นความรู้ทางการแพทย์ สมัยใหม่ทั้งสิ้น ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนหรือใช้ฐานความรู้เดิมที่ประชาชนเคยใช้อยู่มาร่วมหรือปรับ ให้เกิดประโยชน์ตามสถานการณ์ช่วงนั้นแต่อย่างใด การให้ความรู้จึงเป็นการให้สุศึกษาเฉพาะ เรื่องและเป็นไปตามที่พยาบาลได้เตรียมมาในฐานะผู้มีความรู้และมีอิทธิพลเหนือผู้รับบริการ ประชาชนจะเป็นผู้รับฟังและตอบคำถามของพยาบาลบ้าง แต่ยังไม่มียบทบาทในการร่วมอภิปราย หรือแสดงความคิดเห็น ทำให้ข้อความรู้ที่พยาบาลนำมาให้นั้นแทบจะไม่มีนำไปปฏิบัติที่ ถูกต้องเหมาะสมได้เลยและยังไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปเท่าที่ควรด้วย

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524)
 สาระสำคัญของแผนพัฒนาฉบับนี้จะแตกต่างไปจาก 3 แผนแรกบ้างที่นอกจากจะยังคงใช้การ พัฒนาประเทศแบบเศรษฐกิจเป็นตัวนำแล้ว ยังพบว่าผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาทำให้ ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร แผนพัฒนาฉบับนี้จึงเป็นแผนพัฒนาประเทศ แผนแรกที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นทางด้านสังคมควบคู่ไปกับด้านเศรษฐกิจและได้มีการ เปลี่ยนชื่อจาก “แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ” มาเป็น “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ” ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 4 นี้เป็นต้นมาและยังคงใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ประเด็นหลักใน

แผนพัฒนาฉบับนี้ เป็นการเน้นการแก้ปัญหาสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำกันและต้องการลดช่องว่างของสังคมในเมืองกับในชนบท การขยายสาขาการผลิตทางด้านการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาความยากจน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2520 : 280) ส่วนสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 นี้ เป็นการ แก้ไขปัญหาโรคติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญ มีการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานและใน ปี พ.ศ.2524 ได้มีการเริ่มนำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนา สุขภาพของประชาชนให้ไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 ตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ทั่วโลกเกิด Health for All by The year 2000 (กระทรวง สาธารณสุข, 2542 :19)

บทบาทการพยาบาลในช่วงนี้จึงเป็นบทบาทที่นอกจากจะมุ่งการดูแลผู้เจ็บป่วยในสถานพยาบาลดังเช่นแผนพัฒนาฉบับก่อนๆ แล้ว ยังมีการขยายบทบาทไปในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งให้มีการบริการสาธารณสุขพื้นฐานครอบคลุมประชาชนในชนบทมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการลดอัตราการเพิ่มของประชากร นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ขึ้นมาเป็นครั้งแรก โดยคัดเลือกจากประชาชนที่อาสาเข้ามาทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนรับ-ส่งข่าวสารด้านการสาธารณสุขและจ่ายยาตำราหลวงให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านของตน อาสาสมัครเหล่านี้จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานระหว่างประชาชนกับบุคลากรวิชาชีพ โดยกำหนดให้มีประจำอยู่ทุกหมู่บ้านอย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 คน ลักษณะการทำงานสาธารณสุขมูลฐานนี้จะประกอบไปด้วยทีมงานหลายๆ สาขา เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชน ทั้งด้านการเจ็บป่วย เช่น การจัดหาน้ำสะอาด การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาสื่อให้เข้าถึงประชาชน เป็นต้น หากพิจารณาการให้ความหมายของการพยาบาลในช่วงของแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 นี้จะเห็นได้ว่า ในต่างประเทศโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses or ICN) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลที่เปลี่ยนไปจากเดิมบ้าง โดยให้ความหมายไว้ว่า “การพยาบาล” หมายถึง การส่งเสริมและบำรุงไว้ซึ่งสุขภาพของประชาชน ในการป้องกันโรค บำรุงรักษา ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทรมานต่างๆ (The International Council of Nurses, 174:3)

บทบาทการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงนี้ จึงมีการปรับเปลี่ยนมาเป็นผู้ให้บริการดูแลแก่ผู้เจ็บป่วย แม่และเด็กหลังคลอดในสถานพยาบาลซึ่งเป็นบทบาทเดิม ร่วมกับบทบาทในการสร้าง ผสส. และ อสม. ร่วมกับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

ของประชาชน โดยมุ่งให้ประชาชนได้พึ่งกันเองในระดับหมู่บ้าน จาก ผสส. และ อสม. ที่ได้รับการเตรียม การฝึกอบรมให้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและรายงานข่าวทางสุขภาพอนามัย จึงนับได้ว่าการพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการผลักดันและส่งเสริมให้ตัวแทนของประชาชนที่อาสาเข้ามาได้ทำหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพให้กับชุมชนของตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ได้นับถึงการพัฒนาให้ประชาชนทั่วไปดูแลสุขภาพตนเองได้

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) สาระสำคัญของแผนพัฒนาฉบับนี้ มุ่งเน้นการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะการพัฒนาอุตสาหกรรมและให้ความสำคัญอย่างมากกับอุตสาหกรรมส่งออกพร้อมกับการพัฒนาชนบทอย่างผสมผสาน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้ระบบของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติหรือ กชช. (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524 :317) ส่วนสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 นั้น เน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในสาธารณสุขมูลฐาน การจัดตั้งโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอรวมทั้งการปรับปรุงและยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ให้เป็นสถานีอนามัยทุกแห่งและการตั้งเป้าหมาย สุขภาพเชิงสังคมในระยะ 20 ปี เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 :19)

ในด้านบทบาทของการพยาบาลนั้นนอกจากจะมีบทบาทในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยยังเป็นผู้นำแผนการรักษาไปสู่ผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทที่ขึ้นกับการรักษาของแพทย์แล้ว ยังมีบทบาทในด้านการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยหรือประชาชนที่มาใช้บริการได้รับความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ซึ่งจัดเป็นบทบาทอิสระของการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบทบาทในด้านการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะผิดปกติที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ให้แก่ประชาชนในชนบทที่ขาดแคลนแพทย์ ซึ่งจัดเป็นบทบาทของการพยาบาลในลักษณะของเวชปฏิบัติกรพยาบาลอีกด้วย ความหมายของการพยาบาลในช่วงนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ตรงกับงานที่พยาบาลรับผิดชอบ ซึ่งได้ขยายเพิ่มขึ้นจากความหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ว่า “การพยาบาล” หมายถึง การกระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค (พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 8 , 2511 :1) ซึ่งไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในปัจจุบัน โดยมีการกำหนดความหมายของการพยาบาลขึ้นใหม่ว่า “การพยาบาล” หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือดูแล เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการดูแลสุขภาพของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และทำตาม

คำสั่งแพทย์ในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักของวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2528 : 2) จากแนวทางการบริหารประเทศ นโยบายด้านการสาธารณสุข การให้ความหมายของการพยาบาลและลักษณะของงานที่พยาบาลปฏิบัติดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

จะเห็นได้ว่าบทบาทการพยาบาลมีจุดมุ่งหมายในการให้บริการช่วยเหลือเป็นหลัก แม้ว่าจะมีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนบ้างแต่ก็เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการพยาบาลเฉพาะกลุ่มที่มารับบริการเป็นส่วนใหญ่ ในช่วงนี้จึงถือได้ว่ากระแสนิยมการมารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลยังสูง ประชาชนส่วนใหญ่ยังพึ่งบุคลากรวิชาชีพทำให้การดูแลสุขภาพตนเองยังไม่เป็นที่สนใจของสังคมไทย

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2524) สาระสำคัญของแผนพัฒนาฉบับนี้เน้นนโยบายทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลทางเศรษฐกิจในระดับมหภาคเรื่องดุลการชำระเงิน รวมทั้งนโยบายการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ซึ่งเป็นผลพวงที่เป็นปัญหาจากการที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจเป็นตัวนำ ในการบริหารประเทศจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-4 ที่ผ่านมา ทำให้เกิดช่องว่างของการพัฒนาระหว่างเศรษฐกิจและสังคม การเมือง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529 : 223) ส่วนแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 มีสาระสำคัญที่จะต้องดำเนินการต่อเนื่องจากนโยบาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” คือ การขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมเป้าหมายการยึดหลักการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่มุ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ เพื่อไม่ให้เกิดเป็นปัญหาใหญ่ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ และเริ่มแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพของคนในชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 19) ช่วงแผนพัฒนาฉบับนี้ จะเห็นได้ว่าภาพรวมของประเทศในการมองสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไป เป็นการมองภาพที่ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขแต่เพียงหน่วยเดียว ต้องมีการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์และกระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น

สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อภารกิจของพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ของวิชาชีพ รวมทั้งบุคลากรพยาบาลในสังกัดอื่นๆ ด้วย เนื่องจากกระแสของสังคมที่มองสุขภาพครอบคลุมถึงการมีวิถีชีวิตที่ดีด้วย การพยาบาลจึงมีการเน้นหนักในเรื่องของการนิเทศชุมชนเพิ่มขึ้นจากบทบาทหลักในการให้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาล มีการพัฒนาแกนนำสุขภาพประชาชนเพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างชุมชนกับบุคลากรวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ การแก้ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

จากภาพเหล่านี้ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง จากการที่พึ่งพาศูนย์สุขภาพที่มีลักษณะเป็นการพึ่งผู้แทนของตนคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ที่อาสาสมัครและได้รับเลือกเข้ามาเป็นผู้เชื่อมโยงถึงความเป็นไป ความเสี่ยง และความต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพของประชาชน จึงนับได้ว่าเป็นความสำเร็จในระดับหนึ่งของการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ลักษณะนี้จึงเป็นการรณรงค์ถ่ายเทการพึ่งพาศูนย์สุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเป็นการพึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแกนนำของชุมชนแทน แต่ลักษณะการพึ่งพาอาสาสมัครสาธารณสุขของประชาชนนั้นยังไม่ได้เกิดขึ้นในทุกกลุ่ม เนื่องจากความเข้มแข็งและความพร้อมของแกนนำฝ่ายประชาชนยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) การบริหารประเทศมีแนวโน้มและสาระสำคัญในการมุ่งพัฒนาประเทศให้เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (New Industrial Countries) ของภูมิภาคนี้ เป็นการเน้นนโยบายด้านเศรษฐกิจในเชิงอุตสาหกรรมเพื่อการลงทุนของต่างประเทศและการส่งออก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534 : 134) ส่วนแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 นี้ ได้เน้นการใช้ประโยชน์จากสถานีอนามัย โดยพัฒนาให้สถานีอนามัยเป็นจุดเริ่มของงานสุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพราะถือเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดและมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ง่ายที่สุด โดยมีภารกิจสำคัญเน้นความพยายามในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคน ที่สำคัญคือในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับนี้ได้เริ่มหันมาเน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ได้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปอยู่ภาคเอกชนเป็นครั้งแรกของประเทศด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 19)

ในด้านของการพยาบาลนั้น บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การพัฒนาแกนนำประชาชนในรูปแบบต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนยังเป็นการปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพที่เริ่มมีการขยายความร่วมมือระหว่างบุคลากรวิชาชีพกับตัวแทนชุมชนเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพต้องเน้นด้านการนิเทศและการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น

จึงเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้นยังคงเป็นการสร้างแกนนำประชาชน ให้มีความสามารถในการเป็นที่พึ่งของชุมชนในด้านการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ การประสานงานและส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การออกกำลังกาย การตั้งชมรมผู้สูงอายุ การกำจัดขยะและขยะ รวมทั้งการชักชวนให้ประชาชน องค์กรเอกชน และผู้นำท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนด้วย แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะของการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ งบประมาณ ที่รัฐกำหนดและเกิดภายใต้การนำของบุคลากรพยาบาล

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540)
สาระสำคัญของแผนพัฒนาฉบับนี้เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นวัตถุประสงค์หลัก เนื่องจากการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นตัวนำที่ผ่านมา โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนให้สามารถรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่รวดเร็วและซับซ้อน ท่ามกลางการแข่งขันที่สูงนี้ ทำให้เกิดปัญหาหลายประการที่เห็นชัดที่สุดและเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศคือ การเกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจขึ้นในช่วงต้นปี พ.ศ.2540 จนต้องมีการปรับแผนพัฒนาฉบับนี้ อีกรอบเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะดังกล่าว (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2529 : 307) ส่วนแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 นี้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีต่อตนเอง ครอบครัวและส่วนรวม มีการปรับแผนการพัฒนาด้านการก่อสร้างสถานบริการทางสุขภาพลงไปเกือบหมด และได้เน้นด้านความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของกลุ่มด้อยโอกาสเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มผู้ยากไร้ ผู้ตกงาน ชุมชนแออัด เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข , 2540 : 20)

สำหรับบทบาทของการพยาบาลในช่วงนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนไปอย่างมากตามสภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และนโยบายการบริหารประเทศที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อให้คนซึ่งเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในทุกเรื่องเป็นคนที่มีความรู้ อีกทั้งปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ทำให้ทุกสาขาวิชาชีพและทุกฝ่ายต้องมีการปรับตัวให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆ ของแต่ละชุมชนเพิ่มขึ้น การพยาบาลนอกจากจะต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้เจ็บป่วย การป้องกันโรคทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนแล้วยังต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งของแกนนำสุขภาพ การสร้างเครือข่ายสุขภาพประชาชน โดยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสาขาวิชาชีพและหน่วยงานอื่นรวมทั้งประชาชนเพิ่มขึ้น จึงนับได้ว่าการพยาบาลนั้นได้เริ่มเป็นแกนนำสำคัญในทีมสุขภาพที่มีส่วนช่วยส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพอนามัยบ้างแล้วในลักษณะโครงการเฉพาะพื้นที่ แต่เป็นเพียงส่วนน้อยนิดเมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศที่ยังต้องพึ่งโรงพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพ จึงยังไม่อาจพูดได้ว่าการพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

จากการวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลที่ผ่านมาตามกรอบของนโยบายการบริหารประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1- 8 (พ.ศ.2504 - 2544) เพื่อหาความเชื่อมโยงของบทบาทการพยาบาลในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนากการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้น สามารถสรุปได้ว่าบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองนั้นยังไม่สามารถแยกแยะให้เห็นได้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 เนื่องจากแนวทางการพัฒนาประเทศและนโยบายด้านการสาธารณสุขมุ่งเน้นการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันโรคที่เคຍะบาดและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศให้ลดลงและหมดไป ทำให้ภาระความรับผิดชอบด้านสุขภาพต้องอยู่ในมือของบุคลากรวิชาชีพ เพราะเป็นการใช้การแพทย์แผนปัจจุบันในการปราบปรามโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อโรค จึงเป็นช่วงที่ประชาชนให้ความนิยมนในการเข้ามารับการรักษาพยาบาลกับบุคลากรวิชาชีพในสถานพยาบาลเป็นอย่างมาก จนต้องมีการสร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและขยายจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่มีอยู่เดิมออกไปด้วย ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในภาพรวมในช่วงนี้จึงยังไม่เกิดเพราะจากสถานการณ์และค่านิยมของสังคมยังเชื่อว่าสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรวิชาชีพ ต่อมาในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5-6 แนวทางการพัฒนาประเทศ พัฒนาการสาธารณสุขและบุคลากรทีมสุขภาพได้เริ่มให้ความสนใจกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพอนามัยเนื่องจาก

อิทธิพลของสังคมโลกโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ปี ค.ศ.2000 เป็นปี “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และได้มีการกำหนดให้นำกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการไปสู่เป้าหมายดังกล่าว บทบาทการพยาบาลในช่วงนี้ยังไม่ปรากฏว่ามีบทบาทในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน มีแต่เพียงกระแสของการตั้งให้ประชาชนเข้ามาร่วมในการสาธารณสุขมูลฐานบ้างตามโครงการและนโยบายของรัฐที่มีเท่านั้น ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจึงไม่เกิดขึ้น อาจจะมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปสู่ประชาชนบ้าง แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐในหลายๆ หน่วยร่วมกันมากกว่าที่จะเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 มีส่วนที่เป็นนโยบายของรัฐที่พอจะสนับสนุนให้ประชาชนและบุคลากรวิชาชีพตื่นตัวขึ้นบ้าง คือ นโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเริ่มของงานสุขภาพดีถ้วนหน้าซึ่งมีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขได้เริ่มนำเอางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเข้าไปเป็นตัวนำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ ของประชาชน แต่อย่างไรก็ตามบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในภาพรวมก็ยังไม่เกิด เพราะยังเป็นนโยบายแบบรัฐสวัสดิการที่เน้นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนและการพัฒนามาตรฐานคุณภาพการให้บริการสุขภาพเป็นหลัก ยังไม่ได้เน้นให้ประชาชนได้มีความรับผิดชอบและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จนเมื่อประมาณปี พ.ศ.2540 ซึ่งตรงกับช่วงต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 จึงเกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจขึ้น ทำให้มีการปรับแผนการบริหารประเทศในทุกๆ ด้านใหม่ มีการทบทวนแนวทางในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย มีการพิจารณางบประมาณและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดและมีแนวโน้มจะยิ่งสูงขึ้นไปอีก โดยเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ซึ่งยังไม่มีคุณภาพ อีกทั้งยังพบว่าสาเหตุของปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากการที่เจ้าตัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับเมื่อปรับแผนแล้วนโยบายการพัฒนาประเทศเน้นที่ “การพัฒนาคน” ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในระบบต่างๆ ของประเทศและเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นเช่น ด้านการศึกษา การเมือง กฎหมายและระบบสุขภาพ เป็นต้น จากสภาพการณ์เหล่านี้จึงเกิดจุดเชื่อมไปสู่ระบบสุขภาพแบบใหม่ที่เน้นเชิงรุก ส่งผลให้เกิดโครงการและแผนงานใหม่ๆ ทางสุขภาพขึ้นมาอย่างมาก ตัวอย่างเช่น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โครงการสร้างสุขภาพน่าซ่อม โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลสืบเนื่องให้การพยาบาลได้มีการศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาระบบการศึกษาและการบริการพยาบาลอยู่ด้วยในขณะนี้และจากการศึกษาแนวโน้มของสุขภาพไทย

และแนวทางปฏิรูประบบบริการที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต พบว่า ความต้องการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไปและมีแนวโน้มว่าการพยาบาล จะต้องเป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองต่อไปในอนาคต (ทัศนาศ นุญทองและคณะ , 2543 : 18-30) จึงน่าจะเป็นช่วงที่การพยาบาลจะเข้าไปมีบทบาทในการส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในส่วนของประชาชนนั้นกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาแล้วส่งผลให้ประชาชนได้รับรู้และทำความเข้าใจกับระบบสุขภาพเชิงรุกนี้ ด้วยเช่นกัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนา การดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานาอนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า เป็นการวิจัยอนาคตโดยใช้เทคนิค EDFR ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญให้สัมภาษณ์รอบแรกและตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 จำนวน 39 คน ส่วนในรอบที่ 2 ไม่สามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญได้จำนวน 2 ท่าน คงเหลือผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 จำนวน 37 ท่าน หลังจากได้รับการตอบกลับรอบที่ 2 แล้วได้นำมาวิเคราะห์หาค่า มัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) ของโอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง และค่าร้อยละของภาพอนาคตที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็นตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ตอนที่ 2 ค่าสถิติผลการศึกษานาอนาคตภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	37	94.9
ชาย	2	5.1
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	3	7.7
41 – 55 ปี	24	61.5
มากกว่า 55 ปี	12	30.8

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	12	30.8
คู่	26	66.7
อื่นๆ	1	2.6
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 15 ปี	3	5.1
16 – 30 ปี	22	56.4
มากกว่า 30 ปี	26	38.5
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน		
ผู้บริหาร	13	33.3
นักวิชาการ	12	30.8
นักปฏิบัติการ	14	35.9
ตำแหน่งหรือผลงานที่ผ่านมา		
งานวิจัย	22	56.4
ตำรา	16	41.1
ปฏิบัติงาน	8	20.5

จากตาราง ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.9 มีเพียงร้อยละ 5.1 เป็นเพศชาย โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มอายุ 41 – 55 ปี ร้อยละ 61.5 รองลงมาคืออายุ มากกว่า 55 ปี ร้อยละ 30.8 และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 30.8 พิจารณาจากประสบการณ์การทำงาน ส่วนมากมีประสบการณ์ 16 – 30 ปี ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือประสบการณ์ มากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยปัจจุบัน มีตำแหน่งงานเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ และนักปฏิบัติการในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 33.3, 30.8 และ 35.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ผลงานที่ผ่านมา เคยมีงานวิจัยร้อยละ 56.4 เขียนตำรา ร้อยละ 41.1 และเป็นปฏิบัติงาน ร้อยละ 20.5

ตอนที่ 2 ค่าสถิติผลการศึกษานาถภาพ

ตารางที่ 2 แนวคิดของบทบาทการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1. โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีเพียงบางช่วงหรือบางสถานการณ์เท่านั้นที่เขอาจต้องการผู้ช่วยเหลือ อยู่ในวัยทารกหรือมีภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2. ประชาชนมีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพได้หลายทาง เช่น จากการเลี้ยงดูของครอบครัว แบบอย่างของสังคมที่แวดล้อม การนำเสนอของสื่อมวลชนและจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3. การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของของประชาชนในการดูแลสุขภาพและความสามารถของการพยาบาลในการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4. การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ต้องเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ประชาชนรับรู้ คัดวิเคราะห์แยกแยะข้อดี-ข้อเสียและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้	4.79	5	มากที่สุด	0.86	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
5. การพยาบาลจะส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ ต้องตรงกับความรู้สึกของประชาชนว่าเป็นเรื่องจำเป็นและเกิดประโยชน์	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
6. ความรู้และทักษะในการเพิ่มสมรรถนะการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญของบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง	4.79	5	มากที่สุด	0.84	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
7. การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ใช่รูปแบบของการรับบริการสงเคราะห์ แต่เป็นการเรียนรู้ด้านสุขภาพในเชิงทักษะชีวิต	4.81	5	มากที่สุด	0.73	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
8. บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะต้องเป็นบทบาทที่สามารถดำเนินการได้ในทุกบริการสุขภาพที่มีอยู่	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
9. การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นบทบาทที่จะต้องปรับกิจกรรมให้ยืดหยุ่นได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ขอบเขตที่พรบ.วิชาชีพ กำหนด	4.76	5	มากที่สุด	0.86	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
10. บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ โดยมีแผนงาน แนวทางปฏิบัติ กิจกรรมที่จะเกิดและเป้าหมายของกิจกรรมที่ชัดเจน	4.92	5	มากที่สุด	0.58	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

จากตารางพบว่าอนาคตภาพบทบาทพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าด้านแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกรายการ โดยทุกรายการมีค่ามัธยฐานของโอกาสความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และทุกรายการเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์

กล่าวโดยสรุปในทศวรรษหน้าแนวคิดของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้คือ บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ โดยมีแผนงาน แนวทางปฏิบัติ กิจกรรมที่จะเกิดและเป้าหมายของกิจกรรมที่ชัดเจน (4.92) ประชาชนมีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพได้หลายทาง เช่นจากการเลี้ยงดูของครอบครัว แบบอย่างของสังคมที่แวดล้อมการนำเสนอของสื่อมวลชนและจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น (4.86) การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของประชาชน ในการดูแลสุขภาพและความสามารถ ของการพยาบาลในการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (4.86) การพยาบาลจะส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ต้องตรงกับความรู้สึกรู้สึกของประชาชนว่าเป็นสิ่งจำเป็นและเกิดประโยชน์ (4.84) บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะต้องเป็นบทบาทที่สอดแทรกไปในทุกบริการสุขภาพที่มีอยู่ (4.84) โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง และในบางสถานการณ์ เขาอาจดูแลตนเองไม่ได้ เช่นอยู่ในวัยทารกหรือมีภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง (4.84) การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ใช่รูปแบบของการรับบริการสงเคราะห์แต่เป็นการเรียนรู้ทักษะชีวิตด้านสุขภาพ (4.81) การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนต้องเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ประชาชนรับรู้ คิด วิเคราะห์ แยกแยะข้อดี - ข้อเสีย และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองได้ (4.79) ความรู้และทักษะในการเพิ่มสมรรถนะด้านสุขภาพของประชาชนเป็นทักษะสำคัญในการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (4.79) และ การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นบทบาทที่จะต้องปรับกิจกรรมให้ยืดหยุ่นได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความสามารถของประชาชนภายใต้ขอบเขตที่ พรบ.วิชาชีพกำหนด (4.76)

ตารางที่ 3 ด้านแนวทางของการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพ
ตนเองของประชาชน

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1. เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่นและประชาชน	4.92	5	มากที่สุด	0.58	สอดคล้อง	พึงประสงค์
2. การดึงเอาการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่ประชาชนมีอยู่แล้วออกมาปฏิบัติให้เป็นระบบและรักษาไว้ให้คงอยู่ตลอดไป	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3. การปรับการดูแลสุขภาพตนเองในส่วนที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชนให้ดีขึ้น	4.81	5	มากที่สุด	0.73	สอดคล้อง	พึงประสงค์
4. การเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนที่ประชาชนยังขาดแต่มีความสำคัญเข้าไปเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับใช้ได้ตามความจำเป็นทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย	4.81	5	มากที่สุด	0.73	สอดคล้อง	พึงประสงค์
5. การชี้แนะวิธีติดตามค้นคว้าและเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนต่อไป	4.81	5	มากที่สุด	0.73	สอดคล้อง	พึงประสงค์
6. การทำงานร่วมกันภายในวิชาชีพอย่างครบวงจรในระบบการส่งต่อทางการพยาบาล	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึงประสงค์
7. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึงประสงค์

จากตารางพบว่าอนาคตภาพบทบาทพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าด้านแนวทางของการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกรายการ โดยทุกรายการมีค่ามัธยฐานของโอกาสความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และทุกรายการเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์

กล่าวโดยสรุปในทศวรรษหน้า แนวทางของการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้คือ เป็นการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่น และประชาชน (4.92) การทำงานร่วมกันภายในวิชาชีพอย่างครบวงจรในระบบการส่งต่อทางการพยาบาล (4.86) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (4.86) การดึงเอาการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่สุดที่ประชาชนมีอยู่แล้วออกมาปฏิบัติให้เป็นระบบและรักษาไว้ให้คงอยู่ตลอดไป (4.84) การปรับการดูแลสุขภาพตนเองในส่วนที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชนให้ดีขึ้น (4.81) การเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนที่ประชาชนยังขาดแต่มีความสำคัญเข้าไปเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับใช้ได้ตามความจำเป็นทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (4.81) การชี้แนะวิธีติดตามค้นคว้าและเลือกทางในการดูแลสุขภาพตนเองให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนต่อไป (4.81)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1. การจัดการกับความรู้ที่มีอยู่เดิม						
1.1 สืบค้นความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพตนเองที่มีอยู่เดิมมารวบรวม วิเคราะห์ แยกประเภทและจัด หมวดหมู่ให้สะดวกในการค้นคว้า	4.81	5	มากที่สุด	0.73	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.2 นำความรู้เดิมมาปรับเปลี่ยนให้ เหมาะกับสถานการณ์และการนำไปใช้ ในปัจจุบัน	4.76	5	มากที่สุด	0.88	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.3 จัดระบบความรู้เดิมและ ปัจจุบันที่มีอยู่มาเรียงเรียงให้เห็น วิวัฒนาการ เพื่อศึกษาความเป็นมา ปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลของการ เปลี่ยนแปลงและเปรียบเทียบให้เห็น แนวโน้มที่จะดำเนินต่อไป	4.73	5	มากที่สุด	0.93	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2. การสร้างความรู้ใหม่						
2.1 การรวบรวมความรู้ที่ได้ จากประสบการณ์ตรงในการทำงานใน พื้นที่ต่าง ๆ	4.79	5	มากที่สุด	0.82	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.2 การจัดเวทีวิชาการ การ ระดมสมองในรูปแบบต่างๆ	4.79	5	มากที่สุด	0.82	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.3 การศึกษาวิจัยเพื่อสร้าง ความรู้ใหม่หรือตรวจสอบเพื่อยืนยัน หรือ ต่อยอดความรู้เดิม	4.81	5	มากที่สุด	0.75	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.4 การพัฒนาทักษะเฉพาะใน การทำงานที่ได้มีการปรับเปลี่ยน มาแล้วอย่างเป็นขั้นเป็นตอนจนกระทั่ง สร้างผลสำเร็จของงานได้ดีกว่าทักษะ เดิมที่ใช้อยู่	4.70	5	มากที่สุด	0.96	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
3. การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ ความรู้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง						
3.1 การนำไปใช้กับประชาชน โดยตรง	4.81	5	มากที่สุด	0.73	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.2 การนำเสนอในรูปแบบของคู่มือการ ดูแลสุขภาพด้วยตนเองหนังสือวิชาการ หรือการนำเสนอในเวทีวิชาการ	4.88	5	มากที่สุด	0.62	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.3 การประชาสัมพันธ์โดยตรงขณะ มีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนและการ นำเสนอผ่านสื่อต่างๆ ที่ประชาชน สามารถเข้าถึงได้	4.76	5	มากที่สุด	0.86	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.4การจัดนิทรรศการและมหกรรม ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต	4.90	5	มากที่สุด	0.60	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

จากตารางพบว่าอนาคตภาพบทบาทพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของ
ประชาชนในทศวรรษหน้าในด้าน การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้น
ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกรายการ โดยทุกรายการมีค่ามัธยฐานของโอกาสความ
เป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และทุกรายการเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์

กล่าวโดยสรุปว่าบทบาทการพยาบาลที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลสุขภาพตนเองในทศวรรษหน้า ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์
ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในการจัดการกับความรู้ที่มีอยู่เดิม คือ
การสืบค้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่มีอยู่เดิมมารวบรวม วิเคราะห์ แยกประเภทและ
จัดหมวดหมู่ให้สะดวกในการค้นคว้า (4.81) นำความรู้เดิมมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับ
สถานการณ์และการนำไปใช้ในปัจจุบัน (4.76) จัดระบบความรู้เดิมและปัจจุบันที่มีอยู่มาเรียบเรียง
ให้เห็นวิวัฒนาการเพื่อศึกษาความเป็นมา ปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงและ
เปรียบเทียบให้เห็นแนวโน้มที่จะดำเนินต่อไป (4.73)

บทบาทการพยาบาลที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการสร้างความรู้ใหม่ คือ การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่หรือ ตรวจสอบเพื่อยืนยันหรือต่อยอดความรู้เดิม (4.81) การรวบรวมความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ตรง ในการทำงานในพื้นที่ต่างๆ (4.79) การจัดเวทีวิชาการ การระดมสมองในรูปแบบต่างๆ (4.79) การพัฒนาทักษะเฉพาะในการทำงานที่ได้มีการปรับเปลี่ยนมาแล้วอย่างเป็นขั้นเป็นตอนจนกระทั่ง สร้างผลสำเร็จของงานได้ดีกว่าทักษะเดิมที่ใช้อยู่ (4.70)

บทบาทของพยาบาลที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้อย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง คือ การจัดนิทรรศการและมหกรรมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต (4.90) การนำเสนอในรูปแบบของคู่มือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หนังสือวิชาการหรือการนำเสนอในเวทีวิชาการ (4.88) การนำไปใช้กับ ประชาชนโดยตรง (4.81) การประชาสัมพันธ์โดยตรงขณะมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนและการ นำเสนอผ่านสื่อต่างๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (4.76)

ตารางที่ 5 การเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
ในทศวรรษหน้า

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1. ด้านความรู้						
1.1 ความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพ ได้รับการเตรียมมาในระดับปริญญา ตรีสามารถเป็นพื้นฐานที่จะปรับใช้ใ การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนได้	4.73	5	มากที่สุด	0.96	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.2พยาบาลวิชาชีพต้องฟื้นฟูและ ค้นคว้าเพิ่มเติมในส่วนของความรู้ เกี่ยวกับการสร้างสุขภาพตาม พัฒนาการของบุคคล	4.88	5	มากที่สุด	0.62	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.3ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงของภาวะ สุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่ม	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.4ควรเพิ่มความรู้ในการทำงาน ร่วมกับชุมชนในแต่ละ พื้นที่	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.5ต้องติดตามความรู้ด้าน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ เกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.6 ต้องติดตามนโยบายสุขภาพ และนโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง	4.88	5	มากที่สุด	0.62	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.7 ต้องพัฒนาความรู้ในการจัดทำ และประเมินโครงการด้านสุขภาพ	4.88	5	มากที่สุด	0.62	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
2. ด้านทัศนคติ						
2.1 ต้องเสริมสร้างให้พยาบาล วิชาชีพมีความรู้สึกที่ดีต่อการให้ ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง	4.81	5	มากที่สุด	0.74	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.2 ต้องเสริมสร้างให้พยาบาล วิชาชีพมีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้ การบริการ	4.70	5	มากที่สุด	1.19	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.3 ต้องเชื่อในคุณค่าของการที่ ประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพ ของตนเองว่าเป็นการสร้างสุขภาวะที่ ยั่งยืน	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.4 ต้องมีความเห็นและเชื่อมั่นว่า สุขภาพเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่มี ความเกี่ยวข้องกับสังคมและ สิ่งแวดล้อมของบุคคล ไม่สามารถแยก สุขภาพออกมาโดดๆ ได้ต้องพิจารณา ควบคู่ไปกับความเป็นอยู่ของบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมของครอบครัว นั้นด้วย	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3. ด้านทักษะการปฏิบัติ						
3.1 ต้องพัฒนาทักษะในการ ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและ ประชาชน	4.81	5	มากที่สุด	0.76	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.2 ต้องพัฒนาทักษะการใช้ภาษา เพื่อติดต่อสื่อสารกับบุคคลในกลุ่ม ต่างๆ	4.81	5	มากที่สุด	0.75	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.3 ต้องฝึกทักษะการจัด ประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่อง สุขภาพตนเองของบุคคลครอบครัวที่มี พื้นฐานต่างกัน	4.76	5	มากที่สุด	0.94	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
3.4 ต้องพัฒนาทักษะการ พยาบาลที่สร้างเสริมทักษะชีวิตในการ ดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนที่ สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง	4.81	5	มากที่สุด	0.76	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.5 ต้องพัฒนาทักษะในการเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.79	5	มากที่สุด	0.89	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3.6 ต้องพัฒนาทักษะการสร้าง เสริมศักยภาพการเรียนรู้ของประชาชน โดยการคิดเชิงวิเคราะห์	4.70	5	มากที่สุด	1.28	ไม่ สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4.วิธีการที่ใช้ในการเตรียมพยาบาล วิชาชีพ						
4.1 การเสริมสร้างแนวคิดการ พยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าไปในหลักสูตร	4.88	5	มากที่สุด	0.62	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4.2 จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการนำความรู้ทางการ พยาบาลและสหสาขาวิชามาเป็นฐาน ในการปฏิบัติงาน	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4.3 ให้ฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่กับ ทีมงานที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว	4.70	5	มากที่สุด	0.99	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4.4 จัดระบบการทำงานให้เป็น เครือข่ายการส่งต่อทางการพยาบาล อย่างครบวงจร เช่น การพยาบาล พื้นฐาน การพยาบาลเฉพาะทาง การ พยาบาลที่ซับซ้อน เป็นต้น	4.76	5	มากที่สุด	0.94	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4.5 จัดให้หน่วยงานในพื้นที่ให้เป็น หน่วยฝึกอบรมพัฒนาและวิจัยทางการ พยาบาล	4.73	5	มากที่สุด	1.03	ไม่ สอดคล้อง	พึง ประสงค์

จากตารางพบว่าอนาคตภาพบทบาทพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าเกี่ยวกับด้าน บทบาทการพยาบาลที่เป็นการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกือบทุกรายการ โดยรายการมีค่ามัธยฐานของโอกาสความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ แต่ยังมีรายการที่ไม่มีความสอดคล้อง 3 รายการ เป็นด้านทัศนคติ 1 รายการ ด้านการปฏิบัติ 1 รายการ และเป็นวิธีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ 1 รายการ กล่าวโดยสรุปได้ว่า

ในทศวรรษหน้าบทบาทของพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ด้านความรู้ ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ การติดตามนโยบายสุขภาพและ นโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (4.88) ต้องพัฒนาความรู้ในการจัดทำและประเมินโครงการด้านสุขภาพ (4.88) พยาบาลวิชาชีพต้องฟื้นฟูและค้นคว้าเพิ่มเติมความรู้ในส่วนของสร้างสุขภาพตามพัฒนาการของบุคคล (4.88) ต้องติดตามความรู้ด้านกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (4.86) การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการเสี่ยงของภาวะสุขภาพ ในประชากรแต่ละกลุ่ม (4.84) ควรเพิ่มความรู้ในการทำงานร่วมกับชุมชนในแต่ละพื้นที่ (4.84) ความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการเตรียมมาในระดับปริญญาตรีสามารถเพียงพอที่จะปรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ (4.73)

บทบาทของการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้านทัศนคติ ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้านทัศนคติ คือ ต้องเชื่อในคุณค่าของการที่ประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเองว่าเป็นการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน (4.84) ต้องมีความเห็นและเชื่อมั่นว่าสุขภาพเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถแยกสุขภาพออกมาโดดๆ ได้ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับการเป็นอยู่ของบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมของครอบครัวนั้นด้วย (4.84) ต้องมีความเชื่อและมีความรู้สึกที่ดีต่อการให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง (4.81) ส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันคือ การสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ (IQR=1.19 ไม่สอดคล้อง)

บทบาทการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแล
 สุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์
 ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้าน ทักษะการปฏิบัติ คือ การ
 พัฒนาเทคนิคการทำงานร่วมกับชุมชน (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารกับประชาชนใน
 กลุ่มต่างๆ (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการพยาบาลที่สร้างเสริมทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเอง
 ของประชาชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำการ
 เปลี่ยนแปลง (4.79) ต้องฝึกทักษะการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพตนเองของบุคคล
 ครอบครัวที่มีพื้นฐานต่างกัน (4.76) ส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันคือ บทบาทใน
 การพัฒนาทักษะการสร้างเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของประชาชนโดยคิดเชิงวิเคราะห์ (IQR=1.28
 ไม่ สอดคล้อง)

บทบาทการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแล
 สุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์
 ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้าน วิธีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ
 คือ การเสริมสร้างแนวคิดการบริการสุขภาพเชิงรุกและการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองเข้า
 ไปในหลักสูตร (4.88) การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำความรู้ทางการพยาบาลและ
 สหสาขาวิชามาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ (4.86) การจัดระบบการทำงานของพยาบาลระดับต่างๆ
 ให้เป็นเครือข่ายการส่งต่อทางการพยาบาลที่ครบวงจรจากพื้นฐาน ถึงซับซ้อน (4.76) การฝึก
 ปฏิบัติงานในพื้นที่กับทีมงานที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว (4.70) ส่วนบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญมี
 ความเห็นไม่สอดคล้องกันคือ การจัดให้หน่วยงานในพื้นที่ในหน่วยฝึกอบรมพัฒนาและวิจัย
 ทางการพยาบาล (IQR=1.03 ไม่สอดคล้อง)

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนตามกลุ่มเป้าหมาย

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1. การเตรียมการทั่วไป						
1.1 การศึกษาพื้นฐานและ ธรรมชาติของบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	4.81	5	มากที่สุด	0.74	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.2 การพบปะพูดคุยเพื่อสร้าง ความคุ้นเคย	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.3 การเยี่ยมเยียนเพื่อการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ ศึกษา สภาพแวดล้อม	4.86	5	มากที่สุด	0.64	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.4 การชี้แจงและการจัดให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยม ให้กับบุคคลและครอบครัวให้เห็น คุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองจน ยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญและนำมา ปฏิบัติจนเป็นนิสัย	4.79	5	มากที่สุด	0.84	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.5 การร่วมกับประชาชนในการ ประเมินความต้องการทางสุขภาพ หาทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติ วิเคราะห์และตัดสินใจเลือก ทางเลือกที่เหมาะสมมาเป็น แนวทางปฏิบัติโดยการเปิดประเด็น ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ เกิดการคิดวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ผลดี ผลเสียของแต่ละ แนวทางและประโยชน์ที่จะได้รับ	4.79	5	มากที่สุด	0.80	สอดคล้อง	พึง ประสงค์

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1.6 การสนับสนุนให้ประชาชนได้ ดูแลสุขภาพตนเองตามทางเลือกที่ เหมาะสม	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
1.7ร่วมกับประชาชนในการ ประเมินพัฒนาการการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนและหาแนวทาง ปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป	4.70	5	มากที่สุด	0.99	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2. การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในกลุ่มผู้มีสุขภาพปกติ						
2.1การเข้าถึงประชาชนทั้งในระดับ ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน	4.73	5	มากที่สุด	1.08	ไม่ สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.2การคัดกรองประชาชนตามภาวะ สุขภาพและความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเอง	4.76	5	มากที่สุด	0.97	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.3การกระตุ้นและสร้างเสริมความ รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและ ส่วนรวม	4.73	5	มากที่สุด	1.08	ไม่ สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.4การสร้างแกนนำและเครือข่าย สุขภาพชุมชน	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2.5การพัฒนาศักยภาพประชาชนใน การดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุม การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแล สุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่ มีการพัฒนาและมีการเสื่อมของ ร่างกายและเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย เล็กน้อยเกิดขึ้น	4.66	5	มากที่สุด	1.22	ไม่ สอดคล้อง	พึง ประสงค์

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
2.6 การเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยในชุมชนตามพัฒนาการชีวิตและภาวะเสี่ยงของโรค	4.81	5	มากที่สุด	0.76	สอดคล้อง	พึงประสงค์
2.7 การจัดโครงการเพื่อการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มตามภาวะเสี่ยง	4.97	5	มากที่สุด	0.89	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3. การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้เจ็บป่วย						
3.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3.2 การให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3.3 การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ	4.90	5	มากที่สุด	0.60	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3.4 การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อความพร้อมในการดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะเจ็บป่วย	4.76	5	มากที่สุด	0.94	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3.5 การแนะนำและฝึกหัดให้ผู้ป่วยและญาติฟื้นฟูสภาพร่างกาย	4.81	5	มากที่สุด	0.78	สอดคล้อง	พึงประสงค์
3.6 การส่งต่อผู้เจ็บป่วยไปยังสถานพยาบาลตามลักษณะปัญหาและความรุนแรงของสุขภาพและการเจ็บป่วย	4.84	5	มากที่สุด	0.66	สอดคล้อง	พึงประสงค์

จากตารางพบว่าอนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าด้าน กิจกรรมพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน เกือบทุกรายการ โดยส่วนมากเป็นรายการที่มีค่ามัธยฐานของโอกาสความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ แต่ยังมีรายการที่มีความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไม่มีความสอดคล้องกัน จำนวน 3 รายการ ซึ่งอยู่ในขั้นการปฏิบัติในกลุ่มผู้มีสุขภาพปกติทั้ง 3 รายการ

กล่าวโดยสรุปในทศวรรษหน้าบทบาทการพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการเตรียมการทั่วไป คือ ในการพบปะพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย (4.86) การเยี่ยมเยียนเพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและศึกษาสภาพแวดล้อม (4.86) การสนับสนุนให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเองตามทางเลือกที่เหมาะสม (4.84) การศึกษาพื้นฐานและธรรมชาติของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (4.81) การชี้แจงและการจัดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมให้กับบุคคลและครอบครัวให้เห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองจนยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญและ นำมาปฏิบัติจนเป็นนิสัย (4.79) การร่วมกับประชาชนในการประเมินความต้องการทางสุขภาพ หาทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมมาเป็นแนวทางปฏิบัติโดยการเปิดประเด็นในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ผลดี ผลเสีย ของแต่ละแนวทางและประโยชน์ที่จะได้รับ (4.79) ร่วมกับประชาชนในการประเมิน พัฒนาการการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป (4.70)

บทบาทของพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้มีสุขภาพปกติ คือ บทบาทในการจัดโครงการเพื่อการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนเป็นกลุ่มตามภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (4.97) การสร้างแกนนำและเครือข่ายสุขภาพชุมชน (4.84) การเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยในชุมชนตามพัฒนาการ และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (4.81) การคัดกรองประชาชนตามภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (4.76) ส่วนบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันคือ บทบาทในการกระตุ้นและสร้างเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและส่วนรวม (IQR=1.08 ไม่สอดคล้อง)

การเข้าถึงประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน (IQR=1.08 ไม่สอดคล้อง) การพัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่มีการพัฒนาและมีการเสื่อมของร่างกายและเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เกิดขึ้น(IQR=1.22 ไม่สอดคล้อง)

บทบาทของพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัชฌิมฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้เจ็บป่วย คือ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ (4.90) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลตามลักษณะปัญหาและความรุนแรงของสุขภาพและการเจ็บป่วย (4.84) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ (4.84) การให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (4.84) การแนะนำและฝึกหัดให้ผู้ป่วยและญาติฟื้นฟูสภาพร่างกาย (4.81) การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อความพร้อมในการดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะเจ็บป่วย (4.76)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ภาพรวมของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

รายการ	Mdn	Mode	โอกาสที่จะ เป็นไปได้	IQR	ความ สอดคล้อง	ภาพ อนาคต
1. เป็นบทบาทการพยาบาลเชิงรุกที่ ต้องกำหนดแผนการดำเนินการว่าจะ เสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนให้ชัด	4.78	5	มากที่สุด	0.89	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
2. ความครอบคลุมของบริการ จะต้องครอบคลุมประชากรทั้งในกลุ่ม ผู้เจ็บป่วย ญาติในสถาน รักษาพยาบาลและในกลุ่มคนปกติใน ชุมชน ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน	4.78	5	มากที่สุด	0.86	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
3. เป็นบทบาทในการให้ความรู้ที่เป็น บทบาทร่วมที่มีแผนอยู่ในแผนการ พยาบาลเพื่อการให้รักษาหรือการ พยาบาลชุมชนได้	4.81	5	มากที่สุด	0.76	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
4. กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในกลุ่มต่างๆ เช่น ภาวะการเปลี่ยนแปลงตามวัย โรค เรื้อรัง โรคเฉพาะพื้นที่ โรคทาง กรรมพันธุ์ เป็นต้น	4.75	5	มากที่สุด	0.96	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
5. เป็นบทบาทหลักที่สำคัญในบริการ พยาบาลทุกรูปแบบที่มีอยู่	4.73	5	มากที่สุด	0.96	สอดคล้อง	พึง ประสงค์
6. เป็นบทบาทในการสร้างการดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนแบบองค์ รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) และ ครอบคลุมประชาชนทุกระดับ (ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน)	4.62	5	มากที่สุด	1.08	ไม่ สอดคล้อง	พึง ประสงค์

จากตารางพบว่าอนาคตภาพบทบาทพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าโดยภาพรวมเพื่อส่งเสริมการการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน เกือบทุกรายการ โดยทุกรายการมีค่ามัธยฐานของโอกาสความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และทุกรายการเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ทั้งนี้รายการที่ไม่สอดคล้องมีจำนวน 1 รายการ

กล่าวโดยสรุปในทศวรรษหน้าบทบาทของพยาบาลโดยภาพรวมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ เป็นบทบาทในการให้ความรู้ที่เป็นบทบาทร่วมที่มีแผนอยู่ในแผนการพยาบาลเพื่อการรักษาหรือการพยาบาลชุมชนได้ (4.81) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่ต้องกำหนดแผนการดำเนินการว่าจะเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้ชัด (4.78) เป็นบทบาทที่ครอบคลุมการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะผิดปกติเรื้อรัง ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน (4.78) มีกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มต่างๆ (4.75) เป็นบทบาทหลักที่สำคัญในบริการพยาบาลทุกรูปแบบที่มีอยู่ (4.73) ส่วนบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันได้แก่ เป็นบทบาทในการสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) และครอบคลุมประชาชนทุกระดับ (ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน) (IQR=1.08 ไม่สอดคล้อง)

สรุปผลการวิเคราะห์อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า

ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.9 มีเพียงร้อยละ 5.1 เป็นเพศชาย โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มอายุ 41 – 55 ปี ร้อยละ 61.5 รองลงมาคืออายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 30.8 และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็น โสด ร้อยละ 30.8 พิจารณาจากประสบการณ์การทำงาน ส่วนมากมีประสบการณ์ 16 –30 ปี ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือประสบการณ์ มากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยปัจจุบันมีตำแหน่งงานเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ และนักปฏิบัติการในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 33.3, 30.8 และ 35.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ผลงานที่ผ่านมา เคยมีงานวิจัยร้อยละ 56.4 เขียนตำรา ร้อยละ 41.1 และเป็นผู้เคยรวบรวมวัสดุดีเด่น ร้อยละ 20.5

สรุปบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ได้ 6 ประเด็นใหญ่ๆ ดังนี้

1. ด้านแนวคิดในการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ ทั้งแผนงาน แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป้าหมายของกิจกรรม (4.92) ประชาชนมีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพได้หลายทาง เช่น จากการเลี้ยงดูของครอบครัว แบบอย่างของสังคมที่แวดล้อม การนำเสนอของสื่อมวลชนและจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น (4.86) การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพและความสามารถในการพยาบาลในการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (4.86) การพยาบาลจะส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ต้องตรงกับความต้องการของประชาชน (4.84) บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะต้องเป็นบทบาทที่สามารถปฏิบัติได้ในทุกบริการสุขภาพที่มีอยู่ (4.84) มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง แต่ในบางสถานการณ์เขาอาจต้องการความช่วยเหลือ เช่น อยู่ในวัยทารกหรือมีภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง (4.84) การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ใช่วิธีการของการสงเคราะห์แต่เป็นการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะชีวิตด้านสุขภาพ (4.81) การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นระบบการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพตนเอง (รับรู้ วิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้) (4.79) เทคนิคการเพิ่มสมรรถนะด้านสุขภาพของประชาชนเป็นทักษะสำคัญในการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (4.79) และการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะต้องยืดหยุ่นให้เหมาะสมได้ตามปัจจัย มีผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนภายใต้ขอบเขตที่ พรบ.วิชาชีพกำหนด (4.76)

2. ด้านแนวทางของการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ เป็นการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่นและประชาชน (4.92) การจัดตั้งหน่วยการพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นในพื้นที่ (4.86) การจัดตั้งเวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (4.86) การตั้งเอาการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่ประชาชนมีอยู่แล้วออกมาปฏิบัติให้เป็นระบบและรักษาไว้ให้คงอยู่ตลอดไป (4.84) การปรับการ

ดูแลสุขภาพตนเองในส่วนที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชนให้ดีขึ้น (4.81) การเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนที่ประชาชนยังขาดแต่มีความสำคัญเข้าไปเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับใช้ได้ ตามความจำเป็นทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (4.81) การชี้แนะวิธีติดตามค้นคว้าและเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป (4.81)

3. **ด้านการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง** ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้มากที่สุด ในการจัดการกับความรู้ที่มีอยู่เดิม คือ การสืบค้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่มีอยู่เดิมมารวบรวม วิเคราะห์ แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ให้สะดวกในการค้นคว้า (4.81) นำความรู้เดิมมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับสถานการณ์และการนำไปใช้ในปัจจุบัน (4.76) จัดระบบความรู้เดิมและปัจจุบันที่มีอยู่มาเรียงเรียงให้เห็นวิวัฒนาการเพื่อศึกษาความเป็นมา ปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงและเปรียบเทียบให้เห็นแนวโน้มที่จะดำเนินต่อไป (4.73) ส่วนการพยาบาลที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในการสร้างความรู้ใหม่ คือ การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่หรือตรวจสอบเพื่อยืนยันหรือต่อยอดความรู้เดิม (4.81) การรวบรวมความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ตรงในการทำงานในพื้นที่ต่างๆ (4.79) การจัดเวทีวิชาการ การระดมสมองในรูปแบบต่างๆ (4.79) การพัฒนาทักษะเฉพาะในการทำงานที่ได้มีการปรับเปลี่ยนมาแล้วอย่างเป็นขั้นเป็นตอนจนกระทั่งสร้างผลสำเร็จของงานได้ดีกว่าทักษะเดิมที่ใช้อยู่ (4.70) และการพยาบาลที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง คือ การจัดนิทรรศการและมหกรรมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต (4.90) การนำเสนอในรูปแบบของคู่มือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หนังสือวิชาการหรือการนำเสนอในเวทีวิชาการ (4.88) การนำไปใช้กับประชาชนโดยตรง (4.81) การประชาสัมพันธ์โดยตรงขณะมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนและการนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (4.76)

4. ด้านการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพ

ตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในด้านความรู้ คือ การติดตามนโยบายสุขภาพและนโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (4.88) ต้องพัฒนาความรู้ในการจัดทำและประเมินโครงการด้านสุขภาพ (4.88) พยาบาลวิชาชีพต้องศึกษาเพิ่มเติมความรู้ในส่วนของสร้างสุขภาพตามพัฒนาการของบุคคล (4.88) ต้องติดตามความรู้ด้านกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (4.86) การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงของภาวะสุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่ม (4.84) ควรเพิ่มความรู้ในการทำงานร่วมกับชุมชนในแต่ละพื้นที่ (4.84) ความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการเตรียมมาในระดับปริญญาตรีต้องเพียงพอที่จะปรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ (4.73) ส่วนการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในด้านทัศนคติ คือ ต้องเชื่อในคุณค่าของการที่ประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเองว่าเป็นการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน (4.84) ต้องมีความเห็นและเชื่อมั่นว่าสุขภาพเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถแยกสุขภาพออกมาโดดๆ ได้ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับความเป็นอยู่ของบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมของครอบครัวนั้นด้วย (4.84) ต้องมีการเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกที่ดีต่อการให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง (4.81) ส่วนการเตรียมพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน คือ การสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ (IQR=1.19 ไม่สอดคล้อง) และการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทด้านการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในด้านทักษะการปฏิบัติ คือ การพัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและชุมชน (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการใช้ภาษาเพื่อติดต่อสื่อสารกับบุคคลในกลุ่มต่างๆ (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการพยาบาลที่สร้างเสริมทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4.79) ต้องฝึกทักษะการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพตนเองของบุคคล ครอบครัวที่มีพื้นฐานต่างกัน (4.76) ส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน คือ การพัฒนาทักษะการสร้างเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของประชาชนโดยการคิดเชิงวิเคราะห์ (IQR=1.28 ไม่สอดคล้อง) ส่วนการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพ

ตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในด้านวิธีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ คือ การเสริมสร้างแนวคิดการบริการสุขภาพเชิงรุกและการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองเข้าไปในหลักสูตร (4.88) การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการนำความรู้ทางการพยาบาลและสหสาขาวิชามาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน (4.86) การจัดระบบการทำงานของพยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นเครือข่ายการส่งต่อทางการพยาบาลที่ครบวงจรตั้งแต่พื้นฐานถึงซับซ้อน (4.76) การฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่กับทีมงานที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว (4.70) ส่วนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น **ไม่สอดคล้องกัน** คือ การพัฒนาความสามารถในการประเมินผลโครงการหรือวิธีการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (IQR=1.03 ไม่สอดคล้อง)

5. **ด้านลักษณะของกิจกรรมการพยาบาล** พบว่าแนวโน้มของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในด้านการเตรียมการโดยทั่วไป ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ การพบปะพูดคุยกับประชาชนเพื่อสร้างความคุ้นเคย (4.86) การเยี่ยมเยียนเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและศึกษาสภาพแวดล้อม (4.86) การสนับสนุนให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเองตามทางเลือกที่เหมาะสม (4.84) การศึกษาพื้นฐานและธรรมชาติของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี (4.81) การชี้แจงและการจัดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมให้กับบุคคล ครอบครัวให้เห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองจนยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญและนำมาปฏิบัติจนเป็นนิสัย (4.79) การเปิดประเด็นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการทางสุขภาพทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ วิเคราะห์และตัดสินใจทางสุขภาพ (4.79) และร่วมกับประชาชนในการประเมินพัฒนาการการดูแลสุขภาพตนเองและหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป (4.70) ในด้านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้มีสุขภาพปกติที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่เป็นไปได้คือ การจัดโครงการเพื่อการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนเป็นกลุ่มตามภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (4.97) การสร้างแกนนำและเครือข่ายสุขภาพชุมชน (4.84) การเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยในชุมชนตามพัฒนาการและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (4.81) การคัดกรองประชาชนตามภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (4.76) ส่วนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น **ไม่สอดคล้องกัน** คือ การกระตุ้นและสร้างเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและส่วนรวม (IQR=1.08 ไม่สอดคล้อง) การเข้าถึงประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน (IQR=1.08 ไม่

สอดคล้อง) การพัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไป การดูแลสุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงของวัยและเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เกิดขึ้น (IQR=1.22 ไม่สอดคล้อง) ด้านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในกลุ่มผู้เจ็บป่วย ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน(Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ การให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ (4.90) การส่งต่อผู้ป่วยไปยัง สถานพยาบาลตามลักษณะปัญหาและความรุนแรงของสุขภาพและการเจ็บป่วย (4.84) การ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ (4.84) การให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและ ความต้องการของ ผู้ป่วย (4.84) การแนะนำและฝึกหัดให้ผู้ป่วยและญาติฟื้นฟูสภาพร่างกาย (4.81) และการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อความพร้อมในการดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะที่เจ็บป่วยอยู่ (4.76)

6. **ด้านภาพรวมของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง** ของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับ ค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ เป็นบทบาทในการให้ความรู้ที่สามารถทำ ร่วมกับบทบาทในการให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยในสถานพยาบาลและการบริการพยาบาลในชุมชนได้ (4.81) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่มีแผนการดำเนินการให้เห็นชัดว่าจะเสริมสร้าง สมรรถนะการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างไรทั้งในกลุ่มผู้เจ็บป่วยในสถานรักษาพยาบาล และในกลุ่มคนปกติในชุมชน (4.78) เป็นบทบาทที่ครอบคลุมการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชน ทั่วไปและผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะผิดปกติเรื้อรังทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน (4.78) มีกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเพื่อประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในกลุ่มต่างๆ (4.75) เป็นบทบาทหลักที่ สำคัญในบริการพยาบาลทุกรูปแบบที่มีอยู่ (4.73) ส่วนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้อง กันได้แก่ การสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) และครอบคลุมประชาชนทุกระดับ (ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน) (IQR=1.08 ไม่สอดคล้อง)

บทที่ 7

ภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาล เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544-2553)

ภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า ที่เป็นภาพพึงประสงค์ตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล จะต้องเป็นบทบาทที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ประการคือ การปฏิรูประบบราชการ นโยบายสุขภาพเชิงรุก และการควบคุมมาตรฐานการบริการสุขภาพประชาชน แนวโน้มของระบบบริการพยาบาลในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงจากการที่บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ในลักษณะของการสงเคราะห์ช่วยเหลือตามความสะดวกและตามบริการที่ผู้ให้บริการเป็นฝ่ายกำหนด มาสู่ระบบการบริการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชน ประชาชนจะเป็นผู้กำหนดและจัดระบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ขณะที่ระบบบริการพยาบาลและระบบสุขภาพอื่นๆ จะต้องเป็นระบบสนับสนุนและเอื้อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยคามมั่นใจ

ดังนั้น บทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าซึ่งเป็นการให้บริการพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมายหลักในการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองให้กับประชาชน จึงมีองค์ประกอบที่จำเป็น 5 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 แนวคิดของการดูแลสุขภาพ จะต้องมีความเชื่อว่าการที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้จะเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ยั่งยืน ด้านที่ 2 แนวทางการให้บริการพยาบาล จะเป็นวิธีการที่ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในลักษณะของการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ และการทำงานที่เป็นทีมในวิชาชีพการพยาบาลโดยระบบการส่งต่อตามระดับความซับซ้อนของการพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับ ด้านที่ 3 ลักษณะการจัดกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งประชากรที่มีสุขภาพปกติ มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และมีการเจ็บป่วย ด้านที่ 4 การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จะต้องผสมผสานทั้งความรู้ดั้งเดิมที่มีอยู่และ ค้นคว้าสิ่งใหม่ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคและสุขภาพที่เปลี่ยนไป และด้านที่ 5 การเตรียมพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีการปรับหลักสูตรที่ใช้ในการผลิตบุคลากรใหม่ และการจัดอบรมทางวิชาการในการพัฒนามนุษย์การพยาบาลระหว่างประจำการ ทำให้สามารถ

ประมวลลักษณะของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า ได้ดังนี้

อนาคตภาพของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า จะเป็นบทบาทในการสร้างกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และมีความพร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในทุกระบบบริการพยาบาลที่มีอยู่ จะต้องเป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ประชาชนได้เพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมอยู่ด้วยเสมอ และต้องครอบคลุมทั้งมิติด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยการมองการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นองค์รวมที่เชื่อมโยงกันของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของประชาชน ทำให้กิจกรรมการพยาบาลที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีอยู่ในระบบบริการพยาบาลทั้งในการพยาบาลคลินิกและการพยาบาลชุมชน โดยจะเป็นกิจกรรมของการให้คำปรึกษา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแจ้งข้อมูลข่าวสาร การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพที่ตรงกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชน และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ปัญหาสุขภาพนั้นจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพจากบุคลากรพยาบาลตามระดับความซับซ้อน ส่วนรายละเอียดของการจัดกิจกรรมนั้นจะขึ้นอยู่กับการมองปัญหาและการหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกันระหว่างประชาชนกับบุคลากรพยาบาลในแต่ละสถานการณ์ที่ต้องประเมินจากความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพที่ประชาชนใช้อยู่ในปัจจุบัน เป็นฐานไปสู่การพัฒนาในอนาคต

ด้านการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า มีแนวโน้มที่จะต้องมีการพัฒนาทั้งในส่วนของการผลิตพยาบาลวิชาชีพและในส่วนของการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างประจำการ โดยในส่วนของการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อบริการสังคม จะต้องมีการปรับหลักสูตรใหม่ทั้งด้านเนื้อหาความรู้ และการจัดการฝึกประสบการณ์ทางการพยาบาลที่จะต้องมีความสอดคล้องกันทั้งการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลในคลินิก และวิธีการที่จะใช้ในการจัดการเรียนการสอนจะต้องเป็นบูรณาการของการดูแลสุขภาพตามพัฒนาการของมนุษย์ในช่วงแต่ละวัย ส่วนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพระหว่างประจำการ ต้องมีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้สามารถรับรู้และเข้าถึงพฤติกรรมสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งคุณสมบัติที่จำเป็นนอกเหนือจากความรู้

ความสามารถในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบันแล้ว พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ในศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยให้สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ได้อย่างเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมและมีมุมมองที่กว้างขึ้นกว่าการให้การรักษายาบาลและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการพัฒนาทักษะการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งที่เป็นภาษาท้องถิ่นและภาษาต่างประเทศ นอกจากนี้ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เป็นเครื่องมือในการช่วยพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

โดยเงื่อนไขที่สำคัญของอนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า ที่ควรจะต้องหามาตรการที่เหมาะสมไว้ล่วงหน้าคือการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับบทบาทการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มบุคลากรพยาบาลด้วยกันเองในทีมสุขภาพ และประชาชนทั่วไป รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายให้ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลตามความรับผิดชอบที่ขยายออกไป และการกำหนดตำแหน่งและค่าตอบแทนให้เป็นไปตามความรับผิดชอบที่สูงขึ้นและการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรพยาบาล

ซึ่งมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละองค์ประกอบของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า สามารถเขียนสรุปเป็นภาพอนาคต ได้ดังนี้

ภาพที่ 1 การบริการพยาบาลในคลินิก : จะเป็นรูปแบบของการพยาบาลผู้ป่วยและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะโรค โดยจะเปลี่ยนจากการให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตามที่พยาบาลกำหนด เป็นการที่พยาบาลจะต้องวิเคราะห์ว่าการดูแลสุขภาพอะไรบ้างที่ผู้ป่วยหรือญาติควรจะทำเองได้แล้วจึงหาวิธีพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพนั้นร่วมกับ ผู้ป่วยและญาติ ที่มีการวางแผนให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ตลอดช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมให้ภาวะการเจ็บป่วยดีขึ้น สุขภาพแข็งแรงและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขแทนการวางแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล เท่านั้น (Discharge planning) ส่วนแนวทางการประเมินผลการบริการพยาบาลจะเปลี่ยนจากการประเมินเฉพาะการพยาบาลที่มีผลทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น มาเป็นการประเมินผลการ แก้ปัญหาความเจ็บป่วยร่วมกับความก้าวหน้าของผู้ป่วยหรือญาติในการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะ สุขภาพและดูแลสุขภาพของตน

ภาพที่ 2 การบริการพยาบาลในชุมชน : จะเป็นรูปแบบของการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยง การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ และการให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยในชุมชน โดยจะเปลี่ยนจากการที่การพยาบาลชุมชนเป็นงานที่เสริมจากงานประจำ มาเป็นการพยาบาลชุมชน คือ งานหลักที่ต้องรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและมีแผนงานระยะยาวที่ต้องปฏิบัติในฐานะของพยาบาลที่รับผิดชอบการพยาบาลในชุมชน ในด้านของกิจกรรมจะเปลี่ยนแนวทางจากการจัดลำดับการให้การพยาบาลผู้เจ็บป่วยเป็นหลัก มาเป็นการให้ข้อมูล การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนและการแก้ปัญหาสุขภาพร่วมกับประชาชน โดยรูปแบบการกำหนดกิจกรรมจะเปลี่ยนจากกิจกรรมการให้บริการตามวัตถุประสงค์ที่พยาบาลเป็นผู้กำหนด มาเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างประชาชนกับบุคลากรพยาบาลตามภาวะสุขภาพและสถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิตของประชาชน

ภาพที่ 3 การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง : จะเป็นรูปแบบของการวิเคราะห์พื้นฐานภูมิปัญญาดั้งเดิมผสมผสานกับการค้นคว้าความรู้ใหม่ ในลักษณะของการวิจัยที่ชุมชนมีส่วนร่วมมากกว่าการวิจัยที่ทำแต่เฉพาะในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ โดยจะเปลี่ยนจากการสืบค้นความรู้ใหม่ที่เน้นเฉพาะการแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มาเป็นการสืบค้นและนำความรู้เก่ามาประยุกต์ให้เป็นความรู้ที่ใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ ที่มีมุมมองเชิงสหวิทยาการเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการรวบรวมประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานในชุมชนมาสังเคราะห์เป็นความรู้ใหม่ ร่วมกับการค้นคว้าทางทฤษฎี และเปลี่ยนจากการศึกษาวิจัยที่ศึกษาข้อมูลจากกลุ่มนักวิชาการ มาเป็นการค้นคว้าหาความรู้ทางสุขภาพที่ใช้วิธีการจัดมหกรรมด้านสุขภาพเป็นกระบวนการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และเปิดเวทีอภิปรายเพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องหลายๆ ฝ่าย

ภาพที่ 4 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ : จะเป็นรูปแบบของการปรับหลักสูตร วิธีการเรียนการสอนในการผลิตพยาบาลวิชาชีพ และการจัดฝึกอบรมระหว่างประจำการให้กับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยจะเปลี่ยนจากเป้าหมายหลักเพื่อการผลิตผู้ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วย มาเป็นการผลิตผู้พัฒนาสุขภาพประชาชนที่ใช้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเป็นหลักในการแก้ปัญหา เปลี่ยนจากการพัฒนาทักษะเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบลงลึกในรายโรค มาเป็นการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพประชาชนควบคู่กับการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาสุขภาพร่วมกับประชาชนและวิชาชีพอื่นๆ โดยเปลี่ยนจากการใช้

โรงพยาบาลเป็นฐานในการเรียนรู้เพื่อการพยาบาลผู้ป่วย มาเป็นการใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนา สุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของประชาชน และปรับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบการพยาบาลผู้ป่วยตามโรคที่แยกเป็นสาขาเฉพาะทางการแพทย์ มาเป็นการสอนแบบบูรณาการการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพจากภาวะการเจ็บป่วยตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 8

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน และวิเคราะห์การปฏิบัติพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 โดยการวิเคราะห์เอกสาร การศึกษาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าและการศึกษาแนวทางที่จะเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชนแบ่งเป็นช่วงตามลักษณะของการดูแลสุขภาพ 5 ช่วง คือ

1.1 ช่วงการดูแลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน (ก่อน พ.ศ.2439) การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะสตรีและบรรดาเครือญาติรวมทั้งผู้ใกล้ชิดที่มีลักษณะของการดูแลเกี่ยวกับ สุขวิทยาส่วนบุคคลทั่วไป และการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยให้ลดความทุกข์ทรมาน และหายจากโรค ตามความรู้และประสบการณ์ที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ

1.2 ช่วงเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่ (พ.ศ.2439 - 2488) เป็นช่วงที่ยังมีลักษณะการดูแลสุขภาพเป็นแบบดั้งเดิมอยู่ พร้อมๆกับการให้ความสนใจและคอยติดตามความเป็นไปของการแพทย์แบบตะวันตก เพื่อเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะใช้ดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนในการดูแลสุขภาพประชาชน จึงมีทั้ง บุคคลในครอบครัว หมอแผนโบราณ และผู้ที่ผ่านการศึกษาอบรม ฝึกหัดมาทางการแพทย์และการพยาบาล

1.3 ช่วงเริ่มมั่นใจวิธีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมองสุขภาพเป็นเรื่องของการเจ็บป่วย (พ.ศ.2489 - 2522) เป็นช่วงที่มีลักษณะของการดูแลสุขภาพ และการรักษาโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยแพทย์และพยาบาล และมีญาติเป็นผู้คอยช่วยเหลือดูแลในเรื่องต่างๆ ไป

1.4 ช่วงดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน และนิยมความ

เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (พ.ศ.2523 - 2540) เป็นช่วงที่มีการมองเป้าหมายของสุขภาพเป็น “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า” และใช้การดูแลรักษาแบบเฉพาะโรค โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและบุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดูแลรักษา

1.5 ช่วงสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม (พ.ศ.2541 - ปัจจุบัน) มีลักษณะการดูแลสุขภาพที่ต้องการความหลากหลาย เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตน ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลจะขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของการดูแลสุขภาพในแต่ละสถานการณ์ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล บุคลากร สาธารณสุขสาขาต่างๆ วิชาชีพอื่นๆ และประชาชน

2. การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 การพยาบาลได้ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในสุขภาพตนเอง โดยเริ่มจากการขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในแต่ละเรื่อง ตามลักษณะของอาการเจ็บป่วยในแต่ละระยะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การเคลื่อนไหวอวัยวะที่บาดเจ็บ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น ต่อมาในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 การพยาบาลได้มีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคตามตารางการให้ภูมิคุ้มกันของแต่ละช่วงอายุ การทำลายแหล่งของพาหะนำโรคและป้องกันโรคที่ชุกในแต่ละฤดูกาล และการสอนหญิงฝากครรภ์และมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูทารก ในช่วงแผนพัฒนาฯ ที่ 7-8 การพยาบาลในสถานพยาบาลเริ่มมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเฉพาะโรค การจัดตั้งกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาในลักษณะคลินิกสุขภาพต่างๆ ในสถานพยาบาล ส่วนในชุมชนจะมีโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเกิดขึ้นบ้างในบางพื้นที่แต่ยังเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับทั้งหมด และมักเป็นโครงการชั่วคราวตามวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น การรณรงค์การสูบบุหรี่ การต่อต้านโรคเอดส์ ส่วนการกำหนดนโยบายหรือวางแผนให้กิจกรรมการพยาบาลเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่เป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพนั้นยังไม่มี

3. การศึกษาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า พบว่า ภาพรวมของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ จะเป็นบทบาทของผู้สร้างเสริม

ความรู้ที่เป็นบทบาทร่วมและมีแผนอยู่ในแผนของการพยาบาลทั้งในสถานรักษาพยาบาลและในชุมชน (4.81) ซึ่งประกอบไปด้วยด้านต่างๆดังนี้

3.1 แนวคิดการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้อย่างมากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้คือ การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ทั้งแผนงาน แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป้าหมายของกิจกรรม (4.92)

3.2 แนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้อย่างมากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ เป็นการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่นและประชาชน (4.92) และการทำงานร่วมกันภายในวิชาชีพอย่างครบวงจรโดยระบบการส่งต่อทางการพยาบาล

3.3 การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้อย่างมากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการจัดการความรู้ที่มีอยู่เดิม คือ การสืบค้นความรู้เดิมมาวิเคราะห์ แยกประเภท จัดหมวดหมู่ให้สะดวกในการค้นคว้า (4.81) ส่วนการสร้างความรู้ใหม่ คือ การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่ หรือตรวจสอบเพื่อยืนยันหรือต่อยอดความรู้เดิม (4.8) ส่วนวิธีการเผยแพร่ความรู้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง คือ การจัดนิทรรศการและมหกรรมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต (4.90)

3.4 ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้อย่างมากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ด้านการเตรียมการโดยทั่วไป คือ การพบปะพูดคุยกับประชาชนเพื่อสร้างความคุ้นเคย (4.86) กับการเยี่ยมเยียนเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและศึกษาสภาพแวดล้อม (4.86) ส่วนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มประชาชนทั่วไป คือ การจัดโครงการต่อเนื่องเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนแบบกลุ่มตามความเสี่ยง (4.97) และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้เจ็บป่วย คือ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ (4.90)

4. แนวทางการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้อย่างมากที่สุดและเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้านความรู้ คือ การติดตามนโยบายสุขภาพและนโยบาย

ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (4.88) ในด้านทัศนคติ คือ ต้องเชื่อในคุณค่าของการที่ประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเองว่าเป็นการสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน (4.84) และในด้านทักษะการปฏิบัติ คือ การพัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและชุมชน (4.81) กับการพัฒนาทักษะการพยาบาลที่สร้างเสริมทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่สอดคล้องกัน (4.81) ส่วนวิธีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ คือ การเสริมสร้างแนวคิดการบริการสุขภาพเชิงรุกและการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองเข้าไปในหลักสูตร (4.88) และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำความรู้ทางการพยาบาลและสหสาขาวิชามาเป็นฐานในการปฏิบัติงาน

การอภิปรายผลการวิจัย

การจะเป็นพยาบาลที่ดำรงคุณค่าของวิชาชีพได้ ไม่ใช่เพียงแค่เรียนจบหลักสูตร และได้มีโอกาสทำงานด้านการพยาบาลเท่านั้น จะต้องมีความเชื่อ มีใจรัก มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่เหล่านั้นด้วย การพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญในอนาคตไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการพยาบาลผู้เจ็บป่วย ถ้าพิจารณาอย่างผิวเผิน จะรู้สึกเหมือนกับว่าปัจจุบันการพยาบาลก็มีบทบาทนี้อยู่แล้ว แต่ถ้าได้วิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนจะเห็นได้ว่า ที่ผ่านมาพยาบาลยังไม่ได้จับงานด้านนี้อย่างเป็นทางการ เหมือนด้านการพยาบาลผู้ป่วยในสถานบริการ การที่การพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวพยาบาลเองต้องตระหนักเสียก่อนว่าบทบาทนี้จะเป็นบทบาทที่สำคัญในอนาคตที่ทำให้การพยาบาลมีความชัดเจน มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเป็นบทบาทที่พยาบาลน่าจะจับขึ้นมาทำให้เป็นรูปร่าง และเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนได้ก่อนวิชาชีพอื่นๆ เนื่องจากพยาบาลค่อนข้างจะมีความพร้อมมากกว่าทั้งด้านความรู้ ประสบการณ์ และเครือข่ายของการบริการพยาบาลที่มีอยู่ ถ้าได้มีการปรับแนวคิด ทิศทาง และกิจกรรมให้ชัด พยาบาลก็จะสามารถแสดงบทบาทนี้ให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืนได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผลการศึกษาอนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า จึงมีประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

ส่วนที่ 1 พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (ก่อน พ.ศ.2439 - 2544) พบว่า ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของการดูแลสุขภาพประชาชน มีการเคลื่อนไหวไปในเวลาที่ไม่เท่ากัน แต่ลักษณะของความเคลื่อนไหวจะมีการเชื่อมโยงที่สำคัญอยู่กับ ความเจริญก้าวหน้าของ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รูปแบบของระบบ

บริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บของประชาชน ทำให้พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชนจากอดีตถึงปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 5 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงของการดูแลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน เป็นช่วงก่อน พ.ศ.2439

ลักษณะของการดูแลสุขภาพจะเป็นเรื่องที่อยู่ในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด มีฐานความรู้มาจากความเชื่อและประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษรุ่นก่อนๆ การดูแลสุขภาพจึงเป็นทั้งการดูแล เอาใจใส่ และช่วยเหลือ ที่มีทั้งการปรนนิบัติให้ได้รับความสุขสบาย การปลอบประโลมให้คลายความหวาดกลัวและความวิตกกังวล การช่วยเหลือให้บรรเทาความเจ็บป่วยและทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บ ลักษณะของการดูแลสุขภาพจึงมีทั้งการจัดการในเรื่องความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน พิธีกรรมทางศาสนา ทางไสยศาสตร์ และการปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณี

ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายถึงผลที่เกิดต่อสุขภาพได้ว่า การดูแลสุขภาพในลักษณะนี้จะมีจุดเด่นอยู่ที่มีสอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของแต่ละชุมชน และมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย เช่น การดูแลเรื่องอาหาร ความสะอาด การหลับนอนและการขับถ่าย ด้านจิตใจ เช่น การเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด อยู่ในครอบครัวท่ามกลางลูกหลานและเครือญาติ อย่างอบอุ่น ด้านอารมณ์ เช่น การที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นผู้คุ้นเคย คุ้นสยใจต่อกันมาก่อน จึงรู้จักหวั่นและทำที่ ทำให้โอกาสที่จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด ไม่พอใจจะมีน้อยลง ด้านสังคม เช่น การที่ได้อยู่กับสิ่งแวดล้อมเดิม ไม่ว่าจะ เป็น กลุ่มบุคคล สถานที่ ของเครื่องใช้ ภาษาที่สื่อสาร และการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ทำให้บุคคลยังมีสถานภาพทางสังคมได้เหมือนเดิม สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า พยาบาลต้องพยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2536) นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติหลายๆ อย่างในการดูแลสุขภาพช่วงนี้มีเหตุผลที่อธิบายได้ในเชิงวิทยาศาสตร์ เช่น การล้างเอาสิ่งสกปรกออกจากข้าวก่อนหุง การบีบนิ้วเพื่อให้อาหารย่อยและให้การไหลเวียนของเลือดลมสะดวก รวมทั้งการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคบางอย่างที่ได้ผล (องค์การคำคุณสุภา, 2511 : 16) เป็นต้น ซึ่งตรงกับที่ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ได้ให้สัมภาษณ์เมื่อ 12 กรกฎาคม 2544. 17.00-17.45 น. ไว้ว่า “การดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมของไทยจะเป็นอะไรที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตไทย ไม่สร้างความบีบคั้น เป็นการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง และครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จึงควรได้รับการฟื้นฟู และปรับปรุงให้ใช้ได้ในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่เรามีอยู่แล้วไม่ต้องลงทุนอะไรมาก” ส่วนจุดด้อย คือ การขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรค และรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำในกรณีที่ต้องการความเร่งด่วนและโรคมีความซับซ้อนไม่สามารถแก้ปัญหาได้โดยวิธีการของการแพทย์แผนโบราณ รวมทั้งพิธีกรรม

บางอย่างที่มาจากความเชื่อแบบมหายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การรตน้ำมันต์เพื่อรักษาโรค การให้เด็กเหยียบครรภเพื่อให้เกิดบุตรง่าย (ลาธุแบร์, 2511 : 277) และการผูกตะกรุด ใช้ผ้าลงยันต์ คาถาอาคมในการป้องกันโรค (เจริญ อินทเกษตร, 2516 – 2517 : 7417) เป็นต้น ซึ่งจะสอดคล้องกับที่ผู้นำสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญหลายๆ ท่านได้กล่าวไว้ในทำนองเดียวกันว่า การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและราคาแพง ไม่ใช่เรื่องเสียหาย แต่ต้องใช้อย่างสมเหตุสมผล และต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้รับบริการด้วยว่าเขามีความคิดเห็นและพอใจกับวิธีการดูแลรักษาอย่างไร (ประเวศ วะสี ; จรัส สุวรรณเวลา ; อัมพล จินดาวัฒน์ ; สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และสุภกร บัวสาย , พฤษภาคม-กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์)

2. ช่วงเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่ (พ.ศ.2439 - 2488) เป็นช่วงที่การแพทย์แบบตะวันตกได้เข้ามามีบทบาทในสังคมไทยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในการดูแลรักษาเจ้าหน้าที่สูงและข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ ส่วนการแพทย์แผนโบราณยังเป็นที่นิยมในหมู่ประชาชนทั่วไปอยู่ แต่ค่าเล่าเรียนของการรักษาแบบการแพทย์ตะวันตกก็ได้สร้างความสนใจและความอยากทดลองขึ้นในหมู่ประชาชนทั่วไปด้วย จึงเป็นช่วงที่ประชาชนคอยติดตามถึงประโยชน์และผลดีของการรักษาแบบการแพทย์ตะวันตกอยู่ด้วยเช่นกัน ลักษณะของการดูแลสุขภาพในช่วงนี้จึงมีทั้งการปฏิบัติตามแบบดั้งเดิมที่กล่าวมาแล้ว และการใช้ยา ใช้เครื่องมือแพทย์ รวมทั้งวิธีการรักษาพยาบาลแบบใหม่ ซึ่งมีให้เลือกทั้ง 2 แบบในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับความสมัครใจของประชาชน

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาในยุคนี้ แต่ระบบการแพทย์แผนโบราณของไทยก็ยังคงอยู่ควบคู่ไปด้วย ส่วนการตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการแบบใดในการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่ประชาชนจะเป็นผู้เลือกเอง ซึ่งการจะตัดสินใจทางใดนั้นประชาชนจะติดตามและดูตัวอย่างจากผู้ที่เชื่อถือได้ก่อน แสดงว่าเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องที่บุคคลและครอบครัวเห็นความสำคัญ จึงต้องมีการไตร่ตรองและพิจารณาข้อดี ข้อเสีย ก่อนตัดสินใจเสมอ สอดคล้องกับที่ จรัส สุวรรณเวลา (2 กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์) กล่าวไว้ว่า “การเจ็บป่วยเป็นเรื่องของชีวิต ประชาชนจะไปหาสิ่งที่เขาคิดว่าดีที่สุดเสมอ” และการตัดสินใจนั้นมักจะไม่ได้เป็นการตัดสินใจของคนใดคนหนึ่ง แต่จะเป็นการปรึกษาหารือและต้องตัดสินใจร่วมกันของคนในครอบครัว ดังพระราชหัตถเลขาของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวถึงหมอบรัดเลย์ ในตอนหนึ่งว่า...ข้าพเจ้าวางใจในวิธีการรักษาพยาบาลในการคลอดบุตรของยุโรป และของอเมริกา แต่มีความเสียใจที่จะแจ้งให้ทราบ ว่า ข้าพเจ้าไม่สามารถที่จะให้สนม ผู้นี้ มีความเชื่อมั่นก่อนที่ความตายจะคุกคามเธอ เพราะญาติพี่น้องจำนวนมากของเธอ จูงใจให้เธอปฏิบัติตามประเพณี การรักษาพยาบาลของท่านครั้งนี้ นับว่าเป็นการอัศจรรย์ที่สุดในพระบรมมหาราชวังนี้.... (จอร์จ

เฮาส์ เฟลด์ส, 2504 : 71-73) ซึ่งจะเป็นไปในทำนองเดียวกันกับคำสัมภาษณ์ที่ได้จากประธานอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานครที่ว่า “...ผมคิดว่า ทุกยุคทุกสมัยประชาชนทุกคนและทุกคนรอบครัวเขารักชีวิตของเขาทั้งนั้น และพวกเขาก็พร้อมที่จะดูแลสุขภาพให้ดี แต่เราไม่มั่นใจว่าสิ่งที่เราได้รับรู้ โดยเฉพาะจากการโฆษณา พูดให้ฟังหรือลงข่าวนั้น ถูกต้องจริงเพียงใด ยกเว้นเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เราได้เห็นหรือมีโอกาสได้ร่วมสัมผัสด้วยตนเอง...” (นิพนธ์ เตือนใจยา, 19 มิถุนายน 2544, สัมภาษณ์)

3. ช่วงเริ่มมั่นใจวิธีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมองสุขภาพเป็นเรื่องของการเจ็บป่วย (พ.ศ.2499 - 2522) เป็นช่วงที่ประชาชนชาวไทยให้ความสำคัญต่อสุขภาพในแง่ของโรคภัยไข้เจ็บ และการนิยมเข้าไปรับการรักษาแผนใหม่ในโรงพยาบาล

ลักษณะของการดูแลสุขภาพในช่วงนี้ จึงเห็นเป็นรูปธรรมได้เฉพาะในด้านการรักษาพยาบาลผู้เจ็บไข้ได้ป่วย มีการนำผู้เจ็บป่วยเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลโดยวิธีการรักษาแบบการแพทย์ตะวันตกมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การแพทย์แผนโบราณของไทยเริ่มเสื่อมคลายความนิยมลงไป ส่วนการดูแลสุขภาพในยามที่ยังไม่เจ็บป่วยไม่มีการดูแลที่เป็นรูปธรรมและไม่ได้รับความสนใจว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องดูแล

ลักษณะดังกล่าวนี้อธิบายได้ว่า วิธีการรักษาแบบการแพทย์ตะวันตกเป็นวิธีใหม่สำหรับสังคมไทย และรักษาโรคได้ผลรวดเร็ว จึงเป็นที่สนใจและเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า “...ไม่ปรากฏว่า นายแพทย์บริดเลย์ ได้ทำการคลอดตามแบบตะวันตกให้แก่ใคร จนกระทั่งปี พ.ศ.2395 ซึ่งเป็นต้นรัชกาลของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวโปรดให้นายแพทย์บริดเลย์ เข้าถวายการรักษาพยาบาลพระสนม นายแพทย์บริดเลย์ ได้บันทึกการรักษาพยาบาลครั้งนี้ไว้ว่า ...เมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2395 ทางสำนักพระราชวังได้มาเชิญตัวไปแต่เช้า เพื่อไปเฝ้าเยี่ยมพระมเหสีพระองค์หนึ่งของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งเพิ่งมีประสูติการ ข้าพเจ้าเข้าไปในพระราชฐานชั้นในอันเป็นที่ประทับของฝ่ายใน ซึ่งยังมีไม่ชาวยุโรปคนใดได้รับอนุญาตให้เยี่ยมกราบเข้าไปเลย... พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงขอร้องให้ข้าพเจ้าถวายการรักษาพยาบาลพระนาง พระองค์ทรงเป็นห่วงเป็นใยในพระนางเป็น อันมาก... ข้าพเจ้าได้ถลันเข้าไป และจัดเตาไฟที่พระนางกำลังบรรทมเพลิงอยู่ออกไปให้ห่าง...และเปิดพระบัญชรที่ปิดไว้เกือบสนิทจนทำให้อากาศไม่สามารถจะถ่ายเทได้ ข้าพเจ้าได้ถวาย การรักษาโดยถวายโอสถ แล้วในไม่ช้าพระนางก็ค่อยทุเลา...” (แสมบ๊อต โลว์ มอฟแพ็ท, 2520 : 186)

ประกอบกับนโยบายของรัฐในการให้บริการสุขภาพประชาชนเป็นระบบของการ สงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล ทำให้มิติด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟู สภาพ ขาดการเอาใจใส่ว่าเป็นส่วนสำคัญของการมีสุขภาพดี เช่นเดียวกับที่ผู้นำทางสุขภาพและ ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลได้กล่าวไว้ดังนี้ “...การรักษาแบบดั้งเดิมของไทย ใช้เวลานานจึงจะเห็น ผลฤทธิ์ของสมุนไพรหรือยาแผนโบราณที่ใช้ ไม่ได้ออกฤทธิ์ชัดเจนเหมือนยาแผนปัจจุบัน แต่ต้อง ไม่ลืมนว่ายาและวิธีการรักษาแผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะและมี ผลข้างเคียงสูง อย่าให้ภูมิปัญญาไทยกลายเป็นใกล้เกลือกินต่าง...” (สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, 4 กันยายน 2544 , สัมภาษณ์) “... พอการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามา ทำให้กรอบการคิดของ ชาวบ้านเปลี่ยนไป คิดเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของความเจ็บป่วย ต้องหาแพทย์ หาบุคลากร สาธารณสุข ทำให้ “สุขภาพ” มีรูปธรรมไม่ชัดเจน จึงเกิดช่องว่างที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ได้...” (สุรวิรัตน์ ตริมิตรคา, 17 กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์)

4. ช่วงดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานและนิยามความเชี่ยวชาญ เฉพาะสาขา (พ.ศ.2523-2540) เป็นระยะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ “สุขภาพดี ถ้วนหน้าในปี 2543” (Health for all by the year 2000) เป็นนโยบายสุขภาพของโลก โดยการใช้ กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน (WHO, 1981 : 1)

ลักษณะการดูแลสุขภาพในช่วงนี้ ยังเน้นการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยโดยผู้ เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยอยู่ แต่ได้มุ่งให้ประชาชนและหน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะการจัดสภาพ แวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำในการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของ ประชาชนในชนบท (จ.ป.ฐ) ซึ่งทำให้ประชาชนได้เกิดความรับผิดชอบต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมของ ตน และการใช้ชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ จ.ป.ฐ ที่กำหนด เพราะจะมีเจ้าหน้าที่ ติดตามประเมินผลด้วย ทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องที่ทำตามเกณฑ์เพื่อการ ตรวจสอบแต่ยังไม่เกิดเป็นสุขนิสัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการติดตามประเมินผลการ สาธารณสุขมูลฐาน ที่พบว่า สิ่งที่ประชาชนได้จากการร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การ บริหารจัดการ เช่น การรวมกลุ่ม การทำบัญชี การจัดตั้งกองทุนยา เหล่านี้เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2542 : 8) สอดคล้องกับที่มีการกล่าวไว้ว่า “... พฤติกรรมของคนขึ้นอยู่กับตระหนักว่า ตนเสี่ยงกับสิ่งเหล่านั้นหรือไม่... จากการทำสำผัสกับผู้ติดเชื้อเอดส์มา คือ การที่เขาไม่ได้ คิดว่าเขาเป็นคนหนึ่งี่เสี่ยงและต้องใส่ใจติดตามและป้องกันตัวในเรื่องนี้... แต่เมื่อรู้ว่าตนติดเชื้อ แล้วส่วนใหญ่เขาจะตระหนักและมีความพยายามทุกวิถีทางในการปฏิบัติตนให้มีชีวิตได้อย่างปกติ

ในสังคม ไม่ว่าจะ เป็นยาที่ต้องกินคราวละมากๆ หรือมีกลิ่น รส ที่เป็นอุปสรรคต่อการกินของเขา เพียงใดก็ตาม รวมทั้งจะมีการรวมตัวเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิธีที่แต่ละคนได้มีประสบการณ์ มาเองได้ โดยไม่ต้องมีการบังคับ แต่เป็นความสมัครใจ ความสบายใจของแต่ละคน...” (สุวีร์รัตน์ ตรีมรรคา, 17 กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์)

5. ช่วงสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม (พ.ศ.2541 - ปัจจุบัน) เป็นช่วงที่เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ทำให้ต้องมีการปรับตัวในด้านต่างๆ อย่างมาก ในด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน มีการปฏิรูประบบสุขภาพจากระบบซ่อมสุขภาพมาเป็นระบบสร้างสุขภาพ ดังเห็นได้จาก นโยบายด้านการสาธารณสุขที่กำหนดให้ การพัฒนาสาธารณสุขเป็นการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะ คือ เน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข และเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัย ในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการและสภาวะแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ และพละนาามัยที่ดี (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539 : 6)

การดูแลสุขภาพประชาชนในช่วงนี้ จึงเป็นช่วงที่อยู่ระหว่างการทบทวนการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาและที่กำลังดำเนินอยู่ว่ามีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างไร และมีผลความคุ้มค่าในการดำเนินการหรือไม่ รวมทั้งการพิจารณาว่าการดูแลสุขภาพแบบใดควรนำมาใช้ต่อ แบบใดควรปรับเปลี่ยนหรือเลิกไป จึงเกิดทางเลือกหลายกระแสในช่วงนี้ ไม่ว่าจะ เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมหรือวิทยาการสมัยใหม่ ได้แก่ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนโบราณ การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ประชาชนจึงต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และทางเลือกต่างๆ เพื่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้นำสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่ว่า “...ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญ ทุกวันนี้ต้องยอมรับว่า ข้อมูลสุขภาพมีมากจนท่วมท้น แต่จะทำอย่างไรให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ แยกแยะให้ได้ว่าเรื่องใดปฏิบัติตามได้ เรื่องใดต้องระวังไว้ก่อนและจะรู้เรื่องนี้จริงๆ ได้ด้วยวิธีใดที่จะง่ายที่สุด...” (สุภกร บัวสาย, 22 มิถุนายน 2544, สัมภาษณ์) “... ปัจจุบัน เทคโนโลยี สื่อต่างๆ ทำให้ผู้รับบริการ ไม่ได้รับข้อมูลว่าอะไรดี ไม่ดี จริง ไม่จริง ถูกชักจูงให้คล้อยตามโดยใช้กลยุทธ์ทางจิตวิทยาในการขายสินค้า

ทั้งในรูปของบริการทางการแพทย์ อาหารเสริมและเรื่องอื่นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ...” (สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, 4 กันยายน 2544, สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า พัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน จะมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวไปตามกลไกทางสังคม เป็นช่วงของการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามลำดับคือ การดูแลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน การเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่ การเริ่มมั่นใจวิธีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมองสุขภาพเป็นเรื่องของการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานและนิยมความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และการสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยปัจจัยสำคัญที่มีส่วนผลักดันให้การดูแลสุขภาพประชาชนเคลื่อนไหวดังที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ ความก้าวหน้าของวิทยาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ นโยบายระบบบริการสุขภาพของประเทศ และปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชาชน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8 สามารถอภิปรายเหตุผลได้ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 นั้น การพยาบาลส่วนใหญ่เน้นการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการที่จะให้ผู้ป่วยได้ดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีลักษณะการพยาบาลเป็นการนำแผนการรักษาไปปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน ตามเวลา การสังเกตอาการ และตรวจนับสัญญาณชีพเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของโรค การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ตามแต่พยาบาลจะเห็นว่าสมควรทั้งสาระและเวลาที่ใช้ ส่วนใหญ่จึงไม่มีการเตรียมการณไว้ล่วงหน้า ยกเว้นการสอนที่ทำเป็นประจำ ได้แก่ การสอนแม่ก่อนและหลังคลอด ซึ่งมีลักษณะเป็นการบอกสิ่งที่ต้องการให้ผู้ป่วยกระทำเป็นอย่างๆไป ส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนไม่ได้รับการกระตุ้นและพัฒนา ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อได้รับการบอกเล่าเท่านั้น ทำให้ขาดความต่อเนื่องและไม่ได้รับรู้ถึงเหตุผล ที่มา หรือความ จำเป็นรวมทั้งประโยชน์หรือโทษของกิจกรรมที่ได้ทำไป จึงไม่เกิดความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องสนใจดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 นั้น การพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการเริ่มกระตุ้นให้ประชาชนได้สนใจสุขภาพแวดล้อม โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยและอาหารการกินตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่พยาบาลได้เข้าไปมีส่วนร่วมตามพื้นที่ต่างๆในชุมชน แต่ลักษณะยังเป็นการกระตุ้นและนำโดย

บุคลากรวิชาชีพ ยังไม่ได้สร้างให้ประชาชนมีความคิดสร้างสรรค์พอที่จะรับมือกับสุขภาพอย่างมีเหตุผลและเกิดความต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง มีการให้ความรู้ในด้านการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพาหะนำโรคและเชื้อโรคต่างๆ แต่กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ยังเป็นการสนับสนุนการรักษาโรคมากกว่าการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง จึงมีลักษณะของความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนไม่เท่าที่ควรจะเป็น โดยประชาชนเริ่มสนใจการดูแลและจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคบางชนิดตามคำแนะนำจากบุคลากรวิชาชีพที่ร่วมในโครงการสาธารณสุขมูลฐานได้บ้าง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่เป็นระบบของสาธารณสุขูปโภคมากกว่าที่จะเป็นการดูแลสุขภาพจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7-8 นั้น กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ได้เริ่มมีการให้ผู้ป่วยหรือประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง เช่น การจัดตั้งกลุ่มเฉพาะโรคและให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กัน แต่ลักษณะยังเป็นการดำเนินการโดยพยาบาล ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้เข้าร่วมและทำตามเท่านั้น และยังคงเป็นแค่บางจุดยังไม่เป็นมาตรฐานทั่วไป กิจกรรมการพยาบาลยังเน้นการดำเนินการตามแผนการรักษาโรคและให้บริการอยู่ในสถานรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนยังไม่มีกำหนดเป็นแผนงานและแนวทางปฏิบัติให้รับรู้กันในวงกว้าง ทั้งภายในวิชาชีพ ในที่มบุคลากรสุขภาพ และในกลุ่มผู้รับบริการ โดยการดูแลสุขภาพตนเองยังเป็นการกระทำไปตามกระแสและการโฆษณาชวนเชื่อเป็น ส่วนใหญ่ ประชาชนควรได้รับการเตรียมให้พร้อมในการรับรู้ และเลือกสรรข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ทุกวันนี้การดูแลสุขภาพระดับปัจเจกบุคคลที่ไม่ถูกต้องนั้น ไม่ใช่เพราะไม่รู้หรือจน แต่เป็นเพราะพฤติกรรมเป็นอย่างไรเอง” (อำพล จินดาวัฒน์, 19 มิถุนายน 2544, สัมภาษณ์) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นที่ว่า “ค่านิยมของสังคมที่นำเอาบุคคลชั้นนำมาเป็นแบบโฆษณา การใช้ชีวิตทางสังคมที่ไม่ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเที่ยวเตร่ยามราตรี เพียงเพื่อให้ขายสินค้าได้ อาจทำให้มีผู้หลงทำตามได้” (สุภกร บัวสาย, 22 มิถุนายน 2544, สัมภาษณ์)

สรุปได้ว่า ลักษณะของการพยาบาลที่ยังไม่เอื้อหรือส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เพราะนโยบายการพัฒนาประเทศและนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทยเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ โรคระบาดที่เป็นอยู่ก่อน

จึงมีลักษณะเป็นระบบบริการสุขภาพแบบตั้งรับมาโดยตลอด ซึ่งระบบบริการสุขภาพแบบนี้จะเป็นระบบที่อำนาจในการบริหารจัดการในทางสุขภาพจะอยู่ในกลุ่มของบุคลากรวิชาชีพและเป็นการดูแลสุขภาพที่มุ่งแก้ปัญหาการเจ็บป่วย โรคภัยไข้เจ็บด้วยเทคนิค วิธีการ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะด้าน (ประเวศ วะสี, 2544: 2) ระบบการพยาบาลก็เช่นเดียวกันยังเน้นการให้การพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยโดยบุคลากรพยาบาลเป็นหลัก และจากการศึกษาเรื่องปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ในโรงพยาบาลและเป็นระบบการพยาบาลแบบ ตั้งรับ (ทัศนา บุญทองและคณะ, 2543 : 11) ดังนั้นบทบาทการพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจึงเป็นบทบาทที่ระบบบริการพยาบาลเริ่มให้ความสนใจขึ้นมาอย่างจริงจังในปัจจุบัน และกำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูประบบการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับระบบ สุขภาพไทยในอนาคต

ส่วนที่ 3 การศึกษาแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า พบว่า

1. **ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ** ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.9 มีเพียงร้อยละ 5.1 เป็นเพศชาย โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มอายุ 41 –55 ปี ร้อยละ 61.5 รองลงมาคืออายุ มากกว่า 55 ปี ร้อยละ 30.8 และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็น โสด ร้อยละ 30.8 พิจารณาจากประสบการณ์การทำงาน ส่วนมากมีประสบการณ์ 16 – 30 ปี ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือประสบการณ์ มากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยปัจจุบันมีตำแหน่งงานเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ และนักปฏิบัติการในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 33.3, 30.8 และ 35.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ผลงานที่ผ่านมา เคยมีงานวิจัยร้อยละ 56.4 เขียนตำรา ร้อยละ 41.1 และเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 20.5

การที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.9) เพราะผู้ที่ประกอบวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ก็เป็นเพศหญิง (สภาการพยาบาล, 2542) ส่วนอายุของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 41-55 ปี (ร้อยละ 61.5) เพราะการประกอบวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้เพิ่มเติมและหาประสบการณ์อยู่ตลอดเวลา (วิเชียร ทวีลาภ, 2518) ดังนั้นกว่าที่จะได้รับความเชื่อถือยกย่องในแวดวงวิชาชีพจึงต้องสั่งสมประสบการณ์และศึกษามาอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ส่วนประสบการณ์การทำงานของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 16-30 ปี (ร้อยละ 56.4) อาจเป็นเพราะผู้ที่ทำงานมาถึงช่วง 16-30 ปี กำลังเป็นช่วงชีวิตการทำงานที่มีการสร้างผลงานมามากพอที่จะให้มี

ชื่อเสียงยิ่งขึ้น และกำลังอยู่ในกลุ่มที่มีส่วนในการเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้นำวิชาชีพพร้อมกับผู้อาวุโสทางการพยาบาลเพื่อรองรับงานต่อไป ส่วนในด้านของตำแหน่งงานในปัจจุบันที่มีความใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้บริการ นักวิชาการและนักปฏิบัติการ (ร้อยละ 33.3 30.8 และ 35.9 ตามลำดับ) นั้น เพราะการวิจัยนี้ได้กำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกมาประกอบด้วยผู้บริการ นักวิชาการ และนักปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลได้มองจากมุมมองในหลายๆด้านของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อให้ได้สิ่งที่สามารถผลักดันเป็นระเบียบหรือนโยบายที่ลงสู่การปฏิบัติได้ โดยมีการศึกษาวิจัยรองรับ ส่วนผลงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ส่วนใหญ่เป็นงานด้านการวิจัย (ร้อยละ 56.4) เขียนตำรา (ร้อยละ 41.1) และเป็นผู้ที่เคยได้รับรางวัลดีเด่นจากองค์กรวิชาชีพการพยาบาล (ร้อยละ 20.5) เพราะตามธรรมชาติของการทำงาน การจะได้รับการยอมรับหรือมีชื่อเสียงในระดับกว้างได้จำเป็นต้องมีการผลิตผลงานออกสู่สังคมโดยเฉพาะในแวดวงของวิชาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการนำเสนอผลงานวิจัย การเขียนบทความหรือตำรา ส่วนผู้ที่ได้รับรางวัลดีเด่น จะต้องผ่านการคัดเลือกมาหลายขั้นตอนกว่าจะได้มีการประกาศให้เป็นที่รู้จักกันในวงการผู้ร่วมวิชาชีพ

2. อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพ

ตนเองของประชาชน จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยในภาพรวมพบว่า อนาคตภาพของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทุกด้านนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (IQR=0.58-0.99) ว่าประเด็นในแต่ละข้อนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้มากที่สุด (Mdn=4.62-4.97) และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถอภิปรายเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านแนวคิด ของการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

ตนเองของประชาชน นั้นพบว่า

ในทศวรรษหน้าแนวคิดของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้คือ บทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ (4.92) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดด้านการประกันคุณภาพบริการสุขภาพและกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญ 2540 ที่กำหนดให้ผู้ให้บริการต้องอธิบายและแสดงหลักฐานได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นเป็นไปตามมาตรฐานและพร้อมที่จะให้ข้อมูลต่อผู้รับบริการได้ (รัฐธรรมนูญ, 2540 ; ประเวศ วะสี, 2543) ประชาชนมีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพได้หลายทาง เช่น จากการเลี้ยงดูของครอบครัว แบบอย่างของสังคมที่แวดล้อม

การนำเสนอของสื่อมวลชนและจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น(4.86) การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ใช่รูปแบบของการรับบริการสงเคราะห์แต่เป็นการเรียนรู้ทักษะชีวิตด้านสุขภาพ(4.81) สอดคล้องกับที่มีการกล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการการเรียนรู้ของบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่ประกอบไปด้วยข้อมูลข่าวสารและข้อความรู้ที่หลากหลาย (ประเวศ วะสี, 2544 และนิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, 2541) การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพและความสามารถของพยาบาลในการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน(4.86) เป็นไปในทำนองเดียวกันกับที่เฮนเดอร์สัน (Henderson) 1966 : 9) กล่าวไว้ว่า “พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของสิ่งที่ ผู้ป่วยขาด เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลอย่างสมบูรณ์ ครบถ้วนหรือพึงตนเองได้ในที่สุด” บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะต้องเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นได้ในทุกบริการสุขภาพที่มีอยู่ (4.84) สอดคล้องกับที่ อาริยา สัพพะเลข ได้ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า “ตั้งแต่นี้ไปพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพ โดยในทุกบริการที่จัดให้กับประชาชนจะต้องมีบทบาทของการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองเป็นหลักในการให้บริการ” โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง และในบางสถานการณ์เขาอาจดูแลตนเองไม่ได้ เช่น อยู่ในวัยทารกหรือมีภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง(4.84) สอดคล้องกับที่โอเร็ม (Orem, 1968) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ที่ว่า เมื่อความต้องการการดูแลสุขภาพของบุคคลมีมากกว่าความสามารถที่ตนเองจะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาล การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนต้องเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ประชาชนรับรู้ คิควิเคราะห์ แยกแยะข้อดี – ข้อเสีย และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองได้(4.79) ความรู้และทักษะในการเพิ่มสมรรถนะด้านสุขภาพของประชาชนเป็นทักษะสำคัญในการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (4.79) และการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นบทบาทที่จะต้องปรับ กิจกรรมให้ยืดหยุ่นได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความสามารถของประชาชนภายใต้ขอบเขตที่ พ.ร.บ.วิชาชีพกำหนด (4.76) การพยาบาลจะส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ต้องตรงกับความรู้สึกของประชาชนว่าเป็น สิ่งจำเป็นและเกิดประโยชน์ (4.84) ซึ่งจะสอดคล้องกับที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า “การพยาบาลจะเน้นแต่การปฏิบัติโดยใช้อุปกรณ์ เครื่องช่วยต่างๆ มากกว่าผู้รับบริการไม่ได้ ต้องระลึกเสมอว่าเราให้บริการกับคน การให้ข้อมูลและอธิบายเหตุผลจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้รับบริการ

รับรู้ เข้าใจ และไม่กังขาในบริการที่เขาได้รับ ซึ่งจะต้องตรงกับปัญหา และความต้องการของเขาด้วย” (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 14 สิงหาคม 2544 และประคอง อินทรสมบัติ, 7 กันยายน 2544, สัมภาษณ์) ซึ่งสอดคล้องกับที่มีการกล่าวไว้ในเรื่องการจัดให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของบุคคลจะถึงขั้นนำมาปฏิบัติได้จะต้องสามารถดำเนินการให้ผู้เรียนได้รู้จัก คิด วิเคราะห์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (พระธรรมปิฎก, 2543 และ วิจิตร ศรีสอ้าน, 2543)

2.2 ด้านแนวทางของการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อสร้างเสริมการดูแลตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า แนวทางของการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามลำดับค่า มัชฌิมฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้คือ เป็นการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่น และประชาชน (4.92) อธิบายได้ว่า แนวโน้มของการทำงานด้านสุขภาพในอนาคตจำเป็นจะต้องมีการร่วมทำงานเป็นทีม จากสาขาวิชาหลายๆ ประเภท เนื่องจากสุขภาพในปัจจุบัน มีความหมายที่กว้างขึ้นกว่าภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล (อำพล จินดาวัฒน์และคณะ, 2544) การทำงานร่วมกันภายในวิชาชีพอย่างครบวงจร โดยระบบการส่งต่อทางการพยาบาล(4.86) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ถึงเวลาแล้วที่จะต้องจัดระบบบริการพยาบาลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและสถานพยาบาลระดับต่างๆ ตามความซับซ้อนของการบริการพยาบาลที่ต้องได้รับ” (สมจิต หนูเจริญกุล, 5 กันยายน 2544 , สัมภาษณ์) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (4.86) การดึงเอาการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่ประชาชนมีอยู่แล้วออกมาปฏิบัติให้เป็นระบบและรักษาไว้ให้คงอยู่ตลอดไป (4.84) การปรับการดูแลสุขภาพตนเองในส่วนที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชนให้ดีขึ้น (4.81) การเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนที่ประชาชนยังขาดแต่มีความสำคัญเข้าไปเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับใช้ได้ตามความ จำเป็นทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (4.81) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “แพทย์มีหน้าที่รักษาโรค แต่สำหรับพยาบาลแล้วจะต้องให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะทำให้การบริการพยาบาลชัดเจนขึ้น” (ปาหนัน บุญหลง, 28 กันยายน 2544 และยุวดี เกตุสัมพันธุ์, 13 กันยายน 2544 , สัมภาษณ์) การชี้แนะวิถีติดตามค้นคว้าและเสนอทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนต่อไป(4.81) นั้นสอดคล้องกับที่ เพ็ญภา ทวีทรัพย์เจริญ (12 กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์) ได้กล่าวไว้ว่า “...คนไทยมีภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการรักษาดูแลสุขภาพมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ

และภูมิปัญญาเหล่านี้ยังสามารถใช้ได้เหมาะสมกับสังคมไทยอยู่บางส่วนถ้าได้มีการปรับเปลี่ยนเพียงบางส่วนก็จะเป็นประโยชน์และเป็นความรู้ที่มีคุณค่าในระบบสุขภาพได้...” ซึ่งสอดคล้องกับที่ ฟาริดา อิบราฮิมและคณะ (2541 : 86) ได้กล่าวไว้ว่า “ระบบการดูแลสุขภาพจะต้องมีทางเลือกที่หลากหลาย แนวโน้มของการพยาบาลในภายหน้าจึงต้องสามารถส่งเสริมให้ประชาชนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมในการเลือกดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพของตนและครอบครัว”

2.3 ด้านการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง อนาคตภาพบทบาทพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าในด้าน การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกรายการโดยทุกรายการมีค่ามัธยฐานของโอกาสความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และทุกรายการเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ซึ่งนำมาอภิปรายได้ดังนี้

บทบาทการพยาบาลที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในทศวรรษหน้า ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ในการจัดการกับความรู้ที่มีอยู่เดิม คือ การสืบค้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่มีอยู่เดิมมารวบรวม วิเคราะห์ แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ให้สะดวกในการค้นคว้า (4.81) นำความรู้เดิมมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับสถานการณ์ และการนำไปใช้ในปัจจุบัน (4.76) ดังคำกล่าวที่ว่า “ประชาชนก็ดูแลตนเองมาแล้วตั้งแต่ไหนแต่ไรแต่ความรู้ที่เขามีอาจจะมีทั้งที่ถูกและไม่ถูก เหมาะและไม่เหมาะกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน พยาบาลอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่าบุคลากรอื่น น่าจะช่วยปรับเปลี่ยนตรงนี้ให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์ได้ดีกว่าแพทย์” (จรัส สุวรรณเวลา, 2 กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์) จัดระบบความรู้เดิมและปัจจุบันที่มีอยู่มาเรียงเรียงให้เห็นวิวัฒนาการเพื่อศึกษาความเป็นมา ปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงและเปรียบเทียบให้เห็นแนวโน้มที่จะดำเนินต่อไป (4.73) สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เดิมที่มีอยู่ยังกระจัดกระจายอยู่ แม้ว่าบางอย่างได้ปฏิบัติกันมานานแต่ขาดการรวบรวมไว้เป็นข้อความรู้เพื่อให้สามารถสืบทอดได้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรวบรวมความรู้ที่มีอยู่เดิมให้เป็นระบบ เพื่อให้สะดวกในการดำเนินการด้านสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ โดยมีคำกล่าวในเรื่องนี้ว่า การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของไทยให้เกิดประโยชน์และเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่เป็นวิธีการทางธรรมชาติ ที่ผ่านการทดลองและเรียนรู้มาแล้วหลายช่วงอายุคน ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ แต่หากการแพทย์พื้นบ้านเหล่านี้ไม่ได้รับการฟื้นฟูภายในปัจจุบัน ก็จะถูกสูญหายไปหมดเพราะในปัจจุบันเหลือให้ค้นคว้าได้น้อยลง

แล้ว (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2544 และ ประเวศ วะสี, 2542) และเป็นไปในทำนองเดียวกันกับที่ อมร นนทสุต (2543 : 15) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า “การเลือกวิธีการรักษาความเจ็บป่วยไม่จำเป็นจะต้องใช้แต่วิธีสมัยใหม่ที่มุ่งแต่ใช้เครื่องมือเทคโนโลยีสูงๆ ที่มีราคาแพงเท่านั้น ควรพิจารณาถึงวิธีการรักษาในแบบอื่นๆ เช่น การสอบถามประวัติ การสังเกตอาการและการใช้แนวทางของการบำบัดแบบธรรมชาติและการปรับเปลี่ยนการรักษาแบบดั้งเดิมมาใช้ให้เหมาะกับอาการเจ็บป่วยด้วย” บทบาทการพยาบาล ที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการสร้างความรู้ใหม่ คือ การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่หรือตรวจสอบเพื่อยืนยันหรือต่อยอดความรู้เดิม (4.81) การรวบรวมความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ตรงในการทำงานในพื้นที่ต่างๆ (4.79) ตรงกับคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “concept ใหม่ของญี่ปุ่น ความรู้มีชีวิต มีเกิดแล้วดับจะใช้ได้ในช่วงเวลาหนึ่ง เพราะความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันถ้าไม่มีการตรวจสอบ ปรับปรุง ก็จะเป็นความรู้ที่ตายแล้ว” (จรัส สุวรรณเวลา, 2 กรกฎาคม 2544, สัมภาษณ์) การจัดเวทีวิชาการ การระดมสมองในรูปแบบต่างๆ (4.79) การพัฒนาทักษะเฉพาะในการทำงานที่ได้มีการปรับเปลี่ยนมาแล้วอย่างเป็นขั้นเป็นตอนจนกระทั่งสร้างผลสำเร็จของงานได้ดีกว่าทักษะเดิมที่ใช้อยู่ (4.70) เป็นลักษณะของการพัฒนาองค์ความรู้ที่ได้รับความนิยมมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน เพราะความรู้มีความเกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ต่างๆ จึงมีความเป็นพลวัตสูง จึงต้องการการค้นคว้าหาสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ทั้งทางด้านการวิจัย การรวบรวมประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง การรวบรวมแนวคิดหรือการแสดงความคิดเห็นของผู้รู้ (สุมน อมรวิวัฒน์, 2537) บทบาทของพยาบาล ที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้อย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง คือ การจัดนิทรรศการและมหกรรมด้าน สุขภาพและคุณภาพชีวิต (4.90) การนำเสนอในรูปแบบของคู่มือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หนังสือวิชาการหรือนำเสนอในเวทีวิชาการ (4.88) การนำไปใช้กับประชาชนโดยตรง (4.81) การประชาสัมพันธ์โดยตรงขณะมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชน และการนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (4.76) การเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารนับเป็นความจำเป็นอย่างหนึ่งในการถ่ายทอดความรู้เหล่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า “สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนที่สำคัญคือ การนำเสนอหรือสื่อให้ประชาชนเข้าใจ รับรู้ได้ถูกต้อง ชัดเจน เป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่องและทันกับภาวะการเปลี่ยนแปลง จนถึงขั้นที่ประชาชนเกิดความตระหนัก

และเห็นความสำคัญ แล้วนำมาปฏิบัติในการดำเนินชีวิตได้จริง” (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2544 และ สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, 2544)

2.4 ด้านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ

ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายในทศวรรษหน้า บทบาทการพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการเตรียมการทั่วไป คือ การพบปะพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย (4.86) การเยี่ยมเยียนเพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและศึกษาสภาพแวดล้อม (4.86) การสนับสนุนให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเองตามทางเลือกที่เหมาะสม (4.84) การศึกษาพื้นฐานและธรรมชาติของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (4.81) การชี้แจงและการจัดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมให้กับบุคคลและครอบครัวให้เห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองจนยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญและนำมาปฏิบัติจนเป็นนิสัย (4.79) ตรงกับความคิดเห็นที่ว่า “การจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาพของประชาชนที่ยั่งยืน ต้องไม่ใช้วิธีการให้สุขศึกษาแบบเดิม เพราะทำมานานแล้วไม่ได้ผล แต่จะต้องใช้กระบวนการที่สามารถเปลี่ยนค่านิยมของสังคมให้ถูกต้องว่า พฤติกรรมในการดำรงชีวิตของบุคคลมีผลต่อสุขภาพของตนจริง เช่น การได้รับประสบการณ์ตรงจากตนเอง ผู้ใกล้ชิด การได้สัมผัสกับสภาพจริงของผู้เจ็บป่วย เป็นต้น” (เพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์และไพลิน นุกุลกิจ, 5 กันยายน 2544 ; สุภัทรา เชื้อวงศ์ , 14 กันยายน 2544 ; ประดิณ สุจฉายา, 22 สิงหาคม 2544 ; เบญจา เตากล้า , 3 กันยายน 2544 และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 22 สิงหาคม 2544, สัมภาษณ์) การร่วมกับประชาชนในการประเมินความต้องการทางสุขภาพทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมมาเป็นแนวทางปฏิบัติโดยการเปิดประเด็นในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลดี ผลเสีย ของแต่ละแนวทางและประโยชน์ที่จะได้รับ (4.79) ร่วมกับประชาชนในการประเมินพัฒนาการการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป (4.70) สอดคล้องกับที่ กาญจนา แก้วเทพ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2530) ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะไม่เกิดขึ้น ถ้าหากว่าความกลมกลืนและความเป็นกันเองยังไม่เกิดขึ้นระหว่างประชาชนในชุมชนกับผู้ที่เข้าไปทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งจะเป็นเช่นเดียวกับการอนามัยชุมชนที่กล่าวไว้ว่าพยาบาลจะต้องสำรวจชุมชนเพื่อวางแผนและสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่และประชาชนในชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรม (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2536)

บทบาทของพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้มีสุขภาพปกติ คือ บทบาทในการจัดโครงการเพื่อการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนเป็นกลุ่มตามภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (4.97) สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ว่า “การพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ทางสุขภาพของประชาชนเป็นลำดับแรก ก่อนที่ประชาชนกลุ่มนี้จะเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น” (อาริยา สัพพะเลข, 7 กันยายน 2544 ; สัมฤทธิ์ ต่อสติ, 23 สิงหาคม 2544 ; ธีฎฎาภรณ์ คุณสมบัติ, 4 กันยายน 2544 และพิมล พันธุ์วิไล, 30 สิงหาคม 2544 , สัมภาษณ์) การสร้างแกนนำและเครือข่ายสุขภาพชุมชน (4.84) การเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยในชุมชนตามพัฒนาการ และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (4.81) การคัดกรองประชาชนตามภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (4.76) เป็นไปในทางเดียวกันกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ที่เน้นให้ประชาชนและชุมชนมีความสามารถในการพึ่งตนเองและพึ่งกันเองในลักษณะของเครือข่าย (อำพล จินดาวัฒนะ ; ประเวศ วัชชี และสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี, 2544) และสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่ พบว่า ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนต้องการการดูแลสุขภาพในยามปกติโดยไม่ต้องรอให้เจ็บป่วย และต้องการให้ระบบบริการสุขภาพเป็นแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งเป็นแหล่งสนับสนุนความรู้ที่ตรงกับปัญหาของประชาชนและชุมชน (ทัศนาศ นุญทองและคณะ, 2543) ซึ่งตรงกับการศึกษาเรื่องวิถีชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้พยาบาลให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในเรื่องที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น (ชนิษฐา นาคะ, 2542)

บทบาทของพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้เจ็บป่วย คือ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ (4.90) ดังเช่นคำแนะนำที่ว่า “พยาบาลสามารถจะทำอะไรได้อีกหลายอย่างนอกเหนือจาก Nursing routine ซึ่งเป็นแค่วงแคบๆของบริการสุขภาพ เช่น บอกให้ประชาชนรู้ว่าเขาพึ่งพาอะไรตัวเองได้บ้าง ช่วยปรับสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของเขาให้เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นเรื่องที่

พยาบาลจะทำได้ดีกว่าแพทย์ เพราะแพทย์ห่างจากชั้นนี้เกินกว่าจะทำได้ในทางปฏิบัติจริง” (สุภกร บัวสาย, 22 มิถุนายน 2544, สัมภาษณ์) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลตามลักษณะปัญหาและความรุนแรงของสุขภาพและการเจ็บป่วย (4.84) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ (4.84) การให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (4.84) การแนะนำและฝึกหัดให้ผู้ป่วยและญาติฟื้นฟูสภาพร่างกาย (4.81) การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อความพร้อมในการดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะเจ็บป่วย (4.76) ลักษณะเช่นนี้สอดคล้องกับที่มีการกล่าวไว้ว่า การพยาบาลจะต้องสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้เพื่อการวางแผนการให้บริการที่ตรงกับภาวะการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่และจะต้องมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เขาประสบอยู่ และการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป รวมทั้งวิธีการดูแลภาวะการเจ็บป่วยเหล่านั้นให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536 และสมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2.5 บทบาทของการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า พบว่า บทบาทของการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้านความรู้ ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ คือ การติดตามนโยบายสุขภาพและนโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (4.88) ต้องพัฒนาความรู้ในการจัดทำและประเมินโครงการด้านสุขภาพ (4.88) พยาบาลวิชาชีพต้องฟื้นฟูและค้นคว้าเพิ่มเติมความรู้ในส่วนของการสร้างสุขภาพตามพัฒนาการของบุคคล (4.88) ต้องติดตามความรู้ด้านกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (4.86) การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการเสี่ยงของภาวะสุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่ม (4.84) ควรเพิ่มความรู้ในการทำงานร่วมกับชุมชนในแต่ละพื้นที่ (4.84) สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ว่า “พยาบาลจะใส่ใจอยู่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยไม่ได้แล้ว ต้องรอบรู้ในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพด้วย ไม่ว่าจะเป็นด้านกฎหมาย สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และเทคโนโลยี เพราะปัจจุบันสิ่งเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก จึงต้องติดตามให้ทันต่อสถานการณ์อยู่เสมอ” (สายหยุด ศิริภาภรณ์, 28 สิงหาคม 2544 ; พิรุณรัตน์วานิช, 22 สิงหาคม 2544 และสมหมาย หิรัญนุช, 28 สิงหาคม 2544, สัมภาษณ์) ความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการเตรียมมาในระดับปริญญาตรีเพียงพอที่จะสามารถปรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ (4.73) ที่เป็นเช่นนี้ทำให้อภิปรายได้ว่า แต่เดิมที่ผ่านมา

พยาบาลมักเน้นการให้บริการพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยและปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาล จึงให้ความสนใจกับเรื่องอื่น ๆ น้อยเพราะคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัวและไม่มีความเกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลที่ทำอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร (2539) เรื่องสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตทางพยาบาลศาสตร์ในปี พ.ศ. 2544-2549 ที่พบว่า สมรรถนะด้านการทักษะเกี่ยวกับมนุษย์และมวลชน สมรรถนะด้านกฎหมายและการมีส่วนร่วมทางการเมืองเป็น 2 สมรรถนะใน 12 สมรรถนะ ที่พบว่าเป็นสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตทางพยาบาลศาสตร์ ในช่วง พ.ศ.2544-2549

บทบาทของการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนด้านทัศนคติ ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่า มัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้านทัศนคติ คือ ต้องเชื่อในคุณค่าของการที่ประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเองว่าเป็นการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน(4.84) ซึ่งตรงกับคำกล่าวที่ว่า “ระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการแบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ผ่านมานั้น ต้องยอมรับว่ารัฐมีข้อจำกัดหลายอย่าง และไม่ใช้ระบบบริการสุขภาพที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนได้ เพราะไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนที่ต้นเหตุได้ จึงต้องปฏิรูประบบสุขภาพใหม่ ให้ประชาชนตระหนักและรับผิดชอบต่อในการสร้างสุขภาพนำซ่อม” (อำพล จินดาวัฒน์, 19 มิถุนายน 2544 ; สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 21 มิถุนายน 2544 ,สัมภาษณ์ และประเวศ วัชสี, 5 กันยายน 2544 , อภิปราย) ต้องมีความเห็นและเชื่อมั่นว่าสุขภาพเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถแยกสุขภาพออกมาโดดๆได้ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับความ เป็นอยู่ของบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมของครอบครัวนั้นด้วย (4.84) ต้องมีความเชื่อและมีความรู้สึกที่ดีต่อการให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง(4.81) ในเรื่องของการพัฒนาทัศนคติที่กล่าวมานี้ สอดคล้องกับที่มีการกล่าวไว้ว่า การจะเป็นพยาบาลที่ดำรงคุณลักษณะของวิชาชีพนั้นไม่่ง่าย ถ้าใจไม่คล้อยตามบทบาทที่แสดงออก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างเสริมทัศนคติของตนให้มี จิตวิญญาณของวิชาชีพ มีความภาคภูมิใจในบทบาทที่ตนมีอยู่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) และเป็นไปในทำนองเดียวกันกับที่ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536 : 169) ได้พูดถึงเจตคติไว้ในบทความเรื่อง แนวทางจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลว่า “เจตคติเป็นพฤติกรรมที่นับว่าสำคัญยิ่งต่อชีวิตมนุษย์ ทั้งนี้เพราะเจตคติดีมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ การจำและการแสดงออกของบุคคลและถ่ายทอดความสัมพันธ์ของคนกับกลุ่ม รวมทั้งมีผลต่อการ

ปฏิบัติงานด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีเจตคติในทางบวกต่อสิ่งใดก็จะยินดีและเต็มใจในการทำสิ่งนั้น เช่นเดียวกัน”

บทบาทการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้านทักษะการปฏิบัติ คือ การพัฒนาเทคนิคการทำงานร่วมกับชุมชน(4.81) ต้องพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการพยาบาลที่สร้างเสริมทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง (4.81) ต้องพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4.79) ตรงกับความคิดเห็นที่ว่า “พยาบาลต้องเชื่อมั่นในตนเอง ต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สามารถ ริเริ่มและดำเนินกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ ก่อนกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ เพราะมีความรู้ ความสามารถและปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชนอยู่แล้ว” (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 12 กรกฎาคม 2544 ; สุภกร บัวสาย , 22 มิถุนายน 2544 ; วิจิตรา ไชยขันธุ์และสุรางค์ เลิศล้ำ, 4 กันยายน 2544 , สัมภาษณ์) ต้องฝึกทักษะการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพตนเองของบุคคล ครอบครัวที่มีพื้นฐานต่างกัน (4.76) วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เน้นการปฏิบัติ ดังนั้นทักษะในการปฏิบัติจึงเป็นทักษะสำคัญ เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานกับประชาชนและวิชาชีพสาขาอื่นๆ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น การพัฒนาเทคนิคการทำงานร่วมกับชุมชน การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ จึงเป็นทักษะที่จำเป็นของการพยาบาลในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับที่พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร (2539 : ง) ได้ศึกษาไว้ว่าการติดต่อสื่อสาร การเข้าถึงวิถีชีวิตประชาชน และการทำงานร่วมกับประชาชนเป็นสมรรถนะพึงประสงค์ของบัณฑิตทางพยาบาลศาสตร์

บทบาทการพยาบาลในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด และเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ตามลำดับค่ามัธยฐาน (Median) ของโอกาสที่จะเป็นไปได้ ในด้านวิธีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ คือ การเสริมสร้างแนวคิดการบริการสุขภาพเชิงรุกและการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองเข้าไปในหลักสูตร (4.88) สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ว่า “หลักสูตรพยาบาลต้องเปลี่ยนจากเดิมที่เนื้อหาและการฝึกทักษะเน้น Hospital base มาเป็นเนื้อหาที่บูรณาการทั้งมิติทางสุขภาพ และวิธีการสอน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลจะต้องสมดุลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน” (สุริยวงค์คงคาเทพ, 21 มิถุนายน 2544 ; กุลยา ต้นติผลาชีวะ, 17 สิงหาคม 2544 ; นางพิมล นิมิตรอนันท์ 21 สิงหาคม 2544 ; ไพลีน นุฎลกิจ, 5 กันยายน 2544 ; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม ;

ประคิน สุจฉายา และละเอียด แจ่มจันทร์ , 22 สิงหาคม 2544 ; จินตนา ยูนิพันธ์ , 12 กันยายน 2544 และทัศนาศ บุญทอง 28 กันยายน 2544 , สัมภาษณ์) การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำความรู้ทางการแพทย์ และสาขาวิชามาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ (4.86) การจัดระบบการทำงานของพยาบาลระดับต่างๆให้เป็นเครือข่ายการส่งต่อทางการแพทย์ที่ครบวงจรจากการพยาบาลพื้นฐานถึงขั้นขั้น(4.76) การฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่กับทีมงานที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว (4.70) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ต้องอบรมฟื้นฟูให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถที่จะบูรณาการทั้งด้านเนื้อหาทางการแพทย์และศาสตร์สาขาอื่นๆ มาประยุกต์ให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ทางสุขภาพ และควรเพิ่มการฝึกทักษะการปฏิบัติให้ครอบคลุมและสมดุลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้งผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยและผู้เจ็บป่วย ทั้งที่เข้ามารักษาอยู่ในโรงพยาบาลและที่อยู่ในชุมชนเพื่อประชาชนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในยามปกติตามพัฒนาการชีวิตที่เปลี่ยนแปลง และการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยที่สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องได้รับการรักษา (กุลยา ตันติผลาชีวะ ; 2532 สมจิต หนูเจริญกุล ; 2543 สุภาวดี ลิมปนาทร ; 2541 และ สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 2544)

ส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันนั้นมีอยู่ 7 ประเด็น (IQR=1.03-1.28) คือ การสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการทางสุขภาพ (IQR=1.19) การพัฒนาทักษะการสร้างเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของประชาชนโดยการคิดวิเคราะห์ (IQR=1.28) การพัฒนาความสามารถในการประเมินผลโครงการหรือวิธีการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (IQR=1.03) การพัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพในช่วงการเปลี่ยนแปลงของวัย และการดูแลภาวะการเจ็บป่วยเล็กน้อย (IQR=1.22) และบทบาทในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุม ทั้งมิติด้านการป้องกันการส่งเสริม การรักษาและการฟื้นฟู (IQR=1.08) นั้นผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ประเด็นเหล่านี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่พยาบาลแต่ละคนได้รับการถ่ายทอดเรียนรู้และสั่งสมมา ซึ่งน่าจะเกิดได้ในกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในเขตเมืองซึ่งจะมีความคิดเชิงบวกต่อความร่วมมือในด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในกลุ่มประชาชนในเขตชนบทที่ห่างไกล ส่วนการเข้าถึงประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนในทางปฏิบัติ (IQR=1.08) และการจัดให้หน่วยงานในพื้นที่เป็นหน่วยฝึกอบรมพัฒนาและวิจัยทางการแพทย์ (IQR=1.03) นั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นเพิ่มเติมว่า

ขึ้นอยู่กับผลสำเร็จของการผลักดันการแก้ไขระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการกระจายอัตราของพยาบาลวิชาชีพเข้าไปในส่วนของการพยาบาลระดับชุมชนด้วย และประเด็นสุดท้ายคือ การกระตุ้นและสร้างเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและส่วนรวม (IQR=1.08) นั้น ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลเพิ่มเติมไว้ว่าจะต้องมีมาตรการทางกฎหมายและทางสังคมเป็นตัวบังคับ (พวงเพ็ญ ชุณหพราน , 15 สิงหาคม 2544 ; กุลยา ตันติผลาชีวะ, 17 สิงหาคม 2544 และละเอียด แจ่มจันทร์ , 22 สิงหาคม 2544 , สัมภาษณ์) ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ทั้ง 7 ประเด็นนี้เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การสร้างทักษะ และการสร้างระบบรองรับ ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนา จึงอาจจะไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมได้ใน 10 ปี

2.6 ภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า

พบว่า บทบาทของการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนใน 10 ปีข้างหน้า จะเป็นบทบาทในการสร้างระบบการบริการพยาบาลเพื่อให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และมีความพร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน โดยที่บทบาทนี้จะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีอยู่ในทุกบริการการพยาบาลที่มีอยู่ และจะมีการปรับเปลี่ยนไปดังต่อไปนี้

ด้านการบริการพยาบาลในคลินิก จะเป็นการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่นอกจากจะให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากการทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยแล้ว จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องตามภาวะเจ็บป่วยในโรคที่เขาเป็นหรือมีภาวะเสี่ยงด้วย

ด้านการบริการพยาบาลในชุมชน จะเป็นการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ทั้งที่ยังมีสุขภาพปกติ มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และผู้ที่กำลังอยู่ระหว่างการเจ็บป่วย โดยการจัดระบบบริการพยาบาลให้เป็นกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพสำหรับประชาชน ร่วมกับการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามสภาวะของโรค

ด้านการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ จะเป็นการปฏิรูประบบการผลิตพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการจัดการศึกษามาเป็นการใช้สถานการณัจริงในชุมชนเป็นฐานในการจัดการศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการบริการสุขภาพแบบตั้งรับมาเป็นการให้บริการพยาบาลเชิงรุก เปลี่ยนจากวัตถุประสงค์หลักในการผลิตผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นการผลิตผู้ให้บริการพยาบาลที่เอื้อต่อการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพระหว่างประจำการ จากการศึกษา

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มาเป็นการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน (Inservice training) และการศึกษาดูด้วยตนเอง (Self study) เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

ซึ่งศักยภาพของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอนาคตจะขึ้นอยู่กับความสำเร็จ 3 ประการ คือ การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันภายในวิชาชีพการพยาบาล ทีมสุขภาพและประชาชนเกี่ยวกับบทบาทการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน การปรับปรุงกฎหมายให้ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลตามความรับผิดชอบที่ขยายออกไป และการกำหนดตำแหน่งและค่าตอบแทนให้เป็นไปตามความรับผิดชอบที่สูงขึ้นและการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรพยาบาล

ลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นผลพวงของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากสามทศวรรษที่ผ่านมาเน้นนโยบายการพัฒนาประเทศเน้นด้านวัตถุและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจตามกระแสบริโภคนิยม จนกระทั่งปี พ.ศ.2540 ได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจขึ้น ความยากจน การว่างงานทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ.2542 กลุ่มผู้ที่มีรายได้สูงสุด 1 ใน 5 ของประเทศ มีสัดส่วนรายได้ถึงร้อยละ 58.5 ในขณะที่กลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำสุด 1 ใน 5 ของประเทศ มีสัดส่วนรายได้เพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544 : 12) ทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตโดยรวมของคนไทยต่ำลง มีความซับซ้อนของปัญหาและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น โดยพบว่า ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตไม่ใช่ปัญหาของเชื้อเช่นในอดีตที่ผ่านมา แต่มักเป็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ได้แก่ พฤติกรรมบริโภคนิยมที่ไม่ถูกต้อง การแพร่ระบาดของสารเสพติด การมั่วสุมทางเพศ และปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของคนไทยในช่วงปี พ.ศ.2523-2541 นั้น สูงขึ้นถึงร้อยละ 9.08 ต่อปี (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 , 2544 : 16)

เมื่อเป็นเช่นนี้ย่อมทำให้ระบบบริการสุขภาพของไทยที่มีการพัฒนามาในระบบของการแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มเป็นที่สงสัยว่า จะสามารถนำพาให้ประชาชนมีสุขภาพภาวะดีอย่างไรั่งยืนภายใต้บริบทของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ได้เหมาะสมหรือไม่ จึงได้มีการปลุกกระแสของภูมิปัญญาดั้งเดิมมาผสมผสานกับการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้เกิดระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ที่มีการแพทย์หลายระบบดำรงอยู่ด้วยกัน ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพื่อให้ทางเลือกที่หลากหลายแก่ประชาชน เนื่องจากปัญหาสุขภาพและศักยภาพของประชาชนในปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำกันมาก รวมทั้ง

การที่ภาครัฐมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และคุณภาพบริการ ทำให้การแก้ปัญหาต่างๆ มีความยุ่งยากซับซ้อนเกินกว่าที่จะใช้ระบบการแพทย์วิธีเดียวให้ได้ผลกับประชาชนทุกกลุ่มทั่วประเทศ ชว่งนี้จึงเป็นหัวใจหัวต่อของการปฏิรูประบบต่างๆ เพื่อให้สามารถหาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศในปัจจุบันและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ซึ่งขณะนี้การปฏิรูประบบสุขภาพของไทย กำลังอยู่ระหว่างการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรัฐธรรมนูญ 2540 เป็นแผนแม่บท ที่สำคัญคือ การสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชนทุกคน โดยประชาชนจะมีสิทธิในสุขภาพบุคคล 6 ประการคือ 1) สิทธิรับรู้เรื่องที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต 2) สิทธิแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่จะกระทบต่อสุขภาพ 3) สิทธิร่วมคิดร่วมตัดสินใจคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมโดยรวม 4) สิทธิเข้าชื่อเสนอกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของประชาชนได้ 5) สิทธิร่วมรับบริการที่เป็นธรรมเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทั้งสร้างและซ่อมสุขภาพ ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง โดยระบบบริหารจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมขององค์กรปกครองท้องถิ่น ภายใต้การกำกับของรัฐ ได้รับหลักประกันสุขภาพ สิทธิพิเศษแก่บุคคลบางประเภทที่รัฐควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส 6) สิทธิร่วมตรวจสอบบริการสุขภาพของรัฐและเอกชนผ่านองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้น การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสามารถเข้าถึงบริการโดยเสมอภาค มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพเพียงพอและทั่วถึง ตลอดจนการสร้างความรู้ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนตามรัฐธรรมนูญ จึงเป็นเป้าหมายที่ต้องดำเนินการให้เป็นจริง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 , 2544 : 19)

ดังนั้น ความสำเร็จของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพใหม่โดยไม่เพียงแต่ต้องมองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณเท่านั้น แต่ยังต้องมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่าง “สมดุล” ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ตามปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งเป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำริชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ และเมื่อภายหลังได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้ รอดพ้นและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่สังคมไทยไม่อาจ

หลีกเลี่ยงได้ โดยเศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยมีหลักการสำคัญ 5 ประการที่จะเป็นแนวทาง คือ ยึดทางสายกลาง มีความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล มีระบบภูมิคุ้มกัน รู้เท่าทันโลก โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี พอสมควรต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 , 2544 : 4) ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์ สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญาและความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

หลักการสำคัญทั้ง 5 ประการนี้ ชี้ให้เห็นทิศทางการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ ที่สอดคล้องกับบทบาทของการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลจะต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองมีความมั่นคงและสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้น ดังพระราชดำรัสว่า "...การพัฒนาประเทศ จำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น ต้องสร้างพื้นฐาน คือ ความพอมีพอกินพอใช้ของประชาชนส่วนใหญ่เบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ประหยัดแต่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เมื่อได้พื้นฐานความมั่นคง พร้อมพอสมควรและปฏิบัติได้แล้ว จึงค่อยสร้างเสริมความเจริญและฐานะเศรษฐกิจขั้นสูงต่อไป..." (พระบรมราโชวาท เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2517. อ้างถึงใน คณะกรรมการการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544 : 30)

เปรียบได้กับบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า ที่พบว่า กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบริการสุขภาพประชาชน จะต้องสมดุลทั้งการบริการผู้เจ็บป่วยและการบริการผู้ที่ยังมีสุขภาพปกติ และจะต้องมองสุขภาพของประชาชนที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมในสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของประชาชนด้วย เพราะการแก้ปัญหาสุขภาพจะไม่ประสบความสำเร็จถ้ามองปัญหาสุขภาพแยกออกมาแบบโดดๆ

เนื่องจากสุขภาพมีความแน่นอนอยู่กับวิถีชีวิต จึงต้องมองอย่างเป็นองค์รวมและต้องแก้ปัญหาพื้นฐานของการดำรงชีวิตควบคู่ไปกับปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในลักษณะที่การพยาบาลจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้ใช้ภูมิปัญญาเดิมและความรู้ใหม่อย่างเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนและครอบครัว ในลักษณะของทางสายกลาง โดยเน้นการดูแลสุขภาพอย่างพอเพียง โดยการดัดแปลงสภาพแวดล้อมภายนอก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนท่ามกลางทางเลือกที่หลากหลาย

ดังนั้น บทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า จึงเน้นกิจกรรมในการให้ข่าวสาร ข้อมูล และจัดกระบวนการเรียนรู้ เชิงคิด วิเคราะห์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยให้กับประชาชน เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันให้ประชาชนรู้จักแยกแยะ เลือกรส และใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของตน นอกจากนี้ ยังพบว่าบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ยืดหยุ่นกันระหว่างความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน กับความสามารถของพยาบาลในการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ต้องมีความสมดุลกันเข้ามาเป็นจุดเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนา เพราะบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นระบบย่อยในระบบบริการพยาบาล ซึ่งระบบบริการพยาบาลก็เป็นระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพอีกชั้นหนึ่ง ดังนั้น แนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพได้กล่าวมาแล้วข้างต้นตามระบบสุขภาพพอเพียงที่มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ ก่อนที่จะพึ่งพาระบบบริการสุขภาพจากภายนอก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำอนาคตภาพของการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงเกี่ยวกับระบบบริการการพยาบาลในส่วนของตนได้ โดยการจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นที่ร่วมกับประชาชนและสาขาวิชาชีพอื่นๆ และทำให้เกิดการส่งต่อทางการพยาบาลอย่างครบวงจรภายในวิชาชีพการพยาบาลอย่างเป็นเครือข่ายตามระดับของความซับซ้อนทางการพยาบาลที่จะต้องใช้
2. ผู้ให้บริการพยาบาลสามารถนำแนวโน้มของอนาคตภาพการพยาบาลเพื่อ

การดูแลสุขภาพตนเองจากการวิจัยนี้ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วยและผู้ที่เจ็บป่วยได้ ทั้งด้านแนวคิด แนวทางในการดำเนินงาน การวางแผนงาน การจัดกิจกรรมและการกำหนด ผลลัพธ์ของกิจกรรม

3. ผู้บริหารการศึกษาสามารถนำแนวโน้มของการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการศึกษาในระดับพยาบาลศาสตร์ได้ทั้งในการปรับเนื้อหา วิธีการจัดการเรียนการสอนและการฝึกประสบการณ์ทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในบริบทของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างยั่งยืนควรมีการทำวิจัยเพื่อหาความต้องการ และความพร้อมของประชาชนในด้านสิ่งสนับสนุนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

2. ควรจะนำแนวทางการเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ไปเป็นแนวทางในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพต่อไป ทั้งในการผลิตพยาบาลวิชาชีพและการพัฒนาบุคลากรพยาบาลระหว่างประจำการ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรองไต อุณหสุต. 2539. การเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์: สภาพการณ์และแนวโน้ม.

วารสารพยาบาลศาสตร์ 14 (มกราคม-มีนาคม) : 35-42.

กฤษณา นาคี ; ประคอง อินทรสมบัติและสมจิต หนูเจริญกุล. 2542. “พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัด เพชรบุรีเป็นครั้งแรก. **วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล** 3 (1) : 44-46.

กาญจนา แก้วเทพ. และกนกศักดิ์ แก้วเทพ. 2530. **การพัฒนาชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : เอ็ดดิสันเพรสโปรดักส์.

การพยาบาล,สภา. 2540. **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฉบับใหม่(2540)**. นนทบุรี:สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2539. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. **สารสภากาการ พยาบาล** 11 (กรกฎาคม) : 39-43.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2539. อนาคตการพยาบาลในศตวรรษที่ 21. **วารสารการศึกษาพยาบาล** 7 (กันยายน) : 64-76.

เกษม บุญอ่อน. 2522. เดลฟาย : เทคนิคในการวิจัย. **คุรุปริทัศน์** 10 (ตุลาคม): 26-28.

ชนิษฐา นาคะ. 2542. **วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.สำนักงาน. 2540. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-8 (พ.ศ.2520-2544)**. กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, สำนักงาน. 2503. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509)**. กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ดโปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, สำนักงาน. 2509. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510-2514)**. กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ดโปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, สำนักงาน. 2514. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519)**. กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ดโปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2519. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ**

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524). กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ด
โปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2524. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ**

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529). กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ด
โปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2529. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ**

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534). กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ด
โปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2534. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ**

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539). กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ด
โปรดักชั่น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2539. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ**

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพมหานคร : ยูไนเต็ด
โปรดักชั่น.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539. **แผนพัฒนาการสาธารณสุข**

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2541 - 2544)
กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 , 2544. **แผนพัฒนา**

สุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9
(พ.ศ.2545 - 2549) กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

คณะกรรมการจัดพิมพ์เอกสารทางประวัติศาสตร์, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2513. ศิลา

จารึกประสาทพระบรมค. **ประชุมศิลาจารึก ภาคที่ 4** พระนคร : โรงพิมพ์
สำนักนายกรัฐมนตรี.

คุรุสภา, องค์การค้ำ, 2508. **ประชุมพงศาวดาร ภาคที่ 31.** พระนคร : โรงพิมพ์

คุรุสภา.

คุรุสภา, องค์การค้ำ, 2511. **ประชุมพงศาวดาร ภาคที่ 4.** พระนคร : โรงพิมพ์

คุรุสภา.

- จอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. 2457. **พระราชพงศาวดาร ฉบับ**
พระราชหัตถเลขา กับคำอธิบายของพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยา
ดำรงราชานุภาพ เล่ม 1. พระนคร : โรงพิมพ์ไทยสะพานยศเส.
- จอร์จ, เฮาส์. เฟลด์ส. 2504. **หมอเฮาส์ในรัชกาลที่ 4** กองคริสเตียนศึกษา
 สภาคริสตจักรในประเทศไทย แปลและเรียบเรียงจาก Samuel Reynolds
 Homse of Siam พระนคร : โรงพิมพ์รวมมิตร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2527. คำนิยมทางวิชาชีพและค่านิยมบริการของพยาบาลไทย. **รายงาน**
การวิจัยเรื่อง. กรุงเทพมหานคร : สภาวิจัยแห่งชาติ. (อัดสำเนา)
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2530. .เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR. **รวบรวมบทความวิจัยการ**
ศึกษา, หน้า 22-24. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2533. อนาคตศึกษา : ความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน. **วารสารครุศาสตร์**
 6 (กรกฎาคม – ธันวาคม) :1-4
- จุมพล นิมพานิช. 2528. .สังคมและวัฒนธรรม ใน **เอกสารการสอนชุดวิชามนุษยกับ**
สังคม หน่วยที่ 1-5 , 43-68 กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เจริญ อินทเกษตร. 2516 – 2517. **สารานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน.** 12 : 7417.
- ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์. 2536. การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ใน **รวมบทความวิจัยการศึกษา**
เล่ม 2, 12-14 กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ.
- ชนิตา รัชทรัพย์เมือง. 2541. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน **เทคนิควิธีการวิเคราะห์**
นโยบาย, หน้า 59-73. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา รัชทรัพย์เมือง. 2528. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย **วารสารวิจัย 9**(มกราคม-
 มีนาคม): 89-101.
- ชัยพร วิชชาวุธ. 2521. พฤติกรรมมนุษย์ ใน **มนุษย์กับสังคม,** 31-33 กรุงเทพมหานคร :
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์. 2542 **ปั้นแต่งอนาคตสังคมไทย.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันการ
 เรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม.
- ชาญวิทย์ ทระเทพ. 2541. สถาบันการสาธารณสุขในอนาคต. **วารสารนโยบายและ**
แผนสาธารณสุข 2 (เมษายน-มิถุนายน) : 59-63.
- แดน บีช บรัดเลย์. 2385. **คำภีร์ครุภักษา.** แปลย่อความออกจากคำภีร์-ครุภักษาแห่ง
 แพทย์หมออเมริกา กรุงเทพ : เอ.บี.ซี.เอฟ.เอ็ม. มิซซัน เพรส.

ตำราสุขภาพ, สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์ กรมพระยา 2494. **นิทานโบราณคดี**. พระนคร : บริษัทไทยหัตถการพิมพ์.

ตำราสุขภาพ, สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์ กรมพระยา 2505. **พระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 2**. พระนคร : โรงพิมพ์คุรุสภา.

ตำราสุขภาพ, สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยา. 2491. เรื่องเสียดบาล.
วารสารศิลปากร 2 (สิงหาคม) : 82.

ทศพร ศิริสัมพันธ์และคณะ. 2541. **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนาศ นุญทองและคณะ. 2543. **รายงานการวิจัยปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : สิริยอดการพิมพ์.

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2529. **พฤติกรรมองค์การ**. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

เทียนฉาย กิระนันท์. 2529. การวิจัยอนาคต **วารสารวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 10** (มกราคม – มิถุนายน) : 103-129.

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. **ทศวรรษใหม่การสาธารณสุขมูลฐานการพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

นโยบายและแผน, สำนักงาน. 2541. **รายงานทรัพยากรสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นโยบายและแผน, สำนักงาน. 2540. **รายงานทรัพยากรสาธารณสุข**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

นรา นาคพัฒนานุกุล. (เมษายน-มิถุนายน) 2542. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : ระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองในปี พ.ศ.2563 “**วารสารนโยบายและแผนการสาธารณสุข 2**(เมษายน-มิถุนายน) : 47-65 .

นิโคลาส แซร์แอส. 2506. **ประวัติศาสตร์ธรรมชาติและการเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม**. แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร พระนคร : สำนักพิมพ์ก้าวหน้า.

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. 2541. **รายงานการวิจัยทบทวนการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

- นิรัตน์ อิมามี. 2534. การประชุมโครงการการดูแลสุขภาพตนเอง. **วารสารวิชาการ**
 สาธารณสุข 3 (ตุลาคม – ธันวาคม): 211 – 218.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540. **วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วีและ**
ผู้ป่วยเอดส์ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ
 สาธารณสุข.
- พนารัตน์. วิศวะเทพนิมิตร. 2539. **สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลศาสตร์**
ใน พ.ศ.2544 ถึง 2549. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล
 ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชูลี อาชาอร่าม. 2537. กลวิธีวิจัยอนาคต: กระบวนการอนาคตปริทัศน์. **วิธีวิทยาการ**
วิจัย 6 (กรกฎาคม-ธันวาคม) : 76-91.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. 2539. **รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของ**
โรงพยาบาลในสังกัดโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษ
หน้า (พ.ศ.2539-2549) วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
 บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. 2541. “บรรณานุกรมแฉ่ง” **วารสารนโยบายและแผน**
สาธารณสุข 1 (เมษายน- มิถุนายน) : 1.
- พรเพ็ญ สิงหวรรณกุล. 2541. อนาคตภาพการจัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลวิชาชีพ
 วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับหลวง เล่ม 5.** 2525. พระนคร : โรงพิมพ์กรมศาสนา.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. มปป. **50 ปีชีวิตและงาน : อาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์.**
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2539. **พลิกโฉมการบริการพยาบาลในศตวรรษที่ 21** **วารสาร**
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 3(มกราคม-มิถุนายน) : 5-6.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2540. **วิสัยทัศน์การศึกษาไทยปี 2020.** **วารสารคณะพยาบาล**
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 19 (มกราคม-เมษายน) : 25-26.

- พัชฎาภรณ์ หมอกแก้ว. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร บทบาทที่คาดหวังของพยาบาลบทบาทที่ผู้บริหารสถานประกอบการกำหนดให้พยาบาล ปฏิบัติกับบทบาทที่เป็นจริงของพยาบาลในสถานประกอบการเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธ์ทิพย์ รามสูต. 2540. **สัจพยากรณ์ : งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า** กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พันธ์สุรย์ ลดาวัลย์; มล. สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินิสาร และโรเบิร์ต บี เทกซ์เตอร์. 2527. **ทางเลือกในอนาคตของสังคมไทย : ในทัศนะของนักวิชาการ**. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. 2539. **การแพทย์แผนไทย: การแพทย์แบบองค์รวม**. นนทบุรี : สภาเป็นการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.
- ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์ และอุดมศักดิ์ ศิลประชาวงศ์. 2541. **โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : แนวโน้มการเงินการสาธารณสุขไทย วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2 (เมษายน-มิถุนายน) : 37-47.**
- ไพฑูรย์ ลินลารัตน์. 2530. **การอุดมศึกษากับสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน นุกุลกิจ. 2529. **การวิเคราะห์พัฒนาการของการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพศาล วิสาโล, พระ. 2535. **สุขภาพวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. บรรณาธิการ สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ** กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2541. **นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. 2542. **ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. โรงพยาบาลรามาริบัติ. **รามาริบัติพยาบาลสาร 5 (มกราคม) : 4-18.**

- มาลินี วงศ์พานิช. 2542. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : บริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศไทยในปี พ.ศ.2563 **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2** (เมษายน-มิถุนายน) : 5-14.
- มาลินี อูทธิเสณ. 2540. **อนาคตภาพในการพัฒนาคุณภาพประชากรในจังหวัดศรีสะเกษ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎี สาขา ประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โยธิน แสงวดี พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ. 2543. **ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข**. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี นามจันทร์. 2542. **การดูแลตนเองในภาวะปกติและเจ็บป่วย**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. 2531. **วิชาชีพการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส พรีนติ้งเฮ้าส์.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. 2539. **วิชาชีพการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้ม**. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- ละเอียด แจ่มจันทร์. 2541. การจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี**. 10 (มกราคม) : 41-42.
- ละเอียด แจ่มจันทร์. 2540. **อนาคตภาพของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สำหรับพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลิไท, พระญา. 2506. **ไตรภูมิพระร่วง**, พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- วรรณภา ศรีธัญญรัตน์ 2540. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน. **วารสารวิจัยทางการแพทย์ 1** (1) : 71-91.
- วัฒนา วินตวัฒน์คุณ. 2527. **ผลกระทบของการสาธารณสุขมูลฐานต่อการจัดการศึกษาพยาบาลในอนาคต**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. 2541. **รายงานการวิจัยทบทวนการปรับระบบบริการสาธารณสุข**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. 2543. (ร่าง) **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า**. นนทบุรี : มูลนิธิโกมลคีมทอง.

- วิจิตร แย้มกระโทก. 2539. **อนาคตภาพการจัดที่พักอาศัยสำหรับนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2539** วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรวาทการ, หลวง. 2514. **ประวัติศาสตร์สากล เล่ม 5**. พระนคร: โรงพิมพ์รุ่งวัฒนา.
วิทยาลัยพยาบาล, กองงาน. 2539. **บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทาง
การพยาบาล : ที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วินัย วีระพัฒนานนท์. 15 ธันวาคม 2544. บทเรียนเศรษฐกิจพอเพียง. มติชนรายวัน : 6.
ศรีเสาวภาคย์. พระองค์เจ้า. 2515. “เรื่องแพทย์หมอ” **ลัทธิธรรมนิยมต่างๆ**. พระนคร :
อักษรการพิมพ์.
- ศิริลักษณ์ จำเริญ. 2527. **แนวโน้มการจัดการศึกษาเอกชนสายอาชีวศึกษาในประเทศไทย
โดยเทคนิคเดลฟาย** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาบริหารการ
ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภรา สุวรรณ. 2542. การจัดทำวิจัยทัศนด้านสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีในปี
พ.ศ.2566 **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2** (เมษายน-มิถุนายน) : 67.
- สถิติแห่งชาติ, สำนัก. 2541. **รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ**. กรุงเทพมหานคร :
อักษรไทย.
- สภาอากาศไทย. 2510. **ตำนานสภาอากาศสยาม ตอนที่ 1-2 พระพุทธศักราช 2472**. สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอ เจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดาฯ โปรดให้พิมพ์เนื่องในการพิธีเปิดตึก
มงกุฎเพชรรัตน, พระนคร : ตีรณสาร.
- สมคิด ไชยมไสวและคณะ. 2533. เทคนิคการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ การวิจัยสภาพปัจจุบัน
การวิจัยเชิงทดลองการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยอนาคต. **รายงานการศึกษาราย
วิชาวิจัย521**. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. คุณค่าของพยาบาล. **รายงานการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง
การขาดแคลนพยาบาล : ผลกระทบและแนวทางแก้ไข**. กรุงเทพมหานคร :
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร :
วี.เจ. ฟรินดิง.
- สมยศ นาวิการ. 2526. **ทฤษฎีองค์การ**. กรุงเทพมหานคร : บรรณกิจ.

- สมหมาย หิรัญนุช. 2541. แนวคิดการปรับระบบงานทางการพยาบาลในยุคประหัต
สารสภากาพยาบาล 13 (เมษายน-มิถุนายน 2541) : 16-21.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. 2540. **ทฤษฎีสังคมวิทยาเนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์
 เบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาคร ทองธวัช. 2528. การพยาบาลกับสังคม. **มโนคติและกระบวนการพยาบาล** :
 เอกสารการสอน หน่วยที่ 1- 7. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สาทิส อินทรกำแหง. 2541. สังคมยอมรับแนวคิดชีวิตจิตใจไม่เล็ก. **เนชั่นสุดสัปดาห์**
 7 (325): 8-9.
- สาธารณสุข, กระทรวง, 2492. ประวัติโรงเรียน. **อนุสรณ์พยาบาล 2492**. พระนคร :
 โรงพิมพ์การพิมพ์พาณิชย์.
- สำราญ วงศ์พำ. 2507. ภาพการแพทย์สมัยโบราณ. **สารศิริราช 16** (กันยายน) : 570.
- สำราญ วงศ์พำ. 2510. การแพทย์ในสมัยอยุธยา. ใน **รวมปาฐกถาในงานอนุสรณ์
 อุดมยาศรครบรอบ 20 ปี** เล่ม 1 พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- สินีนางู โภษาคาร. 2534. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลในชุมชน. **การ
 พยาบาลอนามัยชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : กองงานวิทยาลัย.
- สุนัญญา หุตังคบดี. 2542. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : การคุ้มครองผู้บริโภค
 ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปี พ.ศ.2563. **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2**
 (เมษายน-มิถุนายน) : 15-27.
- สุรีย์พร พันพั้งและกาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2541. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข :
 ด้านประชากรและสังคม. **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2** (เมษายน-
 มิถุนายน) : 4-12.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ. 2542. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541**.
 กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิทย์ วิบูลย์ประเสริฐ และคณะ 2541. โครงการศึกษาการสาธารณสุข : อนาคตของระบบ
 บริการสาธารณสุขไทย. **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2** (เมษายน-
 มิถุนายน): 48-58.
- เสถียรโกเศศ (นามแฝง). 2500. ประเพณีเนื่องในการเกิด. **ประเพณีเก่าของไทย**.
 พระนคร : โรงพิมพ์ศิลป์อักษร.

- แสงสันต์ พานิช. นพภาพร พานิช, ธีชัช บุญญะการกุลและอุดมลักษณ์ ศรีทัศน์. 2541.
โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : แนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านมลพิษทาง
อากาศกับสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. **วารสารนโยบายและแผน
สาธารณสุข 2** (เมษายน-มิถุนายน) : 28-46.
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. 21 มีนาคม ร.ศ.108-28 พฤศจิกายน ร.ศ.111. **เอกสาร ร.5
ศ.24/2** เบ็ดเสร็จในกรมพยาบาล.
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. 15 สิงหาคม-28 ตุลาคม 2549 , **เอกสาร ร.5 ศธ 59/14**
ตั้งโรงเรียนฝึกหัดพยาบาล.
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. 3 พฤศจิกายน ร.ศ.125-1 เมษายน ร.ศ.126. **เอกสาร ร.5
น.44. 2/1-12** โรคระบาดหัวเมือง.
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. 10-16 พฤษภาคม 2454. **เอกสาร ร.5 ศธ 59/34** รายงาน
การโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์.
- หอสมุดวชิรญาณ. **เอกสารราชการที่ 5** หมูเวชศาสตร์ ฉบับเฉลยศักดิ์ 8 ½ คัมภีร์
ธาตุวิงศ์.
- อมร นนทสุต. 2542. สหสวรรษใหม่กับความท้าทายใหม่ๆ ของนักสาธารณสุข. **วารสารวิชา
การสาธารณสุข 8** (ตุลาคม-ธันวาคม) : 423-428
- อมรวิชัย นาคกรรพ ; อาถัญญา รัตนอุบลและอัจฉรา ไชยอุปถัมภ์. การศึกษากับ
วิถีชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมประจำปีว่าด้วยเรื่องชุมชน ครั้งที่1
ชุมชนไทยท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง” วันที่ 30-31 พฤษภาคม 2543
จัดโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), (อัดสำเนา)
- อมรา พงศาพิชญ์. 2528. สังคมและวัฒนธรรม. **เอกสารการสอบชุดวิชาพฤติกรรม
มนุษย์ในองค์การหน่วยที่ 1-7. กรุงเทพมหานคร** : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช.
- อรสา พันธุ์ภักดี. 2541. **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. วิทยา
นิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- อรุณ นุรักษ์เช. 2521. **พัฒนาการของการบริหารการพยาบาลในประเทศไทย**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- อรุณ รักรธรรม. 2526. **พฤติกรรมมนุษย์ในองค์การ**. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- อำนาจ กาจันนะ. 2542. **โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ**
ที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของคนไทยในปี พ.ศ.2563. วารสารนโยบายและแผน
สาธารณสุข 2 (เมษายน-มิถุนายน) : 28-46.
- อำพร จันทรักษา. 2536. **ความขัดแย้งในบทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่ปฏิบัติจริง**
ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย วิทยา
 นิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย
 มหิดล.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2534. **กระบวนการบริหารการพยาบาล**. เชียงใหม่ : คณะ
 พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทัย สุดสุข. 2535. **อนาคตการสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- อุทัย หิรัญโต. 2519. **สังคมวิทยาประยุกต์**. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. การดูแลตนเอง : แนวคิดนโยบายและยุทธวิธี. **ยุทธศาสตร์**
เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- ANA. 1962. Statement on auxillary in nursing service. *The American Journal of Nursing*
 62:7.
- Allport, Gardon W. 1937. **Personality : A Psychological Interpretation**. New York : Holt
 R.W.
- Beddome, G ; Budgon, C , Hills, M.D; Lindsey.A.E ; Derval,P.M.and Szalay.L. 1995.
 Education and practice collaboration : A strategy for curriculum development.
Journal of Nursing Education 34 (January) :11-15.
- Benner, P. and Wrubel, J. 1989. **The Primary of caring : Stresand coping in health and**
 illness. Reedwood City, CA : Addison-Wesley Nursing.
- Dubos, R. 1965. **Man adaptin**. New Haven : Yale University Press.
- Erickson, H.C., Tomlin, E.M & Savain, M.A. 1991 **Modeling and Role Modeling**.
 Columbia : The R.L.Bryan.

Gantz,S. 1990 Self-care : Perspective From six discipline. Holistic Nursing Practice 4 (2) : 1-12.

Garrett M.J. 1989. **Special issue on national 21st. century studies ; Futures.** Geneva : Switzerland.

Hardy, M. and Conway, M. , 1987. **Role Theory Perspectives of Health Professionals.** New York : Appleton - Century – Crofts.

Harmer, B. 1922. **Textbook of The Principles and Practice of Nursing.** New York : Macmillan.

Halstead, J.A. and Billings, D. 1995. **Issues and trends in nursing.** St.Louis : Mosby.

Henderson, V. 1966. **The Nature of Nursing.** New York : The Macmillan Co.

Katz, Daniel and Kahn, Robert L. 1966. **The Society Psychology of Organization.** New York : John Willey & Sons.

Kelly , Lucie Yound. 1981. **Dimensions of Professional Nursing.** 4th ed. New York : Memillan Publishing.

King, IM. 1981. **A Theory for Nursing : Systems, Concepts, Process.** New York : Willey Century – Crofts.

Kleinman, A., Eiserberg,L. & Good, B. (1978) **Culture, illness and care. Annuals of Internal Modicine 88 : 251-258.**

Kramer, M. 1974. **Reality Shock.** St.Louis : The C.V.Mosby.

Krech David Crutchfield., Richard S. and Ballachy, Egerton L. 1962. **Individual in Society.** New York : Mc.Graw-Hill Book.

Levin, L. (1981) "Self-care in health : potentials and pitfalls". **World Health Forum.2(2) : 177-184.**

Lipson, IG. & Steiger, N.I. 1996 **Self-care nursing in a multicultural content.** New Delhi : Sage Publications.

Malaznik, N. 1976. "Theory of role function" **In Introduction to Nursing : An Adaptation Model.** New Jersey : Prentice Hall.

- Manuel, P. and Soremsen, L. 1995. Changing trends in health care : Implications for baccalaureate education, practice and employment. **Journal of Nursing Education** 34 (September) : 248-253.
- Marha, J. Garrett and M.J. Wysocki. (April-June 1998). "SEARO'S Role in the Thai Health Future Program." **Health Policy and Planning Journal (Thailand)** 2 : 64-67.
- Maslow, A. 1970. **Motivation and Personality**. New York : Harper & Row.
- Meleis, A.I. 1997. **Theoretical Nursing**. Philadelphia : Lippincott.
- Mundinger, Mary O'Neil. 1980. **Autonomy in Nursing**. London : Aspen.
- Nightingale, F. 1959. **Notes on Nursing : What it is and What it is not**. London : harrison, 1946, reprinted by J.B. Lippincott.
- Oeser, O.A. and Harry, F. 1962. "A Mathematical Model for Structural Role Theory" , **Human Relations**. 15 : 89 -109.
- Orem, D.E. 1995. **Nursing : Concepts of Practice**. St.Louis : Mosby.
- Pender, N.J. 1996. **Health promotion in nursing practice**. Connecticut : Appleton & Lange.
- Roy, C. 1991. **Introduction to nursing : An adaptation model**. Norwalk : Appleton & lange.
- Roy, Sister Callista. 1976. **Introduction to Nursing : An Adaptation Model**. New Jersey : Prentice Hall Inc.
- Sabin, T.R. and Allen, V.L. 1968. **Role Theory**. MA : Addison – Wesley.
- Sullivan, Eleanor and Decker, Phillip J. 1988. **Effective Management in Nursing**. 2nd ed. California : Addison -Wesley Publishing.
- Taylor,S. 1994. Orem's general theory of Nursing conference on Orem's self-care theory : An application in nursing practice and education October, 1921, Khon Kaen, Thailand.
- Thompson, Verginia. 1941. **Thailand : The New Siam**. New York : The MacMillan Company.

- Vickery D.M., Golaszewski T.J., Wright E.C., Kalmer H. 1998. **The Effective of Self-Care Interventions on The Use of Medical Service Within a Medicare Population.** NY. : Medical Care.
- World Health Organization. 1985. **Report of a WHO Task Force Meeting.** Geneva : Switzerland.
- World Health Organization. 1981. "Global Strategy for Health for All by the Year 2000", Health for All Series No.3 Geneva : WHO.

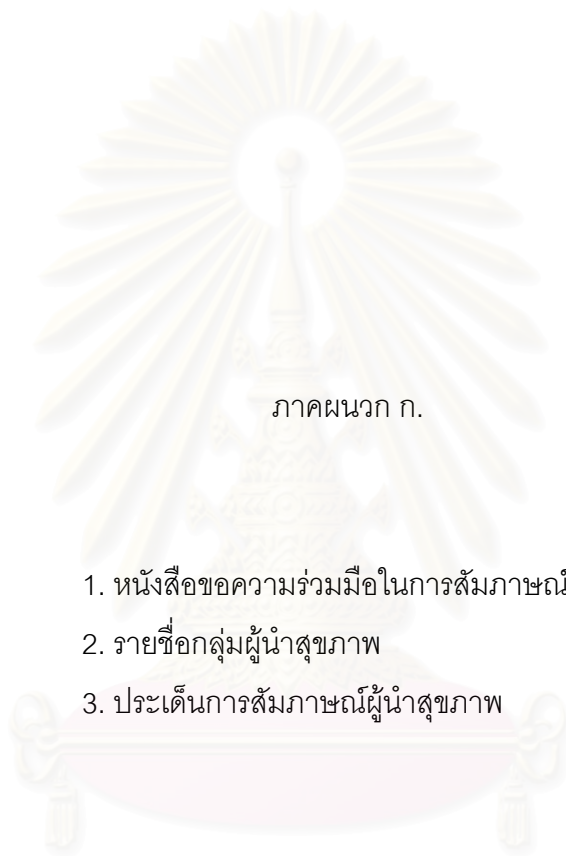


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

1. หนังสือขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำสุขภาพ
2. รายชื่อกลุ่มผู้นำสุขภาพ
3. ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้นำสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม ๐๓๐๒(๒๗๐๑)/๙๕๐

ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๕ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์

เรียน

ด้วยนาวาเอกหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์ นิสิตระดับครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อนาคตภาพบทบาทการพยาบาล เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน และศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญาธิรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และประสงค์จะเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการทำวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้จะได้นำเสนอ ผลการวิจัยต่อคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และองค์การวิชาชีพ การพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์เพื่อการทำวิจัยดังกล่าวด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

จุมพล พูลภัทรชีวิน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน)

ประธานหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนศึกษา

รายชื่อผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพที่อยู่นอกวิชาชีพการพยาบาล

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา ประธานคณะกรรมการมาตรฐานการให้การบริการรักษาพยาบาล (สัมภาษณ์และติดตามการอภิปราย)
2. นาวาอากาศเอกชูป จ้ายประยูร อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น ปี พ.ศ.2544 (สัมภาษณ์)
3. นายนิพนธ์ เตือนใจยา ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (สัมภาษณ์)
4. ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ราชทูรอาวุโส ผู้นำการปฏิรูประบบสุขภาพไทย ประธานกลุ่มสร้างระบบประชาคมสุขภาพ (ติดตามการอภิปราย)
5. แพทย์หญิงเพ็ญภา ททรัพย์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย (สัมภาษณ์และติดตามการอภิปราย)
6. นายแพทย์สุภกร บัวสาย ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สัมภาษณ์และติดตามการอภิปราย)
7. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก (สัมภาษณ์และติดตามการอภิปราย)
8. นางสาวสุวีรัตน์ ตรีมรรคา ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมและกฎหมายประกันสุขภาพมูลนิธิเครือข่ายสุขภาพประชาชน (สัมภาษณ์และติดตามการอภิปราย)
9. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สัมภาษณ์และติดตามการอภิปราย)

ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้นำด้านสุขภาพ

1. ท่านคาดการณ์ว่าภาวะสุขภาพของประชาชนจะเป็นอย่างไรในอีก 10 ปีข้างหน้า
2. ท่านคิดว่าระบบบริการสุขภาพจะเอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

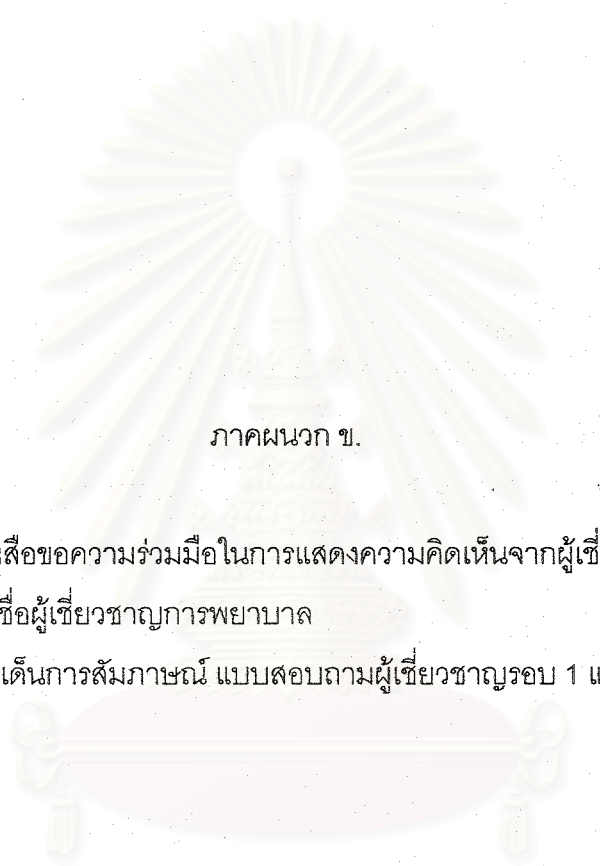
ในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีลักษณะอย่างไร

3. ท่านจะวางแผนอย่างไรให้ระบบสุขภาพเอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอีก 10 ปี ข้างหน้า

4. ท่านมองว่าระบบบริการพยาบาลในอนาคตจะร่วมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้อย่างไร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.

1. หนังสือขอความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
2. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล
3. ประเด็นการสัมภาษณ์ แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบ 1 และ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม ๐๓๐๒ (๒๗๐๑)/๑๐๐๓

ภาควิชาสารคดีศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๙ สิงหาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์

เรียน

ด้วยนางสาวเอกหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์ นิสิตระดับครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อนาคตภาพบทบาทการพยาบาล เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน และศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และประสงค์จะเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการทำวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้จะได้นำเสนอ ผลการวิจัยต่อคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และองค์การวิชาชีพ การพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์เพื่อการทำวิจัยดังกล่าวด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ

ขอแสดงความนับถือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุมพล พูลภัทรชีวิน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน)

ประธานหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนศึกษา



ที่ ทม ๐๓๐๒ (๒๗๐๖)/๑๐๘๕

ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๕ ตุลาคม ๒๕๔๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล

ตามที่ท่านได้กรุณาให้นาวาเอกหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตร์ชั้นปริญญาตรี สาขาพัฒนศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๕๓)” ไปแล้วในรอบที่ ๑ นั้น ครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนามาจากการได้รับข้อมูลครั้งแรก ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญของการทำวิจัย ดังกล่าวด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดร. จุมพล พูลภัทรชีวิน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน)

ประธานหลักสูตรครุศาสตร์ชั้นปริญญาตรี

สาขาวิชาพัฒนศึกษา

ที่ ทม ๐๓๐๒(๒๓๐๑)/๑๑๒๙

ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓ ธันวาคม ๒๕๕๔

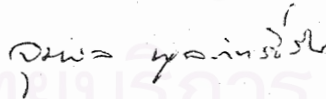
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบ ๒

เรียน

ตามที่ท่านได้กรุณาให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามรอบ ๑ แก่ นาวาเอกหญิง อดิษฐ์ ภูยานนท์ นิสิตคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า” ไปแล้วนั้น ในครั้งนี้ เป็นการตอบแบบสอบถามรอบ ๒ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพื่อการยืนยันหรือปรับเปลี่ยนคำตอบของท่านในรอบแรก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมนี้ด้วย
จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุมพล พูลภัทรชีวิน)

ประธานหลักสูตรครุศาสตรคุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล

ชื่อ	ตำแหน่ง
กลุ่มผู้บริหาร	
1. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยคัมภ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางจ่านง อิมใจ	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล สระบุรี
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศรี บุญทอง	นายกสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย *
5. นางสาวบุญสม มิตรพระพันธ์	รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี
6. ดร.เบญจมา เตากล้า	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปาหนัน บุญหลง	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
8. ดร.ไพลิน นุกุลกิจ	ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันบรมราชชนก
9. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
10. นางสมหมาย หิรัญนุช	ผู้อำนวยการกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
11. นางสาวสายหยุด ศิริภาภรณ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีนครกรุงเทพ *
12. รองศาสตราจารย์ สุจินต์ วิจิตรกาญจน์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
13. พลเรือตรีหญิง ดร. สุภัทรา เอื้อวงศ์	ผู้ช่วยอธิการบดี มหาวิทยาลัยสยาม
14. ดร.เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล (ต่อ)

ชื่อ	ตำแหน่ง
กลุ่มนักวิชาการ	
1. นางกรรณิการ์ หาญสูงเนิน	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา ตันติผลาชีวะ	คณะศึกษาศาสตร์ มศว.ประสานมิตร
3. นางนิษฐิศา ลีนะขุนางกูร	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประคิน สุจฉายา	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ** มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ดร.ประพิณ วัฒนกิจ	นักวิชาการกองการพยาบาล *
6. รองศาสตราจารย์ ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
7. อาจารย์ พิรุณ รัตนวานิช ตรัง	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
8. รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ ส.โมโนย พงศ์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
9. นางสาววิจิตรา ไชยขันธุ์	อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สระบุรี
10. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
11. ดร.สมหมาย คชนาม	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 7 สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
12. นางอาริยา สัพพะเลข	ผู้เชี่ยวชาญกระทรวงสาธารณสุข
13. รองศาสตราจารย์อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม	นายกสมาคมพยาบาลภาคเหนือ
14. นางอำไพรัตน์ กลิ่นขจร	นักวิชาการศึกษาส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันบรมราชชนก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล (ต่อ)

ชื่อ	ตำแหน่ง
กลุ่มนักปฏิบัติการ	
1. นายกฤษฎา มัญขสิงห์ หัวหน้าพยาบาล	โรงพยาบาลพระยุพราชดวง
2. นางสาวธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพงานควบคุมโรคเอดส์และ กามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
3. พันโทหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
4. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
5. พันตำรวจเอกหญิง พิมล พันธุ์วิไล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
6. ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์	ผู้เชี่ยวชาญฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
7. นางสาวระพีพร คงสาคร	ผู้ตรวจการพยาบาลอาวุโส โรงพยาบาล มหาราช จังหวัดนครราชสีมา
8. นางละดาวัลย์ ศรีประทีป	หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลระยอง
9. นางลาวัลย์ คชเวช	ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง
10. คุณ สมควร คำแหง	หัวหน้าหอผู้ป่วย ชุกเฉิน 4 ** โรงพยาบาลระยอง
11. คุณ สมทรง อ่อนน้อม	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
12. นางสุจิตรา เจนกาญจนรักษ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ฝ่ายการพยาบาล
13. นางสาวรงค์ เลิศล้ำ	รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
14. น.ส.สัมพันธ์ ต่อสติ	พยาบาลศูนย์แพทย์ป้อมเพชร อัญญา

* = ไม่ได้รับแบบสอบถามรอบที่ 1 ตอบกลับคืนมา

** = ไม่ได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 ตอบกลับคืนมา

ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (รอบที่ 1)

1. ท่านคาดการณ์ว่าปัจจุบันการพยาบาลที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตนั้น จะมี ส่วนส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างไรในอนาคต
2. ท่านมองว่าภาพรวมของบทบาทการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนใน 10 ปีข้างหน้าควรจะเป็นอย่างไร
3. ท่านจะวางแผนอย่างไรในอีก 10 ปีข้างหน้าให้การพยาบาลเป็นระบบที่ร่วมสร้าง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
4. ท่านคิดว่าการเตรียมบุคลากรพยาบาลเพื่อรองรับการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนตามบทบาทในข้อ 3 ควรจะมีแนวทางอย่างไรใน 10 ปีข้างหน้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเดลฟายรอบ 1

การวิจัยเรื่อง

อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2553)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามและแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอนาคตจนถึง 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2553) ที่ได้ประมวลมาจากข้อมูลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลได้ให้สัมภาษณ์ในรอบแรก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามถึงแนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า จำนวน 6 ตอน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

คำชี้แจง กรุณาเลือกและเติมข้อความในข้อคำถามเกี่ยวกับตัวท่านดังต่อไปนี้

เฉพาะผู้วิจัย

1. เพศ หญิง ชาย □ □
2. อายุ น้อยกว่า 40 ปี 41 – 55 ปี มากกว่า 55 ปี □ □ □
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ อื่น ๆ □ □ □
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน น้อยกว่า 15 ปี 16 – 30 ปี มากกว่า 30 ปี □ □ □
ในวิชาชีพการพยาบาล
5. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน..... □ □ □
6. หน้าที่ ตำแหน่งหรือผลงานสำคัญที่ผ่านมา..... □ □ □
.....
.....
7. วุฒิการศึกษาสูงสุด..... □ □ □

ส่วนที่ 2 แนวโน้มของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า

(พ.ศ.2553) ซึ่งแบ่งเป็น 6 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นแนวคิดอย่างไร

ตอนที่ 2 แนวทางของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะมีแนวทางอย่างไร

ตอนที่ 3 แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร

ตอนที่ 4 แนวทางในการเตรียมการพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาทการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร

ตอนที่ 5 การนำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนไปสู่การปฏิบัติ

ตอนที่ 6 ภาพรวมบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

คำชี้แจง กรุณาพิจารณาและประเมินเพื่อให้คะแนนและเลือกภาพอนาคตตามความคิดเห็นของท่าน โดยคะแนนแต่ละระดับและภาพอนาคตแต่ละภาพมีความหมายดังนี้

1. ระดับคะแนนของโอกาสที่ข้อความเหล่านั้นจะเกิดขึ้นจริง
 - คะแนน 5 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงมากที่สุด
 - คะแนน 4 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงมาก
 - คะแนน 3 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงปานกลาง
 - คะแนน 2 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงน้อย
 - คะแนน 1 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงน้อยที่สุด

2. ภาพอนาคตที่จะเลือกมี 2 ภาพ คือ

ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ หมายถึง ภาพอนาคตที่ดีและสร้างสรรค์ ถ้าจะเกิดขึ้นจริงในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า จะเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามความคิดเห็นของท่าน

ภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง ภาพอนาคตที่ไม่ดีและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ถ้าจะเกิดขึ้นจริงในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า จะเป็นภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ตามความคิดเห็นของท่าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
3.3 การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง									
1) การนำไปใช้กับประชาชนโดยตรง									
2) การนำเสนอในรูปแบบของคู่มือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองหนังสือ วิชาการหรือการนำเสนอในเวที วิชาการ									
3) การประชาสัมพันธ์โดยตรง ขณะมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนและการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้									
4) การจัดนิทรรศการและมหกรรมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต									

ตอนที่ 4 แนวทางในการเตรียม พยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาท การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองจะ เป็นอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
4.4 ด้านวิธีการที่ใช้ในการเตรียม พยาบาลวิชาชีพ									
1) การเสริมสร้างแนวคิดการ พยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าไปในหลักสูตร									
2) จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการนำความรู้ทางการ พยาบาลและสหสาขาวิชามาเป็นฐาน ในการปฏิบัติงาน									
3) ให้ฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่กับ ทีมงานที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว									
4) จัดระบบการทำงานให้เป็น เครือข่ายการส่งต่อทางการพยาบาล อย่างครบวงจร เช่น การพยาบาล พื้นฐาน การพยาบาลเฉพาะทาง การ พยาบาลที่ซับซ้อน เป็นต้น									
5) จัดให้หน่วยงานในพื้นที่ให้เป็น หน่วยฝึกอบรมพัฒนาและวิจัย ทางการพยาบาล									

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายจะมี ลักษณะอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
5.3 การพยาบาลเพื่อการดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้ เจ็บป่วย									
1) การประเมินปัญหาและความ ต้องการของผู้รับบริการ									
2) การให้การพยาบาลที่ตรงกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย									
3) การให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการ ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ									
4) การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อ ความพร้อมในการดำเนินชีวิต ท่ามกลางภาวะเจ็บป่วย									
5) การแนะนำและฝึกหัดให้ผู้ป่วย และญาติฟื้นฟูสภาพร่างกาย									
6) การส่งต่อผู้เจ็บป่วยไปยัง สถานพยาบาลตามลักษณะปัญหาและ ความรุนแรงของสุขภาพและการ เจ็บป่วย									

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 6 ภาพรวมของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
6.1 เป็นบทบาทการพยาบาลเชิงรุกที่ต้องกำหนดแผนการดำเนินการว่าจะเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้ชัด									
6.2 ความครอบคลุมของบริการจะต้องครอบคลุมประชากรทั้งในกลุ่มผู้เจ็บป่วย ญาติในสถานรักษาพยาบาลและในกลุ่มคนปกติในชุมชน ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน									
6.3 เป็นบทบาทในการให้ความรู้ที่เป็นบทบาทร่วมมือที่มีแผนอยู่ในแผนการพยาบาลเพื่อการให้รักษาหรือการพยาบาลชุมชนได้									
6.4 กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในกลุ่มต่างๆ เช่น ภาวะการเปลี่ยนแปลงตามวัย โรคเรื้อรัง โรคเฉพาะพื้นที่ โรคทางกามพันธุ์ เป็นต้น									
6.5 เป็นบทบาทหลักที่สำคัญในบริการพยาบาลทุกระดับที่มีอยู่									
6.6 เป็นบทบาทในการสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) และครอบคลุมประชาชนทุกระดับ (ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน)									

แบบสอบถามเดลฟายรอบ 2

การวิจัยเรื่อง

อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2553)
คำชี้แจง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้กรุณาแสดงความคิดเห็นสำหรับการวิจัยนี้ โดยการให้สัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 แบบสอบถามในรอบนี้เป็นรอบที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ท่านได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มและทบทวนคำตอบของตนเอง ซึ่งท่านอาจจะเปลี่ยนคำตอบใหม่หรือจะยืนยันยืนยันคำตอบเดิมเหมือนในรอบที่ผ่านมาก็ได้ โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่เป็นความคิดเห็นของท่านครั้งนี้ลงในช่องที่ต้องการ

สัญลักษณ์และคะแนนที่แสดงมีความหมายดังนี้

1. สัญลักษณ์

- M,* หมายถึง ตำแหน่งของค่ามัธยฐานคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
- ←→ หมายถึง ช่วงของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range = IQR) ที่ 1 และ ที่ 3 ของคำตอบ
- V หมายถึง ตำแหน่งของคำตอบที่ท่านได้เลือกไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 1
- % หมายถึง ค่าร้อยละของประมวลคำตอบเกี่ยวกับภาพอนาคตที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดที่ตอบมาในรอบที่ 1

2. ค่าคะแนนระดับความเห็นเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดขึ้น/เป็นจริง ของแนวโน้มในข้อความแต่ละข้อคำถาม

- | | | |
|---------|---------|--|
| คะแนน 5 | หมายถึง | มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงมากที่สุด |
| คะแนน 4 | หมายถึง | มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงมาก |
| คะแนน 3 | หมายถึง | มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงปานกลาง |
| คะแนน 2 | หมายถึง | มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงน้อย |
| คะแนน 1 | หมายถึง | มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริงน้อยที่สุด |

3. ภาพอนาคตที่จะเลือกมี 2 ภาพคือ

ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ หมายถึง ภาพอนาคตที่ดีและสร้างสรรค์ ถ้าจะเกิดขึ้นจริงในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า จะเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตามความคิดเห็นของท่าน

ภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง ภาพอนาคตที่ไม่ดีและเป็นอุปสรรคต่อการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ถ้าจะเกิดขึ้นจริงในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า จะเป็นภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ตามความคิดเห็นของท่าน

ผู้วิจัยขอความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามรอบสุดท้ายนี้ภายในเวลา 1 สัปดาห์ด้วยจักเป็นพระคุณอย่างสูงเพื่อความต่อเนื่องของแบบสอบถามทั้ง 2 รอบ ความคิดเห็นของท่านมีความสำคัญและมีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

นาวาเอกหญิง

(อนงค์นุช ภูยานนท์)

ผู้วิจัย

ธ.ค.44

ตอนที่ 1 แนวคิดของบทบาทการ พยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนควรมีแนวคิด อย่างไร	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิด เห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่ พึงประ สงค์	
1.1 โดยทั่วไปทุกคนมีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีเพียงบาง ช่วงหรือบางสถานการณ์เท่านั้นที่เขา อาจต้องการผู้ช่วยเหลือ อยู่ในวัยทารก หรือมีภาวะการเจ็บป่วยที่เป็น อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง	M=4.8 ↔*						87.2	12.8	
1.2 ประชาชนมีการเรียนรู้ในการ ดูแลสุขภาพได้หลายทาง เช่น จากการ เลี้ยงดูของครอบครัว แบบอย่างของ สังคมที่แวดล้อม การนำเสนอของสื่อ มวลชนและจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น	M=4.9 ↔*						97.4	2.6	
1.3 การพยาบาลเพื่อการดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของ ประชาชนในการดูแลสุขภาพและ ความสามารถของการพยาบาลในการ ส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชน	M=4.9 ↔*						97.4	2.6	
1.4 การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชน ต้องเป็นกิจ กรรมการพยาบาลที่เน้นให้ประชาชน รับรู้ คิควิเคราะห์แยกแยะข้อดี-ข้อ เสียและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของ ตนเองได้	M=4.8 ↔*						97.4	2.6	
1.5 การพยาบาลจะส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ ต้องตรงกับความรู้สึกรู้สึกของประชาชน ว่าเป็นเรื่องจำเป็นและเกิดประโยชน์	M=4.8 ↔*						97.4	2.6	

ตอนที่ 1 แนวคิดของบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนควรมีแนวคิดอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
1.6 ความรู้และทักษะในการเพิ่มสมรรถนะการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญของบทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง	M=4.6 ←*→						97.4	2.6	
1.7 การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ใช่รูปแบบของการบริการสงเคราะห์ แต่เป็นการเรียนรู้ด้านสุขภาพในเชิงทักษะชีวิต	M=4.8 ←*→						94.9	5.1	
1.8 บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจะต้องเป็นบทบาทที่สามารถดำเนินการได้ในทุกบริการสุขภาพที่มีอยู่	M=4.9 ←*→						97.4	2.6	
1.9 การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นบทบาทที่จะต้องปรับกิจกรรมให้ยืดหยุ่นได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ขอบเขตที่ พรบ.วิชาชีพฯ 1 กำหนด	M=4.7 ←*→						92.3	5.1	
1.10 บทบาทการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ โดยมีแผนงาน แนวทางปฏิบัติ กิจกรรมที่จะเกิดและเป้าหมายของกิจกรรมที่ชัดเจน	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	

ตอนที่ 2 แนวทางของการดำเนินงานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองจะมีลักษณะอย่างไร	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
2.1 เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่นและประชาชน	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
2.2 การดึงเอาการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่ประชาชนมีอยู่แล้วออกมาปฏิบัติให้เป็นระบบและรักษาไว้ให้คงอยู่ตลอดไป	M=4.8 ←*→						94.9	5.1	
2.3 การปรับการดูแลสุขภาพตนเองในส่วนที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชนให้ดีขึ้น	M=4.8 ←*→						94.9	2.6	
2.4 การเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนที่ประชาชนยังขาดแต่มีความสำคัญเข้าไปเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับใช้ได้ตามความจำเป็นทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
2.5 การชี้แนะวิธีคิดตามคันทวีและเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนต่อไป	M=4.7 ←*→						97.4	2.6	
2.6 การทำงานร่วมกันในวิชาชีพอย่างครบวงจร โดยระบบการส่งต่อทางการพยาบาล	M=4.8 ←*→						94.9	5.1	
2.7 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	

ตอนที่ 3 แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออุปสรรค/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
3.1 การจัดการกับความรู้ที่มีอยู่เดิม									
1) สืบค้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่มีอยู่เดิมมารวบรวมวิเคราะห์ แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ให้สะดวกในการค้นคว้า	M=4.7 ←*→					2.6	94.9	2.6	
2) นำความรู้เดิมมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับสถานการณ์และการนำไปใช้ในปัจจุบัน	M=4.5 ←*→					2.6	94.9	2.6	
3) จัดระบบความรู้เดิมและปัจจุบันที่มีอยู่มาเรียบเรียงให้เห็นวิวัฒนาการเพื่อศึกษาความเป็นมา ปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงและเปรียบเทียบให้เห็นแนวโน้มที่จะดำเนินต่อไป	M=4.5 ←*→					2.6	94.9	2.6	
3.2 การสร้างความรู้ใหม่									
1) การรวบรวมความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ตรงในการทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ	M=4.6 ←*→					2.6	94.9	2.6	
2) การจัดเวทีวิชาการ การระดมสมองในรูปแบบต่างๆ	M=4.8 ←*→						97.2	2.6	
3) การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่หรือตรวจสอบเพื่อยืนยันหรือต่อ ยอดความรู้เดิม	M=4.7 ←*→						97.2	2.6	
4) การพัฒนาทักษะเฉพาะในการทำงานที่ได้มีการปรับเปลี่ยนมาแล้ว อย่างเป็นขั้นเป็นตอนจนกระทั่งสร้างผลสำเร็จของงานได้ดีกว่าทักษะเดิมที่ ใช้อยู่	M=4.5 ←*→						94.9	5.1	

ตอนที่ 3 แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
3.3 การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง 1) การนำไปใช้กับประชาชนโดยตรง	M=4.7 ←*→						94.9	5.1	
2) การนำเสนอในรูปแบบของคู่มือการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหนังสือวิชาการหรือการนำเสนอในเวทีวิชาการ	M=4.8 ←*→						94.5	5.1	
3) การประชาสัมพันธ์โดยตรงขณะมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนและการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้	M=4.7 ←*→						97.4	2.6	
4) การจัดนิทรรศการและมหกรรมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต	M=4.8 ←*→						100	-	

ตอนที่ 4 แนวทางในการเตรียม พยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาท การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองจะ เป็นอย่างไร	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึง ประสงค์	ที่ไม่พึง ประสงค์	
4.1 การเตรียมด้านความรู้ 1) ความรู้ที่พยาบาลวิชา ชีพได้รับการเตรียมมาในระดับ ปริญญาตรีสามารถเป็นพื้นฐานที่จะ ปรับใช้ในการสร้างเสริมการดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนได้	M=4.6 ←*→						100	-	
2) พยาบาลวิชาชีพต้องฟื้นฟูและ ค้นคว้าเพิ่มเติมในส่วนของความรู้ เกี่ยวกับการสร้างสุขภาพตาม พัฒนาการของบุคคล	M=4.9 ←*→					2.6	92.3	5.1	
3) ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงของภาวะ สุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่ม	M=4.8 ←*→						100	-	
4) ควรเพิ่มความรู้ในการทำงาน ร่วมกับชุมชนในแต่ละ พื้นที่	M=4.9 ←*→						100	-	
5) ต้องติดตามความรู้ด้านกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง	M=4.8 ←*→						100	-	
6) ต้องติดตามนโยบายสุขภาพและ นโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง	M=4.8 ←*→						100	-	
7) ต้องพัฒนาความรู้ในการจัดทำ และประเมินโครงการด้านสุขภาพ	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
4.2 การเตรียมด้านทัศนคติ 1) ต้องสร้างเสริมให้พยาบาล วิชาชีพมีความรู้สึกที่ดีต่อการให้ ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง	M=4.8 ←*→						100	-	
2) ต้องเสริมสร้างให้พยาบาล วิชาชีพมีความเลื่อมใสต่อระบบสุข ภาพองค์กรรวมทั้งมีประชาชนเป็นศูนย์ กลางของการให้บริการ	M=4.8 ←*→						100	-	

ตอนที่ 4 แนวทางในการเตรียม พยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาท การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
3) ต้องเชื่อ ในคุณค่าของการที่ ประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพ ของตนเองว่าเป็นการสร้างสุขภาพที่ ยั่งยืน	M=4.8 ←*→						100	-	
4) ต้องมีความเห็นและเชื่อมั่นว่า สุขภาพเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่มี ความเกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อม ของบุคคล ไม่สามารถแยก สุขภาพออกมาใดๆ ได้ต้องพิจารณา ควบคู่ไปกับความเป็นอยู่ของบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมของครอบครัว นั้นด้วย	M=4.8 ←*→						100	-	
4.3 การเตรียมด้านทักษะการปฏิบัติ 1) ต้องพัฒนาทักษะในการ ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและ ประชาชน	M=4.8 ←*→						100	-	
2) ต้องพัฒนาทักษะการใช้ภาษา เพื่อติดต่อสื่อสารกับบุคคลในกลุ่ม ต่างๆ	M=4.8 ←*→						100	-	
3) ต้องฝึกทักษะการจัดประสพ การณ์การเรียนรู้ในเรื่อง สุขภาพตน เองของบุคคลครอบครัวที่มีพื้นฐาน ต่างกัน	M=4.8 ←*→						100	-	
4) ต้องพัฒนาทักษะการพยาบาล ที่สร้างเสริมทักษะชีวิตในการดูแล สุขภาพตนเองของประชาชนที่ สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
5) ต้องพัฒนาทักษะในการเป็นผู้ นำการเปลี่ยนแปลง	M=4.7 ←*→						100	-	

ตอนที่ 4 แนวทางในการเตรียม พยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับบทบาท การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองจะ เป็นอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
6) ต้องพัฒนาทักษะการสร้าง เสริมศักยภาพการเรียนรู้ของ ประชาชนโดยการคิดเชิงวิเคราะห์	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
4.4 ด้านวิธีการที่ใช้ในการเตรียม พยาบาลวิชาชีพ									
1) การเสริมสร้างแนวคิดการ พยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าไปในหลักสูตร	M=4.8 ←*→						100	-	
2) จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการนำความรู้ทางการ พยาบาลและสหสาขาวิชามาเป็นฐาน ในการปฏิบัติงาน	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
3) ให้ฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่กับทีม งานที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว	M=4.7 ←*→						100	-	
4) จัดระบบการทำงานให้เป็นเครือ ข่ายการส่งต่อทางการพยาบาลอย่าง ครบวงจร เช่น การพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลที่ ซับซ้อน เป็นต้น	M=4.7 ←*→						100	-	
5) จัดให้หน่วยงานในพื้นที่ให้เป็น หน่วยฝึกอบรมพัฒนาและวิจัยทาง การพยาบาล	M=4.7 ←*→						100	-	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายจะมี ลักษณะอย่างไร	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
5.1 การเตรียมการทั่วไป									
1) การศึกษาพื้นฐานและธรรม ชาติของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	M=4.8 * ←→						100	-	
2) การพบปะพูดคุยเพื่อสร้างควม คุ้นเคย	M=4.8 * ←→						100	-	
3) การเขียนเขียนเพื่อแลกเปลี่ยน เปลี่ยนความคิดเห็นและ ศึกษาสภาพ แวดล้อม	M=4.7 * ←→						100	-	
4) การชี้แจงและการจัดให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยม ให้กับบุคคลและครอบครัวให้เห็น คุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเอง จนยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญและนำมา ปฏิบัติจนเป็นนิสัย	M=4.7 * ←→						100	-	
5) การร่วมกับประชาชนในการ ประเมินความต้องการทางสุขภาพ หา ทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติ วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม มาเป็นแนวทางปฏิบัติโดยการเปิด ประเด็นในการแลกเปลี่ยนความคิด เห็นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ผลดี ผลเสียของแต่ละแนว ทางและประโยชน์ที่จะได้รับ	M=4.7 * ←→						97.4	2.6	
6) การสนับสนุนให้ประชาชนได้ ดูแลสุขภาพตนเองตามทางเลือกที่ เหมาะสม	M=4.7 * ←→						100	-	

ตอนที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายจะมี ลักษณะอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
7) ร่วมกับประชาชนในการ ประเมินพัฒนาการการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนและหาแนวทาง ปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป	M=4.7 ←*→						100	-	
5.2 การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในกลุ่มผู้มีสุขภาพปกติ									
1) การเข้าถึงประชาชนทั้งใน ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน	M=4.7 ←*→						100	-	
2) การคัดกรองประชาชนตาม ภาวะสุขภาพและความสามารถในการ ดูแลสุขภาพตนเอง	M=4.8 ←*→						100	-	
3) การกระตุ้นและสร้างเสริมความ รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและส่วน รวม	M=4.8 ←*→						100	-	
4) การสร้างแกนนำและเครือข่าย สุขภาพชุมชน	M=4.8 ←*→						100	-	
5) การพัฒนาศักยภาพประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุม การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การ ดูแลสุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงใน ช่วงที่มีการพัฒนาและมีการเสื่อมของ ร่างกายและเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยเกิดขึ้น	M=4.7 ←*→						100	-	
6) การเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยใน ชุมชนตามพัฒนาการชีวิตและภาวะ เสี่ยงของโรค	M=4.7 ←*→						100	-	
7) การจัดโครงการเพื่อการเรียนรู้ ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน อย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มตามภาวะเสี่ยง	M=4.7 ←*→						100	-	

ตอนที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายจะมี ลักษณะอย่างไร (ต่อ)	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออภิปราย/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
5.3 การพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนในกลุ่มผู้เจ็บ ป่วย									
1) การประเมินปัญหาและความ ต้องการของผู้รับบริการ	M=4.8 ←*→						100	-	
2) การให้การพยาบาลที่ตรงกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
3) การให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการ ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ	M=4.8 ←*→						100	-	
4) การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อความ พร้อมในการดำเนินชีวิตท่ามกลาง ภาวะเจ็บป่วย	M=4.7 ←*→						100	-	
5) การแนะนำและฝึกหัดให้ผู้ป่วย และญาติฟื้นฟูสภาพร่างกาย	M=4.9 ←*→						100	-	
6) การส่งต่อผู้เจ็บป่วยไปยังสถาน พยาบาลตามลักษณะปัญหาและความ รุนแรงของสุขภาพและการเจ็บป่วย	M=4.8 ←*→						100	-	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 6 ภาพรวมของบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า	โอกาสที่จะเกิดขึ้นจริง					ไม่มี ความ คิดเห็น %	ภาพอนาคต %		ข้ออุปสรรค/ เหตุผล เพิ่มเติม (ถ้ามี)
	5	4	3	2	1		ที่พึงประ สงค์	ที่ไม่พึง ประ สงค์	
6.1 เป็นบทบาทการพยาบาลเชิงรุกที่ต้องกำหนดแผนการดำเนินการว่าจะเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้ชัด	M=4.8 ←*→						97.4	2.6	
6.2 ความครอบคลุมของบริการจะต้องครอบคลุมประชากรทั้งในกลุ่มผู้เจ็บป่วย ญาติในสถานรักษาพยาบาล และในกลุ่มคนปกติในชุมชน ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน	M=4.8 ←*→						100	-	
6.3 เป็นบทบาทในการให้ความรู้ที่เป็นบทบาทร่วมที่มีแผนอยู่ในแผนการพยาบาลเพื่อการให้รักษาหรือการพยาบาลชุมชนได้	M=4.7 ←*→						78.9	21.1	
6.4 กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในกลุ่มต่างๆ เช่น ภาวะการเปลี่ยนแปลงตามวัย โรคเรื้อรัง โรคเฉพาะพื้นที่ โรคทางกามพันธุ เป็นต้น	M=4.8 ←*→						86.5	13.5	
6.5 เป็นบทบาทหลักที่สำคัญในบริการพยาบาลทุกรูปแบบที่มีอยู่	M=4.8 ←*→						90.9	9.1	
6.6 เป็นบทบาทในการสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) และครอบคลุมประชาชนทุกระดับ (ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน)	M=4.6 ←*→						94.9	5.1	

ด้วยความขอบคุณอย่างสูง

น.อ.หญิง อนงค์นุช ภูยานนท์



ภาคผนวก ค.

สรุปข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้เชี่ยวชาญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณา

เรื่อง

อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544 – พ.ศ.2553)

เมื่อวิเคราะห์ถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการศึกษาที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของประชาชนในประเทศไทยแล้ว สามารถสรุปประเด็นหลักๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาเกี่ยวกับบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้าได้ 3 ประเด็น คือ ด้านประชาชน ด้านระบบบริการสุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข

1. **ประชาชน** เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า **คน** เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนา ในระบบสุขภาพ ก็เช่นเดียวกันถือว่า “ประชาชน” เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดและเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ จากสภาพการณ์ต่างๆ ของโลกและสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้คุณลักษณะของคนไทยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ที่มีผลให้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีการปรับเปลี่ยนไปด้วย ดังต่อไปนี้

1.1 **โครงสร้างประชากร** มหาวิทยาลัยมหิดลได้ศึกษาข้อมูลประชากรของไทย คาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีพลเมืองเพิ่มเป็น 70 ล้านคน ซึ่งเพิ่มไม่มากเพราะการคุมกำเนิดได้ผลดี พบว่าเฉลี่ยแล้วคุณแม่คนไทยมีลูก 1.9 คนและการมีลูกโตนยังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันประชากรไทยมีอยู่ประมาณ 62.3 ล้านคนเฉพาะคนไทยจริงๆ ไม่นับรวม พม่า แวกปากี บังคลาเทศ แวกดำ ลาว เขมร ที่ลักลอบเข้ามาทำงาน ถ้ารวมน่าจะอยู่ประมาณ 64 ล้านคน สหรัฐอเมริกา 283 ล้านคน อินโดนีเซีย 206 ล้านคน รองมาคือ อินเดีย 1,030 ล้านคนและบราซิล 172 ล้านคน (แมงเม่า, 2544:7) จากความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทยลดลงตามลำดับ และคาดว่าจะลดลงอีกในอนาคต โดยในปี พ.ศ.2540 เท่ากับร้อยละ 1.16 ส่วนในปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 คาดว่าจะลดลงเหลือร้อยละ 0.87 และ 0.53 ตามลำดับ ทำให้แนวโน้มประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากประมาณ 62.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 เป็น 68.8 ล้านคน และ 72.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2553

และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ โดยสัดส่วนของวัยเด็กและวัยทำงานจะลดลง แต่จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น โดยประชากรช่วงอายุ 0-14 ปี คาดว่าจะลดลงเหลือร้อยละ 21.8 และ 19.1 ในปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ เช่นเดียวกับประชากรช่วงอายุ 15 – 59 ปี ที่คาดว่าจะลดลงเป็นร้อยละ 66.5 และ 64.9 ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ ในขณะที่ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 และ 15.9 ในปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ ส่วนการคาดการณ์อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 71.0 ปี และ 75.4 ปี ตามลำดับในปี พ.ศ.2553 และเพิ่มขึ้นเป็น 72.2 ปี และ 76.5 ปี ตามลำดับในปี พ.ศ.2563(ดูรายละเอียดใน ตารางที่ 1)

ในด้านโครงสร้างประชากรนี้มีประเด็นที่น่าสนใจคือ ประเทศไทยสามารถควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากรได้ดี มีอัตราการตายของมารดาและทารกลดลงและมีอายุเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้น แต่ขาดความสมดุลของจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่นและส่วนใหญ่ของประชากรที่มีอายุยืนยาวนั้นไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ต้องพึ่งผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 1 โครงสร้างประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563

รายการที่	ตัวชี้วัด	ปี		
		พ.ศ.2540	พ.ศ.2553	พ.ศ.2563
1	อัตราเพิ่มของประชากร	1.16	0.87	0.53
2	ร้อยละของประชากรอายุ 0 – 14 ปี	27.20	21.80	19.10
3	ร้อยละของประชากรอายุ 15 – 59 ปี	63.50	66.50	64.90
4	ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	9.30	11.70	15.90
5	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศหญิง	74.90	75.40	76.50
6	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชาย	70.28	71.00	72.20
7	จำนวนประชากร : ล้านคน	60	68.80	72.50

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540–2541. กทม. : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542 : 35-105.

1.2 สถานะการเจ็บป่วยและเสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากกว่าสาเหตุจากโรคติดเชื้อ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลง กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปไม่มากและกลุ่มปัญหาสุขภาพที่เคยลดลงแต่กลับมาเป็นปัญหาอีก ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้(กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1.2.1 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และการฆ่าตัวตายและถูกฆ่า

1.2.2 ปัญหาสุขภาพของคนไทยที่สำคัญ

1.2.2.1 กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคขาดสารอาหาร โรคขาดสารไอโอดีน โรคพยาธิ ไข้มาลาเรีย ไข้สมองอักเสบ โรคเรื้อน โรคพิษสุนัขบ้า และกามโรค เป็นต้น

1.2.2.2 กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม และมักเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเอดส์ โรคจิต โรคประสาท ติดสิ่งเสพติด โรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคอ้วน เป็นต้น

1.2.2.3 กลุ่มปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก และโรคติดเชื้อระบบหายใจเฉียบพลัน เป็นต้น

1.2.2.4 กลุ่มปัญหาสุขภาพที่เคยลดลงแต่กลับมาเป็นปัญหาอีกได้แก่ วัณโรค และโรคเท้าช้าง

1.3 อัตราการรู้หนังสือ อัตราการรู้หนังสือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละประเทศเพราะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงและศึกษาข้อมูลทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งค่าเฉลี่ยการรู้หนังสือของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา คือ ร้อยละ 70.4 ขณะที่ของประเทศไทยจะสูงกว่า โดยพบว่าคนไทยทั่วประเทศที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้อยู่ที่ร้อยละ 93.8 เมื่อปี พ.ศ.2538(ทบวงมหาวิทยาลัย, 2542) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งของงานที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ ตลอดจนทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองได้ สำหรับประเทศไทยนั้นแม้ว่าอัตราการรู้หนังสือของประชาชนจะดีขึ้นแต่ขาดระบบการสร้างฐานข้อมูลและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและลึกซึ้งสำหรับประชาชน (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 21 มิถุนายน 2544. สัมภาษณ์)

1.4 การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เนื่องจากสภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจและการที่ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศไทยได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและจะยังคงสูงขึ้นอีกในอนาคต ทำให้ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้รับผลกระทบไปด้วย จากการสำรวจเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2541 พบว่า ปัญหาความยากจนของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 8 ล้านคน มีจำนวนผู้ว่างงานถึง 1.13 ล้านคน โดยบุคคลเหล่านี้มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตพื้นที่ชนบทและเขตสุขภาพภิบาล นอกจากนี้ความเหลื่อมล้ำของรายได้ คือ กลุ่มคนที่มีรายได้สูงสุดร้อยละ 20 อันดับแรกนั้น มีรายได้เป็น ร้อยละ 55.8 ของรายได้ทั้งประเทศ ขณะที่คนรายได้ต่ำสุดของประเทศไทยร้อยละ 20 อันดับสุดท้าย มีรายได้ร้อยละ 4.4 ของรายได้ทั้งประเทศ

ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ จากการสำรวจในปี พ.ศ.2541 พบว่าคนไทยร้อยละ 80.3 มีหลักประกันสุขภาพไม่รูปแบบใดก็รูปแบบหนึ่ง แต่ยังมีคนไทยอีกประมาณร้อยละ 19.7 ของประเทศที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ทั้งนี้ บริการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน และเมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในภาพรวมของประเทศแล้ว พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นค่อนข้างสูงอย่างรวดเร็วในแต่ละปี จากการคำนวณของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ประมาณการณ่ว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในปี พ.ศ.2533 จะตกประมาณร้อยละ 6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.1 ของรายได้ของประชาชนทั้งประเทศ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากและจะกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศในอนาคตแน่นอน และหากเปรียบเทียบกับประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกับประเทศไทย จะพบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่า โดยร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติในปี พ.ศ.2538 ของประเทศฟิลิปปินส์ : มาเลเซีย : ไทย เท่ากับ 14 : 67 : 73 โดยคาดการณ์ว่าค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทยจาก 150,000 ล้านบาทในปี พ.ศ.2535 จะพุ่งขึ้นไปถึง 665,000 ล้านบาทในปี พ.ศ.2550 (พินิจ กุลละวณิชย์ , 2543 : 16) ดังนั้นค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างไม่มีขีดจำกัดนี้ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องพิจารณา

1.5 ความต้องการและความคาดหวังด้านบริการสุขภาพของประชาชน
เปลี่ยนแปลงไป(ทัศนาศา บัญทอง และคณะ, 2543 : 18-21 และ สงวน นิตยรัมภ์พงศ์, 2543 : 29-31)

ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ประเทศกึ่งอุตสาหกรรม จากการมีพื้นที่ส่วนใหญ่ที่เป็นเขตชนบท กลับกลายเป็นพื้นที่ที่มีเขต

เมืองเพิ่มมากขึ้น จากสังคมที่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างกลุ่มคนต่างๆ ในสังคม กลายเป็นสังคมที่ข้อมูลข่าวสารมีการกระจายไปอย่างกว้างขวางจากพัฒนาการของสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ทำให้ความต้องการของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อความคาดหวัง ในระบบบริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่พอจะเห็นได้อย่างเด่นชัด ได้แก่

1.5.1 ความต้องการคุณภาพของบริการสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวางที่เกิดขึ้นในสังคมทำให้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้และข้อมูลในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในภาวะปกติจะเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการสูง เพื่อลดภาวะเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การเปลี่ยนแปลงของโรคในอนาคต เพื่อวางแผนการดำเนินชีวิตของเขา นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเป็นตัวเสริมให้ความต้องการคุณภาพเด่นชัดขึ้น สาเหตุจากการที่ประชาชนมีกำลังในการใช้จ่ายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริการสุขภาพจากภาคเอกชน ทำให้บริการของภาคเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพของสถานพยาบาลต่างๆ ที่เป็นอยู่ไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ทำให้เกิดความไม่พอใจในบริการสุขภาพที่ตนได้รับ เกิดการฟ้องร้องสถานพยาบาลและเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลกับ ประชาชนผู้รับบริการ

1.5.2 ความต้องการบริการสุขภาพลักษณะใหม่ที่สอดคล้องกับโรคของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป โรคต่างๆ ที่ประชาชนคนไทยเคยเป็นอยู่ในอดีตได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้น โรคที่มีอัตราตายสูงในระยะหลายปีที่ผ่านมาได้กลายเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ฯลฯ หากเป็นโรคเฉียบพลันที่จะทำให้ถึงแก่ชีวิตทันทีก็มักจะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมใหม่ที่เกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุจากการคมนาคม การฆ่าตัวตายและการถูกฆาตกรรม เป็นต้น ส่วนการตายด้วยโรคเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อและเคยเป็นมีปัญหามากในอดีต เช่น โรคท้องร่วง โรคมาลาเรีย ฯลฯ พบว่าเกิดขึ้นน้อยลงอย่างมาก นอกจากนั้นยังมีโรคใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น โรคเอดส์ การใช้สารเสพติด โรคอ้วน หรือกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งก็มีเพิ่มขึ้น โรคที่เกิดในยุคสมัยใหม่เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการกินอยู่ การออกกำลังกาย ความเครียดหรือพฤติกรรมทางเพศ โรคเหล่านี้ไม่สามารถทำให้หายขาดไปได้โดยการใช้อาการรักษา

โรคเพียงชั่วคราวครั้งชั่วคราว แต่ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมและการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ จึงจะสามารถลดการเจ็บไข้ได้ป่วยอันเกิดจากโรคเหล่านี้ได้

โดยสรุป พบว่าคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นทั้งผู้หญิงและผู้ชาย แต่เป็นการมีอายุยืนขึ้นอย่างขาดสุขภาพ เพราะส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทำให้ต้องพึ่งบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตและมีค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลของตน ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องลึกซึ้งและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนยังมีน้อย (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 21 มิถุนายน 2544. ; สุภกร บัวสาย , 22 มิถุนายน 2544. สัมภาษณ์) ถึงแม้ว่าอัตราการรู้หนังสือและการพัฒนาระบบสารสนเทศจะดีขึ้นก็ตาม ทั้งนี้เพราะประชาชนถูกระแสรักษาแบบตะวันตกเข้ามาทำให้รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพต้องเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพมากกว่าเป็นเรื่องของตนเองทั้งๆ ที่แต่เดิมนั้นประชาชนจะพึ่งพากันเองในครอบครัวและในชุมชนก่อน ต่อมาจึงจะพึ่งพาสถานพยาบาลใกล้บ้านและประชาชนจะไม่เคยแบ่งแยกว่าใครเป็นหมอเฉพาะโรค เป็นหมอทั่วไปและใครเป็นพยาบาล แต่เขาจะเรียกผู้ที่สามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของเขาว่าหมอทั้งสิ้น แต่ระบบสังคมปัจจุบันทำให้ประชาชนต้องการพึ่งแต่สถานพยาบาลส่วนกลางที่มีอุปกรณ์ทันสมัย มีแพทย์เฉพาะทางแม้ว่าจะมีภาวะผิดปกติทางสุขภาพที่ไม่รุนแรงก็ตาม (จรัส สุวรรณเวลา , 2 กรกฎาคม 2544. สัมภาษณ์)

ดังนั้นจึงต้องเร่งสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้ประชาชนรวมทั้งบุคลากรวิชาชีพเห็นพ้องต้องกันว่า “สุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคนในสังคมโดยเฉพาะเจ้าตัว” รวมทั้งต้องปรับปรุงระบบอื่นๆ รองรับดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ให้ประชาชนมั่นใจว่าเมื่อดูแลสุขภาพตนเองแล้วในระดับหนึ่งเขาจะมีสุขภาพะได้และเมื่อเจ็บป่วยเขาจะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานอย่างเป็นระบบตามความรุนแรงของโรค โดยรัฐต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่รัฐพึงจัดให้ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึงและเห็นเป็นรูปธรรม (สุภกร บัวสาย , 22 มิถุนายน 2544. สัมภาษณ์) บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ การสาธารณสุข ต้องเข้าใจนโยบายสุขภาพและมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกันทุกกลุ่มในลักษณะเครือข่ายและการทำงานเป็นทีม ทั้งนี้บุคลากรพยาบาลจึงควรให้ความสนใจถึงแนวโน้มต่างๆ ของประเทศที่เปลี่ยนไปในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและวิชาชีพการพยาบาล เพื่อที่จะได้วิเคราะห์หาแนวทางที่การพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนไปและรักษาไว้เพื่อประโยชน์ของสังคมโดยรวมและสุขภาพะของประชาชน

ระบบบริการสุขภาพที่ต้องการจึงควรจะเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความทันสมัยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มโรคในปัจจุบัน บุคลากรวิชาชีพมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถเป็นที่พึ่งที่ให้คำปรึกษาและดูแลประชาชนได้ตลอดเวลา ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาเน้นการดูแลโดยการรักษาพยาบาลโดยการไต่ถามในสถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลและมีความใกล้ชิดกับประชาชนน้อย ขาดความหลากหลายของทางเลือกให้กับประชาชน ประชาชนยังขาด ข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่ดีพอและขาดโอกาสในการรับรู้และมีส่วนร่วมในการตรวจรักษาทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของประชาชนได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง (นิพนธ์ เตือนใจยาและชุม จ้ายประยูร , 19 มิ.ย.44 ; สุริรัตน์ ตริมรรคา, 17 ก.ค.44. สัมภาษณ์) ในขณะที่ข้อจำกัดของรัฐมีมากเพราะจะทำให้ความสำคัญเฉพาะการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ในอดีตที่ผ่านมาจึงเน้นการพัฒนาบุคลากรวิชาชีพ ขยายโรงพยาบาลและซื้ออุปกรณ์เครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีสูงๆ (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 21 มิถุนายน 2544. สัมภาษณ์)

2. ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีแบบอย่างมาจากระบบบริการสุขภาพของตะวันตกซึ่งเป็นแบบเสรี สภาพปัญหาหลายอย่างที่พบจึงอาจคล้ายคลึงกัน เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นอย่างไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาการฟ้องร้องระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์เกินกว่าความจำเป็นและปัญหาความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน เป็นต้น ส่วนระบบบริการสุขภาพในอนาคตจะมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยจะมีการปรับเปลี่ยนดังนี้

2.1 รูปแบบของการจัดระบบบริการ รูปแบบของการให้บริการสุขภาพตามความรุนแรงของสภาพโรคร้ายไข้เจ็บเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า และเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกแทนแบบตั้งรับที่ใช้อยู่โดยเน้นการดูแลสุขภาพในคนปกติด้วย สถานบริการสุขภาพจึงแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการระดับที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และเน้นการดูแลประชาชนแบบองค์รวม มีการแบ่งพื้นที่เพื่อรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนและมีระบบการ ส่งต่อไปยังเครือข่ายสถานบริการสุขภาพที่สูงขึ้น เป็นสถานบริการด้านหน้าและมีความสำคัญที่สุดที่จะสร้างความเข้าใจอันดีและนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของประชาชน

2.1.2 สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน จะมุ่งเน้นการ ให้บริการเฉพาะที่จำเป็น ลดการให้บริการผู้ป่วยนอกลง เพิ่มบทบาทของการคัดกรองผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นเพื่อการ ส่งต่อในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมาก

ยิ่งขึ้น ซึ่งจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากสถานบริการระดับปฐมภูมิและตติยภูมิเป็นอย่างดี โดยเป็นสถานบริการสุขภาพระดับกลางที่ต้องพร้อมรับต่อจากสถานบริการด้านแรก และบางรายต้องตัดสินใจส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาถ้าจำเป็น

2.1.3 สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลเฉพาะทางสูงที่สุด มีทรัพยากรทั้งทางด้านบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความซับซ้อนของโรค ไม่เน้นการบริการผู้ป่วยนอกหรือโรคทั่วไป เพื่อเป็นการจัดสรรและใช้ทรัพยากรให้ถูกต้องและคุ้มค่า เป็นการกระจายบริการตามความพร้อมของสถานบริการแต่ละระดับเพื่อคุณภาพของการบริการและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

จึงเห็นได้ว่าปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยนั้นอยู่ระหว่างการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้เป็นระบบที่เน้นการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดูแลสุขภาพอนามัยในเขตรับผิดชอบ โดยมีการทำงานเป็นทีมและมีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพให้ดีขึ้นใน 2 ด้าน คือ การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตนเองและครอบครัวให้เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน และที่สาธารณะต่างๆ โดยสร้างความตระหนักและรับผิดชอบร่วมกันของคนในสังคมเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและเกิดชุมชนพึ่งตนเองขึ้น (อำพล จินดาวัฒนะ , 19 มิถุนายน 2544. สัมภาษณ์)

2.2 เครื่องมือและนโยบายเร่งด่วนในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน เนื่องจากภาวะสุขภาพของประชาชนได้เปลี่ยนแปลงไปจากความผิดปกติของสุขภาพที่เกิดจากเชื้อโรคเป็นสาเหตุมาเป็นการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตของเจ้าตัวเป็นสาเหตุแทนและภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจของโลกและของประเทศไทยตลอดจนการที่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นทุกปีและสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในระดับเดียวกัน แต่ภาวะสุขภาพของประชาชนกับไม่มีสุขภาพ “... ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเป็นปัญหาหลักด้านสาธารณสุขของประเทศที่รัฐบาลจำเป็นต้องเร่งแก้ไขโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นถึงปีละ 250,000 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นการใช้จ่ายเพื่อการรักษาที่ปลายเหตุในโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ อุบัติเหตุ มะเร็ง โรคจากมลพิษต่างๆ หากปล่อยทิ้งไว้ประมาณว่า ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นถึงปีละ 15% ภายใน 7 ปีอาจสูงถึง 665,000 ล้านบาท และวิธีที่ดีที่สุดที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลงก็คือ การให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จะได้ดูแลตนเองและรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ...” (พินิจ กุลละวณิชย์, 2544:16) แสดงว่า

นโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศที่ดำเนินการมาในลักษณะตั้งรับที่เน้นการแก้ปัญหาเมื่อเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถสร้างสุขภาวะได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินนโยบายเชิงรุกเพื่อแก้ปัญหาของระบบสุขภาพไทยอันนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน โดยมีเครื่องมือและนโยบายที่สำคัญดังนี้

2.2.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอยู่ระหว่างการร่างคาดว่าจะเสร็จภายใน พ.ศ.2546 (ไพโรจน์ นิงสานนท์, 2544) "... พรบ.ระบบสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นเครื่องมือหล่อหลอมให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพ โดยให้ทุกฝ่ายร่วมกันแสดงภาพสุขภาพไทยที่เราอยากได้เป็นอย่างไร โดยก่อนจะเป็น พรบ.ได้จะต้องมีคณะกรรมการกลุ่มต่างๆ เพื่อหาความเหมาะสมและทางออก ทหาระบบประชาสังคมทางสุขภาพแล้วนำมากำหนดเป็นกฎหมายสุขภาพ โดยมี น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธานร่าง มีศาสตราจารย์ น.พ.ประเวศ วะสี เป็นประธานหาระบบประชาสังคมสุขภาพ ..." (วิฑูร พูลเจริญ, สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์, 21 พฤษภาคม 2544)

2.2.2 โครงการ 30 บาทรักษาโรค เป็นนโยบายการประกันสุขภาพของรัฐบาลยุค พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งหลังจากที่ผ่านการทดลองในจังหวัดนำร่องมาแล้ว ปัจจุบันได้มีการขยายไปยังจังหวัดที่พร้อมก่อน ส่วนที่กรุงเทพมหานครได้เริ่มในเดือนตุลาคม พ.ศ.2544 โดยจะนำร่องในเขตชุมชนแออัดก่อน(สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี, 2544 : 24) ซึ่งโครงการนี้จะเป็นอีกโครงการหนึ่ง ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนไทยทุกคนมีระบบการดูแลสุขภาพรองรับแบบการกระจายความเสียง หรือการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ทำให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ในประเทศไทย

ส่วนที่ผลักดันให้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคสามารถจะดำเนินการไปได้คือ

- 1) ทุกโรงพยาบาลจะต้องมีประชาชนในความดูแลเพื่อที่จะได้งบประมาณรายหัว
- 2) โรงพยาบาลสามารถจะแยกส่วนศึกษาและวิจัยออกมาเพื่อของงบประมาณจากรัฐเพิ่มขึ้น
- 3) มีการรักษาพยาบาลเคลื่อนออกไปสู่ประชาชนในเชิงรุก
 - ปัญหาที่เกิดจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค
 - 1) ประชาชนยังมีความสับสนในขั้นตอนการใช้บริการและการลงทะเบียน
 - 2) การได้สิทธิบัตรทองจะขอได้ตามพื้นที่ทะเบียนบ้าน
 - 3) เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ให้บริการในบางครั้งและบางพื้นที่ (สุรพงษ์ สืบวงศ์ลีและสำเร็จ

แหงงกระโทก, 8 มิถุนายน 2544. สัมภาษณ์)

2.2.3 การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยแนวทางการปฏิรูปสุขภาพนั้นต้องมีการปฏิรูป 3 ส่วนคือ

2.2.3.1 ปฏิรูปความคิดจากการที่คิดว่าสุขภาพเป็นเรื่องของบุคลากรสาธารณสุขมาเป็นสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคนที่เป็นเจ้าของสุขภาพ

2.2.3.2 ปฏิรูประบบบริการ โดยแบ่งพื้นที่ให้รับผิดชอบ เตรียมยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์และเอกสารให้เพียงพอ มีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.2.3.2 ปฏิรูประบบวิธีทำงานในลักษณะตั้งรับเป็นเชิงรุก

3. บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเป็นดัชนีที่สำคัญตัวหนึ่งในการชี้วัดคุณภาพของระบบสุขภาพในแต่ละประเทศ นอกจากนั้นการกระจายของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งคุณภาพของบุคลากรก็มีความสำคัญและจะต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กันไป โดยในประเทศไทยมีลักษณะดังต่อไปนี้

3.1 จำนวนบุคลากร ประเทศไทยได้มีนโยบายในการเพิ่มจำนวนแพทย์พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ มาแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 ซึ่งจำนวนของแพทย์ : ประชากร ในปี พ.ศ.2538 เท่ากับ 1 : 4,189 และจะเพิ่มเป็น 1 : 2,821 ในปี พ.ศ.2548 ส่วนพยาบาล : ประชากร ในปี พ.ศ.2538 เท่ากับ 1 : 1,095 และจะเพิ่มเป็น 1 : 508 ในปี พ.ศ.2548 ซึ่งจะทำให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในภาพรวมดีขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ประมาณ 20,000 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1 : 3,136 ส่วนพยาบาล มีประมาณ 70,000 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1 : 704 และร้อยละ 50 ของพยาบาลทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2542 : 8)

3.2 การกระจายบุคลากร ถึงแม้ว่าภาพรวมจำนวนของแพทย์และพยาบาลต่อจำนวน ประชากรของประเทศไทยจะดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงการกระจายแพทย์และพยาบาลเพื่อเกลี่ยให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มแล้ว พบว่ายังมีปัญหาอยู่โดยเฉพาะพื้นที่ภาคอีสาน โดยพบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เมื่อ พ.ศ.2540 ในเขตกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน เท่ากับ 1 : 720 และ 1 : 9,951 ตามลำดับ ส่วนพยาบาลวิชาชีพมีอัตราส่วนต่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน เท่ากับ 1 : 368 และ 1 : 2,133 ตามลำดับ และพบว่า มีจำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอยู่ประมาณ 30,633 คน โดยมีอัตราส่วนต่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน เท่ากับ 1 : 998 และ 1 : 1,634 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 144-163)

นอกจากนี้ยังพบว่า สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นสถานบริการด่านแรก คือ สถานีอนามัยซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนและมีความสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพเชิงรุกนั้นไม่มีแพทย์ประจำอยู่ และสถานีอนามัยส่วนใหญ่ก็ยังไม่มียาบาลวิชาชีพประจำอยู่เช่นกัน แต่พบว่า อัตราของบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในส่วนกลางมากกว่าที่จะไปอยู่ในชนบท และจะอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่าที่จะไปอยู่ที่สถานีอนามัยชุมชนหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชนซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนและเป็นบริการด่านแรกที่จะอยู่กับประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

3.3 ความรู้ความสามารถของบุคลากร องค์ความรู้ในปัจจุบันของระบบการสาธารณสุข แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ องค์ความรู้พื้นฐานที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการและองค์ความรู้ เชิงระบบเพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการ ดังต่อไปนี้

3.3.1 องค์ความรู้พื้นฐานนั้น แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จากการสังสมภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทยในเรื่องสมุนไพร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ซึ่งเพิ่งจะได้รับความสนใจอย่างจริงจังและพัฒนาขึ้นมาอีกครั้งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเท่านั้น ยังต้องการการศึกษาและพัฒนาอย่าง เป็นระบบอีกมากโดยเฉพาะการนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างสุขภาวะเพราะความรู้ด้านที่มีอยู่แล้วแต่กำลังจะสูญหายไป (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 12 ก.ค.44. สัมภาษณ์) และส่วนที่ 2 เป็นองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งรับมาจากการแพทย์แบบตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่อยู่ในมือของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพเท่านั้น มีการแบ่งแยกเป็นความรู้ทั่วไปความรู้เฉพาะสาขา และมีการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีราคาสูงและซับซ้อน จึงยากต่อการที่ประชาชนจะเข้าถึงองค์ความรู้ด้านนี้ได้ในอดีต แต่ปัจจุบันประชาชนมีความรู้ มีข้อมูลและสนใจสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดการตรวจสอบว่าความรู้ด้านนี้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและสุขภาพของคนไทยเพียงใด และคุ้มค่าต่อ ค่าใช้จ่ายที่เสียไปหรือไม่ (ประเวศ วะสี, 1 ก.ย.44. บรรยายพิเศษ) จึงเกิดเป็นความรู้ 2 กระแสที่เข้ามามีบทบาทอยู่ในปัจจุบัน

3.3.2 องค์ความรู้เชิงระบบ เป็นองค์ความรู้ที่จะนำมาพัฒนาระบบบริการสุขภาพอนามัยของคนไทย ซึ่งในปัจจุบันเราได้มีการจัดบริการสุขภาพแบบตั้งรับ คือ การซ่อมสุขภาพโดยเน้น การให้การรักษายาบาลเมื่อเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วยขึ้นแล้ว ในรูปแบบของรัฐสวัสดิการ คือ รัฐเป็นผู้รับผิดชอบและชี้หน้าด้านสุขภาพ ขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและประชาชน จึงเกิดการพึ่งพาภาครัฐและบุคลากรวิชาชีพสูง ทำให้เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่พุ่งสูงขึ้นอย่างไม่ยั้งจำกัด มีการใช้ยาและเครื่องมือราคาแพงเกินความจำเป็น และได้ผลไม่คุ้มค่ากับสภาวะสุขภาพของประชาชน มีช่องว่างระหว่างผู้ที่มีสิทธิด้านการรักษายาบาล

กับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ และขาดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ สุขภาพแบบต่างๆ ระหว่างประชาชนในชนบทและในชนบท จึงอยู่ระหว่างการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย ให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุก คือ เน้นด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีภาวะปกติและผู้ที่มีเจ็บป่วยควบคู่กันไป (ประเวศ วะสี, 23 ม.ค. 44. อภิปราย) ทำให้บุคลากรวิชาชีพต้องพัฒนาองค์ความรู้ที่จะเข้าถึงประชาชนและชุมชน มากขึ้น รวมทั้งต้องเรียนรู้ถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และการดำรงชีวิตของประชาชนเพื่อปรับความรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของสังคมไทยในแต่ละพื้นที่ โดยยึดเอาปัญหาของประชาชนเป็นหลักแทนการยึดเอาการรักษาโรคให้หายเป็นหลัก เพื่อยกความรู้ความสามารถให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. 21 มิ.ย. 44.) และผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สุภกร บัวสาย. 22 มิ.ย. 44) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ความสามารถของบุคลากรพยาบาลไว้ว่า จะต้องมีการปรับปรุงอย่างเป็นระบบเริ่มตั้งแต่

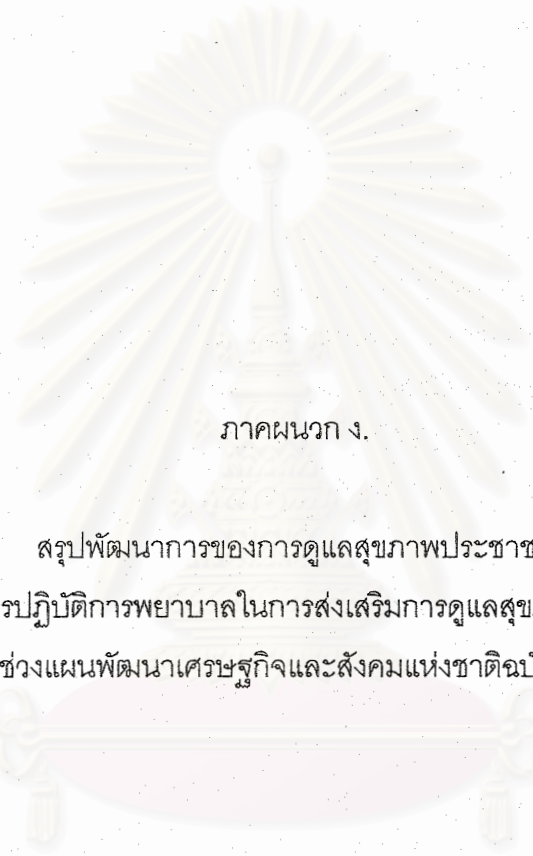
1. การคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษาการพยาบาล ควรจะเน้น community mind มากกว่าการสอบคัดเลือกที่เน้นด้านทฤษฎี
2. ต้องปรับหลักสูตร ถ้ายังคิดว่า การพยาบาลชุมชนเป็นแค่วิชาหนึ่งแต่ไม่ได้สร้าง Concept ของชุมชนอย่างแท้จริงเพราะเป็นแค่เรียนทฤษฎีแล้วลงไปทดลองใช้กับชุมชนแค่ระยะเวลาสั้นๆ แต่ไม่ได้อยู่กับชุมชนจริง จะสร้างทักษะการพยาบาลชุมชนไม่ได้เพราะสิ่งที่เห็นอาจไม่ครอบคลุมและไม่ใช้ความจริงของวิถีชีวิตชุมชนซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างยิ่ง
3. ต้องปรับผู้สอน ถ้าผู้สอนยังเน้นเนื้อหาวิชาการและการฝึกประสบการณ์ เป็นรายวิชาและใช้เทคนิควิธีการสอนเป็นรายวิชาแบบเดิม ผู้เรียนก็จะรับรู้และเรียนรู้เป็นรายโรค รายวิชาแยกส่วน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลองค์รวมและการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง
4. ต้องปรับการเตรียมประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยหลังจากสำเร็จปริญญาตรีแล้วต้องได้รับการเตรียมประสบการณ์เพื่อให้พร้อมและมีทักษะเฉพาะในพื้นที่ปฏิบัติงานของตนเพื่อให้ชัดเจนก่อนว่าพยาบาลจะไปพัฒนาการดูแลตนเองของประชาชนอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชนและต้องทำงานสอดคล้องส่งต่อกันได้ในลักษณะที่มงานอย่างเป็นเครือข่ายที่สมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเป็น CVA หลังออกจาก

โรงพยาบาลไม่ได้รับความรู้เลยว่าโรคของเขารักษาไม่หายและต้องระวังเรื่องอะไรบ้าง เขาู้เพียงว่าต้องกินยาที่โรงพยาบาลจ่ายมาให้ครบและยาหมดแล้วให้ไปพบหมอที่โรงพยาบาลตามวันนัด แสดงว่าขาดการเตรียมการและให้ความรู้ก่อนจำหน่ายที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟังตนเอง อีกตัวอย่างหนึ่งกรณีการสอนสุขศึกษาในชุมชน ไม่ควรเป็นการให้ความรู้เป็น Package ตามที่พยาบาลพร้อม แต่ต้องเป็นความรู้ที่ตรงกับปัญหาของประชาชนและต้องถึงความคิดและการการรับรู้ของประชาชนด้วย

5. ในส่วนของวิธีการปฏิบัติต่อชุมชนนั้น พยาบาลควรให้เวลากับการรับฟังปัญหาของประชาชนอย่างครอบคลุม แล้วค่อยสรุปให้เห็นปัญหาชัดเจนแต่ละประเด็น พร้อมทั้งตั้งกระตุ้นให้ชุมชนระดมความคิดเพื่อหาแนวทางแก้ไข อาจชี้แนะทางเลือกให้มีหลายๆ ทางแต่ควรให้ประชาชนได้ตัดสินใจเลือกทางเลือกเอง โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนได้คิดอย่างวิเคราะห์ ที่สำคัญที่สุดพยาบาลต้องเข้าใจปัญหาของชุมชนจริงๆ ไม่มองชุมชนแบบคนภายนอกหรือทำตนเหนือกว่า รู้ดีกว่า เพราะปัจจุบันที่มาของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชนมาจากหลายทางไม่ใช่เฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขเท่านั้น

โดยสรุปก็คือ พยาบาลจะต้องมีการปรับเปลี่ยนตั้งแต่วิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ามาศึกษา การจัดการเรียนการสอนและการเตรียมประสบการณ์ แนวทางหนึ่งคือ “การเป็นพยาบาลครอบครัว (family nurse) มีการทำงานเป็นเครือข่ายกับพยาบาลในสถานรักษาพยาบาลและพยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาลต้องเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไป สามารถดูแลแนะนำ ช่วยเหลือและค้นคว้าความรู้ในด้านของตนได้อย่างลึกซึ้ง ทำงานประสานกับพยาบาลครอบครัวได้ ในขณะที่การพยาบาลในชุมชนควรพัฒนาหน่วยงานที่อยู่ใกล้ประชาชน (บริการใกล้บ้านใกล้ใจ) ให้เป็นจุดให้คำปรึกษาในชุมชน ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยให้กับชุมชน มีการเยี่ยมเยียนประชาชนอย่างสม่ำเสมอในระดับบุคคลและครอบครัว และมีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอเพราะลักษณะการสร้างสุขภาพไม่ใช่การที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยื่นบริการไปถึงบ้านได้บ้านประชาชนเท่านั้น ต้องสร้างความรู้สุขภาพในทางที่ถูกต้อง ให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และดำเนินชีวิตในทางที่เหมาะสมตามฐานความรู้และการรับรู้ที่ประชาชนมีอยู่ (จรัส สุวรรณเวลา, 2 ก.ค.44; อัมพล จินดาวัฒน์, 19 ม.ย.44. สัมภาษณ์)”

ที่มาของข้อมูล : จากการสัมภาษณ์ผู้นำด้านสุขภาพกลุ่ม non-nurses (ดังประเด็นและรายชื่อ ที่แนบมาในผนวก ก.) การรวบรวมเอกสารและการติดตามเวทีอภิปรายการปฏิรูประบบสุขภาพไทย.



ภาคผนวก ง.

สรุปพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน
สรุปการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปพัฒนาการของการดูแลสุขภาพประชาชน

พ.ศ.	ผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพที่สำคัญ	ลักษณะของการดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัย
ก่อน 2439	บุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้ใกล้ชิด หมอแผนโบราณ	เป็นช่วงของการดูแลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน ที่มีลักษณะของการดูแลเกี่ยวกับ ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย เพื่อลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งเป็นการปฏิบัติไปตามความเชื่อ จึงไม่มีแบบแผนหลักเกณฑ์ที่แน่นอน
2439-2488	บุคคลในครอบครัว หมอ แผนโบราณ ผู้ที่ศึกษาและ ฝึกหัดมาทางการแพทย์ และการพยาบาล	เป็นช่วงเฝ้าสังเกตการณ์การแพทย์แผนใหม่ ที่ยังมีลักษณะการดูแลสุขภาพเป็นแบบดั้งเดิมอยู่ ขณะเดียวกันก็มีการติดตามข่าวด้านการแพทย์แบบตะวันตกเพื่อเปรียบเทียบกับการแพทย์แผนโบราณก่อนจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบใด ซึ่งจะมีทั้ง 2 แบบในโรงพยาบาลให้เลือกได้
2489-2522	บุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการ สาธารณสุข	ช่วงเริ่มมั่นใจวิธีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและมองสุขภาพเป็นเรื่องการเจ็บป่วย ที่มีลักษณะของการดูแลสุขภาพและรักษาโรคร้ายไข้เจ็บ โดยการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการแบบการแพทย์ตะวันตก โดยการดูแลสุขภาพจะเน้นหนักไปในด้านการรักษาความผิดปกติ ความเจ็บไข้ได้ป่วย ที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรวิชาชีพ ไม่ได้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมหรือการดำรงชีวิตของครอบครัว
2523-2540	บุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข ประชาชนที่เป็นอาสา สมัคร และบุคลากรสาขา วิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	ช่วงดูแลสุขภาพด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานและนิยมความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ที่มีกรมองเป้าหมายของสุขภาพเป็น "การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า" และใช้วิธีการดูแลสุขภาพด้วยการรักษาพยาบาลตามการแพทย์และการพยาบาลเฉพาะทาง
2 5 4 1 - ปัจจุบัน	บุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข ประชาชนที่เป็นอาสา สมัคร และบุคลากรสาขา วิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	ช่วงสรรหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยการพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา และการแสวงหาทางเลือกอื่นๆที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพะที่ยั่งยืนของสังคมไทย ซึ่งมีนโยบายเป็นสุขภาพเชิงรุก เน้นระบบการสร้างสุขภาพนำซ่อม รวมทั้งการกระจายงบประมาณและความรับผิดชอบไปในระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นประโยชน์อย่างแท้จริงและคุ้มค่า

สรุปการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของประชาชน ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-8

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สรุปสาระสำคัญของ		การพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเอง	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาสาธารณสุข	กิจกรรมการพยาบาล	การดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน
1 (2504 - 2509)	เน้นการลงทุนในการก่อสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานและกระตุ้นการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภาคธุรกิจเอกชน	เน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุข อันได้แก่ โรงพยาบาลและสถานีอนามัย ให้เป็นบริการพื้นฐานในการพัฒนาประเทศ	- เน้นการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการที่จะให้ผู้ป่วยได้ดูแลสุขภาพตนเอง	- มีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นอย่างไรไป ซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อได้รับบริการแนะนำเท่านั้น จึงขาดความต่อเนื่องและไม่ได้รับรู้ถึงเหตุผลที่มาหรือความจำเป็นรวมทั้งประโยชน์หรือโทษของกิจกรรมที่ได้ทำไปจึงไม่เกิดความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องสนใจดูแลสุขภาพตนเอง
2 (2510 - 2514)	มีโครงการต่อเนื่องจากแผนฯ 1 และเน้นการวางแผนกำลังคนและการกระจายการพัฒนาสู่ชนบท การพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งเน้นการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้า	เร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การปรับปรุงการบริการสาธารณสุขโดยขยายขอบเขตการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนชนบทห่างไกล มีการบังคับนักศึกษาแพทย์ให้ทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นครั้งแรกใน พ.ศ.2508	- เป็นการนำแผนการรักษาไปปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อความถูกต้องครบถ้วน ตามเวลา เช่น การให้ยา ฉีดยา ทำแผน เป็นต้น - การสังเกตอาการ ตรวจนับสัญญาณชีพ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของโรค	- มีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นอย่างไรไป ซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อได้รับบริการแนะนำเท่านั้น จึงขาดความต่อเนื่องและไม่ได้รับรู้ถึงเหตุผลที่มาหรือความจำเป็นรวมทั้งประโยชน์หรือโทษของกิจกรรมที่ได้ทำไปจึงไม่เกิดความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องสนใจดูแลสุขภาพตนเอง
3 (2515 - 2519)	เป็นการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานที่ดำเนินการไว้และเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น เช่น การศึกษา สาธารณสุข ตลอดจนกำหนดนโยบายประชากรเป็นครั้งแรก	มุ่งเน้นการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อ การปรับปรุงและขยายการบริการรักษา มีการทดลองรูปแบบการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมด้วยการพัฒนาความร่วมมือของประชาชน และมีนโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยเป็นครั้งแรก พ.ศ. 2518	- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ตามที่พยาบาลจะเห็นว่าสมควร ทั้งการเลือกเนื้อหา และเวลาที่ใช้ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดแผนไว้ ยกเว้นการสอนที่ทำเป็นประจำ ได้แก่ การสอนแม่ก่อน-หลังคลอด ซึ่งมีลักษณะของการให้ความรู้แบบพยาบาล สิ่งให้ผู้ป่วยกระทำเป็นส่วนใหญ	- มีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นอย่างไรไป ซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อได้รับบริการแนะนำเท่านั้น จึงขาดความต่อเนื่องและไม่ได้รับรู้ถึงเหตุผลที่มาหรือความจำเป็นรวมทั้งประโยชน์หรือโทษของกิจกรรมที่ได้ทำไปจึงไม่เกิดความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องสนใจดูแลสุขภาพตนเอง

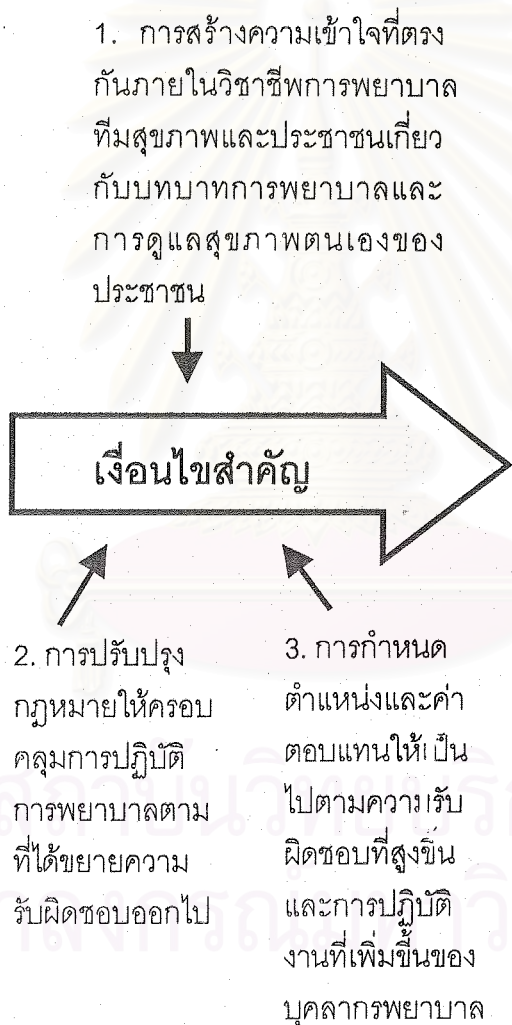
แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สรุปสาระสำคัญของ		การพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเอง	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาสาธารณสุข	กิจกรรมการพยาบาล	การดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน
4 (2520 - 2524)	เน้นหนักการแก้ไขปัญหาสังคม ขยายสาขาการผลิตทางการเกษตรเพื่อแก้ไขความยากจน	มุ่งเน้นที่การแก้ไขและลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเริ่มตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ.2543 ด้วยกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ.2522	- เป็นช่วงที่เริ่มมีการกระตุ้นให้ประชาชนได้สนใจสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยและอาหารการกินบ้างตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่พยาบาลได้เข้าไปมีส่วนร่วมตามพื้นที่ต่างๆ ในชุมชน แต่ลักษณะยังเป็นกิจกรรมกระตุ้นและนำโดยบุคลากรวิชาชีพ ไม่ได้สร้างให้ประชาชนมีความคิดสร้างสรรค์ที่จะรับผิดชอบสุขภาพตนเองได้เองอย่างมีเหตุผล และเกิดความต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง	- ประชาชนเริ่มสนใจการดูแลและจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคบางชนิดตามคำแนะนำจากบุคลากรวิชาชีพที่ร่วมในโครงการสาธารณสุขมูลฐานได้บ้างซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่เป็นระบบของสาธารณสุขมากกว่าที่จะเป็นการดูแลสุขภาพจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง
5 (2525 - 2529)	เน้นการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมโดยเฉพาะอุตสาหกรรมส่งออก - เน้นการพัฒนาชนบทอย่างผสมผสาน โดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้ระบบของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.)	ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ รวมทั้งยกฐานะสำนักงาน ผดุงครรภ์ให้เป็นสถานีอนามัยทั้งหมดและการตั้งเป้าหมายทางสังคมระยะยาว (20 ปี) "สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543"	- มีการให้ความรู้ในด้าน การป้องกันโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพาหะนำโรคและเชื้อโรคต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการรักษาโรคมากกว่าการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง	
6 (2530 - 2534)	เน้นนโยบายการแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลทางเศรษฐกิจมหภาค เรื่องดุลการชำระเงินรวมทั้งเน้นนโยบายสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการเมือง	ขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครบตามกลุ่มเป้าหมาย การยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ เพื่อมิให้กระทบต่อความมั่นคงของชาติและเริ่มแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ		

แผนพัฒนา ฉบับที่	สรุปสาระสำคัญของ		การพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเอง	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาสาธารณสุข	กิจกรรมการพยาบาล	การดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน
7 (2535 – 2539)	เน้นนโยบายเศรษฐกิจ เพื่อนำไปสู่ความเป็น ประเทศอุตสาหกรรมใหม่	เน้นการพัฒนาศาสนา อนามัยให้เป็นจุดเริ่มของ งานสุขภาพดีถ้วนหน้าและ การพัฒนาสถานบริการสา ธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน - เน้นความพยายาม ในการสร้างหลักประกัน ด้านสุขภาพแก่คนไทยทุก คน - เริ่มหันมาเน้นการ พัฒนาคุณภาพบริการและ การแก้ปัญหาการขาด แคลนบุคลากรที่ลาออกไป อยู่ภาคเอกชน	- กิจกรรมการ พยาบาลได้เริ่มมีการให้ผู้ ป่วยหรือประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมบ้าง เช่น การ จัดตั้งกลุ่มเฉพาะโรคและ ให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและ ประสบการณ์กัน แต่ ลักษณะยังเป็น การ ดำเนินการโดยพยาบาล ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้เข้าร่วม และทำตามเท่านั้น และ ยังเกิดเป็นแค่บางจุดยังไม่ เป็นมาตรฐานทั่วไป - กิจกรรมการ	- การดูแลสุขภาพตนเอง ยังเป็นการกระทำไปตาม กระแสและการโฆษณา ชวนเชื่อเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนควรได้รับการ เตรียมให้พร้อมในการรับรู้ และเลือกสรรข้อมูลเพื่อ การตัดสินใจที่เหมาะสม ได้ด้วยตนเอง
8 (2540 - 2544)	เน้นการพัฒนาทรัพยากร มนุษย์เป็นวัตถุประสงค์ หลัก เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ขึ้นในปี พ.ศ.2540 จึงมี การปรับแผนฯ ให้สอดคล้อง กับภาวะดังกล่าว	- เน้นการพัฒนาศักย ภาพของคนในด้านสุขภาพ - เน้นเรื่องการครอบ คลุมหลักประกันคุณภาพ ด้วยบริการที่มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ - เน้นการพัฒนา อุตสาหกรรมด้านสุขภาพ	พยาบาลยังเน้นการ ดำเนินการตามแผนการ รักษาโรคและให้บริการ อยู่ในสถานรักษา พยาบาลเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมการพยาบาลที่ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนยังไม่ มีการกำหนดเป็นแผน งานและแนวทางปฏิบัติ ให้รับรู้กันในวงกว้าง	

ที่มา : ดัดแปลงจาก การสาธารณสุขไทย (2540 ,18-20)

สรุปภาพอนาคตของบทบาทการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า

ปัจจุบัน พ.ศ.2544
การพยาบาลในคลินิก 1. พยาบาลเป็นผู้กำหนดให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามที่เหมาะสม 2. มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วย 3. ประเมินผลงานจากภาวะการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น
การพยาบาลในชุมชน 1. ชุมชนเป็นแหล่งปฏิบัติงานเฉพาะกิจที่เพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติงานหลักในสถานพยาบาล 2. มุ่งให้การพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยที่อยู่ในชุมชนและการเฝ้าระวังโรค 3. เป็นการให้บริการตามวัตถุประสงค์ที่พยาบาลเป็นผู้กำหนด
การเตรียมบุคลากรพยาบาล 1. มีเป้าหมายหลักเพื่อผลิตผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วย 2. มีแนวคิดการให้บริการพยาบาลแบบซ่อมสร้างสุขภาพ 3. ใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เน้นการพยาบาลตามอาการของโรค



ทศวรรษหน้า พ.ศ.2553
การพยาบาลในคลินิก 1. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยตลอดช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล 3. ประเมินผลงานจากความก้าวหน้าของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและภาวะการเจ็บป่วยที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ
การพยาบาลในชุมชน 1. ชุมชนเป็นแหล่งปฏิบัติงานหลักที่ต้องรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและมีแผนงานระยะยาว 2. มุ่งให้ประชาชนทั้งที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและมีการเจ็บป่วยได้ตระหนักและเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม 3. เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างประชาชนกับ พยาบาลตามภาวะสุขภาพและสถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิตของประชาชน
การเตรียมบุคลากรพยาบาล 1. มีเป้าหมายหลักเพื่อผลิตผู้ให้บริการพยาบาลที่เอื้อต่อการสร้างเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน 2. มีแนวคิดการให้บริการพยาบาลแบบสร้างสุขภาพนำซ่อม 3. ใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เน้นการพยาบาลตามวัฏจักรการเปลี่ยนแปลงของชีวิตตามสภาพการณ์จริง

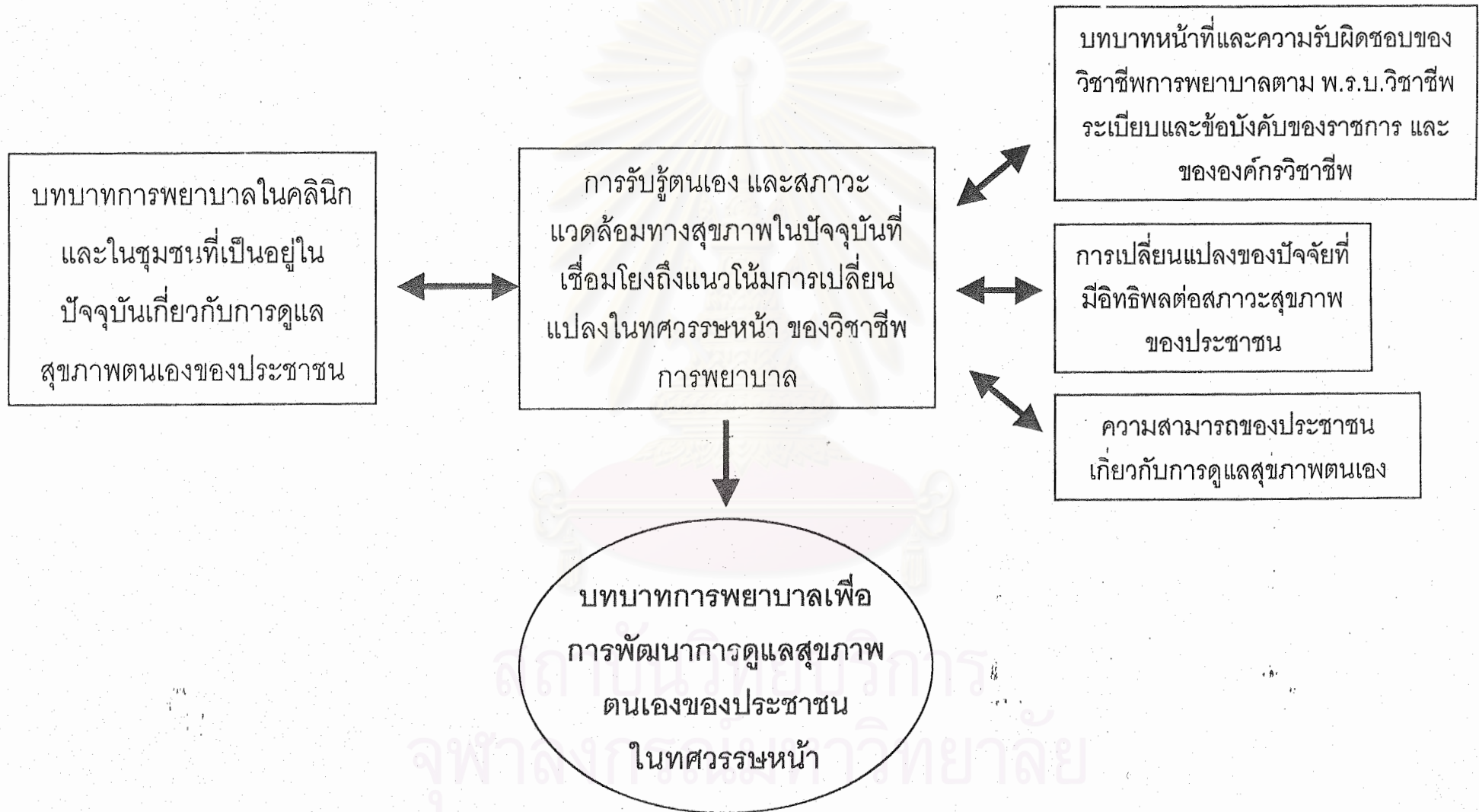


ภาคผนวก จ.

กรอบแนวคิดการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประวัติผู้เขียน

นาวาเอกหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์ เกิดวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2497 ที่อำเภอ สัตหีบ จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาล ผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัย พยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2517 การศึกษาศาสตรบัณฑิต(พยาบาล) คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ(ประสานมิตร) ปีการศึกษา 2521 ครุศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหาร การพยาบาล) คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2530 และเข้าศึกษาต่อใน หลักสูตรครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2541 ปัจจุบันรับราชการที่กรมแพทยทหารเรือ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย